

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 541

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 10 september 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 2 juli 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **Pakketmaatregelen**.
(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag.)

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

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

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

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins-Slot, Klever, Pia Dijkstra, Rutte, Neppérus en Van Gerven,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 10.06 uur.

De **voorzitter**: Goedemorgen en welkom bij dit algemeen overleg over pakketmaatregelen. Ik ben iets verlaat door andere verplichtingen al vroeg in de morgen, waarvoor excuus aan de Minister en de collega's. De Minister wil vooraf graag iets zeggen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik wil zeggen dat ik het echt betreurt dat u gisteravond nog drie dikke stukken hebt gekregen. U zult de komende dagen nog wel meer stukken krijgen, want die maak ik 's avonds af en die krijgt u dan de volgende dag. Deze zijn echter belachelijk laat, zo zeg ik maar even huiselijk. Dat heeft ermee te maken dat ik de stukken ook nog maar net heb, omdat het Zorginstituut Nederland heel laat heeft geleverd. Ik vond het echter niet wenselijk dat u ze niet zou hebben terwijl ik ze al wel binnen had. Ik heb ze dus wel doorgezonden, met een standpunt erbij, omdat we vandaag beslissen over het pakket. Ik zal in augustus met het Zorginstituut Nederland afspreken dat we echt andere processen moeten hebben, want dit is voor u heel moeilijk werken. Dat begrijp ik en ik bied mijn excuses ervoor aan.

De **voorzitter**: Goed; dat is helder.

Ik stel de collega's voor die het woord gaan voeren: de heer Van Gerven voor de SP, mevrouw Bruins Slot voor het CDA, de heer Rutte voor de VVD, mevrouw Klever voor de PVV, mevrouw Bouwmeester voor de PvdA en mevrouw Dijkstra voor D66.

De spreektijd is vijf minuten. Zoals gebruikelijk sta ik twee interrupties toe.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Tien jaar geleden spraken we nooit over de kosten van de zorg, vijf jaar geleden soms en nu begint vrijwel elk consult met de kosten die ermee gemoeid zijn, zo vertelde mij een huisarts. Dat heeft te maken met het eigen risico dat alsmaar doorstijgt: ingevoerd in 2008 met € 150 en inmiddels gestegen tot € 360. Als de voortekenen niet bedriegen, stijgt het volgend jaar door naar ruim € 400. Dat het eigen risico een gigantische drempel opwerpt voor veel mensen om noodzakelijke zorg te krijgen, is al een tijdje bekend. Vorig jaar publiceerde de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) de resultaten van een enquête onder huisartsen. Die enquête is herhaald en gisteren hebben we de resultaten ervan kunnen zien. Wat blijkt? Er zijn enorme betalingsproblemen, maar ook zien veel mensen af van noodzakelijke zorg. De SP heeft een eigen onderzoek gedaan naar het eigen risico naar aanleiding van signalen die haar bereikten. Op het meldpunt hebben we binnen een week 2.000 meldingen binnengekregen. Ik wil de Minister en ook de coalitiepartners, de Partij van de Arbeid en de VVD, toch een aantal zaken en een aantal reacties voorleggen.

Ik citeer wat reacties van mensen. Iemand zegt: «Mijn gezondheid gaat achteruit en ik heb nieuwe braces nodig voor mijn handen, maar ik durf daar ook al niet om te vragen. Ik kan met alle eerlijkheid zeggen dat ik bang ben voor de toekomst.» Een ander: «Rare vlekken geconstateerd op mijn huid, maar ik durf niet naar de huisarts uit angst voor de kosten.» Nog een opmerking: «Vorig jaar heb ik drie maanden geen hartmedicijnen gehaald uit angst voor de kosten. Ik heb de medicijnen haast niet gebruikt,

waardoor ik uiteindelijk met hartritmestoornissen per ambulance naar het ziekenhuis werd vervoerd, wat nog veel duurder is. Ik haal voor dit jaar geen hartmedicatie meer. Ik ben mij ervan bewust dat dit tot de dood kan leiden, maar dan heb ik tenminste rust.» De vraag is of de Minister ervan schrikt en of de coalitiepartijen ervan schrikken dat mensen om financiële redenen zorg mijden die noodzakelijk is. Of zien zij nu uiteindelijk in dat de limiet bereikt is? Zijn zij bereid om te kijken naar het eigen risico? Wat de SP betreft schaffen we het af, maar in ieder geval zou het moeten worden verlaagd. Wordt er geen grens overschreden als mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg? Wat gaan we daaraan doen? Ik heb de reacties aan ons meldpunt in een rapport vevat, dat ik via de voorzitter graag overhandig aan de Minister.

De **voorzitter**: Ik neem aan dat er geen bezwaar tegen bestaat dat dit stuk ter inzage wordt gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Kamer.

De heer **Van Gerven** (SP): Het kan ook worden verspreid onder de andere Kamerleden.

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb het rapport van de SP natuurlijk nog niet gelezen. Dat ga ik nog doen. Het is altijd goed als partijen onderzoek doen naar dingen die ook wij belangrijk vinden, namelijk het eigen risico in de zorg. Ik vraag de heer Van Gerven of hij de mensen die aan zijn onderzoek meedoen, ook uitlegt dat iedere verhoging van het eigen risico voor de mensen die het nodig hebben volledig wordt gecompenseerd in de zorgtoeslag. Dat gebeurt al sinds jaar en dag. Het netto eigen risico voor mensen die recht hebben op zorgtoeslag, stijgt al sinds jaar en dag niet. Legt hij ook dat uit?

De heer **Van Gerven** (SP): De praktijk is een heel andere. Dit is een wiskundige formulering van de VVD-fractie. De heer Rutte weet net zo goed als de anderen dat de zorgtoeslag is ingeperkt en dat voor steeds grotere groepen mensen, bijvoorbeeld met inkomens boven de € 30.000-grens of de € 42.000-grens, de zorgtoeslag niet meer aan de orde is en dat mensen dus de volle mep van het eigen risico betalen. Wij zien ook in de cijfers van de zorgverzekeraars dat 800.000 mensen nu al, dus dit jaar, een betalingsregeling hebben getroffen omdat ze het niet meer kunnen betalen. Een op de tien verzekerden heeft dus betalingsproblemen. Dat groeit steeds verder. De VVD kan dus niet staande houden dat het eigen risico geen drempel opwerpt. De verhalen van de mensen spreken gewoon; ontkent de VVD dat?

De heer **Rutte** (VVD): Als dit slechts een mathematische exercitie is, zou de heer Van Gerven er ook geen enkele moeite mee moeten hebben als wij dan maar stoppen met de zorgtoeslag en daarmee met de compensatie van het eigen risico. Ik vermoed dat hij dat niet wil en dat hij op dat moment zegt: hoho, die zorgtoeslag is belangrijk. Het is echter of het een of het ander. Of hij geeft toe dat we de verhoging van het eigen risico voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens, bijvoorbeeld mensen met een minimuminkomen, volledig compenseren, jaar in jaar uit, waardoor het dus helemaal niet nodig hoeft te zijn om zorg te mijden. Of hij houdt vast aan zijn verhaal waarin hij de zorgtoeslag buiten beeld houdt, alleen kijkt naar het netto eigen risico en daar dan schande van roept. Nou, dat vindt de VVD een buitengewoon makkelijke gang van zaken, die ook niet klopt.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is een stapeling van allerlei zaken. We zien dat de vaste premies op de zorg enorm zijn gestegen. We zien een enorme stijging van de zorgtoeslag. Voor heel veel mensen zien we door de verhuurdersheffing een enorme stijging van de huren. De stapeling van al

die maatregelen leidt ertoe dat mensen beslissingen nemen die in medisch opzicht gewoon niet verantwoord zijn. Ik voeg dit bij het recente nieuws van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat er een reële dreiging is dat de gezondheidsverschillen tussen arm en rijk toenemen. Dat moeten wij toch niet voor onze rekening nemen? Iedereen is zich ervan bewust dat we goed moeten kijken naar de kosten van de zorg. Hoe kunnen we de zorg zo goed mogelijk inrichten? Op het moment dat mensen afzien van medisch noodzakelijke zorg, is er wat de SP betreft echter een grens overschreven en moeten wij goed bekijken hoe we het probleem van het eigen risico op een andere manier oplossen, bijvoorbeeld door de premies inkomensafhankelijk te maken, zodat de zorgtoeslag niet nodig is.

Voorzitter. Een ander punt betreft de dure kankergeneesmiddelen. Die moeten voor iedereen, zonder onderscheid des persoons, beschikbaar blijven, zo luidt het standpunt van de SP. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we als samenleving niet meer betalen dan nodig is? Hoe gaan we dit probleem tackelen, zo vraag ik de Minister. Ik vraag haar ten eerste om een onafhankelijk onderzoek te doen naar de reële kostprijs van dergelijke middelen. Wij betalen naar de mening van de SP nu een monopolieprijs. We moeten echt onderzoek doen naar wat een kankermedicijn echt kost en wat een reële prijs is. Moeten we, ten tweede, niet toe naar een centralisatie van de inkoop van dergelijke middelen, in samenspraak met de zorgverzekeraars, zodat postcodegeneeskunde wordt voorkomen? Ten derde: wil de Minister zich bij het onderzoek en bij de oplossingen niet laten leiden door de belangen van de farmaceutische industrie, maar door het algemeen belang?

Hoe gaat het nu verder met de geriatrische revalidatiezorg? De SP-fractie is verheugd, te horen dat de motie-Leijten/Bruins Slot (29 689, nr. 465) 364 dagen na dato heeft geleid tot het advies van het Zorginstituut Nederland om geriatrische revalidatie ook zonder ziekenhuisopname toegankelijk te maken, waardoor mogelijk 5.000 onnodige ziekenhuisopnamen worden voorkomen. De vraag is toch wat de concrete uitwerking is. Volgens de SP is het eigenlijk vrij simpel. Je hebt bijvoorbeeld een huisarts die een probleem constateert. Je hebt een specialist ouderengeneeskunde die ook het probleem constateert en zegt: dit zou een goede oplossing zijn. Moet die indicatie niet voldoende zijn om het probleem van de geriatrische revalidatiezorg op te lossen?

Tot slot heb ik een vraag over de taakstelling wijkverpleging. Voor 2015 is daarvoor ruim 400 miljoen beschikbaar. Onuitvoerbaar, zo zeggen de verzekeraars. Hoe zorgt het kabinet ervoor dat het recht op wijkverpleging volgend jaar is gegarandeerd?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Op 1 januari 2015 verandert er veel in de Zorgverzekeringswet. De verpleging en verzorging komen erin, de op behandeling gerichte langdurige ggz vindt zijn plek in het basispakket en de zintuigelijkgehandicaptenzorg komt er ook bij. Het is van belang dat patiënten niets van deze overgang merken. Een geruisloze overgang vindt het CDA van groot belang.

Gisteren hebben we ook in het nieuws gezien dat de patiënt steeds vaker het advies van de huisarts negeert om naar het ziekenhuis te gaan. Dat is een zorgelijke ontwikkeling. De Minister heeft eerder aangekondigd dat ze dit zou monitoren met een monitor op het eigen risico. De vraag is welke signalen zij zelf binnenkrijgt. Herkent zij dit? Wat zou ze eraan moeten doen?

Ik had het al over de overhevelingen naar de Zorgverzekeringswet. De CDA-fractie maakt zich wel zorgen over de snelheid hiervan. De zorgverzekeraars doen dat ook. Zij geven aan dat de overheveling van de langdurige geestelijke gezondheidszorg onder extra druk staat. De zorgverzekeraars wachten nog op beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit. De zorgverzekeraars vragen of de maatregel kan ingaan

voor alleen die patiënten die nu in het eerste jaar van hun behandeling zitten. Zij geven aan het daarmee wel beheersbaar te kunnen houden. De CDA-fractie vindt dat eigenlijk wel een verstandig voorstel. De vraag is wat de Minister ervan vindt.

Er zijn ook nog de nodige barrières voor een zorgvuldige overheveling van de zintuigelijkgehandicaptenzorg. De precieze afbakening van de inhoud van de zorg is onduidelijk. Ook de invulling van de expertisefunctie en de noodzakelijke vergoeding zijn nog onbekend. De CDA-fractie ondersteunt dan ook het pleidooi van de zorgverzekeraars om de overheveling van deze zorg met een jaar uit te stellen. Is dit ook mogelijk, zo vraag ik de Minister.

De heer Van Gerven had het al over de geriatrische revalidatiezorg. Mevrouw Leijten en ik hebben inderdaad 364 dagen geleden – ik had in mijn inbreng een jaar staan – de problemen met de toewijzing van de geriatrische revalidatiezorg aangekaart. De Minister is nu eindelijk met een antwoord en een begin van een oplossing gekomen. Ik complimenteer haar er trouwens mee dat zij dit nog op de valreep voor elkaar heeft gekregen. Ik heb er wel enkele vragen over. Waarom is niet gekozen voor een verwijzing door een huisarts in plaats van voor een doelgroepafbakening? Dit is een oplossing die ook weer de nodige bureaucratische regels met zich meebrengt. Moeten patiënten met een indicatie voor geriatrische revalidatiezorg die uit het ziekenhuis komen, eigenlijk niet altijd toegang krijgen tot deze zorg? De Minister kiest nu voor een termijn van een week nadat mensen ontslagen zijn uit het ziekenhuis, maar wat is de argumentatie om voor deze termijn te kiezen?

We hebben ook nog een andere brief gehad, te weten over een nieuw criterium voor pakkettoelating: noodzaak. De Minister is verstandig genoeg om op dit punt af te wijken van het regeerakkoord. Noodzakelijkheid wordt namelijk geen apart voorliggend en op zichzelf doorslaggevend criterium; heel verstandig. Ik heb nog wel enkele vragen over de toepassing van dit nieuwe criterium noodzaak. Kernvragen zijn, zoals ook het Zorginstituut Nederland aangeeft, of sprake is van een individuele zorgvraag en of sprake is van een aandoening of beperking. Mijn vraag aan de Minister is of preventie nog wel voldoende onderdeel kan uitmaken van het pakket op basis van deze uitwerking van het criterium. Preventie is namelijk vaak collectief. Vaak gebeurt het ook vóór de komst van de aandoening of beperking. Mijn laatste vraag is hoe het onderliggende criterium «bijzondere maatschappelijke omstandigheden» wordt ingevuld. Hoe formuleer je daarvoor objectieve eisen? Dat is de CDA-fractie op dit moment nog niet helder; graag duidelijkheid van de Minister.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Het is goed dat we een keer per jaar met elkaar praten over het pakket. We hebben in Nederland een zeer uitgebreid basispakket, waarin ieder jaar weer allerhande behandelingen instromen. Het is ook goed dat de discussie voor een groot deel geobjectiverd is en dat we een deskundige instelling, het Zorginstituut Nederland, hebben die daarvoor allerhande toetsen doet en criteria aandraagt. We hebben zeer lijvige stukken gekregen over de criteria en de wijze waarop die worden toegepast. Ik moet als Kamerlid eerlijk toegeven dat ik niet alle 90 pagina's heb bestudeerd of helemaal tot mij heb kunnen laten doordringen. Het is echt ingewikkeld om dit soort criteria toe te passen en om daarin een goede afweging te maken, omdat allerhande dingen met elkaar samenhangen.

De VVD-fractie is wel blij dat het criterium noodzakelijkheid – mevrouw Bruins Slot zei het al – nu ook onderdeel hiervan uitmaakt, omdat daarmee toch wat meer en scherper zal worden bepaald wat nu collectief gefinancierde zorg moet zijn en wat niet. Ook dat is van belang. Als je scherp wilt kijken naar het basispakket, moet je ook de grenzen ervan scherper bepalen. Met zo'n criterium vraag je om allerhande interpretatie.

Mevrouw Bruins Slot stelde daar net al een paar vragen over, waarbij ik mij aansluit.

Een heel belangrijke discussie is de discussie over gepast gebruik. De heer Van Gerven had het al over de dure kankermedicijnen. Dat is een voorbeeld waarin de vraag naar voren komt of het alleen maar erom gaat of het kankermedicijn wordt vergoed. Of moeten we toe naar een situatie waarin dat kankermedicijn een plek krijgt in de medische richtlijn en uiteindelijk in de spreekkamer, in het gesprek tussen patiënt en arts, definitief de beslissing kan vallen of het medicijn in dat geval de beste behandeling is? Dat zijn heel moeilijke discussies, maar ze zijn uiteindelijk wel van belang om, ook in de toekomst, steeds weer nieuwe medicijnen een plek te kunnen geven in ons systeem zonder dat we verplicht zijn om er aan de andere kant dingen uit te duwen, zoals in bijvoorbeeld Engeland gebeurt. Mijn vraag aan de Minister is hoe het staat met de hele gang van zaken rondom gepast gebruik. Het is een prachtig adagium dat vaak wordt genoemd als een soort heilige graal om ons pakket breed te kunnen houden, maar hoe de discussie zich precies ontwikkelt en hoe we daarin staan, is voor de VVD-fractie niet helemaal duidelijk.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil het met de VVD-fractie hebben over ongepast niet-gebruik van medische zorg. In mijn inleiding heb ik gezegd dat er op dit moment in Nederland mensen zijn die om financiële redenen afzien van medisch noodzakelijke zorg. Is daarmee volgens de VVD-fractie een grens overschreden?

De heer **Rutte** (VVD): Ik vind het zeer onverstandig als mensen om financiële redenen afzien van zorg. Dat moeten ze niet doen. Daarom hebben we ook een heel breed basispakket met zeer ruime vergoedingen. Ook de allerhoogste vergoedingen zitten in Nederland gewoon in het basispakket, juist om de toegankelijkheid van zorg te garanderen. Ik zei net ook al tot de heer Van Gerven dat wij voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens de zorgtoeslag hebben, waarmee iedere verhoging van het eigen risico en de premie volledig wordt gecompenseerd. Die financiële redenen horen er dus niet te zijn, want die zijn gecompenseerd.

De heer **Van Gerven** (SP): Als de praktijk is dat mensen om financiële redenen afzien van medische noodzakelijke zorg, wat ook blijkt uit de enquête van de Landelijke Huisartsen Vereniging – de trend is zelfs dat dit zal toenemen – moet die constatering er dan niet toe leiden dat wij ons beraden op de bijdrage die mensen moeten leveren om zorg te kunnen ontvangen? Moeten we dan toch niet kijken of het eigen risico een te hoge drempel vormt en daaraan iets doen? We kunnen ook iets aan de premie-inning doen of er op een andere manier voor zorgen dat alle mensen die medisch noodzakelijke zorg nodig hebben, die ook kunnen krijgen zonder dat er financiële drempels zijn.

De heer **Rutte** (VVD): De VVD wijst financiële drempels in de zorg niet principieel af in die zin dat zij vindt dat die moeten bijdragen aan bewust gebruik van zorg. Daarin hebben wij nog veel liever een eigen bijdrage per keer, dus procentueel, dan een eigen risico, dat in één keer een blok aan drempels opwerpt. Dat is echter niet haalbaar in dit huis. Wellicht zou ik hierover een keer een goed gesprek met de heer Van Gerven kunnen hebben. De drempel moet er zijn zodat mensen bewust kiezen in de zorg. Voor de rest staan wij voor een heel breed pakket, juist om ervoor te zorgen dat mensen niet afzien van noodzakelijke zorg. Die keuze moeten mensen niet maken. Zoals ik net al zei, hebben we het via de zorgtoeslag zo geregeld dat mensen er ook niet van af hoeven te zien. Als mensen dat toch doen, maken ze mijns inziens de verkeerde keuze.

Mevrouw **Klever** (PVV): Tot zover de theorie, maar de praktijk is natuurlijk wel dat mensen om financiële redenen afzien van zorg. Daarin moet ik de heer Van Gerven echt bijvallen. De heer Rutte wijst elke keer op de zorgtoeslag, waarmee de verhoging van het eigen risico wordt gecompenseerd, maar dan gaat hij ervan uit dat het alleen de lage inkomens zijn die zorg mijden. Je hebt natuurlijk ook de middeninkomens die geen zorgtoeslag ontvangen en die ook zorg mijden. Ik wil toch nog graag een reactie van de heer Rutte. Wat vindt hij daar dan van?

De heer **Rutte** (VVD): Met toeslagen ligt er altijd ergens een grens. Daarboven geldt het niet en daaronder geldt het wel. Daar heb je altijd verschil. In dit huis spreken we die grens af omdat we vinden dat daaronder compensatie nodig is en daarboven minder. Dat is nu eenmaal zo. Voor de rest blijft mijn verhaal hetzelfde, namelijk dat mensen niet moeten afzien van noodzakelijke zorg en dat het eigen risico bedoeld is om mensen bewuste keuzes te laten maken, maar niet om af te zien van noodzakelijke zorg.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik ben blij dat de heer Rutte zegt dat mensen niet moeten afzien van noodzakelijke zorg. Als ze het echter simpelweg niet kunnen betalen, is de heer Rutte dan bereid om mee te denken over een verlaging van het eigen risico?

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben bereid om mee te denken over een andere vorm van het eigen risico, namelijk een eigen bijdrage per keer dat iemand zorg gebruikt. Als we daarover met de PVV het gesprek kunnen aangaan, is dat wellicht voor de toekomst een interessante gedachte. Om nu echter zomaar te zeggen dat mensen niet kunnen betalen ... Mensen maken allerhande afwegingen in hun leven ten aanzien van waaraan ze hun geld uitgeven. Ik vind het een verkeerde afweging als mensen zeggen «ik maak geen gebruik van noodzakelijke zorg maar ik maak wel andere keuzen in het leven». Dat moeten mensen niet doen. Voorzitter. Mevrouw Bruins-Slot gaf het al aan: we krijgen een aantal forse overhevelingen vanuit andere systemen naar de Zorgverzekeringswet. Dat is op zich een compliment voor het stelsel van de Zorgverzekeringswet, dat kennelijk dit soort grote wijzigingen aankan, wellicht beter dan de stelsels waar de zorg vandaan komt. Tegelijkertijd is het een forse uitdaging. Ten aanzien van de verpleging en verzorging maakt de VVD-fractie zich wel een beetje zorgen dat er nog geen geaccepteerde medische richtlijnen zijn. De zorg wordt wel geleverd. De vraag is dan even hoe we kunnen vaststellen wanneer hier sprake is van doelmatige zorg; graag een reactie. Ook in de langdurige ggz is er een heel grote transitie. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft geconstateerd dat de overheveling van de zware ggz naar de Zorgverzekeringswet reële frauderisico's met zich meebrengt. Kan de Minister daarop reflecteren? Gisteren hebben we een groot debat gehad over fraude. Dit is wellicht niet wat we zouden moeten willen. Hoe kan zij ervoor zorgen dat deze risico's worden geminimaliseerd?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb die risico's ook gezien. De zorgverzekeraars signaleren ook een ander punt. Zij maken zich zorgen of zij dit wel goed kunnen invoeren per 1 januari 2015. Zij doen het voorstel om het voor een beperkte groep in te voeren en niet gelijk voor alle mensen die onder de driejaarsgrens vallen. Hoe kijkt de heer Rutte ertegenaan?

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb daar geen heel digitale mening over. Ik ben echt heel benieuwd hoe de Minister ertegenaan kijkt. Ik zie die risico's ook; ik stel er nu ook vragen over. Ik zie ook wel degelijk het belang om wel

over te hevelen. Vertragen is niet altijd de beste weg. Ik hoor heel graag de reactie van de Minister hierop.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De heer Rutte gaf van tevoren aan dat het een compliment is voor het zorgverzekeringsstelsel dat we zo veel overhevelen. Ik zeg hem dat het ook een politieke keus is om dat te doen. Het CDA kijkt er op een aantal punten anders tegenaan, maar het is wel van belang dat we het zorgvuldig doen. Die zorgvuldigheid lijkt echt onder druk te staan. Men zegt dat er pingpongcliënten binnen de geestelijke gezondheidszorg komen. Ziet de heer Rutte ook in dat pingpongcliënten in de geestelijke gezondheidszorg onwenselijk zijn, juist in deze kwetsbare groep?

De heer **Rutte** (VVD): Dat risico zie ik: mensen die nu van stelsel A naar stelsel B gaan en, als we de Wet langdurige zorg (Wlz) vaststellen, misschien weer naar stelsel C gaan. Dat zou een onwenselijke uitkomst zijn. Daarom wil ik graag dat de Minister reflecteert op de vraag hoe we dit op een goede manier kunnen vormgeven. Dat is uiteindelijk wat we willen. De dingen moeten over naar een nieuw stelsel, maar dat moet inderdaad op een zorgvuldige manier gebeuren. Het kan best zo zijn dat je er voor specifieke groepen nog eens heel kritisch naar moet kijken. Voorzitter. Tot slot kom ik bij een heel ander punt. In het pakket dat we hebben gekregen, zit iets waarover we later deze week nog komen te spreken: de zorg in het Caraïbisch gebied. Ik zag iets over de hielprik en de extra kosten daarvan op de BES-eilanden. We komen met de Minister uitgebreid te spreken over de vraag of op de BES-eilanden dezelfde norm voor zorg moet gelden als in Nederland. De VVD-fractie vindt van niet, maar daar gaan we morgen over praten. Specifiek hierover zeg ik het volgende. Dat je een hielprik wilt afnemen op de BES-eilanden is misschien nog niet zo'n gek idee, maar als vervolgens blijkt dat het bloed per vliegtuig naar Nederland moet, hier wordt geanalyseerd en per vliegtuig weer terug moet, dan vraagt de VVD-fractie zich af of wij hier een goede, kostenefficiënte en doelmatige afweging maken. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. We zijn een sportief land en voor veel mensen is sporten en bewegen vanzelfsprekend. Niet iedereen is echter hiertoe in staat. Sommigen hebben hulpmiddelen of medicijnen nodig en sommigen hebben zo veel pijn dat ze het niet meer kunnen opbrengen om te bewegen, terwijl regelmatig bewegen op allerlei manieren bijdraagt aan je gezondheid, je sociale contacten en je zelfvertrouwen. Ik heb dit jaar vragen gesteld over Fampyra, het geneesmiddel dat MS-patiënten in beweging houdt. Ik ben heel blij dat de Minister heeft besloten, dit geneesmiddel voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket, ondanks het negatieve advies dat er lag van het CVZ. Ik ben ervan overtuigd dat dit middel zich zal bewijzen en een permanente plek zal krijgen in het basispakket. Ik wil nog wel graag weten hoe het staat met de vergoeding voor 2014, omdat een aantal zorgverzekeraars al aan patiënten heeft gemeld dat ze het zelf moeten betalen. Wil de Minister hierop reageren? Er is nog een groep die baat heeft bij bewegen maar dit zonder hulp niet kan. Dit zijn de mensen met reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew. De hulp die zij nodig hebben om mobiel te blijven zonder al te veel pijn, bestaat uit fysiotherapie, in 2012 helaas geschrapt uit het basispakket. De effecten hiervan zijn gemonitord. Veel reumatologen, verpleegkundigen en patiënten maken zich nu grote zorgen om de gevolgen hiervan. Ik deel die zorgen. Aangezien er een onderschrijving op fysiotherapie was in de Voorjaarsnota, vraag ik de Minister om die in te zetten voor deze groep. Kunnen reumapatiënten en mensen met de ziekte van Bechterew erop rekenen dat zij vanaf 2015 weer aanspraak hebben op fysiotherapie uit het basispakket?

Verder staat mijn fractie positief tegenover de instroom van in totaal zeven veelbelovende interventies. Ook positief is de mogelijkheid om innovaties niet eens per jaar, maar vier keer per jaar toe te laten. De wijzigingen als gevolg van de overheveling kunnen we moeilijk afwijzen, maar het is duidelijk dat we tegen de hele overheveling zijn. Ik pleit alsnog voor uitstel, zeker van de overheveling van de langdurige ggz. Die overheveling blijft ons trouwens verbazen. De knip wordt hiermee niet opgelost, maar slechts verschoven. Wie in het eerste jaar niet geneest, zal in het tweede of derde jaar waarschijnlijk ook niet genezen. Het is een onzinnige maatregel. De gehele langdurige ggz hoort wat ons betreft gewoon in de Wet langdurige zorg thuis. Ook de overheveling van de zintuigelijkgehandicaptenzorg kent problemen. Zorgverzekeraars geven aan dat ze deze zorg nog helemaal niet kunnen inkopen op basis van kwaliteit en kosten. Ook de overheveling van de wijkverpleging brengt veel onzekerheden met zich. Het resultaat zal zijn dat de zorgpremie bovenmatig stijgt. We weten immers hoe zorgverzekeraars met onzekerheden omgaan: ze leggen die op het bordje van de premiebetaler. Kan de Minister al iets zeggen over de rekenpremie voor 2015? Met hoeveel gaat die omhoog? Gaat ze er nog voor zorgen dat genoemde onzekerheden spoedig worden opgelost?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. De zorg in Nederland is solidair georganiseerd. Er is een breed aanbod van zorg via het basispakket dat voor iedereen toegankelijk is: arm en rijk, jong en oud, ziek en gezond. Dat is een groot goed waarop we tegelijkertijd heel zuinig moeten zijn. Daarbij past een kritische houding ten opzichte van de kwaliteit. We zijn tevreden dat de voorgenomen bezuiniging op het pakket niet door hoeft te gaan door de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord zorg. Uiteraard zijn we blij dat er uitbreidingen in het pakket zitten, zoals de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT) voor zwangere vrouwen. We vinden de discussie over het pakket echter wel ingewikkeld. Het is namelijk heel vaak een zwart-witdiscussie. Wij zouden meer maatwerk in het pakket willen zien. Een behandeling zit in het pakket of niet, terwijl het ook zo kan zijn dat een bepaalde handeling voor sommige mensen met een bepaalde zorgvraag wel moet worden vergoed omdat de werking ervan bewezen is, terwijl dat niet voor de hele doelgroep geldt. Hoe ziet de Minister deze ontwikkeling? Wat zijn de mogelijkheden om op basis van medische richtlijnen veel specifieker te bekijken wat wel en niet wordt vergoed? Ik zeg dit ook in relatie tot het nieuwe criterium noodzaak, waarover mijn collega's al vragen hebben gesteld waarbij ik mij aansluit.

Enige tijd geleden zijn enkele moedige dokters een discussie gestart onder de titel «Moet alles wat kan?». Zij stelden ter discussie of elke behandeling wel echt bijdraagt aan het verhogen van de kwaliteit van leven. Duidelijk is dat de patiënt en de arts hierover samen beslissen in de spreekkamer. Een patiënt bepaalt wat hij als kwaliteit van zijn leven ziet. Een arts kan aangeven of een behandeling daaraan een bijdrage kan leveren. Dit gesprek is heel moeilijk en vergt moed. Het vergt ook tijd en, heel belangrijk, een luisterend oor. Luisteren naar patiënten is sowieso een onderwerp dat aandacht verdient, of het nu gaat om de beoordeling van kwaliteit, het kiezen voor een behandeling of de evaluatie hiervan. Er worden hierin dus goede stappen gezet: het gesprek is op gang en de maatschappelijke discussie kwam op gang. Vervolgens blijft het echter ergens hangen. Hoe kunnen we in dialoog – er is namelijk niet een iemand die beslist – dit gesprek een stap naar voren brengen? Hoe kunnen wij dat concreet merken?

Een pakketdiscussie gaat ook over zaken die nu niet worden vergoed, nog niet worden vergoed of niet langer worden vergoed. De Partij van de Arbeid-fractie stelt helder dat een harde bestrijding van fraude, de aanpak van verspilling en de aanpak van niet-evidence-based zorg wat haar betreft vóór eventueel toekomstige pakkettingrepen gaan. Vraag het een

arts en hij noemt zo een behandeling die in het pakket zit maar die totaal niet effectief bewezen is. Je zou het laaghangend fruit kunnen noemen. Op welke manier worden deze behandelingen meegenomen in het programma Zichtbaar zinnige en zuinige zorg van het Zorginstituut Nederland? Daarin wordt terecht heel goed naar allerlei richtlijnen gekeken, maar los daarvan zijn er nog veel meer behandelingen waarvan artsen zelf al zeggen dat ze niet weten of die zo effectief zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat je eerst naar de andere maatregelen moet kijken voordat je aan het pakket komt, maar zij zegt uiteindelijk ook dat je wel naar het pakket moet kijken, omdat er heel veel in zit wat eigenlijk niet effectief is. Er zouden suggesties genoeg zijn voor zaken die eruit kunnen. Heeft zij voorbeelden van zaken waarvan zij vindt dat ze eigenlijk wel uit het pakket kunnen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik wist dat deze vraag zou komen en ik ben er eigenlijk ook blij mee. Ik heb die voorbeelden gehoord van individuele artsen. Ik was raadvrouw, dus dat is aan de juridische kant. Ik ben geen arts. Ik vind het dus heel moeilijk om de voorbeelden die ik van artsen heb gehoord, te noemen. Stel dat ik zou zeggen dat er vragen zijn rondom het knippen van amandelen. Dan zijn er altijd weer artsen die zeggen dat dit hartstikke effectief bewezen is en dat zij ervoor zijn opgeleid, terwijl andere artsen misschien zouden kunnen zeggen – dit is een voorbeeld – dat het juist uit het pakket moet omdat het helemaal niet effectief bewezen is en ook hartstikke duur is. Ik zou juist willen dat de Minister het gesprek aangaat met artsen of dat artsen zelf op de een of andere manier zeggen dat zij het er allemaal over eens zijn dat van specifieke behandelingen het effect niet bewezen is. Ik zeg dat niet zelf als Kamerlid, want dat vind ik heel gevaarlijk. De vraag aan de Minister is of er inderdaad zo veel laaghangend fruit is. Hoe kunnen we artsen ertoe bewegen om dat te melden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Daar hadden we natuurlijk altijd het CVZ voor, en nog, want het zit nu in het Zorginstituut Nederland. Dat gaat daarover. Daarvoor is een aantal criteria geformuleerd die het nog wat helderder afmeten. Wat vindt mevrouw Bouwmeester dan van de rol van het Zorginstituut Nederland of het CVZ, zoals ik het nog maar even noem zodat we allemaal weten waarover het gaat? Heeft dat de afgelopen jaren toch geadviseerd om te veel toe te laten tot het pakket wat er eigenlijk niet in thuishoort?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Nee, dat is absoluut niet het geval. De vraag is alleen als volgt. We hebben een pakket. Vervolgens is er het programma Zichtbaar zinnige en zuinige zorg om te bekijken wat er effectief bewezen is. Je ziet ook de tendens dat artsen wel degelijk zelf meedenken en zeggen dat er behandelingen zijn die ze eigenlijk wel zouden willen voordragen. De vraag is dus niet of het fout is gegaan of dat het CVZ te weinig te doet, maar hoe je dit met elkaar kunt verbinden waardoor je het een stap vooruit zou kunnen brengen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil de volgende vraag ook aan de Partij van de Arbeid-fractie stellen. Als patiënten, bijvoorbeeld mensen die hartmedicijnen nodig hebben, om financiële redenen afzien van medisch noodzakelijke zorg, wordt er dan niet een soort grens overschreden die we niet zouden moeten overschrijden?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vind dit signaal zeer zorgelijk. Nogmaals, ik ben geen dokter, maar als iemand hartmedicijnen nodig heeft, zou dat zomaar een kwestie van leven en dood kunnen zijn. Als

iemand er dan voor kiest om geen medicijnen te nemen, vinden wij dat een heel zorgwekkend signaal.

De heer **Van Gerven** (SP): De volgende vraag is dan natuurlijk wat wij gaan doen met die zorgwekkende signalen. De SP heeft ze massaal gehoord, maar ook de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft ze gehoord. Een cijfer dat oppopt, is dat negen van de tien huisartsen die signalen krijgt. Het is dus echt een toenemend probleem. Als politiek gaan wij over de voorwaarden. Moeten we geen maatregelen nemen om te voorkomen dat mensen vanwege geld afzien van medisch noodzakelijke zorg?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Signalen moeten zeker onderzocht worden. Daarom hebben wij hierover vragen gesteld. Mijn collega Agnes Wolbert heeft dat vanochtend weer gedaan naar aanleiding van het artikel in De Telegraaf over datgene wat de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft gezegd. Wij nemen de signalen dus heel serieus. Het punt is alleen dat het niet zo eenvoudig is als het misschien lijkt. Mensen worden gecompenseerd via de zorgtoeslag. Dat geldt niet voor mij, want ik heb een hoog inkomen, net als de heer Van Gerven, maar mensen met een laag inkomen worden volledig gecompenseerd. Als het eigen risico omhooggaat, gaat de compensatie dus ook omhoog. Als je echter in de breedte kijkt naar wat mensen in hun leven allemaal hebben, moeten hebben en betalen, zie je dat sommige mensen niet uitkomen. Zij gaan dan keuzes maken. Dat ligt volgens mij dus niet alleen aan het eigen risico, maar ook aan allerlei andere dingen. Wij vinden het heel belangrijk dat je in de breedte kijkt of mensen fatsoenlijk kunnen wonen, of ze de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben, hoe het zit met hun inkomen en hoe dat inkomen kan worden verhoogd. Zitten mensen bijvoorbeeld in een uitkering? Werk moet lonen. Wat zijn dan de opties om ervoor te zorgen dat mensen kunnen werken? We nemen de zorgen dus heel serieus, maar je moet het wel in de breedte blijven zien, zodat het mensen ook in de breedte helpt. Er zijn ook mensen die hun huur of hun gas, water en licht niet meer betalen. Ik weet dat nog van toen ik sociaal raadvrouw was. Mensen staan dan ten einde raad voor je en zeggen: mijn huis wordt morgen ontruimd. Je moet daar dus bovenop blijven zitten en kijken hoe het kan dat mensen niet meer kunnen rondkomen.

Voorzitter. Er zijn ook voorbeelden van perverse prikkels die bij patiënten bekend zijn. Ik noem er twee. Het ene voorbeeld is dat je € 300 moet betalen als je wilt bevallen in een ziekenhuis terwijl je als je pijnbestrijding wilt een medische indicatie krijgt en het gratis is. Mijn collega Agnes Wolbert heeft een initiatiefnota geschreven waarin ze schrijft dat vrouwen nu massaal pijnbestrijding nemen omdat het dan gratis is om te bevallen. Het andere voorbeeld is dat als jij een gehoorapparaat nodig hebt, het optimale apparaat niet wordt vergoed. Als je zegt «doe dan maar een implantaat dat tijdens een operatie in mijn oor wordt gezet», wordt het wel helemaal vergoed. Bij patiënten zijn er dus voorbeelden bekend waarin zij dingen kiezen die niet per se nodig zijn en ook nog eens veel duurder zijn, maar die voor henzelf net goedkoper zijn. Is het een optie om bijvoorbeeld een club als de NPCF een inventarisatie te laten maken vanuit de patiënten? Wanneer doen patiënten dingen omdat die voor henzelf aantrekkelijker zijn terwijl ze voor het systeem en op macroniveau gezien helemaal niet aantrekkelijk zijn?

De **voorzitter**: U hebt nog 40 seconden, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): 40 seconden? Dan zal ik heel snel verdergaan. Even ademen en dan begin ik! Mijn fractie heeft een vraag over de specifieke vergoeding voor behandelingen van aanpassingsstoornissen voor mensen met een ernstige

somatische levensbedreigende aandoening als kanker. Wij lezen in de CVZ-publicatie Onderwerpen pakketbeheer 2014 dat onder meer de psychische zorg bij ernstige somatische ziekten op de longlist van de kwaliteitsagenda van het CVZ staat. Wij horen graag wat de positie op die longlist inhoudt en wanneer eventueel over de vergoeding van deze behandeling wordt gesproken. Wij zouden graag zien dat deze psychische zorg bij ernstige somatische ziekten voorwaardelijk wordt toegelaten tot het basispakket. Als deze herinvoering voor 2015 zou gelden, zou de periode tot 1 januari 2016 kunnen worden gebruikt om de richtlijn aanpassingsstoornis verder uit te werken met het veld. Op deze manier vallen mensen met kanker niet tussen wal en schip. Tot slot zijn er verschillende publicaties over kankermedicatie verschenen, ...

De **voorzitter**: Uw laatste zin, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): ... over het plafond maar ook over hergebruik van medicatie. Ik krijg daarop graag een reactie van de Minister.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. We staan voor de grootste uitbreiding van het basispakket ooit. Door de hervorming van de langdurige zorg komen de verpleging en verzorging thuis, de zintuigelijk-gehandicaptenzorg en de eerste drie jaar op behandeling gerichte ggz vanaf 2015 in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Voor de combinatie van verpleging en verzorging komt er een nieuwe aanspraak wijkverpleging. D66 is blij dat alle lijfgebonden zorg hiermee bij elkaar blijft, maar heeft wel grote zorgen of de andere twee overhevelingen verantwoord kunnen plaatsvinden. We horen van de zorgverzekeraars dat ze er nog lang niet klaar voor zijn om de zorg voor zintuigelijk gehandicapten op 1 januari 2015 op zich te nemen. Voor patiënten in de langdurige ggz dreigt dat ze binnen een paar jaar verschuiven van de AWBZ naar de Wmo of Zorgverzekeringswet en daarna naar de Wlz. Dat moet volgens mijn fractie worden voorkomen. Ik denk dan met name aan het tweede en derde jaar van op behandeling gerichte ggz-patiënten. Wil het kabinet hiervoor een regeling treffen?

Anderhalf jaar geleden vroeg de Minister Nederlanders om mee te denken over het basispakket. Belangrijke suggesties blijkt ze nu niet te willen meenemen, zoals het idee om te kijken of auditieve hulpmiddelen bij aan leeftijd gerelateerde slechthorendheid nog wel in het pakket horen. Waarom wil zij dit niet voorleggen aan het Zorginstituut Nederland? Slachtoffers van genitale verminking betalen momenteel hun hersteloperatie zelf. Na Kamervragen van mij in april gaf de Minister aan dat ze dit wil opnemen in het basispakket zodra het protocol reconstructieve chirurgie na vrouwelijke genitale verminking gereed is. Ik hoor graag hoe het daarmee staat en of het nog lukt om dit per 2015 in het pakket op te nemen.

In 2012 ging fysiotherapie voor reumapatiënten uit het pakket bij gebrek aan wetenschappelijk bewijs. Nu krijg ik toch het signaal dat het met veel van deze patiënten slechter gaat. Vandaag stond hierover ook een publicatie in de Volkskrant. Sommigen moeten zelfs stoppen met werken of komen in veel duurdere zorg terecht. Wil de Minister daarom evalueren of deze pakketmaatregel verstandig is geweest? Wil ze wetenschappelijk onderzoek naar deze groep stimuleren?

Wij zijn blij dat de NIPT ook in Nederland beschikbaar komt. Het is een betrouwbare, niet-invasieve test. Ik heb nog wel een vraag over de beschikbaarheid. Een NIPT is pas mogelijk na het doen van een combinatie-test waaruit is gebleken dat iemand een verhoogd risico heeft. Die combinatie-test wordt echter niet meer vergoed. Die kost € 60. Ik vraag de

Minister of de drempel voor het doen van de test hiermee niet te hoog is geworden.

Ik kom bij de geriatrische revalidatiezorg. Daarover is al gesproken, dus ik zal het kort houden. De Minister maakt het straks mogelijk dat men binnen een week aansluitend op ziekenhuisverblijf nog naar de geriatrische revalidatie kan, maar waarom blijft zij een grens stellen? Ik sluit hiermee aan bij vragen van collega Bruins Slot. Waarom vertrouwt de Minister niet gewoon op het deskundige oordeel van de huisarts?

De voorwaardelijke pakkettoelating is een mooi instrument om patiënten toegang te geven tot veelbelovende innovaties en tegelijkertijd te onderzoeken of nieuwe behandelingen, medicijnen of hulpmiddelen kosteneffectief zijn. De Minister wil de vormgeving van het instrument aanpakken door vier keer per jaar nieuwe behandelingen toe te laten. Er komen striktere toelatingscriteria en een traject kan tussentijds worden afgebroken. Ik hoor graag van de Minister welke criteria gaan gelden voor dat afbreken en op welke manier de aanpassingen rondom de voorwaardelijke pakkettoelating worden gecommuniceerd aan het werkveld en de patiënten.

Het was goed om in de stukken die gisteravond zijn binnengekomen, te lezen dat de ivf-behandelingen in het pakket blijven. Ik vind dat heel belangrijk.

Ten slotte sluit ik mij aan bij de vragen van de CDA-fractie over het criterium noodzaak bij het Zorginstituut Nederland en over de verhouding tot preventie.

De **voorzitter**: Ik schors voor een klein kwartier om de Minister de gelegenheid te geven, de antwoorden voor te bereiden.

De vergadering wordt van 10.51 uur tot 11.05 uur geschorst.

De **voorzitter**: In de beantwoording van de Minister sta ik leden twee interrupties toe.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Het overleg begon met de heer Van Gerven die aandacht vroeg voor het eigen risico. Hij zei dat er heel lang geleden eigenlijk niet over de kosten werd gesproken, dat er vijf jaar geleden een beetje over werd gesproken en dat we er nu allemaal heel veel over spreken. Ik moet zeggen dat in die periode wel degelijk intensief werd gesproken over de kosten, maar dit gebeurde in de Haagse torens door degenen die dit probleem moesten oplossen. Aan de keukentafel werd minder gesproken over de kosten, terwijl het wel belangrijk is dat het kostenaspect van de zorg een gedeelde zorg is. Het is namelijk iets wat iedereen in Nederland aangaat. Wij betalen onze ziektekostenverzekering solidair. De kosten lopen op, ondanks alle maatregelen die het kabinet neemt. Als de kosten groeien, groeit de premie, want we betalen de kosten uit de premie. Dit betekent dat het niet alleen een probleem is van mensen in de Haagse torens en van andere mensen die zich met kosten bezighouden, maar van ons allemaal. We hebben niet voor niets geprobeerd, ook door inzichtelijk te maken waar het nu om gaat – daar hebben we boekjes over uitgebracht – om mensen te betrekken bij dit probleem in plaats van het bij hen weg te houden. Het financiële probleem is niet alleen een probleem van de overheid, maar van ons allemaal.

Daarbij is het van belang dat mensen begrijpen waarop maatregelen als het verhogen van het eigen risico van toepassing zijn. Het eigen risico is namelijk niet van toepassing op huisartsen. Als je het aan mensen vraagt, is het opvallend dat een heleboel mensen dit eigenlijk niet weten. Wij zullen dan ook proberen om in de jaarlijkse campagne over de veranderingen in het pakket, die dit jaar groter en omvangrijker zal zijn omdat er

grote verschuivingen zijn, ook dit soort aspecten mee te nemen zodat mensen daadwerkelijk weten waar het eigen risico wel en niet geldt. De kosten zijn er; die kan ik niet weghalen. Er is al gewisseld dat mensen met een zwakke financiële positie worden gecompenseerd via de zorgtoeslag. Dat neemt niet weg dat er heel veel betalingsregelingen zijn, te weten 800.000. Een betalingsregeling hoeft niet slecht te zijn. Als een verzekeraar een betalingsregeling aanbiedt, kan dat heel veel betekenen voor mensen omdat ze liever in partjes betalen dan de rekening in een keer voorgeschoteld krijgen. Ik vind het dus eigenlijk geen slechte zaak als verzekeraars betalingsregelingen aangaan met hun verzekerden. Dat is ook een soort dienstverlening. Er is wel een belangrijke groep wanbetalers, waarover wij regelmatig spreken in de Kamer. Ik heb zeer recent nieuwe informatie op dit vlak toegestuurd. We moeten hier bovenop zitten, met name op de preventieve aspecten. Hoe voorkomen wij dat mensen wanbetaler worden? Er zijn experimenten gedaan die soms gunstig uitvallen en soms niet, maar dit onderwerp blijft aandacht vragen. Ik begrijp heel goed dat de Kamer een lawine aan stukken krijgt, ook de komende dagen. Dat heeft mede te maken met het feit dat ik in AO's heel vaak toezeg dat de Kamer iets vóór de zomer krijgt. We zitten nu voor de zomer en dat betekent dus dat er een soort ophoping ontstaat. Wij geven bijvoorbeeld ook de opdracht aan onderzoekers om hun rapport voor de zomer op te leveren. Dat is in veel gevallen ook gebeurd. Vektis heeft net een rapport opgeleverd met een vergelijking van het eerstelijnsgebruik tussen 2012 en 2013 vanuit de schadecijfers. In het voorjaar, dus begin 2015, worden de cijfers over de tweede lijn opgeleverd, die in feite natuurlijk interessanter zijn omdat daarvoor daadwerkelijk het eigen risico geldt. Celsius heeft een internationale vergelijking gemaakt van het pakket en de eigen bijdrage, waarnaar ik had gevraagd naar aanleiding van een ander AO. De NZa heeft gerapporteerd over de betalingsregeling en de wijze waarop verzekeraars daarmee omgaan. Die drie rapporten liggen op mijn bureau. Er is een beleidsreactie gemaakt. Ik ga proberen om de beleidsreactie meteen na dit debat te lezen. Als zij goed is, gaat zij meteen naar de Kamer; als zij moet worden gewijzigd helaas niet. Ik heb de Kamer de drie genoemde rapporten toegezegd en we hebben ze alle drie gebundeld klaarliggen. Dit geeft ook aan hoe we bovenop de monitoring zitten en dat we bekijken wat er gebeurt met maatregelen zoals het eigen risico, maar ook hoe zich dat verhoudt tot de internationale context. Hoe doen andere landen dat? Hoe gaan zij ermee om? Ik denk dat we dit moeten blijven doen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het eigen risico wordt massaal afgewezen door de samenleving, in een enquête van EenVandaag door 80%. Ook in de achterban van alle partijen wordt het massaal afgewezen. We moeten het niet doen. We moeten de kosten van de zorg op een andere manier opbrengen, meer inkomensafhankelijk maar niet via een eigen risico. Nu speelt de volgende prangende vraag. Er worden allerlei maatregelen genomen om mensen toch te laten betalen, bijvoorbeeld via een betalingsregeling. Mensen zien echter af van medisch noodzakelijke zorg. De Minister kan toch niet wegstijgen van dit reële probleem, dat door huisartsen en door de SP wordt gesignaleerd? Zijn we hiermee geen grens overgegaan? Moeten we dit probleem niet fundamenteel aanpakken?

Minister **Schippers**: Een van de opdrachten die ik heel serieus neem en die ik eigenlijk als mijn belangrijkste opdracht zie, is het betaalbaar houden van zorg. Daaraan zitten twee aspecten. Ten eerste: als je zorg gebruikt, betaal je zelf een deel daarvan. De gebruiker betaalt. Ten tweede: de groep die niet gebruikmaakt van zorg en alsmaar stijgende premies ziet, moet bereid blijven om bij te dragen aan de zorg. Dat solidariteitsaspect is ongelooflijk belangrijk. Ik zie dat als een opdracht. Overigens zijn

betalingsregelingen normaal in het maatschappelijke verkeer. Ik vind het ook goed dat we ze in de zorg zien. We kunnen de kosten echter niet laten verdwijnen. Als wij het anders gaan regelen, zal de rekening weer bij andere groepen komen. De groepen die de rekening krijgen, zullen dan weer van zich laten horen, want er is geen free ride. Zorg is niet gratis. Zelfs met alle maatregelen waartegen de heer Van Gerven zich verzet, blijft de rekening groeien. Ik zie het echt als een belangrijke opdracht om de kosten met verschillende maatregelen, gespreid en in balans, zo veel mogelijk in de hand te houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Drie kwart van de samenleving is bereid om meer te betalen voor de gezondheidszorg als die zorg maar goed is en het geld niet verdwijnt in topsalarissen en bureaucratie of naar dure maatpakken bij dure adviesbureaus. Mijn vraag aan de Minister ging echter over de toegankelijkheid van de zorg. Wij moeten noodzakelijke zorg toch voor iedereen toegankelijk houden? Mag ik de Minister erop wijzen dat zij in 2006 zelf met een voorstel kwam om zelfzorgmedicijnen of paracetamol in het pakket te houden voor chronisch zieken en gehandicapten, omdat dat noodzakelijke zorg was? Ik neem aan dat zij die acties uit een vorig leven niet vergeten is. Is zij bereid om voor bijvoorbeeld de groep chronisch zieken en gehandicapten iets te doen met betrekking tot het eigen risico? De discussie «wel of niet noodzakelijke zorg» is daar eigenlijk niet aan de orde.

Minister **Schippers**: Ik heb net geprobeerd om aan te geven dat er meer is. Het is niet zo dat wij vinden dat je een eigen risico moet betalen als zorg niet noodzakelijk is. Dat is niet zo, want zorg kan heel noodzakelijk zijn en toch een eigen risico kennen. De verhouding tussen betaling en gebruik is heel erg scheef. Als je daarin rigoureuus gaat schuiven, zoals we nog niet zo heel lang geleden hebben gezien, kun je groot verzet verwachten. Het invullen van een enquête is nog iets anders dan zien wat de rekening voor jou gaat worden. Wij hebben het in Nederland zo geregeld dat de premie wel voor iedereen gelijk lijkt, maar dat niet is. Voor de helft is zij inkomensafhankelijk, vaak via de werkgever of anderszins betaald, in ieder geval niet aan de verzekeraar. Voor de helft lijkt zij nominaal, dus voor iedereen gelijk, maar dat is zij niet omdat de zorgtoeslag erbij zit. Voor bepaalde mensen is de premie € 20 per maand door de zorgtoeslag. Dat vind ik ook reëel, want die mensen hebben het geld ook niet om de volle premie te betalen. Daarom hebben we die regeling. Ik vind dat solidair. Ik sta er ook achter. Wij spannen ons daarbij maximaal in voor het toegankelijk houden van zorg. Wij gaan niet voor niets langzaam de weg op van zaken niet 100% uit het pakket halen, maar ze voor een deel van de groep erin laten zitten. Een goed voorbeeld zijn de maagzuurremmers, die we voor chronisch zieken, die er altijd van moeten gebruikmaken, in het pakket hebben laten zitten. Wij proberen daar dus juist heel genuanceerd beleid op te voeren.

Naast de kosten is de kwaliteit iets waaraan we allemaal prioriteit geven. Dat kan weleens wringen. We hebben niet alleen een oproep gehad van dokters, maar ook van patiënten en het KWF om eens na te denken over de toekomstige kosten van oncologische medicijnen. Ik complimenteer deze partijen er oprecht mee dat zij zich daar druk om maken en niet denken «na ons de zondvloed». Zij zien het op zich af komen en denken proactief mee over de wijze waarop we dit betaalbaar kunnen houden. Ik heb gisteren een brief gestuurd in reactie op het KWF-rapport, omdat het klopt dat geneesmiddelen in de oncologie steeds duurder worden. Ze komen voor een steeds kleiner groepje beschikbaar, dus de ontwikkelingskosten van deze nieuwe medicijnen worden relatief gezien steeds hoger. Dat roept vragen op, bijvoorbeeld welke uitgaven dan nog reëel en op te brengen zijn en wat wij hieraan zouden moeten doen. De uitgaven die hiermee gepaard gaan, zijn hoog, maar vooralsnog passen ze binnen de

groekaders die ik heb afgesproken. Ik wil dus helder zijn dat er geen acuut probleem is met de betaling van deze behandelingen. Daarom stel ik het zo op prijs dat we er nu over nadenken, want het probleem gaat wel komen. Deze kosten gaan ons voor dilemma's stellen waarover we moeten nadenken en waarvoor we oplossingen moeten vinden. Wij zijn een aantal wegen ingeslagen, zoals prijsonderhandelingen met fabrikanten, ervoor zorgen dat de juiste patiënt het juiste middel krijgt en ervoor zorgen dat middelen niet onnodig worden voorgeschreven, waarbij de beroepsgroep zelf heel actief betrokken is en dit ook zelf ontwikkelt. Het is heel goed dat de beroepsgroep zo actief betrokken is, omdat zij daarmee aangeeft oog te hebben voor de kosten van de behandelingen en ook meezoekt naar oplossingen.

Kostprijsonderzoek is moeilijk uitvoerbaar, om niet te zeggen onuitvoerbaar. Maatschappelijk gezien is meer inzicht in de reële kosten van belang. Wij juichen dan ook toe dat universiteiten steeds meer onderzoek op dit vlak oppakken. Sterker nog, ik ken een initiatief van universiteiten en anderen die proberen om op basis van eigen onderzoek zelf geneesmiddelen te produceren. Dat zijn heel goede ontwikkelingen. Centralisatie van de inkoop is niet mijn doel, maar als het niet anders kan, onderhandelt de overheid via het door mij opgerichte Bureau Prijsonderhandelingen met de industrie. Andere landen om ons heen doen dat ook. Als wij dat niet doen, betalen wij de volle prijs. Wij onderhandelen heel scherp. Ik ben me ervan bewust dat dit «in the end» een onwenselijke situatie is, omdat dit ten koste gaat van de prijs voor andere landen. Ons voordeel zal vaak een nadeel zijn in andere onderhandelingen. Ik heb al eerder gezegd dat ik zeker bij dit soort medicijnen er een zeer groot voorstander van ben om dit op Europees niveau meer gezamenlijk te doen. Het lastige is dat niet alle landen er zo over denken. Grote landen zoals Engeland en Frankrijk voelen daar gewoon niet zoveel voor. Ik denk dan: laten wij beginnen met kleinere landen die er wel voor voelen. Het is een weg die wij langzaam bewandelen en waarvan we niet morgen resultaat moeten verwachten, want alle Europese molens malen heel erg traag, maar het is wel een weg waarop wij inzetten. Ik weet niet wat de heer Van Gerven suggereerde met zijn opmerking, maar de belangen van de premiebetaler en de patiënt staan bij mij voorop. Niet de industrie, niet de toeleveraar, maar de patiënt en de premiebetaler zijn degenen aan wie wij denken. Die zijn altijd één als iemand patiënt is, maar niet altijd als hij premiebetaler is.

De heer **Rutte** (VVD): Dank voor de uitgebreide beantwoording van in dit geval vragen van de heer Van Gerven. Die vragen hielden ook mij bezig in het kader van gepast gebruik. Daar hoort dit heel erg bij. Het is goed dat Nederland in ieder geval een rol pakt in het onderhandelen om de prijs omlaag te krijgen. Het klopt toch dat men in bijvoorbeeld Engeland doodleuk zegt «als de prijs te hoog is, komt het niet in het pakket» en dat Nederland in principe, kijkend naar doelmatigheid en kosten, een toch wat ruimhartiger beleid kent? Of dreigt ook hier een Engelse situatie waarin we zeggen «te duur dus we doen het niet»?

Minister **Schippers**: Deze artsen, het KWF en patiënten waarschuwen er eigenlijk voor dat we moeten voorkomen dat er in Nederland een situatie ontstaat waarin er geneesmiddelen zijn waarvan wij zeggen dat ze te duur zijn en dus niet in het pakket kunnen. De ziektes van Pompe en Fabry zijn een goed voorbeeld. De kosten van medicijnen voor deze ziektes zijn ontzettend hoog, maar we zijn gaan onderhandelen met de fabrikanten om de kosten omlaag te krijgen en daarmee de effectiviteit in orde te krijgen. We moeten voorkomen dat we voor dit dilemma komen te staan en vervolgens moeten zeggen dat het niet meer op te brengen is en het dus niet meer in het pakket komt. Ik vind het een enorm positieve insteek van deze sector, van de artsen, de patiënten en iedereen die erbij

betrokken is, dat deze dilemma's zo actief bespreekbaar worden gemaakt en men meedenkt over oplossingen. Wij denken weer met hen mee, want als zij zoiets schrijven, vragen wij hen natuurlijk weer op bezoek. Zo probeer je samen tot oplossingen te komen, nu het nog kan. We kunnen het nu nog betalen; dit is voor de toekomst.

De heer **Rutte** (VVD): Begrijp ik de Minister goed dat het voor haar een totale reeks is? Daarin pakt de overheid haar verantwoordelijkheid om scherp te onderhandelen over de prijs van middelen en wordt vervolgens ook heel scherp gekeken naar de kosteneffectiviteit van de middelen. Er wordt op gestuurd dat middelen een plek krijgen in de medische richtlijn, wat uiteindelijk ook weer een rol speelt rondom gepast gebruik. Vat ik het op die manier goed samen?

Minister **Schippers**: De heer Rutte vat het heel goed samen, maar dit geldt voor specifieke medicijnen, want wij onderhandelen alleen over specifieke medicijnen waarvoor geen alternatief is en die heel erg duur zijn. Het bureau moet natuurlijk wel behapbaar blijven. Verder heeft de heer Rutte het goed samengevat.

Voorzitter. Ik heb de Kamer een aantal dagen geleden geschreven dat het advies van het Zorginstituut Nederland inzake de geriatrische revalidatiezorg door mij wordt overgenomen en geriatrische revalidatie ook toegankelijk wordt als door de medisch specialist is vastgesteld dat de patiënt deze zorg nodig heeft, zonder dat er eerst sprake is van een ziekenhuisverblijf. Er zijn dus twee besluiten. Je hebt spijtoptanten. Iemand was wat overmoedig en dacht «ik wil naar mijn eigen huis». Eenmaal in zijn eigen huis komt hij tot de conclusie dat dit toch een slecht idee was. Er komt ook een aparte aanspraak op geriatrische revalidatie zonder dat er sprake is geweest van een ziekenhuisverblijf. Die conceptbeoordeling heb ik meegestuurd met de brief aan de Kamer. Dan kom ik bij de taakstelling voor de wijkverpleegkundigen. We hebben dit aan de orde gehad in het debat over artikel 13.

De **voorzitter**: Ik zie enige verwarring over het vorige stuk.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Even een procedureel punt, voorzitter. De Minister zegt inderdaad datgene wat ik in de brief heb kunnen lezen. Ik vind het ook goed dat het gelukt is om dit voor 1 juli te regelen. Mijn vraag is of de vragen straks ook nog worden behandeld. Is de Minister nu nog met de algemene inleiding bezig?

Minister **Schippers**: Ja, of liever gezegd: ik ben nog bezig met de vragen van de heer Van Gerven. We hebben niet gebundeld op onderwerp, want daarvoor was de tijd te kort.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan wacht ik het even af.

Minister **Schippers**: Ik weet niet wat er precies ontbreekt, maar dat komt dan bij de beantwoording van de vragen van mevrouw Bruins Slot aan de orde. Dit zal vaker spelen bij een aantal onderwerpen die door verschillende sprekers zijn genoemd, vrees ik.

Voorzitter. Het recht op wijkverpleging wordt verankerd in de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Ik zeg dus niet dat we gaan kijken hoe de zorgverzekeraars het doen en dat mensen dan mogelijk hun wijkverpleging niet krijgen. Zo is het niet geregeld in ons systeem. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit zit in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Wat de bezuiniging betreft: als wij allemaal hetzelfde blijven doen, zullen wij de bezuiniging niet halen omdat mensen recht hebben op zorg. De bezuiniging is dus alleen te behalen door een andere manier van werken. Wij hebben geen

CIZ meer. We hebben een wijkverpleegkundige die een indicatie stelt. Die wijkverpleegkundige komt bij iemand thuis en zegt dan niet «u hebt hier recht op», maar zegt in de eerste plaats «wat kan ik hier doen zodat u wel kunt functioneren; wat hebt u nodig?» en in de tweede plaats «hoe kunnen wij het ook afbouwen zodat u zo snel mogelijk weer zelfredzaam bent?». Als dat niet aan de orde is, is het niet aan de orde, maar vaak is het wel aan de orde. Dat is de focus waarop de taakstelling moet worden afgesproken. Ik ga ervan uit dat de taakstelling binnen te halen is door de verzekeraars, met al hun ervaring en met de regeling die we hebben getroffen.

De conceptbeleidsregels voor de langdurige zorg in de Zorgverzekeringswet zijn al enige tijd bekend. Ze zijn ook al uitgebreid besproken met de Kamer. Ik heb natuurlijk ook de brief van de zorgverzekeraars gelezen, die over twee aspecten gaat: de zintuigelijk gehandicapten en de langdurige ggz. Bij de langdurige ggz kunnen wij niet altijd alles in één systeem krijgen. We hebben de Wmo, we hebben straks de Wet langdurige zorg en we hebben de Zorgverzekeringswet. Idealiter heb je één sector in één regime. Dat kan niet, omdat bepaalde aspecten echt bij de gemeente horen, dus echt in de Wmo worden vergoed. Voor andere aspecten is er de langdurige zorg; daar is die eigenlijk voor opgericht. We hebben ook zorg die eigenlijk onder de curatieve noemer zou moeten vallen. De vraag waar je de grens moet leggen, is heel lang in discussie geweest. Die grens is ook arbitrair. Die ligt nu op één jaar. Ja, waarom ligt hij op één jaar en niet op anderhalf jaar of twee jaar? Het is altijd een arbitraire grens. Het is wel zo dat velen ons hebben gezegd dat die grens naar achteren moet. Nu speelt heel vaak de «verkeerde bedden»-problematiek. De stimulans om mensen weer uit de instelling te krijgen, om ze weer actief te krijgen en naar huis te krijgen, moet veel meer in het systeem komen. Dat is ook de reden dat de langdurige zorg wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. In onze ogen en in ons voorstel is het als volgt. De langdurige zorg wordt soms uit het ene potje betaald en soms uit het andere potje. In principe hoeft je daar als patiënt niet veel van te merken, behalve dat je verschillende eigen betalingen en eigenrisicoregimes hebt. Wij vonden het voorstel dat wij initieel hadden gedaan, dus uitvoerbaar. Wij stonden ook achter dit voorstel, ondanks het feit dat drie jaar altijd arbitrair is. Daar is natuurlijk lang over gesproken: waarom geen twee en waarom geen vier? Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij een infasering zouden willen, waarin we het op natuurlijke wijze laten ingroeien. Een aantal leden heeft mij om een reactie daarop gevraagd. Net zo goed als drie jaar arbitrair is, is zo'n ingroeiregel voor mij ook geen principiële punt. Het betekent wel dat de regeling als het ware vertraagd wordt ingevoerd, want je kiest een ingroeimodel en gaat dus niet in één keer over. Wij hebben een voorstel gedaan waarvan wij zeggen dat het uitvoerbaar en verantwoord is, want anders hadden wij dit voorstel over de langdurige zorg nooit bij de Kamer neergelegd. Als leden nu zeggen eigenlijk een ander voorstel te verkiezen, te weten een voorstel met een ingroeimodel, dan zitten wij daar niet principiële in. Men moet dat voorstel dan doen en we zullen dan bekijken wat de Kamer ervan vindt. Dit zijn zaken die niet principiële liggen. Dit ligt overigens anders bij de zintuiglijkgehandicaptenzorg, maar daar kom ik zo op terug.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik dank de Minister voor dit genuanceerde betoog. Zij weet dat het CDA eigenlijk helemaal niet wil dat de geestelijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet gaat, maar daar gaat de discussie nu niet over. Het gaat nu over een zorgvuldige invoering. De driejaarstermijn is natuurlijk al een overgangstermijn op zich. Deze termijn is gekozen omdat het niet mogelijk is om nu nog objectieve, onafhankelijke criteria te formuleren waarmee je een goede splitsing krijgt van mensen met ggz-problematiek die naar de Zorgverzekeringswet gaan en mensen die in de langdurige zorg zouden terechtkomen. Hoor ik de

Minister nu zeggen dat als de Kamer een motie indient om een ingroei-model te kiezen waarmee je voorkomt dat je pingpongcliënten krijgt – ik zeg het een beetje oneerbiedig – zij bereidwillig is om daarnaar te kijken?

Minister **Schippers**: Ja. D66 heeft dit al eerder aangekaart. Daarom hebben we er ook over nagedacht. Anders had ik dit antwoord natuurlijk niet een-twee-drie kunnen geven. Het hangt uiteraard af van wat er in de motie staat, zeg ik er maar even bij. Ik zeg alleen dat dit voor mij geen principieel punt is. Het is voor mij een zaak van uitvoering, waarbij ook de financiën anders worden geregeld. We zitten echter al heel lang over de langdurige ggz te discussiëren en op een gegeven moment moet er wel een besluit worden genomen. Daarom is het ook wel goed dat we nu de laatste mogelijkheid hebben om besluiten te nemen over de Zorgverzekeringswet. Ik moet eerlijk zeggen dat D66 dit punt al eerder bij ons heeft ingebracht met de vraag of we er eens over wilden nadenken. Wij hebben erover nagedacht en zijn tot de conclusie gekomen dat er voor ons geen principiële punten in zitten en dat wij afwachten waarmee de Kamer komt. Wij moeten dan natuurlijk wel met de motie kunnen leven. Er moeten geen aspecten in staan die het volgens ons weer complex maken. Daarvan hangt het af; misschien kan hierover een beetje contact met de Kamer zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het lijkt mij goed om nog even aan te geven dat de hele discussie over de langdurige geestelijke gezondheidszorg door mevrouw Bergkamp van D66 en mevrouw Keijzer van het CDA is gevoerd. Het lijkt me goed om in het verloop van de discussie de koppen nog weer eens bij elkaar te steken, ook naar aanleiding van de opmerking van de Minister.

Minister **Schippers**: Daar ga ik niet over. Ik heb alle reacties en input van de Kamer gehoord. Volgens mij is dit voor geen van de partijen aan tafel een principieel punt. Ik heb erover gesproken via mevrouw Bergkamp, dus ik weet wat zij wil. Zoals bekend zit ik niet bij de gesprekken van mevrouw Keijzer en mevrouw Bergkamp, dus ik ga daar helemaal niet in roeren. Mij gaat het erom dat we de inhoud van een ingroei-model goed met elkaar afstemmen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben blij met de beantwoording van de Minister op dit punt. Wij zullen er zeker mee komen. In dat opzicht is het moment daar om een VAO aan te vragen, nog los van de vraag wie dan eerste spreker is. Ik zeg dat laatste maar even voordat mensen denken dat ik het onderwerp wil kapen of wat dan ook. Het lijkt mij echter belangrijk dat we dit nog op tijd doen, dus morgen.

De **voorzitter**: Even praktisch, mevrouw Dijkstra. Wilt u het VAO voor het reces houden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ja, dat moet voor het reces, voorzitter.

De **voorzitter**: Prima; het wordt doorgegeven. Er komt een VAO met als eerste spreker mevrouw Dijkstra.

Minister **Schippers**: Alles van het pakket moet echt nu, voorzitter, want dit is het laatste moment waarop we kunnen beslissen. Dat zeg ik even voor de zekerheid.

De **voorzitter**: Heel goed.

Minister **Schippers**: Het is druk morgenavond, maar dan moet ik om 03.00 uur nog maar even aan de slag!

De **voorzitter**: Morgenavond komt er dus een VAO.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mijn reactie inzake de zintuigelijkgehandicaptenzorg is anders. Ik weet dat ook hierover is gesproken, onder andere naar aanleiding van de brief van de zorgverzekeraars. Ik kan de Kamer melden dat verzekeraars kritisch zijn, maar dat de andere betrokkenen zich echt rot schrokken van het idee dat het niet zou overgaan. Bij de zintuigelijk gehandicapten is er een totaal andere situatie. Het is een overheveling zonder bezuinigingen. De afgelopen jaren hebben de cliëntenorganisaties VIVIS en SIAC, de zorgverzekeraars en VWS gezamenlijk gewerkt aan een toekomstbestendige positionering van de zintuigelijkgehandicaptenzorg. Het is een logische vervolgstap, die is geadviseerd door het Zorginstituut Nederland. In 2015 is er een overgangsjaar, waarin de huidige AWBZ-prestaties nog worden gehanteerd en de zorgverzekeraars inkopen via representatie. Er is een budgetneutrale overheveling met een beheerste groei van 1% in 2015 en in 2016. Ik vind dat wij dit echt moeten doen. Ik vind dat uitstel geen vertrouwen wekt, geen recht doet aan de gemaakte afspraken en onzekerheid oplevert. Ik voel daar dus niets voor.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het CDA is geen tegenstander van de overheveling van deze zorg, in tegenstelling tot de overheveling van de langdurige geestelijke gezondheidszorg. De zorgverzekeraars geven echter wel heel duidelijk aan dat de inhoud van de zorg onvoldoende is omschreven om een zorgvuldige invoering te waarborgen. Wat is dan de argumentatie van de Minister om te zeggen dat de zorgen van de zorgverzekeraars onterecht zijn? Ik krijg graag een nadere verduidelijking op dat punt.

Minister **Schippers**: Omdat wij er al een jaar extra voor hebben genomen en omdat het in 2015 nog wordt ingekocht via representatie. Niet iedere zorgverzekeraar hoeft dus al een heel scherp inkoopbeleid te hebben. We hebben een overgangsjaar waarin de AWBZ-prestaties worden gehanteerd. Het is dus niet «hup op uw bordje en ik doe in mijn eentje mijn ding». Nee, een zorgverzekeraar kan zich een jaar lang voorbereiden op de wijze waarop hij het jaar erop zelf wil inrichten. Een belangrijk aspect is dat dit een heel heldere doelgroep is met een helder aanbiedersveld. Er zit nog steeds groei in de budgetten. We hevelen dus niet met kortingen over; er is zelfs groei. Ik zie het probleem dus niet. Op een gegeven moment heb je heel lang met elkaar gesproken en is iedereen erbij betrokken. Ook rekent iedereen erop, moet ik zeggen. Ik vind dan ook dat je het niet op het allerlaatste moment moet afblazen. Ik ben daar dus echt tegen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Uit het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit en volgens mij ook uit de brief van de Minister blijkt wel dat een deel van de invulling van de financiering, bijvoorbeeld de expertisefunctie en de noodzakelijke vergoeding daarvan, nog compleet onbekend is. Dat is wel van belang voor de voortgang van de kwaliteit van zorg. Dit hangt dus in ieder geval een jaar boven de markt, omdat het gewoon nog niet rond is. Hoe kan de Minister ervoor zorgen dat hiermee geen ongelukken gebeuren?

Minister **Schippers**: Doordat we dit allemaal gezamenlijk doen. Het is geen ideetje van VWS dat de sector in wordt geslingerd. Het kwaliteitskader 2015, dat wordt gebruikt voor de inkoop, maakt onderdeel uit van de bestuurlijke afspraken die zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, cliëntenorganisaties en VWS hebben voorbereid en die nu ter bestuurlijke instemming worden voorgelegd. Dat kader kunnen verzekeraars gebruiken voor de inkoop, voor de selectie van aanbieders en voor decentralisatie. Verder hebben we de expertise er ook nog uitgehaald. We

hebben er dus rekening mee gehouden dat dit iets anders is. Natuurlijk kun je denken dat uitstel altijd zorgvuldiger is. Mijn ervaring met de invoering van de dbc's is overigens dat die ik weet niet hoe vaak uitgesteld is. Ik was toen Kamerlid. Voordat ik Kamerlid werd, was het al een aantal keer uitgesteld en toen ik Kamerlid was ook een aantal keer. Toch is een invoering altijd lastig. Mensen die helemaal geprepareerd zijn voor de invoering, vallen soms weer terug. Ik voel er dus niet veel voor. Voorzitter. Waarom wordt bij geriatrische revalidatie niet gekozen voor een verwijzing door de huisarts? Het Zorginstituut Nederland adviseert om de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg te verbeteren door het toegangscriterium «voorafgaand ziekenhuisverblijf» uit te breiden tot mensen die wel tot de doelgroep behoren, maar geen ziekenhuisverblijf hebben gehad en dat ook niet nodig hebben. Om te bepalen of iemand tot die doelgroep behoort, is een geriatrisch assessment noodzakelijk. We hebben dit heel precies gedaan. We hebben ook een jaar de tijd genomen – alle leden verwezen daarnaar – om dit goed uit te zoeken en om een onderbouwing te hebben van wat je dan moet doen. We hebben wel gezegd dat het allemaal niet heel vertragend mag uitwerken. Een geriater moet dus beschikbaar zijn op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. Daarmee wordt de toegang dus eigenlijk uitgebreid. Ziekenhuisverblijf is dan geen voorliggend criterium meer, maar het wordt wel beheersbaar gehouden en de zorg komt terecht bij de groep waarvoor hij bedoeld is.

De heer **Van Gerven** (SP): Als we dat nu vinden, zou de conclusie dan niet als volgt moeten luiden? De huisarts constateert dat er iets moet gebeuren. De geriatrisch specialist wordt ingeschakeld. Samen komen ze tot de conclusie dat een behandeling buiten het ziekenhuis om het meest aangewezen is. Waarom kan dat niet gewoon morgen worden ingevoerd?

Minister **Schippers**: Pakketuitbreidingen doen we altijd een keer per jaar, omdat de premie wordt vastgesteld. Als je iets uitbreidt, voldoet de premie niet meer, want die moet kostendekkend zijn. Het punt is dat een huisarts niet beschikt over adequate diagnostiek. Een huisarts kan dat niet in zijn uppie, want je hebt wel adequate diagnostiek nodig. Die is wel aanwezig in het ziekenhuis. Daarom hebben we de geriatrische expertise ertussen gezet. Het is dan wel van belang dat die continu in het ziekenhuis aanwezig is. Dat hoort erbij.

De heer **Van Gerven** (SP): Er is geen sprake van uitbreiding van het pakket. Dat is niet het probleem. Iedereen vindt dat deze mensen fatsoenlijk moeten worden geholpen. Een bepaalde behandeling is noodzakelijk, maar dat idiote gedoe van het ziekenhuis zit er dan tussen. Dat hebben we op de een of andere manier wettelijk vastgelegd. Er is geen sprake van uitbreiding van het pakket, alleen maken we de toewijzing meer op maat. Ik herhaal mijn vraag dus toch. Ik ben het ermee eens dat het goed is dat een geriatrisch specialist mede de indicatie stelt, want die moet begeleiden en behandelen, maar dit kan toch bij wijze van spreken morgen worden doorgevoerd? We gaan toch niet weer een nieuw bureaucratisch protocol optuigen? Ik zie het allemaal weer gebeuren. Laten we het gewoon uitvoeren, zou ik zeggen. Laten we het gewoon doen.

Minister **Schippers**: De heer Van Gerven herhaalt zijn vraag. Het is dan niet zo gek dat ik mijn antwoord herhaal, namelijk dat dit een uitbreiding van de indicatie is. We hebben dit zorgvuldig willen doen. We hebben het Zorginstituut Nederland om advies gevraagd. Het heeft ons een advies gegeven en dat advies hebben we opgevolgd. We willen het dan ook op de juiste manier doen. Dit is ook het moment om het te doen. Daarom is er enorme bloedspoed achter gezet om het in 2015 te kunnen realiseren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister heeft de vraag niet helemaal beantwoord. Het gaat mij erom waarom er is gekozen voor een periode van een week.

Minister **Schippers**: Dat is een uitbreiding voor spijtoptanten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Maar waarom een week?

Minister **Schippers**: Als mensen er iets te lichtvaardig over hebben gedacht, komen ze er thuis vrij snel achter dat het toch niet lukt. In de zorginhoudelijke analyse is voorgesteld om een periode van vijf dagen te hanteren als mensen snel na ontslag spijt krijgen van hun keuze. Ik heb daar een week van gemaakt. Je kunt zeggen dat dat allemaal arbitrair is. Dat is het ook. Ik heb het advies dus niet helemaal opgevolgd, maar de termijn iets uitgebreid.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik snap wat de Minister zegt over de noodzaak van een geriatrisch assessment. Dat deel ik ook wel, alleen is het punt dat je dan weer naar het ziekenhuis moet, naar een poli. Misschien doelde de heer Van Gerven daar ook wel op. Dan komt die dure ziekenhuiszorg er weer bij. Is het ook denkbaar dat de geriatrisch specialist naar de huisartsenpraktijk komt?

Minister **Schippers**: Het gaat mij natuurlijk om de expertise die ervoor nodig is. Hoe dat logistiek wordt geregeld ... Wij hopen dat steeds meer specialisten de weg naar de huisarts vinden om daar eens sprekeuur te houden of iets dergelijks. Ik laat het aan het veld over om daarover afspraken te maken. Het gaat mij er niet om waar iets plaats heeft. Dit is een aanspraak die men heeft. Hoe men dat zelf dan praktisch organiseert, laat ik aan partijen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het gaat natuurlijk ook om de kosten die ermee gemoeid zijn. Ik zou me kunnen voorstellen dat je dan op een ander plaatje uitkomt. Is dit iets wat de Minister ook zou adviseren? Zij zegt dat zij het helemaal aan het veld overlaat, maar ik kan me voorstellen dat ze een beeld heeft van wat zij aanbevelingswaardig vindt.

Minister **Schippers**: Ik kan dat niet overzien. Ik vind dat het veld het beste en het meest praktische moet kiezen. Overigens zitten de kosten hier gewoon in het betalen van de arts. Natuurlijk worden in het ziekenhuis het licht, de verwarming en andere ziekenhuiskosten erbij betrokken, waardoor een ziekenhuis altijd veel duurder is. Wij hebben een meekijkconsult ingevoerd. Ik ben heel benieuwd of en op welke terreinen dat van de grond komt en of men er ook daadwerkelijk gebruik van zal maken. Uiteindelijk willen we de zorg wel zo veel mogelijk om de patiënt heen regelen. Als het in de buurt kan, moet het ook in de buurt worden georganiseerd. Ik laat het toch aan de huisartsen, die hiermee heel vaak te maken hebben, om het in hun eigen omgeving praktisch te regelen. Het kan allemaal al via regelingen die we hebben.

Voorzitter. Ik kom te spreken over het criterium noodzakelijkheid.

Noodzakelijkheid is geen nulcriterium. In het regeerakkoord staat dat het een voorliggend criterium moet worden. Je kijkt dus eerst of het noodzakelijk is. Is dat niet zo, dan kan het geen onderdeel meer uitmaken van het pakket, terwijl het nu een van de criteria is. Althans, dat is het advies van het Zorginstituut Nederland, dat ik overneem.

Kan preventie nog wel voldoende deel uitmaken van het pakket? Omdat het geen nieuw criterium is, geldt het nu ook al, ook bij de vraag of preventie onderdeel moet zijn van het pakket. In het rapport Van preventie verzekerd heeft het Zorginstituut Nederland aangegeven dat geïndiceerde preventie onderdeel kan zijn van het pakket. Er moet dan een individuele

zorgvraag zijn en er moet een indicatie aan ten grondslag liggen. Dat is eigenlijk exact hetzelfde als bij andere vormen van zorg in de Zorgverzekeringswet. De Zorgverzekeringswet is echter niet het enige domein waarin preventie plaatsvindt; gelukkig niet. Dat gebeurt ook op andere plekken. Daarom is het belangrijk dat zorgverzekeraars samenwerken met gemeenten, maar ook met anderen. Dat stimuleren wij ook.

Dan de invulling van de begrippen, bijvoorbeeld het criterium bijzondere maatschappelijke omstandigheden. Dit soort begrippen kent natuurlijk altijd ten dele een maatschappelijke weging. Dat heeft het Zorginstituut Nederland ook aangegeven. Wij hebben de afgelopen jaren verschillende afwegingen gemaakt over insluiting in of juist uitsluiting van het pakket van specifieke behandelingen. Dat hangt vaak samen met de vraag of wij iets maatschappelijk gezien noodzakelijk vinden; denk aan de anticonceptiepil voor jonge vrouwen. De pil is geen medicijn, maar zit wel in het pakket vanwege de maatschappelijke noodzakelijkheid. Daarop wordt dus gedoeld met het begrip maatschappelijke omstandigheden. Dit soort dingen zijn nooit precies met een schaarstje te knippen. Het is altijd een weging die uiteindelijk in de politiek moet plaatsvinden.

Ik kom te spreken over gepast gebruik, iets waarmee wij heel actief aan de slag zijn gegaan. Niet alleen wij hebben dat gedaan, maar heel veel partijen in het veld gelukkig ook. Veel partijen zijn actief bezig met het stimuleren van gepast gebruik. Essentieel daarbij is dat het wordt gedragen door artsen, verpleegkundigen en patiënten die daadwerkelijk bij de zorg betrokken zijn. Op 24 april is het tweede convenant Gepast gebruik van zorg ondertekend. Zorgaanbieders zijn beter aangesloten. Ook de LHV, Actiz, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) hebben het convenant ondertekend. Zij bespreken eens in de zes weken de casuïstiek en eventuele belemmeringen. Ze zullen zich er ook sterk voor maken om dit niet binnenskamers te houden, maar juist overal voor het voetlicht te brengen. Een goed voorbeeld van gepast gebruik zijn de top 5-lijstjes met verstandige keuzes, die inmiddels door dertien wetenschappelijke verenigingen worden ontwikkeld. Die verstandige keuzes moeten artsen en patiënten helpen om het gesprek te voeren over de juiste behandeling voor de individuele patiënt.

Een ander onderdeel van gepast gebruik is het stringent pakketbeheer. De Kamer heeft toevallig gisteren een rapport over artrose bij heup en knieën gekregen. Daarin zie je hoe moeilijk het is, ondanks dat we het allemaal willen, om dingen in het pakket te hebben die alleen worden gebruikt door patiënten die er evidence-based baat bij hebben en niet door anderen. Voor die anderen zou je er geld aan moeten koppelen. Dat is ook in het regeerakkoord afgesproken. Er moet nog 300 miljoen uit het pakket. Als iets niet werkt bij iemand, moet je dat niet meer aan diegene geven. Je houdt dan geld over. Uit het genoemde rapport blijkt dat dit een heel moeilijke slag is. Het is echt een heel moeilijke slag om het er daadwerkelijk uit te halen. Uiteindelijk is het de arts in de spreekkamer die bepaalt of iemand het wel of niet krijgt. Daarom zijn de initiatieven op het gebied van gepast gebruik zo ongelooflijk belangrijk. Uiteindelijk is de arts de poort naar de zorg. Uiteindelijk moet de arts zeggen «bij u gaat dit niet helpen» of «volgens de richtlijnen moet ik dit niet aan u voorschrijven». Daarom is het ook goed dat de NPCF hier gigantisch bij betrokken is en intrinsiek gemotiveerd is om dit onderwerp op te pakken. Ook zij ziet dat het voor patiënten cruciaal is dat alleen die zorg wordt geleverd waar patiënten baat bij hebben, niet alleen omdat anders de bijwerkingen bij de patiënt voor niets zijn, maar ook omdat de kosten een pijler moeten zijn van de haalbaarheid van een systeem. Wij zitten met elkaar dus op deze route. Partijen zijn ermee bezig, het Zorginstituut Nederland is ermee bezig en wij proberen het actief in te vullen, ook om aan het regeerakkoord te voldoen, maar het is echt heel erg lastig. Een simpel voorbeeld als de maagzuurremmers toont dat aan. Je zegt dat ze voor chronisch

zieken in het pakket blijven en je ziet vervolgens een massale toename van chronisch zieken. Dat betekent dat de arts toch moet zeggen dat iemand niet chronisch ziek is en het dus niet krijgt. Dat is een moeilijke boodschap aan de patiënt, maar als we het niet doen, kunnen we de genuanceerde weg die mevrouw Bouwmeester aanwees als weg die wij allemaal willen, niet inslaan. De arts moet dus die poortwachterfunctie vervullen, samen met de patiënt, die ook moet begrijpen dat hij niet binnen een bepaalde categorie valt of dat het niet helpt. Voor die weg is nog heel veel energie nodig, maar die weg moeten we wel op wat mij betreft.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Toen ik mijn hand opstak, had ik een vraag die nu bijna is beantwoord. De Minister zegt dat het heel moeilijk is voor een arts om tegen een patiënt te zeggen dat deze een medicijn niet krijgt. Ik deel die visie ook wel. Het is moeilijk voor een arts om te zeggen: u krijgt het niet, want u valt niet binnen de doelgroep. De arts is dus de boeman; niet het pakket en niet de politiek die erover gaat. Ik begrijp dat dit heel moeilijk is voor een arts. Toch vragen we het, om ervoor te zorgen dat al die andere patiënten krijgen wat ze nodig hebben. Het effect is dat iedereen opeens chronisch ziek is. Dat effect snap ik ook. Het is ongewenst; die constatering kunnen we volgens mij allemaal onderschrijven. Wat kunnen we hieraan doen? Anders constateren we het volgend jaar weer. Ik snap dat het een ingewikkelde vraag is; daarom breng ik hem in deze context.

Minister **Schippers**: Volgend jaar constateren we het weer, want dit is niet binnen een jaar opgelost. Wat mij echter enorm positief stemt, is de grote actieve bijdrage van partijen zelf. De Orde van Medisch Specialisten zegt zelf dat dit de weg is die we moeten kiezen en ziet daarin een zware rol voor zichzelf. Dan nog zul je zien dat een heleboel specialisten het niet doen en een heleboel wel. Dat moet ook groeien. Daarom zijn er allerlei activiteiten ingezet bij huisartsen, in de ouderenzorg, bij de ziekenhuizen en bij de medisch specialisten om gezamenlijk onze rol te pakken. Als een arts heel consciëntieus is en heel goed selecteert bij wie hij een operatie gaat doen, en de financieel directeur van het ziekenhuis vervolgens bij hem aanklopt met de opmerking dat de operaties teruglopen, schiet het ook niet op. Wij hebben de ziekenhuizen dus ook nodig. Iedereen moet in de juiste groef komen. Wij proberen daaraan bij te dragen door wijzigingen van bekostigingssystemen, waarover we morgen een uitgebreid debat hebben, maar ook door de prikkels zo vorm te geven dat iedereen zijn rol kan oppakken. Zo moeten we het gezamenlijk aanpakken. Dat vergt een lange adem, want het zal volgend jaar echt nog niet geregeld zijn, maar we zijn er volop mee bezig.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een bevredigend antwoord van de Minister. Mijn aanvullende vraag is wat de rol van de zorgverzekeraars hierin is. Het veld is in eerste instantie aan zet, zoals de Minister terecht beschrijft. Zorgverzekeraars kunnen spiegelinformatie inzetten als methode. In hoeverre is dat onderdeel van deze aanpak?

Minister **Schippers**: Dat is ook hun rol. Verzekeraars hebben dat al opgepakt bij huisartsen, maar ik heb nu ook de eerste verzekeraar gehoord die het bij medisch specialisten doet. Misschien zijn er meer die dat doen, maar ik heb het toevallig van eentje gehoord. Die spiegelinformatie wordt in het algemeen ook zeer gewaardeerd door professionals. Zij zijn professioneel gemotiveerd en vinden het heel prettig om te zien hoe zij het doen ten opzichte van hun collega's. Voorzitter. Hoe kunnen we vaststellen dat sprake is van doelmatige zorg in de wijkverpleging, nu de richtlijnen ontbreken? De wijkverpleegkundigen werken op basis van geaccepteerde richtlijnen. Er zijn er meer dan

honderd. In het programma Richtlijnen verpleegkundige zorg van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) wordt voorzien in verdere ontwikkeling en verspreiding van deze richtlijnen. Het departement stelt structureel 1 miljoen ter beschikking voor de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen. Die nieuwe richtlijnen moeten ondersteunend zijn voor de nieuwe manier van werken, waarvan doelmatige zorg een belangrijk aspect is. Ook worden de oude richtlijnen kritisch bekeken op doelmatigheid.

Wij zullen morgen uitgebreid spreken over Caraïbisch Nederland. De verwachting is dat introductie van de hielprik in Caraïbisch Nederland jaarlijks structureel € 20.000 kost. Dat betreft de uitvoering van de hielprikscreening, logistieke verzending naar Nederland, bloedonderzoek in het laboratorium en de kosten van materiaal en registratie. Daarnaast moeten de kosten voor follow-up bij een afwijkende uitslag en bij de uitslag dragerschap worden vergoed. De vervolgbehandelingen vinden plaats in de reguliere zorg en zullen dan ook via de verzekerdenaanspraken op Caraïbisch Nederland lopen. De implementatiekosten en de aanloopkosten van de eerste twee jaar komen ten laste van VWS. Daarbij is de verwachting dat dit in totaal ongeveer € 450.000 kost. Ik ben van mening dat de kosten en baten in balans zijn. De structurele kosten zijn beperkt. Ernstige ziektes kunnen vroegtijdig worden opgespoord, zodat er tijdig kan worden behandeld. Natuurlijk is het wel heel omslachtig om het per vliegtuig weg te sturen. Als er echter geen faciliteiten zijn, moet je toch een oplossing zoeken. De consequentie zou anders zijn dat je de hielprik niet invoert in Caraïbisch Nederland. Dan neem je dus ook voor lief dat je ernstige ziektes niet voortijdig kunt opsporen bij kindjes die daar geboren zijn. Zelf vind ik de hielprik echte basiszorg waarvan ik van mening ben dat er toegang toe moet bestaan.

De heer **Rutte** (VVD): We sorteren met deze discussie inderdaad voor op wat we morgen bespreken. Ik wil echter wel markeren dat de VVD-fractie vindt dat er op de BES-eilanden een ander zorgregime moet gelden dan in Nederland. Als wij de Nederlandse situatie en de Nederlandse normen gaan kopiëren op de BES-eilanden, lopen we continu tegen dit soort afwegingen aan. We hebben het over het Caraïbisch gebied, over zeer dunbevolkte eilanden waarop je simpelweg niet de normen van Nederland kunt loslaten. De VVD-fractie vreest dat wij geen helder toelatings- of toetsingskader hebben voor deze eilanden. Op basis van «ja maar we willen toch niet dat bepaalde vormen van zorg er niet zijn» komen we er nooit uit, want dan krijgen we slechts een opwaartse druk op de zorg. Laten we het morgen dus hebben over de vraag waar we de normen dan wel leggen, alsmede over de vraag «wat wel en wat niet?».

Minister **Schippers**: Ik wil natuurlijk ook niet vooruitlopen op het debat van morgen, maar de zorg is daar in de aard niet zoals in Nederland. We hebben het over eilandjes in een oceaan, waar je echt blij mag zijn als er een goede huisarts is. Zo'n arts moet bereid zijn om daar te wonen. Het is er overigens prachtig! Ik weet echter dat daar knobbels zitten om de basiszorg te realiseren. Er is geen academisch ziekenhuis op de eilanden. We zijn afhankelijk van helikopters. Laten we het debat echter morgen voeren. Het niveau van zorg is niet zoals dat in Nederland en ik denk ook niet dat het ooit zo zou kunnen worden, alleen al door de fysieke beperkingen. Ik vind de hielprik – want daar ging het om – wel zo belangrijk dat ik vind dat we die moeten invoeren. Laat ik dat dan alvast zeggen voor morgen.

Voorzitter. Ik heb besloten om Fampyra te selecteren als kandidaat voor de voorwaardelijke toelating. Tot de start van de voorwaardelijke toelating wordt het middel niet uit het pakket betaald. Dat is logisch, want het moet eerst onderdeel van het pakket worden. Ik heb de fabrikant gevraagd om coulant met het patiëntenprogramma om te gaan nu er uitzicht is op

voorwaardelijke toelating. Die beslissing is echter aan de fabrikant en daar wil ik haar ook zeker laten liggen. Ik vind het eigenlijk reëel dat het middel kosteloos ter beschikking wordt gesteld aan de patiënten die het nodig hebben, omdat die patiënten straks ook weer – zo is het nu eenmaal – klant zijn bij dezelfde fabrikant door de voorwaardelijke toelating. Het is een geneesmiddel dat niet voldoet aan de criteria die we nu hebben gesteld, anders hoefde het niet voorwaardelijk. Wij werken nog niet zo lang met voorwaardelijke toelating. Ik vind het helemaal passen in de wijze waarop wij naar het pakket zouden willen kijken. Als iets heel veelbelovend is, laten we het onder strikte voorwaarden toe. Er moet onderzoek zijn dat goede uitkomsten heeft. Als er geen goede uitkomsten zijn, stoppen we ermee. Dat moet goed worden afgesproken, niet alleen met de fabrikant maar ook met de patiënten en de beroepsgroep. Dat vind ik heel belangrijke voorwaarden voor de voorwaardelijke toelating. Je geeft daarmee patiënten wel de kans om al gebruik te maken van medicijnen die, misschien door drempels, niet aan onderzoekscriteria voldoen. Het is een nieuwe weg die zichzelf zal moeten bewijzen en waarnaar ook mensen op het Ministerie van Financiën met argusogen kijken of het goed gaat. Ik doe dat zelf ook. Ik vind het wel belangrijk dat we die weg opgaan en dat we het gewoon gaan proberen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik dank de Minister voor de voorwaardelijke toelating van Fampyra. Ik denk dat heel veel mensen ontzettend blij zijn met deze beslissing. Ik wil het nog heel eventjes hebben over de vergoeding voor 2014. Zegt de Minister dat de patiënten niet naar de zorgverzekeraar moeten, maar bij de fabrikant van Fampyra een beroep moeten doen op een coulanceregeling? Als dat inderdaad zo is, kan zij dan iets specifieker zijn over de wijze waarop deze mensen die weg moeten bewandelen?

Minister **Schippers**: Zij moeten zeker niet bij de verzekeraars zijn, want dit is geen onderdeel van het basispakket. De verzekeraar staat er dus eigenlijk buiten. De fabrikant heeft dit geneesmiddel. De fabrikant wist de patiënten ook goed te vinden, want die patiënten gebruiken dat geneesmiddel nu zonder dat het in het pakket zit. Deze patiënten moeten via hun dokter de fabrikant weten te vinden, want hun dokter heeft het ook voorgeschreven; het valt niet zomaar uit de lucht.

Mevrouw **Klever** (PVV): Vanaf 1 januari 2015 is de zorgverzekeraar natuurlijk wel partij. Kunnen de patiënten niet bij de zorgverzekeraar een beroep doen op de coulanceregeling, waarna de zorgverzekeraar het voor alle patiënten met de fabrikant regelt? Dat lijkt mij voor de patiënten een makkelijker weg dan dat ze allemaal zelf naar de fabrikant moeten. Kan de Minister misschien een goed woordje doen op dit punt?

Minister **Schippers**: Nee. Ik wil die weg sowieso niet aanraden. Daarmee zeg je tegen de zorgverzekeraars dat ze er niet verantwoordelijk voor zijn, dat het niet binnen hun pakket valt maar dat ze het wel moeten regelen. Ik vind dat we die weg niet op moeten gaan. Deze patiënten zitten nu echter in een patiëntenprogramma, want je kunt dit medicijn niet zomaar krijgen. Er moet dus een vrij directe manier zijn om via het patiëntenprogramma van de fabrikant daadwerkelijk contact te hebben met de fabrikant. Dat is de geëigende weg.

Voorzitter. Ik benadruk dat fysiotherapie uit het pakket is gegaan omdat het CVZ, nu het Zorginstituut Nederland, destijds heeft aangegeven dat het niet bewezen effectief is. We hebben de regel dat niet-bewezen effectieve zorg niet in het basispakket hoort. Dat is ook de reden dat het niet in het basispakket ziet. Mevrouw Klever heeft gevraagd of ik de meevaller op fysiotherapie hiervoor kan inzetten. Het is een voorjaarsnota, dus dit zijn nog helemaal geen definitieve cijfers. Er zitten meevallers in

en ook fikse tegenvallers, zoals mevrouw Klever heeft kunnen zien. Dat is dus niet de bedoeling, ook omdat het geen onderdeel uitmaakt van het pakket. We hebben het Zorginstituut Nederland gevraagd om het te heroverwegen, omdat we veel geluiden hebben gekregen van de beroepsgroep en de patiënten dat het wel effectief is. Het Zorginstituut Nederland heeft er opnieuw naar gekeken en is opnieuw tot de conclusie gekomen dat het de effectiviteit niet kan aantonen. Het wordt dus geen onderdeel van het pakket. Het Zorginstituut Nederland heeft wel aangegeven contact te zullen opnemen met de beroepsgroep en de patiëntgroepen die het betreft om te bekijken hoe dit zo uiteen kan lopen. Misschien kan het worden gericht op delen waarvan zij zeggen dat het wel zou kunnen. Zolang het niet bewezen effectief is, wil ik er echter aan vasthouden dat het niet in het pakket komt, omdat we anders geen recht doen aan een van de belangrijkste pakketcriteria. Daar kan ik niet aan beginnen, want dan slaan we een weg in die ik niet in wil slaan. We moeten het pakket echt goed en streng bewaken.

Ik kom te spreken over de overheveling. Hoeveel gaat de premie in 2015 omhoog? Kan ik aangeven wat de rekenpremie is? Er worden allerlei schattingen gedaan van de rekenpremie. Uiteindelijk stelt de verzekeraar de premie zelf vast, dus de verzekeraar zal uiteindelijk bepalen hoeveel zijn premie is. De andere getallen zijn ramingen en schattingen. Wij komen altijd op Prinsjesdag met onze raming. De raming van het CPB is er al, maar die is met veel onzekerheid omgeven. In de brief van 4 maart jl. hebben we wel aangegeven dat de premie ten gevolge van de overheveling met maximaal € 20 zal stijgen. Dat komt doordat we er een rijksbijdrage op hebben gezet, zodat we de stijging van € 100 niet in een klap laten komen, maar in vijf partjes verdelen. Volgend jaar is er dus een verhoging van € 20 en in de jaren daarop ook, dus vijf keer. Daarmee is er ook een verhoging van € 100, maar dan uitgesmeerd.

Ik ben uitgebreid ingegaan op het maatwerk. Het gesprek in de spreekkamer – Moet alles wat kan? – is een ontzettend belangrijk thema. Ik heb hier en in de Eerste Kamer in verschillende debatten de vraag gekregen of ik daarover eens een brief kan schrijven. Daar hebben we lang over gedaan. De brief komt er eerdaags wel aan. Ik heb hem ondertekend. Het was een enorme bevalling omdat «Moet alles wat kan?» heel breed is. Waar heb je het dan over? Sommigen zeggen dat het eigenlijk gaat over de vraag hoe lang je doorbehandelt in de laatste levensfase. Dat is echter maar één aspect van «Moet alles wat kan?». We hebben geprobeerd om een brief te schrijven. Misschien kunnen we er een keer een wat algemener debat over houden. Dat lijkt mij best interessant, al moet ik zeggen dat het wat mij betreft uitkomt op de spreekkamer. Dat hebben wij wel gemeen. Die spreekkamer is uiteindelijk ongelooflijk belangrijk. Er wordt dan ook gewerkt aan goede behandelbeslissingen, bijvoorbeeld de introductie van het keukentafelgesprek bij de maatschappelijke ondersteuning in de langdurige zorg. ZonMw en de KNMG-stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase hebben samenwerking gezocht en daar andere partijen bij betrokken. Ook Dappere Dokters is een mooi initiatief dat eigenlijk ook hierover gaat. We blijven met het veld en ik hoop ook met de Kamer hierover in gesprek.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik dank de Minister voor haar antwoord, dat positief is. Hoe zat het nu ook alweer met het consult voor «kijk- en luistergeld»? Dat klinkt een beetje denigrerend, maar artsen zeiden vaak dat ze worden betaald om te opereren en niet om te luisteren, terwijl luisteren zo ontzettend belangrijk is. Wat is de stand van zaken?

Minister **Schippers**: Dat bestaat en dat kunnen zorgverzekeraars inkopen. Dat is al ingevoerd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik bedoel eigenlijk of er gebruik van wordt gemaakt en wat de praktijk nu is.

Minister **Schippers**: Volgens mij is het dit jaar ingevoerd en hebben we er dus nog geen gegevens van. Het is echter ingevoerd dus zorgverzekeraars kunnen het inkopen.

Voorzitter. Over «evidence-based» in relatie tot fysiotherapie heb ik al het een en ander aangegeven. Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat het ontzettend belangrijk is dat we evidence-based zorg in het pakket hebben en dat we daar nog een hele slag in hebben te maken. Dat is ook onderdeel van een stringent pakketbeheer. Ik denk dat dit een project is waaraan echt heel hard getrokken wordt om het beter te krijgen.

Is het een idee om de NPCF een inventarisatie te laten maken van perverse prikkels? Dit is een heel belangrijk onderwerp, want als een prikkel verkeerd staat, kun je van alles doen, maar is de motivatie toch verkeerd. We hebben hier heel veel reacties op gekregen, met name naar aanleiding van de oproep in Buitenhof. Die oproep ging eigenlijk over het pakket, maar de reacties gingen vooral over perverse prikkels, over verspilling en over de wijze waarop je dit slimmer zou kunnen aanpakken. Ik zal de NPCF vragen of zij nog aanvullende dingen zien. Heel veel dingen zijn in gang gezet. Dat zijn heel zware dingen zoals de bekostigingssystematiek. Daarbij moet je er goed op letten of de prikkels goed staan. Het zijn ook kleinere dingen, bijvoorbeeld de vraag of er negatieve substitutie plaatsvindt naar zaken die nog wel in het pakket zitten. Ik zal contact opnemen met de NPCF met de vraag of zij ideeën heeft en wat zij ervan vindt. Als zij een onderzoek moet doen, moet zij daar zelf ook brood in zien. In het kader van Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) hebben wij de Kamer gevraagd om ideeën over het systeem. Het zou ook een onderdeel daarvan kunnen zijn. Maar goed, daarover gaat de Kamer zelf, want zij levert daar de ideeën aan.

Dan de vergoeding van behandelingen van aanpassingsstoornissen bij mensen met een ernstige aandoening, bijvoorbeeld kanker. Als je kanker hebt, kunnen er ernstige psychische problemen optreden. Het Zorginstituut Nederland is nu druk doende met het opstellen van een rapport over de verslavingszorg. Daarna zal het de vergelijking van DSM-V en DSM-IV aanpakken met betrekking tot de pakketgevolgen. Dat rapport komt in november. Ik kan de Kamer nu al zeggen dat ik daar heel kritisch naar zal kijken. Ik heb veel signalen uit de Kamer gekregen. Is DSM-V niet medicaliserend? Worden alledaagse dingen niet het medisch circuit in getrokken? Als ik iets niet wil, is dat we die weg op gaan. Ik zal zelf dus ook heel strikt kijken naar de consequenties voor het pakket en bekijken hoe we dit anders kunnen oplossen. Dat is een enorm traject. Dat is ook de reden dat het Zorginstituut Nederland niet meer zal toekomen aan onderwerpen op de longlist, zoals dit. De Kamer heeft gevraagd wat dit betekent. Het betekent dat je niet alles kunt. Ik zal navragen hoe het er nu voorstaat en wat de timing is om het in behandeling te nemen. Ik zal de Kamer daarover informeren.

Dan de auditieve hulpmiddelen. Ik heb naar aanleiding van Buitenhof veel suggesties gekregen; heel veel leuke en goede suggesties, heel veel suggesties waarmee we gelukkig al bezig waren en een aantal suggesties waarvoor ik wat minder voel. Je ziet daar toch wel een beetje dat ouderen suggereren om kraamhulp of verloskundige zorg er uit te halen. Wij hebben er echt goed naar gekeken. Ik heb dit niet voorgelegd aan het Zorginstituut Nederland omdat er per 1 januari 2013 een grote wijziging in de aanspraak op en de eigen bijdrage voor hoortoestellen heeft plaatsgevonden. Dat was besloten in het Lente/Kunduz-akkoord, hoe je het maar wilt noemen. Dan moet je de sector ook de gelegenheid geven om de wijzigingen goed vorm te geven zonder dat wij alweer met een volgende wijziging komen. Dat is dus de reden dat wij dit niet hebben opgepakt.

Zoals het zich nu laat aanzien, zijn de resultaten van de aanpassing overigens gunstig.

Over vrouwelijke genitale verminking hebben wij in de schriftelijke ronde al met elkaar gecorrespondeerd. Gynaecologen en plastisch chirurgen zijn nog bezig met een protocol. Dat is nog niet officieel vastgesteld. Pas als er een officieel, door de wetenschappelijke vereniging vastgesteld protocol is, kan sprake zijn van opname in het pakket. Opname in het pakket per 2015 is dus niet haalbaar. Omdat ik er net zo op gebrand ben als de Kamer, zal ik, mochten zij het protocol eerder vaststellen, overwegen om het op een andere manier te financieren. Dat is een heel rare weg, want wij doen dit normaal nooit. Ik ben wel bereid om te bekijken of dit mogelijk is, omdat ik met de Kamer vind dat dit wel iets is waarover we ons mogen ontfermen. Ik vind wel dat we eerst protocollen moeten hebben. Zodra ik die heb, bekijk ik hoe we ermee zullen omgaan en zal ik daarop bij de Kamer terugkomen.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Dijkstra haar interruptie voor de tweede termijn nu wil gebruiken. Zij heeft er al twee gehad; vandaar.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik wilde alleen vragen of de Minister een idee heeft wanneer het protocol af zal zijn.

Minister **Schippers**: Nee, dat heb ik niet. Dat is altijd lastig, want de veldpartijen moeten er uitkomen. Ik zal een vinger aan de pols houden. Wij zullen het nagaan en daarbij ook aandringen op enig tempo. Voorzitter. Ik kom te spreken over de NIPT. Het uitgangspunt is dat de Zorgverzekeringswet op genezing gerichte zorg omvat. De combinatietest is een kansbepalende test en is daar in beginsel geen onderdeel van. Dit is nu ook al het geval voor vrouwen onder de 36 jaar. Er was een uitzondering gemaakt voor vrouwen in de leeftijd daarboven. Daaraan lagen allerlei argumenten ten grondslag. Die argumenten zijn weggenomen door het advies van de Gezondheidsraad, die heeft gezegd dat die leeftijdsgrens heel arbitrair is en dat je die eigenlijk niet zou moeten hanteren. Daarom hebben wij de grens afgeschaft. Dat heeft inderdaad tot gevolg dat er zelf voor betaald moet worden. Voor de 150.000 zwangere vrouwen onder de 36 jaar werd de test überhaupt al nooit betaald. Ik vind dit niet heel gek. De NIPT biedt nieuwe mogelijkheden en doet risico's afnemen, bijvoorbeeld voor het ongeboren kindje. In het voorstel dat ik heb gedaan, heb ik rekening gehouden met het feit dat de grootste groep toch al moest betalen. Waarom zou dat anders zijn voor die andere groep? Daar is helemaal geen reden voor. Als een combinatietest aanleiding daartoe geeft, vergoeden we de NIPT. Dat is de gedachtegang geweest. Welke criteria gaan gelden voor het afbreken van een voorwaardelijke toelating? Als we een voorwaardelijke toelating invoeren, vind ik het heel belangrijk dat we heel helder aangeven onder welke voorwaarden dat is. Aan het einde van het traject wil je dus resultaat hebben dat ook grond heeft in wetenschappelijk bewijs. Als tussentijds blijkt dat het niet daarop zal uitlopen, moet je het ook kunnen afbreken. Wij willen er dus criteria aan verbinden. De ervaring leert dat als je iets toestaat en zegt dat het wetenschappelijk onderbouwd moet worden, aan het einde van het traject blijkt dat niet alle gegevens er zijn of dat cruciale gegevens ontbreken. We hebben dat echt veel strakker gemaakt. Ik kan niet één criterium noemen, want het gaat hier over heel verschillende dingen. We willen wel heel strakke procesindicatoren. Ook zal er aan het begin van het traject al uitdrukkelijk sprake moeten zijn van communicatie met alle partijen: fabrikanten, patiënten en beroepsgroepen. We moeten met elkaar afspreken dat het gaat om iets wat niet conform de criteria van het pakket is en dus een uitzondering is. We verlenen voorwaardelijke toelating maar

die moet ook kunnen worden afgebroken. Uiteindelijk zullen de resultaten doorslaggevend worden in de beslissing of het onderdeel wordt van het pakket.

De **voorzitter**: Ik dank de Minister. De spreektijden in tweede termijn bedragen anderhalve minuut. Ik sta maximaal een interruptie toe.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De Minister is niet ingegaan op mijn vraag over de taakstelling voor de wijkverpleging en op mijn vraag of het recht op zorg voor de wijkverpleging overeind blijft. Ik hoor nu dat ze die heeft beantwoord toen ik even weg was; excuus. Ik zal de antwoorden later teruglezen.

Dan de vraag of er bij het eigen risico een grens is overschreden. Ik vind dat de Kamer zich daarover maar moet uitspreken. De Minister vindt van niet; de SP vindt van wel. We zullen zien hoe de Kamer erover denkt. Dan de dure kankermedicijnen. De Minister zegt dat zij gepaste afstand houdt van de farmaceutische industrie; laat ik het zo vertalen. Toch komt dit een beetje neer op het laten meepraten van de kalkoen over het kerstdiner. De farmaceutische industrie boekt gigantische winsten, te weten zo'n 20% van de omzet. Ook op dure medicijnen wordt gigantisch verdiend. Als je tot oplossingen wilt komen, moet je de industrie dus echt op afstand houden. Ik vraag dus toch waarom niet kan worden berekend wat een geneesmiddel echt kost. Kunnen we eens samen met de zorgverzekeraars bekijken of we tot één landelijk systeem voor de inkoop van die allerduurste middelen kunnen komen, zodat de rechten van patiënten niet afhangen van het ziekenhuis maar voor iedereen gelijk zijn? Tot slot doe ik de oproep om de arts niet tot een financiële rekenmeester te maken. Een arts moet het belang van de patiënt dienen. Dat moet het uitgangspunt van alle oplossingen zijn. Als het erop aankomt, zal hij voor de patiënt kiezen en niet voor de portemonnee van iemand anders.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De Minister heeft al aangegeven dat voor de overheveling van de op behandeling gerichte langdurige geestelijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet een andere gefaseerde invoering mogelijk is. Ik wijs haar op de kern van het onderliggende probleem. Het onderliggende probleem is natuurlijk dat er geen objectieve en onafhankelijke criteria zijn. Daarom is ook voor die arbitraire grens van drie jaar gekozen. Heeft de Minister ook overwogen om de hele overheveling uit te stellen totdat die objectieve en onafhankelijke criteria er zijn? Juist patiënten in de geestelijke gezondheidszorg wil je zekerheid bieden. Het CDA zou dit een bewandelbaar pad vinden.

De Minister zegt dat het criterium noodzaak eigenlijk al in het pakket zit. Dat sluit aan op het gevoel dat mij bekreep toen ik de stukken las: wat is er nu eigenlijk veranderd door de invoering van de term noodzaak? De Minister zegt dat zij geen voorliggend criterium heeft gemaakt. Zijn er dan wel andere zaken veranderd of stond er in de rapporten slechts een samenvatting van wat er nu al aan de hand is?

Mevrouw Dijkstra heeft terecht gezegd dat de geriatrisch specialist naar de huisarts toe kan gaan. In Houten zie je al mooie voorbeelden van een aantal andere specialisten die wekelijks bij de huisarts zitten. De Minister ziet dit als een logistiek probleem, maar het is natuurlijk meer dan dat. Het gaat om de toegankelijkheid van zorg, om het feit dat de patiënt snel bij goede zorg kan zijn. De beste zorg dichtbij ligt vaak bij de huisarts. In lijn met het betoog van mevrouw Dijkstra vraag ik of de Minister hierover een paar richtinggevende uitspraken kan doen om het veld hierin aan te jagen.

De **voorzitter**: De heer Rutte van de VVD-fractie ziet af van zijn tweede termijn. Mevrouw Klever van de PVV-fractie heeft mij gemeld dat zij andere verplichtingen heeft. Het woord is aan mevrouw Bouwmeester van de PvdA-fractie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Het veld is goed bezig als het gaat om Zichtbaar zinnige en zuinige zorg en om het overeind houden van het pakket, nu en in de toekomst. De Minister zit daar bovenop, wat ik heel positief vind. Ik heb nog drie vragen. De eerste gaat over de rol van de zorgverzekeraars bij Zichtbaar zinnige en zuinige zorg. Ik heb begrepen dat de spiegelinformatie wordt ingezet in de eerste lijn, in de ketenzorg. Ik weet dat bijvoorbeeld VGZ daar goed mee bezig is. De Minister zei dat het nu gaat gebeuren bij de medisch-specialistische zorg. Wij zouden graag zien dat daar een actieve rol wordt vervuld. Ik vraag de Minister of zij wil nagaan hoe de zorgverzekeraars hun rol zien. Kijken ze naar bepaalde aandoeningen? Hebben ze een programma? Doen ze het gezamenlijk? Wat is hun ambitie? Wil de Minister vragen naar de stand van zaken? Dit kan ook later, in een brief aan de Kamer, worden gemeld. Voor het «kijk- en luistergeld» geldt eigenlijk hetzelfde. Zorgverzekeraars kunnen dit inkopen, maar de vraag is of ze dat ook doen. De Kamer wil natuurlijk graag dat ze dit heel gericht inzetten in bepaalde programma's, zodat wordt gestimuleerd dat bij bepaalde aandoeningen en bij bepaalde groepen mensen wordt gekeken hoe het werkt. Er moet eerst actief worden geëxperimenteerd voordat het breed wordt uitgerold. Ook hierover krijg ik graag meer informatie. Ik dank de Minister voor de brief over «Moet alles wat kan?» Dat is een brief over de kwaliteit van zorg. Dat is heel ingewikkeld en ik vind het dapper dat de Minister er een brief over heeft gestuurd. Misschien kan de commissie deze brief bespreken in een algemeen overleg over de kwaliteit van zorg, waarover de brief volgens mij gaat. Tot slot dank ik de Minister voor de suggestie om perverse prikkels te laten doorrekenen bij het programma Zorgkeuzes in Kaart. Bevallingen zijn daarvan een voorbeeld. Een ander voorbeeld betreft het gehoor. Stel dat we dit laten doorrekenen en daaruit blijkt dat het inderdaad geld oplevert. Dat komt dan 1 september uit zo'n programma. Dan hebben we dit AO al gehad. Wat is dan de voortgang? Zijn we dan niet te laat?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden.

Ik heb aan de orde gesteld het binnen korte tijd doorschuiven van het tweede en derde jaar van de op behandeling gerichte ggz-patiënten. Zoals gezegd zullen we daar een voorstel voor doen. Ik zal daarover met de CDA-fractie overleggen, die dit punt ook aan de orde heeft gesteld. Ik ben echt heel blij met de toezegging van de Minister over hersteloperaties voor slachtoffers van genitale verminking. Als het protocol klaar is op een moment dat pakketbeheer nog niet aan de orde is, zal zij bekijken hoe zij het toch kan financieren. De inzet van de Minister voor deze slachtoffers is echt heel goed.

Het inzetten van geriatisch specialisten in de eerste lijn past natuurlijk bij de hele manier waarop we naar de zorg kijken. Daarin willen we de tweede lijn veel meer naar de eerste lijn halen. Gezien de bevolkingsopbouw en het accent dat komt te liggen op de oudere groep patiënten, lijkt het me goed om de geriatisch specialist veel meer naar de eerste lijn te halen. Ik hoop dat de Minister zich daarvoor inzet.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer van Gerven heeft een motie over het eigen risico aangekondigd. Dat verbaasde mij niet heel erg. Een dergelijke motie is vaker aan de orde geweest. We hebben natuurlijk wel met de Kamer afgesproken dat we een traject ingaan waarin we monitoren wat er gebeurt. Op initiatief van Otwin van Dijk hebben we destijds – ik dacht bij de begrotingsbehandeling – met elkaar afgesproken om eerst een snel onderzoek te doen en daarna een gedegen onderzoek. Dat traject loopt.

De farmaceutische industrie zie ik ook als partner. De heer Van Gerven ziet haar meer als een tegenstander, maar ik zie haar ook als partner. In de

farmaceutische industrie worden geneesmiddelen ontwikkeld waardoor mensen een veel beter leven krijgen. Ik zou alleen, net zoals de heer Van Gerven, veel meer inzicht in de kosten willen hebben. Dat hebben wij nu niet. Daarom ben ik ontzettend blij met de initiatieven die met name op universiteiten zijn ontstaan om veel meer onderzoek daarnaar te doen. Er zijn ook nieuwe initiatieven ontstaan om geneesmiddelen voor patiënten met een zeldzame ziekte te ontwikkelen en die vervolgens ook zelf op de markt te brengen. Ik ben heel nieuwsgierig hoe dat gaat lopen. Gesuggereerd is om geneesmiddelen centraal in te kopen. Voor heel speciale geneesmiddelen doen we dat feitelijk al. We moeten eerst kijken hoe ons dat lukt en hoe het gaat. Het bureau is net opgericht. We hebben nu een beetje ervaring opgedaan voordat we het helemaal invoeren. Ik wijs dit niet per definitie af, anders zou ik de medicijnen voor zeldzame ziekten of heel dure nieuwe medicijnen ook niet centraal inkopen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik gebruik mijn interruptie voor het eigen risico. Wij kunnen niet wachten; dat is een beetje het probleem. De Minister zegt dat het wordt onderzocht, maar we moeten nu iets afspreken over het eigen risico voor 2015. Ik zag zojuist een tweet van de KNGF, oftewel de fysiotherapeuten in Nederland: «Er liggen drie rapporten op het bureau van de Minister, onder andere over gevolgen van beleid in de eerste lijn en ook over eigen risico en zorgmijders. Zo spoedig mogelijk naar de Kamer graag».

Minister **Schippers**: Dat zijn rapporten die ik net heb gekregen. De beleidsreactie daarop moet ik nog even schrijven, als de heer Van Gerven dat goed vindt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, maar dat zijn dezelfde rapporten. Ze komen naar de Kamer, maar we moeten er nu iets over beslissen. Overmorgen is het namelijk reces. De signalen over zorgmijders zijn massief. Is de Minister dus toch bereid om naar het eigen risico te kijken, vooral naar het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten, zo'n 2 à 3 miljoen mensen bij wie dit extra hard aankomt?

Minister **Schippers**: Dit debat hebben we minimaal een keer per maand, maar ik denk eigenlijk wel twee keer per maand. De heer Van Gerven weet hoe ik erin sta. Ik ben van mening dat een eigen betaling niet verkeerd is. Dat zorgt ervoor dat het draagvlak voor het systeem blijft bestaan bij mensen die geen gebruikmaken van zorg, maar wel een hoge premie moeten betalen. Voor mensen met een kleine beurs hebben wij het gecompenseerd via de zorgtoeslag. De rapporten geven mij geen aanleiding om hier nu maatregelen te nemen. Zoals gezegd, liggen de rapporten op mijn bureau. De beleidsreactie is af. Ik moet haar lezen en daarna krijgt u haar toegestuurd.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister kijkt naar het rijkste kwart van Nederland. Dat doet zij altijd als het gaat om wie wat moet betalen. Door het rijkste kwart van Nederland of de gezonden te ontzien, betalen de mensen die zorg nodig hebben, de chronisch zieken, de gehandicapten en de ouderen de rekening van het eigen risico. Dat is de realiteit. Het is ook de realiteit dat mensen afzien van noodzakelijke zorg, mogelijk met allerlei ernstige tot zelfs fatale gevolgen; wie zal het zeggen? Uiteindelijk krijgen we een toekomst waarin werkelijk verschillen in gezondheid zullen ontstaan tussen rijk en arm, een risico dat ook het RIVM heeft aangegeven, verschillen die ook zullen groeien. Is de Minister van Volksgezondheid er trots op om dat op haar conduite te hebben staan?

De **voorzitter**: Dit was een derde termijn, mijnheer Van Gerven, maar de Minister mag reageren.

Minister Schippers: Ik heb zo genoeg van al die angstscenario's! We hebben gezien dat het verschil in gezondheid tussen mensen met een hoog inkomen en mensen met een laag inkomen groot is; te groot. Wij hebben beleid waarmee we proberen om dat verschil te verkleinen. De afgelopen jaren hebben wij gezien dat dit gat niet groter is geworden, wat in heel veel landen wel is gebeurd. In ons land is het gelijk gebleven. Ook hebben wij er extra levensverwachting bij gekregen, ook voor de relatief gezonde jaren, dus de jaren waarin je met relatieve kwaliteit van leven kunt doorleven. Het gat is dus niet gegroeid en de levensverwachting is collectief gestegen. Ik wil dat gat graag nog kleiner maken. De dreiging die uit de woorden van de heer Van Gerven spreekt, werp ik echter verre van mij. Het is natuurlijk ook de vraag wat een hoog inkomen is en wat een laag inkomen is. Misschien verschillen de heer Van Gerven en ik daarover van mening, omdat een hoog inkomen in mijn ogen al vrij snel begint. We hebben een heel grote middenklasse in dit land. Als je ziet wie de rekening betaalt, zie je dat men vanaf de middenklasse relatief veel voor zorg betaalt en er relatief weinig gebruik van maakt. Zo liggen de verhoudingen. Ik wil dat die groep dat niet alleen nu doet, maar het blijft doen. Ik wil dat deze groep mensen bereid is om de rekening te blijven betalen, ook als zij er zelf geen gebruik van maakt. Het is totale quatsch om te zeggen dat de rekening terechtkomt bij de laagste inkomensgroepen! Zij krijgen een inkomensafhankelijke premie. Zij hebben een tegemoetkoming voor de nominale premie, waardoor die uitkomt op € 20 per maand. Het is een leus van de Partij van de Arbeid, maar de breedste schouders dragen daadwerkelijk de zwaarste lasten in de gezondheidszorg. Ja, daar ben ik trots op, want ik vind dat de zorg toegankelijk moet zijn en blijven.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen van mevrouw Bruins Slot. De argumenten voor het uitstel die ik heb aangegeven, waren niet die van mevrouw Bruins Slot. Het argument was dat wij gejojo wilden voorkomen doordat dat we nu iets zouden invoeren wat we later weer zouden aanpassen, gecombineerd met de vele overhevelingen waardoor het te veel ineens was. Dat is de argumentatie waarvan ik zeg dat ik er niet principieel in zit. Ik wacht af waarmee de Kamer komt.

Noodzaak is inderdaad een onderdeel van het pakket. Dat is ook niet nieuw, maar er was afgesproken dat het een voorliggend criterium zou zijn. Dat gebeurt niet, maar het moet wel verder worden ontwikkeld en het zal meer expliciet aan de orde komen. Het wordt dus een meer impliciet thema dat wij verder uitwerken.

Ten aanzien van de geriatrische revalidatie ben ik het eens met iedereen die zegt dat we de zorg zo veel mogelijk rond de patiënt moeten organiseren. Wat we in de wijk kunnen doen, moeten we ook in de wijk doen. Ik zie daar ongelooflijk veel beweging komen. Ik stimuleer die beweging ook. Als het mogelijk is om de geriatrische specialisatiezorg daarnaartoe te brengen, ben ik daar zeker voorstander van. Het is een voorziening die we voortdurend nodig hebben, want je kunt iemand ineens moeten indiceren. Het is dan van belang dat de expertise in het ziekenhuis aanwezig is. Je kunt niet in iedere wijk iemand hebben zitten. De vraag is van belang hoe je dit zo slim kunt organiseren dat de zorg toegankelijk en op de patiënt gericht is, maar ook nog financieerbaar is. Ik kan mij voorstellen dat er zeker voor spoedindicaties toch echt een ziekenhuis nodig is. Je moet dus de eis stellen dat er een ziekenhuis beschikbaar is en vervolgens lokaal afspreken hoe je het verder organiseert.

Mevrouw Bruins Slot (CDA): Ik heb nog een vraag over de geestelijke gezondheidszorg. De Minister zegt dat zij specifieke argumenten heeft met betrekking tot de gefaseerde invoering. Heeft zij, aangezien de objectieve, onafhankelijke criteria de komende tijd ontbreken, überhaupt overwogen om de hele overheveling uit te stellen? Dat is mij niet duidelijk geworden uit haar antwoord.

Minister **Schippers**: Die objectieve criteria zijn er ook niet voor de eerstejaarsgrens. Dat is een totaal willekeurig criterium dat wij nu hanteren. Daar doen we het nu mee; daar werken we al jaren mee. Het zou natuurlijk beter zijn als we criteria daaronder kunnen leggen, maar ik zie er niet de noodzaak van in om het een voor het ander te doen. Het eenjaarscriterium is ook maar een willekeurig criterium. We zien wel dat het eenjaarscriterium tot een grote beddenproblematiek leidt, zoals men zegt. Daar zit een prikkel die we niet willen. We willen een prikkel de andere kant op. Ik ben het er dus mee eens dat dit criterium eigenlijk achterhaald is. Het is naar achteren geschoven om de beddenproblematiek op te lossen, maar het is een niet-onderbouwd criterium. Ik vind het belangrijk dat we de criteria ondertussen ontwikkelen, maar ik zie geen aanleiding om erop te wachten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is het dubbele in het antwoord van de Minister. Zij zegt dat het eenjaarscriterium eigenlijk ook een arbitrair criterium is. Ondertussen zeggen zij en de Staatssecretaris wel heel nadrukkelijk dat er onafhankelijke, objectieve criteria moeten komen om de scheidslijn heel duidelijk te trekken. Wat is ertegenom gewoon te wachten totdat die objectieve, onafhankelijke criteria er zijn?

Minister **Schippers**: Je kunt altijd op iets wachten, soms totdat je een ons weegt, want ze zijn de afgelopen tien jaar ook niet ontwikkeld. Blijkbaar was daar geen aanleiding toe. Dan kom je met het voorstel inzake de jaargrens, omdat er echt een probleem is in de ggz. Door die jaargrens zie je allerlei dingen ontstaan die je eigenlijk niet wilt. Vervolgens komt er een overheveling en dan komen de criteria. Soms werkt het zo in het leven, maar je moet daar niet op wachten. Het criterium dat we nu hebben, werkt niet zoals het zou moeten werken en levert daarnaast problemen op waar we van af willen, omdat we eigenlijk veel meer naar ambulantisering willen en er veel meer op willen inzetten dat mensen thuis in hun sociale omgeving wonen. Die prikkels willen we goed zetten. Ik zeg maar alvast dat ik afwijzend zal reageren op iedere motie die mij oproept om het weliswaar te doen, maar eerst criteria te ontwikkelen. Dat maakt voor de Kamer misschien niet uit, maar het is niet echt een idee waarvan ik enthousiast word.

Er is gevraagd naar de rol van verzekeraars bij Zichtbaar zinnige en zuinige zorg. We zien dat alle partijen hun rol pakken bij Zichtbaar zinnige en zuinige zorg. Zorgverzekeraars zijn actief betrokken bij het debat en bij convenanten over gepast gebruik. Zorgverzekeraars ontwikkelen actief spiegelinformatie. Ik zou zeggen: laten we die ontwikkelingen eerst laten gaan. Ze worden nu opgepakt. Als het zich een beetje heeft ontwikkeld, kunnen we eens kijken hoe het gaat en waar er stimulansen nodig zijn. Ik zie juist dat allerlei dingen zich ontpoppen. Er is van alles in ontwikkeling, dus het lijkt me niet handig om dit nu te doen.

Hetzelfde geldt voor het «kijk- en luistergeld» dat net is ingevoerd. De Kamer heeft gevraagd of dit wordt ingekocht. Sommige verzekeraars zullen er al over nagedacht hebben en zullen dat wat actiever doen. Andere verzekeraars gaan er over nadenken nu het is ingevoerd en zullen er volgend jaar mee aan de slag gaan. Laat dat even lopen, zou ik zeggen, alvorens er meteen al allerlei onderzoeken op te zetten. Dan kun je daadwerkelijk zien wat zich heeft ontwikkeld. Als je nog maar een paar maanden met iets bezig bent, is het gewoon echt nog te vroeg. Ik zeg nog even expliciet dat «Moet alles wat kan?» een initiatief van de Staatssecretaris en mijzelf is, omdat wij vinden dat dit een breed onderwerp is dat het hele terrein bestrijkt. Ik vind dit een heel belangrijk onderwerp, dus ik ben altijd bereid om daarover door te denken met de Kamer. Daartoe ben ik sowieso altijd bereid, maar dat geldt zeker voor dit onderwerp. De Kamer levert de ZiK zelf aan. Ik hoop dat zij heel veel heeft

aangeleverd op dit terrein; dat zou ik echt heel interessant vinden. Iedere nieuwe suggestie is meegenomen.

We zien dat de maatregelen rondom het gehoor iets opleveren. De Kamer heeft gevraagd wat er gebeurt als we het besluit nu niet nemen. Het antwoord is dat we dan een jaar verder zijn. Mijn argumentatie is dat dit niet erg is, omdat de sector het nu niet aankan. De sector heeft net een gigantische ontwikkeling doorgemaakt en heeft zich daarop echt moeten aanpassen, net als de patiënten. Als je ieder jaar veranderingen in een sector doorvoert, wordt dat heel onrustig. Daarmee krijg je geen stabilisatie. Ik vind het dus niet erg dat dit het komende jaar niet kan worden ingevoerd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het was nadrukkelijk niet mijn bedoeling om op alles wat net is ingevoerd, een onderzoek te zetten. Laat het inderdaad even gaan, want dan heb je ook iets om te bekijken. De vraag was alleen of dat op enig moment naar de Kamer kan komen, zodat we enigszins kunnen volgen waar we stonden en waar we staan. Het is belangrijk dat we de voortgang kunnen volgen en ook complimenten kunnen uitdelen daar waar het goed gaat, want daar ziet het naar uit.

Minister **Schippers**: Wij proberen initiatieven waarover wij positief zijn, altijd te melden in brieven. Het is heel belangrijk dat ik de Kamer regelmatig informeer over gepast gebruik, want er zijn allerlei initiatieven bij partijen. Ik wil bekijken welke initiatieven er zijn van verzekeraars, aanbieders en patiënten. Gelukkig zijn dit heel vaak ook gezamenlijke initiatieven. We zullen de Kamer hierover informeren in het kader van de voortgang van gepast gebruik.

Voorzitter. Ik onderstreep de eerste twee opmerkingen van mevrouw Dijkstra. Haar derde opmerking betrof het naar de eerste lijn toe halen van de tweede lijn. Dat vind ik ook belangrijk, maar we moeten er tevens voor zorgen dat het er is als je het nodig hebt. Dat is wijkgericht wat moeilijker te organiseren. Ik begrijp echter het punt van mevrouw Dijkstra. Ik roep het veld op om daar waar het slimmer en meer naar de patiënt toe kan worden georganiseerd, dat ook te doen.

De **voorzitter**: Wij zijn gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik dank de Minister en degenen die haar ondersteunden, alsmede mijn collega's en de belangstellenden. Morgen overdag of morgenavond zal er een VAO zijn, met als eerste spreekster mevrouw Dijkstra.

Sluiting 12.40 uur.

Volledige agenda

1. *Aanbieding CVZ-Rapport Pakketbeheer in de praktijk deel 3
Kamerstuk 29 689, nr. 481 – Brief regering d.d. 12-11-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
2. *Reactie op bericht in de NRC van 4 september 2013 dat besnijdenissen op medische indicatie sinds 1 juli niet meer worden vergoed via het basispakket
Kamerstuk 29 689, nr. 484 – Brief regering d.d. 18-11-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
3. *Reactie op verzoek commissie over uitvoering van de aangenomen motie van de leden Kuzu en Voortman over het niet gebruiken van maagzuurremmers
Kamerstuk 29 477, nr. 286 – Brief regering d.d. 13-05-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
4. *Aanbieding afschrift van de brief van Zorginstituut Nederland inzake het pakketcriterium «noodzakelijkheid»
Brief regering d.d. 13-05-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
5. *Reactie op de motie van de leden Leijten en Bruins Slot (Kamerstuk 29 689, nr. 460) over problemen met de verwijzing in de geriatrische revalidatiezorg
Kamerstuk 29 689, nr. 521 – Brief regering d.d. 04-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
6. *Aanbieding ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2015 en wijziging van het Besluit zorgverzekering BES in verband met het zorgpakket BES 2015
Kamerstuk 29 689, nr. 519 – Brief regering d.d. 10-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
7. *Aanbieding advies van Zorginstituut Nederland inzake het «zittend ziekenvervoer»
Kamerstuk 29 689, nr. 522 – Brief regering d.d. 10-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
8. *Overzicht van de wijzigingen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2015
Kamerstuk 29 689, nr. 523 – Brief regering d.d. 10-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
9. *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket
Kamerstuk 32 620, nr. 122 – Brief regering d.d. 10-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
10. *Verslag van een schriftelijk overleg over de reactie op de motie van de leden Leijten en Bruins Slot over problemen verwijzing geriatrische revalidatiezorg (Kamerstuk 29 689, nr. 501)
Kamerstuk 29 689, nr. 524 – Brief regering d.d. 25-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
11. *Aanpassen aanspraak geriatrische revalidatiezorg
Kamerstuk 29 689, nr. 531 Brief regering d.d. 30-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*12. Aanbieding eindrapportage Zorginstituut Nederland over alternatieve
bezuinigingsmaatregelen IVF*

Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 108 – Brief regering d.d. 01-07-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

*13. Pakketduiding ZiNL van klinische opname voor kinderen met morbide
obesitas*

Kamerstuk 31 899, nr. 24 – Brief regering d.d. 02-07-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

14. Aanbieding rapport Zorginstituut Verbeterplan Artrose knie/heup

Kamerstuk 29 689, nr. 532 – Brief regering d.d. 01-07-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers