

Tweede Kamer, Pakketbeheer

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 26 juni 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 februari 2019 inzake voorwaardelijke toelating van CardioMEMS en aanwijzing van hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met een stadium III ovariumcarcinoom als potentiële kandidaat voor voorwaardelijke toelating (29689, nr. 961);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 maart 2019 inzake sluis kandidaten tweede helft 2019 (29477, nr. 561);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 maart 2019 inzake vergoeding kunstmatige inseminatie met donorzaad (35000-XVI, nr. 122);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 maart 2019 inzake reactie op verzoek commissie inzake appreciatie op het Franse onderzoek en de ervaringen in Frankrijk inzake hersteloperaties bij vrouwenbesnijdenis (35000-XVI, nr. 123);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 april 2019 inzake NZa-monitor "Paramedische zorg, overzicht van de ontwikkelingen 2012-2018" (33578, nr. 62);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 april 2019 inzake negatieve duiding geneesmiddel Kymriah (sluis) (29477, nr. 568);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 februari 2019 inzake zorgevaluatie en Gepast Gebruik (29248, nr. 316);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 mei 2019 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2020 (29689, nr. 992);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 mei 2019 inzake basispakket Zorgverzekeringswet (Zvw) 2020 (29689, nr. 991);**

- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 juni 2019 inzake reactie op het verzoek van de commissie over de petitie "de glucosesensor is geen gadget, maar bittere noodzaak" 2019Z13114);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 juni 2019 inzake rapportage kwartiermakersfase Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en twee toezeggingen voor het algemeen overleg Pakketbeheer pakketbeheer van 26 juni 2019 (29689, nr. 999).**

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

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

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

Voorzitter: Lodders

Griffier: Bakker

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Ellemeet, Geleijnse, Hijink, Lodders, Ploumen, Raemakers en Arno Rutte,

en de heer Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 13.01 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Hartelijk welkom bij het algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport waarin we vanmiddag spreken over pakketbeheer. Dit algemeen overleg is gepland van 13.00 uur tot 17.00 uur. Ik heet de minister, zijn ondersteuning en de Kamerleden van harte welkom. Ik heet de mensen op de publieke tribune en de mensen die dit debat op een andere manier volgen, thuis dan wel ergens anders, ook zeer hartelijk welkom. De zaal zit helemaal vol. Er wordt gekeken of er een meeluisterzaal beschikbaar is, maar ik krijg net ingefluisterd dat dit vooralsnog niet het geval is. We doen ons uiterste best.

Ik stel voor om van start te gaan. We hebben met elkaar een spreektijd van vijf minuten afgesproken. In de eerste termijn wil ik de leden een tweetal interrupties toestaan, mits deze kort en bondig zijn, zodat er straks ook ruimte is voor een tweede termijn. Ik meld dat mevrouw Ploumen iets later binnenkomt vanwege wat vertraging in de plenaire zaal.

Allereerst geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg. Zij spreekt namens de fractie van het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Het CDA hecht aan behoud van een zorgsysteem dat gebaseerd is op solidariteit, zodat zorg voor iedereen beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar is. Om

zo veel mogelijk zorg in het pakket aan te bieden, is het van belang dat de zorg wordt geëvalueerd op kwaliteit en effectiviteit. Alle steun daarom voor het project Zinnige Zorg van het Zorginstituut, dat de minister heeft opgestart.

De vraag is echter of daarbij ook voldoende naar alternatieven wordt gekeken. Zo blijkt dat bij goede instructie van stomazorg geen thuiszorg meer nodig is. Er is ziektegerelateerde ondervoeding bij ouderen, maar dit wordt niet wordt gescreend. Preparaten worden niet vergoed, dure behandelingen wel. Kinderen met voedingsproblemen blijven een dure kinderarts bezoeken, maar zij krijgen slechts maximaal drie uur diëtistenbegeleiding. Voorts wordt met voeding betere en goedkopere diabeteszorg geleverd, zoals blijkt uit de petitie Voeding Leeft die wij gisteren ontvingen. Is de minister bereid om te onderzoeken of oplossingen via voeding niet effectiever zijn dan de huidige medische weg?

Huisartsen kunnen patiënten vanaf 1 januari 2020 direct doorverwijzen naar een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten. Deze kosten vallen onder het eigen risico. De Patiëntenfederatie Nederland en de Ouderenbond KBO stellen dat het eigenlijk huisartsenzorg is voor specifieke patiëntengroepen en dat dit niet onder het eigen risico zou moeten vallen. Graag een reflectie van de minister.

Voorzitter. Een jaar geleden zijn zwaardere paracetamol en mineralen uit het basispakket gehaald. De minister zou monitoren wat de eventuele gevolgen voor de gebruikers zijn. Kan de minister toelichten of er gevolgen zijn en, zo ja, wat die gevolgen zijn?

De Patiënten Vereniging Voor Neuromodulatie heeft een petitie aangeboden tegen het voornemen van het Zorginstituut Nederland om neuromodulatie als pijntherapie uit het basispakket te halen, althans onderdelen daarvan. Onduidelijk is hoe het onderzoek door het Zorginstituut nu precies wordt uitgevoerd. De patiëntenvereniging wordt er niet bij betrokken.

Hetzelfde geldt voor de glucosemeter. Ook daarover hebben wij een petitie ontvangen. Wat blijkt? Het Zorginstituut doet onderzoek naar één merk. Voor de duidelijkheid: het CDA wil niet op de stoel van het Zorginstituut gaan zitten, maar wil wel duidelijkheid hebben over hoe de informatie verzameld en gedeeld wordt. Kan de minister hierover meer uitleg geven?

De NZa heeft bepaald dat zorgverzekeraars een overzicht moeten tonen van nagenoeg gelijke polissen. De NZa controleert dat, met als centrale vraag of de informatie goed te vinden is. Wij hebben daar als CDA eerder aandacht voor gevraagd. Wat blijkt? Van de 55 polissen zijn er maar 10 uniek, de rest is nagenoeg gelijk, de polissen zijn vaak moeilijk te vinden en de premieverschillen kunnen oplopen tot honderden euro's per jaar. Het CDA vindt het vreemd dat de prijzen die bij de polissen horen, vaak moeilijk te vinden zijn en dat je eigenlijk voor een gelijke polis een verschillende prijs betaalt. Dat wordt een kloonpolis genoemd. De informatie moet transparanter worden. Is de minister bereid zich hiervoor hard te maken? Wat kan de Zorgautoriteit nog meer doen?

Het CDA ontvangt veel e-mails van chronisch zieken die fysiotherapie nodig hebben en daarvoor afhankelijk zijn van een aanvullend pakket voor de eerste twintig

behandelingen. Is de minister bereid om te onderzoeken wat de voor- en nadelen en de kosten en de opbrengsten zijn om fysiotherapie voor chronisch zieken weer in het basispakket op te nemen? Zorgverzekeraars Nederland schat de kosten voor 2018 van de eerste twintig behandelingen voor fysiotherapie voor patiënten met een chronische indicatie op ruim 94 miljoen euro. Dat zou een stijging van de basisverzekering met €7 betekenen. Maar aan de andere kant wordt ook verwacht dat de kosten voor bijvoorbeeld ziekenhuisopnames veel minder zouden zijn, en ook de kosten voor bijvoorbeeld behandeling van reumaklachten. Kan de minister een onderzoek toezeggen?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Begrijp ik het goed dat mevrouw Van den Berg wil dat fysiotherapie bij chronische aandoeningen weer wordt vergoed in het basispakket? Ik heb daar vrij recentelijk moties over ingediend. Waarom heeft zij die dan niet gesteund?

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

Wij zeggen niet dat het in het basispakket moet worden opgenomen. Wij willen graag een onderzoek naar de voor- en nadelen en de kosten en de opbrengsten. Aan de ene kant horen wij namelijk dat er meer kosten aan verbonden zijn als je het in het basispakket opneemt, maar aan de andere kant zou er ook sprake zijn van een besparing van de tweedelijnszorg en specialistische behandelingen. Daarom willen wij dat onderzoek graag.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, afrondend? Nee. Dan vervolgt u uw betoog, mevrouw Van den Berg.

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

Als het verkeerd loopt, kan een eenvoudig virus leiden tot een ernstige zeldzame neurologische aandoening zoals AFM D68. We hebben dat gezien bij een zeer klein kind bij wie dat virus op zijn ruggenmerg is geslagen. In het buitenland zijn therapieën bekend waardoor er toch verbetering kan optreden. Dat kost geld, maar het levert naast kwaliteit van leven, een besparing van zorgkosten op. Is de minister bereid nader onderzoek hiernaar te doen?

Mijn laatste punt gaat over afbouwmedicatie. Er is een consensusdocument tussen de partijen en de medicijnen zitten al in het basispakket, maar toch werkt het niet in de praktijk. Is de minister bereid de partijen te stimuleren om nog eens om de tafel te gaan zitten?

Ik wacht uiteraard de antwoorden van de minister af, maar ik zou mij kunnen voorstellen dat wij als CDA toch graag een VAO willen hebben, gezien het grote belang van het pakketoverleg.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Het is over het algemeen gebruik om een VAO in tweede termijn aan te kondigen. Ik zou daaraan willen vasthouden.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb een punt van orde. Ik vind het prima om mevrouw Van den Berg gewoon als eerste spreker bij het VAO aan te melden. Als iemand daar bezwaar tegen heeft, dan horen we dat wel, maar ik vind het prima om mevrouw Van den Berg de eerste spreker te laten zijn.

De **voorzitter**:

Het is goed gebruik om sowieso eerst even de antwoorden van de minister af te wachten en om dan in de tweede termijn een VAO aan te kondigen. We gaan even kijken hoe het debat verder loopt, maar we nemen daar op dit moment kennis van.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, een punt van orde. We hebben vanmorgen niet eens een tweede termijn gehad.

De **voorzitter**:

Daarom hebben we vanmorgen ook geconcludeerd dat er een VAO wordt aangevraagd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

En dat is in eerste termijn gedaan.

De **voorzitter**:

Omdat we geen tweede termijn hadden. Laten we hier niet de discussie over dit soort zaken aangaan. Laten we dat verplaatsen naar een ander moment. Mag ik de heer Hijink het woord geven? De heer Hijink spreekt namens de fractie van de SP.

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter, dat klopt. Eigenlijk had mijn collega Henk van Gerven hier moeten zitten, maar hij is druk met het debat in de plenaire zaal vanmiddag. Ik ga dus mijn best doen.

Voorzitter. De afgelopen weken is er veel aandacht geweest voor de glucosemeters, de glucosesensoren, want die zijn heel belangrijk voor de gezondheid van diabetespatiënten en die maken de zorg uiteindelijk beter en goedkoper. Maar deze minister weigert alsnog om deze sensoren op indicatie te vergoeden voor alle insulineafhankelijke diabetespatiënten, ook al heeft onderzoek aangetoond dat hierdoor de kwaliteit van leven aanzienlijk verbetert en kosten worden bespaard. Er is minder arbeidsverzuim en het zorgt voor een lager aantal behandelingen van hypo's in het ziekenhuis, om maar twee voorbeelden te noemen. In veel omliggende landen wordt de glucosemonitor wel vergoed. De glucosesensor is geen gadget, maar bittere noodzaak. Dat zeggen de patiënten en de experts die voor opname in het basispakket pleiten. Mijn vraag aan de minister is hoe hij op deze kritiek reageert. Waarom is hij zo halsstarrig? Tienduizenden diabetespatiënten zitten op dit moment te wachten in de wachtkamer. De SP wil dat deze glucosemonitor op indicatie van de specialist voor alle diabetespatiënten gewoon wordt vergoed.

Wij willen ook dat de minister met fabrikanten gaat onderhandelen over de prijs, want je mag je wel afvragen waarom dingen altijd zo duur zijn. Kan er samengewerkt worden met buurlanden om de onderhandelingspositie te verbeteren en om zo de prijs te verlagen? Ik krijg daar graag een reactie op van de minister.

Voorzitter. We zien soortgelijke problemen bij de taperingstrips, de afbouwmedicatie. Mevrouw Van den Berg had het er ook al over. Iedereen wil dat we minder pillen gebruiken, maar effectieve manieren om medicatie af te bouwen worden vervolgens niet vergoed. Kan de minister uitleggen hoe dat zit? We hadden vorige week een rondetafelgesprek hierover. Sommige verzekeraars vergoeden het gewoon, maar heel veel andere juist niet. We hebben nu het consensusdocument dat door het Zorginstituut als leidraad wordt gehanteerd. Daarin staat een voorbeeld van een afbouwschema dat sommige verzekeraars als enige standaard gebruiken, terwijl specialisten zoals Groot en Van Os juist stellen dat in dit consensusdocument slechts een voorbeeld ter illustratie wordt genoemd en dat dit dus geen one-size-fits-all voor iedereen betreft. Waarom kiest de minister de lijn van het Zorginstituut? Waarom kiest hij niet de lijn van de experts? Dan is het probleem namelijk snel opgelost.

Dan wat we noemen het "looppmiddel" voor MS-patiënten, Fampyra. Er is nog steeds geen vergoeding voor patiënten. Er is alleen een vergoedingsregeling van de fabrikant die eind augustus afloopt. Mijn vraag aan de minister is waarom hij wacht tot er een advies van het Zorginstituut ligt voordat hij een besluit neemt over de nieuwe vergoeding. Moet er dan niet op z'n minst met de fabrikanten worden geregeld dat die vergoedingsregelingen in stand blijven? Dat is toch het minste wat je op dit moment voor deze groep patiënten zou kunnen doen? Ik krijg daar graag een reactie op.

Voorzitter. Ik wil ook stilstaan bij de vitaminen, mineralen en zware paracetamol. Sinds dit jaar zijn deze middelen uit het basispakket gehaald. Veel mensen die afhankelijk zijn van deze middelen, worden hierdoor extra op kosten gejaagd. Zo melden zich verschillende mensen bij ons die geen bij schildklieren hebben en daardoor leven met een lichaam met een tekort aan calcium, het zogenaamde MEN I-syndroom. Deze mensen moeten calciumtabletten slikken. Zo schrijft een mevrouw ons: voor mensen zonder bij schildklieren is het geen luxe maar medische noodzaak, omdat zonder bij schildklieren een veel te laag calciumgehalte in het bloed ontstaat en er daardoor botontkalking optreedt, die grote gevolgen kan hebben, zoals botbreuken en ingezakte rugwervels. Als de minister dat soort zinnen op zich laat inwerken, vindt hij dan dat dergelijke middelen een luxeproduct zijn voor deze groep of dat het bittere noodzaak is dat zij deze middelen gewoon vergoed krijgen? Als mensen het zelf moeten betalen, dan kunnen de kosten oplopen tot honderden euro's per jaar voor deze groep mensen die vaak daarnaast ook andere medicijnen gebruiken die wel vergoed worden maar ook onder het eigen risico vallen. Deelt de minister de mening van de SP dat de kosten en de risico's voor patiënten aanleiding geven om mineralen, vitaminen en paracetamol gewoon weer op te nemen in het basispakket? Graag een reactie daarop.

Voorzitter, tot slot. Het is ook belangrijk dat wij de race naar beneden die gaande is in het ziekenvervoer stoppen. De goedkope taxiriten worden uitgevochten over de rug van zieke patiënten. Naar aanleiding van vragen van de SP over het stellen van regels stelt de minister dat de verzekeraar hier uiteindelijk verantwoordelijk voor is. Maar het belang van de patiënt gaat hier toch voorop, neem ik aan? Mensen die een taxi nodig hebben voor medische ingrepen, hebben het zwaar. Het kunnen hele zware ritten zijn. Ze lopen aan tegen te late taxi's. Daarnaast is er soms sprake van gecombineerd vervoer. Dan kom je dus in een taxi met een stel dat lekker wil gaan shoppen, terwijl jij op weg bent naar het ziekenhuis voor een zware behandeling. Dat is belastend. Heel veel mensen

zitten daar terecht niet op te wachten. Voor de taxibedrijven geldt dat zij worden uitgeknepen door de zorgverzekeraar omdat de tarieven ontzettend laag zijn.

U kijkt mij aan alsof de tijd op is. Ik ben bijna klaar.

Ze worden gedwongen om verliesgevende ritten te rijden, terwijl de zorgverzekeraar stelt dat de inschrijving reëel is en berust op verantwoorde berekeningen. Wat gaat de minister doen om een gezond en kwalitatief goed inkoopbeleid bij de verzekeraars te gaan afdwingen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Geleijnse. De heer Geleijnse spreekt namens de fractie van 50PLUS. Gaat uw gang.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Vorige week heeft deze commissie op initiatief van onze partij een rondetafelgesprek gehad over afbouwmedicatie. Het zorgvuldig afbouwen van het gebruik van verslavende geneesmiddelen is van groot belang voor duizenden patiënten. Patiënten, jong en oud, worstelen hier vaak mee. Omdat er negen van de tien keer geen vergoeding is vanuit het basispakket gaan patiënten zelf aan de slag met het delen van een pilletje of het tellen van korreltjes die in een capsule zitten, met alle gevaren van dien. De geneesmiddelen op zich vergoeden wij uit het pakket. Waarom vergoeden we dan het afbouwen van deze geneesmiddelen ook niet uit het basispakket? Stap uit de vicieuze cirkel, stop met mensen van het kastje naar de muur sturen en geef duidelijkheid aan al die patiënten, is de oproep van 50PLUS aan deze minister. Vergoed deze afbouwmedicatie. De minister verschuilt zich achter zijn standpunt dat hij alleen rationele farmacotherapie wil vergoeden. Maar komt er ooit een moment dat wij het afbouwen hieronder kunnen scharen? Komt er ooit voldoende bewijs?

Tijdens het rondetafelgesprek stelden wetenschappers dat het gewenste wetenschappelijke bewijs er vermoedelijk nooit zal komen. Iedere patiënt is namelijk anders. Afbouw moet geleidelijk gaan in het tempo dat passend is voor de patiënt, in samenspraak met de behandelaar. De minister wacht op de resultaten van onder andere de OPERA-studie, maar de vraag hoe patiënten het best geholpen kunnen worden om af te bouwen wordt niet onderzocht. Als verder wetenschappelijk onderzoek geen verlossend antwoord geeft, wat is er dan wel nodig volgens de minister? Is het op korte termijn nader uitwerken van het multidisciplinair document een oplossingsrichting? Mevrouw Van den Berg vroeg daar ook al naar. Is hij bereid de relevante partijen op korte termijn daartoe uit te nodigen en te stimuleren tot een gesprek? Is de minister bereid een tussenoplossing te creëren om de lijn van verzekeraar DSW te volgen?

Voorzitter. Twee weken geleden heb ik een bezoek gebracht aan de tandartskaravaan van Dokters van de Wereld. Hiermee wordt aandacht gevraagd voor mensen die de tandarts niet kunnen betalen, met alle gevolgen van dien, zowel sociale als voor de algehele gezondheid. Ik hoorde daar het schrijnende verhaal van een vrouw van 30 die al haar tanden heeft laten trekken en heeft gekozen voor een prothese. Die wordt namelijk wél vergoed vanuit het basispakket. We zijn dan ook benieuwd naar de

onderzoeken over de vervolgschade, die de minister voor de zomer naar de Kamer zou sturen. 50PLUS blijft zich inzetten om basismondzorg op te nemen in het basispakket.

Hetzelfde geldt voor fysiotherapie, in het bijzonder voor mensen met chronische aandoeningen. In 2012 heeft het kabinet bijvoorbeeld fysiotherapie voor zes vormen van reuma uit het pakket gehaald. Dit heeft voor veel mensen ongewenste gevolgen. Voor fysio- en oefentherapie moest een aanvullende verzekering worden afgesloten. Die aanvullende verzekeringen hebben een steeds lager aantal behandelingen. 50PLUS is ervan overtuigd dat het opnemen van fysiotherapie in het basispakket voor patiënten met een chronische aandoening vanuit preventief oogpunt belangrijk is. Overweegt de minister om per 2020 de eerste twintig behandelingen fysiotherapie in het basispakket op te nemen voor de aandoeningen die nu al op de zogenoemde chronische lijst staan?

50PLUS heeft net als andere fracties veel berichten gekregen over de gewenste vergoeding van de glucosesensor. We hebben onlangs een petitie hierover in ontvangst genomen. De petitie was duidelijk. 50PLUS staat hier zeer sympathiek tegenover. Korthedshalve heb ik twee vragen. Wordt de groep patiënten die vanuit het basispakket gebruik kunnen maken van de glucometer, vanaf 2020 al uitgebreid? Is daar nog enige kans op en, zo niet, waarom niet? En in hoeverre worden de verschillende meters door het Zorginstituut bekeken?

Voorzitter. Vanaf volgend jaar mogen de huisartsen patiënten rechtstreeks doorverwijzen naar een specialist ouderengeneeskunde. Die kosten worden vergoed vanuit het basispakket. 50PLUS is hier een voorstander van maar betreurt het feit dat deze zorg meetelt voor het eigen risico. Dat kan een drempel opwerpen voor patiënten om gebruik te maken van deze zorg. Huisartsenzorg telt immers ook niet mee voor het eigen risico, juist om de toegang laagdrempelig te houden. 50PLUS pleit er dan ook voor om deze huisartsenzorg voor specifieke patiëntgroepen vrij te stellen van het eigen risico. Is de minister bereid omdat te overwegen? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat het voor patiënten en verwijzers duidelijk wordt hoe en onder welke voorwaarden zij terecht kunnen bij de specialist ouderengeneeskunde?

Tot slot heb ik nog drie vragen, voorzitter. 50PLUS is uiteraard verheugd met de gisteren aangenomen motie waarin wordt verzocht om de toegezegde medicatiebeoordelingen bij 65- en 75-plussers na te komen en met de uitspraak dat medicatiebeoordelingen kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de werking van geneesmiddelen. Is de minister bereid te stimuleren dat meer zorgverzekeraars ervoor kiezen om die medicatiebeoordeling buiten het eigen risico te houden? Een fors aantal verzekeraars heeft daar immers al voor gekozen. Kan de minister ons een update geven over het aanbieden van vaccinaties tegen pneumokokken aan 60-plussers?

En dan de allerlaatste vraag, voorzitter: is de minister eigenlijk wel tevreden over de huidige werkwijze en systematiek bij de totstandkoming en de jaarlijkse aanpassing van het basispakket?

Dank u wel.

De **voorzitter**:

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

spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Dank u wel. We hadden gisteren een mooie overhandiging van een petitie van onder anderen Thijs Maas, een oud-diabetespatiënt die werkt in de bouw. Het is een stoere vent, waarvan je niet verwacht dat hij met zijn trommeltje met groente naar de keet gaat.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

"Trommeltje"? Anderhalve kilo!

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Hahaha, anderhalve kilo inderdaad; hij ging niet minder eten maar anders eten. Maar goed, het was echt een prachtig verhaal, net als het verhaal van Jan Heijman, een wethouder die heel wat kilo's verloren had en, belangrijker nog, die van zijn medicatie af is gekomen. Wij hebben een aantal weken geleden ook een oproep in de krant kunnen lezen van artsen en onderzoekers die zeggen dat leefstijlgeneeskunde een heel interessante ontwikkeling is, in de eerste plaats voor patiënten, van wie de kwaliteit van leven vooruitgaat, maar ook om kosten te besparen. Staatssecretaris Blokhuis heeft gisteren de antwoorden verstuurd op de vragen die ik daarover had gesteld. Dat vond ik op zich al opmerkelijk: het gaat over de staatssecretaris, die gaat over preventie. Het punt dat ik al meerdere keren in debatten heb geprobeerd te maken is dat preventie ontzettend belangrijk is — daar hebben we ook de gecombineerde leefstijlinterventie voor in het basispakket — maar dat wij daarnaast meer aandacht moeten hebben voor de curatieve kant van de aanpak van leefstijl.

Daar had ik nog een paar vragen over naar aanleiding van de antwoorden. Allereerst ben ik benieuwd of de minister ervan op de hoogte is dat het onderzoek dat ten grondslag ligt aan die gecombineerde leefstijlinterventie, ook gericht is op mensen met overgewicht. De uitkomsten van afbouw van medicatie zitten daar bijvoorbeeld helemaal niet in. Dus dat is echt hartstikke mooi maar niet gericht op de doelgroep van diabetespatiënten die van hun ziekte af willen komen. Daarnaast wordt er verwezen naar het RIVM om te toetsen of de aanpak inderdaad bewezen effectief is, maar het RIVM heeft de betrokken veldpartijen al laten weten dat het die expertise helemaal niet in huis heeft. Dus dat is niet het aangewezen instituut.

Daarnaast zien we dat een paar zorgverzekeraars deze aanpak al vergoeden vanuit de S3, de innovatiebox die verzekeraars kunnen gebruiken. Maar de verzekeraars hebben onderling ook afgesproken dat, als iets bewezen effectief is, ze het moeten overnemen; alleen gebeurt het nog niet. Wil de minister de zorgverzekeraars wijzen op de afspraak die zij zelf hebben gemaakt dat bewezen succesvolle innovaties moeten worden overgenomen? Ten slotte heb ik nog het verzoek of de minister zich er hard voor kan maken dat het Zorginstituut de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard voor diabeteszorg op de meerjarenagenda kan laten zetten bij het Zorginstituut. Dat wat betreft leefstijlgeneeskunde.

Dan had ik nog een ander punt. Ik hoorde de minister een paar weken geleden tot mijn vreugde spreken over het belang van begrijpelijke communicatie in de zorg. Nu vraagt u zich af wat dat te maken heeft met het basispakket. Nou, dat bruggetje ga ik maken.

Sommige mensen kunnen namelijk moeilijk communiceren in de zorg omdat ze afhankelijk zijn van een tolk. Zijn er mogelijkheden in het basispakket om aanspraak te maken op de inzet van een tolk? Voor sommigen is dat namelijk cruciaal om de juiste zorg te krijgen.

Ik sluit me aan bij wat de heer Hijink over het ziekenvervoer heeft gezegd. We zien in de praktijk dat de tarieven heel erg laag zijn. Dat leidt tot risico's voor patiënten die dat vervoer gebruiken. Graag een reactie daarop.

Dit is echt zo'n AO waarin je je lijstje afwerkt, dus ik ga door met mijn lijstje. Dan kom ik bij PrEP. In het vorige debat over geneesmiddelen dat wij met de minister voerden, beloofde hij nog terug te komen op de daadwerkelijke implementatie. Veel dank voor de brief met antwoorden die wij vanochtend ontvingen, maar ik had er nog een vraag over. Is de tekst van de subsidieregeling inmiddels aangeleverd, zodat het RIVM de subsidiekaders kan vaststellen en aan de GGD's kan sturen voor 1 augustus? Dat werd me niet helemaal duidelijk uit de brief.

De minister heeft ervoor gekozen om KID, kunstmatige inseminatie met donorsperma, voortaan nog enkel te vergoeden vanuit de subsidieregeling. Daarbij vroeg ik mij af of de rechten van vrouwen op deze behandeling nog wel zo stevig verankerd zijn als ze waren binnen het basispakket. Kan de minister toezeggen dat deze regeling open ended is en dat er geen datum is voor beëindiging van de regeling? Blijft die permanent doorlopen en heeft iedere vrouw recht op een ongelimiteerd aantal behandelingen?

Ik sluit mij gemakshalve aan bij de eerdere opmerkingen over de specialist ouderengeneeskunde. Voor fysiotherapie geldt hetzelfde. Wij willen zo graag substitutie. We willen voorkomen dat mensen onnodig in het ziekenhuis komen, in eerste instantie vanuit het belang van de patiënt zelf, maar daarmee verwachten wij ook op de langere termijn kosten te besparen. Wordt de afweging welke besparing we kunnen maken op de langere termijn wel voldoende meegenomen en gewogen door het Zorginstituut? Of kijken we te veel alleen naar de korte termijn?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Raemakers. De heer Raemakers spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

De heer Raemakers (D66):

Voorzitter, dank u wel. We hebben vandaag weer het jaarlijkse algemeen overleg Pakketbeheer. Net zoals mijn collega Pia Dijkstra vorig jaar bij dit AO zei, zeg ik nu: als wij in de zorg alles wat werkt, konden vergoeden, als geld totaal geen rol zou spelen, dan zouden wij natuurlijk alles altijd vergoeden. Maar dat kan helaas niet. Wij kunnen tegenwoordig zo veel in de zorg — onze zorg is van zo'n hoog niveau — dat wij ook scherpe keuzes moeten maken. Om die keuzes goed te maken, hebben wij met elkaar afgesproken dat wij daarvoor het Zorginstituut hebben. Wij, politici, zijn geen medici. Wij kunnen echt niet goed beoordelen of de diverse behandelingen effectief zijn, of zij in verhouding staan tot de kosten en voor wie zij wel en niet geschikt zijn. Ik ben bijna klaar op dit punt, voorzitter. Dat moeten wij echt bij het Zorginstituut houden. Ik ben gelijk aan

het begin maar zo eerlijk.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat roept wel direct een vraag op bij de heer Hijink. De heer Hijink, gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

Ik vind dat de heer Raemakers wel een eerlijk beeld moet schetsen. Het is natuurlijk niet zo dat mensen ineens geen kosten meer maken als je het uit het basispakket haalt. Je kunt de zware paracetamol uit het pakket halen of je kunt fysiotherapie uit het pakket halen, maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat de kosten niet meer worden gemaakt. Waar het over gaat, is dat de rekening wordt verschoven. Iets wat niet meer in het basispakket zit, wordt betaald door de mensen die ziek zijn en die noodgedwongen die kosten moeten maken. Dus ik word een beetje moe van het verhaal iedere keer dat de zorgkosten zouden stijgen als het basispakket wordt uitgebreid. Nee, de zorgkosten blijven gelijk; alleen worden ze betaald door degenen die ziek zijn.

De heer Raemakers (D66):

Het is heel mooi dat de heer Hijink eigenlijk een soort samenvatting geeft van alle vragen die ik nog heb in de rest van mijn betoog. Als je iemand in zijn inleiding interrumpeert, dan is het risico dat er nog heel veel gaat komen en je nog niet helemaal weet wat het precieze plaatje is. Ik zal heel kort even antwoorden.

De voorzitter:

Wel graag kort.

De heer Raemakers (D66):

Ja, heel kort. Ik vind dat het Zorginstituut moet kijken naar of behandelingen wel of niet helpen, bij welke groepen ze het meest helpen en bij welke groepen niet. Die keuzes kunnen wij echt niet maken. Daar ben ik gewoon geen specialist in en ik neem aan dat de heer Hijink dat ook niet is. Maar wij kunnen wel iets vinden van de vraag welke maatschappelijke kosten en baten er zijn. Dat ga ik ook nog toelichten in de komende vier minuten.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef zo meteen het woord aan de heer Hijink. Ik maak op voorhand even excuses voor het feit dat ik u kort houd. Wij hebben tot 17.00 uur en er staan volgens mij in ieder geval nog twee debatten op het gebied van zorg gepland. Dat zeg ik ook even tegen de mensen in de zaal. Het is niet bedoeld om het debat daarmee tekort te doen, maar ik moet scherp zijn om de tijd te bewaken. Dus de heer Hijink mag een korte vraag stellen.

De heer Hijink (SP):

Ik vind het gewoon niet oké om je meteen aan het begin van je verhaal te verschuilen achter het Zorginstituut, terwijl wij hier een politiek debat voeren. Wij maken politieke keuzes over wat wel en niet in het basispakket zit. De SP en 50PLUS vinden dat mondzorg en fysiotherapie in het basispakket thuishoren. Daar hebben wij goede maatschappelijke redenen voor, omdat wij dat gezamenlijk kunnen opbrengen. Dat heeft ook maatschappelijke gezamenlijke voordelen. Ik vind dat wij ons niet moeten

verschuilen achter het Zorginstituut als wij hier een politiek debat voeren over hoe wij gezamenlijk vinden dat het basispakket eruit moet zien.

De voorzitter:

De heer Raemakers mag een korte reactie geven en dan ga ik naar mevrouw Van den Berg.

De heer Raemakers (D66):

Mijn inleiding heeft betrekking op twee zaken die nu spelen en die ook genoemd zijn door vorige sprekers, namelijk de glucosesensor en de neuromodulatie. Ik denk dat wij de behandelingen die daar spelen heel lastig zelf kunnen toetsen. Daar hebben wij een orgaan voor. Als het gaat over mondzorg, dan voeren we, denk ik, een andere discussie. Mijn inleiding zag daar niet per se op. Maar ik ben nog steeds van mening dat wij ook de technische behandelingen in de mondzorg niet zelf kunnen beoordelen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg heeft een vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Misschien stel ik nu ook te vroeg mijn vraag aan de heer Raemakers. Ik ben het met de heer Raemakers eens dat wij, als politici, niet op de stoel van het Zorginstituut moeten gaan zitten. Ik heb in mijn inbreng aangegeven dat ik wel vind dat wij wat kunnen zeggen over hoe het Zorginstituut zijn onderzoek doet. Ik heb concrete voorbeelden genoemd, zoals de neuromodulatie en de glucosesensor. Ik hoop toch dat de heer Raemakers het met het CDA eens is dat alle feiten erbij moeten worden betrokken en dat er ook wat gevraagd kan worden aan de patiëntenvereniging.

De heer Raemakers (D66):

Sorry dat ik in herhaling val, maar dat is ook weer een beetje een samenvatting van wat ik in de komende drie minuten ga vertellen. Ik ben het op dit punt helemaal eens met mevrouw Van den Berg.

De voorzitter:

Dan stel ik voor dat u uw betoog afmaakt. Mocht het nodig zijn, dan komt mevrouw Van den Berg aan het eind van uw betoog nog even terug. Gaat uw gang.

De heer Raemakers (D66):

Dat gezegd hebbende, moeten wij ons als politiek wel steeds de vraag blijven stellen of het Zorginstituut alles in beeld heeft, of alle maatschappelijke kosten in beeld zijn bij de onderzoeken die het Zorginstituut doet, omdat wij die zelf niet kunnen doen. Dat wil ik dus aan de hand van twee voorbeelden gaan bespreken.

Als eerste de glucosesensor voor diabetespatiënten. De glucosesensor laat patiënten de ontwikkeling van hun glucosewaarde zien, waar de vingerprik alleen een momentopname toont. Ik heb zelf ook weleens zo'n vingerprik gedaan en ik kan zeggen: dat vind ik echt pijnlijk. Dus mooi dat daar een innovatieve oplossing voor is. Verschillende risicogroepen krijgen de sensor nu al vergoed. Op dit moment onderzoekt het Zorginstituut of ook alle andere mensen met diabetes type 1 de Flash Glucose Monitoring-sensor, de FGM, vergoed kunnen krijgen. Zou de minister kunnen toelichten

wat de reden is om niet ook de continue glucosemonitorsensoren, de CGM, te betrekken in dit onderzoek?

Dan kan natuurlijk alsnog de conclusie zijn dat FGM voor de meeste mensen effectiever is of goedkoper. Dat moet het Zorginstituut dan beoordelen, maar dan zouden we er tenminste onderzoek naar hebben gedaan en zouden we de kosten en baten goed kunnen afwegen. Kan de minister dit toelichten? Ik vraag dat temeer omdat de patiënten zeggen dat de kosten van het leven zonder sensor, of zonder de voor hen beste sensor, hoog zijn. Wellicht valt er dus ook geld te winnen door een op het oog duur, of duurder, besluit te nemen. Patiënten komen minder snel in het ziekenhuis, ze vallen minder vaak uit op het werk. Dat is ook beter voor de mensen zelf. Worden dergelijke baten ook meegenomen in de onderzoeken van het Zorginstituut? Zo nee, waarom niet? En waar kunnen we ons stelsel optimaliseren?

Voorzitter. Een tweede voorbeeld is de neuromodulatie voor patiënten met chronische pijn of zenuwpijn. Duizenden Nederlanders leven iedere dag met chronische pijn. Stel je voor: je hebt brandende vingers, je hebt een bonkende kuit, je hebt een rug die aanvoelt alsof die in vuur en vlam staat. Als je zo'n chronische pijn hebt, wil je maar één ding: je wilt nú van die pijn af, want je kunt nergens meer aan denken behalve aan die pijn. Mensen met chronische pijn, bijvoorbeeld met zo'n zenuwpijn, reizen stad en land af om van die pijn af te komen, en dat leidt tot hele hoge zorgkosten. Het is ook te begrijpen, omdat die patiënten zo graag geholpen willen worden.

Voorzitter. Ik constateer dat we eigenlijk geen goede totaalberekening hebben van wat de totale maatschappelijke kosten van pijn zijn. De juiste pijndiagnose wordt vaak te laat gesteld en de ongerustheid bij patiënten neemt toe. Als dan eindelijk de goede diagnose wordt gesteld en de patiënt krijgt bijvoorbeeld neuromodulatie of neurostimulatie vergoed, dan is de patiënt daar ontzettend blij mee, want hij is eindelijk van die pijn af. Maar de vraag is: werkt zoiets nu? Is neuromodulatie effectief? Het Zorginstituut doet daar onderzoek naar, maar ik zou de minister willen vragen om een bredere visie te ontwikkelen. Hoe worden in dit dossier ook alle maatschappelijke kosten en baten gewogen? Is de minister het met mij eens dat de juiste pijndiagnose vaak te laat gesteld wordt? En is hij bereid samen met PA!N, de Pijn Alliantie in Nederland, een integrale visie op pijn te gaan maken?

Voorzitter. Ik heb nog één minuut voor mijn laatste punt.

De **voorzitter**:

Ja, maar voordat u daartoe overgaat, heeft mevrouw Agema een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik kan me helemaal aansluiten bij het passionele betoog van meneer Raemakers over de pijnbestrijding, maar er is wel een discrepantie met hoe hij zijn verhaal begon. Hij zei namelijk: niet alles wat we willen, kan betaald worden. Dat is ook precies wat er vanuit het ministerie aan de hand is en vanuit het Zorginstituut en noem maar op, al die andere organisaties die dit soort zaken beoordelen: pijnbestrijding zit in het verdomhoekje. Dan gaat het vooral om die andere kreet die ik zo vaak van D66 en uw voorganger hoor, namelijk: het moet wel eerst bewezen effectief zijn. Nou, en dan blijkt dus dat een heleboel behandelingen op losse schroeven komen te staan en niet meer vergoed

worden, en daarom moeten heel veel mensen die last van pijn hebben, het hele land door crossen voor allerlei andere behandelingen. Mijn vraag aan u is: als u een bredere visie wilt, moet er dan niet ook iets gebeuren aan de bereikbaarheid van pijnbestrijding? Want die ligt momenteel juist onder vuur.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik ben het daar wel mee eens. Ik herken dit wel en ik vind het ook heel lastig om iets als pijnbestrijding via het basispakket te vergoeden. Ik snap dat we het op een manier móéten vergoeden, en dat via het basispakket misschien de minst slechte manier is om dat te doen. Maar bij pijnbestrijding gaat het natuurlijk ook om de beleving van de individuele patiënt. Het thema raakt mij ook persoonlijk; ik heb zelf ook altijd zenuwpijn en het is heel moeilijk om dat uit te drukken in feitelijke getallen. Het gaat dan echt om de beleving van de patiënt. Waar ik dus echt verbeterpunten zie — en die zou ik ook met mevrouw Agema samen willen oppakken — is om te kijken of we er niet voor kunnen zorgen dat een patiënt die zich bij een specialist meldt met pijn, veel sneller bij de pijnpoli komt, dat er veel sneller een integraal plaatje wordt gemaakt van wat die patiënt nodig heeft.

Ik denk dat de vergoeding maar één element is en dat we nog veel meer kunnen doen. PAIN Nederland, die pijnalliantie, schat in dat de maatschappelijke kosten van pijn wel 20 miljard euro zouden zijn. Dat vind ik een enorm hoog bedrag. Ik denk dat we hier wel urgentie voelen om dit thema samen op te pakken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, ik wil die handschoen wel oppakken. Ik ben ook al zeventien jaar chronischepijnpatiënt, maar ik moet hierbij ook altijd aan mijn oude, meer dan 80-jarige buurvrouw denken, die ik een paar jaar geleden al heel langzaam over de gang zag lopen. Maar goed, dat ging allemaal nog wel, totdat ze ineens de pijnbestrijding niet meer vergoed kreeg. Nu is het voetje voor voetje kromgebogen over een rollator. En dat doet mij zo'n pijn om te zien. En dat is omdat de pijnbestrijding niet meer vergoed wordt. Nu moet ze een gevecht aangaan voor de vergoeding van pijnbestrijding. Ik hoop wel dat we tot elkaar kunnen komen, dat we dit soort dingen met z'n allen niet meer willen. Er moet ook bijvoorbeeld in het werk bewezen kunnen worden wat werkt en wat niet werkt.

De heer **Raemakers** (D66):

Het lijkt me inderdaad ontzettend ingrijpend als je een goede oplossing hebt gevonden voor jouw individuele pijnbeleving — pijn is altijd individueel — en als onderzoeken dan zeggen dat een bepaald middel voor de totale groep mensen eigenlijk minder goed werkt of niet kosteneffectief is. Dat lijkt me supervervelend. Ik begrijp het dus heel goed. Aan de andere kant zeg ik ook wel dat een alternatief soms nog beter kan werken. Stel dat iemand een pijnscore van 7 heeft, die met een bepaald middel op 3 wordt gebracht. En dan zegt iemand: nu gaan we dat middel van je afnemen, maar misschien kun je met een ander middel wel op pijnscore 2 of 0 komen. Ik wil altijd blijven onderzoeken hoe we ook voor patiënten die het moeilijk hebben en die nu een oplossing hebben, een nog betere oplossing kunnen realiseren. Daar wil ik de ogen ook niet voor sluiten.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik heb nog een minuut om het over PrEP te hebben. Er is een motie van mevrouw Ellemeet en van mevrouw Pia Dijkstra van D66. We hebben de brief daarover die vandaag is binnengekomen gelezen. We zijn natuurlijk heel blij dat die subsidieregeling op 1 augustus van start gaat en willen ons aansluiten bij de vragen die mevrouw Ellemeet al heeft gesteld. Ik heb daar zelf nog één vraag over. De minister schrijft dat er twee coördinerende GGD's zijn die op zijn verzoek níét zijn ingegaan en die níét eerder zijn gestart met dat leveren. Maar ik heb begrepen dat dit komt doordat deze GGD's zeggen: wij hebben zelf niet de financiële middelen om dit voor te schieten. Was het niet ook de opdracht aan deze minister om serieus te gaan kijken of hij die middelen niet voor deze GGD's kon voorschieten? Heeft hij geprobeerd om die middelen voor deze twee GGD's voor te schieten? Zo niet, gaat hij dat dan alsnog doen? Want ook tussen nu en 1 augustus ligt nog meer dan een maand. Die kan van levensbelang zijn. Ik wil daar van de minister echt een goed antwoord op hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Rutte. Hij spreekt namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Het is vandaag een mooi debat en er gaan veel hele relevante onderwerpen over tafel. Dat is ook logisch, want dit gaat over de vraag of je toegang hebt tot zorg. Zonder vergoeding is de toegang over het algemeen buitengewoon ingewikkeld. We hebben helaas een veel te kleine zaal gekregen, want er zijn ontzettend veel mensen betrokken geweest bij allerhande onderwerpen die vandaag over tafel gaan. Ik had heel graag gezien dat we ze allemaal hadden kunnen ontvangen. Het schijnt met de tijd van het jaar te maken hebben dat dit hele gebouw helemaal vol zit. Ik vind dat wel heel jammer. Ik ben ook heel blij dat ik heel veel bekende gezichten hier weer zie, want mensen strijden er met ziel en zaligheid voor om een bepaalde technologie of een bepaald geneesmiddel vergoed te krijgen, om daar toegang toe te krijgen. Ik vind dat niet meer dan logisch. Daar knok je voor, als je daar persoonlijk baat bij hebt.

Dat is ook precies het ingewikkelde waarmee wij hier vandaag te maken hebben. Mensen kijken vaak naar het verzekerde pakket als een lijstje waarop staat: deze wel en deze niet, deze wel en deze niet. Voor een deel is dat waar, maar er zijn ook extramurale middelen. Er zijn hier bijvoorbeeld mensen aanwezig voor de flashglucosemeter, waar we het vandaag over hebben. Dat is een extramuraal hulpmiddel, dus dat komt dan op een hulpmiddelenlijstje. Het slimmere broertje daarvan, de CGM, is een intramuraal hulpmiddel dat wordt verstrekt via het ziekenhuis en onderdeel uitmaakt van de zorg die je in het ziekenhuis geeft op het gebied van diabetes type 1. Het is ook niet dat die geen onderdeel uitmaakt van het pakket, want dat doet ie wel en er zijn ook heel wat patiënten die daar gebruik van maken, maar patiënten lijken hierbij heel afhankelijk te zijn van de vraag of een ziekenhuis meedoet. Doet mijn ziekenhuis mee? Verstrekt mijn ziekenhuis deze gekozen meter? Er is onduidelijkheid over hoe de richtlijn eruitziet voor diabetes type 1-zorg. Ik kan mij voorstellen — dat is mijn oproep aan de minister — dat de minister partijen rondom diabetes type 1-zorg als de sodemieter om tafel zet om die richtlijn op orde te brengen, zodat die slimme

interventie plaatsvindt en die gekozen meter daadwerkelijk verstrekt wordt aan de patiënten die daar baat bij hebben. Dan moet het niet incidenteel zijn, bijna een soort van loterij. Daarvoor moet de richtlijn ook worden aangepast, want de patiënt hoeft dan veel minder vaak naar het ziekenhuis. De patiënt komt dan steeds maar weer terug voor consulten, maar daar heeft ie ook niet heel veel aan. Dat geldt voor meer dingen. Dus bij diabetes type 1 graag die partijen aan tafel en dit via die lijn oplossen, want dat is geen pakketbesluit dat wij hier kunnen nemen.

Zoiets speelt vaker. In het samenspel rondom die moeilijke term "stand der wetenschap en praktijk" hebben wij vaker te maken met wetenschappelijke verenigingen die zeggen dat ze iets wel of niet bewezen effectief vinden, dat daarover een conflict ontstaat en dat mensen daardoor wel of geen toegang hebben tot zorg.

We hebben het ook gehad over de afbouwmedicatie. Daar bleek weer te spelen dat het bijna niet mogelijk is om een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek te doen om inzichtelijk te krijgen of dit aan de stand der wetenschap en praktijk voldoet. Er zijn wel andere manieren van het doen van studies mogelijk om daar inzicht in te krijgen. Ook dat speelt steeds vaker. Is de minister bereid om het gesprek met het Zorginstituut aan te gaan om ook te kijken naar andere manieren van wetenschappelijke validatie om tot dit soort oordelen te komen? Dan komen we wellicht uit de impasse. Dan kan het oordeel natuurlijk nog steeds nee zijn; dat kan gewoon. Het kan dat we zeggen dat we het op een andere manier bekeken hebben, maar dat het nee blijft. Dan blijf ik daar verre van. Daar geef ik de heer Raemakers dan gelijk in. Maar we moeten het wel doen.

Dat speelt bijvoorbeeld ook bij heel zeldzame geneesmiddelen. We hebben heel veel moeite om populaties te vinden die groot genoeg zijn om grip te krijgen op de vraag of iets bewezen effectief is. Ook daar de vraag: kunnen we goed kijken naar andere manieren om dat te doen?

De vraagstukken rondom wel of geen fysiotherapie in het verzekerde pakket. Gelukkig keren steeds meer fysiotherapeutische interventies terug, maar dat is wel steeds interventiegewijs. Ik ben daar groot voorstander van, want dan bekijken we steeds per interventie of die voor een bepaalde patiëntengroep bewezen effectief is, maar het is wel een moeilijke en zware weg om te gaan. Ik merk weleens dat patiëntenorganisaties daar de weg niet in weten. Zij zeggen: we zouden voor ons ook graag zo'n studie hebben, maar hoe werkt dat dan, waar moet ik zijn en hoe organiseer ik dat dan? Kan daar meer duidelijkheid over gegeven worden? Dan kan die bal sneller gaan rollen en kan die zorg dichtbij voor de patiënt sneller geregeld worden.

De heer **Hijink** (SP):

Ik ben het gedeeltelijk wel eens met de analyse die de heer Rutte maakt. De werkwijze die we nu hebben, is misschien voor heel veel middelen niet meer effectief. Fampyra is een goed voorbeeld daarvan, denk ik. Ik vraag mij dan het volgende af. Stel dat een middel of een hulpmiddel voor een bepaalde groep patiënten goed werkt en de arts en de patiënt het erover eens zijn dat het werkt en effectief is, terwijl het voor een andere groep om wat voor reden dan ook niet effectief is en een arts dan ook zal besluiten dat het geen zin heeft om het in te zetten. Je kunt dan toch een veel grotere verantwoordelijkheid neerleggen bij de arts, die in overleg met een patiënt dan tot een bepaald oordeel komt? Dan zit je niet meer hier, in deze zaaltjes, en bij het Zorginstituut

in die eindeloze en oeverloze discussies om aantoonbaar te maken dat het voor een hele groep werkt. Misschien moeten we gewoon erkennen dat dat niet altijd lukt.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Het is in ieder geval het begin van de discussie dat een arts en een patiënt zeggen: we gaan iets aan en we kijken of het effectief is. Ook bij de DRUP-studie, de studie om geneesmiddelen die eigenlijk op een andere indicatie worden verstrekt toch aan de patiënt te geven, zijn we tot een afspraak gekomen dat als het in de praktijk werkt, we alsnog tot een vergoeding komen. We zijn met elkaar dus aan het zoeken naar andere werkwijzen. Maar het uitgangspunt om over te gaan tot vergoeding als de arts vindt dat het werkt en de patiënt enthousiast is, is voor mij een net te smal pad. Je zult wel degelijk in bredere zin moeten valideren of het werkt. Je moet ook voorbij aan het placebo-effect, dat er ook kan zijn. Dat moet je meewegen. Maar het wordt steeds ingewikkelder om met een dubbelblinde gerandomiseerde studie tot een oordeel te komen. Hoe fijnmaziger de zorg, hoe moeilijker het wordt om tot een goed oordeel te komen. Het zou mij wat waard zijn als daar nieuwe wegen komen en het ook transparant is hoe dat dan werkt.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Hijink. O, het antwoord is voldoende. De heer Rutte vervolgt zijn betoog.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik ben inderdaad nog niet klaar. Mevrouw Van den Berg verwees naar een casus van een jongetje dat door een virusinfectie een neurologische aandoening kreeg. Dat jongetje krijgt in Nederland zorg, maar dat is verpleeghuiszorg. Hij wordt beademd en dat zal misschien de rest van zijn leven moeten. De vader wil graag dat er een therapie wordt gegeven waardoor het jongetje wellicht weer perspectief heeft op een beter leven. Mevrouw Van den Berg heeft daar vragen over gesteld, waarbij ik me graag aansluit. Ik zal niet alle details van deze casus noemen, maar wat het echt ingewikkeld maakt, is dat de te geven therapie in Nederland wel degelijk bestaat en ook aan sommige patiënten wordt gegeven, maar dat de oorzaak van het letsel — in dit geval een virusinfectie — ertoe leidt dat men zegt: dan gaan we die therapie ook niet doen. Als het letsel op een andere manier was veroorzaakt, zou deze therapie wel verstrekt worden. Wellicht speelt dat vaker. Ik hoor graag van de minister of we inderdaad moeten zeggen dat de oorzaak er niet toe doet en dat het gaat om datgene wat er uiteindelijk aan de hand is, namelijk schade in het ruggenmerg en daardoor bepaalde dingen niet meer kunnen doen. Dat zou wellicht een stap vooruit kunnen zijn in deze discussie.

Samenvattend: het allerbelangrijkste is dat we nieuwe wegen gaan verkennen rondom de stand van de wetenschap en praktijk. Het blijft belangrijk om die norm te hanteren. Vooral rondom diabetes type 1 kunnen er heel snel grote stappen worden gezet als partijen met de koppen bij elkaar gaan, vooral de wetenschappelijke verenigingen, de verzekeraars en de patiëntenorganisaties. Wil de minister zich daarvoor inzetten? Dat is mijn belangrijkste punt vandaag.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ploumen. Mevrouw Ploumen spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Vandaag spreken we over het pakket. Het gaat ons allen aan wat er in het basispakket is opgenomen. Dat staat ook voor de toegankelijkheid van de zorg, want ongeacht je inkomen zorgt de inhoud van het basispakket ervoor dat iedereen zeker zou moeten zijn van goede zorg.

Voorzitter. Ik ga de minister een aantal voorstellen doen rondom het basispakket. Mijn eerste voorstel gaat over een goede zorg voor vrouwen. Het eerste onderdeel daarvan is dat ik de minister vraag om anticonceptie op te nemen in het basispakket. Overigens profiteren niet alleen vrouwen daarvan, zoals iedereen weet. Ik houd een pleidooi voor het opnemen van de anticonceptiepil in het basispakket. Die zat er ook altijd in, totdat een van de voorgangers van deze minister, nee, een van de partijgenoten van deze minister, de heer Hoogervorst, in 2004 zei dat de emancipatie wel voltooid was en dat vrouwen dus zelf wel voor de pil konden zorgen. Gelukkig is de pil op een later moment weer in het pakket opgenomen, want dat vond iedereen toch een tikje te wild, amigo. In 2011 is de pil weer eruit gehaald, ongetwijfeld vanwege redenen van bezuiniging.

Gelukkig staan we er nu beter voor. Ik vind dit dus het moment om te pleiten voor het opnemen van de pil, om een paar redenen. Voor een aantal vrouwen die het financieel niet zo makkelijk hebben, is de pil echt best veel geld om op te brengen. Er zijn ook kwetsbare vrouwen in moeilijke situaties die om allerlei redenen, maar vooral financiële redenen, de pil niet slikken en daardoor ongepland zwanger worden. Dat zorgt voor veel verdriet bij alle betrokkenen. Daarnaast vind ik het ook gewoon een vorm van beschaving, een teken dat we een geëmancipeerde maatschappij zijn, om anticonceptie in het pakket op te nemen. Het gaat mij om de pil, maar bijvoorbeeld ook om het hormoonspiraal. Het lijkt mij goed als de minister daarmee zou kunnen instemmen. Ik weet dat hij heel veel vrouwen en mannen in Nederland daar een groot genoeg mee zou doen. Mijn tweede voorstel ...

De **voorzitter**:

Voordat u daartoe overgaat, is er een vraag van de heer Rutte.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Het is een bekend thema. Het is deels een evergreen, maar ook wel een terecht thema: anticonceptie wel of niet in het pakket? Ik weet niet hoe mevrouw Ploumen ernaar kijkt, maar we weten eigenlijk niet zo goed wat de — hele nare term — kosteneffectiviteit daarvan is. Het kan de moeite waard zijn om dat te onderzoeken, want wellicht voorkomen we heel veel tienerzwangerschappen en andere ellende als we het wel zouden vergoeden. Dat zou een heel goed haakje zijn om die dingen wel te doen. Hoe kijkt mevrouw Ploumen, los daarvan, ertegen aan dat de pil zo weinig kost en dat die door iedere vrouw die hem ophaalt zelf betaald moet worden vanwege het eigen risico?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Misschien eerst even over dat onderzoek. Ik denk dat het goed is als ik de heer Rutte eerst even een notitie ter hand stel. Dat kan heel goed, want hij zit naast mij.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Nee, we moeten een bode vragen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

We moeten een bode vragen, ja. Ik ga haar niet helemaal voorlezen, maar het gaat om een notitie van de Commissie Gynaecoloog & Maatschappij van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Die legt heel goed onderbouwd uit waarom zij tot de conclusie komt dat het goed zou zijn om anticonceptie vanuit het basispakket te vergoeden. Ik denk dat het goed is als ik dat even aan de heer Rutte geef. Daarmee zeg ik eigenlijk ook dat er wat mij betreft voldoende bekend is om de goede afweging te maken.

Mijn tweede punt gaat over poliklinisch bevallen zonder medische indicatie. Sommige vrouwen zouden ervoor willen kiezen om in het ziekenhuis te bevallen, niet omdat er een medische indicatie is, omdat er iets niet goed zou zijn met het kindje of omdat hun eigen gezondheid in gevaar is, maar gewoon omdat ze dat een veiliger idee vinden en ze dan het gevoel hebben dat eventuele extra zorg binnen handbereik is. Voor sommige vrouwen is het moeilijk om thuis te bevallen door krappe huisvesting. Zeker nu de woningnood in de grote steden ernstige vormen aanneemt, neemt die reden toe. Het zou een vrije keuze moeten zijn, maar nu kost het meer dan €350. Ook graag opnemen in het basispakket.

Voorzitter. Het volgende gaat niet zozeer over het pakket maar in navolging van mevrouw Ellemeest de volgende opmerking. Het is heel goed om te horen dat de minister kunstmatige inseminatie in een aparte regeling heeft opgenomen. Hoe worden de rechten van vrouwen daarin geborgd? Is de minister bereid om eiceldonatie van vrouwen na chemotherapie en bij vervroegde overgang in eenzelfde subsidieregeling op te nemen?

Mijn laatste verzoek onder dit punt gaat over hersteloperaties bij vrouwenbesnijdenis. We hebben gezien dat veel meer vrouwen dan we hadden gehoopt besneden zijn. Er is Frans onderzoek beschikbaar. Dat heb ik ter hand gesteld aan de minister. Zijn collega De Jonge heeft toegezegd dat hij daar een reactie op zou geven. Dat is inmiddels al een maand of vijf geleden. Zou de minister daarop willen reageren? En zou hij welwillend willen bekijken of zo'n operatie vergoed kan worden als een vrouw die dat wil, begeleid wordt en de juiste zorg krijgt?

Voorzitter. Dan een paar kortere punten. Ook ik vraag aandacht voor de glucosemeter in navolging van mijn collega's. In mijn familie is er heel veel diabetes. Ik denk dat we allemaal weleens van dichtbij hebben gezien hoe snel de kwaliteit van leven kan verbeteren als je over de goede medicatie of diagnostiek beschikt.

Hetzelfde geldt voor neuromodulatie. Ik sluit me aan bij de vragen die over Fampyra zijn gesteld. Daarom kan ik kort zijn.

Tot slot. Collega Hijink vroeg aandacht voor paracetamol, vitamine D en calcium voor mensen met reuma. Voor hen zijn dat geen zelfhulpmiddelen maar effectieve geneesmiddelen. Wil de minister toezeggen dat hij die middelen op gaat nemen in het pakket? Want die patiënten zijn heel makkelijk vindbaar, in tegenstelling tot wat hij daar

vorig jaar over zei.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Nog even kort over het verzoek van mevrouw Ploumen met betrekking tot anticonceptie. Ik wil graag even weten wat de overwegingen zijn geweest. In het vorige kabinet had mevrouw Ploumen natuurlijk veel meer invloed dan nu in de oppositie. Wat zijn de overwegingen geweest om het toen niet in te voeren?

Mevrouw Ploumen (PvdA):

De VVD heeft het in 2004 uit het pakket gehaald. Het is in 2008 door de Partij van de Arbeid onder Balkenende IV weer in het pakket gebracht. De reden dat wij dat de afgelopen jaren niet hebben gedaan zijn alleen maar financieel van aard. Daarom wil, durf en kan ik nu voorstellen om het alsnog te doen. De financiële situatie van het land is immers veel beter en de regering heeft zo veel geld op de plank liggen dat dit echt een druppel op een hele fijne gloeiende plaat is.

De voorzitter:

U was aan het einde van uw betoog. Dat betekent dat ik mevrouw Agema graag het woord geef. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De afgelopen zes jaar zijn de zorgkosten met 9,9 miljard euro minder gegroeid dan verwacht. Dit is boven op de bezuinigingen van het vorige kabinet. We hebben in 2018 — dat is recentelijk — af kunnen sluiten met ruim 70 miljard in plaats van ruim 80 miljard. Het is elke Voorjaarsnota weer raak: geld dat gecollecteerd wordt voor zorg middels premies en belastingen blijft over en krijgt een andere bestemming. Dit voorjaar is er 1,8 miljard euro over op de zorg. De andere bestemmingen zijn dit jaar onder andere klimaat, voor 440 miljoen, en asielzoekers, voor 100 miljoen.

Ik snap niet waarom dat extreme cheapskating op VWS door minister Bruins maar door en door blijft gaan. Waarom geeft hij deze miljarden niet terug aan de burger, bijvoorbeeld middels een lagere zorgpremie? In plaats daarvan gaat het geld dus naar heel andere zaken dan zorg. Tegelijkertijd blijven ze op VWS maar nieuwe bezuinigingen verzinnen. Daar komt echt geen einde aan. Al die overhevelingen, of het nu van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget is of van de specialist ouderengeneeskunde naar de eerste lijn, zijn gewoon verkapte bezuinigingen, evenals de hoofdlijnenakkoorden.

Ook de nu aangekondigde vergoeding van apotheekbereidingen, hoe sympathiek die ook klinkt, is gewoon een bezuiniging op geneesmiddelen die het Zorginstituut te duur vindt. Niet alleen het Zorginstituut maar ook het Bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen hangt tegenwoordig prijskaartjes aan mensenlevens. Het blijft mij een raadsel waarom het geld dat we als burgers, bedrijven en patiënten allemaal onvrijwillig

bij elkaar brengen voor de zorg, jaar op jaar dus deels niet naar zorg gaat maar naar andere zaken. Bij mij rijst de vraag waarom. Waarom is er nog steeds geen definitieve vergoeding geregeld voor Fampyra als er 1,8 miljard euro overblijft bij de Voorjaarsnota? Waarom moeten patiënten met SMA nog tot 2020 op een behandeling wachten? Waarom kan fysiotherapie voor mensen met reuma niet volledig worden vergoed? Waarom zit de glucosesensor niet al in het basispakket? Waarom wordt er bekibbeld op zittend ziekenvervoer? Waarom moet je de ziekenhuisbevalling zelf betalen? Patiënten zitten te wachten op actie van de minister op al deze punten. Wat gaat hij ze toezeggen?

Dan wil ik aandacht vragen voor mensen met complexe hoorproblemen. Sinds 2013 hebben we het zo geregeld dat patiënten 25% van een hoortoestel zelf moeten betalen. Hoe pakt deze regeling nu eigenlijk uit? De complexiteit van hoorproblemen is ingedeeld in categorie 5, maar er zijn patiënten die buiten alle categorieën vallen en die meer geavanceerde en vaak dure toestellen nodig hebben. Dat is geen kwestie van luxe. Dat betekent voor hen weer mee kunnen praten en kunnen deelnemen aan gesprekken of vergaderingen. De technologie schrijdt inmiddels voort. Er zijn zelflerende toestellen, toestellen met een groter rekenvermogen en toestellen waarmee de spraak beter te verstaan is en de luistermoeheid wordt verminderd. Dergelijke toestellen vallen nu helemaal buiten de vergoeding. Patiënten krijgen helemaal niks terug van de verzekeraar. Is dat niet een omissie in de regeling, vraag ik de minister. Voor hoortoestellen die buiten een categorie vallen, zou je in ieder geval een vergoeding moeten krijgen van een categorie 5-toestel. Graag een reactie van de minister.

Ten slotte, voorzitter, heb ik nog een paar vragen over het ziekenvervoer, vooral over het besluit van de reële prijs. Verzekeraars bekibbelen bijvoorbeeld steeds meer op de reële prijs voor taxiriten van en naar het ziekenhuis. Eerst had je nog een bedrag van €2,25 per kilometer. Toen werd het €1,75. Toen konden een heleboel taxibedrijven het al niet meer bolwerken, maar nu zie je dat verzekeraars de prijs zomaar naar beneden bijstellen naar €0,75 per kilometer. Dat is niet meer te doen! Voordat het hele ziekenvervoer in het water valt — dat hele gebeuren speelt nu — zou ik graag van de minister willen weten hoe hij deze implosie denkt te kunnen stoppen en hoe hij hier een stokje voor gaat steken.

Hetzelfde wil ik hem vragen als het gaat om de bpm op de zorgvervoerbussen. Het gaat om die grote bedragen op zorg- en rolstoelbussen. Dat is een onbedoeld neveneffect van de afspraak in het regeerakkoord om per 2020 schoon taxivervoer te stimuleren. Ik ga daar straks bij het Wmo-gebeuren ook nog een vraag over stellen. Omdat die bpm zo hoog is, gaat het helemaal mis met de aanschaf van nieuwe bussen. Dat is ook een omissie in het regeerakkoord. Ik zou van de minister ook daarop graag een reactie horen. Kan hij ook hier een stokje voor steken, zodat afgeschreven bussen in ieder geval vervangen kunnen worden?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Het is nu iets over tweeën. Ik zou willen voorstellen om tot 14.15 uur te schorsen. Is dat akkoord? Dan gaan we dat doen.

De vergadering wordt van 14.10 uur tot 14.14 uur geschorst.

De voorzitter:

We gaan verder met het algemeen overleg Pakketbeheer. Wij zijn toegekomen aan de eerste termijn van de minister, waarin hij de gestelde vragen zal beantwoorden. Voordat ik de minister het woord geef, richt ik mij even tot de zaal. Helaas is het niet gelukt om een meekijkzaal te regelen. Dat spijt ons vreselijk. Alle zalen zitten vol. De bode is nu wel aan het kijken of de mensen die al wat langer stonden te wachten, voorrang krijgen op anderen als er een stoel vrijkomt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Kan de televisie in de hal niet op deze zaal gezet worden?

De voorzitter:

Dat is een goede suggestie. Dat ga ik zo even aan de bode vragen, maar hij is nu even aan het kijken of de stoelen op een eerlijke manier verdeeld worden. Dat gezegd hebbende wil ik met de leden afspreken om twee interrupties toe te staan. Dan geef ik nu graag het woord aan de minister.

Minister Bruins:

Voorzitter. Ik wil vooral ingaan op de vele vragen die zijn gesteld, maar misschien mag ik twee opmerkingen vooraf maken. Ik heb u afgelopen week nadere informatie gestuurd over het Programma zorgevaluatie en gepast gebruik. Ik verwacht dat over vijf jaar 80% van het afgeronde onderzoek in de praktijk wordt geïmplementeerd. Ik verwacht dus een enorm effect daarvan op de effectiviteit en op het aantonen van wat gepaste zorg is. Daarnaast is er de subsidieregeling veelbelovende zorg sneller bij de patiënt. Ook daar hebben wij eerder over gesproken. In de eerste indieningsronde zijn er maar liefst 24 voorstellen gedaan. Ik vind dat een mooi signaal.

Voorzitter. Wij spreken over de pakketbrief. Daar zitten in de kern eigenlijk drie punten in. Het wordt mogelijk om een tegemoetkoming voor logeerkosten vergoed te krijgen in plaats van de vergoeding voor herhaaldelijk vervoer naar het ziekenhuis. Dat is niet uitgebreid in de eerste termijn aan bod gekomen, maar ik denk dat dat een stap vooruit is. Ook wordt de vergoeding van de apothekersbereiding verruimd. En de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten worden in de eerste lijn verankerd.

Dat zijn de drie thema's die centraal staan in de pakketbrief. Ik denk dat ik die nu efkes oversla en overga naar de vragen. Dat doe ik graag in de volgorde van de sprekers.

Omdat u daar allemaal aandacht voor heeft gevraagd en er veel vragen over zijn gesteld, begin ik met FreeStyle Libre. Allereerst was de vraag hoe ik reageer op de kritiek van diabetespatiënten dat FreeStyle Libre nog niet voor alle patiënten wordt vergoed. Ik heb begrip voor kritiek en ongeduld van de diabetespatiënten. U weet dat er door alle betrokkenen hard wordt gewerkt aan het verzamelen van de informatie. Ik verwacht dat het Zorginstituut eind dit jaar met een oordeel komt over de vergoeding van FreeStyle Libre voor andere diabetespatiënten dan thans het geval is.

De heer Hijink stelde de vraag of er met andere landen kan worden samengewerkt om over de prijs van FreeStyle Libre te onderhandelen. Ik ga eerst even na of er betrouwbare informatie is over de vraag of er grote prijsverschillen zijn, maar ik ben zeer wel bereid om die mogelijkheid te onderzoeken.

De heer Raemakers vroeg waarom er slechts naar één merk wordt gekeken. Het Zorginstituut beoordeelt Flash Glucose Monitoring als techniek om het bloedglucosegehalte te meten. Op dit moment is FreeStyle Libre de enige aanbieder van deze techniek, maar ik verwacht en hoop dat ook andere aanbieders snel op de markt komen. Dan kunnen die ook worden betrokken, maar het is de techniek die wordt onderzocht.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat zie ik een tweetal vragen. Heeft u alle vragen op dit punt beantwoord?

Minister Bruins:

Nee, nee, nog niet.

De voorzitter:

Dan kijk ik even naar de vragenstellers. Zullen we de vragen even parkeren tot dit onderwerp is afgerond? Dat lijkt me een goed plan.

Minister Bruins:

Ik heb er nog twee. De ene vraag is waarom de patiëntenvereniging niet bij de beoordeling wordt betrokken en hoe de informatie wordt verzameld. Als ik goed ben geïnformeerd, betreft het Zorginstituut de rondetafel diabetes actief bij het beoordelingsproces. Aan de rondetafel zitten alle belanghebbende partijen: vertegenwoordigers van patiënten, artsen, medisch specialisten, verzekeraars en producenten. Het Zorginstituut is nu samen met die rondetafelleden bezig om alle informatie te verzamelen. Zoals gezegd doet het Zorginstituut er alles aan om eind dit jaar een gemotiveerd oordeel te kunnen geven.

De laatste vraag op dit punt kwam geloof ik ook van de heer Raemakers. Wordt er bij de beoordeling ook gekeken naar andere baten? Het Zorginstituut kijkt in eerste instantie naar de klinische effectiviteit van die FGM. Het gaat dus om de klinische meerwaarde. Als die meerwaarde bewezen is, kan het Zorginstituut de kosteneffectiviteit ook beoordelen. Dat doet het niet in alle gevallen. Vaak is de vraag aan de orde of er wordt verwacht dat het een groot beslag op de middelen legt, of het een hele dure aangelegenheid is. Zo wordt een beetje de keuze gemaakt. Het lijkt mij een goed idee als er in dit geval wel naar de maatschappelijke baten wordt gekeken. Ik zal dat dus ook zo met het Zorginstituut bespreken. Dat waren, dacht ik, de vragen over FreeStyle Libre en Flash Glucose Monitoring.

De voorzitter:

Dank u wel, allereerst mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik begrijp van de minister dat Flash Glucose Monitoring wordt onderzocht ...

Minister **Bruins**:

Dat is de techniek.

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

... en dat er maar één merk bekend zou zijn. Wij hebben een petitie ontvangen waarin staat dat de techniek toch wat anders is. Men kan namelijk de hele dag zien wat er gebeurt en niet alleen bij piekbelasting. Mijn vraag over de betrokkenheid van de patiëntenvereniging betrof het neuromodulatieonderzoek.

Minister **Bruins**:

Op die neuromodulatie kom ik terug. Als ik het goed begrepen heb uit de petitie die u is aangeboden, wordt het vergeleken met de bestaande methoden. De nieuwe techniek is Flash Glucose Monitoring. Daarvan is FreeStyle Libre op dit moment het enige middel op de markt. Van de huidige techniek, Continue Glucose Monitoring, zijn veel verschillende verschijningsvormen op de markt.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

Ik bewaar mijn interrupties even.

De **voorzitter**:

Dan kom ik bij de heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Dat laatste is natuurlijk precies het punt. FGM wordt nu als techniek onderzocht, maar niet als merk. De vraag is waarom CGM, Continue Glucose Monitoring, niet ook wordt onderzocht. Ik lees in stukken dat dat duurder zou zijn, maar daar moet je natuurlijk eerst uitvoeriger onderzoek naar doen. Een aantal patiënten geven aan dat als zij CGM gebruiken, wat nu alleen via het ziekenhuis kan, zij minder kans hebben op een hypo. Patiënten geven dat aan. Ik kan niet beoordelen of dat zo is, want ik ben geen arts. Maar waarom zou het Zorginstituut niet kunnen kijken of CGM ook in het basispakket kan, los van hoe het nu via het ziekenhuis wordt geleverd, waar ook vaak tekorten zijn? Ik zeg niet dat we dat moeten doen, maar waarom wordt dat niet ook onderzocht komend jaar?

Minister **Bruins**:

Dat is eigenlijk dezelfde vraag die mevrouw Van den Berg ook stelt. Continue Glucose Monitoring, CGM, zit al jaren in het verzekerpakket voor patiënten met diabetes type 1 met specifieke indicaties. Die zit dus al in het pakket. Het is een bestaande techniek. CGM is ook in de richtlijn opgenomen. Volgens het Zorginstituut kan Flash Glucose Monitoring — de nieuwe techniek, waarvan FSL, FreeStyle Libre, de eerste en vooralsnog enige verschijningsvorm is — sinds 2017 als technisch gelijkwaardige variant voor Continue Glucose Monitoring worden ingezet. De keuze voor de manier waarop het glucosegehalte wordt gemeten, via bloedprikken, CGM of FGM, wordt bepaald door de behandelend arts. Alle bijbehorende hulpmiddelen worden reeds uit de basisverzekering vergoed.

De **voorzitter**:

Afrondend de heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik zeg het even zoals ik het heb begrepen. Volgens mij wordt FGM nu voor vier groepen vergoed en CGM voor vijf groepen. Er wordt nu gekeken of FGM ook voor alle andere diabetespatiënten met type 1 vergoed zou kunnen worden. Mijn vraag is: aangezien CGM nu via het ziekenhuis ook niet voor iedereen beschikbaar is, waarom zou je CGM dan niet op z'n minst ook kunnen onderzoeken voor alle patiënten met diabetes type 1? Om te beginnen, want ik heb begrepen dat er ook mensen zijn met diabetes type 2 die een bepaald insulinegehalte hebben en die baat kunnen hebben bij FGM of CGM. Laat ik mijn vraag heel simpel maken. Is de minister bereid om, gelet op al deze signalen, te zeggen: ik moet het Zorginstituut verzoeken om het onderzoek te verbreden, zodat we over een halfjaar echt weten waar we over praten?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Het is af en toe heel erg inhoudelijk, maar dat is de aard van het debat. Ik ga u dus niet vragen om iedere keer een uitleg of een toelichting te geven. De minister.

Minister **Bruins**:

Dat lijkt mij heel goed, voorzitter. Continue Glucose Monitoring zit al jaren in het verzekerpakket voor patiënten met diabetes type 1 en specifieke indicaties. De heer Raemakers zegt: zou je dat niet kunnen verbreden? Die vraag leg ik voor aan het Zorginstituut. Het lijkt me goed om dat te doen. Maar ik wil niet — dat zeg ik ook omdat er met ons wordt meegekeken en meegeluisterd — dat dat tot een vertraging leidt van wat het Zorginstituut thans al in onderzoek heeft, want we willen heel graag een uitspraak hebben over Flash Glucose Monitoring. Die willen we eigenlijk nog dit jaar en zo veel eerder en sneller als mogelijk. Ik hoop dat ik daarmee recht doe aan de verschillende vragen aan deze tafel en daarbuiten.

De heer **Hijink** (SP):

Ik sluit me daarbij aan. Het zou heel goed zijn om dat onderzoek te verbreden, maar kijk alstublieft ook naar de maatschappelijke effecten van deze verandering. Ik vind het heel vreemd dat de minister zegt: het zou misschien best een goed idee zijn om in dit specifieke geval, als het om glucosemeters gaat, ook te kijken naar de maatschappelijke effecten daarvan. We moeten niet te veel rendementsdenken hebben in de zorg. We moeten ook kijken naar wat het in financiële zin oplevert aan maatschappelijke baten, zoals arbeidsverzuim en andere voordelen die het de samenleving biedt. Ik vind dat dat altijd zo zou moeten zijn. Ik vind het ook raar dat dat blijkbaar niet standaard is. Mag dat meegenomen worden in het onderzoek, zonder vertraging?

Minister **Bruins**:

Dat lijkt mij wel. Ik dacht dat ik dat zojuist had gezegd. Het lijkt mij goed om dat hier te doen. De reden daarvoor is dat je natuurlijk om een groot kostenbeslag vraagt. Het is niet mijn primaire insteek vanmiddag, maar ik wil die duidelijkheid graag verschaffen aan diabetespatiënten.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dan trek ik het toch graag breder. Je zou toch zeggen dat dit in algemene zin zou moeten gelden. Wij hebben hier een discussie over fysiotherapie, over mondzorg en over de zware paracetamol. Als je de zware paracetamol uit het basispakket haalt, dan heeft dat ook maatschappelijke kosten. Mensen kunnen bijvoorbeeld door pijn niet meer aan het werk of moeten andere kosten maken, bijvoorbeeld omdat ze het zelf moeten betalen. Fysio in het pakket heeft grote maatschappelijke effecten, zoals minder medicijngebruik. Dat soort effecten zul je toch allemaal moeten meewegen? Zou het Zorginstituut dit niet standaard moeten meenemen?

Minister **Bruins**:

Ik heb net gezegd dat ik het een beetje wil kanaliseren. Het lijkt mij heel goed dat het Zorginstituut eerst kijkt naar de effectiviteit. Soms, bijvoorbeeld als je te maken hebt met een groot kostenbeslag, moet je ook kijken naar de kosteneffectiviteit en de maatschappelijke baten. Dan moet je breder kijken. Maar als je dat in een standaardwerkwijze doet en dat vervolgens leidt tot een vertraging van de werkzaamheden, dan lijkt mij dat niet aantrekkelijk. Daarom zei ik: laten we dat doen als het gaat om een groot kostenbeslag. Dan kunnen we kijken naar de maatschappelijke baten, waaronder het kostenbeslag.

De **voorzitter**:

Er is een vraag van de heer Geleijnse.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Niet alleen bij dit onderwerp en niet alleen bij dit debat komt het Zorginstituut heel vaak ter sprake. Het duurt best enige tijd voordat we resultaten zien, dus ik vraag me zachtjes aan af hoe het zit met de bezetting van het Zorginstituut. Hoe zit het met de capaciteit van het Zorginstituut? Moeten we daar met z'n allen niet eens kritisch naar kijken? Dat ligt ook in het verlengde van mijn vraag wat deze patiënten kunnen verwachten in 2020. Ik hoor de minister zeggen: ik hoop aan het eind van dit jaar. Maar hij zegt ook: liever eerder en sneller. Ik zie het alweer voor me dat we op 28 december een briefje krijgen van de minister, waarin staat: "dit onderzoek gaat nog door" of "dit is het resultaat". Maar dan zijn we het pakket voor 2020 inmiddels voorbij. Ik wil graag een reactie van de minister.

Minister **Bruins**:

Ik ga u schriftelijk informeren over wat er na het advies van het Zorginstituut moet gebeuren, bijvoorbeeld over welke invoeringsdatum en welke groepen we het hebben. Ik ga u daar zo snel mogelijk over informeren. Ik hoef niet te wachten. Als ik het eerder ontvang van het Zorginstituut, dan zal ik het eerder naar u sturen. Ik doe het zo snel als mogelijk, niet alleen voor u, maar ook voor alle mensen die het aangaat. Dat lijkt mij duidelijk.

Ten tweede: we hebben het weleens vaker gehad over de werkwijze van het Zorginstituut. Ik vind het Zorginstituut een instituut om trots op te zijn. Het gaat vaak om situaties waar grotere of kleinere groepen patiënten in onze samenleving mee te maken hebben, bijvoorbeeld de situatie waarin bepaalde geneesmiddelen wel in het vizier zijn, maar nog niet binnen handbereik. Er wordt echt ongelooflijk hard gewerkt door dat

instituut. Dat is echt iets om trots op te zijn. U weet ook dat het Zorginstituut zegt: geneesmiddelen en behandelmethoden ontwikkelen zich en misschien moeten wij onze werkwijze daarop aanpassen. Daar staan ze ook open voor. Het Zorginstituut heeft nog niet zo heel lang geleden een technische briefing voor u georganiseerd. Dat is voor herhaling vatbaar. Het is een fantastisch instituut, waar heel hard wordt gewerkt. Als je ze 100 fte meer aan zou bieden, dan zouden ze, denk ik, zeggen: graag! Maar we moeten de eerste instantie nog tegenkomen die dat niet zegt. Ik geloof dat het altijd een kwestie van prioriteitstelling is en daar zijn we ook vandaag weer mee bezig.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Het Zorginstituut komt zó vaak ter sprake en het is bij allerlei zaken zó vaak vechten tegen de datum aan dat ik nogmaals de vraag stel of het niet goed is. Want laat duidelijk zijn: 50PLUS twijfelt geen seconde aan de inzet van de mensen die nu bij het Zorginstituut werken. Maar ik denk dat we met elkaar — hierbij hoop ik op steun van de collega's — eens gewoon kritisch moeten kijken of dat voldoende is, gezien hun takenpakket. Ik zeg niet 100 fte, want dat is ook heel makkelijk, ook van de minister. Maar laten we gewoon eens kritisch met elkaar kijken of dat voldoende is, en zo niet, wat daaraan gedaan kan worden richting de begroting 2020.

Minister Bruins:

Ik heb al gezegd dat ik trots ben op het Zorginstituut. U weet ook dat het Zorginstituut in heel veel gevallen steunt op expertise uit het veld. We zijn er dus nog niet door het toevoegen van capaciteit bij het Zorginstituut. Als het gaat over doorlooptijden van geneesmiddelen dan zegt u dat ze wel erg tegen de datum aan werken. Ik wil het omdraaien: ook het Zorginstituut spant zich zeer in om heel snel met hun adviezen en beoordelingen te komen. Ik kom nog te spreken over Fampyra. Het is altijd goed om naar de werkwijze van een instituut te kijken, maar ik zou meer willen kijken naar hoe men thans werkt en naar toekomstige ontwikkelingen. Dan zie ik meer in het aangaan van het gesprek in de vorm van een technische briefing dan in iets anders. Tot zover over FreeStyle Libre.

Mevrouw Van den Berg vraagt om een reflectie op de toepassing van het eigen risico bij de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. In onze vreselijke afkortingswereld: SO en AVG. Beiden zijn pas beschikbaar na een verwijzing door de huisarts. Mevrouw Van den Berg weet dat in beginsel voor alle zorg in het basispakket een verplicht eigen risico van €385 per jaar geldt. Er zijn wel wat uitzonderingen op het verplicht eigen risico, waaronder voor zorg zoals huisartsen plegen te bieden. De gedachte daarbij is dat de huisarts als poortwachter van het stelsel toegankelijker moet zijn, zonder enige financiële drempel. Het Zorginstituut heeft de zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten weliswaar geduid als "zorg zoals huisartsen plegen te bieden", maar de rol van de huisarts is anders dan die van de SO en de AVG. Dus nogmaals, zij zijn pas beschikbaar na een verwijzing door de huisarts. Ik zou dat willen vergelijken met het verwijzen naar een medisch specialist in een ziekenhuis.

Wordt in het kader van zinnige zorg voldoende gekeken naar alternatieven, zoals

voeding? Ik geef een beetje een antwoord in tweeën. Ja, er wordt gekeken naar alternatieven in het kader van zinnige zorg. Als je die stukken van de zorgevaluatie en gepast gebruik op je laat inwerken, dan wordt er gekeken naar de meest effectieve behandeling. Daar zit dus een variatie in. Het is natuurlijk wel de vraag of dat een alternatieve behandeling is. Vaak is voeding geen onderdeel van een behandeling, maar iets daarnaast. Het is dus geen andere behandeling, het is iets naast de behandeling. Maar door ZonMw laat ik onderzoek doen naar effectieve leefstijlinterventies die ingezet kunnen worden binnen de zorg, en daar kan voeding wel onder vallen. Ook ben ik samen met de Gezondheidsraad aan het kijken naar de mogelijkheid van een advies van die Gezondheidsraad over voeding bij cardiometabole aandoeningen, waaronder diabetes. Het is dus een beetje een antwoord in tweeën: er wordt bij zinnige zorg gekeken naar alternatieve behandelingen, waar voeding niet altijd onder valt, maar in specifieke situaties, zoals zojuist genoemd, kan er ook worden gekeken naar het aspect van voeding.

Dan de altijd aanwezige vraag over de transparantie van de polissen.

De voorzitter:

Voordat u daartoe overgaat nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, een vraag met wat vertraging, want hij gaat nog over de specialist ouderengeneeskunde, waarvan de minister zei dat dat een doorverwijzing is, daarbij een vergelijking makend met de medisch specialist in het ziekenhuis. Maar het idee was natuurlijk juist dat de specialist ouderengeneeskunde meer in de eerste lijn kwam. We willen juist met deze inzet van de specialist ouderengeneeskunde voorkomen dat er verwezen moet worden naar het ziekenhuis. Dat is ook heel goed, want precies wat we willen. Maar ik houd samen met andere collega's het pleidooi om het laagdrempeliger te maken dan de ziekenhuiszorg. Vandaar de vraag of het niet verstandig is om in lijn met de huisartsenzorg dan zo'n consult los te knippen van het eigen risico.

Minister Bruins:

Mevrouw Van den Berg had mij juist gevraagd om een reflectie — dat vind ik een prettig woord — te geven. Dus ik heb mijn reflectie gegeven, daarbij volmondig erkennend dat er ook een andere reflectie mogelijk is. Mevrouw Ellemeet gaf die reflectie, en misschien speelde die ook in het hoofd van mevrouw Van den Berg, wie zal het zeggen. Ik probeer nog even mijn reflectie te volgen: ik maakte de vergelijking tussen een huisarts en de medisch specialist in het ziekenhuis. Heel vaak zijn de specialist ouderengeneeskunde en die arts verstandelijk gehandicapten instellingsartsen. Daarbij kom je op bezoek via de huisarts. Voor die huisarts hebben we nog steeds dezelfde regel, zonder enige financiële drempel, maar dan wel met een verwijzing naar een instellingsarts. In het ene geval is dat een medisch specialist in het ziekenhuis, in het andere geval de SO/AVG. Die indeling vind ik nog steeds houdbaar.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het mooie is nu juist dat we eigenlijk zelf al stappen verder aan het zetten zijn. We zeggen: die instellingen, dat is het oude denken, we willen juist substitutie en zorg op de juiste plek, daarbij voorkomend dat mensen in instellingen terechtkomen. Daarin speelt de SO een heel belangrijke rol, want daarmee kunnen we met een vroegtijdige inzet van

die SO voorkomen dat mensen worden doorverwezen. Dus het hele idee dat we die eerste lijn willen versterken, laagdrempelig willen maken en daarmee dure zorg willen voorkomen, is een nieuwe inzet van de SO. Dat lijkt me hartstikke goed, maar dan moet je het wel even helemaal rondmaken en ook zorgen dat voor die SO net als de huisarts niet het eigen risico moet worden ingezet.

Minister Bruins:

Dan de andere kant van mijn reflectie: we hebben maar één poortwachter. Die poortwachter is de huisarts, niet de SO en ook niet de AVG. Nogmaals, die twee zijn nu vaak verbonden aan een instelling. Dus ik wil het eigenlijk toch maar houden zoals het is. Mevrouw Ellemeet zal daarover niet verbaasd zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg voor het tweede deel van de eerste interruptie. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Maar dan wel over een ander onderwerp, want ik wil graag ...

De voorzitter:

Dan ga ik eerst even kijken naar de heer Geleijnse, want die zit misschien wel op hetzelfde onderwerp. Dat is wel uw tweede interruptie.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ja, misschien doe ik er maar eentje. Ik vind het zo bijzonder dat de minister zegt: ik laat het dubbeltje die kant opvallen, ik zie het meer als een specialist en derhalve vallend onder het eigen risico. Terwijl de minister op pagina 7 van zijn eigen brief schrijft: het Zorginstituut heeft aangegeven dat de specialist ouderengeneeskunde zich van hetzelfde professionele arsenaal bedient als de huisarts. Zij bieden in termen van het Besluit zorgverzekering dus zorg zoals huisartsen plegen te bieden. De reflectie van mevrouw Van den Berg was bedoeld om de SO niet onder het eigen risico te laten vallen, omdat het een verlengstuk is van de huisartsenzorg.

Minister Bruins:

Ik heb het net gezegd in mijn antwoord. Ik heb precies dezelfde zin voorgelezen. Daar heb ik achteraan gezegd dat de rol van de huisarts anders is dan de SO en de AVG, omdat zij pas beschikbaar zijn na de verwijzing door de huisarts, en dus vergelijkbaar met het verwijzen naar een medisch specialist in een ziekenhuis.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik kom nog even terug op de woorden van de minister over voeding. Hij zei: alleen als daarvoor een duidelijke aanwijzing is, wil ik daarnaar kijken. Dat was dus in het geval van diabetes. Maar de constatering is dat veel ouderen met klachten bij de huisarts komen die in feite voedinggerelateerd zijn, terwijl er aan de andere kant kinderen zijn met voedingsproblemen, die bij een dure kinderarts lopen, en de eenvoudige oplossing voor de diëtisten niet. Is de minister bereid om dat nog eens voor te leggen aan het Zorginstituut?

Minister Bruins:

Misschien mag ik dat meenemen. Misschien moet mevrouw Van den Berg mij dan even uitleggen op welke groep mensen zij het oog heeft. Ik sprak in mijn antwoord over de groep waarvan ik dacht dat zij die op het oog had, namelijk diabetespatiënten, maar misschien heeft zij het over een andere groep. Zullen we eens kijken of we haar vraag kunnen adresseren bij het onderzoek van ZonMw?

De voorzitter:

Voordat de minister verdergaat, merk ik op dat mevrouw Agema helaas de vergadering heeft moeten verlaten, vanwege verplichtingen elders in dit huis. De minister.

Minister Bruins:

Wat jammer is, want we zijn pas bij de transparantie van de polissen. Dit is een klassieker van mevrouw Van den Berg, maar ik lees toch de vraag nog even voor. De informatie over polissen en prijzen van polissen moet transparanter, want die informatie blijkt nog vaak moeilijk te vinden. Is de minister bereid zich hiervoor hard te maken? Wat kan de NZa op dit punt doen? Ja, mevrouw Van den Berg weet dat ik mij hiervoor hard maak. Ik vind dat die polismarkt transparanter moet. Het is al een tijdje te druk als het gaat om het aantal polissen. Het is nog niet heel erg succesvol, maar dat is meer gelegen in het feit dat zich meer aanbieders op de Nederlandse markt begeven, wat in zichzelf een goed teken is. We hebben nu elf partijen, en een aantal partijen, waaronder ik, vindt dat een goed idee. Ik zie ook andere partijen die het een iets minder goed idee vinden, maar ik vind het wel een goed idee. Even over de NZa. Zij scherpt de transparantie-eisen aan, zij verlaagt de collectiviteitskorting naar 5%. Verder noem ik de afspraak die is gemaakt met verzekeraars om toe te gaan naar een kleiner en daarmee meer onderscheidend polisaanbod. Het thema vindbaarheid en transparantie blijft voor mij dus een aangelegen punt. Ik weet eigenlijk wel zeker dat we daar bij de begroting en anders bij de monitor die de NZa voor ons zal maken voor het voorjaar van 2020 nog op terug zullen komen. Het gaat niet vanzelf.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank aan de minister. Op basis van een eerder voorstel van het CDA zal de minister begin 2020 kijken naar hoe de markt zich verder ontwikkeld heeft, juist ook ten aanzien van de collectiviteitskorting. Is de minister bereid om ook de transparantie mee te nemen? De NZa maakt een aparte monitor. Dat hebben ze in november vorig jaar weer gedaan. Maar de NZa en de ACM hebben vorig jaar juni samen een onderzoek gedaan waarin juist die kloonpolissen veel duidelijker naar voren kwamen. Is de minister bereid om dat onderzoek te laten herhalen?

Minister Bruins:

Ik heb me niet geprepareerd op deze vraag, want ik dacht dat we het hier hadden over pakketbeheer en niet over polisvariatie. Maar nogmaals, ik wil de vraag niet wegschuiven, want ik vind het heel belangrijk dat verzekeraars niet een oneindig aantal modelovereenkomsten, modelpolissen, hebben. Waarom niet? Omdat dat het feitelijk heel ingewikkeld, zo niet onmogelijk, maakt voor u en mij om polissen simpel te vergelijken. Daarom zoek ik naar een werkwijze waarin die modelpolissen steeds terugkomen in elk contract dat een verzekeraar met een mens in Nederland wil sluiten, zodat iedereen kan zien: mijn polis, mijn verzekering, is gebaseerd op een van die 59 modelovereenkomsten. Dat is in ieder geval een vorm van helderheid. Dan weet je waar je het moet vinden en hoef je niet meer in duizenden polissen te zoeken, want dan zijn

er nog 59. Maar dat moet een kleiner aantal worden en daar dring ik ook bij de verzekeraars op aan. Wie u ook belt, ze zullen weten dat dit voor mij een aangelegen punt is.

Voorzitter. Dan de fysiotherapie. Daar was ook een vraag over van mevrouw Van den Berg. Is de minister bereid om te onderzoeken wat de voor- en nadelen, en de kosten en opbrengsten, zijn van het weer opnemen in het pakket van fysiotherapie voor chronisch zieken? Eigenlijk zou ik willen antwoorden dat een dergelijk onderzoek in mijn ogen al loopt. We hebben het daar eerder over gehad. Het gaat om het Systeemadvies fysio- en oefentherapie. Vanuit een analyse van de laatste stand van de wetenschap kan het Zorginstituut adviseren om een specifieke behandeling al vanaf de eerste zitting op te nemen in de aanspraak. Dat geldt nu al voor claudicatio, artrose van de heup en knie, en COPD. Inmiddels zijn ze met een vierde advies bezig. Mevrouw Van den Berg weet dat er in de bestuurlijke afspraken ruim zes ton beschikbaar is gesteld om dat systeemadvies verder te brengen. We investeren dus ruim zes ton in dat systeemadvies. Toen heb ik ook aangegeven dat als zich in het veld een nieuwe groep professionals aandient die zegt "bij deze aandoening kan fysiotherapie een zinnige behandeling zijn en daarom zou je het eigenlijk moeten vergoeden vanaf de eerste zitting", men welkom is. Dit kan worden onderzocht volgens de regels van het systeemadvies. Dat is een bestaande werkwijze van het Zorginstituut. Dus ik zou eigenlijk willen zeggen: het onderzoek waar u om vraagt, wordt gedaan; dat is de standaardwerkwijze.

Dan de behandeling van zeldzame aandoeningen in het buitenland. Dat is een heel ander onderwerp. In het buitenland zijn er therapieën die soms een verbetering of verlichting geven. Is de minister bereid om hier onderzoek naar te doen? Dat is een ongelofelijk moeilijke vraag. Er is zo veel. In heel veel gevallen staat de effectiviteit van de behandeling niet vast en wordt er dus ook geen vergoeding gegeven. Ik begrijp heel goed dat mensen behandelingen soms als laatste strohalm aangrijpen. We hebben dit laatst ook besproken aan de hand van de discussie over crowdfunding. Maar ik moet mensen er wel op wijzen dat dergelijke behandelingen ook tot een teleurstellend resultaat kunnen leiden. De Nederlandse inspectie heeft daar geen zicht op. Ik heb toen — en ik herhaal dat nu — mensen opgeroepen om de kansen en risico's te bespreken met hun behandelend arts. Maar dit zal niet leiden tot een vergoeding in Nederland, omdat de effectiviteit niet vaststaat. Of omgekeerd: de effectiviteit moet eerst vaststaan voordat men tot een vergoeding kan komen.

Ik heb nog twee vragen van mevrouw Van den Berg, ten eerste over de afbouwmedicatie. Ook de heer Geleijnse zal geïnteresseerd zijn in dit onderwerp. Dat geldt ook voor anderen. Is de minister bereid om te stimuleren dat partijen nog eens om tafel gaan zitten als het gaat om afbouwmedicatie? Het antwoord is ja. Ik denk dat dat goed is. Ik weet dat 50PLUS, en misschien ook andere partijen, eerder deze maand een rondetafel heeft gehouden. Ik denk dat het goed is om om tafel te gaan zitten, ook met de zorgverzekeraars, om te kijken naar de verschillen in het vergoedingsbeleid en naar de mogelijkheden om tot een meer uniform vergoedingsbeleid te komen. Dat bleek ook uit het betoog van de heer Rutte. Ik denk dat we dat belangrijk vinden, dus ik wil de zorgverzekeraars en andere partijen graag aan één tafel hebben. Ik denk dat dat gaat helpen om duidelijkheid te creëren. Maar de evidence is al een tijdje een vraagstuk. Ik was niet bij de rondetafel die 50PLUS organiseerde, maar ik weet eigenlijk wel zeker dat dat het ongoing vraagstuk is. Is er voldoende bewijs? Dat zal altijd een thema blijven

totdat daar een mouw aan is gepast. Ik begrijp goed dat verzekeraars alleen rationele farmacotherapie vergoeden. Als ik die rondetafel organiseer, dan zal ook mijn inbreng zijn dat er aanvullend onderzoek moet worden gedaan, zodat er meer bewijs komt en daarmee meer handvatten voor behandelaars.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, gaat de heer Geleijnse zijn laatste vraag stellen.

Minister Bruins:

Ik kom nog bij de heer Geleijnse, omdat er nog nadere vragen zijn. Jullie hadden een heel setje.

Ik heb nog één vraag van mevrouw Van den Berg opgeschreven, namelijk: hoe worden de patiënten betrokken bij het standpunt over neuromodulatie? Het Zorginstituut heeft een vaste werkwijze. Een onderdeel hiervan is dat alle professionals via wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars op verschillende momenten in het beoordelingstraject worden geconsulteerd. Ten aanzien van het standpunt over neuromodulatie waren dit in ieder geval de Patiënten Vereniging Voor Neuromodulatie, de patiëntenvereniging voor rugklachten en de patiëntenvereniging voor diabetespatiënten. Mevrouw Van den Berg controleert meteen eventjes of dat allemaal klopt. Deze werkwijze houdt in dat het Zorginstituut bij de diverse overleggen die zijn gevoerd over neuromodulatie ook patiënten uitnodigt. Ik heb begrepen dat zij ook aanwezig zijn. Er is natuurlijk meer te vertellen over de werkwijze van het Zorginstituut. Ik noem twee begrippen. De beoordeling is gebaseerd op de principes van evidence-based medicine, EBM. Dit houdt onder andere in dat het Zorginstituut een relevante vergelijking formuleert door het opstellen van een PICOT. Voordat de tweede termijn is aangebroken, weet ik ook wat een PICOT is. Daarnaast wordt gezocht naar evidence en wordt de kwaliteit hiervan beoordeeld aan de hand van de beschikbare gegevens in de literatuur.

Tot zover op dit punt, voorzitter.

De voorzitter:

De laatste vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dan noteer ik in ieder geval dat mocht de patiëntenvereniging er nog niet bij betrokken zijn, dat bij dezen geregeld gaat worden.

Dan het tweede dat ik wil vragen. Ik heb begrepen dat bepaalde gegevens nu niet beschikbaar zijn. Vroeger was er een eenduidig registratiesysteem, maar nu is daar blijkbaar discussie over bij artsen. Dat kan doorbroken worden, zodat het Zorginstituut ook de andere registraties kan meenemen.

Minister Bruins:

Ik wil mij daar graag voor inspannen. We moeten even kijken hoe we dit praktisch kunnen oplossen. Er moet een standpunt worden geformuleerd over neuromodulatie. Wij praten daar hier in zeer beleidsmatige zin over, maar je zal het maar nodig hebben in de praktijk. Laten we kijken hoe we de gegevens die niet beschikbaar zouden zijn ... Ik

weet niet waar het over gaat, maar als bemiddeling van mijn kant helpt om dat bij het Zorginstituut aan te bieden, dan ben ik daar graag toe bereid.

Ik heb inmiddels een flink stapeltje vragen afgewikkeld, maar nog niet alles. De heer Hijink had het over Fampyra en vroeg: waarom wachten we nou zo lang? Ik heb u eerder in dit huis uitgebreid verteld dat er goede gesprekken zijn gevoerd met de producent over Fampyra. Er is een terugbetalingsregeling opgezet voor patiënten. Die regeling loopt maximaal tot eind augustus. Waarom tot eind augustus? Omdat het Zorginstituut het onderzoek dat het inmiddels heeft, eerst moet beoordelen. Het Zorginstituut verwacht uiterlijk deze zomer — dus voordat die terugbetalingsregeling afloopt — definitief een uitspraak te doen over de pakketwaardigheid van Fampyra. Daar is alles op ingezet. Zo heb ik dat van tevoren ook gezegd. We moeten zorgen dat we voor eind augustus duidelijkheid hebben. Er moet een uitspraak komen over de pakketwaardigheid. Die zal er dus ook zijn voor eind augustus. Ik zeg dat via u aan alle mensen die een beroep doen op dit medicijn.

De heer Hijink vroeg: vindt de minister vitamines en mineralen een luxeproduct? Dat was geloof ik ook een vraag van mevrouw Van den Berg. Nee, natuurlijk vind ik dat niet een luxeproduct. Ik geloof dat niemand een medicijn een luxeproduct vindt. Ik laat de effecten van het uit het pakket halen van deze middelen monitoren. De monitor kijkt daarbij ook naar mensen die eerst paracetamol 1.000 milligram gebruikten en die nu eventueel substitueren door andere, misschien ook verslavende, pijnstillers. De eerste resultaten van deze monitor zullen in oktober bekend zijn. De eindrapportage volgt in het voorjaar van 2020. Het gaat over een pakketwijziging die in januari is ingezet. Omdat uw Kamer, ook bij de begrotingsbehandeling, heeft gezegd dat ze het interessant vindt om te volgen wat de effecten daarvan zijn, heb ik gezegd: oké, dan wil ik niet een heel jaar wachten; dan wil ik de eerste resultaten van de monitor graag al in oktober hebben. Ik denk dat het dan een rol kan spelen bij bijvoorbeeld de begrotingsbehandeling.

De heer **Hijink** (SP):

De reden dat de SP hierover begint, is dat het althans in financieel opzicht een kleine maatregel is. Het gaat om miljoenen die makkelijk op te brengen zijn en die heel simpel met een penningstreek van de begroting gestreept kunnen worden, dus ideaal voor de minister. Maar voor een heel specifieke groep heeft die maatregel enorme gevolgen, namelijk als je voor je gezondheid afhankelijk bent van die middelen. Ik noemde het voorbeeld van die mevrouw die €800 per jaar aan kosten maakt voor calciumtabletten. Die slik je niet voor je lol. Sterker nog: het is best wel link als je daarvan veel te veel slikt. Als je dat slikt, heb je dat nodig. Wat is nou de onderbouwing dat medicatie, als dat pillen zijn die geen vitamines en mineralen bevatten, wel vergoed wordt en op dit punt ineens niet meer? Dat is toch eigenlijk heel vreemd? En het is toch ook vreemd dat dat specifiek een heel beperkte groep zo hard in de portemonnee raakt?

Minister **Bruins**:

In zijn algemeenheid ging het natuurlijk juist vaak over middelen die een beperkt kostenbeslag kenden. Vorig jaar hebben we bij de behandeling van de pakketbrief besproken dat je moet wikken en wegen. We vinden het allemaal makkelijker om iets toe te voegen aan het pakket dan om er iets uit te halen. Daarom hebben we dat debat toen gevoerd en gekeken naar het kostenbeslag, dat daarbij zwaar heeft gewogen voor veel fracties in deze Kamer. Daar is deze keuze gemaakt, onder de aantekening dat we dat

goed zouden monitoren.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dan kom ik toch weer op het punt dat ik helemaal aan het begin van dit debat maakte: de zorgkosten worden niet lager, niet minder, als een maatregel als deze wordt genomen, de kosten worden verplaatst naar degenen die ziek zijn, die de middelen nodig hebben. Dat is gewoon niet solidair. Daarom zegt de SP dan ook dat die middelen vergoed moeten worden, omdat niemand ze voor zijn of haar lol slikt. Er is nog iets anders: voor geneesmiddelen geldt nu een maximale eigen bijdrage van €250. Ik weet dat dat geen heel ingewikkelde constructie wordt, maar zou het niet goed zijn dat de groep die echt buitensporig veel kosten maakt aan mineralen en vitaminen omwille van de gezondheid, een vergoeding krijgt als ze door die grens heen gaan? Wil de minister daarnaar kijken?

Minister **Bruins**:

Nee, voorzitter, we hebben het al heel vaak over solidariteit. Natuurlijk betaalt gezond voor ziek. Dat is een onderdeel van wat wij in Nederland "verzekering" noemen, en dat is ook goed. Daar zoeken we telkens de goede balans in. Maar voor pakketbeheer zal altijd gelden dat je keuzes moet maken tussen wat je moet toevoegen en wat je eruit moet halen. Ik vind eerlijk gezegd dat in de pakketbrief van dit jaar weinig onderdelen eruit zijn gehaald, en dat er meer aan zijn toegevoegd. Dat is een constatering, niets anders dan dat. Solidariteit blijft altijd belangrijk. Ook die afspraak over €250 is gemaakt en ik heb daarover met uw Kamer gedebatteerd.

Ik heb nog een vraag van de heer Hijink over het inkoopbeleid bij vervoer. Het is goed dat zorgverzekeraars scherp zijn op de prijs bij de inkoop van zorg. Dat is hun taak, het kan bijdragen aan een lagere premie. Natuurlijk geldt altijd de waarschuwing dat de prijs niet zo laag mag zijn dat de kwaliteit niet meer toereikend is. De signalen hieromtrent van onder andere de Nierstichting, de Patiëntenfederatie en FNV Taxi wil ik wel serieus nemen. Natuurlijk vind ik het in eerste instantie de taak van deze partijen om daarover zelf het gesprek aan te gaan met de zorgverzekeraars. Ik weet eigenlijk niet zeker of dat inmiddels is gebeurd. Ook kunnen partijen overwegen om het verschil van inzicht over contractering voor te leggen aan de onafhankelijke geschilleninstantie zorgcontractering. De NZa houdt toezicht op het werk van zorgverzekeraars. Van de NZa heb ik geen signalen ontvangen dat de kwaliteit van ziekenvervoer onder de maat is. Ik heb dus eigenlijk over uw hoofd heen tegen de partijen die hier de vinger bij leggen gezegd: u heeft kansen om zelf een aantal initiatieven te nemen. Maar gelet op de signalen uit het veld zal ik aan de NZa vragen of een verkenning kan worden uitgevoerd door met alle partijen, dus verzekeraars, taxibonden en patiëntenverenigingen, in gesprek te gaan over de mogelijke problemen. Die verkenning moet een antwoord geven op de vraag of er een probleem is, wat het probleem is en hoe dat kan worden aangepakt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Wanneer?

Minister **Bruins**:

Dat weet ik niet, want ik moet eerst zorgen dat ik dat gesprek ga voeren. Laat ik dat nou eens doen in het najaar.

Dan in de richting van de heer Geleijnse. Ben ik bereid om op het punt van de afbouw de relevante partijen uit te nodigen? Daar heb ik al op geantwoord met ja. Waarom kiest u bij het consensusdocument voor de lijn van het Zorginstituut en niet voor die van de experts? De heer Geleijnse verwijst naar het multidisciplinaire document dat is opgesteld door psychiaters, huisartsen en apothekers. Dat document stelt dat er onvoldoende onderzoek voorhanden is over hoe we het beste dergelijke geneesmiddelen kunnen afbouwen.

De voorzitter:

Ik hoor gefluister dat de vraag door de heer Hijink is gesteld. Maar hij is nu beantwoord. Ik hoop dat hij tevreden is; anders horen we dat in tweede termijn.

Minister Bruins:

Ik was pas halverwege het antwoord. Maar de heer Hijink heeft geen interruptiemogelijkheden meer.

De voorzitter:

Nee, precies. U houdt het goed bij!

Minister Bruins:

Dan stop ik hier met antwoorden. Dat multidisciplinaire document stelt dat er onvoldoende onderzoek voorhanden is over hoe we dergelijke geneesmiddelen het beste kunnen afbouwen. Experts stellen dus dat er aanvullend onderzoek nodig is. Hoewel er veel mensen zijn die het lukt om af te bouwen met de reguliere sterktes van deze geneesmiddelen, weten we ook dat er mensen zijn die te maken krijgen met onttrekkingsverschijnselen. Daarom is het goed dat zorgverzekeraars in individuele gevallen deze middelen vergoeden, en wil ik aanvullend onderzoek stimuleren. Waarom vergoeden we afbouwen niet uit het pakket? Ik dacht toch echt dat dat een vraag was van de heer Geleijnse. Zorgverzekeraars vergoeden afbouwmedicatie als het rationele farmacotherapie betreft. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om te beslissen of deze geneesmiddelen aan de criteria voor rationale farmacotherapie voldoen. Ik begrijp van zorgverzekeraars dat er op dit moment alleen in individuele gevallen, afhankelijk van de werkzame stof en de sterktes die regulier verkrijgbaar zijn, in hun beleving sprake is van rationale farmacotherapie. Is de minister bereid om de tussenoplossing van DSW te gebruiken? Nou nee, ik vraag me af of er een tussenoplossing nodig is. In individuele gevallen vergoeden zorgverzekeraars magistraal bereide afbouwmedicatie. We hebben aanvullend wetenschappelijk onderzoek nodig om op voorhand te kunnen zeggen welke patiënten baat hebben bij een dergelijke afbouwmedicatie. Wellicht is het een optie om tijdens het uitvoeren van aanvullend onderzoek al eerder te vergoeden, zoals dat zou kunnen via de Subsidieregeling veelbelovende zorg. Dat ga ik nu nog niet beloven, want dat is te zijner tijd aan het Zorginstituut, als er een onderzoeksvoorstel bij hen wordt ingediend.

Dan de vaccinaties. Kan de minister ons een update geven van het aanbieden van vaccinaties tegen pneumokokken aan 60-plussers? Ik heb begrepen dat de staatssecretaris de Kamer hierover op 24 juni, dus eergister, heeft geïnformeerd. Vanaf

het najaar 2020 gaan huisartsen pneumokokkenvaccinaties aanbieden aan alle 60-, 65-, 70- en 75-jarigen.

De **voorzitter**:

De heer Geleijnse, voor zijn laatste vraag.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Dat is waarschijnlijk een punt van orde. Ik heb geen antwoord gekregen op twee vragen, namelijk over de medicatiebeoordelingen en de huidige werkwijze en systematiek bij de totstandkoming van het pakket. Dat mag in tweede termijn, maar ...

De **voorzitter**:

Het is goed dat u daar even op attendeert.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Over medicatiebeoordeling heb ik het volgende gevraagd. Sommige zorgverzekeraars sluiten dat uit van het eigen risico, maar een aantal nog niet. Bent u bereid om die zorgverzekeraars te stimuleren om dat niet onder het eigen risico te laten vallen?

De **voorzitter**:

De tweede vraag heeft de minister wel genoteerd?

Minister **Bruins**:

Nee.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Ik had gevraagd of u zelf tevreden bent, als minister, over werkwijze en systematiek bij de totstandkoming van het pakket.

Minister **Bruins**:

Over de manier waarop wij het hier doen? Ja, dat is wat mij betreft een retorische vraag. Ik denk dat het de best mogelijke manier is. Ik denk dat wij deskundigen, dus van het Zorginstituut en daarvoor beroepsgroepen, opvattingen en oordelen nodig hebben, op basis waarvan wij besluiten nemen. Wij vinden — dat heeft uw Kamer nog niet zo heel lang geleden bij motie aangegeven — die beoordelingen en adviezen van het Zorginstituut oerbelangrijk. Vind ik dit ideaal? Nee, natuurlijk niet. Ik proef bij de voorbereiding van een dergelijk algemeen overleg heel goed dat er ongelooflijk veel wensen zijn om het pakket te verbreden, terwijl er ook heel weinig ruil in zit. Er zijn weinig suggesties gedaan aan deze tafel, niet alleen nu maar ook op andere momenten, om zaken eruit te halen. Dat zie ik dan maar als mijn taak, die ik ingewikkeld vind. Maar ik probeer het wel goed uit te leggen. Ik denk dat het wel een methode is die vrij precies is. We praten hier soms op het niveau van een behandeling, een geneesmiddel of een bepaalde groep of interventie. Maar dat zij dan maar zo. Ik geloof dat uw Kamer daar niet tegenop ziet, en ik doe dat ook niet. Maar aan het eind van de dag zullen er wel keuzes moeten worden gemaakt, die niet altijd makkelijk zijn te maken. Tegelijkertijd: de mensen die te maken hebben met de noodzaak van een bepaald geneesmiddel of een bepaalde behandeling wegen allemaal veel zwaarder. We moeten dus gewoon moedig voortgaan.

De **voorzitter**:

Uw laatste vraag, meneer Geleijnse.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Mijn laatste vraag gaat over afbouwmedicatie. In mijn betoog heb ik al gesproken over het wetenschappelijk onderzoek dat nu gedaan wordt versus de voorspelling van sommige wetenschappers dat het niet gaat lukken om daar rationele farmacotherapie van te maken, omdat het altijd op individueel niveau getoetst zal moeten worden. Dat dilemma voel ik, dat voelt denk ik iedere fractie en dat voelt volgens mij ook de minister als ik zijn beantwoording goed hoor. Maar is hij dan op zijn minst bereid om gewoon die vraag open en eerlijk op tafel te leggen bij het vervolg van dat gesprek?

Minister **Bruins**:

Zeker. Ik dacht dat ik daarstraks al in de richting van de heer Geleijnse had geantwoord dat dit aanvullende onderzoek ingewikkeld is. Maar er moet natuurlijk ook wel een keer een einde aan komen. Het onderzoek kan niet een soort procesterm zijn, zo van "dat moet aldoor voortduren". Ik moet wel de verschillende partijen aan één tafel hebben en ik moet ook patiëntbelangen onderscheiden van commerciële belangen. Dat wil ik toch ook wel gezegd hebben.

Voorzitter. Ik kom toe aan de vragen van de fractie van GroenLinks. Is de minister ervan op de hoogte dat het onderzoek van de gecombineerde leefstijlinterventie, GLI, is gericht op mensen met overgewicht en niet op de doelgroep diabetes? Zo was, als ik het goed heb, de vraag van mevrouw Ellemeet. Ik ga proberen deze vraag te beantwoorden. Dan check ik daarna of ik hem goed heb begrepen. Ik dacht dat de duiding van het Zorginstituut over de GLI ten grondslag ligt aan dat onderzoek. Dat onderzoek heet Finnish Diabetes Prevention Study en is gericht op het voorkómen van diabetes type 2. Dat is ook logisch omdat er een causale relatie is tussen overgewicht en het krijgen van diabetes type 2. Anders gezegd: overgewicht verhoogt het risico op hart- en vaatziekten en op die vorm van diabetes. Het kan niet los van elkaar worden gezien. Wanneer mensen hun leefstijl aanpassen — daarop is een leefstijlinterventie als GLI gericht — verbeteren hun insulineaarden. Nu moet ik even kijken of ik de goede vraag en het goede antwoord bij elkaar heb gepast.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet heeft nog één interruptie. Zullen we even wachten tot het eind van het blokje met de vragen van mevrouw Ellemeet? Dan kom ik bij haar terug. Ik verzoek de minister om door te gaan met de beantwoording.

Minister **Bruins**:

Ik ga door met de beantwoording. Ik stel me zo voor dat mevrouw Ellemeet die interruptie voor iets anders wil bewaren. Ik wil graag een precies en inhoudelijk antwoord geven. Het gaat niet alleen om mensen met overgewicht, maar ook welzeker om de doelgroep diabetes. De bereidheid is er om het in ieder geval feitelijk beter uit te zoeken als mijn antwoord niet zou voldoen.

De **voorzitter**:

Anders hebben we ook nog een tweede termijn. Het komt goed.

Minister **Bruins**:

Er is gezegd: de minister wijst in de beantwoording van de Kamervragen op het RIVM, dat de effectiviteit van interventies kan toetsen. Heeft het RIVM wel die expertise? Ja, welzeker. In Nederland bestaat de mogelijkheid om leefstijlinterventies te laten toetsen op kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid van de interventie door experts uit wetenschap en praktijk. Een dergelijke beoordeling wordt gedaan door het RIVM, dus dat heeft daar de expertise voor. Onder andere wordt daarbij gebruikgemaakt van de Interventiedatabase Gezond en Actief Leven.

Dan de leefstijlgeneeskunde. Een paar verzekeraars vergoeden al de leefstijl als iets bewezen effectief is. Wil de minister erop wijzen dat zij afspraken hebben gemaakt om bewezen effectieve interventies over te nemen als geheel, als groep? Verzekeraars kunnen met elkaar afspreken om bepaalde leefstijlinterventies allemaal in te kopen. Dat vind ik natuurlijk aan hen. Voordat de verzekeraars hiertoe overgaan, zal een verzekeraar die een interventie als effectief aanmerkt, wel de nodige motivering moeten leveren. Zonder bewijs voor effectiviteit is het aan elke verzekeraar afzonderlijk om die bepaalde interventie in te kopen en te vergoeden. Volgens mij is die afspraak tussen de verzekeraars onderling ook in die zin gemaakt.

Mevrouw Ellemeet had ook vragen gesteld over de specialist ouderengeneeskunde. Die heb ik beantwoord, net als haar vragen over fysiotherapie.

Ik heb nog de tolkenvoorziening liggen. Is het mogelijk om in het basispakket aanspraak op een tolk te maken? Ik zie geen reden voor een dergelijke aanspraak. Er is geen tolkenvoorziening vanuit het basispakket beschikbaar. Mevrouw Ellemeet kent het uitgangspunt dat men goed Nederlands moet spreken. Slechts voor enkele groepen is een uitzondering gemaakt, zoals slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers in de opvangcentra of vrouwen in de maatschappelijke opvang.

Dan nog PrEP — of moet ik die bewaren tot we bij de heer Raemakers zijn aangekomen? Wanneer krijgen de GGD's van het RIVM de definitieve tekst van de subsidieregeling? Dat zal ergens in de komende weken gebeuren. Maar de inhoud van de regeling is bij de GGD's bekend. Dat heb ik vanmorgen nog even gecheckt. De andere vragen doe ik even bij de heer Raemakers, simpelweg omdat die in een ander mapje zitten.

Dan de KID. Blijven de rechten voor vrouwen wel hetzelfde als de KID wordt vergoed vanuit een subsidieregeling? Ik dacht dat ik dit in mijn brief van 20 juni duidelijk heb aangegeven. Ik zal een subsidieregeling opstellen, gericht op de KID-behandeling voor lesbische vrouwen en alleengaande vrouwen. Het uitgangspunt van de regeling is dat er in materieel opzicht zo min mogelijk zal veranderen voor de groep vrouwen voor wie de behandeling in de praktijk tot nu toe ten laste van de Zorgverzekeringswet werd gebracht. Dat is de insteek. Zo moet die regeling eruitzien. Daar kunt u ook van op aan. Bij het vergoeden van het aantal behandelingen sluit ik aan bij zoals het nu in de Zorgverzekeringswet is gelopen. Bij een subsidieregeling hebben we een standaardwerkwijze afgesproken. Elke vijf jaar evalueren we die. Daarop is het besluit gebaseerd om daarmee weer voort te gaan. Zo had ik het bedacht in mijn brief van 20 juni. Dat lijkt mij nog steeds de goede route.

Dan het vervoer. Daarvan heb ik gezegd dat ik verschillende partijen in het taxivervoer aan tafel haal.

Tot slot nog de vraag hoe we ervoor zorgen dat bewezen effectieve zorg kan worden overgenomen en geïmplementeerd. Dat is bijna de kapstokvraag voor het programma waar we professor Repping voor hebben gevraagd. Afgelopen vrijdag hebben zij hun aanpak aan mij gepresenteerd. Die heeft u inmiddels ontvangen. De bedoeling is natuurlijk dat wij over een jaar of vijf weten dat onderzoeksresultaten niet meer op de plank blijven liggen, maar dat onderzoek goeddeels — ik heb gezegd dat 80% al een fantastische score zou zijn — geïmplementeerd wordt. Wat vind ik nou het bijzondere van het programma van Repping? We doen dat met al die hoofdlijnpartijen. Iedereen heeft nu dat commitment uitgesproken. Als een soort boekensteun is aan de ene kant ZonMw betrokken en aan de andere kan het Zorginstituut. Ik zie daar goede vooruitzichten.

Dit waren de vragen van GroenLinks, voorzitter.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik kom even terug op leefstijlgeneskunde. Eerst even een paar misverstanden. Het RIVM zegt zelf dat het de expertise niet heeft om dat onderzoek te doen. Dus ja, dan houdt het op. Het geeft zelf aan dat niet te kunnen doen, maar het moet ergens gedaan worden. Een ander misverstand is dat het nog niet bewezen effectief zou zijn. In het British Medical Journal — dat is niet het minste tijdschrift met medisch-wetenschappelijk onderzoek — is een publicatie geweest over evidence van het omkeren van diabetes. Dus de evidence is er. Mijn punt rond de zorgverzekeraars is dat zij inderdaad onderling hebben afgesproken dat als het bewezen effectief is, dit moet worden opgeschaald. Ik zie u wenken, voorzitter, maar er waren wat feitelijke onjuistheden en ik wil die even rechtzetten. Omdat dit de afspraak is, verwacht ik ook dat die opschaling gebeurt. Waarom gebeurt die niet? Niets menselijks is de zorgverzekeraars vreemd: het is not invented here, bij onze eigen zorgverzekeraars. Maar als dit de afspraak was en iets blijkt te werken, verwacht ik ook dat dit overgenomen wordt. Mijn vraag aan de minister is nogmaals of hij de verzekeraars kan attenderen op deze afspraak.

Minister **Bruins**:

Ja, dat doe ik zeker. Nu, met de toelichting erbij, zal ik dat doen aan de hand van datgene wat we hier bespreken. Ik weet zeker dat dit leidt tot een reactie, want ik ga hun die vragen. Daar breng ik u weer van op de hoogte.

De **voorzitter**:

Kunt u aangeven wanneer? Die vraag wilde mevrouw Ellemeet stellen.

Minister **Bruins**:

We hebben periodiek overleg met de zorgverzekeraars. Mag dit in het najaar? We hebben drie of vier keer per jaar een periodiek overleg over allerlei onderwerpen.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Afrondend. De bewijslast stapelt zich op. We spreken mensen bij wie het goed werkt en we willen dat meer mensen er gebruik van kunnen maken. Dus stap 1 is dat zorgverzekeraars met z'n allen dit gaan vergoeden en stap 2 is natuurlijk dat de minister uitspreekt dat patiënten recht hebben op een bewezen effectieve behandeling. Dan kunnen de vervolgstappen gezet worden, ook richting het Zorginstituut. Is de minister bereid om dat uit te spreken?

Minister Bruins:

Als het bewezen effectief is; daar hebben we het eerder over gehad. Daarom hebben we de gezonde leefstijlinterventie in het verzekerd pakket gestopt vanaf 1 januari dit jaar. Ik vind dat een hele goede voortgang. Dan zou ik ook vinden dat de bewezen effectiviteit geen vraag meer moet zijn, maar een antwoord. Daar zal het waarschijnlijk op haken bij de verzekeraars. Laat mij dat punt dan maken en mede namens u daar op tafel leggen. Dan horen we wel wat de reactie is. We hebben het weleens eerder gezegd: wij gaan niet uit van de mens als patiënt, maar van de mens als mens, en daarbij gaan we ervan uit dat gezond leven en de gezonde leefstijlinterventie een belangrijke rol kunnen spelen. Dat vertrekpunt delen niet alleen mevrouw Ellemeet en ik, maar ook de zorgverzekeraars, denk ik. Er zou hier ook een belang kunnen zitten voor de zorgverzekeraars. Ik denk dat het met die insteek is dat ik het daar wil brengen.

Voorzitter. D66 heeft vragen gesteld over neuromodulatie; we hebben er al even over gesproken. Hoe worden bij neuromodulatie de maatschappelijke kosten en baten gewogen? Bij neuromodulatie wordt gekeken naar de effectiviteit, oftewel: voldoet het aan de stand van wetenschap en praktijk, zodat de behandeling vergoed kan worden vanuit de basisverzekering? Het meewegen van maatschappelijke kosten en baten is in dit perspectief niet relevant, zou ik willen zeggen, omdat het al onderdeel is van het pakket. Het zit in het pakket en dan kom je niet meer toe aan de vraag over het meewegen van maatschappelijke kosten en baten. Dat op dit punt. Ik maak even de drie vragen af, dan heb ik alle vragen gehad van D66.

Is de minister het eens met D66 dat de juiste pijndiagnose vaak te laat wordt gesteld? Dat vind ik een moeilijke vraag voor een bestuurder om te beantwoorden. Ik vind het echt aan de beroepsgroep, patiëntenvereniging en verzekeraars om dit samen te bepalen en in het kwaliteitskader neer te leggen. Als het zo zou zijn dat de juiste pijndiagnose te laat wordt gesteld, roep ik de veldpartijen, dus die professionals, op om te kijken naar hun werkwijze.

Een beetje in dezelfde lijn ligt de vraag of ik bereid ben om samen met de Pijn Alliantie in Nederland (PAIN) een integrale visie te maken op pijn. Ik zou het liefste willen dat die pijnalliantie, met al die professionals, die integrale visie maakt, omdat het ministerie daarvoor de deskundigheid ontbeert. Ik moet het even proberen bij de heer Raemakers: ik ben graag bereid om die vraag voor te leggen bij de alliantie, maar weet niet waarom die vraag hier terecht komt, terwijl ik zou menen dat die vraag thuishoort bij die alliantie zelf.

Voorzitter. Tot zover de vragen over neuromodulatie.

De heer Raemakers (D66):

Hier zit wel een probleem in de beantwoording. Mijn eerste vraag was: worden bij

neuromodulatie ook de maatschappelijke kosten en baten meegewogen? Dan antwoordt de minister dat dat niet relevant is, omdat het al in het pakket zit. Maar dát is nou net het probleem. Want het Zorginstituut doet nu onderzoek of het in het pakket moet blijven. In september wordt daar een besluit over genomen. We gaan dan mensen iets afpakken wat 35 jaar lang in het pakket zat. Als ik dan het antwoord op mijn tweede en derde vraag hoor, of de minister bereid is om serieus met dat pijnvraagstuk aan de gang te gaan, schuift hij het af op het veld. Dus we hebben een situatie waarbij we 35 jaar lang mensen met chronische pijn hebben geholpen met neuromodulatie. 35 jaar lang heeft niemand zich afgevraagd of het niet beter of anders kan. Dat gaan we nu uitzoeken. Maar 35 jaar lang hebben we ook niks aan het onderliggende probleem gedaan, aan een pijnvisie. We kunnen nu niet zeggen dat we die neuromodulatie gaan afpakken zonder die patiënten een alternatief te geven.

Dus ik vraag de minister of hij hier kan garanderen dat niet straks het Zorginstituut en vervolgens de minister zegt dat we het niet meer vergoeden zonder dat we een alternatief hebben voor deze duizenden patiënten.

Minister Bruins:

Ik heb eerst het gesprek met het Zorginstituut nodig voordat ik een toezegging kan doen. Ik begrijp de vraag van de heer Raemakers heel goed, maar ik heb eerst meer informatie nodig vanuit het Zorginstituut. Nogmaals, ik begrijp uw vraag heel goed, maar ik wil er graag schriftelijk op terugkomen.

De heer Raemakers (D66):

Laat ik voor nu dan even wachten op die schriftelijke reactie en deze meenemen bij het VAO. Maar dan zou ik het wel waarderen als die schriftelijk reactie voor het VAO nog onze kant op kan komen.

De voorzitter:

Dat gaan we vragen aan de minister.

Minister Bruins:

Ik zal mijn best doen. De ondergrens van mijn antwoord, dat ik schriftelijk zal geven, is dat voor wie neuromodulatie werkt, het natuurlijk in het pakket moet blijven. Ik denk dat dat de ondergrens is. Maar ik moet eerlijk zeggen dat als de heer Raemakers een meer inhoudelijk antwoord nodig heeft, ik daar wat meer tijd voor nodig heb. Maar ik begrijp zijn punt. Er zijn veel mensen die baat hebben bij neuromodulatie. Het onderzoek wordt op dit moment daarnaar verricht. Ik zou menen dat het voor mensen die er baat bij hebben, beschikbaar moet blijven. Misschien is dat ook wel het antwoord dat de heer Raemakers van mij wenst. Maar ik ga me er nog beter in verdiepen. Ik laat u voor het VAO schriftelijk weten hoever ik kom.

De voorzitter:

Dank u wel.

Minister Bruins:

Voorzitter. Dan is er nog een vraag over PrEP, namelijk of ik geprobeerd heb om de middelen die beschikbaar zijn voor PrEP, voor te schieten aan de GGD. De subsidieregeling treedt per 1 augustus in werking. Vanaf dan kan de zorg gedeclareerd

worden, maar ook de zorg die de afgelopen maanden, dus in de maanden juni en juli, al is verleend. Dat er twee GGD's zijn die op dit moment nog niet zijn gestart met de medische begeleiding heeft een andere reden, waardoor er aanvullende capaciteit moet worden opgebouwd specifiek bij die twee GGD's. Hierbij is aangegeven dat bij een van de twee al een pilot loopt voor 80 mannen. Wij doen ons best en gaan ervan uit dat in beide gevallen iedereen z'n capaciteit op orde heeft per 1 augustus. Waarom durf ik ze dat te vragen? Omdat het onderwerp al een paar jaar speelt.

Voorzitter. Daarmee ben ik, dacht ik, aan het einde gekomen van de vragen van ...

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter, ik zie dat u er moeite mee heeft dat ik nog een keer wil interrumperen. Dan een punt van orde. Dan heb ik dat ook gebruikt vandaag. Heel eventjes. De vraag was ook ...

De **voorzitter**:

Het is geen punt van orde. Maar u kunt een korte vraag stellen.

De heer **Raemakers** (D66):

Mijn vraag ging over de voorschotten, dus waarom niet overwogen is om het financieel voor te schieten. De minister zegt dat het een capaciteitsprobleem is. Maar ik heb begrepen dat er mogelijk ook financiële problemen zijn waardoor de GGD's dat geld niet voorhanden hebben. Dus waarom heeft de minister dat de afgelopen maanden niet financieel voorgeschoten?

Minister **Bruins**:

Zij weten — wij hebben nog gebeld met beide — dat ook voor de zorg die nu al wordt verleend, per 1 augustus geld komt. Het wordt allemaal vergoed. Dus het is geen centenprobleem, het is een capaciteitsprobleem. Zo is het mij geworden. Ik wou dat het 1 augustus was, dan konden we eindelijk hiermee van acquit. Maar nogmaals, behandeling kan dus al eerder starten. In de meeste gevallen, bij de meeste GGD's, is er ook al gestart, met name hier in de Randstad.

Voorzitter. Dan de vragen van de VVD. Wetenschappelijke validatie was het eerste onderwerp waarover de heer Rutte sprak. Is de minister bereid het gesprek met het Zorginstituut aan te gaan over een andere wijze van wetenschappelijke validatie? Ik heb in het vorige debat al gezegd dat ik daar graag toe bereid ben, omdat ik zeker weet dat ook het Zorginstituut die bereidheid heeft. Samen met het Zorginstituut zie ik vele nieuwe ontwikkelingen op het gebied van onderzoeksmethodologie. U weet vanuit de technische briefing dat het Zorginstituut zich hiervan bewust is en hierop proactief acteert. Bij het AO Geneesmiddelen hebben we het gehad over de zogeheten "DRUP-studie" van het Antoni van Leeuwenhoek. Bij zo'n studie start het onderzoek met hele kleine groepjes patiënten en gaat men vervolgens van een naar twee naar vier naar acht. Vandaar het woord "drup". Dit moet leiden tot snellere toegang voor, in dit geval, uitbehandelde kankerpatiënten tot potentieel effectieve geneesmiddelen en tot inzicht in de effecten van het geneesmiddel.

Een andere belangrijke actie is de nieuwe regeling voor voorwaardelijke toelating van weesgeneesmiddelen en conditionals. Daarbij zet het Zorginstituut ook een andere

methodologie dan RCT in. Deze nieuwe regeling moet na de zomer in werking treden en heeft als doel de toegang van patiënten tot weesgeneesmiddelen en conditionals te versnellen.

Dan is gevraagd of er meer duidelijkheid kan komen over hoe fysiotherapie wel of niet in het basispakket kan komen. Ik dacht dat het systeemadvies, een soort standaardwerkwijze die inmiddels in het veld bij professionals bekend is en die ook bij het Zorginstituut al meerdere malen is gehanteerd, een bekende werkwijze is. Maar ik ben graag bereid om vanuit het Zorginstituut te bevorderen dat de werkwijze van het systeemadvies ook breder ingezet kan worden. Als dat is waar de heer Rutte naar vraagt, ben ik daar graag toe bereid.

Dan is er gevraagd wat ik ga doen om de Richtlijn Diabetes op orde te brengen. Uiteraard zie ik graag dat er in de Nederlandse zorg zo veel mogelijk volgens richtlijnen en kwaliteitsstandaarden wordt gewerkt en dat deze richtlijnen actueel zijn, voldoen aan de geldende stand van wetenschap en praktijk, en worden gedragen door de betrokken beroepsgroepen en door de belanghebbenden. Ik steun uw pleidooi voor een dergelijke actuele richtlijn altijd en overal en wil doen wat in mijn vermogen ligt om die te bevorderen, onder de aantekening dat het de professionals zijn die het voortouw hebben bij het maken van die richtlijn.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Het is een wat algemeen antwoord. Ik snap wel dat de minister de richtlijn niet zelf maakt en dat zijn invloed tot op zekere hoogte beperkt is, maar het gaat mij specifiek om de gekozen meters, die continu meten. In een eerder antwoord zei de minister dat zij in principe al in de richtlijn staan, dus zij zijn beschikbaar en bij bepaalde patiënten kan de zorg met behulp van die gekozen meters gegeven worden. Nou praat ik met patiënten die deze meter hebben en die zeggen dat zij vooral blijven bij het ziekenhuis waar zij onder behandeling waren, ook al wonen zij inmiddels 70 km verderop, want daar wordt die verstrekt en als zij naar een nieuw ziekenhuis gaan, moeten zij maar zien of die deze interventie hebben ingekocht en beschikbaar stellen aan die patiënt. We hebben het in de Kamer weleens over postcodegeneeskunde en over dure geneesmiddelen, maar dat lijkt bij deze gekozen meters echt aan de hand te zijn. Het lijkt ook aan de hand te zijn omdat het loont om die gekozen meters niet ter beschikking te stellen, zeg ik maar even heel cynisch, en die patiënt iedere drie maanden vrolijk op consult te laten komen, want dan rinkelt de kassa. Daar lijkt iets verstoord; het zit al in de richtlijn maar je krijgt het niet. Een patiënt die diabetes type 1 heeft, moet er toch op kunnen rekenen, als hij bij de internist komt, dat hij de interventie krijgt die voor hem het meest aangewezen is. Ik zou graag willen dat de minister de partijen eens bij elkaar zet om dat te checken en glad te laten strijken.

Minister **Bruins**:

Zo specifiek had ik het niet begrepen, maar dan denk ik dat het goed is dat ik de partijen om de tafel haal en daarover uiterlijk in het najaar de Kamer bericht.

Voorzitter. Ik heb nog twee vragen van de VVD. Een: is er ruimte voor andere manieren om onderzoek te doen naar zeldzame geneesmiddelen? Jazeker, die ruimte is er. Op dit moment werk ik aan een nieuwe regeling voor voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen, dat weet de heer Rutte. De nieuwe regeling is specifiek voor

weesgeneesmiddelen en geneesmiddelen die door de EMA voorwaardelijk tot de markt zijn toegelaten, dus de conditionals. Bij deze middelen hebben we nog onvoldoende inzicht of zij effectief zijn voor de patiënt, terwijl die mogelijk wel zeer geholpen zou kunnen zijn met deze middelen. Ik zorg ervoor dat de effectiviteit van deze middelen wordt onderzocht. Daarnaast zorg ik voor een tijdelijke en gecontroleerde toegang voor alle patiënten die voor behandeling in aanmerking komen. Er is bij deze regeling expliciet ruimte voor andere manieren van onderzoek naar deze typen geneesmiddelen. Dus die nieuwe regeling krijgt u.

Dan was er nog een vraag over het kindje met de virusinfectie, waarbij de oorzaak van het letsel bepalend zou kunnen zijn voor het al dan niet vergoeden. Ik stel voor dat VWS in contact treedt met de ouders van het kindje, om de achterliggende problematiek te leren kennen. In het algemeen is het zo dat de oorzaak van een aandoening, ziekte of letsel, voor zover die al te achterhalen is, niet bepalend is voor de vergoeding van de behandeling vanuit het basispakket. Bepalend is of de behandeling bewezen effectief is voor de indicatie van de betreffende aandoening. Het kan zijn dat patiënten op het eerste gezicht een vergelijkbare aandoening hebben, maar dat de indicatie wezenlijk verschilt en de mogelijkheden voor vergoeding dus ook anders zijn. Ik ben graag bereid om de casus tot me te nemen, om te bezien wat er aan de hand is.

Dan de vragen van de zijde van de PvdA. Over vitaminen, mineralen en paracetamol is gevraagd om pakketopname weer te overwegen. Dat wil ik niet. Daar heb ik eerder op gereageerd in de richting van de heer Hijink.

Dan de goede zorg voor vrouwen. Wilt u anticonceptie opnemen in het basispakket? Nee, daar ben ik ook al niet toe bereid. Het gaat over geringe kosten op jaarbasis, zo heeft de eerdere overweging geluid. Anticonceptie voldoet niet aan het pakketcriterium "noodzakelijk te verzekeren zorg". Daarom heeft de voorganger van het Zorginstituut in 2010 voorgesteld om anticonceptie voor eigen rekening laten komen; mevrouw Ploumen heeft daarop gewezen. Op basis daarvan is in 2011 anticonceptie uit het pakket gehaald voor vrouwen van 21 jaar en ouder. Bovendien wordt de pil vaak vergoed uit de aanvullende verzekering: dus zonder eigen risico.

Dan de afschaffing van de eigen betaling voor poliklinisch bevallen. Bij een poliklinische bevalling gaat het erom dat er een indicatie bestaat voor de bevalling in een geboortecentrum of polikliniek. Door het ontbreken van zo'n indicatie wordt een beroep gedaan op de aanwezigheid van ziekenhuisfaciliteiten waar geen indicatie, dus geen medische noodzaak, voor bestaat. Met de afschaffing van deze eigen betaling zal een vorm van niet-geïndiceerde zorg volledig, dus zonder eigen betaling voor niet-noodzakelijke faciliteiten, uit het zorgverzekeringswetpakket vergoed worden. Dus ook daar is geen positief antwoord op.

Dan de eiceldonatie. Is de minister bereid eiceldonatie na chemo of bij vervroegde overgang ook in een subsidieregeling beschikbaar te maken? Daarover heeft mevrouw Ploumen onlangs Kamervragen gesteld. Afgelopen vrijdag heb ik u mijn antwoord gegeven, waarin ik heb gesteld dat ik over dit onderwerp advies zal vragen aan het Zorginstituut. Dat heeft u gelezen.

Over het borgen van de rechten als het gaat over de subsidieregeling KID heb ik

geantwoord in de richting van mevrouw Ellemeet.

Tot slot de hersteloperatie bij vrouwenbesnijdenis. Collega De Jonge zou een reactie geven. Ik dacht dat het niet De Jonge was, maar dat ik het ben geweest die een reactie heeft gegeven op het verzoek van uw commissie, al eerder gedaan, om een appreciatie van dat Franse onderzoek. Ik wil het wel kort samenvatten. Ik heb toen aangegeven dat het voor mij ingewikkeld is om een dergelijke appreciatie te geven. De bestaande praktijk is dat wetenschappelijke verenigingen van de betrokken medische specialismen bij het opstellen van hun kwaliteitsdocumenten relevante wetenschappelijke literatuur en onderzoek betrekken en wegen. De wetenschappelijke vereniging van gynaecologen, de NVOG, heeft bij het opstellen van haar conceptleidraad deze Franse literatuur meegenomen. In de conceptleidraad wordt geconcludeerd dat de beschikbare wetenschappelijke literatuur een zwak bewijs vormt voor vermindering van pijnklachten, veiligheid en effectiviteit bij reconstructie in dit geval, in deze situatie. Dat is de opvatting die ik toen heb gegeven.

Voorzitter. Ik hoop dat ik daarmee ook de vragen ... Er was nog een vraag gesteld over Fampyra, maar die heb ik ook beantwoord. Over neuromodulatie heb ik geantwoord, dus ik denk dat ik rond ben. Ik kijk nog heel even in het mapje van mevrouw Agema.

De voorzitter:

Voordat u daartoe overgaat, heeft mevrouw Ploumen een vraag.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik heb mij natuurlijk geprepareerd op de rebound. Laten we even beginnen met de hersteloperaties. Dank aan de minister. Hij zegt dat er eigenlijk te weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar is, aldus de wetenschappelijke vereniging. Is de minister dan bereid om het mogelijk te maken dat er vervolgonderzoek wordt gedaan dat aan de standaarden voldoet die de wetenschappelijke vereniging daaraan stelt?

Dan over de rechten van vrouwen bij inseminatie. Over de bevalling zou ik toch nog het volgende willen zeggen. Volgens mij moeten vrouwen vrij zijn zelf te kunnen bepalen waar ze willen bevallen. Op Urk is dat al niet meer zo, want daar zeggen de vroedvrouwen: ga maar naar het ziekenhuis, want we kunnen niet garanderen dat als er complicaties optreden, we je op tijd naar een ziekenhuis krijgen in verband met de sluiting van de IJsselmeerziekenhuizen. Ik zou willen dat de minister dat principiële uitgangspunt voor ogen houdt en opnieuw naar mijn vraag kijkt.

Dan over anticonceptie.

De voorzitter:

Dat wordt een vraag in een vraag in een vraag, en het is een interruptieronde.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dan doe ik waarschijnlijk een tweede interruptie.

De voorzitter:

Ja precies, wellicht. En we hebben ook nog de tweede termijn, dus ik vraag de minister

...

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, ik heb verder niet geïnterrumpeerd. Ik heb dit weken voorbereid zoals alle collega's en ik krijg tweeregelige antwoorden. Ik neem daar echt geen genoegen mee.

De **voorzitter**:

Daarom gaan we eerst even naar de minister. U heeft nog een tweede interruptie, dus de minister.

Minister **Bruins**:

Het is zeker niet mijn bedoeling om tweeregelige antwoorden te geven. Ik had de overtuiging dat ik een aantal van uw vragen bij andere sprekers had beantwoord. Eerst het punt over de vrouwenbesnijdenis en de appreciatie van die Franse wetenschappelijke literatuur. De vraag wordt gesteld: ben je dan bereid om extra onderzoek te entameren? Ik denk dat het voortouw daarvoor moet liggen bij de beroepsgroep. Als de beroepsgroep daar het belang van ziet, dan weet ik zeker dat zij bij het Zorginstituut aan het goede adres zijn. Daar ben ik van overtuigd, dus daar zit geen blokkade op. Dat is heel wat anders dan dat we dan in het chapter zijn: is het een vergoeding, hoort het dan in het pakket? Die ruimte voor het doen van extra onderzoek, daartoe is het Zorginstituut ook bereid.

De tweede vraag die mevrouw Ploumen stelde, ging over de eigen betaling voor poliklinisch bevallen. De regeling is nu eenmaal zo dat een medische indicatie noodzakelijk is en dat als er geen medische indicatie is, de eigen betaling gehandhaafd blijft. Ik denk dat dat de goede keuze is en wil daaraan vasthouden. Op het moment dat de professional, de verloskundige, tegen een vrouw zegt dat er een medische indicatie is, waar ook in het land, niet alleen op Urk maar overal, gaat de vrouw naar het ziekenhuis. Maar als er geen medische indicatie is, dan denk ik dat het geen goed idee is om de eigen betaling af te schaffen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dan doe ik nu mijn tweede interruptie. Die gaat over de vergoeding van anticonceptie. Ik zou de minister willen voorstellen dat ik dezelfde notitie die ik aan de heer Rutte heb gegeven ook aan de minister geef via de bode. Eén punt daaruit. Een van de bevindingen is dat vrouwen met een lager inkomen meer kans hebben op ongewenste zwangerschap. De heer Rutte is zo aardig om het weer terug te geven.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik heb 'm gelezen, hè. Alleen, de vouw zit aan de verkeerde kant, maar dat komt goed.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Vrouwen met een lager inkomen hebben meer kans op een ongewenste zwangerschap, en voor vrouwen tussen de 25 en 45 jaar is dat risico in de twee laagste inkomensgroepen gemiddeld ruim 20% tegenover bijna 15% in de hoogste inkomensgroepen. Dat zijn significante cijfers. De beroepsgroep zegt eigenlijk in de conclusies: het zou goed zijn om alle anticonceptie te vergoeden, omdat daarmee ook dit soort ongewenste, ongeplande zwangerschappen worden voorkomen. Zou het niet mogelijk zijn om die notitie ook ter hand te stellen aan het Zorginstituut Nederland? Zou de minister dan niet bereid zijn om het Zorginstituut opnieuw daarnaar te laten kijken?

Het is toch ook een kwestie van beschaving. Als ik kijk naar de reacties die ik op mijn voorstel heb gekregen: mannen, vrouwen, jong en oud, er zijn ook mensen die verbaasd zijn dat het er niet meer in zit. Ik zou de minister in overweging willen geven: veeg het nou niet in één keer van tafel, maar kijk er nog eens gedegen naar. Dan heb ik altijd nog een motie ter aanmoediging.

Minister Bruins:

Die notitie, het zijn wel verrekt kleine lettertjes, maar ik zal er toch gedegen naar kijken. Maar ik blijf bij mijn standpunt dat anticonceptie niet voldoet aan het pakketcriterium als noodzakelijk te verzekeren zorg. Die duidelijkheid zou ik wel willen blijven bieden.

Voorzitter. Dan ben ik door de vragen heen, maar ik heb er nog eentje laten liggen. Die ging over ...

De voorzitter:

U zou ook het blokje van mevrouw Agema nog doen.

Minister Bruins:

Sorry, dan doe ik eerst even de vraag over het eigen risico bij medicatiebeoordelingen. Kan dat worden uitgezonderd van het eigen risico? Ik denk dat meneer Geleijnse wel weet dat medicatiebeoordeling in beginsel valt onder het verplichte eigen risico. Het is een regeling van sommige verzekeraars om het daarvan uit te sluiten. Dat is dus een vrijheid van verzekeraars en die komt hun toe, maar ik zie geen reden om dit af te dwingen. Dat in antwoord op de heer Geleijnse.

Dan kijk ik nog even naar de vragen die zijn gesteld door ...

De voorzitter:

Meneer Geleijnse, u heeft geen interruptie meer.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Nee, maar ik heb niet gevraagd om het af te dwingen. Ik heb gevraagd om het te stimuleren. Ik begrijp dat dat echt anders is, maar als u dat ook niet wil ...

Minister Bruins:

Nee, dat wil ik niet. Ik geloof dat wij nog niet zo heel lang geleden een motie van dezelfde strekking hebben gehad van de heer Krol, dus ik wou het daar maar bij laten.

Voorzitter. Mevrouw Agema heeft betoogd dat wij veel geld uitgeven aan de zorg. O nee, dat is een andere. Dit gaat over de kwaliteit van het vervoer. Daarop heb ik een antwoord gegeven. Ik breng die partijen om de tafel.

Dan de bpm aanschaft nieuwe bussen. Dat gaat niet goed, zegt mevrouw Agema. Daar meet ik mij geen oordeel over aan. De private partijen moeten zelf beslissen over de bussen, de aanschaft daarvan en de vervanging daarvan. Ik ga daar niet over.

Wat gaat de minister doen om ook de complexere innovatieve hoortoestellen te vergoeden? In Nederland heeft iedere slechthorende recht op een adequaat toestel, waarvan 75% uit het basispakket wordt vergoed vanuit het principe: eenvoudig waar het

kan en ingewikkeld waar dat nodig is. Er is door alle betrokken partijen een hoorprotocol ontwikkeld. Indien een slechthorende is aangewezen op specifieke bijzondere functionaliteiten en er een medische noodzaak is, kunnen ook zeer complexe hoortoestellen worden vergoed.

Waarom wordt er beknibbeld op het ziekenvervoer? Dat punt zullen we naar die tafel brengen.

Waarom moeten patiënten met SMA tot 2020 op behandeling wachten? Ik heb u daarover op 14 juni een brief geschreven. Met alle partijen worden op dit moment stappen gezet om de voorwaardelijke toelating van Spinraza zo snel als mogelijk te starten. Zoals ik ook nog eens bij een motie vorige week in de Kamer heb uitgesproken, zijn alle inspanningen erop gericht om uiterlijk per 1 januari 2020 te kunnen starten met het stapsgewijs in behandeling nemen van de patiënten.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de eerste termijn aan de zijde van het kabinet. Ik kijk of er behoefte is aan een tweede termijn. Dat is het geval. Dan geef ik als eerste het woord aan mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

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

Voorzitter. Dank u wel. Op de eerste plaats dank aan de minister voor de beantwoording van de vragen. Desondanks willen wij toch graag een VAO aanvragen. Ik zal met name naar de polissen kijken en verder zal ik kijken of dat ook voor de fysiotherapie nog nader nodig is.

Dank aan de minister voor de toezegging dat hij met ZonMw in gesprek gaat over het onderwerp voeding en de andere voorbeelden die ik noemde, dat hij over neuromodulatie in gesprek wil gaan en over het datasysteem om te zorgen dat het ZIN toch een compleet onderzoek kan uitvoeren en ook dat hij in gesprek gaat met het patiëntje met de zeldzame neurologische ziekte. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Hijink. Gaat uw gang.

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter. Dank u. Ik loop de punten af die ik in eerste termijn ook heb aangestipt, met als eerste Fampyra. De minister zegt dat er voor het einde van de zomer een uitspraak moet liggen hoe dat nu verder gaat. Ik zou graag van de minister willen horen welke scenario's hij dan voor zich ziet en ook wanneer patiënten nu zekerheid gaan krijgen. Ik denk dat die behoefte heel groot is, dat we daar snel mee moeten zijn en dat zij nu moeten weten wanneer die zekerheid er komt.

Dan de afbouwmedicatie. De minister gaat ook daar gesprekken over organiseren. Ik ben wel benieuwd wat dan precies het doel is van die gesprekken. Als namelijk het doel van die gesprekken is om tot één sluitende bewijsvoering te komen over "met deze methoden hebben we een succesvol resultaat", dan vrees ik dat dat bewijs nooit gaat

komen, omdat juist bij dit punt de individuele benadering zo ontzettend belangrijk is. Als dat de insteek van die gesprekken is, dan krijg ik dat graag bevestigd van de minister.

Dan de vitaminen en de mineralen. Ik heb dat punt daarstraks gemaakt. Ik blijf erbij dat dit echt een kleinzielige bezuiniging is die een beperkte groep buitenproportioneel hard kan raken en honderden euro's per jaar kan gaan kosten. Ik snap eerlijk gezegd echt niet waar zo'n bezuiniging vandaan komt. We zullen een motie indienen om die terug te draaien.

Dan nog de glucosesensoren. Het lijkt er nu toch wel op dat dat weer heel lang gaat duren. Die gesprekken worden gevoerd en in het najaar komt de minister daarop terug, maar wat betekent dat voor het komende jaar, voor 2020? Kunnen we op de een of andere manier hier afspreken dat er wel een soort van voorlopige toelating komt bij wijze van een experiment of dat we als een soort onderzoek gaan kijken welke resultaten in het komende jaar met deze middelen kunnen worden geboekt, ook in het belang van de patiënten? Ik zou het echt doodzonde vinden als we nu weer anderhalf jaar moeten gaan wachten voordat we met deze middelen verder aan de slag kunnen.

Dat was het, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag de heer Geleijnse het woord. Gaat uw gang.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. De titel van mijn inbreng in tweede termijn luidt: teleurstellingen en lichtpuntjes. Ik ben er echt teleurgesteld over dat de specialist ouderengeneeskunde niet uitgesloten wordt voor het eigen risico. Het lichtpuntje is echter dat zo veel fracties in deze Kamer dat ook vinden, dat mogelijk de Kamer de minister nog tot andere gedachten kan dwingen.

Teleurstelling ook over de glucosesensor. Ik vind het gewoon echt jammer dat we vandaag niet al verder zijn gekomen. Het lichtpuntje is natuurlijk dat het Zorginstituut nader onderzoek gaat doen. Maar ik sluit me wel aan bij de opmerkingen van de SP. Ik hoop echt dat het prioriteit krijgt en dat er voldoende capaciteit is om het met enige snelheid te doen, zodat we of per 2020 iets kunnen of in de loop van 2020.

Teleurstelling over afbouwmedicatie, omdat we vandaag niet hebben kunnen besluiten of kunnen horen dat er een vergoeding voor is. Een klein lichtpunt is wel dat we het gesprek verder gaan voeren. Ik ben erg nieuwsgierig wat daar uitkomt, mede langs de lijn van wat de heer Hijink net zei.

Voorzitter. Tot slot geen lichtpuntje en geen teleurstelling, maar echt een vraag. Ik wist niet zo goed waar ik aan toe was op het punt van het RIVM en de pneumokokkenvaccinaties. Het RIVM schreef op 24 juni dat het nog onderzoekt of het betaalbaar en haalbaar is. Tegelijkertijd kwam er een nieuwsbericht van de Landelijke Huisartsen Vereniging dat ze het gaan doen. Ik ben heel blij als dat inderdaad definitief zo is, maar dat zou ik dan graag vandaag bevestigd zien. Dat is dan de winst van vandaag.

Dank, voorzitter.

De **voorzitter**:

Nou, dat gaan we straks horen. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ellemeet. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Dank aan de minister voor de beantwoording en ook dank aan de collega's voor het inbrengen van een aantal punten. We hadden allemaal een lijstje, maar je komt gewoon niet aan alles toe. We hebben de afgelopen tijd met zo veel mensen gesproken en zo veel belangrijke petities in ontvangst genomen. Ik zie hier mensen zitten wier verhaal echt indruk op mij gemaakt heeft. In die zin zitten we hier, denk ik, met elkaar en ben ik blij dat het punt van de glucosesensor en dat van patiënten met zenuwpijn ook aandacht van de collega's hebben gekregen. Hun pleidooien steun ik van harte.

Ik ben blij met de uitspraken van de minister over leefstijlgeneeskunde. Hij heeft een aantal heel duidelijke uitspraken gedaan. Dat waardeer ik. Ik heb het idee dat we echt stappen aan het zetten zijn. Dank daarvoor.

Minder enthousiast ben ik over zijn reactie op de tolken. Dat punt werd eigenlijk met één zinnetje afgedaan: mensen moeten Nederlands spreken in Nederland. Ja, dat is heel mooi en dat vind ik ook, maar er is een hele generatie die gevraagd is om naar Nederland te komen in een tijd dat het nog niet vanzelfsprekend was dat iedereen meteen Nederlands leerde. Die generatie is nu ouder en kwetsbaarder en komt in een situatie dat ze zorg nodig hebben. Dat gaat gewoon af en toe mis. Ik vind dat iedereen in Nederland recht heeft op goede zorg. Bij sommige mensen is het dan een voorwaarde dat ze geholpen worden bij de taal. Dus ik wil toch vragen aan de minister om de zaak niet af te doen met zo'n beetje teleurstellend, typisch VVD-zinnetje. Graag nog een reactie op dit punt.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Raemakers, uw tweede termijn. Gaat uw gang.

De heer **Raemakers** (D66):

D66 is in ieder geval blij met de toezegging betreffende de glucosesensor, namelijk dat we het Zorginstituut gaan verzoeken om CGM te onderzoeken. Het is goed dat de minister heeft aangegeven dat het onderzoek naar FGM natuurlijk geen vertraging mag oplopen. Andere collega's hebben er ook al naar gevraagd, maar zouden we hier een termijn aan kunnen koppelen waarbinnen de minister de Kamer gaat informeren? Bijvoorbeeld voor 1 oktober of voor de begroting. Dat zou ik graag in tweede termijn horen.

De minister komt met een brief over neuromodulatie; hopelijk lukt dat nog voor het VAO. Ik zou hem één ding willen meegeven. De minister heeft zelf gezegd: als het werkt, wil ik het vergoeden. Zo'n soort zin heeft hij gezegd. Punt is dat het Zorginstituut onderzoek doet bij negen verschillende patiëntgroepen. Maar bij pijnbestrijding en pijnmedicatie gaat het natuurlijk ook om een individuele beleving. Daarnaast is er de ontwikkeling van

personalised medicine, iets wat we misschien in de toekomst steeds meer kunnen toepassen. Kunnen we daar nog met elkaar op een interessante manier over doordenken?

Even voor de helderheid: het gaat mij er dus niet om te zeggen "het basispakket moet zo en zo." Het gaat mij erom dat we alle patiënten met pijn in Nederland op een goede manier helpen. Misschien is het basispakket daar helemaal niet de goede manier voor. Misschien kan de minister in zijn brief ook al ingaan op de vraag hoe hij het in de toekomst anders zou kunnen zien. Kan hij toch een bredere pijnvisie maken?

Voorzitter. Tot slot PrEP. Wij vinden het natuurlijk heel belangrijk: 1 augustus die subsidieregeling. D66 maar ook GroenLinks en hopelijk andere partijen kijken daar heel erg naar uit. Superbelangrijk.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Rutte. Gaat uw gang.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter. Ik vind het fijn dat het debat vandaag verder ging dan een "ditjes en datjes"-debat en dat we dieper hebben gekeken hoe de dingen werken. En dat is best complex. Je komt dan op het ingewikkelde speelveld van: ja, wij gaan er toch over als politici dus we stoppen iets in het pakket of halen het eruit. Maar de wereld van de zorg is complexer dan dat en je zult dus moeten beoordelen wat effectief is en wat niet. Mede doordat we het zo hebben georganiseerd, stromen er gelukkig ook allerlei dingen in het pakket waar wij ons nooit mee hebben bemoeid. Dat is een heel groot voordeel.

Ik ben heel blij met de toezeggingen van de minister, bijvoorbeeld rond het verduidelijken van de vraag "hoe kan ik wel een vergoeding krijgen voor fysiotherapie?" Want ik loop inderdaad tegen patiëntenorganisaties aan die zeggen dat dat ingewikkeld is. Dus als het Zorginstituut die stap kan zetten en het nog een keer kan verduidelijken, of in ieder geval een helder telefoonnummer heeft waar mensen kunnen vragen hoe het werkt — zo simpel kan het soms zijn — dan gaat die bal sneller rollen. En dat is goed.

Ik ben heel blij met de inzet van de minister, die zegt dat hij aan de slag gaat voor de glucosesensor die intramuraal wordt verstrekt, zodat er geen postcodegeneeskunde ontstaat. Ik ben heel benieuwd naar de resultaten.

Mede namens mevrouw Van den Berg heel veel dank voor de inzet om in gesprek te gaan met de ouders van het kindje over wie we het hadden. Er zullen geen wonderen gebeuren in één gesprek, maar het feit dat we het kunnen verduidelijken en dat mensen zich gezien en gehoord voelen, kan al een enorme stap vooruit zijn.

Daar wil ik het voor vandaag bij laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ploumen. Gaat uw gang.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter. Dank aan de minister voor de antwoorden, ook al waren die niet altijd precies

zoals ik zou willen. Tja, ik hoor nu gelach, maar dat moet ook gezegd worden!

Ik wil over twee dingen nog een opmerking maken in tweede termijn. Ik kom nog even terug op bevallen in de polikliniek. De minister zegt dat dit pas in het pakket hoort als het gaat om een medische noodzaak. Maar mijn vraag is niet zozeer om het op te nemen in het pakket, maar juist om iets af te schaffen, namelijk de eigen bijdrage als je daar wil bevallen. Er zit natuurlijk een rare kronkel in dat als je vraagt om een ruggenprik, je wél poliklinisch mag bevallen, maar als je poliklinisch wil bevallen om een andere reden, bijvoorbeeld omdat je je thuis niet gerust voelt, of omdat je huis te klein is, je een eigen bijdrage moet betalen. Misschien wil de minister met die ogen er nog eens naar kijken.

Voorzitter. Dan het punt van de anticonceptie. Ik doe mijn voorstel voor het eerst aan de minister. Ik kan mij voorstellen dat hij misschien langzaamaan moet wennen aan de gedachte dat het eigenlijk wel goed en fatsoenlijk is om anticonceptie voor iedereen te vergoeden. Dit zeker ook omdat er andere kosten, zowel maatschappelijk als financieel, mee voorkomen worden. Ik ga zeker gebruikmaken van de mogelijkheid van het VAO van collega Van den Berg. Ik hoop op steun van de collega's om het mogelijk te maken dat anticonceptie voor iedereen in het basispakket komt. Ik hoop ook dat de minister naar aanleiding van de documentatie die ik hem toestuurde wellicht op andere gedachten is gekomen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee gekomen aan het einde van de tweede termijn aan de zijde van de Kamer. Ik geef de minister graag de gelegenheid voor zijn beantwoording in tweede termijn. Gaat uw gang.

Minister Bruins:

Voorzitter. Dank u wel. Nog een enkele opmerking van deze kant. Eerst de heer Hijink. Ik herhaal wat ik in de eerste termijn al heb gezegd over Fampyra. We vinden het allemaal belangrijk dat er voor de afloop van die financiële regeling duidelijkheid is voor patiënten. Dus dat gaat lukken voor 31 augustus, daar is alle inzet op gericht. Dat gaat lukken, dat zeg ik u toe. Ik vind het belangrijk dat die helderheid er is.

Dan het punt van de afbouwmedicatie. De heer Hijink vroeg hiernaar, maar ook de heer Geleijnse. Als je al de partijen om tafel brengt, wat is dan het doel van je gesprek? Wat mij betreft is het doel te kijken wat er nu nog nodig is om het bewijs van effectiviteit te leveren, en daar niet een soort schuifkaas van te maken waarbij er onderzoek op onderzoek is. Ik wil proberen om met de partijen aan tafel te bekijken wat er nodig is om tot afronding te komen, al is het maar voor bepaalde groepen, zodat we duidelijkheid creëren. Daar is mijn rondetafelgesprek op gericht en misschien ook dat van u.

Eigenlijk geldt dat ook voor de glucosesensoren. Ik wil die duidelijkheid van het Zorginstituut hebben. Het is nu heel stoer om te zeggen dat die er dan dit jaar moet zijn, dat daar nog knalhard aan gewerkt moet worden, maar ik vind het van belang, voor ons en voor de mensen die meeluisteren, dat die duidelijkheid er dit jaar komt. Dat geldt dus ook voor een uitspraak over de pakketwaardigheid per 2020. Zo helder moet dat klinken. Het is er elke keer op gericht om een discussie van een afronding te voorzien. Bij

Fampyra is dat voor eind augustus, bij de glucosesensoren is dat voor het eind van dit jaar, maar ik verwacht dat we bij de afbouwmedicatie niet zo snel zijn. Maar ik wil dan wel een planning schetsen.

Dan over de vaccinatie tegen pneumokokken. Ik heb op dat punt niet meer te melden dan wat ik in eerste termijn heb gezegd. Daarbij heb ik verwezen naar de brief van collega Blokhuis van 24 juni. De pneumokokkenvaccinatie wordt vanaf het najaar 2020 aangeboden aan alle 60-, 65-, 70- en 75-jarigen.

Mevrouw Ellemeet vond dat ik een beetje kort en bondig was over de tolkenvoorziening. Dat ben ik ook, omdat ik geen aanleiding zie om daar nu weer nieuw onderzoek of nieuwe adviezen over te vragen. Wij hebben een tijdje een subsidieregeling gehad. Dat was een tijdelijke regeling die destijds samenhang met een zeer hoge instroom van vluchtelingen. Geconstateerd is dat die regeling weinig werd benut. Zoals ik in eerste termijn al heb gezegd, is er nog steeds een subsidieregeling. Ik wil eigenlijk niet iets veranderen aan het standpunt.

De heer Raemakers is nog ingegaan op de brief over neuromodulatie. Ik heb daarvan in eerste termijn al gezegd dat ik dolgraag helderheid voor patiëntgroepen zou willen bieden. Dat is de insteek. Als ik daar überhaupt een groep patiënten, een groep burgers uit kan halen die ik deze duidelijkheid zou kunnen bieden, zou ik dat enorme winst vinden. Maar dat wordt zoeken. Ik tel de dagen tot aan het VAO. Ik begrijp heel goed waar de heer Raemakers op doelt, namelijk op het ook op dit punt verschaffen van duidelijkheid aan patiënten. Ik ga daar dus aan werken. Ik doe mijn best.

Dan nog in de richting van de heer Rutte. Hij sprak over communicatie over het systeemadvies voor fysiotherapie. Misschien moeten we een telefoonnummer openen? We hebben al meerdere telefoonnummers in de lucht, en meestal doen die het ook. We zullen even moeten kijken of we deze vragen op een handige manier ergens kunnen onderbrengen. Ik deel zijn wens. Ik meen dat het een breed gedragen wens is om de werking rondom zo'n systeemadvies te verduidelijken.

Mevrouw Ploumen sprak nog over het afschaffen van de eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling zonder dat er sprake is van een medische indicatie. Ik was eigenlijk niet van plan om daar een wijziging in aan te brengen. Dat had mevrouw Ploumen misschien ook niet direct gedacht.

Een ander punt was de anticonceptie. Mevrouw Ploumen vraagt mij om te wennen aan het idee om de vergoeding daarvan weer in het basispakket onder te brengen. Zij overweegt om in het VAO een motie daarover in te dienen. Dat geeft mij de gelegenheid om het door haar overhandigde stuk met die hele kleine lettertjes nog even te lezen en daarover na te denken, maar ik wil haar op dit punt niet heel erg veel hoop bieden. Dat zou de verkeerde indruk wekken.

Voorzitter. Tot zover.

De **voorzitter**:

De heer Raemakers wil nog even een verduidelijking horen.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik heb wel wat gehoord over de glucosesensor, maar ik meen dat het daarbij dan over de FGM ging. De minister zei: voor het einde van het jaar met de pakketkeuze voor 2020. Als het gaat over de CGM en de bredere toepassing daarvan, doet het Zorginstituut daar natuurlijk nu nog geen onderzoek naar. Ik zou dus graag horen wanneer de minister aan de Kamer terugkoppelt dat hij dat met het Zorginstituut heeft besproken en wat er mogelijk is.

Minister **Bruins**:

Dat moet ik even vragen; ik dacht dat ik dat in eerste termijn ook had gezegd. Die CGM zal een nieuwe toevoeging zijn. Daar moet ik met het Zorginstituut over in gesprek. Ik wil de rest, de Flash Glucose Monitoring, er niet op laten wachten, maar de heer Raemakers wil dat ook niet. Ik zal in ieder geval eens navraag doen bij het Zorginstituut wat de beste planning is.

De **voorzitter**:

En daar komt u richting de Kamer op terug? Daar ga ik van uit.

Minister **Bruins**:

Nee, dat houd ik voor mezelf.

(Hilariteit)

Minister **Bruins**:

Nee hoor, ik laat dat aan uw Kamer weten.

De **voorzitter**:

Wanneer ongeveer?

Minister **Bruins**:

Ik ga het vragen voor 10 juli, want dat is mijn verjaardag. Dan weet u dat ook weer.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee gekomen aan het einde van de tweede termijn. Dan wil ik nu de toezeggingen met u doornemen. Dat zijn toezeggingen waarbij de minister een brief of iets dergelijks heeft toegezegd aan de Kamer. Alle andere toezeggingen waar hij niet schriftelijk op terugkomt, zijn natuurlijk ook toezeggingen, maar die lezen we terug in het verslag.

- De minister informeert de Kamer zo snel mogelijk over het oordeel van het Zorginstituut Nederland over de FreeStyle Libre en over eventuele nadere stappen. Dat is een toezegging aan de commissie.
- De Kamer ontvangt in oktober van dit jaar de eerste resultaten van de monitor over de effecten van het uit het pakket halen van minerale vitamines en paracetamol. De eindrapportage volgt in het voorjaar van 2020. Dat is een toezegging aan de heer Hijink en mevrouw Ploumen.

- In het najaar informeert de minister de Kamer over de reactie van zorgverzekeraars over afspraken over de leefstijlgeneeskunde. Dat is een toezegging aan mevrouw Ellemeet.
- De minister komt schriftelijk, hopelijk nog voor het VAO, terug op neuromodulatie. Dat is een toezegging aan de heer Raemakers.
- De minister bericht de Kamer uiterlijk in het najaar over het gesprek met betrokken partijen over het al dan niet verstrekken van intramurale hulpmiddelen en de verschillen in de werkwijze hierbij. Dat is een toezegging aan de heer Rutte.
- De minister vraagt de NZa een verkenning over mogelijke problemen rondom het inkoopbeleid en het vervoer en informeert de Kamer hierover in het najaar. Dat is een toezegging aan de commissie.
- De minister informeert voor 10 juli de Kamer schriftelijk over het verzoek dat aan het Zorginstituut zal worden gedaan over het verbreden van het vergoedingsonderzoek naar CGM. Dat is een toezegging aan in ieder geval de heer Raemakers. Of nee, aan meerdere leden. Dan is het een toezegging aan de commissie.
- Voor 31 augustus informeert de minister de Kamer over de definitieve uitspraak van het Zorginstituut over Fampyra. Die zou ik ook willen koppelen aan de hele commissie.

Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en zijn ondersteuning hartelijk voor de inbreng en de beantwoording van de vele vragen. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en hun inbreng bij dit debat. Ik herhaal nog maar een keer de woorden van mevrouw Ellemeet. Het is niet gebruikelijk, maar er staan hier echt heel onderwerpen op de agenda. Het is misschien goed, gezien de hoeveelheid geïnteresseerden vandaag, om op te merken dat het echt heel moeilijk is om soms een keuze te maken en om de onderwerpen allemaal aan de orde te stellen. Ik denk dat het goed is om dat nog een keer te melden. Ik dank de mensen op de publieke tribune en de mensen die op een andere manier dit debat gevolgd hebben, misschien in de centrale hal dan wel thuis, hartelijk voor hun belangstelling. Nogmaals excuus voor de kleine zaal, maar ik hoop dat u het op een adequate manier hebt kunnen volgen. Daarmee zijn we echt aan het einde gekomen van dit overleg. Ik dank u voor uw inbreng, maar niet dan nadat ik mevrouw Van den Berg nog een keer gezegd heb dat het VAO is aangekondigd. Volgende week is zij daarbij de eerste spreker.

Sluiting 16.10 uur.

ONGECORRIGEERD STENOGRAM

Verslag AO van 26 juni 2019

56