

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 760

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 24 augustus 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 16 juni 2016 overleg gevoerd over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 oktober 2015 inzake psychosociale zorg bij somatische aandoeningen (Kamerstuk 25 424, nr. 289);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 september 2015 inzake reactie op het rapport «Voorwaardelijke toelating tot het basispakket – Voortgangsrapportage 2015» van Zorginstituut Nederland, en de voorwaardelijke toelating van PTED en AFT (Kamerstuk 29 689, nr. 649);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 maart 2016 inzake aanbieding overzicht financiële effecten rapporten Zorginstituut (Kamerstuk 29 689, nr. 692);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2016 inzake toepassing DSM-5 voor het pakket en de bekostiging ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 309);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 mei 2016 inzake aanbieding advies uitbreiding basispakket Zvw met enkele behandelingen van plastisch chirurgische aard en medisch noodzakelijke circumcisie (Kamerstuk 29 689, nr. 706);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 mei 2016 inzake aanbieding van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2017 (Kamerstuk 29 689, nr. 712);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 mei 2016 inzake Zvw-pakket per 2017 (Kamerstuk 29 689, nr. 713);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 mei 2016 inzake eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet per 2017 (Kamerstuk 34 104, nr. 125);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juni 2016 inzake Planning verzamelbrief: Advies Zorginstituut over fysiotherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 719);**

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juni 2016 inzake Planning verzamelbrief: Zorginstituut (Kamerstuk 29 689, nr. 720).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Klever, Leijten, Lodders, Rutte en Voortman,

en mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Ik heet de Minister en haar ondersteuning van harte welkom, evenals de Kamerleden, onze gasten op de publieke tribune en alle mensen die dit debat op een andere manier volgen. We hebben dit AO gepland tot 12.30 uur. Omdat er om 13.00 uur in deze zaal weer een overleg staat gepland, zal ik proberen om strak aan de tijd vast te houden. Laten we daarom direct van start gaan. Elke fractie krijgt in de eerste termijn vier minuten spreektijd en maximaal twee interrupties.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. In de afgelopen jaren hebben we vaker gesproken over dingen die uit het pakket zouden gaan. Daarbij wees ik er altijd op dat dat mensen pijn doet en leidt tot tweedeling. Nu hebben we eigenlijk een debat over het toelaten van dingen tot het pakket. Neem fysiotherapie; daarbij zeggen we al jaren dat het handiger is om mensen op de been te houden in plaats van dat we hun knie vervangen als dat nog niet nodig is. Over etalagebenen is het ook vaker gegaan. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft daar specifiek naar gekeken. Het gaat nu vergoed worden, omdat zo een dure operatie wordt voorkomen. Het Zorginstituut zegt wel dat de therapie bestaat uit tussen de 29 en 46 behandelingen, dus 37 gemiddeld. Maar wat doet de Minister? Zij maximeert het aantal meteen op 37. Kan zij mij uitleggen waarom zij dat doet? Dat is toch eigenlijk een beetje half invoeren? En nu ik het over de etalagebenen heb, wil ik het ook wel over knieën hebben. Ik hoor vaak van huisartsen dat zij het goed zouden vinden als mensen fysiotherapie kregen in plaats van een nieuwe knie, maar dat mensen toch voor zo'n nieuwe knie kiezen omdat zij die fysiotherapie gewoon niet kunnen betalen. Hoe reageert de Minister daarop?

Nu de tandzorg. Voor reparaties van een gebitsprothese komt er een eigen bijdrage van 10%, met een maximum van € 45. Voor de meeste mensen is dat niet veel geld, maar voor veel ouderen is dat weer de volgende financiële drempel na de vele die er al liggen. Is de Minister bereid om van deze eigen bijdrage af te zien? Ziet zij daar ook kans toe?

Volgens een werkgroep zou geestelijke gezondheidszorg bij een somatische aandoening een integraal onderdeel moeten zijn van de behandeling van de getroffenene. We weten ook dat een ziekte als kanker veel invloed heeft op de partner en op de rest van het gezin, maar zij blijven buiten beeld. Zij moeten hun zorg zelf betalen, omdat het aanpassingsstoornissen of een trauma betreft. Zou het niet goed zijn om dat onderscheid geheel te laten vervallen?

Nu de medisch noodzakelijke plastische chirurgie. Wij hebben altijd gezegd dat als mensen zichzelf mooi willen maken, zij plastische chirurgie zelf moeten betalen, maar dat die tot het basispakket moet behoren als het om heelmaken of een medische noodzaak gaat. De Minister zet deze stap nu; een aantal behandelingen komt terug. Ik vind dat een heel goede stap. Maar laten we ook kijken naar de borstprothesen voor transgenders. Ik begrijp niet wat in de tekst van de Minister daarover staat. Door de formulering zijn er vragen bij mij gerezen. Er staat namelijk dat alleen transgenders die aplasie van de borst hebben, dus in het geheel geen borstgroei, in aanmerking komen voor een borstconstructie. Maar de kans dat iemand transgender is en die aandoening heeft, is echt nihil. Volgens

mij is het misleidend om te stellen dat dit nu wordt toegelaten. Wanneer een man een vrouw wordt en daarvoor die hele behandeling ondergaat, horen daar dan ook de borsten bij, Minister? Mevrouw Bouwmeester zei het heel treffend, volgens mij in het Algemeen Dagblad: als we voor de vrouw die man wordt ook de penis vergoeden, waarom dan niet de borsten voor de man die vrouw wordt? Ik zie mensen op de publieke tribune wat besmuikt lachen, maar het is heel wat om de stap te zetten om van man tot vrouw te worden, maar niet alles vergoed te krijgen. Ik zou graag zien dat we dit vandaag gingen regelen.

Ik heb begrepen dat er wat problemen zijn met de vergoeding van het middel Scenesse voor mensen met daglichtallergie. Wordt dat middel wel of niet vergoed uit het basispakket? Eigenlijk zou het Zorginstituut moeten bepalen wat er wel of niet wordt vergoed. Wij krijgen voorbeelden van een zorgverzekeraar die probeert om zijn verzekerden een bepaald merk dieetvoeding op te leggen. Wat vindt de Minister daarvan? Zou het Zorginstituut niet gewoon moeten bepalen wat de goede merken zijn en zouden die dan niet moeten worden vergoed?

Tot slot. Er is een oproep gekomen van mensen met een oogprothese die een ooglidcorrectie nodig hebben. Die wordt nog niet vergoed. Ook hierbij gaat het om een halve maatregel. Een ooglidcorrectie wordt vergoed vanwege de hinderlijkheid van de kwaal. Waarom doe je dat dan niet voor mensen die een oogprothese hebben? Zij kunnen anders niet zien en dit probleem kan hun wel degelijk schade opleveren in het dagelijkse leven. Ik hoor graag een toezegging van de Minister.

De heer **Rutte** (VVD):

Voor het overgrote deel was dit betoog van mevrouw Leijten heel helder. Ik weet niet of ik het in alles met haar eens ben, maar dat is nu eenmaal politiek. Ik hoorde haar wel iets zeggen over een zorgverzekeraar die aan zijn klanten een keuze voor dieetpreparaten wil opleggen. Volgens mij is daar geen sprake van. Ik ken wel een zorgverzekeraar die één dieetpreparaat wil vrijstellen van het eigen risico en alle andere dieetpreparaten gewoon beschikbaar houdt voor iedereen. Moet ik zo iets vertalen als «opleggen»?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat is natuurlijk financiële sturing. Zo iets via het eigen risico sturen, is wel degelijk opleggen. Het eigen risico is voor veel mensen een financieel probleem. Hiermee wordt een drempel opgeworpen. Ik zou het goed vinden als alle zorgverzekeraars gewoon hetzelfde waren. We hebben hier vaak discussies gehad over het verschil dat zorgverzekeraars kunnen hanteren bij het vergoeden of deels vergoeden en over de hantering van het eigen risico. Ik ben niet voor verschillen daarin. Wel ben ik er erg voor dat het Zorginstituut aangeeft wat goed is, wat kosteneffectief is en wat er in aanmerking komt, en dat alle zorgverzekeraars dat zouden volgen. Eigenlijk ligt dat in lijn met onze eerdere stellingnames over de vergoeding van geneesmiddelen en dat soort zaken. Daarbij trokken wij overigens vaak samen op met de VVD.

De heer **Rutte** (VVD):

Op dit punt zijn wij het ook niet geheel oneens. Laat er daarom geen discussie over bestaan dat ook wij het van belang vinden dat er een vergoeding is voor alle goede vormen, en in dit geval voor goede diëten. Eerst leek dat het geval te zijn, maar daarover is geprocedeerd. Laat het duidelijk zijn dat andere niet van vergoeding mogen worden uitgesloten. Maar begrijp ik het goed dat de SP het geen goed idee vindt dat patiënten kunnen kiezen voor een dieetmiddel zonder een eigen risico, terwijl zij dat eigen risico juist als probleem opwerpt? Ik snap het gewoon niet.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wij kunnen dat eigen risico ook gewoon afschaffen. Dat lijkt mij het simpelst en dan hoeven we deze discussie ook niet te voeren en is er voor niemand meer zo'n financiële drempel. Dat is voor ons de ultieme remedie. Ik vind dit soort sturen op financiële gronden gewoon niet de juiste weg, ook omdat daar de suggestie in zit dat het ene middel beter is dan het andere. Verder weten we niet of deze zorgverzekeraars dit niet doet vanwege bepaalde financiële arrangementen. Dat komt de transparantie van de zorgmarkt, die immers zo transparant mogelijk moet zijn, allemaal niet ten goede. Het Zorginstituut kijkt hiernaar. Als dat zegt dat een bepaald dieetmiddel goed is, vind ik dat die voeding voor iedereen gewoon gelijkkelijk toegankelijk moet zijn.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Voorzitter. Het is goed nieuws dat er behandelingen voorwaardelijk tot het pakket zijn toegelaten, zoals de herniabehandeling PTED (Percutaan Transforminale Endoscopische Descectomie) en het geneesmiddel Fampyra. Wij hebben daar al eerder voor gepleit. Dit jaar pleit de PVV-fractie voor het geneesmiddel Orkambi voor kinderen met taaislijmziekte of cystische fibrose (CF). Het Zorginstituut Nederland heeft vanwege de kosten een negatief advies over het middel uitgebracht, hoewel het effectief is bij een bepaalde groep kinderen met CF. Ongeveer 50 kinderen vanaf 12 jaar krijgen het middel nu, terwijl er ongeveer 500 voor in aanmerking komen. Een brief van een moeder typeert het dilemma goed. Ik citeer er een paar zinnen uit: «Wij, patiënten, ouders, vrienden en familie, voeren acties om te zorgen dat er medicijnen worden gevonden voor CF. Nu is er zo'n medicijn, en toch moeten onze kinderen sterven omdat het te duur is. Zijn onze kinderen dan minder belangrijk dan de vreemdelingen waarmee ons land overspoeld wordt? Is hulp aan onze kinderen minder belangrijk dan hulp aan het buitenland? Kijk eens goed naar uw eigen burgers. Wij geven steeds weer en krijgen niks retour. Wilt u hierover nadenken en onze kinderen een kans op leven geven?»

Was getekend: «Een geboren en getogen belastingbetaler van Nederland». Mijn fractie vraagt de Minister naar deze burgers te luisteren en hun kinderen niet – letterlijk! – te laten stikken. Hoe staat het met de onderhandelingen met de fabrikant? Heeft de Minister al met andere landen in Europa overleg gevoerd? Is het middel ergens goedkoper en zouden we het dan daarvandaan kunnen importeren? En de belangrijkste vraag: is er voor die 500 kinderen hoop dat Orkambi zo spoedig mogelijk wordt vergoed? Graag een reactie van de Minister.

Ik vroeg twee jaar geleden aandacht voor patiënten met ernstige reuma en de ziekte van Bechterew. Fysiotherapie helpt hen mobiel te blijven zonder al te veel pijn. Het is goed nieuws dat mensen met etalagebenen nu wel fysiotherapie vergoed krijgen, maar voor de genoemde kwetsbare groep is dat nog niet het geval. Waarom schuift de Minister deze beslissing telkens voor zich uit? Bij de Voorjaarsnota was er opnieuw een meevaller op het gebied van de fysiotherapie. Zet die dan in om fysiotherapie voor reuma weer in het pakket op te kunnen nemen! Nu het kabinet toch cadeautjes aan het uitdelen is, kan het deze groep toch niet opnieuw met lege handen laten staan?

Als er nieuwe behandelingen het pakket instromen, is het logisch dat verouderde of niet langer effectieve behandelingen uitstromen. Ik zet wel vraagtekens bij het stopzetten van de vergoeding voor langdurige antibiotica bij de ziekte van Lyme. Is dat in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Lyme patiënten gebeurd? Wat hebben chronische lymepatiënten voor alternatief? Welke oplossing biedt de Minister aan deze patiënten? Is de Minister op de hoogte van het feit dat patiënten inmiddels weer nieuwe acties en petitieën zijn gestart om handtekeningen te verzamelen? Het Burgerinitiatief Ziekte van Lyme is twee jaar geleden in de Kamer behandeld. De initiatiefnemers is toen een kennis- en behandelcentrum beloofd. Hoe staat het met dat onafhankelijke expertisecentrum?

De Minister wil de mogelijkheid voor zorgverzekeraars verruimen om behandelingen buiten het eigen risico te houden. Daar is de PVV-fractie geen voorstander van. Dit is namelijk sturen op geld, en niet op kwaliteit. Het is een soort variant op de budgetpolis. Hoe kan de Minister dat aanmoedigen? Wie het kan betalen, gaat dan voor de beste behandeling. Wie krap zit, kiest noodgedwongen voor goedkoop. De zorg hoort zo niet in elkaar te zitten. Het eigen risico moet in zijn geheel gewoon omlaag, voor alle behandelingen en voor alle patiënten. Tot slot heb ik nog een mededeling. Vanwege het plenaire debat over Groningen moet ik deze vergadering helaas voortijdig verlaten. Uiteraard wordt er wel meegelisterd naar de antwoorden van de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Ook dit jaar is het verzekerde pakket weer uitgebreid, waardoor er meer zorg wordt vergoed. Door de inzet op een stringent pakketbeheer en het tegengaan van verspilling is eveneens voorkomen dat het pakket wordt verkleind of dat de premie fors omhooggaat. Wij hebben in Nederland dus een robuust, solidair en breed basispakket dat voor iedereen toegankelijk is, ongeacht leeftijd, inkomen of gezondheid. Dat is een groot goed.

De Partij van de Arbeid maakt zich wel zorgen over de signalen die haar bereiken over het tekort aan aandacht voor de mens achter de ziekte, voor psychosociale zorg voor een patiënt en zijn omgeving. Wij hebben al eerder aandacht gevraagd voor het goede gesprek met de arts en zorgverlener, zodat samen kan worden besproken welke behandeling het best bij iemand past. Natuurlijk is de aandacht voor de somatische kant van een behandeling ontzettend belangrijk, maar er moet meer aandacht komen voor de mens achter de ziekte. Die mens achter de diagnose mag niet worden vergeten. Psychosociale zorg voor, tijdens en na een behandeling draagt bij aan het algehele welzijn en voorkomt dat er problemen verergeren. Het is vreemd dat iemand na een herseninfarct wel nazorg krijgt, en de familie dan bijvoorbeeld welkom is om ervaringen te delen, terwijl dat bij een heftige kankerbehandeling niet altijd zo is geregeld; en dat terwijl het allebei levensbedreigende aandoeningen kunnen zijn, die een impact hebben op de patiënt en diens omgeving. Ik vraag de Minister hoe de mens achter de ziekte weer centraal kan komen te staan. Wat hebben een patiënt en een zorgverlener nodig om dat te bereiken? Wat kan er worden geleerd uit goede voorbeelden, bijvoorbeeld die van de neurologen bij cerebrovasculair accident (CVA)? Welke mogelijkheden ziet de Minister om samen met het veld tot aanpassingen van de zorgrichtlijnen te komen, zodat de medische behandeling, het goede gesprek en de nazorg worden geïntegreerd, waardoor het voor zorgverleners vanzelfsprekend wordt om een patiënt als één geheel te zien en zij de ruimte en mogelijkheid krijgen om zorg als geheel te bieden? Nu de uitbreiding van het pakket, en vooral het proces daarvan. Uitbreiding is uiteraard altijd goed, maar het is voor de Kamer niet inzichtelijk hoe en waarom het Zorginstituut bepaalde keuzes bij zijn advisering maakt. Het lijkt de Partij van de Arbeid daarom goed als de Kamer volgend jaar, voor de bespreking van het pakket, in gesprek gaat met het Zorginstituut. Wij vragen de Minister op welke manier er door VWS en het Zorginstituut meer openheid kan worden gegeven over de aanvragen die worden gedaan met betrekking tot de in-of-uit-het-pakketbeoordeling. Dat is namelijk een nog onduidelijk geheel. De Partij van de Arbeid vraagt zich ook af of het klopt dat niet alleen het Zorginstituut beoordeelt welke behandeling er wordt gegeven, maar dat de zorgverzekeraars daar ook een rol bij hebben. Hoe wordt gelijkheid geborgd als zorgverzekeraars ook zouden beoordelen welke behandeling, medicatie of hulpmiddel moeten worden vergoed? En hoe vaak vindt dat dan plaats? Waar ligt daarbij de scheidslijn? Wanneer laat je het Zorgin-

stituut, een onafhankelijk instituut, onderzoek doen en wanneer doen de zorgverzekeraars dat? Graag een reactie van de Minister.

De Minister is eveneens voornemens om vermindering van het eigen risico in te zetten als sturingsinstrument voor de zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg. Daarbij worden dieetpreparaten als voorbeeld genoemd. Het is op zich prima om mensen korting op het eigen risico te geven als zij naar een voorkeursvariant gaan, maar daarbij is de grote vraag hoe die voorkeursvariant wordt bepaald. Wij vragen de Minister of zij kan garanderen dat de voorkeursvariant wordt bepaald door het oordeel van de patiënt en zijn zorgverlener. Dan is de kwaliteit namelijk leidend en wint er niet een ordinaire prijsvechter.

Nu de inhoud van het pakket. De Kamer heeft een aantal lobbybrieven met verzoeken gekregen. De transgenders werden zonet genoemd. Ik vraag de Minister wie er wel een borstprothese krijgt en wie niet; wordt dat bepaald door de richtlijn, door een dokter of door de zorgverzekeraar? En hoe terecht is de angst van de transgendervereniging? Ik rond af, want mijn tijd is om. Er zijn al vragen gesteld over fysiotherapie en etalagebenen. Waarom heeft de Minister daarbij gekozen voor 37 behandelingen?

De heer **Rutte** (VVD):

Mevrouw Bouwmeester zei iets over de wijze waarop verzekeraars de voorkeurszorg zouden kunnen bepalen. Hoe kom je bijvoorbeeld tot de keuze voor een bepaald dieetpreparaat? Zij zei dat dat uiteindelijk de zorgverlener of diëtist moet zijn, samen met de patiënt. Ik denk dat ik namens de hele Kamer kan zeggen dat wij over dit onderwerp heel hard zijn belobbyd door een van de dieetpreparaatbedrijven. Van patiëntenverenigingen en diëtisten kwam exact hetzelfde verhaal onze kant op. Als wij tegen zorgverzekeraars zeggen dat zij altijd een bepaalde zorg moeten verlenen en de patiënt daarbij ook aan tafel zetten, is het mijn angst dat wij uiteindelijk met dat ene bedrijf aan tafel komen te zitten dat dat voorkeursbeleid misschien wel niet wil. Hoe voorkomen wij dat?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik begrijp deze vraag van de heer Rutte. Wij hebben allemaal die brief van Nutricia gehad, dat dit anders wil en daar heel hard op inzet. De Stuurgroep Ondervoeding maakt zich ernstige zorgen over het effect: als mensen naar een bepaald dieetpreparaat worden gestuurd, komt namelijk de medicatiegetrouwheid in gevaar, waardoor de behandeling weer in gevaar komt en mensen niet sneller gezond worden. Wij willen graag dat niet de zorgverzekeraar op basis van het prijskaartje bepaalt wat de voorkeursvariant is en waar men korting op krijgt. Wij willen ook dat de zorgverzekeraar rond de tafel gaat zitten met patiënten en patiëntenverenigingen, in dit geval de Stuurgroep Ondervoeding, en ook met zorgverleners om te bekijken wat het beste middel is, of middelen uitwisselbaar zijn of niet – waar ook discussie over is – en of er bij bepaalde aandoeningen een voorkeursvariant kan worden aangewezen. Zo ja, dan gaat het om een service van patiënten aan andere patiënten en is het mooi als er daarvoor korting kan worden gekregen. Maar wij vinden het ongewenst als alleen de prijs bepalend zou worden en een zorgverzekeraar zou kunnen zeggen dat hij er drie uitkiest omdat die goedkoop zijn, en dat mensen anders geen korting krijgen. Daarom ook vroeg ik de Minister hoe zij kan garanderen dat de kwaliteit leidend wordt, en niet de prijs.

De heer **Rutte** (VVD):

In dat geval hoop ik dat mevrouw Bouwmeester het met mij eens is dat we moeten zien te voorkomen dat hierdoor juist de bedrijven aan die tafel komen te zitten, en niet de patiënten. Daarin zit mijn zorg namelijk.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat is een terechte zorg. Je moet er natuurlijk voor zorgen dat er onafhankelijke patiënten aan tafel komen te zitten; dus geen patiënten die helemaal door het bedrijfsleven zijn geprept en daardoor gaan zeggen dat product A van bedrijf B het beste is, maar patiënten met echte ervaring. Vanmiddag hebben we een algemeen overleg over de positie van patiëntenorganisaties. Die moeten worden versterkt en onafhankelijk zijn. Dit is een terechte zorg, dus uw opmerking was terecht.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wij hebben het er bij het pakket altijd over dat de bewezen effectieve en de goedkoopst mogelijke zorg moet worden toegelaten. Tegelijkertijd zeggen wij altijd dat preventie ontzettend belangrijk is. Dat hoor ik in ieder geval de Partij van de Arbeid in ieder debat zeggen. Wat zou de Partij van de Arbeid ervan vinden om preventie, als de effectiviteit daarvan is bewezen, automatisch in het basispakket in te laten stromen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Wij zijn zeer groot voorstander van preventie, want voorkomen is beter dan genezen; zeker als die preventie bewezen effectief is. Soms gaat het daarbij om practicebased, en dat mag ook allemaal. Wij pleiten daar op meerdere gebieden voor. Vorig jaar hebben wij bijvoorbeeld gepleit voor een betere ondersteuning van de KOPP- en KOV- kinderen, de kinderen van ouders met psychiatrische problemen en de kinderen van verslaafde ouders. We hebben er lang over gediscussieerd, maar als je hun preventief aandacht geeft, voorkomt dat problemen. Dat wordt nu ook geregeld. Dat was een toezegging in het AO van vorig jaar over het pakketbeheer, waar wij heel blij mee zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Zouden wij de Minister dan niet samen moeten vragen of zij het Zorginstituut wil vragen om zaken op te nemen als Vallen Verleden Tijd, over valpreventie voor ouderen? Zou dat geen goed idee zijn? Dat is namelijk altijd het voorbeeld: de val wordt wel vergoed, maar voorkomen doen we hem niet, terwijl het bewezen is dat dat wel kan. Zou de Partij van de Arbeid samen met de SP dat initiatief willen nemen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Op zich zou ik dat initiatief heel graag nemen met de SP en met de andere partijen die dat willen. Mijn collega Agnes Wolbert doet bij ons de preventie. Volgens mij is zij hiervoor al opgetrokken met Pia Dijkstra, dus heeft zij dit al gedaan. Ik vind dat we moeten bekijken hoe we preventie zo goed mogelijk kunnen regelen. Voor valpreventie is er een fantastische, echt indrukwekkende innovatie gevonden. Ik ben dus zeer bereid om daarnaar te kijken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Dit is ons jaarlijkse gesprek over het pakketbeheer. Andere leden hebben al gezegd dat er altijd wordt gestreefd naar een heel evenwichtig pakket. Er komen altijd weer dingen bij, soms moet er wat uit. Er kan nooit iets uit zonder dat we daar een discussie over hebben. Ik wil deze keer beginnen met iets wat ook vorig jaar hoog op ons prioriteitenlijstje stond: psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen. De Minister stelt dat die een onderdeel moet zijn van de integrale behandeling, bijvoorbeeld bij kanker. D66 is dat helemaal met de Minister eens, want psychosociale zorg is inderdaad een heel belangrijk onderdeel van die behandeling. Maar anderen hebben het al gezegd: die zorg is ook erg belangrijk ná de behandeling. Misschien is hij al belangrijk vóór de behandeling, maar na de behandeling, als iemand gaat re-integreren, moet de juiste psychische begeleiding ook mogelijk blijven. Vorig jaar

hield ik in eenzelfde debat een betoog om ook de aanpassings- en gedragsstoornissen in het pakket op te nemen. De vraag hiernaar uit het veld is onverminderd groot. Het voorstel van KWF Kankerbestrijding van een twee jaar durende pilot binnen de ggz vind ik eigenlijk wel heel mooi. Hoe kijkt de Minister daartegenaan? Voelt zij ervoor om die pilot uit te voeren?

Het volgende is ook al aan de orde geweest. Op 3 mei presenteerde het Zorginstituut goed nieuws: het plaatsen van borstprothesen zou worden vergoed uit het basispakket. Daar heeft mijn fractie al sinds 2009 voor gepleit. Elke keer hebben we dit onderwerp van de vergoeding voor secundaire geslachtskenmerken, zoals borsten voor transgenders, weer opgebracht, evenals andere partijen. Maar net als mijn collega's wil ik graag helderheid over hoe we dit precies moeten zien. Klopt het dat vrouwen zonder borstvorming en transgenders met een vergelijkbare situatie in aanmerking komen voor een borstprothese? Kort gezegd: wat betekent dit? Als het alleen om transvrouwen met aplasie zou gaan, zou het geen enkel effect hebben. Ik wil hier van de Minister graag helderheid over.

Ik ga verder met de fysiotherapie. Vorig jaar sprak ik al over de stepped care: zorg ervoor dat de verkeerde prikkels uit het systeem gaan en de duurste zorg, die niet per se de effectiefste is, ook niet de aantrekkelijkste is. Ik sluit mij aan bij de woorden van mevrouw Leijten hierover. Welnu, voor de etalagebenen wordt nu een eerste stap gezet. Maar voor andere aandoeningen als reuma en CLPD (Chronische Polymorfe Lichtdermatose) moeten we nog op nieuwe adviezen wachten, die pas in 2017 komen. Ik vraag de Minister of er een mogelijkheid is om het tempo wat op te voeren.

Nu de mondzorg. Eerst moest je voor de ene gebitsprothese wel een eigen bijdrage betalen en voor de andere niet. De Minister maakt dit nu gelijk door voor alle soorten een procentuele bijdrage te vragen. Die eigen bijdrage blijft echter ook gelden als er een kleine reparatie of aanpassing moet plaatsvinden. Ik zie daardoor echt een enorme toename van de administratieve lasten komen, terwijl we die juist overal wilden vermindern. We bekijken overal hoe we de zaken minder belastend kunnen maken. Ik hoor graag van de Minister hoe zij daartegen aankijkt.

Ik denk dat we vandaag allemaal wel zo'n beetje dezelfde punten hebben. Ik ga nu verder over de dieetpreparaten. De Minister gaat het Besluit zorgverzekeringen zo aanpassen dat verzekeraars een breder voorkeursbeleid mogen gaan voeren. Ik begrijp heel goed dat de fabrikanten hier – om het maar even zacht te zeggen – niet zo gelukkig mee zijn. Ik vind het wel opvallend dat diëtisten zich hierover zorgen maken. Zij zijn bang dat de therapietrouw lastig wordt bij een preferentiebeleid. Het ging er daarnet al over en ik snap het allemaal wel. We hebben een lijst van de zorgverzekeraars gezien. In het preferentiebeleid zien we alleen maar aanbod van één fabrikant komen. Het is net zoals bij muesli. Ik mag natuurlijk geen merken noemen, maar iemand vindt het ene merk wel lekker en het andere niet. Ik ben benieuwd wat de Minister daarvan zegt. Ik rond af, maar het volgende wil ik nog wel heel graag even gezegd hebben. De Minister heeft toegezegd dat zij gaat kijken naar de rol en de bijdrage van zorgverzekeraars bij het opbouwen van een bestand met potentiële stamceldonoren. Dit gaat maar om weinig. Ik vraag me af of dit een onderdeel van het pakket kan worden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik begrijp goed dat ook D66 zich zorgen maakt over het voornemen om via het eigen risico te gaan sturen. Is D66 het eens met de Partij van de Arbeid dat vergoedingen zouden moeten plaatsvinden op basis van een kwalitatieve beoordeling en dat er bijvoorbeeld bij de dieetpreparaten geen ordinaire prijsvechter zou moeten kunnen winnen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb er wat meer vertrouwen in dat een zorgverzekeraar ook op kwaliteit inzet. Ik kan me best voorstellen dat een zorgverzekeraar op een gegeven moment alle zaken afweegt en zegt: ik heb een breed aanbod, waarin er voor elke smaak wat is. Ik heb daar niet zo veel problemen mee. Door die voorkeur kan er tegen een lagere prijs worden ingekocht. Dat is voor iedereen goed, ook voor de patiënt, die het dan niet van het eigen risico af ziet gaan. Op zich vind ik dat niet het probleem. Wel vind ik het volgende een probleem. Een breed aanbod gaat ook over wat ik net als voorbeeld gaf: verschillende merken kunnen verschillende smaken hebben. En daarbij gaat het om therapietrouw, iets wat wij graag zien. Ik ben dat helemaal eens met de diëtisten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Nu ben ik toch een beetje in verwarring geraakt. Mevrouw Dijkstra zegt eigenlijk dat zij gelooft dat zorgverzekeraars zelf de kwaliteit kunnen beoordelen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Mét de patiënt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat wilde ik horen, want dat is belangrijk.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik weet dat zorgverzekeraars met diëtisten en patiënten...

De **voorzitter**:

Misschien mag mevrouw Bouwmeester nu even haar punt afmaken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Het punt is: wilt u dan ook de garantie hebben dat die kwalitatieve beoordeling door zorgverleners en patiënten wordt gedaan, en dat er tegelijkertijd een breed aanbod beschikbaar blijft, omdat er verschillen in kunnen zitten en de ene persoon nu eenmaal wel tegen bepaalde producten kan en de andere niet? Begrijp ik u zo goed?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dat begrijpt u helemaal goed.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik wilde nog weten of mevrouw Dijkstra ook vindt dat de kwaliteit niet alleen door de zorgverzekeraars, maar ook door zorgverleners en patiënten wordt bepaald. Zij heeft inmiddels een helder antwoord op die vraag gegeven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Om te beginnen zeg ik dat ik het voorstel van mevrouw Dijkstra over stamceldonoren heel interessant vind. Ik ben dus zeer benieuwd naar de reactie van de Minister erop.

Voor GroenLinks is solidariteit een belangrijke pijler onder ons zorgstelsel. Wij onderstrepen daarom ook dat het belangrijk is om het verzekerde pakket goed te bewaken. Wij vinden wel dat het eigen risico geen middel is om mensen naar bepaalde vormen van zorg te dringen. Daarom maken wij ons zorgen over de manier waarop de Minister zorgverzekeraars toch de mogelijkheid wil geven om mensen via differentiatie van het eigen risico naar bepaalde aanbieders van zorg of hulpmiddelen te sturen. Wij zien hierin echt een beperking van de keuzevrijheid van mensen. Het eigen risico is er namelijk om mensen zich te laten afvragen of zij deze zorg echt nodig hebben. Het gaat hier om mensen die bepaalde zorg echt

nodig hebben maar via het eigen risico toch worden gedwongen om een bepaalde keuze te maken.

GroenLinks staat positief tegenover het voornemen om bepaalde plastisch-chirurgische behandelingen weer op te nemen in het pakket, met goede afbakening van de groep mensen die toegang ertoe heeft. In sommige situaties gaat het hier inderdaad niet om luxe zorg. Bij de afbakening van de aanspraken zetten wij nog wel wat vraagtekens, bijvoorbeeld als het gaat om ooglidcorrecties, die worden vergoed als mensen gezichtsverlies hebben. Dit geldt niet voor mensen met een oogprothese, hoewel die daarvan wel degelijk hinder kunnen ondervinden in het dagelijks leven. Is de Minister bereid om naar de bezwaren van deze mensen te luisteren?

Dan de afbakening van plastische chirurgie voor transgenders. In het voorstel van de Minister komen alleen transvrouwen met een vergelijkbare positie als die van vrouwen met aplasie – die geen borstgroei hebben – in aanmerking voor de vergoeding van borstimplantaten. U weet natuurlijk dat GroenLinks voorstander is van het gelijk behandelen van gelijke gevallen, maar de achtergrond van transvrouwen is wel degelijk anders. Het is een goed af te bakenen groep. Wij zien daarom graag dat de behandeling van secundaire geslachtskenmerken nu eindelijk wordt vergoed. Volgens het College voor de Rechten van de Mens en het VN-Vrouwenrechtencomité is er veel te zeggen voor het vergoeden van borstimplantaten voor transvrouwen. Daarnaast geldt dat dit in veel van de ons omringende landen wel wordt vergoed. Het gaat verhoudingsgewijs om een kleine uitgave, die de kwaliteit van leven van deze vrouwen echt kan verbeteren. Ook gaat het om een klein bedrag per jaar in vergelijking tot andere behandelingen uit het verzekerd pakket. Het kost dus weinig maar levert veel op. Wij willen graag dat transgenders ook voor secundaire geslachtskenmerken een beroep kunnen doen op het basispakket. Laten we ermee beginnen om bij de zorg die nu wel is toegelaten, de groep niet zo af te bakenen dat er alsnog veel mensen buiten zullen vallen.

Ik heb eerder vragen gesteld over de vergoeding van het exoskelet. Onlangs ben ik op werkbezoek geweest bij de Sint Maartenskliniek.

De voorzitter:

Wilt u uw laatste zinnen herhalen, mevrouw Voortman? Die vielen precies tijdens het luiden van de plenaire bel.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ik heb eerder vragen gesteld over de vergoeding van het exoskelet. Onlangs ben ik op werkbezoek geweest bij de Sint Maartenskliniek. Ik heb daar zelf gezien hoe Claudia met het exoskelet weer kon lopen. Dat leverde haar zo enorm veel op, en niet alleen op sociaal gebied. Het was ook beter voor haar ademhaling en ze had veel minder uitstralingspijn, waardoor de kans op doorligplekken of andere complicaties een stuk kleiner was. Het Zorginstituut onderzoekt nu hoe de afbakening tussen de Wmo en de Zorgverzekeringswet kan worden geregeld. Hoe staat het met dat onderzoek? Is de Minister ook bereid te bekijken hoe het exoskelet wel beschikbaar kan komen voor een kleine, beperkte groep, zeker als uit het onderzoek van het Zorginstituut blijkt dat dit ook zorg op basis van de Zorgverzekeringswet is? Er moet dus ook worden bekeken hoe de vergoeding van innovatieve hulpmiddelen kan worden verbeterd.

De heer Rutte (VVD):

Voorzitter. Heel wat mensen maken zich zorgen of zij ook daadwerkelijk zorg zullen krijgen als zij die nodig hebben. Hoewel het verzekerde pakket jaar op jaar wordt uitgebreid, vaak met zeer dure nieuwe behandelingen – vaak zien we dat niet; nieuwe geneesmiddelen stromen vaak automatisch het pakket in – blijft maar het beeld bestaan dat het pakket steeds vaker

wordt uitgekleed. Er doen bepaalde mythen de ronde. Vooral hardnekkig is de mythe dat fysiotherapie recent uit het pakket is gehaald. De werkelijkheid is dat fysiotherapie al in de tijd van het ziekenfonds uit het pakket is verdwenen. Dat laat maar weer eens zien hoe hardnekkig bepaalde mythen kunnen zijn. Vandaag is toch een bijzondere dag, want wij mogen opnieuw praten over een pakket dat wordt uitgebreid. Ook nu, voor het tweede jaar achtereen, komen er nieuwe verrichtingen in. Die zijn voor een heel groot deel al langsgelopen: cosmetische chirurgie bij medische noodzaak, fysiotherapie bij etalagebenen en verlenging van de mogelijkheid voor een aanspraak op het vervangen van een fronttand van 17 jaar naar 22 jaar.

We regelen ook iets wat de VVD heel belangrijk vindt en wat integraal onderdeel uitmaakt van de aanpak Kwaliteit loont: er komen vrijstellingen voor bepaalde vormen van zorg zoals preventieve programma's en dieetvoeding. Patiënten die gebruikmaken van een voorkeursvorm van zorg hebben hiermee een financieel voordeel waardoor het voor verzekeraars loont om kwalitatieve en betaalbare zorg gericht in te kopen. De VVD is daar heel erg voor, want de VVD knokt voor een breed en betaalbaar basispakket voor iedereen.

Wat in dat kader misschien nog het allerbelangrijkste is maar waarover niemand het nog heeft gehad, is het stringente pakketbeheer. Het is echt indrukwekkend hoe het Zorginstituut, zonder het pakket uit te kleden maar gewoon door het zorgpad van de patiënt heel kritisch te volgen, inmiddels al 47 miljoen euro uit twee behandelingen heeft weten te halen. Dat gaat de komende jaren door. Daardoor wordt het pakket niet kleiner, maar neemt de kwaliteit ervan toe en weten we de betaalbaarheid voor iedereen in stand te houden. Dat is gewoon heel erg goed.

De uitbreidingen in het pakket dit jaar zijn goed uit te leggen. Het is ook gewoon goed dat er weer een vergoeding komt voor cosmetische chirurgie voor de gevallen zoals beschreven. Hoe monitort de Minister dat het ook daadwerkelijk bij deze gevallen blijft? Hoe voorkomen we misbruik, zoals dat in het verleden misschien plaatsvond, en welke mogelijkheden heeft de Minister om in te grijpen als dat nodig is? Kan dat eventueel ook snel? Ik hoop niet dat het zover komt, maar we moeten er wel naar kijken. Het is ook harstikke goed dat we de kostenefficiënte inzet van fysiotherapie bij de behandeling van etalagebenen mogelijk maken. Dat is een heel mooi voorbeeld van de verschuiving van de ziekenhuiszorg naar de eerste lijn. We zijn daar blij mee. Weten wij zeker dat de vaatchirurgen nu stoppen met deze behandelingen? We genereren de echte voordelen pas indien we zeker weten dat de vaatchirurg na de fysiotherapeutische behandeling niet alsnog dit of iets vergelijkbaars gaat doen om het gat op te vullen. Hoe kunnen we dat monitoren?

De VVD is zoals gezegd een groot voorstander van de inzet van het schrappen van het eigen risico bij bepaalde vormen van gecontracteerde zorg. Dat maakt onderdeel uit van de belangrijke kwaliteitsagenda en betaalbaarheidsagenda Kwaliteit loont. Het is wel van belang dat er keuzevrijheid blijft en dat de keuze bij de verzekeraar niet wordt beperkt tot slechts het voorkeursproduct. Kan de Minister dat waarborgen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Het punt is natuurlijk wel dat mensen, zeker mensen met een kleine portemonnee, een afweging gaan maken: dit leidt wel tot aanspraak op het eigen risico maar dat niet. Mensen kunnen dus wel degelijk om financiële redenen een andere keuze maken. In hoeverre is hier dan nog sprake van echte keuzevrijheid?

De heer **Rutte** (VVD):

Mensen krijgen meer keuze. Als we niets doen, betaalt iedereen het eigen risico, ook de mensen die het financieel krap hebben over wie mevrouw Voortman zich zorgen maakt. Deze mensen krijgen, zoals iedereen, de

keuze uit een product zonder eigen risico en een product met eigen risico, want dat laatste blijft bestaan. Er komt dus niet minder keuze, maar meer keuze. Voor mensen met minder geld is dit misschien wel een voordeel waarmee zij heel blij zijn. Ook daarom kan dit, juist ook voor deze mensen, een enorm goede ontwikkeling zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

De zorgverzekeraar bepaalt welk product niet en welk product wel een eigen risico krijgt. Daarmee bepaalt de zorgverzekeraar dus wel degelijk wat financieel aantrekkelijk is en wat niet. Dat is het punt dat ik wil maken: dat dit wel degelijk gevolgen heeft voor de keuzevrijheid van mensen met een kleine portemonnee. Ik vind het jammer dat de VVD-fractie dit niet ziet.

De heer **Rutte** (VVD):

Dit debatje hebben wij eerder gevoerd. Dit blijft natuurlijk een rare denkkronkel bij GroenLinks en andere partijen die dit niet willen. Als wij niets doen, moet iedereen het eigen risico betalen. Dat is de situatie die er nu is, waarin iedereen in het nadeel is. Het enige wat wij realiseren is de mogelijkheid van een financieel voordeel, maar niet de plicht om daarvoor te kiezen. Ik heb eerder een vergelijking getrokken die ik nu weer zal trekken. In een dorp staat een Albert Heijn. Vervolgens zegt de gemeente dat er geen Lidl naast mag komen omdat mensen met weinig geld dan verplicht boodschappen moeten doen bij de Lidl. Dat is natuurlijk onzin. Er komt gewoon meer keuze en meer aanbod. Er komt een iets ander aanbod. Mensen kunnen daarvoor kiezen en daarmee financieel voordeel behalen, maar hoeven dat niet. Dat vind ik ook essentieel, want de brede keuze moet wel blijven bestaan.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Je kunt natuurlijk ook een andere route kiezen als je vindt dat de zorg toegankelijk moet zijn voor mensen met een kleine beurs, namelijk het verlagen of afschaffen van het eigen risico. Ik vind het heel gek dat de VVD propageert dat dit de keuzevrijheid bevordert, terwijl het natuurlijk gewoon een sturingsmechanisme op financiën is en niet meer op inhoud. Gaat u daar nu eens op in, mijnheer Rutte. Waarom zouden mensen die het eigen risico niet kunnen betalen, gestuurd moeten worden op financiën, terwijl mensen die het wel zouden kunnen betalen daar niet op worden gestuurd?

De heer **Rutte** (VVD):

Volgens mij geldt de mogelijkheid om het eigen risico kwijt te schelden en de mogelijkheid om daarvan te profiteren voor iedereen. Iedereen mag ervan gebruikmaken. Het is dus niet beperkt tot mensen met weinig geld. Wie meer geld heeft en dit een goed aanbod vindt waarvan hij wil gebruikmaken, kan er ook van profiteren. Daar is niets mis mee.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wij weten allemaal dat sturen op financiën voor bepaalde groepen aantrekkelijker is dan voor andere. We hebben dat ook gezien bij de budgetpolis. Wie kozen daarvoor? Over het algemeen waren dat mensen die de andere premie niet konden betalen en te kampen hadden met grote gevolgen doordat ze moesten bijbetalen voor zorg. Ik vind het gek dat de VVD dit keuzevrijheid noemt, terwijl het keuzedwang oplevert. Vindt de VVD-fractie nu werkelijk dat dit de juiste weg is in het zorgstelsel?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik kan dit totaal niet volgen. Ik snap totaal niet waarom we spreken van keuzedwang als je kunt kiezen tussen een dieetpreparaat of een preventieprogramma zonder eigen risico en een product met eigen risico, terwijl je

anders altijd voor het eigen risico zou moeten kiezen. We dwingen niemand. Iedereen mag kiezen. Wie kiest, heeft daar op dat moment een financieel voordeel bij. Je hoeft echter niets te kiezen. Als we het niet veranderen – ik zeg het nogmaals – dan heeft iedereen alleen een nadeel. Ik hoor allerlei partijen zich teweerstellen tegen het voordeel van mensen, ook het voordeel van mensen met een kleine beurs. Ik vind dat onbegrijpelijk.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Volgens mij blijkt nergens uit dat mensen met een laag inkomen zich onderverzekeren, maar juist dat zij zich oververzekeren. Dat is iets waaraan we wat moeten doen, maar daar gaat het debat vandaag niet over. Wij willen graag dat als mensen kunnen kiezen en korting krijgen bij een bepaalde keuze, zij kunnen kiezen tussen goed en goed. We willen voorkomen dat je toch het risico loopt dat je minder kwaliteit krijgt, maar daarop wel korting krijgt. Op welke manier moet volgens de heer Rutte worden gegarandeerd dat korting op het eigen risico alleen wordt aangeboden wanneer mensen kunnen kiezen tussen goed en goed?

De heer **Rutte** (VVD):

Volgens mij is het nu een ruim een jaar geleden dat de Minister van Volksgezondheid kwam met de uitgebreide agenda Kwaliteit loont. Die agenda was nodig om ervoor te zorgen dat de zorg in Nederland betaalbaar blijft en we tegelijkertijd de kwaliteit heel hoog houden. Sterker nog, de agenda richt zich op verlaging van de kosten, juist door te sturen op kwaliteit. De VVD is, volgens mij net als de Partij van de Arbeid, een groot voorstander van die agenda. Die steunen wij. Daarvan maakt dit onderdeel uit. De verzekeraar mag en kan inkopen en kan sturen. Geen enkele verzekeraar in ons land kan en mag inferieure zorg inkopen. Dat mag helemaal niet. De producten die worden gekozen voldoen dus aan alle kwaliteitscriteria.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dan hebben wij het over de definitie van «goed». Wat is goed en wie bepaalt wat goed is? Wij zeggen dat goede zorg passende zorg is. Passende zorg is zorg waarover is gesproken door patiënten en zorgverleners. Wat zijn de wensen en noden en wat past dan bij iemand? Dat moet niet objectief in een kamertje op basis van cijfers worden beoordeeld, maar juist op kwaliteit, waarbij de ervaring van mensen moet worden meegenomen. Vindt de heer Rutte het net als de PvdA belangrijk dat het oordeel over wat «goed» is, samen met de mensen wordt geveld en niet alleen op basis van cijfers of financiën?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik vind dat wij in de Kamer niet op detailniveau moeten treden in het oordeel van de verzekeraar. De verzekeraar heeft een rol ten opzichte van zijn eigen klanten om kwalitatief goede zorg in te kopen. Dat is een wettelijke plicht. Er wordt ook op toegezien dat hij dat doet. Ik vind het onverstandig als wij op detailniveau invullen hoe de verzekeraar dat moet doen, welke stappen hij daarbij moet zetten et cetera. Dat lijkt mij onverstandig. We moeten dat niet doen. Als we het op dat detailniveau moeten uitwerken, ben ik het daar dus niet mee eens.

De **voorzitter**:

De heer Rutte was aan het einde van zijn betoog gekomen. Ik geef als laatste spreker van de kant van de Kamer het woord aan mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Wij zijn vandaag bijeen om te praten over de samenstelling van het pakket in 2017. Het is mooi om te zien dat we het pakket dit jaar weer kunnen uitbreiden. Er vinden ook andere zaken plaats, zoals de overheveling van het eerstelijnsverblijf naar de Zorgverzekeringswet. De uitvoering van die overheveling baart de CDA-fractie op een aantal punten nog zorgen. De Minister kiest er in het kader van deze overheveling voor om het eerstelijnsverblijf samen te voegen met de geriatrische revalidatiezorg. Ik heb daarover een aantal vragen. Waarom heeft zij ervoor gekozen om de budgetten van de geriatrische revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf samen te voegen? Wat is volgens haar de meerwaarde daarvan? Daarnaast hebben we de afgelopen jaren gezien dat er heel veel onzekerheid is geweest over de uitvoering van het eerstelijnsverblijf. Het gaat dan om mensen die tijdelijke opvang nodig hebben als ze uit het ziekenhuis komen en niet in de thuissituatie terecht kunnen. Het was lastig om plaatsen te vinden. Het budget is een aantal keer vergroot. Er was veel meer geld nodig dan men aanvankelijk dacht. De budgetten worden nu samengevoegd, maar hoe houden we de ontwikkelingen op het gebied van het eerstelijnsverblijf transparant? Hoe wordt duidelijk of er wel voldoende plekken zijn en dergelijke?

Ook over de risicoverevening bestaat nog wel wat onduidelijkheid en onzekerheid. De Minister kiest er met de overheveling van het eerstelijnsverblijf voor om het geheel risicodragend over te hevelen. Waarom heeft zij hiervoor gekozen, nu de risicoverevening op een aantal punten niet even sterk is? Een andere vraag in dit kader is hoe het tarief de komende periode wordt bepaald en wat daarin wel en niet wordt meegenomen. Het eerstelijnsverblijf is niet heel duidelijk en kan in verschillende vormen voorkomen. De slotvraag op dit punt is of het eerstelijnsverblijf onder het eigen risico valt of dat er een eigen bijdrage wordt gevraagd. Hoe hoog zou zo'n eigen bijdrage dan zijn?

Een ander punt betreft de duiding van het basispakket. Er komen gelukkig een heleboel goede nieuwe behandelingen bij die vaak ook effectief zijn. We hebben met elkaar afgesproken dat het Zorginstituut Nederland die duiding iedere keer doet en bekijkt of iets wel of niet tot het basispakket behoort. Nu blijkt uit een brief van Zorgverzekeraars Nederland dat de verzekeraars deze taak de komende periode op een groot aantal punten overnemen. De reden daarachter is dat het Zorginstituut Nederland onvoldoende capaciteit heeft. Over die ontwikkeling maakt het CDA zich zorgen, want het mooie van het basispakket is dat elke Nederlander recht heeft op dezelfde zorg. Nu ontstaat straks de situatie dat zorgverzekeraars individueel bepalen of zaken wel of niet tot het basispakket behoren. Daarnaast is het Zorginstituut Nederland heel erg deskundig. Er werken mensen met heel veel verstand van zaken die dit soort dingen heel goed kunnen beoordelen. Ik wil de zorgverzekeraars natuurlijk niet afvallen als het gaat om hun deskundigheid, maar het Zorginstituut is de grote deskundige bij uitstek op dit gebied. Wil de Minister ervoor zorgen dat het Zorginstituut voldoende capaciteit heeft om te beoordelen wat wel en niet in het basispakket moet zitten?

Een heleboel sprekers hebben al opmerkingen gemaakt over de psychosociale zorg voor mensen met kanker. Ik zal die opmerkingen niet nog een keer maken. De Minister heeft inderdaad eerder gezegd dat ook zij vindt dat deze zorg in de praktijk goed geregeld moet zijn. Mensen die kankerbehandelingen krijgen, hebben vaak na verloop van tijd weer psychosociale ondersteuning nodig om hun leven weer op de rit te krijgen. Het is natuurlijk ontzettend ingrijpend. Welke mogelijkheden ziet de Minister om voldoende psychosociale zorg te bieden? Er is een werkgroep geweest en de Minister heeft een brief geschreven, maar wat is de concrete oplossing voor dit probleem? Ik stel die vraag mede namens mevrouw Dik-Faber van de fractie van de ChristenUnie, die vandaag niet aanwezig kan zijn.

De Minister wil zorgverzekeraars meer mogelijkheden geven om bij bepaalde hulpmiddelen en dieetpreparaten vrijstelling van het eigen risico te geven. Daarover zijn al veel opmerkingen gemaakt. In dat kader speelt ook een aspect dat nog niet aan de orde is geweest. Chronisch zieken en gehandicapten maken gebruik van deze zorg, maar hun eigen risico is aan het begin van het jaar al volledig opgebruikt. Zij hebben dus eigenlijk helemaal geen voordeel bij het kwijtschelden van het eigen risico. Het vrijstellen van het eigen risico lijkt vooral een instrument om zorgverzekeraars meer te laten sturen, maar wat is dan de bedoeling van die sturing? Sturing op kwaliteit is prima. Sturing op financiën willen wij natuurlijk niet indien dat niet tot kwalitatief betere zorg leidt. Is het daarom niet interessant om te bekijken hoe groot en divers het pakket van farmaceutische zorg volgend jaar blijft en of de keuzevrijheid het komende jaar voldoende gegarandeerd is?

De voorzitter:

De Minister heeft laten weten meteen door te kunnen met de beantwoording in eerste termijn. Ik geef haar graag het woord.

Minister Schippers:

Voorzitter. In het regeerakkoord is opgenomen dat er 1,5 miljard uit het pakket moest, omdat er een enorme druk stond op de kosten en er een kostengroei was. Ik wil er toch even bij stilstaan dat wij nu voor het tweede jaar met elkaar spreken over uitbreiding van het pakket. Wij hebben een heel belangrijke switch gemaakt, waarvan ik hoop dat we die in de toekomstige jaren kunnen voortzetten. In plaats van digitaal te praten over «dit gaat in het pakket en dit gaat uit het pakket voor alles en iedereen» zijn we veel meer de weg van maatwerk ingeslagen. In deze benadering zegt het Zorginstituut: deze behandeling is nodig voor de een, maar dan moet hij die-en-die indicatie hebben, en is niet nodig voor de ander. Dat betekent dat iets niet digitaal in het pakket zit of daarbuiten valt, maar dat er voor bepaalde groepen een behandeling beschikbaar is als zij een indicatie hebben terwijl die behandeling voor andere groepen niet in het pakket zit.

Dat vraagt natuurlijk ook wel wat van de beoordeling. Er moet niet digitaal beoordeeld worden of iets binnen of buiten het pakket valt, maar of iemand specifiek binnen een groep valt of niet. Het gaat er dus niet om dat het Zorginstituut dat beoordeelt. Het Zorginstituut heeft al beoordeeld of iets bij bepaalde indicaties in het pakket zit of dat het erbuiten valt en heeft een visie daarop opgesteld. Die visie gaat naar de zorgverzekeraars, die het uiteindelijk uitvoeren. Zorgverzekeraars nemen uiteindelijk dus een heleboel beslissingen in de zin van «is iets rechtmatig gegeven in het pakket?». Overigens hebben wij een halfjaar geleden naar aanleiding van mondelinge vragen hierover gesproken in de Kamer. We hebben er toen uitgebreid over gediscussieerd.

De brieven die de Kamer van lobbyorganisaties krijgt, krijgen wij ook. Gisterenmiddag hebben wij dus ook een brief van de verzekeraars gekregen. Ik was echt uitermate verbaasd, want wij komen de verzekeraars nogal eens tegen in allerlei bestuurlijke overleggen en ik heb ze er echt nooit over gehoord. Nu komt er een brief totaal uit de lucht vallen, nadat we een halfjaar geleden uitgebreid hierover hebben gesproken en met elkaar hebben geconstateerd dat het toch wel vervelend is als de finetuning niet gezamenlijk gebeurt. De vraag die leefde is of dat mag van de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Daarover bestond twijfel, maar we hebben met elkaar beoordeeld dat dit mag van de ACM. Ik was dus heel verbaasd hierover. Een aantal leden heeft hiernaar gevraagd. Ik zal het gesprek met de verzekeraars aangaan en daarbij zeggen dat ik het wonderlijk vind dat ze op dit onderwerp de telefoon niet hebben kunnen vinden. Als dit zo'n enorm nijpend probleem is, begrijp ik niet dat we het

nu via een brief aan de Kamer moeten vernemen. Ik zal er dus over in gesprek gaan.

Dit is overigens geen capaciteitsprobleem bij het Zorginstituut Nederland. Dit gebeurde al ten tijde van het ziekenfonds en ten tijde van de Zorgverzekeringswet. Dit is een taakverdeling die in het systeem zit. Deden we het anders, dan zouden we een Zorginstituut moeten hebben waarvoor we nog een paar gebouwen bij moeten bouwen, omdat dit natuurlijk allemaal vrij precies werk is. Dat lijkt mij helemaal niet de weg die wij moeten inslaan.

De genuanceerde benadering van de vraag of iets in of uit het pakket moet, is heel lastig in die zin dat het veel digitaler is om bijvoorbeeld te zeggen dat niemand recht heeft op fysiotherapie bij etalagebenen. Dat is veel makkelijker, maar zorginhoudelijk is het voor de patiënt wel veel slechter. Uiteindelijk willen wij dat de patiënten voor wie het beter is om fysiotherapie te krijgen tegen etalagebenen, fysiotherapie krijgen in plaats van een operatie. Ik zie dus dat de genuanceerde benadering complex is. Het is echter goed om vanuit de inhoud te bekijken wat het beste is voor de patiënt. Ik vind dat een ongelooflijke winst. Het betekent ook dat er soms wordt gezegd dat een behandeling voor een ander niet in het pakket zit.

Het gaat niet altijd makkelijk, maar ik vind wel dat we deze lijn moeten blijven volgen. Het is niet alleen lastig voor verzekeraars, maar ook voor artsen. Artsen hebben deze weg echter wel gesteund in een hoofdlijnenakkoord met mij en de verzekeraars. Ik zie dat veel artsen, alsmede patiëntenverenigingen, deze weg steunen. Qua zorginhoud blijven wij bouwen aan een toegankelijk, effectief en doelmatig pakket. Tegelijkertijd heeft het Zorginstituut Nederland het pakket systematisch doorgelicht. Hierbij speelde de vraag welke dingen in het pakket obsoleet of achterhaald zijn of misschien slimmer kunnen worden aangepakt. Hiervoor hebben wij behoorlijk geïnvesteerd in mensen bij het Zorginstituut. Ik heb de Kamer in een brief laten weten wat wij volgend jaar willen wijzigen in het pakket. Dat betreft een cluster medisch noodzakelijke plastische chirurgie. Mij is gevraagd hoe de finetuning in dit kader precies plaatsvindt. Ik heb mij daar niet persoonlijk mee bemoeid. Ik heb eerst aan de beroepsgroep gevraagd om samen met andere partijen vast te stellen op basis van welke criteria het medisch noodzakelijke kan worden gescheiden van het cosmetische. De vorige keer is het daarop misgegaan, waardoor de kosten zo hard groeiden dat een aantal dingen weer uit het pakket moest worden gehaald. Die weg wil ik niet op. Ik heb alle partijen die hierbij betrokken zijn, inclusief het Zorginstituut, opgeroepen om heldere criteria op te stellen voor de aanspraken.

Over een aantal aanspraken is nog discussie. Een aantal leden noemde de transgenders en stelde daarbij de vraag of de huidige omschrijving misschien onvoldoende is. Ik heb het dan met name over de vergoeding van borstprothesen bij transgenders. Ik heb daarin het Zorginstituut gevolgd. Ik vind ook dat ik die weg moet volgen. Tegelijkertijd zie ik de zorgen van de transgenders. Ik vind dus dat deze groep en mensen van het Zorginstituut verder moeten praten over de mogelijkheden om het helder af te bakenen zonder dat het een enorm uitstralingseffect heeft. Je zou de criteria mogelijk kunnen aanpassen. Ik vind dat dit gesprek verder moet gaan. Ik zal zo ingaan op de individuele vragen, maar ook ten aanzien van alle andere ingrepen probeer ik het Zorginstituut zoveel mogelijk te volgen. Dat is een cyclus waarin er een aanvraag wordt gedaan, de beroepsgroep en de patiëntengroepen aan de slag gaan en het Zorginstituut mij informeert, waarna ik het advies overneem. Ik hecht zeer aan die cyclus, die mij een positie geeft tegenover anderen die vinden dat we het allemaal mooi voor elkaar hebben en mij vragen waarom ik tot een uitbreiding zou willen komen. Ik kan dan zeggen: nee, dit is medisch noodzakelijk. Ik kan dan onderbouwen waarom ik die dingen wel doe.

De voorzitter:

Er is een tweetal vragen. Ik meld de leden dat ik per persoon twee interrupties toesta.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Als er ergens heel heldere criteria voor kunnen worden geformuleerd, dan is het wel voor de borstprotheses bij transvrouwen. Transvrouwen zijn eerst mannen geweest. Ze zijn geopereerd en hun transformatie moet gewoon worden voltooid, zou je kunnen zeggen. Ik kan gewoon niet begrijpen waarom hierover zo veel onduidelijkheid bestaat.

Minister Schippers:

Ik heb diezelfde vraag natuurlijk gesteld toen wij aan dit hele traject begonnen. Mij is steeds aangegeven dat er eenheid is en dat er ook vrouwen zijn die totaal geen borstgroei hebben. Je moet voorkomen dat je het niet verliest voor de ene groep door het voor de andere groep toe te staan. Er is wel een duidelijk verschil tussen de ene groep en de andere groep. Je zou kunnen zeggen dat het geen gelijke gevallen zijn die dus ook niet gelijk hoeven te worden behandeld. Ik moet daarover doorpraten. Ik kan niet zomaar in mijn eentje ergens een criterium op plakken en daarmee voorbijgaan aan het traject dat is doorlopen. Het Zorginstituut Nederland heeft al aangegeven verder te praten om te bezien over de mogelijkheid van meerdere afbakeningen.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik snap dat de Minister dit niet zelf kan bepalen, hoewel je zou kunnen zeggen dat zij zo wijs is dat zij ook zelf kan bedenken dat het heel makkelijk is om dit onderscheid te maken. De situatie is nu eigenlijk omgedraaid. Vrouwen die geen borstvorming hebben, komen hiervoor in aanmerking. De transvrouwen moeten voldoen aan dezelfde voorwaarden, terwijl het voor transvrouwen natuurlijk heel belangrijk is om de transformatie goed af te maken. Ik geef dat nog maar even mee aan de Minister. Ik hoop dat zij op dit gebied gehoor vindt bij het Zorginstituut.

Minister Schippers:

Ik heb geoperationaliseerde criteria gevraagd, dus criteria die je kunt toepassen, die je kunt nagaan, die je kunt onderbouwen. Dit is wat ik heb gekregen. Het punt voor mij is dat de criteria ook voor de rechter stand moeten houden. Dat is de hele tijd de discussie: houden ze stand? Ik heb dit gezien en ik begrijp met mevrouw Dijkstra de teleurstelling bij transgenders. Ik wil hier dus geen punt achter zetten. Ik wil dat er verder wordt gekeken of er een ander criterium is om duidelijk onderscheid te maken. Zelf kan ik er eentje bedenken, namelijk dat het verschillende groepen zijn met verschillende problemen. Dat is mij echter niet op deze manier teruggegeven. Ik wil dus dat er verder over doorgepraat wordt.

Mevrouw Leijten (SP):

Volgens mij is het criterium dat een man een vrouw wordt en een geslachtsverandering krijgt, inclusief borsten. Dat onderscheid is heel simpel te maken. Bij vrouwen die borstkanker hebben gehad en een borstcorrectie nodig hebben, wordt het ook vergoed. Ook dat is een heel simpel criterium. Vrouwen die graag mooiere of grotere borsten willen, voldoen niet aan deze criteria. Dat is een heel duidelijke scheidslijn. Volgens mij is het niet zo moeilijk. De Minister zegt: ik volg het Zorginstituut en dat is het. Bij de etalagebenen doet zij echter wat anders. Daar volgt zij het Zorginstituut niet. Daar volgt zij niet het hele advies, maar maximeert zij vervolgens de behandelingen. Zij heeft dus wel degelijk de mogelijkheid om ervan af te wijken. Het criterium dat de transformatie van man naar vrouw inclusief borsten is, is volgens mij heel makkelijk te

toetsen en zal ook wel voor de rechter standhouden. Is dit niet gewoon de weg die we moeten gaan?

Minister Schippers:

Ik kan van alles afwijken, want uiteindelijk beslis ik. Wel zou ik enige ordentelijke voorbereiding van dat besluit willen. In die zin vind ik het belangrijk dat ik als Minister niet zomaar besluiten neem, ondanks dat ik dat kan, maar dat dit op een ordentelijke manier gebeurt, ook om te voorkomen dat we vervallen in fouten uit het verleden. Deze ingrepen hebben namelijk allemaal al in het pakket gezeten en zijn er vervolgens uit gegaan. Dat is niet voor niets gebeurd. Ik wil geen herhaling van zetten. Ik wil niet dat we het nu doen omdat er financiële ruimte gevonden is, om het vervolgens op zo'n manier te doen dat ik over vijf jaar naar het pakket moet kijken met de gedachte: jammer, het is een leuke poging geweest maar het heeft het niet gehouden. In dit geval is afgesproken dat partijen en het Zorginstituut met nadere voorstellen komen. Dat heb ik gevraagd. Ik wacht dat af. Afhankelijk van het tempo waarin die voorstellen komen, kan ik er nog wat mee. Ik wacht de nadere voorstellen eerst af.

Mevrouw Leijten (SP):

Wij hebben meerdere jaren op rij amendementen ingediend om dit te repareren. We hebben hierover veel gediscussieerd met de Minister. Zij gaf net aan dat als zij dit toestaat voor mannen die vrouw worden, het oneerlijk is voor vrouwen die geen borstontwikkeling hebben. Nu wordt geadviseerd om het voor vrouwen zonder borstontwikkeling wel toe te laten tot het pakket en voor mannen die vrouw worden niet. Ik vind dat eigenlijk heel gek. Het is duidelijk dat er in de Kamer een meerderheid is die vindt dat dit moet worden geregeld. Zowel in het Algemeen Dagblad als De Telegraaf heeft een opsomming gestaan waaruit blijkt dat een meerderheid voor is. Stel dat de Kamer zegt: doe dat maar. Zou de Minister het dan uitvoeren? Op jaarbasis veranderen zo'n duizend mensen van geslacht. Dat zijn dus niet allemaal mannen die vrouw worden. Zo'n groot financieel beslag zou dit dus niet moeten hebben. Als je dit criterium hanteert, moet dat voor de rechter kunnen standhouden.

Minister Schippers:

In een algemeen overleg komt de Kamer met haar inbreng en reageer ik op die inbreng. Ik doe dat namens het kabinet en hanteer daarbij criteria die wij met elkaar hebben afgesproken. Ik handel dus niet zomaar in het luchtledige. Ik ben dit traject zelf ingegaan. Ik heb zelf het initiatief genomen om te bekijken of we bij «cosmetisch» geen harde grens kunnen stellen, maar meer de medisch noodzakelijk weg kunnen inslaan. We zitten daar met operationele problemen. Ik wacht dan verder wel af hoe het debat loopt. Door de beroepsgroep is een voorstel gedaan, dat in samenwerking met het Zorginstituut is uitgewerkt. Dat ligt hier voor. Ik neem dat over. Ik heb gezegd dat ik er geen punt achter wil zetten en dat ik partijen heb gevraagd om met nadere voorstellen te komen. Dat is de stand van zaken.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Hoe heeft de Minister de standpunten gewogen van het College voor de Rechten van de Mens en het VN-Vrouwenrechtencomité?

Minister Schippers:

Ik heb op een gegeven moment gezegd dat wij, daar waar cosmetische chirurgie aan de orde is, een hek hebben staan, omdat dit in het verleden totaal uit de hand is gelopen vanwege het niet goed hanteren van de criteria. Ik heb partijen die erbij betrokken zijn, zoals de beroepsgroepen, gevraagd om rond de tafel te gaan zitten en mij een voorstel te doen op basis waarvan ik dit op een verantwoorde manier tot het pakket kan

toelaten. Ik heb geen expliciete adviezen hierover gevraagd. Ik zie het als mijn taak als Minister om dit op een ordentelijke en houdbare manier te doen. Als ik dat namelijk niet doe, schieten we er niets mee op en is het over vier jaar weer uit het pakket.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik vraag dit natuurlijk ook gezien de mensenrechtelijke betekenis hiervan. De oordelen van de door mij genoemde organen vind ik wel belangrijk. De Minister geeft aan dat zij niet definitief een punt hierachter zet. Dat vind ik in ieder geval hoopvol. Wil zij in het verdere proces nog eens expliciet de mensenrechtelijke kant van deze zaak bekijken?

Minister **Schippers**:

Het idee om hierover überhaupt advies te vragen en de beroepsgroepen te vragen om hiermee aan de slag te gaan, is ontstaan omdat ik mij kan voorstellen dat er iets ontbreekt als iemand deze laatste stap niet kan zetten bij het van man tot vrouw worden. Dat is precies de reden waarom wij hiermee aan de slag zijn gegaan. Ik krijg een advies hierover. Er is geen consensus over een apart criterium. Ik heb gezegd dat ik niet wil dat men zegt «er is geen consensus, klaar», maar dat men erover moet doorpraten. Ik hoefde daartoe overigens niet op te roepen, want dat hadden de partijen ook zelf al met elkaar afgesproken. Ik vind het belangrijk dat we er geen punt achter zetten maar dat we bekijken wat er verder mogelijk is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

In dit dossier is een belangrijke stap gezet. Voorheen werd dit niet vergoed. Als ik het goed lees, worden implantaten nu vergoed voor vrouwen die geen borstgroei hebben. De discussie is nu wanneer iemand wel of geen borstgroei heeft. Dat heeft te maken met omvang en dergelijke, een discussie die ik heel graag aan artsen laat. In het antwoord van de Minister valt mij het volgende op. Zij zegt dat zij een stap vooruitzet, omdat zij het wil regelen. Zij zegt dat er is gesproken met de beroepsgroep en met het Zorginstituut. Begrijp ik dan dat de patiëntenvereniging er niet bij betrokken is? De Minister heeft ook gezegd dat zij er geen punt achter zet, maar dat zij ook ziet dat er geen consensus is. Nu zitten wij in de lastige situatie dat wij voor 1 juli moeten bepalen wat er gaat gebeuren. Stel dat de partijen met elkaar om tafel gaan en dat ze er uitkomen. Is het dan gewoon geregeld voor het komende jaar of niet? Moeten we nu iets doen? Het blijft nu een beetje in de lucht hangen.

Minister **Schippers**:

Vandaag spreken wij over het pakket. Als juni voorbij is, kunnen wij niets meer aan het pakket doen. Dat is heel helder. Er zijn onderwerpen die nu niet aan de orde zijn geweest. Ik heb de Kamer eerder aangegeven dat ik, mocht er voor die tijd een positief advies komen over de NIPT, overweeg om dit met een subsidieregeling te doen. Het is nooit zo dat er bij tussentijdse consensus geen enkele mogelijkheid is om iets te doen, misschien op een andere wat creatieve manier, misschien in een pilot. Je kunt het bedenken zoals je het wilt. Wat ik wil, zijn keiharde criteria. Ik wil objectieve criteria. Ik wil iets waarop we kunnen handhaven. Ik wil dat we het op zo'n manier regelen dat we niet over een paar jaar bij elkaar zitten en zeggen dat het er toch weer uit moet, omdat er iemand naar de rechter is gestapt of omdat het toch niet houdbaar is. Ik heb er geen punt achter gezet. Ik wacht af waarmee de partijen komen. Ik hoop dat er consensus komt. Dan is er een nieuwe situatie die we op dat moment, niet in het pakket maar misschien op een andere manier, het hoofd kunnen bieden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dit is een belangrijke stap. De Minister zegt eigenlijk dat de partijen met elkaar aan tafel gaan zitten.

De voorzitter:

Ze doen dat al, zegt de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ze zitten nog steeds met elkaar aan tafel, alleen is dat nu nog niet afgerond. Daar komt iets uit. Mocht er consensus ontstaan over uitbreiding, dan is er ruimte. Ik vraag de Minister dus het volgende. Kan de Kamer over de resultaten van die gesprekken worden geïnformeerd? Dan kunnen we op dat moment bekijken wat mogelijke verdere stappen zijn. Als we nu zeggen dat alles en iedereen weer terugkeert in het pakket, krijgen we misschien de situatie dat het weer verkeerd gaat en dat het er voor iedereen uit gaat. Dat willen we voorkomen. Kan er een nieuw moment komen waarop wij worden geïnformeerd over een mogelijke consensus? Is het mooi, dan is het mooi. Is het niet mooi, dan moeten we er verder over spreken. Is daar ruimte voor?

Minister Schippers:

Mijn dossier bestaat voor meer dan de helft uit lobbybrieven. Als ik ergens geen twijfel over heb, is het wel dat de Kamer waarschijnlijk sneller weet of er consensus is bereikt dan ik. Ik zal de Kamer echter voor de zekerheid informeren op het moment dat er consensus is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Heel kort en heel technisch: ik vroeg dat alleen omdat de Kamer dan nog een moment heeft om iets te doen. Het is nu vroegtijdig en we moeten het afwachten; dat was de reden waarom ik ernaar vroeg.

De voorzitter:

De Minister vervolgt haar beantwoording.

Minister Schippers:

Voorzitter. Ten aanzien van de medische noodzakelijkheid van cosmetische ingrepen zijn er na een lang afwegingstraject besluiten gevallen bij het Zorginstituut. Bij een besluit heb je een grens. Er valt dan iets buiten die grens en er valt iets binnen die grens. Vervolgens zie je natuurlijk dat mensen vragen hebben over hetgeen buiten die grens valt en dus niet binnen het pakket wordt vergoed. Zo was het onze inzet om de uitbreiding van de bovenooglidcorrectie bij een oogprothese te richten op mensen die een ernstige en vaststelbare gezichtsbeperking ondervinden van verslakte en verlamde bovenoogleden. Wij hebben de beroepsgroep en anderen gevraagd om ons hierover te adviseren. Dat hebben zij gedaan. Ik heb dat advies overgenomen. Er zijn dus groepen die daarbuiten vallen. Wij hebben aangegeven dat het bij deze groepen niet als medisch noodzakelijk is beoordeeld en dus buiten het pakket valt.

Mij is gevraagd hoe we dit kunnen monitoren en welke mogelijkheden er zijn om in te grijpen als het niet goed gaat met de plastische chirurgie die we nu toestaan. Ten eerste zijn er de richtlijnen en het richtlijnconform handelen. Dat is de basis waarop we het toelaten. Ten tweede is er een verzekeraar die, zoals ik aan het begin al zei, uiteindelijk materieel moet controleren of datgene wat gebeurt tot het pakket behoort. Met andere woorden: is het medisch noodzakelijke zorg zoals we die hebben gedefinieerd? Zo ja, dan is het verzekerde zorg. Zo nee, dan moet de verzekeraar ingrijpen en terugvorderen. Voor de kwaliteit hebben we natuurlijk de IGZ, die daarbij op alle aspecten let.

Ik ga nu in op de fysiotherapie. Mij is gevraagd waarom wij voor 37 behandelingen hebben gekozen. Het Zorginstituut merkte in zijn rapport op dat er op basis van de onderzochte literatuur geen harde conclusies

kunnen worden getrokken over de meest optimale vorm en duur van gesuperviseerde oefentherapie bij patiënten met etalagebenen. In de richtlijn van het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) wordt uitgegaan van een range van 29 tot 46 behandelingen. Dat is een ongelooflijk ruime range. Wij hebben het gemiddelde daarvan genomen, ook met het oog op het feit dat het Zorginstituut in de literatuur geen onderbouwing hiervoor heeft gevonden. Dat gemiddelde is 37. We gaan dit wel monitoren, ook omdat het nieuw is. Wij monitoren dus hoe het uitpakt met die 37 behandelingen. Voldoet dat aantal? Hebben wij, nadat we het een jaar hebben toegestaan, voldoende informatie om het eventueel aan te passen?

Er zijn vragen gesteld over het toelaten van fysiotherapie bij de ziekte van Bechterew. In november 2015 heb ik het Zorginstituut gevraagd om mij te adviseren over fysiotherapie met het oog op bevordering van substitutie. Daarmee bedoel ik dat je in plaats van een invasieve behandeling fysiotherapie toepast. Dit advies komt in het najaar van 2016. Op basis daarvan zal ik besluiten of dit erin komt.

Ik heb het Zorginstituut gevraagd te adviseren over fysiotherapie bij artrose bij knieën. Deze adviesaanvraag past in mijn beleid op substitutie. Zoals is te zien heb ik heel veel vragen gesteld over fysiotherapie, waaronder de vraag of we die op de huidige manier wel slim hebben ingericht. Fysiotherapie is immers heel erg gericht op doorbehandelen en niet op stoppen, terwijl je die misschien eerder zou moeten vergoeden, maar je er ook eerder mee zou moeten stoppen. In het najaar krijg ik advies over de vraag of de fysiotherapie op een goede manier in het pakket zit. Het advies over knieaandoeningen krijg ik in het voorjaar van 2017.

Ook op het gebied van reuma/COPD bereidt het Zorginstituut een advies voor. Dat komt eind dit jaar. Er loopt echt een fiks aantal fysiotherapie-trajecten, over het geheel genomen, maar ook met betrekking tot specifieke aandoeningen.

Ik kom op de dieetpreparaten. In de wet is al geregeld dat een verzekeraar mensen kan stimuleren om bepaalde programma's te volgen of om naar bepaalde voorkeuraanbieders te gaan door korting te geven op het eigen risico. Dat is niet nieuw; dat staat al vanaf het begin in de wet. Het wordt ook toegepast, vooral in een aantal preventieprogramma's. Ik wil er nu een aantal uitzonderingen uit halen waarvan ik niet inzie waarom die dat zouden moeten zijn. In het debat wordt vooral gefocust op dieetpreparaten. Ik sluit mij aan bij wat mevrouw Bruins Slot daarover zei. Zeker bij ernstig zieke mensen is het zo dat het eigen risico vrijwel altijd allang verbruikt is op het moment dat zij aan dieetpreparaten toekomen. Er zit dus een zekere semantiek in de discussie.

Net als mevrouw Dijkstra vind ik het belangrijk dat de groep waaruit je kunt kiezen breed genoeg is, want het gaat hier helemaal niet over kwaliteit. De kwaliteit van al die preparaten is goed; anders mag je die gewoon niet in je pakket hebben. Het gaat hier om smaak. Die kan verschillen en is zeer subjectief. Die dieetvoeding is van goede kwaliteit, maar het ene kun je wel binnenhouden als je heel ziek bent en het andere niet. Daarom is het van groot belang dat een verzekeraar op dit punt maatwerk kan leveren. Er moet dus een ruime keuze aan dieetpreparaten zijn en blijven, wat overigens geheel in lijn is met de uitspraak van de Hoge Raad, die ook heeft aangegeven dat er voldoende keuzeruimte moet zijn. Dit wordt opgehangen aan de maatregel om voor het hele pakket het eigen risico te kunnen differentiëren, maar een verzekeraar kan allang selectief inkopen, los van het eigen risico. Ik vind het belangrijk dat de uitspraak van de Hoge Raad leidend wordt en dat je dus een voldoende breed assortiment en een ruime keuze hebt voor al je verzekerden. Patiëntenorganisaties worden doorgaans bij het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar betrokken. Het gaat hier niet zozeer om de invloed van patiënten in het algemeen als wel om het hebben van een breed aanbod

van smaak. Dat heeft echt niets met kwaliteit te maken, maar bijvoorbeeld met aspecten als geur. Als je doodziek bent, kan dat soort aspecten bepalen of je iets binnen kunt houden of niet. Overigens ligt er een wetsvoorstel voor om verzekeren meer invloed te geven op het inkoopbeleid. Dat wetsvoorstel wordt binnenkort in de internetconsultatie gebracht.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik kom even terug op die betrokkenheid van patiënten. De Minister zegt dat het om een breed aanbod van smaak gaat. Volgens mij heeft dat ook met kwaliteit te maken. Wie bepaalt in dit geval wat een breed aanbod aan smaak is? Ik zeg «in dit geval», want bij andere hulpmiddelen gelden andere criteria. Is de Minister het met de Partij van de Arbeid eens dat dit soort zaken, in dit geval smaak, beoordeeld moet worden met de zorgverleners en vooral met de gebruikers van deze producten? Zij kunnen daar heel goed over oordelen. Die afweging moet worden meegenomen. Ik zeg niet dat het gebeurt, maar het kan niet zo zijn dat iemand dat in zijn eentje in zijn kamer even gaat afvinken en daarbij afgeleid wordt door de financiële cijfers.

Minister **Schippers**:

Zij worden daar doorgaans al bij betrokken. Er wordt net gedaan alsof dat niet gebeurt, maar dat gebeurt doorgaans al. Om dat echt te kunnen afdwingen ligt er een wetsvoorstel voor. Dat gaat nu de internetconsultatie in. In dat wetsvoorstel wordt geregeld dat er echt sprake is van betrokkenheid bij de inkoop. Bij de inkoop van dieetpreparaten worden patiënten doorgaans al betrokken, maar dan nog is het heel lastig. Er ligt een uitspraak van de Hoge Raad waarin terecht staat dat het aanbod breed moet zijn, want het gaat natuurlijk helemaal niet om het eigen risico; het gaat hier echt om selectieve inkoop. Daarbij moet je voldoende keuze hebben in smaak en niet-voedingskundige eigenschappen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik vind het belangrijk dat de Minister zegt dat patiënten of gebruikers daar doorgaans al bij betrokken worden. Daaruit maak ik op dat de Minister vindt dat dit ook moet gebeuren. We zien natuurlijk voorbeelden waarbij dat niet gebeurd is, zoals bij de stoma. In dat geval kregen alle patiënten last nadat ze een ander hulpmiddel hadden gebruikt en zeiden zorgverzekeraars achteraf dat zij het goed bedoeld hadden, dat zij kosten wilden besparen maar dat zij wel even vergeten waren om aan patiënten te vragen welk effect dit op hen had. Dat hebben ze weer rechtgezet, maar wij willen voorkomen dat het een volgende keer weer gebeurt. Het kan doorgaans goed gaan, maar het zal maar een keer misgaan; dan hebben deze mensen een groot probleem. Kan ik uit het antwoord van de Minister concluderen dat zij dit net zo belangrijk vindt als de Partij van de Arbeid en dat dit ook de reden is om met dit wetsvoorstel te komen? Laten we hopen dat we het snel door de Kamer krijgen, want dan is het ook wettelijk zo geregeld.

Minister **Schippers**:

Dat wetsvoorstel ligt er; het wordt eerdaags in consultatie gebracht. Het gaat mij erom dat je een breed palet hebt waar alle aspecten in zitten. Dan nog is het ontzettend lastig om dit op een goede manier te doen, ook als je gebruikmaakt van een consultatie. Mevrouw Bouwmeester refereerde aan het voorbeeld met de stoma. Wij zijn conform het verzoek van de Kamer in gesprek met de verzekeraars en de aanbieders van hulpmiddelen om te bekijken hoe je dat zo goed mogelijk kunt vormgeven. Het gaat vaak niet zozeer om de vraag of verzekeraars dat wel of niet doen als wel om de vraag hoe je dat op een goede manier kunt vormgeven. Het gaat mij erom dat wij hier de norm stellen dat er een breed aanbod moet

zijn. Dat gaat niet alleen om kwaliteit, maar ook om die andere aspecten. De ene verzekeraar zal dat misschien via het internet doen, de andere doet dat misschien via patiënten; iedereen doet dat op zijn eigen manier. De wettelijke eisen die wij daaraan willen stellen, staan in het wetsvoorstel dat bij de Kamer voorligt.

De fronttandvervanging was voor verzekerden geregeld, maar weinig mensen konden daar daadwerkelijk gebruik van maken, omdat de behandeling van iemand bij wie op zijn 18de een fronttand al geheel ontbrak, plaatsvond wanneer hij 23 jaar werd. In dat geval sloten de praktijk en de regeling gewoon niet op elkaar aan. Die regeling hebben we aangepast.

Mevrouw Dijkstra heeft gevraagd of implantaatgedragen gebitsprothesen nu onevenredig duur worden. Zij verwijst eigenlijk naar de brief van de Organisatie van de Nederlandse Tandprothetici die wij ook hebben gekregen. De achtergrond hiervan is dat wij eenheid en eenduidigheid hebben willen brengen daar waar er geen sprake van was. Wij hebben in de regeling voorgesteld – dat zouden we zo willen regelen – dat implantaten zelf onder de regeling voor bijzondere tandheelkunde vallen en daardoor toegankelijk zijn voor de patiënt. De eigen bijdrage geldt voor de prothese die op implantaten geplaatst wordt. Het maakt voor de patiënt dan kostentechnisch niet veel uit of er twee of vier implantaten worden geplaatst. Een prothese is in dat laatste geval wel iets duurder omdat er een verbinding moet worden gemaakt met vier in plaats van twee implantaten, maar dat zijn echt beperkte kosten. Overigens komt het zelden voor dat er meer dan twee implantaten worden geplaatst. Implantologen plaatsen ook vraagtekens bij de noodzaak daarvan. De eigen bijdrage is 10% en het gaat om maximaal € 45 bij mondzorg. Ben ik bereid om daarvan af te zien? Het gaat om 10% van een rekening van € 45; een patiënt moet dus € 4,50 bijbetalen. Ik vind dat geen enorm bedrag. Ik zou dat wel willen handhaven omdat ik het heel prettig vind om een eenduidige regel te hebben van 10%.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik wil de Minister op het goede pad zetten, want ik heb daar niet naar gevraagd. Volgens mij vroeg mevrouw Leijten daarnaar. Ik vroeg alleen maar of die eigen bijdrage ook blijft gelden voor een kleine reparatie of aanpassing? Het gaat mij daarbij niet om de kosten voor de patiënt, maar vooral om de administratieve lasten, want die willen we juist verminderen. Daar maak ik mij zorgen over.

Minister **Schippers**:

Dat punt van die administratieve lasten zie ik niet zo. Ik weet niet hoe het bij mevrouw Dijkstra is, maar ik moet gewoon altijd pinnen wanneer ik bij de tandarts wegga. Dan loop je daar dus langs die balie en pin je € 4,50. Ik vind het wel prettig om over dit soort aspecten in de regeling helderheid te hebben.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik wil mijn tweede interruptie eigenlijk ergens anders voor gebruiken, dus ik zal hier niet verder op ingaan.

Minister **Schippers**:

Ik kom op de psychosociale zorg. Ik heb gisteren een richtlijn aangeboden gekregen over het volgende. Als je psychologische zorg nodig hebt omdat je een ernstige ziekte hebt die een enorme impact heeft op je leven, bijvoorbeeld omdat je je leven moet aanpassen aan die ziekte of omdat je nog verschrikkelijker mededelingen krijgt, dan zou die zorg eigenlijk onderdeel moeten zijn van de behandeling. Wij hebben het daar al eerder over gehad. Het is heel erg raar. Wij hebben ooit voor het hele systeem met die dbc (diagnose-behandelcombinatie) gekozen omdat wij dan een

integrale behandeling konden bekostigen. Daarom hebben we destijds niet voor drg's (Diagnosis Related Groups) maar voor dbc's gekozen. Dat is niet echt van de grond gekomen. Zoals ik heb aangegeven zijn die dbc's daar wel voor ontwikkeld, dus laten we daarop inzetten.

Ik moet wel een compliment geven aan de mensen die daar keihard aan hebben gewerkt. Je ziet zelden dat een richtlijn zo snel tot stand komt. Dat verdient echt complimenten. Het gebeurt ook weleens dat we vaststellen dat het heel belangrijk is dat er een richtlijn komt en dat de gesprekken daarover een jaar later dan nog nauwelijks zijn gestart, maar in dit geval ligt er gewoon een richtlijn. Het is heel belangrijk dat die richtlijn in het kwaliteitsregister wordt opgenomen, want dat betekent dan ook dat die voor iedereen geldt en dat die psychosociale zorg gewoon een onderdeel moet zijn van de behandeling. Om terug te komen op de behandeling van aanpassingsstoornissen bij kanker: ik hoop dat die richtlijn zo snel mogelijk wordt ingeschreven bij het Kwaliteitsinstituut.

Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat je grote verschillen ziet tussen terreinen waarop dit al wordt toegepast en terreinen waarop dit nog niet wordt toegepast. Kanker is niet de enige ernstige ziekte. Er zijn nog veel meer ernstige ziekten waarvoor er richtlijnen moeten komen om ervoor te zorgen dat die psychosociale zorg werkelijk een integraal onderdeel wordt van de behandeling.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik heb een verhelderende vraag die niet als interruptie is bedoeld. Uit de reacties om mij heen maak ik op dat daar anders over wordt gedacht. Dan is die wel als interruptie bedoeld; mij best. Gaat de richtlijn waarop de Minister doelt specifiek over psychosociale zorg in een oncologische behandeling of gaat die over psychosociale zorg in een breder palet van ernstige aandoeningen?

Minister **Schippers**:

Dit gaat echt om de oncologische behandeling, om aanpassingsstoornissen bij kanker. Daar kwam ook het initiatief vandaan. Je had de inloophuizen; allerlei mensen zagen dat het bij sommige ziekten wel gebeurde, maar bij andere niet. Zij hebben toen heel snel een richtlijn gemaakt. Dat is hartstikke mooi. Dat betekent namelijk dat het daar ingevoegd kan worden. Het betekent ook dat bij andere ziekten, die ook ernstig zijn en waar de implicaties ook heel groot zijn, snel het voorbeeld moet worden gevolgd om het in die richtlijn op te schrijven. De situatie moet natuurlijk als volgt zijn: voor de ene patiënt die een heel ernstige ziekte heeft, bijvoorbeeld kanker, en met een behandeling begint, zal het gelegen zijn om meteen aan het begin van de behandeling psychosociale zorg te krijgen. De andere heeft daar in het begin misschien geen behoefte aan, maar wel verder in het traject, bijvoorbeeld halverwege of aan het einde van de behandeling. Dat kan verschillen. Daarin moet je maatwerk kunnen leveren. Het is van groot belang dat wij dat integraal doen en dat we integraal, vanaf het begin van de behandeling, bekijken welke onderdelen al dan niet moeten worden ingezet.

De heer **Rutte** (VVD):

Dat is echt heel goed nieuws. Het is goed dat een agenda voor integraliteit, die door meerdere partijen in deze Kamer al een aantal jaar wordt gevoerd, wordt gerealiseerd. Begrijp ik goed dat als deze richtlijn wordt ingeschreven in het kwaliteitsregister, die psycho-oncologische ondersteuning per definitie integraal onderdeel uit moet maken van iedere oncologische behandeling wanneer dat voor de patiënt aangewezen is?

Minister **Schippers**:

Daarom is die inschrijving bij het Kwaliteitsinstituut zo belangrijk, want dat is de veldnorm. De inspectie kan controleren op die veldnorm. Ze kan

zeggen waar die er niet is: waarom hebt u die niet, want uw eigen richtlijn schrijft voor dat u een integrale behandeling aanbiedt. Dat is belangrijk. Ik ben even kwijt wie ernaar vroeg, maar de vraag was hoe het dan zit met de partner en/of kinderen. Het zou goed zijn als die onderdeel zouden uitmaken van de richtlijn. Als dat niet zo is, dan zouden we moeten kijken op welke manier we dat erbij kunnen betrekken. Die richtlijn is mij gisteren aangeboden. Ik weet niet precies van voren naar achteren of dat aspect onderdeel ervan uitmaakt, maar mij lijkt dat daarvoor aandacht moet zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het zou heel goed zijn als daar aandacht voor is. Het kan zijn dat de psychosomatische of psychologische zorg voor de patiënt niet meer nodig is, maar voor de nabestaanden wel. Nu wordt partners of kinderen die zich melden met psychische problemen vanwege verlies de deur gewezen omdat het niet meer in het pakket zit. Dat is toch wel heel erg wrang. Ik wil de Minister vragen wanneer zij er zicht op heeft dat wij daar wat mee kunnen. Kan dat voor volgend jaar geregeld zijn?

Minister **Schippers**:

Ik vind het van belang dat wij deze zaken goed regelen in de richtlijn. Voor nabestaanden, als iemand weduwnaar of weduwe wordt en problemen heeft, is er een route die heel dicht bij mensen staat, namelijk de huisarts en de POH. Die spelen een ontzettend belangrijke rol in de zorgverlening. Mij gaat het nu om de richtlijn. Daarvan zeggen we: psychosociale zorg is integrale zorg en maakt onderdeel uit van somatische behandeling.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat wij eigenlijk bevestigd krijgen dat dit een onderdeel is en dat er een richtlijn is waarnaar gehandeld wordt, is natuurlijk goed. Dat neemt niet weg dat we een groot gat houden voor mensen die met een aanpassing zitten naar aanleiding van iets zeer traumatisch. Als je dan zegt «dat kun je bij de huisarts of met de praktijkondersteuner bespreken», geef je denk ik niet het juiste antwoord. Als het daar kan, is het mooi; zo hebben we het ook afgesproken. Als er echter doorverwezen moet worden, dan wordt het niet vergoed. Dat is toch wel erg pijnlijk. Ik zou graag zien dat de Minister daar uitbreider naar kijkt.

Minister **Schippers**:

Wat de aanpassingsstoornis betreft die uit het pakket is verdwenen, ook onder deze titel waaronder zorg werd verleend – je kunt je sterk afvragen of die niet ergens anders thuishoorde, bijvoorbeeld bij de POH – zijn we bezig om te bekijken of, waar die zorg daadwerkelijk vanwege medische noodzakelijkheid moet worden verleend, het mogelijk is deze op een gecontroleerde manier terug te brengen. Ik vind die richtlijn daarbij een heel belangrijk eerste stap. Ik vind het verder belangrijk dat we dat niet alleen bij oncologie doen, maar ook bij andere ernstige ziekten. Ik vind het ook belangrijk dat we iedereen oproepen om daarop de eigen richtlijnen aan te passen zodat we die kunnen toepassen. Je hebt dan een fasering waarin je zegt: als je in behandeling bent en het is een integraal onderdeel, heb je het wel. We kennen echter ook heel veel patiënten – dat is ook helemaal geen vreemd beeld maar juist een heel herkenbaar beeld – die uit behandeling zijn gegaan. Als je uit behandeling bent, dan krijg je die klap veel later. Niet iedereen past in dezelfde mal. Dat wordt doorgeproken met dezelfde groep die dit heeft opgepakt. Ik heb die groep gisteren uitgenodigd om te bekijken op welke wijze wij dat op een goede manier kunnen inbedden. Daarbij moet ook bezien worden of er mogelijkheden zijn om iets van een experiment te doen via de innovatieruimte bij de NZa of anderszins. Ik weet dat niet; ik zal eerst met hen het gesprek aangaan om te kijken hoe we een en ander zodanig kunnen regelen dat er

precies vergoed wordt wat wij via de standaarden van medische noodzakelijkheid ook daadwerkelijk willen vergoeden. Naar aanleiding van die richtlijn die zo snel is opgeleverd dat we meteen kunnen doorschakelen, ben ik in gesprek gegaan om te zien of we hierin een goede weg kunnen bewandelen. Dat moet zorgvuldig, niet overhaast en stapsgewijs gebeuren zodat we het heel gecontroleerd bekijken.

De voorzitter:

Mevrouw Dijkstra, het tweede deel van uw interruptie.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik beschouw dit ook een beetje als een antwoord op de vraag die ik heb gesteld naar het voorstel voor een pilot. Mag ik aannemen dat de Minister dat ook bedoelt als zij zegt: we kijken in die werkgroep naar wat er allemaal mogelijk is? Kan de Minister ook aangeven wanneer daar wat meer duidelijkheid over komt? Wanneer horen we welke kant het opgaat?

Minister Schippers:

Ik vind die vraag moeilijk te beantwoorden, omdat wij het gesprek daarover met elkaar moeten aangaan. Dit gesprek is ook begonnen met: hoe kunnen wij voor elkaar krijgen dat iets waarvan wij evident vinden dat het belangrijk is, wat nu niet aan bod komt, goed kan integreren? Daarop is hartstikke goed werk verricht. We hebben daarop de eerste stap genomen. Daarmee zijn wij er nog niet. Zoals ik al zei, zijn er namelijk patiënten die die klap veel later krijgen. Wij moeten dat gesprek voortzetten, rond de tafel gaan zitten en bekijken op welke manier wij dat kunnen doen. Als wij daarvoor niet meteen de oplossing hebben, zijn er dan geen experimenten mogelijk waarmee we kunnen kijken hoe we die oplossingen dichterbij kunnen brengen? Hoe kunnen we kijken of iets werkt? Ik sta daarvoor open; ik ga dat gesprek graag aan. Ik heb gisteren iedereen uitgenodigd die kan aangeven waar eventuele knelpunten liggen. We zijn natuurlijk met elkaar in gesprek; het gebeurt allemaal niet los van elkaar. In het algemeen overleg over de ggz heb ik toegezegd dat ik de Kamer hierover na de zomer zal informeren. Dat doe ik ook. Mevrouw Bruins Slot heeft een aantal vragen gesteld over het eerstelijnsverblijf. Daarvoor geldt het eigen risico. Daarbij gaat het om een vorm van verblijf waarbij net als opname in het ziekenhuis het eigen risico geldt. Deze zorg valt momenteel onder de Wlz. Dit is geregeld in een subsidie-regel. Je ziet dat daar sprake is van een fikse eigen bijdrage. Als deze zorg wordt overgeheveld naar de Zvw, zullen cliënten fiks minder moeten betalen, ondanks de toepassing van het eigen risico. Overigens gaat het vaak om kwetsbare mensen die bijvoorbeeld uit het ziekenhuis komen en nog niet naar huis gaan. Zij hebben het eigen risico al vol. Maar om het in het systeem te laten passen, zit dat eigen risico erop. De huidige eigen bijdrage loopt van minimaal € 159,80 tot maximaal € 838,60 per maand. Als deze bijdrage vervalt, wordt de zorg op dit punt dus een stuk toegankelijker.

Hoe komen de tarieven tot stand? De huidige prestaties vormen de basis voor de prestaties en tarieven in 2017, die zullen gelden in de Zvw. De NZa heeft de bevoegdheid, kostendekkende tarieven vast te stellen. De NZa maakt momenteel de prestaties die gelden in de Wlz-subsidie geschikt voor de Zvw. Dat doen ze in overleg met de veldpartijen. De NZa stelt deze prestaties voor 1 juli, dus zeer binnenkort vast.

Kunnen verzekeraars direct risicodragend worden voor de kosten? Ja, dat kan. In het risicovereveningsmodel wordt gerekend met kosten uit het jaar t-3. Dat is in dit geval dus 2014. Toen werden die kosten nog betaald uit de AWBZ. Er is gecheckt of er gegevens zijn waarmee gerekend kan worden. Dat is zo. Verzekeraars hebben beïnvloedingsmogelijkheden op deze zorgvorm. Zij kunnen dus beter gaan sturen en organiseren, als het eerstelijnsverblijf in de Zvw komt. Dat is de hele achterliggende gedachte

waarom we dat verblijf in de Zvw willen. Je kunt het natuurlijk ook heel lokaal regelen. Soms zal dat in een verpleeghuis zijn, soms in een ziekenhuis, soms losstaand. De kosten van het eerstelijnsverblijf kunnen worden toegevoegd aan de variabele zorgkosten en tellen mee bij de berekening van de normbedragen.

Waarom worden die budgetten samengevoegd? Het eerstelijnsverblijf is in mijn ogen de smeerolie van het systeem. Geriatrische revalidatiezorg is ook een verblijfsvorm in de Zvw, met behandeling van de specialist ouderengeneeskunde en paramedische zorg. Dat is vergelijkbare zorg. Door verplaatsing in hetzelfde budgettaire kader ondersteunen wij de substitutie. Op die manier geldt voor zorgaanbieders en -verzekeraars een prikkel om deze gedeeltelijk vergelijkbare zorg doelmatig en op de juiste plek in te zetten.

Houden wij de ontwikkelingen rond het eerstelijnsverblijf transparant? Ik zal de kostenontwikkeling samen met de NZa en de verzekeraars volgen. Ik zal de NZa vragen, een inschatting te maken van het kader, aan de hand van afgesloten contracten. Ook gedurende 2017 vraag ik de verzekeraars om aan de hand van declaraties de kostenontwikkeling te monitoren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik dank de Minister voor de uitgebreide beantwoording. Ik deel met haar dat het eerstelijnsverblijf de smeerolie van het systeem is. Het zorgt er echt voor dat mensen niet tussen wal en schip raken. Daarom heb ik ervoor gekozen, daarover nadere vragen te stellen. Bij het berekenen van de bedragen in dit kader wordt de formule t-3 gebruikt. Afgelopen jaren heeft de Minister het budget juist heel erg opgehoogd, omdat bleek dat er veel meer uitgaven op dit vlak waren. In de risicoverevening wordt nog met het beperkte bedrag gewerkt. Gaat dat niet knellen? Hoe kun je dat ondervangen?

Minister **Schippers**:

Het budget blijft. Dat is het belangrijkste. Sterker nog, het is de afgelopen jaren flink opgehoogd. Er is voldoende aanbod aan eerstelijnszorg. We hebben afgesproken dat substitutie in de Zvw tussen de ene en de andere zorgvorm alleen mogelijk is als er goed wordt gestuurd. De verzekeraar kijkt bijvoorbeeld of mensen een ziekenhuis eerder kunnen verlaten. Het is dus ook in het belang van de verzekeraar dat deze zorgvorm in de Zorgverzekeringswet komt, want dat betekent dat die veel gemakkelijker doorschuifruimte zal krijgen. Ik meen derhalve dat het van groot belang is dat we deze stap met elkaar nemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Daarbij is het vooral van belang dat er de komende periode ook voldoende geld beschikbaar is. Er waren de afgelopen tijd immers signalen dat het op dat vlak niet helemaal goed ging. Het gaat om het samenvoegen van geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf, maar de Minister heeft het budget voor de geriatrische revalidatiezorg voor de komende jaren onlangs juist structureel gekort. Naar ik meen is die beslissing bij de Voorjaarsnota genomen. Wij zien echter dat er sprake is van een toename van de uitgaven voor eerstelijnsverblijf. Hoe verhoudt zich dat dan tot elkaar? Ik zou namelijk niet willen dat door het ene op het andere te stapelen, we uiteindelijk toch weer problemen krijgen met het voldoende financieren van plekken voor mensen die tussentijdse opvang nodig hebben.

Minister **Schippers**:

Ik zou dat even moeten nagaan, maar volgens mij is er gewoon sprake van een onderschrijding, en niet van een korting. We hebben in het verleden heel slechte ervaringen gehad met allemaal losse kaders, want dat maakt het echt inflexibeler. Als dingen bij elkaar passen en zeker als ze

elkaar gedeeltelijk overlappen, moet je zorgen voor kaders waarin je ook schuifruimte hebt. Dan kun je schuiven zonder dat je onderscheid maakt en inlevert. Het is dus veel beter om die dingen samen te voegen, zodat je ook schuifruimte binnen je kaders krijgt. Met de overheveling van eerstelijnsverblijf is 180 miljoen gemoeid. Wat de risicoverevening betreft, waarover wij volgende week overigens een debat hebben, gaat het hierbij om zulke beperkte bedragen dat je daar met een nacalculatie zo minutieus stuurt dat dat dit helemaal niet gewenst is. Het zijn dingen die verzekeraars heel goed kunnen opvangen in het totale budget. Ik ben er zeer op tegen om aparte kaders te houden. Ik vind wel dat we het moeten monitoren. Dat heb ik ook toegezegd. Wij houden de uitgaven in de gaten, maar door het in één kader te stoppen, bouw je ook flexibiliteit in zo'n kader in.

De voorzitter:

Ik verzoek de Minister om de beantwoording te vervolgen.

Minister Schippers:

De ziekte van Lyme is een ziekte die over het algemeen gelukkig goed te behandelen is. De meeste mensen knappen snel weer op, maar er zijn helaas ook mensen die langdurige en zeer ernstige klachten blijven houden. Er zijn verschillen in inzicht over de vraag of deze klachten al dan niet verband houden met een blijvende aanwezigheid van de bacterie. Het Zorginstituut heeft vorig jaar een duiding uitgebracht waarin het concludeert dat langdurige behandeling met antibiotica niet effectief is en daarom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De reguliere geneeskunde in het buitenland gebruikt dezelfde richtlijn als die in Nederland wordt gebruikt. Ik ga me niet bemoeien met het medisch-inhoudelijke oordeel dat het Zorginstituut hierover velst. Er wordt nog steeds hard gewerkt aan een expertisecentrum. Dat is feitelijk nog in oprichting, maar de kennis op dat gebied is al gebundeld. Dat is goed, omdat in dat expertisecentrum onderzoek naar de beste behandeling van chronische klachten moet plaatsvinden. Het is dus ontzettend belangrijk dat daar tempo mee wordt gemaakt. Er zijn in de praktijk dus inmiddels al de nodige stappen voor gezet.

Een volgend punt is daglichtallergie. Ik heb de Kamer in oktober vorig jaar een brief gestuurd over de beschikbaarheid van het middel Scenesse. Het gaat hierbij om een intramuraal geneesmiddel. Dat maakt dus automatisch deel uit van het pakket als het voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. We hoeven daarover dus geen aparte pakketbeslissing te nemen. Het is in eerste instantie aan de praktijk in de intramurale instelling om te beoordelen of het middel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het vergt dus geen apart besluit van het Zorginstituut, zoals dat wel wordt genomen over een extramuraal geneesmiddel. Er is een uitzondering voor de heel dure sluismiddelen, want daar vel ik een oordeel over.

Er is gesproken over het exoskelet. Het is natuurlijk prachtig dat de technologie zo voortschrijdt dat er voor mensen die verlamd zijn en niet kunnen lopen uiteindelijk een vooruitzicht is op de mogelijkheid om weer te lopen. We spreken met elkaar af dat het in het pakket komt als bewezen is dat het aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. Het Zorginstituut onderzoekt dat nu op verzoek van ons. Wij verwachten het advies van het Zorginstituut hierover aan het eind van het jaar te krijgen. Ik kom te spreken over de stamceldonoren. Gevraagd is of het bestand met potentiële stamceldonoren onderdeel van het pakket kan worden. Matchis, voorheen Europdonor, is met verzekeraars in overleg om het registreren van potentiële stamceldonoren verzekerd te krijgen. Het gaat gemiddeld om een bedrag van € 50 per mogelijke donor. De laatste stand van zaken is mij niet bekend. Ik wil gaan bekijken of donorwerving in

ziekenhuizen onderdeel kan gaan uitmaken van reguliere zorg. Ik zal de Kamer na de zomer de stand van zaken melden.

Er is gevraagd of het middel Orkambi onder de voorwaardelijke toelating kan komen. Voorwaardelijke toelating is bedoeld om te onderzoeken of een veelbelovende behandeling daadwerkelijk zo veelbelovend is als die behandeling doet vermoeden. Dat is hier niet de vraag. Het Zorginstituut heeft de effectiviteit van Orkambi vastgesteld, maar de fabrikant hanteert een bijzonder hoge prijs. Wij zijn nu in gesprek met de fabrikant om die prijs te verlagen. Die gesprekken zijn inmiddels even stopgezet, omdat wij onvoldoende informatie van de fabrikant hebben gekregen. Wij zijn dus met de fabrikant in gesprek. Dat loopt momenteel.

Mevrouw Bouwmeester heeft gezegd dat de Kamer weinig inzicht heeft in de adviesaanvragen aan het Zorginstituut en hoe die vervolgens geprioriteerd worden. Het lijkt mij op zich een heel goed idee als de Kamer dat gesprek over die werkwijze met het Zorginstituut aangaat. Ik ga daar ook eigenlijk helemaal niet over. De Kamer kan het Zorginstituut immers zelf uitnodigen voor een gesprek. Dat lijkt mij op zich iets wat een duidelijke meerwaarde kan hebben. Het Zorginstituut heeft natuurlijk een zekere span of control. Het kan een aantal dingen doen. Je ziet dat het momenteel heel veel dingen doet op het gebied van fysiotherapie, ook omdat ik dat gevraagd heb. Dat betekent dat andere dingen dan misschien weer wat langer blijven liggen. Er is natuurlijk altijd sprake van een bepaald tijdpad.

Wij wisselen hier vaak zaken, waarbij de Kamer mij vraagt om het Zorginstituut om een advies te vragen. Dan doe ik dat ook. Wat er gevraagd wordt, is over het algemeen vrij helder. Ik doe daar echter niet consequent verslag van. Ik stuur de resultaten naar de Kamer, maar mevrouw Bouwmeester vraagt of ik niet kan aangeven wat ik allemaal aan het Zorginstituut vraag. Ik vraag dat overigens op verschillende momenten. Ik doe dat soms naar aanleiding van een Kamerdebat – dat is niet altijd in juni, dat kan bijvoorbeeld ook in oktober zijn – en ik vraag zelf ook weleens iets aan het Zorginstituut. Meestal meld ik dat wel aan de Kamer. Ik heb de Kamer bijvoorbeeld laten weten dat ik het Zorginstituut om een advies over cosmetische zorg zou vragen. Het lastige is dat ik de Kamer geen jaarlijkse brief op een vast moment kan sturen, omdat ik die adviezen gedurende het hele jaar vraag. Ik meen dat ik de Kamer er redelijk van op de hoogte houd, maar ik zal nadenken over de vraag hoe wij die informatievoorziening vorm moeten geven. Ik denk niet dat ik het de Kamer standaard laat weten, maar het komt altijd wel ergens in een debat aan de orde.

Er is gesproken over de capaciteit bij het Zorginstituut. Ik heb net aangegeven dat de taakverdeling tussen verzekeraars en het Zorginstituut al sinds jaar en dag bestaat. Dat is niet iets nieuws en het is ook niet de oorzaak van het primaire capaciteitsprobleem bij het Zorginstituut. Ik heb de capaciteit van het Zorginstituut behoorlijk uitgebreid om het pakket door te lichten. Het is immers een nieuwe taak om te bekijken voor wie wat in het pakket moet blijven. Het Zorginstituut heeft dus geen capaciteitstekort.

Voorzitter. Ik meen en hoop dat ik alles heb beantwoord.

De voorzitter:

We gaan over tot de tweede termijn. We hebben daarvoor nog een korte tijd tot onze beschikking.

Het woord is allereerst aan mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Als een rivier een gemiddelde diepte heeft van een meter, kun je nog wel degelijk verdrinken in het diepste stuk. Dat is ook een beetje het geval met het gemiddelde aantal behandelingen voor mensen met een etalagebeen. Ik snap heel goed dat je kijkt of de bandbreedte niet te

groot is, maar de Minister wijkt af van de bandbreedte die er is op het punt van de behandelingen, terwijl zij niet afwijkt van het advies van het Zorginstituut over borsten voor mannen die vrouw worden. Natuurlijk houdt zij het goed bij, maar het zou toch zonde zijn als mensen die voor fysiotherapie kiezen in plaats van voor een dure operatie – wat ook beter voor hen is – uiteindelijk tegen een aantal zelf te betalen behandelingen aanlopen. In de filosofie dat je voor het meest passende kiest, heeft dat dan toch weer een financiële consequentie. Ik vraag de Minister om hier wat reukeliker naar te kijken.

De Minister zegt over de maximale eigen bijdrage voor de reparatie van een gebitsprothese dat het 10% van € 45 is. Ik lees in het stuk echter dat het 10% is met een maximum van € 45. Ik zie daarin toch wel weer een drempel.

Er zijn vandaag veel zaken gewisseld. Ik zal de Kamer een motie voorleggen over de vergoeding van borsten voor mannen die vrouw worden. Mevrouw Bouwmeester zegt dat die vergoeding dan voor alles en iedereen beschikbaar is, maar daar koerst niemand op aan. De groep mensen die van man vrouw wordt, is op jaarbasis niet groot. Volgens mij kun je dat zorgvuldig omschrijven, zodat het geen cosmetische behandeling wordt.

Ik zou graag nog wat willen zeggen over de ggz-behandeling. De behandeling van die aanpassingsstoornis leidt namelijk tot veel meer problemen. Ik zal dat echter op een ander moment ter sprake brengen.

De voorzitter:

Er is nog een korte vraag van mevrouw Bouwmeester. Ik wijs erop dat we met de tweede termijn bezig zijn. Ik wil iedereen de gelegenheid geven om in tweede termijn te spreken. Daarom moeten interrupties kort zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

De partijen die te maken hebben met transgenders, zitten nu aan tafel. Is het dan niet verstandig om af te wachten wat daaruit komt voordat wij een motie indienen? Daarmee voorkom je dat je een te grote stap neemt.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat denk ik niet. Ik denk dat het een duidelijk te omschrijven groep is. Toen wij in het verleden kwamen met een amendement waarin nota bene ook een dekking was aangegeven om deze ingreep op te nemen in het pakket, heeft de Minister gezegd: dan is er mogelijk ook een aanspraak voor vrouwen zonder borstontwikkeling en daarvan kan ik de gevolgen niet overzien. Dat was toentertijd de reden om het amendement voor de vergoeding van borsten voor mannen die vrouw worden, te ontraden. Dat is nu opgelost. Volgens mij moeten we het gewoon kunnen doen. Vandaag stond in het AD dat we dit allemaal willen. We moeten dat signaal afgeven. We hebben het hier namelijk al drie, vier jaar over. Iedere keer zijn er argumenten om het niet te doen. De Minister gaat de brug niet over. Laten wij dat als Kamer dan wel doen. Dat lijkt mij het verstandigst. Dat om de tafel zitten kan nog jaren duren. Ik vind dit gewoon eigenlijk niet meer uit te leggen. Ik vind het echt niet meer uit leggen!

De voorzitter:

Ik heb mevrouw Leijten met zo veel woorden horen zeggen dat zij een VAO aankondigt.

Het woord is aan mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Het pakket wordt uitgebreid, maar het wordt ook verdiept. Dat heeft te maken met de toezegging van de Minister dat psychosociale zorg, het goede gesprek, onderdeel moet worden van de behandeling. Het wordt dus verruimd: niet alleen aandacht voor het medische maar ook

voor het psychosociale deel. Ik vind het een mooie en belangrijke toezegging dat de Minister dit niet beperkt tot de oncologie, maar het ook voor andere ziekten laat gelden. Volgens mij is dit een belangrijke stap op de weg naar kwaliteitsverbetering en meer dialoog tussen de zorgverlener, zijn omgeving en de patiënt.

De toezegging van de Minister over de transgenders is erg belangrijk. Ik wacht af wat het overleg oplevert en ik hoor graag wanneer dit overleg plaatsvindt. Wij kunnen dan zorgvuldig, stap voor stap bekijken hoe wij ervoor kunnen zorgen dat ook deze mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben en hoe onnodig psychisch lijden kan worden voorkomen.

In het kader van differentiatie van het eigen risico heeft de Minister gezegd dat zij het belangrijk vindt dat er een breed pakket beschikbaar is; dat is de norm voor de zorgverzekeraars. De Partij van de Arbeid deelt dat met haar, maar de vraag is nog wel wie beoordeelt hoe breed het pakket is. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat de rol van de patiënten, gebruikers en zorgverleners echt is geborgd? Dat is mij nog niet helemaal duidelijk. Het is goed dat de Kamer bekijkt of zij het gesprek kan aangaan met het Zorginstituut over de weg die wordt gemaakt van de keuzes voor het pakket en het onderzoek. Ik ben blij dat de Minister wil bekijken op welke manier hierover openheid kan worden verschaft, omdat wij als Kamerleden dan ook minder afhankelijk worden van lobbybrieven. Wij lezen voor wat daarin staat, maar er zijn misschien ook partijen die geen lobbybrieven sturen en hun inbreng komt hier dan niet aan de orde. Als wij daarin een nieuw proces kunnen vinden, zal dat de kans op beïnvloeding voor iedereen groter maken.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Zij heeft een aantal belangrijke onderwerpen aan de orde gesteld, maar ik ben niet helemaal tevreden over de termijn waarop zij een en ander zal aanpakken. Ik kom nog even terug op de psychosociale zorg, vooral na de behandeling. Het is heel goed dat dit in de richtlijn wordt opgenomen voor de periode tijdens de behandeling, maar ik vraag de Minister om het voorstel van KWF Kankerbestrijding voor te leggen aan de werkgroep. Het voorstel is om in een pilot te bekijken wat de omvang is van de doelgroep die kampt met aanpassingsstoornissen na de behandeling, op welk moment er behoefte is aan de zorg en of hiervoor iets kan worden gedaan in de ggz-dbc.

De Minister heeft gezegd dat er eventueel een subsidieregeling mogelijk is voor de borstprothesen bij transvrouwen, omdat dit nu niet meer voor 2017 in het pakket kan worden geregeld. Ik weet dat er voor begin september een gesprek is gepland tussen het Zorginstituut en de patiëntenorganisaties. Als dit wat naar voren kan worden gehaald, kan worden geprobeerd om door middel van een subsidieregeling een oplossing te bieden vanaf 1 januari 2017. Ik ben het eens met de hartenkreet van mevrouw Leijten dat wij hier al zo lang over praten en dat wij het allemaal graag geregeld zien. Als de Minister de Kamer voor 1 oktober kan informeren over de uitkomst van het gesprek tussen het Zorginstituut en de patiëntenorganisaties en kan toezeggen dat het rond komt in 2017, kunnen wij misschien voorkomen dat wij dit in een motie moeten vastleggen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Voorzitter. Ik zal het kort houden. Ik sluit mij aan bij de opmerkingen van mevrouw Leijten over de transgender vrouwen. Dit punt speelt inderdaad al heel lang, sinds 2009. Deze groep is goed af te bakenen en dan vind ik het eigenlijk niet verantwoord om het steeds maar weer voor ons uit te schuiven. Ik zou hier graag voor 1 juli een besluit over nemen. Ik deel het enthousiasme van de Minister over het exoskelet. Het is waar dat er nog veel moet worden uitgezocht. Het is goed dat er onderzoek

naar wordt gedaan en dat de resultaten daarvan voor het einde van dit jaar beschikbaar komen. Is de Minister bereid te bekijken hoe het exoskelet dan wel bereikbaar zal zijn, zeker als uit het onderzoek van het Zorginstituut blijkt dat het ook zorg op basis van de Zorgverzekeringswet is? Wil de Minister dan ook bekijken hoe de vergoeding van innovatieve hulpmiddelen kan worden verbeterd?

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik heb in eerste termijn gezegd dat de VVD er trots op is dat het pakket voor het tweede achtereenvolgende jaar wordt uitgebreid. De Minister heeft duidelijk gemaakt dat wij dit vooral te danken hebben aan het feit dat er steeds meer zorg op maat wordt gerealiseerd. Je kunt dan een breed pakket maken voor patiënten die specifieke zorg nodig hebben. Die weg is al een aantal jaren geleden ingeslagen, met dank aan de goede inzet van het Zorginstituut. Het is goed te horen welke onderzoeken op dit moment gaande zijn. Die zullen de weg naar meer zuinige en zinnige zorg binnen het basispakket in de komende jaren waarschijnlijk mogelijk maken. De VVD ziet daarnaar uit.

Ik ben heel enthousiast over het bericht dat de psychosociale zorg op korte termijn waarschijnlijk integraal onderdeel kan uitmaken van elke oncologische behandeling. Het is ronduit goed nieuws dat men dit heeft gerealiseerd, zeker gezien de inzet van vele partijen hier om zover te komen, vooral voor het veld.

Tot slot vind ik het heel goed dat de Minister zegt dat verzekeraars mogen sturen, ook met eigen risico, dat er altijd een breed en divers aanbod van dieetvoeding beschikbaar moet zijn en dat dit ook geldt voor andere vormen van zorg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Aan het begin van haar betoog heeft zij gezegd verrast te zijn door de opstelling van zorgverzekeraars die wat koudwatervrees hebben nu zij een deel van de zorg moeten blijven toetsen als het Zorginstituut dat niet doet. De Minister gaat hierover in gesprek. Wil zij ons informeren over de uitkomsten van dat gesprek?

De komende jaren zullen er veel mooie, nieuwe innovatieve behandelingen mogelijk worden. Dan moet strikt worden bekeken of die werkelijk effectiever zijn dan het huidige aanbod. Is het de bedoeling dat de zorgverzekeraars dat de komende jaren gaan doen of houdt het Zorginstituut hier een zelfstandige rol in? Ik ben van mening dat het Zorginstituut uiteindelijk de beste instrumenten in handen heeft voor een goede toetsing en dan zodanig dat iedere Nederlander dezelfde aanspraken heeft. Ik zou niet graag zien dat er een situatie ontstaat waarin een verzekerde bij de ene zorgverzekeraar wel bepaalde zorg krijgt en een andere verzekerde bij een andere zorgverzekeraar niet. Dat risico ontstaat wel als dit breder wordt uitgerold.

Ik ben blij met de opmerking van de Minister dat het vrijstellen van eigen risico voor de zorgverzekeraars wel de verplichting inhoudt dat een brede keuze mogelijk blijft, bijvoorbeeld voor verschillende dieetpreparaten. Is er een manier om dat te blijven volgen? Bij bijvoorbeeld geneesmiddelen hebben wij gezien dat er op een gegeven moment een versmalling van de keuzemogelijkheden ontstond. Kunnen wij ervan uitgaan dat dat hier niet gebeurt?

Het is echt heel erg belangrijk dat het eerstelijnsverblijf goed wordt geregeld. De Minister zegt dat wij ons niet te druk moeten maken over het feit dat de risicoverevening misschien niet helemaal op orde is, omdat dit in het grote geheel wel wegvalt. Als wij ons op te veel punten niet druk maken over het feit dat een bepaald aspect niet goed is geregeld, telt dat uiteindelijk wel bij elkaar op en ontstaat er een stapeling.

De voorzitter:

Hiermee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef de Minister gelegenheid voor haar beantwoording in tweede termijn. Het woord is aan de Minister.

Minister Schippers:

Voorzitter. Ik heb over het vraagstuk van de etalagebenen gezegd dat wij een monitor laten meelopen zodat wij goed kunnen zien hoe dit in de praktijk uitpakt en of wij het jaar daarop moeten bijsturen of niet. Mevrouw Leijten heeft gevraagd of er sprake is van een misverstand over de maximale eigen bijdrage bij de reparatie van gebitsprothesen. Daarvoor geldt een eigen bijdrage van 10%. In de praktijk zijn de kosten niet hoger dan € 45; voor de patiënt wordt het dan € 4,50. Dit is niet gemaximeerd. Het is een globale schatting en de uitkomst zou iets hoger of iets lager kunnen zijn.

Over de borstvergroting heb ik gezegd wat ik heb gezegd. Ik zal het gesprek voortzetten en ik zal de Kamer over de uitkomsten daarvan tijdig voor de begroting informeren. Zij kan dan de afweging maken of er voldoende progressie is of niet. Mevrouw Bouwmeester heeft gevraagd wanneer dit gesprek zal plaatsvinden. Ik zal ervoor zorgen dat het voor de begroting plaatsvindt. Dat is het moment waarop wij feitelijk over eventuele subsidieregelingen beslissen. Die hebben het grote voordeel boven het pakket dat er gemakkelijker kan worden afgebakend dan in het pakket en dat een en ander juridisch veel minder kwetsbaar is. Dit zijn allemaal zij-overwegingen. Ik zal dit gesprek op een positieve manier voeren en bekijken hoe wij langs die weg resultaten kunnen boeken. De NZa beoordeelt de breedte van het pakket als er wordt ingekocht. De NZa houdt daar toezicht op en moet ingrijpen als dit in de praktijk niet goed genoeg gaat.

Er is gevraagd naar de openheid van Zorginstituut Nederland. Ik ben daar altijd open over. Volgens mij komt het zelden of nooit voor dat ik een onderzoek uitzet en dat ik dat niet meld in een of ander algemeen overleg dat daarop betrekking heeft. Dat is geen geheim proces. Op andere terreinen wordt vaak gewerkt met een werkplan en kun je aan de hand daarvan laten zien wat je in een bepaald jaar hebt gevraagd. Omdat wij het Zorginstituut het hele jaar door opdrachten geven om zaken te onderzoeken – vaak in interactie met de Kamer – is er geen sprake van één moment. Het is goed als de Kamer het gesprek aangaat met het Zorginstituut en dan ook een moment creëert waarop zij de afwegingen en de plannings kan zien.

Ik zal de Kamer voor de begroting informeren over de pilot van KWF en eventueel transvrouwen.

Er is gesproken over innovaties in het algemeen, methoden die ertoe leiden dat iemand weer kan lopen of anderszins en andere innovatieve hulpmiddelen. Het skelet zit nu in het traject van het Zorginstituut. Ik heb geen idee wat daaruit komt. Ik wacht dat eerst af. Als het Zorginstituut mij daarover heeft geadviseerd, kom ik terug naar de Kamer en zal ik laten weten wat ik met dat advies zal doen.

In het kader van innovatieve hulpmiddelen hebben wij ooit een voorwaardelijke toelating opgezet. Die verloopt echter niet zoals ik zou willen. Dat is misschien een gevolg van de manier waarop wij dat hebben gedaan. Wij hebben het bij het Zorginstituut Nederland neergelegd. Het beoordeelt dit als een soort pakket en vindt dat ongemakkelijk, want de criteria voor een voorwaardelijke toelating zijn natuurlijk anders dan voor het pakket. Dat is dus heel moeilijk voor het instituut; het is ook moeilijk om in de praktijk de knop om te zetten. Ik heb mij de afgelopen maanden heel goed laten voorlichten over de gang van zaken. Eén conclusie is helder: ik ben van mening dat de voorwaardelijke toelating niet lekker verloopt. Ik bekijk nu hoe ik dat beter kan doen en ik kom daarop terug. Ik maak nu een heroverweging van hoe het is gegaan en hoe het beter kan.

Ik zal de Kamer op de hoogte stellen van de uitkomst van het gesprek met de zorgverzekeraars. Vooruitlopend daarop kan ik nu al zeggen dat ik het geen goede gedachte vind dat zij dit niet meer gaan doen. Dit druist zo in tegen de taakverdeling die wij hebben gekozen; dat zie ik niet zitten. Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd hoe wij kunnen voorkomen dat er allerlei diversiteiten ontstaan. In dit kader hebben wij een halfjaar of driekwartjaar geleden gezegd dat zij dat ook samen kunnen doen. Zeker als er dingen zijn waarover twijfel bestaat of die niet erg gangbaar zijn, kunnen zij dat samen doen. Wij hebben geregeld dat de ACM dan niet zal zeggen: daar mag u niet op samenwerken. Wij willen natuurlijk dat er geen ongelijkheid of ongelijke vergoedingen ontstaan. Ik zal de Kamer verslag doen van het gesprek, maar het lijkt mij ondenkbaar dat ik honderden ambtenaren ga aannemen om dit van hen over te nemen. Dat is echt geen optie.

Ik sluit mij aan bij de opmerkingen van mevrouw Voortman over de innovatieve behandelingen. De voorwaardelijke toelating verloopt niet echt lekker; die gaan wij dus heroverwegen.

Het toezicht op de brede keuze ligt bij de NZa.

Naar aanleiding van de opmerkingen over het eerstelijnsverblijf, wijs ik erop dat in het kader van de risicoverevening een enorme afweging wordt gemaakt van de mogelijke implicaties voor bepaalde groepen. Daartoe worden voortdurend studies uitgevoerd. De Kamer krijgt morgen een dikke brief over de risicoverevening waarin de hele gang van zaken wordt geschetst. Er wordt ingegaan op de manier waarop wij proberen dat op te bouwen. Daarin doen wij ook verslag van de expertmeeting waarin allerlei experts hebben gesproken over de risicoverevening. Zo worden er steeds weer afwegingen gemaakt terwijl er sprake is van complexiteit en maatwerk. Als wij iedereen willen finetunen, heb je op een gegeven moment zeventien miljoen categorieën. Dat moeten wij voorkomen. Het is dus altijd de vraag waar overlappings ontstaan. Als je bij de risicoverevening te veel gaat finetunen, krijg je overlappings en wordt er dubbel gecompenseerd. In die heel uitgebreide brief wordt de Kamer meegenomen in de afwegingen die wij hebben gemaakt en in het onderzoeksprogramma voor het komende jaar dat ook weer behoorlijk fors is. Dus voor dit jaar nemen wij forse maatregelen, maar ook voor komend jaar komt er weer een fors onderzoeksprogramma aan. Die brief krijgt de Kamer volgende week en wij zullen daar nog uitgebreid over spreken tijdens het algemeen overleg volgende week.

De voorzitter:

Hiermee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van het kabinet.

Ik zal de toezeggingen op hoofdlijnen doornemen.

- De Minister zal de Kamer tijdig voor de begroting een brief toezenden waarin de resultaten worden opgenomen van het overleg van het Zorginstituut met de stakeholders over de uitbreiding van het pakket voor het plaatsen van borstprotheses bij transgenders als daarover consensus is bereikt.
- De Kamer ontvangt voor de begroting een brief over de pilot van het KWF.
- Na de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van de activiteiten van de werkgroep psychosociale zorg. Dit is overigens eerder toegezegd tijdens het algemeen overleg over de ggz.
- De Kamer ontvangt een brief met het resultaat van het gesprek met Zorgverzekeraars Nederland over de eerste opmerking van de Minister in eerste termijn.

Wanneer kunnen wij die brief tegemoetzien?

Minister Schippers:

Dat kan aan het einde van het reces, dat wil zeggen direct na het reces.

De voorzitter:

Dus uiterlijk begin september.

Hiermee hebben wij de toezeggingen op hoofdlijnen gememoreerd.

Mevrouw Leijten heeft een VAO aangevraagd. Wij zullen dit doorgeleiden met als eerste spreker mevrouw Leijten.

Ik dank de Minister en haar ondersteuning voor hun inbreng in dit debat.

Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng. Ik dank de mensen op de tribune en de mensen die dit overleg op een andere manier hebben gevolgd, voor hun belangstelling.

Sluiting 12.19 uur.