

Vergaderjaar 2020–2021

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1125

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 6 september 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 30 juni 2021 overleg gevoerd met mevrouw Van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de president van de Algemene Rekenkamer d.d. 13 oktober 2020 inzake rapport «Verzekerd van Zinnige Zorg; De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014–2019» (Kamerstuk 29 689, nr. 1083);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 9 april 2021 inzake overstap seizoen zorgverzekering 2020–2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1099);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 16 april 2021 inzake reactie op de motie van het lid Marijnissen c.s. over verlenging van de herstell zorg (Kamerstuk 25 295, nr. 1043) (Kamerstuk 25 295, nr. 1132);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 19 mei 2021 inzake advies van het Zorginstituut Nederland over moleculaire diagnostiek in de oncologie (Kamerstuk 31 765, nr. 562);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 12 april 2021 inzake alternatieve financiering met betrekking tot zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 1100);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 18 december 2020 inzake evaluatierapport over het functioneren van het Zorginstituut Nederland over de periode 2014–2019 (Kamerstuk 25 268, nr. 193);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 15 oktober 2020 inzake Verzekerdenmonitor 2020 (Kamerstuk 33 077, nr. 24);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 1 juni 2021 inzake reactie op verzoek commissie over stamceltherapie voor MS-patiënten (Kamerstuk 29 477, nr. 705);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 2 juni 2021 inzake wijziging basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in het jaar 2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 1103);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 2 juni 2021 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit**

uitbreiding en beperking werkings sfeer WMG en het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zorgverzekeringswet 2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 1102);

- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 mei 2021 inzake Controles op de wachttijden-aanpak van zorgverzekeraars – Samenvattend rapport 2020 van de Nederlandse Zorgautoriteit (Kamerstuk 32 620, nr. 269);**
- de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 10 juni 2021 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van de heer Z. met betrekking tot de vergoeding van de behandeling percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) (2021D22700).**

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Bakker

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

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

Aanvang 14.02 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Ik open dit commissiedebat, dat wordt georganiseerd door de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit commissiedebat gaat over het pakketbeheer. Ik heet van harte welkom de Minister voor Medische Zorg en Sport. En ik heet van harte welkom mijn collega's: mevrouw Paulusma namens D66, de heer Hijink namens de SP, mevrouw Ellemeet namens GroenLinks, mevrouw Kuiken namens de Partij van de Arbeid, mevrouw Pouw-Verweij namens JA21, mevrouw Van den Berg namens het CDA en mevrouw De Vries namens de VVD. Mijn naam is Fleur Agema. Ik ben fungerend voorzitter van deze commissie en tevens, tijdens dit debat, woordvoerder namens de PVV. Ik zal als laatste mijn inbreng doen, na mijn collega's. Omdat het een commissiedebat is, stel ik voor dat we het aantal interrupties beperken tot acht woordmeldingen in het hele debat. Die mag u naar eigen inzicht samenvoegen tot één, twee, drie, zelfs tot acht. Goed, dan gaan we beginnen. Ik mag als eerste het woord geven aan mevrouw Paulusma. Zij spreekt namens D66.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Met mijn ervaringen als zorgverlener, als patiënt en nu als Kamerlid durf ik wel te stellen dat we de zorg in Nederland goed hebben geregeld. Tijdens deze pandemie hebben we kunnen zien hoe het er elders, in andere landen, aan toegaat. Dan ben ik ook trots. Want het is dankzij onze welvaart, ons systeem, maar vooral dankzij onze professionals dat de zorg van hoge kwaliteit is in ons land. Vandaag bespreken we hoe het nog beter kan en hoe we de zorg ook voor iedereen toegankelijk kunnen houden.

Laat ik beginnen met terugkijken op de afgelopen coronaperiode en vooruitkijken naar wat komen gaat. Er zijn sinds 27 februari 2020 in totaal bijna 31.000 ziekenhuisopnames door covid geweest, van de 1,7 miljoen geregistreerde besmettingen. Ik zeg bewust geregistreerd, want nog veel meer mensen hebben corona gehad zonder dat ze daarvoor getest konden worden. De schatting is nu dat 10 tot 30% van de mensen twaalf weken na een positieve test nog last kan hebben van klachten zoals kortademigheid, concentratieproblemen en vermoeidheid, oftewel long covid. Long covid treft ook mensen die de ziekte thuis hebben meegemaakt. Ik ben er daar een van. En ook ik heb nu nog steeds klachten. Er is helaas nog veel onbekend over waarom mensen klachten houden, waarom de een veel last heeft en de ander niet en hoe je dit het beste kunt behandelen. Maar feit is wel dat heel veel Nederlanders hier last van hebben of nog gaan krijgen.

Ik zie, juist ook vanuit eigen ervaring, wat er beter kan, waar de kansen liggen en wat er aandacht verdient. Daarom overhandig ik vandaag graag aan de Minister een tienpuntenplan gericht op long covid. Want het is goed dat de paramedische herstellzorg nu in het basispakket blijft, maar ik wil de Minister echt op het hart drukken dat long covid meer is dan medische zorg alleen. Zo hebben veel mensen ook mentale klachten. Dat is soms lastig om te delen en soms lastig om te begrijpen. Ik vind het bijvoorbeeld nog steeds spannend om alleen te zijn, omdat ik bang ben om weer zo benauwd te worden, en dat doet wat met me. Longcovid-klachten kunnen daarmee niet alleen in de privésituatie belemmerend zijn,

maar ook op de werkvloer. De aanpak van long covid vraagt dus een brede blik en dat is precies het uitgangspunt van dit tienpuntenplan. Want de crisis is straks voorbij. Mensen snakken naar perspectief en vrijheid. Dit geldt ook voor mensen met long covid. Ik ontvang heel graag een reactie van de Minister, want het moment om te handelen is nu.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. De bode zal ons voorzien van uw plan, het tienpuntenplan long covid.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb er voor de collega's ook allemaal één meegenomen.

Dan het basispakket als geheel. Het basispakket van de zorgverzekering vergoedt zorg die bedoeld is als behandeling bij een ziekte, en het liefst alleen zorg die ook echt wat bijdraagt. Maar nog altijd wordt zorg vergoed die niet zinnig is of zelfs schadelijk is. Dat is zorg waar wij gezamenlijk aan meebetalen. Het lukt ons onvoldoende om deze niet-zinnige zorg uit het basispakket te krijgen, zo oordeelt ook de Algemene Rekenkamer.

Programma's van het ministerie en het Zorginstituut komen onvoldoende van de grond. De vraag is vaker gesteld, maar nog een keer vanwege de urgentie: wat kan de Minister hieraan doen? En specifiek: welke wettelijke rol kan het Zorginstituut meer gaan pakken hierin, en zijn zij hier dan ook toe in staat?

Wat er volgens mij nog mist in het basispakket, is de inzet op preventieve behandelingen. Diabetes type 2 kun je genezen met leefstijlinterventie.

Sporten voor een operatie verkleint de kans op complicaties. Darmziekten kun je onderdrukken met gezonde voeding. Is de Minister bereid om dit soort behandelingen versneld voorwaardelijk toe te laten in het basispakket? Wat is hier dan voor nodig? Hoe kunnen we dergelijke initiatieven ook beter ondersteunen?

Want nieuwe behandelingen in het basispakket zijn veelal bijzondere, dure en ook zeer specialistische behandelingen. Dat is ook belangrijk, maar het lijkt soms dat simpele en goedkope zorg weinig aandacht krijgt, terwijl deze net zo effectief of zelfs effectiever kan zijn. De professionals die zich hiervoor inzetten, zou ik graag meer willen ondersteunen. Ook hier hoor ik graag een reactie op van de Minister.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, mevrouw Ellemeet wil graag een vraag stellen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mijn vraag gaat over het punt dat mevrouw Paulusma hiervoor maakte, over de niet-zinnige zorg. Het meest ingewikkelde is eigenlijk de zorg waarvan we niet weten of die zinnig is of onzinnig, dus niet bewezen effectief. Ook dat is heel lastig om inzichtelijk te krijgen. Een idee, dat ik zelf ook zal opperen in mijn spreektekst, is om, zoals we dat ook bij geneesmiddelen doen, zorg die niet bewezen effectief is maar wel in het pakket zit, altijd in een onderzoeksetting te leveren. Dus dat we standaard registreren wat de effecten van die zorg zijn. Als we dat tot norm maken, tot standaard maken, kunnen we stappen zetten om inzichtelijk te krijgen of die zorg effectief is of niet. Wat vindt mevrouw Paulusma daarvan?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat vind ik een heel interessant voorstel. Ik denk dat het ook zeker nuttig kan zijn voor dat wat nog niet bewezen effectief is. Maar ik doe ook vooral een oproep aan de Minister of we ten aanzien van die zorg waarvan we weten dat die bewezen niet effectief is en toch nog steeds uitgevoerd wordt, forsere stappen kunnen zetten dan we nu doen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Tot slot de polisjungle. Helaas is het aantal polissen vorig jaar wederom gestegen. Wat mensen vooral heel graag willen, is dat ze goed verzekerd zijn en dat je er niet van wakker hoeft te liggen als er onverhoopt wat gebeurt. Die jungle aan polissen, het verdienmodel dat onder vergelijkingszites ligt en de vaak best moeilijk leesbare polissen dragen hier niet aan bij. Het moet wat ons betreft overzichtelijker, begrijpelijker en toegankelijker. In de brief van de Minister lees ik echter geen enkele reactie om dit op te pakken. Ik hoor hier graag een reactie op van de Minister.

Dank u wel.

De heer **Hijink** (SP):

Ik heb nog een vraag over het basispakket. D66 is altijd voorstander geweest van anticonceptie in het basispakket. Nu is er in februari een motie aangenomen van mevrouw Kuiken om de pil, anticonceptie weer op te nemen in het basispakket. D66 heeft voor die motie gestemd. Alleen, nu heeft de Minister ons een brief gestuurd waarin zij zegt dat ze die motie niet gaat uitvoeren. Ik zou graag van D66 willen horen of zij net als de SP vindt dat aangenomen moties uitgevoerd moeten worden en dat dit dus ook zou moeten betekenen dat de Minister vandaag toezeft dat anticonceptie wél in het basispakket gaat komen dit jaar.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben het democratisch gezien helemaal met u eens dat aangenomen moties uitgevoerd moeten worden, maar ik vind ook dat wij als Kamer moeten luisteren, of in ieder geval de reactie moeten lezen van de Minister. Wij kunnen ver meegaan in de argumentatie waarom dit niet in het basispakket zou moeten. Wij hebben voorgestemd omdat wij vinden dat anticonceptie gratis en toegankelijk moet zijn. Daarom stellen wij ook in ons verkiezingsprogramma voor dat het dan op een andere manier geregeld moet worden dan in het basispakket. Dus als we op die manier ervoor kunnen zorgen dat dit toegankelijk is voor iedereen, dan is dat voor ons ook een acceptabele oplossing.

De heer **Hijink** (SP):

Maar die oplossing is er dus juist niet en dat leidt er gewoon toe dat miljoenen vrouwen die rekening nu zelf moeten gaan betalen, ondanks dat een meerderheid van de Kamer hier heeft gezegd dat anticonceptie in het basispakket moet komen. Dus uw oplossing is geen oplossing. De oplossing van de Minister is ook geen oplossing, want die oplossing is «we doen niks». En ik vind dat als wij als Tweede Kamer hier een motie aannemen, die ook uitgevoerd moet worden. Ik vraag daarom nog een keer aan de Democraten 66 of zij ook vinden dat als een motie wordt aangenomen, als een meerderheid hier zegt «wij moeten dit doen», de Minister dat dan ook moet uitvoeren.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dan geef ik mijn collega ook een vraag terug. Want ik las ook in de reactie van de Minister dat als wij anticonceptie in het basispakket doen, het middels het eigen risico eigenlijk helemaal niet gratis is voor een heleboel vrouwen. Dan zijn we eigenlijk terug bij af. Dus ons voorstel zou zijn om dit een publieke voorziening, gratis af te halen bij de apotheek, te maken. Wat ons betreft gaan we daar dus ook heel hard mee aan de slag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

In aanvulling hierop. We weten namelijk, en ik kom daar in mijn bijdrage ook op terug, zoals vaker, dat vrouwen hogere zorgkosten maken dan mannen. De helft van de vrouwen maakt sowieso al het eigen risico op. Dus daar gaat het argument niet op. Want die vrouwen maken hun eigen risico al op. Dan zouden het dus alsnog extra kosten zijn, tenzij het wel in het pakket wordt opgenomen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben het helemaal met u eens. Ik ben een groot voorstander van alles wat we in de zorg vrouwvriendelijker zouden kunnen doen, en zeker ook toegang tot anticonceptie. Maar exact wat u zegt: de ene helft maakt het eigen risico al op, voor de andere helft van de vrouwen geldt dat niet. Wij vinden dat het toegankelijk moet zijn, gratis en voor iedereen, af te halen bij de apotheek. Het past dus niet, op basis van de argumentatie van de Minister ook, in het basispakket.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken, u wilt een vraag stellen?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja. Ik begrijp het namelijk niet helemaal. Je stemt voor een motie, en dan verwacht je ook dat ze wordt uitgevoerd. Ik heb een gloeiende hekel aan gelegenhedsargumentatie, hoe langer ik in dit huis rondloop. Maar bovendien: als het eigen risico een probleem is, dan kun je dat toch ook buiten het eigen risico plaatsen, zoals we ook doen bij de huisarts? Waar een wil is, is een weg. De simpele vraag is: staat u nog achter uw steun voor de motie of wordt dat ook een gelegenhedsmoment?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik vind het altijd wat jammer dat de PvdA het nodig vindt om met gelegenhedsargumenten te slingeren. Ik geef aan dat wij op basis van de reactie van de Minister snappen waarom het niet uitvoerbaar lijkt te zijn. Daarom pleiten wij voor een maatregel die dus voor iedereen een oplossing is en niet alleen voor de vrouwen die hun eigen risico momenteel niet opmaken in het basispakket.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dus u gaat zo meteen in het tweeminutendebat een motie indienen waarin u dit giet, die dan een meerderheid gaat halen en die dan wel uitgevoerd wordt? Of is dit het volgende gelegenhedsargument dat weer terugkomt? Heel simpel: het kan niet zo zijn dat je vlak voor de verkiezingen een motie steunt, waarin op twee manieren wordt aangegeven hoe je kunt voorkomen dat het ten koste gaat van het eigen risico en dan na de verkiezingen weer teruggrijpt op je eigen plan. Dan moet je ook aantonen hoe je dat dan gaat doen en het niet alleen bij mooie woorden laten. Dus ik vind inderdaad dat nu naar een gelegenhedsargument wordt gezocht.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat zijn de woorden van mevrouw Kuiken; daar wil ik het bij laten.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Nee, nee, daar offer ik met alle liefde mijn derde interruptie voor op. Ik stelde namelijk ook nog een vraag. Er wordt straks een tweeminutendebat aangevraagd – desnoods doe ik het zelf – maar kunnen we dan ook een motie verwachten waarin staat: als het dan niet via het pakket kan, wil ik er een gratis toegankelijke voorziening van maken? Ik weet zeker dat die motie een meerderheid gaat halen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, en nog steeds ga ik over mijn eigen woorden, ook in het tweeminuten-debat. Als we het dan toch hebben over gelegenheidsargumentatie: u weet ook dat er momenteel een demissionair kabinet is en dat er sprake is van allerlei gesprekken, waar we allemaal direct en indirect bij zijn. Dit zou dus een punt zijn wat ergens op een tafel moet liggen. Daar ga ik nu dus geen motie over indienen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Voorzitter, ik ...

De **voorzitter**:

Dat gaat wel ten koste van uw aantal interrupties, mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dat maakt niet uit, ik heb er nu zin in, straks niet meer. Dan is de formatie het volgende argument. Dat mag, maar dan zeg je nog steeds dat je niet meegaat in een democratisch principe, namelijk dat een motie die is aangenomen ook wordt uitgevoerd. De formatie is dus de reden dat u achteroverleunt. Dat mag, maar het zou dan wel fair zijn om daarvoor uit te komen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mevrouw Kuiken legt mij allerlei woorden in de mond. Volgens mij heb ik juist iets gezegd over onze democratie, maar heb ik ook iets gezegd over de reactie van de Minister. Op basis daarvan nemen wij nu dit besluit. Dat heeft niks te maken met achteroverleunen, dat heeft gewoon te maken met de huidige situatie.

Dank u wel.

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

Even een heel ander onderwerp. Mevrouw Paulusma besloot haar inbreng met de polisjungle die er is. Is D66 het dan eens met het CDA dat we eigenlijk een einde moeten maken aan kloonpolissen? Dat zijn polissen die dezelfde inhoud hebben, maar onder een ander merk en met een andere prijs worden verkocht.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, daar zijn we het mee eens.

De **voorzitter**:

Gaat u verder, mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik was klaar.

De **voorzitter**:

Dan gaan we verder met meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter. We hadden het net al over het eigen risico. Gisteren hadden we de heugelijke stemming waarin de Tweede Kamer unaniem heeft gezegd dat het eigen risico volgend jaar niet verder verhoogd moet gaan worden. Dat is natuurlijk supergoed nieuws. De SP is tegen het eigen risico, we willen dat naar nul, omdat het een onrechtvaardige maatregel is, omdat het eigenlijk een boete op ziek zijn is en omdat wij vinden dat niet de dikte van de portemonnee moet bepalen of je wel of niet toegang hebt tot zorg. Nu heeft de Minister in het debat vorige week gezegd dat zij nog moet overwegen wat ze met de motie gaat doen, want de besluitvorming is pas in augustus. Ik kijk naar de Minister: ik mag toch aannemen dat zij zo'n

unaniem aangenomen motie gaat uitvoeren en dat wij vandaag dan ook van haar mogen horen dat het eigen risico inderdaad niet verhoogd gaat worden en dat we daar ook niet zo geheimzinnig over hoeven te doen? We hebben het net over democratie gehad. Me dunkt: als de hele Kamer dat zegt, dan moet de Minister wel.

Het ging net over anticonceptie. Dan wordt eigenlijk de ene onrechtvaardige maatregel, namelijk het eigen risico, gebruikt om een andere onrechtvaardige maatregel niet te hoeven afschaffen, namelijk anticonceptie in het pakket. Dat zou niet kunnen, want dan zou het onder het eigen risico komen te vallen. Mevrouw Kuiken heeft terecht gezegd dat dat helemaal niet hoeft. Daarvoor kun je zeggen dat het eigen risico niet geldt, wat we bij de huisarts ook doen. Dan nog zou je kunnen zeggen: voor al die vrouwen die wel hun zorgkosten maken, is het natuurlijk superbelangrijk dat het gratis wordt. Dat heeft ook te maken met autonomie, zelfbeschikking, vrijheid en het gelijkwaardig delen van de lasten als het om anticonceptie gaat. Het is echt niet oké dat die lasten nu volledig bij vrouwen komen te liggen. Dat zeg ik hier, in gezelschap van alleen maar vrouwen. Ik zeg het ook niet alleen maar omdat ik recent een derde kind heb gekregen en denk dat het tijd is dat het een keer in het basispakket komt. Maar het argument dat het kabinet demissionair is, mag natuurlijk geen reden zijn om besluitvorming, hier in de Tweede Kamer genomen, te negeren. Dus ik wil er bij de Minister nogmaals op aandringen deze motie uit te voeren.

Voorzitter. Het gaat over behandelingen die wel of niet vergoed worden. Wij krijgen ook van artsen in het ziekenhuis te horen dat behandelingen om te stoppen met roken niet altijd vergoed worden. Wel als het via de huisarts is, maar in ziekenhuizen moet gestreden worden met zorgverzekeraars om de kosten vergoed te krijgen. Dat vinden wij niet goed, want tabaksverslaving is een serieus probleem. Het zou heel goed zijn – ik wil de Minister ook vragen om dat te gaan regelen – dat als dat vanuit het ziekenhuis, de tweede lijn, gebeurt, ook dan die behandelingen vergoed worden. Hetzelfde geldt uiteraard voor een oud standpunt van ons, de mondzorg. Want sinds het uitbreken van de coronacrisis zijn nog meer mensen niet naar de tandarts geweest en lopen nog meer mensen onverzekerd rond. Dat leidt, zeker op lange termijn, tot grote gezondheidsschade. Mondzorg hoort in het basispakket, vindt de SP, zodat alle Nederlanders daar ook toegang toe hebben. Kinderen kunnen gratis naar de tandarts, maar ze gaan vaak niet, omdat hun ouders niet gaan, omdat ze opzien tegen de rekening, bang zijn voor de rekening. Het is dus gewoon superbelangrijk dat dat nu snel gaat gebeuren. Je wilt niet aan het gebit van iemand kunnen zien of hij wel of niet veel geld heeft. Misschien, om een eerste stapje te zetten, kan de Minister een draagvlakonderzoek doen om eens te kijken of er draagvlak is onder de bevolking, onder artsen en anderen om de mondzorg toch op te nemen in het basispakket?

Voorzitter. Mevrouw Paulusma heeft het uitgebreid gehad over de fysio, ook voor coronapatiënten, voor longcovidpatiënten. Het is heel goed dat die regeling verlengd wordt. Een ding stuit ons wel tegen de borst en dat is, hoe terecht het ook is dat coronapatiënten die zorg krijgen, hoe vreemd het eigenlijk is dat voor andere patiënten en patiëntengroepen een heel andere redenering wordt gebruikt, namelijk: u moet de eerste twintig behandelingen maar zelf betalen of u heeft helemaal geen recht op fysiotherapie of u moet zich maar bijverzekeren als u fysiotherapie wilt. Dat is toch een vreemde redenering? Alle argumenten die de Minister gebruikt om longcovidpatiënten wel te helpen met fysiotherapie, gaan eigenlijk net zo goed op voor al die andere patiëntengroepen die het niet krijgen. Ik vraag de Minister daarom om erop te reflecteren waarom dat voor deze groepen niet zou gelden. In een brief van volgens mij vorige maand geeft ze eigenlijk alle argumenten waarom fysiotherapie prima in het basispakket zou kunnen, namelijk dat die lijst van chronische ziektes

aan alle kanten rammelt. Geen fysio leidt tot hogere zorgkosten verderop in de zorg, in de ziekenhuizen. Het hele idee van stepped care wordt tegengehouden door fysiotherapie niet in het pakket te doen. Het is dus de hoogste tijd dat dat wel gaat gebeuren.

Laatste punt zijn de geneesmiddelen. Ik las vanochtend een stuk in Het Financieele Dagblad over de gekaapte geneesmiddelen. Ik zou van de Minister graag inzicht willen hebben in hoeveel miljoenen euro's wij vanuit het basispakket over de balk gooien naar geneesmiddelen die zijn gekaapt door de farmaceutische industrie. Dat zijn geneesmiddelen die zijn ontwikkeld in apotheken en in ziekenhuizen en die vervolgens zijn geregistreerd door farmaceutische bedrijven, die de prijs met een vijftigvoud omhooggooien. Een bekend voorbeeld in de krant vanochtend waren de flesjes Cystadrops tegen een oogandoening. De apotheek maakt ze voor € 20 per flesje, maar na officiële registratie door een farmaceut kosten ze ineens € 1.000 per flesje. Volgens het Zorginstituut leidt dat dan tot kosten van € 50.000 per patiënt per jaar. Ik vraag de Minister hoe vaak dit gebeurt, bij hoeveel geneesmiddelen dit aan de hand is en hoeveel geld er over de balk gaat. Wat kan zij doen om apothekers en ziekenhuizen veel meer te ondersteunen om de registratie zelf op te nemen? Ik vind het heel moedig dat deze ziekenhuizen dat nu zelf gaan doen. Of dat via bv's moet of op een andere manier, weet ik nog niet zo goed, maar dát ze het doen vind ik heel moedig. Ik zou het heel goed vinden als dat meer gaat gebeuren. Ik zou ook heel graag willen weten hoeveel geld we nu verspillen, want daar moeten we ook naar kijken. Hoeveel geld verspillen we nu aan onzinnige wensen bij de farmacie, terwijl het ook op een veel betere manier kan? Dank, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dit is altijd een bijzonder debat, vind ik, omdat iedereen met zijn wensenlijstje komt. Maakt u zich geen zorgen; ik heb ook een wensenlijstje. Maar ik vind het ook belangrijk dat we nadenken over wat er in het pakket zit waarvan we ons kunnen afvragen of het wel in het pakket hoort. Ik had het al kort met mevrouw Paulusma over die grote grijze categorie van niet-bewezen effectieve zorg. Ik heb daar met een aantal mensen uit de zorg over gesproken. Van hen kwam het idee om, net zoals we bij geneesmiddelen doen, de zorg die je geeft altijd in een onderzoeksetting te geven, zodat je een register hebt waarin je de effecten van de zorg registreert en op die manier kunt onderzoeken of het effectieve zorg is. Ik krijg daar graag een reactie op van de Minister. Het zou zo maar kunnen zijn dat sommige zorg niet effectief is en niet in het pakket thuishoort.

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

Ik wil daar gelijk op aansluiten, want ik vind dat een mooi voorstel. Vorig jaar hebben de PVV, de VVD, de PvdA en het CDA bepleit om veel meer te focussen op de bewezen effectiviteit van de zorg. Nu is er een voorstel aangenomen van het CDA om bij dure geneesmiddelen verplicht te stellen dat er praktijkonderzoek is, ook omdat we weten dat bij een clinical trial het aantal bijwerkingen vaak veel minder is en de effectiviteit beter. In de praktijk gaat vaak de effectiviteit omlaag en het aantal bijwerkingen omhoog. In die zin steun ik het, maar zou mevrouw Ellemeet er ook bepaalde voorwaarden aan willen stellen? Er zijn natuurlijk ook zorgvormen die een heel klein beslag leggen. Wil mevrouw Ellemeet dus nog bepaalde voorwaarden stellen?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Zover heb ik het nog niet uitgewerkt. Ik ben met mensen in gesprek gegaan over de grote categorie «niet bewezen effectief»: we zitten daar eigenlijk allemaal mee in onze maag, maar wat kunnen we ermee? Dit idee kwam daaruit. Volgens mij zou het heel goed zijn om dit met mensen uit de zorg zelf verder uit te werken en vorm te geven.

De **voorzitter**:

Gaat u verder. Meteen durft niemand door te vragen, met die acht interrupties voor het hele blok! Ik zou ook zuinig zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Een ander punt waarop we slimmer om kunnen gaan met de zorgkosten is eerder terugverwijzen naar de huisarts. Als mensen een behandeling van een specialist hebben gehad, zien we vaak dat patiënten standaard blijven terugkomen bij die specialist voor controle of voor herhaalrecepten. In sommige gevallen heeft dat natuurlijk zin en is het nuttig om bij die specialist terug te komen, maar ik kan me zomaar voorstellen dat je soms makkelijker kunt terugverwijzen naar de huisarts. Ook dat bespaart kosten. Ik ben dus benieuwd wat de Minister hiervan vindt. Vindt zij het de moeite waard om dit verder te onderzoeken?

Dan kom ik bij mijn wensenlijstje, want dat heb ik ook. Mijn wensen hebben vooral te maken met de extra kosten die vrouwen maken; ik begon er al even over. Er zijn heel wat eigen bijdragen rondom geboorte. We hebben het al uitgebreid gehad over anticonceptie. Ik sluit me aan bij wat daarover is gezegd door onder andere de SP. Je ziet dit ook rond de eigen bijdrage voor kraamzorg. De standaard is dat je 49 uur kraamzorg krijgt, waarvoor je € 225 eigen bijdrage betaalt. Dat is best heel veel geld voor mensen. Je kunt je dus voorstellen dat mensen met weinig geld denken: nou, dan doen we het maar met wat minder kraamzorg. We weten allemaal dat er grote gezondheidsverschillen zijn in Nederland en we willen eigenlijk allemaal dat kinderen een gelijke start krijgen, maar dan zie je dus al dat die gelijke start en gelijke kansen niet gegeven worden, omdat gezinnen zeggen: nou ja, dan moet het maar wat minder met die kraamzorg. Mijn vraag aan de Minister is of zij dit probleem ziet en of ze het met GroenLinks eens is dat we af zouden moeten van de eigen bijdrage voor de kraamzorg.

Dan een heel ander punt. Ik wist dit niet; ik werd erop gewezen. Veel vrouwen die een chemobehandeling krijgen, verliezen hun haar en hebben dan een pruik nodig. Pruiken zijn hartstikke duur. Ze kosten gemiddeld tussen de € 1.500 en € 2.000 en je krijgt maar een maximale vergoeding van € 500 voor een pruik. Dat betekent dat je zo zelf € 1.000 kwijt bent aan de kosten van een pruik. Ook daarvan denk ik: je wordt al getroffen door een vreselijke ziekte, je verliest je haar en dan moet je ook nog eens zo veel geld betalen voor die pruik. Ook daar krijg ik graag een reactie op van de Minister.

Ik heb ook nog wat vragen over fysiotherapie. Net zoals de SP vind ik het heel raar dat we een eigen bijdrage vragen voor de eerste twintig behandelingen van fysiotherapie en het daarna voor chronische ziekten wel vergoeden. Als we toch weten dat het zin heeft om fysiotherapie te geven, ga je mensen die eerste behandelingen toch niet zelf laten betalen? Ik krijg daar graag een reactie op. Ik weet dat er de afgelopen vijf jaar een traject heeft gelopen om te kijken of fysiotherapie kan worden overgeheveld naar de basisverzekering, maar dat dat mislukt is. De Minister heeft vervolgstappen aangekondigd, alleen mis ik er eentje. Een groot probleem rond de fysiotherapie is het aantonen van de effectiviteit. Dat komt doordat je bij fysiotherapie niet met placebo's kunt werken. Je zit dus vast in een methodiek waarin het bedoeld is te mislukken, waarin het bedoeld is dat eruit komt dat fysiotherapie niet bewezen effectief kan zijn. Volgens mij moet dat onderzoek worden herzien en moeten we langs

andere maatstaven toetsen of fysiotherapie effectief is. Ook daar krijg ik graag een reactie op van de Minister.
Ten slotte heb ik nog het punt van de eigen bijdrage in het ziekenvervoer. Die eigen bijdrage is nu gekoppeld aan een jaargrens, wat het volgende kan betekenen. Stel dat je een behandeling krijgt in het ziekenhuis. Je begint in oktober en je bent klaar in maart. Je moet dan twee keer de eigen bijdrage van € 108 betalen, omdat een deel van de behandeling in het ene jaar valt en een deel in het andere jaar. Mijn vraag aan de Minister is of je die eigen bijdrage niet kunt koppelen aan een behandeling in plaats van aan een jaargrens. Zo voorkom je dat mensen hele hoge eigen bijdragen hebben.
Dat was het. Dank u wel.

De voorzitter:

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

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik realiseer me dat ik die vraag ook aan meneer Hijink had moeten stellen, want de vraag gaat over fysiotherapie, een onderwerp dat ook de heer Hijink naar voren bracht. In 2019 is er een voorstel van het CDA aangenomen om te kijken of het beter zou zijn om ook de eerste twintig behandelingen in het basispakket op te nemen, omdat er nu vaak zorgmijding is, waardoor je later duurdere zorg moet verlenen. Het gaat dus ook weer om het betaalbaar houden van de zorg. De Minister wilde de motie toen niet uitvoeren op de manier waarop wij die hadden bedoeld en heeft nu een brief gestuurd dat die andere manier, namelijk om bij systeembehandelingen naar ieder stukje apart te kijken, een oeverloos lang verhaal gaat worden omdat er zo veel varianten zijn. Nu heeft de beroepsvereniging van de fysiotherapeuten net een onderzoek laten doen door Equalis, dat op bepaalde specifieke punten laat zien dat het van de tweede lijn naar de eerste lijn brengen wel effectief is bij onder andere coronair lijden. Ik moest daarbij even aan corona denken, maar coronair lijden heeft met het hart te maken. Steunt mevrouw Ellemeet het CDA erin dat dit ook een manier is om ernaar te kijken? Vindt zij ook dat de eerste stappen hierin moeten worden gezet, zodat de zorg betaalbaar blijft en het duidelijk wordt dat het effect heeft om bepaalde behandelingen juist wel eerstelijns te blijven doen in plaats van te opereren?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Volgens mij zijn wij het erover eens dat het fijner is voor de patiënt om een minder ingrijpende behandeling te krijgen, en dat is fysiotherapie vaak vergeleken met bijvoorbeeld allerlei operaties. Het is dus fijn voor de patiënt en het bespaart ook kosten. Het is al jarenlang mijn punt dat fysiotherapie zowel beter is voor de patiënt als voor ons als land, omdat we minder kosten kwijt zijn. Ik maakte net ook het punt dat we op andere manieren moeten kijken en onderzoeken wat de effectiviteit van fysiotherapie is. Als je langs de lijnen van placebo's of soortgelijk onderzoek probeert te bewijzen dat fysiotherapie effectief is, kom je er niet. Het voorbeeld dat mevrouw Van den Berg noemt, klinkt heel aannemelijk. Volgens mij moeten we inderdaad heel creatief kijken hoe we op een andere manier kunnen onderzoeken wat de waarde van fysiotherapie is, dus het klinkt goed, zou ik zeggen.

De voorzitter:

Gaat u verder. U was klaar? Ja. Dan mevrouw Kuiken.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Voorzitter, dank. Laat ik niet pretenderen dat ik alles al weet, maar dat komt de komende maanden vanzelf. Laat ik beginnen met complimenten aan collega Paulusma. Ik kan kritisch zijn, maar ik zie ook dat dit heel

interessant is, dus ik ga het met veel interesse lezen. Ook maakte zij het emotionele punt dat heel veel mensen nog steeds met mentale kwesties rond long covid zitten of gewoon nog geconfronteerd worden met het feit dat ze nog niet volledig aan het werk kunnen, of alleen met veel moeite. Ik denk dat als je in die situatie zit, er vaak nog wel een muur van onbegrip is. Het is dus goed dat er op deze manier, via het tienpuntenplan, aandacht aan wordt besteed.

Voorzitter. In zijn algemeenheid hoop ik heel erg dat preventie een belangrijke rol gaat krijgen in welk regeerakkoord dan ook, want we zullen echt toe moeten naar een verdienmodel voor preventie en een heel andere manier van kijken. Veel van de zorgen zijn hier al door collega's gedeeld, of het nou gaat over fysiotherapie, kraamzorg of mondzorg. Dat laatste vind ik zelf een heel belangrijk en mooi onderwerp, omdat goede mondzorg ook heel erg helpt in de preventie, van dementie tot infecties. In Nederland hebben we dat eigenlijk niet goed geregeld voor volwassenen. Dat geeft ook wat aan over ons denken: we repareren vaak pas als het te laat is in plaats van dat we een visie en blik hebben op hoe we mensen vitaal, gezond en gelukkig houden. Ik ben daar dus een warm pleitbezorger van. Daarom ben ik ook voor anticonceptie in het basispakket, want voorkomen is beter dan genezen. Geld of andere zaken mogen nooit redenen zijn om dat niet goed toegankelijk te hebben. Het eigen risico zie ik ook niet als een probleem. De huisarts ook niet. Dat is een kwestie van inregelen en keuzes maken. In datzelfde licht heb ik een vraag over preventie. Waarom hebben we de huisarts wel uitgeschakeld bij het eigen risico, maar bijvoorbeeld niet de specialist ouderenzorg, terwijl die bij een ouder wordende bevolking steeds belangrijker wordt? Niet voor niets wordt dit genoemd als een belangrijk punt. Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Ik ga nog even door op covid, want die heeft ons met de neus op de feiten gedrukt dat preventie juist ongelofelijk belangrijk is. We hebben ook geleerd dat zorgverzekeraars en kleine en grote ziekenhuizen heel goed kunt samenwerken als de nood hoog is, alleen geven diezelfde ziekenhuizen de afgelopen tijd tijdens onze werkbezoeken aan dat dat automatisme nu wel aan het verdwijnen is. Dat heeft er deels mee te maken dat men toch gewend is om in het eigen koninkrijk te opereren – ik zeg het even heel boud, maar dat is mijn platte vertaling omdat ik maar kort de tijd heb – maar deels ook dat de financiële prikkels gek staan. Het is helemaal niet logisch om dingen over te dragen aan een ander als je eigen verdienmodel daardoor schade lijdt. Het is ook helemaal niet logisch om op de lange duur intensief samen te werken bij bijvoorbeeld kinderchirurgie, hartchirurgie of kankerbehandelingen voor kinderen, als je kostenderving hebt als je iets afstoot, gelet op de opleidingsplaatsen die je al hebt ingekocht en vanwege de behandelingen die je minder krijgt. De marges van ziekenhuizen zijn niet heel erg groot. Ik verwacht hier geen meeslepend en groots verhaal van de Minister, maar ik wil wel dat we kijken hoe we die samenwerking in stand kunnen houden en dat de Minister erkent dat dit ook keuzes vraagt van VWS over wat je welke ziekenhuizen laat doen. Dat komt namelijk niet vanzelf tot stand, omdat de financiële prikkels op een andere manier zijn georganiseerd. Maandag zullen we hier uitgebreider bijilstaan in het debat over medische zorg.

Voorzitter. Mevrouw Ploumen heeft bij herhaling aandacht gevraagd voor siliconenexplantatie, met andere woorden het verwijderen van siliconen borstimplantaties. Iedereen weet inmiddels wat de schade kan zijn. Heel veel vrouwen willen er vanaf. Laten we dat ook mogelijk maken in dezelfde context van preventie. Ik hoop dan ook dat dit gewoon gefinancierd kan worden. Graag een reactie.

Voorzitter. Korthedshalve sluit ik me aan bij de opmerkingen die zijn gemaakt over zinnige zorg. Het Zorginstituut, de WRR, de Kwaliteitsraad en de Adviescommissie Pakket moeten, in combinatie met een controle door de NZa en de IGJ, toch gewoon in staat zijn om een aantal ineffec-

tieve behandelingen eruit te halen? Het lijkt me goed om alle suggesties die hier aan tafel zijn gedaan, verder te onderzoeken om het kaf van het koren te scheiden.

Voorzitter. Misschien is dit mijn laatste punt, want ik heb geen idee hoe ik zit in de tijd. Het gaat over de junglepolis. «Polisjungle», hoor ik de anderen zeggen. Ja, precies; er wordt ergens iets gejungled in mijn hoofd! Maar dat maakt allemaal niet uit, want u weet allemaal precies wat ik bedoel. Dat is het mooiste van de Nederlandse taal, dat je van onzin zin kunt maken. Over kloonpolis zijn zeer terecht opmerkingen gemaakt. Daar moet helderheid over komen; mevrouw Paulusma vroeg daarnaar. Het zou toch ook verstandig zijn als verbeteringen en verslechtingen in de polis gewoon worden meegenomen in de procuratiebrief, dus dat je dat gewoon transparant maakt. Het is toch gek dat ik alle kleine lettertjes van mijn zorgverzekeraar, waar ik al sinds jaar en dag bij zit omdat ik te lui ben om over te stappen, moet lezen. Hij moet gewoon inzichtelijk maken wat er is veranderd ten opzichte van vorig jaar. Ik ben een trouwe klant en ik vind dat ik dat verdien. Graag een reactie van de Minister. Voorzitter, ik houd op.

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw Pouw-Verweij.

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

Dank u wel, voorzitter. Verschillende voorgangers hadden het al over zinnige zorg. Dat is ook het onderwerp waarop ik wil ingaan, want de uitkomst van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar het programma Zinnige Zorg van Zorginstituut Nederland stemt op zijn zachtst gezegd niet vrolijk. Ik weet dat het gaat om een rapport uit het najaar van 2020, maar het werd mij niet helemaal duidelijk of dit al eerder aan bod is gekomen. Voor mijn partij is dit echter nieuw, het staat op de agenda en we vinden het een heel belangrijk onderwerp, dus ik zou er graag wat dieper op in willen gaan.

De collectieve zorguitgaven bedragen bijna 80 miljard euro, waarvan ruim 50 miljard op grond van de Zorgverzekeringswet. Die uitgaven blijven stijgen, maar dat is geen wetmatigheid, het is niet per definitie zo. Zo heeft de helft van de diagnostische verrichtingen en behandelingen in de medisch-specialistische zorg in het basispakket geen bewezen effect of meerwaarde voor de patiënt, het zogenaamde niet-gepast gebruik van zorg. Het terugdringen van niet-gepaste zorg draagt bij aan het beheersen van de collectieve zorguitgaven. Onder de naam «Zinnige Zorg» is een programma opgetuigd dat gepast gebruik van de verzekerde zorg zou stimuleren en de doelmatigheid van het basispakket zou vergroten. Wat heeft dit opgeleverd? Niets. De Algemene Rekenkamer constateert dat Zinnige Zorg in de periode 2014 tot 2019 nauwelijks heeft geleid tot vermindering van niet-gepast gebruik van verzekerde zorg. De verbeterpunten van het programma dringen niet door tot de zorgpraktijk. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, IGJ, en de Nederlandse Zorgautoriteit doen er niets mee. Hoe is het mogelijk dat een zo wezenlijke en voor de hand liggende schakel in de keten is overgeslagen?

De voorgespiegelde bezuiniging van 225 miljoen euro per jaar is compleet uit de lucht gegrepen. Over de afgelopen zes jaar is nog geen fractie bespaard van de meer dan 1 miljard euro die het programma over die periode in totaal had moeten opleveren. Als ik de reactie van de Minister op het rapport mag samenvatten: het bewustzijn is toegenomen. En verder: implementatie van deze inzichten over welke zorg wanneer en op welke plek moet worden geleverd, is een traject van de lange adem. Dat is gemakkelijk gezegd, maar het verdoezelt dat het programma geen concreet resultaat oplevert. Wat is de Minister van plan?

De Minister vestigt haar hoop op nieuwe goede voornemens, het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Maar door onduidelijkheid over de evaluatie en onzekerheid over de implementatie blijft het een raadsel hoe het nieuwe programma wél gaat werken. Mijn fractie vraagt om een harde waarborg dat het nieuwe programma de tastbare verbeteringen en besparingen gaat opleveren die het oude reeds had moeten geven.

Nogmaals, de besparingen uit het programma Zinnige Zorg hadden over de afgelopen jaren meer dan 200 miljoen euro per jaar moeten zijn. En hoeveel was het? Nul euro. Ronduit verbazingwekkend is de laksheid en het onvermogen van het Zorginstituut Nederland. Uit de evaluatie door KWINK groep, waar we vanwege de tijd niet op in kunnen gaan, blijkt dat dit instituut vooral tot zijn recht komt als informatiemakelaar. Belanghebbende partijen waarschuwen voor een bureaucratie in wording. Het Zorginstituut dient voor ons namens de overheid toe te zien op goede en betaalbare zorg. Al in 2015 waarschuwde de Algemene Rekenkamer het Zorginstituut voor een te grote vrijblijvendheid bij de partijen in het veld bij het doorvoeren van de verbeterpunten. Er is niets gedaan met de indicaties voor situaties van niet-gepaste zorg. Niets. Het Zorginstituut heeft zelfs geen strategie.

In een reactie komt het Zorginstituut met wazige noties als «flankerend beleid» en «agendering vanuit publiek perspectief», terwijl het de bal met een ferme doeltrap op het veld schopt van de partijen in het veld. Want die zijn immers verantwoordelijk en niet het Zorginstituut. Hoe kan de raad van bestuur toch zo in gebreke blijven? Waarom is een raad van toezicht in geen velden of wegen te bekennen? Het is toch onbestaanbaar dat het Zorginstituut pas in een rapport op falen moet worden gewezen? Wat vindt de Minister ervan dat de Algemene Rekenkamer de rol van het Zorginstituut overneemt door voor de hand liggende adviezen te gaan geven op het terrein waarvoor het Zorginstituut zelf is opgericht? Wat heeft een zorginstituut voor toegevoegde waarde als het alleen onverplichtende verbeterpunten kan produceren?

Inmiddels wordt 16% van de begroting van 49 miljoen euro per jaar uitgekeerd voor Zinnige Zorg. Gaat de Minister de jaarlijkse uitkering van 8 miljoen euro voor dit programma intrekken?

Voorzitter. Pakketbeheer is een bescheiden onderdeel van de wijze waarop we grip proberen te houden op verzekerde zorg. Het is echter geen te verwaarlozen deel. Als we al niet in staat zijn om concrete verbeteringen te realiseren over zorg die geen bewezen effect of meerwaarde heeft voor de patiënt, hoe hebben we dan grip op verzekerde zorg in het algemeen? Is de Minister het eens met JA21 dat beleidsdoelen zinvol zijn als ze concreet zijn en kunnen worden gemonitord en getoetst? Is de Minister het met ons eens dat verbeterpunten die concreet zijn en die verwachtingen wekken, concreet moeten worden gerealiseerd, met aantoonbare resultaten over een afgebakende periode, zodat we weten waar we aan toe zijn? Vage, verdiepende inzichten die een zaak van lange adem zijn, werpen geen dam op tegen de sluipende financiële onhoudbaarheid van ons zorgstelsel. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat het drijfzand van het programma Zinnige Zorg geen vervolgroute krijgt in een moeras van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik? Welke rol kan de evaluatie van het Zorginstituut Nederland door KWINK groep daarbij vervullen? Ik hoor graag de antwoorden van de Minister.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank. Dan gaan we naar mevrouw ... Nee, eerst mevrouw Ellemeet, die een vraag heeft.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Bedankt voor deze bijdrage, ik vond het heel interessant. Volgens mij legde u de vinger op de zere plek: het is superhardnekkig, iedereen wil er iets mee, maar we krijgen het niet voor elkaar. Ik begon er ook al over. Het is met name de niet bewezen effectieve zorg – dat is een heel groot deel van de totale zorg die verleend wordt – waar we de vinger maar niet achter krijgen. Ik denk dat we allemaal wel werkbezoeken hebben gehad waarbij we van artsen hoorden: ja maar, ik doe het al 30 jaar zo en het werkt gewoon. Ik wil niet generaliseren, maar het is vooral de oudere generatie – -u komt uit de zorgpraktijk – die heel erg dit standpunt inneemt. De vraag is hoe we dit doorbreken. De suggestie die ik uit het veld krijg, dus ook van artsen, is dat je het zou moeten gaan onderzoeken. De zorg die verleend wordt maar nog niet bewezen effectief is, zou standaard onderzocht moeten worden om te bezien wat de effectiviteit ervan is. Wat vindt mevrouw Pouw ... – «Verweij» is het toch? – van dit voorstel?

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

Ik vind dat een heel aardig voorstel. Ik kom inderdaad uit de praktijk, dus ik ken ook de gesprekken hierover. Inderdaad, het punt van met name de wat oudere garde die gewend is om dingen op een bepaalde manier te doen en die uit een tijd komt waarin dbc's een minder grote rol speelden en je zelf wat meer op zoek kon gaan naar wat jij goed achtte voor de patiënt, speelt ook een grote rol. Ik denk dat bij de nieuwe generatie het al heel anders werkt. Maar dat terzijde.

Ik weet uit de praktijk dat het al redelijk veel gebeurt. Als er medicijnen zijn waarvan de indicatie is dat ze goed zouden moeten werken bij een bepaalde patiëntengroep, maar dit nog niet volledig is aangetoond en je het daarom niet rond kan krijgen met de verzekeraar, wordt er een onderzoek opgetuigd om te zorgen dat de patiënten via die route toch de medicatie kunnen krijgen. Daarnaast wordt er dan heel goed bijgehouden of er bijwerkingen zijn, adverse effects, noem het allemaal maar. Ik denk dat dat een heel interessante structuur is, die ook vanuit het veld zelf wordt aangereikt, waar ik altijd enthousiast over ben. Dus daar staan we absoluut voor open.

De voorzitter:

U bent aan het einde van uw betoog gekomen. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg.

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

Dank je wel, voorzitter. Het huidige zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit. Gezonde mensen betalen voor zieke, jongeren betalen voor ouderen, en mensen met een hoger inkomen betalen voor mensen met een lager inkomen. Die solidariteit vindt het CDA essentieel en die willen we ook behouden, zoals ik al heb beschreven in mijn initiatiefnota Ontzorg de zorg. Maar die solidariteit staat onder druk, doordat de zorgkosten een steeds groter beslag leggen op ons inkomen, maar ook doordat er perverse prikkels in het systeem zitten, een punt dat bij de collega's ook al aan de orde kwam. Het CDA wil dat zorg beschikbaar, bereikbaar én betaalbaar blijft en dat de solidariteit tussen mensen ook behouden blijft. Tegen die achtergrond stel ik mijn vragen vandaag.

Recentelijk bracht ik een werkbezoek aan Ella Verloskundigen in Den Haag, Gepassioneerde zorgverleners die vrouwen bijstaan tijdens de zwangerschap en een mooi voorbeeld van eerstelijnszorg. Maar ik begreep van hen dat de kosten voor het inbrengen van een spiraaltje door een verloskundige aannemelijk lager liggen dan in het ziekenhuis bij de gynaecoloog. Dat scheelt de patiënt in het eigen risico en ons allen in de premie. Waarom stellen zorgverzekeraars niet dat in beginsel een ziekenhuis gewoon geen spiraaltje meer mag inbrengen?

Bij de huisarts geldt in dit geval geen eigen risico, terwijl het Zorginstituut dat wel logisch vindt. Dat leidt tot ongelijke situaties en ook tot nog meer werkdruk voor de huisarts, terwijl die er met name is voor de basiszorg, zoals wordt beschreven. Als argument geeft de Minister nu dat de huisarts medisch-specialistische handelingen verricht. Maar dat brengt ons onduidelijkheid. Immers, we willen meer zorg verschuiven van de tweede lijn naar de eerste lijn, om zo de zorg betaalbaar te houden. Daarnaast wordt het door technologische ontwikkelingen voor huisartsen steeds makkelijker om ook niet-noodzakelijke maar wel medisch-specialistische handelingen te verrichten, zoals cosmetische ingrepen. Hoe ziet de Minister de ontwikkeling van het eigen risico bij het verschuiven van de tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en bij de verschuiving dat de huisarts steeds meer kan? Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Tegen deze achtergrond ook het volgende. Vorig jaar heeft het CDA, maar ook de VVD, de PVV en de PvdA, bepleit om geen zorg in het basispakket meer te vergoeden waarvan de effectiviteit niet is bewezen. Uit het rapport van de Rekenkamer – mevrouw Pouw-Verweij verwees er al naar – blijkt dat het project Zinnige Zorg, dat in 2013 is gestart, niet heeft opgebracht wat werd verwacht. Het Zorginstituut heeft geen volledig gebruik gemaakt van zijn bevoegdheden. Ook hebben zorgverzekeraars te weinig stuurmechanismen, zo wordt gesteld. Ik geef een voorbeeldje. Met digitale monitoring kunnen de kosten voor hartcontroles met 40% worden verminderd. Er zijn wel honderden van dergelijke voorbeelden waarbij de kosten lager zijn door anders te gaan werken. Wat vindt de Minister van de mogelijkheid dat een zorgverzekeraar dus kan weigeren om bepaalde zorg bij een ziekenhuis in te kopen als er niet voldaan wordt aan de juiste zorg op de juiste plek, dus als men niet bereid is om ook anders te gaan werken? Ook wordt aangegeven dat draagvlak vaak ontbreekt.

Voorzitter. Het CDA pleit al langer voor het stoppen met het «not invented here»-syndroom – dat is het gedrag: ik heb het niet bedacht en dus is het niet goed – maar om te komen tot een lerende cultuur op basis van feiten. In God we trust, all others please bring data, heb ik altijd meegekregen. Wat gaat de Minister doen om een dergelijke cultuur te bevorderen? Welke lessen implementeert de Minister nu in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik?

Voorzitter. Tegen deze achtergrond nog een punt. Ik heb een e-mail ontvangen van Diabetesvereniging Nederland waarin ze pleiten voor de opname van een nieuwe technologie in het basispakket. Er wordt gesteld dat die evidencebased is, dus dat de effectiviteit bewezen is. Wellicht dat de behandeling dat is, maar het CDA mist het financiële plaatje in de keten. Wat zijn de ketenkosten en wat zijn de besparingen bij de implementatie? Is de Minister bereid om daarnaar te laten kijken?

In 2019 is een voorstel van het CDA aangenomen om te kijken naar de kosten en baten van de eerste twintig fysiotherapeutische behandelingen in het basispakket. Ik had het net al over het onderzoek van Equalis dat de KNGF heeft laten doen. Wat gaat de Minister of het Zorginstituut met dat rapport doen?

In haar brief over mondzorg spreekt de Minister over het belang van mondzorg voor de gezondheid en het welbevinden van ouderen. De Minister geeft aan subsidie te geven voor een campagne. Kunnen we voor de begrotingsbehandeling een brief krijgen met daarin de resultaten en bevindingen?

Voorzitter. Ten slotte nog twee vragen. Het CDA bepleit al langer dat regiobeelden worden gemaakt om de zorgbehoeften in kaart te brengen. Maar vanuit het burgerinitiatief Zorg Zoals de Westfries het Wil, dat ook al heeft gekeken hoe ze dingen betaalbaarder kunnen maken, begrijpen we dat er geen enkele betrokkenheid is van inwoners. Graag een reactie.

Kan de Minister bevestigen dat de KPMG-aanbevelingen voor een betere risicoverdeling inderdaad deze maand nog naar de Tweede Kamer komen, zodat in 2022 de aanbevelingen kunnen worden geïmplementeerd?
Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Het woord is aan mevrouw De Vries namens de VVD.

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

Dank u wel, voorzitter. Een aantal collega's van mij sprak ook al over niet bewezen effectieve behandelingen die in het basispakket zitten. Ik denk dat we het er redelijk over eens zijn dat we daar kritisch naar zouden moeten kijken om te bepalen of dat buiten het pakket gebracht kan worden. Wij vinden het ook van belang dat we kritischer kijken naar de behandelingen op de lijst met beter-niet-doenbehandelingen, die door de zorg zelf is opgesteld. Want is het wel nuttig om het dat nog in het basispakket te houden? Aan de andere kant zouden we graag meer ruimte voor zorginnovaties en slimme digitale oplossingen binnen het pakket willen zien.

Een aantal woordvoerders hebben al gesproken over het programma Zinnige Zorg. Ik moet zeggen dat ik die evaluatie enorm teleurstellend vond, terwijl ik denk dat het een ontzettend goed instrument zou kunnen zijn. Er werd al gezegd dat de doorzettingsbevoegdheid van ik meen het Zorginstituut niet genoeg benut werd. Ik vond de reactie van de Minister daarop nogal mager, dus ben ik wel benieuwd wat ze met de conclusies en aanbevelingen gaat doen en wat ze de komende tijd gaat doen om wél te komen tot een effectieve en realistische aanpak op dit onderdeel. Er komen wat aanvullingen in het pakket, zoals een vergoeding van de elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie. Dat lijkt ons wat ad hoc. We willen toch eigenlijk een beweging naar meer thuis, meer digitaal, en dan kom je veel vaker voor dit soort vraagstukken te staan. Ik ben wel benieuwd of er ook gewerkt wordt aan een soort visie hoe je daar dan in de toekomst mee om zou moeten gaan.

De evaluatie van het Zorginstituut lijkt redelijk positief, maar ik ben er wat kritischer over. Ik vind dat er meer aandacht moet zijn voor de waarde van de behandeling, het behandelresultaat. Ik snap niet zo goed waarom die beweging niet goed in gang gezet wordt. We zien ook veel problemen met programma's als Keer Diabetes2 Om, maar ook bij Fit4Surgery, waarvoor het toch ingewikkeld is om daardoorheen te komen. Ik ben benieuwd hoe de Minister daarnaar kijkt. Hoe zou je dat er bij het Zorginstituut toch beter doorheen krijgen? Wij denken namelijk dat dit soort programma's gewoon goed werken.

Een collega van mij, Hayke Veldman, heeft samen met een aantal andere partijen een initiatiefnota gemaakt over onder andere diagnostiek bij kankerbehandeling. Daarbij wordt ook gekeken naar de bekostiging. Het kabinet gaat nu wel stappen zetten, maar het lijkt wel een beetje een eindeloos proces te gaan worden. We zijn benieuwd of er ook een tijdsplanning is. We zouden willen oproepen om daarmee in ieder geval vaart te maken.

Ik kom bij mijn laatste punt. De NZa kijkt toe op de wachtlijsten maar ook op zorgbemiddeling. De komende tijd wordt het met de inhaalzorg heel belangrijk dat er goed gemonitord wordt en de zorgbemiddeling goed gedaan wordt door de zorgverzekeraars. We verzoeken de Minister dus om de NZa te vragen daar de komende tijd nog scherper naar te kijken, dat te monitoren en ook aan de bel te trekken op het moment dat daar extra problemen zijn, omdat wij graag willen dat ook die inhaalzorg zo goed mogelijk wordt gedaan en dat zorgbemiddeling ook een rol kan

spelen bij het zo snel mogelijk helpen van mensen aan de behandeling waar zij zolang op hebben moeten wachten in deze coronatijd. Dat was het wat mij betreft, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik draag het voorzitterschap even over aan mevrouw Paulusma.

Voorzitter: Paulusma

De voorzitter:

Ik geef graag het woord aan mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Borstkanker is een vreselijke ziekte. Het is ook een ziekte met grote psychologische impact, zeker als je borst geamputeerd moet worden. Het verhaal van Wendy, die naaktfoto's moest opsturen van haar verminkte borst om een vergoeding te krijgen voor haar hersteloperatie, is ronduit beschamend, omdat het vernederend en traumatiserend is om naaktfoto's van jezelf te moeten maken en deze te moeten delen met een anoniem persoon bij een zorgverzekeraar. Ook is het beschamend, omdat de Minister niet in actie komt om aan dit soort praktijken een einde te maken maar de zorgverzekeraar verdedigt. Het gaat hier niet om plastische chirurgie vanwege cosmetische verfraaiing, maar om een hersteloperatie na doorgemaakte borstkanker. Iedereen die kanker heeft doorgemaakt en als gevolg daarvan met uiterlijke verminkingen kampt, heeft recht op een hersteloperatie. Wat voor operatie dat wordt, besluit de patiënt in overleg met een arts. Een zorgverzekeraar mag daar vervolgens geen extra eisen aan stellen en mag niet om foto's vragen. Ik kan me niet voorstellen dat iemand hier dat anders ziet.

Voorzitter. Ik kan me ook niet aan de indruk onttrekken dat wij hier destijds als «Kamer, gehoord de beraadslaging» afgesproken hebben dat de verzekeraar niet op de stoel van de arts gaat zitten. Toen ik hierover Kamervragen stelde, kreeg ik meteen een hele boze brief van Menzis, dat zei dat ze toch echt artsen hadden aangenomen om dit oordeel te vellen. Maar dat lijkt niet de bedoeling geweest te zijn van wat wij te zijner tijd hebben bedoeld. Wij bedoelden dat de arts niet in het kantoor van Menzis dit oordeel ging vellen. Ik zal daarom een motie indienen bij een tweeminutendebat, omdat de Minister al aangegeven heeft deze praktijken te steunen en ik dat echt onacceptabel vind.

Dan corona. Ik sluit mij aan bij de woorden van mevrouw Paulusma. Ik zou daaraan willen toevoegen de woorden die mevrouw De Vries heeft gesproken, en dan heel specifiek dat de Minister aan spreiding van de inhaalzorg denkt. De patiënten moeten daarom vaker en verder reizen naar een ziekenhuis waar op dat moment plek is voor een operatie. Daarbij maak ik me wel wat zorgen om mensen met bijvoorbeeld een budgetpolis. Want daarin staat vaak de afspraak dat de vergoeding alleen mogelijk is bij bepaalde geselecteerde zorgaanbieders. Hoe gaat dat dan in de praktijk uitwerken voor deze herstellzorg? Ze zullen ook vaker naar bijvoorbeeld een particuliere kliniek of zorgaanbieder gaan omdat de wachtlijst daar korter is. Hoe gaat dat dan in zijn werk? Hoe gaan zorgverzekeraars daar dan mee om? Kan de Minister garanderen dat alle inhaalzorg voor iedereen vergoed wordt zonder bijbetalingen en ongeacht wat voor polis men heeft?

Het pakketbeheer wordt gedomineerd door kosteneffectiviteit. Schrappen, beperken en het niet toelaten tot het basispakket zijn de instrumenten om de kosten te beheersen. Kwaliteit geeft nooit de doorslag om toegelaten te worden tot het pakket, tenzij de kosten heel laag zijn, maar dan nog gebeurt het op basis van kostenoverwegingen. Wanneer wordt de kwaliteit doorslaggevend? Wanneer gaat de sluis teneinde? Je kunt

medicijnen toch niet zó lang laten wachten, terwijl er soms wordt gewacht op levensreddende en levensveranderende medicijnen. Neem een voorbeeld aan Duitsland, waar eerst vergoed wordt en daarna onderhandeld.

Dan de evaluaties van het Zorginstituut. Ik heb er zo reikhalzend naar uitgezien en het was zo'n een teleurstelling. De evaluatie van het Zorginstituut baart me zorgen, omdat er gesteld wordt dat de kwaliteit niet los te zien is van de toegankelijkheid en de betaalbaarheid. Maar daarvoor hadden we het Zorginstituut niet opgericht. Ik stond aan de wieg van de oprichting van het Zorginstituut: de bedoeling was dat ze gingen kijken naar de kwaliteit. En nu is de kosteneffectiviteit erin geslopen. Daardoor kwamen er van die hele vreemde adviezen, zoals over de herniaoperatie met PTED, waarvoor de heer Van Ipreburg al 30 jaar gelauwerd werd in het buitenland maar gemangeld is door het systeem en het Zorginstituut. Nu, na zo veel jaren zwoegen, gaat dit eindelijk toegevoegd worden aan het basispakket, terwijl Van Ipreburg meer dan 3.000 herniapatiënten heeft geopereerd, zonder dat iemand daar ooit iets van vergoed kreeg.

De evaluatie van het Zorginstituut biedt weinig perspectief voor de toekomst. Het project Toekomstbestendig pakketbeheer biedt geen oplossing om nieuwe geneesmiddelen sneller toegankelijk te maken voor de patiënt. Dat is begrijpelijk, want ook hier ligt de focus weer op de betaalbaarheid en niet op de toegankelijkheid en kwaliteit. Dat is ook bij Fampyra het geval. Fampyra werkt voor 25% van de MS-patiënten en werd afgewezen. Waarom werd niet gezocht naar de 25% mensen voor wie dit middel werkte? Dit is weer zo'n niet te bevatten oordeel van het Zorginstituut. Daarom ben ik heel erg teleurgesteld in deze evaluatie, en de richting waarin het gaat maakt me nog bezorgder.

Dan fysiotherapie. Gezien de demissionaire status van het kabinet zal het ook dit jaar weer tevergeefs zijn om te pleiten voor opname van fysiotherapie in het basispakket voor patiënten met reuma en de ziekte van Bechterew. De Patiëntenfederatie had nog wel een interessant voorstel: schrap het zelf moeten betalen van de eerste twintig behandelingen fysio- en oefentherapie voor aandoeningen op de zogenaamde chronische lijst. Graag een reactie hierop.

Tot slot het eigen risico. Ik zie steeds meer oproepen voorbijkomen om bepaalde zorgvormen buiten het eigen risico te houden. Ik steun ze allemaal, want dat eigen risico doet meer kwaad dan goed. Omdat wij denken dat er heel veel aandacht gaat komen voor preventie in het aanstaande regeerakkoord, verwacht de PVV ook dat het eigen risico zal worden afgeschaft. Want als puntje bij paaltje komt, moet er natuurlijk niet een geldbarrière zijn om daadwerkelijk iets te doen als je bijvoorbeeld druk voelt op de borst of als je een knobbeltje voelt, want dan is de nood aan de man en dan moet er niet een remgeldeffect zijn, niet een remmiddel zoals het eigen risico, want dan is goedkoop pas echt duurkoop. De patiënt wordt dan een zwaardere patiënt en uiteindelijk zal het ons allemaal veel meer kosten.

De Mondzorgbrief is binnen. Daar zijn we blij mee en we zullen tijdens de procedurevergadering aan onze collega's voorstellen om daar een commissiedebat over te voeren.

Ik dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik het stokje weer over.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik was over de tijd, sorry.

De voorzitter:

Ik wilde de eerste keer coulant zijn.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

De Minister vraagt om een schorsing van 25 minuten. Dat is goed, want ik weet dat u het halve pand door moet. Dan schorsen we tot 15.25 uur.

De vergadering wordt van 15.00 uur tot 15.26 uur geschorst.

De voorzitter:

Er ligt een enorme berg vragen, een enorme stapel papier, hier rechts van mij. Maar volgens mij is het allemaal perfect geordend. Beste Minister, we gaan naar u luisteren. Ik geef het woord aan de Minister voor Medische Zorg en Sport.

Minister Van Ark:

Dank u wel, voorzitter. Ook dank ik de Kamer voor de vragen in dit commissiedebat over pakketbeheer, een debat dat jaarlijks plaatsvindt, ook in deze tijd. Het gaat over iets heel belangrijks: het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Dat is altijd relevant, maar zeker in deze tijd waarin we ook te maken hebben met corona. Dan gaat het over de toegang die iedere verzekerde tot goede zorg heeft, als dat nodig is. Na een aantal inleidende woorden van mijn kant zal ik de fractie antwoord geven op de gestelde vragen.

Als het gaat om het pakketbeheer, dan is het van belang om bij de inzet van een geneesmiddel of een behandeling te weten of de zorgverzekeraar dit mag vergoeden uit het basispakket. Dat betekent dat in onze spelregels een belangrijke taak is weggelegd voor de zorgverzekeraars die effectieve zorg inkopen die past bij de behoefte van hun verzekerde. Dat is natuurlijk het ideale plaatje. Daar zijn elk jaar natuurlijk ook weer vragen bij, en die zal ik vandaag ook zo goed mogelijk beantwoorden.

Vandaag kwam ook een aantal keren aan de orde de rol van het Zorginstituut. Dat is een organisatie die een belangrijke taak heeft in het pakketbeheer, want bij twijfel kunnen zij een uitspraak doen wát dan die verzekerde zorg is. Daarbij kijken ze naar de stand van de wetenschap en de praktijk en vanaf welk moment dat verzekerde zorg is. Het voordeel van die werkwijze – er zijn vandaag echt al een aantal kritische noten bij geplaatst – is dat allerlei zaken automatisch dat basispakket instromen; denk bijvoorbeeld aan nieuwe behandelingen maar ook technologieën. Ik moet regelmatig besluiten ondertekenen over zaken die het pakket instromen. Los van alle vragen die er zijn, is dat echt wel een heel groot goed. Denk bijvoorbeeld aan de geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden gebruikt of zaken als een kunsthart. Ook behandelingen die niet vergoed kunnen worden, kunnen we tijdelijk financieren als ze zowel qua effectiviteit als qua kosten en kwalitatief veelbelovend lijken. Daar hebben we de subsidieregeling voor.

Wat ik mezelf altijd voor ogen houd, is dat we bij het basispakket kijken naar wat medisch gezien noodzakelijk is. Dat is soms iets anders – daarom heb ik recent ook een brief aan de Kamer gestuurd – dan wat je collectief wilt. We zijn soms ook op zoek naar andere manieren om zaken collectief voor elkaar te krijgen. Dat is ook het onderwerp geweest van de brief die ik daarover gezonden heb. Ik denk ook dat het belangrijk is om er bij de formatie naar te kijken hoe bepaalde zaken vormgegeven kunnen worden. Voorzitter. Ook zijn er vandaag veel vragen en woorden gewijd aan de passende en de zinnige zorg. Dat heeft natuurlijk alles te maken met het feit dat het pakketbeheer maatwerk is en dat we willen dat bewezen effectiviteit een belangrijk criterium is voor opname in het pakket. Daarbij leg ik overigens de notie neer dat niet alles wat niet bewezen effectief is, per definitie niet effectief is. En dat niet alles wat niet bewezen zinnig is, per definitie onzinnig is. Mevrouw Ellemeet gaf immers aan: bepaalde zaken zijn nog niet op hun effectiviteit onderzocht. Het programma

Zorgevaluatie en Gepast Gebruik – het is goed om dat er heel even uit te lichten voordat ik overga tot de specifieke beantwoording – is zo'n aanpak waarbij alle partijen gezamenlijk zeggen: we doen waarvan we weten dat het werkt en we doen niet meer waarvan we weten dat het niet werkt én we onderzoeken dat waarvan we de effectiviteit nog niet weten. Dat is echt een gezamenlijke opdracht. Dat is ook een opdracht die we nu hebben richting de toekomst, waarbij we de rol van het Zorginstituut verder vorm moeten geven, waarbij we kijken naar hoe we de juiste zorg op de juiste plek organiseren, waarbij we kijken wat de publieke rol is en waarbij we kijken wat de lessen zijn die we van covid kunnen leren, zoals de samenwerking waar mevrouw Kuiken naar vroeg. Voorzitter. Ik heb u een brief gestuurd waarin de wijzigingen voor dit jaar in het pakket zijn aangekondigd. Ik zal nu ook de vragen gaan beantwoorden, omdat ik weet dat er daarnaast ook nog andere wensen leven over wat wel of niet toe te voegen aan het basispakket of wat te doen om de eigen betalingen te verminderen. Ik zeg alvast op voorhand dat ik daarbij helaas heel vaak zal aangeven dat ik dat in demissionaire status niet kan doen. Soms worden er ook moties ingediend die Kamerbreed worden aangenomen. Daar zal ik tijdens de beantwoording apart op terugkomen. Dat was mijn inleiding. Ik zal nu overgaan tot het beantwoorden van de vragen.

Laat ik beginnen met de vragen van mevrouw Paulusma, die een belangrijk onderwerp aan de orde stelt, namelijk long covid. Ik wil haar bedanken voor het feit dat zij dat op deze manier doet met het tienpuntenplan dat zij heeft neergelegd. Net als mevrouw Kuiken vind ik het ook heel bijzonder dat zij een stukje van zichzelf laat zien. Dat is niet altijd heel gebruikelijk in dit vak, omdat het tonen van je kwetsbaarheid niet altijd wordt gewaardeerd. Dat zij dat wel doet, ervaar ik als steun aan heel veel mensen die daarmee te maken hebben. Zij zien dat dat hier ook kan, en dat mevrouw Paulusma dat ook wil doen. Ik vond dat dus heel moedig van haar en wil haar daarvoor bedanken.

Ik bedank haar voor het plan. Ik heb het net natuurlijk even doorgebladerd, maar het lijkt mij goed om daar nog even wat verder in te duiken. Maar misschien een eerste reactie, want ik ben het helemaal met haar eens dat het over veel meer gaat dan alleen de medische kant. Dat horen we ook terug van de mensen van C-Support, die heel veel vragen krijgen op het gebied van mentaal welzijn maar ook op het gebied van werk, over het effect dat het kan hebben op je relatie, kortom: over van alles. Het is dus heel erg van belang dat we daarop actie ondernemen en dat de vraag van de patiënt daarbij centraal staat.

Tijdens het meest recente coronadebat heb ik aangegeven dat er ook een multidisciplinaire integrale richtlijn wordt ontwikkeld, waarbij zowel professionals als patiënten op toegankelijke wijze aan informatie kunnen komen. Ook heb ik de Kamer recent geïnformeerd over de vergoeding van de paramedische zorg, waar de heer Hijink aan refereerde. Ook wil ik graag aangeven dat we met ZonMw kijken of er aanvullend onderzoek gestart moet worden. Vooruitlopend daarop is ZonMw bezig om allerlei zaken te onderzoeken rondom de aanhoudende klachten en om aanknopingspunten te zoeken voor de behandeling. In het coronadebat heb ik in de richting van mevrouw Van Esch gezegd dat het RIVM bezig is met de registratie van mensen – als mensen te maken krijgen met corona, wordt hun gevraagd zich te registreren – zodat we ook de langetermijneffecten kunnen onderzoeken. Dat als eerste reactie op het plan.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik dank de Minister voor de mooie woorden en haar reactie. Kwetsbaarheid wordt inderdaad niet altijd gewaardeerd, zo merk ik met name aan de onlinereacties, maar er is ook heel veel herkenning. Ik denk dus dat er heel veel behoefte aan is. Ik snap dat u het plan nog niet helemaal gelezen heeft, en ik weet ook dat u in het vorige coronadebat naar het extra onderzoek verwezen heeft. Ik hoop ook zeer dat u uit het plan wilt

meenemen dat dit zeker ook vanuit Europees verband aangevlogen moet worden, want corona en long covid zijn hetzelfde in Europees verband. Ik hoop dus dat u dat net zo'n warm hart toedraagt als ik.

Minister Van Ark:

Jazeker, absoluut, zo zeg ik in de richting van mevrouw Paulusma. Voorzitter. Mevrouw Paulusma sneed ook het onderwerp preventie aan. Wat zijn nou leefstijlinterventies die wellicht ook in het pakket zouden kunnen? We hebben op dit moment een aantal geïndiceerde en zorggerelateerde preventieactiviteiten die onderdeel uitmaken van het basispakket. Denk aan stoppen met roken en de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht. Op dit moment werken we er ook hard aan om de aanpak van overgewicht bij kinderen op korte termijn onder de basisverzekering te brengen. Het is belangrijk om hier ook aan te geven dat preventie en aandacht voor leefstijl opgenomen zijn in de diverse richtlijnen van de beroepsgroepen, waarmee ze dus ook onderdeel worden van de zorg die verleend wordt aan de patiënten. Ik denk ook dat het een belangrijk onderwerp is dat de komende maanden besproken zal worden, omdat het een hot topic is hoe je van zorg naar gezondheid kan gaan, hoe je van nadruk op ziekte naar gezondheidswinst kan gaan. Daarbij is preventie onderdeel van die keten aan vraagstukken.

Wat het basispakket betreft is het niet een doel op zich om leefstijlinterventies daarin op te nemen, omdat we toch ook steeds naar de pakketcriteria kijken. Dat heeft weer te maken met wat ik in de inleiding zei: je kijkt naar wat effectieve zorg is die collectief gefinancierd wordt en naar de kosteneffectiviteit daarvan. Daar gaat ook een bewezen effectiviteit van uit. Ook de zorgverzekeraars komen om de hoek kijken om te beoordelen of daar sprake van is. Dat betekent niet dat we stilzitten. We doen ook onderzoek naar die kosteneffectiviteit. We hebben een aantal onderzoeksconsortia gefinancierd, die ook kijken naar de toepassing van leefstijlgeneeskunde. Die tien consortia zijn gestart en hebben een looptijd van vier jaar. Dan kunnen we ook kijken of die interventies onderdeel kunnen worden van het basispakket.

Mevrouw Paulusma (D66):

Korte vraag. Zou de Minister zich kunnen voorstellen dat als er een aantal bewezen effectieve leefstijlinterventies in het basispakket komen, we daardoor een aantal andere dingen wellicht uit het basispakket kunnen halen, omdat we het een en ander voorkomen?

Minister Van Ark:

Ja, dat is de gedachte erachter. Maar het hoeft niet per definitie altijd zo te zijn. Daar moeten we de ogen ook niet voor sluiten. Ik denk dat er veel meer redenen zijn dan alleen geld om dit te doen, want ook de kwaliteit van leven is een hele belangrijke. Het kan ook zijn dat we kijken naar andere terreinen. Heel veel interventies vallen nu bijvoorbeeld ook onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Er is dus nog een wereld te winnen als je daar meer samenwerking mogelijk maakt. Op dat punt, want daar vroeg mevrouw Paulusma ook naar, wordt de Kamer binnenkort ook door de Staatssecretaris geïnformeerd over wat hij de «bouwstenen voor een fundament onder het toekomstig preventiebeleid» noemt. Er wordt ook gekeken naar wat er nou onder de gemeente valt, wat er onder de Zorgverzekeringswet valt en hoe zich dat verhoudt tot die onderzoeksconsortia die ik net noemde.

Mevrouw Paulusma heeft ook gevraagd naar het schrappen van onzinnige zorg. Ik gaf zojuist al aan: niet alles wat nog niet zinnig is, is per definitie onzinnig. Het is dus niet helemaal een zwart-witverhaal. Dat betekent – dat kwam ook voort uit de vraag van mevrouw Agema, waar ik uiteraard op terugkom bij de beantwoording van haar vragen – dat behandelingen voor een klein deel van de patiënten wel degelijk effectief kunnen zijn. Je

hebt dus niet zomaar een zwart-witverhaal. En als je zorg uit het basispakket uitsluit, kan dat betekenis hebben voor mensen voor wie die zorg wel van meerwaarde is. Dat is ook waarom die open aanspraak zo belangrijk is, omdat we daarmee de ruimte geven aan zorgprofessionals om die passende zorg te geven. Ik vind wel dat we daar met z'n allen onze verantwoordelijkheid in moeten nemen. Ik kijk daarbij alvast een beetje vooruit en ook naar de vragen die mevrouw Pouw-Verweij stelde. Evaluaties leggen daarbij ook echt wel vingers op zere plekken, zeg ik alvast ook in haar richting. Dit vraagt verantwoordelijkheid van ons allemaal. Het begint bij de erkenning daarvan, maar uiteindelijk moet het natuurlijk ook in de spreekkamer gebeuren en moeten ook de andere partijen met elkaar samenwerken als het gaat om prikkels in de bekostiging, het samenbrengen van het pakket, de kwaliteit en het toezicht. Ik denk dat er de komende tijd een belangrijke taak en verantwoordelijkheid ligt om dat ook met elkaar te doen.

Dan kom ik bij de wildgroei aan polissen, die in dit debat verwerd tot de «polisjungle». Dat is een belangrijk onderwerp waarover ik ook in gesprek ben met de zorgverzekeraars. Dit probleem wordt onderkend en het is van belang om ook de NZa hierbij te betrekken. Ik vind het echt jammer om te zien dat er eerst een daling was van het aantal polissen en dat het nu weer met twee is toegenomen. Dat betekent dat we nu zo'n 57 basispolissen hebben. Dat draagt gewoon niet bij aan een overzichtelijk polisaanbod. Ik ben in gesprek met de zorgverzekeraars, omdat ik vind dat we moeten komen tot een overzichtelijker polisaanbod.

Ik kom bij de heer Hijink, die ik allereerst van harte wil feliciteren met de geboorte van zijn derde kindje. Hij stelde een belangrijke vraag naar aanleiding van een motie, ingediend door de heer Kwint, die vorige week is aangenomen. De heer Kwint heeft een aantal debatten van hem overgenomen en hij heeft laatst tegen mij gezegd: het wordt misschien wel tijd dat hij weer terugkomt. De motie van de heer Kwint, waar ik nu ook de hand van de heer Hijink in zie, was de motie over het eigen risico. Het is goed om daar even bij stil te staan. Ja, er zijn meer moties aangenomen door de Kamer; ik kom bij de beantwoording van de vragen van mevrouw Kuiken op de motie over anticonceptie. Dit is een motie die echt met 150 stemmen is aangenomen. Die heb ik ontraden, omdat ik demissionair ben en niet een budgettair beslag buiten de augustusbesluitvorming om kan doen. Maar, zoals de heer Hijink aangaf en zoals ook het stemgedrag van alle andere fracties laat zien: dit is een diepe wens van de Kamer. Die wens hoor ik heel goed, zeg ik tegen de heer Hijink, dus ga ik met deze motie onder de arm naar de collega's in het kabinet. Ik zal uw Kamer zo snel mogelijk, op korte termijn, verder informeren over het proces. Dat is wat ik er nu over kan zeggen.

De andere aangenomen motie waar de heer Hijink naar vroeg, gaat over anticonceptie. Daarvan heb ik inderdaad bij de Kamer aangegeven dat ik die niet kan uitvoeren. In die motie staat dat anticonceptie gratis moet zijn voor iedereen. Ik snap dat de heer Hijink zegt dat dat door het eigen risico komt en dat hij daartegen is, maar in de huidige systematiek van het basispakket valt anticonceptie onder het eigen risico. Dat betekent dat veel verzekerden, omdat ze aanvullend verzekerd zijn, op dit moment wél een volledige vergoeding van de anticonceptie krijgen. Een ander argument dat ik vanuit het kabinet ook moet laten gelden, is dat de motie ongedekt is. Het gaat om een bedrag van, afhankelijk van de beleidskeuze die je maakt, 25 miljoen tot 60 miljoen. Dat maakt dat ik gezien de demissionaire status van het kabinet deze motie niet kan uitvoeren. Daarnaast, en daarmee refereer ik aan de inleiding, vind ik het ook een politieke weging die terecht op de formatietafel ligt, gezien de wensen van diverse fracties hier in de Kamer, maar wat mij betreft valt die onder het vraagstuk: als je iets collectief wilt financieren, doe je dat dan via de basisverzekering of doe je dat op een andere manier? Dat vraagstuk zie ik, in alle oprechtheid, bij steeds meer thema's langskomen. Als je al de politieke beweging

maakt om dit collectief te willen financieren – ik hoor de Kamer zeggen: dat willen we – dan zou mijn pleidooi zijn om dat in ieder geval niet via de basisverzekering te doen, omdat die echt gaat over zorg die medisch gezien noodzakelijk is. Dat staat dus los van het feit dat iets wel een legitieme collectieve wens kan zijn.

De heer **Hijink** (SP):

Dank trouwens voor de felicitaties. Ik vind de argumentatie niet zo sterk. De demissionaire status doet er in feite niet toe. De Minister doet zelf ook voorstellen voor aanpassingen in het basispakket, dus is het niet zo dat er in het basispakket niks kan veranderen omdat het kabinet demissionair is. Dat is dus een oneigenlijk argument. Dat geldt ook voor het andere argument, namelijk dat het eigen risico dan zou gaan gelden. Vrouwen die nu geen aanvullende verzekering hebben, betalen de volle mep, dus die betalen het sowieso. Het zijn dus gelegenheidsargumenten. Dus ik zou toch van de Minister willen horen – zij hint eigenlijk zelf in die richting – of zij nu zelf vindt dat anticonceptie in principe voor iedereen gratis beschikbaar zou moeten zijn. Vindt zij dat of vindt zij dat niet?

Minister **Van Ark**:

Ik vind dat anticonceptie geen medische noodzaak is en om die reden niet in het basispakket hoort. Ik zou me ernaar kunnen voegen als er op een gegeven moment een democratisch besluit is. Volgens mij past dat op het moment dat er weer een missionair kabinet is, omdat je dan ook de afweging maakt tussen kosten en prioriteiten. Als er een collectieve wens is om dit te vergoeden, dan is dat een democratische wens. Dan heb ik me daartoe te verhouden. Maar dan nog zou ik zeggen: doe het niet via het basispakket.

De **voorzitter**:

De Kamer is missionair. Dat zeg ik even als voorzitter. De Kamer is missionair en neemt een besluit.

Minister **Van Ark**:

Dat klopt.

De heer **Hijink** (SP):

Nou ja, dat is het punt. Klaarblijkelijk zegt de Minister: als dat besluit er democratisch ligt, dan heb ik mij daartoe te verhouden. Dan vind ik in principe dat je zo'n motie moet uitvoeren. Maar goed, dan zegt de Minister: de manier waarop deugt niet. Het kan dat het niet via het basispakket moet, maar via de weg waarover mevrouw Paulusma het had, een subsidieregeling of zo. Ik weet niet precies wat de weg dan zou moeten zijn, maar dan moeten we dat voorstel maar doen. Als u, mevrouw Paulusma, de motie niet indient, dan zal ik die wel indienen, zodat we het op een andere manier gaan doen. Versta ik de Minister dan goed dat de opdracht, ook aan de formerende partijen straks, is om dat gewoon te gaan regelen als er een meerderheid is voor zo'n voorstel?

De **voorzitter**:

Even voor de duidelijkheid: mijn fractie heeft tegengestemd. Dus ik zeg dit echt als voorzitter van de commissie: de Kamer is missionair; het kabinet is demissionair. De Kamer heeft bij meerderheid een wens uitgesproken.

Minister **Van Ark**:

Voorzitter, absoluut. Maar ik geef vanuit de verantwoordelijkheid die ik heb, en het mandaat dat ik voel als demissionair bewindspersoon, aan wat ik vind dat ik wel en niet kan doen. Dat heb ik ook aan de Kamer laten weten. Er zitten verschillende overwegingen achter wat ik heb aangegeven. Het is een budgettair verhaal. Het kost 25 tot 60 miljoen. Dat

betekent dat ik keuzes moet maken die ik op dit moment niet kan maken. Ik vind het aan een missionair kabinet om dat te doen. Ten tweede vind ik het zelf – daar ben ik naar gevraagd – geen onderdeel van het basispakket, want het is niet medisch noodzakelijk. Zo je het al collectief zou willen financieren, zou je dat op een andere wijze kunnen doen. Ik weet dat het staatsrechtelijk misschien niet helemaal juist is, maar ik vind dat een Kameruitspraak met 150 stemmen een ander mandaat geeft voor het gesprek dat ik in de ministerraad voer over een opdracht, dan als er heel veel verdeeldheid over is geweest. Dat mag misschien niet, maar zo voelt het wel. Daarom ben ik heel transparant over hoe ik wil reageren. Ik voel mij met het mandaat dat ik heb als demissionair Minister niet in de positie om deze motie uit te voeren.

De heer **Hijink** (SP):

Ik vind het gewoon willekeurig hoe dit gaat. Op allerlei momenten vliegen de miljoenen en de miljarden je om de oren als het gaat om uitgaven die dit kabinet doet. Het is een politieke keuze of je dit wel of niet doet. Er ligt een Kameruitspraak. Die is glashelder. Daar heeft de Minister gewoon naar te luisteren. Maar deze Minister doet dit vaker. We hebben het ook bij de zorgsalarissen gezien. Die moeten omhoog, er is overduidelijk een Kamermeerderheid voor en de Minister negeert dat gewoon. Ik vind dat dat niet kan. Dat is ondemocratisch. Dat is niet een kwestie van afwegen of het er 150 of ietsjes minder zijn. Nee. Een meerderheid is een meerderheid en die moet gevolgd worden. Zo werkt dat in een democratie; daar beslist de meerderheid. Het andere argument, dat het budgettair is, is eigenlijk ook niet echt een goed argument. Want wie betaalt nu de anticonceptie? Voor een deel wordt het al vergoed voor jonge vrouwen. Andere vrouwen betalen het vanuit de aanvullende verzekering of betalen het helemaal zelf. Zou je dat gaan verschuiven, dan is het een verschuiving van de lasten. Kost dat de overheid extra geld? Nee, want het wordt gewoon verwerkt in de premie. Mevrouw De Vries begint nu hard te lachen, maar het is een verschuiving van de last van vrouwen die het nu zelf betalen naar mannen en vrouwen. Dat de VVD daarom begint te lachen, vind ik eigenlijk vrij schandalig. Het is een eerlijke verdeling van de lasten in plaats van dat je de rekening neerlegt bij vrouwen alleen. Mevrouw De Vries van de VVD vindt dat heel grappig. Ik vind het schandalig dat wij dat in 2021 nog steeds niet fatsoenlijk geregeld hebben.

Minister **Van Ark**:

Laat het helder zijn: mijn rolopvatting is er een van dienstbaar zijn aan de Kamer. Ik ben tot in mijn diepste vezels een democraat. Ik probeer steeds als ik aangeef wat niet kan, juist ook aan te geven wat eventueel wel kan. Ik heb de Kamer in de reactie dus ook willen laten weten dat het wat mij betreft, volgens mij rolopvatting nu ik demissionair ben, niet kan via het basispakket, omdat het structureel doorwerkt. Ik kan ook niet besluiten waar dat dan van afgaat. Ik heb geprobeerd om daar transparant over te zijn. Dat is mijn argumentatie en die leg ik voor aan de Kamer. Ik wil daar gewoon heel eerlijk over zijn. De Kamer heeft mij met deze motie bij meerderheid een verzoek gedaan om dit te doen. Het is mijn taakopvatting, maar ook mijn rol, om dan aan de Kamer terug te geven hoe ik dat zie. Als het gaat om de zorgsalarissen, heb ik ook aangegeven dat dat een doorwerking heeft, mogelijk van miljarden, in structurele zin. Ik vind gewoon niet dat een demissionair kabinet de keuze daarover kan maken, zeker niet als niet duidelijk is waar dat dan van afgaat. Dit is ook het moment om daarover met de Kamer van gedachten te wisselen. Dit leg ik de Kamer voor in reactie op het verzoek – een motie is namelijk een verzoek; een motie is geen amendement – wat ik van de Kamer heb gekregen. Dit is mijn argumentatie om het niet te doen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik begrijp best dat het lastig is voor de Minister, want zeker bij die zorgsalarissen gaat het structureel om heel veel geld. Bij de pil hebben we het over een relatief overzichtelijk bedrag, zal ik maar zeggen, voor de zorgbudgetten. Maar de Minister zegt zelf ook: staatsrechtelijk klopt het misschien niet helemaal. Dat is denk ik wel de kern van de zaak. Het blijft complex. Staatsrechtelijk is het zo dat een kabinet in demissionaire staat niet zomaar uit zichzelf heftige beslissingen kan nemen, maar het is wat anders als de Kamer bij meerderheid een opdracht geeft aan het demissionair kabinet. Want staatsrechtelijk gezien is het dan niet een initiatief van het kabinet zelf, maar een verzoek vanuit de Kamer. En de Kamer is missionair. Dus als we die lijn doortrekken, staat volgens mij niets de Minister in de weg om die motie over anticonceptie in het basispakket uit te voeren.

Minister **Van Ark**:

Dat klopt. Ik neem een verzoek van de Kamer nooit lichtzinnig op. Maar het is een verzoek van de Kamer om iets te organiseren, waarop mijn reactie is dat ik het, gezien de omstandigheden – ik ben demissionair, het legt een structureel beslag en het is een motie en geen amendement – op dit moment niet kan uitvoeren. Ik vind dat dit thuishoort op de formatietafel. Als de heer Hijink nog een motie heeft die 150 tegen 0 is, dan denk ik: ja, oké, dat is zo'n duidelijke uitspraak. Je weegt ook; het is niet met een schaarstje te knippen. Een motie is een verzoek van de Kamer. Ik reageer daarop en ik ga daar graag over in gesprek met de Kamer. Maar het is anders dan een amendement, waar dekking tegenover staat en waarvan een Kamermeerderheid zegt: we gaan het zo doen. Dus dit is mijn reactie op de motie, op het verzoek van de Kamer om daarmee aan de slag te gaan. Ik heb aangegeven dat ik mij daar niet toe gemandateerd voel vanuit het kabinet, omdat we demissionair zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik denk dat we moeten concluderen dat er een verschil van mening is. Ik snap dat het ingewikkeld is, maar het is toch een andere weging als het een verzoek vanuit de Kamer is, dan als het een initiatief vanuit het demissionair kabinet zelf is.

De **voorzitter**:

Ik dacht dat mevrouw Pouw-Verweij eerder ook met haar hand omhoog zat.

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

Sorry, nog een korte vraag. Hoorde ik u nu zeggen dat u vindt dat de pil niet in het basispakket hoort omdat het geen medisch noodzakelijke zorg is? Ik ga nu even een klein stukje terug, maar heb ik dat goed verstaan?

Minister **Van Ark**:

Ja, dat klopt.

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

Dan heb ik daar nog een vraag over. De afgelopen jaren is vanuit de zorgverzekeraars wat meer omarmd dat er meer ingezet wordt op preventie. In 2019 zijn een aantal vormen van preventieve zorg opgenomen in het basispakket, wetende dat een op de zeven à een op de acht zwangerschappen ongewenst zijn en beëindigd worden. Zou je vanuit die redenering ook niet kunnen zeggen dat het vanwege de preventieve werking goed zou zijn om de pil in het basispakket op te nemen?

Minister Van Ark:

Bij de Zorgverzekeringswet gaat het om het vergoeden van geneeskundige zorg. Dat heb ik ook in mijn inleiding gezegd. Er kunnen heel legitieme overwegingen zijn op grond waarvan de Kamer, of een coalitie, of welke samenstelling dan ook, beslist dat iets collectief gefinancierd kan worden. Family planning is daar een voorbeeld van. Een ander voorbeeld is dat je wellicht iets kunt doen – die discussie hadden wij ook bij het meest recente AO Geboortezorg met de oude Kamer – in relatie tot ongewenste zwangerschappen. Een legitieme analyse, een legitieme reden, maar in mijn visie – daar vroeg de Kamer om – is dat een ander thema. Dat is geen geneeskundige zorg.

Er kan dus best een reden zijn om de pil collectief te financieren. Ik heb de Kamer ook een brief gestuurd waarin ik aangeef welke andere mogelijkheden je zou hebben naast het basispakket. We zien natuurlijk vaker de behoefte om iets collectief te financieren. Denk bijvoorbeeld aan hersteloperaties bij vrouwen die seksueel misbruikt worden. Dat zijn allemaal van dat soort thema's. Daar wil je heel graag iets aan doen, maar voor die vraagstukken zullen wij op zoek moeten gaan naar andere manieren. De heer Hijink had een vraag over mondzorg. Daar heb ik inderdaad recent nog een brief over geschreven. Wat ons bindt, denk ik, is het belang om te voorkomen dat mensen mondgezondheidsproblemen krijgen omdat ze om financiële redenen niet naar de tandarts gaan. Als je even teruggaat in de geschiedenis, naar de tijd van het ziekenfonds, dan zie je dat ook in die tijd al zo'n 1 miljoen mensen niet naar de tandarts gingen. Dus de vraag is eigenlijk: kunnen we met elkaar breder kijken dan alleen naar het financiële aspect? Sommige mensen gaan bijvoorbeeld niet naar de tandarts omdat ze bang zijn. Dan spelen financiële redenen niet eens een rol.

Overigens zeggen de beroepsverenigingen: doe het nou niet in het basispakket, want dan kom je ook in een discussie over de verschuiving van kosten: is het wel of niet een oplossing voor mensen die om andere dan financiële redenen de tandarts mijden? Samen met de beroepsverenigingen bekijken wij hoe wij die mondgezondheidsproblemen kunnen monitoren. Dat is wat ik ook al heb aangegeven. Dat is overigens iets anders dan een draagvlakonderzoek, maar ik zou die monitoring wel doorgang willen laten vinden.

De heer Hijink sprak over de behandeling in het ziekenhuis voor het stoppen met roken. Daar heeft hij terecht een punt. De zorginstututen geven in hun brief ook aan: het gaat er niet om waar iets gebeurt, maar om wat er gebeurt. Stoppen met roken hoort ook op andere plekken dan in de eerste lijn vergoed te worden, dus ik vind dat de heer Hijink daar een terecht punt heeft. Dat moet ook gewoon duidelijk zijn.

De heer Hijink (SP):

Ik ben altijd heel blij als ik een terecht punt maak, maar ik ben wel benieuwd of daar ook actie op volgt. Wij horen van artsen dat zij hemel en aarde moeten bewegen om die therapieën vergoed te krijgen. Dat is gewoon zonde van de tijd die deze artsen daaraan besteden. Dus ik zou graag van de Minister willen weten wat zij gaat doen om ervoor te zorgen dat de verzekeraars dit niet weigeren en dat dit gewoon op een fatsoenlijke manier geregeld wordt.

Minister Van Ark:

Laat ik starten met het gesprek hierover met de zorgverzekeraars. Ik zal dit in dat gesprek gewoon duidelijk aangeven en bekijken of er nadere actie nodig is. Ik zal ook laten weten hoe dit gesprek verlopen is.

De heer Hijink en anderen hebben het punt van de fysiotherapie aangesneden. De heer Hijink zei: voor covid wordt het verleend, maar voor andere patiëntengroepen niet. Ik denk dat wij hier wel echt een dilemma te pakken hebben, want iedereen die erover nadenkt, zegt: als je dit niet

vergoedt, krijg je een verschuiving naar de tweede lijn. Het probleem hebben wij dus allemaal wel helder. In de brief die ik heel recent naar de Kamer heb gestuurd, staat dat het pad dat wij hebben ingeslagen om te kijken of je fysiotherapie onderdeel kunt maken van de pakketcriteria, gewoon doodloopt. Dat lukt niet, om allerlei redenen, maar daar willen wij het niet bij laten zitten.

Samen met de beroepsgroep, maar ook met de patiënten en vanuit het Zorginstituut willen wij dat andere traject inzetten, omdat wij ook wel zien dat bijvoorbeeld die chronische lijst achterhaald is. Maar het is wel iets wat we op dit moment hebben. Dat wil ik op dit moment nog niet helemaal loslaten. Maar wij willen wel het traject ingaan waarbij wij met betrokken partijen uitwerken hoe we dan wel de potentiële meerwaarde van fysiotherapie kunnen aantonen. Want we zien allemaal hoe belangrijk dat is in het totaalplaatje van de beweging van de juiste zorg naar de juiste plek. Daar gaan wij dus mee door. Ik denk wel dat dit een besluit is dat ik aan mijn opvolger moet laten. Maar in ieder geval constateer ik – en daar ben ik heel blij mee – dat alle betrokken partijen gezamenlijk hebben gezegd: we laten het er niet bij zitten en we gaan door met dit vervolgt-traject.

Voorzitter. De heer Hijink vroeg ook naar de gekaapte geneesmiddelen. Dat is een casuïstiek die hij ook meenam in zijn vraag en die steeds meer aandacht krijgt. Wij zijn over deze thematiek in gesprek met het Zorginstituut. Ik volg ook het initiatief dat de ziekenhuizen nu genomen hebben. Ik heb op dit moment niet een overzicht van om hoeveel middelen het gaat of om hoeveel geld het gaat, maar ik kan er eventueel wel voor zorgen dat er zo'n overzicht komt. Maar dat overzicht heb ik op dit moment niet.

De heer **Hijink** (SP):

Ik ben er heel blij mee dat de Minister dat toezegt. Ik zou het graag iets specifiekere willen hebben. Wat krijgen we dan precies in dat overzicht te zien? Krijgen we dan een lijst van geneesmiddelen die binnen het pakket vergoed worden, waarvan we precies kunnen zien: dit is hoeveel eraan besteed wordt en dit is bijvoorbeeld ook wie het ontwikkeld heeft? Eigenlijk wil ik graag weten: voor welke geneesmiddelen betalen we een veel te hoge prijs als je kijkt naar voor hoeveel ze ontwikkeld zijn door ziekenhuizen en apothekers zelf? Het is dan fijn om namen en rugnummers te hebben. Dan kun je vaak ook gewoon zien waar een geneesmiddel vandaan komt. Ik denk namelijk dat we best wel zouden kunnen schrikken van hoeveel miljoenen er verloren zijn gegaan aan geld dat we nu vanuit het basispakket aan geneesmiddelen uitgeven, terwijl dat veel goedkoper had gekund als de registratie gedaan was door de ontwikkelaars zelf, de ziekenhuizen en de apothekers, als u mijn vraag goed begrijpt.

De **voorzitter**:

Dit was uw zevende vraag, meneer Hijink. De Minister.

Minister **Van Ark**:

Laat ik ook maar gewoon aangeven: ik ben getriggerd door de vraag van de heer Hijink, maar het is voor mij op dit moment onvoldoende bekend om hoeveel het gaat of hoe en wat. Wellicht kan ik in tweede termijn wat meer aangeven hoe ik dit zou willen doen. Anders kan ik er eventueel schriftelijk op terugkomen.

Voorzitter. Dan de vragen van mevrouw Ellemeet. Ik vond dat ze een hele interessante denkrichting neerlegde, namelijk om zorg die niet effectief bewezen is, in een onderzoeksetting te doen. Ik denk dat dat een hele interessante denkrichting is die we ook kunnen verkennen, omdat we daarbij ook bijvoorbeeld kwaliteitsregistraties, het kunnen leren en verbeteren, samen beslissen wat daar een doel is, bij kunnen betrekken. Ik

zeg er alleen wel bij: het is een andere route dan het pakket dat we nu hebben, want als je de vergelijking maakt met de geneesmiddelen, dan zie je dat daar natuurlijk eigenlijk sprake is van een gesloten pakket. Wij hebben een open pakket, waardoor er ook heel makkelijk dingen in kunnen stromen. Maar ik vind het wel een interessante gedachte die we zouden kunnen verkennen. Het is ook een langetermijnoplossing, zeg ik er eerlijk bij, want als je dat pad opgaat, dan moet je ook wetgeving aanpassen. Dan kan het ook grote gevolgen hebben voor de praktijk. Wat misschien goed is voor de wat kortere termijn ... Dan kijk ik ook even naar de hoeveelheid zorg die in het pakket zit waarvan we niet weten of die bewezen effectief is. Daar is natuurlijk wel van gezegd: dat moeten we met elkaar gaan bekijken. Alleen doe je dat niet in een jaar. Het is dus iets wat plukje voor plukje wordt beetgepakt, maar wat niet zomaar wordt gedaan. Het is lastiger om toe te zeggen dan je misschien op het eerste gezicht zou kunnen denken. Dat heeft er ook gewoon alles mee te maken dat het een vrij logische gedachtegang is.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank aan de Minister voor de positieve reactie. Ik ben me ervan bewust dat het ingewikkeld is en dat het niet iets is wat we in twee jaar allemaal hebben opgelost. Dat neemt niet weg dat het de moeite kan zijn om het dan wel te gaan doen. Het is inderdaad anders dan die geneesmiddelen, maar desalniettemin willen we natuurlijk van alle behandelingen weten of ze effectief zijn of niet. Als dit de norm wordt, dan hebben we ook een goed weerwoord tegen al die artsen, de goede daargelaten, die zeggen: nou, het is allemaal niet nodig, want ik doe het gewoon al 30 jaar zo. Ik ben dus blij met deze reactie. Ik ben het ook eens met wat de Minister zegt over dat wij volgens mij niet met elkaar alleen moeten gaan verzinnen hoe je dat doet, maar dat we vooral de expertise uit het veld erbij moeten betrekken.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg heeft ook nog een vraag hierover.

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

Ik wil daar graag even op aansluiten. De Minister zegt: het is een open pakket. Bij dure geneesmiddelen is toen ons voorstel aangenomen dat het als toelatingseis gewoon een plicht is om praktijkonderzoek te doen. Kan de Minister dan niet hiermee starten? Want ook binnen het pakket is er nu een enorme variëteit aan behandelingen, maar ook in prijs. Ik hoorde toevallig dat zelfs ook oudere artsen zeggen: dan heb ik weer een hele week staan opereren voor 50.000 à 100.000 per operatie en dan vraag ik mij bij sommige operaties echt wel af of wat we hier hebben gedaan nou de beste oplossing was. Er is namelijk een enorme vrijheid, zoals mevrouw Ellemeet ook aangeeft. Iedere arts kan zelf besluiten nemen in plaats van dat je zegt: nee, we gaan voor de best bewezen zorg. Wij pleiten al langer voor een lerende cultuur. Ik zou het fijn vinden als de Minister in tweede termijn misschien toch iets meer richting kan geven van waar ermee gestart kan worden.

Minister **Van Ark**:

Maar dat is lastig, want het is wel echt bijna een paradigmashift, of op z'n minst een stevige wijziging van hoe het nu gaat. Dat vind ik ook wel de meerwaarde van dit debat. Dat heeft op heel veel punten een meerwaarde, maar dit is ook een meerwaarde. Dit zijn wel onderwerpen die wat mij betreft onderdeel moeten zijn van de besluitvorming over hoe je verdergaat met de zorg. Dat kan ik hier nu niet even regelen, dus of ik dat in tweede termijn al kan toezeggen, durf ik niet te zeggen. Maar ik geef wel aan dat ik de richting en de gedachte zeker kan onderschrijven, ook in relatie tot de voorbeelden die mevrouw Van den Berg noemt.

Voorzitter. Dan het punt dat mevrouw Ellemeet maakte over patiënten die wellicht onnodig controleafspraken blijven maken bij de medische specialist, terwijl ze ook terug kunnen naar de huisarts. Ik ben het met haar eens dat je eigenlijk moet terugverwijzen op basis van medische overwegingen en dat je dat niet moet doen via het pakket. Daarbij moet je ook voorkomen dat als je het van bovenaf verordonneert, juist mensen die bijvoorbeeld wel bij de medisch specialist moeten komen, daar niet meer zouden komen. De weg om dit te doen is wat mij betreft dus op basis van richtlijnen, maar dan moet je wel samenwerking hebben tussen de eerste en de tweede lijn en dan moeten de richtlijnen ook up-to-date zijn. Dat is precies waar de Federatie Medisch Specialisten en de Nederlandse huisartsen op dit moment aan werken. Ik roep ook even in herinnering dat we in het kader van passende zorg nagaan hoe we die zorg kunnen stimuleren door juist ook de bekostiging aan te passen.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet stelde ook een aantal vragen over de eigen bijdrage en het eigen risico. Ze vroeg: kunnen we af van de eigen bijdrage voor de kraamzorg? Dat zat niet in de voorstellen die ik heb gedaan vanuit het kabinet, dus ik moet mevrouw Ellemeet op dit punt teleurstellen. We hebben het bij het AO Geboortezorg natuurlijk ook hierover gehad. Toen heb ik aangegeven: als je nou moeite hebt met het moeten betalen van de eigen bijdrage, neem dan contact op met de zorgverzekeraar voor een eventuele betalingsregeling. Ik roep ook in herinnering dat we bij het AO Geboortezorg hebben gezegd dat het van belang is om bij de samenwerking tussen de eerste lijn en het sociaal domein ook in een vroeg stadium de rol van bijvoorbeeld gemeenten te kunnen laten gelden. Mevrouw Ellemeet stelde een vraag over de pruiken, waarvoor vrouwen een vergoeding van € 450 krijgen. Dat signaal heb ik ook doorgekregen. In het Nivel-onderzoek naar de stapeling van eigen betalingen voor hulpmiddelgebruikers worden pruiken ook meegenomen. Dat onderzoek wordt naar de Tweede Kamer gestuurd. Dan zou een nieuw kabinet met de resultaten van dit onderzoek verdere keuzes kunnen maken. De vraag over de eigen bijdrage voor het ziekenvervoer deed me denken aan een vraag die ik van de heer Hijink kreeg over het eigen risico dat soms over twee jaar gaat, terwijl mensen één behandeling hebben die in het volgende jaar doorgaat. Daarover was ook nog een schriftelijke vraag gesteld. Dit is eigenlijk eenzelfde type vraag. De eigen bijdrage en het eigen risico zijn net als de zorgverzekering per kalenderjaar vormgegeven. Dat betekent ook twee keer een eigen bijdrage of, in het geval van de vragen die de heer Hijink stelde, twee keer het eigen risico. Dat is niet wezenlijk anders dan als je bijvoorbeeld twee jaar achter elkaar gebruikmaakt van geneesmiddelen of ziekenzorg, want dan speelt hetzelfde. Ik ga dit dus niet veranderen.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, uw zevende vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik kom nog even terug op de kraamzorg. De Minister zegt: als je in de problemen komt, dan moet je contact zoeken met je zorgverzekeraar om te kijken of er een betalingsregeling getroffen kan worden of een oplossing gevonden kan worden. Maar dit staat, vrees ik, best wel ver af van de praktijk van mensen die misschien al stress hebben over schulden en die ook nog eens een kindje krijgen, wat natuurlijk hun hele wereld op zijn kop zet. Die moeten dan ook nog denken: o, dan ga ik mijn verzekeraar bellen. Ik zie dat juist in de groepen waar dit mogelijk speelt, de gedachte om dat te doen niet meteen als eerste opkomt. De vraag is dus: hoe zorgen we dat zo'n oplossing ook in de praktijk of in hun leven terechtkomt? Het is even hardop denken, hoor, maar mijn vraag is: misschien kan de Minister ook daarover doordenken? Zou je dat dan niet eerder bij bijvoorbeeld de kraamverzorgende kunnen leggen? Die kan

namelijk een signaleringsfunctie hebben als er iemand komt die zegt: we nemen je maar een paar uur, want meer kunnen we niet betalen. Je wil dat er meegedacht wordt met zo'n gezin.

Minister Van Ark:

Ik snap de richting die mevrouw Ellemeet op wil. Dat is ook precies waarom ik denk dat het goed is dat je die verbinding krijgt tussen de verloskundige zorg en het sociaal domein, juist ook om kwetsbaarheden te onderkennen. We hebben natuurlijk regelmatig overleg met de beroepsorganisatie van kraamverzorgenden. Als het gaat om signalering, lijkt het me goed als ik met hen in gesprek ga over de vraag of zij mogelijkheden zien om het signaal af te geven bij de zorgverzekeraar, zeker.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma heeft ook nog een vraag.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik dacht: ik wacht even het blokje af van de reactie richting mevrouw Ellemeet. Helemaal in het begin hield de Minister een vrij warm pleidooi voor het volgen van richtlijnen. Ik was nog wat verbaasd over de reactie op de vraag van mevrouw Van den Berg over zinnige zorg en kaders, waarom dat eerst allemaal eigenlijk heel duidelijk was en waarom we dan het een wel en het ander niet vergoeden, en we het een wel en het ander niet laten gebeuren. De Minister hield net een heel warm pleidooi voor het volgen van de richtlijnen. Dat geldt dan toch ook voor de afspraken die we gemaakt hebben op het gebied van zinnige zorg?

Minister Van Ark:

Ik zal straks in antwoord op mevrouw Pouw-Verweij ook zeker aangeven dat die evaluatie wel degelijk vingers op zere plekken heeft gelegd en dat we ons daar ook rekenschap van moeten geven. Daar hoort ook bij dat we natuurlijk een bepaald instrumentarium meegeven aan het Zorginstituut. Maar er ligt een gezamenlijke verantwoordelijkheid bij ons allemaal, variërend van richtlijnen tot hoe je er in de spreekkamer mee omgaat, maar ook bijvoorbeeld bij ons om te kijken naar hoe die financiële prikkels precies staan, om wel de resultaten te gaan halen die we er met z'n allen mee bedoeld hebben.

De voorzitter:

Gaat u verder. Dat spaart mevrouw Paulusma een interruptie uit.

Minister Van Ark:

Ik kom bij de vragen van mevrouw Kuiken. De vraag over anticonceptie heb ik al aan de heer Hijink beantwoord. Mevrouw Kuiken vroeg naar het eigen risico bij de specialist ouderengeneeskunde. Zij zei: de huisarts valt buiten het eigen risico; waarom geldt dat niet voor de specialist ouderengeneeskunde? In principe is het omgekeerde het uitgangspunt. Alle zorg in het basispakket kent een eigen risico. Er zijn een paar uitzonderingen, waaronder de huisartsenzorg. Dat heeft er mee te maken dat de huisarts de poortwachter is. Je wil niet dat er een financiële drempel is bij de poortwachter. Overigens zou ik nog willen aangeven dat we misschien ook in materiële zin moeten kijken naar de omvang van het probleem, want van de mensen die gebruikmaken van de geneeskundige zorg, waaronder dus ook de specialistische ouderengeneeskunde, heeft zo'n 97% van de mensen het eigen risico al opgemaakt aan andere zorg. Wellicht naderen we elkaar dus niet principieel, maar lukt het in de praktijk toch.

Voorzitter. Het thema rondom het explanteren van de borstimplantaten is ook door mevrouw Ploumen bij de debatten die ik met haar heb mogen

doen hartstochtelijk onder de aandacht gebracht. Mevrouw Kuiken stelde daar ook een aantal vragen over. Ik wil hier ook wel heel helder maken dat als er sprake is van somatische klachten, de explantatie van borstimplantaten onderdeel is van het verzekerde pakket. Dat heeft ermee te maken dat er dan een medische noodzaak is. Die medische noodzaak vaststellen is van belang, omdat er ook risico's zijn aan het opereren om de borstimplantaten te verwijderen. Naar aanleiding van de motie die mevrouw Ploumen heeft ingediend, heb ik het Zorginstituut verzocht om goed op de hoogte te blijven van de voortschrijdende wetenschappelijke inzichten en om het ook aan te geven als er aanleiding is om dat standpunt te herzien. Maar wij houden nu vast aan die medische indicatie. Die vindt ook haar weg in het protocol dat op dit moment gemaakt wordt door de zorgverzekeraars, de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie en de patiënten.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Veel vrouwen hebben siliconen er niet voor niets in gezet, zullen we maar zeggen, dus niet alle vrouwen zullen er ook om staan te springen om ze weer te verwijderen. Maar zeker als je je mogelijk zorgen maakt over een hoog risico in verband met een zeldzame vorm van lymfeklierkanker, dan wil je die mogelijkheid wel hebben. Dan hoeven er nog geen somatische klachten te zijn. Het tweede is dat er nu gekeken wordt wat het effect daadwerkelijk is, maar dat vraagt ook wel om gedegen vervolgonderzoek. Dat kost drie ton, als ik goed geïnformeerd ben. Ook dat is volgens mij nog niet geregeld, dus ik zou graag op deze twee punten nog een reactie van de Minister willen.

Minister Van Ark:

De laatste vraag zoek ik even uit.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dat gaat met name over het onderzoek dat bepaalde siliconen celdood kunnen induceren in gekweekte menselijke cellen.

Minister Van Ark:

Er zijn twee dingen. Daar is dit onderzoek ook een onderdeel in. Dat hebben we ook aan het Zorginstituut gevraagd: blijf op de hoogte van de ontwikkelingen. Als dus uit onderzoek blijkt dat er medische redenen zijn om dit te doen, dan is het ook onderdeel van het verzekerde basispakket. Dat staat als een paal boven water. Dit is het enige argument dat ertoe doet. Verder is er ook het gesprek in de spreekkamer dat de arts en degene die de borstimplantaten heeft, voeren over de redenen waarom dat is. Ik vind het ook echt van belang dat het gesprek daar plaatsvindt. Als er dan sprake is van klachten waardoor de behandeling verzekerd is in het basispakket, dan wordt die ook daaruit vergoed. Dan de vraag van mevrouw Kuiken over de prolongatiebrief en het benoemen van de wijzigingen daarin. Ik ben het ontzettend met haar eens dat je als verzekerde een goed geïnformeerde keus moet maken. Mevrouw Kuiken zei eerst ... Hoe noemde zij zichzelf? In tweede instantie zei ze ...

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Een trouwe klant, ben ik.

Minister Van Ark:

Een trouwe klant, zeker. Een trouwe klant. Het is in ieder geval iets waar ook de NZa op toeziet, want elk jaar kunnen de polisvoorwaarden wijzigen. Ik vind het echt van belang dat de zorgverzekeraars ook in de brief aangeven dat er wijzigingen zijn. Wij hebben in ieder geval vanuit het ministerie jaarlijks, ook afgelopen jaar weer, aandacht hieraan

gegeven in radiospotjes en op social media. Mensen moeten echt goed kijken naar de wijzigingen in de zorgverzekering, zodat ze kunnen controleren of de zorgverzekering nog bij hen past. Ik vind het zelf een beetje ver gaan om te eisen dat de zorgverzekeraars bepaalde dingen in de prolongatiebrief gaan opsommen, want dezelfde eisen of wijzigingen zijn niet voor iedereen relevant, maar de zorgverzekeraars wijzen er wel op dat het gecontracteerde aanbod niet gelijk hoeft te zijn aan het aanbod van vorig jaar.

Voorzitter. Het onderwerp dat mevrouw Kuiken ook nog noemde, is de samenwerking tussen ziekenhuizen. Ze zei dat de prikkels niet goed zijn. Ik heb het afgelopen jaar fantastische vormen van samenwerking gezien; daar ben ik echt superenthousiast over. Ik denk ook dat we met elkaar moeten kijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat die overeind blijven, in eerste instantie nu voor de inhaalzorg, want dat gaat niet vanzelf, maar ook op langere termijn. Hoe kun je een meer samenhangend en ook passend zorgaanbod met elkaar krijgen? In alle eerlijkheid: daarvoor staan inderdaad niet alle financiële prikkels goed. Daar zullen we echt naar moeten kijken. Ik denk dat ook een belangrijke taak is op de formatietafel. We hebben natuurlijk best wel een aantal instrumenten en programma's lopen waar we goed mee uit de voeten kunnen; denk bijvoorbeeld aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Maar als ik er eentje uit mag lichten waar ik heel enthousiast over ben: in ROAZ-verband, dus de regionale organisatie acute zorg, waar het afgelopen jaar heel goed in is samengewerkt, wordt nu ook samengewerkt met bijvoorbeeld de vvt-sector in de regio. Er ontstaan echt ketens. Wat mij betreft zitten we dus nu ook niet stil en leggen we bouwstenen neer, zodat je straks ook aan de slag kunt om daar bestuurlijke keuzes in te maken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dit zal mijn laatste ongeveer zijn, voorzitter. Ik denk dat het goed is dat we daar maandag nog wat verder over spreken. Ik herken dat in ROAZ-verband en ook in de acute zorg goed is samengewerkt, maar in de werkbezoeken die ik nu heb gehad in een aantal ziekenhuizen, geven die zelf gewoon een aantal hele concrete casussen aan waarvan ze zeggen: «Nu doen we het nog in vier ziekenhuizen. Dat zouden er eigenlijk drie moeten zijn, maar wij zijn allemaal de kalkoen. Je zult een oplossing moeten verzinnen zodat we toch in onszelf gaan snijden.» Chirurgisch is dat best ook nog wel hanteerbaar. Dat vraagt dus of om een VWS of een NZa of iemand die daar op basis van objectieve criteria in een bepaalde mate een doorzettingsmacht op heeft. Ik denk dat dat gezocht moet worden. Dat doe je niet van vandaag op morgen, maar ik denk dat dat wel het pad is waar we naartoe moeten. Dat verzin ik niet; dat zeggen de meest verstandige heren uit de ziekenhuizen zelf. In dit geval was het een heer, dus vandaar deze verspreking. Excuus, excuus, excuus.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Van Ark**:

Ik ben zelf heel enthousiast over dit thema. Ik denk ook dat de toekomst echt ligt in ketensamenwerking, zowel verticaal als horizontaal. Ik ga morgen bijvoorbeeld in een wijk een voorziening openen die een samenwerking is vanuit de care met een ziekenhuis, dat ook weer verbanden zoekt met een academisch ziekenhuis. Je hoort gewoon van alle kanten de praktische problemen waar mensen tegenaan lopen. Maar ook hiervan denk ik: wij kunnen nu bouwstenen verzamelen, maar het is niet meer aan mij om daar nu een besluit over te nemen. Maar wat we absoluut moeten voorkomen – gelukkig is daar ook de energie voor – is dat we nu allemaal teruggaan naar onze oude positie. We hebben nog

inhaalzorg te doen, maar er is in de afgelopen tijd te veel goeds qua samenwerking gebeurd om dat los te laten. Ik ben het dus helemaal eens met het pleidooi van mevrouw Kuiken. Maar we zitten er dus zo veel mogelijk voor klaar.

Voorzitter. Ik ga naar de vragen van mevrouw Pouw-Verweij, die een stevige noot kraakte over Zinnige Zorg, Gepast Gebruik en het Zorginstituut. Er waren een aantal vragen die in elkaars verlengde liggen, dus ik zou het antwoord een beetje op willen bouwen. Wat mij betreft eindig ik dan bij – dat klonk namelijk ook wel door in haar verhaal – hoe we nu verdergaan. Passende zorg – dat hoorde ik haar ook zeggen – is wel iets waar we met z'n allen achter moeten staan, maar hoe dan? Het ARK-rapport had een stevige conclusie: het programma heeft nauwelijks winst geboekt. Het programma richt zich op een systematische doorlichting van het basispakket, waar we vandaag al langer bij stil hebben gestaan. Ik vind dat we de lessen die daaruit komen ons allemaal ter harte moeten nemen. Dat geldt dus niet alleen voor de overheid, maar ook voor het veld. Het programma wordt om die reden ook heringericht. Wat betreft het programma kijken we welke rol dan wel past bij het Zorginstituut.

Het Zorginstituut kijkt daarbij ook naar wat maatschappelijk gezien relevant is. Ze zijn aan de slag gegaan met het thema kanker. Ze hebben afgelopen week – als voorbeeld, ter illustratie – een kick-offbijeenkomst gehouden voor het signalement: wat is nou passende of zinnige zorg voor mensen met kanker? Met dat signalement kijken ze breed naar preventie, samen beslissen, hoe je de juiste zorg van goede experts op de juiste plek krijgt en welke verbeterstappen je inzet. Ze kijken dus naar wat echt effect heeft op de zorg voor mensen met kanker. Dat is een wezenlijk andere werkwijze dan voorheen, waarbij ze zeiden: we hebben hier een behandeling, wat is daarvan het bewijs? Dat maakt dat ik niet heb gezegd: ik trek dat programma in. We krijgen namelijk wel degelijk relevante informatie, waarmee iedereen aan de slag kan gaan. Maar het is wel van belang om het programma te versterken. Het gaat er dus echt om hoe je de verbeterpunten concreet kunt realiseren. Daar hebben we afstemming voor met de andere programma's, zoals met het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Daarbij hebben de partners van het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg zich gecommitteerd aan hoe je die bewezen effectieve zorg implementeert op die plekken waar het meerwaarde heeft. Dat betekent ook dat – ik zeg het maar even een beetje huiselijk – de vrijblijvendheid er wel vanaf moet, want het is een implementatievraagstuk. Als iedereen de hele tijd dit soort termen met elkaar deelt en zegt «dan hebben we het weer even goed voor elkaar», dan kom je gewoon geen stap verder. Dat moet dus echt onderdeel zijn van het vervolgtraject.

Daarnaast is het zo dat de NZa en het Zorginstituut een adviesrapport over passende zorg hebben uitgebracht. Dat is een rapport waarbij we nu ook in de uitwerking kijken hoe we die vrijblijvendheid voorbij kunnen komen. Dan kom je op vraagstukken als prikkels in de bekostiging, «hoe breng je het pakket en kwaliteit samen?» en «hoe zet je in op toezicht?».

De voorzitter:

Mevrouw De Vries heeft hier ook een vraag over.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Ja, want ik had dat punt ook aangegeven. Het valt mij op dat er een heleboel programma's zijn en dat de hele tijd wordt gezegd: we beginnen dan wel weer een nieuw programma. Eerst was het zinnige zorg en nu wordt het passende zorg. Ik ben echt op zoek naar hoe je kunt afdwingen dat iets wat succesvol is – dat is bij zinnige zorg niet helemaal goed gegaan, als je het Rekenkamerrapport ziet – breder in de zorg gaat

gebeuren? Want het hangt een beetje met pilots en programma's aan elkaar, is mijn gevoel.

Minister Van Ark:

Ja. Ik ben het eens met mevrouw De Vries, die de kritiek die mevrouw Pouw-Verweij had volgens mij goed samenvat. Die kritiek komt voor mij eigenlijk neer op: het is gewoon niet maakbaar. Dat is, denk ik, een constatering die we met elkaar moeten doen. Het is iets wat uiteindelijk ook in de spreekkamer moet gebeuren, maar wat in alles door moet werken. Heel eerlijk gezegd moeten op een gegeven moment echt knopen doorgehakt worden. Want als je het hebt over de vraag die men zichzelf nu stelt, namelijk «we doen alleen wat werkt, we doen niet meer wat niet werkt en we doen het ook nog op het moment dat het nodig is», dan kom je op vraagstukken die soms politiek gezien moeilijk door te hakken zijn. Denk bijvoorbeeld aan het contracteringsvraagstuk. Denk bijvoorbeeld aan hoe vaak we in de Kamer spreken over niet bewezen effectieve zorg, zinnige zorg en passende zorg. Maar we hebben ook hele debatten met elkaar gehad over astmabehandelingen. Het zijn hele complexe dilemma's, maar op een gegeven moment moeten knopen worden doorgehakt. Het eerlijke antwoord is dus dat ik het hier en nu niet heel groots kan veranderen. Ik hoop dat er echt een richting gekozen wordt, ook aan de formatietafel.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Ik begrijp dat het deels in de behandkamer met elkaar besproken moet worden, maar er zullen volgens mij ook knopen doorgehakt moeten worden en keuzes gemaakt moeten worden door de politiek. Op het moment dat het niet meer vergoed wordt omdat het gewoon niet werkt, omdat bewezen effectief niet werkt, dan moet je de ultieme beslissing durven nemen dat het dan niet meer in het pakket hoort. Ik zie dat we heel veel spreken over wat in het pakket moet, maar nooit over wat eruit moet, terwijl de zorg zelf dingen in kaart heeft gebracht en heeft gezegd: dat kun je beter niet meer doen. Dan vind ik het iets te makkelijk om te zeggen: ja, het is het gesprek in de behandkamer.

Minister Van Ark:

Eens, hoor. Ik heb hier een hoop papieren liggen, maar ik had voor mevrouw De Vries ook ergens een heel mooi lijstje, want ik dacht: dat moet ik natuurlijk wel even meenemen. Daarin is inderdaad ook wel geschrapt. Dan gaat het om het knippen van amandelen en dergelijke, zeg ik even uit mijn hoofd. Dat zijn echt wel dingen waarvan op een gegeven moment gezegd is: dat doen we niet meer. Ik vind dat de vraag die mevrouw De Vries stelt heel legitiem is, maar op een gegeven moment ook gewoon politiek belegd moet worden. Als ik tegen de heer Hijink zeg «daar voel ik me niet toe gemachtigd», dan moet ik bij dit type onderwerpen ook tegen mevrouw De Vries zeggen: daar voel ik mij op dit moment niet toe gemachtigd.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij is er nog niet uit.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Nou, over dit gedeelte op zich wel. Ik ben het er eigenlijk wel mee eens dat dat aan het volgende kabinet is. Daarin kunnen de Minister en ik elkaar dus vinden. Mijn vraag is niet zozeer hoe we op dit moment nou het grote, gouden antwoord vinden op de vraag van zinnige dan wel onzinnige zorg, maar meer hoe we controleerbaar maken dat de organisaties die zich hiermee bezighouden, functioneren. Ik ben op zich blij om te horen dat er reden is om optimistischer te zijn over de volgende organisatie, maar ik zou het toch wel heel fijn vinden als we van tevoren vaststellen: «Oké, we

geven subsidie aan deze instanties. We willen dat ze een bepaald doel bereiken. Wat is dat doel? Hoe kwantificeren we dat? Hoe controleren we of dat doel bereikt is? En als het niet bereikt wordt, welke consequentie trekken we daar dan uit?»

Minister Van Ark:

Daar hoort wat mij betreft ook de vraag bij – dat zou ik willen zeggen in het verlengde van wat mevrouw Pouw-Verweij zegt – hoe je een organisatie uitrust als je die bepaalde doelstellingen meegeeft. De complexiteit van het taakveld waar het Zorginstituut in werkt, speelt natuurlijk ook een rol. Een belangrijk onderdeel van de conclusie van de Rekenkamer is wat mij betreft ook dat je dit soort processen extra zorgvuldig moet vormgeven. De raad van bestuur, die de conclusies heeft onderschreven, is daar ook mee aan de slag gegaan. Een van die dingen, om die er maar even uit te halen, is dat je ook mee laat kijken. Er was geen raad van toezicht, maar er zijn wel twee belangrijke adviescommissies. Zo zijn er allerlei elementen uit het rapport waarmee aan de slag gegaan moet worden; dat klopt.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik wil daar toch nog even op doorgaan. Aan de ene kant zegt de Minister dat de vrijblijvendheid ervanaf moet. Ze heeft het ook over de beter-niet-doenlijst. Aan de andere kant hebben zorgverzekeraars nu blijkbaar niet de middelen om te zeggen: dat kopen we dan dus ook niet meer in. Aan de andere kant wordt in het rapport ook gezegd dat het Zorginstituut zelf heeft gezegd: we hebben te weinig gebruikgemaakt van onze bevoegdheden. Zonder een nieuw kabinet zou er volgens mij dus toch meer ruimte moeten zijn om hier stappen in te zetten. Als de Minister wederom «draagvlak» roept, blijft iedereen hier op z'n eigen stuk staan, en als je te veel op je eigen stuk blijft staan, komen er stukken van; dat hebben we altijd geleerd. Dit schiet gewoon niet op als iedereen kan blijven zeggen «ik heb het niet bedacht», «ik heb hier een andere mening over» en «ik heb hier een ander inzicht in», terwijl het gewoon duidelijke, bewezen effectieve lijsten zijn.

Minister Van Ark:

Ik kan heel ver meegaan in de analyse van mevrouw Van den Berg, maar het vereist op dit moment eerst ook het doorhakken van politieke knopen. Dat is gewoon lastig als je in een demissionaire periode zit. Het maakt nogal wat uit welke mogelijkheden je als zorgverzekeraar krijgt om zorg in te kopen, of welke instrumenten je een Zorginstituut meegeeft als het gaat om het kijken naar de kwaliteit of het pakketbeheer. Dat zijn wat mij betreft hele legitieme punten. Die moeten op tafel komen, maar dat zal bij de formatie zijn.

De voorzitter:

Mevrouw De Vries heeft volgens mij nog een vraag aan de Minister.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Ja, dan gooi ik er nog even eentje tegenaan. Ik ben het wel eens met dit punt. Als het Zorginstituut wel een bevoegdheid heeft, maar die niet genoeg wordt ingezet, wie gaat dan tegen het Zorginstituut zeggen: dat moet wel gebeuren? Is daar een oproep van de Kamer voor nodig? Dan ben ik best bereid om dat te gaan doen. Of moet de Minister dat doen?

Minister Van Ark:

Het implementeren is niet iets van het Zorginstituut. Dat is ook aan de partijen die met elkaar het hoofdlijnenakkoord hebben gesloten. Het is bijvoorbeeld ook aan ons om te kijken waar productieprikkelers verkeerd zijn. Maar het implementeren is niet iets van het Zorginstituut.

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

Maar is de Minister het dan niet eens met de constatering in het Rekenkameronderzoek dat het Zorginstituut de bevoegdheden die het blijkbaar wel heeft niet genoeg gebruikt? Want daar ga ik dan op af. Als je ze wel hebt, dan vind ik ook dat je ze, als dat nodig is, moet gebruiken om doelen die zijn afgesproken met betrekking tot zinnige zorg te behalen.

Minister **Van Ark**:

Het zou wat zijn als ik de conclusies van het Algemene Rekenkamer-rapport niet zou onderschrijven. Ik heb daar ook gesprekken over gevoerd met het Zorginstituut. Het gaat om een aantal belangrijke aanbevelingen die ook overgenomen worden door het Zorginstituut, bijvoorbeeld als het gaat om de taken die zij hebben op het gebied van informeren. Daar is wel degelijk vorm en inhoud aan gegeven. Maar het implementeren van alles wat hieraan bijdraagt, is niet iets van het Zorginstituut zelf.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het kan zijn omdat ik net nieuw ben, maar ik knikte heel hard bij alle opmerkingen van de overkant. Ik verbaas me er toch een beetje over dat de Minister het politiek maakt, terwijl er volgens mij een wettelijke taak ligt bij het Zorginstituut. Daar liggen geen uitspraken rondom implementatie, maar gewoon over de uitvoering. Ze gebruiken die ruimte niet. U geeft terecht aan dat u de Algemene Rekenkamer niet naast u neer kunt leggen. Maar dan hoeft de demissionaire status van het kabinet dit toch niet in de weg te zitten?

Minister **Van Ark**:

Nee, maar volgens mij heb ik ook aangegeven dat we flink aan de slag zijn gegaan. Ik heb een brief aan de Kamer gestuurd over hoe we omgaan met de aanbevelingen. Daar hebben we volgens mij best al een hoop stappen in gezet. Ik herkende in de bijdrage van de Kamerleden, uit de vragen die mij gesteld worden, een aantal thema's waarvan ik zeg: op een gegeven moment moet je daar ook een politieke knoop over gaan doorhakken. Maar dat betekent niet dat we nu gaan afwachten. We moeten wel gewoon aan de slag blijven met de aanbevelingen die uit het rapport zijn gekomen.

Voorzitter. Ik ga naar de vragen van mevrouw De Vries. Zij vroeg naar de zorg thuis. Ze sprak over de elektriciteitskosten die nu in het pakket komen: wat betaal je nou wel en wat niet? Ik denk dat dat een hele wezenlijke vraag is. We zien dat door de beweging van de juiste zorg op de juiste plek steeds meer initiatieven ontstaan, waardoor je ook zorg thuis kunt krijgen. Dat biedt heel veel voordelen, maar je krijgt ook vragen over hoe je met bepaalde kosten omgaat. Op dit moment doen we dat niet vanuit een breed afwegingskader, maar kijken we per situatie of het redelijk is. De elektriciteitskosten zijn daarvan een voorbeeld. Een ander voorbeeld zijn bijvoorbeeld de verblijfskosten die zijn gemaakt als mensen meer dan een uur van het ziekenhuis af wonen en een specifieke behandeling nodig hebben. In dit geval hebben we hierover advies gevraagd aan het Zorginstituut. Ik kan me best voorstellen dat er op een gegeven moment steeds meer van dit soort situaties komen waardoor je zegt: daar moeten we toch eens met een afwegingskader naar kijken.

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

Ik denk dat dat nuttig is voor de toekomst, maar de vraag is wel even wanneer je dat in gang gaat zetten en wie dat zou moeten doen. Zou dat dan het Zorginstituut moeten zijn, of zou de Gezondheidsraad breder naar de beweging naar thuis en digitaal moeten kijken?

Minister Van Ark:

Dit heeft inderdaad te maken met de vraag naar noodzakelijkheid. In eerste instantie ligt dat bij het Zorginstituut, inderdaad. Dat ben ik eens met mevrouw De Vries.

Voorzitter. Mevrouw De Vries vroeg naar een belangrijk onderwerp, namelijk zorgbemiddeling in het kader van de inhaalzorg. Dat wordt inderdaad gemonitord door de NZa. Ik heb aangegeven dat ik er ook zelf regelmatig over geïnformeerd wil worden. Ik vind het van groot belang dat patiënten weten waar ze aan toe zijn. Zorgbemiddeling kan heel handig of soms zelfs nodig zijn als het te lang duurt. De NZa monitort de toegankelijkheid van de zorg. Ik verwacht dat de ziekenhuizen hun plannen over hoe zij omgaan met de inhaalzorg half juli aan kunnen leveren. Dan gaat ze NZa maandelijks rapporteren over de toegankelijkheid van de zorg. Wij blijven er dus over in contact.

Mevrouw De Vries vroeg ook naar Fit4Surgery en andere preventie in het pakket. Ik ben daar ook bij andere woordvoerders al op ingegaan. Het is in eerste instantie aan de zorgverzekeraars om te beoordelen of er sprake is van dusdanige leefstijlgeneeskundige interventies dat ze geïnitieerd moeten worden en onderdeel moeten uitmaken van zorggerelateerde preventie. Als de zorgverzekeraars daar met elkaar niet uit zouden komen, dan kunnen ze het Zorginstituut vragen om preventieve leefstijlinterventies te duiden. Het klopt dat dit tijd kost. Dat betekent dat we ook tijd verloren laten gaan waarin je veel gezondheidswinst zou kunnen realiseren. Maar de beoordeling moet goed gebeuren. Gezien de discussie over bewezen effectiviteit lijkt het me van belang dat we dat zeker bij preventie vanaf het begin goed aangeven.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Ik krijg toch behoorlijk wat signalen dat je er slechts heel moeizaam doorheen komt bij het Zorginstituut. Als je spreekt met de mensen die bezig zijn met keurdiabetesom.nl, krijg je te horen dat ze al drie jaar bezig zijn met het Zorginstituut en nog niks verder zijn gekomen. Dan is de vraag wel: welke opdracht ziet het Zorginstituut voor zichzelf om dit soort dingen op te pakken en na te gaan of het misschien naar andere criteria zou moeten kijken? Het moet echt bewezen effectief zijn – daar ben ik het helemaal mee eens – maar soms kan je langs een operatie niet dezelfde meetlat leggen als langs zo'n programma.

Minister Van Ark:

Nee, dat klopt. Het is ook onderkend door het Zorginstituut en de NZa dat het meer gestructureerd moet worden. Zij zijn nu in gesprek over de vraag in hoeverre de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars ten aanzien van geïnitieerde en zorggerelateerde preventie nader geëxpliciteerd kan worden, zodat ze handvatten kunnen geven voor leefstijlinterventie binnen de Zorgverzekeringswet. Anders moet je het steeds opnieuw uitvinden en dan duurt het gewoon heel lang. Ik ben het dus eens met mevrouw De Vries, maar daar wordt aan gewerkt.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen van mevrouw Van den Berg. Zij vroeg naar de verwevenheid van substitutie en het eigen risico in de contractering. Zorginkoop is een instrument voor verzekeraars om te sturen op de beschikbaarheid van zorg. Zij hebben ook een zorgplicht en zijn verantwoordelijk voor het tijdig leveren van passende zorg. Zij moeten ervoor zorgen dat ze voldoende eerstelijnszorgverleners contracteren, zodat ze substitutie van de tweede naar de eerste lijn kunnen faciliteren. Nog even specifiek over de casus van de spiraal: daar doet zich voor wat ik met de heer Hijink besprak. Het gaat niet zozeer om wie iets doet, als wel om wat er gebeurt, om hoe de vergoeding zou zijn, zoals het Zorginstituut aangaf. Het verbieden van bepaalde medisch-specialistische zorg in de tweede lijn omdat die ook in de eerste lijn mogelijk is, zou ik niet wenselijk vinden, omdat er altijd situaties kunnen zijn waarin bepaalde zorg toch beter in

het ziekenhuis kan worden gegeven. Andere voorbeelden zijn het verwijderen van een moedervlek. Dat kan de huisarts ook, maar dat kan ook complex zijn, en dan is het aan de dermatoloog. Er is dus altijd een grijs gebied. Ik zou toch zeggen dat het uiteindelijk aan de arts is om samen met de patiënt te bepalen op welke plek de zorg het beste geleverd kan worden.

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

Maar zo komen we volgens mij dus helemaal nergens. Als de arts dan weer gaat bepalen ... Die arts heeft gewoon belang bij omzet, om het maar even bot te zeggen. Natuurlijk kunnen de omstandigheden verschillen. Je moet je trouwens afvragen hoe het zit met het verwijderen van een moedervlek. Als het gewoon een moedervlek is, is dat in feite een cosmetische ingreep, dus moet de huisarts dat wel doen? Dat is even de vraag. Maar als je praat over iets wat kwaadaardig is, is er een andere context. Er zit een logica in dat je dan in het ziekenhuis komt, maar dan is daar dus een specifieke reden voor. Als de patiënt en de arts zelf gaan bepalen waar ze iets gaan doen, terwijl het in de tweede lijn aanmerkelijk duurder is, krijgen we geen verandering in deze sector. Het gaat dus om de bewezen effectiviteit.

Ik kreeg een mailtje van iemand – dat had ik nog voor maandag bewaard – waarin stond: bij ieder geneesmiddel zit een uitgebreide gebruiksaanwijzing met dingen waar je op moet letten, maar voor de vele medische handelingen die worden gedaan, zijn er geen vaste protocollen voor wat er wel of niet moet gebeuren.

Minister **Van Ark**:

Ik snap de frustratie van mevrouw Van den Berg, want eerlijk gezegd heb ik die zelf ook weleens, maar dit is nou precies waar het om gaat: je moet het met elkaar doen. Als je goede richtlijnen hebt, heb je in de spreekkamer het goede gesprek daarover. Hoe kom je aan die goede richtlijnen? Die kun je krijgen als het Zorginstituut zijn rol kan spelen en samen met de zorgverzekeraars, de beroepsgroep en de patiënten kan zeggen: zo willen we het en zo zien we het voor ons. Daar ben je uiteindelijk op uit met passende zorg. Daarom heb je daar ook in je hoofdlijnenakkoorden afspraken over gemaakt. Het moeilijke van dit soort trajecten, waarin alles in elkaar grijpt, is dat je het met z'n allen moet doen. Ik zie het een beetje zo voor me. Vroeger deed je op de braderie weleens het spelletje dat je in een rij stond en met z'n allen naar voren moest. Als je niet allemaal tegelijkertijd je been naar voren zette, viel je om. Dat is de beweging die we met elkaar op gang moeten brengen. Ik snap de frustratie van mevrouw Van den Berg, maar dit is eerlijk gezegd toch een kwestie van lange adem en allemaal dezelfde kant op bewegen.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg betrok ook het eigen risico bij dit vraagstuk over de tweede en de eerste lijn. Als het medisch verantwoord kan, vind ik het om heel veel redenen een positieve ontwikkeling, net als mevrouw Van den Berg, denk ik, dat mensen kiezen voor zo'n ingreep bij een eerstelijnszorgverlener. Een ingreep in het ziekenhuis is natuurlijk vaak duurder dan wanneer je die ingreep laat uitvoeren door een huisarts. Het eigen risico zou dan een stimulans kunnen zijn voor een behandeling in de eerste lijn. Daar ligt ook een belangrijke rol voor verzekeraars. Die kunnen daarop sturen door in dat geval geen eigen risico in rekening te brengen. Ik refereer daarvoor even aan de notitie die het Zorginstituut heeft opgesteld.

Dan mondzorg voor ouderen. Daarvoor wordt een campagne voorbereid. Die financieren wij vanuit het ministerie. De planning is dat de campagne dit najaar gaat lopen. Ik kan de Kamer na afloop van de campagne uiteraard informeren over de resultaten en de bevindingen, maar aangezien de campagne pas dit najaar gaat lopen, zal dat in de loop van 2022 zijn.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook wat ik vind van het onderzoek van Equalis over fysiotherapie. Ik zal het rapport van Equalis betrekken bij de uitwerking van de wijze waarop we de meerwaarde van fysiotherapie gaan aantonen. Ik vind het echt van belang – laat ik dat hier ook zeggen – dat we dat potentieel benutten, want elke discussie die we hierover voeren, gaat eigenlijk over de vraag hoe je de goede zorg op de goede plek krijgt. Hier is bij uitstek vaak sprake van substitutie van duurdere tweedelijnszorg; dat kunnen we allemaal uittekenen. Maar kijkend naar de andere discussies die we vandaag voeren, is het ook van belang dat we met wetenschappelijk onderzoek aantonen dat die substitutie-effecten er zijn. Dat is best een uitdaging, gezien het traject dat we hebben doorlopen, maar ik ben blij dat we nu met z'n allen, met alle partijen, aangeven dat we hier een vervolg aan willen geven.

De vragen over het Zorginstituut en Zinnige Zorg heb ik denk ik al beantwoord in de interruptiedebatten.

Mevrouw Van den Berg vroeg naar de regiobeelden. Ik ben het met haar eens dat het van groot belang is dat mensen mee kunnen denken – burgerparticipatie zo je wilt – gezien het succes van de projecten die er lopen voor de juiste zorg op de juiste plek; zo kunnen ervaringsdeskundigen hun perspectief inbrengen. We zien in steeds meer regio's dat ze op het punt staan om van regiobeeld naar regiovisie te gaan en dat ze ook andere samenwerkingsverbanden aanboren. Dan is het extra van belang dat je de stem van de patiënten, de cliënten en de mensen die er wonen, ook hoort, zodat de regiovisies opgesteld kunnen worden. Bij het opstellen van de regiobeelden – dat geef ik gelijk grif toe – is burgerparticipatie nog onvoldoende van de grond gekomen. Dat betekent dat we samen met de Patiëntenfederatie, met MIND, met Zorgbelang en met PGOsupport kijken hoe we dit wel voor elkaar krijgen. Ik zal hierop terugkomen in de voortgangsrapportage Juiste Zorg op de Juiste Plek; die hoop ik toch nog voor de zomer naar de Kamer te sturen. Dan kom ik op de vraag van mevrouw Van den Berg over diabetes. Als je inzoomt op de thematiek van dit debat, vind ik dat ook weer zo'n dilemma. Ja, er is een pleidooi om dit op te nemen in het basispakket. Er is ook een uitspraak dat het evidencebased is. Maar hier zien we ook hoe het proces in zijn werk gaat. Voor diabeteshulpmiddelen zien we in korte tijd heel veel nieuwe technologie op de markt komen. Er is bijvoorbeeld ook technologie onderweg die het continu meten van bloedwaarden koppelt aan het automatisch toedienen van insuline. Als je een nieuwe techniek opneemt in het pakket, dan is het extra van belang om ook te kijken of het Zorginstituut toetst of de zorg voldoet aan de wettelijke eis van de stand van de wetenschap en de praktijk.

De vraag is dus niet zozeer: is de nieuwe techniek op de lange termijn goedkoper? De vraag is: heeft de techniek meerwaarde voor de patiënt, worden de behandelresultaten verbeterd? Wat mij betreft kan dat ook betekenen dat een baat buiten de zorg ligt. Als iemand door deze techniek meer of beter kan werken, dan is dat ook relevant. Uit de rondetafel diabetes is in ieder geval gekomen dat dit bewijs er op dit moment nog onvoldoende is. Met de spelregels die we hebben, betekent dit dat het aan de fabrikanten is om aan te tonen dat het product wel voldoet aan de pakketcriteria. Dat geldt ook voor alle andere zaken in het basispakket. Er lopen inmiddels onderzoeken naar. Er zullen er nog meer starten. Als er voldoende bewijs is, gaat het Zorginstituut over tot een beslissing over het al dan niet vergoeden van dit product.

Mevrouw Van den Berg vroeg tot slot: worden de KPMG-aanbevelingen aan de Kamer gestuurd? Ik heb de Kamer op 21 juni een brief gestuurd waarin ik heb gezegd dat ik er heel erg mijn best voor ga doen om dit nog voorafgaand aan het zomerreces aan de Kamer te sturen.

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

De brief van 21 juni was mij bekend, maar ik wilde eigenlijk een bevestiging dat we het ook echt voor het zomerreces gaan krijgen, omdat het essentieel is voor de hele risicoverdeling volgend jaar.

Ik heb nog even een vraag over iets waar de Minister nog niet op is ingegaan. Misschien heeft ze die nog liggen. Het is een heel concrete vraag. Wat vindt de Minister van de mogelijkheid voor een zorgverzekeraar om te weigeren om een bepaald soort zorg in te kopen bij een ziekenhuis, omdat hij zegt: «Er zijn intussen nieuwe manieren om dit te doen, bijvoorbeeld met monitoring, waardoor de kosten 40% lager zijn. Jullie maken daar geen gebruik van, dus waarom zou ik in vredesnaam nog bij jullie de dure zorg inkopen als het op een andere manier kan?»

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was uw zevende vraag. De Minister.

Minister Van Ark:

Ook dit is natuurlijk niet helemaal zwart-wit. Dit is wel een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, die met de zorginkoop erop stuit dat zorg beschikbaar is, tijdig en bereikbaar is en van goede kwaliteit is. Tegelijkertijd heeft de zorgverzekeraar ook een zorgplicht. Zij moeten ervoor zorgen dat die passende zorg tijdig geleverd wordt aan degene die verzekerd is. De balans die je daarin moet zoeken, is dat zorgverzekeraars voldoende eerstelijnszorgverleners contracteren, zodat zij ook die substitutie van de tweede naar de eerste lijn kunnen faciliteren.

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

Ik ga mijn laatste interruptie inzetten. Ik snap dat de zorgverzekeraars ook moeten zorgen voor voldoende zorg als er een verschuiving is. Dat is helemaal geen discussie. Maar het kan dus zijn, en dan komt dat op de voorpagina van de krant, dat de zorgverzekeraar zegt: ik wil dit hier niet inkopen, want dit ziekenhuis blijft in een oud patroon werken. Dat ziekenhuis zoekt dan de media op, want dat is boos: «de zorgverzekeraar wil mij niet contracteren». We hebben met z'n allen de zorgverzekeraars aangesteld om te letten op onze portemonnee. Er is dus een nieuwe methode die prettig is voor de patiënt. Want er wordt heus wel rekening mee gehouden dat sommige mensen digitaal minder vaardig zijn. Het is niet 100% van de mensen, maar laten we zeggen dat 60% van de mensen die dit probleemloos kan doen en dat ook prettig vindt. Dan wil ik toch graag weten hoe de Minister gaat reageren op het moment dat dat in de media komt. Want dan zeg ik, om het positief te formuleren: als je die discussie niet met elkaar kan voeren, dan kan zo'n zorgverzekeraar een zorgaanbieder dus ook nooit tot enige wijziging stimuleren?

Minister Van Ark:

Ik heb geen specifieke casus in mijn hoofd, maar in het hypothetische geval dat dit gebeurt, kan dat een enorme stimulans zijn tot innovatie. Dan gaat het dus over de kwaliteit van zorg. We zullen natuurlijk altijd in de gaten houden dat de zorg bereikbaar is, maar ik ben realistisch. Mevrouw Van den Berg schetst dat dit betreffende ziekenhuis naar de media gaat, dus ik acht de kans groot dat ik een motie krijg die het haalt en die zegt dat ik het toch moet doen. Die kans is aanwezig. Maar ik ben het eens met mevrouw Van den Berg in die zin dat dit zou moeten kunnen, maar dan wel om te sturen op kwaliteit. Het moet dan wel bereikbaar zijn voor mensen en niet ineens helemaal weg zijn uit een regio. Daar hebben we ook al debatten over gehad. Maar ik vind dat dit zou moeten kunnen. Anders heb je geen prikkel om de kwaliteit te verbeteren. Dus wat ik zeg, is niet financieel gedreven maar gedreven door kwaliteit. Voorzitter. Ik kom bij de vragen van mevrouw Agema. Zij vraagt naar de budgetpolissen. Ik heb net al het een en ander gezegd over onze

monitoring. De NZa heeft onder andere met de zorgverzekeraars het kader passende inhaalzorg opgesteld. Daarbij is gekeken naar ieders rol en verantwoordelijkheid. Daar is ook heel duidelijk in gesteld dat de zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hebben om voldoende zorg in te kopen. Dat geldt voor alle verzekerden, dus ook voor de verzekerden die een polis met beperkende voorwaarden hebben. Als mensen zorgbemiddeling willen, dan kunnen ze contact opnemen met hun zorgverzekeraars. Je hebt natuurlijk altijd het eigen risico, maar als ze dan bemiddeld worden door de zorgverzekeraar naar gecontracteerde aanbiedingen, worden ze niet geconfronteerd met een bijbetaling door onvolledige vergoeding. Het is wel van belang dat het via de bemiddeling van de zorgverzekeraars loopt, maar dan is er geen eigen bijdrage. De zorgaanbieders wijzen mensen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling. In haar spreektekst zei mevrouw Agema dat mensen straks worden verspreid voor zorg. Dat beeld zag ik ook in een aantal kranten terugkomen. De infrastructuur voor patiëntenspreiding zoals we die nu kennen in de covidtijd, willen we behouden voor de covidzorg. Maar bij inhaalzorg is het je eigen keuze om naar een andere plek te gaan als je niet wil wachten tot je op je eigen plek terecht kan. Dat wordt je dus niet opgelegd. Ik vind het belangrijk om dat nog even aan te geven.

Voorzitter: Paulusma

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat lijkt een heel makkelijk antwoord, want het is natuurlijk een heel ingewikkeld dilemma. Mensen hebben heel lang gewacht op zorg die ze echt acuut nog nodig hebben. Je kunt toch niet tegen iemand met een ernstige ziekte zeggen: je moet in je eigen regio wachten en in een andere regio kan het misschien drie maanden eerder, want we hebben het zo geregeld? Dat zou niet moeten kunnen, vind ik.

Minister **Van Ark**:

We hebben het volgende met elkaar afgesproken. Half juli brengen de ziekenhuizen met de zorgverzekeraars in beeld wat hun opgave is voor de inhaalzorg. Daarna nemen de behandelaren contact op met de patiënten of kunnen patiënten met de behandelaar contact opnemen met de vraag: wanneer ben ik aan de beurt? Als dat naar tevredenheid verloopt, word je ingepland. Ik heb toegezegd aan de Kamer dat ik na ommekomst van die plannen laat weten wat de verwachting is ten aanzien van dat tijdpad. Als je dat eerder wil of de zorgaanbieder het voorlopig niet kan waarmaken, dan word je gewezen op de zorgbemiddeling. Dat is iets waar je voor kan kiezen. Dat is niet verplicht. Er wordt dus niet gezegd tegen iemand die op een andere plek woont: je kan volgende week in Groningen terecht en anders moet je achteraan aansluiten. Dat is niet het verhaal. Ik vind het echt van belang dat mensen de keuze hebben om bij hun eigen vertrouwde behandelaar te blijven of niet. Wij hebben daar ook veel overleg over met de Patiëntenfederatie. Die zegt: heel veel mensen vinden het prima als ze op een andere plek geholpen kunnen worden, maar een deel van de mensen wil echt bij de eigen zorgaanbieder blijven.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag was eigenlijk andersom geredeneerd. Je hebt een ernstige aandoening. Je wacht al een hele poos. Er is verzekerde zorg. Je bent verplicht verzekerd. Je betaalt je budgetpolis. De eerstvolgende plek is in Groningen. Gaat dat dan meer kosten of niet?

Minister **Van Ark**:

Nee. Je hebt natuurlijk het eigen risico, maar als verzekerden worden bemiddeld naar een gecontracteerde aanbieder, dan worden ze niet geconfronteerd met bijbetaling door onvolledige vergoeding.

Mevrouw Agema vroeg ook naar de sluis voor dure geneesmiddelen. Ik proefde bij haar de vraag: wanneer stoppen we daar nou mee? Die sluis is er juist op gericht om dure geneesmiddelen beschikbaar te maken. Dat is de gedachte achter het instrument. Er zijn verschillende doorlooptijden bij de financiële arrangementen. Wat wij altijd proberen te doen en wat in heel veel gevallen ook lukt, is dat we aan het begin van zo'n traject met de leverancier, met de farmaceut, afspreken dat hij gedurende de sluisperiode de geneesmiddelen beschikbaar stelt. Dat lukt gelukkig in heel veel gevallen. Ik zou persoonlijk het liefst werken zonder sluis, maar dat betekent dat fabrikanten over moeten gaan tot een openbare prijsverlaging. Dat ligt niet bij ons maar bij de fabrikanten, dus ik denk dat we voorlopig niet zonder de sluis kunnen. Die is er niet om dat we hem zo graag willen, maar omdat hij werkt.

Mevrouw Agema vroeg ook naar de vergoeding van fysiotherapie en specifiek naar de eigen betaling voor de eerste twintig behandelingen. Ik wil niet op het proces vooruitlopen, maar ik heb al aangegeven in antwoord op de vraag van de heer Hijink dat die chronische lijst eigenlijk achterhaald is, want niet voor alle indicaties is bewezen dat fysiotherapie een effectieve interventie is. Daar gaan we mee aan de slag in het vervolgetraject. Ik verwacht dat mijn opvolger een besluit kan nemen over de aanspraak op fysio- en oefentherapie.

Mevrouw Agema vroeg waarom bij Fampyra niet gekozen wordt voor de 25% patiënten voor wie het middel wel werkt. Over de vergoeding van Fampyra heeft het Zorginstituut afspraken gemaakt met de beroepsgroep, waarbij in de praktijk per individuele patiënt wordt bepaald voor wie het middel werkt. Die persoon krijgt het middel vergoed. Dat waren de voorwaarden waaronder Fampyra in het basispakket opgenomen werd. In eerste instantie werd het middel niet vergoed omdat het effect niet bewezen was voor de hele groep, maar er waren, zoals mevrouw Agema ook aangaf, zeker patiënten die er baat bij hadden. Die subgroep was voorafgaand niet aanwijsbaar, maar dat heeft geleid tot deze oplossing. Dan de vraag van mevrouw Agema over de foto's en de zorgverzekeraars. Ik heb ook de reactie gelezen van mevrouw Agema op de antwoorden die ik had gestuurd. Laat ik vooropstellen dat ik het heel erg vind als mensen een ziekte meemaken als borstkanker en daar de gevolgen van onderkennen. Het vraagstuk dat mevrouw Agema op tafel legde, heeft mij ook geraakt. Op het moment dat er echt foto's gestuurd moeten worden, is dat natuurlijk gewoon niet oké. Wel heeft een zorgverzekeraar de wettelijke plicht om zich ervan vergewissen dat iets een plastischchirurgische behandeling is vanuit het basispakket of niet. Dat is een legitieme taak van de zorgverzekeraars. Dat blijkt meestal uit het dossier.

Een medische foto maakt deel uit van het dossier. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om een volledige aanvraag voor een vergoeding aan te leveren aan de verzekeraar. Als er medische foto's zijn, dan worden die beoordeeld door de medisch adviseurs. Die hebben een BIG-registratie. Daarmee zijn ze ook gebonden aan het medisch beroepsgeheim. Als iemand geen toestemming geeft aan de zorgaanbieder om dat dossier te delen, dan wordt het heel ingewikkeld, want de verzekeraar moet dan nog steeds controleren of die behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Maar misschien was een telefoontje hier beter op z'n plek geweest.

De voorzitter:

Mevrouw Agema heeft nog een vraag, vermoed ik.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik hoor de Minister precies hetzelfde verhaal vertellen als in de beantwoording van de schriftelijke vragen. Dat vind ik heel hard. Ik hoor de Minister zeggen dat het opsturen van foto's niet oké is, maar vervolgens verdedigt ze dat. Ze verdedigt het opsturen van foto's van een verminkte

borst aan de zorgverzekeraar. Dat is niet oké. Daar gaat het om. De verzekeraar kan zeggen dat hij medisch specialisten of BIG-geregistreerde medewerkers heeft aangenomen, maar dat is niet wat wij bedoelden met het systeem. Het systeem is zo bedoeld dat we een drie-eenheid hebben van patiënt, specialist en verzekeraar. Een verzekeraar kan niet zeggen: ik heb BIG-geregistreerde specialisten aangenomen en nu ga ik eens even foto's opvragen en bekijken. Dat is niet het systeem dat hier, gehoord de beraadslaging, is bedacht. Ik hoor graag dat de Minister zegt dat het inderdaad niet oké is dat verzekeraars foto's opvragen van verminkte lichaamsdelen. Dat de verzekeraar zegt BIG-geregistreerden te hebben aangenomen om dat te beoordelen, is in de systematiek onjuist. Ik wil graag dat de Minister dat bevestigt.

Minister Van Ark:

Een zorgverzekeraar heeft de publieke taak om te kijken of iets is verzekerd volgens het basispakket. Dat moet je toetsen, beoordelen. Normaal gesproken gaat dat via het zorgdossier. Als iemand niet wil dat zijn zorgdossier wordt overlegd, dan moet een zorgverzekeraar er op een andere manier achter komen of die zorg in het basispakket zit. Dat is een legitieme vraag. Maar ik denk dat een telefoontje van de verzekeraar aan de dienstdoende arts in dit geval beter had geweest, want dan hadden ze geen foto's hoeven uitwisselen. Ik vind het zeker niet prettig voor deze mevrouw dat zij een foto heeft moeten sturen naar een verzekeraar. Maar er moet ook recht aan worden gedaan dat de verzekeraar moet toetsen of de zorg wel degelijk verzekerd is.

Mevrouw Agema (PVV):

Wij komen hier niet uit. Mag ik heel even mijn vragen afronden?

De voorzitter:

Ik dacht dat u net afrondde en dat het stokje dan weer teruggaat, maar ik zal even wachten tot de Minister uw vragen heeft beantwoord.

Minister Van Ark:

Ik heb geprobeerd aan te geven dat ik het logischer, meer op z'n plek, had gevonden als er een telefoontje was gepleegd, maar ik houd staande dat een verzekeraar moet kunnen kijken, beoordelen – dat is een beter woord – of iets verzekerde zorg is of niet.

De voorzitter:

Is dat voor u afdoende, mevrouw Agema?

Mevrouw Agema (PVV):

Ja. Ik vroeg mij even af of dit alle antwoorden waren.

Minister Van Ark:

Ja.

Mevrouw Agema (PVV):

Tja, wij komen daar niet uit, dus dan is het ...

De voorzitter:

Nee, die conclusie had ik ook al getrokken vanaf deze kant. Maar bent u dan nu weer de voorzitter en geeft u dan het woord aan mijn buurman?

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Ja. Dan gaan wij dat zo organiseren. De heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Ja, ik wil mijn laatste interruptie hier wel aan besteden. Ik heb dezelfde aversie tegen de handelwijze dat een verzekeraar aan de patiënt vraagt om zo'n foto te maken. Je wil ook helemaal niet dat zo'n foto in allerlei digitale archieven bewaard blijft. De Minister zegt dat een telefoontje logischer was geweest, maar dat zou dan toch de norm moeten zijn? Een patiënt zou daar toch helemaal niet mee belast moeten worden? Waar komt het wantrouwen vandaan dat een arts een declaratie zou indienen voor een operatie die onder valse voorwendselen gedaan zou zijn? Dat wantrouwen snap ik helemaal niet. Als er een declaratie bij een verzekeraar komt van het verwijderen van een borst, hoe haalt iemand het dan in zijn hoofd om daar een foto van te eisen? Ik snap dat helemaal niet. Daar moet toch iemand van zeggen: jongens, stop hiermee; dat gaan we gewoon niet meer doen?

Minister **Van Ark**:

Eens. Dat kan ik gewoon klip-en-klaar zeggen, zoals ik ook geprobeerd heb in de richting van mevrouw Agema te zeggen. Wat wel van belang is, is dat het op het moment dat iemand een reconstructie heeft waarop vergoeding uit het basispakket volgt gebruikelijk is dat er een oordeel van de behandelaar naar de zorgverzekeraar gaat. Als er geen dossier gedeeld kan worden, moet de zorgverzekeraar op een andere manier toetsen welke categorie zorg het is. Dat is een vraag die wij hebben neergelegd bij de zorgverzekeraars, omdat zij een publiek belang dienen. Dan zeg ik: «Oké, dat moet je toetsen. Dan ga je geen foto opvragen, maar doe je dat gewoon met een telefoontje.» Ik hoop dat ik dat ook in aanvulling op de schriftelijke vragen van mevrouw Agema klip-en-klaar in dit debat kan zeggen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Heb ik nog interrupties?

De **voorzitter**:

Je hebt er nog één.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dan wil ik toch nog iets vragen, om te helpen om de finetunen. Laten we het nou even omdraaien. Volgens mij zijn we het erover eens. Er heeft een behandeling plaatsgevonden. De arts heeft dat bevestigd. Er ligt een dossier. In welke gevallen zou er nou niet voor een amputatie – want dat is wat het is, een verwijdering – een behandeldossier liggen? Of voor een reconstructie. Ik zeg het verkeerd. Excuus. Ik gebruik de verkeerde woorden, maar mijn intentie is goed. In welke gevallen zou er dan niet een behandeldossier liggen?

Minister **Van Ark**:

Een dossier is er altijd, maar het kan zijn dat een patiënt niet wil dat dat dossier gedeeld wordt met de zorgverzekeraar. Dan moet de zorgverzekeraar, als die geen oordeel heeft van de zorgaanbieder of de zorgverlener, zich er op een andere manier van vergewissen of dit pakketzorg is of niet. Dat is in dit geval gewoon niet oké gegaan. Want dan vraag je geen foto op, maar dan bel je, dan leg je het uit en dan wil je toch contact met de arts. Dat vind ik gewoon menselijkerwijs heel logisch. Ik houd wel staande dat een zorgverzekeraar ... Dat doe je natuurlijk gewoon het liefst op basis van een gesprek met de arts, waarin je vraagt of het pakketzorg is of niet. Dan zegt die arts: dat is zo. En dan is dat gewoon ook zo. Dan ga je niet nog allerlei dingen daarbij opvragen. Dat lijkt mij het meest logisch.

De **voorzitter**:

All right. Dan mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):
Dat gaat niet over dit punt. Ik weet niet of dat mag.

De **voorzitter**:
Uw zevende vraag, mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):
Ik mis nog een antwoord op mijn vraag over de diagnostiek bij kankerbehandeling. Ik had nog gevraagd of er een duidelijke tijdsplanning gemaakt kon worden naar aanleiding van de brief daarover die de Minister naar de Kamer heeft gestuurd.

De **voorzitter**:
Die tellen we niet mee.

Minister **Van Ark**:
Een belangrijk punt. Dat was naar aanleiding van de initiatiefnota van de heer Veldman, mevrouw Van den Berg en mevrouw Sazias. Ik heb binnenkort nog een afspraak met mevrouw Sazias over de brief, want het is natuurlijk nog steeds – dat is logisch – een heel belangrijk onderwerp, ook voor haar. Wat ik heb aangegeven in de brief is dat je wel wat kunt bij «primaire tumor onbekend», maar dat het bij de andere varianten gewoon lastiger is. Daar moet nader onderzoek plaatsvinden. Dat is gewoon lastiger. Maar dat duurt lang. Eigenlijk – ik had dezelfde haast die de Kamer ook had in de oude commissie – willen we gewoon niet wachten tot 2023, dus we hebben gevraagd: breng tussentijds rapportages uit, zodat we ook tussentijds bijstellingen kunnen doen als dat nodig is en veranderingen kunnen aanbrengen. Dat antwoord had mevrouw De Vries nog tegoed van mij.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):
Dat begrijp ik, maar er zaten volgens mij meerdere actiepunten in de brief, ook over de bekostiging van een en ander. De vraag is dan wel even of die dan hetzelfde tijdspad volgen. Of is daar een ander tijdspad voor? Ik bedoel dan 2023.

Minister **Van Ark**:
Ja, dat is daaraan gekoppeld.
Ik heb nog een antwoord op de vraag van de heer Hijink naar de gekaapte geneesmiddelen. Ik kan na de zomer een overzicht zoals hij vroeg aanleveren.

De **voorzitter**:
Oké. Dan schorsen we even kort voor aanvang van de tweede termijn.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:
Ik hervat de vergadering. Ik kijk naar mijn collega's. Ik ga ervan uit dat er behoefte is aan een tweede termijn. Dan geef ik als eerste het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Dank, voorzitter. Dat kan kort, want ik ben moe. Ik wil graag een tweeminutendebat aanvragen, omdat ik een motie heb.
Ik wil graag toch nog even dubbelchecken of de Minister met een reactie komt op het tienpuntenplan en, zo ja, wat voor reactie dat dan is. Ik zou me kunnen voorstellen dat het een brief is.
Ik hoorde de Minister reageren op preventie in het basispakket, waarbij ik haar dingen hoorde zeggen over gesprekken met verzekeraars, maar ik

hoor ook wat mevrouw De Vries zegt over de snelheid bij interventies rondom Keer Diabetes2 Om. Ik ben toch wat onbevredigd na alle input van daarnet. Wellicht kan de Minister daar nog wat aan doen. Datzelfde geldt voor de polisjungle. Ik moest toch nog wat bekomen van alle reacties van links. Die zeiden namelijk allemaal tegelijk: dit zeggen we al jaren. Daar ben ik dus nu van bekomen. Ik wil u nu graag vragen of we wat van die vrijblijvendheid af kunnen en of u gewoon wat dwingendere afspraken kunt gaan maken met zorgverzekeraars. Dank u wel.

De voorzitter:
Meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Ik kan het ook heel kort houden. Ik ben blij dat die motie over het eigen risico gewoon netjes uitgevoerd gaat worden. Zo hoort het ook.

Wat de anticonceptie in het basispakket betreft zullen wij met een voorstel komen, met een ander voorstel dat dus wat algemener is dan per se vanuit het basispakket. Dan verwachten wij dat dat heel breed gesteund zal gaan worden in de Kamer. De Minister weet ook dat als er heel brede steun is voor een bepaalde motie, zij die ook gaat uitvoeren. Dus dat gaan we doen.

Ik ben ook blij dat het overzicht van de gekaapte geneesmiddelen er komt. Daar komen we zeker in het najaar op terug.

Tot slot nog één vraag en die gaat over de fysiotherapie, de paramedische zorg, namelijk hoe het vervolg er nu precies uitziet. Er ligt nu wel heel veel onderzoek over wat dus niet gaat werken als het om vergoeding gaat, maar hoe ziet nou het vervolg eruit? Wanneer mogen wij iets verwachten, een ander voorstel verwachten? Of is dat echt helemaal aan een volgend kabinet? Dat kan natuurlijk nog heel lang gaan duren. Dank.

De voorzitter:
Mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik wil de Minister danken. Ik ga even kauwen op de antwoorden en dan komen we daar in het tweeminutendebat even op terug. Ik ga nu de zaal verlaten. Ik lees de antwoorden van dit gedeelte nog even terug.

Dank u wel.

De voorzitter:
Prima. Mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de Minister voor de antwoorden. Eerst de mogelijkheden om wat te doen tegen bewezen niet effectieve zorg. De Minister zei: een onbevredigend gevoel. Ik moet zeggen dat ik dat wel overhoud na dit debat.

Volgens mij was de Minister nog niet echt ingegaan op het feit dat je nu wel een ongelijk speelveld hebt, z gezegd, ten aanzien van het eigen risico en het spiraaltje in de eerstelijnszorg tussen een verloskundige en de huisarts.

Ik had nog een aparte vraag – daar mag de Minister ook schriftelijk op reageren – waar ik geen tijd meer voor had in de eerste termijn. We hebben al aangegeven dat we er als CDA erg aan hechten om de solidariteit in het stelsel te houden. Nu zijn er ook Nederlanders in het buitenland die een woonlandkorting hebben op grond van de Zorgverzekeringswet, omdat zij in dat andere land goedkoper zorg kunnen krijgen.

Nu horen wij dat ze als ze een complexe operatie moeten ondergaan toch snel naar Nederland komen om die hier te laten doen. Dus dan heb je de hogere kosten die hier worden gemaakt, maar heeft men wel de polis met korting gekregen. In het kader van solidariteit vonden wij dat nogal een aparte constructie. Misschien klopt het niet. Dan hoor ik het ook graag. Naar aanleiding van de brief van de Minister kwam deze vraag bij ons oppoppen.

De voorzitter:
Mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):
Dank u wel, voorzitter. Nog kort drie punten. Het valt wel op dat we het heel vaak hebben over wat er moet instromen in het pakket, maar dat we eigenlijk heel weinig en heel abstract praten over wat er uit zou kunnen, bijvoorbeeld omdat het niet bewezen effectief is. Ik vroeg me af of er toch niet iets van een lijst is van wat er de afgelopen tijd uitgestroomd is. Volgens mij gaf de Minister al aan wat er wel uitgegaan is. Zijn er ergens iets van lijsten opgesteld van zaken waar twijfels over zijn of die eventueel in de toekomst daar nog voor in aanmerking zouden kunnen komen? Dat is niet omdat ik het nou zo leuk vind om er iets te halen, maar ik kijk ook wel naar de kosten van het totaal en de premie. Het moet wel betaalbaar blijven voor mensen. Daarom vind ik dat we echt kritisch moeten zijn op of het inderdaad bewezen effectief is. Ik vind de rol van het Zorginstituut dan wel wat ingewikkeld. Ik zou die vrijblijvendheid daar wel meer vanaf willen hebben. Ik ben ook wel benieuwd hoe we de doorzettingsmacht die het Zorginstituut heeft nog zouden kunnen aanzwengelen. Twee korte laatste punten. Ik zou graag willen het afwegingskader voor de beweging van meer naar thuis en digitaal voor het Zorginstituut gemaakt wordt. Ik hoor daar graag een reactie op van de Minister. Op mijn laatste punt is de Minister niet ingegaan. Er is iets gezegd over NZa en het toezien op de inhaalzorg. Ik zou het ook wel goed vinden om heel expliciet te kijken naar de zorgbemiddeling door de zorgverzekeraars. Volgens mij kijkt de NZa daar juist ook naar. Ik denk dat die heel belangrijk gaat worden bij de inhaalzorg, dus graag daar ook nog een toezegging op van de Minister.
Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:
De Minister. Tenminste, als u meteen kunt antwoorden.

Minister **Van Ark:**
Een paar minuutjes?

De voorzitter:
Ja. Nou, helaas. Zullen we 17.30 uur doen? Ik zie dat dat goed is.

De vergadering wordt van 17.22 uur tot 17.28 uur geschorst.

De voorzitter:
De Minister is er klaar voor, dus we gaan naar haar luisteren.

Minister **Van Ark:**
Dank u, voorzitter. Ik heb nog een aantal vragen openstaan. Mevrouw Paulusma vraagt een reactie op het tienpuntenplan. Die zal ik haar zeker graag doen toekomen. Zij vroeg ook naar preventie in het pakket. We hebben ook tijdens het debat gewisseld dat het van belang is dat het Zorginstituut de instrumenten krijgt om dit vlot te trekken. Maar er is ook breed een wens om met het oog op gezondheidswinst breder in ketens te kijken.

Wat betreft de polisjungle: ik kan de zorgverzekeraars niet verplichten om dingen te doen, maar ik denk wel dat het goed is om dit gesprek ook met hen te voeren. Ik denk ook dat werken aan het afschaffen van de collectiviteitskorting een bijdrage kan leveren, omdat die het mogelijk maakte om nog meer polissen erbij te zetten. Maar dat betreft een wetsvoorstel dat binnenkort naar de Kamer komt.

Dan de vraag van de heer Hijink over het vervolg. Hoe ziet het vervolg van het traject fysiotherapie eruit? En misschien nog belangrijker: moeten we dan wachten op de formatie? Dat laatste moeten we wat mij betreft niet. Op het moment dat iets goedgekeurd wordt voor het basispakket, gaat het door, formatie of niet. Dat was ook het punt dat mevrouw De Vries maakte. We zijn met het veld begonnen met kijken naar welke onderzoeken we nodig hebben om te kunnen vaststellen of fysiotherapie in het basispakket kan. Daar gaan we mee door. Daarvoor hoeven we niet op een formatie te wachten.

Dan kom ik op de vraag van mevrouw Van den Berg over bewezen niet effectieve zorg. Ik herken de frustratie. Het blijft ook een beetje achter. Maar het is ook gewoon een feit dat het niet zwart-wit is. Kijk bijvoorbeeld naar de discussie, zoals ik die maar even noem, die we hebben gehad over Davos. Dus ik denk dat we hier de komende tijd met elkaar verder over door moeten praten.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg naar het speelveld voor wat betreft het plaatsen van de spiraal. Als er sprake is van plaatsing van een spiraal in het kader van verzekerde zorg, dan moet niet uitmaken wie het doet, maar wat er gebeurt, zowel bij de verloskundige, als bij de huisarts en in de tweede lijn. Dat blijkt ook vanuit het stuk dat vanuit het Zorginstituut is gestuurd.

Mevrouw Van den Berg snijdt in tweede termijn nog een punt aan waarbij ze vraagt naar het woonlandbeginsel. Het klopt dat het sinds 2020 mogelijk is dat gepensioneerden zonder voorafgaande toestemming van het CAK zorg krijgen in Nederland. Het voert misschien wat ver om hier nu heel erg met elkaar over van gedachten te wisselen, aangezien het een tweede termijn is. Ik heb meegekregen dat het met name gaat om mensen die in België en Duitsland wonen. De verwachting is dat het niet zo zeer gaat over de complexiteit van de zorg, want die is natuurlijk in België en Duitsland ook goed, maar dat bijvoorbeeld de nabijheid van familie daar een factor is. Mevrouw Van den Berg heeft gelijk dat dat sinds 2020 kan. Dan kom ik bij de vragen van mevrouw De Vries. Zij vraagt: is er nou een lijst van uitstroom? Er zijn wel afspraken met de ziekenhuizen in het kader van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, een programma onder leiding van Sjoerd Repping waarin afspraken worden gemaakt over welke zorg in welke situatie niet geleverd wordt. Maar ik zou mevrouw De Vries willen toezeggen dat de voortgangsrapportage Zorgevaluatie en Gepast Gebruik die ik na de zomer stuur, ook ingaat op welke zorg dan niet wordt geleverd.

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

Mag ik nog een vraag stellen, voorzitter?

De **voorzitter**:

Ja, want u heeft er nog eentje. Mevrouw De Vries.

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

Dit kijkt terug, maar ik denk dat het ook goed is om vooruit te kijken. Gebeurt dat dan ook in die voortgangsrapportage?

Minister **Van Ark**:

Ja, want in het kader van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik is met de partners van het hoofdlijnenakkoord afgesproken dat per ziekenhuis op tien punten een afspraak wordt gemaakt over wat er bijvoorbeeld niet

meer gebeurt. Dus dat kijkt ook vooruit. Ik ben het ook met haar eens dat de vrijblijvendheid eraf moet voor wat betreft het Zorginstituut, alleen de vraag «hoe dan?» komt denk ik op de formatietafel te liggen.

Mevrouw de Vries vraagt ook nog naar het afwegingskader dat het Zorginstituut zou moeten hanteren bij zaken als bijvoorbeeld elektriciteit en de kosten daarvoor en vergoedingen in het kader van De juiste zorg op de Juiste Plek. Dit wordt denk ik op enige moment onderdeel van het bepalen van de noodzakelijkheid van zorg. Dat ligt dus ook bij het Zorginstituut.

Tot slot kan ik richting mevrouw De Vries aangeven dat ik het zeer met haar eens ben dat het van groot belang is dat de zorgverzekeraars hun bemiddelende rol oppakken bij de inhaalzorg.

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we bijna gekomen aan het einde van dit commissie-debat. Mevrouw Paulusma heeft een tweeminutendebat aangevraagd. Ik neem aan dat dat vanwege het karakter van dit debat, dat gaat over het pakket, nog voor het zomerreces moet plaatsvinden. Dat verzoek zullen we doorgeleiden naar de Griffie plenair.

Ik kom bij de toezeggingen.

- De Minister informeert de Kamer zo snel als mogelijk over het proces van de uitvoering van de motie over een wetsvoorstel om het verplichte eigen risico voor 2022 te bevriezen op € 385. Dat is een toezegging aan de heer Hijink.
- De Kamer wordt na de zomer geïnformeerd over het gesprek dat de Minister met zorgverzekeraars zal voeren over de vergoeding van de stoppen-met-rokenbehandeling in het ziekenhuis. Dat is een toezegging aan de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Voorzitter, na de zomer is ook sint-juttemis. Met «na de zomer» bedoelt de Minister dan denk ik bijvoorbeeld voor de begroting, of zo?

De voorzitter:

Ja, daar heeft u helemaal gelijk in, begrijp ik van de Minister.

- In de loop van 2022 wordt de Kamer per brief geïnformeerd over de campagne mondzorg voor ouderen. Dat is een toezegging aan mevrouw Van den Berg.
- In de voortgangsrapportage van De Juiste Zorg op de Juiste Plek zal worden ingegaan op burgerparticipatie bij het maken van een regiovisie op basis van regiobeelden. Deze voortgangsrapportage zal voor de zomer naar de Kamer worden gestuurd. Dat is een toezegging aan mevrouw Van den Berg.
- De Minister stuurt de Kamer in juli een brief over de risicoverevening en zal hierin tevens ingaan op de aanbevelingen uit het KPMG-rapport. Dat is een toezegging aan mevrouw Van den Berg.
- Na het ontvangen van de plannen van de ziekenhuizen over herstellzorg half juli informeert de Minister de Kamer over het te verwachten tijdspad. De NZa zal hierover maandelijks rapporteren. Dat is een toezegging aan het lid Agema.
- Na de zomer ontvangt de Kamer een overzicht van gekaapte geneesmiddelen. Dat is een toezegging aan de heer Hijink.
- De Minister stuurt de Kamer een brief met daarin een reactie op het tienpuntenplan inzake long covid. Dat is een toezegging aan mevrouw Paulusma.

Op welke termijn komt die brief?

Minister Van Ark:

Ik zou zeggen: in september, na het zomerreces.

De voorzitter:
Voor de APB of voor de begrotingsbehandeling?

Minister Van Ark:
Voor Prinsjesdag.

De voorzitter:
Voor Prinsjesdag.
– De Minister stuurt de Kamer na de zomer de voortgangsrapportage Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, waarin zal worden ingegaan op niet te vergoeden zorg. Dat is een toezegging aan mevrouw De Vries. Wat is hierbij de termijn?

Minister Van Ark:
Uiterlijk bij de begroting.

De voorzitter:
Uiterlijk bij de begroting.

Minister Van Ark:
Bij deze specifieke brief, die ik aan mevrouw de Vries heb toegezegd, zijn we natuurlijk ook afhankelijk van de opbrengsten van het programma. Ik ga mijn best doen de brief te sturen rond Prinsjesdag, maar het liefst uiterlijk voor de begroting. Als het later wordt, zal ik de Kamer dat laten weten.

De voorzitter:
Oké. Dan gaan we het commissiedebat over het pakket hierbij afsluiten. Ik dank de Minister voor haar beantwoording. Ik dank de ambtelijke ondersteuning. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng. Ik dank de Dienst Verslag en Redactie, de bode en de griffieondersteuning en iedereen die op afstand heeft meegekeken. Ik sluit het commissiedebat.

Sluiting 17.37 uur.