

Vergaderjaar 2024–2025

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1297

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 16 juni 2025

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 22 mei 2025 inzake het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2026 (Kamerstuk 29 689, nr. 1293).

De vragen en opmerkingen zijn op 3 juni aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 16 juni zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie	4
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	5
Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	5
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	6
II. Reactie van de Minister	8

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het Ontwerpbesluit houdende de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2026 en hebben hierover geen aanvullende vragen en/of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2026. Genoemde leden lezen tot hun teleurstelling dat het basispakket nauwelijks wordt uitgebreid en hebben hier nog enkele opmerkingen en vragen bij.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn bezorgd en teleurgesteld dat het basispakket nagenoeg niet wordt uitgebreid. Mondzorg, fysiotherapie en vele andere vormen van noodzakelijke zorg blijven buiten het basispakket vallen. Kan de Minister reflecteren op het besluit om het basispakket amper uit te breiden? Het verlagen van het eigen risico draagt bij om betaalbaarheidsproblemen in de zorg deels op te lossen. Echter wordt het basispakket onder deze Minister niet uitgebreid. Erkent de Minister dat, ondanks de aangekondigde verlaging van het eigen risico, grote delen van de zorg, zoals mondzorg en fysiotherapie, voor veel mensen om financiële redenen ontoegankelijk blijft?

Uit het rapport eindverslag verkenning mondzorg blijkt dat 1,4 miljoen mensen jaarlijks de tandarts mijden, ten dele om financiële redenen. In de brief van de Minister lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie niks over mondzorg in het basispakket, dan wel in beperkte vorm. Is de Minister bereid andere concrete maatregelen te nemen om mondzorg toegankelijk te maken en iets te doen voor de mensen die de tandarts mijden om financiële redenen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich grote zorgen over het feit dat de vergoeding voor kinderbrillen niet in het basispakket zit, behalve voor serieuze medische afwijkingen. In Nederland lopen tienduizenden kinderen zonder bril, terwijl ze die wel nodig hebben, maar de ouders het niet kunnen betalen.¹ Hoe reflecteert de Minister hierop? Erkent de Minister dat een kinderbril geen luxeproduct is maar vaak

¹ Een Vandaag, 26 september 2024, «Zorgwekkende ontwikkeling» dat kinderen gee... | EenVandaag

noodzakelijk is om goed mee te kunnen te doen in onze samenleving? Erkent de Minister dan ook dat kinderbrillen in het basispakket thuis-horen? Kan de Minister de kosten en baten in kaart brengen van kinderbrillen in het basispakket?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2026. Hoewel genoemde leden zich kunnen vinden in een deel van de wijzigingen, is er ook een wijziging aangekondigd waar zij kritisch over zijn, namelijk de uitbreiding van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken. Zij hebben daarom enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie onderschrijven het belang van stoppen met roken: nicotinegebruik is immers verslavend en schadelijk voor de eigen gezondheid en de gezondheid van een ander. Deze leden vragen in hoeverre de samenleving moet bijdragen aan het vergoeden van meerdere stoppogingen. Bovendien missen zij cijfers bij de aangegeven wijziging. Volgens het Trimbos-instituut gebruikte 65% van de rokers geen begeleidingsprogramma of nicotinevervangers bij pogingen om te stoppen met roken. Hoe zijn de verschillen in effectiviteit tussen een stoppen-met-roken-programma, het gebruik van nicotinepleisters of -kauwgom, geneesmiddelen en stoppen zonder begeleiding? Hoeveel mensen doen dat jaarlijks in Nederland? Hoeveel van hen maken gebruik van meerdere begeleide stopprogramma's per jaar? Eerder gaf de Staatssecretaris van VWS, de heer Karremans, aan in gesprek te gaan met zorgverzekeraars over dit onderwerp². Heeft dit gesprek inmiddels plaatsgevonden en zo ja, hoe kijken de zorgverzekeraars aan tegen verruiming van de aanspraak?

Hoeveel kosten dragen stoppers nu zelf om te stoppen met roken en/of vaperen? Wat kosten begeleide programma's aan eigen bijdrage of eigen risico, wat geven ze uit aan nicotinevervangers of geneesmiddelen? Het is niet moeilijk om dan te berekenen hoe kosteneffectief dit is voor stoppers zelf, de besparing aan tabaksaankopen loopt immers snel op. Verder willen de leden van de VVD-fractie weten wat de extra kosten voor de samenleving zijn van deze verruiming? Wat is de reden dat de Minister schrijft dat er geen extra kosten worden verwacht? Genoemde leden zijn positief over rokers met een grote motivatie om te stoppen, maar kunnen zich ook voorstellen dat rokers die nicotinevervangers gebruiken ook gemotiveerd zijn. Zijn daarover cijfers beschikbaar? In hoeverre is overwogen om voor een tweede en derde keer deelname aan een stopprogramma een (grotere) eigen bijdrage te vragen?

De leden van de VVD-fractie vinden dat zorg, zeker collectief gefinancierde zorg, bewezen effectief moet zijn. Zij lezen dat van slechts 30% van de 40.000 mensen die jaarlijks deelnemen kan worden gezegd dat een stopprogramma als geslaagd kan worden beschouwd. Geldt dit voor alle typen programma's of zijn er significante verschillen? Is het mogelijk in een tabel te laten zien wat de effectiviteit is van de verschillende manieren om te stoppen met roken? En ook van de verschillende manieren om te stoppen met vaperen? Is gekeken hoe deze (alle) programma's effectiever kunnen worden alvorens te besluiten de aanspraak te verruimen? Zo nee, waarom niet?

² Handelingen II, vergaderjaar 2024–2025, nr. 36, item 7. (2025D13373).

Ook hebben de leden van de VVD-fractie nog enkele vragen over de uitzondering meekijkconsult en meedenkadvis van het verplicht eigen risico. Genoemde leden vinden het belangrijk dat mensen met psychische problemen tijdige en passende zorg krijgen en zien de meerwaarde van een verkennend gesprek. Op welke wijze wordt beoordeeld of een dergelijk gesprek daadwerkelijk leidt tot tijdige en passende hulp? Wat zijn tot nu toe de ervaringen met een verkennend gesprek?

De leden van de VVD-fractie zijn groot voorstander van digitale innovatie die de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg verbetert. Ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) blijkt digitale zorg tot positieve ervaringen te leiden.³ Toch loopt de ggz ernstig achter als het gaat om digitale zorg. In hoeverre zorgt deze wijziging ervoor dat de inzet van digitale consultatievormen wordt gestimuleerd? Is de Minister bereid hier doelstellingen voor te bepalen en met (extra) maatregelen te zorgen dat deze doelstellingen worden gehaald?

In de brief over de wijziging van het basispakket⁴ lezen de leden van de VVD-fractie dat de Minister in gesprek is over de vraag of de aanspraak op brillen voor kinderen herzien moet worden. Welke benodigde data en informatie worden in kaart gebracht en wanneer verwacht de Minister de Kamer verder te kunnen informeren over dit onderwerp?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van het Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2026. Deze leden hebben nog enkele vragen.

De leden van de NSC-fractie zijn verheugd te lezen dat de aanspraak op zorg bij stoppen met roken wordt uitgebreid naar maximaal drie keer per jaar. Deze leden wijzen erop dat uit onderzoek blijkt dat de inzet binnen het sociaal domein om cliënten te begeleiden naar stoppen-met-rokenhulp nog versterkt kan worden. Deelt de Minister de mening dat de effectiviteit van deze regeling mede afhangt van actieve toeleiding en het vergroten van de bekendheid ervan onder de doelgroep, zeker onder rokers met een lagere sociaaleconomische positie, die vaak nog minder goed de hoogte zijn van de gratis stoppogingen? Zo ja, is de Minister bereid om maatregelen te treffen om deze uitbreiding tijdig en breed onder de aandacht te brengen van zowel zorgprofessionals als verzekerden/rokers?

De leden van de NSC-fractie merken op dat het maximumaantal behandelingen is losgelaten vanwege het beloop van de klachten bij patiënten met axiale spondyloartritis (hierna: axSpA) en ernstige functionele beperkingen. Deze leden achten het wenselijk dat er na een vaste periode, bijvoorbeeld na zes maanden, een evaluatie plaatsvindt zodat de zorgbehoefte opnieuw kan worden vastgesteld en het risico op overbehandeling wordt beperkt. Kan de Minister hierop reflecteren?

De leden van de NSC-fractie merken op dat het verkennend gesprek in de ggz wordt uitgezonderd van het verplichte eigen risico. Kan de Minister toelichten in hoeverre het aannemelijk is dat dit verkennend gesprek daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van doorverwijzingen naar duurdere vormen van ggz-zorg? Op welke wijze wordt dit gemonitord en op welk moment wordt er, indien nodig, bijgestuurd?

³ NOS Nieuws, 2 maart 2025, Beeldbellen met je therapeut gebeurt steeds vaker

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 1294

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie kennisgenomen van het Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2026. Daartoe hebben deze leden verdere vragen.

De leden van de D66-fractie zijn positief over het uitbreiden van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken. Dit is een effectieve interventie gebleken om mensen gezonder te laten leven. Genoemde leden zien meer programma's die een waardevolle bijdrage leveren aan het voorkomen van zorg, zoals de Gezonde Leefstijlinterventie. Kan de Minister een overzicht geven van preventieve zorg die vanuit het basispakket geleverd wordt? Kan de Minister aangeven of deze zorg effectief is, en welke zorg hiermee bespaard wordt?

De leden van de D66-fractie begrijpen dat schattingen van het Zorginstituut laten zien dat maar liefst 30–40% van de zorg die in Nederland geleverd wordt niet bewezen effectief is. De leden van de D66-fractie begrijpen dat programma's, zoals Zinnige Zorg, zijn opgericht om gestructureerd naar de effectiviteit van behandelingen in het basispakket te kijken. Deze leden vinden het belangrijk dat er voortdurend naar de effectiviteit van behandelingen wordt gekeken omdat patiënten effectieve zorg verdienen. Kan de Minister aangeven wat er concreet gedaan is met de uitkomsten van de adviezen van het Zorginstituut? Op welke wijze heeft de Minister in haar afwegingen over de besluiten omtrent «wijzigingen zorgverzekering zorgpakket» onderzoeken over de effectiviteit van behandelingen betrokken, en hoe deze constatering daarin meegenomen, zo vragen deze leden.

Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie of de Minister een overzicht kan aangeven van zorg, behandelingen en medicatie, die wel vergoed worden vanuit het basispakket, maar waarover twijfels bestaan over de effectiviteit of waarvan duidelijk is dat het niet-bewezen effectief is. Ook vragen genoemde leden of de Minister aan zou willen geven of zij bereid is verder in gesprek te gaan met het Zorginstituut en andere betrokken instanties over welke stappen gezet kunnen worden om niet bewezen effectieve zorg in kaart te brengen, en waar mogelijk uit het basispakket te halen, zodat er meer geld beschikbaar blijft voor bewezen effectieve zorg. Deze leden vragen of de Kamer geïnformeerd kan worden over de vervolgstappen van deze Minister. Daarnaast vragen zij welke onderzoeken hier al naar zijn gedaan en wat er met de uitkomst van die onderzoeken is gedaan.

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen dat meekijkconsulten en meedenkadvisen in de ggz buiten het eigen risico worden geplaatst. Een positieve ontwikkeling die het voorkomen van zorg makkelijker maakt, denken deze leden. Kan de Minister aangeven of ze dit in andere sectoren ook overweegt en zo ja, in welke sectoren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van het Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2026. Genoemde leden hebben geen vragen aan de Minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het Ontwerpbesluit dat gaat over de wijziging van het zorgpakket in 2026. Zij hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

Naar aanleiding van paragraaf 2.1 Uitbreiding van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken. De leden van de SP-fractie lezen dat er is gekozen om rokers de mogelijkheid te geven om maximaal driemaal per jaar een stoppen-met-roken-programma te laten volgen omdat dit veel effectiever blijkt te zijn dan maximaal 1 programma per jaar. Klopt het dat rokers voortaan kosteloos drie programma's per jaar mogen volgen? Hebben zij de mogelijkheid om hierin een programma te kiezen naar eigen wens? Zo nee, op welke manier worden zij hierin beperkt?

De leden van de SP-fractie lezen dat deze uitbreiding niet leidt tot extra kosten, terwijl dit eerder wel een argument was van het Zorginstituut om het aantal behandelingen te beperken. Waarom is eerder dan tot een maximum besloten? Genoemde leden denken dat bij het eerder wijzigen van dit beleid, dit voor veel rokers verschil had kunnen maken.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier de Minister ervoor gaat zorgen dat meer rokers gebruik gaan maken van deze programma's. Welke andere extra stappen gaat deze Minister zetten om rokers te helpen om te stoppen? Erkent u dat er een verband is tussen de sociaaleconomische omstandigheden van mensen en het percentage mensen dat rookt? Op welke manier is het beleid van deze Minister hierop gericht?

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister ook voornemens is om zaken als nicotinepleisters en nicotinekauwgom, maar ook eenmalige bijeenkomsten die worden georganiseerd te gaan vergoeden zonder beperkende voorwaarden.

Naar aanleiding van paragraaf 2.2 Uitbreiding van het pakket met langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij axSpA, indien de verzekerde ernstige functionele beperkingen heeft. De leden van de SP-fractie vragen welke maatregelen er op dit moment in het pakket zitten die vooralsnog onder voorwaarden zijn toegelaten, zoals is gebeurd met de gesuperviseerde actieve oefentherapie ter behandeling van volwassen patiënten met axSpA. Voor welke behandelingen geldt dat deze bijvoorbeeld in 2027 en 2028 zijn afgelopen mits, het basispakket niet wordt gewijzigd volgend jaar?

Naar aanleiding van paragraaf 2.3 Uitzondering van het verplicht eigen risico voor het meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de ggz) en het meedenkadvis. De leden van de SP-fractie lezen dat het eigen risico bijdraagt aan het «kostenbewustzijn van verzekerden». Zij vragen specifiek aan de Minister of zij wel of niet achter deze uitspraak staat en waarom.

De leden van de SP-fractie lezen dat met voorliggende wijzigingen de kosten van een advies aan de huisarts uitgesloten is van het eigen risico. Kan de Minister aangeven hoeveel mensen gemiddeld kwijt zijn aan zo'n extern advies? Wat bedoelt de Minister precies met de zin «ook dient de zorg in rekening te kunnen worden gebracht met de specifieke prestaties die in de prestatie- en tariefbeschikkingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn opgenomen»? Hoe ging dit eerder in de praktijk?

Genoemde leden vragen de Minister te verduidelijken wat wordt bedoeld met de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om in hun zorgpolissen op te nemen dat meer zorgvormen buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het onderscheid wordt gemaakt tussen de «eerstelijnsdiagnostiek» en andere raadplegingen, zoals het meedenkadvies, het meekijkconsult en het verkennende gesprek. Hoe wordt er aan patiënten duidelijk gemaakt dat voor de ene vorm van zorg wel betaald moet worden, en voor de andere vorm niet? Hoe verhoudt voorliggende wijziging van het pakket zich hiertoe?

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister heeft overwogen om de eerstelijnsdiagnostiek ook uit te sluiten van het eigen risico. Kan de Minister aangeven wat de gemiddelde en maximale kosten zijn voor de «eerstelijnsdiagnostiek»?

Naar aanleiding van de paragraaf Overig. De leden van de SP-fractie vragen of het voorliggende voorstel nog andere wijzigingen van het basispakket bevat die geen uitbreiding zijn, maar juist een inperking. Ook de vragen zij aan de Minister welke andere uitbreidingen van het basispakket in 2026 zij heeft overwogen. Kan de Kamer daar een lijst van ontvangen? Het algemene antwoord dat er altijd over van alles in gesprek wordt gegaan en over veel wordt nagedacht, volstaat niet.

De leden van de SP-fractie vragen of er overleg is geweest over een mogelijke uitbreiding van enige vorm van mondzorg in het basispakket. Zo ja, welke mogelijkheden heeft de Minister hiervoor overwogen? Kan de Minister de Kamer een lijst toesturen met mogelijk uitbreidingen en de eventuele kosten en opbrengsten hiervan?

Genoemde leden vragen welk signaal de Minister denkt af te geven door de verantwoordelijkheid van mondzorg op het bordje van gemeenten te schuiven, waardoor het afhankelijk is van in welke gemeente je woont of je aanspraak kan maken op een vergoeding hiervan.

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister overwogen heeft om enige vorm van fysiotherapie toe te voegen aan het basispakket, ook als mensen geen specifieke aandoening hebben. Zo ja, welke mogelijkheden heeft de Minister overwogen? Kan de Minister de Kamer een lijst toesturen met mogelijk uitbreidingen en de eventuele kosten en opbrengsten hiervan?

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister heeft overwogen om de bijdrage per uur voor kraamzorg te verlagen, zodat dit geen drempel hoeft te zijn voor zwangere om kraamzorg aan te vragen. Wat is de reactie van de Minister op het feit dat op dit moment 1 op de 6 (en in grote steden zelfs 1 op de 4) vrouwen te weinig kraamzorg afneemt vanwege de hoge kosten? Welke plannen heeft uw Minister om dit te voorkomen?

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister heeft overwogen om de vergoeding van kinderbrillen in het basispakket op te nemen. Waarom is hier niet voor gekozen? Heeft er wel overleg plaats gevonden met de oogorganisaties die hier eerder een oproep toe hebben gedaan?

De leden van de SP-fractie vragen waarom de Minister er niet voor heeft gekozen om de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld ook uit te zonderen van het eigen risico. Deelt u de mening dat het onuitlegbaar is om mensen die zoiets heftigs is overkomen vervolgens ook nog een rekening te sturen en al helemaal als daarbij ook nog eens de term «eigen risico» gebruikt wordt? Is het vragen van het eigen risico voor slachtoffers van seksueel geweld bovendien niet in strijd met artikel 26 van de Europese richtlijn 2024/1385 ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en

huiselijk geweld, waarin is vastgelegd dat er «goed uitgeruste en gemakkelijk toegankelijke crisiscentra voor slachtoffers van verkrachting of verwijzingscentra voor slachtoffers van seksueel geweld» moeten zijn, die «kosteloos beschikbaar» zijn? Hoe verhoudt het eigen risico zich tot deze richtlijn?

II. Reactie van de Minister

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn bezorgd en teleurgesteld dat het basispakket nagenoeg niet wordt uitgebreid. Mondzorg, fysiotherapie en vele andere vormen van noodzakelijke zorg blijven buiten het basispakket vallen. Kan de Minister reflecteren op het besluit om het basispakket amper uit te breiden? Het verlagen van het eigen risico draagt bij om betaalbaarheidsproblemen in de zorg deels op te lossen. Echter wordt het basispakket onder deze Minister niet uitgebreid. Erkent de Minister dat, ondanks de aangekondigde verlaging van het eigen risico, grote delen van de zorg, zoals mondzorg en fysiotherapie, voor veel mensen om financiële redenen ontoegankelijk blijft?

Ongeveer 90% van de verzekerde zorg behoort tot het «open gedeelte» van het basispakket. Goede zorg stroomt hierdoor automatisch het pakket in. Het basispakket wordt daarmee automatisch uitgebreid, als zorgpartijen zoals beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars het erover eens zijn dat een nieuwe zorgvorm effectief is. Voor de overige 10% van de zorg is de aanspraak beperkt. Om de aanspraak op deze zorgvormen uit te breiden, is politieke besluitvorming nodig. De voorgenomen wijzigingen die met uw Kamer zijn gedeeld, gaan over dit soort wijzigingen.

Het uitbreiden van het basispakket met mondzorg of fysiotherapie valt onder het «gesloten gedeelte» van het pakket. Uw Kamer is al eerder geïnformeerd over de stappen die voor fysiotherapie⁵ en mondzorg⁶ worden gezet om de toegankelijkheid te verbeteren. Dat zijn ingewikkelde trajecten, die veel tijd kosten. Bovendien geldt voor deze zorgvormen dat het uitbreiden van het pakket gepaard gaat met aanzienlijke budget-impact. Die financiële ruimte is er op dit moment ook niet.

Ten aanzien van mondzorg geldt dat inwoners in Nederland over het algemeen vaak naar de tandarts gaan. Daarnaast is mondzorg toegankelijk via een aanvullende verzekering met mondzorgdekking of, voor minima, via een gemeentepolis. Er zijn behoorlijk wat mensen die hiermee verzekerd zijn voor mondzorg.

Tegelijkertijd is er een groep mensen voor wie mondzorg financieel nog in onvoldoende mate toegankelijk is. Zoals in het eindverslag van het project «Mijding mondzorg om financiële redenen door minima»⁷ is aangegeven, zijn er naar schatting 640.000 mensen die afzien van mondzorg om financiële redenen. Het Zorginstituut is gestart met een adviestraject naar een passende aanspraak voor mondzorg in het basispakket. De uitkomsten worden in 2028 verwacht. Waar mogelijk wordt de Kamer over de tussentijdse bevindingen geïnformeerd. Daarnaast is het Ministerie van VWS aan de slag om, samen met diverse mondzorgpartijen, gerichte financiële maatregelen specifiek voor minima uit te werken. Eventuele besluitvorming hierover is aan een volgend Kabinet.

Fysiotherapie wordt beperkt, voor bepaalde indicaties, vanuit het basispakket vergoed. Veel mensen maken gebruik van de fysiotherapeut. Via het basispakket, via de aanvullende verzekering of door het uit eigen

⁵ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 916.

⁶ Kamerstukken II 2024/25, 32 620, nr. 293 en 301.

⁷ Ongewenste mijding van mondzorg om financiële redenen | Rapport | Rijksoverheid.nl

middelen te betalen. Tegelijkertijd ontvangen we signalen van bijvoorbeeld burgers en de Patiëntenfederatie dat fysiotherapie voor een groep mensen om financiële redenen in onvoldoende mate toegankelijk is.

Via het traject PAFOZ⁸ is geprobeerd om via het basispakket de toegang tot fysiotherapie te verbeteren. Daarin heeft het Zorginstituut het vergoeden van de eerste twintig behandelingen voor fysiotherapie die op de zogenaamde «chronische lijst» staat beschreven als mogelijkheid om de toegang tot deze zorg te verbeteren. Voor de uitbreiding is € 137 miljoen per jaar nodig. Hier is geen dekking voor gevonden.

Tot slot klopt inderdaad uw veronderstelling dat een verlaging van het eigen risico er niet toe leidt dat zorgvormen die niet onder de basisverzekering vallen financieel toegankelijker worden.

Uit het rapport eindverslag verkenning mondzorg blijkt dat 1,4 miljoen mensen jaarlijks de tandarts mijden, ten dele om financiële redenen. In de brief van de Minister lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie niks over mondzorg in het basispakket, dan wel in beperkte vorm. Is de Minister bereid andere concrete maatregelen te nemen om mondzorg toegankelijk te maken en iets te doen voor de mensen die de tandarts mijden om financiële redenen?

Uit onderzoek blijkt dat van de 1,4 miljoen volwassenen die niet ten minste om de twee jaar naar de tandarts gaan, circa 640.000 volwassenen dit niet doen om financiële redenen. Ik vind het belangrijk om generieke én specifieke oplossingen te onderzoeken om de toegang tot mondzorg voor minima te verbeteren. Het Zorginstituut is gestart met een advies-traject naar een passende aanspraak voor mondzorg in het basispakket. Daarnaast is het Ministerie van VWS aan de slag om, samen met diverse mondzorgpartijen, gerichte financiële maatregelen specifiek voor minima uit te werken. In dit traject worden de verschillende maatregelen uitgewerkt, inclusief de voor- en nadelen. Het streven is om uw Kamer dit najaar te informeren over de resultaten. Deze uitkomsten zijn voor een volgend kabinet ter besluitvorming, aangezien de verwachting is dat deze, of andere, maatregelen de nodige financiële middelen zullen vragen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich grote zorgen over het feit dat de vergoeding voor kinderbrillen niet in het basispakket zit, behalve voor serieuze medische afwijkingen. In Nederland lopen tienduizenden kinderen zonder bril, terwijl ze die wel nodig hebben, maar de ouders het niet kunnen betalen.⁹ Hoe reflecteert de Minister hierop? Erkent de Minister dat een kinderbril geen luxeproduct is maar vaak noodzakelijk is om goed mee te kunnen te doen in onze samenleving? Erkent de Minister dan ook dat kinderbrillen in het basispakket thuis horen? Kan de Minister de kosten en baten in kaart brengen van kinderbrillen in het basispakket?

Goed zicht is essentieel voor de ontwikkeling van kinderen. Het is dan ook belangrijk dat alle kinderen in Nederland toegang hebben tot een bril als zij die nodig hebben. Op dit moment zitten brillen voor kinderen slechts voor een beperkte indicatie in het basispakket. Ik ben in gesprek met veldpartijen, onderzoeksinstituten en het Zorginstituut om te onderzoeken hoe we ervoor kunnen zorgen dat de toegang tot brillen voor alle kinderen gewaarborgd kan worden.

⁸ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 916.

⁹ Een Vandaag, 26 september 2024, «Zorgwekkende ontwikkeling» dat kinderen gee... | EenVandaag.

Inmiddels is duidelijk dat de kosten voor het verruimen van de aanspraak voor brillen voor kinderen liggen tussen 72 en 160 miljoen.

Over de baten hebben we geen harde cijfers. Maar uit onderzoek van de oogzorgorganisaties is naar voren gekomen dat het geen toegang hebben tot een goede bril gevolgen heeft op korte en lange termijn. Slechtziendheid als gevolg van het niet dragen van een geschikte bril vergroot kansenongelijkheid. Het belemmert niet alleen de leerontwikkeling van kinderen, maar ook hun fysieke en sociale ontwikkeling. Uit onderzoek blijkt dat ruim 80% van de ouders aangeeft dat hun kind zonder bril niet kan lezen, en dus niet goed kan leren. Daarnaast geeft 49% aan dat hun kind zonder bril niet kan sporten of fietsen. Ook gaven deze ouders aan dat de meeste kinderen last krijgen van hoofdpijn, vermoeidheid, en scheelzien als zij geen bril dragen. Deze problemen kunnen mogelijk (deels) worden voorkomen op het moment dat de toegang tot brillen voor kinderen wordt verbeterd.

De leden van de VVD-fractie onderschrijven het belang van stoppen met roken: nicotinegebruik is immers verslavend en schadelijk voor de eigen gezondheid en de gezondheid van een ander. Deze leden vragen in hoeverre de samenleving moet bijdragen aan het vergoeden van meerdere stoppogingen. Bovendien missen zij cijfers bij de aangegeven wijziging. Volgens het Trimbos-instituut gebruikte 65% van de rokers geen begeleidingsprogramma of nicotinevervangers bij pogingen om te stoppen met roken. Hoe zijn de verschillen in effectiviteit tussen een stoppen-met-roken-programma, het gebruik van nicotinepleisters of -kauwgom, geneesmiddelen en stoppen zonder begeleiding? Hoeveel mensen doen dat jaarlijks in Nederland? Hoeveel van hen maken gebruik van meerdere begeleide stopprogramma's per jaar? Eerder gaf de Staatssecretaris van VWS, de heer Karremans, aan in gesprek te gaan met zorgverzekeraars over dit onderwerp¹⁰. Heeft dit gesprek inmiddels plaatsgevonden en zo ja, hoe kijken de zorgverzekeraars aan tegen verruiming van de aanspraak?

De meeste mensen die roken zeggen van plan te zijn daar ooit mee te stoppen. Van de mensen die een stoppoging doen gebruikt ruim 65% geen hulpmiddel. Goede ondersteuning verhoogt de kans om na een jaar nog steeds succesvol gestopt te zijn echter aanzienlijk. Ongeveer een miljoen mensen doen jaarlijks een poging om te stoppen met roken. Slechts 70.000 mensen maken daarbij gebruik van enige vorm van gedragsmatige ondersteuning. De kans om zonder gebruik van begeleiding of hulpmiddelen succesvol gestopt te blijven is circa 6%. Met alleen nicotinevervangers is de kans hooguit 2% hoger. Met een stoppen-met-rokenprogramma neemt het succespercentage uitgedrukt in «nog steeds gestopt na een heel jaar» toe tot 40%. Op dit moment kunnen er nog geen meerdere begeleide stopprogramma's per jaar worden vergoed, de verwachting is dat door dit wel mogelijk te maken de effectiviteit van het aanbod nog hoger kan worden. Rokers hoeven dan na een terugval niet maanden te wachten en weer helemaal opnieuw te beginnen met het stopproces. De gesprekken waar u naar verwijst hebben plaatsgevonden. Verzekeraars ondersteunen de wijziging, om op die manier zogenaamde *stepped care* zorg mogelijk te maken. Zo kan een stopper na een kortdurende begeleiding bij de huisarts zonder gewenst resultaat direct een intensief programma volgen.

Hoeveel kosten dragen stoppers nu zelf om te stoppen met roken en/of vaperen? Wat kosten begeleide programma's aan eigen bijdrage of eigen risico, wat geven ze uit aan nicotinevervangers of geneesmiddelen? Het is

¹⁰ Handelingen II, vergaderjaar 2024–2025, nr. 36, item 7. (2025D13373).

niet moeilijk om dan te berekenen hoe kosteneffectief dit is voor stoppers zelf, de besparing aan tabaksaankopen loopt immers snel op. Verder willen de leden van de VVD-fractie weten wat de extra kosten voor de samenleving zijn van deze verruiming? Wat is de reden dat de Minister schrijft dat er geen extra kosten worden verwacht? Genoemde leden zijn positief over rokers met een grote motivatie om te stoppen, maar kunnen zich ook voorstellen dat rokers die nicotinevervangers gebruiken ook gemotiveerd zijn. Zijn daarover cijfers beschikbaar? In hoeverre is overwogen om voor een tweede en derde keer deelname aan een stopprogramma een (grotere) eigen bijdrage te vragen?

Zorgverzekeraars brengen sinds 2020 stoppen-met-rokenprogramma's, indien nodig in combinatie met medicatie, niet ten laste van het eigen risico. Er geldt evenmin een eigen bijdrage. In het Nationaal Preventieakkoord is ook afgesproken dat stoppen-met-rokenzorg beschikbaar moet zijn zonder financiële drempels omdat een stoppoging onder begeleiding veel effectiever is. Gebleken was immers dat voor rokers, te meer omdat veel rokers een lage sociaaleconomische positie hebben, het eigen risico een behoorlijke belemmering was om aan een stoppen-met-rokenprogramma deel te nemen. Daarbij is de eventuele besparing op tabaksaankopen door het stoppen voor rokers een onvoldoende prikkel, omdat de roker voorafgaand aan deelname nog niet zeker is dat het hem/haar daadwerkelijk gaat lukken om te stoppen.

Rokers die alleen nicotinevervangers gebruiken kunnen ook zeer gemotiveerd zijn. De wetenschappelijke literatuur laat echter zien dat alleen het gebruik van nicotinevervangers geen significant effect heeft op het stopsucces. Dat is omdat tabaksverslaving naast een nicotine-afhankelijkheid ook een jarenlang opgebouwde gedragsverslaving is waar rokers tijdens een begeleidingstraject inzicht in krijgen en hulp krijgen om een terugval te voorkomen.

Ik verwacht dat op populatieniveau over een aantal jaren gezien de wijziging van de aanspraak niet tot hogere kosten zal leiden. Allereerst zullen door de wijziging niet meer mensen een stoppen-met-rokenprogramma volgen, wel kunnen mensen die na het afronden van een programma terugvallen sneller de begeleiding voortzetten. Daarnaast wordt er door het zorgveld gewerkt aan een herziening van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving waarmee een uitgebreider terugvalprogramma wordt uitgewerkt. Daarmee wordt de kans veel groter dat iemand na een jaar nog steeds is gestopt. De effectiviteit van het tweede programma, direct aansluiten op het eerste, is bijna twee keer zo hoog. En als een roker eenmaal succesvol is gestopt, zijn er in latere jaren ook geen nieuwe programma's meer nodig. Het moeten wachten tot een volgend kalenderjaar leidt ertoe dat iemands verslaving in volle hevigheid is teruggekeerd. Anders gezegd: je wilt iemand in een stopproces houden en niet uit dat proces laten vallen om weer van voren af aan te beginnen op een later moment. Om die reden is niet overwogen om een eigen bijdrage te vragen voor een tweede of derde programma. Dan bestaat de kans immers dat rokers, zeker degenen met een kleine beurs, alsnog wachten op een volgend kalenderjaar, waarna de behandeling voor hun rookverslaving minder effectief zal zijn.

De leden van de VVD-fractie vinden dat zorg, zeker collectief gefinancierde zorg, bewezen effectief moet zijn. Zij lezen dat van slechts 30% van de 40.000 mensen die jaarlijks deelnemen kan worden gezegd dat een stopprogramma als geslaagd kan worden beschouwd. Geldt dit voor alle typen programma's of zijn er significante verschillen? Is het mogelijk in een tabel te laten zien wat de effectiviteit is van de verschillende manieren om te stoppen met roken? En ook van de verschillende manieren om te

stoppen met vaper? Is gekeken hoe deze (alle) programma's effectiever kunnen worden alvorens te besluiten de aanspraak te verruimen? Zo nee, waarom niet?

Stoppen-met-rokenzorg is bewezen kosteneffectief¹¹. Nicotineverslaving is helaas voor veel mensen een nare ziekte waardoor stoppen met roken niet eenvoudig is, terwijl de ziektelast en maatschappelijke schade erg hoog is. In dat licht is de (kosten)effectiviteit van stoppen-met-rokenzorg bijzonder hoog te noemen. Uit wetenschappelijk onderzoek weten we dat van de rokers die zonder hulpmiddel stoppen slechts 6% erin slaagt om een half jaar gestopt te blijven. Bij rokers die nicotinepleisters gebruiken is dat succespercentage na een half jaar 8%. Tegelijkertijd laten aanbieders van stoppen-met-rokenzorg zien dat goede begeleiding eventueel in combinatie met nicotinevervangende middelen zorgt dat tot wel 40% van de rokers nog steeds succesvol is gestopt na een volledig jaar. Dat is ook in tabelvorm weer te geven:

Stopmethode	Resultaat
Stoppoging zonder hulpmiddelen	6% nog succesvol gestopt na zes maanden
Stoppoging met nicotinepleisters	8% nog succesvol gestopt na zes maanden
Stopbegeleiding eventueel met medicatie	40% nog succesvol gestopt na twaalf maanden

Begeleiding bij stoppen met vaper is niet wezenlijk anders omdat het ook draait om de behandeling van een nicotineverslaving. De meeste aanbieders van stoppen-met-rokenprogramma's bieden ook begeleiding aan bij stoppen met vaper, waar nodig met enige aanpassingen. Daarbij worden vergelijkbare resultaten gezien. De begeleiding bij stoppen met roken is de afgelopen jaren aanzienlijk verbeterd. Dit jaar wordt door het zorgveld ook de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving herzien samen met de Richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving. Hierin wordt op basis van de meest actuele wetenschappelijke inzichten beschreven onder welke voorwaarden effectieve stoppen-met-rokenzorg wordt verleend. Aanbieders van stoppen-met-rokenzorg zijn voortdurend bezig om de effectiviteit van hun programma's verder te verhogen. Door het verruimen van de aanspraak verwacht ik dat de effectiviteit van het aanbod uitgedrukt in kosten én in stopsucces nog verder kan worden verhoogd.

Ook hebben de leden van de VVD-fractie nog enkele vragen over de uitzondering meekijkconsult en meedenkadvies van het verplicht eigen risico. Genoemde leden vinden het belangrijk dat mensen met psychische problemen tijdige en passende zorg krijgen en zien de meerwaarde van een verkennend gesprek. Op welke wijze wordt beoordeeld of een dergelijk gesprek daadwerkelijk leidt tot tijdige en passende hulp? Wat zijn tot nu toe de ervaringen met een verkennend gesprek?

Het verkennend gesprek is bedoeld om samen met de betrokkene te bepalen welke ondersteuning het beste past bij de hulpvraag – binnen de ggz, binnen het sociaal domein of een combinatie van beiden. Het doel is om mensen tijdig en passend te helpen en onnodige doorverwijzing naar geestelijke gezondheidszorg te voorkomen. Ervaringen tot nu toe, zoals bij GGZ-Breburg, laten zien dat het verkennend gesprek daadwerkelijk helpt bij het vinden van een passende route. Uit deze ervaring blijkt bij ongeveer 25% van de mensen die een verkennend gesprek hebben gevoerd, dat ondersteuning vanuit het sociaal domein beter past dan

¹¹ RIVM, 20218. Factsheet Rookpreventie. Beschikbaar via: <https://www.kosteneffectiviteitvanpreventie.nl/interventies-gericht-op-de-preventie-van-roken-2018>.

ggz-zorg. Het verkennend gesprek is echter nog niet overal in het land beschikbaar, dus grootschalige monitoring vindt nog niet plaats.

De leden van de VVD-fractie zijn groot voorstander van digitale innovatie die de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg verbetert. Ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) blijkt digitale zorg tot positieve ervaringen te leiden.¹² Toch loopt de ggz ernstig achter als het gaat om digitale zorg. In hoeverre zorgt deze wijziging ervoor dat de inzet van digitale consultatievormen wordt gestimuleerd? Is de Minister bereid hier doelstellingen voor te bepalen en met (extra) maatregelen te zorgen dat deze doelstellingen worden gehaald?

Digitale zorg biedt kansen om mensen sneller en beter te helpen. In de ggz zijn daar al positieve ervaringen mee, bijvoorbeeld met digitale consultatie, e-healthmodules en online ondersteuning. Deel 1 van het actieprogramma mentale gezondheid en ggz, dat op 9 april jl. is gedeeld met de Kamer, benoemt digitalisering expliciet als aandachtspunt, met initiatieven zoals e-communities en een online platform voor jongeren.

Voor het verkennend gesprek geldt dat dit gesprek niet per definitie digitaal zal plaatsvinden. De maatregel om het verkennend gesprek uit te zonderen van het eigen risico is daarom in de eerste plaats bedoeld om de toegankelijkheid van passende ondersteuning te verbeteren, en heeft geen directe relatie met het stimuleren van digitale zorg.

In de brief over de wijziging van het basispakket¹³ lezen de leden van de VVD-fractie dat de Minister in gesprek is over de vraag of de aanspraak op brillen voor kinderen herzien moet worden. Welke benodigde data en informatie worden in kaart gebracht en wanneer verwacht de Minister de Kamer verder te kunnen informeren over dit onderwerp?

We verzamelen, in samenwerking met oogzorgorganisaties en onderzoeksinstituten, data over onder andere:

- Het aantal kinderen dat een bril nodig heeft.
- Het aantal kinderen dat een bril nodig heeft, maar deze nu niet kan betalen.
- De gemiddelde kosten per kind per jaar voor brillenglazen en monturen.
- De effecten op kinderen die geen goede bril tot hun beschikking hebben.

Naar verwachting wordt uw Kamer rond de jaarwisseling geïnformeerd over de uitkomsten en de mogelijke vervolgstappen.

De leden van de NSC-fractie zijn verheugd te lezen dat de aanspraak op zorg bij stoppen met roken wordt uitgebreid naar maximaal drie keer per jaar. Deze leden wijzen erop dat uit onderzoek blijkt dat de inzet binnen het sociaal domein om cliënten te begeleiden naar stoppen-met-rokenhulp nog versterkt kan worden. Deelt de Minister de mening dat de effectiviteit van deze regeling mede afhangt van actieve toeleiding en het vergroten van de bekendheid ervan onder de doelgroep, zeker onder rokers met een lagere sociaaleconomische positie, die vaak nog minder goed de hoogte zijn van de gratis stoppogingen? Zo ja, is de Minister bereid om maatregelen te treffen om deze uitbreiding tijdig en breed onder de aandacht te brengen van zowel zorgprofessionals als verzekerden/rokers?

¹² NOS Nieuws, 2 maart 2025, Beeldbellen met je therapeut gebeurt steeds vaker

¹³ Kamerstuk 29 689, nr. 1294

Er is inderdaad nog verdere verbetering mogelijk om mensen die dat nodig hebben toe te leiden naar hulp bij stoppen met roken. De voorgestelde wijziging van de aanspraak op stoppen-met-rokenzorg is echter niet bedoeld om meer mensen een stoppen-met-rokenprogramma te laten volgen maar om de mensen die al een programma zouden volgen een effectievere ondersteuning te kunnen bieden. Desalniettemin zet de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zich los van deze wijziging in om mensen aan te moedigen te stoppen met roken. De afgelopen jaren is gewerkt aan een wijkaanpak stoppen met roken waarbij ook de verbinding is gezocht met het sociaal domein in de wijken die de meeste aandacht nodig hebben. Daarnaast zijn er campagnes vanuit Ikstopnu om mensen te helpen om een voor hen passende manier om te stoppen met roken te vinden. Hierbij is ook in het bijzonder aandacht voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie. Ten slotte werkt het Trimbos-instituut met ondersteuning van het Ministerie van VWS om onder alle zorgverleners bekendheid te geven aan het korte stopadvies met warme doorverwijzing naar passende zorg, ook wel het *Very Brief Advice Plus*. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de ambitie uit het Nationaal Preventieakkoord om te bevorderen dat jaarlijks 50% van de rokers een stoppoging doen en 20% daarbij gebruik maakt van effectieve ondersteuning.

De leden van de NSC-fractie merken op dat het maximumaantal behandelingen is losgelaten vanwege het beloop van de klachten bij patiënten met axiale spondyloartritis (hierna: axSpA) en ernstige functionele beperkingen. Deze leden achten het wenselijk dat er na een vaste periode, bijvoorbeeld na zes maanden, een evaluatie plaatsvindt zodat de zorgbehoefte opnieuw kan worden vastgesteld en het risico op overbehandeling wordt beperkt. Kan de Minister hierop reflecteren?

Het is van belang aandacht te hebben voor het risico op overbehandeling. Het maximumaantal behandelingen is losgelaten, omdat het Zorginstituut dit heeft geadviseerd. Het Zorginstituut adviseert om voor patiënten met axiale spondyloartritis geen maximum te verbinden aan het aantal behandelingen, vanwege de variërende ernst van de klachten, waardoor de zorgbehoefte per patiënt per periode varieert. Periodes van veel klachten (exacerbaties) treden vaak op en worden afgewisseld met periodes met minder klachten. Ten aanzien van het risico op overbehandeling moet worden gezocht naar een balans tussen de administratieve lasten en de mogelijkheden om zicht te houden op of in de praktijk het risico zich voordoet. Op advies van het Zorginstituut,

scherpt de beroepsgroep de richtlijnen aan en worden het aantal patiënten en behandelingen gemonitord. Het Zorginstituut zal de toepassing van de zorg bij patiënten met axSpA monitoren en indien nodig vervolgacties opstellen. Op die manier wordt het risico op overbehandeling in voldoende mate beheerst.

De leden van de NSC-fractie merken op dat het verkennend gesprek in de ggz wordt uitgezonderd van het verplichte eigen risico. Kan de Minister toelichten in hoeverre het aannemelijk is dat dit verkennend gesprek daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van doorverwijzingen naar duurdere vormen van ggz-zorg? Op welke wijze wordt dit gemonitord en op welk moment wordt er, indien nodig, bijgestuurd?

Het verkennend gesprek is bedoeld om beter zicht te krijgen op wat iemand nodig heeft, en om samen te bepalen welke route het meest passend is; zorg binnen de ggz, ondersteuning binnen het sociaal domein, of een combinatie van beiden. In de praktijk zien we dat hierdoor minder

mensen onnodig worden doorverwezen naar de ggz, en dat voor deze mensen passende ondersteuning in het sociaal domein wordt gevonden.

Uit ervaringen met het verkennend gesprek bij GGZ-Breburg is gebleken dat het voeren van verkennende gesprekken de instroom in de ggz met zo'n 25% vermindert. Dit draagt bij aan het verkorten van wachttijden en het beschikbaar houden van zorg voor mensen die dat echt nodig hebben.

Het verkennend gesprek is nog niet landelijk beschikbaar, gezien de mentale gezondheidsnetwerken die het verkennend gesprek coördineren nog niet overal geïmplementeerd zijn. De implementatie van het verkennend gesprek wordt gemonitord binnen het landelijk programma mentale gezondheidsnetwerken. De Staatssecretaris voor Jeugd, Preventie en Sport geeft in deel 1 van het actieprogramma mentale gezondheid en ggz aan dat de precieze effecten daarna gemonitord gaan worden.

De leden van de D66-fractie zijn positief over het uitbreiden van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken. Dit is een effectieve interventie gebleken om mensen gezonder te laten leven. Genoemde leden zien meer programma's die een waardevolle bijdrage leveren aan het voorkomen van zorg, zoals de Gezonde Leefstijlinterventie. Kan de Minister een overzicht geven van preventieve zorg die vanuit het basispakket geleverd wordt? Kan de Minister aangeven of deze zorg effectief is, en welke zorg hiermee bespaard wordt?

Het is niet mogelijk om een volledig overzicht te geven van alle preventieve zorg die vanuit het basispakket vergoed wordt. Veel zorg die vanuit het basispakket wordt geleverd is gericht op het voorkomen dat klachten verergeren. Hierbij kunnen we denken aan bloeddrukverlagers die hart- en vaatziekten moeten voorkomen of leefstijladvies dat onderdeel is van een behandeling. Wanneer we kijken naar programma's die vanuit het basispakket worden vergoed, zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), zijn dat er een beperkt aantal.

Dat zijn onderstaande programma's, die allen effectief zijn bevonden:

Programma	Welke aandoeningen worden beoogd te voorkomen (en daarmee zorg te besparen)
Stoppen met roken	Rokengerelateerde aandoeningen, zoals COPD of kanker
Gecombineerde Leefstijlinterventie	Overgewichtgerelateerde aandoeningen, zoals hart en vaatziekten en diabetes
Valpreventieve interventies	Valgerelateerd letsel, zoals botbreuken
Onderdelen van de Ketenaanpak overgewicht kinderen	Overgewichtgerelateerde aandoeningen, zoals hart en vaatziekten en diabetes
Welzijn op recept	Voorkomen van onnodige zorg door goed doorvragen wat er onder de klacht ligt (denk aan eenzaamheid, schulden etc)

Programma	Welke aandoeningen worden beoogd te voorkomen (en daarmee zorg te besparen)
Onderdelen van Kansrijke start (Preconceptieconsult en Integrale prenatale groepszorg (Centering Zwangerschap)	Preconceptieconsult: voorkomen van zorg van het latere kind doordat stellen die een kinderwens hebben weten wat ze daarvoor moeten doen en welke aanpassingen (bijv. in de leefstijl) nodig zijn om kans op een kind en goede gezondheidsuitkomsten te vergroten. IPG: Voorkomen van zorgvragen en mentale klachten, omdat vrouwen vanuit het IPG een netwerk opbouwen waar ze na de bevalling in relatie tot sociale contacten en opvoedvragen ook wat aan hebben.

De leden van de D66-fractie begrijpen dat schattingen van het Zorginstituut laten zien dat maar liefst 30–40% van de zorg die in Nederland geleverd wordt niet bewezen effectief is. De leden van de D66-fractie begrijpen dat programma's, zoals Zinnige Zorg, zijn opgericht om gestructureerd naar de effectiviteit van behandelingen in het basispakket te kijken. Deze leden vinden het belangrijk dat er voortdurend naar de effectiviteit van behandelingen wordt gekeken omdat patiënten effectieve zorg verdienen. Kan de Minister aangeven wat er concreet gedaan is met de uitkomsten van de adviezen van het Zorginstituut? Op welke wijze heeft de Minister in haar afwegingen over de besluiten omtrent «wijzigingen zorgverzekering zorgpakket» onderzoeken over de effectiviteit van behandelingen betrokken, en hoe deze constatering in daarin meegenomen, zo vragen deze leden.

Ten eerste is het van belang te benadrukken dat verzekerde zorg altijd effectief moet zijn. Als zorg niet effectief is hoort het niet in het basispakket thuis. In het vaststellen of zorg effectief is heb ik geen rol. Als het Zorginstituut adviseert over wijzigingen in het basispakket op grond van de over de andere pakketcriteria (kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid), vormen deze adviezen een belangrijk onderdeel van de afwegingen.

Het klopt dat van veel zorg uit het basispakket nu nog onvoldoende bekend is of die pakketwaardig is. Zo is het regelmatig onzeker of zorg bewezen effectief is of er ontbreekt kennis over of de meerwaarde wel opweegt tegen de hoeveelheid personeel die nodig is om de zorg te kunnen leveren. Daarom werkt VWS in het programma verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB) aan het verbeteren van het pakketbeheer om op deze manier bij te dragen aan de beweging naar passende zorg voor elke patiënt.

Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie of de Minister een overzicht kan aangeven van zorg, behandelingen en medicatie, die wel vergoed worden vanuit het basispakket, maar waarover twijfels bestaan over de effectiviteit of waarvan duidelijk is dat het niet-bewezen effectief is. Ook vragen genoemde leden of de Minister aan zou willen geven of zij bereid is verder in gesprek te gaan met het Zorginstituut en andere betrokken instanties over welke stappen gezet kunnen worden om niet bewezen effectieve zorg in kaart te brengen, en waar mogelijk uit het basispakket te halen, zodat er meer geld beschikbaar blijft voor bewezen effectieve zorg.

Deze leden vragen of de Kamer geïnformeerd kan worden over de vervolgstappen van deze Minister. Daarnaast vragen zij welke onderzoeken hier al naar zijn gedaan en wat er met de uitkomst van die onderzoeken is gedaan.

Het basispakket van de Zvw kent een open instroom, waarbij de instroom van nieuwe interventies en zorgvormen volgt op medisch-inhoudelijke ontwikkelingen. Omdat deze instroom in veel gevallen automatisch – dus zonder expliciete toetsing – gebeurt, is het niet mogelijk om centraal een volledig overzicht bij te houden van zorg waarvan de effectiviteit onzeker is. Wel worden in verschillende zorgsectoren relevante kennisvragen verzameld in zogeheten kennisagenda's. In de medisch specialistische zorg gebeurt dit bijvoorbeeld onder meer via het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik. Ook hebben zorgpartijen in het Integraal Zorgakkoord afgesproken om een Pakketagenda op te stellen, waarin onderwerpen worden opgenomen die passende zorg moeten bevorderen. In de Pakketagenda passende zorg 2023–2025 zijn 13 onderwerpen met een grote maatschappelijke impact geprioriteerd.

Ik vind het belangrijk om de zorg door te lichten op niet bewezen effectieve zorg, te beginnen met zorg met de meeste maatschappelijke impact. Ter ondersteuning van dit proces is dit jaar het Kaderprogramma Passende Zorg van start gegaan bij ZonMw. Met dit subsidieprogramma komt er tot en met 2036 € 290 miljoen beschikbaar voor onderzoek naar de onder meer de effectiviteit van zorg. Daarnaast ontwikkelt VWS – samen met het Zorginstituut – een beleidskader dat het mogelijk maakt om zorg waarvan de effectiviteit onzeker is enkel nog te vergoeden als er onderzoek plaatsvindt. In de volgende voortgangsbrief over het Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket, wordt uw Kamer hierover nader geïnformeerd.

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen dat meekijkconsulten en meedenkadviezen in de ggz buiten het eigen risico worden geplaatst. Een positieve ontwikkeling die het voorkomen van zorg makkelijker maakt, denken deze leden. Kan de Minister aangeven of ze dit in andere sectoren ook overweegt en zo ja, in welke sectoren?

Met deze maatregel worden alle meekijkconsulten en meedenkadviezen uitgezonderd van het eigen risico, dus niet alleen het verkennend gesprek in de ggz. Met de maatregel wordt advies van een zorgverlener die door de huisarts wordt ingeroepen, teneinde de patiënt een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing te bieden, uitgezonderd van het eigen risico. Dit advies beperkt zich niet alleen tot het verkennend gesprek in de ggz, maar geldt zorgbreed.

De huisarts kan bijvoorbeeld via zogeheten meedenkadviezen de expertise van een medisch specialist uit het ziekenhuis inroepen. Ook deze vorm van zorg wordt met deze maatregel uitgezonderd van het eigen risico.

Naar aanleiding van paragraaf 2.1 Uitbreiding van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken. De leden van de SP-fractie lezen dat er is gekozen om rokers de mogelijkheid te geven om maximaal driemaal per jaar een stoppen-met-roken-programma te laten volgen omdat dit veel effectiever blijkt te zijn dan maximaal 1 programma per jaar. Klopt het dat rokers voortaan kosteloos drie programma's per jaar mogen volgen? Hebben zij de mogelijkheid om hierin een programma te kiezen naar eigen wens? Zo nee, op welke manier worden zij hierin beperkt?

Mensen die willen stoppen met roken kunnen op dit moment al een stoppen-met-rokenprogramma volgen dat volledig wordt vergoed vanuit de basisverzekering, zorgverzekeraars rekenen daarbij ook geen eigen

risico. Opvolgende programma's worden onder dezelfde voorwaarden vergoed. In de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving staat beschreven hoe stoppen-met-rokenzorg wordt vormgegeven. Het staat rokers vrij om een programma te volgen naar eigen voorkeur omdat zij zich zonder doorverwijzing kunnen aanmelden. Als iemand na het volgen van het programma en de nazorg is teruggevallen wordt het met de voorgestelde wijziging mogelijk een tweede programma in hetzelfde jaar te volgen. In de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving wordt bepaald hoe dat vervolg er uit moet zien. En het volgen van een derde stoppen-met-rokenprogramma zal in de praktijk alleen in uitzonderlijke gevallen aan de orde zijn, bijvoorbeeld door een verhuizing of als iemand toch nog is teruggevallen na het afronden van een tweede programma en zwanger is geworden.

De leden van de SP-fractie lezen dat deze uitbreiding niet leidt tot extra kosten, terwijl dit eerder wel een argument was van het Zorginstituut om het aantal behandelingen te beperken. Waarom is eerder dan tot een maximum besloten? Genoemde leden denken dat bij het eerder wijzigen van dit beleid, dit voor veel rokers verschil had kunnen maken.

Toen in 2009 stoppen met roken werd opgenomen in het basispakket was het nog een nieuwe vorm van zorg. De wijze waarop stoppen-met-rokenzorg kon worden verleend was op dat moment nog relatief breed omschreven. Zekerheidshalve is toen besloten een maximum van één programma per jaar te stellen. Inmiddels heeft het zorgveld rondom stoppen met roken een flinke slag gemaakt en is er veel ervaring opgedaan. Naar aanleiding van de meest recente wetenschappelijke en praktijkgevormde inzichten is geconcludeerd dat met de voorgestelde wijziging van de aanspraak de meest effectieve stoppen-met-rokenzorg kan worden verleend.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier de Minister ervoor gaat zorgen dat meer rokers gebruik gaan maken van deze programma's. Welke andere extra stappen gaat deze Minister zetten om rokers te helpen om te stoppen? Erkent u dat er een verband is tussen de sociaaleconomische omstandigheden van mensen en het percentage mensen dat rookt? Op welke manier is het beleid van deze Minister hierop gericht?

De voorgestelde wijziging van de aanspraak op stoppen-met-rokenzorg is niet bedoeld om meer mensen een stoppen-met-rokenprogramma te laten volgen, maar om de mensen die al een programma zouden volgen een effectievere ondersteuning te kunnen bieden. Desalniettemin zet de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zich los van deze wijziging in om mensen aan te moedigen te stoppen met roken. Er is inderdaad een duidelijk verband tussen sociaaleconomische omstandigheden en roken. Roken is zelfs een van de meest verklarende factoren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De afgelopen jaren is gewerkt aan een wijkaanpak stoppen met roken waarbij ook de verbinding is gezocht met het sociaal domein in de wijken die de meeste aandacht nodig hebben. Daarnaast zijn er campagnes vanuit Ikstopnu om mensen te helpen om een voor hen passende manier om te stoppen met roken te vinden. Hierbij is ook in het bijzonder aandacht voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie. Ten slotte werkt het Trimbos-instituut met ondersteuning van het Ministerie van VWS om onder alle zorgverleners bekendheid te geven aan het korte stopadvies met warme doorverwijzing naar passende zorg, ook wel het *Very Brief Advice Plus*. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de ambitie uit het Nationaal Preventieakkoord om te bevorderen dat jaarlijks 50% van de rokers een stoppoging doen en 20% daarbij gebruik maakt van effectieve ondersteuning.

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister ook voornemens is om zaken als nicotinepleisters en nicotinekauwgom, maar ook eenmalige bijeenkomsten die worden georganiseerd te gaan vergoeden zonder beperkende voorwaarden.

Het gebruik van medicatie is vooral effectief als dat wordt gebruikt in combinatie met gedragsmatige ondersteuning. Ik kies er daarom niet voor om enkel medicatie te vergoeden. Vanuit de wetenschappelijke literatuur is het niet aannemelijk dat eenmalige bijeenkomsten effectief zijn om na een jaar nog steeds succesvol gestopt te zijn met roken. Een belangrijk uitgangspunt is dat alleen bewezen effectieve zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Naar aanleiding van paragraaf 2.2 Uitbreiding van het pakket met langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij axSpA, indien de verzekerde ernstige functionele beperkingen heeft. De leden van de SP-fractie vragen welke maatregelen er op dit moment in het pakket zitten die vooralsnog onder voorwaarden zijn toegelaten, zoals is gebeurd met de gesuperviseerde actieve oefentherapie ter behandeling van volwassen patiënten met axSpA. Voor welke behandelingen geldt dat deze bijvoorbeeld in 2027 en 2028 zijn afgelopen mits, het basispakket niet wordt gewijzigd volgend jaar?

Als een behandeling veelbelovend lijkt maar nog niet bewezen effectief is, kan deze tijdelijk en onder voorwaarden worden vergoed. De voorwaarde is dat patiënten deelnemen aan onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit. Dankzij deze trajecten kan het noodzakelijke onderzoek gedaan worden om te kijken of er voldoende bewijs is dat de zorg echt werkt voor de patiënt. Als dat het geval is, kan de zorg worden opgenomen in het basispakket.

Op dit moment lopen er zes voorwaardelijke toelatingstrajecten (VT-traject), waaronder fysiotherapie voor patiënten met axiale spondylartritis. Andere trajecten die lopen hebben betrekking op een geneesmiddel voor de behandeling van kortedarmsyndroom, een behandeling voor spieratrofie, een behandeling voor patiënten met blaaspijnsyndroom en Hunnerse laesies, en twee typen behandelingen tegen kanker. De specifieke zorgvormen van deze trajecten en bijbehorende indicaties zijn vindbaar op de website van het Zorginstituut¹⁴.

Het Zorginstituut neemt nadat het onderzoek, gekoppeld aan een VT-traject, is afgerond een standpunt in of brengt een advies uit over de vraag of de zorg (kosten)effectief is en kan worden opgenomen in het basispakket. Dit doet het Zorginstituut voor het aflopen van de voorwaardelijke toelating.

Voor de VT-trajecten van fysio- en oefentherapie en geneesmiddelen adviseert het Zorginstituut mij over de (kosten)effectiviteit van de behandeling en opname in het basispakket. Op basis van het advies neem ik een besluit over het opnemen van de zorg in het basispakket. Er zijn geen voorwaardelijk toegelaten behandelingen die in 2027 of 2028 aflopen en waarvoor een besluit van mij nodig is om tot het basispakket toegelaten te worden.

Naar aanleiding van paragraaf 2.3 Uitzondering van het verplicht eigen risico voor het meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de ggz) en het meedenkadvis. De leden van de SP-fractie lezen dat het

¹⁴ VT-trajecten staan omschreven op Voorwaardelijk toegelaten zorg | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland en Voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen | Werkagenda | Zorginstituut Nederland

eigen risico bijdraagt aan het «kostenbewustzijn van verzekerden». Zij vragen specifiek aan de Minister of zij wel of niet achter deze uitspraak staat en waarom.

Het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet is in 2008 geïntroduceerd en heeft twee hoofddoelen: medefinanciering van de kosten van de Zvw-zorg en kostenbewustzijn creëren. Met dit laatste wordt bedoeld dat verzekerden zich door het eigen risico bewuster worden van de kosten van zorg. Het eigen risico beoogt mensen te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van zorg noodzakelijk is en of die zorg op dat moment moet worden gebruikt. Dit kan er vervolgens toe leiden dat verzekerden gemiddeld genomen minder zorg gebruiken, wat weer kan leiden tot een besparing van zorgkosten en tot lagere premies.

De leden van de SP-fractie lezen dat met voorliggende wijzigingen de kosten van een advies aan de huisarts uitgesloten is van het eigen risico. Kan de Minister aangeven hoeveel mensen gemiddeld kwijt zijn aan zo'n extern advies? Wat bedoelt de Minister precies met de zin «ook dient de zorg in rekening te kunnen worden gebracht met de specifieke prestaties die in de prestatie- en tariefbeschikkingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn opgenomen»? Hoe ging dit eerder in de praktijk?

De kosten van een extern advies aan de huisarts – zoals een meedenk-advies – hangen af van de betrokken professional en de duur van het consult. De NZa heeft hiervoor specifieke prestaties vastgesteld, zoals het tarief voor een psychiater of gz-psycholoog die adviseert aan de huisarts. Dit kan variëren van enkele tientallen tot enkele honderden euro's.

Met de zin «de zorg dient in rekening te kunnen worden gebracht met de specifieke prestaties die in de prestatie- en tariefbeschikkingen van de NZa zijn opgenomen» wordt bedoeld dat het gaat om consultatie die binnen het bestaande bekostigingssysteem op juiste wijze gedeclareerd moet kunnen worden. Voorheen werd dergelijke zorg soms indirect of via andere prestaties bekostigd, waardoor er onduidelijkheid kon ontstaan over de vergoeding. Door deze prestaties expliciet uit te zonderen van het eigen risico wordt de inzet van consultatievormen laagdrempeliger gemaakt.

Genoemde leden vragen de Minister te verduidelijken wat wordt bedoeld met de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om in hun zorgpolissen op te nemen dat meer zorgvormen buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

Uitzonderingen op het verplichte eigen risico gelden niet automatisch ook voor het vrijwillig eigen risico. In het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) zijn de uitzonderingen op het vrijwillig eigen risico apart opgenomen. Alleen de kosten van inschrijving bij de huisarts en de kosten van niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking zijn in het Bzv uitgezonderd van het vrijwillig eigen risico.

Zorgverzekeraars hebben echter ook de mogelijkheid om zelf vormen van zorg of diensten aan te wijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen. Dit is geregeld in de Zorgverzekeringswet onder artikel 21, lid 4. Zorgverzekeraars moeten in hun modelovereenkomsten opnemen welke vormen van zorg zij uitsluiten van het vrijwillig eigen risico. In de praktijk zijn dit veelal de vormen van zorg die ook van het verplicht eigen risico zijn uitgesloten, maar zij mogen hier zelf een keuze in maken. Indien zij dit wensen kunnen ze de kosten van het meekijk-consult (waaronder het verkennend gesprek in de ggz) en het meedenk-advies uitsluiten van het vrijwillig eigen risico in hun modelovereenkomsten.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het onderscheid wordt gemaakt tussen de «eerstelijnsdiagnostiek» en andere raadplegingen, zoals het meedenkadvies, het meekijkconsult en het verkennende gesprek. Hoe wordt er aan patiënten duidelijk gemaakt dat voor de ene vorm van zorg wel betaald moet worden, en voor de andere vorm niet? Hoe verhoudt voorliggende wijziging van het pakket zich hiertoe?

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister heeft overwogen om de eerstelijnsdiagnostiek ook uit te sluiten van het eigen risico. Kan de Minister aangeven wat de gemiddelde en maximale kosten zijn voor de «eerstelijnsdiagnostiek»?

Er is niet voor gekozen om eerstelijnsdiagnostiek uit te zonderen van het eigen risico. Met de maatregel worden enkel de kosten van advies van een zorgverlener, die een huisarts inroept om de patiënt een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing te bieden, uitgezonderd van het eigen risico. Bij eerstelijnsdiagnostiek is hier niet altijd sprake van; de huisarts kan bijvoorbeeld een laboratoriumonderzoek aanvragen en de uitslag hiervan zelf interpreteren. Er is dan geen sprake van advies van een andere zorgverlener.

In totaal is er voor 2023 tot nu toe € 402 miljoen aan eerstelijnsdiagnostiek-verrichtingen gedeclareerd. Eerstelijnsdiagnostiek omvat diverse vormen van diagnostiek, zoals beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en laboratoriumonderzoek. De aangevraagde vormen zijn afhankelijk van de vermoedde diagnose en kunnen dan ook heel divers zijn. Het is daarmee lastig te bepalen wat gemiddelde of maximale kosten per verzekerde zijn, omdat dit zeer afhankelijk is van de specifieke situatie.

Naar aanleiding van de paragraaf Overig. De leden van de SP-fractie vragen of het voorliggende voorstel nog andere wijzigingen van het basispakket bevat die geen uitbreiding zijn, maar juist een inperking. Ook de vragen zij aan de Minister welke andere uitbreidingen van het basispakket in 2026 zij heeft overwogen. Kan de Kamer daar een lijst van ontvangen? Het algemene antwoord dat er altijd over van alles in gesprek wordt gegaan en over veel wordt nagedacht, volstaat niet.

Het voorliggende voorstel bestaat uit uitbreidingen van het basispakket en geen inperkingen.

Het Zorginstituut adviseert mij over eventuele pakketuitbreidingen (en beperkingen). Zo heeft het Zorginstituut in het eindrapport PAFOZ¹⁵ geadviseerd om de eerste twintig behandelingen voor fysiotherapie die op de zogenaamde «chronische lijst» staat met ingang van 2026 te vergoeden. Hier bleek geen financiële ruimte voor te zijn. Datzelfde geldt ook voor de aanpassing van de vergoeding voor haarwerken, waarover uw Kamer is geïnformeerd in de brief van 22 mei jl.¹⁶ Daarom is deze wijziging niet opgenomen in de amvb. Ook is overwogen om de aanspraak op spraakcomputers te wijzigen. Naar aanleiding van een uitgebreide verkenning lijkt er een mogelijkheid te zijn om dit probleem buiten de amvb, dus anders dan via de pakketcyclus, op te lossen. Dat heeft de voorkeur, want zo hebben de verzekerden sneller toegang tot een passend spraakhulpmiddel. Hierover bent u geïnformeerd in de brief van 22 mei jl.¹⁷

De leden van de SP-fractie vragen of er overleg is geweest over een mogelijke uitbreiding van enige vorm van mondzorg in het basispakket. Zo ja, welke mogelijkheden heeft de Minister hiervoor overwogen? Kan de

¹⁵ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 916.

¹⁶ Kamerstukken II 2024/25, 29 689, nr. 1294.

¹⁷ Kamerstukken II 2024/25, 29 689 nr. 1294.

Minister de Kamer een lijst toesturen met mogelijk uitbreidingen en de eventuele kosten en opbrengsten hiervan?

Dit is inderdaad onderwerp van gesprek en ik heb het Zorginstituut gevraagd advies uit te brengen over een passende aanspraak voor mondzorg. Uw Kamer is eerder meegenomen in de planning van dit adviestraject.¹⁸ Het Zorginstituut heeft in de eerste fase van het advies-traject een kostenanalyse gemaakt voor 5 scenario's om meer mondzorg voor volwassenen te vergoeden uit het basispakket¹⁹: 1. jaarlijkse controles, 2. gebitsreiniging en het maken van foto's, 3. aanspraak mondzorg jeugd uitbreiden voor volwassenen, 4. Medisch noodzakelijke handelingen (zoals ontsteking of caviteit) en 5. verruiming van de huidige aanspraak tot de leeftijd van 25 jaar. De schatting van de kosten voor deze mogelijke uitbreidingen van het basispakket zijn hieronder te vinden.

Scenario	Omschrijving	Eigen risico	Minimale budgetimpact1	Maximale budgetimpact2
1.1	1 periodieke controle per jaar	€ 0	€ 297.311.414	€ 320.870.203
		€ 165	€ 171.888.004	€ 187.887.720
		€ 385	€ 137.312.592	€ 150.642.548
1.2	2 periodieke controles per jaar	€ 0	€ 594.622.828	€ 641.740.406
		€ 165	€ 350.264.476	€ 382.734.920
		€ 385	€ 277.478.321	€ 304.364.758
2	Gebitsreiniging en röntgenfoto's	€ 0	€ 1.055.560.022	€ 1.138.043.057
		€ 165	€ 653.410.053	€ 711.844.146
		€ 385	€ 500.803.886	€ 547.933.3030
3	Aanspraak mondzorg jeugd uitbreiden naar volwassenen	€ 0	€ 2.944.004.265	€ 3.192.951.151
		€ 165	€ 2.289.449.238	€ 2.499.781.906
		€ 385	€ 1.553.552.091	€ 1.708.745.166
4	Medisch noodzakelijke handelingen voor volwassenen	€ 0	€ 1.167.209.488	€ 1.272.440.992
		€ 165	€ 864.673.581	€ 950.250.784
		€ 385	€ 596.691.667	€ 660.288.949
5	Verruiming aanspraak mondzorg jeugd van 18 naar 25 jaar	€ 0	€ 316.371.488	€ 316.983.246
		€ 165	€ 211.471.700	€ 212.225.329
		€ 385	€ 106.308.598	€ 106.885.284

1 Minimale budgetimpact bij scenario 1, 2, 3 en 4 is naar schatting gebaseerd op een gemiddeld mondzorggebruik van 81,6% per jaar.

Bij scenario 5 is de minimale budgetimpact naar schatting 83,2%.

2 Maximale budgetimpact bij scenario 1, 2, 3 en 4 is naar schatting gebaseerd op een gemiddeld mondzorggebruik van 88,1% per jaar.

Bij scenario 5 is de maximale budgetimpact naar schatting 83,7%.

Het Zorginstituut is nu bezig met de volgende fase van het adviestraject, namelijk het verkennen van de mogelijke gezondheidseffecten en andere (indirecte) baten van het uitbreiden van het pakket. Zodra daar meer over bekend is, zal dat met uw Kamer gedeeld worden. Eventuele pakketmaatregelen zullen financiële dekking vragen.

Genoemde leden vragen welk signaal de Minister denkt af te geven door de verantwoordelijkheid van mondzorg op het bordje van gemeenten te schuiven, waardoor het afhankelijk is van in welke gemeente je woont of je aanspraak kan maken op een vergoeding hiervan.

Alhoewel voor veel mensen mondzorg toegankelijk is, doordat zij bijvoorbeeld een aanvullende verzekering hebben afgesloten, herken ik dat er ook een groep mensen is voor wie mondzorg financieel onvolgende toegankelijk is. De huidige lokale initiatieven en gemeentelijke regelingen leveren momenteel een grote bijdrage in het terugdringen van mondzorgmijding om financiële redenen. Zo biedt 95% van de gemeenten een gemeentepolis aan, waarin altijd een dekking voor mondzorg zit. Ook hebben diverse gemeenten een maatwerkbudget of vangnet opgezet voor mensen in armoede, waaruit ook mondzorgkosten vergoed kunnen worden. Ik herken dat er hierin verschillen tussen gemeenten bestaan.

¹⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 23 620, nr. 294.

¹⁹ Rapport - Kostenanalyse mondzorg volwassenen | Rapport | Zorginstituut Nederland.

Ik herken me niet in het beeld dat de verantwoordelijkheid voor mondzorg volledig op het bordje van gemeenten wordt geschoven. De afgelopen jaren heeft VWS, samen met veel partijen waaronder de gemeenten, in het project «vermindering mijding mondzorg vanwege financiële redenen» de oorzaken en mogelijke oplossingen in beeld gebracht. Ik vind het belangrijk om generieke én specifieke oplossingen te onderzoeken om de toegang tot mondzorg voor minima te verbeteren en is daarmee aan de slag.

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister overwogen heeft om enige vorm van fysiotherapie toe te voegen aan het basispakket, ook als mensen geen specifieke aandoening hebben. Zo ja, welke mogelijkheden heeft de Minister overwogen? Kan de Minister de Kamer een lijst toesturen met mogelijk uitbreidingen en de eventuele kosten en opbrengsten hiervan?

Ik heb geen uitbreidingen overwogen voor patiënten zonder specifieke aandoening. Bij de overweging om het om het basispakket uit te breiden met fysiotherapie is het van belang dat deze zorg bewezen effectief is. Het is in het algemeen lastig aan te tonen dat zorg effectief is, wanneer de aandoening niet duidelijk is. Het Zorginstituut heeft in 2024 fysiotherapie voor patiënten met lage rugklachten zonder specifieke lichamelijke oorzaak onderzocht of deze zorg voor vergoeding in aanmerking kwam. De conclusie uit dit onderzoek is dat de effectiviteit van deze zorg onvoldoende is aangetoond. Deze zorg kan daarom niet worden vergoed vanuit het basispakket.

Om een inschatting te maken van de kosten van het toevoegen van fysiotherapie voor mensen zonder een specifieke aandoening, kan er gekeken worden naar de zorgkosten in de aanvullende verzekering van voorgaande jaren. In 2022 was dit 1,11 miljard²⁰. Bij de voorgestelde uitbreiding van het pakket zal dit bedrag hoger liggen. Ten eerste omdat er ook patiënten zijn die fysiotherapie uit eigen zak betalen. Daarnaast zullen mensen eerder gebruik maken van deze zorg wanneer het vanuit het basispakket vergoed wordt. Mocht alle eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg zonder voorwaarden aan het basispakket toegevoegd worden, dan nemen de kosten dus minimaal met € 1,11 miljard toe. Voor een groot gedeelte van deze zorg is de mate van effectiviteit onzeker, en daarom is het niet wenselijk om het basispakket uit te breiden met deze zorg.

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister heeft overwogen om de bijdrage per uur voor kraamzorg te verlagen, zodat dit geen drempel hoeft te zijn voor zwangere om kraamzorg aan te vragen. Wat is de reactie van de Minister op het feit dat op dit moment 1 op de 6 (en in grote steden zelfs 1 op de 4) vrouwen te weinig kraamzorg afneemt vanwege de hoge kosten? Welke plannen heeft uw Minister om dit te voorkomen?

Ik heb geen plannen om de eigen bijdrage voor kraamzorg te verlagen. Mede gezien de demissionaire status van het kabinet is eventuele besluitvorming hierover aan een volgend Kabinet.

Uiteraard vind ik het van belang dat ouders en kinderen een gezonde en veilige start maken en dat de zorg toegankelijk is voor alle gezinnen. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat ongeveer 95% van de vrouwen gebruikt maakt van kraamzorg. Dit percentage is al een aantal jaren stabiel. Hoewel er op landelijk niveau geen cijfers beschikbaar zijn over de exacte reden

²⁰ Voortgangsrapportage I - Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie | Rapport I | Zorginstituut Nederland.

waarom zij afzien van kraamzorg, blijkt uit onderzoek dat niet enkel financiële overwegingen reden zijn voor het minder of niet gebruiken van kraamzorg. Ook een gebrek aan toegankelijke informatie over kraamzorg en de eigen bijdrage, die specifiek toegespitst is op zwangeren in kwetsbare situaties, kan van invloed zijn. Daarnaast kunnen ook de personeelstekorten in de sector een rol spelen.

Om te voorkomen dat juist de gezinnen die kraamzorg het hardst nodig hebben hiervan afzien, is passende zorg essentieel. Daarom is door de brancheorganisatie Bo Geboortezorg en ZN een gezamenlijk visie en versnellingsagenda voor de kraamzorg ontwikkeld. Onderdeel hiervan is het vergroten van de toegankelijkheid en het verkleinen van drempels, waaronder aandacht voor de eigen bijdrage. Ik volg deze ontwikkelingen nauwgezet en houd de vinger aan de pols.

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister heeft overwogen om de vergoeding van kinderbrillen in het basispakket op te nemen. Waarom is hier niet voor gekozen? Heeft er wel overleg plaats gevonden met de oogorganisaties die hier eerder een oproep toe hebben gedaan?

Goed zicht is van groot belang voor de ontwikkeling en maatschappelijke participatie van kinderen. Er is overleg geweest met de genoemde oogorganisaties, onderzoeksinstituten en het Zorginstituut om gezamenlijk naar een passende oplossing te zoeken. Deze gesprekken hebben geleid tot het onderzoek dat nu loopt, waar een probleemanalyse en inzicht in de kosten onderdeel van uitmaakt. De uitkomsten van dit traject zullen bepalend zijn het vinden van een passende oplossing voor dit probleem. Pas daarna kan een eventueel besluit over de aanpassing van de aanspraak worden genomen. Verwacht wordt uw Kamer rond de jaarwisseling te kunnen informeren over de uitkomsten en de mogelijke vervolgstappen.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de Minister er niet voor heeft gekozen om de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld ook uit te zonderen van het eigen risico. Deelt u de mening dat het onuitlegbaar is om mensen die zoiets heftigs is overkomen vervolgens ook nog een rekening te sturen en al helemaal als daarbij ook nog eens de term «eigen risico» gebruikt wordt?

Is het vragen van het eigen risico voor slachtoffers van seksueel geweld bovendien niet in strijd met artikel 26 van de Europese richtlijn 2024/1385 ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, waarin is vastgelegd dat er «goed uitgeruste en gemakkelijk toegankelijke crisiscentra voor slachtoffers van verkrachting of verwijzingscentra voor slachtoffers van seksueel geweld» moeten zijn, die «kosteloos beschikbaar» zijn? Hoe verhoudt het eigen risico zich tot deze richtlijn?

Ik ben het met u eens dat deze slachtoffers groot onrecht en leed is aangedaan. Slachtoffers van seksueel geweld kunnen kosteloos hulp zoeken bij het Centrum Seksueel Geweld. Op basis van de situatie en behoeften van het slachtoffer wordt bepaald welke zorg nodig is. Het is niet voor alle slachtoffers van seksueel geweld noodzakelijk om medische zorg en/of psychologische zorg te ontvangen, maar zo nodig wordt forensische en medische zorg geboden. Bijvoorbeeld medisch onderzoek en behandeling als er letsel is. Indien sprake is van ernstig psychische klachten wordt vanuit het CSG doorverwezen naar de reguliere GGZ. Er is daarmee niet een standaardpakket aan zorg dat wordt geboden, maar maatwerk dat wordt geleverd per slachtoffer op basis van zijn of haar behoeftes. Voor sommige medische zorg geldt het eigen risico. De hoogte van het eigen risico dat in rekening wordt gebracht is afhankelijk van welke Zvw-zorg iemand nodig heeft en/of het eigen risico al volledig

of deels is verbruikt aan andere vormen van zorg op het moment dat iemand na seksueel geweld medische zorg ontvangt.

Het Nederlandse zorgstelsel is zo ingericht dat op iedere verzekerde van 18 jaar of ouder het verplicht eigen risico van toepassing is. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt of de medische noodzaak voor zorg ontstaat door ziekte, een aandoening of een externe oorzaak zoals geweld. De Europese richtlijn schrijft voor dat er gratis toegankelijke hulp beschikbaar moet zijn, maar laat daarin ook ruimte voor het nationale zorgstelsel van de lidstaten, zoals opgenomen in het derde lid van artikel 26. Hierdoor handelt Nederland niet in strijd met de richtlijn.

Bovendien is er eerder onderzocht of de kosten van het eigen risico voor zorg bij acute slachtoffers van seksueel geweld een drempel vormen bij het zoeken naar hulp. Hoewel het moeten betalen van het eigen risico een drempel kan vormen, is dit echter geen doorslaggevende drempel voor het zoeken van hulp gebleken. Het onderzoek geeft aan dat een combinatie van verschillende factoren – die voor elk slachtoffer anders kunnen zijn – een rol kunnen spelen in de afweging over het nemen van de stap naar hulp, zoals gevoelens van schaamte, angst voor represailles van de dader (indien bekend) of de neiging om de ernst en impact van het voorval kleiner te maken. Het mogelijk moeten betalen van (een deel van) het eigen risico vormt daarbij niet het meest zwaarwegende aspect.