

Tweede Kamer, Zorgverzekeringsstelsel

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 juni 2023 overleg gevoerd met de heer Kuipers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 december 2022 inzake aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen (29689, nr. 1176);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 april 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen (Kamerstukken 29689/32805-1176) (29689, nr. 1190);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 mei 2023 inzake reactie op petitie Nederlandse Coeliakie Vereniging "Extra kosten glutenvrij dieet" (29689, nr. 1193);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van Hartwig Medical Foundation over uitvoering motie-Van Brenk/Sazias over de uitgebreide DNA-test voor patiënten met uitgezaaide kanker opnemen als te vergoeden zorg (Kamerstuk 35383-4) en motie-Den Haan/Kuiken over uitbehandelde kankerpatiënten met een nog goede conditie toegang geven tot uitgebreide moleculaire diagnostiek (Kamerstuk 29477-716) (31765, nr. 647);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 december 2022 inzake informatie aanpak monitor vitamine D uit basispakket (29477, nr. 793);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 december 2022 inzake hoofdlijnen verbeteren en verbreden toets op het basispakket (29689, nr. 1174);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 mei 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over hoofdlijnen verbeteren en verbreden toets op het basispakket (Kamerstuk 29689-1174) (29689, nr. 1194);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 januari 2023 inzake adviesrapport van Zorginstituut Nederland "Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket" (29689, nr. 1179);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie over het artikel Arts houdt lang vast aan zinloze behandeling rugpijn (29248, nr. 339);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 mei 2023 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2024 (29689, nr. 1195);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 mei 2023 inzake wijziging basispakket Zorgverzekeringswet 2024 (29689, nr. 1196);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2022 inzake vormgeving risicovereveningsmodel 2023 (29689, nr. 1150);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 april 2023 inzake overstapseizoen 2022-2023 (29689, nr. 1191);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 augustus 2022 inzake "Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2021" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (29689, nr. 1165);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 september 2022 inzake definitieve besluitvorming risicoverevening 2023 (29689, nr. 1166);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2022 inzake reactie op de motie van de leden Van den Berg en Hijink over het aanpassen van de definitie rondom nagenoeg gelijke polissen (29689, nr. 1169);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 november 2022 inzake NZa-monitor zorgverzekeringen 2022 (29689, nr. 1171);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 november 2022 inzake noodzaak collectieve afspraken medisch-specialistische zorg & wijkverpleging (29248, nr. 337);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 november 2022 inzake reactie op verzoek commissie op petitie "Behoud de keuzevrijheid voor insuline bij diabetes type 1" van DON (29477, nr. 788);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 november 2022 inzake reactie op motie Paulusma en Van den Berg over de mogelijkheden voor een wettelijk keuzerecht op digitale zorg voor patiënten (Kamerstuk 31765-596) (27529, nr. 286);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 november 2022 inzake maatregelen (energie)prijzen (semi)collectieve sector VWS-terrein (36200-XVI, nr. 146);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 november 2022 inzake reactie op de nader gewijzigde motie van de leden Ceder en Kat over onderzoeken welke (financiële) effecten het afschaffen van de opslag uit de Regeling wanbetalers heeft (Kamerstuk 24515-640) (24515, nr. 653);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de artikelen "Zorggrens bereikt. Zorgverzekeraar CZ: 'Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is'" en "Zorgpremie voor velen molensteen" (31765, nr. 697);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maart 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over de reactie op verzoek commissie over de artikelen "Zorggrens bereikt. Zorgverzekeraar CZ: 'Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is'" en "Zorgpremie voor velen molensteen" (31765, nr. 763);
- de brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 6 december 2022 inzake cijfers niet-gecontracteerde wijkverpleging (23235, nr. 219);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 november 2022 inzake Verzekerdenmonitor 2022 (29689, nr. 1173);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake stand van zaken toegankelijkheid medisch specialistische zorg (29248, nr. 338);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de ontstane situatie in relatie tot ambities met passende zorg en doelstellingen in IZA (2022Z24927);
- de brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 30 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium inzake de vrije artsenkeuze en het voornemen tot het verlagen van de tarieven door verzekeraars voor ongecontracteerde ggz- en wijkverplegingaanbieders (29689, nr. 1177);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 januari 2023 inzake reactie op de motie van de leden Hammelburg en Paulusma over het zo goed mogelijk uitvoering geven aan adviezen over de communicatie over de zorguitgaven (Kamerstuk 35975-6) (36250, nr. 26);
- de brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 8 februari 2023 inzake reactie op verzoek commissie over het manifest Menswaardige zorg voor elke burger (31765, nr. 706);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 februari 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de gewijzigde motie van het lid Omtzigt c.s. over een regeling waarin is vastgelegd wat een passende vergoeding is voor de stroomkosten in 2023 (Kamerstuk 36252-35) (36200-XVI, nr. 202);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 maart 2023 inzake reactie op de gewijzigde motie van het lid Omtzigt c.s. over een regeling waarin is vastgelegd wat een passende vergoeding is voor de stroomkosten in 2023 (Kamerstuk 36252-35) (36200-XVI, nr. 203);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 februari 2023 inzake werkagenda gezamenlijk beleidsadvies van NZa, Zorginstituut en ACM (29477, nr. 801);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 februari 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over de NZa-publicatie Stand van de zorg 2022 (29689, nr. 1180);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2023 inzake reactie op verzoek commissie op petitie "Vergoed alle spraakcomputers; iedereen een stem" van ISAAC-NF d.d. 24 januari 2023 (29689, nr. 1181);
- de brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 27 maart 2023 inzake onderzoeksrapport uniformeringsmogelijkheden hulpmiddelenreglementen zorgverzekeraars (29689, nr. 1188);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 april 2023 inzake reactie op verzoek commissie inzake vergoeding voor vitrificatie van eicellen bij vervroegde overgang (2023Z05797);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 april 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de uitspraak van Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen inzake de vergoeding van stroomkosten (36200-XVI, nr. 218);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juni 2023 inzake beleidsreactie op het adviesrapport van het Zorginstituut over passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg (29689, nr. 1197);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 mei 2023 inzake reactie op verzoek commissie over het artikel in Zorgvisie over Jochen Mierau met als titel "Zorgstelsel loopt op zijn laatste benen" (31765, nr. 784);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 juni 2023 inzake voortgang verbeteren contracteerproces (29689, nr. 1198);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juni 2023 inzake toezeggingen en moties rondom zorgverzekeringen/zorgverzekeraars (29689, nr. 1199).

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

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

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

Voorzitter: Den Haan
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bushoff, Dijk, Ellemeet, Den Haan, Paulusma, Van der Plas en Tielen,

en de heer Kuipers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 12.01 uur.

De **voorzitter**:

Goedemiddag, allemaal. Aan de orde is een commissiedebat over het zorgverzekeringsstelsel. Ik heet van harte welkom de minister van Volksgezondheid en zijn ambtenaren en aan de linkerkant mijn collega's mevrouw Van den Berg van het CDA, mevrouw Ellemeet van GroenLinks, mevrouw Paulusma van D66, meneer Bushoff van de Partij van de Arbeid en meneer Dijk van de Socialistische Partij, de SP. En natuurlijk heet ik ook van harte welkom de mensen op de publieke tribune en de mensen die aan de andere kant van het scherm meekijken.

De collega's hebben vandaag zes minuten spreektijd en ik wil eigenlijk voorstellen dat wij acht interrupties doen. Die mag u wat mij betreft zelf indelen. Als wij dat heel gedisciplineerd doen en er aan het eind nog wat ruimte over is, kunnen we nog een veegronde doen voor de laatste vragen.

Ik wil dan nu beginnen door mevrouw Van den Berg het woord te geven.

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

Dank u wel, voorzitter. Ons zorgstelsel staat onder druk. We zien nu al een hoge werkdruk en we weten dat de zorgvraag nog verder gaat stijgen door de aankomende

vergrijzingsgolf. Voor het CDA is de kern dat we de huidige solidariteit in het zorgstelsel willen behouden en de zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar willen houden.

Voorzitter. Door sommige partijen wordt voorgesteld om de marktwerking uit de zorg te halen. Het CDA is van mening dat marktwerking onder andere zorgt voor innovatie en efficiency, en die blijven beide nodig. Competitie verlaagt daarnaast de prijzen in een markt waarin het aanbod groter is dan de vraag. We zien nu echter dat er steeds meer schaarste komt, met een averechts effect op de zorg. Wat het CDA betreft zijn er enkele ingrepen binnen het stelsel nodig om diverse perverse prikkels uit het stelsel te halen. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving adviseerde in het gisteren verschenen rapport *Met de stroom mee* ook om die prikkels eruit te halen.

Meneer Mohandis van de PvdA en ik hebben in dat kader een motie ingediend om de torenhoge tarieven van sommige zzp'ers aan te kunnen pakken. Zorginstellingen worden nu onbestuurbaar en komen in financiële problemen. Recentelijk is ook een motie van mevrouw Westerveld van GroenLinks en mij aangenomen om de minister meer grip te laten krijgen om de cruciale ggz-zorg te kunnen borgen. Als dat overzicht er is, moet volgens het CDA worden gekeken naar de wijze van financiering, want de mensen die ggz-zorg het hardst nodig hebben, komen nu vaak het laatst aan bod.

Tijdens de begrotingsbehandeling is er een motie van mevrouw Ellemeet van GroenLinks en mij aangenomen om het Zorginstituut meer bevoegdheden te geven om passende zorg vorm te geven, want niet alles wat kan, is bewezen effectief en/of zinvol. In de brief van 16 juni wordt die motie niet genoemd, maar het doet het CDA wel goed dat de motie integraal wordt opgepakt. Het is goed om te lezen dat het veld hier in een vroeg stadium bij betrokken wordt, want andere financiering kan wat het CDA betreft ook onderdeel zijn van de oplossing. Zo heb ik in de discussie over zorginnovatie bepleit algemene apotheken te financieren op basis van populatiebeposting in plaats van op receptenvergoeding. Wat vindt de minister van dat voorstel?

Wat vindt de minister van het idee om naar de bekostiging van de huisarts, het inschrijfgeld voor huisartsen en de aankoop van een praktijk te kijken zodat commerciële ketens ontmoedigd worden? Ik denk dan bijvoorbeeld aan meer populatiebeposting bij het inschrijfgeld. Als we naar een andere bekostiging zouden gaan, zouden commerciële ketens het misschien minder aantrekkelijk gaan vinden om huisartsenzorg aan te bieden, want ze kiezen nu met name patiënten met lichte zorgvragen. Ze hoeven nu weinig te doen, maar cashen wel en dat willen we veranderen. Belangrijk is dat het tempo hoog is en daarom krijgen we graag nog voor de begrotingsbehandeling een voortgangsrapportage.

Voorzitter. Wat de zorg ook onbetaalbaar maakt, is dat 30% tot 40% van de arbeidstijd aan administratie wordt besteed. Het CDA wil dat daar nu echt stappen worden genomen. Daarom dien ik samen met mevrouw Ellemeet een amendement in bij de Verzamelwet VWS om de jaarverantwoording voor eerstelijns aan te passen. Daarnaast heeft de CDA-fractie een digitaal zwartboek gemaakt en een meldpunt geopend samen met CDA Verpleegkundigen en Verzorgenden. Ik zou graag zien dat de minister een exemplaar van het boek overhandigd krijgt. De collega's hebben het allemaal per e-mail ontvangen om printpapier te besparen.

Voorzitter. Een van de klachten is dat zorgverzekeraars, Zorgautoriteit en inspectie vaak

dezelfde vragen stellen. Is de minister bereid te bezien of er een portaal gemaakt kan worden, zodat zorgaanbieders maar één keer alles hoeven in te kloppen? Ik krijg daarop graag een toezegging en anders wil ik samen met mevrouw Agema van de PVV daarvoor een motie maken.

Voorzitter. Wat is de stand van zaken met betrekking tot het manifest Mens met naam, een initiatief van mevrouw Rina Arendse? Het ministerie is met haar in gesprek geweest. Wat is de laatste stand van zaken en wat zijn de vervolgstappen?

Voorzitter. Steun van het CDA om ongecontracteerde zorg aan te pakken. Maar nu weten mensen op het moment van polisafsluiting vaak niet wat er wel of niet volledig wordt vergoed. Dat kan niet. Wat gaat de minister daaraan doen? En wat gaat de minister doen om kleine zorgaanbieders een betere onderhandelingspositie te geven?

In juli 2019 is een motie van het CDA, D66 en GroenLinks aangenomen om te onderzoeken wat de voor- en nadelen en kosten en opbrengsten zijn van het opnemen van fysiotherapie voor chronisch zieken in het basispakket. Het is goed om in de beleidsreactie van 1 juni te lezen dat de motie nu eindelijk wordt uitgewerkt. Maar wat vindt de minister van de idee om ook een sociale-impactanalyse te doen? Want het heeft ook effecten op andere stukken van de samenleving.

Voorzitter. Risicoverevening tussen zorgverzekeraars is van essentieel belang voor het behoud van solidariteit in het stelsel, maar nog steeds wordt er gewerkt met een klassiek lineair model, terwijl modellen gebaseerd op kunstmatige intelligente veel betere resultaten geven. Is de minister het met het CDA eens dat we naar machine learning moeten en daartoe ook de wet moeten aanpassen?

Voorzitter, tot slot. Tijdens het Interparlementair Koninkrijksoverleg bleek dat studenten uit het Caribisch deel van het Koninkrijk op een opleiding van minder dan drie jaar niet in aanmerking komen voor de basisverzekering zorg en ook niet voor de zorgtoeslag. Er schijnen allerlei praktische dingen te spelen, maar onze kernvraag is: is de minister bereid dat op te pakken?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. U heeft een aantal interrupties, om te beginnen van meneer Bushoff.

De heer Bushoff (PvdA):

Ik hoorde best wel heel veel goede punten in het verhaal van het CDA, maar op één punt sloeg ik nog wel even aan, namelijk of je fysiotherapie voor chronisch zieken misschien zou moeten vergoeden en of je daarvoor een sociale-impactanalyse zou moeten maken. Toen dacht ik: zouden we dat eigenlijk ook niet moeten doen voor mondzorg?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Mondzorg? Je kan best kijken wat de effecten daarvan zouden zijn, maar als we daarover willen nadenken, moeten we ook naar andere basiseisen kijken. Laat ik een simpel voorbeeld geven. Een halfuur fysiotherapie is €32 en een halfuur mondzorg is

€89. Dus wat ons betreft moet je dan ook met elkaar over tarieven willen spreken en ook bereid zijn om te bekijken wat er dan wel of niet in het basispakket behoort te zitten. Laat ik er heel duidelijk over zijn dat wij er in ieder geval tegenstander van zijn dat mondzorg integraal en lock, stock and barrel in het basispakket zou komen.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Oké, daar verschillen we dan wellicht nog enigszins van mening over, maar het is toch wel goed om dit te horen. Stel dat er een voorstel komt om in ieder geval te onderzoeken wat het oplevert om een deel van de mondzorg onder te brengen in het basispakket, dan kan dat naar ik begriip op de steun van het CDA rekenen.

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

Ik ben altijd heel benieuwd wat de uiteindelijke precieze bewoording van voorstellen is. Maar ik ben altijd bereid om overal naar te kijken.

De heer **Dijk** (SP):

Ik hoorde het CDA zeggen: de markt heeft ook goede kanten, maar dan moeten we wel naar een systeem toe waarin we de solidariteit in ieder geval behouden. Maar vervolgens komt mevrouw Van den Berg met het verhaal dat zorgverzekeraars heel veel administratieve druk op zorgverleners en zorgorganisaties leggen. Zij wil daar een portaal voor oprichten, weer iets totaal nieuws. Mijn vraag is: waarom wilt u dit probleem van wantrouwen van zorgverzekeraars in de mensen die in de zorg werken en organisaties die zorg leveren niet gewoon aanpakken? Dat zou én goedkoper én efficiënter zijn en bovendien al die bureaucratisch rompslomp uit de weg helpen. Ik had een beetje verwacht dat het CDA iets meer op die toer zou gaan.

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

Ik ben heel blij met deze vraag, want dat is precies wat wij beogen. Even twee verschillende dingen. Het ene is de administratie, dus alle administratie die gevraagd wordt door zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeentes, beroepsgroepen zelf en instellingen zelf. Die moet sterk worden verminderd. Dat is ook wat er staat in het zwartboek dat ik u zojuist heb toegestuurd. Het andere is dat je zegt: je zal altijd een bepaalde verantwoording moeten geven. Ik hoor dan van zorginstellingen dat zij dat doen voor de Zorgautoriteit, de zorgverzekeraars en de inspectie. Ze moeten dan voor 80% dezelfde dingen doen, want het wordt steeds net wat anders uitgevraagd. In plaats van dat we zeggen: wij maken één portaal waarin die gegevens maar één keer ingeklopt hoeven te worden, en waar volgens de verzekeraar en de inspectie ... Wat was nou de derde? De Zorgautoriteit! Als die die dingen eruit kunnen halen, scheelt dat enorm veel tijd. Dus het een heeft te maken met het verminderen van de hoeveelheid informatie en het andere heeft te maken met het vergemakkelijken van het aanleveren van de informatie die er dan nog aangeleverd moet worden.

De **voorzitter**:

Ik zie dat er verder geen interrupties meer zijn voor u. Ik geef het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Gisteren heeft de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving dit advies gepubliceerd. Ik ben naar de presentatie gegaan en het was vooral heel interessant om te horen wat hun probleemanalyse is. Ze zeggen dat het stelsel enorm

onder druk staat en eigenlijk niet meer houdbaar is. Dat zit 'm volgens hen in drie dingen.

Allereerst zit het 'm in de sterke fragmentatie van de zorg. We hebben het met heel veel wetten en heel veel zorgprofessionals gewoon te ingewikkeld gemaakt. Als jij ziek bent, heb je soms wel met vijf of tien zorgprofessionals te maken. Dus fragmentatie is een groot probleem.

Dan is er de betaalbaarheid van de zorg voor individuen. Ik vond het een schokkend cijfer dat 10% van de mensen die recht hebben op zorgtoeslag, geen gebruik maakt van de zorgtoeslag. Deze mensen zijn gewoon bang dat ze in een systeem terecht komen waarin ze uiteindelijk boetes moeten betalen aan de overheid. Dus 10% van de mensen maakt geen gebruik van die zorgtoeslag! Eigen betalingen lopen natuurlijk ook gierend uit de hand voor sommige mensen. Dus de betaalbaarheid is een probleem.

Het derde punt dat zij noemen, is de ongelijkwaardige afweging tussen publieke waarden. Hoe we de zorg op macroniveau betaalbaar houden, heeft de afgelopen jaren wel heel erg veel nadruk gekregen. We hebben daardoor veel minder gekeken naar kwaliteit en toegankelijkheid.

Voorzitter. Ik vind het een interessante analyse, ook al ben ik het niet eens met alle oplossingsrichtingen. Maar wat ik ook belangrijk vind, is te snappen hoe we terecht zijn gekomen waar we terecht zijn gekomen. Ik las een heel boeiend artikel, gepubliceerd door de Cambridge University Press, van vier onderzoekers die hebben gekeken hoe de wijziging van ons zorgstelsel in 2006 en de financiële crisis in 2007 op elkaar hebben ingewerkt. Wat voor soort zorgstelsel hebben die veroorzaakt?

Je ziet dat het eigenlijk steeds meer ging om alles wat er in de zorg gebeurt heel intensief te monitoren en dan met name financieel. In 2007 kreeg je de financiële crisis. Wat gebeurde er? De zorgverzekeraars moesten zich aan allemaal extra regels gaan houden. Dat gold voor alle verzekeraars in Europa, hè. Solvency II heette dat systeem. En de banken moesten ook strenger gereguleerd worden en zelf strenger gaan reguleren. Daar had je Basel III voor. Die twee begrippen werkten door in de relatie tussen de banken en de zorgaanbieders, en de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

De banken gingen al het zorgvastgoed zien als een heel groot risico. Daarom moest er van alles heel intensief gemonitord worden en moest er allerlei informatie overlegd worden. De zorgverzekeraars moesten ook heel goed kunnen uitleggen waarom zij uitstaande leningen hadden bij zorgaanbieders en waarom er nog schulden waren. We hebben dus met z'n allen een systeem gecreëerd met risicomanagement als kern. Alle financiële risico's moesten gemanaged worden en dat leidde tot heel veel extra administratie. Dat speelde in de relatie tussen de banken en de verzekeraars, én de zorgaanbieders. Dat hele idee, dat hele concept van risicomanagement is doorgesijpeld tot in de dagelijkse praktijk, de werkvloer van de zorg.

Het systeem van risico mijden en risicomanagement is nu leidend in de zorg en daar hebben we allemaal last van. Om te weten welke kant we op willen met ons zorgstelsel en wat we willen veranderen moeten we ons hiervan bewust zijn. Het draait allemaal om risicomijding en risicomanagement. Wat dit extra interessant maakt en wat een van de grootste uitdagingen is die we nu hebben, is het zorgpersoneel behouden en waar

mogelijk aantrekken. En dat zijn nou precies de mensen die zeggen: wij worden gierend gek van al die verantwoording. En dat heeft dus alles te maken met dat risicomangement. Ik denk dat je uiteindelijk een stelsel zult moeten hebben dat dienend is aan de grote opgaven van deze tijd. Een van de grootste opgaven van deze tijd is het behoud van personeel en het blij maken van het zorgpersoneel. Daarom zullen we iets aan het stelsel moeten veranderen.

Voorzitter. Ik word nu een stukje concreter, want het was tot nu toe een analyse. Maar ik denk wel dat het belangrijk is dat we ook op dat niveau over ons stelsel praten. Wat moeten we nu veranderen? Die fragmentatie! Wie hebben daar vooral last van? Dat zijn de kwetsbare ouderen, want die zitten vast in verschillende wetten. Daar moeten we wat aan gaan doen en daarom vraag ik de minister of hij dit probleem ook ziet. En is hij dan bereid om te kijken wat we aan ons zorgstelsel kunnen veranderen om juist die kwetsbare ouderen passendere zorg en een passender zorgsysteem te geven?

Dan die financiële toegang tot de zorg. Die zou iedereen moeten hebben. Wat kunnen we nou doen om die zorgtoeslag te schrappen? Hoe maken we de zorg betaalbaar voor iedereen zonder dat mensen die zorgtoeslag nodig hebben? Dan denk ik natuurlijk aan de zorgpremie, die te hoog is. En we zitten ook weer vast in een Europees systeem. 50% moeten mensen zelf aanleveren en 50% mag gefinancierd worden door de overheid. Ziet de minister opties om daar iets aan te veranderen, zodat we bijvoorbeeld een groter deel van de premie uit de belastingen kunnen betalen en dan die zorgtoeslag niet meer nodig hebben?

Een volgend punt is de wanbetalersregeling. Veel mensen zitten vast in een wanbetalersregeling en betalen een boete voor het feit dat zij hun zorg niet kunnen betalen. Kan de minister die boete op dat wanbetalen niet schrappen? Want daar hebben ook veel mensen die werken in de zorg, last van. Ik noem bijvoorbeeld thuiszorgmedewerkers die hun eigen zorg niet meer kunnen betalen.

Voorzitter. Een punt dat ook relevant is in deze discussie over het stelsel, betreft de artsen in loondienst. Het staat zo mooi in het coalitieakkoord: als er niet voldoende voortgang geboekt wordt bij artsen in loondienst, dan komen we met regelgeving. Hoe staat het met die voortgang? Zijn er nu veel meer artsen in loondienst en, zo nee, gaat de minister daar dan iets aan doen?

Een ander belangrijk punt voor een werkzaam zorgstelsel is de preventie. Het zou veel meer moeten gaan over preventie. Dat zeggen we allemaal, en toch gebeurt er veel te weinig op dat gebied. Een concreet voorbeeld is fysiotherapie. Fysiotherapie werkt ook preventief en zorgt ervoor dat allerlei andere kosten die we met elkaar moeten opbrengen, worden vermeden. Ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Van den Berg: is het niet verstandig om ook te kijken naar een sociale impactanalyse als het gaat om de fysiotherapeuten?

Voorzitter. Ik rond af. Een ander onmisbaar element in een toekomstbestendig zorgstelsel is het aanpakken van klimaatverandering. Ik stel de volgende vraag aan de minister. Van het totale Klimaatfonds van 35 miljard is 42 miljoen bestemd voor het verduurzamen van de hele zorg. Dat is bij lange na niet genoeg. Ik zeg tegen de minister: ga terug naar de minister voor Klimaat en eis meer geld.

Voorzitter. Mijn allerlaatste punt gaat over passende zorg. Ik ben blij dat het CDA ook al heeft gezegd dat onze motie goed is uitgevoerd, maar ik denk dat het niet genoeg is als alleen het Zorginstituut aan het werk gaat. Ook de zorgverzekeraars zouden moeten kunnen eisen dat al die niet bewezen zorg — dat is meer dan 50% — in onderzoekssetting uitgevoerd wordt. Ik hoor daar graag een reactie op.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Voor D66 is het belangrijk dat bij een besluit om iets te vergoeden, de patiënt en de toegevoegde waarde voor de patiënt het uitgangspunt zijn. We moeten kritisch kijken naar het basispakket. Zet in op het financieren op basis van uitkomst in plaats van op de hoeveelheid behandelingen. Welke zorg heeft echt effect en heeft de patiënt daar ook daadwerkelijk baat bij?

De minister is dit jaar met een plan gekomen om de pakketcriteria aan te passen. Dat is wat mij betreft een goede zaak, omdat met de voorgestelde wijzigingen een breder palet aan maatschappelijke waarden wordt getoetst. Daar verwezen mevrouw Van den Berg en mevrouw Ellemeet al naar. Maar met meer criteria wordt het ook moeilijker om aan alle criteria te voldoen. Ik denk dan aan behandelingen voor kleine patiëntengroepen. Kan de minister aangeven hoe het pakket robuust genoeg wordt gemaakt om met verschillende situaties om te gaan?

D66 vindt preventie — mevrouw Ellemeet had het er ook al over — ook erg belangrijk. Hier hadden we het gisteren in het debat over het jaarverslag ook al over. Hoe wordt preventie meegenomen bij de verbrede toets op het basispakket? Waar nieuwe behandelingen het pakket in stromen, moeten oude behandelingen er ook weer uit. Eerder noemde de minister het wettelijk verankeren van het criterium kosteneffectiviteit en het verstevigen van de rol van het Zorginstituut als pakketbeheerder. Wat is de stand van zaken hierin?

Keuzes over wat wel of niet te vergoeden, verdienen aandacht, hulp en begrip van de samenleving. Burgerberaden lenen zich hier uitstekend voor. Naar aanleiding van mijn amendement is de minister aan de slag met een burgerberaad over de acute zorg. Dat is net zo'n belangrijk onderwerp. Hoe staat het hiermee? Is de minister het met mij eens dat juist bij moeilijke vraagstukken over vergoeding burgerberaden bijdragen aan een oplossing, maar ook aan beslissingen? Dat samen beslissen hoeft niet alleen via een burgerberaad en niet alleen vooraf. Ik begrijp dat we aan de voorkant kritischer kijken naar welke behandelingen beschikbaar worden gesteld, maar het is niet de enige knop waar we aan moeten draaien. Het komt nu nog te vaak voor dat patiënten zeggen: als ik dit had geweten, had ik die behandeling niet meer gedaan. Het zit 'm nu juist in dat stukje: als ik dit had geweten ...

Overbehandeling komt helaas nog veel te veel voor. Ik ben ervan overtuigd dat het verbeteren van samen beslissen, bijvoorbeeld door het een vast onderdeel te laten zijn van de opleiding of door verpleegkundigen nog beter te betrekken, kan helpen om overbehandeling te voorkomen, met als uitgangspunt zorg die passend is bij de behoefte

van de patiënt. Kan de minister aangeven welke plannen er zijn om dit "samen beslissen" nog meer te verankeren en de positie van verpleegkundigen te verstevigen?

Voorzitter. Heel veel zorg wordt in Nederland gelukkig vergoed, maar veel patiënten met een chronische aandoening lopen aan tegen zorgkosten die zij uit eigen zak moeten betalen. Dit is vaak een onwelkome verrassing. Zo zijn patiënten vaak niet goed op de hoogte van wanneer zij moeten bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg. Het is goed dat de minister inzet op het creëren van meer inzicht over die eigen betalingen, maar hoe staat het hiermee? We krijgen hier ook veel mails over. Kan de minister aangeven of de toegankelijkheid van verzachtende regelingen hier adequaat in wordt meegenomen?

Verder is de minister naar het plan van D66 aan de slag gegaan met het hervormen van het eigen risico. Dit betekent dat je niet in één keer €385 moet betalen voor een ziekenhuisbezoek, maar dat dit bedrag verkleind en gespreid wordt. Zo houd je een goede balans tussen de prikkel om een verantwoord beroep te doen op de zorg, zonder dat het een te hoge drempel is om zorg op te zoeken die je daadwerkelijk nodig hebt. De minister is voornemens het gespreide eigen risico vanaf 2025 in te laten gaan. Is dit nog steeds het streven, of kan het wellicht sneller? Kan de minister een toelichting geven op de stand van zaken?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Toch even een vraag over het hervormen van het eigen risico. De Partij van de Arbeid wil het eigen risico het liefst afschaffen, maar daar kan ik D66 misschien niet in meekrijgen. Ik vraag me wel af: klopt het dat bij de hervorming van het eigen risico ook een besparing van 100 miljoen is ingeboekt en dat dat betekent dat we ervan uitgaan dat de hervorming van het eigen risico ertoe leidt dat minder mensen zorg gaan gebruiken?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Zoals ik al zei, ben ik heel blij dat het D66-plan wordt uitgevoerd in het kader van de drempel om zorg te gebruiken. Het aantal zorg zorgmijders gaat namelijk omlaag doordat we dit bedrag gaan spreiden. Dat is wat mij betreft de insteek van dit plan. Zo moeten we het uitvoeren. Daarom wil ik graag een update van de minister. Het D66-plan was geen bezuinigingsplan, maar dit was er juist om ervoor te zorgen dat mensen die aanhikken tegen het betalen van het hoge bedrag in één keer, dat nu makkelijker kunnen betalen en daardoor wellicht ook minder zorg mijden.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Ik ben toch niet helemaal tevreden met dit antwoord. Want hoe verklaart D66 dan de bezuiniging die ingeboekt is? Betekent dat niet gewoon heel sec dat mensen ergens blijkbaar minder zorg gaan gebruiken? Anders zou je die bezuiniging toch niet kunnen verklaren? Dat vraag ik aan D66. Ik hoor dat het doel van D66 is om ervoor te zorgen dat mensen makkelijker zorg gaan gebruiken en de drempel lager wordt. Als het met deze maatregel niet lijkt te gebeuren, omdat een bezuiniging is ingeboekt, is D66 dan ook bereid om deze maatregel weer in te trekken?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Meneer Bushoff trekt een aantal conclusies of legt een aantal verbanden. Voor ons heeft het opknippen van het eigen risico primair als doel om zorg mijden te voorkomen. Dat is

wat ons betreft ook de insteek. Ik hoor graag van de minister hoe ver hij daarmee is en hoe het ervoor staat. Dan zullen we wellicht zien of gebeurt wat u zegt dat er gaat gebeuren. Dat is namelijk dat juist door het spreiden van het eigen risico, waarmee we de drempel verlagen, meer mensen zorg ontwijken. Ik ga ervan uit dat dat niet zo is.

De voorzitter:

Gaat u door.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dan het vrijwillige eigen risico. Hier heb ik vorig jaar een motie over ingediend samen met het CDA, de SGP en met de voorzitter. Ik wil graag weten of het vrijwillige eigen risico leidt tot kruissubsidiëring. Uit het rapport van Equalis blijkt dat dit voor een deel het geval is en dat het vrijwillige eigen risico kan leiden tot risicoselectie. Tegelijkertijd schetst hetzelfde rapport dat het vrijwillige eigen risico tot een verlaging van de collectieve zorguitgaven leidt. Het totale remgeldeffect wordt tussen de 75 miljoen en de 170 miljoen per jaar ingeschat. De minister zet in op het verscherpen van het risicovereveningsmodel, om zo die kruissubsidiëring af te laten nemen. Ik denk dat het een goede zaak is dat de minister hiermee aan de slag gaat, maar ik wil ook vragen welke andere opties de minister ziet om binnen dit stelsel de nadelen te verminderen.

Voorzitter, tot slot. Laat ik ook afsluiten met iets positiefs, staat hier. Ik was hiervoor volgens mij ook redelijk positief. Soms klinkt wat we hier allemaal in dit debat bespreken heel technisch, maar we hebben het vandaag uiteindelijk over hele wezenlijke zaken die mensen achter de voordeur raken. Ik wil graag twee punten noemen die mij zijn opgevallen bij het besluit zorgverzekering 2024. Een. De flexibele inzet van de aanspraak op kraamzorg. Het is heel mooi dat dit geregeld is, want hierdoor kan de kraamzorg meer inspelen op de behoefte van het gezin en het kind. Twee is de vergoeding van de medische kosten rondom eiceldonatie. De donatie voor een wensmoeder gaat worden vergoed, evenals ivf-behandeling. Het stemt mij heel hoopvol en blij dat dit nu op deze manier geregeld is en we een stap in de goede richting zetten.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. We hebben het over een heel groot onderwerp: het zorgstelsel. Daar kun je natuurlijk nooit in zes minuten alles over kwijt. Wat mij betreft is het zorgstelsel van de toekomst een duurzaam zorgstelsel. We weten dat 7% van de totale CO₂-uitstoot in Nederland veroorzaakt wordt door de zorg. Nu is er een Klimaatfonds. Daar zit 35 miljard in. We weten dat 7% van de uitstoot veroorzaakt wordt door de zorg. Ik heb aan de minister gevraagd: "Ga nu buurten bij uw collega, de minister voor Klimaat. Kom bij de behandeling van de Voorjaarsnota terug en vertel ons hoeveel u vrijmaakt voor het verduurzamen van de zorg." Ik was echt zo teleurgesteld over het bedrag waar hij mee kwam. Dat was namelijk 42 miljoen van de 35 miljard, terwijl 7% van de totale CO₂-uitstoot veroorzaakt wordt door de zorg en we weten dat een heel belangrijk onderdeel het verduurzamen van het vastgoed is. Dat kost nou net heel veel geld. Mijn vraag aan mevrouw Paulusma is dus: vind ik haar aan mijn zijde in mijn verzoek aan de minister om meer te eisen uit het Klimaatfonds, zodat we de zorg ook echt kunnen

verduurzamen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

U vindt mij denk ik op een heleboel onderdelen aan uw zijde als het gaat om verduurzaming. Aan de andere kant twijfel ik ook een beetje. Ik leg heel veel werkbezoeken af. Ik was laatst nog in het Spaarne, waar ze echt koploper zijn als het gaat om verduurzaming in de zorg. Daar kreeg ik naast de wens om geld ook verzoeken om regelgeving die al werkt op te schalen en om onderling veel meer kennis met elkaar te delen. Dat is overigens ook mijn ervaring vanuit de zorg. De goede dingen die op plek a gebeuren, worden namelijk nooit automatisch overgenomen op plek b. Iedereen schijnt namelijk z'n eigen methodes te moeten kiezen. Ik deel wel dat deze opgave heel groot is en dat die zeker in het vastgoed zit, maar ook in alles wat je weggooit en in het vervoer van patiënten. Hiermee hou ik ook een soort pleidooi voor meer digitalisering in de zorg. Ook al die vervoersbewegingen dragen namelijk bij aan de uitstoot. Maar ik denk niet dat het alleen een geldkwestie is. Ik denk dat het ook om al die andere onderdelen gaat. Ik ben wel benieuwd of de minister mogelijkheden ziet om daar nog versnelling in aan te brengen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat ben ik ook helemaal met mevrouw Paulusma eens. Ik heb ook al die werkbezoeken afgelegd. Het is fantastisch als je ziet dat ok's vergroend worden, dat we meer recyclen en dat er minder afval is et cetera. Dus helemaal eens dat dat hartstikke belangrijk is. Maar we hebben ook nog zoiets als harde cijfers. Die laten zien dat er tussen de 1,9 en 3,5 miljard euro nodig is om het vastgoed te verduurzamen, alleen al in de zorg. Er is 42 miljoen beschikbaar voor de hele zorg. Ik ben het helemaal eens met mevrouw Paulusma dat we heel veel moeten doen en dat het niet alleen om geld gaat, maar zonder geld kom je er niet. Dat moet mevrouw Paulusma toch ook wel zien?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Als ik flauw ben, zeg ik nu alleen ja. Dat zie ik zeker. Alleen, ik zie ook het volgende. Er ligt een hele grote vastgoedopgave. Die vastgoedopgave ligt er sowieso, want een heleboel zorgaanbieders moeten sowieso, los van de verduurzaming, kijken: "Wat bieden wij aan? Waar wonen mijn mensen? Moeten we vernieuwen? Is er sprake van nieuwbouw?" Ik denk dat een deel van deze opgaven in de reguliere exercitie zit. Ik deel wel de zorg van mevrouw Ellemeet dat de bedragen niet met elkaar matchen als je die naast elkaar legt. Maar ik wil eerst graag van de minister horen welke andere mogelijkheden er nog zijn dan alleen het vandaag vergroten van deze pot met geld. Geld is soms namelijk ook verlamdend. Ik zou heel graag willen dat dat niet gebeurt bij deze opgave in de zorg.

De heer **Dijk** (SP):

Ik hoorde net even het debatje met de heer Bushoff over het eigen risico en het spreiden van de boete voor ziek zijn. Want dat is het natuurlijk gewoon. Je komt één keer voor een medische handeling en het kost je €150. Dan kost het je nog een keer €150. Dat zijn alleen maar meer drempels. Ik kan me heel goed voorstellen dat daar een bezuiniging bij wordt ingeboekt. Mijn vraag is alleen: D66 ziet toch ook dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan het groeien zijn? Ik hoor graag een voorstel van D66 om dat te voorkomen. Het is een beetje in de lijn van wat mevrouw Ellemeet zegt, namelijk dat te veel mensen de zorgkosten niet meer kunnen betalen. Potverdorie, een op de vijf zorgmedewerkers kan dat niet meer. Dan mag ik toch van

een coalitiepartij die zegt dat sociaaleconomische gelijkheid belangrijk is als het gaat om gezondheid en dat het belangrijk is dat er een beetje een fatsoenlijk voorstel komt om ervoor te zorgen dat die verschillen verkleind worden. Ik hoor graag een, twee of misschien wel drie voorstellen van D66, want ik verwacht dat dat hun rol is in deze coalitie.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik was het heel erg eens met mevrouw Ellemeet. Ik zat zelfs non-verbaal mee te knikken. Ik miste alleen wel de opvolging. Die ga ik dan aan de heer Dijk teruggeven, via de voorzitter.

Ja, ik maak mij heel veel zorgen over de sociaal-economische verschillen, maar ik maak mij er nog veel meer zorgen over dat we allemaal denken die verschillen binnen VWS te moeten oplossen. Want een heel groot deel van de problemen waardoor mensen ziek worden, of zich eenzaam voelen of somber zijn, met alle gevolgen van dien, is niet begonnen als een gezondheidsvraagstuk, maar is begonnen omdat mensen problemen hebben op het werk, of in een schimmelwoning wonen, of hun huur niet kunnen betalen, of in een heel ingewikkelde en moeilijke relatie zitten waardoor ze thuis niet meer veilig zijn. Ik vind echt — dat mag u van een coalitiepartij verwachten — dat wij ervoor moeten waken dat we alles wat misgaat, oplossen binnen VWS. Want dan wordt dit een nog groter waterhoofd dan het al is, en ik denk dat we daar de mensen niet mee helpen. Hier doet D66 trouwens heel goede voorstellen op; kijk maar naar het afschaffen van het hele toeslagensysteem en allerlei belastingvoorstellen. Dus u vindt mij heel erg in "hier moet wat gebeuren", maar niet in dat dat enkel en alleen binnen VWS zou moeten.

De heer **Dijk** (SP):

Dat is geen antwoord op mijn vraag en u hoeft een socialist niet uit te leggen dat alles met elkaar samenhangt. Mijn vraag is nogmaals: ik wil één voorstel. Natuurlijk, gezondheidszorg zit er ook in, net zoals schimmelwoningen en de woon-, leef- en werkomstandigheden van mensen. Absoluut. Maar de gezondheidsverschillen worden óók veroorzaakt door de zorg. Ik zei u net al: als verdorie een op de vijf mensen die in de zorg werken de zorgkosten niet kan betalen, dan hoop ik dat ik hier een voorstel ... Mensen die in de zorg werken met grote tekorten ... Dan mag ik toch verdorie verwachten van een partij als D66 dat die met een voorstel komt om de zorg betaalbaar te maken voor mensen? Maar dat hoor ik helemaal niet. Ik hoor allerlei pleisters die geplakt worden op allerlei andere problemen. Het spreiden van het eigen risico: daar hebben mensen helemaal geen snars aan; dat eigen risico moet naar beneden of de zorgpremie moet naar beneden. Zo'n soort voorstel verwacht ik. Anders interesseert het u daadwerkelijk geen snars dat mensen in de zorg hun premies niet kunnen betalen en zorg mijden.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben deze toon gewend van de gemeenteraad uit Groningen, dus op zich trek ik dit nog aardig. Maar ik waardeer het niet bijzonder. Want als de SP de bijdrage van D66 had gevolgd, had dit wel iets minder gekund. Wat betreft het verwijt dat D66 pleisters aan het plakken is: die bal kan net zo hard terug. Want het enige wat de SP wil, is meer geld pompen in dit stelsel en dan naar de buitenwereld doen alsof dat de oplossing is, terwijl wij juist zeggen: laten we vooral kijken naar andere domeinen. Daar hadden we misschien eerder tempo in moeten maken, die hand wil ik wel in eigen boezem steken. Maar ga mij nou niet verwijten dat wij pleisters aan het plakken zijn; ú probeert het

stelsel gewoon op te blazen door er steeds meer geld in te pompen en niet de problemen aan de basis aan te pakken.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik sluit aan bij de heer Dijk, zeker na het laatste antwoord van mevrouw Paulusma, die zegt "jullie willen het stelsel opblazen door er meer geld in te pompen." Er zijn tal van organisaties die tegen ons zeggen: dit is het paard achter de wagen spannen. Kijk naar de mondzorg; de mensen stonden hier vorige week buiten. De apothekersorganisaties zeggen dat dingen uit het basispakket worden gehaald en niet meer worden vergoed, waardoor mensen hun medicijnen laten liggen omdat zij die niet meer kunnen betalen. Zij nemen die medicijnen dus niet langer in. Apothekers verliezen het zicht erop of mensen de middelen wel nemen. De gezondheid van mensen gaat daardoor achteruit. En je ziet dit ook bij de mondzorg. Artsen en specialisten slaan er gewoon alarm over. Het is dus toch helemaal geen kwestie van "het stelsel opblazen door er meer geld in te pompen"? Nee, je zorgt daarmee juist dat de tweedelijnszorg, dus wat allemaal daarna komt, minder gaat kosten. Ik vraag mij af waarom D66, maar ook andere partijen in deze Kamer, niet kijken naar wat het ons uiteindelijk oplevert. Meneer Dijk, de SP, BBB en GroenLinks willen helemaal het stelsel niet opblazen. Zij willen dat mensen gezond kunnen leven en gezond kunnen blijven, want dat willen we allemaal. Maar op deze manier gaat dat dus niet. Mensen worden gewoon steeds ongezonder.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Met "het stelsel opblazen" bedoel ik — ik proefde dit ook een beetje in de bijdrage van de heer Dijk en in die van mevrouw Van der Plas — dat we mensen die het moeilijk hebben, tegemoetkomen door hun eigen bijdrage te verlagen, of iets aan hun premie te doen of medicijnen kosteloos beschikbaar te stellen omdat zij die niet kunnen betalen. Ik vind ik dat je op die manier het systeem opblaast, want die rekening van deze maatregelen komt bij VWS terecht en daarmee bij ons allemaal. Maar ik vind helemaal niet dat we deze mensen moeten laten zitten. We moeten iets doen aan het probleem dat zij deze zorg niet kunnen betalen. Dat zit heel vaak op een andere plek dan binnen VWS. Dus ik ben het helemaal eens met het pleidooi van mevrouw Van der Plas dat mensen ongezonder worden als we op deze manier doorgaan. Maar ik zie de oplossing hiervoor niet in dit alleen vanuit VWS op te lossen, want dan lossen we de oorzaak van een heleboel problemen die een gezondheidsprobleem zijn geworden niet op.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Er is een aloude uitdrukking in Nederland die luidt: voorkomen is beter dan genezen. Maar wat wij nu aan het doen zijn, is de zorg uiteindelijk veel duurder maken omdat wij niet voorkomen. Is mevrouw Paulusma het daar dan in ieder geval mee eens?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb het idee dat we heel erg langs elkaar heen praten, want ik ben juist heel erg van voorkomen is beter dan genezen. Als mensen schulden hebben, moeten we dus iets aan die schulden doen en medicijnen goedkoper maken zodat mensen in schulden zichzelf medicijnen kunnen veroorloven waardoor ze minder ziek worden. Ik vind dat we wat aan die schulden moeten doen. Ik ben dus misschien nog wel meer van het voorkomen is beter dan genezen dan mevrouw Van der Plas hier net stelde.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik ben toch een beetje bezorgd over de antwoorden van mevrouw Paulusma, want het

lijkt alsof mevrouw Paulusma zich niet realiseert hoe ernstig de situatie is. D66 is een groot voorstander van preventie, een voorloper. De sluizen moeten open; er moet van alles gebeuren. Maar dé grote nekkenbreker bij preventie is het eigen risico. Op het moment dat jij je geneesmiddel niet meer kunt ophalen bij de apotheek omdat je de eigen betaling en het eigen risico — voor heel veel geneesmiddelen geldt allebei — niet kunt opbrengen, word je uiteindelijk een ziekere patiënt. Het gaat om heel grote bedragen, €20, €30, en kom je een heel pakket ophalen, dan is het zo €80. Dat is het volledige leefgeld van mensen. Als je je medicijnen voor hartfalen niet ophaalt, verergeren je hartklachten en je bloeddrukproblemen en weet ik veel wat. Kan mevrouw Paulusma inzien hoe ernstig de situatie is en dat die opgelost kan worden als we het eigen risico afschaffen? En kan zij inzien dat al vaak bewezen is dat als we dat doen, en de mensen vervolgens wél op tijd naar de dokter gaan en wél hun medicijnen slikken, zij dan niet duurdere patiënten worden?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik proefde of ik hoorde volgens mij twee vragen. Ten eerste realiseer ik mij heel goed hoe groot de ernst is, niet alleen vanuit een politiek standpunt maar ook vanuit mijn werkverleden. Ik weet heel, heel goed hoe groot de worsteling is. Ik sluit mij een beetje aan bij de woorden van mevrouw Ellemeet daarnet, die het had over het grote verhaal over het veranderen van het zorgstelsel. Voor mij zit daar heel erg aan vast dat we moeten ophouden met alles in dat zorgstelsel op te lossen. Daar moeten we voor waken. Ik ben het heel erg eens met mevrouw Agema dat we ervoor moeten zorgen dat mensen gezond oud kunnen worden, los van hun portemonnee. Maar dit punt moeten we niet alleen vanuit dit departement en met deze zorgbril op willen lossen. We moeten veel grotere stappen zetten op de dingen eromheen, zoals — ik verval een beetje in herhalingen — een veel effectievere schuldenaanpak om ervoor te zorgen dat mensen niet ziek worden omdat ze schulden hebben.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar dit is veel groter dan mensen die in schulden zitten. Ik heb het over mensen die weliswaar nog steeds de rekening betalen, maar die bij de apotheek hun medicijnen niet kunnen betalen omdat die €20, €30, €80 kosten. Zij kunnen dat niet betalen, want ze moeten ook nog leven, ze moeten ook nog eten kopen. Mensen met gewone inkomens, waar er zo veel van zijn. Discussies en agressie aan de balie bij de apotheek omdat mensen ontzettend boos worden van alles wat zij maar moeten betalen. Dan begrijp ik gewoon niet dat mevrouw Paulusma zegt "mevrouw Agema, ik zie het wél; ik zie wel dat dit gebeurt, dat mensen hun medicijnen niet ophalen en duurdere patiënten worden", maar dat zij dan niet zegt "als we iets aan preventie willen doen, moeten we het eigen risico afschaffen". Als dat haar gevraagd wordt, zegt zij "nee". Maar tegelijkertijd verspeelt zij wel miljarden. Er gaan tientallen miljarden naar een landbouwakkoord dat eraan zit te komen. D66 is voorloper als het gaat om klimaat, daar gaan tientallen miljarden naartoe. Je kunt iedere euro toch echt maar één keer uitgeven. Waarom, wáárom laat D66 de Nederlanders die hun medicijnen niet meer kunnen betalen zo verschrikkelijk in de steek, ten behoeve van al die ideologieën?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mevrouw Agema neemt een andere afslag. Je kunt volgens mij allebei betrokken zijn en je de ernst realiseren, maar ook allebei voor een andere oplossing kiezen. Ik denk dat dit dat heel erg uitwijst. Daarmee vind ik het jammer dat het kiezen voor een andere oplossing de kwalificatie krijgt die het net kreeg van mevrouw Agema. Volgens mij staan

we er alle twee in met een grote dosis betrokkenheid, maar kiezen we alle twee een andere weg. Ik denk dat dat juist ook heel mooi is in deze politieke constellatie: je hoeft het dus niet altijd met elkaar eens te zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar die oplossing is heel erg simpel. De oplossing voor mensen die hun geneesmiddelen niet meer ophalen, mensen die hun door een arts voorgeschreven medicijnen niet meer ophalen bij de apotheek omdat er een eigen risico geldt, omdat er een eigen bijdrage geldt, is heel erg makkelijk: het afschaffen van het eigen risico. Dan vraag ik: D66 wilde toch altijd heel veel doen aan preventie? Dus niet. Omdat D66, maar ook het CDA, ook de VVD, ook de ChristenUnie, het eigen risico in stand houdt, bestaat deze situatie. Dat is de basale reden. Ik hoop dat mevrouw Paulusma zich realiseert dat het dus een kwestie van standpunt is. Het is een kwestie van niet willen; het eigen risico niet willen opheffen in plaats van niet kunnen opheffen. Het is een politieke keuze om het niet te doen. Ik hoop dat mevrouw Paulusma zich de risico's realiseert die zij hiermee neemt voor mensen, de achteruitgang van hun gezondheid, door het niet willen oplossen van dit oplosbare probleem.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma, wilt u daar nog op reageren?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoorde volgens mij geen vraag, mevrouw de voorzitter. Ik vind de stelligheid soms ook wel wat ingewikkeld. Volgens mij doen wij andere voorstellen en zijn wij het gewoon niet met elkaar eens. Ik denk dat dat de afdrank van dit gedeelte zou kunnen zijn.

De **voorzitter**:

U bent klaar met uw betoog. Dan wil ik aan de collega's vragen of zij het ermee eens zijn dat mevrouw Van der Plas nu haar bijdrage mag doen. Zij moet namelijk zo meteen naar een regeling van werkzaamheden in de plenaire zaal. Ze komt daarna weer terug. Ik zie dat er geen bezwaar is. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van der Plas.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dank u wel, voorzitter en dank ook aan de collega's voor de coulance. Voorzitter, inwoners van Nederland en in het bijzonder zorgverleners en zorgvragers. Om in het verzekerde pakket te komen, moet zorg bewezen effectief zijn. De minister wil dat uitbreiden met meer spelregels en deze niet alleen gebruiken voor toelating tot het pakket, maar ook het bestaande pakket daarop toetsen. Ook moet het pakketbeheer aansluiten bij de waarden van passende zorg.

Wij zien daarbij risico's. Bij het tot stand komen van het verzekerde pakket is er nu al vaak discussie over de eisen aan wetenschappelijk bewijs en het absoluut toepassen daarvan in het pakketbeheer. Ik noem het voorbeeld van Jeffrey. Jeffrey is 51 jaar en hij lijdt aan de zeldzame aandoening cystic fibrosis, CF, ook wel bekend als taaislijmziekte. Zijn toestand verslechtert al zijn leven lang en zonder effectief medicijn zal hij verder achteruitgaan en uiteindelijk aan deze ziekte overlijden. Zes jaar geleden heeft hij stukjes darm laten afnemen voor het zogenoemde Regenboogproject. Die stukjes darm werden opgekweekt tot minidarmpjes waar medicijnen tegen taaislijmziekte op getest worden. Op 21 december afgelopen jaar kwam de uitslag binnen en bleek het medicijn Kafrio goed te werken op zijn minidarmpjes. Dit was een doorbraak. De volgende dag

kreeg Jeffrey een zogenoemde nulmeting in het ziekenhuis en dezelfde middag nog kon hij beginnen met een proef met Kafrio, mogelijk gemaakt door het AMC, om ook in de praktijk te testen of het medicijn goed werkte bij hem.

In de vier weken waarin Jeffrey het medicijn mocht uitproberen, knapte hij enorm op. Daarna zijn er opnieuw metingen uitgevoerd. Naast dat hij zich daadwerkelijk en significant beter voelde, bleken ook deze testen te bewijzen dat het medicijn zeer goed werkzaam is tegen zijn vorm van de ziekte. Een specialist heeft naar aanleiding daarvan een aanvraag gedaan voor vergoeding van Kafrio bij Jeffrey's zorgverzekeraar. De volgende ochtend was er echter al gelijk een afwijzing binnen, op basis van het feit dat taaislijmziekte in Jeffrey's vorm, een andere genetische mutatie dan de meest algemene vorm in Nederland, niet in aanmerking komt voor vergoeding uit het basispakket. Hij zou niet voldoen aan de voorwaarden die gesteld zijn door de overheid. Aan de kant van de zorgverzekeraar was er vooral onbegrip en onwetendheid. Jeffrey zou met zijn zeldzame mutatie nooit voor een grote klinische test in aanmerking komen.

Laat dit even op je inwerken: een medicijn werkt, de patiënt wordt gezonder, maar omdat hij toevallig een andere genetische mutatie heeft, die niet is beschreven, wordt het medicijn niet vergoed. Ik vraag me af: waar zijn we in hemelsnaam mee bezig?

Het is vreemd dat er nu opeens een criterium blijkt te zijn in de vorm van een specifieke genetische mutatie, in plaats van dat er gekeken wordt naar de bewezen effectiviteit van het medicijn op iemands gezondheid. Het is een beetje computer says no; de computer zegt nee. Kan de minister aangeven of hij hier wat aan kan gaan doen en, zo nee, waarom niet? Gezondheidszorg gaat over je gezondheid. Gezondheidszorg gaat toch niet over je genen? Kan de minister aangeven hoeveel soortgelijke gevallen, dus zoals Jeffrey, er zijn?

Voorzitter. Dan de zorgkosten. Steeds meer mensen hebben te maken met een ongewenste stapeling van zorg en meerkosten door hun beperking of chronische aandoening, zoals bij de hogere energieprijzen. Uit eerder onderzoek weten we al dat mensen vanwege de te hoge kosten noodzakelijke zorg mijden, meer pijn en/of ernstigere klachten krijgen en minder kunnen deelnemen aan de samenleving. Mensen weten lang niet altijd hoe ze gebruik kunnen maken van regelingen en hulp. Het kabinet kondigde eerder dit jaar monitoring van de eigen bijdrage aan. Tegelijkertijd staan eerdere maatregelen bedoeld om de stapeling van zorgkosten te verminderen, ineens ter discussie of worden ze teruggedraaid. Zo wil het kabinet het abonnementstarief in de Wmo afschaffen. Dit raakt mensen die in een kwetsbare positie zitten, en draagt niet bij aan het terugdringen van gezondheidsverschillen.

Voorzitter. We hebben het hier al genoemd: een groeiend aantal mensen in Nederland heeft niet genoeg geld om naar de tandarts te gaan. Dit leidt tot verwaarloosde gebitten, met alle gevolgen van dien. Volgens het CBS beschouwen ruim 4 miljoen Nederlanders hun eigen mondgezondheid als matig tot zeer slecht. 4 miljoen! In onderzoek door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam en het Radboudumc in opdracht van het ministerie wordt geconcludeerd dat er sprake is van mondzorgarmoede in plaats van mondzorgmijding, omdat een toenemend aantal mensen er niet voor kiest de zorg te mijden, maar er gewoon geen geld voor heeft.

Toch zit mondzorg nog steeds niet in het basispakket. Waarom niet, vraag ik de

minister. Waarom wel keelpijn, oorpijn en alle andere pijntjes, maar geen tandpijn of mondzorg, terwijl we weten dat slechte mondzorg leidt tot veel meer gezondheidsproblemen? Kijkt de minister dan echt alleen naar de directe kosten? De economische gevolgschade via uitkeringen en minder en minder goed kunnen werken door gebitsproblemen kosten ons volgens het Radboudumc meer dan 3 miljard euro.

Daarnaast kan verwaarloosde mondzorg tot allerlei ernstige lichamelijke en geestelijke klachten leiden, waarvan de zorgkosten wél door het zorgstelsel worden vergoed. Deze kosten worden niet bijgehouden, maar de impact van uitgestelde mondzorg op tweedelijns- en spoedzorg zijn enorm. En dan hebben we de maatschappelijke kosten nog. Mensen met gebitsproblemen lopen meer kans om zich te isoleren en zijn daardoor verminderd beschikbaar als ouder, als mantelzorger of als vrijwilliger. Kortom, het huidige mondzorgbeleid is penny wise, pound foolish, oftewel — in het Nederlands — het paard achter de wagen spannen. De eerdere probleemerkenning van de minister moet worden opgevolgd door concrete verbeteringen in het mondzorgbeleid. Tandartszorg moet gewoon in het basispakket. Kan dat niet meteen, dan moeten we misschien beginnen met de meest kwetsbaren en de meest kwetsbare ouderen. Hoe ziet de minister dit?

Dan de markt. Bij de inrichting van ons zorgverzekeringssysteem is gekozen voor elementen van marktwerking. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen met elkaar over de vergoeding van het werk. De patiënt kiest de zorgverzekeraar met het beste aanbod. Dat klinkt mooi, maar helaas werkt het zo niet. Dat tonen schrijnende situaties bij paramedici zoals logopedisten aan. Een te groot aantal van de jonge mensen die met passie hun opleiding hebben gevolgd, haakt al binnen enkele jaren af vanwege de slechte arbeidsvoorwaarden en de werkdruk. Bestaande praktijken kunnen vacatures moeilijk vervullen en de wachttijden voor behandelingen lopen op.

Hoe komt dat? Om elkaar te kunnen beconcurreren met lage premies, krijgen inkopers van zorgverzekeraars de opdracht scherp naar de uitgaven te kijken. Dat is op zich een goed streven. De situatie is echter doorgeslagen. Vergoedingen voor zorgverleners liggen al jaren onder het niveau dat nodig is om praktijken draaiende te houden. Het systeem staat zorgverleners niet toe om gezamenlijk een vuist te maken en stevig met de zorgverzekeraars te onderhandelen. Het is een weeffout in het systeem. Zorgverleners worden als elkaars concurrenten gezien, wat in de praktijk betekent dat ze weinig anders kunnen doen dan tekenen bij het kruisje van het verzekeraarscontract.

De voorzitter:

Mevrouw Van der Plas, wilt u afronden?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dan ga ik nu afronden, ja. Ik wilde afronden met: machteloos en moedeloos zijn ze. Herstel de weeffout. Sta toe dat groepen van paramedici gezamenlijk onderhandelen en zo een volwaardige onderhandelingspositie krijgen.

Dank u wel.

De voorzitter:

U heeft geen interrupties. Dan geef ik het woord aan meneer Bushoff van de Partij van de Arbeid.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Als je zelf ziek wordt of iemand in je directe omgeving ziek wordt, dan realiseer je je weer hoe belangrijk gezondheid is. Dan wil je natuurlijk altijd kunnen rekenen op liefdevolle zorg, ongeacht de dikte van je portemonnee en ongeacht waar je woont in Nederland. Laat dat cruciale principe nou net onder grote druk staan. Dat wil ik graag illustreren aan de hand van drie onderwerpen, en ook een aantal oplossingsrichtingen. In de eerste plaats wil ik het hebben over de betaalbaarheid van de zorg voor mensen, en dan met name de mondzorg. Ik wil het hebben over de solidariteit in ons stelsel en ik ga het tot slot ook nog even hebben over het punt van minder marktwerking en meer samenwerking.

Voorzitter. Ik ga eerst in op de betaalbaarheid van de zorg voor mensen en het feit dat heel veel mensen met een laag inkomen op dit moment de tandzorg mijden. Maar liefst vier op de tien mensen met een laag inkomen, oftewel 40%, mijden een bezoek aan de tandarts. Achter die schrikbarende hoge cijfers gaan hele schrijnende verhalen van individuen schuil. Ziet de minister dit probleem ook? Erkent de minister dan ook dat het huidige beleid blijkbaar onvoldoende is om ervoor te zorgen dat mensen met een laag inkomen toch naar de tandarts gaan? Zouden we dan niet nu actie moeten ondernemen en met een soort noodplan mondzorg voor minima moeten komen, om ervoor te zorgen dat mensen met weinig geld en gebitsproblemen op korte termijn geholpen worden? En zouden we er voor de iets langere termijn niet verstandig aan doen om inzichtelijk te maken wat de kosten zijn van het feit dat mensen nu mondzorg mijden en wat het oplevert als we mondzorg weer onderbrengen in het basispakket? Is de minister bereid om daartoe een analyse te maken en dat inzichtelijk te maken?

Voorzitter. Dan mijn tweede punt. Dat gaat over de solidariteit in ons stelsel. Dat is best een ingewikkeld punt. In Nederland hebben we het zo geregeld dat zorgverzekeraars eigenlijk beloond worden op het moment dat ze gezonde mensen weten te contracteren. Dat is het meest lonend. Als ze in hun klantenbestand mensen hebben die minder gezond zijn, kost dat de verzekeraar doorgaans meer geld. Nu hebben we het in Nederland zo geregeld dat we die perverse prikkel — want dat is het; het is een perverse prikkel — zouden willen dempen door het risicovereveningsmodel. Alleen, we weten dat dat model in de praktijk gewoon onvoldoende goed werkt. En met alle goede bedoelingen van dien om dat model te perfectioneren, weten we dat het nooit een perfect model zal zijn. Dat zeggen ook de zorgverzekeraars zelf.

Daarom is er vorig jaar ook voor gekozen om een zogenoemde bandbreedte in te voeren. Die zorgt er eigenlijk voor dat je als zorgverzekeraar geen winst kunt maken of enorm verlies kunt leiden op een individuele zorgpremie, doordat je bijvoorbeeld heel gezonde mensen of juist minder gezonde mensen contracteert. Eigenlijk is dat dus een middel om te voorkomen dat je zo'n perverse prikkel hebt voor zorgverzekeraars om zich vooral te richten op een gezonde populatie. Dat middel is maar voor één jaar ingezet. Ik wil eigenlijk de minister vragen waarom hij niet voornemens is om dat meerjarig in te zetten. En als de minister dat niet voornemens is, naar wat voor ander middel zoekt hij dan? Denkt de minister dan bijvoorbeeld aan dat model van constrained regression? Het is ingewikkeld om daar nu op door te gaan, maar zou de minister dan in ieder geval de voordelen van constrained regression kunnen afzetten tegen die bandbreedte? Of zou de minister in ieder geval kunnen aangeven wat we verliezen aan voordelen als we die bandbreedte niet doorzetten?

Voorzitter. Dit raakt namelijk aan het kernprincipe van solidariteit in ons stelsel. En als we het dan toch hebben over solidariteit in ons stelsel, dan zou ik de oproep willen doen: schaf die boete op ziek zijn, dat eigen risico, af.

De voorzitter:

Meneer Bushoff, u heeft een interruptie van mevrouw Van den Berg en daarna een interruptie van mevrouw Tielen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Meneer Bushoff zegt terecht dat de risicoverevening enorm belangrijk is om de solidariteit in het stelsel te behouden. Ik heb in februari een motie ingediend om de bandbreedte voor onbepaalde tijd toe te passen. Ik heb die motie op verzoek van de minister nog even aangehouden. Ik hoor nu dat de heer Bushoff die in ieder geval gaat steunen als we 'm opnieuw gaan indienen. De heer Bushoff noemde al de constrained regression. Dat is dan een model met machinelearning, met artificial intelligence. Het is in ieder geval een andere manier om de risicoverevening te verbeteren. Is de heer Bushoff het ook met het CDA eens dat je aan de andere kant wat aan de polissen zou kunnen doen? Want dat is nu gewoon één groot woud. We hadden eerst de kloonpolissen. Die mochten niet meer. Toen hebben we de tweelingpolissen gekregen. Dan doen we het net een klein beetje anders, maar in feite is het net zo goed niet transparant. Het volgende is ook erg technisch, maar je kunt ook zeggen: ik ga die polissen met een bepaalde index meten, waardoor je dus veel duidelijker kan aangeven wat de verschillen zijn tussen polissen. Dan wordt het voor de burger gewoon hartstikke duidelijk dat het om bijvoorbeeld twee dezelfde polissen gaat. En dan kan dus die risicoverevening daar ook mee geholpen worden. Het is een vrij technisch onderwerp, maar daar wil ik graag een reflectie op.

De heer Bushoff (PvdA):

In de eerste plaats is het een perverse prikkel dat het voor zorgverzekeraars op dit moment loont om zich op een gezonde populatie te richten; daarover zijn het CDA en de PvdA het volgens mij eens. Die perverse prikkel wil je eigenlijk dempen. Persoonlijk denk ik dat die bandbreedte, dat middel, daarvoor een botte bijl is, maar wel het beste middel dat we hebben. Misschien is die wel beter dan de middelen die het CDA voorstelt, want daar zie ik heel wat haken en ogen aan zitten. Vandaar dat ik aan de minister vroeg om die tegen elkaar af te wegen, want dan kan ik zo meteen in mijn resterende interrupties daarover nog het debat aangaan met de minister. Dat is één.

Dan het tweede punt. Dat gaat over polissen en meer inzichtelijkheid creëren voor burgers en patiënten over wat de verschillen zijn tussen polissen. Het plan van de Partij van de Arbeid is eigenlijk om een einde te maken aan die polisjungle en toe te werken naar één simpele basisverzekering voor iedereen, want dat is het meest helder. Ik denk dat dat ook de beste manier is om te voorkomen dat je allerlei rare concurrentie hebt op polissen en dat mensen uiteindelijk denken een goedkope polis te hebben, maar dan toch duur uit blijken te zijn omdat heel veel zorg niet verzekerd is. Dat zou dan dus de oplossing zijn van de PvdA: een einde maken aan de polisjungle en toewerken naar één polis en één basisverzekering voor iedereen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik vond dat meneer Bushoff nogal snel van solidariteit, waarin de warmte zit van jong

betaalt voor oud, gezond betaalt voor ziek en rijk betaalt voor arm, naar constrained regression en allerlei technieken gaat. Dus even voor de duidelijkheid: meneer Bushoff is zich er toch van bewust dat verzekeraars eigenlijk verplicht zijn mensen aan te nemen voor een basisverzekering? Nee, niet "eigenlijk": verzekeraars zijn dat verplicht. Meneer Bushoff is zich er toch van bewust dat het basispakket gewoon collectief voor iedereen is en dat in deze Kamer wordt besloten wat daarin zit? Wat is voor meneer Bushoff nou het grote probleem dat hij wil aankaarten met zijn verzekeringsbetoog?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dit valt me een beetje tegen van de VVD, want zelfs als je het de verzekeraars zelf vraagt, zeggen ze gewoon dat het systeem op dit moment zo is ingericht dat het loont om gezonde mensen te verzekeren. Verzekeraars zeggen dat zelfs zelf. Een deel van de verzekeraars geeft zelf al aan: dat is niet solidair; dat moeten we niet willen. We moeten dus toewerken naar een ander systeem. Of we moeten in ieder geval die prikkel die in dat systeem zit, dus die perverse prikkel waardoor het loont om je te richten op gezonde mensen, weghalen. Dat kan door het invoeren van zo'n bandbreedte. Ik denk dus dat het een goed idee is om dat middel van die bandbreedte, die we het afgelopen jaar hebben ingezet, te continueren. Als de minister niet voornemens is om dat middel te continueren, dan ben ik benieuwd naar welke andere middelen de minister kijkt om te voorkomen dat zorgverzekeraars zich zo veel mogelijk richten op een gezonde populatie. Daarmee zeg ik niet dat elke zorgverzekeraar dat doet. Er zijn een aantal zorgverzekeraars die een relatief ongezonde populatie hebben, maar er zijn ook zorgverzekeraars die veel winst kunnen maken omdat ze zich inderdaad vooral richten op die gezonde populatie.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik hoor wat de heer Bushoff zegt vanuit de koker van de verzekeraars, maar ik wil hem vragen, gewoon om het probleem te begrijpen, waar mensen nu dan in de praktijk tegenaan lopen bij het afsluiten van een verzekering, waar meneer Bushoff nu op doelt.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dat zijn eigenlijk een aantal zaken. In de eerste plaats wil je natuurlijk dat het niet loont om je op een gezonde populatie te richten. Je wil de soliditeit in ons stelsel dus eigenlijk vergroten, omdat je het geld dat we met z'n allen betalen voor de zorg, daarmee eerlijker verdeelt. Dat is één. Twee. Als je kijkt waar mensen op dit moment tegenaan lopen, dan zie je dat een heel aantal verzekeraars bijvoorbeeld polissen inrichten die vooral voordelig zijn voor en gericht zijn op een gezonde populatie. Daarmee wordt het voor de mensen die misschien wat minder gezond zijn en wat meer gezondheidsproblemen hebben, duurder om een bepaalde polis af te sluiten, omdat die polissen gewoon duurder zijn bij andere verzekeraars. Daarmee werk je dus in de hand dat mensen die nu al gezondheidsproblemen hebben, duurder uit zijn dan mensen die minder gezondheidsproblemen hebben. Dat wil je gewoon niet. Dus het is volgens mij zinvol om die perverse prikkel in het systeem aan te pakken. Ik heb het idee dat deze minister dat ook wil. Ik denk dat we nog een debat kunnen voeren over de manier waarop we dat willen doen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Nog als laatste, want volgens mij haalt meneer Bushoff aanvullende verzekeringen en basisverzekeringen door elkaar. Dat kan. Dat mag. Maar dat is volgens mij niet de goede boodschap die we aan de Nederlanders moeten uitdragen. Het basispakket wordt

hier bepaald. Dat pakket is voor iedereen hetzelfde. Elke verzekeraar heeft een aannemingsplicht als mensen zich willen verzekeren bij die verzekeraar. Een deel van het betoog van meneer Bushoff is er dus echt volledig naast.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dat is gewoon niet zo, want als je zo meteen, richting het einde van het jaar, kijkt naar verschillende zorgverzekeraars die verschillende polissen aanbieden, zul je zien dat verschillende verzekeraars zich bijvoorbeeld richten op een verzekeringspolis voor studenten, of bijvoorbeeld op hoogopgeleide mensen of op mensen die in een bepaald gebied wonen. Oftewel: verzekeraars hebben natuurlijk een basisverzekering die ergens aan moet voldoen, maar kunnen zelf wel enigszins ruimte nemen om zich te focussen op verschillende groepen, en dat gebeurt dus ook. Je ziet dus ook dat verschillende verzekeraars verschillende mensen contracteren. De ene verzekeraar heeft een heel diverse groep en de andere verzekeraar heeft een groep met bijvoorbeeld relatief veel gezonde mensen. Dat zet de solidariteit in het systeem wel degelijk onder druk. Daar moeten we volgens mij wat aan doen. Vandaar ook mijn vragen daarover aan de minister.

Voorzitter. Als er dan verder geen vragen meer zijn, zou ik willen doorgaan naar een laatste punt in mijn betoog. Ik ben even benieuwd hoeveel tijd ik daar nog voor heb.

De **voorzitter**:

Nog twee minuten.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Nog twee minuten. Dan worden het toch nog twee punten. Ik heb nog één punt over de verzekeraars. We zagen afgelopen jaar dat de contractering echt helemaal in het honderd liep. Tot ver in het nieuwe jaar was niet duidelijk welke zorgverzekeraar met welke zorgaanbieder een contract had afgesloten. Dat betekent dus dat mensen weliswaar een zorgverzekering moesten afsluiten, maar daarvoor niet de juiste kennis in huis hadden. Dat zorgt er dus voor dat mensen op een later moment soms onverwacht voor heel hoge zorgkosten komen te staan. Dat is volgens mij onwenselijk. Ook de minister schrijft dat hij dat onwenselijk vindt, maar hij zegt wel: het was een uitzonderlijke situatie en ik heb er vertrouwen in dat het de komende jaren met een aantal maatregelen beter gaat. Mijn vraag aan de minister is dan heel concreet: wanneer zijn we tevreden en wanneer moeten de contracten tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders volgens de minister rond zijn? Als de doelstelling die de minister zelf stelt niet gehaald wordt, wanneer gaat de minister dan over op aanvullende wet- en regelgeving om bijvoorbeeld te verplichten dat contracten op 12 november al rond zijn, zodat de patiënt, als die een nieuwe verzekering moet afsluiten, duidelijkheid heeft over wat wel en niet verzekerd is?

Voorzitter. Tot slot het punt over minder marktwerking en meer samenwerking. We zagen zorgaanbieders daarvoor pleiten. We zagen zorgverzekeraars daarvoor pleiten. We zagen gister het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, die zei: ga nou toe naar meer samenwerking en minder marktwerking. Binnen dit stelsel is op dat punt al best wel wat mogelijk, schrijft de minister in een brief die we gisteravond kregen. Dan ben ik vooral benieuwd naar het volgende. Ik vraag de minister: is het niet zo dat er inderdaad best wel veel mogelijk is, maar het afhankelijk is van de wind die er waait bij de ACM en bij dit ministerie en deze minister? Met andere woorden, stel je nou

voor dat er iemand bij de ACM komt te zitten die toezicht houdt op de mededingingsregelgeving en op marktwerking en die heel erg van marktwerking is. Dan is er straks heel veel minder mogelijk op het gebied van samenwerking. Noopt dat ons niet tot het toch aanpassen van de regels, om het toekomstbestendig te maken, te zorgen dat samenwerking mogelijk is en toe te werken naar minder marktwerking? Dat vraag ik de minister.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bushoff. U heeft een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik heb dezelfde brief gelezen en ik ben heel blij dat de minister van de wind is van meer samenwerking. Maar ik vind dat meneer Bushoff de bal nu heel erg bij de ACM en het systeem legt, terwijl ik me ook heel goed kan voorstellen — en ik kan me het niet alleen voorstellen; het is ook zo — dat er al veel meer samenwerking mogelijk is binnen het systeem dan er nu gebeurt. Dus zou de bal niet ook een beetje naar zorgaanbieders zelf moeten, in plaats van continu maar te wijzen naar "als het systeem maar aangepast is, dan kunt u samenwerken"? Er is volgens mij al heel veel mogelijk, dus wat zou daar dan moeten gebeuren volgens meneer Bushoff?

De heer Bushoff (PvdA):

Deze interruptie geeft mij kans om dat laatste punt nog iets verder uit de diepen, dus dat is heel fijn. In de eerste plaats heeft mevrouw Paulusma gelijk in het volgende. Dat zei ik ook, dat schreef ook de minister en in gesprekken die ik had met de ACM hoorde ik het ook terug: er is best wel wat mogelijk op het gebied van samenwerking, en als je als zorgaanbieders gaat samenwerken en dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg ten goede komt, krijg je niet gelijk de toezichthouder, de ACM, op je dak. Dus ja, er is best wel veel mogelijk. Ik denk dat het belangrijk is dat de minister dat gaat uitdragen en zorgaanbieders ertoe gaat zetten om meer samen te werken. Dat is één. Maar het tweede is wel heel fundamenteel: dit valt of staat wel met de persoonlijke beleidsopvattingen van de ACM, van de mensen die nu in touw zijn bij de ACM, en van deze minister. Vinden we als ACM en als politiek en minister dat samenwerking goed is, dan is er best wel enigszins ruimte in het stelsel — niet voldoende, maar er is ruimte. Alleen, als er straks iemand anders bij de ACM zit en er een andere minister is, die dat minder belangrijk vindt, dan is straks heel weinig meer mogelijk. Volgens mij moeten we dat niet willen en moet je het ijzer smeden wanneer het heet is. Dat is nu. Je moet dus nu de regels aanpassen, zodat ook over tien jaar samenwerking mogelijk blijft en de marktwerking echt terug in z'n hok wordt gedrongen.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik volg meneer Bushoff heel ver, maar ik denk dat er echt nog een hele grote opgave bij zorgaanbieders zelf ligt. We hebben dat deels ook niet gestimuleerd, dus ik wil daarvoor ook wel de hand in eigen boezem steken. Maar het is af en toe ook niet het allerliefste wat zorgpartijen doen. Maar ik zie het wel gebeuren. Er zijn hele mooie samenwerkingen, onder andere in Noord-Nederland, waar wij vandaan komen. Je ziet vaak bij zorgaanbieders dat ze met elkaar om de tafel gaan zitten en zeggen: o, jij doet dit ook en jij doet dat ook; zal ik er dan mee ophouden en doen jullie het dan door de week en jullie in het weekend? Dat is even een heel versimpelde weergave. Dat betekent vaak een verbetering van de toegankelijkheid en van de kwaliteit van de zorg. Dat is heel erg gericht op de zorgaanbieders en die samenwerking. Ik ben heel

benieuwd hoe meneer Bushoff daarnaar kijkt.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Op zich is het niet zo gek dat je in sommige gebieden als zorgaanbieders om de tafel gaat zitten om te bekijken: "Welke zorg kan jij het beste leveren en welke zorg kan ik het beste leveren? Laten we elkaar daar niet op beconcurreren." Dat is best wel zinvol, denk ik. Een heel concreet voorbeeld: in Groningen zeiden het academisch ziekenhuis en het Martiniziekenhuis: in de coronacrisis hebben we geleerd dat samenwerking veel lonender is dan elkaar beconcurreren, dus laten we dat nou alsjeblieft in de toekomst ook doen. Ik denk dat dit precies de beweging is die we moeten inzetten. Volgens mij is de winst van vandaag en in ieder geval van deze tijdgeest dat er meer geesten en partijen rijp zijn voor het zetten van de stap naar minder marktwerking en meer samenwerking. Dan is mijn politieke gevoel dat je het ijzer moet smeden wanneer het heet is en dat je de kans die er nu ontstaat niet moet laten lopen, door het te bestendigen in wet- en regelgeving, zodat het voor de toekomst geborgd is dat we minder marktwerking hebben en meer kunnen samenwerken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Toch nog even om het heel precies te maken, want ik ben ook voor minder marktwerking en meer samenwerking. Ik ben dan ook wel voor ruimte laten aan de samenwerking. Ik ben wel benieuwd hoe meneer Bushoff hiernaar kijkt, zeker gezien de regionale verschillen die er zijn. Het zou heel goed kunnen zijn dat regio's zeggen: we doen dit op één plek wel en op de andere plek niet meer, omdat dat door de samenwerking ten goede komt aan de patiënt. Geven meneer Bushoff en de Partij van de Arbeid die ruimte dan ook aan professionals in het veld?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dan mijn stokpaardjes bij twee dingen daarover. Eén: ja, ik denk dat het logisch is dat als je toewerkt naar een model met minder marktwerking en meer samenwerking, je dat een beetje inricht per regio. Dat lijkt mij een best logische invulling van die stap. Het eerste antwoord daarop is ja. Het tweede dat ik daar nog wel aan zou willen toevoegen, of eigenlijk het punt dat ik nog wel zou willen maken, is dat ik eigenlijk heel blij ben om te horen dat D66 op dit moment zegt: we willen ook toe naar minder marktwerking en meer samenwerking. Als dat inderdaad de insteek van D66 is, zie ik de toekomst wel weer wat rooskleuriger in en denk ik dat we best ver kunnen komen in de manier waarop we dan invulling geven aan minder marktwerking en meer samenwerking. Daar komen we denk ik nog wel uit.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank voor het compliment. "Minder marktwerking, meer samenwerking" zeiden we al heel lang. Maar ik heb nog steeds geen antwoord op de vraag. Hoeveel ruimte geeft de Partij van de Arbeid dan aan de samenwerking die op regionaal niveau gaat ontstaan en die de kwaliteit verhoogt — en de hele riedel die ik net opnoemde — en die soms betekent dat aanbod er op de ene plek wel en op de andere plek niet meer is?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Volgens mij gaf ik antwoord op die vraag door te zeggen dat het logisch is om in regionaal verband te bekijken hoe je goed kunt samenwerken. Maar, zeg ik erbij — want dat proef ik een beetje onder deze vraag — zou je dan ook kunnen accepteren dat op een heel aantal plekken bijvoorbeeld acutezorgvoorzieningen zouden verdwijnen omdat

je dat in samenwerkingsverband anders gaat organiseren? Daarbij vind ik wel dat als je gaat samenwerken, je altijd nog het belang van zorg dichtbij, van inwoners en van de betaalbaarheid moet meewegen. Die drie belangen moet je altijd meewegen op het moment dat je ons zorgsysteem anders gaat inrichten en gaat toewerken naar minder marktwerking en meer samenwerking. Het mag niet zo zijn dat dit leidt tot een concentratie van zorg waardoor je straks alleen nog maar in Rotterdam terecht kan voor de ene behandeling en in Groningen voor de andere, en dat we straks helemaal niet meer op allerlei verschillende plekken verschillende zorgtrajecten aanbieden. Dat kan niet de consequentie zijn van meer samenwerking en minder marktwerking.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan meneer Dijk van de SP.

De heer Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter. Vorige week kwam ik Richard tegen. Hij stond hiervoor, bij de Tandartsbus van Dokters van de Wereld en de FNV. Ik moet heel eerlijk toegeven dat ik Richard zelf vergeten was. Waarom zeg ik dat? Richard komt uit Hoogezand, Oost-Groningen. Voor degenen die dat niet weten: dat is niet het gebied waar qua sociaal-economische omstandigheden de meeste rijkdom en welvaart is en de gezondheidsverschillen zijn daar enorm groot. Richard kwam met een enorm grote glimlach naar mij toe, want hij was mij niet vergeten. Samen met Dokters van de Wereld had de SP in Midden-Groningen een bus geregeld in Gorecht, een wijk in Hoogezand. Richard was over zijn schroom heen gestapt en in die bus gestapt. Daar hebben ze zijn gebit behandeld. Hij was jaren niet naar de tandarts geweest omdat hij het niet kon betalen. Het ging niet goed met zijn gezondheid. Maar hij kwam nu met een grote glimlach naar mij toe. Hij was vier jaar geleden in die bus gestapt en nu had hij een grote glimlach op zijn gezicht, want zijn gebit was helemaal behandeld. Hij had weer een baan. Geloof het of niet, maar hij werkte voor een callcenter en sprak dus ook zonder enige moeite en zonder pijn in zijn mond. Ik vond het heel ontroerend, omdat hij zo ontzettend trots was.

Ik vind dat wij in onze samenleving mensen dit geluk en deze welvaart ontnemen. Ik ga het ook zeggen: Richard heeft dit te danken aan mensen die dit opzetten buiten de politiek om. Dat is uiterst pijnlijk. Mijn hele verhaal gaat over sociaal-economische klassen. Voor degene die dat nog niet gewend is: dat zal ik de komende jaren blijven doen. De grote verschillen tussen sociaal-economische klassen is het grootste probleem in onze samenleving. Dat is het grote probleem voor mensen zelf, maar het breekt onze samenleving ook totaal op. Mensen met een laag inkomen en een lagere opleiding of minder opleiding leven vijftien jaar minder lang in goede gezondheid. Vrouwen met een laag inkomen gaan bijna zeven jaar eerder dood. Mannen met een laag inkomen gaan ruim acht jaar eerder dood. Deze gezondheidsverschillen zijn de afgelopen jaren toegenomen. Ze nemen niet af, maar toe. Terwijl onze economie al jaren groeit als een tierelier en de winsten door het dak gaan, nemen de verschillen in levensverwachting en in gezondheid toe. En dat in een van de meest welvarende landen van de wereld.

De oorzaak hiervan ligt in hoe de werk-, leef- en woonomstandigheden zijn vormgegeven en hoe de politiek de samenleving heeft ingericht, maar ook hoe de gezondheidszorg is ingericht. Mevrouw Paulusma zei dat net ook al in een interruptie op mij. Dit stelsel is ziek en het maakt mensen zieker. Daar hebben de heersende politieke partijen van de afgelopen jaren schuld aan. Een derde van de mensen met een laag

inkomen gaat niet naar de tandarts, omdat ze bang zijn voor de kosten. De helft van de lagere inkomens kan de rekeningen van de tandarts niet betalen. Een derde van de middeninkomens geeft ook aan dat ze de kosten van de tandarts niet kan betalen. Ze zijn bang voor de rekening, hun kinderen gaan daardoor niet naar de tandarts en daardoor ontstaan situaties zoals bij Richard, waar ik net mee begon. Dit soort situaties zorgen voor onnodig veel leed, extreem hoge kosten voor de samenleving en op de lange termijn ook voor duurdere ingrepen. Dat bedoel ik ook met de hogere kosten voor de samenleving.

Dit speelt ook in de fysiotherapie. Fysiotherapeuten geven zelf aan dat ze een tweedeling zien ontstaan tussen mensen die wel het geld hebben en wel komen, en mensen die niet het geld hebben, niet komen en later met veel groter leed en veel hogere kosten voor de persoon zelf en de samenleving terugkomen. Ik heb begrepen dat de minister gesprekken voert met de fysiotherapie om delen van de fysiotherapie terug in het basispakket te krijgen. Ik heb de brief gelezen, maar ik wil ook graag hier horen hoe het ervoor staat met deze gesprekken en waarom dit bijvoorbeeld niet zou lukken in 2024. Het lijkt me echt, met wat ik net heb verteld, ontzettend logisch dat hier tempo in zit. Ik vind het eigenlijk onbegrijpelijk dat dit nog niet zo is.

Ik hoorde het net ook, want mevrouw Van der Plas was me voor: fysiotherapie is preventie; het voorkomt ergere klachten. Tandzorg doet dat echter ook. Dus waarom zijn er nu gesprekken met de fysiotherapeuten en niet met de tandzorg om het terug te krijgen in het basispakket? Ik wil daar graag een reactie van de minister op. Wat de SP betreft gaat dat volledig voor de hele tandzorg gelden, maar ik proef hier ook een beetje de sfeer en ik denk dat dat een longshot is, maar daar gaan we de druk zeker voor opvoeren. Daar kunt u van uitgaan. Een eerste stap zou in ieder geval zijn om de controles terug te krijgen in het basispakket. Dat zorgt ervoor dat mensen zoals Richard, over wie ik het in het begin had, lagere kosten hebben wanneer er wel iets aan de hand is en dat er in ieder geval een tandarts is. Ik weet dat tandartsen soms ook zonder rekeningen mensen helpen. Wil de minister zich ervoor inzetten om in ieder geval de periodieke controle terug te krijgen in het basispakket?

Dan over de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Die had eigenlijk een heel heldere boodschap: weg met de concurrentie en zet regionale samenwerking op. De SP pleit al langere tijd voor regionale zorgkantoren die op basis van populatie plannen maken en zorg inkopen. Dit kan in samenwerking met lokale en regionale overheden, zoals ook de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving bepleit. Dit zorgt voor minder verspilling, minder concurrentie, minder controledrift, minder markt bureaucratie en minder productiedrang. Het is een van de dingen waar ik heel erg nieuwsgierig naar ben, waar met name partijen als het CDA en de ChristenUnie volgens mij ook warm voorstander van zijn. Dat heb ik namelijk gelezen in hun verkiezingsprogramma's.

Zoals ik net al zei, ontstaan sociaal-economische gezondheidsverschillen doordat mensen een drempel ervaren en de kosten voor de zorg veel te hoog zijn. Waarom voeren we niet gewoon heel simpel een inkomensafhankelijke zorgpremie in? Al die rompslomp van zorgtoeslagen moet er gewoon helemaal tussenuit. Het is ook nog een premie voor werkgevers die te beroerde lonen betalen en daardoor moet je ineens een zorgtoeslag gaan invoeren.

De voorzitter:

U zat al aan uw tijd.

De heer **Dijk** (SP):

Dan ga ik afronden, voorzitter, want ik ben er bijna.

Het systeem moet op de schop. Ik las inderdaad de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, Bussemaker, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Melkert, en verzekeraar Menzis, Wouter Bos. Dat zijn allemaal oud-PvdA'ers die medeverantwoordelijk zijn voor dit systeem. Maar ook oud-minister Hugo de Jonge, toch een CDA'er. Ieder jaar staat er een interview in de krant: weg met de marktwerking. Jaarlijks staat er een groot artikel in de krant: minder concurrentie, meer regie en meer samenwerking. Dat klinkt mij als muziek in de oren, maar het schiet niet echt op. Ik ben benieuwd hoe deze minister daarover denkt. Als hij het eens is met de stelling "minder marktwerking, meer samenwerking en meer regie", dan zou ik ook graag van deze minister willen horen hoe hij omgaat met botsende economische en organisatiebelangen. Als wij ons systeem zo blijven inrichten met een soort fictieve markt die er nu bestaat, dan blijven zorgorganisaties — hoe welwillend sommige ook zijn, mevrouw Paulusma — met elkaar concurreren om productie van zorg. Ik ben benieuwd hoe de minister daarnaar kijkt.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Dijk. U zit naast meneer Bushoff van de PvdA. Wilt u de hamer even gebruiken? Toch niet? Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ons zorgverzekeringsstelsel is onmisbaar om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg voor de lange termijn te behouden. Ik zei het straks al: het ademt solidariteit tussen arm en rijk, ziek en gezond, jong en oud, en het creëert evenwicht in de driehoek tussen zorgvrager, zorgaanbieder en premiebetaler. De VVD is positief over de werking daarvan. Er zijn echter wel problemen waarvoor we in dit debat een aantal dingen willen voorsorteren op oplossingen en voorstellen. Ik noem er vier, denk ik. Dat is afhankelijk van hoe snel ik hierdoorheen ga.

De eerste gaat over de zorgplicht van de verzekeraars. We hebben het eerder al gehad over de duizenden en duizenden mensen die nog wachten op een behandeling. We hebben meerdere keren in het debat gevraagd om verzekeraars een proactieve rol te geven bij het bemiddelen van inhaalzorg, maar het is voor hen best lastig om die rol te vervullen, omdat ze geen medische gegevens hebben en dus ook niet kunnen opsporen welke verzekerde daadwerkelijk op een wachtlijst staat. Wat is er nu nodig, maar wat is er ook mogelijk om zodanig de regels te interpreteren of toe te passen dat er beter zicht is op de zorgbehoefte van verzekerden, zodat zorgverzekeraars actief kunnen bemiddelen bij het bepalen van behandelingen en andere opvolgzorg? Is het mogelijk dat zorgverzekeraars met een verzekerde afspreken dat als zij op een wachtlijst staan, ze actief contact mogen zoeken om hen te helpen om te bemiddelen? Is de minister bereid hiernaar te kijken? Ik hoop natuurlijk op een toezegging.

Dan een punt over medicijnen. Ik heb met veel apothekers gesproken die patiënten hebben met verschillende verzekeringen. De meesten hebben dat eigenlijk. Per verzekeraar is er een bepaald merk generieke medicijnen voorgeschreven in verband

met de contracten. Dat is het zogenoemde preferentiebeleid. Dit beleid leidt wel tot hoge administratieve lasten en tot voorraadlasten. Het lijkt ook tot tekorten te leiden. Herkent de minister dat? Wat kan en wil hij eraan doen om dat beleid zodanig aan te passen dat het niet meer in de weg staat aan goede farmaceutische zorg? Kan hij er iets aan doen om, net als bij ander zorgverleners wel zo is, te zorgen dat er één leidende zorgverzekering is bijvoorbeeld? Is het mogelijk om meer dan één preferent merk vast te laten stellen? Dat zijn maar wat ideeën. Ik weet niet wat de beste oplossingen zijn, maar op dit moment lijkt het toch wel echt in de weg te staan.

Dan over de niet-gecontracteerde zorg. Een paar van de andere woordvoerders hebben daar ook al wat over gezegd. Zorgverzekeraars kopen in op kwaliteit en prijs en de verhouding daartussen en zijn daarmee heel belangrijk om te zorgen dat goede zorg tegen acceptabele kosten beschikbaar is, maar het lukt niet alle aanbieders om op basis van die criteria een contract af te sluiten. Zeker op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en op dat van de wijkverpleging is veel van de aangeboden zorg niet gecontracteerd. Dat hoeft niet erg te zijn, maar dat is wel erg als mensen daar niet van op de hoogte zijn. Volgens mij was het vorige week dat het Algemeen Dagblad daar nog een uitgebreid artikel over schreef. Zorggebruikers krijgen onaangename verrassingen met hoge rekeningen die ineens maar gedeeltelijk worden vergoed. Dat is echt wel vervelend. Dat is echt wel problematisch. Wij vinden het belangrijk dat zorggebruikers weten of er al dan niet een contract is met hun zorgverzekeraar, zodat ze voordat ze een behandelrelatie aangaan weten of de gewenste zorg wel of niet vergoed wordt. Dat betekent dus dat de communicatie beter moet. Ik wil de minister vragen om met oplossingen te komen om dat te verbeteren: hoe dan en op welke termijn?

Dan de contractvoorwaarden. Dat is het vierde punt. Meneer Bushoff zei daar volgens mij iets over. Uiterlijk 12 november moet eigenlijk alles bekend zijn, maar het duurt soms tot ver in januari of zelfs daarna dat bekend is welke contracten er wel en niet zijn gesloten en hoe dus eigenlijk je polis eruitziet, terwijl je voor 31 januari al een nieuwe polis moet hebben afgesloten. Dat kan eigenlijk niet in de markt die we met elkaar hebben neergezet. Ik zou van de minister willen weten wat hij kan doen om dat op te lossen. Hoe kan hij zorgen dat mensen voordat ze gaan overwegen of ze weg willen bij hun huidige zorgverzekeraar en naar een ander gaan, weten hoe die contracten eruitzien? Volgens mij is dat heel belangrijk voor mensen om zelf keuzes te kunnen maken.

We zijn blij dat de minister onderzocht heeft wat nou het effect is van het afschaffen van de collectiviteitskortingen op het polisaanbod, maar ik ben ook blij dat de minister nog even doorgaat met onderzoeken, want het effect lijkt nog wat klein te zijn tot nu.

Heb ik nog tijd?

De **voorzitter**:

Ja, u heeft nog tijd.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan heb ik nog twee vragen. Eentje in aansluiting op mevrouw Paulusma, over het voorstel om het eigen risico in delen op te knippen en per behandeling. Op welke termijn kan de minister met voorstellen daarvoor komen? Dan een laatste. Die is denk ik ingewikkeld. Daarom vraag ik er nu al om, omdat we er dan misschien een langere

termijn voor hebben. We hebben denk ik heel goed met elkaar het eigen risico bevroren de afgelopen jaren, terwijl het eigenlijk geïndexeerd zou worden. Die bevroering loopt volgens mij af per 2025. Dat duurt gelukkig nog even. Ik kan me zomaar voorstellen dat we als die zomaar afloopt heel erg schrikken. Ik zou dus eigenlijk van de minister willen horen wat we kunnen doen om richting die tijd en dus ook op tijd passende oplossingen daarvoor te verzinnen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. U heeft een interruptie van meneer Bushoff en daarna van mevrouw Ellemeet.

De heer Bushoff (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ik zou nu het debat kunnen aangaan met de VVD over minder marktwerking, over het betaalbaar maken voor individuen van de zorg. Alleen heb ik het gevoel dat we daarop best verschillen en dat we daar niet heel makkelijk nader tot elkaar komen. Dus ik probeer dan om er één ander punt, waarop we misschien wel dichter bij elkaar kunnen komen, eruit te pikken en dat gaat over die contractering van zorgaanbieders door zorgverzekeraars. U vroeg de minister eigenlijk: kunnen we nou niet een middel verzinnen waardoor het voor zorgafnemers, voor ons allemaal, inzichtelijk is wanneer je wel of niet moet bijbetalen voor ongecontracteerde zorg? Dan zou mijn vraag aan de VVD zijn: bent u het eens met het instellen van een offerteplicht die daar precies aan voldoet? Dat is een. En dan twee, als het gaat over die contractering en dat die op 12 november nog niet rond is. Vindt u dan dat we als dat komend jaar weer niet het geval is, wettelijk zouden moeten verankeren dat dat wel zo is? Of zouden we misschien toe moeten werken naar een overstaprecht, dus dat de patiënt op het moment dat die contracten nog niet rond zijn gewoon het recht heeft om over te stappen van zorgverzekeraar, ook nog in het nieuwe jaar?

Mevrouw Tielen (VVD):

Beide denkrichtingen van de heer Bushoff snap ik goed, en daar kan ik ook best wel in meegaan, maar tegelijkertijd zie ik een enorme administratieve last opduiken in de woorden die meneer Bushoff daaraan wijdt. De principes die meneer Bushoff noemt, deel ik. Ik ben het ermee eens dat er duidelijker gecommuniceerd moet worden, dat dit duidelijk bekend moet zijn en dat je bij wijze van spreken op papier moet hebben of de zorg die je wil aangaan al dan niet gecontracteerd is, zodat je dat weet. Dan is inderdaad de vraag of de overstaptermijn verlengd moet worden als dat niet bekend is. Ik denk eerlijk gezegd dat dat eerder haalbaar is dan zomaar tijdens het jaar door ineens weer openen. Maar mijn vraag terug, die ik misschien ook aan de minister kan richten, zou zijn: welke enorme administratieve last komt daarbij kijken en hoe staat die in verhouding tot wat mensen eraan hebben? Daar ben ik namelijk wel een beetje behoedzaam voor, maar ik kan me goed aansluiten bij de denkrichtingen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik wil ook nog wat vragen over de contractering van wijkverpleging. Mevrouw Tielen heeft het over het probleem dat mensen niet weten dat hun zorg niet gecontracteerd is en meer bij moeten betalen. Dat is natuurlijk heel vervelend. Maar wat ik helemaal mis in het betoog van mevrouw Tielen is het stilstaan bij waaróm zorgaanbieders geen contract hebben. In een recente brief van de minister zien we nu dat hij zegt: "We hebben weer

met alle IZA-partijen gesproken over die contractering. We moeten constateren dat er nog steeds niet op kwaliteit wordt gecontracteerd. We beloven verbetering." Het is nu 2023! In 2006 werd dit zorgstelsel ingevoerd. We zijn zóveel jaar verder en er wordt nog steeds niet gecontracteerd op kwaliteit. Bewijst dat niet het failliet van dit zorgstelsel? Het zou moeten gaan over kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid, maar er wordt niet gecontracteerd op inhoud.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Er wordt onvoldoende gecontracteerd op inhoud, maar het hele zwart-witdenken uit het betoog van mevrouw Ellemeet deel ik niet helemaal, zeker niet de zware woorden die zij daar als conclusie aan verbindt. Mij gaat het er met name om dat mensen het weten. Ik sluit me ook wel aan bij mevrouw Van der Plas. Volgens mij zei zij namelijk dat het mogelijk moet zijn voor kleine zorgaanbieders om soms ook gezamenlijk contracten af te sluiten. Dat hebben we voor zzp'ers in andere markten ook weleens geregeld. Dus nee, mevrouw Ellemeet, ik volg u niet helemaal in uw betoog, maar ik denk wel dat er nog heel veel verbetering mogelijk is.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat collectief onderhandelen over contracten hebben we ook bij de huisartsen geprobeerd en dat was een fiasco. Er werd namelijk gewoon geen ruimte gegeven door de ACM om dat collectief te doen. Dat bewijst dat er maar weinig ruimte is in dit systeem. Het is niet alleen GroenLinks dat zegt dat er niet gecontracteerd wordt op kwaliteit, want de Zorgautoriteit zegt dat ook. In de laatste monitor contractering wijkverpleging constateren zij hetzelfde. Dan vind ik het niks te veel gezegd dat we na ... Hoeveel jaar zijn we inmiddels verder? Ik vind het niks te veel gezegd dat we na héél veel jaar nog steeds niet bewijzen dat we doen wat we zouden doen in dit zorgstelsel. Dat maakt mij wel moedeloos; laat ik het maar eerlijk zeggen. Dat geeft mij nul vertrouwen dat de verzekeraars dat nu wel gaan doen. Ze beloven namelijk iedere keer verbetering, maar die komt er niet.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik deel dat gevoel niet. Ik blijf er dus vertrouwen in hebben dat dit vooruit kan als wij ook vanuit hier voldoende stimulans en ruimte geven en als Kamer telkens weer kritisch kijken naar de kaders die we daaraan meegeven. Het is namelijk ook echt wel beter dan hoe het was toen het in 2006 begon.

De voorzitter:

Meneer Dijk? Meneer Dijk zucht en zegt nee. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. We spreken vandaag over ons zorgstelsel en ik denk dat de coronacrisis goed heeft blootgelegd hoe kwetsbaar ons stelsel is. In de jaren voor corona is er een efficiencydrang geweest. Die heeft ons stelsel kwetsbaar gemaakt op het moment dat we een crisis hadden. Vijf jaar voor de coronacrisis hadden we 914 ic-verpleegkundigen meer dan aan de start daarvan. Hetzelfde geldt voor het aantal intensive cares. Maar in de mallemol van de marktwerking werd een ic-bed als een kostenpost gezien. Ik meen dat zo'n bed zo'n acht ton per jaar kost. Ook een ic-verpleegkundige werd gezien als een kostenpost. In de efficiencydrang werden die allemaal steeds verder naar beneden toe bijgeschakeld. Dat heeft ons heel kwetsbaar

gemaakt. We hadden aan de start van de crisis de helft minder aan ic-bedden dan het gemiddelde in Europa. Wij zijn ook als enige land in Europa vier keer in een lockdown terechtgekomen.

Ik denk dat dit heel goed heeft laten zien dat er bepaalde onderdelen uit de marktwerking gehaald moeten worden en dat er een beschikbaarheidsbijdrage voor zou moeten gelden. Dat bepleit ik hier al een hele tijd. Ik heb er ook een initiatiefnota over geschreven. De minister gaf toen een klein beetje schoorvoetend toe dat er op de lange termijn misschien naar gekeken zou moeten worden. Maar er zijn onderdelen in ons stelsel die verstrikt en verpulverd raken in de marktwerking. We hebben het gezien met onze intensive cares en het geldt eigenlijk voor onze hele acutezorgketen, dus ook voor de spoedeisende hulp. We hebben het ook gezien bij de kinderhartinterventies en de cruciale ggz. Je zou dat uit de marktwerking moeten halen en moeten financieren op basis van een beschikbaarheidsbijdrage.

Ik vind de bijval die ik voor dit voorstel lees in het rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving dat afgelopen maandag uitgekomen is heel mooi. Het is ook mooi dat het onze oud-staatssecretaris Bussemaker is die dat rapport heeft opgesteld. Zij gaat er heel ver in, dat vind ik ook wel spannend. Voor ons hoeft niet het hele stelsel weg; wij gaan niet zo ver als de SP, die het hele stelsel overboord wil gooien. Ik denk namelijk dat heel grote oplossingen binnen het huidige systeem gevonden kunnen worden. Ik bepleitte net al om cruciale onderdelen van de zorg uit de marktwerking te halen en te gaan financieren op basis van een beschikbaarheidsbijdrage. Daarvoor hoeft het systeem niet op de schop; dat kunnen we nu al binnen het huidige systeem oplossen.

Het tweede wat echt heel ernstig misgaat, is de betaalbaarheid van de zorg. Vanaf de invoering van het stelsel zijn er steeds meer zaken uit het basispakket gegaan; van collectief betalen verplaatst naar de eigen portemonnee. Dat heeft de solidariteit, die een heel belangrijke pijler vormde van het stelsel, steeds verder onderuitgehaald. In plaats van daar steeds individueler op te reageren, moeten we terug naar een systeem dat weer veel collectiever gaat opereren. Dan heb ik het over het tweede grote bezwaarpunt dat mijn fractie tegen het huidige stelsel heeft: het eigen risico. We voeren hier veel debatten over preventie, maar hét middel als het gaat om preventie, is dat mensen als zij druk op de borst voelen, naar de arts gaan, zich laten doorsturen, de medicijnen die de specialist voorschrijft, kunnen ophalen bij de apotheek en die innemen. Maar er wordt een rem gezet op de daadwerkelijke, echte zorggerelateerde preventie. Er zit een blokkade op, waardoor we terecht zijn gekomen bij een tweedeling in de zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit waarschuwt daarvoor.

Daarom zou het mijn pleidooi zijn om ten eerste kwetsbare delen uit de marktwerking te halen en beschikbaar te stellen via een beschikbaarheidsbijdrage en ten tweede het eigen risico af te schaffen, waardoor de zorg beter betaalbaar wordt voor iedereen. Dus niet alleen voor delen, niet inkomensafhankelijk maar voor iedereen het eigen risico afschaffen en ervoor zorgen dat mensen niet zwaardere patiënten worden.

Bussemaker zei in het rapport van maandag: wie durft er nog te zeggen dat het Nederlandse zorgstelsel tot de beste van de wereld behoort? Ondanks dat onze minister-president dit afgelopen donderdag wel weer zei in het debat — het is echt een plaat die blijft hangen in het verleden — is het niet meer aan de orde. Al jaren en jaren

breng ik onder de aandacht dat onze kankerzorg achterloopt bij die in de rest van Europa. Daar moet iets gebeuren. Wat er nu gebeurt, is echter het tegenovergestelde van wat zou moeten gebeuren. Er zijn geneesmiddelen. Die worden goedgekeurd door de EMA of krijgen een positief advies van de EMA. Vervolgens gaan ze in Nederland eerst nog 700 dagen in de sluis, en gedurende die tijd krijgen patiënten ze niet. Het is onlangs zelfs al eens voorgekomen dat de minister daarna zei: ik vind het nog steeds te duur. Dan gaat hij dus op de stoel van de specialist zitten. Hij is geen arts meer, hij zit nu hier, hij moet niet op de stoel van de arts gaan zitten. Een middel dat is toegelaten en waarover een prijsafpraak is gemaakt, moet beschikbaar zijn voor patiënten.

Maar wat er helemaal zou moeten gebeuren als het gaat om kankermedicijnen — er zijn inmiddels al 1.000 borstkankerpatiënten die hun medicijnen niet krijgen — is dat we in ons stelsel toe gaan naar een systeem dat de landen om ons heen ook kennen, een systeem van eerst vergoeden. Er komt een positief advies van de EMA en dan gaan we eerst het medicijn vergoeden en daarna gaan we onderhandelen over de prijs. Nu gaat dat anders. Dat is overigens niet alleen zo bij kankermedicijnen, maar ook bijvoorbeeld bij ALS-medicatie, bij Kaftrio, wat we hebben gehoord in de inbreng van mevrouw Van der Plas, bij Fampyra en dat soort middelen. We hebben daadwerkelijk het geval gezien van een 22-jarige vrouw die aan taaislijmziekte is overleden omdat zij het middel niet kreeg. Laat dat op je inwerken, voorzitter. Dit speelde dus ook bij die 51-jarige man die lijdt aan taaislijmziekte en die ons een brandbrief heeft gestuurd. Ik zou tegen de minister zeggen: wees de minister die ervoor zorgt dat deze meneer van 51 jaar — hij is al 51 jaar; hij leeft al 51 jaren met benauwdheid, met stikken, met bijna doodgaan van het stikken — niet doodgaat; laat deze meneer niet doodgaan. We kunnen het nu nog voorkomen. Dat is mijn oproep aan de minister. Fix dit, regel dit, zorg ervoor dat deze meneer zijn medicijn krijgt en zijn lotgenoten ook.

Voorzitter, ik dank u voor uw coulance, want ik ben iets over mijn tijd heen gegaan. Ik moet mij ook verexcuseren. Ik zit normaal altijd het debat uit waar ik aan deelneem. Maar ik moet vanmiddag naar het ziekenhuis. Vandaar dat ik er de rest van dit debat niet bij zal zijn. Dat kan een keertje gebeuren. De agendering in het ziekenhuis is heel erg beperkt en krap. Je kunt niet zomaar op een vrije dag komen.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Daarom is het natuurlijk heel belangrijk om dat ook gewoon te kunnen doen. Ik hoop wel dat u nog tijd heeft voor een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw Agema (PVV):

Nou eigenlijk niet, ik moet al rennen, maar laten we die nog even doen. Ik had natuurlijk eerder binnen moeten komen.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dan zal ik het kort houden. Mevrouw Agema verwees naar de minister, die geen witte jas meer aanhad toen het ging over de dure kankermedicijnen. Maar er zijn ook een heleboel mensen met wel een witte jas aan die over een aantal oncologiemedicijnen opmerken: moeten we niet veel meer praten over de kwaliteit van leven en wat het medicijn nog toevoegt; moeten we niet veel meer dat gesprek voeren? Mevrouw Agema versmalt het een beetje tot een kostendiscussie, terwijl ik denk dat dit deel ook heel waardevol is. Ik ben benieuwd hoe mevrouw Agema daarnaar kijkt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

"Verlamming" is een woord dat ik vaker gebruik als het gaat om de zorgkostendiscussies. Ik las het ook terug in het rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. De verlamming over de zorgkosten zorgt ervoor dat we heel rare dingen aan het doen zijn met z'n allen: medicijnen die werken, die een positieve aanbeveling krijgen van de EMA, worden niet vergoed of worden twee jaar in de sluis geplaatst in Nederland, maar niet in de landen om ons heen. Ik vind dat die oncologen niet bij elkaar moeten gaan zitten om samen het beleid te bepalen. Dat beleid bepalen wij. Als het gaat om middelen die zijn toegelaten, waarvan de werking is aangetoond, moet het gesprek uitsluitend plaatsvinden tussen de arts en de patiënt. Dus oncologen die bij elkaar gaan zitten om te zeggen dat kankermedicijnen niet meer vergoed moeten worden, daar ben ik op tegen. Ik ben er ook op tegen als de minister dat doet. Het is een gesprek tussen arts en patiënt, over zijn levensverwachting, zijn kwaliteit van leven; een gesprek dat zij samen voeren, waar wij niet over gaan, waar een groepje oncologen niet over gaat, waar de minister niet over gaat, alleen dat gesprek, dat daar plaatsvindt, tussen die twee personen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben het helemaal eens met mevrouw Agema dat patiënten ook betrokken moeten worden bij dit soort besluiten. Zou mevrouw Agema zich echter ook kunnen voorstellen dat als wij hier altijd de kostendiscussie voeren en geen aandacht besteden aan juist dat heel kwetsbare gesprek over de kwaliteit van leven en dat je soms niet niet moet behandelen, dat dan wellicht de standpunten die we hier daarover innemen en ook de heel duidelijke richting die mevrouw Agema daarin heeft, juist dat gesprek in die spreekkamer heel moeilijk maken?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is zo, maar uiteindelijk, als je aan het einde van je leven gekomen bent, gaat dat ook gepaard met heel veel pijn en met heel veel tegenslag. We hebben nu ook dat middel Trodelvy. Dan bepaalt dus uiteindelijk de minister dat 139 borstkankerpatiënten dat niet krijgen, terwijl er een gemiddelde levensverlenging is van vijf maanden. Wie zijn u en ik om te bepalen of een moeder — het gaat meestal om vrouwen — nog langer bij haar kinderen is of een oma bij haar kleinkinderen? Wie bent u, wie ben ik om dat te bepalen? Dat is een gesprek met de specialist die die 139 vrouwen hebben. Maar nu hebben wij een minister die zegt dat ze het niet krijgen. En dat stuit mij enorm tegen de borst. Ik wil dat dat niet zo gaat. Ik wil dat wat dat betreft het stelsel wordt gehandhaafd zoals het is, dus dat niet de minister erover gaat, maar dat die pijnlijke gesprekken plaatsvinden tussen behandelaar en patiënt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Tielen trekt haar interruptie in. Dan nemen wij afscheid van mevrouw Agema bij dit commissiedebat. "Bij dit commissiedebat" zeg ik heel bewust! Ik liep hier vanmiddag binnen met het idee dat ik mocht deelnemen aan dit commissiedebat. Maar er werd een beroep op mij gedaan om voor te zitten. Dat doe ik natuurlijk met veel liefde, maar ik wil wel graag mijn eigen bijdrage leveren. Dus ik geef het voorzitterschap even over aan mevrouw Van den Berg.

Voorzitter: Van den Berg

De **voorzitter**:

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Den Haan voor haar inbreng.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. We hebben het vandaag over het zorgverzekeringsstelsel en pakketbeheer. Ik denk dat we rustig kunnen zeggen dat dat ook heel erg nodig is. We hebben het rapport ontvangen van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Ik zal proberen te voorkomen dat ik ga herhalen wat hier allemaal al gezegd is, want volgens mij wil een aantal mensen op dit moment naar de lunch. Ik hoorde een woordvoerder al aangeven dat er in dit rapport voorstellen zitten die passen bij een aantal zaken waar VWS nu mee bezig is. Ik ben heel benieuwd of de minister daar nu al iets over kan zeggen. Ik heb gehoord dat de officiële reactie pas in oktober komt, maar het zou heel fijn zijn om er nu al iets over te horen.

Voorzitter. Ik heb soms de indruk dat wij een aantal zaken doen om de zorgkosten te beheersen — ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat we die kosten moeten beheersen — die echter alleen op korte termijn iets doen en op de lange termijn niet. We hebben het al gehad over mondzorg. De heer Dijk gaf het voorbeeld van Richard. Ik heb hem ook ontmoet. We zien gewoon dat veel mensen de mondzorg mijden omdat die te duur is; de cijfers werden zojuist ook al genoemd. De gevolgen voor het gebit worden dan zo groot dat dat later meer zorgkosten gaat opleveren die wél in de basisverzekering zijn vergoed. Deze gebitsproblemen kunnen kanker, diabetes, hart- en vaatziekten veroorzaken en je kunt er een kunstgebit door moeten krijgen. Dat kost natuurlijk ook geld. Ik heb toch een beetje de indruk dat goedkoop hier duurkoop is. Het kost inderdaad geld op de korte termijn, maar ik ben heel benieuwd wat het op de lange termijn oplevert. Ik heb gezien dat het Radboud iets over deze gevolgschade heeft doorberekend, maar dat zijn economische gevolgen en ik ben heel benieuwd wat het eventueel zou kunnen opleveren aan zorgkosten. Want preventieve zorg, die veel leed kan voorkomen, moeten we denk ik met beide handen aangrijpen als we ook nog eens een keer zorgkosten besparen. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving geeft dit ook aan. Hetzelfde geldt voor vitamine D. Ik ben nog steeds verbijsterd dat dat uit het basispakket is gehaald want vitamine D kan bij heel veel mensen, met name ouderen, flinke zorgkosten besparen.

Ik weet dat het Zorginstituut nu bezig is om in het afwegingskader te toetsen of een geneesmiddel in het basispakket kan blijven. Ik heb zelf het gevoel dat het gevolg daarvan zomaar zou kunnen zijn dat er nog meer geneesmiddelen uit het basispakket gehaald worden. Daar maak ik mij toch wat zorgen over. Ik hoop niet dat dit het geval is. Apothekers zien nu al dat kwetsbare patiënten geneesmiddelen laten liggen in de apotheek; we hebben het er net ook al over gehad. Een opeenstapeling van kosten leidt hier dus ook wat de apothekers betreft tot verminderd gebruik van medicatie en dus tot gezondheidsverlies. Graag een reflectie van de minister.

Een ander punt gaat over de thuiszorg. Ook daar zijn er voorbeelden waarvan ik denk: dat is laaghangend fruit, laten we die nou gewoon inzetten. Bijvoorbeeld thuiszorgmedewerkers die regelmatig naar kwetsbare ouderen gaan om hen te prikken voor hun bloedsuikerspiegel, soms wel twintig keer per week. Er is een apparaatje, de FreeStyle Libre, waarmee dat nog maar één keer per week hoeft te gebeuren. Dan kan de monitoring vanuit de thuiszorg een keer per week gebeuren. Dat is laaghangend fruit; waarom zorgen we er niet voor dat dat soort zaken wel vergoed worden? Ik hoor graag

van de minister hoe hij daarin staat.

Nog een voorbeeld. Ik sprak vorige week een aantal artsen die kinderen met ingewikkelde stofwisselingsziekten behandelen. Zij waren heel enthousiast over het middel Libmeldy. Dat is een vorm van genterapie voor kinderen met de zeldzame stofwisselingsziekte MLD. Deze ziekte resulteert uiteindelijk in een verstandelijke beperking en een achteruitgang van de motoriek, en in het ergste geval ook heel vaak in overlijden. De minister heeft aangegeven dit middel niet te willen opnemen omdat het te duur is en er niet bekend is wat het op de lange termijn doet qua kosteneffectiviteit. Maar we weten wel dat het in ieder geval al tien jaar effectief is. Dat is toch best wel lang.

Waar mijn punt eigenlijk over gaat, is dat het duur is om innovatieve behandelingen te ontwikkelen. Als we dit soort vormen van genterapie juist wel aanbieden, worden ze op een gegeven moment ook goedkoper. Ik zou aan de minister willen vragen om hierover in gesprek te gaan met de behandelaars en de patiëntenverenigingen. Want als we dit soort innovatieve therapieën nooit gaan vergoeden, waarom zouden bedrijven dan überhaupt nog geld gaan stoppen in de ontwikkeling van dit soort behandelingen?

Tot slot, voorzitter. In het advies Moleculaire diagnostiek in de oncologie van het Zorginstituut wordt een lijst genoemd van minimaal klinisch noodzakelijke testen. Met deze lijst wordt de uniformiteit onder oncologen voor het aanvragen van moleculaire diagnostiek bevorderd. Tot op heden is deze lijst er nog niet. Ik wil graag weten wanneer deze beschikbaar komt.

Voorzitter. Ik vind echt dat we moeten kijken naar het zorgsysteem en alles wat daarbij hoort. Want in alle eerder genoemde voorbeelden gaat het over kortetermijnbesparingen die op de lange termijn denk ik niet het effect zullen opleveren dat we met elkaar beogen. We moeten met elkaar praten over de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg, want de zorgkosten stijgen. Daar moeten we met elkaar verantwoordelijkheid voor nemen. Maar laten we dat dan wel integraal doen. Ik hoop heel erg dat we dat met elkaar kunnen doen op het moment dat de minister zijn officiële reactie heeft gegeven op het rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Want goede zorg moet de hele samenleving op de lange termijn iets opleveren. Alleen dan blijft die zorg toegankelijk voor iedereen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Er zijn geen interrupties. Dan geef ik het voorzitterschap weer aan mevrouw Den Haan.

Voorzitter: Den Haan

De voorzitter:

Dank u wel. Wij hebben afgesproken om drie kwartier te gaan lunchen. Dat betekent dat we om 14.30 uur weer beginnen. Ik schors de vergadering dus tot 14.30 uur.

De vergadering wordt van 13.47 uur tot 14.33 uur geschorst.

De voorzitter:

Goedemiddag. Aan de orde is het commissiedebat over het zorgverzekeringsstelsel. We

zijn toe aan de eerste termijn van de minister. Minister.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Kamer voor de vragen die zijn gesteld. Laat mij beginnen met een paar inleidende opmerkingen. Allereerst, zoals al genoemd, is de druk op de zorg hoog. Daar hebben we ook eerder bij stilgestaan. Die druk wordt naar verwachting nog hoger in de komende jaren door ontwikkelingen zoals de vergrijzing, de toenemende zorgvraag en de krapte op de arbeidsmarkt. Die cocktail van uitdagingen vraagt op alle mogelijke manieren om mijn en uw aandacht. Vandaag gaat het over de Zorgverzekeringswet, met als onderwerpen onder andere hoe we het pakketbeheer en de eigen betaling in de toekomst willen vormgeven. Het is belangrijk dat we daarover met elkaar in gesprek zijn.

Dit kabinet zet op de volle breedte in op een omslag naar passende zorg. Een omslag naar deze benadering maken we met concreet beleid en met acties in de praktijk. Als het dan allereerst gaat over een zorgstelsel — dat is een discussie die tegenwoordig steeds vaker lijkt terug te komen — zou ik graag nog een keer willen benadrukken dat we een zorgstelsel hebben dat allereerst publiek gefinancierd is en dat gebaseerd is op een sterke mate van solidariteit. Ik denk dat we daar gezamenlijk trots op kunnen zijn en dat we daar de vruchten van plukken. Er is gelijke toegang tot de zorg en we hebben een sterk georganiseerde eerste lijn, waarbij we zorgverzekeraars hebben die via inkoop sturen op goede kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Wat dat betreft zijn zij de vertegenwoordiger van ons, ook zoals wij hier zitten, als burger om te zorgen voor die kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Daarbij is mijn streven om in het zorgstelsel nog verder de omslag naar samenwerking te maken, die we ook de komende jaren hard nodig hebben om de zorg te kunnen blijven organiseren en om te blijven investeren in de kwaliteit. Ik voel de urgentie om samen met het veld te werken aan een duurzaam en adaptief zorgstelsel. Ik kom daar straks ook in respons op vragen ten aanzien van het rapport van de RVS nog op terug. Dit is mede de aanleiding geweest voor het afsluiten van de diverse akkoorden, zoals het IZA, het WOZO en het GALA. Met het Integraal Zorgakkoord, het IZA, maken we nu de omslag van praten en plannen maken naar doen in de praktijk. Ik zie dat de beweging naar passende zorg gaande is. Ik zie veel dynamiek als het gaat om het maken van transformatie- en regiobeelden en -plannen die gericht zijn op een duurzaam zorglandschap. Dat gaat nu al om tientallen plannen waarin zorgpartijen samen concrete voorstellen doen om de zorg toegankelijk te houden, passende zorg verder te brengen, de eerste lijn te versterken of bijvoorbeeld verder te digitaliseren.

Verandering vraagt ook om een lange adem. Ik moet daar realistisch in zijn, hoe graag ik ook de noodzakelijke transformatie van de zorg binnen één jaar of één kabinetsperiode zou willen realiseren. Het is belangrijk om de ingezette inspanning voor de beweging naar passende zorg in te werken in het systeem en die de komende jaren vast te houden. We zetten nu al stappen om die transformatie echt van de grond te krijgen. De zorgverzekeraars dragen daar stevig aan bij. Zo trekken ze in de contractering samen op bij de inkoop van transformatie- en regioplannen en begeleiden ze actief de totstandkoming van deze plannen. Ook werken ze samen met aanbieders toe naar een beter contracteerproces.

Ik wil de beweging naar passende zorg ook via pakketbeheer versnellen. Het

programma voor het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket is hierin een belangrijke stap, want met eenduidigere pakketcriteria wordt het toetsingsproces scherper en beter. Daarmee verwacht ik dat er duidelijkere uitspraken en pakketadviezen over passende zorg komen. Daarnaast wordt met partijen hard toegewerkt naar een passende inzet van fysiotherapie. Ik kom daar straks op terug.

Afrondend, voorzitter. De uitdagingen in de zorg waar we voor staan zijn groot, en de keuzes zijn ingewikkeld. Dat zeg ik niet om ons te ontmoedigen, maar juist om ons aan te sporen. Wij kunnen deze uitdagingen samen aan, we kunnen moeilijke keuzes maken in de wetenschap dat we allemaal hetzelfde nastreven: een land waarin goede, passende zorg beschikbaar is voor iedereen die dat nodig heeft, en dat voor een betaalbare prijs.

Voorzitter. Dat brengt mij bij de beantwoording van de vragen. Ik heb een heel scala aan verschillende blokjes. Het is een heel breed onderwerp, dus sta me toe dat ik het zo breed doe. Ik zal even de onderwerpen noemen. Het gaat allereerst over stelselsamenwerking en het RVS-rapport. Dan gaat het over toegankelijkheid en zorgplicht. Daarna gaat het over contractering, pakketbeheer, mondzorg — ik kijk hoe snel de voorzitter meeschrijft — zorgmijding en solidariteit, risicoverevening, eigen betalingen en eigen risico. Zelfs bij zo veel blokjes hebben we dan tot slot ook nog een blokje overig. Zonder daar nou uitgebreid op in te gaan: dat gaat onder andere over vragen over klinische testen en andere vragen.

Ik begin bij het blokje over stelselsamenwerking en de RVS-rapportage. Allereerst ga ik in op de vraag van uw kant, voorzitter, of ik iets kan zeggen over het RVS-rapport. Laat ik allereerst beginnen door even stil te staan bij wat ik in de inleiding al zei: wij hebben in Nederland een stelsel met een aantal belangrijke karakteristieken die wij, denk ik, breed willen koesteren. Dan gaat het om de publieke financiering, het in de basis streven naar solidariteit en gelijke toegang voor iedereen, en dus het gemeenschappelijk dragen van lasten, ook als dat gaat om hele hoge zorgkosten. Een ander belangrijk aspect is de hele sterke eerste lijn.

Daarbij onderken ik dat we, misschien ook al in het verleden maar zeker in de huidige tijd, last hebben van de zeer sterke fragmentatie in de zorg. Laat ik alleen de getallen van de inspectie aanhouden. We hebben in Nederland meer dan 45.000 individuele zorgaanbieders. Meer dan 45.000! Als ik het een beetje platsla en chargeer: de gedachte en de hele inzet zijn eigenlijk jarenlang geweest dat we uiteindelijk het beste systeem met de beste kwaliteit tegen de laagste prijs zouden krijgen, als iedere individuele zorgaanbieder maar zijn eigen gegevens voor zichzelf houdt. We moeten constateren dat dat voor veel patiënten en in veel gevallen niet zo is.

Wat dat betreft kom ik terug op iets dat ik ook al in eerdere debatten heb gezegd, en op de opmerking van mevrouw Agema: ja, in het verleden hebben mijn voorgangers heel vaak gezegd dat wij wereldwijd een van de beste zorgsystemen en -stelsels hebben. Mevrouw Agema refereerde nog aan een recente opmerking. Hoewel ik begrip heb voor die opmerking, denk ik dat het verstandig is om gewoon in de spiegel te kijken. We mogen op veel punten echt kritischer op onszelf zijn: op veel vlakken is het niet zo. Ons systeem kent publieke financiering, een sterke eerste lijn, fantastisch opgeleide verpleegkundigen, artsen en heel veel ander personeel, solidariteit en een fantastische infrastructuur. We zijn een welvarend land dat ook bereid is om veel geld aan zorg te

besteden en dat — laten we het niet vergeten — een geografie heeft die het mogelijk maakt om 24/7 overal goede zorg te leveren. Je zou dan eigenlijk verwachten dat we op alle harde uitkomstmaten, of het nou gaat om bijvoorbeeld wachttijden en toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, of om de uitkomsten van allerlei zorg, in de top staan, in ieder geval van Europa, maar eigenlijk ook internationaal. Op veel punten is dat echter niet zo.

Dit debat leent zich er niet voor om hier nu helemaal bij stil te staan, maar dat betekent echt een uitdaging. De uitdaging waarvoor we staan moeten we herkennen, alsook het probleem van de fragmentatie. Ik denk echt dat de fragmentatie als sterke factor debet is aan het feit dat onze kwaliteit op punten tekortschiet. Het altijd maar inzetten op concurrentie, ook waar dat niet direct in het belang van een patiënt of burger is, zit ons in de weg, en is voor mijn collega's en mij in de afgelopen anderhalf jaar dé basis geweest om een andere koers te gaan varen. Daarbij focussen we in de eerste plaats niet op financiën, maar op kwaliteit, toegang, verbeteren en samenwerken: niet concurrentie maar samenwerking als de norm.

Dat was een lange inleiding voor en een respons op uw vraag. Maar dat is precies de reden dat ik me volledig herken in het RVS-rapport. Wat het RVS-rapport opschrijft, is gewoon wat ook in het IZA en de andere akkoorden staat. Ik zie het dus alleen als een verdere bevestiging van deze koers. Daarbij komt natuurlijk de kanttekening dat dit wel een langetermijndiscussie is, zoals de RVS ook zelf zegt en waaraan ook mevrouw Ellemeet refereerde. Dit is niet in één keer klaar. Het vergt namelijk echt een hele beweging de andere kant uit. Natuurlijk komt er nog een volledige respons, maar dit is even de eerste inzet van een antwoord op uw vraag, voorzitter, of ik iets kan zeggen over het RVS-rapport. Waar het bijvoorbeeld gaat over de regiobeelden en over samenwerking zowel binnen domeinen als over domeinen heen, en over het daarbij slimmer gebruik maken van data, digitalisering en medische technologie, zie ik de probleemanalyse en de geschetste richting als volledig in lijn met IZA en de andere akkoorden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik zie ook dat het Integraal Zorgakkoord inzet op meer samenwerking en dat dat eigenlijk bevestigd wordt in het advies van de RVS, maar de raad zegt nog wel meer. Die zegt dat het stelsel zoals we dat hebben niet volstaat. Deze minister zegt: ik werk er nu aan om de grenzen van het stelsel zo ver mogelijk op te rekken; ik heb die opdracht meegekregen, ook vanuit het coalitieakkoord. We willen natuurlijk niet dat we nu partijen net met z'n allen aan de slag zijn, bij wijze van spreken een hele grote stelselwijziging aankondigen en dat iedereen dan denkt: nou, dan ga ik wachten, want ik ga niet nu in iets investeren als het straks weer anders is. Die gedachte snap ik.

Tegelijkertijd vraag ik het volgende aan de minister. Stel dat hij nog twee jaar heeft, dat hij zijn termijn kan afmaken, dan zou ik het doodzonde vinden als hij die twee jaar, hoe waardevol ook, alleen met het IZA bezig is. Ik zou graag van de minister horen dat hij het denken ook verder doorzet en dat hij nadenkt over welke onderdelen in de zorg toch kwetsbaar zijn binnen het huidige stelsel en wat we op termijn aan dat stelsel zouden kunnen veranderen. Dat zeg ik met dien verstande dat het niet de bedoeling is dat iedereen nu stopt en gaat wachten op nieuwe, toekomstige veranderingen. Maar ik vraag de minister wel na te denken over welke onderdelen nou het meest kwetsbaar zijn. Mijn inschatting is dat die onder andere rond kwetsbare ouderen zitten, omdat die in

drie zorgwetten zitten et cetera. Maar goed, misschien heeft de minister een andere analyse. Ik vraag hem om dat denken wel verder te brengen.

Minister Kuipers:

Dank voor deze aanvullende vraag. Eén. De discussie en het nadenken stoppen hier absoluut niet. Integendeel, eigenlijk past de beweging die we inzetten met het IZA, dus met samenwerking op allerlei verschillende manieren, waarbij we soms andere manieren van financiering opzoeken — dat kan ook een domein- of een regiofinanciering of financiering van andere zaken zijn — en met veel andere aspecten, zoals het nadenken over andere manieren van personeel aanstellen en financieren, helemaal in deze beweging. Het is ook een meerjarenbeweging. Dat zal ook voor de periode daarna zo zijn. Wat dat betreft zie ik het toch een beetje als het ombuigen van een olietanker: we gaan in een andere koers varen, gewoon omdat het tijdsgewricht daarom vraagt. Dat is geen kritiek op het verleden. Er zijn in het verleden op hele goede gronden keuzes gemaakt met een zorgstelsel, maar de uitdaging van nu brengt ons in een ander tijdsgewricht en daarmee ook op een kantelpunt; ik gebruik dat woord zelf vaak in presentaties of toespraken. We staan op een kantelpunt, om allerlei verschillende redenen. Dat betekent dat je ook gewoon anders moet nadenken. Het stopt hier dus niet.

Ten aanzien van die stelseldiscussie is mijn antwoord een beetje in lijn met wat mevrouw Ellemeet zegt. Op het moment dat ik de inzet sterk zou hebben op "we hebben een ander stelsel nodig", dan kunnen we, u en ik, maar ook heel veel andere partijen, daar gezamenlijk ontzettend veel tijd in investeren en heel druk mee bezig zijn en ondertussen niks doen, terwijl er voor burgers en patiënten nu al veel nodig is. De kwalificaties van een stelsel zoals ik ze zojuist gedefinieerd heb, dus publieke financiering, een sterke eerste lijn en een partij die onze vertegenwoordiger is wat betreft inkoop, kwaliteit et cetera, zijn juist allemaal heel belangrijk; die wil je ook preservieren.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Zeker. Maar ik probeer goed te luisteren naar wat de minister nu precies zegt. Hij zegt aan de ene kant: we zijn in ontwikkeling met het zorgakkoord; we gaan daarin stappen zetten, maar we hebben die stappen niet allemaal in een jaar gezet. Eens, allemaal eens, maar ik maak het toch ietsje scherper. Volgens mij staan we allemaal achter de publieke waarden van dit stelsel, maar er zitten ook beperkingen in hoe we de zorg nu hebben georganiseerd, of je het woord "stelsel" nou gebruikt of niet. Laat ik het even concreet maken rond die kwetsbare ouderen. Die groep heeft te maken met de Zorgverzekeringswet, met de Wet langdurige zorg en met de Wmo. Dat leidt tot heel veel ellende. We hadden dat mooie artikel over Jeroen Wester in de NRC. Die liet zien wat er gebeurt als je je oom door het doolhof van de ouderenzorg heen probeert te helpen. Daar heb ik het over, dus dat er kritisch gekeken wordt naar hoe we die wetten en die financieringen nu voor die ouderen hebben geregeld en of dat nou niet simpeler kan. Ik snap ook dat de minister niet volgende maand met een presentatie komt over hoe hij die wetten gaat aanpassen. Maar dat is net wat meer dan zeggen: we gaan door op basis van het IZA en we koesteren onze publieke waarden.

Minister Kuipers:

Mevrouw Ellemeet vindt het vast goed als ik toch even een glimlachje bij mezelf heb, want toen wij vorig jaar met dat Integraal Zorgakkoord en die andere akkoorden bezig waren, was er onder andere in de pers veel commentaar. "Deze ministers en deze

staatssecretaris zijn veel te ambitieus." "Dit is zo veelomvattend." "Dit is te groot." Toen er op een gegeven moment een IZA lag, was het: hier staan wel 400 punten in; wat nemen ze allemaal op zich? Ondertussen zijn we één jaar verder. Nu hoor ik de aansporing dat er eigenlijk al wel een tandje bij moet en dat het wel een stapje verder mag. Ik wil dat graag doen, maar met het oog op de realiteit wil ik ook wel even deze reflectie geven, want het is al veelomvattend en er gebeurt veel. Ik zeg er maar íéts over in mijn inleiding, maar er gebeurt heel veel. Kwetsbare ouderen zitten voor een deel natuurlijk in de portefeuille van mijn collega, minister Helder, maar dit is precies zo'n punt waar dat WOZO-akkoord zich specifiek op richt. Dat is precies de reden geweest dat we de gemeentes hier, overigens ook bij het IZA, als een belangrijke partij bij betrokken hebben.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik hoor de minister goed als hij zegt dat we onszelf niet op onze borst moeten kloppen, want zo boven in de lijstjes zitten we ook niet overal. Ik denk dat het goed is om kritisch te blijven kijken, maar ik denk inderdaad ook dat het goed is om het stelsel niet als verantwoordelijke te zien. Heel veel van de problematiek in andere landen, waar ze heel andere stelsels hebben, is vergelijkbaar. Ik vraag mij daarom af of er bij VWS eigenlijk een soort analyse is wat betreft hoe problemen in andere landen in Noordwest-Europa hetzelfde zijn, waar ze anders zijn en waar dat al dan niet door stelselverschillen kan komen, want dat kan ons denken wellicht ook helpen.

Minister **Kuipers**:

Dit is een hele belangrijke en tegelijkertijd heel veel omvattende vraag. Het raakt ook een beetje aan de analyse in het artikel van de Cambridge University Press waar mevrouw Ellemeet aan refereerde, dat heel erg focust op het Nederlandse systeem, maar dat die problematiek wat uitvergroet en ook in een internationale setting probeert te zetten.

Als je internationaal zorgstelsels naast elkaar legt, dan is een voorzichtige conclusie, denk ik, dat er niet zoiets is als hét ideale zorgstelsel. Er zijn allerlei nuances en verschillen, maar hét ideale zorgstelsel is er niet. Een paar aspecten kun je wel benoemen. Stelsels die gebaseerd zijn op een sterke eerste lijn doen het over het algemeen beter dan stelsels waarin de eerste lijn zwak is of ontbreekt. Dat is een hele belangrijke. Voor de duidelijkheid: daarmee bedoel ik niet alleen de huisarts, maar gewoon breder de eerste lijn. We hebben het straks nog over fysiotherapie of over de wijkverpleegkundige, maar het gaat om een sterke eerste lijn. Daar is een reden voor. Wij zijn traditioneel altijd gericht geweest op een sterke eerste lijn. Die staat nu heel erg onder druk. Dat is ook een reden om te proberen om die op allerlei manieren te versterken. Over fysiotherapie gaan we het zo nog hebben. Maar dat past allemaal in die beweging: erkennen dat een sterke eerste lijn belangrijk is.

Een tweede is dat stelsels die gebaseerd zijn op een sterke mate van solidariteit, het over het algemeen beter doen, omdat ze de populatie breder en beter bereiken. Het gaat erom dat als jou wat overkomt of jij medicatie of andere zaken nodig hebt, er een vorm van solidariteit in zit, ongeacht je inkomen of je bankrekening.

Een derde is dat stelsels waarin er goede mogelijkheden zijn voor samenwerking, waarbij die ook gestimuleerd worden en soms ook echt nog wat strakker, desnoods vanuit een partij zoals de overheid, aangestuurd worden, of waarbij het initiatief tot die

samenwerking daardoor genomen wordt of meer dwingend opgelegd wordt — misschien zijn dat betere woorden — het ook beter doen, zeker in de huidige tijd met de ontwikkelingen van de gezondheidszorg.

Bijvoorbeeld voor de financiering wordt er veel en vaak naar de NHS gekeken. Mensen in Engeland zijn traditioneel heel trots op hun NHS. Als wij de vergelijking maken, dan denk ik dat we op tal van vlakken blij zijn dat we niet te maken hebben met de NHS maar in Nederland zijn. Er werd iets genoemd over covid. Tijdens covid was de hoeveelheid achtergestelde zorg in Engeland per miljoen inwoners acht keer zo hoog als bij ons. Dat is maar één factor. Het aantal bezoeken aan een spoedeisende hulp ligt in Engeland per miljoen inwoners ongeveer — ik zeg het uit mijn hoofd — een factor vier keer zo hoog als in Nederland.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De minister zegt terecht dat er geen perfect stelsel is en dat een sterke eerste lijn heel erg belangrijk is. Hij zegt ook dat we niet per se het stelsel hoeven te wijzigen, maar dat we binnen het stelsel de nodige dingen kunnen doen. Nu zei de minister net dat hij ook bereid is om te kijken naar een andere financiering: domein of regio. Ik heb daar in mijn inbreng twee voorbeelden voor genoemd. Ik heb een artikel geschreven over het anders financieren van apotheken: om veel meer op basis van populatiebeplooiing in plaats van per receptregel te betalen. Ik heb ook gezegd — en dat heeft ook nog een andere doelstelling — dat we nu zien dat commerciële ketens proberen huisartsen over te nemen. Kunnen we dat niet moeilijker maken door het inschrijfgeld voor de huisarts ook meer afhankelijk te maken van populatieopbouw? Ik hoor daar graag een reactie op van de minister.

Minister Kuipers:

Wij doen dit allemaal naar aanleiding van een bespiegeling over het RVS-rapport. Deze vragen zijn meegenomen, dus daar kom ik straks op terug. Mocht dat toch niet het geval zijn, dan vertrouw ik erop dat mevrouw Van den Berg mij daaraan herinnert. Maar anders ga ik nu bladeren.

De voorzitter:

Dat vinden wij goed, minister. Gaat u door.

Minister Kuipers:

Dan ga ik even door binnen hetzelfde blokje. Ik kom allereerst bij een vraag van de heer Bushoff. Hij vroeg: minder marktwerking, meer samenwerking; is het niet zo dat de mogelijkheden binnen het stelsel afhankelijk zijn van de wind die er waait — bij VWS, bij de ACM, bij deze minister — en moeten we dat niet robuuster maken? Ik denk dat die mogelijkheden niet afhangen van de wind. Die hoeven ook niet af te hangen van de wind. Gelukkig niet. Beweging naar meer samenwerking kan en hoeft niet ten koste te gaan van de voordelen van het huidige stelsel, zoals ruimte voor partijen, lokaal en regionaal. Daarom vind ik dat we moeten vasthouden aan de beweging die we met het IZA en de andere akkoorden hebben ingezet. Dat doen we samen met veldpartijen en toezichthouders en dus ook met de ACM. De rode draad is conform het doel van de Mededingingswet, dat samenwerking binnen de mededingingsregels mogelijk is als de voordelen van die samenwerking voor patiënten en verzekerden nu en in de toekomst opwegen tegen de nadelen. De standvastigheid van dit beleid is geborgd door ondertekening van het IZA en mijn communicatie met uw Kamer. Ook de uitvoering door

de ACM is openbaar vastgelegd, bijvoorbeeld in haar beleidsregel De juiste zorg op de juiste plek.

Voorzitter. De heer Dijk vroeg: waarom voert de minister geen inkomensafhankelijke zorgpremie in om de gezondheidsverschillen tegen te gaan? Ik wil allereerst zeggen dat wij ons inspannen om gezondheidsverschillen tegen te gaan. Zo heeft de staatssecretaris, samen met ons, in het Gezond en Actief Leven Akkoord hierover afspraken gemaakt met gemeenten, GGD'en en zorgverzekeraars. Daar is ook geld voor beschikbaar. Verder heb ik samen met de minister van SZW aan de SER gevraagd om advies uit te brengen over welke aanvullende maatregelen we in het sociaal domein en in het arbeidsmarktstelsel kunnen nemen om gezondheidsverschillen tegen te gaan. Dat advies verwacht ik dit najaar. Het huidige financieringsstelsel met inkomensafhankelijke bijdragen en zorgtoeslag voor huishoudens met een laag of middeninkomen functioneert in mijn ogen. Aanpassingen in de financiering zijn vaak fundamenteel en op dit moment in mijn ogen niet nodig of opportuun. Dat geldt ook voor een inkomensafhankelijke nominale premie.

Dan vroeg de heer Dijk: hoe gaat de minister om met botsende economische organisatiebelangen als hij het eens is met het credo "minder marktwerking, meer samenwerking en meer regie"? Ik benadrukte juist samenwerking en regie in de regio om daarmee de regionale zorg en de lokale zorg te optimaliseren. Dat betekent dat afgesproken is dat elke regio regiobeelden en regioplannen opstelt om zorg toekomstbestendig te maken. De regio is ook juist de plek waar die belangen gewogen worden in het belang van de patiënt en de verzekerde op de korte en lange termijn. Om een goede belangenafweging te borgen, is met het IZA nadrukkelijk ingezet op het betrekken van alle stakeholders bij die plannen, inclusief patiënten- en burgerperspectief. Dat hebben we ook vastgelegd in de criteria voor die regiobeelden en regioplannen.

De **voorzitter**:

Minister, u heeft een interruptie van de heer Dijk.

De heer **Dijk** (SP):

Dit is precies het punt dat ik bedoel. Dit zijn hele mooie woorden; die kun je heel mooi op een papier schrijven. Je kunt het echt heel mooi vastleggen in documenten, met afspraken, in de regio, met alle stakeholders. Maar ik heb zo vaak gezien in wijken en buurten, dus op lokaal niveau, dat als mensen aan tafel zitten — en dat zijn de beste zorgverleners van de wereld — dan toch het economische organisatiebelang voorop wordt gesteld. Dat gebeurt constant. En productie draaien, wat nou eenmaal loont in dit systeem, steekt dan ook in één keer de kop op. Dan is die samenwerking in één keer heel ver te zoeken. Mijn punt is dus: hoe gaat u er echt voor zorgen dat niet die belangen, dus niet de economische belangen van organisaties, de hoofdmoot vormen? U zei het net zelf ook al. U had het over 45.000 zorgaanbieders. Het spijt me zeer, maar daar regie op voeren ... Ik ken u nu een paar weken, maar regie voeren op 45.000 zorgaanbieders ... Ik geef het u te doen. Hoe gaat u voorkomen dat die economische belangen en het voortbestaan van die organisaties de hoofdrol gaan spelen? Hoe gaat u ervoor zorgen dat ze geen productie gaan draaien? Het eruit halen van die belangen is namelijk de enige manier waarop samenwerking volgens de SP wél tot stand kan komen.

Minister Kuipers:

De heer Dijk gooit van alles bij elkaar in een mandje en husselt dat dan wat, maar laten we allereerst ervan uitgaan en hopen dat zorgaanbieders wel productie draaien. Dat "productie draaien" klinkt wat vreemd, maar dat betekent het leveren van zorg aan patiënten als ze dat nodig hebben. Dat is precies wat we van ze vragen. We gaan het straks nog even hebben over wachtlijsten en over toegang. Er moet een stimulans voor zorgaanbieders zijn om patiënten te zien. Uiteraard moeten dat de juiste patiënten zijn en binnen de juiste termen et cetera, maar het gaat om productie draaien. Een stimulans daarvoor kun je op allerlei verschillende manieren inbouwen. We hadden het zojuist al even over verschillende zorgstelsels. Er is er wereldwijd niet een dat het beste is. We hebben een bijzonder systeem met een soort mix van publiek en privaat. In mooie Engelse termen heet dat "managed competition". Daar zitten voor- en nadelen aan. Nogmaals, het artikel waar mevrouw Ellemeet aan refereerde laat wel zien hoe complex dat is en hoe dat ook in de afgelopen vele jaren — als ik even snel reken, gaat het om de afgelopen vijftien à zestien jaren — nog complexer is geworden. Maar op een andere manier inregelen, gaat niet automatisch gepaard met minder complexiteit.

We hebben inderdaad een heel groot aantal aanbieders, maar het is geen doel om dat aantal naar beneden te brengen. We hebben wel iets gedaan om het voor kleine organisaties in ieder geval mogelijk en gemakkelijker te maken om gezamenlijk te contracteren, om eventueel ook gezamenlijk personeel uit te wisselen en om zo nodig samen te gaan. Daarbij gaat het zeker over de kleine organisaties. Maar dat zal niet automatisch leiden tot een kleiner aantal aanbieders op de korte termijn. Dat moet je dus op een bepaalde manier aansturen, via de regio en via netwerken, maar bijvoorbeeld ook via brancheorganisaties.

De voorzitter:

Gaat u door.

Minister Kuipers:

Dan vroeg mevrouw Ellemeet: ziet de minister een mogelijkheid om de fiftyfiftyverdeling in de Zvw-financiering anders vorm te geven en de zorgtoeslag te schrappen? Allereerst is er sprake van grote inkomenssolidariteit in de Zvw door de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag voor huishoudens met een laag inkomen of een middeninkomen. Deze systematiek functioneert. Aanpassingen in de financiering zijn vaak fundamenteel, maar dat wil niet zeggen dat we daar niet te allen tijde voor open moeten staan. Dat raakt aan de discussie die we net hadden. Het kabinet brengt op dit moment de maatregelen in beeld die nodig zouden zijn om het huidige toeslagenstelsel te vervangen. Dat zou in de toekomst moeten gebeuren. Het gaat nu om een analyse. Ook werkt het kabinet nu aan verbeteringen van het huidige toeslagenstelsel, waaronder het terugdringen van het niet-gebruik.

De voorzitter:

Er wordt buiten de microfoon om iets gezegd door mevrouw Ellemeet. Wilt u de interruptie doorzetten? Nee, dat wil mevrouw Ellemeet niet, maar als er misschien enige coulance wordt toegepast, dan kan dat nog wel. Misschien komt het straks nog even terug. Mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik hoor de minister zeggen dat het kabinet nu aan het kijken is naar een vervanging van

het toeslagenstelsel, maar wat ik tot nu toe heb begrepen, is dat alleen voor kinderopvang- en huurtoeslag al plannen in de maak zijn en voor de zorgtoeslag nog niet. Klopt dat?

Minister Kuipers:

Er wordt naar gekeken, maar dat is nog niet de voorbereiding om te vervangen. Er wordt naar gekeken. Dat raakt ook de zorgtoeslag.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dat is op zich goed nieuws. Alleen is dan de vraag natuurlijk op welke termijn er dan iets uit komt waar wij ook naar kunnen kijken. Ik heb nog een andere vraag. Misschien is het een overbodige vraag, omdat ik niet zeker weet of dit er is. Er wordt heel vaak, ook in de afgelopen dagen in de artikelen naar aanleiding van het RVS-rapport, gezegd dat een inkomensafhankelijke bijdrage misschien belangrijk is, maar die is er al. Is er ergens een overzicht, misschien per inkomensgroep, van de cijfers over wat er via de verschillende routes gaat, dus zowel via de nominale premie als via de belastingbijdrage als via de inkomensafhankelijke zorgpremie, die we op ons loonstrookje hebben staan? Is er een overzicht van die cijfers?

Minister Kuipers:

Ja, dat is er, maar dan in een bijlage van de begroting elk jaar. Dus het staat er en het klopt. Mijn medewerker hier naast me probeert uit zijn hoofd te zeggen in welke paragraaf het staat, maar kan dat niet zo snel produceren. Maar het staat dus in de bijlage van de begroting.

Laat ik er in een appreciatie van deze opmerking over de RVS dan wel bij zeggen dat de RVS, los van de appreciatie die ik zojuist al gaf, ook een aantal zeer politieke uitspraken doet. Die lees ik en dan denk ik: dit is een prachtige verdere discussie, maar voor de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving zijn het wel een aantal politieke uitspraken. Ik kijk daarbij even naar de heer Bushoff, de PvdA en hun partijprogramma. Voor mij is het allerbelangrijkste dat de problematiek en ook de oplossingsrichting die geschetst wordt, naadloos op het IZA past. Ik weet zeker dat de RVS-opstellers het IZA en de andere akkoorden hebben gelezen en daarin synthese opgedaan hebben. Daar ben ik ze zeer dankbaar voor.

Mevrouw Ellemeet vroeg naar de fragmentatie en de positie van kwetsbare ouderen. We zeiden daar zojuist al wat over. Ik zie ook dat kwetsbare ouderen last hebben van de bestaande fragmentatie in de wetgeving en daardoor ook in de zorgverlening. Bij uitstek ziet minister Helder dat. De RVS wijst daar ook naar in zijn advies: "suggereert om delen van de Wlz in de toekomst te verdelen onder de Wmo en de Zvw en om betere afstemming tussen zorginkoop door zorgverzekeraars en gemeenten te stimuleren." In het algemeen is het mijn streven om in het zorgstelsel nog verder de omslag naar samenwerking te maken, juist ook om fragmentatie te voorkomen. Ik noemde het al. Minister Helder en ik zullen het advies ook op dit punt uiteraard goed bestuderen en uw Kamer voor de begrotingsbehandeling een beleidsreactie op het RVS-advies toesturen, waarbij minister Helder ook bezig is met de voorbereiding van een wetsvoorstel domein overstijgende samenwerking. Dat voorstel beoogt ook om de samenwerking tussen de domeinen makkelijker te maken.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg wat de minister vindt van het voorstel om apothekers

meer algemeen te bekostigen op basis van populatievergoeding in plaats van receptvergoeding. Dat is een vraag die zojuist ook alweer even gesteld werd. Ik zie, net als mevrouw Van den Berg, dat de receptregelvergoeding in het huidige tijdsbestek niet altijd leidt tot de beste farmaceutische zorg. Daarom kijk ik met het hele veld naar de invulling, organisatie en bekostiging van extramurale farmaceutische zorg. Ik kan nu nog niet zeggen of populatiebekostiging het antwoord is, maar ik neem dit wel degelijk mee in het traject. Ik vind die manier van bekostigen ook niet alleen aan mij, maar juist ook iets van veldpartijen en de NZa. Mevrouw Van den Berg begrijpt dat, als ik deze partijen noem. Ik informeer u over dit traject, zoals eerder toegezegd, wanneer die visie en die afspraken zijn geconcretiseerd.

Mevrouw Ellemeet vroeg ten aanzien het coalitieakkoord, waarin staat dat er wordt ingezet op meer artsen in loondienst, hoe het met de voortgang staat en of er meer artsen in loondienst zijn. Allereerst wil ik iets zeggen over het coalitieakkoord. De inzet van het coalitieakkoord was nadrukkelijk meer gelijkgerichtheid en daar waar dat nodig is meer artsen in loondienst. Deze stap moeten we niet overslaan. Dat betekent namelijk dat de beweging naar passende zorg en samenwerking in de regio in plaats van alleen concurrentie en competitie, in het belang van een patiënt, ook door medisch specialisten maximaal ondersteund moet worden. Het in loondienst brengen van medisch specialisten is daarbij een maatregel die op tafel ligt indien de gewenste beweging onvoldoende van de grond komt. Daarbij werk ik ondertussen al wel aan de voorbereiding van regelgeving, zodat, als dat nodig blijkt te zijn, er een overstap kan worden gemaakt. De NZa monitort de voortgang van de transformatie naar passende zorg, ook door de medisch-specialistische bedrijven. Dan komt het dus aan op die gelijkgerichtheid en wordt er gekeken of er hetzelfde gebeurt als wat tussen regiopartners en het desbetreffende medisch-specialistische bedrijf is afgesproken.

Dat was dit blokje, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dat triggert mevrouw Van den Berg. Zij wil u nog iets vragen.

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

Ik had de vragen die ik had gesteld even zelf ingedeeld in de blokjes van de minister. Het plaatje waar de minister het over had staat op pagina 227, alleen gaat dat over gemiddelden en niet per inkomensgroep, waar mevrouw Tielen naar vroeg.

Ik heb nog geen antwoord gekregen op mijn vraag over het voorstel voor inschrijfgeld voor huisartsen. Dat hoort volgens mij ook in dit blokje thuis.

Het volgende wil ik ook graag van de minister weten. De minister heeft het veel over samenwerking. Dat zou voordelen voor patiënten en verzekerden geven, maar een van de kernpunten is natuurlijk dat kleine aanbieders heel graag contractueel zouden willen samenwerken. Daar heb ik van de minister nog niets op gehoord. Juist dat bemoeilijkt vaak het gesprek.

Minister **Kuipers**:

Ik heb straks een apart blokje contractering. Het is altijd een keuze of ik het per Kamerlid indeel of niet. Ik zoek juist meestal naar de indeling per onderwerp, maar als mevrouw Van den Berg mij toestaat, kom ik ook op deze vraag terug.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Ik was eigenlijk even benieuwd hoeveel interrupties we ook alweer hadden. Hadden we een totaal aantal interrupties? Dan heb ik er nog iets van vijf of vier, naar mijn idee. Drie, hoor ik. Nee toch?

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff, met mij valt soms best te onderhandelen, maar ik heb begrepen dat een aantal van uw collega's dat niet prettig vinden. U heeft nog drie interrupties.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dan ben ik heel spaarzaam en ga ik het heel goed proberen te formuleren. De minister ging in dit blokje ook in op de vraag over minder marktwerking en meer samenwerking en of dat medeafhankelijk is van de wind die er waait bij de toezichthouder, op het ministerie et cetera. Volgens de minister zou dat niet zo zijn "want we hebben het IZA". Dan is mijn vraag: is het IZA dan inderdaad zo bindend tot in lengte van dagen? En wat gaat de minister, als die mogelijkheid er nu ook al is, concreet doen om ervoor te zorgen dat die samenwerking ook meer wordt opgezocht? Dat was de andere vraag die ik al had gesteld. Zorgaanbieders zijn op dit moment nog heel terughoudend in het zoeken van die samenwerking, omdat ze bang zijn dat het niet mag.

Minister **Kuipers**:

Ik ben bang dat er maar weinig dingen zijn die tot in lengte van dagen zijn. Dat is geen flauw antwoord, maar of ik daarmee nou ver vooruit kan lopen ... Nee, dat kan niet. Het enige wat ik wel zie — en daarom benoem ik het bewust ook gewoon als een kantelpunt — is dat we in de situatie waar wij nu in zitten, die niet uniek is voor Nederland en ook niet uniek is voor West-Europa of Noord-Amerika, te maken hebben met de uitdagingen zoals ik ze in het begin al even noemde. Er is een stijgende zorgvraag, onder andere door vergrijzing en ook doordat veel meer mensen in het langer leven langdurig te maken hebben met multimorbiditeit, waarvoor zij zorg nodig hebben. Daarnaast hebben we een arbeidsmarkt die die zorgvraag niet kan bijbenen. En dat terwijl de zorg, zoals we die leveren, nog altijd zéér arbeidsintensief is en te weinig gebruikmaakt van allerlei andere mogelijkheden. Dat is niet alleen in Nederland, maar ook elders het geval.

Als je het een beetje wil chargeren, zou je feitelijk kunnen zeggen dat we in de zorg, ten opzichte van allerlei andere sectoren in onze maatschappij, een inhaalslag te maken hebben, niet met als doel om kwalitatief mindere zorg te leveren, maar juist om goede zorg te kunnen leveren in plaats van om mensen bijvoorbeeld langdurig op een wachtlijst te laten staan. Deze uitdaging vormt een kantelpunt, en dan heb ik het nog niet eens over andere aspecten die daar nog bijkomen. Dat betekent dat de focus op samenwerking absoluut nodig is. Of dat nou via het IZA of via een andere vervolgstap zoals de langetermijnkapstok van het RVS-rapport gebeurt, die, zoals ik al zei, naadloos op elkaar aansluiten. Wanneer er een andere partij zit en er een andere Kamersamenstelling is en er een andere minister zit, zou het heel bijzonder zijn als men later zegt: "Nou, dat samenwerken en alles wat dat biedt, lijkt ons vanaf nu weer volstreekte onzin. Laat iedereen het weer voor zichzelf in de volle breedte doen." Dat gaat gewoon niet meer op die manier.

De **voorzitter**:

Gaat u door.

Minister **Kuipers**:

Dat bracht mij bij het volgende mapje. Dit is het mapje over toegankelijkheid en de zorgplicht. Excuus, ik drukte mijn microfoon even uit.

Er was een vraag van mevrouw Tielen. Zij vroeg welke verbeteringen we in het preferentiebeleid kunnen aanbrengen om beschikbaarheid van generieke middelen te vergroten. Tekorten van generieke middelen vormen een multifactorieel probleem, en daarmee is het dus ook niet met één oplossing weg te nemen. Het wordt overigens vaak gepresenteerd als een probleem in Nederland. Helaas, was dat maar zo. Want als dat het was, dan was het waarschijnlijk vrij eenvoudig op te lossen door te kopiëren wat ze in het buitenland doen. Dan zou het probleem zijn opgelost. Maar het is echt een internationaal probleem. Het speelt niet alleen in Europa of in Noord-Amerika, maar internationaal. Preferentiebeleid is een van de factoren die hier ongetwijfeld op enigerlei wijze aan bijdraagt en het versterkt. In welke mate en hoe precies, kan ik niet zeggen, maar het zal een van de factoren zijn.

Zorgverzekeraars en andere betrokken partijen zijn met elkaar in gesprek, ook met VWS, over of en welke aanpassingen in het preferentiebeleid nodig zijn om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Ze zijn daar allereerst verantwoordelijk voor. Ze zijn daarover ook in gesprek met de Werkgroep gezonde Nederlandse geneesmiddelenmarkt. Gedurende de zomer en ook daarna worden gesprekken gevoerd. Ik zal u voor het zomerreces nog een update geven over de stand van zaken rondom de beschikbaarheid van medische producten. Ik hou zelf ook rekening met het feit dat er een moment kan komen dat er toch van overheidswege, door mij, bepaalde afspraken gemaakt moeten worden om iets binnen het preferentiebeleid te doen. Dat zou bijvoorbeeld, om maar een voorbeeld te noemen, het volgende kunnen zijn. In de afgelopen weken was er een middel tegen jicht uitgebreid in het nieuws. Het wordt gebruikt door grote groepen Nederlandse patiënten. Daarbij is het zo dat de vier grote zorgverzekeraars allemaal bij dezelfde preferente leverancier uitgekomen zijn en dat de preferente leverancier niet aan de vraag kan voldoen. Dan moet je echt overwegen of je er, als je alle vier bij dezelfde leverancier komt, niet ook een tweede leverancier bij moet kiezen. Ik noem slechts een mogelijke maatregel. Ik vind dat het eerst aan de markt is, maar dit is wel de aard van de vraag en de inzet van mijn kant. Nogmaals, door alleen dat te doen, is het tekort niet over. Het klopt ook niet dat, wat vaak wordt geschetst, het alleen een Nederlands probleem is. Dat is het helaas niet. We hebben in het afgelopen jaar situaties gehad waarin er tekorten waren van specifieke middelen in ongeveer alle EU-landen tegelijk.

Dan vroeg mevrouw Tielen wat er nodig en mogelijk is om regels zodanig te interpreteren en/of toe te passen, dat zorgverzekeraars actief kunnen bemiddelen. Is het mogelijk dat zorgverzekeraars met verzekerden afspreken dat ze actief contact mogen opnemen als ze op een wachtlijst staan voor inhaalzorg? Allereerst wil ik zeggen dat het probleem is — mevrouw Tielen weet dat — dat zorgverzekeraars niet aan declaratiedata kunnen zien of iemand zorgbemiddeling behoeft en of iemand op een wachtlijst staat voor bijvoorbeeld een ingreep. Zij moeten een seintje krijgen doordat een verzekerde bijvoorbeeld zelf contact opneemt of doordat een zorgverlener het verzoek doorgeeft aan de verzekeraar. Uiteraard kan een zorgverlener dat alleen doen met toestemming van een patiënt. Verzekeraars wijzen hun verzekerden wel regelmatig op de mogelijkheid om om zorgbemiddeling te vragen. Ik ben bereid om met zorgverzekeraars

en zorgaanbieders te verkennen wat de wettelijke mogelijkheden zijn om wachtende patiënten actief te benaderen. In lijn met de vraag van mevrouw Tielen zie ik dat we hier ondertussen al enige tijd actief op inzetten en dat er te weinig voortgang is. Verzekeraars zijn in hoge mate succesvol wanneer er een vraag voor zorgbemiddeling komt, maar deze vraag komt te weinig door.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat klopt inderdaad, want ik heb de vraag vandaag niet voor het eerst gesteld, en de minister geeft er ook niet voor het eerst antwoord op. Volgens mij is dit wel het moment om met elkaar te kijken naar de verzekeringspolissen die in het najaar voorbereid gaan worden. Kan er in de polisvoorwaarden niet iets worden opgenomen, zodat verzekerden hun verzekeraar toestemming kunnen geven? Dan kan hun verzekeraar hen benaderen als het nodig zou zijn, ook als ze nog helemaal geen behoefte aan wachtlijstbemiddeling hebben. Ik ben geen jurist, maar het lijkt mij best wel simpel om daar nu al over na te denken en om dat mee te nemen in de polisvoorwaarden.

Minister **Kuipers**:

Ik wil niet vooruitlopen op wat er dan precies technisch mogelijk is. Je zult iets bijvoorbeeld in de privacyregeling moeten zoeken. Wat mag er worden doorgegeven en welke mogelijkheden tot verplichting kunnen zorgaanbieders worden opgelegd als ze binnen bepaalde normen niet kunnen leveren? In dat soort terreinen moeten we het zoeken. Daarnaast blijft de stimulans aan de zorgaanbieders nodig: hier moet echt voortgang op komen. Wij moeten ondertussen al nadenken over alternatieven. Daarmee zou je opnieuw het risico lopen dat je het aantal regels in de zorg weer verder verhoogt, en dat is iets wat we juist willen voorkomen. Nu zijn patiënten soms de dupe en wachten ze te lang.

De **voorzitter**:

Misschien voor de volledigheid: er is overleg geweest met de minister van Sociale Zaken over opt-inregelingen van niet gebruik van regelingen. Ik begreep dat daar ook vanuit deze materie naar gekeken zou worden. Dat heeft de minister al een keer eerder aan mij toegezegd, maar ik zie dat hij dat vergeten is. Daar help ik u straks nog even aan herinneren. Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Ik wil met brancheorganisaties, aanbieders en verzekeraars de precieze mogelijkheden verkennen en daarbij nadrukkelijk de urgentie aangeven en zeggen: we zien eigenlijk niks veranderen; hoelang moeten we hier nog over praten voordat we wat anders gaan doen? Dat heb ik eerder ook al een keer gedaan.

De **voorzitter**:

Gaat u door.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Van den Berg zei dat Caribische Nederlanders die minder dan drie jaar studeren in Nederland, niet in aanmerking komen voor basisverzekeringen en zorgtoeslag. Caribische Nederlanders die korter dan drie jaar in Nederland studeren, zijn niet verzekeringsplichtig omdat zij niet meteen ingezetene zijn. Dat hangt van de persoonlijke omstandigheden af. Dat is bijvoorbeeld zo als de student regelmatig teruggaat naar het Caribisch gebied of als de kosten volledig betaald worden vanuit het

Caribisch gebied. Als ze gaan werken, dan mogen ze wel een verzekering afsluiten. Ik werk aan een verbetering van de informatievoorziening hierover.

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

Het is fijn dat de minister werkt aan informatievoorziening, maar dat is geen oplossing voor het probleem. Voor het Caribisch gebied zou het goed zijn als die Caribische studenten hier een korte opleiding volgen, bijvoorbeeld een master, of een jaar een college volgen, ook om daar een braindrain van hoogopgeleide mensen te voorkomen. Het is dus belangrijk dat we die mensen daar kunnen houden. Dan hebben ze hier dus een korte opleiding. Dan gaat het niet om de informatie verbeteren. Het gaat erom dat er naar het begrip "ingezetene" gekeken wordt voor de mensen die lid zijn van ons eigen Koninkrijk. Die zouden in ons basisstelsel mee moeten kunnen.

Minister **Kuipers**:

De eerste vraag is wat de omvang van het onderwerp precies is, in hoeverre het problematisch is. Ik wil dat van harte nader laten verkennen, maar dan kijk ik ook naar mijn collega van OCW en de staatssecretaris van VWS. Ik kan om te beginnen niet aangeven of daar een oplossing voor nodig is en als dat zo is, of daar oplossingen voor zijn.

Voorzitter. Dat brengt mij bij contractering. Allereerst vraagt mevrouw Tielen wat ik doe om voor zorggebruikers meer transparantie over niet-gecontracteerde zorg te creëren. Allereerst hebben IZA-partijen gezamenlijk afspraken gemaakt om het contracteerproces voor seizoen 2024 en latere jaren te verbeteren, met als doel dat het merendeel van de contracten gedurende het overstapseizoen wordt afgesloten en patiënten tijdiger een goede keuze voor een polis kunnen maken. Zo werkt ZN met de verzekeraars voor het komende overstapseizoen aan eenduidige en geüniformeerde communicatie richting verzekerden over welke zorg al dan niet gecontracteerd is. Naast het verbeteren van het contracteerproces wordt door de Patiëntfederatie, de NZa en ZN ingezet op betere informatievoorziening en voorlichting aan patiënten, zodat zij weten met welke zorgaanbieder een contract is afgesloten en wat de financiële risico's zijn van het afnemen van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Mevrouw Tielen zei dat contractering nog niet is afgerond, terwijl men al wel polissen moet kiezen en vroeg: wat kan de minister doen om ervoor te zorgen dat mensen voor het overstappen weten hoe de contracten eruitzien en wat er in de polis zit? Het is al even benoemd, maar het voorgaande contracteringsjaar was om verschillende redenen bijzonder. Het ging om het afsluiten van het IZA in september, om inflatie, om hoge energiekosten et cetera. Het is in die zin goed om te benadrukken dat medio januari het grootste deel van de contracten wel was afgesloten. De IZA-partijen zullen daarom het contracteerproces het komende contracteerseizoen verbeteren en zetten ook in op — ik noemde het al — betere informatievoorziening.

Dit sluit aan bij de vraag van de heer Bushoff over contractering en vertraging. Zijn opmerking was dat het ver tot in 2023 doorliep. Dat was een hoge uitzondering. Medio januari was het grootste aantal gecontracteerd, maar inderdaad niet voor de overstap van 1 januari. De vraag van de heer Bushoff was wanneer de contracten rond moeten zijn en wanneer ik ga ingrijpen met wet- en regelgeving als dat doel nog steeds niet behaald is, bijvoorbeeld door 12 november als deadline te stellen. Ik noemde het voorgaande contracteringsjaar om verschillende redenen al bijzonder. Ik benoemde ook

al dat in toenemende mate contracten gemaakt worden waarin men ruimschoots afspraken maakt over verbetering van kwaliteit van zorg. Als ik een van de vele voorbeelden mag noemen, dan was er bijvoorbeeld het Maasstad Ziekenhuis, dat recent met zijn vier grootste verzekeraars een contract heeft afgesloten waarin de kwaliteit van zorg centraal staat. Dat heeft geresulteerd in een contract waarin waardegedreven zorg bovenaan staat. Daarmee wordt beoogd dat het ziekenhuis zo veel mogelijk waarde toevoegt aan de kwaliteit van het leven van patiënten.

IZA-partijen hebben gezamenlijk afspraken gemaakt over het contracteerproces voor het seizoen 2024 en latere jaren. In antwoord op de vraag van de heer Bushoff: ik ben tevreden als voor verzekerden duidelijk is of een zorgaanbieder gecontracteerd is of niet, zodat ze beter geïnformeerd een polis kunnen kiezen. De NZa is voornemens om begin juli met partijen handvatten voor het contracteerproces vast te stellen met daarin onder andere normen voor een transparant inkoopproces. Een gestroomlijnd en transparant inkoopproces, waarin partijen makkelijker tot elkaar komen, kan helpen om de doorlooptijd van de contractering terug te dringen. Tweemaal per jaar bespreek ik met de IZA-partijen de voortgang in de contractering en de informatie aan patiënten. Ik ben er geen voorstander van om de datum van 12 november als deadline vast te leggen, zoals de heer Bushoff zei. Dat zou een te grote inbreuk zijn op de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars, met nadelige gevolgen voor verzekerden, want zorgverzekeraars onderhandelen in het belang van hun verzekerden.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik denk dat dit mijn laatste interruptie is en ik weet niet of de minister al klaar was met het blokje contractering.

Minister **Kuipers**:

Nee, nog niet.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan wacht ik even.

De **voorzitter**:

Gaat u door.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Van den Berg vroeg wat ik ga doen om kleine zorgaanbieders een betere onderhandelingspositie te geven. Kleine zorgaanbieders vervullen een belangrijke rol in de zorg. Dat zei mevrouw Van den Berg ook. In sectoren waar veel kleine zorgaanbieders aan de slag zijn, hebben we nadrukkelijk afgesproken dat wordt gewerkt aan een betere bereikbaarheid van zorgverzekeraars in het contracteerproces. Het is in het kader van contractering soms niet mogelijk om met alle zorgaanbieders een inhoudelijk gesprek te voeren; het gaat om 45.000 individuele partijen. Daarom onderzoeken branches die kleine zorgaanbieders vertegenwoordigen, op welke wijze aanbieders meer verenigd kunnen worden om met een vertegenwoordiging gesprekken te voeren met zorgverzekeraars, ook met het oog op het maken van inhoudelijke afspraken. Wij ondersteunen dit proces, ook door een gesprek met de ACM te faciliteren over de mogelijkheden die er binnen de mededingingsregels zijn om als zorgaanbieders gezamenlijk in de contractering op te trekken.

Mevrouw Den Haan had het over dure behandelingen en dure medicatie. Innovatieve behandelingen zijn duur om te ontwikkelen. Als we dit soort therapie, zoals gentherapie, wel aanbieden, wordt die uiteindelijk goedkoper. Ik vind innovatie van zorg en geneesmiddelen ontzettend belangrijk. Ik ben blij dat we met het solidariteitsprincipe in de publieke financiering bereid zijn om met z'n allen daarvoor te betalen, maar dat kent wel grenzen. Dat betekent dat we met fabrikanten moeten onderhandelen over uitgaven aan dure geneesmiddelen. Tegelijkertijd wil ik in algemene zin nieuwe, innovatieve therapieën stimuleren, maar misschien moeten we daar dan andere ontwikkelingsmodellen voor gaan gebruiken. Ik ben daarover in gesprek met alle relevante partijen, zoals ziekenhuizen, behandelaren en de farmaceutische industrie.

Ik kom zo nog op een individueel middel, maar om u even een idee daarbij te geven ... Als we kijken naar het aantal wat wij "dure geneesmiddelen" noemen dat naar verwachting in de nabije toekomst op ons afkomt, dan is dat fantastisch. Ik zeg dat nadrukkelijk in zeer positieve zin, want dat bedoel ik ook zo. Ik was onlangs op een biotechsymposium samen met een Nederlandse handelsdelegatie. Dat gaat echt om honderden bedrijven met een veelvoud aan middelen in het volle scala van de zorg, over heel veel middelen voor naar verhouding kleine patiëntengroepen, omdat de ziekte zelf weinig voorkomt, omdat het bijvoorbeeld gaat om heel specifieke patiëntengroepen binnen een bepaalde fase van hun ziekte of omdat het gaat om bepaalde groepen patiënten met een specifieke genmutatie. Dat is een prachtige ontwikkeling. Je kunt simpelweg het sommetje maken: voor minder dan 5% van de zeldzame aandoeningen gaan onze uitgaven nu al richting ongeveer 3 miljard en dan hebben we nog 95% van die zeldzame aandoeningen te gaan. Dat betekent dat we in deze fase moeten nadenken over hoe we dat gaan doen op een manier die ook naar de toekomst houdbaar is, want het ondergraaft echt de solidariteit van ons systeem. Dat betekent dat we oog moeten hebben en ook heel veel waardering — dat meen ik echt — voor de farmaceutische industrie en voor de financiers die dit doen. Daarbij moeten we ook kijken naar waar het systeem niet houdbaar is en waar het niet werkt zoals het beoogd is.

Er werd zojuist al gezegd: als middelen meer of langer gebruikt worden, dan worden ze uiteindelijk goedkoper. Dat is een normaal markmechanisme, maar helaas zien we op dit moment dat ontzettend veel middelen niet goedkoper worden, ook als de dataprotectieperiode allang is afgelopen. Een normaal economisch principe is dat als je meer afneemt, het per product goedkoper wordt. Dat zien we ook niet gebeuren. Dat betekent dat we ondertussen veel middelen hebben waar we tientallen, soms honderden miljoenen per jaar aan uitgeven, en ook middelen waarvan de uitgaven naar de miljoenen per patiënt gaan.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma als eerste.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, en ik heb nog één interruptie volgens mij. Wat de minister zegt, weten we. Die zorgen delen we al jaren. Maar als de minister deze constatering doet met een heleboel Kamerleden hier, wat gaat hij daar dan aan doen? Want de knop staat het dichtst bij de minister en niet bij de Kamerleden, en wij delen volgens mij dezelfde zorgen.

De voorzitter:

U heeft hierna nog één interruptie, dus dit was niet uw laatste.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Mooi.

De **voorzitter**:
Soms maak je mensen ook zomaar blij. Dat is heel fijn. De minister.

Minister **Kuipers**:
Opnieuw, dit vergt een langetermijnactie en hier zitten tal van verschillende aspecten aan. Allereerst moeten we kijken naar de financiers en de producenten. Ik vind het een terecht commentaar als ze zeggen dat er in het algemeen internationaal door tal van verschillende landen, ook binnen Europa, verschillend bewijs wordt gevraagd. De eerste vraag is dan: "Waar kan dat gestroomlijnd worden? Het is heel bijzonder dat het ene land om studie x vraagt en een ander om studie y. Dat moeten we toch kunnen stroomlijnen?" Ten tweede komt dan de vraag: "Mogen we ook kijken naar de wijze van bewijsvoering? Want hoe kleiner een bepaalde patiëntengroep, hoe moeilijker het is om bepaalde studies te doen. U kunt niet van ons in alle gevallen vragen dat er een gecontroleerde, gerandomiseerde trial plaatsvindt."

Er moet ook worden nagedacht over een horizonperspectief in de zin van: wat komt er overall aan en wat zijn wij bereid om te betalen, ook gezamenlijk met de Europese collega's? Waar zit de grootste behoefte? Waar hebben we nu nog geen oplossing voor? We zien dat er voor bepaalde aandoeningen tien middelen of meer zijn en voor andere aandoeningen helemaal niks. Daar kunnen we ook op stimuleren. Maar dat vraagt aan de overheidskant dat wij nadenken over meer publieke investering en dat we dus gezamenlijk bereid zijn om meer risico te nemen, om dat samen met private partijen te doen. En als je ergens in investeert, betekent dat ook dat je een faalkans accepteert.

Ik ga het zo zeggen dat mevrouw Paulusma haar laatste interruptie hieraan gaat besteden. Ik kijk net zolang dat ze naar de microfoon grijpt.

De **voorzitter**:
Dat hoop ik.

Minister **Kuipers**:
Maar nu even het serieuze antwoord, want ik zag mevrouw Paulusma kijken. Wij zullen zelf moeten bewegen. Laten we beginnen bij VWS, Economische Zaken, samen met de Europese collega's, maar dan vraagt dat vervolgens ook wat van partijen. Want al die fabrikanten, al die ontwikkelaars die op zo'n biotechbeurs rondlopen en allemaal met iets bezig zijn, zien ook: "Er zijn hier zo veel partijen die allemaal hetzelfde doen, gaat dit straks nog wel vliegen? Is er straks nog wel een afnemer voor mijn product als ik niet met tien producten in een jaar kom maar met 100 of 200? Hoe gaan we dat dan doen?" Over gentherapie was er een aparte vraag. Die gaat ondertussen echt toe naar het ontwikkelen van een designerdrug, zo van: ik ken de mutatie en ik kan op mijn computer het medicament ontwerpen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik hoop dat u een beetje coulant bent, voorzitter, want ik had vooral gevraagd — daar geeft de minister geen antwoord op — wat de minister zelf gaat doen.

De **voorzitter**:

Minister, wat gaat u zelf doen?

Minister **Kuipers**:

Met alle respect, maar volgens mij geef ik daar zeer uitgebreid antwoord op. Ik ga gesprekken voeren in deze richtingen, dus met EZK, met de EU, met de fabrikanten én met de universiteiten. Ik ben de afgelopen periode bij een aantal op bezoek geweest om te kijken hoe wij ervoor kunnen zorgen dat we investeren en meer publiek risico dragen. Dan ga ik voor de rest mijn antwoord van zojuist herhalen.

De heer **Dijk** (SP):

De minister zei dat de markt niet zijn werk doet als het gaat om medicamenten. Dat is inderdaad vrij logisch op een plek als deze. In aansluiting op de vraag van mevrouw Paulusma: wat gaat u doen om er echt voor te zorgen? Ik vind het toch een beetje vage en vrijblijvende antwoorden, zoals "we gaan in gesprek". Ik vind de antwoorden over het Integraal Zorgakkoord eerlijk gezegd ook wat vaag en vrijblijvend. Laat ik het heel concreet maken. Is het een idee voor de inkoop van medicijnen om één fonds op te richten dat de inkoop doet? Dan heb je, zoals een markt wél werkt, marktmacht en kun je opboksen tegen de grote macht van farmaceuten.

Minister **Kuipers**:

Allereerst laat ik de kwalificaties "vaag" en "vrijblijvend" graag aan de heer Dijk. Ik denk namelijk dat ik zeer specifiek ben. De oplossingen moeten op veel punten gezocht worden. Ik verwijs echt naar de antwoorden die ik zojuist heb gegeven aan mevrouw Paulusma. Het betekent bijvoorbeeld overleg binnen het kabinet met de collega's van EZK en OCW, over gebruikmaken van publieke gelden voor het langer behouden van ontwikkelingen binnen onze eigen universiteiten, umc's en ziekenhuizen. Denk aan het AVL en het Prinses Máxima Centrum; je kunt ze allemaal benoemen. We moeten ervoor zorgen dat we daar een heel traject langer bij betrokken blijven. Daarmee loop je dus ook een groter risico.

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

Ik kom graag nog even terug op de onderhandelingspositie voor kleine aanbieders, waar de minister over sprak. Hij zegt: de branches zijn daar nu naar aan het kijken. Ik heb altijd tegen verzekeraars gezegd: ik snap heel goed dat jullie niet met 8.000 fysiotherapeuten apart allemaal in gesprek gaan. Maar als zij de komende maanden gaan onderhandelen, zijn er dan nog mogelijkheden — het gaat vooral om de paramedische beroepen — dat die daar samen wat in kunnen doen of dat er een soort basiscontract gemaakt wordt door de brancheorganisatie?

Minister **Kuipers**:

Ja, die mogelijkheden zijn er al. Met excuus voor de late verzending, maar ik heb gisteren een brief gestuurd over mededinging. De mogelijkheden zijn er dus al. Het is een uitgebreide brief en ik stuurde die een dag voor dit debat; mijn excuses daarvoor. We zoeken tegelijkertijd met die partijen, dus ook samen met de ACM, naar de juiste argumentatie en daarmee dus ook naar de grenzen en de mogelijkheden. Er wordt, en dat is een beetje de strekking van een deel van de brief, te weinig gebruik van gemaakt. Dat kan veel meer, maar dan moeten we een beetje helpen.

De heer **Dijk** (SP):

Ik probeer het toch nog een keer. Ik heb de analyse van de minister over de macht van farmaceuten ook gehoord bij Sven op 1, en die deel ik voor een heel groot deel. Volgens mij delen veel meer mensen hier die analyse. Alleen, als het gaat over een oplossing, dan hoor ik "in gesprek" en "in overleg". Mijn hele concrete vraag is: is het dan niet een idee om één fonds, een soort machtsblok, te vormen tegenover de farmaceuten, zodat je inkoopvoordeel hebt en kunt opboksen tegen zo'n grote concentratie van machten?

Minister **Kuipers**:

Excuus, de heer Dijk stelde deze vraag en ik beantwoordde dat deel van de vraag niet. Ik denk dat het belangrijk is om je te realiseren dat we in Nederland voor veel van dit soort middelen eigenlijk een hele kleine markt zijn. Voor veel van die middelen gaat het om kleine aantallen patiënten, heel specifiek. Het gaat soms om tientallen, soms om vijf, soms om honderden. Maar de kosten per patiënt zijn heel erg hoog. Als je die allemaal bij elkaar optelt met heel veel middelen, dan gaat het dus ook om heel veel geld. Dat betekent dat je in veel gevallen een nog grotere methode moet gebruiken om te onderhandelen. Het gaat dan echt om maximumprijsstellingen. Dat doen we soms bijvoorbeeld in samenwerkingsverband met andere Europese landen, zoals met Ierland en België; u hebt dat onlangs gezien.

De **voorzitter**:

Gaat u door.

Minister **Kuipers**:

Dat brengt me bij de vraag van mevrouw Van der Plas over taaislijmziekte en één specifiek medicament: Kaftrio. Mevrouw Van der Plas noemde het ziektegeval van een individuele patiënt en het zeer teleurstellende bericht dat het medicament voor die patiënt niet vergoed werd. De vraag is of ik daar iets aan kan doen. Allereerst, Kaftrio is bewezen effectief. Dat wordt vergoed voor patiënten met taaislijmziekte, voor specifieke genmutaties. Het onderzoek is ook gericht op die specifieke patiëntenpopulatie. Ik gaf zojuist al aan dat we tegenwoordig veel vaker zien dat op basis van biologische, wetenschappelijke gegevens onderzoek wordt gedaan naar de effecten van een medicament op een deel van de patiëntenpopulatie. Soms is dat op basis van erfelijke of genetische kwalificaties in een bepaalde mutatie.

Ik kan natuurlijk niet over deze specifieke ziektegeschiedenis oordelen, maar ik kan me zeer voorstellen dat een dergelijk bericht voor een patiënt zeer teleurstellend is, zeker als er wel een medicament gegeven is en er een verbetering gevoeld wordt. Ik vind het belangrijk dat bewezen effectieve zorg vergoed wordt vanuit collectieve middelen. Als uit data blijkt dat een middel effectief is, ook bij andere genmutaties, dan adviseert het Zorginstituut mij over pakketopname. U kunt het nalezen in de voorschriften van Kaftrio: het bewijs is er voor een specifieke groep CF-patiënten. Daar wordt het voor gebruikt en daar is het ook voor goedgekeurd.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dat is nou juist het punt, want bij deze jongeman betreft het net een andere genmutatie. Daarom valt hij buiten de boot. Hij is misschien niet de enige; misschien gaat het wel om meer mensen. Hij valt buiten de boot, terwijl het wel bewezen effectief is. Ik vind het raar dat je dan zegt "dan wordt het niet meer vergoed" of "dan kom je niet meer in aanmerking voor specifiek onderzoek". In mijn beleving zou deze genmutatie dan ook

gewoon opgenomen moeten worden in het rijtje met genmutaties.

Minister Kuipers:

In tegenstelling tot wat mevrouw Van der Plas zegt, is het probleem juist dat het niet bewezen effectief is. Het kan een individuele patiënt wel het gevoel geven dat diegene er baat bij heeft, maar de stand van de wetenschap is als volgt. Ik kan over de individuele patiënt niets zeggen. Ik kan alleen maar zeggen: het middel is bewezen effectief voor CF-patiënten met een specifieke mutatie. Daar is het op onderzocht. Veelal gebeurt dat, zonder specifiek op deze ziektegeschiedenis in te gaan, op basis van wetenschappelijke uitgangspunten. Het staat een producent natuurlijk altijd vrij om ook onderzoek te doen naar andere genmutaties. Het staat een producent altijd vrij om te zeggen: wij stellen het middel na het verzamelen van onderzoeksgegevens beschikbaar aan patiënten met andere mutaties. Maar de vergoeding, het dossier, de toelating en de toepassing zijn gevraagd voor CF-patiënten met een specifieke mutatie.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

De minister zegt dat het de producent vrijstaat om het beschikbaar te stellen, maar daar komt een gewone burger toch nooit tussen? Hoe kun je nou verwachten dat iemand dat weet? Producenten moeten daar toch vanuit ons of vanuit een ministerie op gewezen worden? Wat kun je voor dit soort personen doen? Hij zal vast niet de enige zijn. Dit is toevallig iemand met wie wij in contact staan, die ons heeft benaderd. Die weet dus nog wel een klein beetje de weg om iemand te vinden, maar hoeveel mensen zijn er wel niet die dat niet weten? Hoe kunnen we daar iets voor doen? Ik vind het eigenlijk gewoon niet te verteren dat zo'n jongeman die dit overkomt, die een specifieke genmutatie heeft die niet in het lijstje staat, geen vergoeding krijgt, terwijl hij er wel baat bij heeft. Wij willen mensen toch gezond hebben? Wij willen toch dat mensen zich gezonder voelen en dat ze mee kunnen draaien in de maatschappij?

Minister Kuipers:

Eerst even één benadering. Dat moet de individuele patiënt niet hoeven te doen; dat doen behandelaren. Mevrouw Van der Plas gaf aan bij welk centrum in Nederland deze patiënt onder behandeling is. Gelukkig is het zo dat de behandeling voor patiënten met taaislijmziekte in Nederland geconcentreerd is in centra. Die centra visiteren elkaar sinds jaar en dag, vormen een landelijk netwerk en hebben een sterke verbinding met de Europese collega's. Dat betekent dat het bij uitstek aan de behandelaren is om, samen met een producent en al dan niet met andere partijen, te zorgen voor het verkrijgen van een medicament, het monitoren daarvan, het opzetten van een studie et cetera, en dat dus op deze manier mogelijk te maken. Dat moeten behandelaren doen. Nogmaals, ik kan niet op de individuele ziektegeschiedenis ingaan; ik weet dat niet. Maar zo gaat het altijd. We zien op ontzettend veel terreinen dat bepaalde medicamenten ergens voor worden toegelaten, dat er een studie naar is gedaan en dat er op een gegeven moment aanvullend gebruik komt. Dat is ook hier de route.

De voorzitter:

Gaat u door.

Minister Kuipers:

Voorzitter, u zei: "Het Zorginstituut is bezig met een kader om te bepalen of medicijnen in het pakket kunnen blijven. Zal dat er niet vaak toe leiden dat medicijnen uit het pakket worden gehaald, met als gevolg dat patiënten geneesmiddelen zelf moeten betalen,

deze niet meer gebruiken en daardoor in gezondheid achteruitgaan?" Het Zorginstituut werkt aan een afwegingskader voor het pakketcriterium "noodzakelijk te verzekeren". Dit wordt opgesteld voor alle zorgvormen, niet alleen voor geneesmiddelen. Pas nadat dit kader is opgesteld, wordt gekeken of geneesmiddelen hieraan voldoen en of die dus vergoed moeten blijven vanuit het basispakket. Ik heb het Zorginstituut gevraagd om rekening te houden met de financiële effecten, de overige effecten voor patiënten en verplaatsing van dienstverlening. Ik kan nu nog niet vooruitlopen op advisering van het Zorginstituut.

Voorzitter, u vroeg ook: waarom is vitamine D uit het basispakket gehaald? Om de zorg betaalbaar te houden, is het noodzakelijk om kritisch te blijven op wat er vergoed moet worden vanuit het basispakket en op wat niet direct noodzakelijk is om te vergoeden. Vitamine D is een geneesmiddel waarvoor alternatieven zonder recept voor weinig geld verkrijgbaar zijn in de vorm van een zelfzorggeneesmiddel of voedingssupplement. Het is daarom niet noodzakelijk om vitamine D te vergoeden vanuit het basispakket.

Voorzitter, u vroeg ook: bent u van plan om te kijken of er nog andere geneesmiddelen in het basispakket zitten die niet voldoen aan het pakketcriterium "noodzakelijk te verzekeren"? Ik gaf al aan dat ik dat afwegingskader voor een pakketcriterium "noodzakelijk te verzekeren zorg" aan het Zorginstituut heb gevraagd. Ik kijk daarnaar met het Zorginstituut, omdat het belangrijk is om alle vormen van zorg zo veel mogelijk gelijk te behandelen.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vraag van de heer Dijk ten aanzien van gesprekken over het uitbreiden van het basispakket met extra fysiotherapie. "Waarom lukt dat niet per 2024?" Betrokken partijen werken momenteel hard en met onderling vertrouwen aan de uitwerking van de programmaliijn van het Zorginstituut voor het traject "naar een passende aanspraak voor fysio- en oefentherapie". Dit traject omvat de ontwikkeling van een kwaliteitskader, voorstellen voor pakketbeheer en de ontwikkeling van passende bekostiging, en een budgetimpactanalyse. Partijen werken dit alles in 2023 uit. Over de inrichting van de aanspraak zal het Zorginstituut naar verwachting eind dit jaar adviseren. Dit advies neem ik mee in de pakketcyclus van 2024 voor het jaar 2025.

Mevrouw Paulusma vroeg: hoe zorgt de minister ervoor dat het pakket robuust genoeg is om zich aan te passen aan verschillende situaties wat kleine patiëntengroepen betreft? De manier van toetsen zoals opgenomen in het beoordelingskader "stand van wetenschap en praktijk" biedt flexibiliteit om in verschillende situaties de effectiviteit te kunnen beoordelen. Voor het beoordelen van de effectiviteit van zorg zijn verschillende onderzoeksdesigns mogelijk, waarbij bij voorkeur wordt ingezet op het onderzoeksdesign dat het meest passend is en de hoogste zekerheid of kwaliteit van het bewijs oplevert. Niet voor elke situatie of aandoening is hetzelfde onderzoeksdesign mogelijk of passend. Indien bijvoorbeeld een vergelijkende studie niet goed mogelijk is, zoals bij kleine patiëntengroepen, kan in principe ook gebruik worden gemaakt van een observationele studie. Een voorbeeld waarbij deze flexibiliteit is uitgewerkt, is de module voor tumoragnostische zorg, die het Zorginstituut in april heeft uitgebracht.

Voorzitter. Mevrouw Paulusma vroeg ook: op welke wijze wordt preventie meegenomen in de verbrede toets op het basispakket? Voor zover het geïndiceerde en zorggerelateerde preventie betreft; daar vallen bijvoorbeeld preventieve leefstijlinterventies onder. Ook deze zorg moet aantoonbaar effectief zijn en er moet

vaker op getoetst worden. Daarvoor is kennisontwikkeling nodig over de effectiviteit. Het Zorginstituut heeft in augustus 2022 de wegwijzer "Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering" gepubliceerd. Daarbij is in het IZA afgesproken dat het Zorginstituut komt met een voorstel voor versnelde duiding van preventieve interventies en leefstijlinterventies, zodat we ook sneller helder hebben welke preventieve interventies onder het basispakket vallen.

Mevrouw Paulusma vroeg naar de stand van zaken van het wettelijk verankeren van de kosteneffectiviteit en het verstevigen van de rol van het Zorginstituut. In de brief over de VVTB van 16 juni heb ik aangegeven dat ik voornemens ben om het proces van risicogericht pakketbeheer, de rol van het Zorginstituut en kosteneffectiviteit verder te borgen in wet- en regelgeving. Ik verwacht dit volgend voorjaar uitgewerkt te hebben. Ik wil de rol van het Zorginstituut verstevigen en meer sturen op een betere verhouding tussen de kosten en de effecten van de zorg.

Mevrouw Van den Berg vroeg wat de minister vindt van het idee om een sociale-impactanalyse te doen van de vergoeding van vernieuwingen in de fysiotherapie voor chronische ziekten. Ik ben niet van plan om een aparte sociale-impactanalyse te maken. Bij het verbeteren van de aanspraak fysio- en oefentherapie — ik noemde het al — bepalen beroepsverenigingen, ZN en de Patiëntenfederatie samen wat zij goede en passende fysio- en oefentherapie vinden en wat volgens hen voldoet aan de wettelijke criteria. Daarbij houden de partijen rekening met de rol die fysio- en oefentherapeuten kunnen spelen in het versterken van de eerste lijn. De visie op het versterken van de eerste lijn wordt dit najaar verwacht. Ook wordt er een budgetimpactanalyse gemaakt, waarin de rol en de mogelijke substitutie-effecten van fysio- en oefentherapie worden meegewogen.

Overigens werden er een aantal keren opmerkingen gemaakt over fysiotherapie als preventie. Ik wil graag benadrukken dat fysiotherapie primair zorg is. De beweging die we telkens breed maken en waarmee we, denk ik, als zorg zelf de fout in gaan, is dat we alles wat preventie is, ook wat je zelf kunt doen, naar de zorg toe halen. We zeggen dan bijvoorbeeld dat de fysiotherapeut degene is die ... En dan komt er wat. Nee, veel mensen kunnen daar zelf ook heel veel aan doen.

Mevrouw Ellemeet en mevrouw Van den Berg vroegen wat de minister ervan vindt dat zorgverzekeraars moeten kunnen eisen dat niet-bewezen effectieve zorg in een onderzoeksetting wordt uitgevoerd. Verzekeraars moeten zich ervan vergewissen dat zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Voldoet het daar niet aan, dan is het in beginsel geen verzekerde zorg en kunnen zij deze zorg dus ook niet vergoeden. Het is aan veldpartijen om ervoor te zorgen dat deze kennis er is en aan zorgverzekeraars en het Zorginstituut om na te gaan of de zorg effectief is. Het organiseren van het onderzoek naar zorg is in eerste instantie aan het veld. In het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket werk ik wel uit hoe we in sommige gevallen dit onderzoek kunnen faciliteren. Hiervan verwacht ik later dit jaar een eerste uitwerking te hebben.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dit is mogelijk een beetje technisch. Meer dan de helft van de zorg in het basispakket is niet bewezen effectief. We willen natuurlijk het liefst van alle zorg weten of die effectief is. Je wilt dat onderzoek dus doen. De minister heeft aangegeven dat het Zorginstituut

daar een rol in kan spelen. Maar omdat het om zo veel zorg gaat die nog verder onderzocht moet worden, wil je natuurlijk ook dat aanbieders en zorgverzekeraars daar een rol in spelen. Je kunt het niet allemaal op het bordje van het Zorginstituut leggen; dat gaat wat ver. Het ingewikkelde is dat het onder de Zorgverzekeringswet nu als volgt is. Als je hardop zegt dat het niet bewezen effectief is, mag het eigenlijk niet in het basispakket. Daardoor zitten de zorgverzekeraars in een onmogelijke situatie, want zij kunnen nu niet in een contract zeggen: wij gaan dit vergoeden, maar u moet dit wel gaan onderzoeken; u moet onderzoek doen, aanbieder, of het echt effectief is. We zitten dus in een soort klem, zou je kunnen zeggen. Daar moeten we uit. Daarom vraag ik de minister of hij hiernaar wil kijken. Je wilt het niet eerst uit het basispakket halen. Dat zou onzinnig zijn. Is het mogelijk om de zorgverzekeraars de ruimte te geven of een instrument te geven, zodat zij dit wel kunnen opnemen in het contract? Dan gaan we echt grote stappen zetten.

Minister Kuipers:

Allereerst klinkt het voor het algemene publiek vaak verwarrend om te zeggen dat de helft van de zorg die wij leveren, niet bewezen effectief is. Ik denk dat het helpt om enige duiding te hebben. Er zijn een aantal dingen die we sinds jaar en dag op allerlei gronden doen, maar als je ziet wat wij tegenwoordig aan bewijsvoering vragen — daarmee kom ik ook even terug op de vraag van mevrouw Paulusma — dan zijn er bepaalde zaken die we in het verleden nooit op die manier hebben bewezen. Ik noem één voorbeeld. Als je van je fiets valt en je arm breekt, accepteert iedereen dat je arm in het gips gaat. Is er ooit een studie gedaan om te vergelijken wat de effecten zijn van wel gips en geen gips? Die studie is nooit gedaan. Volgens de kwaliteitscriteria van "niet bewezen" is dit niet bewezen effectief. Toch zal niemand het in zijn hoofd halen om te zeggen: laten we maar geen gips doen; we doen er een verbandje en een pleister op, en zet 'm op. We moeten het wel even in dit kader zien. Die studie gaan we dus niet doen. We accepteren dat dat proefondervindelijk voldoende bewezen is. Zo is er veel.

Maar er zijn ook heel veel dingen die wij al vele jaren doen en waarvan je eigenlijk kunt zeggen: we doen het, maar er zijn wel degelijk heel stevige gronden om je af te vragen of het wel zinvol is. Mag ik daar één voorbeeld van noemen? Enige tijd geleden heeft de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen samen met patiëntenverenigingen en tal van anderen, ook de verzekeraars, om de tafel gezeten om binnen de eigen beroepsgroep tien onderwerpen te verzinnen waarop zij normaal gesproken in de praktijk een bepaalde actie ondernemen, maar die eigenlijk onvoldoende onderbouwd zijn als je grondig naar bewijs zoekt. Ze hebben tien van dat soort gebieden. Dat zijn geen kleine gebieden, maar echt een aantal waarbij het om grote patiëntengroepen gaat en die belastend onderzoek met zich meebrengen. Van die tien gebieden hebben ze gezegd: laten we nou gewoon opnemen dat we de richtlijn aanpassen en dat we dit dus niet meer doen. Ze stoppen daarmee. Ze doen dus niet eerst onderzoek, maar ze stoppen. Daar zijn ze zeer rigoureuze in, omdat er voldoende basis is om dat te doen. Ze zijn in overleg gegaan met de verzekeraars — dat gesprek loopt — om de tijd die daardoor vrijkomt, en daarmee ook de gelden die vrijkomen, te gebruiken om te blijven monitoren wat de impact is van deze aanpassing van het beleid. Dat is een totaal andere benadering, en een hele interessante.

Dit is één voorbeeld. Je kunt dat niet voor alles op dezelfde manier doen. Zoals mevrouw Ellemeest zegt, moeten we breder zoeken en moeten we het onderzoek naar de juiste dingen stimuleren. We moeten ook accepteren dat niet alles tegelijk kan. We

moeten dus gericht kiezen. Allereerst: wat is het belangrijkste voor de patiënt, bijvoorbeeld in termen van belasting? Uiteraard kijk je ook naar de personele inzet. Tot slot kijk je naar de financiële impact. Dan kun je wel een keuze maken. Op dit moment is dit echt een onderwerp van gesprek. We betrekken dit dus ook bij de uitwerking. Ik refereerde al even aan de VVTB-brief die ik heb gestuurd. We kijken wat de beste route daarvoor is. Ik kom hier graag op terug. De volgende brief hierover komt naar verwachting begin 2024.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat brengt mij toch tot een aanvullende vraag. De categorie die mevrouw Ellemeest benoemt is de categorie waarvan we onvoldoende weten of het oké is. Maar daarnaast bestaan er al jaren ... De medisch specialisten waren volgens mij de eersten met een "beter niet doen"-lijst. Vervolgens hebben we van huisartsen een "beter niet doen"-lijst gekregen. Ook verpleegkundigen hebben een "beter niet doen"-lijst. Toch horen we nog iedere keer dat die zaken blijkbaar nog steeds in het pakket worden vergoed. Daar zit ik dan toch even te zoeken. Als de beroepsgroepen zelf zeggen "dit moeten we gewoon niet doen", hoe kan de vergoeding dan toch doorgaan? Ik weet niet of dit bij het Zorginstituut of bij de Zorgautoriteit ligt, maar waarom kan dit niet aangepakt worden? Hierdoor zouden ook veel middelen beschikbaar komen voor zorg die we juist heel goed kunnen gebruiken.

Minister Kuipers:

Ik herken bij uitstek de problematiek die mevrouw Van den Berg benoemt. Ik ben in het verleden via de Nederlandse Federatie van UMC's bij zo'n lijst betrokken geweest. Er stonden toen 1.000 items op de "beter niet doen"-lijst, maar als je erop inzoomde, bleef er eigenlijk niks over van die 1.000 items, omdat overal wel ergens een uitzondering voor werd bedacht. Dat schoot dus totaal niet op. Daarom is de inzet nu veel meer gericht op de discussie over gepast gebruik. We snappen wel dat je overal uitzonderingen op kunt verzinnen, maar niet iedere behandeling die in het pakket blijft is voor elke patiënt even relevant. Soms is een behandeling zelfs gecontra-indiceerd. We kunnen het misschien veel meer langs die route doen, zonder dat we in algemene zin zeggen: we nemen iets op als "niet doen", wat dan inhoudt "we doen het totaal niet meer". Dat is één. Dit is ook precies zo'n onderwerp waarnaar we kijken als het gaat om zorgevaluatie en gepast gebruik. Ik denk dat we echt een stapje extra moeten zetten en niet eerst een lijst moeten opstellen om vervolgens met een gummetje een voor een de dingen op die lijst weer uit te gummen.

Voorzitter. Uzelf vroeg naar thuiszorgmedewerkers die meerdere keren per week naar kwetsbare ouderen gaan om de bloedsuikerspiegel te prikken. U zei dat dat ook anders kan. Ik zeg dat even in mijn woorden. U gaf daar een innovatie voor aan. Ik ben het geheel met u eens dat het goed is om innovatie in te zetten. Het is niet direct aan mij om te bepalen of nieuwe techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk en daarmee verzekerde zorg is, maar ik heb wel gezamenlijk met veldpartijen afspraken gemaakt en heb er vertrouwen in dat deze afspraken zullen bijdragen aan een passende voorschrijving, bijvoorbeeld in het geval van diabeteshulpmiddelen. Indien beroepsgroepen het nodig achten gezamenlijk scherpere afspraken te maken voor het vaststellen van de plaatsbepaling en de inzet van verschillende diabeteshulpmiddelen binnen de behandelingen, dan ligt het initiatief daartoe allereerst bij hen. Maar ik onderschrijf met u dat wij wel degelijk kritisch moeten stimuleren dat men dan ook met voorbeelden komt. We hebben het eerder weleens gehad — dat ging niet om diabetes

maar betrof precies hetzelfde issue — over een oogdruppelbril, waarbij de wijkverpleegkundige ook niet drie of vier keer hoeft langs te komen maar mensen het zelf kunnen doen met een specifieke bril. Zo zijn er tal van voorbeelden. Opnieuw: dat is precies wat we nodig hebben in de ontwikkelingen.

Voorzitter. Dan kom ik bij de mondzorg. Veel leden hebben vandaag vragen gesteld over mondzorg: de heer Bushoff, mevrouw Van der Plas, de heer Dijk en uzelf, voorzitter. Ik pak die even tezamen, allereerst met de opmerking dat ik de aandacht voor goede mondzorg zeer onderschrijf. Mondgezondheid is een belangrijk onderdeel van onze algehele gezondheid. Er is dan ook veel gezondheidswinst te behalen met een goede mondverzorging en een regelmatig bezoek aan een mondzorgprofessional. Hoewel Nederland internationaal gezien een goede mondgezondheid kent en de meeste Nederlanders regelmatig mondzorg bezoeken, zijn er signalen dat een toenemend aantal mensen dit niet doet. Daarvoor zijn verschillende redenen: financiële, maar ook vanwege angst, schaamte en onbekendheid met de vergoedingen of omdat men pas naar de tandarts gaat als er pijn is.

Het opnemen van mondzorg in het basispakket wordt in dit verband vaak genoemd als een directe maatregel, dé oplossing ervoor. Maar laten we wel wezen: het is een vrij grove maatregel met grote financiële gevolgen, terwijl de problematiek bij bepaalde groepen speelt en om meerdere redenen speelt. Ook wijs ik erop dat in de jaren dat de mondzorg voor verzekerden volledig in het ziekenfondspakket was opgenomen, het percentage Nederlanders dat minimaal één keer per jaar naar de tandarts ging aanzienlijk lager was dan nu. Als ik alleen maar kijk naar een periode van langer geleden: in 1999 was dat 71,3% en nu ligt dat aanzienlijk hoger. Het is dus belangrijk om aan de slag te gaan met een palet aan maatregelen om de beweging naar preventie te maken. Op die manier komen mensen minder in de problemen met hun mondgezondheid en hoeft er minder te worden uitgegeven aan ingrijpende, dure behandelingen.

In de voortgangsrapportage van samenwerkende partijen die uw Kamer elk moment ontvangt, leest u over de aard van het probleem en de eventuele oplossingsrichtingen voor de korte en lange termijn. Die worden in het najaar verder uitgewerkt. Een analyse van de aanspraak op mondzorg en de mogelijkheden om die te optimaliseren in termen van passende zorg maakt onderdeel uit van de geïnventariseerde oplossingsrichtingen voor de lange termijn. Daarbij kunnen verschillende opties in beeld worden gebracht, zodat ook een volgend kabinet hierover kan beslissen. Er zal ook worden gekeken naar de samenwerking van het zorgdomein en het sociaal domein. Op die manier kan gericht hulp worden geboden aan financieel kwetsbaren met problemen in de mond. Een projectgroep zal dit in het najaar verder uitwerken.

De heer **Dijk** (SP):

Het klopt dat het in het verleden allemaal niet zo heel erg best was. In het verleden kon je inderdaad aan iemands gebit zien uit welk postcodegebied hij vandaan kwam en wat zijn inkomen was. Dat klopt. Dat was inderdaad niet best. Zoals de minister eerder ook al zei: geen zorgstelsel of zorgsysteem is ideaal. Maar ik vind dit wel heel makkelijk. Volgens mij hebben we de afgelopen weken echt tig voorbeelden gehad van mensen die, ondanks wat ik vertelde over alle goede voorbeelden van mensen die zich inzetten om kinderen meer naar de tandarts te krijgen ... Ja, het werkt allemaal niet, omdat mensen heel erg bang zijn voor de kosten. De minister zegt dat wij zo'n mooi

zorgverzekeringsstelsel hebben dat publiek gefinancierd is. Waarom worden mensen dan juist bij tandzorg op kosten gejaagd? Dan kun je weer aan het gebit gaan zien uit welk postcodegebied ze komen en welke dikte hun portemonnee heeft. Daar zou ik graag een iets uitgebreidere reactie op willen. Waarom wordt deze keuze niet gemaakt? Ja, dat kost geld, maar dat kost het nu ook, maar dan voor mensen zelf.

Minister Kuipers:

Allereerst denk ik dat de heer Dijk er even aan voorbijgaat, dus ik wil het van harte nog een keer noemen. Toen in het verleden alle mondzorg volledig vergoed werd en volledig in het pakket zat, was de zorgmijding veel groter en kon je inderdaad aan een postcode zien waar mensen vandaan kwamen. Dat ligt nu echt totaal anders. Het doet niks af aan de individuele casuïstiek, maar het ligt nu echt totaal anders. Als we automatisch een oplossing zoeken die in het verleden niet gewerkt heeft, moeten we er rekening mee houden dat die nu ook weleens niet zou kunnen werken. Dus is vervolgens de vraag: hoe dan wel? Het interessante is dat de heer Dijk zowel in de eerste termijn als nu opnieuw nadrukkelijk de aandacht legt bij kinderen. Ik vind het ontzettend belangrijk, juist voor kinderen, dat zij goede mondzorg krijgen. Wat je in je jeugd gedaan hebt, is in ieder geval een aanzet om het op latere leeftijd voort te zetten. Het is dan belangrijk om te melden dat voor kinderen tot 18 jaar mondzorg vergoed wordt. Ik denk dat het belangrijk is om dat voor iedereen te benoemen. Op het moment dat ouders voor hun kinderen geen gebruik maken van mondzorg, moeten we daar nadrukkelijk in de communicatie op inzetten, als dat is vanwege het feit dat ze het belang van mondzorg niet zien, of bang zijn dat daar kosten aan zitten.

De voorzitter:

Meneer Dijk, dit is uw laatste interruptie.

De heer Dijk (SP):

Dit vind ik echt zo pijnlijk om te horen, want dit hoor je al jarenlang. Ik had het net over Richard en de tandartsbus, net als de heer Bushoff, en mevrouw Van der Plas overigens ook. In die bus stond ook een oud-militair. Die spraken wij. Hij zei: mijn hele buurt gaat niet naar de tandarts, al jaren niet. Ze laten hun tanden trekken, want dat is gewoon goedkoop. Daar hoeft je niet voor te betalen. Je kunt je hele gebit laten trekken en dan heb je ook niet die angst voor de kosten. Ik vind echt dat deze minister hier veel te snel aan voorbijgaat. Kinderen gaan niet naar de tandarts omdat de ouders bang zijn voor de controle, omdat ze daarvoor moeten betalen. Ze brengen hun kinderen ook niet naar de tandarts, omdat ze bang zijn dat de tandarts zegt: ga ook maar even zitten. Sorry, maar dit is echt niet hoe de realiteit werkt in heel veel buurten en wijken in ons land, waar de dikte van de portemonnee veel te dun is — dat is een hele gekke zin — en waarbij de sociaal-economische achterstanden heel groot zijn. Ik vind het echt een heel mager antwoord, en dat los je niet op met pleisters plakken, maar wel door bijvoorbeeld de controles gewoon weer in het pakket op te nemen.

Minister Kuipers:

Allereerst, ook voor de mensen die hier zitten en voor de mensen die meekijken en breder: wat ik aangeef, is dat dit een belangrijk probleem is. Maar we moeten naar de buitenwereld geen flauwekul vertellen. Wat de heer Dijk bij herhaling zegt, is gewoon echt flauwekul. Laat ik dat ook maar zo benoemen: het is echt flauwekul. Mondzorg voor kinderen wordt vergoed. Controles voor mondzorg voor kinderen worden vergoed. Verzekeraars wijzen ouders actief op gratis mondzorg voor kinderen. Laten we dat

herhalen. Ik denk dat het goed is als de heer Dijk ook onderkent dat dit zo is. Financiële redenen moeten er niet zijn. Ik snap best dat ouders misschien niet goed geïnformeerd zijn. Daar moeten we ze op wijzen en dat doen verzekeraars ook.

Daarnaast erken ik het probleem, zoals ik zeg. Ik zoek dus allereerst naar een verdere analyse, waarbij voor mij niet als eerste vooropstaat dat mondzorg weer in het basispakket opnemen de oplossing is. Ik verwijs maar even naar de situatie die we in het verleden hadden. Ik geef daar ook bij aan dat ik gewoon kijk naar de gehele analyse. Ik zal op basis daarvan een besluit nemen over wat vervolgens een oplossingsrichting zou moeten zijn. Daar kan ik nu niet op vooruitlopen.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dank u wel. In de eerste plaats, even voor de goede orde: hoor ik de minister nou toezeggen dat hij inderdaad in het najaar komt met een analyse voor het tackelen van de problemen rondom de mondzorg, en dat daarin ook kan worden opgenomen, en dus wordt opgenomen, wat de kosten zijn van mensen die de tandzorg mijden op dit moment en wat het oplevert om het wel weer in het basispakket onder te brengen? Dat was mijn vraag. Die toezegging vroeg ik. Ik dacht de minister dat een beetje te horen zeggen. Hoorde ik de minister die toezegging nou inderdaad daadwerkelijk zo concreet doen of niet? Dat wou ik even scherp hebben.

Mijn eigenlijke vraag is de volgende. De cijfers geven aan dat mensen op dit moment te weinig geld hebben en daarom niet naar de tandarts gaan. Onderzoek wijst dat uit. Dus je kunt heel veel andere redenen noemen — inderdaad: angst voor de tandarts — waarom mensen de mondzorg overslaan. Maar feit is ook dat onderzoek op dit moment uitwijst dat mensen vanwege financiële redenen de tandarts mijden. Ik snap dat, omdat de boodschappen stervensduur zijn op dit moment. Ik snap dat, omdat de energierekening hoog is. Ik snap dat, omdat de lonen achterblijven. Dus we moeten nu in actie komen. Dan is het denk ik te mager om te zeggen: pas in het najaar ga ik kijken naar nadere actie. Dus is de minister op korte termijn bereid, misschien niet om de mondzorg gelijk onder te brengen in het basispakket, maar wel om te kijken welke kleine, concrete acties hij kan ondernemen om ervoor te zorgen dat de laagste inkomens, met de grootste problemen met het gebit, toch naar de tandarts kunnen?

De **voorzitter**:

Dat zijn twee vragen in één interruptie, dus ik laat het aan de minister om een van de twee vragen te beantwoorden.

Minister **Kuipers**:

En als ik beide vragen beantwoord, telt het als twee interrupties, wou u zeggen, voorzitter. O nee.

De **voorzitter**:

Eigenlijk wel.

Minister **Kuipers**:

Allereerst even iets over de problematiek nu. Ik noemde een situatie in 1990. De heer Bushoff is veel te jong om zich die tijd te kunnen herinneren. Ik kan dat wel. Dat bedoel ik niet badinerend. Ik zou heel graag in de schoenen van de heer Bushoff staan als het om leeftijd ging. Ook in die tijd waren er aanzienlijke uitdagingen, financiële issues,

werkloosheid et cetera, dus de problemen die benoemd worden, zijn ten opzichte van die periode niet anders. Ik wil niet een exacte kwalificatie geven, maar hiermee geef ik opnieuw aan dat alleen maar direct in een oplossing schieten die in het verleden is geprobeerd en toen op dit onderdeel geen verschil maakte — dit is geen vergelijkende studie — wel enige waarschuwing geeft voor de oplossing.

Waarin zoek ik dan de oplossing? Ik gaf al aan dat wij bezig zijn met een voortgangsrapportage voor samenwerkende partijen. Nog voor het zomerreces zal ik die naar uw Kamer sturen. Dan leest u over de aard van het probleem en over eventuele oplossingsrichtingen voor de korte en lange termijn, zonder daar nou te vergaande conclusies aan te verbinden, want anders vraag de heer Bushoff mij naar heel specifieke dingen. Ik zeg: eventuele oplossingsrichtingen voor de korte en lange termijn. Schrap het woord "eventueel" niet weg. Ik vind het echt een probleem en ik wil ernaar kijken, maar ik moet niet net een stapje eroverheen gaan. Die oplossingsrichtingen worden in het najaar verder uitgewerkt. Een analyse van de aanspraak op mondzorg en de mogelijkheden om deze te optimaliseren in termen van passende zorg maakt onderdeel uit van de geïnventariseerde oplossingsrichtingen voor de lange termijn.

De voorzitter:
Gaat u door.

Minister Kuipers:

In die discussie heb ik de verdere vragen op dit onderdeel eigenlijk ook al beantwoord. Dat brengt mij bij het blokje zorgmijding en solidariteit. Daarover ging een vraag van mevrouw Ellemeet. Die ging over de bestuursrechtelijke premie. De vraag was: bent u van plan om die te verlagen? Ik wil deze niet verlagen voordat er goed zicht is op de werking en de effecten van de opslag. Enerzijds heeft de opslag negatieve effecten op een kleine groep financieel kwetsbaren. Anderzijds heeft de opslag een motiverende werking om betalingsachterstanden tijdig in te lopen, voordat eventuele schuldenproblematiek verder stapelt. Onder andere deze effecten worden onderzocht door het adviesbureau AEF. Ik zal uw Kamer hierover eind van dit jaar informeren.

Dan komen we bij de risicoverevening. Dat was allereerst een vraag van mevrouw Van den Berg. In de risicoverevening wordt nog steeds gewerkt aan een lineair model. Is de minister het met ons eens dat we naar machine learning moeten en daartoe de wet moeten aanpassen? Eergisteren heeft het bestuurlijk overleg risicoverevening plaatsgevonden. In dat overleg heb ik besloten tot een aantal wijzigingen voor het model 24. De grootste wijziging — de heer Bushoff noemde het al — is inderdaad het gebruikmaken van de zogeheten constraint regression, oftewel de voorwaardelijke regressie. Dat is een nieuwe techniek. Ik sta dus open voor nieuwe methoden. Het is niet een doel op zich, maar dat hoorde ik ook niet in de vraag van mevrouw Van den Berg. Zij vroeg of ik bereid ben om ook naar nieuwe methoden te kijken. Het antwoord op die vraag is ja. Met deze voorwaardelijke regressie wordt voor de zorgverzekeraars de ondercompensatie van chronisch zieken grotendeels weggenomen. Hierdoor worden zorgverzekeraars meer geprikkeld om juist voor de groep die de zorg het meest nodig heeft, goed passende zorg in te kopen. Ook verminderen de prikkels om jonge gezonde verzekerden aan te trekken en ontstaat er een gelijk spelveld. Ik stuur u zo spoedig mogelijk mijn brief over de risicoverevening, waarin ik u hierover informeer. Zoals gezegd: het overleg heeft net plaatsgevonden.

Dan de vraag van de heer Bushoff over hoe de minister denkt over het meerjarig inzetten van de bandbreedteregeling. Dat was ook de vraag over de constraint regression, maar die heb ik al beantwoord. De bandbreedteregeling is op advies van ACM en NZa eenmalig getroffen vanwege specifieke marktomstandigheden in 2023, namelijk het afschaffen van de collectiviteitskorting en hoge inflatie, dit in combinatie met over- en ondercompensatie op gezonde en chronisch zieke verzekerden. De marktomstandigheden liggen nu anders en een dergelijke regeling kent ook nadelen, bijvoorbeeld verslechtering van de doelmatigheidsprikkels. Ik gaf al aan dat ik juist besloten heb om de voorwaardelijke regressie in te zetten. Daar is ook draagvlak voor bij de zorgverzekeraars. Daar ben ik blij mee. Die aanpassing zorgt ervoor dat de over- en ondercompensaties in grote mate zullen worden weggenomen, waardoor zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om juist voor de groep die de zorg het meest nodig heeft, goed passende zorg in te kopen. Ik zie dan ook geen reden voor continuering van de eenmalige bandbreedte voor '23.

Mevrouw Paulusma vroeg welke andere opties dan verbeteren van de risicoverevening ik zie om kruissubsidiëring en andere nadelen van het vrijwillige eigen risico te verminderen. Recent onderzoek van Equalis laat zien dat er op dit moment bij het vrijwillige eigen risico sprake is van kruissubsidiëring van mensen zonder vrijwillig eigen risico naar mensen met vrijwillig eigen risico. Ik ben voornemens om de oorzaak van die kruissubsidiëring aan te passen. Ik noemde al het besluit tot invoering van de voorwaardelijke regressie. Deze aanpak marginaliseert de kruissubsidiëring waardoor het probleem klein wordt. Met mijn besluit hierover acht ik andere stappen ten aanzien van het vrijwillig eigen risico op dit moment niet aan de orde.

Dat brengt mij bij het blokje eigen betaling en eigen risico. Ik ... Ik zie wat onrust in de zaal, maar zal ik gewoon doorgaan?

De voorzitter:

Gaat u gewoon door.

Minister Kuipers:

Voorzitter. De heer Bushoff zei: schaf de boete op ziek zijn, namelijk het eigen risico, af. Ik ben niet van plan om het eigen risico af te schaffen. Het kabinet heeft er wel voor gekozen om het eigen risico tot en met 2025 te bevriezen op €385. Het eigen risico draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg en voor draagvlak voor de grote mate van solidariteit. Het afschaffen van het eigen risico kost dan ook structureel zo'n 6 miljard euro en zou tot gevolg hebben dat de zorgkosten harder stijgen, dat de nominale premie stijgt, dat de werkgeverslasten stijgen en dat van de mensen met lage inkomens die zorgtoeslag ontvangen, degenen met een goede gezondheid slechter af zijn. Dat vind ik alles bij elkaar niet gewenst.

Mevrouw Tielen had een vraag over het bevriezen van het eigen risico. Dat loopt af per '25. Kan de minister aangeven wat er kan gebeuren om te zorgen dat er tegen die tijd een passende oplossing is? De inzet is om per 2025 het eigen risico slimmer en betaalbaarder te maken. Ongeveer 1 miljoen verzekerden gaan dan jaarlijks gemiddeld €100 minder eigen risico betalen dan nu het geval is, terwijl er geen verzekerden zijn die meer verplicht eigen risico betalen. Zoals ik al aangaf, ontvangt u voor de zomer mijn uitwerking van deze maatregel. Ook heeft het kabinet verschillende andere maatregelen genomen die bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorgkosten op individueel niveau.

Maatregelen vanaf 2026 zijn aan een volgend kabinet.

Mevrouw Tielen had een vraag over het voorstel om het eigen risico in delen en per behandeling op te knippen. Op welke termijn komt de minister met voorstellen? U ontvangt de AMvB en de nota van toelichting nog voor het zomerreces ten behoeve van de voorhangprocedure. Daarna wil ik de stukken in het najaar voor advies aanbieden aan de Raad van State. Het streven is vervolgens dat de maatregel per 1 januari '25 in werking zal treden.

Dit beantwoordt ook de vraag van mevrouw Paulusma over de hervorming van het eigen risico. De vraag daarbij was nog of het sneller kan. Het antwoord daarop is dat het helaas niet sneller kan. Ik gaf al de stappen aan die nog nodig zijn. Het gehele jaar '24 is nodig voor de verdere uitwerking en de voorbereiding van een verantwoorde uitvoering. Ook moet ik de zorgverzekeraars de tijd geven om hun administratieve systemen aan te passen en hun verzekerden te informeren.

Mevrouw Paulusma had ook een vraag over mensen met chronische aandoeningen. Zij moeten veel zelf betalen. Hoe staat het met het werken aan meer inzicht voor patiënten? Kan de minister aangeven of de toegankelijkheid van verzachtende regelingen hiermee adequaat wordt verzorgd? Door de Patiëntenfederatie, de NZa en Zorgverzekeraars Nederland wordt ingezet op een betere informatievoorziening en voorlichting aan de patiënt, zodat de patiënt weet met welke zorgaanbieder een contract is afgesloten en wat de financiële risico's zijn van het afnemen van zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder. Ik gaf in een ander blokje al aan dat de NZa voornemens is om begin juli met partijen handvatten voor het contracteerproces vast te stellen. Daar zullen ook normen voor informatieverstrekking aan verzekerden in zitten, zowel voor zorgaanbieders als voor verzekeraars.

Mevrouw Paulusma vroeg naar de stand van zaken met betrekking tot de monitor over de stapeling van eigen bijdragen. Zoals ik in een recente brief aangaf, is het CBS voortvarend aan de slag met de uitwerking van die monitor. De monitor kent een grote omvang, aangezien er niet alleen gekeken wordt naar de stapeling van eigen bijdragen op het niveau van stelselwetten maar ook op het niveau van de onderliggende zorg- en leveringsvormen. Het opbouwen van de monitor kost bij de statistische verwerking en de controle van de tabellen meer tijd dan verwacht, maar de verwachting is dat het CBS in de zomer de monitor kan afronden en publiceren. Ik zal u dan zo spoedig mogelijk informeren. Mijn streven is vervolgens om uiterlijk in het eerste kwartaal van '24 een inhoudelijke reactie op de monitor te sturen.

De **voorzitter**:

Ik zie mevrouw Paulusma gebaren, maar zij heeft geen interrupties meer.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nee, maar de minister begon in de vraag twee dingen te noemen die ik gevraagd had. Het tweede betrof de verzachtende maatregelen. Ik dacht dat de minister daar nog op zou komen in zijn antwoord, maar we zijn nu twee vragen verder.

Minister **Kuipers**:

Dat brengt mij bij de volgende vraag, voorzitter. Kan de minister aangeven of de toegankelijkheid van verzachtende maatregelen ook in de monitor over de stapeling van

eigen bijdragen wordt opgenomen? De monitor kijkt alleen naar eigen bijdragen voor verzekerde zorg uit de Zvw en de Wlz en de ondersteuning vanuit de Wmo. Er wordt in deze monitor niet gekeken naar de toegankelijkheid van verzachtende maatregelen, zoals de zorgtoeslag of de gemeentelijke voorzieningen. Maar uiteraard verminderen deze regelingen wel de effecten van de eventuele stapeling van zorgkosten. Ik wijs op de beslissing van het kabinet om de hoogte van het verplicht eigen risico te bevriezen. Ik wijs ook op het werk om verbeteringen te verkennen voor het huidige toeslagenstelsel.

Voorzitter. Dan kom ik tot slot bij het mapje overig.

De voorzitter:

Meneer Bushoff, u had net twee interrupties in één, dus ik geef u nu nog een halve. Dat betekent echt heel kort. Ja, "een halve" is bij meneer Bushoff gewoon een korte interruptie. Want de meeste interrupties van hem zijn hele bijdrages.

De heer Bushoff (PvdA):

Dan is mijn vraag: klopt het dat bij het opknippen van het eigen risico ook een bezuiniging is ingeboekt? Hoe rijm je dat dan met de opmerking van de minister dat mensen makkelijker zorg gaan gebruiken door het opknippen van dat eigen risico?

De voorzitter:

Kijk, dat was best kort. De minister.

Minister Kuipers:

Dan zal ik het antwoord ook heel kort geven. Ja, er is ook een remeffect. Dat is er.

Voorzitter. Dan het mapje overig. U vroeg wanneer er lijsten beschikbaar komen van minimaal klinisch noodzakelijke testen. Ik heb geen rol in het vaststellen van deze lijsten. Dat is aan beroepsgroepen. Wanneer deze lijsten beschikbaar zijn, worden deze op de website van de betrokken wetenschappelijke verenigingen geplaatst.

Dan vroeg mevrouw Paulusma naar burgerparticipatie, in het bijzonder bij de acute zorg maar ook breder dan dat. Ik ben het geheel eens met mevrouw Paulusma dat burgerparticipatie van groot belang is bij grote maatschappelijke uitdagingen op lokaal en regionaal niveau. Dan gaat het bijvoorbeeld over samenwerking. Daarbij mogen burgers en patiënten niet ontbreken. In het Integraal Zorgakkoord zijn daarom concrete afspraken gemaakt om burgers en cliënten beter te betrekken. Mede tegen deze achtergrond is daarom een subsidieregeling bij ZonMw voor burgerparticipatie ingericht, zowel voor burgerparticipatie bij het opstellen van regiobeelden en regioplannen of regionale-acutezorgketenbeelden en - plannen, als voor burgerparticipatie bij ouderenzorgplannen, zoals domeinoverstijgende woon-, zorg- en leefplannen. Voor deze regeling is 1,5 miljoen euro beschikbaar. Het doel van deze subsidieoproep is het verstevigen en borgen van werkzame elementen inzake burgerparticipatie in de regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden, met een gelijkwaardige rol voor burgers, om hen zo te laten meedenken over de organisatie, bijvoorbeeld de inrichting van de acute zorg.

Het doel van de regeling is ook om meer ervaring op te doen met het instrument burgerparticipatie en met een budget dat hiervoor nodig is. Die kennis en ervaring kunnen weer worden ingezet om vervolgens betere keuzes te maken.

Mevrouw Paulusma vroeg ook: kan de minister aangeven hoe we samen beslissen beter kunnen verankeren om zo overbehandeling te voorkomen? Kan er meer aandacht voor komen in de opleiding tot verpleegkundige? Waar het om gaat, is dat elke patiënt op voet van gelijkwaardigheid moet kunnen meebeslissen over zijn of haar behandeling. Om deze werkwijze verder te verankeren, heb ik in het Integraal Zorgakkoord daarover afspraken gemaakt. Zo moeten zorgaanbieders in alle sectoren in 2025 uitkomstgericht werken, bijvoorbeeld werken met patiëntgerapporteerde uitkomsten bij samen beslissen, en dit geïmplementeerd hebben in de dagelijkse praktijk. Ik heb afspraken gemaakt over de doorontwikkeling en steviger inbedding in de zorg van de digitale zelfzorgmiddelen zoals thuisarts.nl, apotheek.nl en andere e-healthapplicaties.

Wat betreft de opleiding voor verpleegkundige het volgende. Afgelopen maand is het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging gesloten. Binnen die opleiding wordt expliciet aandacht gevraagd voor de beweging naar passende zorg.

Dan kom ik op de vraag van mevrouw Van den Berg over het idee om te kijken naar de bekostiging van huisartsen, zodat commerciële ketens ontmoedigd worden om praktijken aan te kopen. Verschillende partijen spelen in op de tekorten aan praktijkhouders in de huisartsenzorg. Soms zijn het hele goede initiatieven, maar helaas krijg ik ook signalen dat er in sommige gevallen geen goede zorg geleverd wordt of de zorg niet toegankelijk is, en dat vind ik zeer onwenselijk. Elke aanbieder van huisartsenzorg moet zich houden aan wetten, regels en richtlijnen rondom kwaliteit en toegankelijkheid. De IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit zien hierop toe en handhaven waar nodig. Recent heeft de IGJ bijvoorbeeld een aanwijzing gegeven aan een keten op dit terrein.

De NZa werkt aan de doorontwikkeling van de bekostiging in de huisartsenzorg en heeft daarbij zeker oog voor effecten op kwaliteit. Ik heb vanochtend nog een overleg gehad met onder andere de NZa, de LHV, InEen en Zorgverzekeraars Nederland. Dat ging ook over de bekostiging en lange termijn van Meer Tijd Voor de Patiënt. De gezamenlijke constatering was dat de financiering in de huisartsenzorg ondertussen complex is en we er allereerst voor moeten zorgen dat Meer Tijd Voor de Patiënt volgend jaar en de jaren daarna goed ingeregeld is, maar dat er tegelijkertijd ook nagedacht wordt over wat er nou mogelijk is om huisartsenzorg anders in te richten.

Ten aanzien van goodwill ... Want ook dat was een vraag van mevrouw Van den Berg. Laat ik heel duidelijk zijn: in het verleden zijn er afspraken gemaakt en is er ook een Goodwillfonds geweest. Ik ben dan ook gewoon teleurgesteld dat er nu toch weer goodwill wordt betaald, onder meer omdat het toetredingsdrempels opwerpt voor jonge huisartsen. Je zou je zelfs kunnen voorstellen — ik weet niet of dat gebeurt, maar je kunt het je voorstellen — dat er in het verleden mensen zijn ingestapt zonder goodwill te betalen en nu uitstappen en goodwill krijgen. Nogmaals, ik weet niet of dat gebeurt, maar theoretisch is het een mogelijkheid. Daar is in het verleden een fonds voor opgericht. Daar is een signaal over geweest.

Ik ben daar dus zeer teleurgesteld over. Ik wil met beroepsgroepen en verzekeraars verkennen hoe dit soort betalingen kunnen worden tegengegaan. Laat ik wel in herinnering roepen — uw Kamer weet het waarschijnlijk — dat VWS in 2015 uitgebreid onderzoek heeft laten verrichten naar mogelijkheden voor het wettelijk verbieden van

goodwillbetalingen, maar dat bleek op dat moment helaas niet mogelijk. Het helpt om ons allemaal eens te realiseren: er is in verleden een beweging geweest om de goodwill in de huisartsenzorg te stoppen, er is een fonds geweest, en nu wordt er toch weer goodwill gevraagd.

Mevrouw Van den Berg vroeg: is de minister bereid om een portaal in te richten zodat zorgaanbieders maar één keer antwoord hoeven te geven op dezelfde vragen vanuit een zorginstituut, de inspectie et cetera. Bij het uitvragen wordt al zo veel als mogelijk gebruikgemaakt van hergebruik van gegevens en eenmalige registratie van gegevens. Ik ben bereid om te onderzoeken welke knelpunten er in de praktijk zijn en hoe we deze het beste kunnen oplossen, want het signaal van mevrouw Van den Berg vat ik graag op als: je wilt dat maximaal voorkomen. De oplossing kan mogelijk een zorgportaal zijn, maar het kan ook zijn dat we beschikbare gegevens beter kunnen gebruiken door bestaande belemmeringen weg te nemen. Laat ik dus nog even niet gelijk gaan naar een oplossing in de richting van een portaal, maar ik ben van harte bereid om daar aanvullend naar te kijken.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook: wat is de stand van zaken met betrekking tot het manifest Mens met naam van mevrouw Arendse? Op verzoek van de initiatiefnemers van het manifest heeft er allereerst een vervolgesprek plaatsgevonden, waarbij onder andere Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland en VWS op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd waren. Een volgende stap is om aan de hand van concrete ervaringen te toetsen in hoeverre deze waarden in de praktijk naar voren komen of soms in de knel raken. Inzichten van de gesprekken zullen ook breder gedeeld worden met verzekeraars en met gemeentes, zodat het leereffect groter is dan een enkele casus. Dat is ook precies wat de betreffende patiënte voor ogen had.

Mevrouw Ellemeet vroeg: 42 miljoen voor verduurzaming is niet genoeg; er is meer geld nodig van de minister voor Klimaat. De aanpak van de klimaatimpact van de zorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er gebeurt veel. Ik verwijs bijvoorbeeld naar initiatieven die er zijn ten aanzien van infrastructuur. Dan kan ik verwijzen naar nieuwe zorglocaties, zoals een locatie van een Isala ziekenhuis in Meppel en een nieuwe locatie van het Rijnstate ziekenhuis in Elst, waar ze daar zeer grote bewegingen in maken. Dat stemt optimistisch. Dat is beweging die nodig is. Die 42 miljoen die mevrouw Ellemeet noemde, is aanvullend op andere generieke middelen die bijdragen aan het verduurzamen van de zorg, zoals 2 miljard tot en met 2030 uit het Klimaatfonds via de regeling duurzaam maatschappelijk vastgoed van BZK. Het uitgangspunt blijft dat de middelen ondersteunend zijn aan de eigen verantwoordelijkheden van zorgorganisaties en aanvullend op eigen financiering. Ik vind het belangrijk om dan te kijken hoe het geld dat er is, ook optimaal benut wordt. In de Green Deal is afgesproken dat we met partijen de bekendheid van bestaande mogelijkheden vergroten en de ervaren knelpunten en belemmeringen meenemen bij de doorontwikkeling van regelingen. Daarnaast is een belangrijke rol van VWS om met partijen in te zetten op betere regelgeving en op de ontwikkeling van duurzame producten. Dat raakt bijvoorbeeld aan de vraag van mevrouw Van den Berg over een specifiek product, waarbij we gezamenlijk al erkenden dat dit veel breder speelt.

Ik kan bij andere generieke middelen stilstaan, maar er is dit jaar 350 miljoen euro beschikbaar via de ISDE-regeling van EZK voor verduurzamende en energiebesparende maatregelen. 8 miljard euro is er in 2023 via de SDE+-regeling voor het opwekken van

hernieuwbare energie. 4 miljoen is er voor circulaire ketenprojecten. Voor al die bedragen geldt dat de zorg een van de partijen is die er aanspraak op kan maken. De zorg kan dat niet uitsluitend doen, maar er staan wel gelden voor ter beschikking.

Tot zover, voorzitter.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Even nog wat aanvullende feiten. De afgelopen periode hebben 30 ziekenhuizen subsidie aangevraagd voor het verduurzamen, maar slechts zes daarvan hebben die toegekend gekregen. Dat heeft ook te maken met beperkingen in het budget. Als we kijken naar het verduurzamen van het zorgvastgoed dan weten we — dat is namelijk helemaal doorgerekend — dat daarvoor een bedrag van tussen de 1,5 en 3,5 miljard voor nodig is, zeg ik uit mijn hoofd. Het zijn namelijk gigantische operaties om dat te doen. Als we kijken naar de subsidiepot in het Klimaatfonds voor het verduurzamen van al het maatschappelijk vastgoed, alles, dan is daarvoor 1,9 miljard beschikbaar. Dan hebben we het over scholen, bibliotheken, noem maar op. Het is dus niet genoeg. Het zal geen geheim zijn dat mijn fractie sowieso heel kritisch is over de verdeling binnen dat Klimaatfonds. We gaan vanuit het Klimaatfonds massaal de fossiele industrie subsidiëren en maar heel beperkt het maatschappelijk vastgoed, om maar iets heel concreets te noemen wat enorme impact kan maken binnen de zorg. Nou, daar vind ik wat van!

Ik vraag toch aan de minister om dit punt nog eens goed onder de aandacht te brengen bij zijn collega van Klimaat, want uiteindelijk gaat het over 35 miljard. Dat is ontzettend veel geld dat we beschikbaar hebben om te verduurzamen. Daarvan is een veel te klein gedeelte beschikbaar voor al het maatschappelijk vastgoed. Het beschikbare bedrag is absoluut ontoereikend om al dat maatschappelijk vastgoed te verduurzamen. Ik neem hier toch nog geen genoegen mee en ik wil toch aan de minister vragen: dring daarop aan bij uw collega en maak ook de potjes die er zijn, direct toegankelijk voor de zorg. Zorg dat ze allemaal de routes weten te vinden en dat ze zo snel mogelijk de zorg gaan verduurzamen. Er gebeuren al hele mooie dingen, maar het gaat nog veel en veel en veel te langzaam.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Ellemeet heeft hier al eerder op aangedrongen en dat aandringen neem ik zeer ter harte. Ik onderschrijf ook helemaal de doelstelling die mevrouw Ellemeet hierin heeft. We moeten die transitie maken. We moeten ons wel realiseren dat de opgave niet alleen in de zorg maar in het hele land in alle sectoren ontzettend breed is. Dat zullen we op geen enkele manier ooit allemaal van overheidswege kunnen dragen. Als het bijvoorbeeld gaat over de energietransitie en zorgvastgoed, zullen de zorgpartijen zelf daar ook aanzienlijk op moeten investeren. De voorbeelden die ik noem, tonen aan dat partijen dat ook doen en dat zich dat terugverdient. De economische stimulans zit dus allereerst bij de partijen zelf. Ik blijf natuurlijk het gesprek daarover voeren met mijn collega, ook om de zorg daarover telkens weer voor het voetlicht te brengen. Tegelijkertijd kijk ik ook naar de maatregelen die wij zelf kunnen nemen, bijvoorbeeld in de aanpassing van regelgeving, want ook dat gaat een grote impact hebben.

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

De minister zegt net dat er overleg is tussen de Zorgautoriteit, de patiëntenverenigingen en de zorgverzekeraars over die huisartsenfinanciering, omdat die erg complex is

geworden. Dat is één ding. Het is sowieso goed dat het gebeurt, want meer tijd voor de patiënt lijkt nu vooral meer administratie voor de huisarts te worden. Maar de vraag die ik had gesteld, was of met een andere financiering ook een extra bottleneck kan worden gevormd tegen die commerciële partijen. De minister zei immers dat al in 2015 is gezegd dat je die goodwill niet zomaar tegen kan gaan. Daarom zaten wij als CDA te kijken of we het op zo'n manier anders kunnen regelen met de financiering van de huisartsen dat het voor die partijen minder aantrekkelijk wordt.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg stelt een vraag en deed daarvoor een zijstapje over meer tijd voor de patiënt. Daarover wil ik straks graag even wat zeggen. Allereerst ten aanzien van private partijen en financiering. Dat is een onderwerp waar wij nadrukkelijk naar kijken, maar waar ik niet nu direct in dit debat een oplossing voor heb. Ik gaf al wel aan wat ik vind ten aanzien van goodwillbepalingen. Daar ben ik zeer uitgesproken over. Ik vind ook dat wij moeten stimuleren dat jonge mensen instappen als praktijken ophouden. Dat moet ook in een regio gebeuren. Maar ik kan hier nu niets zeggen over wat de mogelijkheden zijn ten aanzien van de private financiering, anders dan dat het nadrukkelijk een onderwerp is dat wij bestuderen.

Dan even een zijstap, want ik hecht eraan dit hier te benoemen. Mevrouw Van den Berg maakte er een opmerking over dat meer tijd voor de patiënt alleen maar meer regelgeving is. Ik herken die berichtgeving. Ik denk dat het belangrijk is om hier even te benoemen waar wij op ingezet hebben in het Integraal Zorgakkoord, namelijk versterking van de eerste lijn, in de volle breedte. Dat paste voor de huisartsen bij twee onderwerpen: andere tarieven voor avond-, nacht- en weekenddiensten. Dat is geregeld, met ingang van 1 januari afgelopen jaar. En ten tweede: meer tijd voor de patiënt. Dat is geregeld met ingang van 1 januari van dit jaar.

Beide zijn ingevoerd onder zeer hoge druk. Hadden we dat langs de normale route gedaan — eerst de NZa vragen, dan de financieringswijze regelen et cetera — dan zou dat een traject zijn geweest van twee jaar en hadden we het per 1 januari 2025 ingevoerd. Dat hebben we niet gedaan. We hebben het omgekeerd. We zeiden: we voeren het gelijk in en rollen het versneld uit over het hele land, in een jaar tijd. We zien nu dat ook de zorgverzekeraars er zo inzitten en dat de budgetten die daarvoor zijn, ook gebruikt worden. Maar het gaat wel om zeer substantiële sommen geld. Het is geen klein bier. Het gaat over zeer substantieel geld en er zijn ook afspraken over gemaakt dat dat ook echt iets moet opleveren.

Ik refereer maar even aan het debat dat we hier gisteravond hadden over de verantwoording van VWS. Daarbij is tegenover mij uitgesproken dat VWS er eigenlijk op moet aansturen om per direct te stoppen met wat niet doelmatig is en met wat niet verantwoord kan worden. Het zal u niet verbazen dat als wij zeer veel meer geld inzetten op meer tijd voor de patiënt, dat ik uw aanzet ook direct meeneem: daar moet dan dus wel een vorm van verantwoording tegenover staan. Anders snap ik de twee debatten niet van gisteravond en van nu.

Dat wij dus heel veel geld investeren in meer tijd voor de patiënt: ja. Dat dat onder hoge druk en snel tot stand is gekomen: ja. Dat de verzekeraars daar ook inzitten: ja. Dat wij zeggen dat het structureel is: ook ja. Maar daar moet dus ook een verantwoording tegenover staan, want anders zit ik hier volgend jaar opnieuw in een debat en zegt u

tegen mij: u hebt heel veel geïnvesteerd, maar waarom heeft u opnieuw een bedrag niet goed verantwoord?

Voorzitter. Ik zie overigens ook al die berichten, daar keek ik net even naar, die nu op social media hierover verschijnen. Tja. We hebben nadrukkelijk gezegd: we doen het dit jaar en we garanderen de continuïteit voor volgend jaar. We vragen de NZa om dat ook voor de lange termijn te regelen en het gaat om substantieel geld. Dat richt zich direct op de praktijk zelf, maar het richt zich volstrekt conform de richtlijn van de huisartsen ook op regiosamenwerking. Ik pak de letterlijke quote van meer tijd voor de patiënt van de huisartsen zelf erbij. En ja, daar hoort dan ook verantwoording bij.

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

Volgens mij is dit mijn laatste interruptie, maar ik wil hier toch even op reageren. Ik was namelijk gisteravond zeker ook een van de mensen die bijzonder kritisch waren ten aanzien van de beleidsvoering en trouwens ook de cybersecurity bij het ministerie. Dat je moet kunnen zien wat het oplevert, dat ben ik helemaal eens met de minister. Maar het gaat erom of je dan gaat kijken naar de uitkomsten ervan, of dat er vooraf al een lange lijst instructies ligt. Ik heb iets van 24 pagina's of zo voorbij zien komen. Dat zouden we dan toch simpeler met elkaar moeten kunnen regelen? Dat de minister zegt: ik wil kijken wat het oplevert, dat ben ik 100% met hem eens.

Minister **Kuipers**:

Zonder dat ik de precieze lijst ken: natuurlijk willen we uiteindelijk zorgen dat dat gewoon op een goede manier kan en met zo weinig mogelijk administratie. Laat ik toch nog een keer benoemen wat hier gebeurd is. Er zijn gewoon in heel korte tijd in het hele land projecten uitgerold die vragen om activiteiten van alle zorgverzekeraars en alle verschillende regionale huisartsenpartijen en hun praktijken, wat werkende weg misschien ook gepaard gaat met een niet helemaal complete en juiste administratie. Dat kan ik me zo voorstellen. Ik weet niet of het zo is maar dat zou kunnen zijn. Maar enige administratie ... Het gaat niet om een beperkt bedrag per huisartsenpraktijk; het gaat om zeer substantieel geld. Daar mogen we ook wat voor verwachten.

De **voorzitter**:

Helder. Dank u wel. Dan schors ik de vergadering tot 16.45 uur. Een kleine pauze, en dan gaan we door met de tweede termijn.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Aan de orde is het commissiedebat over het zorgverzekeringsstelsel. Wij zijn toe aan de tweede termijn van de Kamer. Daarvoor geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg.

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

Veel dank aan de minister en de ondersteuning voor alle antwoorden. Ik vind dat ik best mooie toezeggingen heb gekregen, namelijk dat de minister gaat kijken naar de apotheekpopulatiebepoorting en ook dat hij gaat kijken wat hij voor de Caribische studenten kan doen. Het is ook goed om te horen dat wij voor de ricisoverevning naar een modernisering van de systemen gaan.

Voorzitter. Ik wil toch graag een tweeminutendebat aanvragen. Dat heeft met twee

punten te maken. Ten eerste ben ik niet helemaal blij met de antwoorden die we hebben gekregen over de onderhandelingspositie van de kleine zorgaanbieders. Het tweede is dat ik gewoon nog veel meer vragen had die ik niet allemaal in de eerste termijn kon stellen, ook niet in mijn inbreng. Daar doe ik nu wel even een poging toe, want ik heb nog twee punten. Een daarvan kwam in het interruptiedebat met meneer Bushoff even naar voren, namelijk de polistransparantie, of eigenlijk het gebrek aan polistransparantie. Ik heb toen in het interruptiedebat met meneer Bushoff aangegeven dat de Zorgautoriteit in 2018 ook al een definitie heeft gemaakt. Dit heet geloof ik technisch gezien de "Gower distance". Hier zou ik toch nog wel stappen op willen maken, ook omdat ik vorig jaar met meneer Hijink een motie heb ingediend om wat aan die tweelingpolissen te doen. Mensen moeten beter worden geïnformeerd, maar we zien dat er in de praktijk helemaal niks gebeurt.

Het tweede waar ik toch nog graag een reactie van de minister op zou willen, is het volgende. Recentelijk mocht ik aanwezig zijn bij de presentatie van het Burgerberaad Zorg in Zeeland, waar negentien werkgroepen maanden bezig zijn geweest om te kijken hoe we de zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar kunnen houden. Ik mocht vorige week aanwezig zijn in Mariënveld in Oost Gelre, dat tegen de Duitse grens aanligt. Er is daar ook een traject waarin het omzien naar elkaar en het nabuurschap centraal staan. In Zeeland was er een mooie boektitel, namelijk "Van Eiland naar WIJland". Het viel mij op dat in beide plaatsen het belang van meer samenwerking, minder versnippering, meer aandacht voor preventie, meer aandacht voor welzijn en meer omzien naar elkaar naar voren kwam. Ik zou graag van de minister willen weten hoe hij dit soort initiatieven verder wil bevorderen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Het tweeminutendebat staat genoteerd. Even voor de planning: wilt u dat nog voor het zomerreces hebben? We hebben namelijk nog tweeënhalve week. Of mag het ook direct erna?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb vanmorgen een tweeminutendebat Curaçao, Aruba en Sint-Maarten gehad, naar aanleiding van het commissiedebat dat in januari plaatsvond. Daar heb ik echt een slecht gevoel bij. Ik zeg dus: we doen het vóór het zomerreces. Dank u wel.

De voorzitter:

Dan gaan we dat proberen. Dank u wel. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank aan de minister en de ondersteuning voor de beantwoording. Ik vind dat het een ingewikkeld debat is, omdat je het debat over dit stelsel op zo veel niveaus kan voeren. Je kan het heel praktisch voeren, maar je kan het ook meer op een metaniveau voeren. Ik denk dat we niet moeten vergeten om dat laatste ook te doen, omdat sommige van de problemen alleen te begrijpen en op te lossen zijn als je ook een analyse hebt van wat dat stelsel nu inhoudt en hoe we daartoe zijn gekomen. Ik wil toch nog maar even terugkomen op het begin van mijn betoog. Ik denk dat je de problemen die we nu hebben, die vaak ook te maken hebben met de enorm doorgesloten administratielast, niet los kan zien van het feit dat wij overal controle op willen hebben, alles willen

monitoren en ieder risico willen uitsluiten en in beeld willen hebben. Ik denk dat we daar iets aan zullen moeten doen. De minister kan zeggen dat hij het nu niet ziet zitten om een hele stelselwijziging door te voeren, maar we moeten doordenken over de manier waarop we dit probleem aanpakken.

Voorzitter. Ik ben blij om te horen dat er een wetsvoorstel in de maak is over domeinoverstijgende samenwerking. Ik vroeg me af of er al een idee wat betreft de planning. Toen het over mijn vraag ging over artsen in loondienst, zei de minister dat het ook over gelijkgerichtheid gaat. Vervolgens trok hij het eigenlijk breder. Hij zei: het gaat erom of er goed wordt samengewerkt in de regio. Nou, voor zover ik weet, ging het ook vooral over gelijkgerichtheid binnen een ziekenhuis. Het gaat er dus om of zo'n MSB goed samenwerkt met het bestuur et cetera. Ik wil dus graag nog even een reactie van de minister hierop. Wordt er nu bekeken of die gelijkgerichtheid in een ziekenhuis wel of geen stappen vooruit maakt? Of gaat het alleen maar over de samenwerking in de regio? Dan zouden we namelijk met schuivende panelen bezig zijn.

Voorzitter. De minister wil niks doen aan de boete op wanbetaling. Ik denk dat hij daarmee een fout maakt, omdat we nu al zien dat veel mensen in de zorg wanbetalers zijn en in de knel zitten. Volgens mij moet daar gewoon morgen een oplossing voor komen. Hij zei ook dat het huidige systeem met de zorgtoeslag goed werkt. Nou, je kan niet zeggen dat het goed werkt als 10% van de mensen die recht hebben op zorgtoeslag er geen gebruik van maakt.

Ten slotte wil ik iets vragen over de risicoverevening. De minister zegt: we gaan met een constrained regression werken. Die term kende ik eerlijk gezegd nog niet, maar die is goed uitgelegd. Ik meen me te herinneren dat toenmalig minister Edith Schippers het systeem zelfs zo wilde wijzigen dat het aantrekkelijker werd voor verzekeraars om kwetsbare verzekerden aan zich te binden. Gaan we nu hetzelfde doen? Was dat niet mislukt?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank, voorzitter. Dank aan de minister en zijn ondersteuning voor de beantwoording. Ook dank aan mijn collega's voor het plezierige debat. Ik heb nog twee dingen. Ik heb vragen gesteld over die verzachtende maatregelen. Het is heel goed dat die er zijn, maar de minister geeft ook aan dat ze niet mee worden genomen in de monitor. Mijn zorg is ook dat mensen die eigenlijk niet weten te vinden. Hoe effectief zijn ze dan? Ik zou eigenlijk wel graag een toezegging van de minister willen dat hij in een brief hier wat meer duidelijkheid over geeft, zodat ik tijdens het tweeminutendebat ook niet met een motie hoeft te komen.

Dan het tweede. Dit onderwerp raakt natuurlijk altijd mijn hart. Ik heb het over verpleegkundigen gehad, mijn oud-collega's, juist in de combinatie met samen beslissen. De minister legde toen de relatie tussen verpleegkundigen en opleidingen, maar ik heb niet zo veel behoefte aan meer opleiding, maar juist aan meer ruimte voor verpleegkundigen. Ik zag dit terug in een stuk over palliatieve zorg, maar dit raakt ook

aan samen beslissen. Ik sprak laatst een groep wijkverpleegkundigen die een heel interessant manifest hadden over wat hun rol kan zijn in passende zorg. Maar verpleegkundigen moeten wel die ruimte krijgen in dit zorgveld. Ik vraag niet om wet- en regelgeving, maar ik denk dat het wel helpt als de minister ook woorden geeft aan de ruimte die deze professionals, deze verpleegkundigen, nodig hebben, ook in dat traject van samen beslissen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Meneer Bushoff.

De heer Bushoff (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de minister en de ondersteuning voor de antwoorden, hoewel ze mij niet allemaal bevielen, maar goed. Dat hoort natuurlijk bij de politiek. Vooral op het punt over de mondzorg liepen de meningen toch wel wat uiteen. Er is volgens mij wel degelijk een heel groot probleem is en ik denk dat het te weinig is om te zeggen: we gaan op termijn eens kijken wat we kunnen doen om mensen toch naar de tandarts te krijgen. Volgens mij is er nu een acuut probleem. Dat vraagt nu om een soort noodoplossing, in ieder geval voor de laagste inkomens en de mensen met de grootste gebitsproblemen. Maar de minister wil daar niet aan, dus wellicht moeten we zelf met een voorstel daarvoor komen.

Ik proefde bij de minister, maar zeker ook bij de collega's, wel enige ruimte voor het idee om te kijken wat de huidige situatie waarin sommige mensen de tandarts mijden, kost en wat het zou opleveren als je de tandarts in het basispakket zou opnemen. Als je dat namelijk inzichtelijk hebt, dan kun je uiteindelijk ook een zuiverdere afweging maken. Ik hoop en reken toch wel een beetje op de steun van in ieder geval een meerderheid van de collega's.

Voorzitter. Dan nog even over het eigen risico. Na mijn laatste interruptie gaf de minister een heel helder antwoord, namelijk dat de splitsing van het eigen risico inderdaad een remeffect heeft. Mijn vraag aan de minister is: is die splitsing van het eigen risico dan toch bedoeld om mensen minder zorg te laten gebruiken? Dat is toch een remeffect? Of is die splitsing wel degelijk bedoeld om drempels te verlagen en de toegang tot zorg makkelijker te maken voor mensen? Als dat zo is, zou er toch geen remeffect kunnen optreden? Ik zou aan de minister willen vragen wat fout is, die redenatie of die berekening.

Voorzitter, tot slot. Het gaat nu wat ver om nog heel lang over die risicoverevening door te gaan, maar de minister heeft een brief toegezegd. Zou ik de minister dan mogen vragen of hij in die brief kan ingaan op wat het betekent dat die constrained regression, die voorwaardelijke regressie, alleen voor het onderdeel dat over chronisch zieken gaat wordt ingezet? Betekent dat dat de over- en ondercompensatie op andere onderdelen in het risicovereveningsmodel de komende tijd verder omhoog of omlaag zullen schieten? Daar ben ik wel benieuwd naar. Als dat zo is, dan zou dat wel een aanleiding kunnen zijn om te zeggen: we gaan een constrained regression doen in combinatie met toch nog een jaar of twee jaar de bandbreedte. Zou de minister in de brief in ieder geval daar nog op in kunnen gaan?

Dan ben ik volgens mij door mijn tijd heen.

De **voorzitter**:

Dan bent u door uw tijd heen. Dank u wel, meneer Bushoff. Meneer Dijk.

De heer **Dijk** (SP):

Voorzitter. De minister begon volgens mij over dat ons stelsel niet het beste stelsel is van de wereld. Dat is in tegenstelling tot wat de minister-president een week geleden ongeveer zei. Ik vond dat goed en realistisch om te horen. De minister zei: op heel veel plekken is dat niet zo. Ik vond het fijn om dat te horen, omdat daarmee duidelijk wordt dat er op zo veel plekken nog verbetering mogelijk is. Dat geeft enige ruimte.

De minister gaf een aantal voordelen van het huidige verzekeringssysteem. Dat begon met publieke financiering. Daar wil ik toch even een noot bij maken. Voor een deel klopt dat, maar we hebben natuurlijk ook een groot deel premie en eigen risico. Dat zijn allemaal individuele lasten en die hebben niets met solidariteit te maken. Mensen de mogelijkheid geven om hun eigen risico te verhogen, geeft direct hogere lasten voor anderen. Het heeft ook niets met samenwerking te maken.

Mijn derde punt gaat over een sterke eerste lijn. Daar zijn veel zorgen bij de SP over. Er is een groot tekort aan huisartsen en er zijn commerciële roofdieren die nu huisartspraktijken aan het opkopen zijn. Mevrouw Van der Berg heeft daar ook terecht opmerkingen over gemaakt. Dat geldt ook voor tandartsen en fysiotherapeuten. Er is een groot tekort aan wijkverpleegkundigen. Er zit een enorme druk op die eerste lijn, omdat er zulke grote tekorten zijn. We lopen echt veel risico dat ons zorgstelsel vast gaat lopen. Meerdere mensen hebben dat al gezegd.

De woorden "van concurrentie naar samenwerking" heb ik nu al heel vaak gehoord. Die klinken mij als muziek in de oren. De woorden zijn goed, maar ik moet eerlijk toegeven: ik vind het Integraal Zorgakkoord allemaal wat vaag en vrijblijvend. Dan komt mijn vraag: hoe maakt de minister dit afdwingbaar als die samenwerking niet tot stand komt?

Tot slot, de mondzorg. De heer Bushoff heeft daar hele zinnige dingen over gezegd en goeie vragen gesteld. Ik wil daar een vraag aan toevoegen. De minister zei in het najaar met een onderzoek of een uitwerking te komen. Zit daar dan naast de kosten en de baten van mondzorg in het basispakket ook de tussenweg van periodieke controle in?

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Dijk. Mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dit is een leuk debat, omdat het op verschillende niveaus zit en er heel veel woorden en emoties worden gegeven aan dingen. Je zou dit debat ook weleens leuk kunnen factchecken. Dat heb ik niet zo snel gedaan, maar een van mijn favoriete tabelletjes over ons zorgstelsel in OESO-verband laat het percentage mensen zien dat zich geremd voelt om gebruik te maken van de zorg die ze nodig hebben door financiën. Daarin staat Nederland met Spanje en Luxemburg, geloof ik, gewoon heel laag. De individuele verhalen van mensen zijn soms heel erg schrijnend, maar we moeten wel oppassen met dat soort verhalen als symbolen van het hele zorgstelsel neerzetten. Desalniettemin is het goed om kritisch te blijven. Dat heb ik net ook gezegd.

Een van de managementgoeroes zei ooit: goed is de vijand van geweldig. Volgens mij moeten we blijven streven naar geweldig, dus goed is niet goed genoeg.

Ik heb een toezegging gehoord van de minister over de manier waarop zorgbemiddeling door zorgverzekeraars proactiever kan in de aanloop naar het vaststellen van de polisvoorwaarden. Ik hoorde de minister wel nog iets zeggen over de AVG-regels. Daarnaast zou ik ook willen kijken hoe de contracten tussen zorgverzekeraar en verzekerde beter kunnen.

De minister gaf aan over gecontracteerde en vooral niet-gecontracteerde zorg dat de afspraak in het IZA is dat er "geüniformeerde en eenduidige communicatie" komt. Dat lijkt mij heel goed, want de ene zorgverzekeraar kan zeggen dat die geen contract heeft met deze aanbieder, terwijl hij nog in onderhandeling is en wel uitzicht heeft op een contract. Een andere zorgverzekeraar kan zeggen: ik heb geen contract met deze aanbieder en dat komt er ook nooit. Er is nog wel wat taalverwarring. Als er eenduidige communicatie komt, lijkt mij dat heel erg goed. Ik vroeg mij af of we bij de start van het overstapeseizoen, half november tot begin december, een beetje zicht kunnen krijgen op hoeveel verzekeraars het gelukt is om inderdaad al die contractvoorwaarden inzichtelijk te hebben. Wellicht krijgen we dat sowieso. Dat is dan mooi. Als de minister voornemens is om dat pas later te sturen, dan zou ik toch willen aandringen om dat eerder met ons te delen.

Dat was het voor nu.

De voorzitter:

Dank aan de collega's voor hun bijdrage in de tweede termijn. Ik schors even voor tien minuten zodat de minister alle antwoorden kan vergaren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Aan het woord is de minister voor de tweede termijn.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Allereerst was ik mevrouw Tielen nog een antwoord verschuldigd op de vraag naar tabellen en zorgkosten uitgesplitst naar inkomen. Ik kan u ondertussen verwijzen naar begrotingsvraag 443 bij de ontwerpbegroting VWS van 2023.

De voorzitter:

Daar zijn we blij mee.

Minister Kuipers:

Dat bedoel ik. Het klinkt heel specifiek, maar het is natuurlijk een volstrekt terechte vraag die in lijn is met de discussie over of we nou een solidair systeem hebben of niet. Met alle tekortkomingen die ik benoem, is het uitgangspunt dat wij een buitengewoon solidair systeem hebben. Wat dat betreft onderschrijf ik het standpunt van mevrouw Tielen. Hebben we daarmee ook zaken die je nog verder moet verbeteren? Ja. Dit is een van de verwijzingen daarvoor.

Dat brengt mij bij de resterende vragen, voorzitter. Mevrouw Van der Berg vroeg ten

aanzien van gebrek aan polistransparantie: wat doet u aan de tweelingpolis? Allereerst, zoals benoemd, pak ik mijn rol als het kan bij de risicoverevening. Hoe beter de risicoverevening, des te zuiverder de polismarkt. NZa pakt de rol om via regels transparantie te bevorderen en de zorgverzekeraars hebben een rol om een overzichtelijk en onderscheidend polisaanbod te maken. Daar wijs ik hen ook op bij herhaling, zelfs eergister nog in het kader van de nieuwe discussie over besluiten over verdere risicoverevening.

Mevrouw Van der Berg vroeg mede naar aanleiding van voorbeelden van het oosten van Nederland en de zorg in Zeeland: hoe bevordert de minister dit soort initiatieven? Dat gaat onder andere via de subsidieregeling ZonMw. Dat gaat ook via de discussie, de transformatiegelden en het Integraal Zorgakkoord, wat dit sterk stimuleert. De genoemde voorbeelden ken ik en die zijn zeer goed.

Mevrouw Ellemeet vroeg naar de planning van het wetsvoorstel. Het wetsvoorstel ligt nu bij de Raad van State. Het streven is indiening bij de Tweede Kamer in dit najaar. Mocht dat de Tweede en Eerste Kamer kunnen doorlopen, dan is het streven inwerkingtreding per 2025.

Mevrouw Ellemeet vroeg ten aanzien de wanbetalers: gaat de minister echt niks doen? Ik ga juist grondig naar de effecten van de regeling kijken, om daarna te besluiten over het al dan niet aanpassen van de opslag. Daarnaast zet ik me samen met SZW actief in op flankerend beleid. Op basis van een CAK-lijst kunnen gemeenten langdurige wanbetalers actief helpen.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook: worden er stappen gezet voor gelijkgerichtheid binnen het ziekenhuis? Het antwoord daarop is: ja. Sorry voor de onduidelijkheid. Ik noemde eerder een voorbeeld voor de regio, maar het geldt ook binnen een ziekenhuis. We willen niet dat, bijvoorbeeld, een raad van bestuur een transformatie voorstaat en een MSB een andere kant opgaat. Daarvoor is samenwerking juist heel belangrijk.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het is goed dat daar ook naar gekeken wordt, want zo had ik het ook begrijpen uit het coalitieakkoord; we gaan de vinger aan de pols houden of er voldoende stappen worden gezet. "Vinger aan de pols houden" is een heel rekbaar begrip. De minister hoeft misschien niet nu te antwoorden, maar ik ben benieuwd wanneer hij nou tevreden is. Hoe ga je nou de balans opmaken of het goed en snel genoeg gaat?

Minister **Kuipers**:

Om dit daadwerkelijk te laten slagen, ligt allereerst de verantwoordelijkheid bij henzelf. Maar ik kan allerlei voorbeelden noemen van het type afspraken dat wij maken en waar wij op inzetten. Neem het versterken van de eerste lijn en daarmee de samenwerking met de eerste lijn. Ik kan het hebben over de acute zorgen over de zorgcoördinatie, om uw voorbeeld te noemen. Als het gaat over de medisch-specialistische zorg, dan kan ik voorbeelden noemen van andere vormen van samenwerking, zoals netwerkzorg in de oncologische zorg, of in de chirurgische zorg. We zijn bezig met vaatchirurgie. Het gaat erom dat als je daar afspraken over maakt, alle regionale partner daaraan meedoen en dus de ziekenhuizen ook. Als je binnen een oncologisch netwerk afspraken maakt over wie wat doet daarin, dan kan het niet zo zijn dat vervolgens Medisch Specialistische Bedrijf zegt: sorry, maar daar doen wij niet aan mee. Dat wordt dan al snel heel duidelijk.

De patiëntenvereniging zit erbij, de overheid zit erbij, een zorgverzekeraar zit erbij en de Federatie Medisch Specialisten zit erbij, dus die signalen komen zonder twijfel snel naar boven. Het vraagt wel om een flinke transitie. Denk bijvoorbeeld aan de discussie over de oncologische netwerken. Dat betekent echt wat.

Mevrouw Ellemeet vroeg of we met constrained regressie dan gaan naar datgene wat minister Schippers ooit voor ogen had. Dat was voor mijn tijd, maar ik ga met deze voorwaardelijke regressie juist beter verevenen. Dat is echt een hele stap. Ik ga niet bewust overcompenseren. Dat is niet de bedoeling van de Zw. De bedoeling is om goed te verevenen. Dat is de hele inzet.

Mevrouw Paulusma vroeg om meer ruimte voor verpleegkundigen. Dat onderschrijf ik geheel. Dat maakt ook deel uit van het Programma Uitkomstgerichte Zorg. Daarmee wordt ingezet op samen beslissen. Dat doen we onder andere via V&VN, de NFU en de FMS. We kijken hoe samen beslissen breed kan worden ingezet, niet alleen in de opleidingen maar gewoon ook breed in de dagelijkse praktijk, ook bij de inzet van verpleegkundigen.

Mevrouw Paulusma vroeg ook naar verzachtende maatregelen en de monitoring en vroeg hoe effectief een en ander is. Wil ik daar een brief over schrijven? De monitor over stapeling laat hopelijk goed zien hoe de effecten van eigen betalingen neerslaan bij de verschillende groepen burgers. Op basis daarvan bekijken we of kwetsbare groepen eruit springen en of de huidige instrumenten voldoende helpen. Rond de zomer is de monitor. Dat gaan we analyseren. De brief volgt begin 2024.

Meneer Bushoff had een vraag over inzicht in de kosten en baten van mondzorg. Ik gaf al aan dat we bezig zijn met een brede analyse. Daarbij kijken we ook naar de omvang van de problematiek, om zo gericht mogelijk eventuele — dat benadruk ik nog een keer — oplossingsrichtingen daarop in te zetten.

De heer Bushoff vroeg ook hoe het precies zit met de splitsing van het eigen risico, met toegang en met remgeld. Het gaat om twee effecten. Het eigen risico gaat naar €150 per dbc. Dat werkt drempelverlagend en verbetert de toegang. Tegelijkertijd is er een remgeldeffect. Mensen zullen in lijn met het streven naar meer passende zorg meer kostenbewust nadenken over het al dan niet behandelen. Daarbij maak ik wel nadrukkelijk de opmerking — er is ook eerder bij stilgestaan — dat niemand méér eigen risico gaat betalen.

De heer Bushoff vroeg of ik in mijn brief over de voorwaardelijke regressie ook inga op de bandbreedte. Het antwoord is ja.

Een beetje in lijn met mevrouw Ellemeet vroeg de heer Bushoff of die voorwaardelijke regressie alleen voor de chronisch zieken is. Daar kom ik in de brief op terug, maar het heeft effect op de ondercompensatie van de chronisch zieken en de overcompensatie van de gezonde verzekerden.

De heer Dijk vroeg of er naast de kosten en de baten van de mondzorg bijvoorbeeld ook wordt gekeken naar alleen de controles. Ik heb mijn proces aangekondigd en wil daar niet op vooruitlopen.

De heer Dijk vroeg ook: hoe maakt de minister samenwerkingsafspraken afdwingbaar? Afspraak is afspraak, ook afspraken in het IZA over regionale samenwerking. Als partijen zich niet houden aan de afgesproken samenwerking en regiosamenwerking, die niet vrijblijvend is, dan spreken we partijen erop aan. Dan kunnen we sturen. Dat raakt aan het voorbeeld waar mevrouw Ellemeet zojuist ook naar vroeg.

Mevrouw Tielen vroeg naar inzicht in de contracten bij de start van het overstapseizoen. De NZa monitort het polisaanbod en het contracteerproces, en de afspraken die we hebben gemaakt. Een hele snelle kijk is beschikbaar via de vergelijkingsites. Daar zal ik uiteraard op een gegeven moment ook over rapporteren.

Mevrouw Van den Berg kondigde een tweeminutendebat aan over samenwerking en kleine zorgaanbieders. Ik wijs erop dat er gisteren een brief is verstuurd over de mededinging. Ik heb me al verexcuseerd voor het late tijdstip. Die brief gaat daarop in. Wellicht zijn de verdere vragen schriftelijk te beantwoorden. Zo niet, dan doe ik uiteraard van harte dat tweeminutendebat. Maar ik verwijs even naar de brief en de eventuele schriftelijke vragen die daaruit voort kunnen komen. Ik kijk daarbij ook even naar het tijdstip. Voor het reces staat er nog een hele rij aan debatten in de agenda.

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

Heel kort. Ik heb de brief inderdaad gezien. Die ging wat mij betreft met name over meer kunnen samenwerken en niet zozeer over het samen kunnen onderhandelen. Dat was voor mij het punt.

De **voorzitter**:

Goed. Dan zijn wij aan het einde gekomen van dit commissiedebat. Ik heb acht toezeggingen van de minister genoteerd.

- De eerste. Voorafgaand aan de begrotingsbehandeling van het ministerie van VWS ontvangt de Kamer de beleidsreactie op het rapport Met de stroom mee van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Dat is een toezegging aan de commissie.
- De tweede. Voor het zomerreces stuurt de minister van VWS de Kamer een stand-van-zakenbrief over de beschikbaarheid van medische middelen en producten. Dat is een toezegging aan mevrouw Tielen.
- De derde toezegging. De Kamer ontvangt begin 2024 de eerstvolgende brief over zorgevaluatie en gepast gebruik. Dat is een toezegging aan collega's Ellemeet en Van den Berg.
- De vierde toezegging. Deze zomer ontvangt de Kamer een brief waarin wordt ingegaan op eventuele oplossingsrichtingen ten aanzien van de toegankelijkheid van mondzorg voor de korte en lange termijn. In het najaar ontvangt de Kamer de nadere uitwerking hiervan. Dat is een toezegging aan de heer Dijk en de heer Bushoff.
- De vijfde toezegging. De minister informeert de Kamer aan het eind van dit jaar over het onderzoek van AEF naar de werking en de effecten van het verlagen van de opslag van de bestuursrechtelijke premie. Dit is een toezegging aan mevrouw Ellemeet.
- De zesde toezegging. De Kamer ontvangt zo spoedig mogelijk een brief over de risicoverevening. Hierin wordt ingegaan op de bandbreedte en constrained regression. Dit is een toezegging aan de commissie.

- De zevende toezegging. De minister van VWS stuurt de Kamer voor deze zomer de uitwerking van de hervorming van het eigen risico. Dit is een toezegging aan mevrouw Paulusma.
- De laatste toezegging. In de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over de monitor over de stapeling van de eigen bijdragen. In het eerste kwartaal van 2024 ontvangt de Kamer de beleidsreactie hierop. Dit is een toezegging aan de commissie.
- Ik zie dat er nog een negende is binnengekomen. Bij de start van het overstapeseizoen zal de minister de Kamer informeren over het overzicht van zorgpolissen. Dit is een toezegging aan collega Tielen.

Ik zie dat zij nog iets wil zeggen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik mis er nog eentje over zorgbemiddeling en de AVG-drempels in de polisvoorwaarden. Dit zijn even wat themawoorden die ik heb gebruikt. We hebben het ergens in het begin van het debat gehad over proactieve opvolging door zorgverzekeraars.

Minister **Kuipers**:

We hebben een brief toegezegd over VVTB. Ik begrijp dat er in uw overzicht een brief staat over zorgevaluatie. Maar dat beantwoordt niet de vraag van mevrouw Tielen. Ik mis even de vraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik heb gevraagd naar het opvolgen van de inhaalzorg. Toen hebben we gezegd dat we het er al vaker over gehad hebben. Ik hoorde de minister zeggen dat hij ging kijken wat hij kan doen, omdat we het hier al vaker over gehad hebben. Er staan namelijk AVG-regels in de weg voor zorgverzekeraars om verzekerden die op een wachtlijst staan proactief te benaderen. De minister zou kijken naar het proactief opnemen van een soort van toestemming van verzekerden om gebeld, gemaïld, geappt of wat dan ook te worden als ze op een wachtlijst staan. Hij zou op een rijtje zetten wat daarin mogelijk zou zijn.

Minister **Kuipers**:

Ik heb inderdaad aangegeven dat we daar proactief naar gaan kijken. Ik kan nu nog niet zeggen welke oplossing daarbij zit. Het aantal brieven dat we tegenwoordig versturen, is van een dusdanige omvang dat ik daar echt even mee zit. Sommige dingen kunnen ook wel in een debat terugkomen. Het kan ook op een andere manier. Als ik daar een brief over moet sturen, zal ik dat uiteraard doen, maar het aantal is zeer groot. Ik kreeg gisteravond de vraag hoe groot dat aantal is. Ik weet de precieze aantallen niet, maar het zijn pakketten per dag ongeveer. Ik vraag enige clementie om sommige dingen ook gewoon uit te zoeken en mee te nemen, en om daarin gestimuleerd te worden, in plaats van erover te rapporteren. Dat kan misschien ook bij een volgend debat.

De **voorzitter**:

Misschien kan ik de minister even helpen. Ik heb net even contact gehad met een van de ambtenaren, die dit aan het uitzoeken is en ook contact zoekt met het minister van Sociale Zaken, omdat daar dezelfde vraag ligt en zij daarmee bezig zijn. Als het goed is, krijgen we daar een terugkoppeling van. Mocht het zo zijn dat daar helemaal niks

gebeurt, dan is het misschien goed om er nog even op terug te komen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja, en ik ben echt niet van de school "meer brieven, meer brieven, meer brieven". Kijk ook naar het aantal schriftelijke overleggen. Ik begrijp het allemaal. Ik ben de eerste die vindt dat we daar wat rustiger in moeten zijn. Maar hier hebben we het al drie keer over gehad in debatten. Ik kijk zeker ook naar de timing. De zorgverzekeraars zijn nu bezig met het samenstellen van hun contracten. Daar zit inkoop in, maar daar zitten ook de afspraken met hun verzekerden in. Ik heb al eerder gevraagd om te kijken of er een mogelijkheid is om vooraf toestemming te vragen, ook als mensen nog niet op een lijst staan. Toen zei ik ook dat ik geen jurist ben. Het kan heel ingewikkeld zijn. Het hoeft ook geen lange brief te zijn. Ik wil ook niet dat de minister dit per se regelt, maar ik wil er wel een briefje over, omdat we het hier al zo vaak over gehad hebben.

Minister **Kuipers**:

Laten we het dan als volgt doen. Ik rapporteer periodiek over de staat van de inhaalzorg. In een volgende brief daarover kunnen we ook meenemen wat de eventuele mogelijkheden zijn om daar activiteiten op te ondernemen. Ik gaf al aan dat ik het met mevrouw Tielen eens ben dat er te weinig voortgang is. De bal ligt wat dat betreft echt allereerst bij de zorgaanbieders. Zij moeten acteren. Zij moeten mensen erop wijzen. De zorgverzekeraar kan niet meer dan wat die al doet. Dus het moet echt bij de zorgaanbieders liggen. Die komen wat dat betreft te weinig in beweging. Daarom kijken we ondertussen naar andere mogelijkheden. In een volgende brief over de monitoring kan ik er een verwijzing in opnemen.

De **voorzitter**:

Misschien nog even één vraag. Dat klopt, maar er zat dus een hobbel op het gebied van AVG en gegevensuitwisseling. Daar wordt naar gekeken. Ik begrijp dat u nu toezeigt dat dit terugkomt in de rapportage over inhaalzorg. Dat kan heel kort.

Minister **Kuipers**:

Idealiter zou dat helemaal niet nodig hoeven zijn. De zorgaanbieder weet welke patiënten hij op een wachtlijst heeft staan. Dat gaan dan met name om behandelingen en ingrepen. Zij weten ook wanneer hun wachtlijst langer is dan de normen die ervoor zijn. Dat betekent dat zijzelf nu al kunnen acteren. Wij hoeven helemaal geen dingen te doen met de AVG, et cetera. Alleen, de zorgaanbieders doen het niet. Dat is het punt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg heeft nog één vraag.

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

Ik hoef ook zeker geen aparte brief, maar de minister heeft wel toegezegd dat hij gaat kijken naar de studenten uit het Caribisch gebied. Ik wil in ieder geval weten hoe ik erachter kom wat de minister wel en niet gaat doen op dat gebied.

Minister **Kuipers**:

Voorzitter, dit ...

De **voorzitter**:

Geen brief?

Minister **Kuipers**:

Ik gaf al aan dat ik dit zal doorgeven. Dit zit bij mijn collega's, minister Helder, de staatssecretaris, en de minister van OCW. Ik zal het aan hen doorgeven.

De **voorzitter**:

Ik denk dat de minister zijn collega's gaat vragen om een brief te schrijven.

Minister **Kuipers**:

Dat zal ik graag doen. Maar dit zit dus bij hen in de portefeuille.

De **voorzitter**:

Dan hoeft hij hem in ieder geval zelf niet te schrijven. We zijn aan het einde gekomen van dit commissiedebat. Ik wil de minister en de ambtenaren heel hartelijk danken. Ik dank mijn collega's voor het fijne debat, evenals de griffier, die ons heeft ondersteund, de bodes, en uiteraard de mensen op de publieke tribune en de mensen die aan de andere kant van het scherm hebben meegekeken. Ik wens u allemaal een fijne avond.

Sluiting 17.28 uur.