

Tweede Kamer, het zorgverzekeringsstelsel

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 19 juni 2024 overleg gevoerd met mevrouw Dijkstra, minister voor Medische Zorg, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2023 inzake RVS-advies Met de stroom mee, naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning (31765, nr. 793);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2023 inzake toezeggingen met betrekking tot vergoeding spraakcomputers, maximering eigen bijdrage extramurale geneesmiddelen en overheveling twintigwekenecho (29689, nr. 1205);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2023 inzake ex ante vormgeving risicovereveningsmodel 2024 (29689, nr. 1204);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 september 2023 inzake definitieve besluitvorming risicoverevening 2024 (29689, nr. 1225);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 september 2023 inzake beleidswijziging voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen tot het basispakket van de zorgverzekering (29477, nr. 857);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 september 2023 inzake monitor stapeling eigen bijdragen (29689, nr. 1226);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 november 2023 inzake polisaanbod 2024 en verzekerdeninvloed (29689, nr. 1235);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 november 2023 inzake stand van zaken contractering 2024 (29689, nr. 1233);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 november 2023 inzake Verzekerdenmonitor 2023 (29689, nr. 1234);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 december 2023 inzake monitor pakketmaatregel vitamine D (29477, nr. 866);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 januari 2024 inzake bestuursrechtelijke premie wanbetalersregeling (33077, nr. 26);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 februari 2024 inzake advies "Normering bij tariefstelling door de NZa" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (29689, nr. 1239);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 20 maart 2024 inzake advies Gezondheidsraad over fibromyalgie (35826, nr. 10);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 22 maart 2024 inzake brief van de NZa over overstapperiode 2023-2024 (29689, nr. 1241);

- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 8 april 2024 inzake voortgang van het traject Naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie (29689, nr. 1244);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 5 april 2024 inzake gesprekken met verzekeraars over machtigingen tertiaire borsthersteloperaties (29689, nr. 1243);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 12 april 2024 inzake reactie op verzoek commissie over een afschrift van de brief aan de patiëntenvereniging Spierziekten Nederland over het verzoek tot brede beschikbaarheid van het geneesmiddel Evrysdi (risdiplam) tegen de spierziekte spinale musculaire atrofie (SMA) (29477, nr. 884);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 11 april 2024 inzake voortgang pakketbeheer van dure geneesmiddelen (29477, nr. 883);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 26 april 2024 inzake reactie op verzoek commissie over de petitie Schaf het eigen risico af (29689, nr. 1247);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 mei 2024 inzake analyse monitor stapeling eigen bijdragen (29689, nr. 1248);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 13 mei 2024 inzake reactie op verzoek commissie over de prijsonderhandelingen over het medicijn Kaftrio (29477, nr. 887);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 mei 2024 inzake contracteer- en overstapeseizoen 2023-2024 (29689, nr. 1249);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 24 mei 2024 inzake wijziging basispakket Zorgverzekeringswet 2025 (29689, nr. 1250);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juni 2024 inzake voortgang verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB) - voorjaar 2024 (29689, nr. 1253);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 4 juni 2024 inzake toezeggingen en moties voorafgaand aan het commissiedebat over het zorgverzekeringsstelsel van 19 juni 2024 (29689, nr. 1252);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juni 2024 inzake reactie op verzoek commissie over verankering van de palliatieve fase in alle zorgwetten (29509, nr. 82);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 7 juni 2024 inzake ontwikkelingen fysiotherapie en oefentherapie (31765, nr. 853);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 10 juni 2024 inzake beleidsreactie Gezondheidsraadadvies Fibromyalgie (35826, nr. 11);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 24 mei 2024 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw (29689, nr. 1251);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 12 juni 2024 inzake beantwoording vragen commissie over voortgang pakketbeheer van dure geneesmiddelen (Kamerstuk 29477-883) (29477, nr. 896);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 juni 2024 inzake voorhang experiment bekostiging wijkverpleging (23235, nr. 242).

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

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

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

Voorzitter: Tielen

Griffier: Heller

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bushoff, Claassen, Dijk, Daniëlle Jansen, Krul en Tielen,

en mevrouw Dijkstra, minister voor Medische Zorg.

Aanvang 12.00 uur.

De **voorzitter**:

Goedemiddag, allemaal. Welkom bij de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op deze middag hebben wij een commissiedebat georganiseerd over het zorgverzekeringsstelsel. Daarom heet ik de minister voor Medische Zorg, minister Dijkstra, van harte welkom om met ons dat debat te voeren. Ook verwelkom ik de Kamerleden Jimmy Dijk namens de SP, Julian Bushoff namens GroenLinks-PvdA, Daniëlle Jansen namens NSC, en René Claassen namens de PVV. Ik meen dat de heer Harmen Krul zich namens het CDA ook nog bij ons voegt. Ikzelf zit technisch gezien voor, maar zal straks ook nog een korte bijdrage namens de VVD leveren.

We hebben zes uur uitgetrokken voor dit debat. Ik denk dat we dat niet nodig hebben. Elke spreker heeft zes minuten de tijd en ik zal vijf interrupties in de eerste termijn van de zijde van de Kamer toestaan. Ik zou zeggen: houd ze kort en doelgericht. Laten we er een mooi debat van maken.

We beginnen met de bijdrage van de heer Jimmy Dijk.

De heer **Dijk** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik zat een beetje te twijfelen of ik een punt van orde wilde maken, maar ik ga gewoon een verzoek doen aan de minister. Vanochtend, of eigenlijk gisteravond al, bereikte het nieuws over Co-Med ons. De zorgverzekeraars grijpen bij hen in, omdat Co-Med onvoldoende zorg levert. U kent het standpunt van de SP over private equity in de zorg; we moeten dat verbieden. De vraag is: wat doet het kabinet nu duizenden patiënten in onzekerheid zitten? De SP zou graag voor het weekend een brief willen waarin wordt aangegeven wat het kabinet van plan is om te gaan doen om de huisartsenzorg voor mensen te garanderen. Daar valt hier en daar in de media al wel iets over te lezen, maar ik zou daar graag een reactie van het kabinet in de vorm van een brief op willen hebben. Daarbij ontvang ik graag ook antwoord op de vraag waarom de zorgverzekeraars hier zo lang mee hebben gewacht. Dit zeg ik niet om onszelf op de borst te kloppen, maar we hebben meldpunten bij de SP. We hebben dit punt keer op keer aangekaart. Eigenlijk is al heel lang zichtbaar dat Co-Med er een potje van maakt, om het even netjes te beschrijven, en dat het wel erg lang geduurd heeft. Dat gezegd hebbende, ontvang ik daar graag een reactie op van het kabinet.

Voorzitter. Dan over de premie en het premiepakket. In 2023 betaalde de premiebetalers gemiddeld €103 te veel aan premie voor vergelijkbare basispakketten die onnodig waren. Dit weten verzekeraars natuurlijk. Waarom is het dan zo dat zij hier niks mee doen? Waarom wijzen zij de premiebetalers er niet op dat zij polissen en pakketten hebben die geschikter voor hen zijn en die beter passen? Het gaat in totaal namelijk over ruim 900 miljoen euro aan te veel betaald premiegeld. Ik gun het iedereen om zijn premiegeld terug te krijgen, maar ik ben ook lid van een partij die staat voor solidariteit.

Er is in deze Kamer al lange tijd een wens om mondzorg terug te krijgen in het basispakket. Er zijn verschillende manieren en verschillende vormen voor de inrichting hiervan. Een overgrote meerderheid wil dit. Ik kijk ook gewoon zéér opportunistisch naar de PVV. Zij hebben hier ook terecht campagne voor gevoerd, altijd met mevrouw Agema. Ze hebben hele goede voorbeelden gegeven van mensen die niet naar de tandarts gaan, die de tandarts mijden of kapotte gebitten hebben. Een op de vijf mensen mijdt de tandarts vanwege de kosten. Dit leidt tot onnodig veel leed en onnodig veel ongelijkheid in kwaliteit van gebit en zorg die mensen kunnen afnemen. De SP zou het liefst de hele mondzorg in het basispakket willen hebben, maar ik noemde net het bedrag van 900 miljoen euro. Met die 900 miljoen kom je al een heel eind als je bijvoorbeeld de eerste controles, het vullen van gaatjes en het verwijderen van tandsteen terug in het basispakket stopt. Sterker nog, je houdt zelfs een aantal miljoen euro over.

Voor de kijkers thuis en de mensen hier op de tribune wil ik zeggen dat u hier vandaag een lichte afvaardiging van deze commissie voor Volksgezondheid ziet. Dat heeft natuurlijk als reden dat er een kabinet gevormd wordt. Er is een hoofdlijnenakkoord; daar wordt te weinig over gezegd. Laat de Tweede Kamer deze stap zetten en laat de Tweede Kamer ook de stap zetten om in ieder geval een deel van de mondzorg weer in het basispakket te stoppen. Op die manier bereiken we sociale vooruitgang waar mensen echt op zitten te wachten.

Voorzitter. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving adviseert een aantal hele nuttige dingen in zijn rapport. Zo moet de concurrentie in de zorg aan banden worden gelegd; dat is mij uit het hart gegrepen. Dat geldt ten eerste voor de eerstelijnszorg, het maatschappelijk werk, de wijkverpleging, en de huisartsen. Ik ben benieuwd naar de reactie van de minister. Hoe kijkt zij daartegen aan? En is dat al in gang gezet? Zo niet, dan vind ik dat ook iets voor de Tweede Kamer om in de komende tijd mee aan de slag te gaan. Ook hier zijn allemaal open eindjes in het hoofdlijnenakkoord over hoe dat in gang zou moeten worden gezet, of het staat er zelfs niet. Laten we die handschoen dus zelf oppakken.

Het gesteggel over het eigen risico is onnodig technisch ingewikkeld gemaakt door de formerende partijen. Dit kan veel simpeler, goedkoper, beter en zonder administratieve rompslomp. De zorgpremie moet namelijk gewoon inkomensafhankelijk worden gemaakt. Op die manier kun je ook het eigen risico afschaffen. Daar heeft de SP een heel duidelijk plan voor gepresenteerd, dat is doorgerekend door het CPB. Ik wil het niet zeggen, maar het is echt tien keer beter dan het voorstel dat nu voorligt. De premie kan voor 80% van alle verzekerden omlaag. 20% van de verzekerden zal daardoor 1% tot 3% meer betalen. Ik noem dat solidariteit. Je schaft het eigen risico af. Je maakt zorgtoeslag onnodig. Die hele rompslomp verdwijnt voor mensen, die het overigens

soms ook niet meer durven aan te vragen. Al deze dingen worden overbodig. Het is een veel beter voorstel dan het voorstel dat nu in het hoofdlijnenakkoord staat. Maar ik kan me voorstellen dat dit voor kneiterrechtse partijen een stapje te ver gaat. De VVD wilde dit al niet met de PvdA, laat staan dat de PVV het dan voor elkaar krijgt.

Voorzitter. Laten we er buiten dat cynisme voor zorgen dat we in ieder geval ook hier en nu een oplossing gaan bieden voor mensen met chronische ziekten. Die mensen worden door het plan van de PVV en consorten dubbel gepakt bij het verlagen van het eigen risico, wat slechts in 2027 zal gebeuren. Zij worden dubbel gepakt, omdat hun premie omhooggaat en de voorzieningen voor chronisch zieken en gehandicapten eraan gaan.

Voorzitter. Tot slot een koppeling tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuiszorg. Gisteren kregen we de brief over het voorstel van de SP over instemmingsrecht voor gemeenten, regionale overheden en bijvoorbeeld personeels- en patiëntenverenigingen. Onze ziekenhuiszorg toont op dit moment exact wat er mis is met de zorg in Nederland. Afgelopen zaterdag hadden we een bijeenkomst van het Zuyderland ziekenhuis in Heerlen. De mensen in de regio, 300.000 mensen, willen dat het ziekenhuis behouden blijft. Het personeel wil het. De huisartsen die daaromheen werken, willen het. De regio wil het. De meerderheid van de Tweede Kamer wil het; dat is vaak uitgesproken. En dan lees ik hier ... Ik ga het voorlezen, voorzitter.

De voorzitter:

Dan zou ik dat in één of twee zinnen doen, want u bent al over uw tijd, meneer Dijk.

De heer Dijk (SP):

Het is een lange brief, maar ik ga het doen. Als het gaat over het terugpakken van die zeggenschap, staat er het volgende: "Het raakt daarmee in een stelsel met private zorgaanbieders ook aan de fundamentele vrijheid van ondernemen en het eigendomsrecht van zorgaanbieders wanneer een zorgaanbieder niet mag fuseren als een stakeholder het er niet mee eens is. Om deze vrijheid te beperken ..." Ik kan door blijven lezen.

De voorzitter:

Dank u wel.

De heer Dijk (SP):

Dit is exact waarom de markt moet worden afgeschaft in de zorg, dames en heren. Dit is exact waarom ook zorgverzekeraars geen commerciële clubs moeten zijn. Dit is waarom er een nationaal zorgfonds nodig is. Dit is nodig, zodat we allemaal zeggenschap krijgen over onze zorg, waar wij onze premie voor betalen.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Dijk. U bent echt rúím over uw tijd heen.

De heer Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Nog even een puntje van orde. De heer Dijk heeft het over een lichte afvaardiging van

de vaste Kamercommissie. We zijn hier met zes van de vijftien leden in totaal. Dat is best wel oké, nog afgezien van het feit dat kwaliteit natuurlijk altijd boven kwantiteit gaat.

De heer **Dijk** (SP):
Voorzitter, u heeft helemaal gelijk.

De **voorzitter**:
Dat brengt ons bij de bijdrage van de heer Bushoff. Hij spreekt namens de fractie van GroenLinks-PvdA.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Dank u wel, voorzitter. Ik wil vandaag vier punten maken. Ik begin met een punt over private equity en commerciële partijen die in onze publieke voorzieningen oprukken. GroenLinks-PvdA heeft daar ten principale een probleem mee, omdat zij private winst maken met publiek geld. Zij maken winst met publiek geld die naar de zakken van aandeelhouders en investeerders gaat. Dat vinden wij niet goed. Maar het wordt pas echt kwalijk als je ziet dat bijvoorbeeld prijzen worden verhoogd, bijvoorbeeld in de kinderopvang, of dat de kwaliteit van de zorg verslechtert, zoals het geval is bij Co-Med. Dan is het echt heel erg kwalijk, en dat moet stoppen.

Voorzitter. In dat licht, is er ook best goed nieuws te melden. Vanochtend lazen we in Het Financieele Dagblad dat steeds meer commerciële partijen en private-equitypartijen het nalaten om zich in onze publieke voorzieningen te mengen. Dit gebeurt mede omdat er vanuit de politiek nogal kritisch naar hen wordt gekeken en mede omdat, zoals we lazen, ze het risico steeds groter vinden worden om zich in deze domeinen te begeven. Dat komt doordat er wetgeving is aangekondigd om overnames te kunnen stoppen en er überhaupt een brede wens in deze Kamer leeft om hier paal en perk aan te stellen. Dat vertelt mij dat wij als Kamer op de goede weg zitten. Als steeds meer van dit soort partijen zeggen "ik geef er de brui aan", is dat in ieder geval voor mijn partij een enorme aanmoediging om door te gaan op de ingeslagen weg. Bij dezen kondig ik ook alvast aan dat we op korte termijn met een initiatiefnota zullen komen om de huisartsenzorg te versterken en het private equity nog moeilijker te maken om zich te mengen in de huisartsenzorg.

Maar ik heb ook wel een vraag aan deze minister. Ik denk dat het goed is dat de zorgverzekeraars Co-Med in gebreke hebben gesteld. Dat is een eerste stap op weg naar het mogelijk opzeggen van de contracten met Co-Med. Mijn vraag aan de minister is: als die contracten daadwerkelijk worden opgezegd, wat betekent dat dan voor patiënten? Dat is één. Twee: moeten we niet überhaupt kijken of we via de contractering van zorgverzekeraars beter kunnen sturen op welke huisartsen wel en niet gecontracteerd worden om ervoor te zorgen dat die commerciële partijen veel minder makkelijk een contract met zorgverzekeraars kunnen krijgen?

Voorzitter. Dan een tweede punt. Dat gaat over de eigen bijdrage in de zorg. Die blijft redelijk constant, zo blijkt uit de monitor stapeling eigen bijdrage, maar als je inzoomt op individueel niveau, zie je dat heel veel mensen heel veel moeite hebben om al die verschillende eigen bijdragen te kunnen ophoesten. Zij houden bijna geen geld meer over. De toekomst stemt dan niet heel erg hoopvol voor deze mensen. Nu betaal je maximaal €250 aan eigen bijdrage voor medicijnen, maar over iets meer dan een jaar verloopt deze maximering. Mijn vraag aan deze minister is: wat betekent dat voor

mensen die medicijnen nodig hebben? Hoeveel extra kosten zouden zij in theorie kunnen gaan maken als de maximering van €250 vervalt? Wat kost het om de maximering in stand te houden?

Voorzitter. Helaas wordt het voor mensen die chronisch ziek zijn ook niet beter de komende jaren. Sterker nog, zij gaan erop achteruit. Voor hen wordt in het hoofdlijnenakkoord de tegemoetkoming als je niet kunt werken afgeschaft. Zij gaan er dus ongeveer €200 op achteruit. Het is ontzettend pijnlijk dat juist deze groep, die het hardst nodig heeft, gepakt wordt. GroenLinks-PvdA zal zich daartegen blijven verzetten en zal ook met alternatieven komen.

Voorzitter. Dan een derde punt. Dat gaat over mondzorg. Heel veel mensen mijden op dit moment nog de tandarts. De minister heeft een verkenning laten doen om te kijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat zo veel mogelijk mensen toch gebruikmaken van de tandarts als dat nodig is. Het ministerie ziet de route via de gemeente als meest wenselijke route voor zich. Ik snap dat deze minister het niet meer gaat invoeren, maar ik ben wel benieuwd hoe zij die route voor zich ziet. Hoe zorgen we ervoor dat er geen verschil in toegang tot mondzorg ontstaat, afhankelijk van de gemeente waarin je woont? Welk bedrag zou hiermee gemoeid zijn? Waar moeten we dan aan denken? Is het idee bij het ministerie dan ook dat gemeentes voor dit bedrag gecompenseerd worden? Ik snap dat de minister deze stappen niet meer zelf gaat zetten omdat er een nieuwe minister komt, maar gelet op het feit dat er een verkenning is uitgevoerd en een wenselijke route is geschetst, kan ik mij voorstellen dat een aantal van deze vragen puur informatief nog wel beantwoord kunnen worden.

Voorzitter. Dan mijn laatste punt. Dat gaat over het kappen van het oerwoud aan verschillende zorgverzekeringspolissen. Op dit moment zie je als consument door de bomen het bos niet meer door de hoeveelheid verschillende polissen. Dat maakt dat mensen gemiddeld zo'n €100 te veel betalen. Volgens mij is dat volstrekt onwenselijk. Ik ben benieuwd of er mogelijkheden zijn om vanuit de politiek te sturen op het aanbod van polissen. Kan de minister daarop ingaan? Wat zijn de mogelijkheden, even los van de vraag of dat volgens deze minister wenselijk is? Zijn er juridische mogelijkheden om in te grijpen om toe te werken naar minder polissen?

Voorzitter. Tot slot een laatste vraag hierover. Als je als consument eenmaal wegwijs bent geworden in het oerwoud aan polissen en een zorgverzekering hebt gekozen, kan het zomaar zijn dat de zorgverlener bij jou in de buurt, het ziekenhuis of de ggz-instelling, te maken heeft met een budgetplafond, een omzetplafond. Dan krijg je dus op dat moment bij die zorgverlener geen zorg meer. Ik snap het nut van die omzetplafonds tot op zekere hoogte, maar het gaat er bij mij niet in dat die ook nog blijven gelden op het moment dat er voor een bepaalde handeling of in een bepaalde sector een wachtlijst is. Moeten we niet toe naar een systeem waarin de omzetplafonds wel in stand blijven, maar daar ook van afgeweken kan worden wanneer er in een bepaalde sector of voor een bepaalde behandeling een wachtlijst geldt?

Tot zover.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bushoff. Dan gaan we naar de bijdrage van mevrouw Jansen namens Nieuw Sociaal Contract.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Dank u, voorzitter. De toegang tot zorg uit de zorgverzekering is voor veel burgers helaas onvoldoende. Op meerdere terreinen voldoen zorgverzekeraars dus niet aan hun zorgplicht zoals opgenomen in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet. Ik noem twee voorbeelden. Begin 2023 werd gemeld dat de helft van de huisartsenpraktijken in het land een patiëntenstop hanteert. Medio oktober 2023 leken zelfs twee op de drie huisartsenpraktijken een gedeeltelijke of zelfs volledige patiëntenstop te hanteren. Bijna 3.000 Nederlanders wachtten medio vorig jaar op een huisarts. De cijfers kunnen nog weleens een gunstiger beeld geven dan werkelijk waar is, want lang niet iedereen zonder huisarts meldt dit bij de zorgverzekeraar. Ook verschillen de cijfers per regio. Er zijn regio's waarin nauwelijks een tekort aan huisartsen is en regio's waar de nood erg hoog is.

Ook in de geestelijke gezondheidszorg blijven de wachttijden onverminderd lang. De Nederlandse Zorgautoriteit, de NZa, meldde in april dit jaar nog dat de gemiddelde totale wachttijden in bijna alle regio's voor alle diagnosegroepen langer dan de treeknorm van veertien weken waren. Concreet betekent dit dat 67% van de zorgvragers voor hun aanmeldgesprek langer dan de treeknorm van vier weken moet wachten en dat het voor ruim een derde van de zorgvragers langer dan de treeknorm van tien weken duurt voordat zij met hun behandeling kunnen beginnen.

Eén manier voor zorgverzekeraars om beter aan hun zorgplicht te voldoen en daarmee bijvoorbeeld de lange wachttijden in de ggz en de medisch-specialistische zorg te verminderen, is bredere contractering van zorg. Ten eerste wil ik het hebben over de beperkte mogelijkheden voor kleinere aanbieders om een contractbespreking te houden met zorgverzekeraars. Nieuw Sociaal Contract krijgt vanuit het veld te horen dat veel kleinere zorgverleners geen contracten krijgen met zorgverzekeraars, ondanks dat ze hoogstnoodzakelijke zorg bieden, bijvoorbeeld aan mensen met complexere problematiek, zoals vroegkinderlijk trauma, en zelfs wanneer hier wachtlijsten voor bestaan. Kleine aanbieders krijgen zelfs geen contractgesprekken met zorgverzekeraars. Is de minister het ermee eens dat kleine aanbieders en vrijgevestigden op deze manier geen eerlijk speelveld hebben? Kan de minister hierop reflecteren? Deelt de minister de opvatting dat er sprake is van een passend aanbod, bijvoorbeeld voor mensen met complexe psychische aandoeningen, maar deze alleen nog niet gecontracteerd is? Kan de minister de NZa opdracht geven om het contracteringsproces te verbeteren, met speciale aandacht voor kleine zorgaanbieders?

Ten tweede de zelfstandige behandelcentra. Veel zelfstandige behandelcentra willen graag een contract met de zorgverzekeraar. Dat gebeurt nu niet of te weinig, waardoor wachttijden onnodig lang blijven en zorgverzekeraars dus niet aan hun zorgplicht voldoen. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken om de contracteergraad te verhogen, zodat zorgverzekeraars beter kunnen sturen op passende zorg. Is de minister op de hoogte van het feit dat sommige gecontracteerde klinieken een zorgstop moeten instellen ondanks dat er voldoende capaciteit is om de wachtlijsten te verkorten? Deelt de minister de opvatting dat zorgverzekeraars de beschikbare zorgcapaciteit negatief beïnvloeden door hun inkoopbeleid en de beschikbare zorgcapaciteit niet optimaal benutten? Is de minister het ermee eens dat het inkopen van meer volume bij zelfstandige behandelcentra kan bijdragen aan het verminderen van de wachttijden? Nieuw Sociaal Contract heeft het gevoel dat zorgverzekeraars meer kunnen doen om

aan hun zorgplicht te voldoen, bijvoorbeeld door meer zorg in te kopen van kleine zorgaanbieders en van zelfstandige behandelcentra. Kan de minister toelichten of zij een overzicht heeft van alle kleine zorgaanbieders en zelfstandige behandelcentra waarmee door de zorgverzekeraars geen contract is afgesloten, wat de invloed op de wachttijden zou kunnen zijn als er wel contracten zouden worden afgesloten met zorgaanbieders, wat de exacte redenen zijn van de zorgverzekeraars om hier geen contract mee af te sluiten en, tot slot, wat er volgens zorgverzekeraars moet gebeuren zodat zij wel een contract met deze zorgaanbieders willen afsluiten? Zo niet, zou de minister dit overzicht willen hebben? En is zij bereid om dit te genereren?

Dan het contracteerproces. Het doel en de verwachting van de NZa is dat verzekeraars en zorgverleners zich gezamenlijk inzetten om zorgcontracten jaarlijks vóór 12 november af te ronden en deze transparant te maken, zodat verzekerden tijdig weten met welke zorgaanbieders zorgverzekeraars een contract hebben afgesloten. Hierdoor weten de verzekeringsnemers bij welke zorgverlener zij een deel van de kosten zelf moeten betalen wanneer zij overwegen een andere polis te kiezen. In de brief van 15 mei stelt de minister dat het huidige contracteerseizoen beter en tijdiger is verlopen dan vorig jaar, maar hierbij richt zij zich op 22 december en niet op 12 november. Meer dan de helft van de vergelijkingen door verzekerden vindt echter plaats in de eerste weken na 12 november, wanneer er veel minder zekerheid is over de contractering. Is de minister het ermee eens dat verzekerden hun beslissing mogelijk uitstellen vanwege de onvolledige contracteringsdata in de eerste weken? Ondanks dat de minister vindt dat het contracteerproces is verbeterd, heeft de verzekerde bij het kiezen van een zorgverzekering nog steeds onvoldoende informatie om de kosten, die hij mogelijk zelf moet betalen, af te wegen tegen de meerkosten van een verzekering die een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg biedt. Is de minister dit met Nieuw Sociaal Contract eens? En is de minister bereid om de regelgeving aan te passen waardoor 12 november als deadline voor het afronden van contractering afdwingbaar en handhaafbaar zal worden?

Dat is mijn inbreng.

De voorzitter:

Dank u wel. Er zijn nog een aantal vragen. Ik zie in ieder geval de vinger van meneer Dijk.

De heer Dijk (SP):

Ik merk al een tijdje, ook in de Tweede Kamer, dat de kritiek op de marktwerking in de zorg en de grote macht van verzekeraars aanzwelt. Ik hoor nu ook de bijdrage van Nieuw Sociaal Contract en ik hoor eigenlijk ook veel kritiek op contractering door verzekeraars die niet op orde is. Ik hoorde mijn buurman net ook spreken over het "oerwoud aan polissen". Ik ben eigenlijk wel nieuwsgierig, nu Nieuw Sociaal Contract ook aan het formeren is en hier in het hoofdlijnenakkoord niet zo veel over staat. Is Nieuw Sociaal Contract met de SP van mening dat we stap voor stap echt naar meer publieke regie moeten gaan als het gaat over verzekeraars?

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Of we meer moeten naar een stelsel zoals de heer Dijk dat voor ogen heeft, vraag ik me af. Ik zie wel dat er ontzettend veel problemen in de zorg zijn. Ik ben het wel met meneer Dijk eens dat een deel van die problemen bij de zorgverzekeraar ligt en ook wel degelijk

opgelost kan worden. Maar Nieuw Sociaal Contract is er geen voorstander van om het hele stelsel daar nu voor op de kop te gooien. Ik vind wel dat we heel goed naar de zorgverzekeraars en hun rol in het hele stelsel moeten kijken. Dan zou ik met name ook ingaan op de zorgplicht van zorgverzekeraars, want zolang ze aan een zorgplicht voldoen, zullen er geen wachtlijsten zijn. Ik vind dat daar nu veel te mild mee wordt omgegaan. Daar moet dus veel meer op worden ingezet. De zorgplicht moet ook niet als een beetje een wassen neus genomen worden, maar daar moeten we veel meer bovenop zitten en we moeten dus eisen dat zorgverzekeraars deze zorgplicht veel serieuzer nemen.

De heer **Dijk** (SP):

Ik heb toch nog één vraag. Iedere stap weg bij marktwerking is natuurlijk een stap richting de SP, dus dat is mooi. Ik vind het antwoord wel erg voorzichtig, want ik ken Nieuw Sociaal Contract ook als een partij die zich constant baseert op wetenschap en onderzoek. U moet het toch met mij eens zijn dat er ondertussen geen één wetenschapper, zelfs geen één zorgeconoom, meer te vinden is die zegt dat dit stelsel nog houdbaar is. Eigenlijk zeggen alle economen en al het wetenschappelijk onderzoek dat je die markt flink moet gaan beperken, omdat dit een onhoudbaar stelsel is op die manier. Dan vraag ik toch nog een keer aan Nieuw Sociaal Contract wat voor stappen zij bereid zijn te gaan nemen, misschien in het verlengde van wat de heer Bushoff zei, voor minder oerwoud aan polissen? Dit zijn wel hele concrete dingen die mensen vooruit kunnen helpen en waar nu wel de ruimte voor is in de Tweede Kamer, aangezien we geen overgrote liberale meerderheid hebben, zoals de afgelopen jaren.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik denk dat ik de heer Dijk daar wel een beetje blij kan maken — ja, dat is heel mooi — omdat wij zeker uit zijn op ... Hoe zal ik het zeggen? Wij willen gewoon dat de zorg goed is, dat de zorg terecht komt bij de mensen bij wie het hoort en dat er geen buitensporige winst wordt gemaakt door organisaties over de ruggen van de patiënten. Ik ben het dus helemaal eens met de heer Bushoff dat dat oerwoud aan polissen minder moet, dat de concurrentie veel eerlijker moet en dat het niet een gevecht om de polis moet worden, terwijl er veel te weinig verschil tussen zit. Ik vind ook dat er veel minder private equity in de zorg moet zijn. Alle private equity zou weg moeten als het ten koste gaat van de patiënt als er buitensporig veel winst wordt gemaakt. Met die punten wil ik echt aan de slag. Ik wil niet het hele stelsel omgooien, maar ik ben zeker van mening dat er minder marktwerking in het stelsel moet en dat we de verkeerde marktwerking uit het stelsel moeten halen. En daar ga ik mijn best ook voor doen.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik ben op zich blij te horen dat er echt ruimte lijkt te zijn om het zorgverzekeringsstelsel op een aantal punten toch wat te verbeteren voor consumenten. Zo wordt het inzichtelijker voor mensen welke polis zij nou kiezen. Ik ben ook blij dat er stappen gezet kunnen worden om de marktwerking op het gebied waar dat echt buitensporig is wat terug te dringen. Maar één punt duizelt mij toch nog een beetje. Dat gaat over bestaanszekerheid. Voor NSC is dat erg belangrijk. Hoe kijkt u bijvoorbeeld aan tegen de bestaanszekerheid van mensen die de tandarts mijden omdat ze geen geld hebben, of de bestaanszekerheid van mensen met een chronische ziekte die hun tegemoetkoming straks zien verdwijnen?

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Nieuw Sociaal Contract heeft bestaanszekerheid hoog in het vaandel. Dat is nu met het hoofdlijnenakkoord uiteraard nog steeds zo. Ik zie ook dat daar punten in staan die niet per se heel gunstig zijn voor patiënten. Ten eerste, als we een hoofdlijnenakkoord maken, dan hebben wij te dealen met de stand van zaken van dat moment. Dat geldt ook voor de financiën. Wij hebben dus gewoon meer keuzes moeten maken vanwege het budget dat er nu is. Dat vraagt dus om scherpe keuzes. Als wij meer budget zouden hebben, dan zouden dat ongetwijfeld andere keuzes zijn geweest. We hebben dus moeten snijden. Hoe dat er nu precies uit gaat zien, is aan het volgende kabinet. Ik hoop dat daar de juiste keuzes in worden gemaakt. Wat betreft bestaanszekerheid hoop ik dat wij mensen op bepaalde onderdelen buiten het zorgstelsel meer bestaanszekerheid kunnen geven. Het mooiste zou namelijk zijn, en daar staat Nieuw Sociaal Contract ook voor, dat wij mensen over de gehele linie meer bestaanszekerheid kunnen geven, zodat het voor mensen gemakkelijker wordt om gebruik te maken van zorg zonder dat er extra regelingen komen.

De voorzitter:

Meneer Bushoff, in tweede instantie.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik hou het even bij één specifiek punt. Ik hoor NSC zeggen dat we nog moeten wachten op de uitwerking van het hoofdlijnenakkoord en dat dat nog van alles kan betekenen. Kan dat ook nog wat betekenen voor de nu ingeboekte bezuiniging op mensen met een chronische ziekte, die nu een tegemoetkoming krijgen voor het eigen risico? Die tegemoetkoming van zo'n €200 wordt afgeschaft. Het is geen heel groot bedrag dat we met z'n allen zouden moeten ophoesten, maar het maakt voor die mensen wel een heel groot verschil. En die mensen gaan er met deze plannen echt helemaal niet op vooruit. Ligt daar nog enige ruimte volgens u?

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Ik ga daar niet over. Daar gaat het volgende kabinet over. Maar ik denk dat iedereen dit punt sterk op het netvlies heeft. Ik ga ervan uit dat iedereen daar ook extra aandacht aan zal geven, maar welke aandacht dat is en hoe dat gaat uitpakken, daar ga ik niet over. Maar ik weet zeker dat het bij iedereen goed op het netvlies staat.

De voorzitter:

Meneer Krul heeft ook een vraag.

De heer Krul (CDA):

Ik denk dat ik te hulp kan schieten. Ik heb mevrouw Jansen horen zeggen: als we meer budget hadden, hadden we andere keuzes kunnen maken. Ze zegt ook dat de financiële situatie nu eenmaal is zoals die is. Dat klopt. Daar heb je je toe te verhouden. Maar misschien heb ik een suggestie, want we gaan nu voor het eerst sinds tientallen jaren heel veel accijnzen niet verhogen. Soms kan je ook gewoon een beetje geld genereren, zodat je dat aan goede dingen kunt besteden. Ik heb een nog betere suggestie. Ik ben benieuwd of mevrouw Jansen na de regeringsverklaring met het CDA kan optrekken op dit punt. Als we de accijnzen nou verhogen op allerlei middelen die slecht zijn voor de volksgezondheid, dan hebben we wat extra geld om te besteden aan goede zorg. Dan heb ik het bijvoorbeeld specifiek over tabak of alcohol. Ik ben heel benieuwd of mevrouw Jansen straks, wanneer de regeringsverklaring is geweest, nog steeds bereid is om hier wat geld vrij te maken voor mooie dingen in de zorg.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Persoonlijk gezien is deze maatregel natuurlijk uit mijn hart gegrepen. Als het aan mij ligt, ga ik daar alles aan doen, omdat het verhogen van de accijnzen ook een hele effectieve maatregel is als je het hebt over middelengebruik. Maar nogmaals, ik zit niet aan het roer. Uiteraard ga ik heel erg mijn best doen om me hier hard voor te maken; dat weet meneer Krul ook.

De heer **Dijk** (SP):

Ik vind het echt ongelofelijk, hoor. Het is gewoon gênant. Deze partij loopt te kleppen over bestaanszekerheid en loopt te tetteren over een extraparlamenteair kabinet, waar we maanden op hebben zitten wachten, en dan zit ik hier met een Kamerlid dat zegt: ik ga er niet over. Het spijt me zeer, maar ik vind het echt waardeloos, moet ik zeggen.

De **voorzitter**:

En de vraag is?

De heer **Dijk** (SP):

Nou, hoezo gaat u er niet over? U gaat wel zeker over waar geld aan wordt uitgegeven. U gaat wel zeker over ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Jansen gaat erover.

De heer **Dijk** (SP):

Mevrouw Jansen gaat er wel zeker over, als partij die campagne heeft gevoerd op bestaanszekerheid, of u chronisch zieken en gehandicapten keihard in de steek gaat laten. U gaat daarover, niet een kabinet. U kan altijd bijstellen. Dat is een politieke keuze. Waarom doet u dat niet?

De **voorzitter**:

Graag via de voorzitter spreken.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik besef enorm goed wat mijn rol als Kamerlid is. Maar nogmaals, ik zit niet aan het stuur. Maar ik ga me er hard voor maken met wat er in mijn macht ligt als Kamerlid.

De **voorzitter**:

We komen toe aan de bijdrage van de heer Claassen namens de PVV.

De heer **Claassen** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Laat ik beginnen met een interruptie. Nee, laat ik beginnen met een reactie op meneer Dijk over private equity. Dat is natuurlijk ook ons uit het hart gegrepen. We hebben daar ook in gezamenlijkheid een motie over ingediend, met brede steun, over een plan van aanpak om te kijken naar private equity en of dat geweerd kan worden. Dat heeft nog steeds onze volledige steun. De minister heeft aangegeven dat dat voor haar niet uitvoerbaar is. Ikzelf ben daarbij een totaal andere mening toegedaan. Dat is prima, maar we zullen dezelfde vraag voorleggen aan de nieuwe minister, meneer Dijk. Hopelijk kan de nieuwe minister wel met een plan van aanpak komen, want over dit soort berichten, waar meneer Dijk aan refereerde, maken wij ons natuurlijk ook erge

zorgen. Dat delen we met elkaar. Of het volgende dat ik ga zeggen van hetzelfde laken een pak is, zullen we maar even afwachten.

Van de vijf grote verzekeraars hebben er drie contracten afgesloten met omzetplafonds. CZ spant daarbij zeker wel de kroon. Ik heb hier een mooi overzicht van de Consumentenbond over de contractering voor 2024. Heeft de minister dit overzicht weleens gezien? Beseft zij dat een omzetplafond kan betekenen dat patiënten geweigerd worden? En wat vindt de minister daar dan van? Is zij het met de PVV-fractie eens dat patiënten nooit gevolgen zouden mogen ondervinden van financiële afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders? En hoe zouden wij dan toch patiëntenstops kunnen voorkomen, vraag ik de minister.

Ik blijf even bij de Consumentenbond, want die zag zich genoodzaakt om een handhavingsverzoek bij de NZa in te dienen omdat de contractering dit jaar weer niet rond was bij de start van het overstapseizoen. Welke stappen heeft de minister ondernomen om dit nu op orde te krijgen? Wordt het geen tijd om sancties in te stellen als de contractering niet op tijd is? Graag een reactie daarop.

De PVV-fractie is verder verheugd dat de NZa eindelijk lijkt te gaan handhaven op die zorgplicht van zorgverzekeraars. De sprekers voor mij hebben daar ook over gesproken. Twee zorgverzekeraars hebben een formele maatregel opgelegd gekregen voor het niet nakomen van hun zorgplicht. Helaas wordt die maatregel alleen gepubliceerd als de twee zorgverzekeraars binnen zes maanden geen verbetering laten zien. Is het direct publiceren niet veel effectiever, vraag ik de minister. Waarom niet direct inzicht geven in de tekortkomingen en verwachtingen ten aanzien van de zorgplicht van die zorgverzekeraars?

Voorzitter. Nu we het toch over verzekeraars hebben, zou de PVV-fractie graag willen zien hoeveel geld verzekeraars binnenkort weer inzetten om reclame te maken dat zij de beste zijn, terwijl ... Tja, kies maar eens vijf van die polissen. Waarom zou je de beste zijn? Zijn deze ingezette reclamekosten de door ons allen opgehoeste centjes? Of komt het uit andere middelen? Wil de minister eens in deze gegevens duiken en de Kamer daarover informeren met een brief?

Dan de restitutiepolis. Het klopt toch dat het omzetplafond niet geldt voor verzekerden met een restitutiepolis? Welke zorgverzekeraar biedt deze eigenlijk nog aan? We zien in het overzicht dat ze aan het afnemen zijn. Het verhaal daarbij is ook nog eens dat als het dan een restitutiepolis is, dan toch weer niet alles vergoed wordt. Er zijn allemaal mitsen en maren. Eigenlijk is het iets wat je koopt in de etalage, maar je krijgt heel iets anders. Dat baart ons zorgen. Het lijkt er sterk op dat deze polis straks dreigt te verdwijnen. Dat betekent een inperking van de keuzevrijheid van de verzekerde. Eigenlijk hebben we elke zorgaanbieder nodig, dus ook de niet-gecontracteerden en de zbc's, de zelfstandig behandelcentra. Is de minister dat met ons eens? De wachtlijsten zijn onderhand zorgbreed gemeengoed geworden. Zorgverzekeraars Nederland stelt in zijn brief dat de zorgplicht van verzekeraars niet standalone is. Maar begint de zorgplicht niet bij voldoende contractering? Het op tijd sluiten van contracten met alle dan wel zo veel mogelijk zorgaanbieders zou namelijk een oplossing kunnen zijn voor de wachtlijsten. Is de minister dat met ons eens?

De PVV-fractie maakt zich verder zorgen over het pakketbeheer wanneer criteria als

duurzaamheid en arbeidsintensiviteit gaan meespelen bij vergoedingen. Je ziet het in onze wereld eigenlijk helemaal misgaan als je, wanneer je drinken bestelt met een rietje, er na twee keer zuigen niks meer uit krijgt omdat het duurzame rietjes zijn. Maar we zien het ook dadelijk bij inhalators, waar CO₂ bij vrijkomt. Stel je voor dat de aarde een graad zou opwarmen door het gebruik van inhalators. Wat is dan het alternatief? Hoever gaat dat duurzaamheidsvraagstuk dadelijk bij de vergoedingen? Ik zou zeggen: handhaaf eerst het lachgasverbod voordat we inhalators gaan verbieden.

Personeelsinzet als criterium is ook zo'n hellend vlak. Kijk naar de ggz, de ouderen- en de gehandicaptenzorg. Een 24 uursluier bespaart personeel, maar dat is toch echt niet de kant die we met onze zorgverlening op willen. We zullen deze ontwikkelingen dus zeker altijd, ook bij een nieuwe minister, kritisch blijven volgen.

Tot slot nog een reactie op de brief van de minister over de toezeggingen en moties. In 2021 is er een motie aangenomen van collega Agema waarin aan zorgverzekeraars wordt gevraagd geen blootfoto's meer te verlangen voor het vergoeden van een borstreconstructie. Daar hebben we het al vaker met elkaar over gehad. We begrijpen echter uit de brief dat er nog steeds visuele beoordelingen plaatsvinden en dat de zorgverzekeraar hierover beslist. Het gaat dus ook over de vraag wat nu precies de rol is die zorgverzekeraars in ons land hebben in het verlenen van zorg. Welke macht en rol hebben zij daarin? Volgens mij is er uiteindelijk een hele belangrijke rol weggelegd voor de medisch specialist die er iets van moet vinden. Het gebeurt dus nog steeds. We hebben hier vragen over gesteld, maar misschien kan de minister hier vast toezeggen dat het oordeel over de noodzaak van borstreconstructie toch echt primair bij de behandelaar moet liggen en niet meer bij de zorgverzekeraar.

Dan geef ik nu het woord aan de heer Dijk.

De voorzitter:

U heeft het woord niet te geven, meneer Claassen. Daar ga ik toevallig over. Meneer Bushoff heeft een vraag voor u.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Iets minder dan een jaar geleden, maar nog niet eens zo heel lang geleden, hadden we hier ook een debat over de zorg, onder anderen toen nog met een collega van de heer Claassen, mevrouw Agema. Zij vertelde in dat debat dat zij bij een garage was geweest en daar een heel leuk onderonsje met een monteur had gehad. Ze maakte wat grappen. Ik heb het verslag er nog even bij gepakt: "Op een gegeven moment maakten we een grote grap en moesten we allebei heel hard lachen. En ik schrok me echt een hoedje, want hij had helemaal geen tanden en kiezen in zijn mond. Hij was gewoon van mijn leeftijd. Het raakte me zo dat in ons land de zorg zo in verval is dat een jongen van in de veertig zonder tanden in zijn mond loopt. (...) En dát gebeurt in Nederland. Dat is het verval dat dit kabinet al jaren ingezet heeft. Dat is niet mijn Nederland." Ik kan zo nog even doorgaan. Ik vraag mij echt af: wat gaat de PVV heel concreet doen voor deze monteur die uw collega een jaar geleden sprak?

De heer Claassen (PVV):

Meneer Bushoff, zeg ik via de voorzitter, misschien heeft deze meneer ondertussen al een prachtig gebit. Dat weet ik niet. Dan is het niet meer nodig om iets voor die meneer te doen. Ik ken het mondzorgdossier. Het standpunt van de PVV-fractie is altijd geweest

dat er in de zorg voor die mensen echt wel behoorlijke gaten zitten, zullen we maar zeggen. Ons standpunt is nog steeds dat dat iets is wat wij niet zouden willen. Ik denk dat we de minister ook de opdracht zullen meegeven — dat doe ik dan ook bij dezen — om goed te kijken wat er mogelijk is binnen de afspraken die er nu liggen. We hebben ook allemaal gezien dat er een heleboel dingen niet zijn ingevuld in het hoofdlijnenakkoord. Ik denk dat dat perspectief biedt om daar binnen de financiële begroting die er nu ligt iets mee te kunnen doen. We wachten met vertrouwen op de verdere uitwerking. Ik zeg u toe dat daar waar het kan en er financiële ruimte is, we ons daar als PVV-fractie zeker sterk voor zullen blijven maken. Dat geldt overigens voor alle standpunten die we hebben gehad. De standpunten veranderen niet, maar als je eenmaal in de coalitie zit, moet je kijken wat je met elkaar voor elkaar kunt krijgen. Dat is dan niet altijd de werkelijkheid die je voor je ziet als je in de oppositie zit. Dat zal voor ons allemaal wennen zijn, maar het zal voor u wennen zijn dat we daar op die manier met elkaar over zullen moeten gaan praten in de toekomst.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Op zich heb ik er best begrip voor. Ik heb zelf ook best lang in een coalitie gezeten in de lokale politiek, nog met de heer Dijk onder anderen. Ik denk dus dat wij beiden begrijpen dat je niet al je standpunten ingewilligd kan krijgen als je in een coalitie zit. Maar als je voor zoiets belangrijks als mondzorg, wat zo belangrijk is voor de PVV, niks, nog niet één controle, opneemt in het basispakket, niks daarover opschrijft in het hoofdlijnenakkoord en daar niks financieel voor regelt, verbaast mij dat wel. En wat mij dan nog meer verbaast — dat is dan ook mijn vraag — is dat wat er wél in het hoofdlijnenakkoord staat, een bezuiniging is op mensen die chronisch ziek zijn. Ik vraag me af of er nog ruimte is om daar wat aan te doen bij de PVV.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik denk dat ik een deel van het antwoord ga herhalen richting de heer Bushoff: voor belangrijke punten zullen wij ons als fractie altijd sterk blijven maken. Dat geldt voor de gehandicaptenzorg, dat geldt voor de ouderenzorg en dat geldt voor een heleboel andere dingen die er nu niet staan. We hebben — dat is het mooie en daar zullen we met elkaar allemaal aan moeten wennen — straks een, zoals we dat noemen, extraparlamentaire regering. Dat betekent dat we als er heel goede voorstellen zijn van uw zijde hand in hand een mars voeren richting vak K, maar dat moet dan wel binnen de financiële middelen passen. Ik hoop dat u als het zover is de hand uitstrekt en wij doen dat dan ook.

De **voorzitter**:

Laatste interruptie van meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Tot slot dan. De monteur die mevrouw Agema nog geen jaar geleden in dit debat aanhaalde, heeft niks aan dit hoofdlijnenakkoord. De mevrouw uit het SBS6-debat die volgens uw partijleider, volgens de partijleider van de heer Claassen, niet kon wachten op het afschaffen van het eigen risico, ziet een halvering van het eigen risico, maar aan de andere kant een bezuiniging van €200 tegemoet omdat zij chronisch ziek is. Die gaat er dus geen euro op vooruit, en met haar al die andere mensen. Die mensen worden in de steek gelaten als er geen ruimte ontstaat, financieel gezien, om daar iets voor te regelen. Dus mijn vraag is eigenlijk heel simpel: zijn er ook buiten die financiële kaders, als wij met goede, gedekte voorstellen komen, mogelijkheden bij de PVV om nog iets

voor deze mensen te doen, zodat we ze niet als politiek collectief in de steek hoeven te laten?

De heer **Claassen** (PVV):

Ik denk dat de kracht van de democratie in de volksvertegenwoordiging is dat u ... Want we delen die zorgen, hè. Dat laat dit onverlet. Als u goede voorstellen hebt waar een goede dekking op zit, moet u daar vooral mee komen. Dan kunt u ook met ons overleggen. Als het buiten de financiële plaat om gaat en we het allemaal met elkaar echt heel belangrijk vinden, ook de vier partijen die die afspraak hebben gemaakt, dan zullen die vier partijen het er ook met elkaar over eens moeten worden. Ik denk dat dat de procedure is, de weg die bewandeld wordt, zeg ik tegen meneer Bushoff. Ik kan dat hier nu niet als woordvoerder Zorg toezeggen, maar weet dat we die zorgen en de urgentie voor de verschillende doelgroepen die u heeft benoemd — ik kan er nog vele andere benoemen — met elkaar delen.

De heer **Dijk** (SP):

Laat ik even superextraparlamentair gaan doen. Ik zei net dat er in 2023 door verzekeraars 900 miljoen over is gehouden op de betaalde premies, te veel is betaald door mensen. Het zou echt een heel goed, superextraparlamentair voorstel kunnen zijn om dat geld, waarvan je weet dat het dit jaar waarschijnlijk ook overblijft, in te zetten voor een heel klein stukje van de mondzorg, echt een heel klein stapje. Ik snap dat die dingen in stappen gaan. Je hoeft niet per se een stelsel meteen om te gooien. Ik zou er voorstander van zijn om dat wel te doen op een goede manier, maar laten we het stap voor stap doen. Ik begrijp dat anderen daar wat meer tijd voor nodig hebben. Zullen we die 900 miljoen dan inzetten om ervoor te zorgen dat we controle en het vullen van gaatjes aan het basispakket kunnen toevoegen komend jaar? Dat is een heel kleine stap. Er hoeft niet eens te worden gekeken naar de financiële bijdrage in het hoofdlijnenakkoord. Dat kunnen wij toch doen? We kunnen superextraparlamentair dat voorstel doen.

De heer **Claassen** (PVV):

Even een reactie op die wijziging van het zorgverzekeringsstelsel. Wij zien ook dat dat nogal een oerwoud is van regels, dat het bijna niet te begrijpen is voor mensen, dat het niet uitvoerbaar is om wijs te worden uit al die regelingen en wetgeving. Eigenlijk zou je moeten zeggen dat het helemaal anders moet. Het lastige is dat een rigoureuze stelselwijziging heel veel geld kost. Dat is één. Dan zijn die 900 miljoen van u al op. En twee is dat we dan ook een periode hebben dat mensen enorm buiten de boot kunnen gaan vallen. Wij zijn wel voorstander van een vereenvoudiging. Collega Agema heeft ook vaker moties ingediend om het stelsel te vereenvoudigen. Dat gaat dan stap voor stap. Daar waar dat kan, zullen we dat zeker enthousiast willen bespreken.

Dan had u het over die premies of althans die middelen die dan overblijven. De afspraak is gemaakt dat geld uit onderuitputting of geld dat gewoon over is binnen de financiële plaat ook binnen de financiële plaat moet blijven. Ik denk dat dan het oordeel zou moeten zijn: als dat middelen zijn die uit zorg over zijn, kunnen we met elkaar kijken, ik denk in eerste instantie dan met de vier partijen die met elkaar die afspraken hebben gemaakt, hoe die middelen uit zorg weer binnen de zorg ingezet kunnen worden. Dat is anders dan dat we dat tot en met nu in de huidige regeringen hebben gedaan, namelijk dat middelen uit andere potjes ook ergens anders in terecht kunnen komen. De afspraak is dat middelen die vrijkomen binnen het domein zorg dan ook weer ingezet kunnen

worden primair binnen de zorg. We moeten op termijn kijken wat dat dan gaat betekenen. Dat is voor mij ook ongewis, zeg ik tegen meneer Dijk. Het is de eerste keer dat we het op deze manier gaan doen. Ik ben benieuwd naar onze gezamenlijke tocht en onze gezamenlijke strijd voor de mensen in Nederland om de zorg zo goed mogelijk te maken.

De voorzitter:

Laatste interruptie van meneer Dijk.

De heer Dijk (SP):

We hoeven dus niet op zoek naar geld. Dat is mijn punt. Dit zijn 900 miljoen euro die naar de verzekeraars gaan uiteindelijk. Mijn punt is dat als je alleen maar de eerste controle zou toevoegen, dat 382 miljoen euro is. Dat laat je dan gewoon door verzekeraars betalen. Misschien houden ze dan volgend jaar nog wel wat over. In ieder geval kun je dit regelen. U hoeft dus niet op zoek naar geld bij andere formerende partijen. U kan het gewoon door verzekeraars laten betalen. De vraag is waarom we het niet op die manier zouden doen, als je toch ziet dat dat geld overblijft.

De heer Claassen (PVV):

Superinteressant. Ik stel voor dat u als het zover is en we een nieuwe regering hebben met een heel mooi voorstel komt. Dan zullen wij gaan kijken hoe wij daarin zitten. Ik kan daar nu heel weinig over zeggen. Wij gaan nu niet vandaag een afspraak maken dat er 900 miljoen van de zorgverzekeraars naar de mondzorg gaat. Dat gaat ons in ieder geval te ver. Ik ben benieuwd met welke voorstellen meneer Dijk gaat komen.

De voorzitter:

Meneer Krul had ook nog een interruptie voor u.

De heer Krul (CDA):

De heer Claassen doet zichzelf echt tekort als hij zegt dat hij nog even moet wennen aan zijn nieuwe rol als coalitielid. Als iemand van een partij die nog weleens in een coalitie heeft gezeten, moet ik zeggen dat hij echt met vlag en wimpel slaagt voor coalitiepraat. Het is knap hoe hij dat doet.

De heer Claassen (PVV):

We hebben cursus gehad.

De heer Krul (CDA):

Echt, daar zouden CDA'ers van tientallen jaren geleden nog een puntje aan kunnen zuigen, zou ik willen zeggen.

De voorzitter:

Meneer Krul heeft het woord.

De heer Krul (CDA):

In Groningen zitten wij niet zo vaak in de coalitie, dus ik weet niet hoe het daar ging, meneer Dijk. Ik heb wel een vraag, die ik ook aan mevrouw Jansen heb gesteld. Ik probeer een beetje te achterhalen waarom dit nou niet lukt. U heeft zelf net gezegd dat geld dat we in de zorg ophalen of vinden ook in de zorg moet blijven. Ik denk dat dat een goed idee is. Iets wat heel slecht voor je gebit is, is roken. Het is ook bewezen dat er bij

mensen die naar de tandarts moeten vaak een correlatie te vinden is met langdurig roken. Misschien geldt dat ook wel voor die monteur. Dat weet ik niet. Als we de accijnzen op tabak nou verhogen, gaan minder mensen roken, blijven er meer gebitten gezond en hebben we wat geld over voor de zorg. Dat is toch gewoon drie vliegen in één klap, meneer Claassen? U bent volgens mij ook de enige van de vier partijen die dat niet wil. Waarom niet, als u net het betoog van de heer Bushoff over mondzorg zo mooi vond?

De voorzitter:

Waarom wil meneer Claassen dat niet?

De heer Claassen (PVV):

Overigens geldt dat ook voor skateboarders, mountainbikers en mensen die paardrijden. Dat kan ook een gevaar voor het gebit zijn. Dan gaan we alle accijnzen verhogen voor mensen die paardrijden of op een fatbike rijden, voor alles wat gevaarlijk is voor het gebit. Nee, u vindt daar in ons geen voorstander. Sterker nog, ook daarin verschillen de NSC- en de PVV-fractie van elkaar. Ik denk dat dit vooral van ideologische aard is. Wij zijn niet van het verbieden van dingen die in principe legaal zijn en vinden dat mensen de keuzevrijheid moeten hebben om hun leven in te vullen zoals ze dat doen. Daar staat natuurlijk wel tegenover dat je misschien als overheid wel de plicht hebt om daar goede voorlichting over te geven, maar ik denk niet dat je als overheid moet ingrijpen door accijnzen en belonen en straffen om mensen bepaald gedrag te laten vertonen. Als het gaat om legaal gedrag, hè. Daar vindt u ons niet op uw pad. Dat is wat het is. We hebben dan liever dat mensen uiteindelijk onder de streep meer geld in de beurs hebben, zodat zij met de juiste voorlichting ook gewoon hun eigen keuzes kunnen maken. Daar staan wij voor. U mag mij dat kwalijk nemen, maar het zou mij verder niet zo heel veel boeien als u dat niet zou doen.

De heer Krul (CDA):

Ik zal 'm nu wat korter maken, want dan heb ik 'm echt duidelijk. We hebben dus liever dat roken wat goedkoper blijft, zodat mensen wat meer in hun beurs overhouden en dat mensen dan vervolgens niet naar de tandarts kunnen omdat dat niet vergoed wordt.

De heer Claassen (PVV):

Dank u wel, meneer Krul. Stress is ook slecht voor het gebit en mensen die roken hebben misschien stress. U framet het op die manier en dat begrijp ik ook wel, maar we hebben gewoon veel liever dat mensen genoeg geld in de beurs hebben om keuzes te maken. Daarom zijn we een vrij land. We zijn tegen het sturen van legaal gedrag — dat moet ik er wel bij zeggen — door middel van financiële prikkels. Daar heeft de overheid zich weg te houden. Daar staan wij gewoon voor. Hopelijk is dat ook gebleken uit alle debatten die hierover zijn gevoerd, ook met de collega van de minister, de heer Van Ooijen. Die hele woordvoering en de keuzes die we gemaakt hebben, dat is gewoon onze overtuiging.

De heer Krul (CDA):

De laatste keer. Dat begrijp ik en daar heb ik ook respect voor, maar als we het nou kunnen wegstrepen tegenover iets goeds in de zorg, zoals het voorkomen dat we niks meer kunnen doen voor de chronisch zieken, dan verandert de situatie toch? Dat is toch ook onderdeel van verantwoordelijkheid nemen en de nieuwe rol van de PVV? We kunnen het een wegstrepen — dat zal de PVV misschien niet leuk vinden — maar dat

kunnen we dan wel direct gebruiken om iets anders, dat u of in ieder geval uw collega mevrouw Jansen pijnlijk noemde — ik heb het nog niet helemaal gehoord, maar volgens mij vindt u het ook pijnlijk dat we op zulke dingen moeten korten — weg te strepen. Dan is dus de afweging van de PVV nog steeds: nee, dat ideologische idee van de beurs en mensen de ruimte geven om te roken is belangrijker dan voorkomen dat we bezuinigen zoals we dat bijvoorbeeld bij chronische zieken doen.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat is wat het is, ja. Ik kan er niet veel meer van maken. Ik denk dat het deel waar wij voor staan fundamenteel te maken heeft met vrijheid voor mensen om keuzes te maken en dat er andere manieren zijn om tot een oplossing te komen dan het ingrijpen in de vrijheid van mensen om dingen te kunnen kiezen in hun leven.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we aangekomen bij de bijdrage van de heer Krul namens het CDA.

De heer **Krul** (CDA):

Ja, dank. Mooi debat tot nu toe, voorzitter. Ik was aanvankelijk heel erg verrast toen ik begreep dat ze zes minuten spreektijd hadden voor dit debat. Het is de eerste keer dat ik het doe. We zijn toen heel snel wat onderwerpen gaan noteren en toen zakte dat enthousiasme een beetje in mijn schoenen, want we moesten nog steeds heel veel wegstrepen. Ik heb een beetje een gok genomen. Ik ging er eigenlijk een beetje van uit dat heel veel van die onderwerpen wel door mijn collega's behandeld zouden worden. Er ligt toch wel dat druk op u, mevrouw de voorzitter, want ik heb er echt maar twee vandaag en een stukje actualiteit.

Ik wil met dat laatste beginnen. We hebben allemaal het bericht over het in gebreke stellen van Co-Med wel gelezen en behandeld. Ik ben echt benieuwd hoe de minister hierop reflecteert. De Kamer heeft de laatste tijd al meermaals gevraagd om de NZa de bevoegdheid te geven om overnames te verbieden gedurende een onderzoek van de IGJ en/of de NZa naar de betrokken partijen. Dat is echt iets wat we al een paar keer benoemd hebben. Uit de brief van 12 juni blijkt dat de minister er gewoon niet aan wil. Die wil daar gewoon niet aan. Het gaat er niet om dat geen enkele overname meer doorgang kan vinden, maar dat de NZa de mogelijkheid krijgt om te voorkomen dat partijen die onder de loep liggen nog meer praktijken gaan overnemen gedurende zo'n onderzoek. Ik denk eigenlijk dat dat gewoon moet gebeuren, ook gezien de berichten van vandaag.

Maar goed, ik heb dus twee onderwerpen en misschien nog een heel kort stukje inleiding. Het is namelijk toch wel goed om ook te benoemen wat we hier vandaag aan het doen zijn. We bespreken welke zorg er vanaf volgend jaar vergoed wordt uit het basispakket. Dat is echt een fundament van ons zorgstelsel, want dat is de zorg waar iedere Nederlander op kan rekenen, waardoor iedere Nederlander in Nederland naar de huisarts, naar het ziekenhuis of naar de apotheek kan. Daarom is dit een belangrijk debat en is het goed dat we dit gewoon voeren.

Voorzitter. Ik ga voor passende zorg en fysiotherapie. Ik moest dus heel veel andere dingen wegstrepen. Over passende zorg zegt de minister dat het betere zorg is en leidend is bij het pakketbeheer. In het Integraal Zorgakkoord staat: "Alle partijen onderschrijven de bedoeling dat zorg die niet of onvoldoende bijdraagt uit het pakket

gaat." Dat staat in het IZA. De ambitie was om de zorg met de meeste impact als eerste te selecteren voor een toets om te zien of het nog wel past in het basispakket, maar uit de midterm review van het IZA blijkt niet hoe het staat met deze doorlichting. Uit de werkagenda van het Zorginstituut worden we ook niet veel wijzer wat betreft hoe het staat met de pakketagenda. Kan de minister gewoon eens helder uiteenzetten waar we staan, welke toetsen er zijn gedaan en tot welke resultaten die hebben geleid?

In een recent schriftelijk overleg over passende zorg heeft het CDA gevraagd waarom het kabinet niet start met effectief onbewezen zorg uit het basispakket van de Zvw halen. Het antwoord was: dat is inderdaad de bedoeling. Wanneer blijkt dat zorg niet aantoonbaar effectief is en dus niet voldoet aan de stand van de wetenschappelijke praktijk, is uitstroom van die zorg in beginsel van toepassing. Waarom gaan we hier niet gewoon mee aan de slag? Stop met praten en ga gewoon beginnen. We weten dat dit misschien wel miljarden kan opleveren. Dat moet de minister van VWS toch als muziek in de oren klinken? Dat geldt in ieder geval voor de aankomend minister van VWS, want die heeft nog wat andere ambities.

Wil deze minister nog toezeggen dat zij met het Zorginstituut een agenda en een planning maakt waaruit duidelijk wordt welke zorg uit het basispakket gaat wanneer deze niet bewezen is? Dat het niet allemaal tegelijk kan, snappen wij. Maar als we die beweging naar passende zorg willen maken, dan moeten we die ambitie gewoon hebben. Het CDA is voor dit soort gevallen een apart bondgenootschap begonnen met de PVV en GroenLinks-PvdA. Dat bondje houden we al jaren in stand. We hopen dat dat met het nieuwe kabinet ook nog in stand blijft, want dit is echt een belangrijk onderwerp.

Voorzitter. Fysiotherapie is cruciaal in ons eerstelijnszorgnetwerk. Het is voor ons echt onvoldoende duidelijk waar we nou heen willen met fysiotherapie. Er mist eigenlijk een congruent verhaal. Ten eerste. Het Kwaliteitskader Fysiotherapie is door de leden van de KNGF niet ondertekend. Het kader ligt nu bij het Zorginstituut. De fysiotherapeuten zijn van mening dat er jaren gepraat is en dat de zorgverzekeraars te lage tarieven bieden maar wel steeds meer extra eisen stellen aan de kwaliteit. Er zijn al bestuurlijke afspraken gemaakt. Daaruit volgde in 2019 een kostenonderzoek naar de paramedische zorg. Wat is daarmee gebeurd? Het onderzoek was voldoende representatief om in de praktijk te gebruiken, maar het CDA heeft niet de indruk dat het in de praktijk wordt toegepast. Waarom niet? Wat betekent het niet ondertekenen van het Kwaliteitskader Fysiotherapie voor de omvorming naar een passende aanspraak op fysio- en oefentherapie in het pakket?

Ten tweede. Het Zorginstituut heeft geadviseerd — het Zorginstituut heeft geadviseerd, zeg ik, voorzitter — om de eerste twintig fysiobehandelingen voor mensen met een chronische ziekte te vergoeden uit het basispakket, om zorgmijding tegen te gaan. Dat is een advies. De minister heeft in haar brief van 8 april aangegeven dat zij dit advies betreft bij de wijzigingen in het basispakket. Daarna hoorden we niks meer, helemaal niks. Niks in de brief van 16 mei. Niks in de brief van 24 mei. Dat is gewoon kwalijk. Blijkbaar gaan we het advies niet overnemen. Waarom is dit besluit niet uitgelegd? Je kunt dit toch niet zomaar naast je neerleggen? De minister zegt in haar brief van 8 april dat het losstaat van de discussie over het kwaliteitskader, dus daar kan het in ieder geval niet aan liggen. Het CDA vindt dat het advies van het Zorginstituut moet worden gevolgd. De positieve effecten van fysiotherapie, zeker voor de groep chronisch zieken, zijn overduidelijk en evident. Wat vindt de minister hiervan?

Voorzitter. Ten derde en ten slotte. Het CDA is overtuigd van de brede positieve maatschappelijk effecten van fysio- en oefentherapie. Het gaat niet alleen om gezondheidswinst, maar ook om mensen in staat stellen weer mee te doen in de samenleving. Er ligt een aangenomen motie van Ellemeet en Van den Berg om hier een onderzoek naar te doen waarin het brede sociale effect wordt meegenomen. Excuses, in die motie-Ellemeet/Van den Berg is dat brede sociale effect juist níét meegenomen. Wij zijn benieuwd of de minister alsnog wil kijken en kan berekenen wat de bredere kostenbateneffectiviteit van fysio- en oefentherapie is in de basisverzekering.

Voorzitter. Daarmee sluit ik af. Ik durf deze minister niet meer te bedanken, want je weet nooit of en wanneer het de laatste keer is. Maar dat zien we vanzelf wel.

Dank u wel.

De voorzitter:

Het debat is ook nog niet voorbij hè, meneer Krul.

Meneer Bushoff, uw interrupties zijn al op, dus mag ik u vragen om het voorzitterschap even over te nemen?

Voorzitter: Bushoff

De voorzitter:

Natuurlijk. Ik geef bij dezen het woord aan mevrouw Tielen van de VVD voor haar inbreng.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dank u wel. Die inbreng is heel kort. Ik heb geen uitgebreid betoog gemaakt, aangezien ik zou voorzitten. Ik heb wel een aantal vragen die ik nog wil stellen.

Ons zorgverzekeringsstelsel zorgt ervoor dat kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor iedereen mogelijk zijn, ook voor de langere termijn. De VVD is dus heel positief over dit stelsel, zeker nu het beter lijkt te gaan werken wat betreft het evenwicht. Dan refereer ik aan de berichtgeving van hedenochtend rondom Co-Med. Een aantal zorgverzekeraars heeft wat mij betreft hun verantwoordelijkheid gepakt voor een goede kwaliteit van zorg. Het gebrek aan goede zorg is nu reden voor zorgverzekeraars om in te grijpen in de huisartsenzorg die door Co-Med wordt geleverd.

Het is goed dat de heer Dijk vroeg om een brief met antwoorden op een aantal vragen hierover. Wat gebeurt er met de patiënten die bij deze praktijken zijn ingeschreven? Ik heb nog een andere vraag. Hoe ziet de minister de mogelijkheid dat verzekeraars wellicht tijdelijk een grotere rol spelen in het waarborgen dat deze patiënten een huisarts kunnen hebben? Ik weet dat we in het verleden kritisch waren op inmenging van zorgverzekeraars in het aanbod. Dat is ook logisch, want met een dergelijke inmenging haal je het evenwicht een beetje weg. Maar tijdelijk zouden wellicht de verzekeraars een stapje verder kunnen gaan in het opkomen voor de verzekerden. Kan de minister hier verder op ingaan of dit punt meenemen in de brief die zij daarover gaat sturen? Ik neem althans aan dat zij een brief zal toezeggen aan de heer Dijk.

In het kader van de rol van de zorgverzekeraars, hun zorgplicht en opkomen voor hun verzekerden hebben wij de afgelopen jaren al vaker gevraagd om een proactieve rol bij de wachtlijstbemiddeling. Ook daar zie ik positieve ontwikkelingen. De NZa speelt er een stevigere rol in. Maar we horen ook van verzekeraars dat het voor hen soms lastig is, omdat zij niet zomaar beschikken over de medische gegevens. Ze weten dan dus ook niet wie er op wachtlijsten staan en wie van hun verzekerden ze moeten helpen om eerder aan de beurt te komen. Ik heb hier eerder een motie over ingediend. De minister heeft laten weten dat het niet voor de hand ligt om wachtlijstbemiddeling op te nemen, maar dat er wel afstemming nodig is. Tja, dat vind ik dan weer een beetje ingewikkeld. Kan de minister aangeven wat zij doet om die afstemming te verbeteren of wat er wellicht nog echt beter kan om zorgverzekeraars hun zorgplicht te laten invullen op het punt van de wachtlijsten? Hoe kijkt de minister aan tegen het opnemen van bestuurlijke boetes bij het niet naleven van die zorgplicht? Graag een update daarover.

De heer Krul heeft al een aantal dingen gezegd over pakketbeheer en over bewezen niet-effectieve zorg. Ik heb daar nog wat aanvullende vragen over. De eerste gaat over de open instroom. 90% van de verzekerde zorg zit in het zogeheten open pakket. Dat wordt bepaald door zorgverzekeraars, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties. Heel eerlijk gezegd vind ik dit proces een beetje kwetsbaar, want het zou zomaar kunnen zijn dat degene die de grootste mond heeft en de meeste brieven verstuurt, ook het meeste gehoor vindt over wat het er in het pakket terecht moet komen. Ik zou willen dat de overheid of een overheidsinstantie meer grip op dit proces had. Kan de minister hier haar visie op geven en wellicht een toezegging doen om een en ander wat scherper op een rijtje te krijgen, zodat we de grip op het pakket kunnen verbeteren?

Ik had nog een aantal vragen over de contractering, maar heel eerlijk gezegd heb ik die in mijn schriftelijk inbreng voor het overleg van morgen staan, dus om het compact te houden zal ik die hier nu niet herhalen.

Nou dat, eigenlijk.

De voorzitter:

Dank u wel voor uw bijdrage. Ik geef het woord weer terug ... Nee, er is nog een interruptie. Dat kan nog.

De heer Krul (CDA):

Die interruptie zal geen verrassing zijn, want ik ben op een queeste of we nog wat geld kunnen vrijmaken voor zorg. De heer Claassen heeft mij verteld dat hij echt vindt dat het belangrijker is dat mensen relatief goedkoop kunnen blijven roken dan dat geld te gebruiken voor zorg. Ik ben benieuwd hoe de VVD daarin staat, want ik kan natuurlijk ook zonder de PVV een meerderheid regelen, ondanks dat zij zo veel zetels hebben. Hoe kijkt de VVD naar het inkomsten genereren uit accijnsverhogingen en dat geld dan gebruiken voor iets moois in de zorg?

Mevrouw Tielen (VVD):

Dat is vragen naar de bekende weg, want de heer Krul heeft deze vraag de afgelopen maanden al minstens drie keer aan mij gesteld. Mijn antwoord wordt niet anders, geloof ik. Wij weten uit wetenschappelijk onderzoek dat hoe duurder dat pakje sigaretten of dat pakje shag is, hoe minder het voorkomt dat mensen gaan roken. We weten ook — er was op dit punt vorige week een interessante brief van de staatssecretaris Belastingen

over het pakjes tellen — dat er wel heel veel grenseffecten zijn. Hoe duurder je het maakt, hoe meer mensen een tripje naar het buitenland maken en met heel veel sloffen weer thuis komen. Dat beperkt volgens mij het gebruik dus niet. Maar los daarvan: de heer Krul verwijst naar het idee dat je geld dat overblijft binnen de zorg, ook binnen de zorg besteedt. Maar accijnzen zijn niet een VWS-begroting, dus dat klopt technisch niet helemaal. Dus, zoals ik al eerder zei, meneer Krul, wat mij betreft gaan we stapsgewijs echt zorgen dat dat pakje nog duurder wordt, om zo te voorkomen dat zeker jongeren gaan beginnen met roken. Maar op dit moment zie ik daar op korte termijn geen bron van inkomsten die we vrijelijk kunnen besteden.

De voorzitter:

Als er geen verdere interrupties zijn, geef ik het voorzitterschap weer terug aan mevrouw Tielen.

Voorzitter: Tielen

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bushoff. Dat betekent dat we aan het einde zijn gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik wil voorstellen om te schorsen tot 13.45 uur, maar kijk even naar de minister. We hebben namelijk tijd zat.

Minister Dijkstra:

Dat lijkt me prima, voorzitter. Graag.

De voorzitter:

Dan kan iedereen ook nog even wat stappen zetten en rustig de lunch gebruiken, als die nog op de planning stond. We gaan om 13.45 uur weer verder met dit commissiedebat over het zorgverzekeringsstelsel. Tot straks.

De vergadering wordt van 13.06 uur tot 13.46 uur geschorst.

De voorzitter:

Er wordt nog druk gedelibereerd hier achter de tafel over supermarktprijzen en dat soort zaken, maar dat ga ik nu een halt toeroepen. Welkom terug bij dit commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel. We zijn toegekomen aan de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Dat betekent dat ik het woord ga geven aan de minister voor Medische Zorg, minister Dijkstra, maar niet voordat ik de Kamerleden er wederom op heb gewezen dat ze vijf interrupties mogen doen. Het woord is aan minister Dijkstra.

Minister Dijkstra:

Dank u wel, voorzitter. Het is wel een beetje een bijzonder moment voor mij als demissionair minister voor Medische Zorg, want het is niet lang voor de overdracht aan de nieuwe minister, mijn ambtsopvolger. Ik dacht in voorbereiding hierop aan het allereerste debat dat ik voerde als Tweede Kamerlid. Dat was in 2010. Dat ging over de Zorgverzekeringswet en het pakketbeheer, dus voor mij is de cirkel nu rond. Dat is verder voor dit debat niet van belang, maar ik memoreer het toch maar even. Dat debat was overigens met toenmalig minister Klink.

Vandaag gaat het in mijn waarschijnlijk laatste debat ook over de Zorgverzekeringswet en over het pakketbeheer als element daarvan. Ik heb in mijn relatief korte ambtsperiode

geprobeerd me met hart en ziel in te zetten voor de toekomst van de zorg, in samenwerking met uw Kamer. Ik heb met heel veel plezier verantwoording afgelegd in debatten, overleggen, vragenuurtjes en brieven, en ik wil dan ook de Kamer nu weer bedanken voor de vragen die zijn gesteld. Ik zal proberen ze zo goed mogelijk te beantwoorden, maar voordat ik die vragen beantwoord, heb ik toch nog een paar opmerkingen.

Nederland vraagt veel zorg en veel van de zorg. Vergrijzing en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt vergroten de druk. Ook in de toekomst willen we allemaal zorg die toegankelijk, van hoge kwaliteit en betaalbaar is. Samen met een breed palet aan partijen uit de zorg heeft dit kabinet daarom de omslag gemaakt naar de zogeheten passende zorg. Tegelijkertijd is dat ook weer typisch zo'n term die uit de politiek en uit beleid komt. Want het klinkt heel mooi, maar wat betekent het nou precies? Wat ik nu juist mooi vind, is dat ik zie dat transformatie en passende zorg concreet handen en voeten krijgen in de zorgpraktijk in de regio overal in Nederland. Ik noem wat voorbeelden. Ik zie dat in de regio bij zorgaanbieders, zorgprofessionals, gemeenten, zorginkopers en bij patiënten, cliënten en inwoners de zorg anders ingericht en beleefd wordt. Ik zie dat gezondheid centraal wordt gesteld. Dat kan betekenen dat er in plaats van medische hulp sociale hulp en ondersteuning worden geboden, omdat dat, als dat aan de orde is, uiteindelijk voor de patiënt kan leiden tot een beter resultaat. Ik zie ook dat de eerste lijn sterker wordt, met meer tijd voor de patiënt. Ik zie dat zorgprofessionals zich richten op passende zorg voor de patiënt, zorg die echte, toegevoegde waarde heeft. We zijn er zeker absoluut nog niet — ik zie de heer Dijk al kijken — maar de beweging is er wel. De beweging wordt breed gedragen in de zorgpraktijk, met vallen en opstaan, want samenwerken schuurt als belangen in het geding zijn. Maar ik zie ook dat moeilijke keuzes bespreekbaar worden en dat er, als die eenmaal bespreekbaar zijn, ook een weg vooruit is naar het gezamenlijke doel: toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg voor alle inwoners van Nederland. De medewerkers in de zorg willen verder met deze beweging. Ik ondersteun dat van harte en ik wens de Kamer en mijn opvolger alle wijsheid toe om deze beweging naar gezondheid en zorg van de toekomst verder te brengen.

Dat gezegd hebbende ga ik naar het debat dat we vandaag voeren. Vandaag hebben we het specifiek over de Zorgverzekeringswet. Dat is de wet die regelt dat alle Nederlanders verzekerd zijn van zorg als dat noodzakelijk is, ongeacht of ze gezond of chronisch ziek zijn. We hebben het over het verzekerde pakket en over het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. We hebben het over de zorginkoop van het afgelopen jaar, waarin flinke verbeteringen te zien zijn ten opzichte van het jaar ervoor, en over het bevorderen van contractering, want via contractering is te sturen op passende zorg, ook langjarig. Daar kom ik zo nog verder op, want dat is net ook al aan de orde geweest. Ik heb het ook over de solidariteit tussen gezond en ongezond, waarin de risicoverevening een belangrijke rol heeft. Gegeven deze solidariteit noem ik ook de eigen betalingen die we van gebruikers van zorg vragen.

Voorzitter. Dan ga ik nu graag over naar de beantwoording van de vragen. Misschien voor de duidelijkheid even over hoe ik het verdeeld heb. Ik begin met contractering en polisaanbod. Daarna ga ik in op de onderwerpen Co-Med, pakketbeheer en, ten slotte, het beruchte mapje overig.

Ik ga beginnen met contractering en polisaanbod. Eerst de vraag van de heer Dijk. Hij

zei: "Premiebetalers betaalden in 2023 te veel voor hun premie. Waarom doen de zorgverzekeraars hier niks aan? Het gaat hier om 900 miljoen euro." Onderzoek van de NZa en de ACM laat zien dat een groot deel van de verzekerden een basispolis heeft waarvoor een bijna gelijk maar goedkoper alternatief is. Dat kan verschillende redenen hebben. Zo kunnen verzekerden meer willen betalen voor hun huidige polis uit tevredenheid, en soms vanwege service en merkbeleving. Maar met de heer Dijk vind ik wel dat we het moeten weten als er een bijna gelijk maar goedkoper alternatief is. Omdat die 900 miljoen hier nogal over tafel is gegaan, vind ik wel dat het goed is te beseffen dat die niet voor het oprapen ligt. Het is eigenlijk geen geld dat vrijkomt. Een massale overstap van verzekerden zal het jaar daarop kunnen leiden tot premiestijgingen, want de kosten van de zorg moeten wel betaald worden. Dat effect moeten we meetellen. Daarom vind ik het heel goed dat de informatieregeling van de NZa zorgverzekeraars verplicht om verzekerden via hun website te wijzen op die bijna gelijke polissen. Zorgverzekeraars moeten hierbij aangeven wat de verschillen zijn. Verder steun ik ook het voornemen van de NZa om te verkennen of zorgverzekeraars verplicht kunnen worden om verzekerden actiever te wijzen op een eventuele gelijke polis, of bijna gelijke polis, met een lagere premie. Er wordt dus al aandacht aan besteed, maar misschien moet het nog scherper. Daar is de NZa mee bezig.

Voorzitter. Dan de vraag van de heer Bushoff over het oerwoud aan polissen. De heer Bushoff zegt: het is een oerwoud, dus zijn er juridische mogelijkheden om vanuit de politiek te sturen op dat aanbod? Hij vraagt of ik dat wenselijk vind of niet. Zorgverzekeraars zijn vrij om hun polisaanbod vorm te geven, dus ik heb geen juridische mogelijkheden om daarop te sturen. Dat volgt overigens ook uit Europees recht. Maar ik ben het er wel mee eens dat er voor verzekerden een overzichtelijk polisaanbod moet zijn. Polissen van een en dezelfde verzekeraar die heel erg op elkaar lijken en vlak bij elkaar liggen helpen daar niet bij. Het is daarom goed dat de informatieregeling van de NZa er is; die noemde ik net al. De zorgverzekeraars moeten het dan namelijk wel aangeven. Ik denk dat ook de verkenning van de NZa om te kijken of zorgverzekeraars verplicht kunnen worden om dat duidelijker te maken, heel belangrijk is. Dat geeft mensen ook de vrijheid om te kiezen.

De heer Claassen vroeg of ik wel besef dat zulke omzetplafonds kunnen betekenen dat patiënten geen zorg kunnen krijgen. De heer Claassen is er niet, maar ik ga toch maar antwoorden, want er wordt vast wel meegeluisterd.

De voorzitter:

Precies. Hij komt zo weer terug, dus gaat u gewoon verder. Dat komt wel goed.

Minister Dijkstra:

Uiteraard vind ik het heel belangrijk dat patiënten de verzekerde zorg krijgen waar zij recht op hebben. Omzetplafonds afspreken is in feite de uitkomst van de onderhandeling van private partijen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten daarbij wel duidelijke informatie geven over de budgetafspraken en de mogelijke consequenties voor verzekerden. Als het omzetplafond in zicht komt, verwacht ik — zo hoort het ook — dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan, zodat er maatregelen genomen kunnen worden. De zorgverzekeraar heeft natuurlijk een zorgplicht. Die moet ervoor zorgen dat als de patiënt niet bij de aanbieder van voorkeur terecht kan, die zorg elders, tijdig en bereikbaar beschikbaar is. Als dat niet mogelijk is, is het aan de zorgverzekeraars om aanvullende afspraken te maken. De NZa houdt

toezicht op de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Zoals mevrouw Tielen in haar bijdrage al noemde, zie je ook dat ze op hun zorgplicht worden en zijn aangesproken door de NZa.

Mevrouw Jansen vroeg of ik het ermee eens ben dat kleine aanbieders en vrij gevestigden geen eerlijk speelveld hebben. NSC stelt hier aan de orde dat kleine zorgaanbieders niet altijd even goed in dat contractgesprek komen met de zorgverzekeraars, met als gevolg dat ze mogelijk minder gecontracteerd worden, terwijl ze een belangrijke bijdrage aan de toegankelijkheid van de zorg kunnen leveren. Ik erken dat relatief kleine aanbieders niet altijd goed in dat gesprek komen. We moeten ook vaststellen dat dit om enorme getallen gaat. Ik snap dat er niet altijd face to face maatwerkafspraken gemaakt worden. Toch hebben we binnen IZA afspraken gemaakt om dit te verbeteren. Daarom wordt langs meerdere lijnen ingezet om het contracteringsproces in sectoren waar veel kleine zorgaanbieders werken, te verbeteren. Het doel daarbij is om toe te werken naar een zo eerlijk mogelijk speelveld. De NZa heeft daarvoor Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg opgesteld, ter ondersteuning van een soepel en snel contracteerproces. Daarin is bijvoorbeeld een afspraak opgenomen over de bereikbaarheid van zorgverzekeraars tijdens het proces van contracteren. Dat zou ook kleine zorgaanbieders soelaas moeten bieden. De evaluatie van het afgelopen contracteerseizoen door de NZa laat zien dat de contractering over de hele breedte, ook met de kleine aanbieders, sneller is verlopen. Maar het staat natuurlijk buiten kijf dat het goed zou zijn als het nog sneller kan. Daarnaast zet ik in op het actief verduidelijken van de mogelijkheden van gezamenlijk onderhandelen door kleine aanbieders. We bekijken dus hoe dat kan binnen de mededingingsregels, namelijk: zolang een zorginhoudelijk doel vooropstaat en dit door de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiënten wordt onderschreven. Dit kan dus. Daar is dus een oplossing voor, ook al hebben we die mededingingsregels.

Mevrouw Jansen vroeg ook of ik vind dat er een passend aanbod is voor bijvoorbeeld mensen met complexe psychische aandoeningen en of dat alleen nog niet wordt gecontracteerd. Nou, dat vind ik niet. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat voldoende passende ggz-zorg niet alleen een kwestie is van ruim inkopen. Er bestaat geen simpele oplossing voor die complexe dilemma's in de ggz, de geestelijke gezondheidszorg. Als dat passende aanbod ontbreekt, bekijkt de regio of zij dit zelf kan organiseren. Mocht dat niet lukken, dan kan deze vraag op de landelijke tafel ingebracht worden. Ik heb het hier ook weer over het Integraal Zorgakkoord. Daarvoor zijn naast passende inkoop en bekostiging ook verschillende andere randvoorwaarden van belang. Hoe zorgen we dat het voor zorgverleners aantrekkelijk is om hoogcomplexe zorg te leveren? Stimuleren we daarmee het behoud en de transfer van medewerkers richting de cruciale ggz? Het zorgen en borgen van voldoende aanbod voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag in de ggz vergt ook weer de inzet van alle partijen, die ik zojuist al noemde, namelijk de inkoper, de aanbieder, de professional en de overheid. Daar is dus inzet op.

Mevrouw Jansen vroeg: kan de minister opdracht geven aan de NZa om het contracteringsproces voor kleine zorgaanbieders te verbeteren? Ik heb de uitgebreide afspraken in het IZA al genoemd. Door anderen werd ook de datum van 12 november al genoemd. De NZa neemt hierin een actieve rol op zich, doordat ze het contracteerproces is gaan monitoren, handvatten ter verbetering van dat contracteerproces heeft opgesteld en daarnaast een aantal afspraken uit de handvatten

gaat normeren. Tegelijkertijd is de nuance natuurlijk dat het voor de zorgverzekeraar vaak niet haalbaar is om maatwerkafspraken te maken; dat noemde ik net al. Ik zei al dat het namelijk om duizenden kleine aanbieders gaat. Daarom hoop ik dat de verbetertrajecten met aanbieders en verzekeraars onder mijn opvolger met dezelfde ambitie worden doorgezet. Dat is dus aan het volgende kabinet.

Mevrouw Jansen had veel vragen over de kleine zorgaanbieders en de zelfstandige behandelcentra. Zij vraagt om een overzicht van degene die niet gecontracteerd zijn. Dat heb ik niet. De NZa heeft het ook niet. De NZa verkent op dit moment wel wat de mogelijkheden zijn om daar meer inzicht in te krijgen. Naast een overzicht van de contracteergraad wil de NZa graag op een structurele manier meer inzicht krijgen in de voortgang van de contractering op proces en inhoud. Daarnaast wordt het contracteerseizoen jaarlijks geëvalueerd, mede op grond van de uitgebreide evaluatie van de NZa. Ik moet ook zeggen dat ik het niet als de rol van de minister of het ministerie zie om partijen op basis van deze overzichten aan te spreken om tot contractering van bepaalde aanbieders over te gaan; dat ligt echt niet op mijn weg. Maar het is wel van belang dat zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen. De zorgplicht noem ik maar weer.

Het afgelopen overstapeseizoen heeft de NZa samen met ZN, Zorgverzekeraars Nederland, gevraagd naar de voortgang naar de contractering. Ze willen daarbij ook informatie krijgen over welk percentage van de voorgelegde contracten daadwerkelijk is afgesloten. Ik ga ervan uit dat mijn opvolger dat contracteerproces nauwlettend in de gaten blijft houden, want dat is natuurlijk een voorwaarde voor die beweging naar passende zorg. Er zijn dus wel globaal wat redenen genoemd waarom verzekeraars dan wel aanbieders geen contracten hebben willen sluiten, maar ik heb daar niet een heel feitelijk overzicht van. Ik denk dat het ook niet op mijn weg ligt om dat te maken.

Mevrouw Jansen vroeg ook nog of ik vind dat zorgverzekeraars de beschikbare zorgcapaciteit negatief beïnvloeden door hun inkoopbeleid en dat zij de beschikbare zorgcapaciteit niet optimaal benutten. Ik heb meerdere malen gezegd dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Dat betekent dat ze voldoende kwalitatief goede zorg moeten inkopen om te zorgen dat patiënten binnen een redelijke tijd en afstand toegang tot hun zorg hebben. Die zorg moet er ook wel zijn, willen ze die kunnen inkopen. We komen zo meteen over Co-Med te spreken, maar die zorg moet er natuurlijk ook wel zijn. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht. Het afspreken van omzetplafonds is nou juist een van de mogelijkheden van zorgverzekeraars om op betere beschikbaarheid en toegang te sturen. Omzetplafonds kunnen namelijk een effectief middel zijn om passende zorg te realiseren, maar kunnen ook gebruikt worden om de bestaande zorgcapaciteit beter te benutten. Zoals ik eerder al zei: als verzekerden niet tijdig terecht kunnen bij de zorgverlener van hun voorkeur, kan de zorgverzekeraar bemiddelen bij zorgaanbieders waar de zorgcapaciteit nog niet volledig benut wordt. Ik zie de wenkbrauwen al gefronst worden, dus daar hebben we het zo nog over.

Ten aanzien van het contracteerproces vroegen mevrouw Jansen en anderen of ik het ermee eens ben dat verzekerden hun beslissing mogelijk uitstellen vanwege de onvolledige contracteringsdata in de eerste weken. Het gaat er dus om dat verzekerden nog niet genoeg weten over wat de verzekeraar heeft vastgelegd. Eigenlijk heb ik geen aanwijzingen dat een groot deel van de verzekerden de beslissing uitstelt omdat nog

niet bekend is over welke zorg al dan niet is gecontracteerd. Maar een deel van de verzekeraars — zo'n 20%, weten we uit ACM-onderzoek — wordt hier natuurlijk wel door beïnvloed. Dat onderstreept onze ambitie om de informatievoorziening over gecontracteerde zorg nog tijdiger en beter te maken. We weten ook dat sommige verzekerden hun beslissing pas aan het eind van het kalenderjaar nemen. Vaak oriënteren ze zich dan in de weken daarvoor. Het is heel belangrijk dat verzekerden weten wat de consequenties zijn voor de vergoeding als er nog geen contract is afgesloten. De zorgverzekeraars moeten sinds het afgelopen overstapeseizoen uniforme informatie verstrekken over welke zorg wel en niet gecontracteerd is en wat de consequenties hiervan zijn. Onderzoek door zorgverzekeraars heeft aangetoond dat deze verduidelijking verzekerden heeft geholpen in hun keuzeprocessen maar dat er zeker nog verbetermogelijkheden zijn. Die moeten ook worden ingezet. En ik zeg het nog maar een keer: je oude zorgverzekering moet je uiterlijk 31 december opzeggen, maar dan heb je nog tot 1 februari om een nieuwe zorgverzekering te kiezen, die dan met terugwerkende kracht ingaat.

Dan was er een vraag, die eigenlijk hetzelfde is, ook van mevrouw Jansen, die zei dat er onvoldoende informatie is om de kosten die je mogelijk zelf moet betalen, af te wegen tegen de meerkosten van een verzekering die een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg biedt. De informatie over de kosten van niet-gecontracteerde zorg moet echt nog beter. Dat kan ook. In het IZA zijn expliciet afspraken gemaakt over het verbeteren van deze informatie. Die stappen hebben aanbieders en verzekeraars de afgelopen periode ook al gezet, al vraagt dit nog langer inzet van alle partijen.

Daarnaast heeft Equalis in opdracht van VWS een inventarisatie en verkenning uitgevoerd naar de huidige informatieverstrekking. Die laat een aantal aandachtspunten zien. Dat betreft met name de informatieverstrekking door zorgaanbieders zelf en vergelijkingsites. In lijn met de bevindingen van dat rapport focus ik me samen met de IZA-partijen op de lopende trajecten, zoals de verbetering van de kernboodschappen, de jaarlijkse publieksvoorlichting vanuit VWS en het voornemen van de NZa om de Regeling transparantie zorgaanbieders aan te passen. Dat met elkaar moet verzekerden steeds beter in staat stellen om een goed geïnformeerde keuze te maken voor een zorgverzekering.

De datum van 12 november als deadline voor het afronden van contractering zou ik afdwingbaar en handhaafbaar moeten maken. Heel eerlijk gezegd ben ik er niet zo'n voorstander van om die limiet wettelijk vast te leggen, want er ontstaat werkelijk een risico voor het gelijke speelveld tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Dat kan een risico vormen voor de betaalbaarheid maar uiteraard ook voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, want als je zegt dat 12 november hard is, dan kan het zijn dat zorgaanbieders wachten tot die dag waarop de zorgverzekeraars verplicht gecontracteerd moeten hebben en dan kunnen de zorgaanbieders zeggen: dit ligt er op tafel; je hebt het maar te accepteren. Maar dat is natuurlijk een heel onderhandelingstraject, dat ook belangrijk is voor de balans. We willen wel dat de informatieverstrekking gedurende de overstapperiode duidelijk en bruikbaar is voor de verzekerden.

Dus het is wel het doel van partijen om steeds meer binnen die contouren van 12 november, de start van het overstapeseizoen, het contracteerproces te organiseren. Zoals gezegd is in het IZA ook afgesproken dat dat beter moet en dat er ruim voor het

einde van het jaar duidelijkheid moet zijn over welke zorg wel en welke niet gecontracteerd is, maar de partijen zetten vooral in op een verbetertraject, dat ook al zijn vruchten begint af te werpen. Het afgelopen contracteerseizoen is het namelijk aanzienlijk beter en tijdiger gegaan. We zijn er nog niet. Hoewel het beter ging, wil ik niet zeggen dat we er zijn, dat het helemaal goed is. Maar het gaat wel de goede kant uit. Verzekerden waren er ook eerder mee bekend welke zorgaanbieder met welke zorgverzekeraar een contract had afgesproken.

Daar past de vraag van de heer Claassen bij. Hij informeerde hier ook naar. Daar kan ik eigenlijk op aansluiten met het antwoord dat ik zojuist gaf.

De PVV-fractie heeft bij monde van de heer Claassen aangegeven dat men blij is met de handhaving van de zorgplicht. Maar zo'n maatregel die de NZa heeft gemaakt, wordt alleen gepubliceerd nadat er zes maanden geen verbetering te zien is geweest. Waarom wordt er niet meteen inzicht gegeven? De NZa heeft een zelfstandige bevoegdheid voor toezichthoudende onderzoeken. Ook ik krijg van de NZa geen informatie over om welke zorgverzekeraars het gaat en welke maatregel er is getroffen. Die maatregelen, als die aan de orde zijn, worden namelijk alleen met de onderzochte zorgverzekeraars zelf gedeeld. Zo kunnen zij hun gedrag verbeteren zonder dat ze meteen negatief in de publiciteit komen. Dat vind ik toch wel belangrijk, want zo werkt het met toezicht. Ik zie de resultaten van de NZa vooral als een signaal dat ook zorgverzekeraars hun been moeten bijtrekken om de medisch-specialistische zorg en de ggz toegankelijk te houden, ook in de toekomst. Maar zoals ik al zei, is het ook belangrijk dat die zorg dan wel beschikbaar is, zodat de zorgverzekeraars hun zorgplicht na kunnen komen. Het is goed dat de NZa daar stevig op toeziet, want dat ondersteunt onze gezamenlijke opgave.

Ik ben bijna door het eerste blokje heen, voorzitter. De andere zijn korter, maar hier zijn veel vragen over gesteld.

De heer Claassen vroeg ook: is de minister het ermee eens dat de zorgplicht begint bij voldoende contractering? Ja, contractering is natuurlijk een heel belangrijk middel om ervoor te zorgen dat aan de zorgplicht wordt voldaan. Maar ik vind niet dat het daarmee begint; dat vroeg de heer Claassen. Ik heb daar een paar redenen voor. Contractering geldt voor naturapolissen. Voor restitutiepolissen hoeft niet gecontracteerd te worden. Er is natuurlijk ook nog sprake van ongecontracteerde zorg. Daarmee kan ook invulling worden gegeven aan de zorgplicht. Kortom, zorgen voor voldoende toegankelijke zorg is niet alleen een kwestie van ruim inkopen, maar er is ook voldoende aanbod voor nodig. Aanbieders moeten beschikbaar zijn en goede zorg kunnen leveren. Ook moet er gekeken worden hoe vraag en aanbod op elkaar aansluiten. Het is van belang dat in de regio gekeken wordt hoe het beste aan de zorgvraag voldaan kan worden.

Er is nog een vraag over de restitutiepolissen. De heer Claassen vroeg: wie biedt deze nog aan; die polissen verdwijnen. In dit jaar worden er nog vier restitutiepolissen aangeboden. Het omzetplafond geldt inderdaad niet in het geval van een restitutiepolis. Ik zie niet direct risico's dat het nog verder gaat afnemen, want er is sprake van een ruim polisaanbod. Ik zeg het verkeerd. Ik zie niet direct risico's in de afname van de restitutiepolissen. Er is sprake van een ruim polisaanbod en er is een ruime keuze aan zorgverleners waar de kosten van zorg volledig worden vergoed in de basisverzekering. Ik moedig contractering wel sterk aan, juist omdat de verzekeraar daarmee in het belang van verzekerden en patiënten beter kan sturen op passende zorg en op zo min mogelijk

versnippering van het schaarse aanbod.

Mevrouw Jansen vroeg of ik het ermee eens ben dat het inkopen van meer volume bij zelfstandige behandelcentra kan bijdragen aan het verminderen van de wachttijden. Nou ja, ik heb net al gezegd dat ook de zelfstandige behandelklinieken een bijdrage leveren aan de toegankelijkheid van de zorg. In januari bent u erover geïnformeerd dat we met ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars afspraken zouden maken over de toegankelijkheid van de planbare medisch-specialistische zorg en het terugdringen van de wachttijden. In mijn brief van 4 juni daarover heb ik aangegeven hoe wordt ingezet op het verbeteren van de toegankelijkheid. Uit de meest recente monitor blijkt over de toegankelijkheid van zorg in de medisch-specialistische zorg dat de wachttijden in sommige regio's dalen. Er zijn bestuurlijke afspraken gemaakt met de MSZ-partijen over het verbeteren van de toegankelijkheid en het terugdringen van wachtlijsten. De resultaten van deze afspraken moeten zich de komende tijd in de praktijk gaan laten zien. Dat wachten we dus af. Zodra we daar meer zicht op hebben — daarbij spreek ik voor het ministerie en niet voor mijn eigen rol — zal de Kamer daarover geïnformeerd worden.

Voorzitter. Sommige gecontracteerde klinieken moeten een zorgstop instellen. Ja, dat is zo. Ik heb al wat gezegd over die omzetplafonds. Ik denk dat ik het even bij dat antwoord laat.

Tot slot. De heer Bushoff heeft ook naar de omzetplafonds gevraagd. Volgens mij heb ik niet veel meer toe te voegen aan wat ik daar zojuist al over heb gezegd.

Tot zover dit blok, voorzitter.

De voorzitter:

Meneer Bushoff heeft daar nog een vraag over.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik heb toch nog enkele vragen bij dit blok. Allereerst zie ik echt wel dat binnen het stelsel zoals wij dat hebben, problemen meestal best goed worden opgelost. Als het voor een verzekeraar loont om gezonde mensen te contracteren, wordt er ingegrepen via de risicoverevening met constrained regression en wordt een probleem binnen het stelsel opgelost. Als we zien dat de informatieverplichting naar patiënten of consumenten niet op orde is, dan wordt er ingegrepen door de regeling van transparantie door zorgaanbieders te verbeteren, zodat er eigenlijk een vorm van offerteplicht komt. Dus binnen het stelsel kun je verbeteringen aanbrengen. Ik denk dat er ook echt een kleine verbetering nodig is op het punt van de omzetplafonds. Op dat punt hoorde ik nog geen opening bij de minister, maar ik zoek wel naar een opening. Als je te maken hebt met wachtlijsten voor een bepaalde behandeling of in een bepaalde regio, is het toch wel heel gek dat er sprake kan zijn van een omzetplafond, waardoor je bij een bepaald ziekenhuis of een bepaalde instelling die behandeling niet kunt krijgen. Deelt de minister de analyse dat het in het geval van die omzetplafonds in combinatie met een wachtlijst toch nodig is om daar iets van een verbetering aan te brengen in het systeem zoals we dat nu hebben?

Minister Dijkstra:

Dat is inderdaad wel een punt waarnaar wordt gekeken. Het is ook nu al mogelijk om af

te wijken van het omzetplafond dat is afgesproken. Als het gaat om het omzetplafond dat voor gecontracteerde zorg bereikt is, waardoor er geen toegang meer is voor patiënten, dan kan daarvan worden afgeweken als dat ook niet op een andere manier te vinden is. In die zin is die mogelijkheid er dus. Ik ben het daar ook erg mee eens, want ik deel uw zorg over die omzetplafonds.

De voorzitter:

De heer Bushoff in tweede instantie?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Nog even op dit punt. Die mogelijkheid is er inderdaad, maar dat moet dan wel gebeuren in samenspraak met zorgverzekeraars en de betreffende zorgaanbieder die dat contract heeft. Ik snap best dat er een reservering zit bij zorgverzekeraars om snel van die afspraak af te wijken. Je ziet dus dat er in de praktijk nog niet vaak gebruik wordt gemaakt van die mogelijkheid. Je hoort toch wel vaak verhalen van mensen die pas over een aantal weken, in een nieuw jaar bijvoorbeeld, een behandeling kunnen krijgen. Dan zijn zij opnieuw hun eigen risico kwijt, dus het is ook nog onvoordelig voor mensen. Het komt ook voor dat mensen veel verder moeten reizen. Als die mogelijkheid er is, wordt die blijkbaar nog onvoldoende benut. Wat zouden we kunnen doen om die mogelijkheid beter te laten werken?

Minister Dijkstra:

Dat is natuurlijk ook heel erg afhankelijk van om welke zorg het gaat. Ik gaf al aan dat als er geen passende zorg is te vinden, terwijl er een omzetplafond is bereikt en er nog wel capaciteit is, er zeker een mogelijkheid is om af te wijken. De heer Bushoff zegt dat dit nog te weinig gebeurt. De zorgverzekeraar heeft natuurlijk wel de zorgplicht. Als er ook op een acceptabele afstand geen andere zorgaanbieder is die die mogelijke zorg waarvoor het omzetplafond is bereikt, kan leveren, dan is die mogelijkheid er. Ik denk dat het goed is om toch steeds te kijken naar de ratio van het omzetplafond. Ik heb geprobeerd daar zonet al iets over te zeggen. Het is ook een manier om ervoor te zorgen dat er passende zorg wordt geleverd en dat er beter wordt bekeken waar een verzekerde moet zijn voor een bepaalde vorm van zorg. Is dat altijd in de organisatie met dat omzetplafond of kan hij ook naar een andere zorgaanbieder waar dat meer in de rede ligt? Dat is ook het gesprek natuurlijk tussen aanbieder en zorgverzekeraar.

De voorzitter:

In derde instantie, meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik laat dit punt even rusten voor nu. Ik denk dat we nog wel moeten zoeken naar waar de omzetplafonds verbeterd kunnen worden op het moment dat er wachtlijsten zijn.

Ik wil ook nog even een ander punt aansnijden, namelijk over die hoeveelheid polissen. Ik noemde het net een oerwoud aan polissen. De minister gaf aan dat zij niet de juridische mogelijkheden heeft om in te grijpen op het polisaanbod van zorgverzekeraars. Dat snap ik. Maar de minister schreef in antwoord op schriftelijke vragen ook dat ze toch met de NZa en de ACM in gesprek gaat om te kijken naar handelingsopties om iets te doen aan vrijwel vergelijkbare polissen. Volgens mij stond dat in de beantwoording die gisteren binnenkwam. Kan de minister al een tipje van de sluiters oplichten over wat de mogelijke handelingsopties zijn die ze gaat verkennen? Of

is het een open gesprek over de mogelijkheden? Is er al enige suggestie van wat er zou kunnen?

Minister Dijkstra:

Ik kan dat op dit moment nog niet zeggen, anders had ik dat graag in de brief willen vermelden. Ik streef er wel steeds naar om zo volledig mogelijk te zijn in de informatie die naar de Kamer gaat, zodat u weet waar u aan moet denken. Ik vind het heel erg belangrijk dat de ACM daarbij betrokken is. Die ziet namelijk toe op de hele markt, hoewel ik met de heer Dijk "markt" niet zo'n fijn woord vind voor de zorg; maar daar schieten we niks mee op. Dat is het antwoord op de vraag van de heer Bushoff.

De voorzitter:

Dan denk ik dat we naar het thema Co-Med gaan.

Minister Dijkstra:

Dan ga ik dat erbij pakken.

Voorzitter. Dit is een onderwerp waar wij allemaal met argusogen naar kijken. De heer Krul vroeg hoe ik reflecteer op de situatie bij Co-Med. Laat ik vooropstellen dat ook ik geschrokken ben van de signalen over de situaties die daar zijn ontstaan. Ik heb ook het woord "onaanvaardbaar" in de mond genomen over de gang van zaken. Patiënten moeten er namelijk op kunnen rekenen dat ze bij een goede huisarts terecht kunnen. Dat de zorg bij een aantal locaties niet op orde is, vind ik zeer kwalijk. Ik vind het pijnlijk voor alle patiënten en hun naasten die niet tijdig de juiste zorg hebben gekregen, maar ook voor medewerkers die in situaties terecht zijn gekomen waar zij niet voor zijn opgeleid. Ik zit op dit moment dagelijks met de NZa en de IGJ rond de tafel om geïnformeerd te worden over de stand van zaken. Dit dossier heeft mijn volle aandacht en ik wil alles doen wat in mijn macht ligt om de continuïteit en de kwaliteit van zorg voor patiënten te borgen.

Wat mij betreft is het belangrijkste op dit moment dat patiënten van de betreffende praktijken toegang hebben tot goede huisartsenzorg. Ik wil, net als u, niets liever dan snel actie ondernemen om de ontstane situatie te beëindigen. Daarvoor moet een zorgvuldig en juridisch correct proces doorlopen worden. De zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de afgelopen tijd voorbereidingen getroffen voor als de continuïteit van zorg in gevaar komt. Zoals u hebt kunnen lezen in de media hebben de vier grootste zorgverzekeraars Co-Med in gebreke gesteld. Dat is door de zorgverzekeraars op zo'n manier nog niet eerder gedaan bij een zorgorganisatie. De toezichthouders en de zorgverzekeraars hebben me verzekerd dat ze boven op de situatie zitten en alles eraan willen doen om te zorgen dat patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben. Het is ook eerder al duidelijk geworden en aangegeven door verzekeraars dat zij al langere tijd hiermee bezig zijn en eerder ook al een aantal maatregelen hebben getroffen.

De vraag van de heer Dijk aan mij is: wat doe jij nou eigenlijk? Ik hoor de heer Dijk zeggen: zo stellig zei ik het ook weer niet.

De voorzitter:

Meneer Dijk was net niet correct genoeg om "u" te zeggen. Hij had eigenlijk moeten zeggen: wat doet de minister?

Minister Dijkstra:

Ik heb het totaal niet als niet respectvol ervaren, dus geen probleem. Ik vind ook dat we met elkaar respectvol over deze onderwerpen moeten praten. Ik kan nog zeggen dat er bij de verzekeraars plannen klaarliggen om de continuïteit van zorg te waarborgen. De toezichthouders hebben mij ook verzekerd dat zij en de zorgverzekeraars er alles aan doen om het allemaal zo goed mogelijk te laten verlopen, mocht het onverhoopt tot een faillissement van Co-Med komen.

De heer Dijk verzocht mij ook om voor het weekend een brief te sturen over wat het kabinet nu gaat doen. Dat wordt een beetje lastig, en ik zal u uitleggen waarom. Dat zou betekenen dat ik u die brief morgen moet sturen. Het gaat in deze situatie om dagkoersen, dus dan heeft u niet meer informatie dan wat ik u nu kan vertellen. Natuurlijk wil ik informatie naar de Kamer sturen, maar dat wordt dan eind volgende week, denk ik. Dan hebben we meer te melden. Wees ervan verzekerd: elke dag zit ik met deze toezichthouders en de verzekeraars om tafel om op de hoogte te zijn. Mocht er toch nog iets komen wat noopt tot eerder informeren van de Kamer, dan wil ik dat graag toezeggen. Als het blijft bij de informatie zoals we die nu hebben, dan wilde ik het een week uitstellen.

De heer Dijk (SP):

Zoals het gaat bij dit soort nieuws, kwam dat tot mijn fractie en hebben we daar een set schriftelijke vragen over ingediend. Ik vind het prima als het volgende week komt. Het liefst had ik het vandaag of morgen, voor het weekend, gehad. Ik zit er ook zo bovenop omdat mijn partij eigenlijk vindt dat dit te voorzien was. Dat is niet vanuit een soort enorme glazenboltheorie, maar wij hebben dit probleem meerdere keren aangekaart, ook met meldpunten en met klachten die binnenkwamen. Door het vaste patroon waarmee Co-Med omgaat met deze situatie, was het voor ons bijna voorspelbaar dat dit de volgende stap zou zijn. Als de brief eind volgende week komt, zou ik daarom wel graag willen dat er een aantal lessen in kunnen worden opgenomen over hoe we hiermee om moeten gaan. Het vergrootglas ligt nu op Co-Med, maar er zijn meer vergelijkbare praktijken die vaak worden aangestuurd door private-equityinvesteerdere. Als we er toch een week bij optellen, dan zou ik het prettig vinden dat er daarover iets in staat, zodat we volgende keer sneller kunnen ingrijpen. Nu hebben er toch wel behoorlijk veel mensen lange tijd onzekerheid gehad en — u noemde het net zelf ook al — veel ellende hiervan ondervonden.

Minister Dijkstra:

Even een feitelijke opmerking: Co-Med is geen private equity. Dat neemt niet weg dat er privaat geld in zit. Dat is zo in heel veel andere organisaties in de zorg. Het is dus geen private equity, voordat dat een eigen leven gaat leiden. Maar goed.

Even wat betreft de rol van de zorgverzekeraars. Waarom heeft het nou zo lang geduurd? Zorgverzekeraar CZ heeft me gisteren bijgepraat en me laten weten dat Co-Med ook bij zorgverzekeraars onder een verscherpt toezicht staat. Dat betekent concreet dat Co-Med wekelijks liquiditeitsprognoses en bezettingsoverzichten moet opleveren. Zorgverzekeraars voeren structurele overleggen met Co-Med over de financiële situatie en de inhoudelijke zaken. Zorgverzekeraars bellen praktijken om de bereikbaarheid en de aanwezigheid van medisch personeel te controleren. Er is door de zorgverzekeraars bij zeven praktijken van Co-Med met problemen eerder al ingegrepen. Bij die praktijken is overeengekomen dat de praktijk wordt overgenomen door andere

huisartsen of dat de betreffende praktijk gesloten werd. Daarbij werden de patiënten begeleid naar omliggende praktijken.

Voor de huidige praktijken van Co-Med hebben de zorgverzekeraars noodplannen klaarliggen voor als de continuïteit van zorg in het geding komt. We zien aan de acties van de zorgverzekeraars dat zij erbovenop zitten. Ik moet nogmaals benadrukken dat we dit juridisch heel zorgvuldig moeten aanpakken, hoe vervelend het misschien ook is. Maar zo werkt het wel. Dat hebben we zo geregeld, omdat het ook belangrijk is. Anders kunnen er situaties ontstaan die zeer onaangenaam zijn, ook voor de patiënten. Het is wel heel erg van belang dat deze processen op een goede manier worden doorlopen.

Meneer Bushoff vroeg: als er dan wellicht contracten worden stopgezet, zoals verzekeraars hebben gezegd, wat betekent dat dan voor de patiënten? Ik hoef niet te herhalen dat mensen recht hebben op zorg. Dus daar moet de zorgverzekeraar voor zorgen. Met betrekking tot de situatie van Co-Med is het juist belangrijk dat zorgverzekeraars de patiënten dan naar andere huisartsen kunnen doorgeleiden. Dat zijn eigenlijk de vragen die ik hierover heb gekregen.

De voorzitter:

Meneer Krul had ook een vraag.

De heer Krul (CDA):

Die had ik ook al gesteld. Die ging over de overnames. U mag een interruptie wegschrijven, voorzitter, want ik ga heel kort citeren uit de brief. De minister schrijft voor de uitwerking van de moties van leden Bushoff en Van den Berg en later voor de motie van het lid Jansen dat zij het niet wenselijk vindt dat gedurende een lopend onderzoek naar een betrokken partij fusies worden voorkomen. Dat zou een onwenselijke inbreuk zijn op het eigendomsrecht. Als we vinden dat mensen zorg moeten krijgen, dat we moeten voorkomen dat die pijnlijke situaties plaatsvinden, dan zou het toch logisch zijn dat we de NZa de instrumenten geven om tijdens een onderzoek naar een partij te stoppen dat zo'n partij als wildgroei zich verder verspreidt? Dat is wat hier gebeurd is. Dat is toch geen onredelijke gedachte?

Minister Dijkstra:

Ik kom hier nog even op terug, want ik snap uw vraag heel erg goed. Ik moet even kijken wat de mogelijkheden zijn met betrekking tot dit onderwerp.

De voorzitter:

Was u aan het einde van het blokje Co-Med?

Minister Dijkstra:

Ja, ik ben aan het eind van het blokje Co-Med.

De voorzitter:

Dan was er in ieder geval nog een vergeten vraag van mij, maar ik zie ook nog een interruptie van de heer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik denk dat het heel goed is om nog even op het punt in te gaan dat mijn collega, de heer Krul, aanhaalde. Als we nu niet tot zo'n bevoegdheid voor de NZa komen, zou ik

niet helemaal tevreden zijn met hoe de motie-Bushoff/Van den Berg zou zijn afgedaan. Ik wilde nog iets vragen wat misschien ook mee zou kunnen in de brief die de minister op een later moment nog gaat sturen. Uit de jaarrekening van 2022 bleek dat Co-Med in dat jaar 1,2 miljoen euro winst heeft gemaakt. Twee of drie weken geleden werd de jaarrekening van 2023 gepresenteerd en toen hadden ze ook weer ruim 1,9 miljoen euro winst gemaakt. Het wordt uit de jaarrekeningen niet helemaal duidelijk wat er met dat geld gebeurt, laat staan wat er gebeurt met die winst op het moment dat onderdelen van Co-Med failliet worden verklaard. Zou de minister dus in de brief ook mee kunnen nemen wat de opties zijn om in ieder geval te voorkomen dat dat geld wegvloeit uit de zorg, mocht Co-Med onverhoopt failliet gaan?

Minister Dijkstra:

Het hele punt waarom ik dat in de brief geschreven heb, is dat tijdens een onderzoek nog niet bewezen is dat er daadwerkelijk sprake is van onrechtmatig handelen of dat de betreffende zorgaanbieder de kwaliteit niet op orde heeft. Daar is juist precies dat onderzoek voor nodig. Als je er nog geen gegevens over hebt en de onzekerheid erover nog groot is, ondanks alles wat er gemeld is, dan zou zonder een stevige onderbouwing het eigendomsrecht van individuele aanbieders sterk worden beperkt. Ik heb dit ook in de brief geschreven. Je moet het traject heel zorgvuldig aflopen. In dit geval is gebleken dat er van alles niet op orde is en daarom hebben de zorgverzekeraars ook ingegrepen. Maar zolang je daar nog geen tastbaar bewijs voor hebt en je het nog aan het onderzoeken bent, is het heel moeilijk om wel al maatregelen te nemen die ervan uitgaan dat al is vastgesteld dat het niet goed gaat. Dus dat is de achtergrond ervan. Maar ik ben graag bereid om er nog eens verder mijn licht over op te steken en er in de brief op terug te komen. Het kan ook zijn dat ik dan tot precies dezelfde conclusie kom — dat sluit ik niet uit — maar aangezien u daarnaar vraagt, wil er wel achteraan gaan.

De voorzitter:

De laatste interruptie van de heer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik hoop dat in die brief dan ook nog even ingegaan kan worden op de winst en wat daarmee gebeurt.

Ik heb nog een vraag over het aan de NZa geven van de bevoegdheid om een overname weliswaar niet definitief tegen te houden maar wel on hold te zetten wanneer er al een onderzoek loopt. Ik denk dat het fundamentele verschil is dat het in de beantwoording van de minister lijkt alsof zij ervan uitgaat dat de Kamer bedoelt dat die bevoegdheid ervoor moet zorgen dat een overname volledig gestopt wordt. Nee, wat de Kamer beoogt, is dat de NZa de bevoegdheid krijgt om gedurende een onderzoek naar een overnemende partij een overname tijdelijk on hold te zetten. Dan grijp je dus niet direct in op het eigendomsrecht, want wat je doet, is zeggen "misschien mag de overname alsnog doorgaan, maar wacht even op het afronden van het onderzoek door de inspectie." Daarna kan een overname dus alsnog plaatsvinden. Het is dus een tijdelijke stop en geen volledige inbreuk op het eigendomsrecht van zo'n instelling, zou ik zeggen.

Minister Dijkstra:

Zoals ik gezegd heb, kom ik hier graag op terug. Ik vind het een heel logische vraag. Ook gezien de nadruk op de tijdelijkheid zullen we moeten bekijken wat er mogelijk is.

Dit heeft ook allerlei juridische aspecten, dus daar moet ik even meer van weten. Dan kom ik er in die brief op terug.

De voorzitter:

Voordat we naar het pakketbeheer gaan, heb ik nog een punt. Ik had nog gevraagd of het wenselijk en mogelijk is om zorgverzekeraars bij wijze van spreken tijdelijk een huisartsenpraktijk over te laten nemen zodat deze zorgverzekeraars beter kunnen voldoen aan de zorgplicht die zij hebben richting de patiënten van die huisartsenpraktijk.

Minister Dijkstra:

Deze vraag heeft u inderdaad gesteld, maar heel toevallig zag ik dat een zorgverzekeraar al digitale huisartsenzorg aanbiedt, juist vanwege het gebrek aan directe huisartsenzorg soms. Dat kan dus. Dat kan een zorgverzekeraar doen. Dus als mevrouw Tielen zegt dat dat wenselijk is, is dit een mogelijkheid. Volgens mij heeft een aantal jaar geleden een andere verzekeraar dit ook al effectief gedaan.

De voorzitter:

Laten we dan doorgaan naar het mapje pakketbeheer.

Minister Dijkstra:

Ik begin met de vragen van de heer Krul. Hij had het over fysiotherapie en zei dat het Kwaliteitskader Fysiotherapie niet is ondertekend door de fysiotherapeuten die zich verenigd hebben in het KNGF. Ook had hij het over te lage tarieven die de verzekeraars bieden en de hoge eisen die gesteld worden aan de kwaliteit. Wat is er gebeurd met het onderzoek uit 2019? Fysiotherapeuten zijn de toekomst. We hebben het daar al een keer over gehad, bij een mondelinge vraag. Fysiotherapeuten spelen een belangrijke rol in de hele beweging naar passende zorg. Daarom is het kwaliteitskader belangrijk voor het borgen van goede kwaliteit. Ik ben bekend met het kostenonderzoek dat heeft geleid tot een constructieve dialoog met de betrokkenen. Maar het is niet meer aan mij om daaruit nog conclusies te trekken en maatregelen te nemen. Het is aan een volgend kabinet om afwegingen te maken over de inzet van verdergaande instrumenten.

De heer Krul vroeg ook hoe de doorlichting van het basispakket op passende zorg bijdraagt aan de beweging naar passende zorg. Waar staan we eigenlijk? Welke toetsen zijn er gedaan? Ik heb al aangegeven dat dit belangrijk is. Beschikbare mensen en middelen moeten we passend inzetten. Ook moeten we alleen zorg vergoeden die werkt en duurzaam is, nu en in de toekomst. Daarvoor hebben we natuurlijk het pakketbeheer, met als doel dat patiënten en cliënten alleen nog effectieve zorg krijgen. Immers, baat het niet, dan schaadt het vaak wél, dat is nou eenmaal zo in de zorg, dus daar moet je voor uitkijken. Met het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket zetten we daar vol op in. We verbeteren de pakketcriteria waaraan zorg wordt getoetst en dit verankeren we in wetten en regelgeving, zo is de bedoeling. We spreken alle partijen aan op hun rol in het pakketbeheer, met als doel om vaker te beoordelen of de geleverde zorg effectief is. Ook faciliteren we extra onderzoek om de effectiviteit vaker en beter te kunnen toetsen.

Dan vroeg de heer ...

De voorzitter:

Voordat u daartoe overgaat, heeft meneer Krul nog wel een vraag.

De heer **Krul** (CDA):

Ik ben een beetje in de war. Is het onderwerp fysio al afgerond? Want we hebben het nu weer over het algemeen pakketbeheer passende zorg. Hebben we het blokje fysiotherapie dan al helemaal gehad?

Minister **Dijkstra**:

Ik check even, voorzitter. Nee, ik heb nog meer over fysiotherapie. Dat zal ik inderdaad eerst behandelen. Het lag een beetje door elkaar.

De heer Krul heeft inderdaad gevraagd of ik kan kijken naar de brede baten-en-kosteneffectiviteit. Is die te berekenen voor het includeren in de Zorgverzekeringswet? Het antwoord is helaas dat ik dit nu niet kan berekenen. Maar voor het traject naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapeutische zorg, het PAFOZ-traject, brengt het Zorginstituut naar verwachting eind dit jaar een eindadvies uit. Dat behelst ook een budget-impactanalyse en een maatschappelijke-impactanalyse van meer fysio- en oefentherapie in het basispakket. In die analyses worden zowel de kosten als de baten voor de patiënt en voor de maatschappij betrokken. Maar op dit moment kan ik er dus nog geen duidelijkheid over geven.

Dan vroeg de heer Krul waarom de Kamer eigenlijk niks heeft gehoord over het niet opvolgen van het advies van het Zorginstituut over het vergoeden van de eerste twintig behandelingen fysio- en oefentherapie voor aandoeningen op de chronische lijst. Ik heb op 8 april per brief laten weten dat het advies van het Zorginstituut betrokken wordt bij de besluitvorming over wijzigingen van de basiszorgverzekering per 2025. Op 24 mei heb ik u geïnformeerd over het pakket voor het volgende jaar. Daarin zijn de eerste twintig behandelingen niet opgenomen, omdat daarvoor geen financiële dekking is gevonden. Dat had misschien wel even wat nader benadrukt mogen worden in de pakketbrief. Het stond er wel in, maar je moest het zien. Het advies van het Zorginstituut blijft staan, en het is aan een volgend kabinet om hier verder over te besluiten. Om het even toe te lichten: de budgetimpact van de vergoeding van de eerste twintig behandelingen wordt door het Zorginstituut geschat op tussen de 95 miljoen euro en de 119 miljoen euro per 2025. Dat loopt dan vanaf 2027 op met tussen de 137 miljoen en 182 miljoen per jaar. Daar hebben wij geen dekking voor kunnen vinden. Als het volgende kabinet dat wel kan, hoop ik voor u dat het ook wordt geëffectueerd.

Dan kom ik nu wel op de passende zorg.

De **voorzitter**:

Maar dan gaat de heer Krul eerst nog een vraag stellen.

De heer **Krul** (CDA):

Ik heb twee vragen. Eerst even terug naar het kostenonderzoek. In 2020 zijn de resultaten van het kostenonderzoek naar de paramedische zorg gepresenteerd. De minister zegt dat vier jaar daarna de opbrengst is dat er een constructieve dialoog gestart is. Dat vind ik eigenlijk een beetje teleurstellend. Kunnen we niks van wat er uit het kostenonderzoek is aangedragen naar de praktijk herleiden? Of is het echt als volgt: we hebben vier jaar lang goed gesproken, maar er is niks toegepast, en ik hoop dat het nieuwe kabinet weer een stap gaat zetten. Is dat een beetje hoe ik het moet lezen?

Minister Dijkstra:

Dat is wel wat ik gezegd heb, hè. Ik snap heel goed dat dat een lang traject is, omdat we toch elke keer weer moeten kijken hoe we dit goed kunnen inbedden in het pakketbeheer. Ik heb aangegeven dat we de pakketmaatregelen nu bekend hebben gemaakt. Wij zijn ook onderdeel van de financiële verantwoordelijkheid van het kabinet. Daar moeten wij onze bijdrage aan leveren. Daarom moet ik echt verwijzen naar de afwegingen die een volgend kabinet moet maken over verdergaande instrumenten. Zoals u in het debat in de eerste termijn al met elkaar gewisseld hebt, is het natuurlijk heel erg belangrijk dat u daar een rol in speelt.

De voorzitter:

Meneer Krul, in tweede instantie op dit onderwerp.

De heer Krul (CDA):

Dat is voor mij dan een antwoord. Dan heb ik nog een vraag over het advies van het Zorginstituut. Het CDA is zeker niet een partij die steeds meer in het basispakket wil; wij zijn daar van nature best terughoudend in. Maar ik vind dit echt onverstandig. Fysiotherapie levert namelijk ook ontzettend veel op voor mensen die chronisch ziek zijn. Ik vind het eigenlijk echt onbegrijpelijk dat het niet gelukt is om voor chronisch zieken de eerste twintig behandelingen in het pakket op te nemen. Als de minister zegt "we hebben er alles aan gedaan, maar de afweging was dat het echt niet paste", dan ben ik wel benieuwd of ze daar iets meer over kan vertellen. Want er zijn ook dingen wel opgenomen in het pakket, om het zo maar even te stellen. Ik ben echt zoekende naar hoe we er toch nog iets aan kunnen doen, want het lijkt ons echt heel onverstandig om het niet te doen. Zou de minister er iets meer over kunnen vertellen? Hoe was die afweging? Misschien kan de Kamer dan ook nog corrigeren.

Minister Dijkstra:

Het gaat natuurlijk ook altijd over de adviezen van het Zorginstituut. Het advies van het Zorginstituut is hierbij geweest: neem het wel op. Maar het heeft daarbij ook aangegeven hoe groot de financiële ruimte zou moeten zijn. Er worden altijd afwegingen gemaakt. Bij dit pakketbeheer hebben we een aantal maatregelen genomen en hebben we juist zaken opgenomen die over fysiotherapeutische behandelingen gaan. Die waren uit het pakket gehaald, maar die brengen wij terug. Dan moet je inderdaad afwegen wat je wel en niet kunt doen. Uiteindelijk is de keuze hierop gevallen, omdat je fysiotherapie natuurlijk voor een deel in een aanvullend pakket kunt regelen, maar dat is niet de hoofdreden om dit nu niet op te nemen, want we weten ook wat de kosten zijn voor chronische zorgpatiënten. De precieze afweging die we hebben gemaakt, kan ik zo niet heel snel reproduceren. Daar wil ik nog wel even naar kijken. Misschien kan ik er in de tweede termijn nog wel iets over zeggen.

De voorzitter:

Meneer Krul, in derde en laatste instantie op dit onderwerp.

De heer Krul (CDA):

Is het mijn laatste al, voorzitter?

De voorzitter:

Nee, maar we doen het in drieën, dus op dit onderwerp.

De heer **Krul** (CDA):

Ik begrijp het. Ik zou willen vragen of de minister bereid is om een brief te sturen over het totaalmandje fysiotherapie, dus ook met wat duiding over het gesprek over het kostenonderzoek, want ik wil daar wel wat meer duiding over. Hoe is het gelopen? Hoe staan we ervoor? En wat kunnen we eventueel richting de toekomst doen? Ik begrijp dat de minister dat zelf niet meer gaat doen, maar het zou ons wel helpen als ze daar een brief over kan sturen.

Minister **Dijkstra**:

Dat kan. Ik weet niet precies wanneer die er kan zijn. Dat kan ik niet overzien op dit moment, maar we kunnen daar op een gegeven moment wel wat meer informatie over geven aan de Kamer.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Dijkstra**:

Dat was de fysiotherapie. Dan kom ik op de passende zorg. De heer Krul vroeg hoe de doorlichting van het basispakket op passende zorg bijdraagt aan de beweging naar passende zorg. O, die heb ik al beantwoord. We verbeteren de pakketcriteria waaraan zorg wordt getoetst met het programma Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Daarbij gaat het erom hoe dat wordt afgewogen en verankerd in wet- en regelgeving. We spreken alle partijen aan op hun rol in het pakketbeheer. Dan moet vaker beoordeeld worden of de geleverde zorg effectief is. We faciliteren extra onderzoek om dat vaker en beter te kunnen doen.

De heer Krul vroeg: waarom start het kabinet niet met het verwijderen van niet-effectieve zorg? In beginsel is het natuurlijk aan de partijen om zorg te verwijderen of om die, met een deftig woord, te de-implementeren als die niet effectief blijkt. Dat doen ze ook, onder andere via de implementatieagenda van het programma en het samenwerkingsverband ZE&GG. In het IZA is afgesproken dat de-implementatie binnen één jaar aantoonbaar tot resultaat moet leiden. Dat is een afspraak die ook binnen dat zojuist genoemde programma wordt nagestreefd. Daarnaast zet ik vanuit de overheid in op VVTB. Dat is het verbeteren en het verbreden van het basispakket. Ik heb het Zorginstituut gevraagd meer duidingen te gaan doen. Als blijkt dat de zorg niet effectief is, stroomt die uit het basispakket. Ook in dat geval is het aan de partijen om dat door te voeren in de praktijk.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen heeft een vraag.

De heer **Claassen** (PVV):

Sorry dat ik er even in val. Ik heb het natuurlijk wel gevolgd op afstand. Misschien heb ik er straks nog wat andere vragen over. Ik hoor de minister nu in eerste instantie spreken over passende zorg. Dat doet ook wel wat alarmbellen rinkelen. De speciaal gezant Passende zorg, de heer Kremer, heeft geadviseerd om te komen tot een duidelijke definitie van en criteria voor passende zorg. Volgens mij hebben we die nog niet. Dus ik vind het ook best wel — "gevaarlijk" is misschien wat overdreven — lastig om een heleboel dingen op te hangen aan passende zorg als we daar nog geen duidelijke definitie en criteria voor hebben. Hoe ziet de minister dat?

Minister Dijkstra:

Ik denk dat je kan zeggen dat in het veld over het algemeen heel erg duidelijk is wat passende zorg is. Dat geldt ook wel voor patiënten. Die hebben al eerder in een onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland aangegeven dat ze soms wel heel veel zorg krijgen die eigenlijk helemaal niet effectief en niet passend is. Dat neemt niet weg dat we wel moeten kunnen uitleggen wat passende zorg is. Daar wordt ook aan gewerkt, ook binnen het IZA. Het is heel goed dat de speciaal gezant die daarmee bezig is, heeft aangegeven dat het nog verder moet worden uitgewerkt, maar de principes en normen van passende zorg staan wel in het Kader Passende zorg. Daar is dus wel een formulering voor, maar die is waarschijnlijk nog te weinig concreet om helemaal goed toe te passen. Daar moeten we dus zeker mee verder. Dat is heel belangrijk.

De heer Claassen (PVV):

De minister geeft aan dat daar in het werkveld wel ongeveer een beeld bij is, maar wij spreken ook met het werkveld. Recent hebben we nog met een heleboel disciplines over bepaalde stellingen gesproken. Daarbij viel ook de term "passende zorg". Als je dan aan tien zorgverleners vraagt wat hun definitie van passende zorg is, krijg je acht verschillende antwoorden. Ik ben er niet van overtuigd dat het werkveld daar een goed beeld bij heeft. Dat is niet erg en dat snap ik ook, omdat de minister zelf ook aangeeft dat op papier wel wat staat, maar dat dit niet iets is waar je de boel aan kunt verankeren. Ik maak mij er zorgen over dat we nu een heleboel beleid ophangen aan de term "passende zorg" en dat we die term in een heleboel stukken zien terugkomen, maar dat we daar niet fundamenteel met elkaar een duidelijk beeld bij hebben. Daardoor is het voor de toekomst heel erg lastig om daar beleid op te maken, vind ik. Dat wilde ik toch nog even teruggeven aan de minister.

Minister Dijkstra:

Dat is ook een hele duidelijke boodschap richting mijn opvolgster om daarmee aan de slag te gaan. Ik denk namelijk dat het heel goed is om dat verder uit te werken. Tegelijkertijd is het natuurlijk een breed begrip, omdat dat voor verschillende disciplines anders is. Het is heel moeilijk om daar een eenduidige definitie in één zin van te geven. Ik deel dat het heel belangrijk is dat we allemaal weten waar we het over hebben. Ik merk dat het aan de IZA-tafels, waar ook passende zorg wordt besproken, juist gaat over hoe we dat definiëren en wat dat betekent voor de verschillende disciplines. Ik was vorige week bij een dialoog over passende zorg in de medisch-specialistische zorg. De verschillende disciplines hebben daar ook al debatten over. Dat is goed, want anders kom je ook niet tot een uitkomst. Ik denk dat als je over de medisch-specialistische zorg spreekt, je moet vaststellen dat passende zorg bij de oncologen misschien iets anders is dan bij de MDL-artsen; ik noem maar even wat. Die beweging is dus heel erg gaande. Er werd daar met enthousiasme over dit onderwerp gesproken, omdat iedereen voelt dat dit is waar het om gaat. Niemand wil zorg leveren die overbodig is of niet de juiste zorg op de juiste plek is. Uiteindelijk zijn alle zorgprofessionals erop uit om passende zorg te leveren. Daarin speelt dus ook het onderzoek van het Zorginstituut om te kijken wat effectieve zorg is. Dit speelt daar ook in mee. Ook het Zorginstituut is betrokken bij de dialogen die op dit moment overal plaatsvinden, onder regie van de speciaal gezant passende zorg. Je ziet dat dat een hele belangrijke ontwikkeling is. Ik hoop van harte dat dat doorgaat als het volgende kabinet aantreedt. Ik hoop dat er oog voor is dat dit een ongelofelijk belangrijke ontwikkeling is, willen we in de toekomst houdbare zorg hebben die voor iedereen toegankelijk en van hoge kwaliteit is.

De **voorzitter**:
Gaat u verder.

Minister **Dijkstra**:

De heer Krul vroeg of ik met het Zorginstituut een agenda wil maken om niet-effectieve zorg uit het pakket te halen. Daar zijn we mee bezig, kan ik zeggen tegen de heer Krul. Ik heb het Zorginstituut deze maand de opdracht gegeven om samen met veldpartijen een maatschappelijk agenderingskader te ontwikkelen. Dat is belangrijk, omdat ik wil dat we ons bij pakketbeoordelingen richten op de maatschappelijk meest prangende vraagstukken. Denk aan vraagstukken met grote impact op patiënten, waar veel kosten mee gemoeid zijn of waar grote vraagtekens zijn over de effectiviteit. Dat agenderingskader kan dan door het veld en het Zorginstituut gebruikt worden om die belangrijke onderwerpen te bepalen die getoetst moeten worden op effectiviteit. Dat gebeurt dus al.

Mevrouw Tielen vroeg naar het open pakket, de open instroom. Ze wil meer grip op dit proces en vraagt wat mijn visie daarop is en hoe ik dit ga verbeteren. Ik vind het heel moeilijk om dat toe te zeggen, want ik heb er geen inzicht in. Het past ook niet bij de kenmerken van het open systeem, waarbij nieuwe zorg automatisch het verzekerde pakket instroomt. Automatische instroom betekent dat veranderingen tot stand komen doordat deze voorgeschreven worden in de richtlijn en meegenomen worden in afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er werd gevraagd of er bij de afspraken tussen partijen ook gelobbyd wordt. Dat zou kunnen, maar dat durf ik niet te zeggen. Mevrouw Tielen zei ook: dan krijg je dat degenen met de grootste mond de grootste kans hebben om in te stromen. Dat vind ik ook niet wenselijk. Maar bij afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ga ik er toch heel erg van uit dat als er over richtlijnen wordt gesproken, de feiten, de wetenschap en de bestaande kennis daarin meetellen. Dat is mijn antwoord op de vraag.

De heer Claassen vroeg: gaat het wel de goede kant op als criteria als duurzaamheid mede gaan bepalen of er vergoed wordt en hoever gaat dat in de toekomst? Wat mij betreft gaat het de goede kant op, want we hebben antwoorden nodig voor maatschappelijke opgaven. Duurzaamheid is er daar een van. Ik heb het Zorginstituut gevraagd om te adviseren hoe personeelsinzet en duurzaamheid ingezet kunnen worden in en bij het pakketbeheer. De heer Claassen zei dat dat onwenselijk is. Dat advies volgt later dit jaar. Dan kan het meegenomen worden bij de verdere uitwerking van het verbeteren van de toets op het basispakket. We moeten ons wel realiseren dat deze criteria vooral adviescriteria zijn. Het zijn geen wettelijke vereisten, zoals effectiviteit, maar iets wat meegenomen wordt. Op basis van een pakketadvies van het Zorginstituut kan worden besloten of het wel of niet uit het pakket wordt gehaald. Dat zal mijn opvolgster doen.

Voorzitter. Dan zijn er nog wat overige vragen, maar die gaan eigenlijk ook over het pakket. Er zijn namelijk ook vragen gesteld over mondzorg. Eigenlijk waren het geen vragen; er is meer stelling genomen over mondzorg. Ik kan het ook laten om erop te reageren, hoor. Misschien doe ik het toch maar even. Ik snap de reactie heel goed. Pakketmaatregelen zijn vrij grove maatregelen voor een probleem dat bij een deel van de Nederlanders bestaat. Ongeveer 500.000 Nederlanders mijden de mondzorg om financiële redenen. Pakketmaatregelen zullen niet iedereen bereiken en kennen volumerisico's waardoor de zorgpremie zal stijgen. Het is aan het nieuwe kabinet om

deze maatregel te wegen. Ik heb wel aan het Zorginstituut gevraagd om ook een pakketadvies te geven over mondzorg, zodat het volgende kabinet daar zijn voordeel mee kan doen. Ik heb het dus wel voorbereid, maar ik ga er niet meer over.

Voorzitter, als u mij toestaat. Er is eerder, tijdens het verzamelwetdebat van 21 maart, aan mij gevraagd: hoe zit het met de financiële impact van de opname van kinderbrillen in het basispakket? Dat is een onderwerp van de heer Bushoff. Hoewel hij daar nu niet op teruggekomen is, heb ik me daar wel op voorbereid. Ik wil het toch even kwijt, want ik denk dat het goed is om het te noemen. Ik heb toen gezegd: ik kom terug op de financiële impact daarvan. De zorg moet voldoen aan pakketcriteria, wil die worden opgenomen in het basispakket. Brillenglazen komen op een aantal uitzonderingen na niet voor vergoeding in aanmerking. De gedeeltelijke vergoeding van brillenglazen met een sterkte vanaf -6 voor kinderen tot 18 jaar is een van deze uitzonderingen. Ik vind het belangrijk om voorop te stellen dat een positief advies van het Zorginstituut nodig is voor opname van alle brillenglazen voor kinderen in het basispakket. Dat kan niet alleen maar op basis van een indicatie van de kosten. De zorg wordt dan door het Zorginstituut getoetst aan alle pakketcriteria, dus aan effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid.

Het is ook belangrijk om aan te geven dat het heel ingewikkeld is gebleken om de juiste cijfers te vinden, simpelweg omdat die niet ergens geregistreerd zijn. Maar op basis van CBS-cijfers, zelfrapportages en cijfers uit de GIPdatabank van het Zorginstituut heb ik een grove schatting van de daadwerkelijke kosten. Die deel ik met flinke slagen om de arm met u. De schatting van de kosten voor opname in het basispakket is ergens tussen de 55 miljoen en 182 miljoen structureel. Dan gaat het over de glazen. Het is zonder montuur. Die schatting gaat ervan uit dat met name kinderen ieder jaar een nieuwe bril nodig hebben. Dat is wat ik u kan zeggen. Ik had beloofd om daarop terug te komen. Dat is de financiële impact. Bij dezen.

De voorzitter:

Dan gaan we naar het mapje met de overige vragen en onderwerpen.

Minister Dijkstra:

Ja. Ik ga naar de vraag van de heer Bushoff: wat betekent het als de maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen niet wordt verlengd, en wat kost dat? Die eigen bijdragen worden namelijk tot volgend jaar gemaximeerd op €250, maar voor de periode daarna heeft dit kabinet geen plannen gemaakt. Dit is op zich positief voor de gebruikers van extramurale geneesmiddelen. Voor de jaren daarna is het aan mijn opvolger. Niet verlengen zou betekenen dat 75.000 verzekerden meer dan €250 zouden betalen. In totaal zou elk extra jaar maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen op macroniveau jaarlijks ruim 50 miljoen euro bedragen. Uiteraard is dit bedrag berekend op basis van de huidige cijfers. Dit bedrag komt dan uiteraard boven op de eigen bijdrage van €250 per patiënt. Het meerdere kan in individuele gevallen beperkt blijven tot enkele euro's, maar het kan ook oplopen tot enkele honderden euro's per kalenderjaar. Er zitten ook uitschieters bij naar duizenden euro's per jaar. Het huidige demissionaire kabinet heeft juist voor de maximering gekozen om dit soort enorme uitgaven voor patiënten te voorkomen.

De heer Dijk vroeg: wanneer komt de minister met een reactie op het rapport van de RVS? De vorige minister van VWS heeft in oktober 2023 al aan uw Kamer laten weten

dat hij de reactie op het RVS-advies gezien de demissionaire status van het kabinet overlaat aan een volgend kabinet. Daar kan ik mij alleen maar bij aansluiten. Ja, in oktober waren we al demissionair. Het is niet te geloven, maar het is zo.

De heer Bushoff vroeg hoe ik aankijk tegen de route via de gemeente om mondzorgmijding te verminderen. De heer Bushoff wijst op de verschillen die je dan kan krijgen per gemeente. Hij vraagt ook hoe het zit met compensatie voor gemeenten. In het eindverslag dat uw Kamer heeft ontvangen, staat beschreven dat het wenselijk is om juist tot landelijke maatregelen te komen, bijvoorbeeld een landelijke financiële regeling, hernieuwde aandacht voor mondgezondheid in de publieke gezondheid en aandacht voor de spreiding van capaciteit en opleidingen. De route via gemeenten kan natuurlijk voor de korte termijn wel bijdragen aan het verminderen van het probleem, bijvoorbeeld door de inzet van de gemeentepolis en het opzetten van compassienetwerken. Er loopt overigens hiervoor een pilot bij veertien gemeenten. Bij die pilot is ook Dokters van de Wereld betrokken. Er wordt dus aan gewerkt. Er wordt naar gekeken, maar uiteindelijk is het wenselijk om het landelijk te regelen.

De heer Claassen vroeg mij: hoeveel geld zetten verzekeraars komend jaar in voor hun reclames, en kan de minister de Tweede Kamer daarover informeren met een brief? Dat wordt best lastig, want hoeveel ze gaan inzetten is nog niet bekend. We weten wel dat in het afgelopen jaar, 2023 — ik heb daar informatie over van 85% van de sector — verzekeraars minder dan €2 per premiebetaler uitgegeven hebben aan reclamekosten. Dat is ongeveer 0,05% van de gemiddelde zorgkosten per premiebetaler. Meer informatie kan ik u niet geven, dus ik weet niet of u dan nog steeds behoefte heeft om dit in een brief vastgelegd te zien. Dit is wat ik u kan noemen.

De heer **Claassen** (PVV):

Als de minister even het rekenmachientje erbij wil gaan pakken en dat dan optelt, vermenigvuldigt, deelt en aftrekt zodat er een bedrag staat, dan mag dat in een brief.

De **voorzitter**:

Wat is uw vraag, meneer Claassen?

De heer **Claassen** (PVV):

Het is een antwoord op de vraag van de minister, voorzitter. Die vroeg of ik dat in een brief wilde en dan zeg ik: ja, want nu moet ik zelf gaan rekenen en daar was ik altijd al heel erg slecht in. Ik wil dat dus graag uitbesteden aan de minister.

Minister **Dijkstra**:

U weet dat ik fantastisch goed ben in rekenen, voorzitter. Het is inderdaad ook een kwestie van het zakrekenmachientje erbij halen. Maar als de heer Claassen zichzelf daar niet toe in staat acht, dan kunnen wij dat in een heel kort briefje laten weten, lijkt me. Ik geef hier echter in feite al aan hoeveel het per premiebetaler is en hoeveel procent van de gemiddelde zorgkosten per premiebetaler het is. Maar we willen best even de optelsom maken en aangeven wat dan het totaal is. Ik weet nog niet wanneer we voor deze ingewikkelde opdracht in de gelegenheid zijn.

De **voorzitter**:

Goed. Had u nog meer vragen, minister?

Minister Dijkstra:

De heer Claassen heeft ook een vraag gesteld over de beoordeling van de borstreconstructiefoto's door verzekeraars. Mevrouw Agema heeft in '21 al een motie ingediend over dat die nog steeds visueel beoordeeld worden door zorgverzekeraars en dat dat eigenlijk aan de medisch specialist is en niet aan de zorgverzekeraars. Allereerst heeft de behandelend arts daar natuurlijk een grote rol. Als ik lees dat de visuele beoordeling plaatsvindt door zorgverzekeraars, vind ik dat we daar toch wat preciezer over moeten zijn. In dienst van zorgverzekeraars zijn medische adviseurs. Die zijn BIG-geregistreerd en die vallen ook onder het medische beroepsgeheim. Dat wil ik allereerst zeggen. De zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om te controleren of er sprake is van verzekerde zorg of onverzekerde zorg. Het gaat dus niet zozeer om een beoordeling van de foto. Het gaat erom dat een groot deel van de plastische chirurgie niet onder het verzekerde pakket valt. Dat is het Besluit zorgverzekering. Daarom werken de verzekeraars met dat machtigingsbeleid. Uit de wettelijke omschrijving van het begrip "verminking" volgt dat een visuele beoordeling nodig is om inderdaad te beoordelen of sprake is van verzekerde zorg of onverzekerde zorg. Op dit moment zijn de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders, natuurlijk ook naar aanleiding van de discussie die in de media is gevoerd en waar we het in de Kamer met elkaar over hebben gehad tijdens een mondeling vragenuur, met elkaar in gesprek om te kijken of dat proces nog anders kan worden ingericht. Het Zorginstituut is daar ook bij betrokken.

Dat is mijn antwoord op die vraag. Er wordt gezegd: de zorgverzekeraar gaat beoordelen. Nee, de zorgverzekeraar gaat niet beoordelen. Dat doet de medisch adviseur, die een beroepsgeheim heeft. Daaruit volgt dus ook dat daar verder geen informatie over wordt gedeeld met wie dan ook.

De heer Claassen (PVV):

Twee dingen. Ten eerste heeft het te maken met toch iets van vertrouwen. Als een behandelaar weet wat de richtlijnen zijn, moet je ook erop kunnen vertrouwen dat klopt wat de behandelaar aangeeft. Mocht dat uiteindelijk een keer niet kloppen, dan moet er een goed gesprek gevoerd worden. Maar het gaat eigenlijk veel dieper. Het gaat erom dat er in bepaalde gevallen — dat zijn er geen honderden — aan een mens, in dit geval een vrouw, want vrouwen hebben borsten, wordt gevraagd om foto's te maken. Ik probeer me daarin te verplaatsen. Als je in zo'n situatie verkeert en je wordt toch weer opnieuw gevraagd om een foto te maken die opgestuurd moet worden ... Ik weet ook wel dat er niet een of andere pennenlicker van de zorgverzekeraar naar gaat zitten kijken en dat het ook wel iemand is met een medische achtergrond; dat snap ik allemaal wel. Maar het gaat erom dat iemand ermee geconfronteerd wordt. Dat vind ik het allerbelangrijkste. Dat zou niet moeten. We hadden volgens mij ook met elkaar afgesproken dat dit zo zou zijn. Ten tweede gaat het ook over vertrouwen. Vertrouwen is in een heleboel andere situaties een dingetje, waardoor we met een heleboel procedures worden opgezaagd binnen de zorg. Ik zou daar toch nog een korte reactie van de minister op willen.

Minister Dijkstra:

Ik ben het helemaal eens met de heer Claassen dat het heel erg belastend is voor een vrouw die in deze situatie verkeert. Toch kan ik me voorstellen dat er momenten zijn waarop dat toch nog een keer moet worden gecontroleerd. Maar ik vind het ook heel erg goed dat de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars in samenspraak met het Zorginstituut ernaar kijken in hoeverre je die belasting voor vrouwen kunt verminderen.

Op zich is het zo dat de arts voor en na de behandeling foto's heeft gemaakt. Dan kan een van die foto's worden voorgelegd aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en hoeft de vrouw niet zelf opnieuw foto's te maken. Ik kan me er wel in verplaatsen. De heer Claassen zegt het heel moeilijk te vinden om zich erin te verplaatsen, maar ik kan me er heel goed in verplaatsen en ik kan me ook heel erg goed verplaatsen in de belasting die het zou zijn als de foto's zijn opgestuurd en de zorgverzekeraar opnieuw zou vragen "nou, ik moet toch nog een andere foto hebben". Ik denk dat het heel belangrijk is dat dit zo veel mogelijk voorkomen wordt. Eigenlijk zou ik dat helemaal willen voorkomen. Dat maakt dat de behandelend arts extra zorgvuldig moet zijn met het maken van de foto's die hij of zij zelf voor en na de reconstructie heeft gemaakt of op het moment dat een vrouw terugkomt en zegt: "Deze reconstructie is helemaal misgelopen. Ik ben verminkt. Wil je me heropereren?" Het kan ook zijn dat die vrouw bij een andere plastisch chirurg terecht komt. Dan moeten er sowieso foto's gemaakt worden. Ik zou er enorm voor willen pleiten dat die foto gebruikt wordt. Volgens mij is dat ook het geval. Als er vrouwen zijn met andere ervaringen, dan is dat niet goed gegaan, maar ik heb begrepen dat dit om incidenten gaat en dat dit niet structureel is. Dat is het enige wat ik daarover kan zeggen.

De voorzitter:
Gaat u verder.

Minister Dijkstra:

Voorzitter. Ik begin een beetje door mijn vragen heen te raken. De heer Krul vroeg naar overnames als er een onderzoek is naar een zorgaanbieder. Die hebben we al behandeld. We hebben dit net gedeeld in het relaas over Co-Med.

Ik zie dat ik hier nog een vraag van mevrouw Tielen heb. Ik weet niet of die over Co-Med gaat, maar mevrouw Tielen heeft mij gevraagd hoe ik de rol van verzekeraars zie om tijdelijk een grote rol te spelen voor het waarborgen van de continuïteit van zorg. Nee, dat was de vraag die ik niet had behandeld bij Co-Med. Maar daar heb ik een antwoord op gegeven.

Mevrouw Tielen vroeg ook naar mijn acties om de afstemming rondom wachtlijstbemiddeling te laten verbeteren en hoe ik kijk naar het opnemen van bestuurlijke boetes bij het niet naleven van de zorgplicht. Ik heb voor een deel al aangegeven dat in het IZA zorgverzekeraars en -aanbieders heel nauw samenwerken om de kwaliteit, actualiteit en transparantie van data over wachttijden te verbeteren. Ze hebben afgesproken dat ze werken aan een betere informatievoorziening richting patiënten over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, via zowel de aanbieders als de verzekeraars. Als het gaat over de bestuurlijke boete, is de NZa bevoegd om een bestuurlijke boete op te leggen bij overtreding van onder meer verscheidene normen omtrent de naleving van de Zorgverzekeringswet. Voor de zorgplicht bestaat geen bevoegdheid om een bestuurlijke boete op te leggen omdat de zorgplicht een open norm is, waardoor het opleggen van een bestuurlijke boete geen passend instrument is. Maar de NZa concretiseert bij door haar geconstateerde tekortkomingen in de zorgplicht de te nemen maatregel in een aanwijzing aan de zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar niet tijdig aan die aanwijzing voldoet, dan kan de NZa een last onder bestuursdwang dan wel een last onder dwangsom opleggen dan wel dit ter openbare kennis brengen. De uitvoering van het toezicht van de NZa op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars maakt onderdeel uit van de afstemming

die ik met de NZa heb. Daar valt ook onder het evalueren of het instrumentarium ter handhaving van de zorgplicht voldoende is. Dan wijs ik er ook even op dat als het gaat om sommige aanbieders, ook in de eerstelijnszorg, de NZa en de IGJ inderdaad eerder een rapport hebben gemaakt waarin ze al aangaven dat ze soms vinden dat ze niet voldoende handvatten hebben om te handhaven. Met elkaar kijken zij nu hoe dat kan worden verbeterd en wel mogelijk gemaakt kan worden. Daar zullen waarschijnlijk ook wettelijke wijzigingen voor nodig zijn.

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Ik zie het, maar er is nog een vraag van meneer Krul.

De heer Krul (CDA):

Nog een algemene vraag. De minister heeft best vaak in het debat gezegd: demissionaire status. Dat klopt. Sterker nog, het duurt nog maar heel even. Maar specifiek omtrent het pakket geldt dat er voor 1 juli wel wat moet liggen. Ik ben een beetje zoekende of de minister bereid is om te kijken naar voorstellen vanuit de Kamer, mochten die volgende week gedaan worden in een plenair debat. Met andere woorden, is de minister nog wel bereid om missionair op te treden op het moment dat wij met voorstellen komen? Het moet nu eenmaal voor 1 juli. We kunnen niet wachten op het volgende kabinet.

Minister Dijkstra:

Dat snap ik. Ik wil daar graag naar kijken, maar dan moet er wel dekking zijn. Met ongedekte moties voor wijzigingen in het pakket kan ik niks — laat ik het zo maar formuleren. Anders kijken we ernaar en hebben we het erover.

De voorzitter:

Goed. Dat betekent dat we aan het einde zijn gekomen van de eerste termijn. We gaan gezwind door met de tweede termijn. Ik geef de heer Dijk het woord.

De heer Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik zal het kort houden dit keer. De discussie over Co-Med, waar we natuurlijk mee begonnen en waar ook uitgebreid op is geantwoord door de minister, heeft überhaupt te maken met de staat van de huisartsenzorg in Nederland an sich. Die maakt het mogelijk dat dit soort "prijsvechters", om ze gekscherend zo te noemen, zich in deze markt prijzen. Volgens mij moet er meer gebeuren, maar dat is ook aan een volgend kabinet. Ik denk dat het goed is dat ook de Kamer met ideeën komt. Wij hebben daar in ieder geval zelf als partij ook plannen voor.

In mijn eerste termijn heb ik het gehad over mondzorg en over chronisch zieken die de dupe te dreigen te worden. Ik heb andere partijen gehoord over het vereenvoudigen van het stelsel. Ik heb vragen van de PVV gehoord over stoppen met reclames en over de kosten van het overstapcircus. Ik heb het CDA gehoord over het toevoegen van bepaalde vormen van fysiotherapie aan het pakket. Volgens mij zijn dit allemaal ideeën waar wij voorstellen voor kunnen doen. De minister zei net heel terecht dat het kan zolang er nog een dekking bij geleverd wordt. Dus dat zullen we ook gaan doen. Daarom vraag ik ook een tweeminutendebat hiervoor aan.

De **voorzitter**:

Dan begrijp ik dat u dat volgende week wilt houden, voor 1 juli. Ik ga u vragen om dat dinsdag bij de regeling te doen. Dat moet u dan zelf eventjes doen. Dat is inclusief stemmingen.

De heer **Dijk** (SP):

Dat is goed.

De **voorzitter**:

Oké. Meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Op het punt van Co-Med en de opkomst van commerciële partijen en private-equitypartijen die hun intrede doen in onze publieke voorzieningen hebben we de nodige gedachtes gewisseld. Het stemt mij best positief dat een grote meerderheid in deze Kamer en ook in dit debat toch zegt: we vinden de praktijken die we hier zien eigenlijk totaal ontoelaatbaar, dus laten we met voorstellen komen die het voor dit soort partijen alleen maar moeilijker maken om zich in onze publieke voorzieningen te begeven. En waarom vind ik dat positief? Omdat dit soort partijen zelf aangeven dat hoe moeilijker we het voor ze maken, hoe minder aantrekkelijk het voor ze wordt en hoe minder ze zich ook in die publieke voorzieningen begeven. Ik denk dat het een heel goede ontwikkeling is als we die weg verder bewandelen. We komen dus ook zelf met een aantal voorstellen daarop, zoals ik al eerder zei.

Ik vind het wel prettig als de minister de brief die ze heeft toegezegd nog aan de Kamer stuurt en daarin ingaat op het creëren van de bevoegdheid voor de NZa om tijdelijk een overname, met nadruk op "tijdelijk", in ieder geval on hold te kunnen zetten. Ik denk dat het ook prettig is als de minister in die brief even ingaat op de vraag die ik stelde — die is nog blijven liggen — over de winst die gemaakt is door Co-Med: 1,2 miljoen in 2022 en ruim 1,9 miljoen, bijna 2 miljoen euro, in 2023. Wat gebeurt er met dat geld? Dat werd mij niet helemaal duidelijk uit de jaarrekeningen die ik heb opgevraagd en bekeken. Ik denk vooral dat het onduidelijk is wat er met dat geld gebeurt als onderdelen van Co-Med failliet worden verklaard of Co-Med als geheel failliet wordt verklaard. Wat gebeurt er dan met dat geld, met die winst die in het verleden is gemaakt? Fijn als de minister ook daar nog op in kan gaan in die brief.

Voorzitter. Verder dank ik de minister voor de antwoorden op vragen die ik dit keer niet heb gesteld, maar eerder wel over het vergoeden van brillen voor kinderen. Ik ben ook erg blij met de volledige informatie over die maximale vergoeding bij geneesmiddelen en de maximering die afloopt. Ik denk dat dat heel prettige informatie was voor ons als Kamer en dat die ons noodzaakt om daar iets mee te gaan doen, zodat mensen niet onnodig op enorm hoge kosten worden gejaagd.

Ik sluit af door nog mijn dank uit te spreken aan deze minister voor haar inzet van de afgelopen tijd. Ik deed het al eerder plenair, dus ik doe het dit keer heel kort. Ik denk dat dit keer echt de laatste keer is ... O, nee. We hebben nog een tweeminutendebat.

De heer **Dijk** (SP):

Ik snap niet wat je aan het doen bent. Dat moet je echt de laatste keer doen, hè.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Ik doe het gewoon drie keer.

De **voorzitter**:
Goed. We gaan naar de tweede termijn van mevrouw Jansen. Die ziet daarvan af. Dan de heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):
Dan moet ik eerst vragen aan mevrouw Jansen of ik haar notitie heel even mag gebruiken. Van het rekensommetje.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):
Ja. Even heel snel.

De **voorzitter**:
Uw tijd is ingegaan, meneer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):
Dat maakt niet uit. Ik ben zo klaar. Ik ga voor de rest niet zo heel veel doen. Er zit naast mij een rekenwonder. Het kan helemaal mis zijn, maar als je heel basaal zegt dat alle Nederlanders van 18 jaar en ouder premie betalen en daar dan de percentages op loslaat, komen wij uit, kom ik uit — zal ik "ik" zeggen? — op bijna 30 miljoen euro.

De **voorzitter**:
Bedankt, meneer Claassen. Meneer Krul.

De heer **Krul** (CDA):
Daar zou ik me nou nooit aan branden, maar goed. Nee, hoor. Ik ga niet reageren op wat de heer Claassen buiten de microfoon zegt. Ik heb twee punten aangesneden in de eerste termijn: passende zorg en fysiotherapie. Ik dank de minister voor de heldere beantwoording, hoewel die niet helemaal naar tevredenheid is. Dat is het gelukkig zelden, zeg ik maar. Er is altijd nog genoeg werk te doen.

Ik heb nog één ding. Het is een beetje flauw en ongebruikelijk, maar ik ga het toch doen. Ik hoef er ook nu geen antwoord op. Ik ga een nieuw onderwerp aansnijden, heel kort, waar ik gewoon geen tijd voor had. Ik vraag de minister of ze misschien later een brief kan sturen om hierop te reflecteren. Dat onderwerp is migraine. Dat wilde ik heel graag een keer behandelen, maar dat is niet gelukt. Er heeft een brief gestaan in het AD van de patiëntenvereniging Hoofdpijnnet. Die hebben een oproep gedaan om eens wat vrijer te kijken naar de mogelijkheden om migraine te bestrijden. Het is gewoon een heftige hersenziekte. Je moet nu acht migrainedagen per maand hebben en vijftien dagen hoofdpijn om in aanmerking te komen voor remmers. Zij hebben een oproep gedaan om daar vier dagen van te maken. Ik ben benieuwd of de minister op die brief kan reageren. Dat kan ook later, dat kan ook schriftelijk, maar ik wil dat er toch nog even bij voegen.

Ik dank de minister voor de heldere beantwoording en voor het goede debat.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Ik zie zelf af van mijn tweede termijn. Ik kijk even naar de minister om te zien hoe veel tijd ze nodig heeft voor haar tweede termijn. Er zijn niet heel veel vragen

gesteld volgens mij, nieuwe in ieder geval.

Minister Dijkstra:

Voorzitter, ik ga proberen om daarop terug te komen.

De voorzitter:

Harstikke goed.

Minister Dijkstra:

Dat wil zeggen, voor zover ik ze goed genoteerd heb. We hebben het even gehad over het tijdelijk on hold zetten van fusies of overnames als er een onderzoek loopt. Daar ga ik graag op in in mijn brief over Co-Med. Die komt eind volgende week, denk ik. Ik heb ook gezegd dat als er eerder iets te melden valt, ik uw Kamer eerder zal informeren.

De heer Dijk heeft vastgesteld dat er heel veel onderwerpen langs zijn gekomen waar de Kamer mee verder kan. Het is ook wel jammer, hoor, als je je laatste debat als demissionair minister hebt en steeds moet verwijzen naar een volgend kabinet. Zo werkt het nou eenmaal, maar dat maakt het debat natuurlijk iets minder spannend. Dat is nou eenmaal zo.

Ik wil graag nog even terugkomen op ... O, ja. Meneer Claassen heeft iemand het laten uitrekenen, ik geloof mevrouw Jansen. Wij hebben hier ook even snel de rekenmachine gehanteerd en wij komen op 25,8 miljoen. Nog niet alle data hierover zijn bekend, hè. Wat wij weten, is gebaseerd op 85%. Ik vind het wel belangrijk om even te zeggen dat dit de totale reclamekosten zijn van alle verzekeraars per jaar. Dat is dus van allemaal. Althans, van 85% weten we het. De kosten waar u naar vraagt, vallen onder bedrijfskosten. Die komen dus niet uit de premies. Dat wil ik toch maar even gezegd hebben.

Meneer Krul vroeg naar fysiotherapie. Het Zorginstituut adviseert eind dit jaar over de fysiotherapie. Dan wordt uw Kamer uitgebreid verder geïnformeerd. Dat vindt u al heel traag, maar het wordt nog trager. Daarbij wordt u ook geïnformeerd over het kostenonderzoek. Dat wordt erbij betrokken. Mooier kan ik het niet maken.

Heb ik nu nog wat laten liggen? Nee? Oké.

Voorzitter, als ik toch nog even mag. Zo'n tweeminutendebat moet, zeker als het straks vlak voor het zomerreces is, natuurlijk kort zijn. Ik wil heel graag even de gelegenheid nemen kort iets te zeggen. Kort, want ik heb ook maar kort deze functie bekleed: vijf maanden. Ik heb me samen met uw commissie beziggehouden met een aantal uitdagende en mooie onderwerpen. Waar ik mee begin is geen mooi onderwerp, namelijk het geneesmiddelentekort. Dat is een complex probleem, waar we vorige week nog met elkaar over gesproken hebben. Jammer genoeg zijn daar geen magic bullets, maar ik heb wel gezegd dat ik echt wil dat we dat heel erg voortvarend aanpakken voor zover dat in onze macht ligt. Dan postcovid, waar ik voor al de patiënten blij ben dat we stappen aan het zetten zijn, zowel op het gebied van onderzoek als op het gebied van behandelingen. Ik heb er zelf kennis van mogen nemen in het Erasmus MC hoe voortvarend dat gaat. Het is echt bijzonder met hoeveel passie daaraan gewerkt wordt. Voor mijzelf: het wietexperiment. Daar heb ik met deze commissie niet zozeer over gesproken, maar ik heb van dichtbij gezien hoe ondernemers, bestuurders en

toezichthouders zich hard maken om dat experiment tot een succes te maken. Daarnaast het onderzoek naar en de zorg voor vrouwspecifieke aandoeningen. Want feit is dat de zorg voor mannen en zorg voor vrouwen niet dezelfde is, niet van gelijke kwaliteit is, en dat is wat mij betreft ontoelaatbaar. Het gaat ons allemaal aan, ook de mannen, niet alleen de vrouwen.

Voorzitter. Om echt even af te ronden, wil ik graag kort nog even mijn dank uitspreken aan deze commissie, ook aan de leden die er niet zijn. Ik heb het echt heel prettig gevonden om met u in debat te zijn. Soms hebben we vaak over hetzelfde onderwerp gesproken, maar altijd op basis van de inhoud. Ik vind het echt heel mooi om te zien dat dat nog steeds kan in deze Kamer. Ten tweede wil ik alle ondersteuning hier in dit huis graag danken, van de commissiezaalen tot de plenaire zaal. Ook de restaurantmedewerkers — misschien kan iemand dat overbrengen — wil ik hartelijk danken voor hun stille maar toch onmisbare werk.

Tot slot een groot woord van dank richting mijn ambtenaren. Deze twee zijn in beeld, de rest zit elders hier en op het ministerie. Ik vind dat wij echt heel dankbaar mogen zijn in dit land met zulke goede inhoudelijke ambtenaren, de mensen die we hebben werken bij de rijksoverheid. Jullie hebben mij altijd voorzien van scherp gevraagd en ongevraagd ambtelijk advies over wat wel en niet mogelijk is. Ik heb — dat mag ik hier misschien ook wel zeggen — ook steeds gezegd: kijken jullie alsjeblieft naar wat ik wel kan in plaats van naar wat ik niet kan; misschien is dat soms wel meer dan we denken. Jullie hebben mij erdoorheen geslept en ik wil jullie hartelijk danken.

Ten slotte noem ik mijn onmisbare PA, Youri Rijkhoff. Ik weet niet waar hij is. Hij verbergt nu zijn gezicht. Zonder hem had ik deze vijf maanden niet goed kunnen doorkomen. Hartelijk dank, Youri.

Tot zover, voorzitter. Dank u wel voor de gelegenheid om dit even te zeggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik ga een aantal toezeggingen oplezen om zeker te weten dat we dezelfde verwachting hebben.

- De minister informeert de Kamer uiterlijk aan het einde van volgende week over de laatste stand van zaken rondom Co-Med en het borgen van de continuïteit van de huisartsenzorg in relatie daarmee. In deze brief zal ze ook ingaan op de vragen die door de leden zijn gesteld over het creëren van een bevoegdheid voor de NZa om overnames te verbieden gedurende een onderzoek naar een overnemende partij, en over wat er kan gebeuren met de winst van Co-Med, of in ieder geval met het geld waarover gesproken is.
- De minister zegt toe de Kamer eind dit jaar een brief te sturen waarin zij nader ingaat op de vragen die de heer Krul heeft gesteld over fysiotherapie.
- De derde toezegging is dat de minister de Kamer een reactie stuurt op de brief met betrekking tot migraine. Alleen, daarvoor heb ik nog geen termijn gehoord.

Minister Dijkstra:

Ik vind het moeilijk om een termijn aan te geven, omdat het een heel nieuw onderwerp is, waar wij ook in voorbereiding op dit debat nog niet naar hebben kunnen kijken.

De **voorzitter**:

Ergens in de komende maanden.

De heer **Krul** (CDA):

Ik zou ook bij een procedurevergadering om een kabinetsreactie kunnen vragen. Ik deed het hier, maar meer is het niet.

Minister **Dijkstra**:

Oké, dan wachten we dat even af. Dank.

De **voorzitter**:

Daarnaast verwachten we meneer Dijk zoals elke dinsdag achter het spreekgestoelte voor een regeling, in dit geval volgens mij met steun van meerdere leden, om nog komende week een tweeminutendebat Zorgverzekeringsstelsel en de daarbij behorende stemmingen te organiseren.

We spreken en zien de minister inderdaad volgende week nog, maar dan zit ik er weer gewoon als woordvoerder bij. Nu misbruik toch even mijn positie als waarnemend voorzitter van de commissie. Ik denk namelijk dat we heel veel van wat de minister gezegd heeft, kunnen spiegelen. Het was kort maar krachtig, moet ik zeggen. Ik had de indruk dat u er veel plezier aan beleefde. Dat komt het debat altijd ten goede. Dat komt natuurlijk deels doordat u hier niet onbekend was, doordat u weet hoe de Kamer werkt en doordat u begrijpt hoe de politiek hier z'n ding kan doen, gebaseerd op de inhoud maar ook met alle verschillende gezichtspunten. Ik denk dat ik namens de commissie kan spreken als ik zeg dat wij daar ook plezier aan hebben beleefd. We hebben lang niet allemaal kunnen bereiken wat we graag met u wilden bereiken, maar we kwamen wel altijd tot een goed debat met in ieder geval uitkomsten. Ik denk dat het waardig en gelijkwaardig was, op de manier waarop het overal zou moeten. Dus ook namens de vaste Kamercommissie voor VWS hartelijk dank voor de tijd die u met ons heeft willen besteden aan het verder verbeteren van de gezondheidszorg in Nederland. Ik hoop dat u er ook met plezier op terugkijkt. Als ik zo naar u luister, is dat wel zo. Wij doen dat ook. Ik wens u alle goeds. Maar eerst: tot volgende week!

Sluiting 15.39 uur.