

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan het kabinet houdende de hoofdlijnen van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket.¹

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1174.

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

II. Reactie van het kabinet

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van het kabinet met daarin de visie van het kabinet over een verbeterde en verbrede toets op het basispakket binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Zij herkennen de visie en ambities zoals beschreven, en waarderen de toevoeging van een aantal casusbeschrijvingen uit de praktijk, maar hebben veel vragen over hoe de visie in de praktijk uitwerking moet gaan krijgen.

Allereerst is het doel voor genoemde leden nog wat vaag. In de brief staat deze beschreven als «in de volle breedte van het pakketbeheer bij te dragen aan passende zorg». Deze leden zien graag een wat concretere beschrijving van wat de verbeterde en verbrede toets moet hebben opgeleverd over bijvoorbeeld drie of vijf jaar. Wat is er dan veranderd door deze aanpak? Deze leden vinden een dergelijke concretisering van belang om te kunnen blijven beoordelen of criteria, aanpak en uitwerking in de praktijk daadwerkelijk bijdragen aan de doelstelling.

Het kabinet verwijst in zijn brief ook naar het Kader Passende zorg van het Zorginstituut. In dit kader staat dat passende zorg ook gaat over gezondheid in plaats van over ziekte. Op welke manier krijgt preventie een (grotere) rol bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket?

Na het lezen van de visie beklijft bij genoemde leden het gevoel alsof er veel (nieuwe) en ingewikkelde bureaucratie gaat ontstaan met deze aanpak. Terwijl het wat hen betreft van belang is dat de toets op het pakket eenvoudig te begrijpen is door de beroepsorganisaties en toezichthouders, maar ook door zorgverzekeraars, zorgverleners en zorggebruikers. Welke plek ziet het kabinet voor het criterium «eenvoud» in het geheel? Ook missen de leden van de VVD-fractie de positie van «samen beslissen», ook een element van passende zorg in deze toets-aanpak. Hoe wordt gezorgd dat samen beslissen en de daarvoor benodigde communicatie optimaal verloopt met alle betrokkenen? En hoe worden de kennis en kunde van betrokken zorgverleners (en niet alle behandelaars of artsen) geborgd in de aanpak?

Specifiek lezen de leden van de VVD-fractie bijvoorbeeld dat indien zorg niet aantoonbaar voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk, deze uit het pakket stroomt. Deze leden vinden het van groot belang dat wanneer de verbeterde toets op het basispakket van kracht wordt,

betrokken partijen goed meegenomen worden in de veranderingen voor de zorg en de verzekerden. Wordt er nagedacht over hoe alle betrokken partijen, van zorgveld tot patiënten, meegenomen worden bij de start en eerste gevolgen van deze verbeterde toets? Hoe wordt transparante uitleg over gevolgen van de verbeterde toets voor het basispakket daarin meegenomen?

De noodzaak van innovatie, met name arbeidsbesparende innovatie, klinkt goed door in de visie in de brief. Genoemde leden vragen het kabinet in hoeverre er met deze toets ook voldoende stimulans is, zowel financieel als administratief, voor het ontwikkelen en in de praktijk brengen van nieuwe behandelingen en nieuwe zorg. De in de brief vermelde prioriteeringscriteria zijn «grote ziektelast, grote personeelsinzet, veel praktijkvariatie» en zijn bedoeld om het grootste effect voor de maatschappij te creëren. In hoeverre gaan deze criteria voorbij aan innovaties die zeer grote effecten voor een relatief kleine groep patiënten (of zorgverleners) kunnen opleveren en staan zij daarmee innovaties in de weg?

Het kabinet beschrijft in de brief de zogenoemde «open instroom» in het pakket en stelt dat bij deze zorg het vaak onduidelijk is of deze effectief is en meerwaarde heeft voor de patiënt en cliënt. Deze middelen worden niet door het Zorginstituut beoordeeld en hierover neemt het kabinet geen besluit. De leden van de VVD-fractie vragen het kabinet hoe geborgd wordt dat de verbeterde toets aansluit bij de verschillende manieren van instroom in het verzekerde pakket. Kan het kabinet nader uiteenzetten hoe dit in de praktijk eruit kan komen te zien? Kan het kabinet aangeven wanneer de Kamer geïnformeerd zal worden over de uitwerking en toepassing van het beoordelingskader «stand van de wetenschap en praktijk» op zorg vanuit de Wlz?

Genoemde leden lezen dat het kabinet overweegt om kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit te verankeren in wet- en regelgeving. Kan het kabinet aangeven welke voor- en tegenargumenten er zijn om dit wettelijk te verankeren? En in hoeverre vergroot wettelijke verankering complexiteit en bureaucratie? Wanneer verwacht het kabinet dat het een besluit hierover neemt?

Is het kabinet voornemens om bij de beoordeling van kosteneffectiviteit ook kosten en opbrengsten mee te wegen die buiten het zorgdomein vallen, zoals ziektelast of arbeidsvermogen? Hoe kan dit een plek krijgen?

Genoemde leden lezen dat er bij de weging van de verschillende pakketcriteria onvermijdelijke dilemma's zullen zijn zoals de vraag wat men bereid is te betalen voor effectievere zorg. Op dit moment vergoeden zorgverzekeraars ook behandelingen waarvan het effect niet is bewezen, bijvoorbeeld lasertherapie voor mensen met post-COVID. Hoe verhoudt het vergoeden hiervan zich tot de huidige criteria in het pakketbeheer in de Zvw? Kan het kabinet aangeven hoeveel in 2022 aan niet-bewezen effectieve zorg is vergoed door zorgverzekeraars?

In het commissiedebat over – onder andere – pakketbeheer gaf de Minister in zijn beantwoording op een vraag van een de leden aan dat hij in overleg met huisartsen en apothekers gaat om te bespreken waar verbeteringen mogelijk zijn wanneer het gaat over hoe medicatiebeoordeling kan bijdragen aan vermindering van polyfarmacie. Deze leden zijn benieuwd wat de stand van zaken is op dit onderwerp. Zijn er al gesprekken geweest en zo ja, kan het kabinet aangeven wat er uit deze gesprekken is gekomen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de hoofdlijnen in het proces om de toets op het basistoets te verbreden en verbeteren. Daarbij moet worden aangemerkt dat deze leden het ook zo beschouwen: een eerste procesbeschrijving met daarin de belangrijkste overwegingen. Veel valt of staat bij een nadere uitwerking en die zien de leden dan ook graag spoedig tegemoet. Daarnaast hebben de leden van de D66-fractie nog de volgende vragen en opmerkingen.

Effectieve zorg/ passende zorg

De leden van de D66-fractie vinden het zorgelijk dat er nu ook zorg wordt verleend en vergoed vanuit het basispakket die niet bewezen effectief zijn. Dit is in strijd met het solidariteitsbeginsel en niet in lijn met de richting van «passende zorg». De leden van de D66 fractie vragen het kabinet of het in kaart kan brengen welke huidige zorg in het basispakket (binnen zowel de Zvw als de Wlz) niet-bewezen effectief is en in hoeverre acties worden ondernomen om deze te extraheren? Kan verder worden toegelicht op welke wijze het basispakket routinematig onder de loep wordt genomen? Welke instrumenten krijgt het Zorginstituut aangereikt om te komen tot actief pakketbeheer?

Criteria

De leden van de D66-fractie zijn tevreden dat de toetsingscriteria tot op zekere hoogten zijn uitgedacht. Het stemt ook enthousiast dat duurzaamheid als toetsingscriteria is toegevoegd. Echter, de onderbouwing hóe tot juist deze criteria is gekomen ontbreekt. De leden van de D66-fractie zien dat nog graag toelicht. Ook vragen deze leden het kabinet of met de huidige criteria de arbeidsbelasting voldoende is meegenomen. In tijden van personele tekorten in de zorg (wat voorlopig nog zo zal blijven), is het beslag wat specifieke behandeling legt op het personeel volgens genoemde leden wel degelijk een factor die voldoende moet worden meegewogen. Tenslotte, de leden van de D66-fractie hechten ook veel belang aan de preventieve waarde van een behandeling of medicijn én aan de bekostiging ervan. In hoeverre worden deze elementen meegenomen binnen de voorliggende criteria?

Voorts vragen deze leden op welke wijze onderzoekers en ontwikkelaars vanaf een vroeg stadium worden meegenomen, zodat zij de juiste bevindingen kunnen aanleveren passend bij de criteria en er niet onnodig vertraging is in de toetsing van een nieuw genees- of hulpmiddel. Deze leden lezen dat initiatieven als handleidingen voor specifieke sectoren/ doelgroepen worden toegejuicht. Zij vragen het kabinet naar verdere mogelijkheden. Kan het kabinet uitgebreid toelichten op welke wijze hieraan wordt gewerkt met het oog op de instrumenten en de capaciteit van het Zorginstituut?

Uitvoering

Zoals reeds vermeld hangt veel straks af van de precieze uitwerking van de hoofdlijnen. Derhalve zullen de vragen van de leden van de D66-fractie mogelijk nog niet allemaal te beantwoorden zijn, maar willen zij deze alvast meegeven in aanloop naar het vervolg. Ten eerste, effectieve zorg moet wetenschappelijk als zodoende worden onderbouwd. De leden van de D66-fractie zijn benieuwd wat er gebeurt wanneer de wetenschap geen eenduidig beeld schetst van een medicijn of behandeling. Hoe gaat dit gewogen worden? Aanvullend, sommige behandelingen of medicijnen zullen lastig te meten zijn in termen van effectiviteit en efficiëntie.

Bijvoorbeeld behandelingen die preventief worden ingezet, zodat er geen zwaardere klachten ontstaan. Genoemde leden vragen het kabinet hoe hier bij de afweging rekening mee wordt gehouden.

Ten tweede vragen genoemde leden het kabinet welk criterium straks zwaarder weegt dan het andere. Of wat er gebeurt als criteria een verschillende conclusie trekken over een medicijn of behandeling. Het kabinet geeft nadrukkelijk aan dat het hierover met de Kamer in gesprek gaat. De leden van de D66-fractie vragen het kabinet hoe dit proces eruit gaat zien.

Tenslotte, genoemde leden zijn benieuwd hoe zorggebruikers en burgers in het algemeen worden meegenomen in eventuele veranderingen in het basispakket en de keuzes die daaraan ten grondslag liggen. Kan het kabinet aangeven op welke wijze transparantie in de besluitvorming wordt gewaarborgd? Verder vragen deze leden of burgerberaden zoals aangedragen in het amendement Paulusma² een (deel van de) oplossing kan zijn om zorggebruikers en burgers beter te betrekken in het maken van moeilijke keuzes en zodoende meer draagvlak voor deze keuzes te creëren? Zo ja, kan worden toegelicht op welke wijze er wordt ingezet op burgerberaden? Zo nee, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met zorg kennisgenomen van de brief over het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Zij hebben hierover de nodige kritische vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie lezen in de brief dat de zorgvraag sneller groeit dan het beschikbare zorgpersoneel en de financiële middelen toelaten. Het verbeteren en verbreden van de criteria van het basispakket moet dit gaan oplossen, zodat alleen nog maar passende en effectieve zorg in het basispakket overblijft. Dat zijn mooie woorden voor het schrappen van bestaande zorg en het inperken van nieuwe behandelingen, aldus genoemde leden. In plaats van hiermee iedereen zand in de ogen te strooien kan het kabinet beter beginnen met te benadrukken dat het hier om een lange termijn bezuinigingsoperatie gaat ter waarde van € 1.140 miljoen in 2037.

Het stoort de leden van de PVV-fractie dat het Zorginstituut een steeds grotere vinger in de pap krijgt als het gaat om de samenstelling van het basispakket, in plaats van dat patiëntervaringen en – uitkomsten bepalend zijn. Het stoort de leden bovendien dat het kabinet de pakketadviezen van het Zorginstituut steeds vaker klakkeloos overneemt en als voldongen feit presenteert. Het politieke debat in de Kamer bepaalt wat er in of uit het basispakket gaat, door voor- en nadelen af te wegen en verantwoorde maatschappelijke keuzes te maken. Erkent het kabinet dit en zou het in dat kader niet beter zijn als het zich neutraal zou opstellen bij de adviezen van het Zorginstituut?

Het is de leden van de PVV-fractie volstrekt onduidelijk hoe bepaald wordt wat passende en/of effectieve zorg is. Wat passend is kan immers per patiënt verschillen en wat effectief is idem dito. Als een behandeling voor een kleine minderheid wel passend en effectief is, blijft die behandeling dan beschikbaar? Blijft maatwerk geborgd? Deze leden vrezen ook dat de patiënt een ondergeschikte rol gaat spelen nu er naast het al bestaande kostencriterium, ook nog naar de arbeidscapaciteit gekeken gaat worden. Kan het kabinet een aantal behandelingen opnoemen die volgens hen (te)

² Kamerstuk 36200 XVI, nr. 29.

arbeidsintensief zijn? Wat gaat straks de doorslag geven als een behandeling passend en effectief is maar te arbeidsintensief? Wat gaat dit betekenen voor met name de ggz-sector waar veel zorg arbeidsintensief is? Meer polsbandjes en separaties? Genoemde leden ontvangen graag een toelichting van het kabinet op dit punt.

De leden van de PVV-fractie verbazen zich erover dat PTED als casus naar voren wordt gebracht. De PTED-behandeling is zeker effectiever dan de conventionele open microdisectomie. Genoemde leden willen opmerken dat deze toelating tot het basispakket heel wat voeten in aarde heeft gehad. PTED is al vele jaren de gouden standaard in veel andere landen. In ons land werd vergoeding steeds tegengewerkt. Zo werd de meest vooraanstaande Nederlandse orthopedisch chirurg met ruim dertig jaar ervaring en die meer dan twee duizend PTED-operaties deed, destijds uitgesloten. Ondanks dat PTED al in 2016 voorwaardelijk toegelaten was tot het basispakket, kwam niet iedereen met lage rughernia en uitstralende beenpijn die sinds 2016 een PTED-operatie heeft ondergaan voor vergoeding in aanmerking. Zelfs niet wanneer zij deze behandeling lieten uitvoeren door de meest vooraanstaande en internationaal gelauwerde arts op dit gebied. Is het kabinet bereid deze vergoeding met terugwerkende kracht alsnog te voldoen? Zo nee, waarom niet? Hoe gaat het kabinet deze fiasco's bij nieuwe te bewijzen effectieve behandelingen voorkomen?

De leden van PVV-fractie lezen dat er overwogen wordt kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit te verankeren in wet- en regelgeving. Is het kabinet bereid in het kader van kosteneffectiviteit een overheadnorm te overwegen? Zo nee, waarom niet? Is het kabinet bereid in het kader van arbeidscapaciteit de administratieve lasten en regeldruk met minimaal de helft terug te dringen en hiertoe grotere stappen te gaan zetten? Het kabinet geeft aan dat personele houdbaarheid één van de meest urgente uitdagingen in de zorg is. Op dit moment is het al zo dat instellingen in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz al hinder van de beperkte arbeidscapaciteit ondervinden. Is het kabinet daarom bereid de komende weken, maanden én jaren met de betrokken overheids- en veldpartijen, uit alle zorgsectoren, en de patiëntenvertegenwoordiging te gaan werken aan het zo snel mogelijk terugdringen van de overhead, administratieve lasten en regeldruk om op die manier de zorg anders te organiseren? Het kabinet geeft aan dat basale verzorging, zoals wassen, eten en drinken, niet op effectiviteit hoeft te worden onderzocht. Welke onderdelen van de langdurige zorg zullen dan wel op effectiviteit worden onderzocht? Welke onderdelen van de ouderenzorg vallen onder basiszorg? Deze leden ontvangen graag meerdere concrete voorbeelden van het kabinet.

Het kabinet wijst op het gebruik van slim incontinentiemateriaal. Weet het kabinet welke administratieve rompslomp er bij het aanvragen en gebruik van incontinentiemateriaal komt kijken? Verpleegkundigen zijn uren bezig om incontinentiemateriaal geregeld te krijgen en patiënten lijden onnodig. Levert het aanpakken van deze bureaucratie niet veel meer op dan het te vroeg verschonen? De leden van de PVV-fractie vragen het kabinet of het niet veel effectiever is om deze bureaucratie aan te pakken. Zo nee, waarom niet?

Het kabinet geeft aan dat als dezelfde zorg op verschillende manieren effectief kan worden toegepast voor nagenoeg dezelfde kosten, dat de voorkeur uit moet gaan naar zorg met de minste personeelsinzet. Nu is het al jaren zo dat door de werkwijze van Buurtzorg Nederland er bij hen gemiddeld minder uren zorg per cliënt besteed worden en cliënten de organisatie belonen met een 9.2. Waarom wordt deze werkwijze niet

landelijk uitgerold? Is dit niet precies wat het kabinet voor ogen heeft? Zo niet, kan het kabinet dan enkele voorbeelden geven?

De leden van de PVV-fractie kunnen zich helemaal niet vinden in een criterium als «duurzaamheid» of «klimaat». Astmapatiënten hun inhalator afpakken vanwege het broeikas-effect. Het moet niet gekker worden. De leden willen de Minister eraan herinneren dat hij Minister is van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en niet die van Klimaat.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van het kabinet aangaande de toets op het basispakket te verbeteren en te verbreden. Gezien de druk om de zorg voor lange termijn houdbaar te houden, de vergrijzing en de arbeidskrachte staat Nederland voor een grote opgave. Genoemde leden hebben in 2019 via de motie-Van den Berg³ al eerder kenbaar gemaakt dat zorg die niet bewezen effectief is, niet meer voor een vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking moet komen. Zie in dit verband ook de motie-Van den Berg/Ellemeet⁴ over voorstellen die kunnen leiden tot aanpassing in wet- en regelgeving voor passende en effectieve zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen het kabinet of de brede aanpak die in deze brief geschetst en voorgesteld wordt uiteindelijk binnen een redelijk tijdsbestek zal leiden tot concrete oplossingen en verbeteringen van het basispakket van de Zvw en Wlz.

De leden van de CDA-fractie lezen dat er door de personele houdbaarheid van de zorg (de arbeidskrachte) er scherpere keuzes gemaakt moeten worden. Dat zou – volgens het kabinet – leiden tot effectieve zorg tegen aanvaardbare kosten. De leden van de CDA-fractie zien ook dat er in de zorg sprake is van arbeidskrachte, maar zij vragen het kabinet of dit een wegingskader moet zijn om vast te stellen of de zorg wel of niet effectief is. Kan het kabinet dit nader duiden?

Het kabinet stelt dat het van belang is dat dezelfde zorg op eenzelfde manier getoetst wordt ongeacht of een vergoeding plaatsvindt op grond van de Zvw of de Wlz. Dit begrijpen de leden van de CDA-fractie, maar zij geven aan dat het over twee verschillende wettelijke kaders gaat, over twee verschillende manieren van financieren en over twee verschillende vormen van zorg (langdurig vs. kortdurend). Hoe weegt het kabinet die verschillen bij het verbeteren van de pakkettoets voor zowel de Zvw als de Wlz? En vindt het kabinet dat in het huidige basispakket van de Zvw kwaliteit van leven voldoende meegewogen worden?

In de brief staat veelvuldig de term passende zorg. De term passende zorg kent veel gedaanten en vormen. Kan het kabinet aangeven wat er in het kader van het «aanpassen/uitbreiden van het wegingskader» van het basispakket precies bedoeld wordt met deze term? Waarom «start» het kabinet niet eerst met effectief onbewezen zorg uit het basispakket van de Zvw te halen?

Verder stelt het kabinet dat wij op dit moment niet voldoende goede keuzes kunnen maken omdat we voor veel verzekerde zorg beperkt inzicht hebben in de mate van effectiviteit en doelmatigheid. Klopt het dat vijf tot tien procent van de medische behandelingen bewezen niet effectief zijn en dat bij vijftig procent niet bekend is of deze medisch effectief zijn? Wordt

³ Kamerstuk 29 689, nr. 975.

⁴ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 68.

dit vervolgens bedoeld met een beperkt inzicht? Is dit voor verschillende vormen van zorg anders? Kan het kabinet aangeven voor welke vormen van verzekerde zorg er wel inzicht is in de effectiviteit van de zorg?

Hoe verhoudt het beperkte inzicht in effectiviteit en doelmatigheid zich tot de rol van de zorgverzekeraars? Zorgverzekeraars moeten toch op basis van prijs en kwaliteit zorg inkopen? Hoe gaat het kabinet zorgen dat de zorgverzekeraars en patiënten meer handvatten krijgt om op kwaliteit van zorg in te kopen of kwaliteit van de zorg ontvangen?

De leden van de CDA-fractie nemen aan dat onder kwaliteit van zorg ook effectiviteit van zorg en de doelmatigheid verstaan worden. Hoe verhoudt de Zvw zich tot de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz)? Welke invloed hebben de kwaliteitsstandaarden op de inkoop van zorg door zorgverzekeraars of door zorgkantoren? Is hier sprake van een direct verband? En zo nee, zou er geen sprake van een direct verband moeten zijn?

Het kabinet stelt voorts in de brief dat het traject van het verbeteren en verbreden toets op het basispakket vele jaren in beslag gaat nemen. Kan het kabinet een tijdspad schetsen? En kan het aangeven wat de eerste concrete stappen zullen zijn?

Ook stelt het kabinet dat de zorg die in het basispakket wordt toegelaten (dus bewezen effectief is) van meerwaarde voor de patiënt moet zijn. Dat kunnen deze leden zich goed voorstellen, maar patiënten zijn mondiger en tegenwoordig nog mondiger en hebben soms een ander perspectief dan de behandelend arts. Zeker bij levensbedreigende ziekten willen zij veel behandelingen proberen en gaan zij in sommige gevallen over de Nederlandse grens voor een behandeling. Ziet het kabinet dit spanningsveld? En hoe weegt het kabinet dit gezien de inhoud van deze onderhavige brief? In dit verband willen de leden van de CDA-fractie ook opmerken dat de doelstellingen van de campagne «Samen beslissen» niet gehaald zijn. Alle inspanningen ten spijt, het samen beslissen is niet toegenomen. Deze campagne was een initiatief van het programma uitkomst gerichte zorg.

Als het kabinet zorg wil toelaten die van meerwaarde is voor de patiënt dan dient de patiënt voldoende en goed geïnformeerd te worden. Hoe gaat het kabinet het goede gesprek/samen beslissen vormgeven, zodat het wel gaat werken?

Gezien het bovenstaande stelt het kabinet ook dat bij de weging van de verschillende criteria «we» onvermijdelijke dilemma's tegenkomen. Dat zien de leden van de CDA-fractie ook. Het belang van de patiënt is niet altijd het belang van de medisch specialist, de instelling voor langdurige zorg of de zorgverzekeraar. Het kabinet adresseert dit probleem, maar geeft nog geen richting. Kan het kabinet aangeven hoe het hij deze discussie wil voeren en binnen welke kaders?

Het verbeteren van de toets op het basispakket van de Zvw

Zoals eerder aangegeven delen de leden van de CDA-fractie het feit dat effectief bewezen zorg vergoed moet worden via het basispakket. Betekent dit dat dat zorgverzekeraars zorg alleen mogen vergoeden die door de eigen beroepsrichtlijnen als stand van wetenschap en praktijk worden onderschreven, of niet? Dienen beroepsrichtlijnen zich aan het basispakket aan te passen?

Uit het artikel «Arts houdt lang vast aan zinloze behandeling ruggijn» blijkt dat het 17 jaar of langer duurt voordat 85 procent van de artsen afziet van de behandeling. Zou het kabinet zich voor kunnen stellen dat bij het verbeteren van het basispakket dit soort aanpassingen worden meegenomen? Dus als een behandeling niet passend en effectief is, dat dan de beroepsrichtlijn automatisch wordt aangepast. Deze leden ontvangen graag een reactie van het kabinet op dit punt.

Vindt het kabinet dat gepatenteerde dure medicatie centraal inkocht moet worden en niet per zorginstelling en zou dit ook een onderdeel van het verbeterde basispakket Zvw kunnen zijn?

Deelt het kabinet de stellingname van genoemde leden dat innovaties nu te vrijblijvend worden toegepast? Innovaties sneuvelen vaak omdat – na een succesvolle start – opschalen moeilijk is en structurele financiering vaak ontbreekt. Hoe worden inbedding van innovaties meegenomen bij het verbeteren van de toets op het basispakket?

Tevens stelt het kabinet dat er bij toelating van de zorg tot het basispakket aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld die bijdragen aan gepast gebruik van zorg. Waar denkt het kabinet in dit kader precies aan?

Het kabinet stelt dat kwaliteit van leven op dit moment al wordt meegenomen in de weging door het Zorginstituut, maar vindt verdere verankering wenselijk. Aan welke wettelijke verankering denkt het kabinet?

Ook stelt het kabinet dat voor andere vormen van zorg voor veldpartijen niet altijd helder is op welke manier effectiviteit voldoende kan worden aangetoond. Hier hebben de leden van de CDA-fractie enkele vragen over. Wordt in dit kader ook de afweging gemaakt over kosten en baten? Soms zijn onderzoeksgroepen (denk aan zeldzame ziekten) zo klein dat het lastig is om effectiviteit van behandelingen aan te tonen. Hoe wil het kabinet hiermee omgaan? Wat is er de afgelopen jaren gedaan om aan veldpartijen helder te maken hoe effectiviteit kan worden aangetoond? En biedt de Wkkgz geen mogelijkheden de effectiviteit van zorg beter vorm te geven/ beter te meten?

Een belangrijke ambitie in het WOZO-programma is: «zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan». Dat onderschrijven deze leden van harte, maar voor veel ouderen is de digitale wereld niet zo gemakkelijk als het voor jongeren is en niet iedereen heeft een sociaal netwerk om daarmee te willen of kunnen helpen. Zie het kabinet dit probleem? In dit verband brengen deze leden ook de motie Paulusma/Van den Berg onder de aandacht over het keuzerecht op hybride en/of digitale zorg onderdeel te maken van wetgeving.

Ook de leden van de CDA-fractie zijn van mening dat het arbeidspotentieel goed moet worden ingezet, zeker gezien de eerdergenoemde krapte. Zij vinden echter dat bepaalde groepen niet onderweg kwijt moeten worden geraakt. Denk aan de groep mensen met een licht verstandelijke beperking. Hoe wil het kabinet voldoende aandacht houden voor kwetsbare groepen?

Het kabinet stelt dat de tweede dimensie van noodzakelijkheid de noodzaak is om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Dat zorg die niet verzekerd is zelf betaald kan worden en dat mensen met een kleine beurs uiteindelijk bij de bijzondere bijstand terecht kunnen, mochten zij het niet kunnen betalen. In theorie snappen de leden van de CDA-fractie deze stellingname. Zij zien in praktijk echter vaak dat in aanmerking komen bij acute medische problemen de bijzonder bijstand

geen soelaas biedt. Dit omdat er bij bijzondere bijstand van tevoren toestemming dient te worden gevraagd en de doelgroep met die smalle beurs geen aanvullende verzekering heeft. Als voorbeeld geven deze leden hierbij een acute ontsteking van een kies in het weekend. Daar biedt de bijzondere bijstand toch geen oplossing voor, zo vragen zij het kabinet.

Het verbreden van de toets op het basispakket van de Zvw

Het kabinet stelt dat het niet mogelijk noch wenselijk is om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere periode opgenomen is in het basispakket. Waarom is dit niet zo, vragen de leden van de CDA-fractie aan het kabinet. Zij begrijpen dat dit een zeer tijdrovende klus is, maar het lijkt deze leden een goede start om uiteindelijk uit te komen bij de meest passende/effectieve zorg die in het basispakket thuishoort. Waarom wordt er niet gestart met dure behandelingen en of wordt niet gekeken of er andere nieuwere mogelijkheden zijn?

Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz

Het kabinet stelt – terecht wat deze leden betreft – dat in de langdurige zorg de kwaliteit van leven centraal staat. Het kabinet is met allerlei actieprogramma's deze weg ook ingeslagen. Betekent dit nu ook dat dit een belangrijk wegingskader gaat worden bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz?

Deelt het kabinet met de leden van de CDA-fractie dat effectieve zorg hier een andere betekenis kan hebben als bij de kortdurende zorg uit het basispakket van de Zvw? Deelt het kabinet het uitgangspunt van deze leden dat in praktijk juist in verpleeghuizen veel passende zorg wordt gegeven met als voorbeeld geen behandeling meer starten maar juist focussen op de kwaliteit van leven? En deelt het kabinet het standpunt dat hier nu al vaak sprake is van maatwerk? Kan het kabinet aangeven hoe ver het staat met de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeg- (huis)zorg.

Het kabinet stelt dat het ook in de Wlz de mogelijkheden beziet voor het aanpassen van wet- en regelgeving. Aan welke richting denkt het kabinet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van het kabinet over de hoofdlijnen van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Zij hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat alle medisch noodzakelijke zorg zou moeten worden vergoed. Dat betekent dat er wat hen betreft eventueel wel zou kunnen worden gekeken naar of bepaalde behandelingen die momenteel vergoed worden nog steeds medisch noodzakelijk zijn, omdat er op basis van de huidige stand van de wetenschap en praktijk wellicht blijkt dat er inmiddels betere behandelingen beschikbaar zijn, of omdat niet-behandelen in sommige gevallen betere resultaten voor de patiënt oplevert. Echter zou de vraag wat vanuit medisch oogpunt noodzakelijk is voor de patiënt hierin leidend moeten zijn en niet de wens om minder geld aan de zorg uit te geven. Het uitgangspunt moet zijn dat de behandeling die voor een bepaalde patiënt het meest effectief is ook voor die patiënt vergoed wordt. Daarbij komt dat er ook veel soorten zorg zijn die breed geaccepteerd zijn als medisch noodzakelijk, maar die niet worden vergoed. Dat is bijvoorbeeld het geval als het gaat om mondzorg, fysiotherapie en bepaalde geneesmiddelen en supplementen. De leden

van de SP-fractie zijn daarom van mening dat een verbreding van de toets op het pakketbeheer ook zou moeten betekenen dat medisch noodzakelijke zorg die nu niet vergoed wordt alsnog in het basispakket wordt opgenomen. Hoe kijkt het kabinet hiernaar?

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de huidige insteek van de verbreding en verbetering van het pakketbeheer te veel lijkt te zijn gericht op het besparen van geld. Dat is volgens hen extra problematisch, omdat de huidige vorm van pakketbeheer er al regelmatig voor zorgt dat mensen niet de zorg vergoed krijgen die voor hen medisch noodzakelijk is. Een voorbeeld hiervan is het recente besluit om vitamine D niet langer uit het basispakket te vergoeden. Kan het kabinet garanderen dat de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor mensen niet verder beperkt wordt door de aanpassingen in het pakketbeheer?

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet hoe het wil voorkomen dat patiënten door een strengere toets op het basispakket de toegang tot de voor hen meest effectieve behandeling verliezen.

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet daarnaast hoe de aanscherping van het pakketbeheer zich verhoudt tot het gebruik van financiële prikkels die volgens het kabinet moeten voorkomen dat mensen onnodig zorg gebruiken, zoals het eigen risico. Als alleen zorg wordt vergoed in gevallen dat deze medisch noodzakelijk is (of zelfs met nog aanvullende eisen) en wanneer een arts heeft bepaald dat deze zorg voor een specifieke patiënt medisch noodzakelijk is, waarom zouden er dan daar bovenop nog financiële prikkels nodig zijn om te voorkomen dat die patiënt van die zorg gebruik maakt?

De leden van de SP-fractie lezen dat het kabinet overweegt om kosteneffectiviteit als criterium vast te leggen in wet- en regelgeving. Zij vragen het kabinet wanneer het van mening is dat er sprake is van kosteneffectiviteit, aangezien dit niet zo duidelijk en objectief kan worden gemeten als bijvoorbeeld effectiviteit. Wanneer is zorg kosteneffectief? Is het kabinet het ermee eens dat de vraag wat kosteneffectief is ook afhankelijk is van de politieke afweging hoeveel we als samenleving bereid zijn uit te geven aan zorg?

Het kabinet schrijft in zijn brief dat er «argumenten [kunnen] zijn om niet altijd voor de grootste gezondheidswinst per euro te kiezen en om voor bepaalde interventies een lagere kosteneffectiviteit te accepteren» en noemen daarbij als voorbeeld arbeidsbesparende of duurzame zorg. De leden van de SP-fractie vragen of het kabinet het ermee eens is dat dit ook zou moeten gelden als een specifieke behandeling voor bepaalde patiënten de enige optie is, of substantiële meerwaarde heeft ten opzichte van alternatieve behandelingen.

De leden van de SP-fractie lezen dat het kabinet daarnaast ook overweegt om arbeidscapaciteit als criterium vast te leggen in wet- en regelgeving. Zij vragen of dit geen ongewenste effecten zou kunnen hebben. Hiermee wordt de vraag welke zorg vergoed wordt namelijk ook deels afhankelijk van de effectiviteit van het arbeidsmarktbeleid van het kabinet. Als het kabinet er namelijk niet in slaagt om de zorg aantrekkelijk genoeg te maken om voldoende zorgverleners aan te trekken en vast te houden, wordt dit automatisch een argument om bepaalde zorg niet te vergoeden, ook als deze zorg wel medisch noodzakelijk is. Die koppeling lijkt hen daarom onwenselijk. Hoe kijkt het kabinet hiernaar?

De leden van de SP-fractie lezen daarnaast dat het kabinet het criterium effectiviteit sterker wil verankeren in wet- en regelgeving en dat indien zorg niet aantoonbaar voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk deze uit het pakket stroomt. Zij vragen het kabinet wat dit betekent voor de grote hoeveelheid zorg die momenteel vergoed wordt, maar (nog) niet bewezen effectief is. Het feit dat deze momenteel (nog) niet bewezen effectief is, betekent namelijk niet dat deze daarmee per se ineffectief is. Als al deze zorg uit het basispakket zou stromen, zou dit grote negatieve effecten kunnen hebben voor patiënten die hiervan afhankelijk zijn.

De leden van de SP-fractie hebben nog enkele vragen over de paragraaf over de noodzaak om een bepaalde behandeling te verzekeren. Daarin staat onder andere: «Of iets in aanmerking komt om te verzekeren, hangt dan af van de kans dat een ongewenste situatie zich voordoet in combinatie met de mogelijk (financiële) consequenties van die ongewenste situatie.» Wat bedoelt het kabinet hier precies mee? Betekent dit dat het volgens het kabinet acceptabel is om medisch noodzakelijke zorg niet te vergoeden indien de kosten daarvan niet onbetaalbaar zijn voor degenen die de zorg nodig heeft? Waarom verwijst het naar de bijzondere bijstand voor mensen die deze zorg alsnog niet kunnen betalen? Dient medisch noodzakelijke zorg niet gewoon voor iedereen vergoed te worden? Sinds wanneer is de bijzondere bijstand bij gemeenten bedoeld om gaten in de vergoeding van medisch noodzakelijke zorg op te vangen? Hoe wordt rechtsongelijkheid voorkomen als medisch noodzakelijke zorg door de éne gemeente wel vergoed zou worden via de bijzondere bijstand en bij de andere gemeente niet?

De leden van de SP-fractie lezen in de brief verder dat het kabinet een doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg wenselijk vindt. Zij vragen het kabinet of het ermee eens is dat een eventuele doorontwikkeling van dit kwaliteitskader gericht zou moeten zijn op de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en niet op een ordinare bezuiniging. Klopt het dat het handhaven van de personeelsnorm in het kwaliteitskader een mogelijkheid is als de partijen die hierover spreken besluiten dat dit noodzakelijk is voor het behoud van kwaliteit? Klopt het dat het Zorginstituut bij het – samen met veldpartijen – opstellen van kwaliteitskaders niet gebonden kan worden aan besparingsdoelstellingen zoals deze zijn vastgelegd in het coalitieakkoord?

De leden van de SP-fractie constateren dat het kabinet van plan is om de toets op het basispakket in de Wlz te «verbeteren en verbreden». Tegelijkertijd constateren zij dat het de afgelopen jaren al steeds lastiger is geworden voor mensen om binnen de Wlz de zorg te krijgen die ze nodig hebben, bijvoorbeeld door de sluiting van de verzorgingstehuizen. Is een verdere beperking van de zorg die wordt gegeven binnen de Wlz volgens het kabinet in die context echt wenselijk?

De leden van de SP-fractie vragen daarnaast wat het «verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz» precies inhoudt. Waarom wordt hier niet een veel grotere rol gegeven aan het oordeel van onafhankelijke zorgverleners? Waarom kiest het kabinet er niet voor om net als in de wijkverpleging een verpleegkundige te laten bepalen welke zorg binnen de Wlz noodzakelijk is? Wordt de zorg volgens het kabinet beter als die bureaucratisch georganiseerd blijft via het CIZ en als hiervoor een strengere toets wordt ontwikkeld?

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet waarom het expliciet slim incontinentiemateriaal noemt als voorbeeld van een technologische innovatie. Dit wordt namelijk niet altijd gebruikt op een manier die de kwaliteit van zorg verbetert, maar soms ook om het verwisselen van

incontinentiemateriaal zo lang mogelijk uit te stellen. Is het kabinet het ermee eens dat dit soort technische toepassingen alleen een goede innovatie zijn als zij ook op een goede manier worden toegepast?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de hoofdlijnen voor het verbeteren en het verbreden van de toets op het basispakket. Deze brief heeft genoemde leden een beeld gegeven van de plannen van het kabinet. Hier hebben zij verschillende vragen over.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat precies het verband is tussen passende zorg zoals daar nu op wordt ingezet en de NFU-lijst uit 2016 van meer dan 1300 overbodige of onzinnige behandelingen (de zogenaamde «beter-niet-doen-lijst»), het in 2019 gestarte programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), waarbij ingezet werd op het stoppen van onzinnige zorg en de in najaar 2020 verschenen «implementatieagenda» met meer dan honderd onderwerpen waarvan vastgesteld is dat het gepast gebruik is. Deze leden vragen het kabinet wat precies het verschil is tussen passende zorg en gepast gebruik. Bij gepast gebruik gaat het immers ook om effectieve zorg. Waarom is zo lang gewacht met het opschonen van het pakket door zorg die bewezen ineffectief is niet meer te vergoeden?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe kansrijk het programma passende zorg is, aangezien financiële schotten de samenwerking in het sociale domein flink belemmeren. Daarnaast is de bedoeling van passende zorg dat zorg van ziekenhuizen naar eerste lijn en thuis verschuift. Dat heeft financiële gevolgen voor de ziekenhuizen. Ook andere vormen van zorg zullen verschuiven. Hoe denkt het kabinet dit te gaan verwezenlijken gezien de recente uitspraak van de Minister, in een webcast naar aanleiding van het rapport van adviesbureau KPMG, dat de zorgsector minder naar eigen belang moet kijken. Het kabinet stelt dat een paradigmashift nodig is en «Concurreren werkt niet meer». Hoe gaat het kabinet een einde maken aan de marktwerking in de zorg, welke concrete maatregelen daartoe zijn mogelijk binnen het huidige stelsel, en welke wijzigingen in de wet zijn er voor nodig?

Het verbeteren van de toets op het basispakket van de Zvw

De leden van de PvdA-fractie wijzen in dit verband ook op het probleem van het programma «zorgevaluatie en gepast gebruik». Dit moest in samenspraak gaan met ongeveer alle partijen in de zorg, met de ambitie om te komen tot een cultuuromslag. Proberen om met z'n allen tot besluiten te komen bleek onmogelijk, want waarom zouden medisch specialisten een lucratieve behandeling stoppen? Waarom zouden zorgverzekeraars opeens wel scherper gaan inkopen op kwaliteit (zinnige zorg)? Welke acties neemt het kabinet om ervoor te zorgen dat dit bij passende zorg wel gaat lukken?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet op welke wijze kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit verankerd kunnen worden in de wet. Waar wordt nu aan gedacht? In welke landen wordt dit al toegepast en hoe? Welke landen worden als voorbeeld genomen? Wordt bijvoorbeeld gedacht aan een systeem zoals in het Verenigd Koninkrijk?

De leden van de PvdA-fractie willen de administratieve lasten voor zorgverleners waar mogelijk beperken. Wat gaat de aanpassing van de toets op het basispakket betekenen voor de administratieve lasten van zorgverleners?

Het criterium effectiviteit

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet op welke wijze de ervaringen van patiënten worden betrokken bij het vaststellen van effectiviteit; voor behandelingen kan immers ook een subjectieve verbetering de kwaliteit van leven verbeteren. Hoe wordt dit beoordeeld? Deze leden vragen het kabinet hoe in dit verband wordt omgegaan met de beïnvloeding door de farmaceutische industrie. Immers, als de farmaceutische industrie nog steeds in staat wordt gesteld voorschrijvers te beïnvloeden, of advertenties te plaatsen in media van patiëntenverenigingen, zal een keuze voor een effectief middel hierdoor nadelig beïnvloed kunnen worden en kunnen leiden tot veel commotie. In hoeverre wordt rekening gehouden met de macht van big farma?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe de kwaliteitsstandaarden zich verhouden tot de richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen. Hoe kunnen richtlijnen sneller tot stand komen en hoe worden deze betrokken bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden? En hoe wordt ervoor gezorgd dat richtlijnen en kwaliteitsstandaarden in de praktijk ook werkelijk worden toegepast en gehandhaafd?

De leden van de PvdA-fractie lezen in de brief dat er om de kwaliteit van zorg te verbeteren meer volume-eisen (minimumaantal behandelingen per jaar) moeten komen voor behandelingen. Deze leden zijn benieuwd wat meer volume-eisen betekenen voor het zorglandschap. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelde in haar impactanalyse «concentratie interventies bij patiënten met een AHA» dat er een integraal perspectief op een toekomstbestendig academische zorglandschap nodig is. Is het kabinet bereid dit op te stellen?

Kosteneffectiviteit

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet waar de uitspraak dat financiële arrangementen kosteneffectief zijn op is gebaseerd. De Rekenkamer constateerde in 2020 immers dat de prijsonderhandelingen een positieve bijdrage leveren aan de beheersing van de uitgaven aan dure geneesmiddelen, maar dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in vijf van de dertien gevallen er niet in geslaagd was de prijs van het Zorginstituut te realiseren. In deze gevallen was er dus geen sprake van kosteneffectieve zorg. De conclusie van de Rekenkamer is dat de prijsonderhandelingen slechts beperkt effectief zijn geweest. Hoe gaat dit verbeterd worden? Wat is sinds 2020 precies gedaan met ieder van de aanbevelingen van de Rekenkamer?

Noodzakelijkheid

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet of de tweede dimensie van noodzakelijkheid de gelijke toegang tot zorg niet onder druk zal zetten. Genoemde leden willen benadrukken dat wat hun betreft medisch noodzakelijke zorg vergoed moet worden. Dat is immers waar mensen hun zorgpremie voor betalen. Deze leden zien een groot risico voor de toegankelijkheid van zorg door het verder stapelen van zorgkosten en zouden hier dan ook terughoudend in zijn. Zij ontvangen graag een reflectie van het kabinet hierop. Het kabinet hoopt voor groepen met financiële problemen maatwerk toe te kunnen passen. De leden vragen het kabinet hoe uitvoerbaar dit is. Kan het kabinet verder toelichten welke vormen van maatwerk het hiervoor wil inzetten? Heeft het kabinet hier contact over gehad met gemeenten? Hoe zorgt het kabinet dat de voorwaarden voor toegang tot de gemeentelijke regelingen niet te ver uit elkaar zullen lopen? Deze leden vragen het kabinet om in deze context te

reflecteren op de toegankelijkheid van onze mondzorg. Er zijn gemeentelijke regelingen en noodfondsen voor mensen die de tandarts niet kunnen betalen. Toch gaan veel mensen niet naar de tandarts vanwege financiële redenen. Wat kan het kabinet zeggen over het niet-gebruik bij dit soort regelingen? Maakt het kabinet het zo niet nodeloos ingewikkeld om toegang te krijgen tot betaalbare zorg?

Het verbreden van de toets op het basispakket van de Zvw

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe en wanneer een «maatschappelijk relevant agenderingskader» met «prioriteringscriteria» verwezenlijkt gaan worden. Immers, dit zou min of meer toch al klaar moeten liggen voortkomend uit het programma «zorgevaluatie en gepast gebruik»? In hoeverre wordt alles nu weer opnieuw gedaan? En waarom gaat dat nu wel lukken?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe ervoor gaat worden gezorgd dat bewezen effectieve zorg ook daadwerkelijk landelijk wordt geïmplementeerd en ineffectieve zorg niet langer wordt vergoed. Immers, nu worden ook nog vele vormen van zorg gewoon door zorgverzekeraars vergoed, terwijl ze bewezen niet effectief zijn. En op veel plaatsen wordt zorg gegeven die bewezen effectief is, terwijl de *best practices* niet landelijk worden geïmplementeerd.

Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet in hoeverre de WOZO-normen voortkomend uit «zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan» worden bepaald door de wens tot kostenbeheersing, zelfs ten koste van de meest kwetsbare mensen. De zorgkantoren gaan sturen op extramurale zorg, terwijl nog steeds veel mensen, zeker mensen met lagere inkomens aangewezen zijn op verpleeghuizen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) schetste de dilemma's: mogen we genoeg nemen met minder kwaliteit door krapte op arbeidsmarkt en wat gaat vóór, veiligheid of welbevinden van cliënt? De IGJ vindt dat er een maatschappelijke discussie over deze vragen moet plaatsvinden. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt hier niet over gerept. Hoe wordt dit meegenomen in het project passende zorg?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe er gesproken kan worden over een kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wanneer er onvoldoende maatregelen worden genomen om de werkdruk in die sector te verlagen en de salarissen aan te passen. Waarom wordt het aantal verpleeghuisplaatsen niet uitgebreid om aan de zorgvraag te voldoen? Door onvoldoende plaatsen komen mensen pas met een zware zorgvraag in de verpleeghuizen terecht, wat zorgt voor extra werkdruk voor de zorgmedewerkers en een zorgvraag thuis waar nu al vaak niet aan kan worden voldaan.

Het criterium effectiviteit en aanvullende voorwaarden

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet of voor veel mensen niet nu al geldt dat verpleeghuiszorg bewezen effectief is, omdat deze mensen thuis onvoldoende zorg kunnen krijgen. Hoe is dit te rijmen met het besluit het aantal verpleeghuisplekken niet uit te breiden, terwijl nu al kan worden vastgesteld dat de zorgvraag alleen maar stijgt? Hoe denkt het kabinet dit op te vangen met «passende zorg»?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe zwaar de voorkeur voor zorg met de minste personeelsinzet gaat wegen en hoe bepalend dit is voor het beleid. Hoe wordt gewogen of een technische of digitale innovatie een zorgverlener kan vervangen? Hoe wordt gewaakt voor een theoretische blik op de inzet van innovatieve middelen, terwijl de zorg kwalitatief alleen maar minder wordt en bijvoorbeeld het probleem van eenzaamheid alleen maar toeneemt? Hoe wordt de menselijke maat en fatsoenlijke zorg bewaakt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de fractie van GroenLinks hebben kennisgenomen van het plan van het kabinet om de toets op het basispakket te verbreden en te verbeteren.

Over het criterium effectiviteit hebben genoemde leden een vraag. Wat een effectieve behandeling is voor een jongere of een oudere kan namelijk erg verschillend zijn. Is het kabinet bereid om binnen het traject verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket een onderzoeksgroep op te zetten met het Zorginstituut, onderzoekers en artsen, en een onderzoeks-agenda voor passende ziekenhuiszorg voor ouderen te ontwikkelen zodat die keuzes ook daadwerkelijk gemaakt kunnen worden?

In deze onderzoeks-agenda voor ouderen vragen de leden van de GroenLinks-fractie ook of zij willen verkennen welke kennishiaten er zijn bij het onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen bij ouderen. Het is lange tijd gangbaar geweest om behandelingen te testen bij jongere mannen. Dat hierdoor de geneeskunde minder effectief is voor de vrouw is vaker in het parlement besproken, maar wat de gevolgen hiervan zijn voor geneeskundige behandelingen bij ouderen is de leden van de GroenLinks-fractie nog onbekend. Is het kabinet bereid om dit, in het kader van effectieve zorg, specifiek te onderzoeken?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het kabinet effectiviteit mogelijk sterker wil gaan borgen in wet en regelgeving. Als zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap dient deze uit het basispakket te verdwijnen. Genoemde leden delen het idee met het kabinet dat zorg die niks toevoegt niet vergoed dient te worden. Hierbij is het verschil tussen niet bewezen effectieve zorg en bewezen niet effectieve zorg belangrijk. Als zorg bewezen niet effectief is, dan dient het direct uit het basispakket te verdwijnen. Is de zorg niet bewezen effectief, maar wordt deze wel vergoed, dan is daar eerst extra onderzoek voor nodig. In dat kader vragen de leden van de fractie van GroenLinks hoe het staat met de uitvoering van de motie-Ellemeet/Van den Berg over het leveren van niet bewezen effectieve zorg in onderzoeksetting? In de brief van het kabinet wordt het genoemde leden namelijk niet duidelijk hoe deze motie wordt meegenomen in het beleid.

De leden van de GroenLinks-fractie missen een strategie om tot een goede toets voor het basispakket te komen bij fysiotherapie. In de ogen van de leden van de GroenLinks-fractie kan juist fysiotherapie bijdragen aan de doelstelling van het kabinet om de zorg betaalbaar en organiseerbaar te houden. Hierbij zien de leden van de GroenLinks-fractie twee prioriteiten voor zich. Ten eerste zal met het veld een werkwijze tot stand moeten komen om effectiviteit goed aan te tonen. Ten tweede zal fysiotherapie ook meer preventief moeten worden ingezet. Nu kan fysiotherapie eigenlijk alleen worden ingezet bij een medische indicatie.

Maar De leden van de GroenLinks-fractie zouden ook graag zien dat fysiotherapie wordt ingezet om bijvoorbeeld ouderen vitaal te houden. Hoe ziet het kabinet dat en hoe gaat het dat verder uitwerken?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het kabinet meer kennis wil opbouwen over de langetermijneffecten van verschillende behandelingen, om zo ook beter te kunnen beoordelen of behandelingen op lange termijn effectief zijn voor bepaalde groepen. Hier schetst het kabinet een uitgebreide onderzoeks-agenda. De leden van de fractie van GroenLinks vragen het kabinet hoeveel geld er beschikbaar is voor de uitvoering van dit onderzoek en hoe dat de komende jaren zal worden uitgegeven.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het kabinet kosteneffectiviteit wil opnemen als wettelijk wegingscriterium. Dat zou betekenen dat zorg die wel effectief is, maar heel duur, niet meer wordt vergoed. En hoewel het kabinet dit wel aankondigt, is het deze leden nog onduidelijk hoe het kabinet deze weging gaat maken. Het kabinet wil er eerst een discussie over voeren. De vragen die genoemde leden hierover hebben zijn de volgende. Met wie en wanneer wil het kabinet daar een discussie over voeren, voordat het met een voorstel naar de Kamer kan komen?

Eenzelfde punt zien de leden van de GroenLinks-fractie rondom duurzaamheid als criterium toevoegen binnen het pakketbeheer. De Nederlandse zorgsector is nu eenmaal een grote vervuiler en het zou ook gezondheidsschade schelen als de zorg duurzaam zou kunnen werken, door bijvoorbeeld minder of broeikasgassen uit te stoten. Maar ook hier zien de leden van de GroenLinksfractie geen concreet voorstel. Dus ook hier vragen zij het kabinet welke stappen het gaat zetten om tot een voorstel te komen en wanneer de Kamer dat voorstel kan verwachten.

Met betrekking tot de Wlz lezen de leden van de GroenLinks-fractie ook dat arbeidsintensiviteit mee zal wegen bij toelating tot het pakket. Deze leden snappen deze afweging in beginsel. Zij vragen het kabinet of het dan ook meeneemt of verpleging en verzorging intramuraal en extramuraal ook met elkaar worden vergeleken. Zeker bij cliënten die zwaardere zorg nodig hebben, verwachten de leden van de GroenLinks-fractie dat het efficiënter is als deze zorg intramuraal wordt georganiseerd. Kan het kabinet toelichten hoe deze vergelijking gemaakt zal worden?

In de brief lezen de leden van de GroenLinks-fractie dat apart stil wordt gestaan bij re-ablementprogramma's. Deze initiatieven juichen zij natuurlijk van harte toe. Tegelijkertijd zien deze leden ook dat dit soort programma's of instellingen de financiering moeilijk rond krijgen. Verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren kunnen hier naar elkaar wijzen en de schotten staan hier de samenwerking in de weg. Wie zal er verantwoordelijk worden voor de financiering van het vitaal houden van ouderen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

Wat is de inschatting van het kabinet op welk onderdeel van het basispakket nog de meeste verbetering te realiseren is in de toetsing: geneesmiddelen, het open gedeelte van de Zvw of die van de Wlz, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen het kabinet op welke manier de inzichten die afgelopen jaren met eerdere trajecten zijn opgedaan, zoals gepast gebruik en Juiste Zorg op de Juiste Plek, nu al worden betrokken in het pakketbeheer, en dan met name als het gaat om

bevindingen over zorg die niet-passend blijkt te zijn. Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat niet-passende zorg niet of minder vergoed wordt?

Het kabinet geeft aan dat de meest urgente zorgen bij de houdbaarheid van de zorg bij het personeel liggen. Kan dit betekenen dat het criterium van benodigde inzet van zorgverleners de komende jaren zwaarder gaat wegen dan een criterium als kosteneffectiviteit? En zou die weging op termijn anders kunnen worden, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie het kabinet.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke manier het kabinet van plan is «kwaliteit van leven» beter mee te nemen en verder te verankeren in de weging door het Zorginstituut. Op welke manier is een dergelijke uitkomstmaat te operationaliseren? Deze leden vragen om dit toe te lichten voor zowel de Zvw als de Wlz.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn verheugd te lezen dat het kabinet duurzaamheid van de zorg en de impact op klimaat en milieu mee wil nemen in de toetsing van het basispakket. Interpreteren zij het goed dat het kabinet duurzaamheid niet wil laten opnemen in het beoordelingskader van het Zorginstituut? Waarom niet? Op welke andere manier moet duurzaamheid dan worden meegenomen in een toetsing op het basispakket? Hoe wordt gegarandeerd dat duurzaamheid een significant criterium wordt voor een toets van behandelingen en medicijnen in het basispakket?

Over noodzakelijkheid vragen de leden van de ChristenUnie-fractie ten aanzien van de noodzaak om te verzekeren hoe het kabinet toetst of de financiële consequenties van het niet-verzekeren te dragen zijn voor patiënten. Wordt hier een grens van een bepaald bedrag gehanteerd? Wordt er rekening gehouden met een verwacht besteedbaar inkomen van patiënten? Stelt het kabinet met het wijzen op het specifieke maatwerk van de bijzondere bijstand dat het kan gebeuren dat patiënten zoveel kwijt zijn aan noodzakelijke, niet-verzekerde zorg, dat zij in de bijstand raken? Welke reflectie heeft het kabinet hierop? De leden van de ChristenUnie-fractie vragen aanvullend hoe het misverstand rond de voedingssupplementen kalium en magnesium kon ontstaan. Deze leden zijn opgelucht dat het een misverstand bleek dat voedingssupplementen die essentieel zijn voor sommige chronisch zieken toch vergoed blijven worden. Zij betreuren wel de onrust en commotie die dit misverstand bij patiënten teweeg heeft gebracht. Op welke manier zet het kabinet zich in om dit in de toekomst te voorkomen?

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat wat hen betreft een belangrijk onderdeel van goede zorg, en zeker in de langdurige zorg, het menselijke contact is. Dit menselijke contact is niet «bewezen effectief», maar wat deze leden betreft niet te missen in de zorg. Op welke manier wordt bijvoorbeeld tijd voor de cliënt meegewogen in de toets op de langdurige zorg? Is het kabinet het bovendien met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat zeker in de langdurige zorg op individueel niveau efficiëntie op gespannen voet kan staan met kwaliteit van zorg?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de hoofdlijnenbrief over het verbeteren van de toets op het basispakket. Zij willen hierover enkele vragen stellen aan het kabinet.

De leden van de SGP-fractie lezen dat het kabinet het van belang vindt dat naast de effectiviteit volgens de stand van de wetenschap en praktijk, ook andere pakketcriteria meer gewicht krijgen. Deze andere criteria krijgen eventueel ook een grondslag in wet- en regelgeving. Hierbij worden, in aanvulling op de meerwaarde voor de patiënt of cliënt, de volgende elementen van het Kader Passende zorg in elk geval meegenomen: de kosten ten opzichte van de effectiviteit van de zorg (kosteneffectiviteit) en de arbeidscapaciteit die nodig is, evenals noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. De leden van de SGP-fractie hebben hierover de volgende vragen. Wanneer wordt duidelijk of deze criteria daadwerkelijk in wet- en regelgeving worden opgenomen? Waar hangt dit nog vanaf? Hoe ziet het kabinet de onderlinge verhouding tussen de verschillende criteria, kunnen bepaalde criteria zwaarder wegen dan andere? Het kabinet geeft aan dat zij hierover met de Kamer in gesprek wil, maar geeft hier zelf geen duidelijkheid over. De leden van de SGP-fractie willen hierbij meegeven dat zij het criterium duurzaamheid een ingewikkelde vinden in relatie tot passende zorg en het verminderen van de kosten van zorg. Voor hen weegt een besparing op arbeid of kosten uiteindelijk zwaarder dan het criterium duurzaamheid.

Verder vragen de leden van de SGP-fractie in hoeverre het kabinet de kosten of de noodzakelijkheid van een bepaalde vorm van zorg of behandeling ziet als iets dat vraagt om een politiek besluit en in hoeverre is dit een afweging die het Zorginstituut onafhankelijk kan maken. Hoe voorkomt het kabinet dat inhoudelijke beoordeling door het Zorginstituut en politieke beoordeling door elkaar lopen of met elkaar vermengd raken?

De leden van de SGP-fractie lezen dat het kabinet een discussie wil voeren over een kader dat beschrijft hoe we de individuele interventies beoordelen om beschikbare financiële middelen over de zorg solidair verdelen. Wie gaat dit kader opstellen? Wanneer wil het kabinet dit kader publiceren?

De leden van de SGP-fractie lezen dat het niet mogelijk noch wenselijk is om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere periode opgenomen is in het basispakket. Er wordt daarom een «maatschappelijk relevant agenderingskader» ontwikkeld om te bepalen welke zorgvormen het meest relevant zijn om te toetsen. Wie stelt dit kader op en wanneer wordt dit opgeleverd? Welke partijen zijn hierbij betrokken?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de Kamerbrief van het kabinet. Het lid van de BBB-fractie denkt dat dit een belangrijke aanzet is naar meer passende zorg, maar ziet ook dat het soms een ingewikkeld proces is. Het lid denkt daarom dat hier zeer zorgvuldig mee om moet worden gegaan, waarbij de zwaarte die gegeven wordt aan de verschillende criteria die het kabinet noemt, goed moet worden benoemd en afgewogen. Het lid heeft een aantal vragen aan het kabinet.

Het lid van de BBB-fractie wil graag ingaan op het voorbeeld dat het kabinet in de Kamerbrief noemt over de sensoren voor het meten van glucose. Dit is inderdaad een prachtige innovatie die zowel patiënt als behandelaar snel en duidelijk inzicht geeft. Het zorginstituut vindt de continu glucosemeter van aantoonbare meerwaarde voor patiënten die met name een wat zwaardere vorm van diabetes hebben. Toch valt de gang van zaken rondom deze sensoren volgens het lid van de BBB-fractie beslist niet onder effectieve of passende zorg. Ten eerste zijn er patiënten die deze sensoren vergoed krijgen en deze standaard om de zoveel weken

ontvangen. Ze gebruiken de sensoren echter niet en verkopen deze bijvoorbeeld via marktplaats (de zoekopdracht «freestyle libre sensor levert al verschillende «hits» op). Ze worden verkocht voor bedragen tussen de 40 en 55 euro. De nieuwprijs voor een setje ligt rond de 67 euro. Ze worden gekocht door mensen met diabetes die niet in de categorie vallen die aangewezen is door het Zorginstituut: mensen met een lichtere vorm die hiermee hun glucose beter kunnen reguleren en kunnen voorkomen dat ze een zwaardere vorm van diabetes krijgen. Wat het lid van de BBB-fractie betreft is dit niet de bedoeling van passende zorg: wanneer iemand een hulpmiddel niet gebruikt hoort deze patiënt het niet te ontvangen. Daarnaast zou het voorkomen van meer ernstige vormen van ziekte door het gebruik van een hulpmiddel juist als zeer passend en effectief te beoordelen. Kan het kabinet daar een reflectie op geven en kan het kabinet aangeven of dit ook meegenomen kan worden bij het bepalen van de afwegingskaders?

Het lid van de BBB-fractie wil ook zelf een voorbeeld inbrengen: bij de hartrevalidatie (na een doorgemaakt hartinfarct) wordt er volledig ingezet op hartinfarcten die ontstaan door aderverkalking, dus de aanpak van hoog cholesterol, hoge bloeddruk, via beweging, voeding en het aanpakken van stress. Maar niet elk hartinfarct wordt daardoor veroorzaakt. In geval van een spontane scheuring van de slagader wordt er toch een traject van reguliere hartrevalidatie ingezet, ongeacht of er sprake is van een hoge bloeddruk, gebrek aan beweging en dergelijke. Weliswaar gaat het hier om een beperkte groep mensen op jaarbasis, maar het is geen passende zorg en speelt ongetwijfeld ook bij andere ziektes en aandoeningen. Er wordt een behandelprotocol ingezet dat niet passend is. Als de patiënt liever op een andere manier, bijvoorbeeld via de fysiotherapeut, aan revalidatie wil doen, valt dit onder «fysiotherapie» en is er nauwelijks vergoeding. Welke oplossing ziet het kabinet voor dit probleem? En hoe wordt dit probleem ondervangen met de voorgestelde aanpak?

Het lid van de BBB-fractie leest dat indien middelen worden toegelaten met onzekerheid, het niet mogelijk is om afspraken over monitoring naar de inzet en de effecten in de praktijk te verplichten. Wat is de reden dat dit niet verplicht gesteld kan worden?

Het lid van de BBB-fractie heeft ook enkele vragen over kosteneffectiviteit. Hoe worden bijwerkingen meegenomen binnen het criterium van kosteneffectiviteit? Als een middel zeer effectief is en betaalbaar maar wel tot veel bijwerkingen leidt, worden die bijwerkingen dan meegewogen? En worden bijwerkingen dan meegenomen in de zin van «kwaliteit van leven» of worden bijwerkingen alleen meegenomen als deze weer leiden tot een beroep op de medische zorg en dus kosten voor de zorgverzekeraar? Kortom: hoe worden bijwerkingen meegenomen bij de beoordeling? Aansluitend daarop de vraag: op welke wijze wordt «kwaliteit van leven» meegenomen, er vanuit gaande dat dit niet voor iedereen gelijk is?

Het lid van de BBB-fractie wil graag weten of er vooraf aan het uit het basispakket nemen van zorg ook afstemming is met patiëntenverenigingen. Zo ja, hoe wordt er dan met deze input omgegaan? Daarnaast vraagt het lid van de BBB-fractie het kabinet hoe het zit met het financieren van onderzoeken die de effectiviteit van zorg moeten aantonen. Het kabinet geeft aan dat de financiering van onderzoek in beginsel bij de markt ligt. Is dit in lijn met een objectieve beoordeling? Hoe houdt het kabinet daar zicht op? Hoe wordt voorkomen dat zorg uit het basispakket verdwijnt omdat er geen financiële middelen zijn voor het onderzoek dat noodzakelijk is om de effectiviteit nu aan te tonen?

Ten slotte merkt het lid van de BBB-fractie op dat de voorgestelde aanpak voor mensen met zeldzame aandoeningen wellicht niet gunstig uitpakt. Het is immers veel lastiger om de effectiviteit aan te tonen als er sprake is van kleine groepen mensen en middelen niet zo vaak worden ingezet. Hoe gaat het kabinet ervoor waken dat deze aanpak niet ten koste gaat van de zorgverlening aan mensen met een zeldzame aandoening?

Het lid van de BBB-fractie kijkt uit naar de beantwoording van de vragen door het kabinet.

II. Reactie van het kabinet