Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2025–2026

29 689 Herziening Zorgstelsel

nr. 1358

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 30 juli 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 juni 2026 overleg gevoerd met mevrouw Hermans, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2025 inzake ex-ante-risicovereveningsmodel 2026 (Kamerstuk 29 689, nr. 1316);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2025 inzake voortgang nieuwe regeling zorgkosten onverzekerden en aanpak onverzekerdheid (Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 197);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 september 2025 inzake besluitvorming risicovereveningsmodel 2026 (Kamerstuk 29 689, nr. 1318);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 september 2025 inzake advies Zorginstituut Nederland (ZIN) over de kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf en thuis (Kamerstuk 33 578, nr. 164);**
- **de brief van de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg d.d. 20 oktober 2025 inzake stand van zaken moties en toezeggingen fysiotherapie (Kamerstuk 33 578, nr. 166);**
- **de brief van de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg d.d. 12 november 2025 inzake reactie op petitie met betrekking tot vergoeding van fysiotherapie voor mensen met osteoporose (Kamerstuk 29 689, nr. 1319);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 december 2025 inzake mondzorg en financiële toegankelijkheid (Kamerstuk 32 620, nr. 312);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 december 2025 inzake voortgang Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 960);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 december 2025 inzake Verzekerdenmonitor 2025 (Kamerstuk 29 689, nr. 1320);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2025 inzake uitwerking Vergoeding in Onderzoek (Kamerstuk 29 689, nr. 1322);**

kst-29689-1358
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2026

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2025 inzake Informatiekaart Zorgverzekeringen 2026 NZa (Kamerstuk 29 689, nr. 1324);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 januari 2026 inzake reactie op de brief van de Vereniging van Ehlers-Danlos patiënten (VED) over de vergoeding van revalidatiezorg voor EDS-HSD-patiënten (Kamerstuk 29 689, nr. 1325);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2026 inzake reactie op verzoek van het lid Jimmy Dijk, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 13 januari 2026, over armere kinderen die naar school gaan zonder goede bril (Kamerstuk 32 805, nr. 189);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2026 inzake antwoorden op vragen commissie over mondzorg en financiële toegankelijkheid (Kamerstuk 32 620, nr. 312) (Kamerstuk 32 620, nr. 313);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 april 2026 inzake «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 1327);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 april 2026 inzake continueren sluis Pluvicto (Kamerstuk 29 477, nr. 971);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 mei 2026 inzake reactie op verzoek commissie over zeldzame erfelijke aandoeningen en bezuinigingen op zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 315);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 mei 2026 inzake reactie op verzoek commissie over het Telegraafartikel «Huisartsenpost Rotterdam verheerlijkt bombardement op Israëlische burgers» (Kamerstuk 33 578, nr. 178);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 mei 2026 inzake beleidsreactie op rapport Evaluatie van het instrument beschikbaarheidbijdrage (Kamerstuk 29 282, nr. 628);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 mei 2026 inzake Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 974);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 mei 2026 inzake vergoeding van weesgeneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 976);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 mei 2026 inzake beleidsmatige evaluatie van de voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals (Kamerstuk 29 477, nr. 975);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 mei 2026 inzake contracteer- en overstapseizoen 2025–2026 (Kamerstuk 29 689, nr. 1329);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juni 2026 inzake voortgang van en beleidskeuze rondom onderzoeksprogramma's passende zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 982);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juni 2026 inzake antwoord op vragen commissie over «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 1327) (Kamerstuk 29 689, nr. 1332);**

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juni 2026 inzake reactie op verzoek commissie over het manifest Naar betaalbare zorg voor iedereen (Kamerstuk 29 689, nr. 1331);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juni 2026 inzake voortgang nieuwe regeling zorgkosten onverzekerden en aanpak onverzekerdheid (Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 198);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 mei 2026 inzake Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 974);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 mei 2026 inzake vergoeding van weesgeneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 976).**

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

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Wendel
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: El Abassi, Van Brenk, Bushoff, Claassen, Dobbe, Van Houwelingen, Krul, Maeijer, Vervuurt en Wendel,

en mevrouw Hermans, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 13.03 uur.

De **voorzitter**:
Goedemiddag, allemaal. Van harte welkom bij het commissiedebat over het zorgverzekeringsstelsel. Bij dezen open ik dat. Ik wil allereerst de Minister van harte welkom heten, de ambtenaren, alle mensen op de publieke tribune en de mensen die thuis meekijken. In het bijzonder wil ik ook nog de mensen die hier in de Statenpassage aanwezig zijn van harte welkom heten. Fijn dat jullie er allemaal zijn vandaag. We hebben vandaag tot 18.00 uur de tijd.
Ik zal even de Kamerleden voorstellen die er vandaag zijn. Allereerst mevrouw Van Brenk van 50PLUS, de heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie, de heer Krul van het CDA. De heer Claassen van Groep Markuszower, de heer Vervuurt van D66, de heer El Abassi van DENK, de heer Bushoff van PRO, mag ik sinds vandaag zeggen, en mevrouw Maeijer van de PVV. Zelf zal ik namens de VVD als laatste het woord voeren vandaag. Ik wil de Kamerleden voorstellen om vandaag vier interrupties per persoon toe te staan. We hebben vijf uurtjes de tijd en ik denk dat het goed is om met elkaar die tijd goed te goed te besteden. Er geldt een maximale spreektijd per fractie van vijf minuten vandaag.
Dan is het woord als eerste aan mevrouw Van Brenk van 50PLUS.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Dank, voorzitter. Ik begin met een enorm belangrijk punt voor 50PLUS: de wijkverpleging. Die zit nu in de Zorgverzekeringswet zonder een eigen bijdrage, maar de minderheidscoalitie heeft bedacht dat dat anders moet en heeft daar voor het gemak alvast 225 miljoen voor ingeboekt aan bezuinigingen. Dat is het slechtste idee dat wij in tijden gehoord hebben en daar zijn er wat van langsgekomen.
Wijkverpleging heeft een preventieve functie. Door vroegsignalering kan erger worden voorkomen of uitgesteld. Ogen en oren in de wijk zijn van levensbelang, maar als daar een eigen bijdrage aan wordt gehangen, zullen mensen die gaan uitstellen of afhouden. Niet iedereen heeft immers door dat hij zorg of begeleiding nodig heeft. Dan kunnen we daar ook nog de afschaling van de huishoudelijke zorg bij optellen. Waarom moet er toch steeds meer bezuinigd worden op de zorg, maar wordt er niet gekeken naar wat er gebeurt om de zorgkosten structureel omlaag te brengen? Daarin moet je investeren en dan krijg je dat dubbel en dwars terug. Ik blijf het zeggen: de kost gaat voor de baat uit. Maar dat durft deze coalitie niet aan. Ik wil heel graag een reactie van de Minister hierop.
In het verlengde hiervan blijf ik aandacht vragen voor het gordelroos-vaccin. Een maagverkleiningsoperatie voor jongere kinderen met zeer ernstige obesitas komt in het basispakket, maar de kwetsbaarste ouderen komen niet in aanmerking voor een gordelroosvaccinatie en lopen zo risico op ernstige zenuwpijnen, terwijl deze Kamer uitgesproken heeft dat bij het maken van keuzes wie er gevaccineerd wordt, de meest kwetsbaren altijd voorrang zullen krijgen. Daar is toch geen woord Spaans bij? Ziet de Minister een mogelijkheid om bij onderzoek naar mensen met immunologische risico's, zoals bij het griepvaccin, ouderen met multimorbiditeit als aanvullende medische risicogroep te betrekken?

Steeds vaker krijgen mensen aan de balie te horen dat hun medicijn niet beschikbaar is of dat ze maar een ander middel moeten gaan gebruiken. Er moet natuurlijk zo veel mogelijk worden ingezet op het voorkomen van het nodig hebben van medicatie, maar als mensen die nodig hebben, dan moet die er wel zijn. Wat gebeurt er nu heel concreet aan het voorkomen van tekorten aan medicijnen?
Een korte vraag die ik tijdens de begrotingsbehandeling al heb gesteld, maar waar ik nooit antwoord op heb gekregen: hoe staat het ervoor met het uitvoeren van medicatiebeoordelingen?
Voorzitter. Bij de stukken van deze vergadering zit een adviesrapport uit 2025 van het Zorginstituut Nederland over kortdurende zorg in tijdelijk verblijf en thuis. Dat gaat om diverse zorgvormen die worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet of uit de Wet langdurige zorg, bijvoorbeeld geriatrische revalidatiezorg of wijkkliniekzorg. Toenmalig Minister Bruijn gaf aan zich hierop te beraden. Wat is er sindsdien mee gebeurd? Wat zijn de plannen van deze Minister?
In de Verzekerdenmonitor staan de zogenaamde verdragsgerechtigden. Dat zijn gepensioneerden die met een Nederlands pensioen in de EU wonen. Nederland is verantwoordelijk voor de medische zorg van deze groep. Zij betalen daarvoor aan het CAK Buitenland. Dat is goed geregeld, op één punt na. Wanneer een verdragsgerechtigde op familiebezoek is buiten de EU en hij moet een spoedeisende medische behandeling ondergaan, dan is het volstrekt onduidelijk of Nederland deze kosten vergoedt. Dit leidt tot grote onzekerheid. Kan de Minister hierover enige helderheid verschaffen?
Collega Dijk van de SP heeft meerdere malen aandacht gevraagd voor kinderbrillen. Terecht, want het lijkt mij helemaal niet goed dat kinderen die in armoede opgroeien geen passende bril of lenzen hebben. Het lijkt ons dus goed om de toegang tot die brillen eigenlijk net zo te organiseren als mondzorg voor kinderen. Welke structurele oplossing ziet de Minister voor deze groep kinderen?
Als laatste. De Minister zag het al toen zij binnenkwam in de Tweede Kamer: er zijn hier heel veel mensen van de Vereniging Ehlers-Danlos. Welke boodschap heeft de Minister voor deze patiënten?
Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Van Brenk. Intussen heet ik ook mevrouw Dobbe welkom, die namens de SP straks het woord zal voeren. Ik wil nog meegeven dat de heer Krul heeft aangegeven straks eerder te moeten vertrekken, omdat hij een plenaire vergadering gaat voorzitten. Dan is het woord aan de heer Van Houwelingen namens Forum voor Democratie.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dank u, voorzitter. Vier punten zou ik graag willen inbrengen. Allereerst zou ik graag iets willen zeggen over de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Wij begrijpen dat de NZa, de Nederlandse Zorgautoriteit die daar toezicht op houdt, geen boete kan uitdelen aan een zorgverzekeraar die niet aan zijn zorgplicht voldoet, terwijl de NZa dat wel bij zorgaanbieders kan doen die geen goed werk leveren. Is dat niet heel vreemd en ook heel zorgelijk? Dan krijg je natuurlijk de situatie die we al vaker gezien hebben. Een zorgverzekeraar stelt bijvoorbeeld de tarieven te laag vast. Dat hebben we bij Villa ExpertCare gezien. Dan valt op een gegeven moment de zorg om en spaart de zorgverzekeraar kosten uit. Daar moet natuurlijk een boete van bijvoorbeeld de NZa tegenover staan om het stelsel in evenwicht te houden, als aan de zorgplicht niet kan worden voldaan. Dat is nu niet zo. Is het niet logisch om de NZa die bevoegdheid te geven?
Een tweede punt waar ik kort iets over wil zeggen, is de ongecontracteerde zorg. Die wil dit kabinet afbouwen. Ik heb al eerder in het debat aangegeven dat wij dat echt volstrekt niet begrijpen en het hier ook niet

mee eens zijn. De situatie is nu vaak bijvoorbeeld als volgt. Bij medisch-specialistische zorg worden vaak de wachttijdnormen niet gehaald, maar dan kunnen mensen nog wel zorg krijgen in een zelfstandige kliniek. Daar zijn geen wachttijden, maar dat is dan vaak ongecontracteerde zorg. Als die straks niet meer vergoed wordt, valt dat weg en krijgt die patiënt helemaal geen zorg meer.
Ik concludeer dat de passende zorg blijkbaar helemaal geen zorg is. Dat kan natuurlijk nooit de bedoeling zijn, dus ik begrijp überhaupt niet waarom die ongecontracteerde zorg niet meer vergoed wordt, vooral omdat die zorg vaak snel geleverd kan worden. Die is ook prima van kwaliteit. Die moet aan alle eisen voldoen, zoals de BIG-registratie en de Wtza-registratie, dus dat is prima zorg. Daar kan echt niks over gezegd worden. Als je dan geen zorg krijgt, heb je vaak uitgestelde zorg en krijg je nog hogere kosten. Ik begrijp dat dus niet, ook omdat, zoals ik het begrepen heb, die zelfstandige klinieken vaak innovatieve zorg bieden of zorg voor relatief lage kosten. Het zijn namelijk jonge aanbieders die net begonnen zijn en nog geen contracten hebben. Die kunnen groeien, juist omdat het nu nog wel vergoed wordt. Het is dus ook voor de diversiteit en de innovatie in de zorg geen goede zaak.
Tot slot. Wat krijg je als straks die ongecontracteerde zorg niet meer vergoed wordt? De mensen die geld hebben kunnen de wachtlijsten nog wel omzeilen. Die gaan dus naar zelfstandige klinieken. Die betalen het zelf. Dat wordt dan dus klassenzorg. Dat is een meer links argument, maar oké. Er zijn dus vier redenen waarom ik niet begrijp waarom de ongecontracteerde zorg straks niet meer vergoed wordt. Misschien kan de Minister daarop ingaan.
Dan het derde punt dat ik wil maken. Daar hebben we eerder een debat over gevoerd met de Minister. Toen heb ik mijn vraag blijkbaar niet duidelijk genoeg gesteld. We hebben daar informeel contact over gehad. Daarom stel ik de vraag nu weer. Dat is ook iets wat ik maar niet begrijp. Als een Nederlander preventieve zorg wil en bijvoorbeeld een darmonderzoek wil laten doen en dat helemaal zelf wil betalen – er zijn dus helemaal geen kosten voor de belastingbetaler, want hij betaalt het 100% zelf – dan moet hij naar het buitenland. Zorgverleners mogen dat hier namelijk niet aanbieden zonder verwijzing.
Die mensen gaan dus naar Duitsland. Daar staan allemaal klinieken, bevolkt door Nederlanders, waar Nederlands gesproken wordt. Dan moet je dus helemaal naar Duitsland rijden. Je hebt heel veel ongemak. Mensen kunnen de zorg niet krijgen. Het is alleen maar goed als ze die krijgen, want dan ben je er ook op tijd bij. Dat scheelt weer zorgkosten. Het gaat ten koste van onze werkgelegenheid. Ik begrijp dus totaal niet waarom die zorg hier in Nederland niet geleverd zou moeten kunnen worden. Dat hangt ook af van de Wet op het bevolkingsonderzoek, begreep ik. Waarom wordt die dan niet aangepast? Dat was mijn derde vraag.
Tot slot. Ik zou nog kort het volgende willen zeggen. Er zijn ook heel veel patiënten aanwezig met het syndroom van Ehlers-Danlos, begrijp ik. Daar hebben we heel veel brieven over ontvangen. Het kabinet heeft daar ook een reactie op gestuurd. Ook die reactie begrijp ik niet goed. Mensen met het syndroom van Ehlers-Danlos krijgen nu vaak goede zorg van een revalidatiearts. Daar zijn ze al lang mee bekend, maar dat is dan een solist. Die werkt niet in het ziekenhuis, maar die levert prima zorg. Hij is ook geregistreerd. Dat wordt blijkbaar nu dus niet meer vergoed, omdat de zorgverzekeraars, in ieder geval Menzis, de gedachte heeft dat die per se met zijn tweeën moeten werken. Er moeten minstens twee artsen zijn. De Minister lijkt in het antwoord in haar brief in die redenatie mee te gaan. Ik begrijp dat wel vanuit het principe van de zorgverzekeraars, want die hoeven dan natuurlijk minder zorg te vergoeden. De ziekenhuizen zullen er vast ook blij mee zijn, want die verliezen zo concurrenten. Maar ik begrijp het niet vanuit het perspectief van de patiënt. In die brief lijkt de Minister mee te gaan in de redenatie dat er per se twee artsen moeten

zijn. Waarom dan? Ik zie er de logica helemaal niet van in. Dat was tot slot de vraag die ik had met betrekking tot het syndroom van Ehlers-Danlos. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dank u wel, meneer Van Houwelingen. Dan is het woord aan de heer Krul namens het CDA.

De heer **Krul** (CDA):
Voorzitter, dank u wel. Ik vervang mijn collega André Poortman vandaag, die in de parlementaire enquêtecommissie Corona zitting neemt. Ik moet dus iets eerder weg. Excuses daarvoor.
Voorzitter. Ons zorgstelsel is gebouwd op solidariteit. Gezonde mensen betalen mee voor zieke mensen en jongeren betalen mee voor ouderen. Mensen met een hoger inkomen dragen meer bij dan mensen met een lager inkomen. Dat is geen fout in het systeem; dat is de kracht ervan. Maar solidariteit vraagt ook om verantwoordelijkheid. Iedere euro kan maar één keer worden uitgegeven. Iedere verpleegkundige kan op één moment maar één patiënt tegelijk helpen. Iedere zorgverlener die bezig is met zorg die weinig toevoegt, kan niet worden ingezet voor zorg die het verschil maakt.

De **voorzitter**:
Excuus. Ik onderbreek u even voor een interruptie van de heer Bushoff namens PRO.

De heer **Bushoff** (PRO):
De eerste woorden van de heer Krul waren mij uit het hart gegrepen. Die gaven namelijk de kern van ons zorgstelsel weer. Dat is gebaseerd op solidariteit. Mensen die gezond zijn betalen voor mensen die ziek zijn. Mensen die rijker zijn, betalen ook mee voor de mensen die arm zijn. Mijn vraag is vrij eenvoudig. Vergroten of verkleinen de plannen van deze coalitie en dit kabinet die solidariteit? De vraag gaat precies over die inkomenssolidariteit en die risicosolidariteit.

De heer **Krul** (CDA):
Een tweeledig antwoord. Ik denk allereerst dat niks doen betekent dat uiteindelijk de basis van ons zorgstelsel vanzelf ondergraven wordt. Dat verzin ik niet, maar of het nou de WRR is of de Algemene Rekenkamer of de Raad van State, we zien uit alle rapporten dat ons zorgstelsel op de lange termijn niet houdbaar is, simpelweg omdat het aandeel gezond voor ziek scheefgroeit.
Als tweede kom ik op de inkomensproblematiek. Ik ben altijd fel tegenstander geweest van sturen op inkomenspolitiek via de zorg. Als er mensen zijn die bijvoorbeeld hun medicijnen niet kunnen betalen, is dat primair een probleem in de inkomenspolitiek en is dat geen zorgprobleem. Van sturen op inkomen via zorg is het CDA sowieso geen fan. Juist om ons zorgstelsel in de toekomst solidair te houden, zijn er simpelweg ingrepen nodig. Ik hoop dat ik verderop in mijn bijdrage nog wat meer dingen kan zeggen waarvan de heer Bushoff zegt dat ze uit zijn hart zijn gegrepen, maar dit was het antwoord op zijn vraag.

De heer **Bushoff** (PRO):
Dat het CDA aangeeft dat het geen fan is van het bedrijven van inkomenspolitiek via de zorg, daar kan ik werkelijk waar met mijn hoofd niet bij. Tegelijkertijd wordt de rekening voor mensen die zorg nodig hebben met honderden euro's verhoogd en wordt voor diezelfde mensen het inkomen met honderden euro's, € 500, € 600, € 700 per maand, verlaagd. Dan bedrijf je inkomenspolitiek.

Nogmaals, mijn vraag is heel simpel: dragen die plannen nou bij aan die solidariteit die het CDA ook zo hoog in het vaandel heeft? Daar heb ik nog steeds geen antwoord op gehad. Dragen deze voorstellen nou concreet bij aan solidariteit? Hoe is het eerlijk dat mensen honderden euro's meer voor hun zorgrekeningen gaan betalen en honderden euro's minder aan inkomen overhouden als het aan de plannen van deze coalitie ligt?

De heer **Krul** (CDA):
Om nogmaals antwoord te geven op de laatste vraag: ik ben ervan overtuigd dat de voorstellen die nu gedaan worden, bijdragen aan de solidariteit van het stelsel op de lange termijn. Ik denk dat die ook noodzakelijk zijn. Ik hoop dat dat gewoon een antwoord is voor de heer Bushoff.
Zijn andere vraag is natuurlijk wel interessant, want er zijn meerdere beleidsinstrumenten die zorg inderdaad duurder gaan maken, ook voor een kwetsbare groep. Neem bijvoorbeeld specifieke aftrekbare zorgkosten. Neem bijvoorbeeld het eigen risico. Grote generieke maatregelen, zodat niet alleen de groep mensen die het wel kan dragen ontzien wordt maar dus ook de groep die het moeilijker kan dragen, zijn wat mij betreft niet doelmatig. Veel liever kijk ik naar veel gerichtere maatregelen, zodat zorg voor kwetsbare mensen betaalbaar blijft, en maak ik flankerend beleid, omdat we niet willen dat mensen door de ondergrens zakken. Om dat te bereiken gaan wij geen hele generieke maatregelen nemen, maar gaan we heel specifiek de mensen helpen die het echt nodig hebben. Ik denk dat dat op de lange termijn een veel betere manier is van sturen op zorgkosten, juist voor mensen met een zorgvraag die weinig kunnen dragen.

De heer **Bushoff** (PRO):
Tot slot. Op zich zijn de woorden van de heer Krul best aardig. Hij begint namelijk met te zeggen dat hij solidariteit belangrijk vindt. Vervolgens zegt hij: we moeten geen inkomenspolitiek bedrijven, maar we doen het toch. Vervolgens geeft hij aan: maar voor de mensen die het echt niet kunnen dragen, willen we wat organiseren. Er zijn toch tal van gewone mensen die geconfronteerd worden met deze plannen van dit kabinet en deze coalitie, die dus honderden euro's extra gaan bijdragen aan de zorg en honderden euro's minder aan inkomen zien en dat niet kunnen ophoesten. Dan is het enige antwoord van de heer Krul: op de lange termijn vind ik dat dat wel bijdraagt aan de solidariteit. Leg dat eens uit aan de mensen die vanaf morgen, als deze plannen ingaan, of vanaf volgend jaar als deze plannen ingaan, de eindjes niet meer aan elkaar kunnen knopen. Wat is die solidariteit voor die mensen dan waard?

De heer **Krul** (CDA):
Op de lange termijn is het gewoon een feit – dat heeft niks met geld te maken – dat het zorgaanbod de zorgvraag niet aankan. Daarom nemen we nu maatregelen, zodat op de lange termijn solidariteit nog steeds de drager is van ons stelsel.
Dan het eerste deel van de vraag van de heer Bushoff. Er staan wat mij betreft twee dingen centraal bij deze maatregelen. Het eerste is: voorkom zorgmijding. Dat risico zie ik echt. Ik denk dat de heer Bushoff dat risico zelf ook ziet. Het tweede is: mensen die kwetsbaar zijn, die niet veel kunnen dragen in hun portemonnee, worden ontzien. Daarvoor staat dit kabinet nu aan de lat. Daar hebben we ook een fors bedrag voor gereserveerd.
De heer Bushoff mag het CDA kritisch bevragen. Dat mag hij ook blijven doen op het feit dat we dat geld goed inzetten. Of je het nou hebt over het eigen risico, over specifiek aftrekbare zorgkosten of over maatregelen die een bepaalde groep echt gaan raken, we gaan ervoor zorgen dat we die gaan ontzien, want ik ben niet blind voor die stapeling van kosten. We

hebben allemaal het Nibud-onderzoek gelezen van afgelopen week. Daar zijn wij natuurlijk ook gewoon gevoelig voor.

De **voorzitter**:
De heer Bushoff tot slot, voor zijn laatste interruptie tijdens deze termijn.

De heer **Bushoff** (PRO):
Ik besteed er mijn laatste interruptie aan, want de heer Krul was bij de onderhandelingen en zijn collega's niet, dus het is op zich fair om enkele vragen aan de heer Krul te besteden. Mijn laatste vraag.
De heer Krul zegt dat hij de meest kwetsbare mensen wil ontzien, maar we zien nu toch dat dat niet gebeurt in de plannen van dit kabinet en deze coalitie? Er wordt 10 miljard bezuinigd op de zorg en 6,5 miljard op de sociale zekerheid. Daartegenover staat dat doekje voor het bloeden van 350 miljoen, wat er dan voor zou moeten zorgen dat al deze mensen geholpen gaan worden. We horen nu van het Nibud en van de mensen zelf die hier gisteren onder de noemer «#IkKanNietMeer» hun verhaal deelden dat ze het gewoon niet gaan redden. Mijn simpele vraag aan het CDA is dan: bent u, ook gegeven dat het feit u een minderheidscoalitie bent, bereid om uw plannen bij te stellen om ervoor te zorgen dat deze mensen, gewone mensen, niet door het ijs zakken?

De heer **Krul** (CDA):
De heer Bushoff haalt nu echt wel heel veel dingen door elkaar. Dat ben ik niet helemaal van hem gewend. Hij noemt gewoon een heel groot bedrag en zegt: dit bezuinigen we op de zorg. Ik noem even het voorbeeld van de specifiek aftrekbare zorgkosten van 600 miljoen. Nou, die telt hij gewoon op in zijn bezuiniging. We weten dat daarvan 70 à 80% niet doelmatig besteed wordt, namelijk aan mensen die het niet slecht hebben in hun portemonnee. Dan kan je die er niet bij optellen, dus ik vind het gek dat hij dat doet. Maar goed, dat laat ik even bij hem.
Daarnaast gaan heel veel van die maatregelen natuurlijk ook niet volgend jaar in. Ik herhaal gewoon wat ik net gezegd heb: het is uiteindelijk heel belangrijk dat bij elke stap die gezet wordt, die mogelijk voor de meest kwetsbare groep ingrijpende gevolgen heeft, het kabinet oog heeft voor enerzijds zorgmijding en anderzijds voor het feit dat het gewoon nog te betalen moet zijn. We staan nu helemaal aan het begin van een traject. We weten nog niet hoe dat geld uiteindelijk ingezet gaat worden. Daar heb ik hele hoge verwachtingen van. Ik zal het kabinet er ook kritisch op bevragen. Maar ik ga niet mee in alles op een hoop vegen en dan onderaan de streep zeggen: dit wordt er bezuinigd en dat gaat allemaal ten koste van de meest kwetsbaren. Dat is namelijk gewoon niet waar.

De **voorzitter**:
Het woord is aan mevrouw Van Brenk van 50PLUS voor een interruptie.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Meneer Bushoff zei iets buiten de microfoon. Ik dacht: dat is een mooie voorzet, laat ik daar even op doorgaan, want straks is meneer Krul weg en dan kunnen we hem niet meer bevragen.
Hij maakte een opmerking over mensen die kwetsbaar zijn in hun portemonnee. Ik weet dat het CDA de motie van 50PLUS niet gesteund heeft om de meest kwetsbaren te ontzien. Het CDA houdt niet van spreekt-uitmoties, maar ik hoop wel dat het oog heeft voor mensen die kwetsbaar zijn qua gezondheid. Voor mij is het dus heel erg lastig om een CDA te zien dat de motie niet steunt. Mensen die in een verpleeghuis zijn opgenomen vormen een hele beperkte groep. Daar komen er ook niet meer bij, want de deuren naar de verpleeghuizen zitten dicht. Mensen moeten thuisblijven. Zij kunnen geen gordelroosvaccinatie krijgen. Wat is nou de afweging van CDA om te zeggen dat we dat niet doen?

De heer **Krul** (CDA):
Het klopt dat wij geen spreekt-uitmoties steunen. Tegelijkertijd zou ik wel tegen mevrouw Van Brenk willen zeggen – ik hoop dat ze het CDA daar weer in gaat herkennen – dat wij wel oog hebben voor de meest kwetsbaren. Natuurlijk gaan we naar mogelijkheden zoeken, ook wat betreft gordelroosvaccinaties. Daar staat ook iets over in het coalitieakkoord. Er worden investeringen gedaan om juist dit soort dingen meer via een wijkgerichte aanpak te regelen. We doen daar ons best voor. Maar het klopt dat wij nu niet op een specifiek onderwerp – er zijn er meer die ik hier kan noemen en die vast nog de revue passeren – een groep eruit lichten en zeggen dat we daar iets extra's voor kunnen doen. Zo eerlijk moet ik het ook stellen. Ik kan me goed voorstellen dat mevrouw Van Brenk daar wat van vindt, maar ik ga er ook niet voor weglopen.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Ik heb nog een punt. Het is duidelijk dat de heer Krul heel strak zegt: het voelt niet lekker, maar we doen het toch, want we zitten in een coalitie. Het voelt voor 50PLUS best hardvochtig. Die gordelroosvaccinatie parkeer ik even in de hoop dat de Minister met een afdoende antwoord komt. Ik kijk dan ook nog even naar het andere deel. We willen graag dat mensen langer thuisblijven, dat zij in de wijk blijven en dat we naar elkaar omkijken. Maar het plan van het kabinet is nu om de huishoudelijke zorg af te schaffen. Duizenden vrouwen komen daarmee op straat te staan. We leggen nog meer druk op de mantelzorgers en we gaan ook nog een eigen bijdrage voor de wijkverpleging inzetten. Eigenlijk staat dat toch heel haaks op elkaar? Hoe ziet het CDA dan die ondersteuning voor de mensen die steeds langer thuis moeten blijven?

De heer **Krul** (CDA):
Een paar dingen daarover. Ik ben het in grote lijnen eens met wat mevrouw Van Brenk zegt. Laat ik dat maar eerlijk op tafel leggen. We willen dat mensen zo lang mogelijk thuisblijven. Gelukkig zien we ook de mooie ontwikkeling dat mensen steeds ouder worden en langer leven in relatieve gezondheid. Door met de zorg meer de beweging naar de voorkant te maken, wil je in het preventieve deel ervoor zorgen dat mensen langer in hun eigen omgeving zo vitaal mogelijk kunnen leven. Maar voor sommige mensen is dat niet mogelijk. Voor een groep van de mensen voor wie dat niet mogelijk is, geldt dat de eigen bijdrage in de wijkverpleging een hard gelag zal zijn. Voor een andere groep is het ook wel te dragen, zeg ik er maar gelijk bij. Een zorgvraag betekent niet per se dat je armlastig bent. Maar dan is het heel belangrijk dat het niet kan leiden tot zorgmijding. Dat is echt voor ons heel belangrijk.
Ten tweede: zorg wordt duurder wanneer je intramuraal gaat. Dan zul je met datzelfde beleid ervoor moeten zorgen dat deze mensen gewoon wijkverpleging kunnen krijgen. Wat ik heel interessant vind – ik ben benieuwd of mevrouw Van Brenk daarin kan meedenken – is dat je bijvoorbeeld gaat kijken naar een onderscheid tussen kortdurige en langdurige wijkverpleging. Er zijn mensen die kortdurende wijkverpleging nodig hebben van wie je het misschien wel kan vragen. Maar als je die echt langdurig, meer dan een jaar, nodig hebt, dan moeten we daar meer oog voor hebben. Net zoals mevrouw Van Brenk zullen we bij de uitwerking van die plannen hartstikke scherp zijn. Maar ook hiervoor geldt dat ik hier niet iets ga verkopen als een maatregel die per se voor iedereen goed uitpakt, want dat is gewoon niet zo.

De **voorzitter**:
Ik kijk even. Was mevrouw Maeijer eerst of mevrouw Dobbe? Mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

De heer Krul zei net, een aantal interrupties geleden, iets over «de mensen die het echt nodig hebben». Volgens mij gaven de mensen die het echt nodig hebben ons gisteren dit boekje. De heer Krul heeft het vast ook, #IkKanNietMeer. Anders zou ik hem aanraden er eens naar te kijken. Daarin zien we bijvoorbeeld het verhaal van Bo. Hij zegt: om rond te komen bespaar ik op alles. Hij gaat maar één keer per jaar uit eten. Geen uitjes, geen nieuwe kleding en zo weinig mogelijk verwarming. Hij zegt: als ik nu inkomen kwijtraak aan een hogere eigen bijdrage, geen aftrekposten meer heb en wel hogere zorgkosten krijg, dan weet ik niet meer hoe ik dat moet opvangen. Ik vraag me dan toch af in welke wereld van het CDA dit dan die solidariteit is waar de heer Krul voor zegt te staan?

De heer **Krul** (CDA):
Ik ga dan wel hetzelfde antwoord geven als ik aan de heer Bushoff heb gegeven, omdat ik dezelfde vraag krijg. Enerzijds wil ik een zorgstelsel waarin we ook over vijftien jaar, richting 2040, kunnen zeggen dat iedereen die zorg nodig heeft die ook kan krijgen. Er is nu niet één signaal dat daarvoor op groen staat. We zullen nu dus ingrepen moeten doen om dat zorgstelsel op lange termijn solidair te houden.
Het tweede punt. Natuurlijk willen we niet dat mensen door de ondergrens zakken. Het risico op zorgmijding is dan ontzettend groot. Je wil niet dat mensen noodzakelijke zorg gaan vermijden. U vraagt mij daar kritisch naar. Blijf dat ook doen. Ik vind dat we voor deze mensen oog moeten houden in het beleid dat we gaan uitwerken. Ten tweede heb ik op dat punt ook al gezegd dat ik het bedrijven van inkomenspolitiek via de zorg geen goed idee vindt. Zo staat mijn partij daarin. Het eigen risico verlagen leidt tot een hogere zorgvraag. Als je dat puur doet vanwege de betaalbaarheid van zorg voor mensen, ga je de zorg gebruiken als instrument om inkomenspolitiek te bedrijven. Het CDA heeft een andere kijk op het stelsel. Daar kan mevrouw Maeijer van de PVV het niet mee eens zijn, maar dat is hoe wij ernaar kijken.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
De heer Krul wil misschien niet dat mensen zorg gaan mijden, maar dat gaat wel gebeuren. Hij geeft aan dat hij oog wil houden voor de mensen die het straks niet meer kunnen betalen. Daar kopen ze natuurlijk geen boodschappen voor. Daar hebben ze helemaal niets aan. Ik denk dat het gewoon ook wel fair is om uit te spreken dat deze coalitie gewoon op zoek is geweest naar geld. Ik weet niet wiens idee deze maatregelen precies waren, maar dit zijn natuurlijk gewoon politieke keuzes geweest. Het is niet een of ander natuurverschijnsel dat dit nu op tafel ligt. Misschien kunnen we dat dan ook gewoon even zo benoemen. Ik heb maar vier interrupties, dus ik zal het hier ook bij laten. Ik heb niet het idee dat we veel verder komen.

De heer **Krul** (CDA):
Ik ben het met mevrouw Maeijer eens dat het geen natuurverschijnsel is, maar ik heb een ander vertrekpunt. Ik verkeer in de stellige overtuiging dat wij een van de laatste politieke generaties zijn die nog kan ingrijpen in het zorgstelsel om ervoor te zorgen dat over tien jaar mensen nog noodzakelijke zorg kunnen krijgen. Die verantwoordelijkheid nemen wij. Dat is geen natuurverschijnsel. Dat is bewust. En ja, mensen mogen van het CDA verwachten dat we daarbij oog hebben voor de meest kwetsbaren.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Welkom terug, meneer Krul, in deze commissie. Hij zegt dat hij zich helemaal welkom voelt. Ik weet niet of ik het beter ga maken. Het CDA en deze coalitie willen namelijk het eigen risico verhogen tot € 520. Ik snap niet hoe ze daartoe zijn gekomen, omdat niemand dit in de verkiezingsprogramma's had staan en niemand dit in de doorrekeningen had staan.

Bij het CDA ging het eigen risico wel wat omhoog, maar niet naar € 520. Daar is dus iets gebeurd.
De heer Krul zegt dat hij geen zorgmijding wil. Ik heb het hem meermaals horen zeggen. «We willen geen zorgmijding. We willen geen zorgmijding, want dat zou de allerkwetsbaarsten raken. Dat is niet solidair en dat willen we niet.» En dan zien we dat het eigen risico wordt verhoogd. Wat denkt de heer Krul dan dat er gaat gebeuren? Nivel heeft het al doorgerekend. Dat heeft gezegd: als deze plannen doorgaan, dan gaat zorgmijding stijgen van 7% naar 16%. Dat betekent dus dat 16% van de mensen deze boete op ziek zijn niet meer gaat betalen en noodzakelijke zorg gaan mijden. Dat is het gevolg van dit beleid. Vindt het CDA dit nu solidair? Vindt het CDA dit ook verantwoord, met het oog op zorgmijding? Dit kan toch niet de bedoeling zijn, ook niet van het CDA?

De heer **Krul** (CDA):
Een generieke verlaging of bevriezing van het eigen risico is niet solidair. Daarmee ontzie je niet alleen de kwetsbare groepen die je wilt ontzien, maar iedereen, terwijl heel veel mensen het wel kunnen dragen. Zo is ons stelsel ook opgebouwd: gezond betaalt voor ziek. Dat is een. Punt twee is dat het verlagen of het bevriezen van het eigen risico het aantal vacatures in de zorg alleen maar zal doen toenemen, omdat de zorgvraag stijgt. Dat is doorgerekend, bijvoorbeeld door de Algemene Rekenkamer. Mensen staan dan op een wachtlijst met een lager eigen risico, maar krijgen nog steeds de zorg niet. Dit zal leiden tot wel 10.000 extra vacatures.
Het is mijn stellige overtuiging – mevrouw Dobbe heeft dit ook in ons verkiezingsprogramma kunnen lezen – dat het verlagen of bevriezen van het eigen risico geen goede maatregel is om de zorg op de lange termijn houdbaar te houden. We zijn het daar nooit over eens geweest, niet toen we samen in de oppositie zaten en ook niet nu het CDA in de coalitie zit. Het is niet het juiste instrument om voor de meest kwetsbaren de zorg betaalbaar te houden. Het is niet het CDA dat dat heeft berekend, maar het CPB. De Raad van State heeft in het wetsadvies aan de vorige coalitie gezegd dat het op deze manier niet houdbaar is.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Dank voor het antwoord, maar het is geen antwoord op de vraag. Allereerst is een boete op ziek-zijn, dus een boete voor mensen die ziek zijn en die zorg nodig hebben, niet solidair. Ik snap niet hoe het CDA dat als een solidaire maatregel kan uitleggen. De heer Krul gaat dan allerlei problemen opsommen die zouden ontstaan op het moment dat mensen daadwerkelijk de zorg kunnen betalen die ze nodig hebben.
Maar mijn vraag was een andere. Het eigen risico gaat omhoog naar € 520, onder andere omdat het CDA dat wil. Dat betekent dat mensen zorg gaan mijden. De doorrekening is dat dit aantal gaat stijgen van 7% naar 16%. Daar gaat het CDA niet op in. Als je zorgmijding wilt tegengaan en als je wilt dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben, kunt u toch niet voorbijgaan aan deze cijfers, dan moet u toch ook zien dat dit een probleem is? Waarom laat het CDA deze problemen dan ontstaan voor de mensen die zorg nodig hebben?

De heer **Krul** (CDA):
Dan moeten we toch gewoon kijken naar de mensen die de zorg niet kunnen betalen. Een maatregel van miljarden euro's voor alle Nederlanders is iets anders dan gerichte ondersteuning van een groep die daadwerkelijk in de knel komt. Ik vind het niet solidair om een generieke maatregel te nemen voor de hele samenleving als een deel daarvan het niet kan betalen en een heel groot deel juist wel, en dat in een tijd waarin alles duurder wordt. Als we het eigen risico elk jaar geïndexeerd hadden, wat eigenlijk gewoon in de wet staat, was het al € 535. Dan was het dat al. We hebben het jarenlang kunstmatig bevroren, terwijl de vraag naar zorg

is gestegen, evenals de kosten in de zorg. Dat bedenk ik niet, dat zijn de feiten. Ik ga veel liever met gerichte maatregelen en gericht beleid aan de slag om voor de meest kwetsbaren te voorkomen dat ze door de ondergrens zakken dan met een generieke maatregel waarvan het CPB, de Raad van State en de Algemene Rekenkamer hebben gezegd dat het niet doelmatig is.

De **voorzitter**:
In algemene zin wil ik even zeggen dat interrupties vanaf nu echt korter mogen. Interrupties duren hier met gemak een minuut en op die manier gaan we het niet redden. Ik hecht er waarde aan om de interrupties in te korten. Dat zeg ik niet specifiek richting mevrouw Dobbe, maar richting ons allen. Ik geloof dat mevrouw Dobbe nu geen vervolgvraag meer heeft. Ik geef het woord weer aan de heer Krul, die nog maar net met zijn betoog begonnen was.

De heer **Krul** (CDA):
Misschien kan ik het ook wat inkorten nu, maar dat gaan we zien. Voorzitter. Dit debat gaat voor het CDA niet in de eerste plaats over hervormingen. Het gaat over de vraag hoe we ons zorgstelsel voor toekomstige generaties toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed houden. Daarom is mijn eerste onderwerp, pakketbeheer, belangrijk. Wanneer nieuwe behandelingen aan het basispakket worden toegevoegd of wanneer bestaande zorg vergoed blijft worden, moeten we ons steeds de vraag stellen of dit bijdraagt aan de gezondheid en de kwaliteit van leven van patiënten. Een euro die wordt besteed aan zorg die onvoldoende effectief is, kan niet worden besteed aan een behandeling die dat wel is.
Het CDA ziet een belangrijke rol voor het Zorginstituut Nederland. Het project Zinnige Zorg laat zien dat kritisch kijken naar de effectiviteit van behandelingen niet ten koste gaat van de kwaliteit van zorg, maar deze kan verbeteren. Tegelijkertijd hebben we ook de berichten gelezen van vandaag en gisteren dat maar liefst 48 van 51 innovatieve geneesmiddelen met een EMA-certificaat niet in Nederland beschikbaar zijn. Dat doet mij af en toe een beetje denken aan het preferentiebeleid, iets wat we jarenlang als een unique selling point in Nederland gevierd hebben: met dit instrument kunnen we sturen op de kosten van medicijnen. We zien dat dit langzamerhand zijn doel voorbijstreeft.
Ik ben benieuwd of de Minister een reflectie kan geven op hoe zij kijkt naar het functioneren van de sluis en of het ook op de lange termijn op deze manier houdbaar is. Want er zijn medicijnen waarvan we in Duitsland zien dat ze echt effectief zijn, maar die in ons stelsel maar moeilijk beschikbaar komen voor patiënten.

De **voorzitter**:
Ik onderbreek u voor een interruptie van de heer El Abassi.

De heer **El Abassi** (DENK):
Ik hoorde de heer Krul – ik was het even aan het opzoeken – aangeven dat een lager eigen risico zorgt voor onnodig zorggebruik. Kan de heer Krul toelichten waar hij dat vandaan heeft?

De heer **Krul** (CDA):
Volgens mij heb ik dat niet gezegd. Ik heb gezegd dat de zorgvraag stijgt en met het stijgen van de zorgvraag stijgt ook het aantal vacatures in de zorg. We zien nu al richting 2032 dat we honderdduizenden niet-ingevulde vacatures zullen hebben. Met het stijgen van de zorgvraag – de heer El Abassi zal denk ik niet betwisten dat het verlagen van het eigen risico de zorgvraag doet stijgen – ontstaan er meer vacatures en een zorgvraag die op dit moment niet geleverd kan worden.

De heer **El Abassi** (DENK):
Is de heer Krul het dan wel met mij eens dat dat terechte zorgvragen zijn? Wat vindt de heer Krul ervan dat deze terechte zorgvragen worden afgeremd door het verhogen van het eigen risico?

De heer **Krul** (CDA):
In sommige gevallen zal dat wel zo zijn. Dat betwist ik ook niet. Maar of je nou wel of niet een terechte zorgvraag hebt, als de zorg niet geleverd kan worden, heb je er uiteindelijk niks aan. Je wilt dat mensen die echt zorg nodig hebben, die te allen tijde kunnen krijgen. De heer El Abassi zal ongetwijfeld ook wel eens met een huisarts hebben meegelopen. Zij vertellen je klip-en-klaar dat het op die manier niet meer lukt om patiënten die echt een zorgvraag hebben door te verwijzen of goed te spreken. Zij worden dagelijks geconfronteerd met sociale problematiek die eigenlijk niet thuishoort in een huisartsenpraktijk. Dat is een voorbeeld, zeg ik er maar even bij, van hoe met het remmen van de zorgvraag ervoor gezorgd kan worden dat mensen die zorg nodig hebben, die ook daadwerkelijk kunnen krijgen.

De heer **El Abassi** (DENK):
Ik hoor het CDA dan aangeven: in sommige gevallen zal dat wel zo zijn. Ook dat betwist ik, want ook dat kan ik nergens terugvinden. Als het CDA aangeeft dat het in sommige gevallen zo zal zijn, hoor ik ook graag daar een toelichting op. Het enige wat het CPB zegt, is dat het de zorgvraag remt. Dat betekent dat het een financieel vraagstuk is. Ik zou echt het CDA willen vragen niet de dikte van de portemonnee te laten bepalen of iemand recht heeft op zorg of niet.

De heer **Krul** (CDA):
Ik citeerde al, maar het CPB heeft berekend dat er 19.000 extra mensen in de zorg nodig zijn bij het verlagen van het eigen risico. Die mensen zijn er niet. De vraag van de heer El Abassi of het wel of niet een terechte zorgvraag is, is daarmee al gepasseerd. Dat is het wrange van die maatregel. Er is dan geen zorg. Dat is precies het punt dat ik al meerdere keren probeer te maken: we moeten ingrijpen in het stelsel om zorg toegankelijk te houden voor iedereen. Met de huidige cijfers is dat niet haalbaar. Daarom staan wij dit soort maatregelen voor.

De **voorzitter**:
De heer El Abassi tot slot. Dit is zijn laatste interruptie.

De heer **El Abassi** (DENK):
Inderdaad, dan maak ik ze direct op. Ook «niet haalbaar» is een interpretatie van het CDA, want andere landen kunnen het wel. In Spanje kan het en in Frankrijk kan het. Daar is de zorg veel goedkoper, is het eigen risico veel lager en ga zo maar door. Het zijn politieke keuzes – waar willen we het geld aan uitgeven? – en het CDA beslist daar anders in.

De heer **Krul** (CDA):
Ik zou de heer El Abassi dan echt willen vragen om zich te verdiepen in de staat van de gezondheidszorg in Frankrijk. Als er ergens een gezondheidskloof is, is het wel in Frankrijk. Ik kan nog meer voorbeelden noemen. Ik ben ontzettend trots op ons zorgstelsel, dat gebouwd is op solidariteit en dat nog steeds een van de beste van de wereld is. Ik wil dat graag zo houden.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Ik wil hier toch nog even op doorgaan. Terecht zegt de heer El Abassi dat dit een politieke keuze is. En de heer Krul zegt dat we er de mensen niet voor hebben, de verplegers. Maar er wordt straks wel 20 miljard euro

extra aan Defensie uitgegeven voor 100.000 soldaten erbij. Dat is een keuze. Die mensen kun je niet meer in de zorg inzetten. Wees daar dan eerlijk over. Het CDA wil graag 20 miljard in defensie steken, in een oorlog die niet onze oorlog is, zo zien wij dat, en heeft dan geen geld meer over voor de zorg. De mensen in Nederland kunnen dan verkommeren. Dat is dan toch de keuze die het CDA maakt?

De heer **Krul** (CDA):
Dat de heer Van Houwelingen nog een keer met een soort communistische oplossing zou komen als «we zwaaien met een toverstaf en dan hebben we 100.000 mensen die in de zorg werken, want die gaan nu naar Defensie». Zo werkt het gewoon niet. Zelfs met al het geld van de wereld in ons zorgstelsel zouden we de mensen niet hebben om de zorgvraag te kunnen bemensen. Ze zijn er niet en ze zullen er ook niet komen. Mevrouw Dobbe heeft meermaals gepleit voor Defensieachtige campagnes voor de zorg en dat lijkt me fantastisch. Ik denk dat het belangrijk is dat we zo veel mogelijk mensen voor de zorg werven – het is een prachtige sector – maar de realiteit is dat we met de huidige demografische ontwikkelingen de zorgvraag niet aankunnen. En er zijn geen prognoses die laten zien dat het arbeidsmarkttekort op de korte termijn wordt ingelopen. Daar hebben wij ons toe te verhouden. Je kunt wel meer geld investeren, maar dan heb je nog niet de mensen aan het bed.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dat is toch niet helemaal waar. Een soldaat, bijvoorbeeld, concurreert met een verpleger. Het zijn vaak allemaal mbo-functies. Je kunt iemand maar één keer inzetten in de maatschappij. Dat is een logica die volgens mij niet te weerleggen is. Het CDA kiest ervoor om 20 miljard euro vrij te maken voor Defensie. Overal zie je campagnes, mensen worden geworven en krijgen goede arbeidsvoorwaarden. Die energie had ook ingezet kunnen worden om mensen in de zorg te krijgen. Dat is een politieke keuze. Daar moet je dan niet voor weglopen. Wij maken andere keuzes. Het CDA wil heel graag militariseren en een conflict met Rusland zoeken, maar wij dus liever niet. Dat is dan je keuze. Die mensen kun je dan niet in de zorg inzetten. Die kunnen ook niet in de zorg gaan werken, want die moeten gaan vechten. Dat is de keuze die het CDA maakt.

De heer **Krul** (CDA):
Het klopt dat dit kabinet in Defensie investeert. Ik kan nu een heel betoog houden over waarom wij dat een ontzettend goed idee vinden, maar laten we dat bij een ander debat doen. Ik blijf bestrijden dat de opmerking «die mensen kunnen we niet inzetten in de zorg» ergens op slaat. We hebben geen toverstaf waarmee we mensen in de huidige arbeidsmarkt van links naar rechts kunnen toveren. Er zijn te weinig mensen in de zorg om de zorgvraag te behappen. Met de demografische ontwikkelingen, de dubbele vergrijzing richting 2040, hebben we ons te verhouden tot de huidige cijfers en prognoses. Daarvoor doen we nu ingrepen – politieke keuzes, als u wilt – zodat ook in 2040 iedereen de zorg kan krijgen die nodig is.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Ik vind het ook wel leuk. De heer Boswijk, uw collega, heeft de brief gestuurd over de escalatieladder wat de dienstplicht betreft, want Defensie moet 100.000 mensen gaan werven. Als die 100.000 mensen er niet komen, komt er wellicht een dienstplicht, een opkomstplicht. Een jongere die nu denkt «ik wil graag in de zorg werken en verpleger worden» wordt dan opgepakt en moet in het leger gaan werken. Die kan niet meer in de zorg werken. Dit zijn de keuzes die worden gemaakt. Het CDA zet alles in op groen en wij zetten het dan liever in op wit. Dat is het verschil. Doe dan niet net of het niet uitmaakt, want dat doet ertoe.

De heer **Krul** (CDA):
Het doet ertoe. Kan ik het daarbij laten?

De **voorzitter**:
Dan kijk ik naar mevrouw ... Nee? Toch niet. Dan vervolgt de heer Krul zijn betoog, terwijl hij nog niet halverwege zijn spreektijd is, zeg ik maar even.

De heer **Krul** (CDA):
Nee, zeker niet. De sluis hebben we gehad.
Voorzitter. De zorg toekomstbestendig maken betekent niet alleen kritisch kijken naar wat niet werkt, het betekent ook investeren in wat wel werkt. Dat geldt bijvoorbeeld voor fysiotherapie. Vanuit het veld horen wij regelmatig dat fysiotherapeutische zorg kan bijdragen aan het voorkomen van zwaardere en duurdere zorg op een later moment. Dat is dus slim. Tegelijkertijd worden voorstellen om fysiotherapie ruimer te vergoeden vaak afgewezen vanwege de directe budgettaire gevolgen. Het CDA vraagt de Minister om breder te kijken. Is zij bereid inzichtelijk te maken welke effecten uitbreiding van fysiotherapeutische zorg heeft op de totale zorguitgaven, inclusief mogelijke besparingen doordat zorgmijding, complicaties of zwaardere behandeltrajecten worden voorkomen?
Het is goed dat er werk wordt gemaakt van de nieuwe regeling voor zorgkosten van onverzekerden en de aanpak onverzekerdheid, zodat de meest kwetsbaren in onze samenleving de zorg krijgen die zij nodig hebben én misbruik binnen het stelsel beter kan worden aangepakt. Ik heb daar twee vragen over.
Straatartsen krijgen onder de OVV-regeling 80% van het consult vergoed in tegenstelling tot de 100% die ziekenhuizen ontvangen. Dit terwijl de complexiteit van zorgverlening op straat groter is en de daarvoor benodigde tijd, zoals u begrijpt, hoger ligt dan in de reguliere huisartsen- of ziekenhuiszorg. Daarom de vraag aan de Minister of zij in de vormgeving van de nieuwe regeling wil toetsen of de tarieven voor de eerstelijnsstraatzorg toereikend zijn. Er worden voorstellen gedaan om fraude beter aan te pakken en drempels weg te nemen voor zorgverleners die noodzakelijke zorg leveren aan onverzekerde patiënten. Kan de Minister aangeven welke aanvullende stappen zij voor zich ziet om fraude binnen de SOV- en OVV-regelingen verder terug te dringen?
Tot slot wil ik vragen naar de uitvoering van afspraken rond ongecontracteerde zorg. Hoe staat het met de uitwerking van de afspraak uit het coalitieakkoord om de vergoeding van ongecontracteerde zorg af te bouwen met oog voor een zorgvuldige overgang en het behoud van zorgpersoneel?
Tot slot. Ik heb het al meerdere keren gezegd vandaag en ik ga het nog een keer zeggen. Voor het CDA is het belangrijk dat we oog hebben voor de meest kwetsbaren. Juist daarom zijn die aanvullende maatregelen en dat aanvullend beleid zo cruciaal. Er is geld beschikbaar om deze groep te helpen, maar de uitvoering moet natuurlijk nog worden vormgegeven. Ik heb een paar vragen. Kan de Minister aangeven hoe de tegemoetkoming van 350 miljoen vanaf 2027 wordt vormgegeven? Hoe zorgt de Minister ervoor dat deze middelen terechtkomen bij mensen die te maken hebben met een stapeling van zorgkosten, zoals chronisch zieken en mensen met een beperking? Deelt de Minister de opvatting dat bij de verdeling van deze middelen de daadwerkelijke zorgkosten leidend moeten zijn en niet uitsluitend het inkomen van huishoudens?
Ik had nog een paar opmerkingen, maar ik denk dat ik die in de interrupties al wel heb behandeld. Ik laat het hier dus bij.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Ik heb een vraag over de fysiotherapie. De heer Krul begon er terecht over, zoals we van hem gewend zijn. Ik weet dat hij het afgelopen anderhalf jaar vaak om onderzoeken, minimumtarieven et cetera heeft gevraagd. Er is nu

heel veel onderzocht. Ik hoor de heer Krul nu vragen om weer iets te gaan onderzoeken. Als u vindt dat fysiotherapie een wezenlijke bijdrage levert, is het dan niet tijd dat u de Minister op pad stuurt om iets te gaan doen in plaats van weer een vraag om onderzoek?

De heer **Krul** (CDA):
Dit is echt een onderwerp waar ik al anderhalf jaar mijn hoofd over breek, mevrouw Maeijer zegt dat terecht. De Kamer heeft eigenlijk al alles geprobeerd, enerzijds in de vergoeding en anderzijds in de tarieven. Collega's Dobbe, Wiersma en ook Bushoff hebben het idee van de regulering van de maximale tarieven geopperd. Dat vind ik ook interessant. Ik zeg er maar eerlijk bij dat ik het niet meer weet. We hebben de Minister in de vorige periode al een keer op pad gestuurd met de opdracht «ga er wat aan doen en niet nog een keer een Gupta-onderzoek», maar elke keer komen we terug op hetzelfde punt van «lastig, moeilijk».
Het is voor mij evident dat fysiotherapie uiteindelijk zorgkosten gaat voorkomen, of het nou prehabilitatie is of gewoon in de leefstijlsfeer. Wat het CDA betreft zijn daar geen taboes. Als er ideeën zijn, zijn wij meer dan bereidwillig om erover mee te denken. Ik heb ook niet de oplossing en kan niet zeggen: dit is dé route om hiervoor te zorgen. Als mevrouw Maeijer die wel heeft, ben ik oprecht bereid om daarover mee te denken.

De **voorzitter**:
Dan is het woord aan de heer Claassen voor zijn bijdrage.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Voorzitter. Voordat ik aan de inhoud van mijn bijdrage begin, nog even snel iets anders. We hadden net een interruptiedebatje over ...

De **voorzitter**:
Is dit nou een interruptie of is dit uw bijdrage? U zegt: voordat ik aan de inhoud van mijn bijdrage begin. Ik houd het graag zuiver.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Dit is mijn inhoudelijke bijdrage aan dit debat. Maar daarvoor wil ik nog een opmerking maken. De tijd mag doorlopen, dan praat ik dadelijk wel wat sneller. Het gaat over het interruptiedebatje over de inzet van verpleegkundigen. Ik was er niet bij, maar het deed me denken aan de andere Minister, Minister Sterk, die maandag zei dat werken in de zorg een roeping is. Als iets de doodsteek is om mensen in de zorg te krijgen, is het om het een roeping te noemen. Mijn vraag aan deze Minister, want de andere Minister is er niet, is om die boodschap over te brengen en het nooit meer een roeping te noemen, want dat helpt niet om mensen in de zorg te krijgen.
Nu kom ik bij de inhoud. Dit kabinet hijst terecht de innovatievlag en roemt onze medtech, biotech, onze knappe koppen. Maar ondertussen staat de Nederlandse patiënt in de langste wachtrijen van West-Europa, lekt kapitaal en talent weg naar Amerika en Azië en verstikt de regeldruk precies die bedrijven die levens kunnen redden. Een kabinet dat innovatie met de mond belijdt, maar de zieke Nederlander laat wachten, is de kern van mijn verhaal.
Het probleem zit dieper dan bij losse dossiers. Ons stelsel beloont volume, maar geen gezondheid. De Zorgautoriteit erkent dit. De zorg is te veel een verdienmodel geworden en 15% tot 20% van de behandelingen is niet bewezen effectief. Wij betalen per verrichting en niet per genezen mens. Daarom vraag ik een onafhankelijke evaluatie van alle perverse prikkels in dit stelsel. Neem bijvoorbeeld weesgeneesmiddelen zoals Pluvicto, een middel dat patiënten met uitgezaaide prostaatkanker aantoonbaar langer laat leven, en Voxzogo, een middel voor behandeling

van dwerggroei. Ondanks aantoonbaar effect blijft het buiten het pakket, omdat een rekenwaarde uit 2006 het laatste woord krijgt over een mensenleven. Het meest stuitende is dat de Minister het Zorginstituut en verzekeraars aan termijnen bindt, maar zichzelf niet. Op haar eigen ministerie stokten onderhandelingen en de patiënt kreeg de rekening. Ik roep op tot een wettelijke maximumtermijn voor die onderhandelingen. Kan de Minister dat toezeggen?

De heer **Krul** (CDA):
Net als de heer Claassen, die zich meerdere keren heeft ingezet voor onder andere het weesgeneesmiddel Voxzogo, breek ik mijn hoofd er ook nog wekelijks over. Ik vraag de heer Claassen: hoe gaan we nou om met de situatie dat de farmaceutische industrie op een bepaald moment geen proefdossier indient, waardoor aan de kant van het Zorginstituut en aan de kant van de regering vervolgens gezegd kan worden «we weten het ook niet, want er is geen proefdossier ingediend». Hoe gaan we daar nou op interveniëren? Wat ons betreft moet dit zo snel mogelijk in ieder geval in de sluis komen. Hoe gaan we dat doen?

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Wist ik het maar. Ik heb een paar moties ingediend, en volgens mij ook een amendement, om tot een oplossing te komen. Ik denk dat ik nu niet aan zet ben om met een oplossing te komen. Er zitten een hele hoop knappe koppen bij het Ministerie van VWS aan de overkant. Zij moeten maar met een oplossing komen. Daar krijgen ze voor betaald en de Minister moet dat aansturen. Ik kan allerlei ideeën roepen en dat heb ik al gedaan.
Er wordt wel aan gewerkt, maar niet voldoende om tot een oplossing te komen als het bijvoorbeeld over Voxzogo of andere weesgeneesmiddelen gaat. Let wel, er wordt gezegd dat het een kleine groep is, ook letterlijk overigens, maar als je alle mensen die weesgeneesmiddelen nodig hebben bij elkaar optelt, gaat het om 1,8 miljoen mensen. Ik vind dat het kabinet, en dus ook het ministerie, daar meer oog voor zou moeten hebben en met een voorstel zou moeten komen om dit op te lossen. Nogmaals, dit is niet aan mij. Laat het kabinet er maar voor werken, want daar wordt het voor betaald.

De **voorzitter**:
De heer Claassen vervolgt zijn bijdrage.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Voorzitter. De geneesmiddelentekorten zijn eigenlijk een nationale schande. 3,5 miljoen Nederlanders, een op de drie gebruikers, staan met lege handen bij de apotheek. Waarom? Omdat een jarenlang «knijp de prijs»-beleid leveranciers heeft verjaagd, fabrieken in China en India niet leveren en transparantie over het hele proces ontbreekt. Dit helpt ons ook niet verder, want we krijgen die inzichten niet. Wat gaat de Minister doen om te zorgen dat we transparantie krijgen over de processen van ontwikkeling tot en met het leveren aan de apotheek bij mij om de hoek? Het moet helder worden waar de problemen zitten.
De kern is niet boekhoudkundig, maar ethisch. Een qaly rekent gezondheid uit, maar geen menselijkheid. Het kan zeggen dat de behandeling te duur is per gewonnen levensjaar, maar niet of we iemand met Alzheimer, een zeldzame ziekte of een beperking in de kou mogen laten staan. Achter elk dossier dat niet kosteneffectief heet te zijn, schuilt een mens, vaak een kind, ziek geboren, dat er niets aan kan doen. Juist voor hen is de solidariteit bedoeld. We hadden het daar net al over. De Minister zegt geraakt te zijn en verwijst de patiënt dan door naar zijn verzekeraar en de klachtencommissie. Je geraakt voelen is geen beleid. Toegang is beleid. Een medicijn dat in de sluis belandt, zat daar volgens

een eigen Kamerbrief van het kabinet inmiddels 795 dagen. Dat is ruim twee jaar! Wie ernstig ziek is, telt niet in jaren maar in dagen. Kosteneffectiviteit moet een input zijn, niet de eindstreep van een moreel oordeel. Ik wil een expliciet ethisch afwegingskader naast die koude qaly's, want solidariteit is van de mensen die iedere maand premie betalen. Voor hen staat de rekenmachine altijd aan: een qaly-grens, een behandelplafond en onduidelijke afwegingskaders.
Maar voor wie hier illegaal verblijft, even een ander onderwerp, is er maximale toegang tot zorg. Inmiddels kost dat 63,7 miljoen euro, zonder teller en zonder einde. Voor het zieke Nederlandse kind ligt een spreadsheet klaar, voor de illegaal een blanco cheque. Dit is de eerlijke premiebetaler laten opdraaien voor een falend terugkeerbeleid.
Voorzitter. Tot slot. Het echte gevecht ligt voor ons. In 2040 is een op de vier Nederlanders ouder dan 65, met nog maar twee werkenden per oudere. De ouderenzorg zal moeten verdubbelen naar 700.000 medewerkers, die er niet zijn. Preventie volstaat niet en we negeren de bron, de veroudering, de grootste risicofactor achter kanker, dementie en hartfalen. Eigenlijk is veroudering een ziekte, zou je kunnen zeggen. Longevity – dat is een manier om de veroudering tegen te gaan – richt zich op meer gezonde jaren. In het lab leefden muizen een derde langer na opruiming van versleten cellen. Prof. dr. Sinclair gaf blinde muizen en apen het zicht terug. De eerste verjongingstherapie voor de mens kreeg groen licht in Amerika. Dat is niet hier, terwijl juist Leiden, Utrecht, Eindhoven en Maastricht vooroplopen bij dit onderwerp, met honderd miljoen aan buitenlands stamcelgeld. Maar zonder goedkeuringsroute binnen Nederland investeert hier niemand. Elk extra gezond levensjaar is 4% tot 5% bbp waard. Wil de Minister longevity daarom tot nationaal speerpunt maken, met een termijn en topinstituten die op dat onderwerp actief zijn?
Ik weet niet hoever ik ben, maar ik ben er doorheen.

De **voorzitter**:
U heeft nog vier hele seconden over, maar die gaan we niet gebruiken voor de groet aan de achterban.
Het woord is aan de heer Vervuurt voor zijn bijdrage namens D66.

De heer **Vervuurt** (D66):
Voorzitter. Iedereen krijgt vroeg of laat te maken met de zorg. De gedachte achter ons zorgverzekeringsstelsel is simpel: goede zorg moet voor iedereen beschikbaar zijn. Dat geeft mensen zekerheid wanneer ze zorg nodig hebben. Een goed zorgverzekeringsstelsel draait eigenlijk om twee dingen: goede zorg voor patiënten en een premie die betaalbaar blijft. Die twee doelen worden vaak tegenover elkaar gezet. Wat D66 betreft horen ze juist bij elkaar. Als we willen dat nieuwe behandelingen beschikbaar blijven voor patiënten, moeten we ook kritisch durven kijken naar wat we al vergoeden. Daarom is voor D66 goed pakketbeheer geen boekhoudkundige uitdaging, maar een manier om de zorg beter te maken.
Het Zorginstituut speelt een stevige rol bij het beoordelen van bestaande behandelingen en geneesmiddelen, niet alleen wanneer iets nieuw wordt toegelaten, maar ook daarna. Welke innovaties leveren daadwerkelijk gezondheidswinst op? Welke behandelingen zijn achterhaald geraakt? Waar geven we geld uit zonder dat patiënten daar voldoende beter door worden? Kan de Minister toelichten hoe zij de komende jaren werk maakt van het actief doorlichten van het bestaande pakket? Welke rol ziet zij daarbij voor het Zorginstituut? Hoe zorgt zij ervoor dat de opbrengsten van zorgevaluatie daadwerkelijk worden ingezet om ruimte te creëren voor nieuwe, effectieve behandelingen?
Dan moet je zeker niet alleen kritisch durven kijken naar wat uit het pakket kan, maar ook naar welke bewezen zorg in het pakket zou moeten komen. Daarom wil ik stilstaan bij drug repurposing, oftewel het herbestemmen

van bestaande medicijnen voor andere aandoeningen. Soms liggen de meest veelbelovende innovaties niet in nieuwe geneesmiddelen, maar juist in bestaande middelen die ook voor andere aandoeningen ingezet kunnen worden. Een mooi voorbeeld is het onderzoek van de Hartstichting dat laat zien hoe een bestaand geneesmiddel tegen jicht mogelijk het risico op een hartinfarct met ongeveer 30% kan verlagen. Het probleem is dat voor dit onderzoek en de registratie geen toereikende vergoeding bestaat. Niemand wil de extra kosten op zich nemen. Daardoor blijven kansrijke behandelingen liggen, terwijl goedkope bestaande medicijnen heel veel gezondheidswinst kunnen opleveren. D66 vindt dat zonde. Daarom vraag ik de Minister hoe zij kijkt naar het stimuleren van onderzoek naar nieuwe toepassingen van bestaande geneesmiddelen. Welke stappen zet zij om knelpunten rond herbestemming weg te nemen en is zij bereid daarvoor, indien nodig, wet- of regelgeving aan te passen?
Voorzitter. Tot slot. Op basis van een motie van Paulusma en Bushoff wordt momenteel gewerkt aan een nationaal plan zeldzame aandoeningen. Dat is een belangrijke stap, want mensen met zeldzame aandoeningen zoals taaislijmziekte en de ziekte van Fabry, maar ook de patiënten van Ehlers-Danlos hier op de publieke tribune, lopen nog te vaak vast in het systeem, dat vooral is ingericht op grotere patiëntengroepen. Voor sommigen is de toegang tot weesgeneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen een grote uitdaging. Juist daarvoor zijn de ervaringen met de ODAP-weesgeneesmiddelenpilots interessant. Die laten zien hoe patiënten op verantwoorde en beheersbare manier sneller toegang kunnen krijgen tot veelbelovende behandelingen. Ziet de Minister ook dat voor weesgeneesmiddelen een passend zorgtraject nodig is om de toegankelijkheid te bevorderen en tegelijk kosten te besparen? Kan de Minister toelichten hoe zij binnen het traject Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen ook werkt aan een meer effectieve vergoedingsroute voor passende zorgtrajecten met weesgeneesmiddelen?
Als we scherpe keuzes durven maken over wat we niet meer vergoeden, ontstaat er juist ruimte voor wat patiënten morgen nodig hebben. En dat is voor D66 de kern van toekomstig pakketbeheer.
Dank u wel.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
D66 begon over: geen boekhoudkundige benadering, maar kijken naar gezondheidswinst en oog hebben voor wat mensen nodig hebben. Ik weet dat de heer Vervuurt samen met mij en collega Vliegenthart de rondetafel over vaccinatie heeft georganiseerd en dat hij dus weet heeft van het belang van bijvoorbeeld een gordelroosvaccin. D66 heeft de motie van 50PLUS over de meest kwetsbaren zorg geven ondersteund. D66 heeft daar voorgestemd. Ik blijf worstelen met het feit dat de mensen die in een verpleeghuis zitten geen recht hebben op het gordelroosvaccin. Hoe kijkt D66 daarnaar in het kader van het «oog hebben voor de meest kwetsbare mensen»?

De heer **Vervuurt** (D66):
Deze coalitie zet in op preventie. Dat is een van de hoekstenen daarvan. Daartoe behoort bijvoorbeeld ook vaccineren. Daarom trekt dit kabinet geld uit om vaccins voor gordelroos te vergoeden voor mensen van 60 jaar. Daarnaast kun je volgens mij op basis van medische indicatie ook gevaccineerd worden tegen gordelroos. Wat mij daarin steekt – die opvatting deel ik met mevrouw Van Brenk – heb ik vorige week ook gezegd tijdens een wetgevingsoverleg. In ons gezondheidssysteem kunnen wij op zoveel punten preventief handelen, bijvoorbeeld door te vaccineren, maar we doen dit niet op basis van de bekostiging van de budgetsystematiek die wij binnen de overheid hanteren, omdat we de baten niet goed kunnen herplaatsen. Dat betekent op dit moment dat wij

een beroep moeten doen op meer geld om de ouderen, waar mevrouw Van Brenk het over heeft, te kunnen vaccineren. In de afspraken die wij hebben gemaakt, hebben wij dat geld op dit moment niet, eerlijk gezegd. Ik wil me er heel erg hard voor maken, daarom refereer ik daar ook aan, dat wij er beter voor kunnen zorgen dat preventie gaat lonen en dat we daardoor ook veel beter, sneller en effectiever kunnen inzetten op preventie. Het systeem moet er zo snel mogelijk komen, maar de realiteit is dat het er nog niet is en dat we het moeten doen met het geld dat er nu ligt.

De **voorzitter**:
Mevrouw Van Brenk voor haar laatste interruptie? Ja.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Ja, voorzitter. Omdat ik straks bij u mag voorzitten, zal ik u niet interrumperen. Ik heb de interruptie graag over voor D66. Ik vind het wel heel goed dat er in ieder geval gezegd wordt dat er bij preventie oog voor moet zijn dat de kosten voor de baten uitgaan en dat het op dit moment nog best lastig is waar de centen vandaan moeten komen. Maar D66 zou het eigenlijk wel heel graag willen.
Misschien dan toch ook even om met uw voorganger te spreken: wij kijken inderdaad heel klinisch naar die qaly's, maar hoe kijkt D66 dan aan tegen de ethische afweging die we hebben? Ik vond de opmerking van de heer Claassen hartstikke belangrijk.

De heer **Vervuurt** (D66):
Dat is een hele mooie filosofische vraag, zou ik bijna willen zeggen. Het is ook een probleem, want daar zit echt een worsteling in. Ik weet niet of ik het volledig eens ben met de woorden van de heer Claassen, maar hij snijdt wel het punt aan. Kun je een gezond mensenleven vangen in cijfers of in budgetjes of wat dan ook? Het antwoord op die vraag is natuurlijk: nee. We hebben wel te maken met een realiteit waarin we een zorgsysteem hebben en op basis van keuzes moeten zeggen wat we wel en niet kunnen vergoeden.
Ik denk dat qaly's een instrument kunnen zijn om ons te helpen in het voeren van die discussie. Ik wil er wel voor waken – dat is een beetje de richting die mevrouw Van Brenk op wil gaan, denk ik, en die ik ook proefde bij de heer Claassen – dat het dé maatstaf is op basis waarvan wij hier besluiten nemen. Het kan een van de maatstaven zijn, maar het mag nooit dé maatstaf zijn. Er moet altijd ruimte zijn voor het menselijke en bredere maatschappelijke perspectief.

De **voorzitter**:
Intussen heeft de heer Krul van het CDA ons verlaten om zijn werk voort te zetten in de plenaire zaal. Dit zeg ik maar even. Ik zag de heer Claassen met een interruptie.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Ja, ik heb er dus nog vier. Ik wil eigenlijk iets anders in mijn interruptie doen, maar naar aanleiding van dit interruptiedebatje is mijn vraag aan de Minister: hoe kunnen we dat dan een plek geven? Ik hoor de heer Vervuurt zeggen dat we er anders naar moeten gaan kijken. Het systeem is nu niet zo ingericht om daar een meetlatje naast te leggen. Ik heb de Minister ook gevraagd hoe zij dat ziet. Hoe ziet de heer Vervuurt dat dan? Wat moeten we doen om ervoor te zorgen dat die menselijke maatstaf een plek gaat krijgen in het systeem? De Minister zal verwijzen naar het Zorginstituut of naar de NZa.

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik ben het niet helemaal met de heer Claassen eens dat we het hele systeem weg zouden moeten gooien en een nieuw systeem zouden moeten neerzetten. Ik kan me er wel in vinden dat je heel erg de vraag kunt stellen, kijkend naar de cijfers die de heer Claassen noemde, hoelang geneesmiddelen in de sluis zitten en hoelang het duurt voordat patiënten gebruik kunnen maken van geneesmiddelen die ook door het Zorginstituut als effectief betiteld worden. Hoelang moeten mensen daarop wachten? Daar zijn we misschien wel een beetje over een grens gekomen. We moeten ons toch ook wel afvragen ... De worsteling waar we in zitten en waar we een balans in moeten vinden, is aan de ene kant toegankelijkheid en aan de andere kant betaalbaarheid van het totale systeem. Juist in de ontwikkeling naar het toekomstig stelsel geneesmiddelen, waar ik ook aan refereerde in mijn spreektekst, zit daarin de crux, denk ik. Wij moeten ons afvragen hoe we nu precies de balans vinden. Zijn we misschien nu niet te veel de ene kant op geschoten? We zullen daar in de ontwikkeling van dat nieuwe systeem heel goed oog voor moeten houden, wat mij betreft. Het lijkt me daarom logisch en dat is ook heel vaak het verhaal, dat de discrepantie die er bijvoorbeeld bestaat in relatie tot buurlanden en hoe ze het daar doen, heel erg moeilijk is uit te leggen. Ik heb het wel vaker met mensen besproken. Ik woon in Limburg, praktisch op de Duitse grens. Ik kan niet aan mensen uitleggen dat ze in Nederland een medicijn niet kunnen krijgen, terwijl als ze de hele inboedel oppakken en die 5 kilometer verderop neerzetten, het dan allemaal wel kan. Het lijkt mij wel enigszins logisch dat er op termijn enige harmonisatie plaatsvindt binnen de Europese Unie, juist met buurlanden bijvoorbeeld. Dat vraagt wel om een uitgebreide, langetermijnstelselwijziging. Het gaat nogal ergens over. Zorgvuldigheid is daarbij ook heel belangrijk, denk ik.

De **voorzitter**:
Ik kijk naar de heer Claassen. Heeft u een vervolgvraag?

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Ja, en nog een andere vraag. Dat gaat over iets anders. Het sluit er een beetje op aan. Een soortgelijk onderwerp bracht meneer Vervuurt ook in. In mijn inbreng had ik het over longevity. Niet mensen die ziek zijn beter maken, maar inzetten op het ervoor zorgen dat je niet biologisch ouder wordt. Het is een beetje een nog niet onderkend fenomeen binnen de zorg, en zeker binnen VWS. Wat vindt de heer Vervuurt van het verhaal dat ik erover gehouden heb? Moeten we niet meer doen met longevity en ervoor zorgen dat mensen niet biologisch ouder worden? Daarmee voorkom je een heleboel ziektes.

De heer **Vervuurt** (D66):
De heer Krul heeft net al uitgebreid uitgeweid over de keuzes die dit kabinet maakt en over het dilemma dat we zien: aan de ene kant de toegankelijkheid van zorg garanderen voor iedereen en aan de andere kant de keuzes die je daarin moet maken. Een van de dingen die we willen doen, is natuurlijk inzetten op preventie, voorkomen dat mensen ziek of zieker worden, juist om de zorgcapaciteit die er is zo goed mogelijk te verdelen. Dat gaat onder andere over preventie, over leefstijlpreventie, gezonder eten, meer kunnen bewegen en dat soort zaken. Het gaat over medische preventie – ik kijk ook even naar mevrouw Van Brenk in het kader van vaccinaties en dergelijke – maar wat mij betreft kan dat ook in de vorm van longevity.
We kennen de term niet als een wetenschap. We hebben er vanochtend in de procedurevergadering al even uitgebreid over gesproken. Volgens mij gaat de heer Claassen mij daar in de toekomst nog heel veel over vertellen. Als er bewezen effectieve middelen of ideeën zijn waardoor we ervoor kunnen zorgen dat mensen gezonder oud worden en ook op

oudere leeftijd meer levensgeluk kunnen genieten, ben ik daar een groot voorstander van.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Tot slot. Ik heb hier een hele lijst met publicaties over longevity, dus het is gelukkig wel een wetenschap. Ik noemde ook een professor, dus dat is wel heel mooi. Dat betekent dus, als ik het lange antwoord heb gehoord, dat het een plaats moet krijgen binnen medische preventie. Maar het dilemma is dat die nu gericht is op vaccinaties et cetera, noem het allemaal maar op. Het heeft een effect dat mensen bepaalde ziekten minder snel of niet krijgen, maar longevity – ik pak het er toch nog even bij – zorgt ervoor dat mensen weerbaarder worden waardoor bijvoorbeeld die hele vaccinaties niet nodig zijn. Dat is toch een geweldig plan, vraag ik aan de heer Vervuurt.

De heer **Vervuurt** (D66):
U ziet mij twijfelen, omdat ik een beetje weg wil blijven van de vraag: komen we op een punt dat mensen zo gezond worden dat ze geen behoefte meer hebben aan vaccinaties? Ik denk dat de discussie daarmee veel te veel platgeslagen wordt. Ik denk dat de heer Claassen daarin op z'n minst heel vooruitstrevend denkt. Het is geen belediging om dat zo te benaderen. Natuurlijk zou het heel mooi zijn, maar ik denk dat we daar nog heel ver vandaan zijn, áls we er ooit gaan komen. Vaccinaties zijn in dit voorbeeld ook geen doel op zich, maar kunnen een heel erg mooi middel zijn om mensen gezond oud te laten worden.
Even terug naar het punt. Als wat de heer Claassen omschrijft een aanvulling kan zijn op de instrumenten die wij bijvoorbeeld op het vlak van leefstijlpreventie en medische preventie hebben, moeten we er samen met het veld naar gaan kijken. Dan moeten we, juist geïnitieerd vanuit het veld, van dat soort ideeën, therapieën of hoe je het ook wilt noemen, gebruik gaan maken.

De **voorzitter**:
Ik kijk naar de heer Claassen. Dit was voldoende? Goed. Dan is het woord aan mevrouw Dobbe voor een interruptie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Dan gaan we even terug naar de mensen die nu zorg nodig hebben. D66 wil onder andere, samen met de rest van de coalitie, de boete op ziek zijn namelijk het eigen risico verhogen naar € 520. Ik vroeg coalitiepartner CDA net naar de gevolgen hiervan. Die worden nu al voorspeld en berekend. Het Nivel berekende dat het aantal mensen dat door deze verhoging noodzakelijke zorg – dus niet zorg die er maar een beetje bij komt, als die al bestaat – gaat mijden, stijgt van 7% naar 16%. Dat zal het gevolg zijn van deze stijging van het eigen risico. Vindt D66 dit verantwoord?

De heer **Vervuurt** (D66):
We hebben net vrijwel een uur kunnen luisteren naar de heer Krul, die daar terecht op bevraagd werd. Wij zien ook de spanning en de zorgen die daarover bestaan. Maar de worsteling die in het debat werd weergegeven, is ook een worsteling die er mag zijn, denk ik. Voor ons staat centraal dat iedereen die zorg nodig heeft die ook kan gebruiken, vandaag maar ook morgen.
We horen de signalen natuurlijk ook. Dat betekent dat we ook naar het kabinet kijken om op een goede manier invulling te geven aan de plannen die we hebben afgesproken in het coalitieakkoord. Maar er zijn ook een heleboel andere, mitigerende maatregelen, potjes die we gereserveerd hebben om mensen daarin tegemoet te komen.

De **voorzitter**:
Mevrouw Dobbe voor haar laatste interruptie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Ik snap eigenlijk niet waarom D66 dit verdedigt, want ze waren hier zelf ook helemaal niet voor. In het verkiezingsprogramma, maar ook in de doorrekeningen, stond dat D66 het eigen risico wilde bevriezen. Ze wilden deze verhoging naar € 520 niet. Wij willen 'm afschaffen, maar D66 wilde 'm bevriezen. Nu gaat het eigen risico zo ontzettend omhoog, meer dan alle coalitiepartijen wilden en zéker meer dan D66 wilde. En dan gaat D66 deze verhoging verdedigen, terwijl we weten dat het aantal zorgmijders zal stijgen. Dat zijn gewoon mensen die zorg nodig hebben en straks noodzakelijke zorg niet meer kunnen betalen.
Mijn vraag aan D66 is: kan D66 dit nog verdedigen? Want dit kan je niet oplossen met een potje hier of daar. Kan D66 dit verdedigen? Wat zeggen ze tegen al die mensen die op D66 hebben gestemd, ook met het oog op: die partij wil in elk geval niet dat het eigen risico omhooggaat? Die partij wil in elk geval niet dat ik in de problemen kom, en dat kom ik nu wel. Wat zegt D66 tegen die mensen?

De heer **Vervuurt** (D66):
Wij kiezen ervoor om het eigen risico te verhogen en het daarnaast in brokjes op te delen. Dat wil ik daar ook even bij zeggen. Het eerlijke verhaal – dat heeft de heer Krul net ook al heel mooi toegelicht – is dat het zorgsysteem nu al piept en kraakt. Nu zijn er al mensen die gewoon op basis van wachtlijsten, van ontoereikende zorgcapaciteit, niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dat betekent dat we dingen anders moeten gaan doen. Dat betekent dat wij bijvoorbeeld kijken naar maatregelen, zoals het eigen risico, waarvan we weten dat het een trigger is voor mensen om goed na te denken over: heb ik deze zorg nodig, heb ik die nu nodig?
Voor zover ik het weet en me ook heb laten bijpraten door gezondheids-economen, laten de onderzoeken zien dat het effectieve instrumenten zijn om naar te kijken. Ik was gisteren ook hier en ik heb met de initiatief-nemers van de petitie gesproken en met mensen met een chronische ziekte die daarbij waren, maar ook daarbuiten. Ik ben het er wel mee eens dat het niet zo mag zijn dat wij mensen vergeten in die transitie naar een toekomstgericht, bestendig zorgsysteem mensen. Het mag niet zo zijn dat mensen daarin niet meekunnen. Daarom is deze Kamer en zijn de coalitiepartijen er ook in meegegaan.
Er ligt een aangenomen motie-Stoffer. Er wordt onderzoek uitgevoerd naar wat deze maatregelen nou allemaal een voor een betekenen. Er is volgens mij niemand op tegen dat iemand een eigen bijdrage betaalt voor de wijkverpleging of voor de huishoudelijke hulp als hij dat zelf kan betalen. Maar wat betekenen die dingen nu allemaal samen? Hoe werken die nou samen, juist ook voor mensen met een chronische ziekte of een beperking? Daar wordt onderzoek naar gedaan. Dat onderzoek komt eraan. De resultaten van dat onderzoek zullen wij hier kritisch bekijken, net zoals u dat zal doen.

De **voorzitter**:
Komt u tot een afronding?

De heer **Vervuurt** (D66):
Ja. Aan de hand daarvan gaan we ook gewoon verder.

De **voorzitter**:
Oké. Dan heeft u nog een interruptie van mevrouw Maeijer en dat is ook haar laatste interruptie.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Ik wil toch even terug naar dat systeem dat dan piept en kraakt. Ik hoor de heer Vervuurt eigenlijk zeggen dat ze iets moesten doen. Het verhogen van het eigen risico verdedigt de heer Vervuurt nu te vuur en te zwaard als iets wat noodzakelijk is. Het is toch eigenlijk wel een beetje vreemd dat het standpunt van D66 na de verkiezingen is dat het noodzaak is, terwijl D66 de verkiezingen is ingegaan met «in ieder geval niet het verhogen van het eigen risico». Vindt de heer Vervuurt dat niet een beetje vreemd richting al die kiezers?

De **voorzitter**:
Het woord is aan de heer Vervuurt, maar de beantwoording moet wel echt korter. We moeten straks ook nog voldoende tijd overhouden voor de termijn van de Minister. Daar hecht ik wel waarde aan.

De heer **Vervuurt** (D66):
Ik zal een korter antwoord geven, voorzitter. Wij zien dat het systeem piept en kraakt. Dat kun je natuurlijk op een heleboel verschillende manieren aanpakken. De manier waarvoor we nu hebben gekozen, is om het eigen risico dat al sinds 2016 bevroren is op € 385, te verhogen. Wij denken niet dat dat een onredelijke beleidsmaatregel is. We denken dat dat effectief is om de zorg langer toegankelijk te maken, ook voor de toekomst.
Daarnaast denken we dat mensen ook heel goed begrijpen dat dit, juist gezien die lange bevriezing, nodig is om de zorg op de lange termijn toegankelijk en betaalbaar te houden.

De **voorzitter**:
Dan is het woord aan de heer El Abassi voor zijn eerste termijn.

De heer **El Abassi** (DENK):
Voorzitter, dank. Leven wij nog wel in een verzorgingsstaat? De zorgpremie is exponentieel hoog, het eigen risico stijgt, aanvullende verzekeringen zijn ondraaglijk duur en steeds meer zorg, zoals medicijnen, moet je zelf betalen. Denk aan vitaminepillen, allergiemedicijnen en maagzuurremmers, maar ook fysiotherapie is beperkt. Soms belandt wat uit het basispakket is gesloopt nog in de aanvullende verzekering. Als het daar beland is, bepaalt de verzekeraar of je mag genezen. De verzekeraar bepaalt wat er wordt vergoed, onder welke voorwaarden en tegen welke premie. Dan moet je dus nog het geld hebben. Als je het geld niet hebt, kom je er sowieso niet bij. Is de Minister het met mij eens dat de zorg betaalbaarder moet worden in plaats van andersom?
En dan hebben we een Minister die verdedigt dat zorg toegankelijk blijft. Maar voor wie dan precies, zeg ik via de voorzitter. Voor mensen die geen minuut zonder zorg kunnen, maar die zorg mijden omdat ze elke dag een dubbeltje tien keer moeten omdraaien? Om hen gaat het immers. Tegen hen zegt de Minister: u gaat erop achteruit. En daarbovenop zegt de Minister: die mensen moeten eerst goed, bewuster nadenken of ze hun zorg echt nodig hebben.
Voorzitter. Kan de Minister aangeven of ze dit ook echt meent? Want door die financiële drempels mijden mensen hun zorg. Dat bevestigen verschillende onderzoeken. In dit kabinet verergert dit door stapeling van verschillende maatregelen, die ik ook net benoemd heb. Uit onderzoek blijkt dat wij duurder zijn dan andere landen. Nou weet ik dat we in Nederland hele goede zorg hebben, maar het moet ook betaalbaar zijn. Mensen merken deze hogere premies, de eigen risico's, de eigen bijdrage en de zorg die steeds minder tot helemaal niets vergoedt. Mensen betalen zich rot, maar hebben geen zekerheid dat zij de zorg ook daadwerkelijk krijgen en kunnen betalen. Wat gaat de Minister doen om Nederland betaalbaar te houden voor alle Nederlanders? Is de Minister bereid om te

kijken naar landen waar zorg minder hard via de portemonnee wordt afgedwongen?
Voorzitter, tot slot. Het kabinet stelt weliswaar 350 miljoen euro beschikbaar om mensen met een beperking of chronische ziekte te compenseren, maar schuift tegelijkertijd de uitvoering door naar gemeenten. De VNG geeft aan dat gemeenten deze groep vaak niet goed kunnen bereiken, omdat de groep divers is, lang niet iedereen bij gemeenten bekend is en ondersteuning van deze doelgroep niet altijd tot hun taak behoort. Hoe gaat de Minister voorkomen dat al die mensen tussen wal en schip vallen nu gemeenten aangeven dat ze deze groep niet goed in beeld hebben en bovendien nog onduidelijkheid is hoe de 350 miljoen euro aan compensatie daadwerkelijk verdeeld zal worden?
Voorzitter, daar hou ik het bij. Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dan hebben we de heer Bushoff namens PRO.

De heer **Bushoff** (PRO):
Dank u wel, voorzitter.
Inge: «Moet ik straks dan gaan kiezen tussen schoenen voor mijn kinderen of medicijnen?»
Bo: «Om rond te komen bespaar ik op alles. Ik ga hooguit één keer per jaar uit eten, twee keer per jaar een avondje uit met maximaal één drankje. Verder geen uitjes, geen nieuwe kleding en ook zo min mogelijk verwarming. Zelfs afspraken plan ik op basis van parkeerkosten.»
Heidi: «Ik heb 42 jaar gewerkt en dan gaat al mijn geld op aan levensonderhoud en zorgkosten. Ik zie geen fijne toekomst voor ons.»
Ziet u ze nog? Dat vraag ik ook aan de Minister. Ziet u Heidi, Inge, Bo en al die anderen nog? Dat vraag ik aan mijn collega's van de VVD, het CDA en D66. Door uw plannen gaat de rekening van deze mensen met honderden euro's omhoog en gaat hun inkomen met € 500, € 600, € 700 naar beneden. Wat is daar nou eerlijk aan? Vertel het me maar, wat is daar nou eerlijk aan? Wat is daar nou rechtvaardig aan? Dit zijn gewone mensen die niet heel veel meer vragen van de politiek dan gewoon fatsoenlijk kunnen rondkomen en af en toe nog iets leuks kunnen doen met hun gezin, met hun kinderen. Dat wordt hen door deze plannen afgepakt. Dat kunnen en mogen we niet laten gebeuren.
Laat ik ook glashelder zijn. Voor PRO is het ontzettend belangrijk dat we deze plannen gaan bijstellen. Gelukkig gaat het grootste deel van die bezuinigingen pas in 2028 in. Ik zeg richting de begroting van 2027 alvast dat ook daarin een verandering moet plaatsvinden om ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid van zorg vergroot wordt en niet verder afneemt. Ik kan er bijvoorbeeld met mijn hoofd niet bij dat er kinderen in de klas zitten die het bord niet kunnen lezen en niet kunnen meekomen op school, omdat hun ouders geen geld hebben om voor hen een fatsoenlijke bril te kopen. Ik kan er met mijn hoofd niet bij dat er mensen zijn die de deur niet meer uitkomen, die niet meer naar werk gaan, omdat ze een te slecht gebit hebben en geen geld hebben voor de tandarts.
Voorzitter. Over de toegankelijkheid van de zorg kreeg ik van de week een mailtje van Nettie. Die haalde nog een ander heel belangrijk punt aan, waarvan ik denk dat we dat dat nu eigenlijk snel moeten kunnen regelen. Ze schreef namelijk: «Van mijn neuroloog kreeg ik het middel dipyridamol 200 mg voorgeschreven. Volgens mijn apotheek is dit middel in Nederland soms niet en vaak slecht verkrijgbaar. Momenteel kan het geleverd worden door het merk Sandoz, maar daarvoor geldt dan een eigen bijdrage van € 180 per jaar. Op de site van de overheid staat dat er ook nog twaalf andere merken zijn waar geen eigen bijdrage voor geldt.»
Hoe onrechtvaardig wil je het hebben? Ik vraag de Minister dan ook: dit zouden we toch niet moeten willen? Dit zouden we met z'n allen moeten voorkomen.

Als het gaat over de betaalbaarheid van de zorg, verbaas ik me er nog steeds over dat het kan voorkomen dat je gedwongen wordt een duurdere basisverzekering af te sluiten als je een bepaalde aanvullende verzekering wil afsluiten. Zowel de NZa als de ACM hebben aangegeven dat dat onwenselijk is. Ook de voorganger van deze Minister heeft gezegd: onwenselijk, we gaan in gesprek. Maar er is nog steeds geen uitkomst. Ik zou graag willen dat er wel een uitkomst komt.

De **voorzitter**:
U heeft een interruptie van de heer Claassen.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Ik ben zo benieuwd: daarstraks riep de heer Bushoff buiten de microfoon al «en dan ga je problemen krijgen in de Eerste Kamer». Ik ben benieuwd wat er dan wel moet gebeuren, zodat meneer Bushoff tegen zijn fractie kan zeggen: ja, nu is alles koek en ei. Welk pakket stelt de heer Bushoff voor of is er ook een andere manier om dadelijk bepaalde wetsvoorstellen door de Eerste Kamer te krijgen? Of gaat de heer Bushoff, net als bij andere onderwerpen, lekker dwarsliggen om politiek te bedrijven over de ruggen van de mensen in Nederland? Ik ben benieuwd wat de plannen van meneer Bushoff zijn.

De heer **Bushoff** (PRO):
Ik zal deze uitnodiging niet aannemen om het hele verkiezingsprogramma van PRO op te lezen. Ik zal hierop heel duidelijk, heel kort een antwoord geven. Voor PRO zijn eigenlijk twee dingen noodzakelijk. Eén. Dat de toegankelijkheid van de zorg beter wordt voor mensen, ook voor mensen met een middeninkomen en een laag inkomen, en niet slechter. Twee. De rekening van alles wat we met elkaar moeten opbrengen wordt door dit kabinet, deze coalitie, nu eenzijdig neergelegd bij gewone mensen: 16 miljard euro lastenverhoging voor gezinnen. «Gezinnen» is dan de term van het CBS voor gewone mensen. Met dit coalitieakkoord wordt nul euro extra gevraagd van vermogenden en grote winsten. Ook daarin zal een verschuiving moeten plaatsvinden. De rekening moet eerlijker worden verdeeld, wil dit kabinet en wil deze coalitie op steun van PRO kunnen rekenen.

De **voorzitter**:
Dat was de laatste interruptie van de heer Claassen. We gaan nu naar de laatste interruptie van de heer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
De heer Bushoff maakt zich druk over de bezuinigingen op en de betaalbaarheid van de zorg. Maar die bezuinigingen waren toch niet nodig geweest als er niet jaarlijks 20 miljard extra naar Defensie ging? PRO heeft daar zijn handtekening onder gezet.

De heer **Bushoff** (PRO):
Volgens mij is de politieke vraag altijd: Eén. Wat wil je? Nou, wij willen wel investeren in Defensie, anders dan Forum voor Democratie. We zien dat dat ook nodig is voor onze veiligheid. Twee. De vervolgvraag is dan: hoe betaal je die extra investeringen die nodig zijn? Ik zei het net ook al: dan zien we dus dat de rekening eenzijdig wordt neergelegd bij gewone mensen, namelijk een verhoging van de lasten voor gewone mensen met 16 miljard. Daartegenover staat dat nul euro extra gevraagd wordt van grote bedrijven, de grootste winsten en de grootste vermogens. Ik snap écht niet dat je als coalitie voor die verdeling hebt gekozen. Een klein beetje eerlijker verdelen zou toch op z'n minst logisch zijn geweest? Voor PRO staat voorop dat het echt een heel stuk eerlijker moet en dat daarin

dus ook een verschuiving zal moeten plaatsvinden, wil dit kabinet en wil deze coalitie op steun van PRO kunnen rekenen.

De **voorzitter**:
Vervolgt u uw betoog, meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PRO):
Dank u wel, voorzitter. Ik noemde het punt van de aanvullende verzekeringen. Het is logisch dat sommige mensen die willen afsluiten, omdat er dingen in zitten die ze nodig hebben. Maar als ze die willen afsluiten, worden ze gedwongen om ook een duurdere basisverzekering af te sluiten. Dat is iets wat we onwenselijk vinden. Ik zou de Minister willen vragen wat zij nu extra gaat doen, anders dan in gesprek gaan – wat niets heeft opgeleverd – om ervoor te zorgen dat deze onwenselijke praktijk niet meer plaats gaat vinden? Ook de NZa en de ACM wezen hierop.
Een ander punt waar de NZa en de ACM op hebben gewezen, is het grote aantal polissen, noem het «kloonpolissen» of «gelijksoortige polissen». Er zit bijna geen onderscheid meer in. Mensen die straks moeten overstappen van zorgverzekering zien door de hoeveelheid basisverzekeringen waarin eigenlijk heel weinig onderscheid zit, door de bomen het bos niet meer. Dat lijkt me heel erg onwenselijk en ook daaruit blijkt dat die gesprekken die de laatste tijd zijn gevoerd nog niet tot het gewenste resultaat hebben geleid. Dus wat gaan we extra doen om toch dat beoogde resultaat te behalen: minder polissen, overzichtelijkere polissen en in ieder geval onderscheidende polissen?
Voorzitter. Dan kijk ik even hoeveel tijd ik nog heb. Nog 20 seconden? Dan ga ik zeker nog een punt maken over mensen met het Ehlers-Danlos syndroom. Ik sprak ze vanochtend en vanmiddag. Even los van waar de verantwoordelijkheid ligt voor het organiseren van de zorg voor deze mensen, is het een feit dat deze mensen nu verstoken blijven van goede zorg. Dat moeten we ons als politiek aantrekken en daarom ook mijn twee korte vragen aan de Minister. Eén. Is zij bereid om te zorgen voor een stap naar voren, om verantwoordelijkheid te nemen en ervoor te zorgen dat er een plek komt waar deze mensen terecht kunnen, waar zij behandeld kunnen worden voor alle aandoeningen die zij hebben? Twee. Er moet toch zeker iets gebeuren, zodat de zorg die zij nodig hebben gewoon netjes vergoed gaat worden?
Daar houd ik het bij. De rest komt wel in de interrupties in de termijn van de Minister.

De **voorzitter**:
Dat doet u toch slim tijdens mijn voorzittersdebuut, zeg ik tegen de heer Bushoff. Dat waren geen 20 seconden, maar dat geeft niet. Ooit word ik misschien strenger. Mevrouw Maeijer, voor uw eerste termijn.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Dank. Dit is dan niet het moment om strenger te worden, voorzitter.
Voorzitter. De PVV kijkt naar dit debat vanuit de patiënt, want zorg is geen kostenpost. Mensen betalen verplicht premie, maar krijgen daar steeds vaker onzekerheid voor terug. Ze verdwalen in polissen, weten niet altijd of hun arts, ziekenhuis, fysiotherapeut of andere zorgverlener gecontracteerd is, en lopen tegen financiële drempels aan bij de zorg die zij nodig hebben, terwijl uitstel van zorg de kosten alleen maar hoger zal maken. Dit kabinet maakt die drempels op verschillende manieren nog hoger: verhoging van het eigen risico, de eigen bijdrage voor de wijkverpleging, het schrappen van de huishoudelijke hulp en het schrappen van de tegemoetkoming chronisch zieken. Ook lijken andere drempels niet te worden geslecht, zoals bijvoorbeeld het verbeteren van toegankelijkheid tot de fysiotherapeut, de mondzorg of innovatieve geneesmiddelen.

Gisteren kregen we het boekje overhandigd van Ieder(in) met de indringende persoonlijke verhalen van mensen over de gevolgen voor hen van deze stapeling van zorgkosten. Ik hoop oprecht dat deze verhalen de Minister ook bereiken. Ik hoop dat zij met hen in gesprek gaat en nog mooier, dat zij deze bezuiniging natuurlijk van tafel haalt.
Voorzitter. Uit de stukken bij de Informatiekaart Zorgverzekeringen en het contracteer- en overstapseizoen blijkt dat het kiezen voor een zorgverzekering nog steeds niet echt overzichtelijk is. Er zijn geen restitutiepolissen meer, veel polissen lijken op elkaar en pas laat wordt duidelijk welke zorgaanbieder volledig wordt vergoed. Welke mogelijkheden voor verbetering ziet de Minister hier? Vanaf wanneer zijn er weer restitutiepolissen? Ik las het voornemen in het coalitieakkoord en ben benieuwd vanaf wanneer dat weer mogelijk is.
Voorzitter. De Minister wil de vergoeding van ongecontracteerde zorg afschaffen. Ongeveer 10% van de verzekerden maakt hier gebruik van, las ik. Ieder(in) en de Patiëntenfederatie schrijven dat zij regelmatig signalen krijgen van mensen met complexe zorgvragen die noodgedwongen hiernaar uitwijken, omdat dit voor hen op dit moment de enige passende optie is. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat deze mensen straks niet tussen wal en schip vallen? Wat gebeurt er met al die zorgmedewerkers? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat dit niet leidt tot minder keuzevrijheid, langere wachttijden en minder toegang tot zorg?
Voorzitter. Dan kom ik op passende zorg. Wat is dat nu eigenlijk? Iedereen wil dat zorg past. Voor de PVV moet leidend zijn dat een behandeling werkt voor de patiënt en medische meerwaarde heeft. De Minister lijkt vooral een bezuiniging te willen inboeken. Passende zorg wordt de norm en niet-passende zorg wordt niet langer vergoed. Wie bepaalt straks nou eigenlijk wat passend is? En wat als die passende zorg niet toegankelijk is, zoals bijvoorbeeld fysiotherapie, door het zelf moeten betalen van de eerste twintig fysiobehandelingen van de chronische lijst? Dat wringt toch met de inzet op passende zorg en een versterking van de eerste lijn?
Voorzitter. Afgelopen maandag ging het ook over fysiotherapie. Ik vroeg Minister Sterk toen of het niet tijd was dat de Minister meer regie zou gaan nemen op dit dossier, bijvoorbeeld door het bij elkaar roepen van betrokkenen en een tijdpad af te spreken waarbinnen zij met oplossingen en afspraken komen voor de sector. De Minister wees dat van de hand. Ik begrijp eerlijk gezegd niet waarom. Graag een helder antwoord hierop.
Voorzitter. Dan ga ik naar het toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen. Dat is een hele mond vol. Vanavond stond nog het bericht in de krant dat Nederlandse patiënten veel later toegang krijgen tot nieuwe medicijnen. Vindt de Minister dit acceptabel? Ziet zij binnen het TSG nog kans om die toegang te versnellen? En waar kijkt ze dan naar? Kijkt ze bijvoorbeeld nog naar een overbruggingsregeling?
Voorzitter. Dan ga ik specifiek naar de weesgeneesmiddelen, naar het verhaal van de kleine Sam. Hij is onlangs 1 jaar geworden en heeft achondroplasie. Hij ligt al acht maanden aan het zuurstof en de longarts geeft aan dat groeien het enige is wat hem nog kan helpen. Zijn ouders hebben samen met anderen alles op alles gezet voor Voxzogo, het medicijn dat hem zou kunnen helpen, maar de fabrikant heeft zich uit Nederland teruggetrokken. Dat is ongelofelijk, en daarmee is het medicijn hier niet bereikbaar. Dat nieuws zou je als ouder toch maar te horen krijgen. Hoe heeft dit kunnen gebeuren? Wat kan de Minister nog doen voor deze mensen? Zij hebben hun hoop gevestigd op dit middel. Hun tweede hoop is nu gevestigd op de nieuwe medicijnen die eraan komen, maar welke les kan uit dit fiasco worden getrokken om te voorkomen dat dit nogmaals gebeurt?
Voorzitter. De VSOP en achttien andere patiëntenorganisaties schrijven dat nieuwe weesgeneesmiddelen vaak de eerste en enige behandelmogelijkheid zijn voor mensen met een zeldzame aandoening. Toch komt volgens hen in Nederland slechts 39% van deze middelen binnen

afzienbare tijd beschikbaar. Dat is zorgelijk. Zij noemen patiënten die overwegen naar Duitsland te verhuizen of ouders die zelf geld inzamelen. De Minister geeft nu aan dat zij geen aparte route wil voor de weesgeneesmiddelen. Waarom niet? Erkent zij de zorgen van deze organisaties niet? Waarom komt er geen duidelijke route binnen het TSG voor de weesgeneesmiddelen, eentje die past bij de specifieke eigenschappen?
Voorzitter. Zojuist kregen we een petitie overhandigd van de Vereniging van Ehlers-Danlos patiënten. Vele patiënten zijn hier vandaag aanwezig. Dat is een enorme onderneming voor hen. De Minister was daar net ook aanwezig en ik zou heel graag willen horen wat zij deze mensen te zeggen heeft. Zij luiden de noodklok over gebrek aan kennis, maar ook over toegang tot zorg die nu voor hen wordt beperkt.
Voorzitter. Tot slot ga ik naar de acute zorg, een kleine zijstraat. De PVV heeft laatst een motie ingediend om de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen als volwaardig partner te laten aansluiten bij de gesprekken over de budgetbekostiging van de SEH. De Minister geeft aan dat de SEH-artsen inmiddels via de Federatie Medisch Specialisten betrokken zijn en dat zij de vereniging apart op gesprek wil uitnodigen, maar dat is niet wat die motie vraagt. Erkent de Minister de meerwaarde van een eigenstandige plek voor de NVSHA aan tafel? Zij brengen namelijk bij uitstek de praktijk van alledag mee. Het is eigenlijk absurd om het gesprek zonder hen te voeren. Betrokkenheid als volwaardig gesprekspartner is wat die motie vraagt. Graag een reactie daarop.
Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Maeijer. Dan is het woord aan mevrouw Dobbe, namens de SP.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Dank u wel, voorzitter. Het eigen risico, de boete op ziek zijn, stijgt naar € 455 in 2027 en stijgt daarna zelfs door naar € 520. Deze stijging van de boete op ziek zijn is een stuk hoger dan blijkt uit het verkiezingsprogramma en de doorrekeningen van de coalitiepartijen. D66 was voor het bevriezen van het eigen risico. De VVD en het CDA waren in een doorrekening wel voor een verhoging, maar dan een stuk lager dan € 520. Toch kiezen D66, CDA en VVD ervoor om dit met hand en tand te verdedigen en daar snap ik helemaal niks van.
Nivel berekende dat het aantal mensen dat door deze verhoging noodzakelijke zorg gaat mijden zal stijgen van 7% naar 16%. Vindt de Minister dit nu daadwerkelijk verantwoord? Vinden de coalitiepartijen dit nu daadwerkelijk verantwoord? Waarom kiezen we niet voor een inkomensafhankelijke zorgpremie? Daarbij gaat 80% van de mensen erop vooruit, zoals ook doorgerekend is. De rijkste 20% van Nederland draagt dan wat meer bij, zodat we het eigen risico helemaal kunnen afschaffen. Waarom kiezen we niet voor een nationaal zorgfonds? Dat is toch veel beter?
Het komende jaar worden er weer dingen uit het basispakket gehaald, waardoor de toegang tot zorg verslechtert en kosten omhoog zullen gaan omdat de zorg wel nodig is. Hartrevalidatie wordt niet meer vergoed. Graag een reactie op waarom de Minister dit verantwoord vindt. De NZa adviseerde recent om de vergoeding voor fysiotherapie uit te breiden, maar de Minister weigert dit. Waarom? We ontvangen graag ook nog een reactie op de vragen die we afgelopen maandag hebben gesteld over de tarieven voor fysiotherapie die veel te laag zijn. Waar is de vergoeding voor Voxzogo? Waarom wordt zorg voor het Ehlers-Danlos syndroom en HSD niet door alle verzekeraars vergoed?
Dan ga ik verder met de tandarts. Zorg boven de 18 jaar wordt niet vergoed uit het basispakket en dat terwijl uit recent onderzoek blijkt dat een vijfde van de mensen vanwege de kosten niet naar de tandarts gaat. Er zijn al twee moties aangenomen om een jaarlijkse controle op te

nemen in het basispakket. Is de Minister nu bereid om dit te gaan doen? Dit is dubbel belangrijk omdat als ouders niet gaan, kinderen vaak ook niet gaan, ondanks dat mondzorg voor kinderen wel vergoed wordt. Daarover heb ik twee vragen. Er zijn initiatieven die ontzettend goed werken, zoals de tandartsbus, die kinderen vanuit school bijvoorbeeld naar de kindertandarts brengt, of de schooltandarts. Kan de Minister ervoor zorgen dat dit in ieder geval in de wijken waar weinig kinderen naar de tandarts gaan, ook voor deze kinderen mogelijk wordt, zodat ze wel de mondzorg krijgen die ze nodig hebben? We hoorden van de KNMT dat kinderen niet bij elke zorgverzekeraar dezelfde toegang tot mondzorg hebben en dat door machtigingsprocedures kinderen soms onacceptabel lang met pijn moeten wachten op een noodzakelijke behandeling. Hoe kan dit en wat gaat de Minister hieraan doen?
Dan ga ik naar het onderwerp kinderbrillen. Als kinderen niet goed kunnen zien, kunnen ze niet goed leren, niet goed spelen en niet veilig naar school fietsen. Een bril is geen luxe maar noodzaak. Ik snap er dus helemaal niks van dat dit niet wordt vergoed voor kinderen. Volgens het Jeugdeducatiefonds hebben 135.000 kinderen niet de juiste bril of zelfs helemaal geen bril, terwijl ze die wel nodig hebben. De Kamer heeft al gevraagd om dit op te lossen, maar de Minister komt alleen met een subsidieregeling, waardoor een heleboel kinderen nog steeds geen bril hebben. Kom op zeg. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat dit wordt geregeld. Dit moeten we toch gewoon kunnen regelen?
Dan wil ik aandacht vragen voor vrouwengezondheid. Een aantal belangrijke behandelingen wordt niet vergoed. Volgens mij wil dit kabinet insteken op vrouwengezondheid met de Nationale Strategie Vrouwengezondheid. Daarom stel ik deze vragen.
Ten eerste. Vrouwen met bekkenbodemklachten zonder urineverlies krijgen vaak geen vergoeding voor bekkenbodemfysiotherapie. Juist deze klacht komt vaak voor bij vrouwen met zware menstruatiegerelateerde klachten, zoals bij endometriose, na een seksueel trauma of bij chronische bekkenpijn.
Ten tweede. In Nederland zijn circa 1,8 miljoen vrouwen in de overgang en zo'n 80% heeft klachten. Bij een derde is het zo erg dat het hun dagelijkse functioneren beïnvloedt, maar begeleiding door bijvoorbeeld een overgangsconsulent wordt niet vergoed vanuit het basispakket.
Ten derde. Door anticonceptie niet te vergoeden wordt ook een hele grote groep vrouwen uitgesloten die hormonale anticonceptie als medicijn gebruiken. Vrouwen met zware klachten door myomen, PMS, PMDD, hele heftige menstruatiepijnen of perimenopauze krijgen dit dus nu niet vergoed. Is de Minister bereid om in ieder geval de drie behandelingen die ik zojuist noemde, die ongelofelijk belangrijk zijn voor de gezondheid van vrouwen, op te nemen in het basispakket?
Voorzitter. Tot slot ga ik naar onverzekerden. De Minister geeft aan de huidige regelingen te willen samenvoegen, terwijl de tarieven daarvoor nu verschillen. Kan de Minister toezeggen dat een nieuwe regeling niet zorgt voor lagere tarieven voor zorgverleners die onverzekerden helpen dan die ze nu krijgen?
Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dat was keurig binnen de tijd, mevrouw Dobbe. Dan draag ik het voorzitterschap even over aan mijn zeer gewaarde collega Van Brenk.

Voorzitter: Van Brenk

De **voorzitter**:
Dank. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Wendel. Zij spreekt namens de VVD.

Mevrouw **Wendel** (VVD):
Dat is attent van u. Ieder jaar zo rond kerst, na weer een jaar werken, is het bij ons thuis altijd tijd voor de jaarlijkse traditie. En bij kerstdiners, kerstfeestjes en oudejaarsborrels met mijn vriendinnen is het gegarandeerd een onderwerp van gesprek: switch je dit jaar van zorgverzekering of doe je dat niet? Zelf kijk ik ieder jaar even of overstappen een goed idee is. Ik ga op zoek naar een verzekeraar die het beste bij mij past. Ik kijk welke zorginstellingen zijn gecontracteerd en welke zorg ik vergoed krijg. Wil ik dit jaar fysiotherapie in mijn aanvullend pakket? En vooral ook: welke verzekeraar is het voordeligste? Deze jaarlijkse traditie moeten we koesteren. Het vormt de basis van ons zorgstelsel. Dan heb ik het over keuzevrijheid en streven naar zo goed mogelijke zorg voor een zo goed mogelijke prijs.
Dit jaar was er goed nieuws, een kerstcadeautje, een meevaller. De zorgpremies zijn namelijk minder hard gestegen dan in voorgaande jaren. We hoopten natuurlijk dat hiermee een definitief einde was gekomen aan het stijgen van de premies, maar dat is helaas niet het geval. Het kwam slechts door een eenmalige meevaller. De VVD wil dat de premies niet eenmalig meevallen, maar wil dat dit structureel gebeurt. We willen de komende jaren dan ook maatregelen nemen om de premie betaalbaar te houden en de zorg toegankelijk. Zo kunnen we ervoor zorgen dat we er zijn voor mensen die dat het hardst nodig hebben, zelfs als steeds meer mensen zorg nodig hebben en we steeds minder personeel hebben om deze zorg te verlenen.
Wij politici hebben de verantwoordelijkheid om deze keuzes te maken. Zo zorgen we ervoor dat zorgverleners niet de keuze aan het bed hoeven te maken. De VVD wil passende zorg de norm maken. Dat betekent dat zorg beter moet aansluiten op wat mensen echt nodig hebben om hun gezondheid en kwaliteit van leven te verbeteren. We staren ons niet meer blind op de afwezigheid van ziekte en de lengte van het leven.
De VVD wil dat de problemen minder snel medicaliseren en minder vanzelfsprekend behandelen. Voor ziekenhuizen loont het nu nog om zo veel mogelijk behandelingen of operaties te doen, ongeacht de meerwaarde voor de patiënt. De VVD wil alleen nog zorg die bewezen een meerwaarde heeft voor de patiënt vergoeden. En we willen via wet- en regelgeving strengere eisen stellen aan de voorwaarden, kwaliteit en totstandkoming van beroepsrichtlijnen. Daarnaast wil de VVD prikkels die aanzetten tot overbehandeling verminderen en bewezen effectieve zorg leidend maken in pakket, organisatie en bekostiging.
«Samen beslissen» is een belangrijk onderdeel van passende zorg. Zorggebruikers moeten op basis van goede en begrijpelijke informatie kunnen meebeslissen over de zorg die wel of niet nodig is. Een arts moet de behandelopties in begrijpelijke taal uitleggen en de patiënt moet vervolgens ook de tijd krijgen om hier even rustig over na te denken. Door patiënten goed te informeren en bedenktijd te geven, kunnen zij een weloverwogen keuze maken die past bij hun situatie. Daarom vindt de VVD dat patiënten inzicht moeten krijgen in de kwaliteit van zorg en de lengte van wachtlijsten. Wij willen zorgaanbieders daarom verplichten om kwaliteits- en wachtlijstinformatie toegankelijk te maken, zodat patiënten een bewuste keuze kunnen maken.
Bij het streven naar passende zorg hoort ook het afschaffen van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Tegelijkertijd moeten zorgverzekeraars zorg uit het basispakket dus ook voldoende contracteren. We scherpen de zorgplicht dus aan. Daarvoor hebben zorgverzekeraars wel voldoende informatie nodig over kwaliteit en wachtlijsten. Dan kunnen zorgverzekeraars niet alleen sturen op prijs, maar juist ook op geleverde zorg. Dit zorgt ervoor dat de zorgverzekeraar kan controleren of zorg van goede kwaliteit is, waardoor ook zorgfraude beter kan worden opgespoord. Uiteindelijk is dan vooral de patiënt beter af, met als bijkomend voordeel dat het ook goedkoper is.

Ik heb een aantal vragen aan de Minister. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat patiënten beschikbare informatie over kwaliteit van zorg en de lengte van wachtlijsten krijgen? Hoe zorgt de Minister ervoor dat «samen beslissen» echt de norm wordt? En hoe zorgt de Minister ervoor dat zorgaanbieders kwaliteits- en wachtlijstinformatie toegankelijk maken? Hoe zorgt de Minister ervoor dat zorgverzekeraars zich aan hun zorgplicht houden? Hoe zorgt de Minister ervoor dat zorgverzekeraars de juiste instrumenten hebben om te voldoen aan hun zorgplicht? En tot slot: welke instrumenten heeft de Minister als een zorgverzekeraar dat niet doet? Over passende zorg gesproken: vele Ehlers-Danlos-patiënten ervaren nu geen passende zorg of dreigen deze kwijt te raken. Dit komt door beperkte expertise over deze zeldzame aandoening en het gebrek aan integraliteit in de behandeling. De VVD vindt het heel belangrijk dat de zorg voor deze groep goed geregeld wordt. Voor velen maakt dit het verschil tussen wel of niet kunnen meedoen in de maatschappij. Het kan niet zo zijn dat dat nu op de tocht staat. Ik zou heel graag willen dat de Minister in gesprek gaat met een vertegenwoordiging van de Ehlers-Danlos-patiënten en het veld om tot een passende oplossing te komen. Kan de Minister dat toezeggen?

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan geef ik het voorzitterschap weer terug.

Voorzitter: Wendel

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Van Brenk. Het voorstel is om 30 minuten te schorsen, dus tot 15.20 uur. Wij schorsen tot 15.20 uur. Tot straks.

De vergadering wordt van 14.47 uur tot 15.22 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik heropen het commissiedebat over het zorgverzekeringsstelstel. Voor ik overga naar de eerste termijn van de Minister, wil ik mededelen dat de heer El Abassi van DENK zich heeft afgemeld en dat de heer Van Houwelingen heeft aangegeven er straks even tussenuit te moeten voor een ander debat. Daarna komt hij weer terug. Met andere woorden, mijn collega's doen hun stinkende best om er zo veel mogelijk bij te zijn, maar het kan zijn dat u iemand even ziet vertrekken. Dat is dus absoluut niet vanuit desinteresse. Dan is het woord aan de Minister voor haar eerste termijn. We doen vier interrupties per persoon, zeg ik tegen de collega's.

Minister **Hermans**:
Voorzitter, dank. Ook als de leden niet aanwezig zijn, zal ik wel hun gestelde vragen beantwoorden. Dat ga ik gewoon doen.
Voorzitter. Ik zal eerst de volgorde van de beantwoording noemen en dan beginnen met de daadwerkelijk beantwoording. Ik begin met alle vragen die gesteld zijn over passende zorg en de stappen die het kabinet daarin wil zetten. Vragen over bijvoorbeeld de ongecontracteerde zorg en het eigen risico komen dan ook aan de orde. Dat zit dus allemaal in het eerste deel. Daarna ga ik verder met alle vragen die zijn gesteld over geneesmiddelen. Dan kom ik bij de vragen die zijn gesteld over wat wel en niet in het pakket zit en de vragen over de polissen. Dan kom ik bij de zorgplicht en de toegang. Tot slot beantwoord ik een aantal overige vragen en kom ik bij een drietal moties waarop ik nog een oordeel moet geven, omdat die zijn blijven liggen naar aanleiding van het notaoverleg Arbeidsmarktbeleid, als ik dit goed zeg uit mijn hoofd.
Voorzitter. Ik begin met passende zorg. Ik dacht dat mevrouw Maeijer deze vraag stelde, maar het kan ook mevrouw Dobbe geweest zijn: wat is passende zorg nu eigenlijk? Misschien zei u het wel allebei. Ik vind het een terechte vraag, want het is zo'n term die je in veel beleidsbrieven voorbij

ziet komen. Het IZA, AZWA en de zorgakkoorden gaan er ook over. Maar het is echt wel goed om op gezette tijden met elkaar stil te staan bij wat het nu feitelijk is, want daar gaat het natuurlijk om. Wat betekent het voor de zorg en in het bijzonder voor mensen die deze zorg nodig hebben?
Voorzitter. Als ik passende zorg in een paar elementen uiteen mag rafelen, zou ik zeggen: het is geen behandeling omdat het kan, maar het is zorg omdat het jou meer kwaliteit van leven geeft. Dat betekent dus dat er geen behandeling plaatsvindt als behandelen weinig tot niks toevoegt. Dat gebeurt in overleg tussen de zorgverlener en de patiënt. Dat is ook het «samen beslissen» waar mevrouw Wendel, de voorzitter, een aantal vragen over stelde. Het is ook je met elkaar in het gesprek afvragen: is medische zorg altijd het juiste antwoord of is de hulpvraag eigenlijk niet een zorgvraag, maar een vraag die in het sociale domein beantwoord moet worden omdat die gaat over sociale verbinding en ondersteuning?
Voorzitter. In Nederland mogen we ons gelukkig prijzen – en daar ben ik ook trots op – met zorg die goed en toegankelijk is en waarvoor alle zorgmedewerkers, mantelzorgers en vrijwilligers zich dagelijks inzetten. Het is ook al een paar keer in het debat gezegd: zorg waar gezonde mensen solidair meebetalen voor wie ziek is en waar mensen met een hoog inkomen meer betalen dan mensen met een laag inkomen.
Om de passende zorg, zoals ik die net omschreef, voor elkaar te krijgen ... Gelukkig zien we in de zorg al een heleboel gebeuren. Dat gebeurt zowel op lokaal niveau als in ziekenhuizen en de eerste lijn. Maar we zien ook dat het nog niet overal even goed gebeurt. Dit kabinet wil dat iedereen kan rekenen op passende zorg, ongeacht waar je woont. Daarom wil dit kabinet een volgende stap zetten en passende zorg overal en altijd de norm maken. We willen voorlopers stimuleren en zorgen dat achterlopers een duwtje in de rug krijgen om dit ook te gaan doen. Om het helemaal kort te zeggen: de vrijblijvendheid gaat ervan af. Iedereen moet dit gaan doen. Dat moet ook, want je kunt natuurlijk heel makkelijk zeggen: wie wil er nu zorg die niet past en niet of nauwelijks meerwaarde heeft? Wie wil er nu dat we deze zorg blijven verlenen die een beroep doet op de schaarse tijd van zorgmedewerkers?
Zorgmedewerkers ervaren nu al een hele hoge werkdruk en we hebben naar de toekomst toe ook te weinig zorgmedewerkers om aan al die zorgvragen te kunnen voldoen. Ik geloof dat de heer Krul dat ook een aantal keren benadrukte. We moeten dus kritisch zijn en keuzes durven maken, want er zijn simpelweg in de toekomst niet genoeg mensen om in alle gevraagde zorg te voorzien. Als wij die keuzes niet maken, als wij niet zorgen voor goede sturing, dan worden de keuzes voor ons gemaakt. Dan nemen de wachtlijsten toe en dan wordt ook de druk op de betaalbaarheid alleen maar groter.
Voorzitter. Vanuit die overtuiging ben ik samen met mijn collega, de Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport, aan het werk om deze beweging in de praktijk voor elkaar te krijgen. In onze beleidsbrief hebben we dat verder uiteengezet. Dat doen we door langs vier lijnen te werken. We willen zorgen voor goede zorg die past, voor een zorglandschap dat past en voor de zekerheid dat passende zorg er is, en natuurlijk voor solidariteit en weerbaarheid van ons systeem. We pakken, zoals ik al zei, dus alles tegelijkertijd en tezamen op: de zorginhoud, het zorglandschap, de rol van zorgverzekeraars en de solidariteit.
Voorzitter. In dat verlengde is een aantal vragen aan mij gesteld over hoe het kabinet dit dan in wet- en regelgeving gaat vastleggen. Ik begin met een vraag van de heer Claassen die de vier lijnen beslaat die ik schetste, dus de goede zorg die past, dat landschap dat daarbij past, de zekerheid dat de passende zorg er is en de solidariteit. Hij stelde de volgende vraag. «Ons stelsel beloont volume en geen gezondheid. Het is te veel een verdienmodel geworden. Hoe kijkt de Minister naar die perverse prikkels en wat gaan we daaraan doen?»

Dit is een van de redenen dat het kabinet maatregelen neemt om het stelsel te versterken en waarom we passende zorg de norm willen maken. Daar hoort bijvoorbeeld bij: betere richtlijnen die onnodig volume tegengaan. Door middel van afspraken in de regio tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt gestuurd op dat passende zorglandschap. Die zijn ook bedoeld om onnodig volume tegen te gaan en de rol van de zorgverzekeraar te versterken, die er ook voor moet zorgen dat onnodige volume tegen te gaan. Onnodig volume is namelijk ook geen passende zorg.
Daarnaast, want ik wil niet suggereren dat we hiermee ook echt voor de lange termijn alles opgelost hebben, heeft dit kabinet – er is al eerder een motie over ingediend – in het coalitieakkoord ook afgesproken dat er een staatscommissie komt die kijkt naar wat er nog meer nodig is op de lange termijn. Daar is dit ook een onderdeel van. Een week of twee geleden heb ik een brief aan de Kamer gestuurd over de volgende stap die we daar gaan zetten. Na de zomer moet de commissie met mensen gevuld zijn en de opdracht nader gespecificeerd zijn zodat die commissie aan de slag kan.
Voorzitter. Een belangrijke voorwaarde om de passende zorg in te kunnen richten, maar ook voor patiënten en zorgverleners om dat in een gezamenlijk gesprek vorm te kunnen geven, is dat patiënten kunnen beschikken over informatie over de kwaliteit van de zorg en de lengte van wachtlijsten. Mevrouw Wendel, de voorzitter, stelde daar een vraag over. Zij vroeg hoe wij ervoor gaan zorgen dat die informatie ook daadwerkelijk beschikbaar komt. Daar zijn de afgelopen jaren al op verschillende momenten in verschillende akkoorden bestuurlijke afspraken over gemaakt. Daarin moet nog een slag worden gemaakt. Ik onderschrijf het belang of de nadruk die de voorzitter, mevrouw Wendel, legde op dat we met elkaar moeten sturen op het beschikbaar komen van die kwaliteitsinformatie. Daar kunnen we van leren, we kunnen ermee verbeteren en juist ook het «samen beslissen» vormgeven. We hebben daar een heel aantal programma's voor lopen. Het vraagt dat we die programma's samenvoegen zodat we ook in de sturing daarop veel meer eenheid aanbrengen. We hebben ook aan het Zorginstituut gevraagd: hebben jullie de instrumenten in handen om hier op een goede manier op te kunnen sturen, ook om de uitkomstinformatie die we zo hard nodig hebben te bevorderen? Ik verwacht dat ik hier na de zomer een advies over krijg van het Zorginstituut. Ik ga kijken wat er nodig is om de kwaliteitstaken te kunnen verbeteren. Als het nodig is, ben ik ook bereid om de Wkkgz, dus de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg, te herzien.
Voorzitter. Volgens mij heb ik daarmee ook de andere vragen van mevrouw Wendel beantwoord. Dat is hoe wij kunnen sturen, dus via de Wkkgz. Als er aanpassingen in nodig zijn om dat beter en gerichter te kunnen doen en de informatievergaring beter te kunnen afdwingen, dan zullen we dat ook doen.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Ik ben blij te horen dat die stappen worden genomen, maar de vraag is of ze ver genoeg gaan. Toen ik – een hele tijd geleden al, hoor – in het ziekenhuis werkte, wist ik precies bij wie ik moest zijn om de juiste kwaliteit te halen. Ik wist van binnenuit wie het goed deed en aan wie ik kon toevertrouwen mij onder narcose te brengen of wie ik het toevertrouwde om bepaalde handelingen te verrichten. Die data zijn niet inzichtelijk voor burgers.
De Patiëntenfederatie – ik houd het kort, voorzitter – geeft wel iets van kwalitatieve data, dus in de zin van «de dokter is vriendelijk» en «een mooie wachtkamer». Hoever wil de Minister gaan om de kwaliteit te duiden? Welke verrichtingen doet een arts? Hoe vaak gaan ze mis? Wat is bijvoorbeeld bij een prostatectomie, dus bij een prostaatoperatie, het kwaliteitsverlies in gezondheid? Hoever wil de Minister gaan om die data

duidelijk naar voren te brengen, zodat mensen de juiste keuzes kunnen maken?

De **voorzitter**:
Deze interruptie was ook alweer ruim een minuut. Ik wil alle Kamerleden vragen om de interrupties echt kort te houden, juist ook om ervoor te zorgen dat er ruimte is voor alle interrupties. Ik zou zeggen: skip alle lange inleidingen en kom tot uw punt. Het woord is aan de Minister.

Minister **Hermans**:
Mag ik dan nu de dubbele tijd voor het antwoord?

De **voorzitter**:
Ook voor u geldt: kom tot uw punt.

Minister **Hermans**:
Ik zal dit kort beantwoorden. Het kan natuurlijk niet zo zijn dat je alleen toegang tot die informatie hebt als je in het ziekenhuis werkt, zoals de heer Claassen schetst. We willen juist dat deze informatie voor iedereen begrijpelijk, toegankelijk en transparant wordt gemaakt. We hebben ooit de afspraak gemaakt dat je voor de medisch-specialistische zorg 50% inzicht moet hebben in de ziektelast. Ik geloof dat we nu op 11,5% zitten. We zijn daar echt nog lang niet. Daarom hebben wij de vraag gesteld aan het Zorginstituut: wat heb je nu nog nodig aan instrumenten om de kwaliteitstaak uit te kunnen voeren? Ik ben ook echt bereid om daarop te sturen.
Ik hoor ook de vraag van de heer Claassen goed: welk type informatie is dat dan? Het is nu afgesproken aan de hand van indicatoren. Laat ik u toezeggen dat ik met het advies dat ik krijg van het Zorginstituut over of dit voldoende instrumentarium is, ook schets wat wij allemaal nog meer doen om die kwaliteitsprogramma's samen te voegen. Ook daarmee geven we natuurlijk sturing. We geven dan ook aan welke informatie er precies inzichtelijk wordt. Dan kunt u ook de weging maken of dat voldoende is om het «samen beslissen» en überhaupt het inzicht in wat we belangrijk vinden vorm te geven.
Voorzitter. Mevrouw Wendel vroeg mij ook nog hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat «samen beslissen» echt de norm wordt. Ik schetste al waarom ik dat in wet- en regelgeving wil vastleggen. Ik wil namelijk dat iedereen daarop kan rekenen. Op dit moment werken we aan een samenhangend pakket van wet- en regelgeving om op al die terreinen stappen te zetten, ook voor het «samen beslissen». Over hoe dat precies wordt vormgegeven ben ik natuurlijk ook in gesprek met de partijen. Ik vind het belangrijk dat we dit op een manier doen die ook gaat werken in de uitvoering. De wetgeving gaat volgend jaar het hele traject in, maar mijn streven is om over dit specifieke punt de Kamer in het najaar nader te informeren. Dan heb ik die gesprekken gevoerd.
Voorzitter. Dan kom ik bij de vragen die gesteld zijn over de ongecontracteerde zorg en het afschaffen van de vergoeding daarvan. De heer Van Houwelingen stelde mij een algemene vraag en een aantal specifieke vragen.
Ik begin met de algemene vraag: waarom schaffen wij die vergoeding nou eigenlijk af? Ik zei in mijn inleiding al dat we zien dat de zorgvraag snel toeneemt en dat toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid onder druk komen te staan. Als we die zorg nou voor iedereen toegankelijk willen houden, ook voor mensen met een kleine portemonnee, dan moeten we in de organisatie dingen anders gaan doen. Het moet minder versnipperd zijn en worden gericht op passende zorg. Daar heb ik daarnet een aantal dingen over gezegd.
Het contracteren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is natuurlijk een heel belangrijk instrument om afspraken te maken over toeganke-

lijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en samenwerking, maar ook om daarop te kunnen sturen en de naleving te kunnen nagaan. Dat kan alleen als iedereen bereid is om dat soort afspraken te maken. Als je niet-gecontracteerde zorg wel vergoedt, dan ondermijn je die gedachte. Dat is het uitgangspunt van het kabinet. Dan houd je dus ook niet-passende zorg of niet-passend aanbod in stand. Daarom zetten wij in op de afschaffing van de niet-gecontracteerde zorg: om te sturen op passende zorg, om verspilling, versnippering en fraude te voorkomen en om keuzevrijheid en toegankelijkheid te borgen, ook voor mensen met een kleine portemonnee.
Ik snap de heer Van Houwelingen wanneer hij vraagt: hoe zorg je nou dat nieuwe aanbieders, zeker ook innovatieve aanbieders, wel de kans houden om toe te treden en mee te doen in dat aanbod en in dat regionale zorglandschap? Dat deel ik ook. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, daar ga ik zo nog nader op in. Zij moeten voldoende zorg inkopen, van goede kwaliteit en tegen redelijke voorwaarden. Aanbieders hebben de ruimte om zich te onderscheiden op kwaliteit en doelmatigheid. Verzekeraars hebben er ook belang bij om goede en innovatieve aanbieders te contracteren.
Ik zie daar een wisselwerking waarmee de ruimte voor die innovatieve aanbieders blijft bestaan. We horen echter ook nu ongecontracteerde zorg nog vergoed wordt, al de klacht dat kleinere aanbieders niet altijd toegang hebben tot verzekeraars om een contract af te sluiten. Voor hen moet de deur natuurlijk ook openstaan. Dat is dus een van de aspecten waar we nadrukkelijk rekening mee houden bij de uitwerking van het wetsvoorstel, net als met de overgangsperiode voor mensen die nu werken bij ongecontracteerde aanbieders. Dat laatste werd net door iemand in een inbreng genoemd. Natuurlijk hebben we daar oog voor.
Voorzitter. Mevrouw Maeijer en ook de heer Krul zeiden: hoe zorg je dat ...

De **voorzitter**:
U heeft eerst nog een interruptie van de heer Van Houwelingen.

Minister **Hermans**:
Ik heb nog één vraag over de ongecontracteerde zorg. Misschien heb ik dan ...

De **voorzitter**:
We dachten dat dit een logisch moment was, maar dan wachten we dat antwoord even af.

Minister **Hermans**:
Ik heb nog één vraag. Het waren mevrouw Maeijer en de heer Krul die mij vroegen: hoe zorgen we nou dat mensen die zorg nodig hebben niet tussen wal en schip vallen? We willen dat dit wetsvoorstel goed landt in de praktijk en dat de implementatie op een zorgvuldige manier plaatsvindt. Dat gaat echt wel even tijd kosten. We hebben in het coalitieakkoord ook afgesproken dat er een overgangsperiode komt, waarmee we rekening houden met patiënten die nu in behandeling zijn bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, ook met het oog op behoud van het zorgpersoneel.
Voorzitter, dat was het voor wat betreft de ongecontracteerde zorg.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Veel dank voor de beantwoording. Ik begrijp de logica van de Minister. Het is goed om contracten te sluiten. Dan kun je afspraken maken. Dat is het punt verder ook niet. Maar mijn vraag is eigenlijk de volgende. Je houdt waarschijnlijk altijd ongecontracteerde zorg, want niet elke aanbieder zal een contract krijgen. Dat is nu ook niet het geval. Ze willen het echter wel vaak. Ik denk dan bijvoorbeeld aan zelfstandige klinieken.

Ik begrijp dus maar niet waarom je dan naar een stelsel toegaat waarbij straks dat soort aanbieders, die misschien hele goede zorg of innovatieve zorg voor lage kosten verlenen en die misschien wel de enige zijn die deze zorg kunnen leveren omdat er bijvoorbeeld wachtlijsten zijn, worden uitgesloten. Dat wordt dan namelijk niet meer vergoed. Dan is de passende zorg voor veel mensen géén zorg, denk ik. Ze komen dan op een wachtlijst te staan. Ik vind het prima dat je naar gecontracteerde zorg toewerkt, maar dat je dan ongecontracteerde zorg uitsluit, vind ik gezien alle punten die ik noem een vreemde manier van denken.

De **voorzitter**:
En de vraag is wat de Minister daarvan vindt?

Minister **Hermans**:
Dat afschaffen van ongecontracteerde zorg doen we om de eerdergenoemde redenen: het tegengaan van versnippering, verspilling en fraude. Ik zeg dat nu even heel kort, maar ik heb dat net uitgebreider toegelicht. Maar we nemen een heel aantal maatregelen tegelijkertijd. We gaan namelijk ook de zorgplicht van zorgverzekeraars aanscherpen. In die aanscherping zit dat zorgverzekeraars niet alleen kijken naar de zorgvraag van vandaag en morgen, maar ook rekening houden met de toekomstige zorgvraag. En die is weer belangrijk om de innovatieve aanbieders en de aanbieders waar de heer Van Houwelingen het over heeft de kans te geven een contract te sluiten. Aanbieders die graag een contract willen sluiten, moeten die kans ook krijgen, vind ik. Maar het uitgangspunt dat je een afspraak maakt en een contract sluit met de zorgverzekeraars, zodat er ook op toegankelijkheid en kwaliteit gestuurd kan worden, is het vertrekpunt van het kabinet.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Tot slot. Het overtuigt me maar heel beperkt. U hebt het over versnippering. Dan denk ik: wat is er mis met versnippering? Het is een woord dat altijd maar gebruikt wordt. Mijn conclusie – ik hoor het graag als ik dat verkeerd zie – is dat het straks ertoe kan leiden dat zorg van een aanbieder die verder prima zorg levert en dat kan leveren voor patiënten die het op dat moment nodig hebben en die anders op een wachtlijst komen te staan, niet vergoed wordt. Dat is dan om versnippering tegen te gaan of wat dan ook, waar ikzelf niet van overtuigd ben. Dat is dus straks het resultaat van dit beleid? Dan is de passende zorg voor die persoon dus geen zorg. Ik begrijp gewoon de logica helemaal niet, wat dat betreft. Daar zal ik het maar bij laten.

Minister **Hermans**:
Dit wetsvoorstel is er niet op gericht om de positie van zorgaanbieders onnodig te beperken. Het wetsvoorstel dat in de maak is, is erop gericht om passende zorg te stimuleren en versnippering tegen te gaan. Ik denk dat dit wel degelijk een probleem is op dit moment, zeker ook naar de toekomst toe, als de zorgvraag groeit en het aanbod van zorgpersoneel beperkter wordt. We zien dat personeelstekort natuurlijk nu al, maar dat zal in de toekomst niet kleiner worden. Versnippering helpt dan niet om het aanbod goed te organiseren en ervoor te zorgen dat het ook op de plek terechtkomt waar het terecht moet komen. Vanuit deze insteek en overtuiging werken we, maar het is dus niet de bedoeling om de positie van aanbieders te beperken. Aanbieders die goede, kwalitatieve en doelmatige zorg leveren kunnen gewoon contracten sluiten en dat moet ook blijven kunnen.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Nog even over de staatscommissie. Ik lees dat er ook kritische mensen aan de staatscommissie worden toegevoegd. Ik hoop dat de Minister

daarvoor openstaat en dat niet te veel van de usual suspects in die commissie komen. Mogen er vanuit de Tweede Kamer, vanuit deze commissie, ook wat suggesties meegegeven worden aan de Minister of staat zij daar niet voor open?

Minister **Hermans**:
Ik hecht er waarde aan dat het een commissie wordt waarin allerlei soorten denkers zitten, waarin iedereen ook kritisch durft te denken en durft tégen te denken: onorthodox, out of the box. We kunnen al die termen gebruiken. Ik denk dat de zorg en de zorg van de toekomst dat vragen.
Ik hecht er wel aan om daar het volgende bij te zeggen. We vragen de staatscommissie echt om naar de langere termijn te kijken, want we kunnen het ons niet permitteren om te wachten op de uitkomsten van de commissie. In de tussentijd gaan we wel door met de voorstellen waar dit kabinet aan werkt. De hele specifieke vraag van mevrouw Van Brenk was of ik opensta voor suggesties. Ja, daar sta ik altijd voor open. Uiteindelijk is het aan het kabinet om te wegen wat een goede samenstelling is van mensen vanuit verschillende invalshoeken, maar allemaal met een kritische geest.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Ik zal nu geen namen noemen, maar ik zal in ieder geval mensen aanleveren van wie ik denk dat ze een toegevoegde waarde zullen hebben in die commissie, die wat ons betreft kritisch kijken. De opdracht aan de staatscommissie heeft namelijk ook wel een bepaalde sturing. Als ik hoor dat de Minister daarvoor openstaat, zal ik haar via de mail een suggestie doen toekomen.

Minister **Hermans**:
Ik zie de suggesties van mevrouw Van Brenk graag tegemoet. Mochten er nog andere suggesties zijn, dan geldt dat voor die suggesties natuurlijk ook.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Wat ik een beetje mis in dit verhaal is de financiële kant die hieronder ligt. Passende zorg moet zo'n 548 miljoen opleveren structureel. Voor het afschaffen van de ongecontracteerde zorg is dat 150 miljoen. Los van het verhaal dat de Minister hier neerlegt, is dit ook gewoon een financiële opgave waar het kabinet zich aan gecommitteerd heeft. Ik denk dat het goed is om dat er ook bij te vertellen.
Los daarvan had ik een vraag gesteld over specifiek de signalen die bijvoorbeeld de Patiëntenfederatie met ons deelt. Die gaan over mensen met complexe zorgvragen die noodgedwongen uitwijken naar ongecontracteerde zorg, omdat er gewoon geen andere passende optie is. Hoe gaat de Minister daadwerkelijk borgen dat zij straks niet tussen wal en schip vallen? Kan zij garanderen dat die mensen straks niet zonder zorg zitten, omdat er geen passend aanbod is?

Minister **Hermans**:
Ik denk dat we op dit moment soms al met dit pijnlijke vraagstuk te maken hebben. Dat hangt niet alleen maar samen met het al dan niet vergoeden van ongecontracteerde zorg. Ik meen dat ik net inging op de toegang en vooral het niet tussen wal en schip vallen. Ik zei dat we daarom de tijd nemen voor een zorgvuldige implementatie van dit voorstel, enerzijds voor mensen die nu werken bij ongecontracteerde aanbieders en anderzijds, en misschien wel in de eerste plaats, voor patiënten die daar nu zorg van ontvangen. We hebben daar dus zeker oog voor. Het is gewoon een gedeeld belang van ons allemaal dat dat op een goede en zorgvuldige manier loopt.

De **voorzitter**:
Dan kunt u uw verhaal vervolgen.

Minister **Hermans**:
In dat hele vraagstuk gaat het ook over geld. Mevrouw Maeijer noemde net al een aantal bedragen. Het gaat in de zorg over heel veel geld. Die uitgaven zijn de afgelopen jaren sterk gestegen en als we niks doen zullen die de komende jaren flink verder gaan stijgen. Dat gaat de solidariteit en de toegankelijkheid onder druk zetten. In dat kader zal ik een aantal vragen beantwoorden die hierover gesteld zijn, bijvoorbeeld over het eigen risico, waar onder anderen mevrouw Dobbe vragen over stelde.
Ik begin met de eigen bijdrage in de wijkverpleging, waar mevrouw Van Brenk haar bijdrage mee begon. Terecht begon mevrouw Van Brenk met de belangrijke rol die de wijkverpleging of de wijkverpleegkundige speelt in de wijk. Dat past ook heel erg bij wat dit kabinet onderschrijft: hoe zorgen we dat de zorg dicht bij huis, in de eigen omgeving, georganiseerd en geleverd kan worden? Zoals u weet valt het onderwerp wijkverpleging in de portefeuille van mijn collega, de Minister van Langdurige Zorg. Zij zal rond de zomer met een brief komen over de verschillende varianten waarmee je de eigen bijdrage in de wijkverpleging kan uitwerken. We doen dat dus binnen de context van het overeind houden van solidariteit in dat stelsel. Daarbij hebben we natuurlijk ook oog voor de betaalbaarheid.
Er zijn vragen aan mij gesteld over de stapeling van zorgkosten en de envelop van 350 miljoen. Er is heel terecht het een en ander over gewisseld in de interruptiedebatten. Ik heb het onderzoek van het Nibud, dat gisteren of eergisteren verscheen, gezien. Dat onderzoek laat heel precies zien waarom bijvoorbeeld zo'n brief die Minister Sterk heeft toegezegd, belangrijk is, omdat de vormgeving van de maatregel heel bepalend is voor hoe de effecten er precies uit gaan zien.
De heer Krul vroeg mij in dat kader: hoe gaat de invulling van die envelop van 350 miljoen eruitzien? Het eerlijke antwoord is: dat kan ik nu nog niet aangeven, want wij zijn bezig met de uitwerking van de maatregelen en de vormgeving daarvan. In de tussentijd, of tegelijkertijd, moet ik eigenlijk zeggen, werken we aan het in kaart brengen van hoe de maatregelen nu stapelen. Die inzichten hebben we natuurlijk weer nodig bij het kunnen maken van keuzes bij de vormgeving van de individuele maatregelen, zodat we in de zomer integraal kunnen wegen hoe we de envelop tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken het beste in kunnen zetten.

De heer **Bushoff** (PRO):
Daarover heb ik een vraag. Ik hoorde de Minister zeggen dat het nog niet bekend is hoe de besteding van de envelop van 350 miljoen eruit gaat zien. Ze geeft aan dat nu in kaart wordt gebracht wat de maatregelen die al wel zijn aangekondigd en de bezuinigingen die al wel zijn ingeboekt voor mensen gaan betekenen. Maar dan kun je toch niet al de conclusie trekken dat die 350 miljoen voldoende gaat zijn om de miljarden aan bezuinigingen op te vangen en ervoor te zorgen dat gewone mensen niet keihard geraakt worden? Hoe kun je die conclusie trekken als je eigenlijk alles nog in kaart moet brengen en je nog niet weet hoe het er precies komt uit te zien? Je kent alleen de bezuinigingen die je alvast hebt aangekondigd.

Minister **Hermans**:
Volgens mij trekt de heer Bushoff nu twee dingen bij elkaar die ik in elk geval niet gezegd heb. Eén. Ik heb geschetst waarom dit kabinet het belangrijk vindt om in de zorg een aantal keuzes te maken en te hervormen. Dat ziet dus op het toekomstbestendig maken van het zorgsysteem. Ik denk dan aan toegankelijkheid, betaalbaarheid en het overeind houden van solidariteit. Daarvoor nemen we een aantal

maatregelen. Daar zitten ingewikkelde en pijnlijke keuzes tussen. Dat realiseer ik me.
Om een goed beeld te hebben van hoe de stapeling van die maatregelen uitpakt aan de zorgkant, maar ook aan de kant van de sociale zekerheid – die vraag is terecht gesteld vanuit de Kamer – moet je natuurlijk wel weten hoe de individuele maatregelen precies worden vormgegeven. Hoe je de eigen bijdrage in de wijkverpleging vormgeeft, gaat bepalend zijn voor hoe de stapeling en daarmee dus het effect eruitziet. Als we dat weten, dan kunnen we de besteding van die 350 miljoen goed vormgeven. Dat was de vraag van de heer Krul die ik beantwoordde. Hij vroeg hoe ik die ga uitgeven en hoe ik ervoor ga zorgen dat dat geld bij de goede mensen terechtkomt. Om dat geld op een goede manier uit te geven, moet ik de stapeling goed in beeld hebben. Daarvoor is de vormgeving van de individuele maatregelen van belang. Dat staat dus los van, of naast, moet ik misschien zeggen, het waarom en het belang dat dit kabinet hecht aan het hervormen van de zorg.

De heer **Bushoff** (PRO):
Over het waarom kunnen we best nog wel een boom opzetten. Dat was ook geen antwoord op mijn vraag. De vraag is: hoe weet je, met alles wat ik nu heb gehoord, nou zo zeker dat die 350 miljoen genoeg gaat zijn om de negatieve effecten die we allemaal niet willen, namelijk dat mensen door het ijs zakken, op te vangen? Hoe kun je zo zeker weten dat die 350 miljoen genoeg is? Ik denk persoonlijk dat dat niet genoeg gaat zijn om ervoor te zorgen dat alle gewone mensen die geraakt worden door de bezuinigingsvoorstellen het hoofd boven water houden. Maar de Minister is daar blijkbaar stellig van overtuigd, zonder dat ze weet hoe die 350 miljoen ingezet gaat worden. Daar kan ik gewoon niet bij. Hoe is de Minister dus tot die 350 miljoen gekomen en hoe weet ze zo zeker dat dat absoluut voldoende gaat zijn?

Minister **Hermans**:
Nogmaals, de heer Bushoff legt nu allemaal verbanden die ik niet gelegd of gemaakt heb. Ik zeg het volgende. Dit is waarom wij het belangrijk vinden om keuzes te maken in de zorg. Die keuzes zien op een aantal maatregelen, zoals in het coalitieakkoord opgenomen. Wij zien ook dat die een effect gaan hebben. Voor hoe dat effect er precies uitziet, is de vormgeving van de individuele maatregelen van belang. We hebben aan de zorgkant een envelop staan om daar in de tegemoetkoming iets te kunnen doen. Aan de kant van de sociale zekerheid is er ook geld gereserveerd.
Hoe dat precies uitpakt, wie je daarmee op welke manier kan helpen en ook hoe – ik doel dan op: hoe zorg je dat dat geld bij de goede mensen terechtkomt? – is de stap die hierna komt. Dat is wel een hele cruciale stap. Dat ben ik helemaal met de heer Bushoff eens. Hij las voor uit een manifest, volgens mij, van Ieder(in), dat gisteren is uitgereikt. Ik heb daar gisteren iemand op de radio over horen vertellen. Ik snap dus dat daar zorgen over bestaan, maar om dat precies te weten moeten we dus de uitwerking van de individuele maatregelen weten.

De **voorzitter**:
Een vervolgvraag van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PRO):
Nog één vraag. Dit moet me wel van het hart. Ik vind het lastig of irritant, laat ik het zo zeggen. De Minister zegt eerst: de heer Bushoff legt allerlei verbanden die ik niet zie. Ze geeft dan een uitgebreid antwoord, maar geeft uiteindelijk precies geen antwoord op de vraag die ik heb gesteld, namelijk: hoe is de Minister er zo van overtuigd geraakt dat die 350 miljoen genoeg gaat zijn om inderdaad alle nadelige effecten van de

voorgestelde bezuinigingen op te vangen? Kan ze aangeven hoe ze daartoe is gekomen? Hoe is ze tot de conclusie gekomen dat die 350 miljoen voldoende gaat zijn?

Minister **Hermans**:
Mijn punt is: die 350 miljoen is niet het enige bedrag in het coalitieakkoord dat is gereserveerd om de effecten van maatregelen te kunnen opvangen, te dempen. Dat het niet 100% compenseert, laat het sommetje volgens mij vrij snel zien. Daarvoor moet je overigens ook wel weer een eerlijke vergelijking maken. Ik geloof dat het de heer Krul was die uitlegde: een van de maatregelen die we afschaffen is niet doelmatig en wordt ook niet alleen maar gebruikt door de mensen voor wie die bedoeld is. In het coalitieakkoord is ook geld gereserveerd op de SZW-begroting om aan de armoedekant iets te doen, aan de lastenkant. Zo zitten er dus verschillende maatregelen in het coalitieakkoord die bedoeld zijn om iets op te vangen van de effecten van maatregelen.

De **voorzitter**:
Vervolgt u uw betoog.

Minister **Hermans**:
Daarmee heb ik ook de vraag van de heer El Abassi, die er nu niet meer is, beantwoord.
Voorzitter. Dan kom ik bij het eigen risico, waar mevrouw Dobbe en de heer El Abassi een vraag over stelden. Mevrouw Dobbe refereerde aan de cijfers van het Nivel over de mogelijke toename van zorgmijding en vroeg wat ik daarvan vind en hoe ik daarnaar kijk. Ik ken het onderzoek van het Nivel. Ze hebben mensen gevraagd of zij zich zorgen maken over de stijging van het eigen risico en of dat kan leiden tot ongewenste zorgmijding. Of dat ook automatisch gaat gebeuren, weten we niet, maar de zorg is er bij mensen over de stijging van het eigen risico. Dat kan tot zorgmijding leiden, maar we weten dat zorgmijding ook door andere factoren kan plaatsvinden. We kunnen dus alle zorgmijding niet een-op-een en alleen maar toeschrijven aan financiële redenen. Het is wel een factor, zeg ik erbij.
Voorzitter. Ik begrijp echter heel goed dat mensen bezorgd zijn over de stijging van het eigen risico, maar die zorg is er ook over de stijging van de zorgpremie. Die is in de afgelopen jaren sterker gestegen, omdat we de afgelopen jaren dat eigen risico bevroren hebben. Als wij de maatregelen zoals die in de boeken stonden – ik heb het dan over de halvering van het eigen risico – door zouden laten gaan volgend jaar, dan zou dat een forse premieverhoging betekenen. Daar zijn mensen bezorgd over. Als we het hebben over het eigen risico en het effect daarvan, dan vind ik dat we dus ook altijd die andere kant moeten benoemen: het effect daarvan op de zorgpremie die wij met z'n allen betalen.
Voorzitter. Even kijken. Deze vraag heb ik al beantwoord.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Ik neem aan dat dit het einde is van het antwoord op het eigen risico.

Minister **Hermans**:
Ik heb hier nog een vraag van mevrouw Dobbe over een inkomensafhankelijke zorgpremie ...

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Dan wacht ik daar even op.

Minister **Hermans**:
... zodat we het eigen risico kunnen afschaffen. De vraag daarbij was: waarom kiezen we niet voor een nationaal zorgfonds? Deze discussie

voeren mevrouw Dobbe en ik vaker. Ik begrijp de vraag goed en ik weet ook waar dit in het denken van mevrouw Dobbe vandaan komt. Ik denk dat het wel eerlijk is om te zeggen dat in de Zorgverzekeringswet, zoals wij die op dit moment hebben, grote inkomenssolidariteit zit door de inkomensafhankelijke bijdrage die we betalen. En we hebben natuurlijk de zorgtoeslag voor huishoudens met een laag of middeninkomen. In mijn ogen en in de ogen van het kabinet functioneert die systematiek goed, dus wij zijn niet voornemens om daar aanpassingen aan te doen. Onze focus ligt op het houdbaar en toegankelijk houden van de zorg om de premies ook in de toekomst betaalbaar te houden.

De **voorzitter**:
Mevrouw Dobbe, nu wel.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Ik vind dit antwoord een beetje jammer. Dit kabinet brengt mensen diep in de problemen. Dit kabinet brengt mensen die zorg nodig hebben in de problemen. Ik mis de erkenning daarvan bij deze Minister. Het Nivel heeft inderdaad een onderzoek gedaan en zegt: zorgmijding gaat toenemen van 7% naar 16%. Dat zijn dus mensen die noodzakelijke zorg niet meer gaan krijgen en niet meer gaan kunnen betalen – het is zorg die ze nodig hebben – omdat dit kabinet ervoor kiest om een boete op ziek zijn op te leggen tot € 520. Dat is een feit, volgens mij, want we zien al dat zorgmijding plaatsvindt. We zien dat veel mensen zorg mijden vanwege het eigen risico. Verhoog je het eigen risico, dan wordt dus de zorgmijding hoger. Dat is niet onlogisch. Dan zegt de Minister: als de premies stijgen, geeft dat ook een probleem. Ja, dat moet je dan ook gewoon niet doen. Daarom stellen wij de ...

De **voorzitter**:
Wat is uw vraag, mevrouw Dobbe?

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Daarom stellen wij de inkomensafhankelijke zorgpremie voor. Wat deze Minister daar niet bij zegt, is dat op het moment dat je meer dan € 70.000 verdient, je niet méér premie betaalt. Hoe solidair is dat? Wij hebben dit gewoon laten doorrekenen en het kan dus wel. Ik zou daar gewoon een wat uitgebreider en serieuzer antwoord van deze Minister op willen, want het kan! Het is doorberekend door het CPB. Volgens mij verdienen we daar ook een serieuzer antwoord op dan dit.

De **voorzitter**:
De interrupties moeten echt korter, zeg ik tegen alle collega's. Dit gaat alweer richting anderhalve minuut voor één interruptie. Het woord is aan de Minister.

Minister **Hermans**:
Mevrouw Dobbe en ik denken gewoon fundamenteel anders over de vraag hoe je het zorgsysteem moet organiseren. Wat ik net aangaf, was dat ik het met haar eens ben dat een vorm van inkomenssolidariteit belangrijk is, ook in de zorg. Die is er gelukkig ook. Maatregelen die we nemen zijn er ook op gericht om de solidariteit in dat stelsel aan de inkomenskant, maar ook aan de risicokant overeind te houden, ook voor de toekomst.
Ik zei het al: via de inkomensafhankelijke bijdrage betaal je dus naargelang je inkomen meer of minder mee aan de zorg. Ik vind dat dit een goede manier is om ons zorgstelsel te organiseren. Ik vind het ook terecht, als we het hebben over het eigen risico, of je nou voor verhoging of voor verlaging bent, dat we dan ook de andere kant benoemen: wat doet dat met de premies? Ik doel dan op de premies die we allemaal betalen in

Nederland. Dat is weer belangrijk voor de solidariteit en de collectiviteit in ons stelsel.
Los van dat ik het inhoudelijk geen goed idee vind, kan ik nu ook uitgebreid ingaan op allerlei ingewikkeldheden die je in de uitvoering tegenkomt als je naar zo'n inkomensafhankelijke premie zou gaan, maar dat is voor mij niet de kern van waarom ik dat geen goed idee vind.
Een nationaal zorgfonds. Het is niet zo – ik zeg niet dat mevrouw Dobbe die suggestie wekt, maar ik hecht er wel aan om het te zeggen – dat zorgstelsels in andere landen die lijken op een nationaal zorgstelsel of zorgfonds duidelijk beter functioneren. Dat laat onderzoek van de OESO ook zien. Alles bij elkaar zie ik dus echt dat wij in ons systeem heel goed moeten kijken: waar kunnen we dingen verbeteren? Dat gaan we dus ook doen. Maar het pad dat mevrouw Dobbe schetst, gaat dit kabinet niet op.

De **voorzitter**:
Een vervolgvraag van mevrouw Dobbe. Kort en bondig alstublieft.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Ik vind een zorgstelsel niet goed als willens en wetens en bewust wordt gestuurd op een systeem waarbij straks meer dan 16% zorg gaat mijden. Ik heb het dan over noodzakelijke zorg. Hoe kijkt de Minister dan naar de gevolgen van het verhogen van het eigen risico door het kabinet, de boete op ziek zijn, op het moment dat je ook ziet dat een groot deel van de mensen die zorg ondergaat waar ze het eigen risico voor moeten betalen, zijn verwezen door de huisarts? Het is een beetje een kulverhaal dat we hier net aan deze kant van de Kamer hoorden, namelijk dat mensen dan nog even gaan kijken en bewust kunnen overwegen of ze die zorg willen afnemen of niet. Dat is gewoon kul. Ze zijn doorverwezen door de huisarts. Hoe kijkt de Minister daar dan naar?

De **voorzitter**:
Kan de Minister die vraag ook kort en bondig beantwoorden?

Minister **Hermans**:
Zeker. Ik stuur op houdbaarheid en toegankelijkheid van het zorgstelsel. Daarvoor nemen we maatregelen. Een daarvan is de maatregel met betrekking tot het eigen risico. Dat heeft een potentieel effect op zorgmijding. Zorgmijding is niet wat ik nastreef of wat mijn doel is. We kijken dus hoe we dat kunnen beperken en zo veel mogelijk kunnen tegengaan. Dat is een van de redenen waarom er nu een onderzoek loopt door het CPB, om te kijken: kunnen we beter zicht krijgen, bijvoorbeeld bij doorverwijzing van de huisarts, op wat voor rol het eigen risico daarin speelt? Maar nogmaals, we weten dat zorgmijding meerdere factoren kent. Hoe pakken we dat samenspel van factoren nou op een goede manier aan? Dat is mijn insteek en mijn aanpak, maar ik stuur dus op een zorgsysteem dat ook goede en toegankelijke zorg levert voor toekomstige generaties.

De **voorzitter**:
Een vervolgvraag van mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Vindt deze Minister het dan verantwoord en passend bij een goed zorgsysteem als 16% van de mensen die is doorverwezen door een huisarts de noodzakelijke zorg gaat mijden? Is dat dan goed beleid volgens deze Minister?

Minister **Hermans**:
Het percentage dat mevrouw Dobbe noemt, komt uit een onderzoek waarin naar verwachtingen is gevraagd en naar zorgen die mensen

hebben. Het is niet zo dat we automatisch op deze percentages uitkomen. Ik realiseer mij wel dat een verhoging van het eigen risico kan leiden tot extra zorgmijding. Dat is geen bewust doel van het beleid. Daarom verdiepen we ons in manieren om daaraan iets te doen. We hebben de envelop met 350 miljoen waarmee je iets met tegemoetkoming kan doen. We hebben gemeentepolissen en we hebben de zorgtoeslag. Er is dus heel veel beleid dat gericht is op het ondersteunen van mensen en dat tot doel heeft zorgmijding tegen te gaan.
Voorzitter. Ik kom bij de vragen die over geneesmiddelen zijn gesteld. Ik begin met de vraag van mevrouw Van Brenk. Ze vraagt wat wij concreet doen om de tekorten van geneesmiddelen te voorkomen. Daarvoor zetten we op drie lijnen in, zo zou je het kunnen noemen. Dat gaat om het voorkomen van tekorten, het voorbereiden op mogelijke tekorten en het oplossen van tekorten.
We leggen in Nederland voorraden aan van kritieke geneesmiddelen die als buffer dienen. We kijken naar het inkoop- en prijs- en vergoedingenbeleid, dus naar het geneesmiddelenvergoedingssysteem, de Wet op de geneesmiddelenprijzen en naar het preferentiebeleid. Op Europees niveau werken we aan het versterken van de productie van geneesmiddelen in Europa. Dat gebeurt bijvoorbeeld via de Verordening kritieke geneesmiddelen, waarover onlangs een voorlopig politiek akkoord in Europa is bereikt. Buiten Europa ben ik bezig om de samenwerking met grote producerende landen zoals India te versterken.
Voorzitter. De heer Claassen informeerde naar geneesmiddelentekorten en in het bijzonder hoe we zorgen voor transparantie in de keten en hoe we helder krijgen waar de problemen zitten. De geneesmiddelenketen is lang en complex, net als de tekortenproblematiek. Het is moeilijk om een-op-een oorzaak en gevolg te bepalen. Daarom zetten we in op verschillende acties om inzicht en transparantie te creëren. In het AZWA hebben we afspraken gemaakt over de informatie-uitwisseling om zo de transparantie in geval van tekorten te verbeteren. We kijken of we hiervoor een centraal informatiepunt zouden moeten oprichten.
Op dit moment doen we een kwetsbaarheidsanalyse van de antimicrobiële middelen en de oncolytica. Ik hoop dat daaruit inzichten komen die we breder kunnen toepassen. Dan loopt ook nog de onafhankelijke evaluatie naar het preferentiebeleid. Dat gaat ons inzicht geven in de rol van dat beleid in de hele keten.
De heer Bushoff vroeg mij naar – ik moet even goed kijken en hopen dat ik het goed uitspreek – dipyridamol als voorbeeld van een middel dat in de apotheek soms niet of slecht verkrijgbaar is. Dan krijg je een middel van een ander merk en daar moet je dan een eigen bijdrage voor betalen. Op de site van VWS staan weer twaalf andere merken waarvoor je geen eigen bijdrage hoeft te betalen. Hoe zit dit en kunnen we dit nu niet voorkomen? Ik wil beginnen met wat ik net schetste aan mevrouw Van Brenk, namelijk wat we allemaal doen om tekorten te voorkomen. Dat is de basisinzet. Helaas lukt dat niet altijd. Als er een tekort is, is de eerste prioriteit zorgen voor een vervangend middel. Dan kan gebeuren wat de heer Bushoff schetst, namelijk dat je tijdelijk een middel krijgt waarvoor de vergoeding boven de vergoedingslimiet ligt. Dan moet je bijbetalen. Dat is vervelend of zoals de heer Bushoff zei: irritant. Dat kan ik me heel goed voorstellen. Zorgverzekeraars en apothekers doen hun best om deze situatie te voorkomen, maar ik kan het helaas niet helemaal uitsluiten.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Eigenlijk is de vraag of we een tekortprobleem hebben of een leveringsprobleem. Daar krijg ik graag een reactie van de Minister op. Alle voorstellen die worden gedaan en alle trajecten die zijn uitgezet om de tekorten of leveringsproblemen aan te pakken zijn natuurlijk goed, maar ik ben op zoek hoe we als Kamer grip kunnen krijgen op wat er nu precies gebeurt en wat eruit komt. Het zijn allemaal losse dingen die samen-

hangen, maar voor de Kamer is het heel lastig om te volgen wat de status is, of het effect heeft et cetera. Hoe denkt de Minister dat we als Kamer grip kunnen krijgen op al die ontwikkelingen?

Minister **Hermans**:
Dat begrijp ik omdat er zo veel verschillende sporen naast elkaar lopen. Ik noemde net een aantal maatregelen, maar dat is niet uitputtend. Ik zal het checken en in tweede termijn terugkomen op wat voor brief ik op korte termijn nog over dit onderwerp ga sturen. Misschien kan ik in een soort voortgangsrapportage aangeven hoe al die acties lopen en wat het effect daarvan is. Ik kan de heer Claassen sowieso aangeven dat er elke zes maanden een voortgangsrapportage komt. Ik check nog even wanneer de volgende komt. In een heel aantal gevallen gaat het echt om een tekort. Dan hebben we dus een ander middel nodig. Zoals gezegd: ik check even wanneer de volgende komt en of ik erop in kan gaan of dat ik dat in tweede termijn nader kan specificeren.
Excuses. Mevrouw Van Brenk had nog een vraag over de medicatiebeoordelingen. Het klopt dat mevrouw Van Brenk daarover eerder bij de begrotingsbehandeling al iets heeft gevraagd. Mijn excuses als ik daar niet op ingegaan ben. Ik doe het graag nu. Ik was onlangs bij een apotheek in Amersfoort waar dit onderdeel is van de werkwijze. Ik sprak hierover met de apotheker en de huisarts en ik zie dit echt als een heel waardevol gesprek tussen huisarts, patiënt en apotheker. In bredere context voer je het gesprek over het gebruik en natuurlijk ook de afbouw van bepaalde medicatie.
In apotheken zie je de beweging plaatsvinden naar meer zorg. Dat past heel sterk in het licht van de eerstelijnsvisie. Ik stuur binnenkort een brief hoe we kijken naar de apotheekzorg en hoe ik dat samen met het veld in de komende jaren wil versterken. In de brief zal ik ook ingaan op de medicatiebeoordeling, maar het gaat wel verder dan alleen die beoordeling. Ik hoop dat ik hiermee eindelijk de vraag van mevrouw Van Brenk heb beantwoord, voorzitter.
Dan vroegen zowel de heer Vervuurt als mevrouw Maeijer mij naar het toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen. De heer Vervuurt vroeg specifiek naar de vergoedingsroute voor weesgeneesmiddelen en mevrouw Maeijer of ik daarop wil inzetten. Laat ik zeggen dat ik de wens onderschrijf om dit type geneesmiddelen snel bij patiënten te krijgen, zoals werd geuit door zowel de heer Vervuurt als mevrouw Maeijer maar ook door de heer Claassen in eerdere debatten. Die deel ik helemaal. Weesgeneesmiddelen kunnen via de reguliere vergoedingsroute worden beoordeeld. Als ze voldoen aan de pakketcriteria kunnen ze worden opgenomen in het pakket. Het Zorginstituut kan daarbij rekening houden met de eigenschappen van het geneesmiddel en/of het bewijs dat door de leverancier bij het Zorginstituut is aangeleverd. Soms kunnen dan al de zogenaamde surrogaatuitkomsten voldoende zeggen over de effectiviteit. Dat gebeurt nu ook al. Bij weesgeneesmiddelen kan het soms gaan om honderden patiënten. Dat betekent dat de farmaceut meestal wel voldoende bewijs kan verzamelen.
Er zijn gevallen denkbaar waarbij we dat onderzoek niet van de leverancier kunnen verwachten. Vanwege de belofte van het middel kunnen wij, uit maatschappelijk oogpunt, voor de hoge onvervulde behandelbehoefte publieke middelen ter beschikking stellen om zo'n middel toch voor de patiënt beschikbaar te maken. Daarvoor hebben we de voorwaardelijke toelating. Ik heb onlangs in een brief uitgelegd hoe ik daarmee naar aanleiding van de evaluatie wil omgaan. Ik wil die voorwaardelijke toelating openstellen voor die geneesmiddelen waarvoor het gevraagde onderzoek specifiek is voor Nederland en daarom niet van bredere waarde voor een firma. Dat geldt ook wanneer de benodigde informatie niet op een andere wijze kan worden verkregen. Dit zal ik een plek geven in het toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen. Daarnaast

werkt het Zorginstituut binnen dat toekomstbestendige stelsel aan een alternatieve route voor de beoordeling van ultraweesgeneesmiddelen.
Voorzitter. Mevrouw Maeijer vroeg mij ook nog of er mogelijkheden zijn om de toegang te versnellen. Nederlandse patiënten hebben namelijk vaak later toegang tot bepaalde middelen. Ze vroeg me te kijken naar een overbruggingsregeling. In het toekomstige stelsel is ons uitgangspunt: snel als het kan en zorgvuldig als het moet. Dat betekent heel concreet dat we onzekerheid over het bewijs, ook als die het gevolg is van een snelle toelatingsprocedure van het Europees medicijnagentschap, kleiner willen maken. Dat doen we door veel vroeger in het proces met partijen als patiënten en artsen samen te bepalen hoe een nieuw medicijn passend kan instromen in het basispakket. Dus ja, ik zie mogelijkheden om de toegang te versnellen. Ik kijk ook naar alternatieve routes voor situaties waarin het beoordelingssysteem niet passend is zoals bij die ultraweesgeneesmiddelen. Dat zei ik net ook al.
Mevrouw Maeijer vroeg mij om een overbruggingsregeling. Daar kijk ik nu niet naar, want dat zou betekenen dat ik de risico's bij de premiebetaler neerleg. Als een geneesmiddel niet effectief is of te weinig gezondheidswinst oplevert voor de prijs, moet dat risico door de premiebetaler worden gedragen. Dat vind ik niet passen en ook niet uitlegbaar.
Voorzitter. De heer Krul vroeg naar de sluis en de langetermijn in de sluis. Ik dacht dat ook de heer Claassen daarop was ingegaan naar aanleiding van het artikel vanochtend in het Algemeen Dagblad. Die sluis zorgt ervoor dat we de uitgaven aan dure geneesmiddelen kunnen beheersen. Ik zie ook dat er verbeteringen nodig zijn. Daarom werken we aan het toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen. Zoals ik al zei: snel als het kan, zorgvuldig als het moet. Dat is de inzet daar.
Ik kom even heel specifiek terug op dat artikel van vanochtend, omdat de heer Krul mij daarnaar vroeg. Ik denk dat een aantal nuanceringen op z'n plek is. Bij ongeveer elf middelen heeft de leverancier nog geen dossier ingediend bij het Zorginstituut en bij vier van die middelen nog geen compleet dossier. Bij elf middelen heeft het Zorginstituut vastgesteld dat ze niet effectief zijn. Dat wil zeggen: minder effectief dan de huidige standaardbehandeling. Bij zes middelen is de leverancier niet bereid geweest een maatschappelijk aanvaardbare prijs overeen te komen. Dat heeft ertoe geleid dat we de onderhandelingen hebben moeten stoppen. In een aantal gevallen ligt de verantwoordelijkheid dus bij de leveranciers. Zoals gezegd, ik zie dat hier verbeteringen mogelijk zijn en daar wordt aan gewerkt.

De heer **Vervuurt** (D66):
Precies dit vraagstuk waarover de Minister het net had, is iets wat hier net ook in een interruptiedebatje terugkwam. Dat gaat om de vraag hoe we er aan de ene kant voor kunnen zorgen dat die weesgeneesmiddelen of algemene geneesmiddelen in ons systeem toegankelijk worden voor iedereen, ook op het moment dat een farmaceut ervoor kiest geen dossier in te dienen. Een voorbeeld daarvan rond achondroplasie is natuurlijk al vaak genoemd. Mijn collega's kwamen er in het interruptiedebatje niet uit. Ik heb de oplossing ook niet meteen. Ik ben wel benieuwd hoe de Minister daar nu tegenaan kijkt. Volgens mij wordt het vrijwel overal vergoed, in vrijwel de hele Europese Unie, zou ik bijna willen zeggen. Op de een of andere manier hebben wij hier een systeem gemaakt waarbij het heel aanlokkelijk is om geen dossier in te dienen om dat te vergoeden. Ziet de Minister mogelijkheden om dat te kunnen verbeteren?

Minister **Hermans**:
Ik begrijp die vraag, maar er is geen gemakkelijk antwoord op. Dat Voxzogo in het buitenland wordt vergoed, betekent niet dat het middel voldoet aan de eisen voor vergoeding uit het basispakket in Nederland. Onze procedures voor vergoeding zijn er niet voor niets. Die hanteren we

om ervoor te zorgen dat we alle gevallen gelijk behandelen en dat we het beperkte zorgbudget dat er is, zo rechtvaardig mogelijk verdelen, gebaseerd op gezondheidswinst. Ik realiseer me heel goed dat dat leidt tot besluiten of beslissingen die voor individuele personen en situaties ongelofelijk pijnlijk en lastig kunnen zijn.
Als ik zo'n besluit op mijn tafel heb liggen, waarvan ik er nu twee of drie voorbij heb zien komen in de afgelopen maanden, zijn dat geen gemakkelijke besluiten. Ik realiseer me dat achter zo'n besluit mensen zitten, families, gezinnen die we daarmee niet kunnen helpen. Ik voel ook de verantwoordelijkheid om op dat moment de stap naar achteren te doen en me te realiseren wat dit betekent voor de collectieve verantwoordelijkheid die we met z'n allen hebben. Die verantwoordelijkheid voel ik op het moment als ik zo'n handtekening wel of niet zet om die zorgvuldige beoordeling te doen en te blijven doen.
Ik roep vanaf deze plek leveranciers echt op om dat dossier in te dienen. In dit specifieke geval gaat het om de leverancier van Voxzogo. Dien dat dossier in bij het Zorginstituut! Zonder een dossier kan het Zorginstituut de pakketwaardigheid niet beoordelen en kan het middel niet vergoed worden. Dan kunnen we niet eens het gesprek of de onderhandeling beginnen. Het ministerie heeft de leverancier om uitleg gevraagd. Ik heb begrepen dat de reactie van de leverancier was dat hij er onvoldoende vertrouwen in heeft dat het Zorginstituut een prijs zal adviseren die voor hem acceptabel zal zijn. Ik kan die aanname niet toetsen. Ik vind het wel teleurstellend dat we patiënten en hun ouders niet kunnen helpen en dat die het hiermee moeten doen. Ik zei al: ik roep de leverancier nogmaals op dat dossier in te dienen.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
In het verlengde hiervan. Een van de personen achter zo'n dossier is het jongetje Sam. Volgens mij is die al meerdere malen in debatten aan de orde gekomen. Ik heb zijn verhaal nu nogmaals naar voren gebracht. Hij ligt nu al acht maanden aan de zuurstof. Dat middel zou voor hem niet alleen betekenen dat hij groeit, maar het voorkomt ook complexiteit in de toekomst. Nog los van het besluit dat de fabrikant heeft genomen, begrijp ik niet hoe we op dit punt beland zijn. Hoe is het zover gekomen dat zo'n fabrikant zo'n besluit neemt? Wat je daar ook van vindt. De Minister roept terecht op dat te herzien. Hoe voorkomen we bijvoorbeeld dat er voor een middel dat er in het najaar aankomt, eenzelfde soort beweging wordt gemaakt? Hoe voorkomen we dat voor al die mensen, voor de ouders van Sam die hun hoop daarop vestigen?

Minister **Hermans**:
Ik schetste net al wat ik heb teruggehoord van het gesprek dat heeft plaatsgevonden. Ik kan de aanname niet toetsen en ik kan niet in het hoofd van de leverancier kruipen. Ik kan alleen schetsen wat ik belangrijk vind. Mevrouw Maeijer is het voor dat deel met mij eens: dien dat dossier in. Dit is de enige manier waarop we tot een beoordeling kunnen komen en tot een prijsonderhandeling.
Even los van het specifieke geval dat mevrouw Maeijer beschrijft, zijn er natuurlijk veel meer individuele situaties. Ik begrijp voor elk van die individuele situaties de pijnlijkheid van zo'n besluit of zo'n situatie. Om al dit soort aanvragen van dure medicijnen voor specifieke aandoeningen op een eerlijke en gelijke manier behandelen hecht ik aan zo'n zorgvuldig proces waarin iedereen op een gelijke manier wordt behandeld.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Ik eindigde in mijn beleving mijn interruptie met de vraag: hoe voorkomen we dit in de toekomst voor medicijnen die er nog aankomen? Organisaties doen bijvoorbeeld de suggestie ... Ik verwees in mijn inbreng ook naar de inbreng van de heer Vervuurt om een apart traject voor die weesgenees-

middelen te belopen. De Minister geeft in haar brief aan dat ze dat wil doen voor de ultraweesgeneesmiddelen, maar in mijn beleving niet voor deze specifieke groep. Waarom dan niet?

Minister **Hermans**:
Volgens mij heb ik gezegd dat we in het toekomstbestendig stelsel ook bekijken welke verbeteringen voor weesgeneesmiddelen mogelijk zijn. Die alternatieve route, de aparte route voor ultraweesgeneesmiddelen is er naar aanleiding van een eerdere evaluatie. Volgens mij heb ik daarover onlangs een tweetal brieven gestuurd. Daar wordt dus aan gewerkt. Of we daarmee deze situatie in de toekomst altijd zullen voorkomen, weet ik niet. Dat durf ik niet te garanderen, want we zijn hier ook afhankelijk van de leverancier die bereid moet zijn om bij het Zorginstituut een dossier in te dienen. Ik hecht aan die werkwijze in het belang van de gelijkwaardige behandeling van alle voorstellen, zoals ik net heb uiteengezet.

De heer **Vervuurt** (D66):
Heel even misschien als laatste nog. Uiteindelijk komt het volgens mij neer op de vraag – en dat is wat de Minister in de laatste zin zei – namelijk: heeft de farmaceut het vertrouwen dat op het moment dat hij de investering doet om hier een dossier in te dienen, dit leidt tot toelating en vergoeding en alles wat daaruit voortkomt? Het gaat uiteindelijk ook over de relatie tussen aan de ene kant de farmaceutische industrie die we in Nederland of daarbuiten hebben, en de Nederlandse overheid in de keuzes die we maken in wat we wel of niet vergoeden. Ik hoop dat het Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen daarbij gaat helpen. Er zijn ook partijen die naar Duitsland wijzen en zeggen dat ze daar voorlopige toelatingsregels hebben.

De **voorzitter**:
Wat is uw vraag, meneer Vervuurt?

De heer **Vervuurt** (D66):
De vraag is wat voor mogelijkheden de Minister ziet om het vertrouwen in die relatie te verbeteren.

Minister **Hermans**:
Voordat ik op dat vertrouwen inga, is er een opmerking over het Duitse systeem. Daar wordt vaker een vergelijking mee getrokken, zowel in dit debat als in het artikel vanochtend in het Algemeen Dagblad. Ik snap dat. Ik had er zelf ook vragen over. Dan is het wel goed om daarbij te zeggen dat Duitsland een ander systeem heeft. Daar is snellere beschikbaarheid, maar daar worden ook hogere prijzen betaald. Ook in Duitsland staan de zorguitgaven onder druk, zeg ik er maar even bij.
Dan over dat vertrouwen. Vertrouwen betekent ook dat je een systeem of procedure hanteert waarin iedereen kan rekenen op dezelfde behandeling. Ik heb net uitgelegd waarom ik dat belangrijk vind. Omwille van de tijd zal ik dat niet nog een keer doen. Ik ben het er wel mee eens dat het systeem niet zo moet zijn dat een leverancier voordat je goed en wel bent begonnen, geen dossiers opstuurt. Ik wil de heer Vervuurt, en eigenlijk iedereen die daarover vragen heeft gesteld, toezeggen te bekijken wat we daarin nog zouden kunnen doen. Ik ging al even kijken naar een voortgangsrapportage, een brief over geneesmiddelen en misschien over dat toekomstig stelsel. Het is echt een complex vraagstuk en ik wil nu niet even snel ... Ik begrijp de vraag heel goed. Laat ik toezeggen dat ik er nog eens samen met collega's goed naar kijk.
Voorzitter. Dan een vraag van de heer Claassen of ik niet een wettelijke termijn voor onderhandelingen kan introduceren. Ik weet niet, sterker nog, ik betwijfel of dat gaat helpen en of dat echt tot meer toegang gaat leiden. Ik denk eigenlijk zelfs dat ik dan vaker nee moet gaan zeggen. Onderhan-

delen leidt in de meeste gevallen namelijk wel tot toegang. Als ik er een termijn op ga plakken, is dat niet per se goed voor mijn onderhandelingspositie en daarmee voor de betaalbaarheid. Ik zie de meerwaarde niet. Nogmaals, die lange doorlooptijden zie ik wel. Daarom werken we aan een aanpassing van dat systeem naar het toekomstig stelsel geneesmiddelen.
Voorzitter. De heer Vervuurt had nog een vraag over het stimuleren van onderzoek naar nieuwe toepassingen van bestaande geneesmiddelen en welke concrete stappen worden gezet om de knelpunten rond drug repurposing weg te nemen. Excuus voor het Engelse woord. Ik ben het met de heer Vervuurt eens dat er echt potentie zit in het gebruik van bestaande geneesmiddelen voor nieuwe toepassingen. Sinds 2018 loopt al het programma van ZonMw Goed gebruik geneesmiddelen. Ik wil ook dat deze vorm van hergebruik aantrekkelijk is voor de farmaceutische industrie.
Dit was de inzet van Nederland bij de onderhandelingen in Brussel voor nieuwe geneesmiddelenwetgeving. Onze inzet heeft er mede voor gezorgd dat bedrijven vier jaar databescherming krijgen voor de drug repurposing om zo hun investering te kunnen terugverdienen. Straks kunnen ook academische onderzoekers een voorstel indienen om een nieuwe indicatie aan een label van een bestaand middel toe te voegen. Dit zijn belangrijke eerste stappen om repurposing aantrekkelijker te maken.
De heer Vervuurt vroeg ook nog ... Nee, die vraag heb ik al gehad. Volgens mij heb ik nu alle vragen in het blokje geneesmiddelen gehad.
Dan kom ik bij het pakket en de vragen die over de polissen zijn gesteld. Voorzitter, eerst het pakket. Ik begin met een vraag van mevrouw Van Brenk over het gordelroosvaccin. Zij vroeg of ik wil kijken of we de meest kwetsbare ouderen voorrang kunnen geven of dat zij in elk geval kunnen worden meegenomen als medische risicogroep. Dat gaat met name om ouderen met multimorbiditeit, als ik de vraag helemaal goed begrepen heb.
We hebben al heel veel gewisseld over de keuze die is gemaakt over de gordelroosvaccinatie. Ik zeg er eerlijk bij dat het budget niet voldoende was om die vaccinatie voor iedereen beschikbaar te maken. Ik vind het belangrijk tegen mevrouw Van Brenk te zeggen dat voor specifieke medische risicogroepen al geldt dat die gordelroosvaccinatie wordt vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet. Daarbij gaat het om mensen die door ziekte of behandeling een verzwakt immuunsysteem hebben en daardoor extra kwetsbaar zijn. Om die reden hebben ze baat bij een vaccinatie tegen gordelroos.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Ik had juist specifiek gevraagd of die multimorbiditeit reden kan zijn om onder die medische risicogroep te vallen. Het gaat niet specifiek alleen om die immunologische risico's. Ik had gevraagd of er een mogelijkheid is om dat te onderzoeken. Staat de Minister daarvoor open?

Minister **Hermans**:
Nee, de mogelijkheid om die groep daar nu onder te brengen zie ik nu niet. Ik zei net al, en ik vind het ook eerlijk om te zeggen, dat de keuze die we hebben gemaakt wie we wel of niet vaccineren ook een financiële reden heeft. Ik schetste net wie er op basis van de Zvw in aanmerking komen voor zo'n gordelroosvaccinatie. Ik kan die groep nu niet uitbreiden. Op de vraag om in kaart te brengen wat het zou betekenen, wil ik altijd antwoord geven. Alleen, ik wil wel de verwachting managen dat ik daar iets aan kan doen. Als mevrouw Van Brenk zegt het gewoon interessant te vinden om dat te weten om een beeld te krijgen van de omvang van die groep, wil ik kijken of we dat kunnen doen. De doelgroep uitbreiden kan ik niet.

Voorzitter. Mevrouw Van Brenk en mevrouw Dobbe vroegen mij naar de kinderbrillen in het pakket en wat voor oplossingen ik daarvoor zie. Het Zorginstituut werkt nu aan het definitieve advies over de opname van kinderbrillen in het pakket. De consultatieronde van dat advies loopt nu. Ik verwacht het definitieve advies deze zomer. Ook hier moet ik eerlijk zijn dat er geen geld is gereserveerd voor toevoegingen of aanvullingen op het basispakket. Wel is er de subsidieregeling om voor kinderen iets te kunnen doen. Ik zie dat dat iets anders is dan de volledige vraag van mevrouw Dobbe en mevrouw Van Brenk.
Voorzitter. Ik heb nog een vraag van de heer Krul over fysiotherapie. Hij schetste dat fysiotherapie bijdraagt aan het voorkomen van duurdere zorg. Hij vroeg of ik kan kijken naar de effecten op de totale zorguitgaven. Er is eerder onderzoek gedaan en dat heeft niet geleid tot een duidelijk antwoord op die vraag. Ik ben wel bereid om te kijken of we ergens onderzoek kunnen ondersteunen dat inzicht moet bieden of fysiotherapie duurdere ziekenhuiszorg kan voorkomen en wat de effecten op de totale zorguitgaven zijn.
Voorzitter. Dan heb ik hier nog wat vragen en ook de appreciaties op de moties van het debat van afgelopen maandag. Dat doe ik even aan het einde. Anders gaat het allemaal door elkaar lopen. Ik leg ze even hier naast me.
Mevrouw Dobbe vroeg waarom de hartrevalidatie niet meer vergoed wordt. De insteek is dat we zorg die bewezen meerwaarde heeft voor de patiënt vergoeden uit de basisverzekering. Het Zorginstituut heeft in het geval van hartrevalidatie bij twee specifieke aandoeningen, namelijk bij pijn op de borst en boezemfibrilleren, vastgesteld dat hartrevalidatie geen bewezen meerwaarde heeft voor patiënten. Daarom wordt die niet meer vergoed uit de basisverzekering.
Een andere vraag van mevrouw Dobbe ging over de tandarts. Ik denk dat ik ook hier niet een antwoord ga geven waarmee mevrouw Dobbe direct tevreden is. Het gaat over de vergoeding voor volwassenen, dus boven de 18. Ze vraagt of ik bereid ben de jaarlijkse controle op te nemen in het basispakket. Dat ben ik niet. Het Zorginstituut heeft hiernaar gekeken. Tandartscontroles zonder medische indicatie vallen onder preventieve zorg en komen daarmee niet in aanmerking voor vergoeding uit de Zorgverzekeringswet.
Voorzitter. Mevrouw Dobbe stelde mij ook nog de vraag of ik bereid ben anticonceptie op te nemen in het basispakket. Anticonceptiemiddelen worden vergoed uit het basispakket voor mensen onder de 21 jaar, ook als het voor een behandeling is van bijvoorbeeld endometriose. Op dit moment ben ik niet voornemens om anticonceptie voor andere aandoeningen te vergoeden.
Dan kom ik op de vraag van mevrouw Dobbe over vrouwen in de overgang. Zij stelde mij die vraag in de bredere context van vrouwengezondheid. Begeleiding door de overgangsconsulent wordt niet vergoed. De vraag was wat ik daarvan vind. Bekkenbodemfysiotherapie wordt al vergoed voor maximaal negen behandelingen, met als voorwaarde dat iemand urine-incontinentie heeft. Volgens mij doelde mevrouw Dobbe precies op de groep die dat niet heeft. Dit is gebaseerd op het advies uit 2006 over bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie van het Zorginstituut. Ook wanneer vrouwen bekkenbodeminstabiliteit ervaren na de bevalling kan fysiotherapie vergoed worden uit het basispakket als onderdeel van de zogenaamde chronische lijst. Dat zijn de mogelijkheden die er zijn. Aanvullend zie ik op dit moment geen mogelijkheden.
De tandarts. Als ouders niet naar de tandarts gaan, gaan kinderen ook niet. Mevrouw Dobbe noemde een aantal goede initiatieven, bijvoorbeeld de bus. Ze vroeg of ik ervoor kan zorgen dat die bus mogelijk wordt in wijken waar weinig kinderen naar de tandarts gaan. Ik ben bekend met het signaal dat niet alle kinderen de tandarts bereiken, terwijl goede mondzorg juist op jonge leeftijd belangrijk is. Dat delen mevrouw Dobbe

en ik helemaal. Er bestaan verschillende lokale initiatieven om dit te stimuleren, waaronder die bus. Het is echt aan zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars om dat soort initiatieven lokaal vorm te geven.
Vanuit het kabinet zetten we in op structurele verbetering van de mondgezondheid van kinderen. Per 1 januari van dit jaar is de mondzorgcoach onderdeel geworden van de reguliere mondzorgbekostiging. Ik hoop daarmee en met de lokale initiatieven de mondgezondheid bij kinderen verder te kunnen stimuleren. Daar waar nog meer mogelijkheden zijn om dat soort lokale initiatieven te verspreiden, ben ik daar altijd toe bereid. Als mevrouw Dobbe specifieke vragen of suggesties heeft, houd ik me daarvoor aanbevolen.
De heer Claassen had nog de vraag wat het afwegingskader is als je dingen toelaat tot het pakket. Hij zei dat mooi: kan ik een expliciet moreel afwegingskader maken naast de kille qaly's? Ik denk dat de toepassing van gezondheidswinst als graadmeter van de bereidheid om te betalen juist de uiting is van een moreel principe, namelijk die van het utilitarisme. Daarin streven we naar maximalisatie van geluk of welzijn, waarbij de insteek is de schaarse beschikbare euro's zo in te zetten dat de gezondheidswinst zo groot mogelijk is en dat we die zo rechtvaardig mogelijk verdelen. Ik denk dus dat die ethische weging in dat afwegingskader zit.
Tot slot had de heer Vervuurt nog een vraag over het actief doorlichten van het pakket en welke rol ik daarbij zie voor het Zorginstituut. Hij vroeg ook hoe ik ervoor zorg dat de uitkomsten van zorgevaluatie ingezet worden. Passende zorg in het verzekerde pakket is van groot belang. Daarom wordt het pakket actief doorgelicht. We willen dat zorgpartijen, zowel zorgverleners als zorgverzekeraars, en het Zorginstituut vanuit hun rol bij pakketbeheer strenger en vaker kijken naar de pakketwaardigheid van zorg. Het Zorginstituut heeft een belangrijke rol om daarover te adviseren. Daarom wil ik de rol van het Zorginstituut verstevigen. Dit werken we op dit moment met het Zorginstituut nader uit. Het moet onderdeel worden van het wetspakket passende zorg. Dat wetsvoorstel moet volgend jaar naar de Kamer.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Even over die qaly's en de ethische aspecten daarvan. Ik vond het antwoord goed verzonnen maar ik snap het niet helemaal en volgens mij de mensen naast mij ook niet. Het zit 'm niet alleen in qaly's, maar het zijn euro's versus verwachte gezonde levensperioden. Dát zijn qaly's. Qaly's versus verwachte gezondheidswinst. Ik zie daar het moreel ethische deel niet in. Zou de Minister kunnen toezeggen met een goede uitleg te komen hoe dat moreel ethische deel, dat concept, onderdeel is van de qaly's? Dat hoeft niet nu, want ze mag ook met een brief komen. Ik ken de qaly's, maar ik vind ze niet. Graag de toezegging dat een keer uit te leggen in een brief.

Minister **Hermans**:
Ik ben natuurlijk altijd bereid om dingen uit te leggen, maar ik hecht er wel aan om hier te benadrukken dat de qaly's onderdeel zijn én dat we de moreel ethische weging maken langs de lijn die ik net schetste in het maximaliseren van geluk of welzijn. Je doet dus verschillende elementen tegelijkertijd. Zoals ik al zei, ben ik altijd bereid dingen nader toe te lichten en dat aan het papier toe te vertrouwen. Ik zal het toevoegen aan een brief. In tweede termijn kom ik er even op terug in welke brief dat precies is. Dan kan ik even overleggen.

De **voorzitter**:
Dan een interruptie van mevrouw Dobbe. Ik wil haar erop wijzen dat dit haar laatste interruptie is.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Dan zal ik die niet besteden aan een discussie over moreel ethische wegingen die onder het beleid van dit kabinet liggen. Ik vrees namelijk dat we daarover van mening verschillen. Ik had nog een vraag gesteld over de toegang van kinderen tot mondzorg. Er zijn signalen van de KNMT dat ze niet bij elke zorgverzekeraar dezelfde toegang hebben. Door machtigingsprocedures lopen kinderen soms lang met pijn rond. Dat vind ik erg en ik verwacht daarop een oplossing van de Minister.
Ik noemde goede voorbeelden van bijvoorbeeld de schooltandarts en kinderen vanaf school naar de tandarts brengen. Het is heel fijn dat de Minister dat ook mooie voorbeelden vindt, maar misschien kan zij iets meer doen dan alleen zeggen dat het mooie voorbeelden zijn en dat het voor de rest afhankelijk is van hoe mensen dat lokaal willen regelen. De Minister kan er natuurlijk ook regie op pakken en kijken of we dat op meer plekken kunnen krijgen met een beetje sturing van de Minister.

Minister **Hermans**:
Ik begin met het laatste en dan kom ik zo meteen op die KNMT terug. Die zit in mijn volgende mapje, maar dan beantwoord ik dat gelijk. Ik schetste waarom ik het belangrijk vind dat dit soort lokale initiatieven ook lokaal door betrokken partijen worden opgepakt en verder gebracht. Iets wat lokaal op de ene plek werkt, hoeft niet per se ook op de andere plek te werken.
Tegelijkertijd is het wel belangrijk goede ervaringen en lessen met elkaar te delen. Ik zei volgens mij al, dat ik het heel graag van haar hoor als mevrouw Dobbe daarover suggesties en ideeën heeft en dat ik die wil betrekken in de gesprekken die ik voer. Dat wil niet zeggen dat ik de inzet van bussen of dit soort voorbeelden in het hele land ga organiseren. Ik kan het wel betrekken in gesprekken die ik voer, bijvoorbeeld als ik aan tafel zit met partijen met wie we de zorgakkoorden hebben gesloten en waarin het ook over dit soort vraagstukken gaat.
De vraag die ik eigenlijk in het volgende mapje wilde beantwoorden, is de vraag van mevrouw Dobbe over het signaal dat kinderen volgens het KNMT niet bij elke zorgverzekeraar dezelfde toegang hebben tot zorg. Kinderen moeten door machtigingsprocedures lang wachten. Hoe kan dit en wat ga ik daaraan doen? Ik wil dit even nagaan bij de betreffende zorgverzekeraars, want ik ken het signaal als zodanig niet. Dat wil niet zeggen dat het er niet is. Ik wil er even induiken. Die machtigingsprocedures zijn ervoor bedoeld om zorg rechtmatig te leveren en om vooraf zekerheid en duidelijkheid te geven. Dit precieze signaal ken ik niet, dus ik ga er achteraan en ik kom erop terug bij de Kamer en in het bijzonder bij mevrouw Dobbe.
Ik heb hier nu niet een lijstje met alle brieven die ik ga sturen. Om het versturen van brieven efficiënt te laten verlopen op logische plekken, kom ik hier in tweede termijn op terug.

De heer **Vervuurt** (D66):
Ik was even benieuwd of de Minister klaar was met het blokje pakketbeheer. Daarover heb ik nog een vraag.

Minister **Hermans**:
Ik wilde nu naar de polissen gaan. Misschien ben ik wel een vraag van de heer Vervuurt vergeten.

De heer **Vervuurt** (D66):
Dat was niet de aanleiding, hoor. Ik heb nog een vraag over het doorlichten van het basispakket waarover de Minister het net had. Ik begrijp dat de Minister voornemens is de positie van het Zorginstituut te verstevigen en dat daarvoor volgend jaar een wetsvoorstel in aanloop is. Er wordt natuurlijk al langer gesproken over het doorontwikkelen van het

pakket. Er komt vooral heel veel bij en er gaat heel weinig af. De politieke ambities zijn er, maar de resultaten lopen niet helemaal in de pas daarmee. Mijn vraag zou dus zijn: op welke manier kunnen we daar in het samenspel met Kamer en regering cijfers aan hangen? Ik wil niet zeggen dat we daar doelstellingen aan moeten koppelen, maar hoe krijgen we er meer grip op? Dat mis ik.

Minister **Hermans**:
Ik begrijp die vraag. Mij bekruipt een beetje hetzelfde gevoel als net in antwoord op de vraag van mevrouw Wendel over de transparantie van informatie en het beschikbaar komen daarvan. Dat geldt ook hiervoor. Dit moet eigenlijk al een heel aantal jaren gebeuren. Iedereen deelt de hoofdlijnen – misschien moet ik in abstracte woorden spreken van ambitie – maar als het om concrete maatregelen of uitwerking gaat, lopen we tegen allerlei bezwaren, vragen en knelpunten aan. Soms is dat heel terecht, soms iets minder terecht.
Ik denk dat we nu in de fase komen waarin we daardoorheen moeten breken. Dat betekent geen nieuwe plannen, geen nieuwe ambities maar er echt voor zorgen dat we dit voor elkaar krijgen. Dat is in elk geval de intentie die ik heb. Er is altijd een reden om iets nog even niet te doen of vooruit te schuiven, maar dat kunnen we ons om heel veel redenen niet permitteren. In de eerste plaats niet omdat het de kwaliteit van zorg niet ten goede komt. In het samenspel hierop gaat het erom hoe we dit in de wetgeving op een goede manier vormgeven. Dat is natuurlijk de stok achter de deur waar we nu aan werken.
We hebben dit de afgelopen jaren allemaal gedaan op basis van afspraken. Bestuurlijke afspraken zijn vrijwillig en dat vind ik ook heel goed. Vanuit die afspraken worden er echt wel zaken in beweging gezet, maar er moet een stok achter de deur zijn. Dat zit in die wet- en regelgeving. Daarover moeten we het komende jaar met elkaar heel regelmatig van gedachten wisselen om die wetten op een goede manier vorm te geven.

De **voorzitter**:
Ik kijk even naar de Minister hoeveel tijd ze ongeveer nog nodig heeft. We willen richten op vijf uur, uiterlijk kwart over vijf voor de start van de tweede termijn. Dan kunnen we daar voldoende recht aan doen. Lukt dat?

Minister **Hermans**:
Ja, ik ga heel snel praten.

De **voorzitter**:
Super.

Minister **Hermans**:
Voorzitter. De vraag van de heer Bushoff die even niet meer in de zaal is ...

De **voorzitter**:
Ik moest hem even excuseren. Hij is direct weer terug. Hij kon echt niet blijven.

Minister **Hermans**:
Heel goed. Hij stelde een vraag over de aanvullende verzekering in de basisverzekering en wat ik ga doen om die in zijn woorden «onmenselijke» koppeling te voorkomen. Het eerlijke antwoord is dat ik hier niks aan kan en ga doen. Er is veel keuzemogelijkheid voor verzekerden – ik kom zo nog even op het aantal polissen – ook op het terrein van aanvullende verzekeringen. Bij aanvullende verzekeringen gaat het om zorg die niet in het basispakket zit. Het zijn dus particuliere verzekeringen waarvoor geen grondslag is in de Zorgverzekeringswet. De overheid is niet betrokken bij

de invulling van die aanvullende verzekeringen. Verzekeraars mogen voorwaarden stellen. Ik houd de ontwikkelingen op het gebied van de aanvullende verzekeringen wel in de gaten, maar ik zie op dit moment geen reden om in te grijpen.
Voorzitter, dan het aantal polissen. Hoe komen we nou bij minder, overzichtelijke en onderscheidende polissen? Die vraag stelde de heer Bushoff mij. Het kabinet en ik gaan niet over het aantal polissen. Dat is, ook op grond van Europese regelgeving, aan de zorgverzekeraars. Ik vind het echter wel belangrijk dat verzekerden iets te kiezen hebben en dat je van tevoren ook heel duidelijk hebt waarvoor je kiest. De informatieverstrekking aan verzekerden moet helder en transparant zijn. Het moet ook heel duidelijk zijn of het om een natura- of combinatiepolis gaat.
Nu de ongecontracteerde zorg er nog is, moet het ook heel duidelijk zijn welk percentage van de kosten wordt vergoed. Daar heeft de NZa een regeling voor gemaakt: de informatieverstrekking aan verzekerden. Die zegt ook iets over transparantie. We houden heel goed in de gaten of die wordt nageleefd.
Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Maeijer over de restitutiepolis, de late bekendheid over contractering en de mogelijkheden die ik zie voor verbetering. We zien dat het proces in 2025 ongeveer net zo snel is verlopen als in 2024. De meeste contracten zijn op de peildatum van 22 december rond. Als we te veel druk gaan zetten op de contractering kan er spanning ontstaan op een evenwichtige onderhandelpositie. Dat is een beetje in lijn met wat ik net schetste aan de heer Claassen als hij mij een onderhandeltermijn zou opleggen in het kader van de dure geneesmiddelen. Maar wij zijn wel van plan om een aantal maatregelen te treffen die van invloed zullen zijn op het contracteerproces, onder andere ten aanzien van de ongecontracteerde zorg.
Mevrouw Maeijer vroeg mij vanaf wanneer er weer restitutiepolissen zijn. Het is een keus van de zorgverzekeraars geweest om geen restitutiepolissen meer aan te bieden. Wij vinden het belangrijk dat de passende zorg er is als mensen dat nodig hebben. Bij naturapolissen hebben zorgverzekeraars de plicht om te zorgen voor tijdige, bereikbare en natuurlijk kwalitatief goede zorg. Ik denk dat ik het hier, ook omwille van de tijd, even bij laat.
Voorzitter, dan de zorgplicht en de toegang. Mevrouw Wendel vroeg mij hoe ik ervoor zorg dat zorgverzekeraars zich aan hun zorgplicht houden. Welke instrumenten heb ik om in te grijpen als dat niet zo is? De verantwoordelijkheid om de zorgplicht na te komen, ligt bij zorgverzekeraar. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt hier toezicht op. Die kan ingrijpen als een zorgverzekeraar onvoldoende zorg beschikbaar maakt voor verzekerden. De NZa heeft verschillende toezichts- en handhavingsinstrumenten. Ze kunnen onderzoek doen, informatie opvragen, zorgverzekeraars aanspreken op basis van signalen, een aanwijzing geven waarmee de zorgverzekeraar wordt verplicht om maatregelen te nemen, en zij kunnen handhavend optreden, bijvoorbeeld met een last onder dwangsom.
In het verlengde daarvan vraagt de heer Van Houwelingen: is het niet logisch om de NZa de bevoegdheid te geven om boetes op te leggen? Ons zorgstelsel valt of staat met de naleving van de zorgplicht en de mogelijkheid van stevige handhaving. Daarvoor heeft de NZa instrumenten, zoals net beschreven.
Het vorige kabinet heeft al met de NZa gekeken of er niet een eventuele boetebevoegdheid moet worden toegevoegd aan het instrumentenkistje. De conclusie uit dat onderzoek, die verkenning, was dat zogenaamde herstelgerichte maatregelen, zoals een aanwijzing en een last onder dwangsom, beter passen bij de zorgplicht, omdat je die oplegt om echt actie te ondernemen. De last onder dwangsom bevat ook een financieel instrument om zorgverzekeraars te prikkelen, of meer dan dat, tot naleving van de zorgplicht. Daarom heeft het vorige kabinet geconclu-

deerd dat het de meerwaarde van een boetebevoegdheid niet ziet en ik sluit me daarbij aan.

De **voorzitter**:
Dat leidt tot een interruptie van de heer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dank voor het antwoord, maar het blijft toch een beetje vreemd. Met dezelfde logica zou je je namelijk kunnen afvragen waarom zorgaanbieders dan wel worden beboet, en zou je kunnen zeggen: leg daar dan ook een last onder dwangsom op. Dus het voelt een beetje vreemd voor mij. Ik begrijp ook niet waarom de zorgverzekeraar er toch weer wat makkelijk mee wegkomt. Zorgverleners kunnen wel beboet worden door de NZa, toch? Misschien vergis ik me en dan hoor ik dat graag.

Minister **Hermans**:
Dat zou ik even heel precies moeten nagaan, maar er wordt dus echt toezicht gehouden op de zorgplicht door de NZa. De suggestie daarover wil ik even wegnemen. Ik wil nagaan hoe het handhavend instrumentarium voor zorgaanbieders eruitziet. Daar zal ik zo, in de tweede termijn, op terugkomen. Ik zie dus, om de redenen die ik noemde, nu geen oplossing in de route van boetebevoegdheid.
Mevrouw Wendel vroeg mij daarover nog hoe we ervoor zorgen dat de zorgverzekeraars zelf ook de juiste instrumenten hebben om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Daar zullen we een aantal maatregelen op nemen vanuit het kabinet, zoals het versterken van de informatiepositie van zorgverzekeraars. Ik heb al het een en ander gezegd over de vergoeding voor de ongecontracteerde zorg die we afschaffen. Ook geven we zorgverzekeraars automatisch inzicht in wachtlijstinformatie. Dat is natuurlijk vrij cruciaal om de zorgplicht te kunnen sturen.
Voorzitter. In het kader van de zorgplicht en de toegang tot zorg, kom ik bij alle vragen die gesteld zijn over de petitie die vanmiddag voor het debat is aangeboden aan de leden van de Tweede Kamer, de Kamercommissie en aan mij. Ik heb daar ook even kort over gesproken. Allereerst ook namens mij dank en waardering voor het feit dat u hier allen naartoe bent gekomen. Ik weet niet of er ook nog mensen in de Statenpassage zitten, maar dit zeg ik via het scherm dan dus ook tegen u.
Ik had het al begrepen uit de brief die u gestuurd heeft, maar het helpt altijd en het is extra indrukwekkend om in het gesprek met u, in dit geval bij monde van de voorzitter van de patiëntenvereniging, te horen waar de zorgen zitten. Ik vind het «onwenselijk» is zacht uitgedrukt. Ik vind het gewoon echt niet goed dat er op dit moment onduidelijkheid is over taken en verantwoordelijkheden rond de organisatie van de zorg voor u, en ook voor iedereen die hier niet aanwezig is.
Wij hadden vanuit het ministerie al contact met de patiëntenorganisatie. We voeren ook gesprekken in het veld om een goed beeld te krijgen van waar het nu niet goed gaat. Ik begreep uit het gesprek dat we in de Statenpassage voerden dat er een reactie is gekomen vanuit de revalidatieartsen. Ik wil graag toezeggen dat ik zelf in gesprek ga met de patiëntenvereniging om het precieze probleem goed met elkaar te bespreken en van daaruit te kijken wat er nu nodig is aan vervolgstappen.
Ik zei net buiten ook al: een verzekeraar mag een polisvoorwaarde stellen, maar de zorgplicht blijft overeind. Als daar iets niet goed gaat, dan rechtvaardigt dat, of meer dan dat ... Dan vind ik dat een belangrijke aanleiding om dat gesprek te voeren. Dat zeg ik hier dus graag toe aan iedereen die mij die vraag gesteld heeft, ook met een blik op iedereen op de publieke tribune. Dan zullen we het ook hebben over de expertise ...

De **voorzitter**:
Minister, koppelt u dit ook terug aan de Kamer?

Minister **Hermans**:
Het gesprek dat wij gevoerd hebben? Ik dénk dat ik dat ... Nee, dat is vanzelfsprekend. Ik zal daar een brief over sturen.
Voorzitter. Ik hoop dat ik met deze toezegging en een aantal inleidende woorden de vragen heb beantwoord. Als dat niet zo is, hoor ik dat natuurlijk zo meteen heel graag. Dan wil ik overgaan naar het volgende blokje.

De **voorzitter**:
Niet voordat de heer Van Houwelingen zijn laatste interruptie heeft gebruikt.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Tel hem maar als interruptie, maar eigenlijk is het een rappelleervraag. Ik had namelijk de vraag gesteld wat nou de logica is en waarom de Minister in de brief lijkt te onderschrijven dat er vanaf nu minstens twee revalidatieartsen moeten zijn als je een vergoeding wilt krijgen. Dat begrijp ik maar niet, net als veel mensen die op de publieke tribune zitten, denk ik. Daar heb ik een vraag over gesteld. Misschien kan de Minister zeggen waarom ze daarin mee lijkt te gaan. Ik hoop dat het niet zo is, maar oké. Dat was mijn vraag.

Minister **Hermans**:
De kernboodschap in de brief was – dat bespraken we net ook – dat zorgverzekeraars het recht hebben om aanvullende voorwaarden te stellen in hun polis. Daar is dit ook mee begonnen, als ik het even zo mag zeggen. De achterliggende reden is, zoals ik het begrepen heb, dat deze zorg vaak ziet op complexe problematiek en dat in een centrum of op een plek waar meerdere revalidatieartsen en andere deskundigen aanwezig zijn, de behandeling zo nodig kan worden uitgebreid en goed kan worden afgestemd. Dat is hoe ik het heb begrepen.
Dat laat onverlet dat, als je die voorwaarden stelt in je polis, de zorgplicht daarmee niet komt te vervallen, want de zorg is nog steeds gewoon onderdeel van het verzekerde pakket. Er lijkt hier nu alleen een probleem met toegang te ontstaan, omdat de zorgplicht niet goed wordt ingevuld. Ik zeg nu toe dat ik het gesprek met de patiëntenvereniging ga voeren en dat ik me even breder laat informeren over wat er nu allemaal gebeurt, welke gesprekken er vanuit VWS al eerder gevoerd zijn en wat we kunnen doen om dit probleem op te lossen.
Voorzitter. Dan kom ik bij het mapje overig. Er was een vraag van mevrouw Van Brenk over de vergoeding van spoedzorg aan verdragsgerechtigden als zij buiten de EU zorg nodig hebben. Verdragsgerechtigden zijn in beginsel aangewezen op zorg vanuit het pakket in hun woonland. Voor spoedzorg buiten de EU adviseren we om een reisverzekering af te sluiten in het woonland, zodat de reisverzekering zo veel mogelijk aansluit op het basispakket van het woonland. Op die manier zijn er minder verrassingen te verwachten over wat er wel en niet vergoed wordt aan zorgkosten.
Dan een vraag van de heer Claassen van Groep Markuszower om een nationaal speerpunt te maken van de – ik weet niet of ik het goed uitspreek – longevity-geneeskunde, met termijnen en met topinstituten die zich over het onderwerp uitspreken. Ik herinner mij dat wij in de begrotingsbehandeling ook al over dit onderwerp met elkaar hebben gesproken.
Het probleem met deze vorm van geneeskunde is dat deze nog onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Er is onlangs een rapport uitgekomen van Ipsos. Dat laat wel zien dat er groeiende belangstelling is voor het onderwerp, maar ook dat het veld nog in ontwikkeling is en dat standaarden en evidence ontbreken. Dit kabinet zet in op brede toeganke-

lijkheid van bewezen effectieve preventie. Dat doen we via onze Preventiestrategie, de Wet publieke gezondheid en de afspraken uit het AZWA.
Dan een vraag van mevrouw Maeijer over de spoedeisendehulpartsen. Dat gaat over het betrekken van de NVSHA als volwaardige gesprekspartner, naar aanleiding van de motie die, dacht ik, is ingediend bij het WGO over de suppletoire begroting. Ik vind de betrokkenheid van partijen en zorgprofessionals bij de uitwerking van de budgetbekostiging belangrijk. Dat staat voor mij niet ter discussie. Die gesprekken zijn en worden gevoerd.
Sinds januari 2026 – volgens mij zei ik dat ook in dat debat – maken de spoedeisendehulpartsen, verenigd in de NVSHA, onderdeel uit van de Federatie Medisch Specialisten en zijn zij ook aangesloten bij het gesprek. Nu vraagt mevrouw Maeijer mij of zij onderdeel kunnen worden als een volwaardige gesprekspartner. Ik heb het toen toegezegd en als ik dat nog onvoldoende duidelijk heb gedaan, zeg ik het nu graag nog een keer toe: ik zal separaat een gesprek voeren met de NVSHA. Dat staat los van de gesprekken aan tafel over de verdere uitwerking, maar ik voer met hen het gesprek en zal erop toezien dat die input ook op tafel terechtkomt.

De **voorzitter**:
Dit leidt tot de laatste interruptie van mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
We draaien een beetje rond in cirkels en dat weet de Minister ook wel. Zij zegt mij namelijk nu toe een apart gesprek te voeren met de NVSHA, maar dat is nou juist niet het verzoek in de motie. Het verzoek is om hen als volwaardig partner aan te laten sluiten bij de gesprekken. Het gaat niet om een gesprek op het ministerie, het vinkje te kunnen zetten en vervolgens het gesprek aan een andere tafel te voeren met andere mensen. Zij vallen daar weliswaar onder – ik begrijp de redenering wel – maar zijn daarin toch wel een aparte tak van sport. Zij verdienen gewoon een eigen plek aan die tafel. Dat is waar de motie op ziet. Daarom heb ik een beetje moeite met de uitleg die de Minister er nu aan wil geven, want dat is niet de intentie achter de motie. Dat weet de Minister ook wel, denk ik.

Minister **Hermans**:
Als er vragen, verzoeken of moties vanuit de Kamer komen, probeer ik daar altijd zo goed mogelijk invulling aan te geven en dat heb ik nu ook gedaan. Soms kan het gewoon echt niet. Op deze manier kan ik wel uitvoering geven aan de motie. Als dat voor mevrouw Maeijer onvoldoende is, dan vind ik dat heel vervelend. Dit was mijn poging om in elk geval het geluid en de stem van die artsen ook zelf te horen bij mij aan tafel. Dat is natuurlijk veel meer dan een gesprek voeren en een vinkje zetten. Dat vind ik echt geen recht doen, want natuurlijk zorg ik ervoor dat die input ergens terechtkomt en houd ik in de gaten wat daarmee gebeurt. Dit is hoe ik uitvoering en invulling kan geven aan de motie. Dan is het aan de Kamer om dat al dan niet als voldoende te beoordelen.
Voorzitter. De heer Krul stelde mij een vraag over de straatartsen, in het kader van de regelingen voor onverzekerde zorg. Straatartsen worden voor 80% vergoed, ziekenhuizen voor 100%. Wil ik bij de vormgeving van de nieuwe regeling kijken of de vergoeding in de eerste lijn voldoende is? Kortheidshalve zal ik bij de uitwerking van een nieuwe regeling ook kijken naar de hoogte van de vergoeding en rekening houden met de verschillen tussen de zorgsectoren. Als we een voorstel hebben, komen we daarop terug bij de Kamer.
Voorzitter. Welke aanvullende stappen wil ik zetten om fraude binnen de SOV- en OVV-regelingen verder terug te dringen? We kijken daarbij onder andere naar uitbreiding van contractering van zorg, beter toezicht en het mogelijk maken van materiële controles. Ook kijken we hoe we hierin beter kunnen samenwerken met zorgverzekeraars.

Voorzitter, mevrouw Dobbe vroeg naar de andere vergoedingspercentages. Ik hoop dat ik met het antwoord dat ik net formuleerde aan de heer Krul ook mevrouw Dobbe heb beantwoord. Bij de uitwerking van beide regelingen kijken we dus ook naar de vergoedingen en houden we rekening met de verschillen. Ik durf nu nog niet te zeggen waar dat precies op gaat uitkomen. Het beantwoorden van de vraag of dat automatisch gelijk wordt getrokken – dat is mogelijk wat mevrouw Dobbe van mij vraagt – is echt vooruitlopen op de vormgeving. Zo ver ben ik gewoon nog niet.
Voorzitter, tot slot de vraag van de heer Van Houwelingen over het preventieve bevolkingsonderzoek. Daar hebben wij inderdaad eerder in een debat, en ook naar aanleiding daarvan, over gesproken. Waarom passen we de Wet op het bevolkingsonderzoek niet aan om dat in Nederland mogelijk te maken? Het kabinet vindt het onwenselijk om dit soort preventieve screenings zomaar toe te staan, ook als iemand zegt «ik ben bereid om het zelf te betalen», zoals de heer Van Houwelingen schetste. Er zitten namelijk ook nadelen aan zomaar screenen. Als daar fout-positieve uitslagen uit komen, kan dat onnodig belastend werken voor gezonde mensen, de druk op de zorgvraag vergroten en beslag leggen op onze schaarse capaciteit, waarvan we natuurlijk heel graag willen dat die gaat naar mensen die de zorg echt nodig hebben. Daarom werken wij in Nederland met de vergunningsvereisten zoals vastgelegd in de Wet op het bevolkingsonderzoek. Daarmee willen wij borgen dat de voordelen van screening opwegen tegen de nadelen. Vormen van potentiële screenings worden altijd beoordeeld door de Gezondheidsraad. Een vergunningsaanvraag leggen we daarom altijd aan hen voor.
Dan kom ik bij de moties van afgelopen maandag. Dat zijn er drie. De motie op stuk nr. 647 is een motie van de heer Bushoff en gaat over de terhandstellingskosten die in rekening worden gebracht bij herhaalrecepten. Het verzoek aan mij is om te voorkomen dat dat gebeurt. Ik moet die motie ontraden. In de terhandstellingskosten zit ook het werk dat door zorgverleners in de apotheek, apothekers en apothekersassistenten, wordt verricht. Als ik deze motie zou uitvoeren, betekent dat dat we dat werk gratis maken, terwijl dat ergens van betaald moet worden. Zij doen belangrijk werk en ik vind dat dat vergoed moet worden.

De **voorzitter**:
Motie op stuk nr. 647: ontraden. Ik kijk even naar de heer Bushoff. Heel kort.

De heer **Bushoff** (PRO):
Het kan wel zo zijn dat er hogere kosten worden gevraagd voor een uitleg over een geneesmiddel op het moment dat iemand dat komt ophalen, maar als iemand chronisch ziek is en telkens hetzelfde geneesmiddel nodig heeft, zou het heel raar zijn als hij telkens moet bijbetalen voor die hogere kosten. Volgens mij mag dat officieel maar één keer, maar wordt het in de praktijk nog steeds vaker gevraagd. Dat is onwenselijk. Deelt de Minister dat? Kunnen we daar wat tegen doen?

Minister **Hermans**:
Het klopt wat de heer Bushoff zegt over dat het de eerste keer hoger kan zijn en daarna lager. Maar hij zegt nu ook: in de praktijk zie je dat die regel niet wordt nageleefd. Dat wil ik dan eerst preciezer weten. Ik wil toezeggen om dat uit te zoeken. Dat doe ik voordat ik toezeg dat ik ga voorkomen dat de terhandstellingskosten in rekening worden gebracht. Ik wil eerst dit probleem in kaart brengen. Ik denk dat we dat wel snel kunnen doen, want dit is geen onderzoek van jaren. Je zou kunnen zeggen dat de motie ontijdig is, want ik wil eerst dit probleem nader in kaart brengen.

De **voorzitter**:
Ik hoor de heer Bushoff zeggen dat hij de motie wil aanhouden. De motie op stuk nr. 647 zal worden aangehouden.

Minister **Hermans**:
Dan de motie op stuk nr. 641 van mevrouw Dobbe en mevrouw Wiersma over fysiotherapeuten en zorgverzekeraars. Zorg ervoor dat er in de fysiotherapie gereguleerde tarieven komen. Ook die motie ontraad ik. Ik bedoel niet «ook», want ik heb net «ontijdig» gezegd. Deze motie ontraad ik. Op 26 maart heb ik de Kamer onze reactie gestuurd op het marktonderzoek fysiotherapie dat werd uitgevoerd door de NZa. Een van de conclusies in dat rapport is dat er op dit moment geen sprake is van aantoonbaar marktfalen, wat de invoering van minimumtarieven dus niet rechtvaardigt. Ik zie dus op dit moment ook geen aanleiding voor andere vormen van tariefregulering. Daarom ontraad ik de motie.

De **voorzitter**:
De motie op stuk nr. 641: ontraden.

Minister **Hermans**:
Dan de motie op stuk nr. 645 van de heer Bushoff over gereguleerde maximumtarieven in de eerstelijnsfysiotherapie, waarbij de NZa een periodiek onafhankelijk kostprijsonderzoek uitvoert. Dit is eigenlijk een beetje een andere vorm. Ik zei net ook al in het oordeel dat ik naar aanleiding van het NZa-onderzoek en de conclusie daarvan geen aantoonbaar marktfalen zie. Op dit moment zie ik daarom geen aanleiding om vormen van tariefregulering in te voeren, dus ook deze motie ontraad ik.

De **voorzitter**:
U heeft tien seconden, meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PRO):
Ik ben heel erg benieuwd wat erop tegen is om wel gereguleerde tarieven in te voeren voor de fysiotherapie, gelet op het feit dat we die in andere zorgsectoren, zoals de huisartsenzorg et cetera, ook hebben en dat dit wel degelijk zou kunnen helpen met het oog op de toekomst, waarin er wél een tekort aan fysiotherapeuten aankomt.

Minister **Hermans**:
Wij hebben de NZa in bredere zin gevraagd om te kijken naar de paramedische zorg. Het eerste waar zij heel erg op hebben ingezoomd is de fysiotherapie. Dat onderzoek is gedaan. Ik vat het even kort samen. Daarmee doe ik geen recht aan het hele marktonderzoek dat zij gedaan hebben. Op korte termijn zien zij geen risico's voor de toegankelijkheid. Op de langere termijn zouden die risico's er kunnen zijn, maar omdat er nu geen sprake is van aantoonbaar marktfalen is de conclusie: niet ingrijpen via tarieven en tariefregulering. Ze zeggen echter wel: doe een aantal dingen om werk te maken van de samenwerking en de professionalisering. Dat doen we en daar is en wordt dan ook actie in ondernomen. We monitoren dit natuurlijk, maar op dit moment zie ik geen aanleiding om in de tarieven aan de minimum- of maximumkant in te grijpen.

De **voorzitter**:
Daarmee krijgt ook de motie op stuk nr. 645 de appreciatie «ontraden». Ik kijk naar de Minister. Volgens mij zijn we dan aan het eind gekomen van de eerste termijn. Ik kijk naar de zijde van de Kamer. Ik wil voorstellen om direct door te gaan met de tweede termijn. U wilt vijftien minuten schorsen? Nee, daar ben ik tegen. U heeft een minuut spreektijd. Het woord is aan mevrouw Van Brenk voor haar tweede termijn.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):
Voorzitter. Ik vraag een tweeminutendebat aan, omdat ik over een paar punten niet tevreden ben. Ik ben echter bang dat de Minister en ik het daar nooit over eens zullen worden. Ik wil de Minister wel bedanken voor het feit dat zij openstaat voor de mogelijkheid om input te leveren voor de bemensing van de staatscommissie zorg. Ik zal daar ook zeker gebruik van maken.
Ik heb nog één vraag. Ik hoop dat dit bij deze Minister hoort en dat zij deze vraag kan beantwoorden. Het gaat over de spoed-Wmo, de ondersteuning die mogelijk maakt dat je, als je naar huis komt na een ziekenhuisopname, gebruik kunt maken van bijvoorbeeld respijtzorg of huishoudelijke hulp. De regionale coördinatie is vooral gericht op eerstelijnsverblijf. Mijn vraag aan de Minister is: wil zij bij regionale coördinatie niet alleen bedden meenemen, maar ook direct inzetbare Wmo-ondersteuning?
Dat was het, voorzitter.

De **voorzitter**:
Het woord is aan meneer Van Houwelingen van Forum voor Democratie.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Veel dank voor de beantwoording. De afdronk van dit debat is voor mij toch wel – dat blijkt uit de antwoorden van de Minister – dat het hele zorgsysteem wordt aangetrokken en gecentraliseerd onder de noemer «passende zorg» wat misschien eerder «povere zorg» zou moeten zijn. De ziekenhuizen zijn daar samen met de zorgverzekeraars de grote winnaar van, denk ik. De rest is de verliezer. De kleine aanbieders en zelfstandige klinieken krijgen geen contracten meer. Dat is in niemands voordeel, denk ik.
Het is eigenlijk verboden – dat horen we net van de Minister – om zelf, als individuele burger in Nederland, preventief onderzoek te laten doen. Het mag niet, ook niet als je het zelf betaalt. Bij elk onderzoek komen er natuurlijk wel eens vals-positieve uitslagen uit. Dan zouden we het bevolkingsonderzoek ook moeten verbieden, terwijl dit soort onderzoek juist zorgkosten kan voorkomen. Het is dus allemaal heel planmatig en top-down ingericht en dat vind ik echt heel zorgwekkend.
Ik kom nog even terug op het Ehlers-Danlos syndroom. Ook daar zie je het weer. Een revalidatiearts mag als enkele arts blijkbaar geen behandeling meer verrichten, want het zou beter zijn als ze met zijn tweeën zijn. Maar ik hoorde net op de gang: die artsen bellen natuurlijk met elkaar. Alle redenen die worden gegeven, overtuigen mij niet. In grote lijnen zijn de grote winnaars de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars, denk ik. Zorgverzekeraars worden daarbij misschien zelfs als enige niet beboet door de NZa, maar dat horen we dus in de tweede termijn. Daar eindigde het debat mee. Er ontstaat dus een soort zorgkartel en de kleine aanbieders en de individuele burger zijn de klos. Al met al vind ik dat heel zorgelijk. Daar wil ik het bij laten.

De **voorzitter**:
Dan is het woord aan de heer Claassen.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):
Voorzitter. Ik had het in mijn bijdrage nog over de OVV-regeling. Ik zie dat ik daar geen specifieke vragen over heb gesteld, dus dat doe ik nu. Het is gestegen van 51 miljoen naar 64 miljoen. De GGD-kosten zijn met 23% gestegen en de ggz-kosten met 18%, terwijl 109.000 Nederlanders op de wachtlijst staan. 50% van de OVV-regeling, zo hebben we ontdekt, gaat om declaratiefraude.
Ik heb eigenlijk drie vragen aan de Minister. De antwoorden mogen ook in een Kamerbrief, als zij die wil toezeggen. Welk beslag legt deze regeling op de capaciteit van de GGD en de ggz? Hoe kan het dat er 64 miljoen

wordt uitgekeerd zonder inhoudelijke controle door de CAK dan wel de NZa? Is zij bereid deze regeling te gaan herzien en aan te scherpen? Dit kan beantwoord worden in de tweede termijn, maar wat mij betreft kan het ook in een Kamerbrief.

De **voorzitter**:
De heer Vervuurt, D66.

De heer **Vervuurt** (D66):
Voorzitter. We zijn heel blij dat de Minister de potentie ziet van drug repurposing, het herbestemmen van geneesmiddelen, en dat Nederland zich ook in Europa heeft ingezet om daar stappen in te zetten. Wij denken echter dat we er daarmee nog niet zijn. Uit de stakeholderconsultatie die het ministerie heeft georganiseerd, komt naar voren dat een voorspelbare businesscase juist cruciaal is om hergebruik van de grond te krijgen. Daarvoor zijn wetswijzigingen nodig, heb ik begrepen.
Maar er liggen ook praktische knelpunten die vandaag al aandacht vragen. Zo moet duidelijk worden hoe artsen nieuwe indicaties kunnen voorschrijven, hoe dat interacteert met het substitutiebeleid en hoe een passende prijs kan worden vastgesteld, om er maar een paar te noemen. Kan de Minister aangeven welke concrete stappen zij sinds de stakeholderconsultatie heeft gezet om die knelpunten op te lossen? Welke acties kunnen we nog verwachten de komende periode?
Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:
De heer Bushoff, PRO.

De heer **Bushoff** (PRO):
Dank u wel, voorzitter. Ik moest heel even weg, maar ik kon gelukkig wel even meekijken naar het stukje over het Ehlers-Danlos syndroom. Volgens mij is het heel goed dat de Minister in gesprek gaat met de Patiëntenfederatie. Er komt ook nog een brief, begreep ik. Dat is fijn. Ik kan niet anders dan zeggen dat ik hoop dat er ook echt snel een uitkomst voor deze mensen komt, omdat voor een aantal mensen de tijd echt dringt. Ik hoop op een hele snelle uitkomst. Dat is één.
Mijn tweede punt, tot slot, voorzitter. In het interruptiedebat dat ik met de Minister had, ging het ook eventjes over de bezuinigingen die zijn aangekondigd en de 350 miljoen ter compensatie van de gevolgen van de bezuinigingen. Toen zei de Minister twee dingen. Eén. Je moet naar het totaal aan maatregelen in het coalitieakkoord kijken. Twee. Tegenover het hogere eigen risico staat ook een lagere zorgpremie. Daarbij vergat de Minister alleen te vermelden dat, als je naar het totaal aan maatregelen in het coalitieakkoord kijkt, die lagere zorgpremie volledig teniet wordt gedaan door een lastenverhoging. Onderaan de streep, als je naar alle maatregelen uit het coalitieakkoord kijkt en die allemaal bij elkaar optelt, plus en min, dan wordt de zorgrekening voor heel veel mensen hoger en gaan mensen met bijvoorbeeld een WIA-uitkering er honderden euro's op achteruit. Dat zijn de feiten. Dat vind ik oneerlijk, zeker gezien het feit dat van de mensen die het allermeeste hebben, van vermogenden en van winsten, nul euro extra wordt gevraagd, terwijl van mensen die het eigenlijk niet hebben, miljarden extra wordt gevraagd. Die rekening wordt wel degelijk oneerlijk neergelegd.

De **voorzitter**:
Komt u tot een afronding?

De heer **Bushoff** (PRO):
Ik vind eigenlijk dat als de Minister schermt met «je moet naar het totaalplaatje kijken», ze dan niet een halve waarheid moet vertellen over

bijvoorbeeld de zorgpremie en het eigen risico, maar de hele waarheid, namelijk dat deze mensen er dus onderaan de streep echt op achteruitgaan. Ik hoop dat we er samen uitkomen om iets voor deze mensen te kunnen doen. Ik denk dat dat echt nodig is, omdat anders heel veel gewone mensen door het ijs zakken. Die uitgestoken hand reik ik wel, maar dan moet er ook echt verandering ...

De **voorzitter**:
Meneer Bushoff, u zit op het dubbele van uw spreektijd, dus ik ga u nu echt afkappen. Excuus.

De heer **Bushoff** (PRO):
Dan moet er echt verandering in de kabinetsplannen komen.

De **voorzitter**:
We gaan door naar mevrouw Maeijer van de PVV.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Dank u, voorzitter. Dank ook aan de Minister voor de beantwoording. Het stelt niet erg gerust, want de stapeling van de zorgkosten wordt verdedigd. De 350 miljoen tegemoetkoming wordt te pas en te onpas uit de kast getrokken om tegen iedere bezuinigingen weg te zetten. Het wordt genoemd bij de afschaffing van de tegemoetkoming in de ziektekosten en bij de verhoging van het eigen risico. Ik denk dat zorgmijding en escalatie van problemen geen doel is, maar straks wel de uitkomst voor sommige mensen.
Voorzitter. Dat gezegd hebbende, begrijp ik nog steeds niet waarom de Minister niet kiest voor een duidelijke route voor weesgeneesmiddelen. Ook begrijp ik niet welke les zij nu trekt uit het feit dat de fabrikant van Voxzogo heeft besloten om dat dossier niet in te dienen. De Minister zegt dat zij aangeven er geen vertrouwen in te hebben. Ik kan dat niet toetsen, maar zit daar dan niet iets in dat we aan deze kant kunnen verbeteren, zodat dit in de toekomst niet meer gebeurt?
Tot slot, voorzitter. Ik had in de eerste termijn ook een vraag gesteld over fysiotherapie. Die refereerde naar de motie die ik heb ingediend, namelijk met het verzoek aan de Minister om meer regie te nemen op het dossier. Dat kan bijvoorbeeld door de betrokkenen bij elkaar te halen en met hen een soort tijdpad te maken waarbinnen zij tot afspraken moeten komen. Het idee is dus niet dat de Minister cao-onderhandelingen voor ze gaat voeren. Maar omdat de vrijblijvendheid van hun gesprekken niet werkt, vraagt dit om wat extra inzet van de Minister, volgens mij. Die motie is ontraden en ik begrijp oprecht niet wat daarop tegen is.
Dank u wel.

De **voorzitter**:
Mevrouw Dobbe van de SP, tot slot.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
Dank u wel. Het willens en wetens sturen op zorgmijding, waardoor mensen geen toegang meer hebben tot zorg die ze nodig hebben, omdat ze die niet kunnen betalen en omdat ze een boete opgelegd krijgen door het kabinet, vind ik wel een heel cynische manier om met mensen om te gaan en zorgkosten te besparen. Je brengt mensen namelijk in de problemen. Het is ook bewust sturen op ongelijkheid. Mensen die zorg kunnen betalen, krijgen zorg, en de rest laat dit kabinet keihard vallen door het eigen risico te verhogen. Zeg dan gewoon eerlijk dat dat de keuze is die dit kabinet maakt. Naast de zorg die wordt afgebroken voor ouderen, mensen met een beperking en andere patiënten, komt dat er nog eens bovenop. Het is een ongekende afbraak en het is wat ons betreft echt onacceptabel.

Ik zal deze Minister helpen door een aantal moties in te dienen. Een daarvan gaat over mondzorg, zeker voor kinderen. Ook gaat er een over kinderbrillen, want ik vind het echt niet acceptabel dat kinderen het schoolbord niet kunnen lezen omdat ze geen bril kunnen betalen.
Ik zal deze Minister ook helpen door een aantal moties in te dienen over vrouwengezondheid. Dit kabinet vindt vrouwengezondheid namelijk belangrijk, maar op het moment dat er iets vergoed moet worden dat voor heel veel vrouwen heel belangrijk is, geeft het kabinet niet thuis. Dat kan natuurlijk niet de conclusie zijn. De kosten kunnen hier niet het bezwaar zijn, want er is doorgerekend dat als je investeert in goede vrouwengezondheid, dit 7,6 miljard euro kan opleveren, dus tel uit je winst. We moeten dat gewoon doen, volgens mij.
Tot slot, voorzitter. Er zitten hier een heleboel mensen op de tribune die de hele dag naar dit debat hebben moeten luisteren. Excuses allemaal. Wat hebben zij nou toegezegd gekregen? Een gesprek en een brief, geloof ik. Maar wanneer komen die dan? Zo weten zij, als zij straks naar huis gaan, in ieder geval een beetje: dit is er uit het debat gekomen en dit kunnen we verwachten. Dan hebben ze niet het gevoel dat ze vandaag voor niks zijn gekomen.
Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dan zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de Kamer. Ik kijk even naar de Minister of zij een moment nodig heeft om te schorsen. We schorsen voor vijf minuten en beginnen dus weer om 17.32 uur.

De vergadering wordt van 17.26 uur tot 17.34 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik vraag de leden van de Kamer om weer plaats te nemen, want we gaan starten met de tweede termijn van de Minister. Dank u wel. Het woord is aan de Minister.

Minister **Hermans**:
Voorzitter, dank. Ik loop de gestelde vragen langs. Ik begin met de vraag van mevrouw Van Brenk over de spoed-Wmo. Ze hoopte die vraag aan mij te kunnen stellen en dat dit onderwerp bij mij hoort, maar het is Minister Sterk die hierover gaat. Zij komt in het derde kwartaal met een uitgebreide brief over de Wmo. Ik mag namens haar toezeggen dat ze daarin ook iets over de regionale coördinatie zal opnemen.
De heer Van Houwelingen is net vertrokken, maar hij zei me dat hij mee zou luisteren. Ik was hem nog een antwoord verschuldigd over boetes. Waarom hanteren we die systematiek niet bij de zorgverzekeraars en de zorgplicht? Hoe zit dat nou precies bij zorgaanbieders? Daar zijn de handhaving en de boetesystematiek in een andere wet geregeld. We delen daar inderdaad boetes uit, maar het zijn veel meer zwart-witvraagstukken die daar spelen: «Is er juist gedeclareerd? Is er sprake van goed gebruik van het tarief?» Dus daar hebben we gekozen voor het instrument van boetes. Bij de invulling van de zorgplicht is het veel minder zwart-wit, hoewel de zorgplicht natuurlijk gewoon nageleefd moet worden. Daarover bestaat geen twijfel. Maar daarom hebben we gekozen voor de herstelgerichte vormen van optreden en handhaven, via een aanwijzing en een last onder dwangsom.
De heer Claassen stelde mij een aantal specifieke vragen over de regelingen voor onverzekerden, de twee regelingen die er nu nog zijn. Ik heb al toegezegd dat we die regeling nog verder gaan aanpassen. Daar komt in het vierde kwartaal van dit jaar een brief over. Dan zal ik ook ingaan op de specifieke vragen over het beslag op de GGD en de ggz en de controle door de NZa en het CAK.

Voorzitter, dan ben ik de heer Claassen nog een antwoord verschuldigd dat ik heb toegezegd in de eerste termijn over de acties die ik onderneem om de tekorten aan te pakken. Ik schetste dit op hoofdlijnen aan mevrouw Van Brenk. Wij sturen elk halfjaar een voortgangsbrief over alle acties die we samen met partijen ondernemen om tekorten tegen te gaan. De meest recente brief is van 1 april. In het eerste kwartaal van volgend jaar komt de volgende voortgangsbrief. In de brief financiële arrangementen, die nog voor de zomer komt, zal ik ingaan op de morele en ethische aspecten die we betrekken in het afwegingskader.
Voorzitter. De heer Vervuurt vroeg naar drug repurposing en welke stappen er gezet zijn sinds de stakeholderanalyse waaruit hij citeerde. We werken sinds die tijd aan een nationale en Europese wetswijziging. We hebben de ruimte dus gecreëerd in de herziene farmawetgeving. Toen we de stakeholderanalyse deden, was die er namelijk nog niet. Ook heeft de IGJ het standpunt over offlabel voorschrijven door artsen verduidelijkt. We gaan de herziene wetgeving nog daadwerkelijk implementeren. Het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen gaat ook gewoon door.
Voorzitter, volgens mij stelde de heer Bushoff mij geen vraag meer. Dat klopt.
Mevrouw Maeijer vroeg hoe we zo'n situatie als met Voxzogo voorkomen. Hier moet ik herhalen wat ik in de eerste termijn zei: ik kan niet garanderen dat ik een situatie zoals die zich hier heeft voorgedaan, kan voorkomen. Het is namelijk nog steeds nodig dat de leverancier een dossier indient, ook in de plannen zoals we die nu maken voor het Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen en bij de voorwaardelijke toelating. Ik vind het belangrijk dat bij die beoordeling de pakketcriteria, waaronder effectiviteit en kosteneffectiviteit, worden gehanteerd. Zoals ik zei, wil ik voor de beoordeling van de ultraweesgeneesmiddelen kijken of we dat anders kunnen doen. Daarvoor ben ik in gesprek met het Zorginstituut. Maar het proces zal altijd starten met een beoordeling.
Ik heb in de eerste termijn aan de heer Vervuurt toegezegd dat ik zal nadenken over waar er nog dingen zitten in het proces, ook aan de voorkant, waar wij over kunnen nadenken. Ik kan niet zomaar zeggen dat daar een lijst met maatregelen uitkomt, maar die toezegging staat. Voorkomen kan ik niet, want het zal altijd beginnen met het indienen van een dossier.
Mevrouw Maeijer had een vraag naar aanleiding van een motie over fysiotherapie. Ik denk dat het gaat over de motie om samen met werkgevers, zorgverzekeraars en vakbonden aan tafel te gaan zitten en afspraken te maken om voor het einde van het jaar tot resultaten te komen. Daarover zegt mevrouw Maeijer: ik vraag de Minister niet om de cao-onderhandelingen over te nemen, maar om met die partijen om de tafel te gaan zitten. Hoewel ik de oproep begrijp, zou ik in het proces van gesprekken en onderhandelingen dan toch tussen partijen gaan zitten. Dat is de reden dat collega Sterk deze motie afgelopen maandag heeft ontraden en ik ook niet tot een ander oordeel kom. Maar ik wil hier wel de oproep doen: ga nou om tafel en ga dat gesprek met elkaar voeren.
Voorzitter. Mevrouw Dobbe vroeg wanneer ik dat gesprek nou ga voeren. Ik heb dat namelijk wel toegezegd, maar niet gezegd wanneer. Dat ga ik snel doen. Ik zal snel na dit debat een afspraak inplannen en heel snel daarna de Kamer informeren. Dat zal ergens in de zomer zijn.
Dan heb ik, volgens mij, alles beantwoord.

De **voorzitter**:
Heeft u een verhelderende vraag, tot slot, mevrouw Maeijer?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Het is meer een technische vraag. Het gaat weer over de motie waar het daarstraks over ging, over de acute zorg en de spoedeisendehulpartsen.

Sorry, voorzitter, dat het in dit debat gebeurt. De Minister heeft de motie schriftelijk geappreciëerd. Daar heeft zij vervolgens een uitleg bij gegeven en gezegd: als ik het met deze uitleg mag doen, kan ik haar oordeel Kamer geven. Ik ben het alleen niet eens met de uitleg die de Minister daaraan geeft, omdat dat niet is wat de motie vraagt. Ik denk dat er technisch gezien een andere appreciatie moet volgen als u dit nu op deze manier aangeeft.

Minister **Hermans**:
Dat vind ik dan heel jammer. Het staat buiten kijf dat ik dat gesprek ga voeren, maar als mevrouw Maeijer blijft bij de interpretatie van de motie zoals zij deze net omschreef, dan moet ik haar ontraden. Maar dat gesprek ga ik voeren. Dat heb ik toegezegd en dat ga ik doen.

De **voorzitter**:
Dan zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de Minister. Allereerst, over de eerder ingediende moties die zojuist zijn geappreciëerd door de Minister wordt aanstaande dinsdag gestemd. Dan zijn er een aantal toezeggingen gedaan die ik graag met u wil doornemen. Allereerst is er een tweeminutendebat aangevraagd door het lid Van Brenk. Dat zal worden aangemeld bij de Griffie plenair en zal voor het zomerreces nog plaatsvinden, als het goed is. Dat hopen we.
– Ten tweede. In het najaar wordt de Kamer per brief geïnformeerd over onder meer kwaliteit en toegankelijkheid van passende zorg, mede naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut.
– Ten derde. Rond de zomer ontvangt de Kamer een brief over de eigen bijdrage voor wijkverpleging.
– De Kamer ontvangt binnenkort een brief over apotheekzorg. Daarin wordt het aspect rondom medicatiebeoordeling meegenomen. Ik kijk even naar de Minister om te zien wanneer die komt.

Minister **Hermans**:
De brief over de apotheek? Die komt voor de zomer.

De **voorzitter**:
Voor de zomer. Oké.
– De Kamer ontvangt een brief over financiële arrangementen waarin het punt van de heer Claassen over het ethische aspect wordt meegenomen. Wanneer komt die brief?

Minister **Hermans**:
Voor het zomerreces.

De **voorzitter**:
Oké.
– De Kamer hoort nader bericht over de machtigingsprocedure ...

Minister **Hermans**:
Ik stort mij nog even op het signaal van mevrouw Dobbe dat er iets niet goed gaat in de toegang tot mondzorg. Ik denk dat wij daar nog heel even contact over moeten hebben, dan kan ik het precies nagaan. Maar dat komt goed. Ik kom daarop terug zodra ik het weet. Ik ga dat uitzoeken. Dat zal in de zomer worden, denk ik. Het gebeurt gewoon zo snel mogelijk.

De **voorzitter**:
Mevrouw Dobbe, kort.

Mevrouw **Dobbe** (SP):
De KNMT heeft ons hierover geïnformeerd. Zij kijken nu ongetwijfeld ook mee. Ik denk dat het het handigst is als u direct met hen schakelt. Dan

hoort u het signaal direct, want zij geven dat door en zien het beste hoe het gaat.

Minister **Hermans**:
Ik weet niet in welke camera ik moet kijken, maar we gaan dat bij de KNMT navragen.

De **voorzitter**:
Oké.
- De Kamer ontvangt een brief met een terugkoppeling van het gesprek met de patiëntenvereniging – dan moet ik het even goed zeggen – voor EDS/HSD, naar aanleiding van de petitie van vanmiddag.
- Daarnaast ontvangt de Kamer in het derde kwartaal een brief over de Wmo, waarin het aspect rondom de regionale coördinatie wordt meegenomen.
- Tot slot. In het vierde kwartaal van dit jaar ontvangt de Kamer een brief over de OVV-regeling, waarin ook de vraag van het lid Claassen wordt meegenomen.

Dat waren de toezeggingen. Dan rest mij ...

Minister **Hermans**:
Voorzitter, even een check. Wilt u de allereerste toezegging die u voorlas nog een keer herhalen? Die kunnen wij namelijk niet helemaal plaatsen.

De **voorzitter**:
In het najaar wordt de Kamer per brief geïnformeerd over onder meer kwaliteit en toegankelijkheid van passende zorg, mede naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut.

Minister **Hermans**:
O, wacht even. Twee dingen. Ik verwacht in of net na de zomer het advies van het Zorginstituut over wat zij nodig hebben om hun rol op het gebied van kwaliteitsinformatie goed zichtbaar te maken. Dat zal ik dan – dat wordt dan inderdaad in het vierde kwartaal – doorsturen aan de Kamer, met daarbij mijn reactie en of het nodig is om bijvoorbeeld de wet daarvoor aan te passen.
Ook heb ik toegezegd – dat was, volgens mij, naar aanleiding van een vraag van mevrouw Wendel – om terug te komen op de passende zorg als norm, het samen beslissen en de verdere uitvoering. Daar zal ik in het najaar nog een brief over sturen. Maar dat is niet een en dezelfde brief. Dat worden twee brieven.

De **voorzitter**:
Oké. Dat zal ik aan mevrouw Wendel doorgeven, Minister. Dank.

(Hilariteit)

De **voorzitter**:
Dan zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de Minister en de toezeggingen. Ik wil iedereen die hier vandaag aanwezig is op de publieke tribune en in de Statenpassage en iedereen die thuis meekijkt naar dit debat uiteraard bedanken. Ik wil de Minister, de ambtelijke organisatie en de aanwezigen van de zijde van de Kamer bedanken. Ik hoop dat ik mijn taak als voorzitter goed heb volbracht en niks ben vergeten.
Dank u wel. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 17.47 uur.