

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 843

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 juli 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 28 juni 2017 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 inzake stand van zaken moties en toezeggingen (voor wat betreft de onderdelen die betrekking hebben op het AO Pakketbeheer) (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 129);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 inzake het pakketadvies Zorginstituut: «Horen vitamines, mineralen en paracetamol 1.000 mg (nog) thuis in het te verzekeren pakket?» (Kamerstuk 29 689, nr. 797);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 inzake versnellen uitvoeringstoets betreffende toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis (Kamerstuk 34 104, nr. 157);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 februari 2017 met reactie pakketadvies Zorginstituut over extramurale behandeling; aanvullende geneeskundige zorg aan kwetsbare doelgroepen in de eerste lijn (Kamerstukken 33 578 en 29389, nr. 36);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 februari 2017 met reactie Systeemadvies fysio – en oefentherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 805);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 mei 2017 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2018 (Kamerstuk 29 689, nr. 827);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 mei 2017 inzake prijsonderhandelingen geneesmiddel Orkambi (Kamerstuk 29 477, nr. 427);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 mei 2017 inzake basispakket Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2018 (Kamerstuk 29 689, nr. 828);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juni 2017 inzake Fampyra (Kamerstuk 29 477, nr. 429);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juni 2017 inzake bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen (Kamerstuk 32 805, nr. 53);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2017 inzake vergoeding geneesmiddelen pertuzumab en pembrolizumab (Kamerstuk 29 477, nr. 430);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2017 inzake reactie op verzoek commissie over uitkomsten gesprek over medicijn tegen taaislijmziekte (Kamerstuk 29 477, nr. 433);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2017 inzake uitvoering motie van het lid Bouwmeester over het meewegen van kwaliteit bij de inkoopnorm (Kamerstuk 29 689, nr. 754) (Kamerstuk 29 689, nr. 834).

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Pia Dijkstra, Ellemeet, Gerbrands, Keijzer, Kooiman, Lodders, Nijboer, Arno Rutte en Sazias,

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

Aanvang 13.00 uur.

De voorzitter:

Hartelijk welkom bij dit algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet de Minister en haar ondersteuning zeer hartelijk welkom. Ik heet ook de leden welkom, alsmede de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen.

We zullen rond de klok van half twee moeten stemmen in de plenaire zaal, dus op dat moment schors ik de vergadering en gaan de leden snel naar de plenaire zaal, waarna we het algemeen overleg zo snel mogelijk zullen vervolgen.

Voordat ik mevrouw Gerbrands het woord geef voor haar eerste termijn, geef ik de heer Rutte even het woord.

De heer Arno Rutte (VVD):

Mevrouw Ellemeet van GroenLinks vroeg mij om mee te delen dat zij later tijdens dit AO zal aansluiten. Zij zit nog vast in een ander debat.

De voorzitter:

Waarvan akte; dank u wel.

Ik wil een spreektijd van vijf minuten met de leden afspreken, zoals ook op de uitnodiging stond. Ik sta in eerste termijn een tweetal interrupties toe. Mevrouw Gerbrands, aan u het woord namens de fractie van de PVV.

Mevrouw Gerbrands (PVV):

Voorzitter. Mensen met een chronische ziekte, een aangeboren ziekte of een erfelijke afwijking vestigen hun hoop op de ontdekking van een nieuw geneesmiddel. Mensen met kanker, COPD of hart- en vaataandoeningen vestigen hun hoop op nieuwe medicijnen en behandelingen. Wij moeten hen die hoop niet ontnemen, ook niet als een medicijn of behandeling maar voor een kleine groep effectief is.

Drie jaar geleden lag er een negatief advies over de opname van Fampyra in het basispakket. Door Fampyra kunnen sommige patiënten met MS (multiple sclerose) beter bewegen, beter lopen, kortom: het maakt ze mobieler. De PVV-fractie pleitte toen voor de voorwaardelijke toelating van Fampyra in het basispakket en de Minister nam dit gelukkig over. Ik ben dan ook blij met de voortgangsrapportage van het Zorginstituut, waarin staat dat meer patiënten deelnemen aan het onderzoekstraject dan was voorzien. De onderzoeksgroep zelf concludeert hieruit hoe groot de behoefte is van patiënten met MS om hun loopvermogen te verbeteren. 3.174 patiënten worden nu behandeld met Fampyra, waardoor ze beter kunnen bewegen. Wat als we het medicijn niet voorwaardelijk hadden laten instromen?

Vorig jaar al maakte de PVV zich hard voor de opname in het basispakket van Orkambi, een middel voor de behandeling van taaislijmziekte dat al sinds eind 2015 is goedgekeurd. Ook hier gingen negatieve adviezen aan vooraf. De Minister blijft de vergoeding echter afwijzen, tenzij overeenstemming wordt bereikt over een maatschappelijk aanvaardbare prijs. Met deze beslissing ontnemt de Minister patiënten met CF (cystic fibrosis) alle hoop op een beter leven. Zij wachten namelijk al meer dan een jaar. Elke dag dat ze eerder met Orkambi beginnen, krijgen ze letterlijk meer

lucht. Wat is de maatschappelijk aanvaardbare prijs voor een hogere kwaliteit van leven? Wie bepaalt dat? Is dat tegenwoordig € 30.000? Daar kom je namelijk op uit als je 82% korting eist op € 170.000.

Ik kan niet begrijpen dat de Minister deze patiënten laat stikken. Er ligt al een bod vergelijkbaar met wat Duitsland betaalt. Waarom is ook dat niet goed genoeg voor Nederland? Ik vraag de Minister dringend te kijken naar de in de praktijk behaalde gezondheidswinst en niet alleen naar de door het Zorginstituut beoordeelde theoretische cijfertjes. De gezondheidswinst houdt de patiënten immers maatschappelijk actief. Dat hebben we gisteren allemaal kunnen horen, bijvoorbeeld de blijdschap omdat een schooljaar goed is afgerond. Bovendien wordt hard gewerkt aan een diagnostische test die aantoont wie er wel en wie er geen baat bij zullen hebben. Ik wil vandaag eigenlijk gewoon de toezegging van de Minister dat Orkambi voorwaardelijk wordt toegelaten. Anders zal ik hierover een motie indienen.

Al jaren op rij vraagt de PVV om de opname van fysiotherapie in het basispakket voor mensen met reuma. Fysiotherapie helpt reumapatiënten bij hun dagelijks functioneren. Dit wordt wereldwijd erkend, maar niet door ons Zorginstituut. Opnieuw lijken de maatschappelijke baten – het deelnemen van deze patiënten aan de maatschappij – niet mee te wegen. Er is genoeg bekend over de effecten van fysiotherapie bij reuma. Er is geen onderzoek meer nodig. Fysiotherapie moet vanaf volgend jaar gewoon terugkomen in het basispakket voor mensen met reuma. Ook hierover krijg ik graag een toezegging van de Minister.

Behalve dat ik mij zorgen maak over patiënten wier hoop op een beter leven met minder pijn zo makkelijk de grond in wordt geboord, maak ik me ook echt zorgen over het oordeelsvermogen van het Zorginstituut. Doorslaggevend lijkt steeds de geldkwestie te zijn, in plaats van de kwaliteitsverbetering. Moeten we niet naar een nieuwe beoordelings-systeem of in ieder geval een aanvullend systeem? Ik pleit voor een pay-for-performancesysteem bij effectieve maar (te) dure behandelingen. Ik heb begrepen dat farmaceuten daar best voor open staan. We moeten dan niet de hele batterij indicatoren gaan afvinken om de performance te meten, maar simpelweg de patiënt vragen of hij zich beter of slechter voelt met een behandeling. Beter betekent vergoeding, slechter betekent dat de kosten voor de farmaceut zijn. Wat vindt de Minister hiervan? Ik kom terug op de vaststelling van het basispakket. Daarbij moet het gaan om medisch noodzakelijke zorg. Yoga, meditatie en massages vallen daar niet onder. Toch worden die nog steeds aangeboden door ggz-instelling Vitalis en vervolgens gedeclareerd als dagbesteding. Alle aangesloten zorgaanbieders met een samenwerkingsverband met Vitalis werven nog steeds klanten voor allerlei wellness- en mindfulnesstrajecten, waarbij ze zeggen dat deze 100% vergoed worden. Waarom wordt hieraan geen einde gemaakt? Hiervoor is het basispakket niet bedoeld. Dit ondermijnt ons zorgstelsel.

En hoe zit het met de lijst met ruim 1.300 overbodige en zinloze behandelingen, die is samengesteld door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)? Wat doet het Zorginstituut daarmee? Dit is niet-effectieve zorg die wel in het basispakket zit en wel wordt vergoed. Wanneer komt het Zorginstituut met een oordeel daarover? Ik wil graag weten hoe dit zit.

Afrondend. De Minister wil geen beslissing nemen over een aantal pakketmaatregelen vanwege haar demissionaire status. Dat is erg jammer. De keuze tussen het vergoeden van vitaminen, mineralen, dieetpreparaten en stoppen met roken enerzijds en het laten vervallen van de eigen bijdrage bij poliklinische bevallingen anderzijds is voor mijn fractie niet zo moeilijk. Het zal duidelijk zijn dat wij voor het laatste kiezen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Voorzitter. De jaarlijkse discussie over het verzekerde pakket, dat wat in de basisverzekering zit, is niet vrijblijvend. Alles wat we toevoegen of eruit halen leidt tot een stijging of daling van de premie die wij allemaal moeten betalen. Daartegenover staan mensen, zieke mensen. Dat maakt dat er een grote verantwoordelijkheid ligt bij degenen die onderdeel uitmaken van deze sector. Dat verklaart ook de boosheid die ik vaak voel richting farmaceuten, die wat mij betreft soms schandalige winsten halen over de rug van deze mensen. De criteria voor toevoeging zijn dan ook: de stand van de medische wetenschap en de praktijk. Voor het verlagen van de kosten kan er ook nog een hoop verbeteren, bijvoorbeeld een gezamenlijke inkoop van ziekenhuizen.

Dat gezegd hebbende heb ik een aantal concrete vragen, die ik gezien de tijd kort zal stellen. Ik begin met de intensieve kindzorg. Onder welke wet vallen deze kinderen nou? De nadere duiding van het criterium persoonlijke verzorging bij intensieve kindzorg helpt mij niet. De VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) en anderen zijn het ook niet met de Minister eens. Wordt er nou niet weer een nieuwe afbakeningsproblematiek gecreëerd? De VGN stelt ook dat de nota van toelichting op een drietal punten verduidelijkt moet worden. Wat is een ontwikkelingsachterstand? Komt uitsluitend somatiek in de Zorgverzekeringswet? Krijgen kinderen die voldoen aan de Wlz-criteria de persoonlijke verzorging uit de Wlz (Wet langdurige zorg)? Dit moet verduidelijkt worden, anders komen er nieuwe afbakeningsvraagstukken. Kan de Minister deze duidelijkheid bieden? Na zo'n twee jaar wordt het nu weleens de hoogste tijd dat de vaders en moeders van deze kinderen weten waar ze heen moeten. Dan het nieuwe geneesmiddel Orkambi. Afgelopen dinsdag vertelde Marla aangeslagen wat dit medicijn voor haar betekent. De vraag die vandaag wat het CDA betreft voorligt, is niet of het verstandig is dat de Minister namens ons allemaal probeert de farmaceutische industrie te bewegen tot redelijke prijzen. Dat is wat ons betreft een feit. De vraag die wat ons betreft voorligt, is of zij daar nog even de tijd voor krijgt. Het antwoord van het CDA daarop is «ja».

Maar er kan meer gebeuren om farmaceutische winstcowboys aan te pakken. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) stelt dat er andere instrumenten zijn die je kunt inzetten, zoals de inkoop van dwanglicenties, de aanpak van misbruik van machtsposities en het ondersteunen van apotheekbereiding. Wanneer gaat de Minister deze instrumenten gebruiken? Is zij ook bereid om de apotheekbereiding te vergoeden? Ik begrijp dat dat een probleem is.

Voor de dieetpreparaten leek in het AO van vorig jaar een oplossing te zijn, maar uit een brief blijkt dat dit nu weer niet het geval is. De Hoge Raad is eraan te pas gekomen om duidelijk te maken dat mensen die deze dieetpreparaten nodig hebben, ook verschillende dieetpreparaten mogen krijgen. Ik begrijp dat VGZ hier niet doet wat hij zou moeten doen. Wat kan de Minister vandaag doen om mij gerust te stellen dat deze mensen geen speelbal worden, maar de verschillende dieetpreparaten krijgen die ze nodig hebben?

Ik kom bij de toewijzing van hulpmiddelen. Er wordt nu gekozen voor functiegericht toewijzen. Er komt meer maatwerk. Dat is positief, maar wij vragen ons wel af wat dat functiegericht toewijzen nu precies is. Ik krijg daar vandaag graag wat toelichting op.

Dan de toekomst van de fysiotherapie. De Minister heeft een nieuw en inhoudelijk hoofdlijnenakkoord gesloten met de paramedische beroepen, waaronder de fysiotherapie. Er is al jaren strijd om op de lijst voor vergoeding te komen. Het CDA ontvangt daar de nodige brieven over. Het gaat dan om de vergoedingslijst, de Borstlijst of de groene lijst, zoals de lijst ook weleens wordt genoemd. Zou het verstandig zijn om deze lijst eens tegen het licht te houden, gezien de ontwikkeling van allerlei chronische ziekten, en te beoordelen wat er wel en niet op moet?

Q-support, de organisatie die mensen helpt die getroffen zijn door de Q-koorts, moet eigenlijk nog een jaartje verder in verband met een zorgvuldige afbouw en ondersteuning aan patiënten. De vraag is of de Minister hier wat voor kan betekenen. Het gaat over een minimale hoeveelheid geld, maar als dat niet beschikbaar komt, moet de organisatie op 1 januari aanstaande de deuren sluiten. Dat zou zonde zijn. Mijn fractie heeft ook een aantal vragen over de verbetering in de risicoverevening, maar dat is een ongelooflijk technisch onderwerp. Ik wil in de volgende procedurevergadering dan ook het voorstel doen aan de collega's om hierover een schriftelijke ronde te houden. Ik zie iedereen knikken, dus dat is dan bij dezen geregeld. Het is een heel technisch onderwerp, dat zeker wel consequenties kan hebben voor kleine zorgverzekeraars. Gezien de noodzakelijke checks-and-balances in het Zorgverzekeringswetstelsel zou het niet goed zijn als dit misging.

De **voorzitter**:

Dank u wel. We zien uw voorstel uiteraard van harte tegemoet. Ook ik heb de reactie van de leden gezien. Ik geef graag het woord aan mevrouw Kooiman, die spreekt namens de fractie van de SP.

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Voorzitter. De afgelopen jaren zijn de premies van de zorgverzekering gestegen.

De **voorzitter**:

De stemmingsbel begint te rinkelen. Ik schors de vergadering.

De vergadering wordt van 13.13 uur tot 13.23 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Dames en heren, ik krijg graag uw aandacht want ik heb de vergadering heropend. Ik geef mevrouw Kooiman namens de SP het woord. We beginnen gewoon even opnieuw!

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Voorzitter. Je moet even wachten, maar dan heb je wel wat!

De afgelopen jaren zijn de premies van de zorgverzekeringen gestegen en er werd de laatste jaren ook steeds minder vergoed. Die pakketverkleining heeft niet eens een besparing opgeleverd, ook al had die er wel moeten zijn. Het eigen risico of de boete op ziek zijn is sinds de invoering gestegen naar € 375. Ben je ziek in Nederland, dan word je dubbel gestraft. De drempel om hulp te zoeken als je ziek bent, is zo hoog dat zieke mensen soms afzien van zorg.

Ik probeer altijd positief te zijn en ik zie ook kleine successen, zoals mogelijk meer vergoedingen voor fysiotherapie en ziekenvervoer voor immunotherapie, maar de SP ziet ook nog steeds dat veel mensen buiten de boot vallen. Moet de Minister niet veel groter gaan denken? Waarom bijvoorbeeld niet de tandarts in het pakket? Het is toch niet de bedoeling dat je straks aan iemands gebit kunt zien of er geld in huis is? Of kijk maar naar het niet in zijn geheel vergoeden van fysiotherapie. Dat leidt weer tot duurdere zorg. Als mensen zorg gaan mijden omdat ze bang zijn voor de kosten, leidt dit niet alleen tot ellende voor de patiënt, maar ook tot duurdere zorg. Goedkoop is dus duurkoop. Dat moet de Minister toch met mij eens zijn.

Zoals ik al zei, vallen veel mensen helaas buiten de boot omdat hun zorg niet wordt vergoed. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de mensen die het middel Orkambi gebruiken, een medicijn voor cystic fibrosis. Mevrouw Gerbrands heeft het ons net mooi geschetst. Helaas heeft de fabrikant, Vertex, het middel zo duur gemaakt – «schofterig duur» durf ik haast wel te zeggen – dat de Minister zegt: dit middel past niet meer in het pakket.

Niet geld maar kwaliteit van leven hoort toch de belangrijkste prioriteit te zijn? Ik vond het dan ook terecht dat mevrouw Keijzer aangaf: kunnen we niet kijken naar een mogelijke oplossing, want veel patiënten hebben hier een probleem door? Het gaat dan om patiënten die echt verbetering zien wanneer ze het middel gebruiken en dat is iets wat jarenlang niet mogelijk leek voor deze groep mensen. Kunnen we bijvoorbeeld niet eens bekijken wat de overheid kan doen als de markt faalt? Ik denk dan aan het opkopen van dwanglicenties, zodat andere fabrikanten het middel ook kunnen gaan produceren. Is dat niet een oplossing?

Patiënten die het middel Camcolit gebruiken – dat is een lithiummiddel dat wordt gebruikt bij depressies en manies – moeten plots enorm veel bijbetalen, niet omdat de medicatie is veranderd maar omdat Essential Pharmaceuticals oude licenties opkoopt en het middel daarna vier keer duurder in de markt zet. Daardoor wordt het middel niet meer volledig vergoed en moeten patiënten enorm bijbetalen. Essential Pharmaceuticals wil niet zeggen waarom het middel plots duurder is geworden en heeft lak aan het feit dat patiënten hierdoor gedwongen moeten overstappen, hetgeen niet zonder risico's is. Hetgeen de Minister eigenlijk ook beaamt in haar antwoorden op schriftelijke vragen van de SP. Moeten we niet voorkomen dat de farmaceutische industrie ons gijzelt? Bijvoorbeeld in Den Haag is er een apotheker die het zelf produceert en daardoor is bijbetaling door de patiënt niet nodig. Waarom organiseert de Minister dat niet in geheel Nederland? Zo zou het middel toch beschikbaar blijven voor patiënten en hoeven patiënten niet over te stappen met al die nare gevolgen van dien.

Wij ontvingen een brandbrief van organisaties die werken met mensen met psychische problemen. Die geven terecht aan dat het al drie jaar geleden is dat de Kamer heeft aangegeven dat patiënten met zeer ernstige psychiatrische aandoeningen toegang moeten krijgen tot de Wet langdurige zorg. In de tussentijd krijgen patiënten niet de juiste zorg. Nu schrijft de Minister dat het inderdaad wettelijk geregeld moet worden maar dat het mogelijk twee jaar kan duren en dat het door wordt geschoven naar een nieuw kabinet. Dat vind ik niet kunnen. Kan dit niet alvast in werking worden gesteld? Er ligt inmiddels ook een aangenomen motie van CDA en D66 in dezen. De Kamer heeft dus al een uitspraak gedaan en dan is het de vraag waarom de Minister niet nu al aan het werk gaat.

Tot slot. Afgelopen vrijdag hield SP-Tweede Kamerlid Henk van Gerven zijn afscheidssymposium hier in de Tweede Kamer. Hij heeft met hart en ziel gevochten tegen het uitkleden van het pakket. Sprekers uit het werkveld leggen steeds de vinger op dezelfde zere plek: waarom worden vaak relatief goedkope middelen uit het pakket gehaald? Kijk daarvoor bijvoorbeeld naar de vitamine- en de mineralendiscussie, de zware paracetamol of Calmurid voor mensen met ichthyosis. Waarom houden we deze middelen niet in het pakket? Daarmee zouden we zware en dure alternatieve behandelingen kunnen voorkomen. Graag hierop een reactie van de Minister.

De heer **Nijboer** (PvdA):

Voorzitter. Dit debat gaat over het basispakket. Een best pakket, zoals ze dat in Groningen zeggen. Ik dacht: hoe zou ik dit nou eens insteken? Ik wou goede zorg van geboorte tot overlijden mijn leidraad in dit debat laten zijn.

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

Dat wordt gezellig.

De heer **Nijboer** (PvdA):

Nou, ik weet niet of het gezellig wordt, mijnheer Rutte. Wellicht.

Het begint met een heel serieus onderwerp dat voor de geboorte speelt: de NIPT (Niet Invasieve Prenatale Test). Door die test kun je zien of je een zeer ernstig gehandicapt kind kunt verwachten. Vanaf april is het mogelijk om die test in Nederland te doen. Het Zorginstituut heeft echter negatief geadviseerd over opname van deze test in het basispakket. Hoe kijkt de Minister daartegen aan? Na vele jaren discussie is het nu voor iedereen mogelijk. Het was ook altijd de bedoeling dat het in het basispakket zou komen, maar nu lijkt het er toch niet van te komen. Hoe zit dit en hoe gaat de Minister dit oplossen?

De keuze voor een waterbevalling. Daar is veel discussie over geweest. Het kan nu in het ziekenhuis, maar het is de vraag of dat zo blijft. Of gaat het net als bij dat malle gedoe rond de ruggenprik, want dan hoeft je geen € 340 te betalen. Er zijn vrouwen die dat doen, want dan hoeven ze geen € 340 te betalen, want dan zit je in een ander ... Dat is gewoon niet goed. De PvdA vindt dat de keuzevrijheid over waar te bevallen bij de vrouw moet liggen en dat het geen financiële afweging mag zijn. Het kan niet zo zijn dat je een ruggenprik in het ziekenhuis moet halen om uiteindelijk geen € 340 te hoeven betalen.

Dan kom ik op een aantal zaken die je gedurende het leven nodig hebt.

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Voordat we overgaan tot de volwassenheid, voorzitter. Het zou zonde zijn als de heer Nijboer dat doet, want we hebben ook nog de kraamzorg. Daarover hebben we vorige week gesproken en hij kon daar helaas niet bij aanwezig zijn. In het verleden zat de Partij van de Arbeid nog weleens vast aan de coalitie, laat ik het zo maar zeggen. Wij hebben eerder het voorstel gedaan om de eigen bijdrage voor kraamzorg te schrappen. Hoe staat de Partij van de Arbeid nu tegenover ons voorstel om de eigen bijdrage voor kraamzorg te schrappen?

De heer **Nijboer** (PvdA):

De grootste prioriteit, volgens mij geldt dat ook voor de SP, bij de eigen betalingen in de zorg ligt bij de verlaging van het eigen risico. Dat geldt voor iedereen en het is dan ook onze primaire prioriteit. Als de betaalbaarheidsproblemen te financieren zijn, is daarover zeker met ons te spreken.

De **voorzitter**:

Afrondend?

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Nee, het is prima.

De heer **Nijboer** (PvdA):

Mevrouw Kooiman is tevreden, voorzitter!

Ik kom op de dieetpreparaten. Daarover is al het een ander gezegd, net als over paracetamols in of buiten het pakket. Eigenlijk hebben mevrouw Kooiman en mevrouw Keijzer al gezegd wat ik daarover had willen zeggen. In het geval van paracetamol wil ik nog wijzen op het risico dat het ook weleens duurder zou kunnen blijken te zijn als je het door de mensen zelf laat betalen. Artsen kunnen namelijk ook andere geneesmiddelen voorschrijven, middelen die eigenlijk voor iedereen duurder zijn. Dat is toch zeker ongewenst? Zo ja, hoe voorkomt de Minister dat dan?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Heel toevallig moest ik een paar pakjes paracetamol aanschaffen. Meestal ga ik naar de drogist en dan koop ik van alles en als ik dat doe heb ik eigenlijk geen idee wat die paracetamol kost. Ik let er dan niet zo op. Nu ik alleen paracetamol kocht, bleek mij dat het ongeveer niks kost. Waarom zou je dat middel dan in het pakket willen houden? Ik vraag dat, omdat het ongelooflijk veel duurder is om het via een arts te doen. Die moet dat

middel immers voorschrijven en vervolgens moet de apotheker het ook nog eens in een doosje aanleveren. Al die handelingen maken het heel erg duur. Paracetamol kost echt niks, hoor!

De heer **Nijboer** (PvdA):

Daar ben ik het zeer mee eens. Het is dan ook de vraag of je het op recept zou moet doen of niet. Dat kan geld besparen. Wat je ook ziet, is dat andere pijnstillers voor kunnen worden geschreven als mensen heel veel paracetamol gebruiken. Een arts kan dan denken: ik schrijf wel iets voor wat wel in het pakket zit. Iedereen is dan duurder uit. De maatschappij is dan echt duurder uit en dat is ongewenst. Omdat dit wel voorkomt, vraag ik er aandacht voor. Ik houd dus geen groot pleidooi om paracetamol voor iedereen gratis te maken. Ik wijs er alleen op dat die ongewenste mogelijkheid ook voorkomt.

Ik kom op andere medicijnen tijdens het leven. Gisteren hebben we gebruikers van Orkambi gesproken. Daar zijn indringende woorden over gezegd. Onderliggend speelt daar het probleem dat farmaceuten, niet altijd en niet bij alle medicijnen maar wel veel te vaak, veel te hoge prijzen vragen voor een medicijn dat het leven van mensen veel aangenamer kan maken of mensen zelfs het leven kan redden. De PvdA heeft het initiatief genomen tot een hoorzitting. De commissie heeft besloten dat die na de zomer zal worden gehouden.

Wij hebben vijf richtingen geïdentificeerd om dit probleem aan de wortel op te lossen en ik vraag de Minister om daarop een korte reactie te geven. Het ziet onder meer op dwanglicenties. Mevrouw Kooiman sprak er al over. Het ziet op de Wet geneesmiddelenprijzen. Als je meerdere landen vergelijkt, zie je elders vaak lagere prijzen. Het ziet op patenten die lang lopen. Het ziet op de inkoopmacht en het ziet ook op – afgelopen weekend stond er een heel stuk over in NRC Handelsblad – het kortdurende gebruik van medicijnen. Dat is bij één medicijn gelukt, maar wellicht geldt het ook voor andere medicijnen. Dat zijn wel de methodes. We moeten die farmaceuten niet belonen voor hun cowboygedrag, zoals mevrouw Keijzer het zei. We moeten verder ook niet accepteren dat farmaceuten hun producten schofterig duur maken, zoals mevrouw Kooiman het zei. Daar zou ik mij gewoon bij willen aansluiten. Het is wel echt een groot probleem, dat de komende jaren op de agenda van deze commissie moet blijven staan.

Voorzitter, ik ga verder met mijn betoog. Als je lichamelijk ernstig ziek bent, is het goed voorspelbaar dat je ook psychische steun nodig hebt of dat je omgeving die steun nodig heeft. Die wordt nog niet altijd vergoed. Het wordt soms wel vergoed, maar het knelt. Daar krijgen wij berichten over. Hoe denkt de Minister daarmee om te gaan? Datzelfde probleem doet zich voor bij overlijden of bij de palliatieve zorg, zoals het in vaktermen wordt genoemd. Zou daar niet wat meer ruimte voor gemaakt moeten worden? Als je ernstig ziek bent en je weet dat je gaat overlijden, moet je dan niet goede geestelijke ondersteuning krijgen, zowel voor jezelf als voor je familie?

Voorzitter, ik heb een huishoudelijke opmerking. Na de eerste termijn moet ik helaas het debat verlaten omdat ik plenair een ander debat moet doen. Ik zal de Handelingen natuurlijk wel lezen.

De **voorzitter**:

Ik meen dat u dat van tevoren inderdaad bij de inventarisatie hebt aangegeven. U bent verontschuldigd.

Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Rutte. Hij spreekt namens de fractie van de VVD.

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

Voorzitter. In zijn algemeenheid is het zo dat mensen zich wel eens zorgen maken over de vraag of ze zorg krijgen als ze die nodig hebben en of die

zorg dan ook wordt vergoed. Het beeld in Nederland is toch hardnekkig dat het verzekerde pakket in Nederland elk jaar kleiner wordt en dat het wordt uitgekleed. En dat terwijl de feiten toch echt andersom zijn: ons verzekerde pakket wordt elk jaar groter. Er stromen ieder jaar, ook gedurende het jaar en zonder dat de Kamer daarover een beslissing hoeft te nemen, continu nieuwe therapieën in ons verzekerde pakket. En dat is een groot goed. Als er nieuwe innovaties zijn en men methode A door een betere methode B, die voldoet aan de stand der wetenschap en aan de eisen van de praktijk, kan vervangen, dan kan de patiënt daar per direct gebruik van maken. Dat is iets om te koesteren. Dat is echt iets om te koesteren, want het maakt ons Nederlandse verzekerdersysteem heel erg bijzonder.

Daarnaast nemen we actieve beslissingen om dingen weer aan het pakket toe te voegen. Zo zijn vorig jaar een aantal fysiotherapeutische behandelingen en een aantal plastisch-chirurgische behandelingen teruggekomen in het pakket. Maar ook dit jaar komt er weer een stukje fysiotherapie terug in het pakket, namelijk bij de behandeling van heup- en knieartrose. De VVD is er heel blij mee dat we bewezen effectieve behandelingen in de eerste lijn en bewezen effectieve behandelingen bij de fysiotherapeut terugbrengen in het verzekerde pakket.

We zien wel dat dat heel langzaam gaat en dat het een heel taai en moeizaam proces is om iedere keer voor elke afzonderlijke behandeling opnieuw het bewijs te leveren. Zo zeggen sommige reumapatiënten al heel lang dat ze baat hebben bij bepaalde vormen van fysiotherapie. Van het algemene verhaal «stop de fysiotherapie terug in het pakket» is de VVD bepaald geen voorstander, maar de VVD is er wel absoluut een voorstander van dat dergelijke bewezen effectieve interventies bij de fysiotherapeut voor bepaalde aandoeningen zo snel mogelijk in het pakket worden opgenomen, mits ze bewezen zijn. De vraag is: wat kunnen we nou met elkaar doen, wat is ervoor nodig om dat onderzoek te versnellen en te voorkomen dat het twintig jaar gaat duren voordat we al die interventies op hun merites hebben beoordeeld? Ik zou daar heel graag iets over willen horen van de Minister.

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Dit snap ik niet. Fysiotherapie is eigenlijk bij uitstek een bewezen effectieve methode waardoor erger kan worden voorkomen. Juist bij chronisch zieke patiënten moet je de eerste twintig behandelingen zelf betalen. Dat snap ik niet. We weten dat het een bewezen effectieve methode is om erger te voorkomen. Mensen hebben er profijt van, maar toch krijgen ze die boete op ziek zijn voor hun kiezen, want ze moeten het wel allemaal zelf betalen. Waarom doen we het niet in één keer gewoon goed en doen we het allemaal, hup, in het pakket?

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

De SP vliegt een beetje uit de bocht. Het is niet zo dat «de fysiotherapie» bewezen effectief is. Was het maar waar. Er is een enorm grote diversiteit in wat fysiotherapeuten doen. Er is een enorme praktijkvariatie. Soms wordt er wat minder behandeld, soms veel te veel. Er zijn grote regionale verschillen. Het is heel belangrijk dat we bekijken welke interventie effectief is voor welke aandoening. We hebben er vorig jaar een paar terug zien keren in het pakket en dit jaar ook weer. De VVD is er echt een groot voorstander van dat we bewezen effectieve interventies terugbrengen in het pakket, maar niet «de fysiotherapeut». De diversiteit is daarvoor te groot en de praktijkvariatie is veel te hoog. Ik zou dat niet willen.

Mevrouw **Kooiman** (SP):

De VVD heeft altijd een beetje moeite om de SP bij te benen in de bocht. Dat snap ik wel, dus ik probeer het nogmaals. Chronisch zieke patiënten

die baat hebben bij fysiotherapie moeten straks nog steeds de eerste twintig behandelingen zelf betalen. Daarvan weten we dat ze juist effectief zijn. Waarom regelen we het voor die groep niet een keertje goed en zorgen we dat die behandelingen vergoed worden?

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

Bij chronische patiënten is het sowieso zaak om per keer te bekijken welke interventie werkt en welke niet. Op het moment dat we heel zwaar gaan sleutelen aan het vergoedingstelsel en de eerste twintig behandelingen vergoeden, heeft dat enorme financiële consequenties. Ik vind dat we er altijd een goede balans in moeten bewaren, dus dit gaat me ook net een beetje te snel.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Het probleem bij fysiotherapie bij reuma is niet dat er geen onderzoek is; dat is er wel. Er hangt alleen een kostenplaatje aan. De vraag is wie bepaalt wat iets mag kosten en welke baten er allemaal worden meegenomen. Wordt ook meegenomen dat mensen weer kunnen meedoen in het dagelijks leven, en dat soort dingen? Ik ben benieuwd wat de heer Rutte daarvan vindt. Het onderzoek is al gedaan. Het is bewezen effectief. Het hangt nu alleen op het kostenplaatje. Wat gaat de heer Rutte daaraan doen? Het onderzoek hoeft niet meer gedaan te worden, dus moet het dan wel of niet in het pakket?

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

Ik herken dat niet. Het Zorginstituut heeft geoordeeld dat de effectiviteit in zijn algemeenheid niet bewezen is. Ik neem het Zorginstituut serieus bij dit soort analyses. Reuma kent een enorme diversiteit. Er zijn verschillende vormen van reuma en verschillende soorten aandoeningen. Als je de doelgroep versmalt, zal je per aandoening een therapie kunnen vinden die wellicht wel effectief is. Ik wil dat dit onderzoek goed en, als het mogelijk is, snel wordt gedaan, om per soort interventie te kunnen bekijken of die terug kan in het pakket. Dan krijgen we de bewezen effectieve interventies alsnog versneld in het pakket.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Naar reumatoïde artritis is dat onderzoek wel gedaan. Het is bewezen effectief. Het klopt dus gewoon niet. Het is maar net waar het Zorginstituut naar kijkt, maar het onderzoek ligt er gewoon. Er is effectief bewezen dat dit helpt bij mensen met reumatoïde artritis, en daar gaat het nu om. Toch wil het Zorginstituut het niet in het pakket hebben, terwijl de onderzoeken er liggen. Ik wil ze met alle liefde doorsturen naar de heer Rutte, zodat hij ze zelf ook kan lezen.

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

Er is onderzoek gedaan en het oordeel van het Zorginstituut is dat de bewezen effectiviteit nog niet aanwezig is.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

De kosteneffectiviteit.

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

De kosteneffectiviteit is natuurlijk een onderdeel van de keuze of je iets wel of niet in het pakket stopt. Ik ben ervan overtuigd dat er, als je de smallere indicaties pakt, wel degelijk wegen te vinden zijn om indicatie voor indicatie interventies te vinden die wellicht wel in het pakket kunnen. Dat vind ik een hoopvolle weg, die ik graag zou willen bewandelen.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog, maar ik zie dat mevrouw Gerbrands haar tweede interruptie wil plaatsen.

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

Ik kan mevrouw Gerbrands misschien wel helpen; dan bespaart ze een interruptie. Ik ben natuurlijk wel geïnteresseerd in die onderzoeken. Als zij mij die kan toesturen, dan zal ik ze uiteraard met aandacht lezen.

De **voorzitter**:

Afrondend dan, mevrouw Gerbrands.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik vroeg ernaar of het werkt of niet, en niet naar de kosteneffectiviteit. Dat zijn naar mijn idee twee verschillende zaken. Waar moet het Zorginstituut naar kijken? Wat mij betreft moet het bekijken of een behandeling helpt of niet. De kosteneffectiviteit moet daar geen rol in spelen.

De **voorzitter**:

Uw punt is duidelijk. De onderzoeken stuurt u in de richting van de heer Rutte.

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

De kosteneffectiviteit doet natuurlijk wel ter zake. De vraag is ook welke interventie je wel en niet vergoedt. Als een andere interventie kosteneffectiever is, moet je daar wellicht voor kiezen. Dat blijven relevante keuzes die je hebt te maken. Ik steun dat en blijf dat steunen.

Voorzitter. De discussie over geneesmiddelen voor een ziekte of aandoening die maar bij weinig mensen voorkomt, speelt nu met name rondom het middel Orkambi. Taaislijmziekte is een vreselijke ziekte; ik denk dat iedereen dat erkent. Ik heb mij er meerdere keren in verdiept en contact gehad met patiënten. Het is een dramatische ziekte. Ik kan me heel goed voorstellen dat patiënten ontzettend blij zijn dat er langzaam maar zeker perspectief lijkt te komen, ook op het gebied van geneesmiddelen, voor deze vreselijke ziekte. Het middel Orkambi is bij sommige patiënten zeer effectief. Bij heel veel patiënten is het dat een heel stuk minder. Het grote probleem zit bij de specifieke fabrikant die voor dit middel een onmaatschappelijk hoge prijs vraagt. Dat probleem is overigens niet uniek voor Nederland. Het speelt in heel veel landen. Ook de discussie over de effectiviteit van het middel is niet uniek voor Nederland. De conclusie dat het middel 80% te duur is, komt bijvoorbeeld een-op-een overeen met de conclusie in Ierland. De VVD hoopt oprecht dat de onderhandelingen die heropend worden, leiden tot een oplossing. Dat is extreem belangrijk. Daarbij is het belangrijk dat de fabrikant komt tot een maatschappelijk acceptabele prijs.

De Kamer gaat er zelf over, maar ik zou haar willen ontraden om moties aan te nemen om middelen met een onacceptabel hoge prijs toch te laten vergoeden, simpelweg omdat zo'n motie niet alleen op het bureau van de directie van fabrikant Vertex landt, maar op het bureau van elke fabrikant die het adagium «willingness to pay» hanteert bij de prijsvorming van geneesmiddelen. Dan is de prijs voor dit middel en voor alle middelen voor toekomstige patiënten niet € 170.000, maar is het einde werkelijk zoek. Dan danst men van plezier op tafel. Laten we dat niet doen. Laten we heel duidelijk maken dat dit soort middelen in Nederland absoluut toegelaten moeten worden, maar wel voor een maatschappelijk acceptabele prijs. Dat is van belang voor de patiënten van nu, maar het is ook cruciaal voor alle patiënten die er in de komende jaren nog bij komen. Los daarvan is het wel relevant om met de fabrikanten die het anders willen doen en die andere ideeën hebben over de ontwikkeling van geneesmiddelen voor kleine patiëntengroepen de dialoog aan te gaan en te bekijken hoe het anders kan.

Laat duidelijk zijn dat patiëntengroepen en indicatiegebieden steeds kleiner worden. Zijn er wegen te vinden om middelen eerder te kunnen introduceren en patiënten eerder toegang te geven? Als die snelheid kan worden betracht, kan de prijs wellicht ook omlaag. Ik ben heel benieuwd of de Minister bereid is om die dialoog te openen. Ik denk dat dit cruciaal is. Zolang dat nog niet kan, zullen we moeten blijven onderhandelen. Het doet me wel deugd dat die onderhandelingen steeds vaker succesvol zijn geweest. Begin juni hebben we nog mogen horen dat voor de middelen pertuzumab en pembrolizumab de onderhandelingen geslaagd zijn. Tot slot...

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Gerbrands op dit punt een vraag.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik wil graag weten wat een maatschappelijk aanvaardbaar bedrag is volgens de VVD.

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

Dat is niet helemaal met een schaarstje te knippen, maar ik vind wel dat de Minister daarvoor in haar brief over Orkambi een aantal goede richtsnoeren gaf. Het Zorginstituut Nederland hanteert een bedrag van € 80.000 per QALY (quality adjusted life year). Die grens is niet keihard. Voor geneesmiddelen met een heel smal indicatiegebied en bij gebrek aan alternatieven zit daar wat rek in. Een quality adjusted life year gaat uit van een gemiddelde. Dat is een punt dat hierbij speelt. Mevrouw Gerbrands gaf zelf ook al aan dat je soms niet moet komen tot een gemiddelde benadering. Je kunt wellicht bekijken of je de patiënt bij wie een middel heel effectief is, beter kunt vinden. Daar heb je ook de fabrikant bij nodig, want dat doet ook weer wat met de prijs voor een middel. Dat is bijvoorbeeld zo bij pay-for-performancearrangementen. Ik denk dat die in de praktijk steeds vaker gesloten zullen worden. Dat geeft natuurlijk ruimte.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Dan ben ik toch benieuwd wat de heer Rutte ervan vindt dat het Zorginstituut een korting van 82% eist op een bedrag van € 170.000, waardoor men maximaal € 30.000 voor Orkambi wil betalen.

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

Dit hebben we vaker gezien. Het Zorginstituut gaat uit van de gemiddelde patiënt. Dat is ook belangrijk. Op basis daarvan beoordeelt het de effectiviteit van een middel. Die 82% van het Zorginstituut komt overeen met wat buitenlandse instituten hebben gehanteerd als effectiviteitsratio. Bijvoorbeeld in Ierland, een land met heel veel CF-patiënten (cystic fibrosis), kwam het zorginstituut daar tot een vergelijkbare weging. We hebben het eerder gezien met het middel nivolumab bij longkanker. Ook toen eiste het Zorginstituut een heel hoge korting. Daarbij speelde dat het bij sommige patiënten heel effectief is en bij andere niet. Ook daar zijn na een afwijzing de onderhandelingen opnieuw geopend. We weten niet precies wat daaruit is gekomen. We weten wel dat die vergoeding inmiddels geregeld is. Er zit dus wel degelijk ruimte in, bijvoorbeeld als je de juiste patiënt kunt vinden. Dat zijn allemaal zaken die helaas achter gesloten deuren plaatsvinden, maar ik ben er wel voorstander van dat het goed verkend wordt.

De voorzitter:

Volgens mij wilde u tot een afronding komen. U hebt daar nog een minuut voor.

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

Dat is hartstikke mooi; daar ga ik eens even goed voor zitten.

De voorzitter:

Excuses, niet een minuut maar een seconde. U bent eigenlijk door uw tijd. Dus één zin. Het is goed dat de griffier scherp is.

De heer Arno Rutte (VVD):

Dank u wel. Ik doe het heel snel. Wat men wil doen om het pakket gezond te houden, is zogeheten stringent pakketbeheer. Daarbij worden behandelingen permanent tegen het licht gehouden. Ook de Rekenkamer is daar heel enthousiast over. De VVD wil een opmerking maken over de term «stringent pakketbeheer». Dat klinkt allemaal zo streng en zo naar. We zouden graag een suggestie willen doen voor een andere naam. We dachten bijvoorbeeld aan «actief pakketbeheer». Wellicht dekt dat beter de lading.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Voorzitter. We hebben het hier over de inhoud van het basispakket. Ik wil graag met een onderwerp beginnen waar velen het al over gehad hebben, namelijk de vergoeding van Orkambi. Gisteren hebben we een petitie aangenomen en gesproken met een paar patiënten met cystic fibrosis. Het is eigenlijk jammer dat de Minister daar niet bij was. Iedereen die daarbij stond, was enorm aangedaan, ook door de positieve effecten van het geneesmiddel. Er moet toch gewoon een oplossing mogelijk zijn? De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving geeft de Minister een paar heel goede tips: dwanglicentie, de mogelijkheid voor apothekers om dit medicijn zelf te maken waardoor het octrooi niet van toepassing is, en het aanpakken van misbruik van machtsposities. Dat zijn heel goede tips. Ik ben benieuwd wat de Minister daarmee gaat doen. Dezelfde tactiek kan trouwens toegepast worden op andere veel te dure medicijnen die anders niet vergoed zouden kunnen worden. Ik krijg dus heel graag een reactie van de Minister op deze tips.

Daarnaast wil 50PLUS nogmaals een pleidooi houden voor fysiotherapie en tandzorg terug in het basispakket, want voorkomen is beter dan genezen.

Een ander onderwerp dat al een aantal keren naar voren is gekomen, is dat het Zorginstituut adviseert om twaalf behandelingen oefentherapie bij artrose aan heup en knie in het basispakket op te nemen. Dat geeft substitutiewinst, zoals dat heet. Eerder werd geconcludeerd dat het hetzelfde bij spondyloartritis en reumatoïde artritis juist niet bewezen kan worden. Maar gaan wij nu interventies bij elke aandoening wegen op bewezen effectiviteit? Die is namelijk ook nog eens per persoon verschillend. 50PLUS vindt dat dit moet worden teruggebracht naar de huisarts. Die kan bepalen of iemand fysiotherapie daadwerkelijk nodig heeft en of die al dan niet effectief is. De huisarts zou dus poortwachter moeten zijn. Fysio kan dan ook best zonder verwijzing bestaan. Mensen moeten die dan zelf betalen, maar de huisarts kan het gewoon voorschrijven en bepalen wat wel en niet effectief is.

We kregen een brief van KBO-PCOB met het pleidooi dat mondzorg voor ouderen terug moet in het basispakket. Wij pleiten daar al heel lang voor. Daar hebben we het in de Tweede Kamer al eerder over gehad. De Minister is wat onwillig. Dat vinden we erg jammer, want onbehandelde gebitsproblemen kunnen tot ernstige gezondheidsproblemen leiden, zelfs tot aan ontstekingen aan je hartklep aan toe. Die moeten we toch echt zien te voorkomen, want dat is veel duurder dan een bezoek aan de tandarts of mondhygiënist. Preventie dus. Preventie is belangrijk, want die levert een grote bijdrage aan gezondheid.

Nog een onderwerp waar 50PLUS het al eerder over heeft gehad, is de vaccinatie tegen gordelroos. De Gezondheidsraad heeft recent geadviseerd om het vaccin niet publiekelijk te financieren, maar was daar niet

unaniem in. De Rijksuniversiteit Groningen heeft opnieuw geconstateerd dat vaccinatie de gezondheid van ouderen echt kan verbeteren. Een van de redenen dat de Gezondheidsraad, weliswaar niet unaniem, tegen vaccinatie stemde, was dat het vaccin op dat moment nog niet geheel voldeed. Inmiddels is er een nieuw vaccin dat beter voldoet. Als de Minister niet bereid is te bewerkstelligen dat iedere ouder wordt gevaccineerd, zouden we op z'n minst willen dat in elk geval de ouderen worden gevaccineerd die veel bij elkaar zijn, zoals ouderen in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Gordelroos is immers een heel nare en pijnlijke ziekte en is ook nog eens enorm besmettelijk.

In Nederland zijn 1,1 miljoen mensen die antidepressiva slikken. Het stoppen met die medicijnen is niet altijd makkelijk. Maatwerk bij de afbouw is geboden. 50PLUS heeft onlangs vragen gesteld over de vergoeding van de zogenaamde taperingstrips. Dan gaat het om een geleidelijke afbouw, vooral bij veelgebruikte antidepressiva zoals venlafaxine en paroxetine. Standaardafbouw wordt wel vergoed, maar die werkt niet altijd. Deze geleidelijke afbouw is weliswaar iets duurder, maar wordt niet vergoed, ook al is deze veel werkzamer. Het gekke is dat geleidelijke afbouw eigenlijk wel degelijk al vergoed kan worden volgens het Besluit zorgverzekering indien de verzekerde hierop is aangewezen en er sprake is van een rationale farmacotherapie, maar dat is dan ter beoordeling aan de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars houden vergoeding af met het argument dat deze vorm nog niet formeel in de behandelrichtlijnen is opgenomen.

De voorzitter:

Rondt u af?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ja. Ik had nog een heel stuk over dieetpreparaten, maar ik zal het kort houden. Daar is gelukkig ook al een aantal dingen over gezegd. Ik laat het hierbij, voorzitter.

De voorzitter:

U krijgt nog een vraag van mevrouw Keijzer. Wellicht geeft dat ruimte.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik stel mij zo voor dat met name veel ouderen stemmen op 50PLUS. Als ik zo de ouderen om mij heen bekijk en spreek, zijn dat altijd mensen die buitengewoon geïnteresseerd zijn in de vraag: kun je betalen wat je wilt? Mijn vader zegt altijd: heb je niet, dan kun je niet. Als ik zo de fractie van 50PLUS beluister, is zij voor fysiotherapie laten initiëren door de huisarts, voor mondzorg in het pakket en voor gordelroosinenting. Heeft de fractie van 50PLUS ook voor zichzelf een voorstelling gemaakt van de hoeveelheid geld die hiervoor nodig is en wat het betekent voor de premie?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Zoals ik al zei, voorkom je met mondzorg in het basispakket heel veel andere problemen. Ik denk dat de baten daarvan meer zijn dan de kosten van mondzorg. Eigenlijk geldt dat ook voor de vaccinatie tegen gordelroos. Die is overigens helemaal niet zo duur, zeker niet als je dat alleen bij ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen doet. Juist door deze maatregelen, die vaak preventief zijn, kun je juist enorm veel zorgkosten voorkomen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Dat klinkt nu heel aannemelijk, maar ik hoor mevrouw Sazias ook heel veel zeggen «ik denk dat» en «ik ga ervan uit dat». Heeft de fractie van 50PLUS daarvoor een onderbouwend onderzoek of iets dergelijks? Dan

kan dat besproken worden met de Minister. Misschien is het dan wel een heel goed idee om dit te doen. Maar het is toch een beetje goedkoop om hier zomaar allerlei dingen voor te stellen en in het pakket te stoppen, zonder dat je een begin hebt van een antwoord op de vraag wat dit kost, wat dit oplevert en waarom we dit moeten doen. Mijn vader zegt altijd: heb je niet, dan kun je niet. Maar stel dat hij tegen mij zegt: Mona, dat is een hartstikke goed voorstel van 50PLUS. Dan moet je toch kunnen onderbouwen waarom dat een goed voorstel is? Anders zit je hier een beetje makkelijk allerlei voorstellen te doen, zonder dat je verantwoordelijkheid neemt voor de consequenties ervan. Want de fractie van 50PLUS staat uiteraard vooraan als de premie aan het einde van het jaar omhooggaat.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Het gaat om een klacht die ik gelukkig al meer gehoord heb hier aan tafel. We hebben het hier over gezondheid. Natuurlijk moeten we opletten wat gezondheid kost. Maar sinds tandzorg uit het basispakket is, zien we dat niet alleen heel veel ouderen maar ook jongeren niet meer naar de tandarts gaan. Die zorg is toch ook een belangrijke basis voor onze gezondheid? Ik vind het niet goedkoop. Ik vind het ook niet makkelijk. Ik vind het gewoon hartstikke belangrijk dat we dat in ons pakket hebben.

De **voorzitter**:

Hebt u nog een tweede interruptie, mevrouw Keijzer?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ja, afrondend. Sinds drie maanden houd ik mij als woordvoerder bezig met de Zorgverzekeringswet. Ik vind de discussies hierover altijd ongelofelijk moeilijke discussies. Als je diep in mijn hart kijkt, wil ik dat morgen al die medicijnen tegen allerlei soorten kanker vergoed worden en wil ik dat morgen ook Orkambi in het pakket zit; het maakt me niet uit wat het kost. Ik wil dat morgen iedereen naar de tandarts kan en dat iedereen die fysiotherapie wil, dat ook vergoed krijgt. Maar het is toch ook aan ons om hier de moed op te brengen om onszelf af te vragen: wat kost dat dan? Ik heb een keer laten uitrekenen – ik weet niet of het klopt, dus houd mij ten goede – dat 1,5 miljard in het pakket zeven tientjes premieverhoging betekent. Dan moet je dat ook voor je rekening willen nemen. Dat is de worsteling die ik in ieder geval heb. Ik merk daar niets van bij de fractie van 50PLUS. Dat vind ik jammer, want alle mensen die ik spreek – gelukkig stemmen ze in mijn geval op het CDA – waarderen het juist wel als je die afweging ook elke keer maakt. Doet de fractie van 50PLUS dat ook?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dat doet de fractie van 50PLUS zeker. Wat betreft de vergoeding van Orkambi heb ik net als mevrouw Keijzer gewezen op de tips van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Dat zijn heel goede tips waardoor wij dat geneesmiddel toch kunnen geven en betaalbaar kunnen houden. Wij houden daar dus wel degelijk rekening mee. Maar tandzorg vinden wij echt bij de basis horen van onze gezondheid. Sterker nog, als je de gebitsverzorging verwaarloost, zijn de consequenties daarvan over het algemeen erger. Die kosten dan nog veel meer geld.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. We hebben het vanmiddag over het basispakket. Dat heeft alles te maken met de toegankelijkheid van de zorg. Het basispakket biedt voor alle mensen toegang tot de zorg. Ik wil graag drie onderwerpen toelichten die daarmee te maken hebben. Allereerst kom ik op de informatievoorziening. Weten mensen waar ze recht op hebben en wat de kosten zijn? Vervolgens kom ik op de farmaceutische industrie. Daar hebben mijn

collega's ook al het een en ander over gezegd, maar de farmaceutische industrie is wel de industrie bij uitstek die op dit moment de toegang tot de zorg blokkeert. Terecht hebben we het daarover. Daarna wil ik nog een paar punten over de afbakening van het basispakket behandelen. Ik kom op de informatievoorziening. Het is voor heel veel mensen nog lastig om te achterhalen welke zorg wordt vergoed tegen welke prijs. Voor veel mensen is dat nog een doolhof. Het begint natuurlijk bij het bepalen van de juiste polis voor jezelf. De keuze is nu enorm. De combinatie van restitutie- en naturapolissen is, geloof ik, zo goed als eindeloos. Als mens heb je niet alleen te maken met het basispakket en de Zorgverzekeringswet. Vaak heb je ook te maken met andere zorgsystemen en de vergoedingen die daarbij horen. We hebben er een heel ingewikkeld systeem van gemaakt. Voor GroenLinks is het onwenselijk dat veel mensen door deze onduidelijkheid soms hogere kosten hebben dan zij aanvankelijk hadden gedacht.

Wat onze fractie betreft hebben de Minister en zorgverzekeraars samen de verantwoordelijkheid om de verzekerde zo goed mogelijk over het basispakket te informeren. Hoe ziet de Minister haar eigen rol daarin vanuit haar ministerie? Ziet zij ook mogelijkheden voor de zorgverzekeraars om die rol beter op te pakken, dus om beter uit te leggen aan mensen waar ze recht op hebben?

Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit hebben een rapport over extramurale behandeling opgesteld. Daarin staat ook welke zorg eronder valt. Kan de Minister een tussenstand geven over de informatievoorziening voor mensen met een Wlz-indicatie?

We hebben vernomen dat er een bestuurlijk overleg hulpmiddelen is gestart om meer duidelijkheid te creëren voor patiënten, zodat ze weten waar ze op kunnen rekenen. Wat ons betreft is dat een goede zaak. Wat zijn de merkbare effecten hiervan? Zijn patiënten en vertegenwoordigers goed op de hoogte en weten zij welke hulpmiddelen wel en niet worden vergoed?

Ik kom op de farmaceutische industrie. Ik sluit mij aan bij wat veel van de collega's al hebben gezegd. Natuurlijk komt nu pijnlijk naar voren dat het medicijn Orkambi niet wordt vergoed voor 750 mensen met cystic fibrosis omdat de fabrikant een torenhoge prijs vraagt. GroenLinks is, net als de andere partijen, enorm teleurgesteld over het feit dat het niet gelukt is om de onderhandelingen over dit medicijn zodanig te laten slagen dat dit medicijn door de Minister kan worden opgenomen in het basispakket. De Minister heeft toegezegd met de patiëntenorganisaties hierover in overleg te gaan. Heeft dat overleg inmiddels al plaatsgevonden? Zo ja, welke conclusies zijn hieruit getrokken? Wat zijn de vervolgstappen van de Minister voor deze patiënten?

We hebben inmiddels vernomen dat in samenwerking met België de onderhandelingen met Vertex zijn herstart. Wanneer verwacht de Minister een update hierover? 1 juli moet het basispakket zijn vastgesteld. Hebben patiënten voor deze datum al helderheid over de eventuele vergoeding van Orkambi. Stel dat dit niet lukt voor 1 juli. Als de prijzen na die datum wel kunnen worden bedwongen, kan de Minister het medicijn dan alsnog opnemen in het basispakket? Hoe ziet zo'n procedure eruit?

Helaas komt de effectieve samenwerking met andere landen om de prijzen wat meer te bedwingen nog niet echt van de grond. In die samenwerking kan deels iets worden gedaan aan de macht van de farmaceuten. Kan de Minister toelichten wat de stand van zaken is op het gebied van EU-samenwerking voor het gezamenlijk inkopen van medicijnen? Natuurlijk kan het kabinet zelf ook nog stappen zetten. Daarom ben ik net als een aantal andere collega's ook blij met de oproep van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en met een aantal suggesties over de wijze waarop we die industrie kunnen beteugelen en aanpakken. Bijvoorbeeld door het verstrekken van dwanglicenties, het ondersteunen van magistrale bereiding en het aanpakken van misbruik

van de machtspositie kunnen fabrikanten gedwongen worden tot lagere medicijnprijzen. Is de Minister bereid om een van deze stappen of misschien meerdere stappen te zetten indien de onderhandelingen over Orkambi niet slagen?

Tot slot wil ik de Minister bevragen over het pakketadvies voor Wlz-behandelingen. De subsidieregeling voor specialisten ouderengeneeskunde is een tijdelijke situatie. Het Zorginstituut heeft daar al op gereageerd door te stellen dat de extramurale behandeling eigenlijk onder de Zorgverzekeringswet hoort te vallen. Het heeft ook gezegd dat er nog veel voorbereidend werk nodig is om dat goed onder te kunnen brengen in het pakket. Wat is de voortgang van deze voorbereidingen? Is het op tijd en goed geregeld, zodat de mensen die zorg nodig hebben en de zorgaanbieders hier geen last van ondervinden? Ik wil graag een reactie hierop.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Als laatste spreker zal ik de inleidende woorden achterwege laten. We weten precies waar we het over hebben vandaag. We hebben veel onderwerpen op de agenda staan.

Ik wil beginnen met een citaat: «De overheid moet de effectiviteit van nieuwe, dure zorgtechnologieën testen voordat deze worden toegevoegd aan het basispakket.» Dat is een heldere uitspraak van het Centraal Planbureau. Het lijkt me geen overbodige luxe. Er is net al even over effectiviteit gesproken. Nu blijkt dat het nog te vaak onduidelijk is of hogere behandelkosten gezondheidsvoordelen opleveren. Kosteneffectiviteit wordt voor het basispakket niet altijd getoetst. Dat klinkt allemaal heel zakelijk, maar het is, met het oog op solidariteit, natuurlijk wel heel erg belangrijk. In reactie op het rapport Kosteneffectiviteit in de praktijk van het Zorginstituut geeft de Minister aan dat het belangrijk is dat er meer aandacht komt voor kosteneffectiviteit als onderdeel van de informatie voor een transparant en zorgvuldig besluitvormingsproces. Kan de Minister in beeld brengen op welke terreinen er op dit moment aandacht is voor kosteneffectiviteit en in welke mate er meer aandacht voor is dan in het verleden? Hoe geeft het Zorginstituut vervolg aan het afwegingskader om beter voorbereid te zijn op casuïstiek, zoals we die nu zien bij Orkambi?

Ik ga hier meteen op door. Binnenkort starten de nieuwe gesprekken tussen het ministerie en Vertex. Mevrouw Ellemet had het daar ook al even over. Vertex is de fabrikant van het geneesmiddel Orkambi, dat wordt gebruikt bij taaislijmziekte. Mijn fractie is erg benieuwd wat de Minister als uitkomst verwacht. Is er realistisch gezien zicht op een lagere prijs? Als dat niet het geval is, wat is dan het alternatief voor patiënten met taaislijmziekte? Ook ik ben erg benieuwd naar de reactie van de Minister op het advies van de RVS.

Het advies van het Zorginstituut over de vergoeding van vitaminen, mineralen en paracetamol is ook al even aan de orde geweest. De vraag is of vitaminen, mineralen en paracetamol nog in het pakket moeten blijven als er een gelijkwaardig alternatief in de vrije verkoop verkrijgbaar is. Ik begrijp dat de Minister de keuze hiervoor overlaat aan een volgend kabinet. Toch zou ik graag van haar horen hoe het bijvoorbeeld zit met de redelijke alternatieven. Door sommige organisaties wordt namelijk aangegeven dat er middelen zijn waar geen redelijke alternatieven voor zijn. Op welke manier krijgt de patiënt begeleiding bij het bepalen van de juiste dosering? Op welke manier worden gebruikers goed geïnformeerd over eventuele veranderingen? Is er bij de genoemde besparing rekening gehouden met neveneffecten zoals extra ziekenhuisopnamen? Kan de Minister onderbouwen dat het niet alleen een kortetermijnbesparing is? Ik krijg daar graag een reactie op.

Dan de fysiotherapie. Ik ben blij met het nieuws dat oefentherapie voor artrose aan de heup- en kniegewrichten tot twaalf behandelingen in het

basispakket komt. Dat is een begin, zal ik maar zeggen, maar andere chronische aandoeningen zoals reuma, blijven buiten de boot vallen. Bij reuma zou het effect onvoldoende bewezen zijn. Ook daarover is het hier al gegaan. De gedachte dat mensen met reuma gebaat zijn bij fysiotherapie wordt door de praktijk echter volop ondersteund. Om uit die discussie te komen over de vraag of het nu wel of niet effectief is, wil ik graag van de Minister weten wat de substitutiecijfers richting de tweede lijn zijn sinds fysiotherapie voor reumapatiënten uit het basispakket is gegaan. Is daar zicht op? Als daar cijfers over zijn, kan de Minister die dan delen, of als daar geen cijfers over zijn, kan ze dat dan laten onderzoeken? De Minister stelt in haar brief van 19 mei dat er een nieuwe afbakening komt voor intensieve kindzorg als het gaat om persoonlijke verzorging. Dat is alle verzorging die samenhangt met geneeskundige zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt. Dat is heel helder. Wij hebben daar ook altijd op aangedrongen. Er staat echter ook dat verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl) onder de Jeugdwet valt. Dat gaat weer verwarring opleveren. Ik krijg daar graag opheldering over. Welk deel van de persoonlijke verzorging valt straks toch nog onder de Jeugdwet? Mevrouw Keijzer heeft daar ook een aantal vragen over gesteld, waar ik me graag bij aansluit. Ten slotte, nee, niet helemaal ten slotte. Hoeveel tijd heb ik nog?

De **voorzitter**:

Een halve minuut.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dan ga ik het heel snel doen. Het is heel erg jammer dat er geen duidelijkheid komt over de ggz in de Wlz. Na al die jaren ligt er nog steeds geen wetsvoorstel; dat is wat ons betreft een gemiste kans. Het minste wat de Minister nu kan doen is garanderen dat er een meldpunt komt waarbij mensen terecht kunnen bij problemen. Hoe gaat de Minister dit vormgeven?

In de laatste seconden van mijn spreektijd ga ik nog iets zeggen over dieetpreparaten. De Minister heeft aangegeven dat de NZa invulling zal geven aan de inkoopnorm, maar ik heb begrepen dat de NZa geen bevoegdheid heeft om zo'n inkoopnorm vast te stellen. Klopt dit? Op welke manier wordt gewaarborgd dat er een voldoende ruime keuze uit dieetpreparaten is?

De heer **Nijboer** (PvdA):

Is mevrouw Dijkstra er net als de PvdA voorstander van om de NIP-test in het basispakket op te nemen? Daar is nu een subsidieregeling voor, maar het advies is om de NIP-test niet in het basispakket op te nemen. Dat kan ertoe leiden dat mensen weer naar België moeten om die test te gaan doen. Is mevrouw Dijkstra er net als de PvdA voorstander van om die test in het basispakket op te nemen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het zou heel mooi zijn als dat zou kunnen, maar op dit moment kan ik nog niet overzien welke gevolgen dat zou hebben voor de bekostiging. Ik kan daar op dit moment dus geen uitspraken over doen.

De heer **Nijboer** (PvdA):

Die discussie loopt toch al enige tijd. Er is nu gewoon een subsidiebedrag voor beschikbaar, dus het is bekend wat het kost om dat te doen. Nu kan iedereen dat doen, dus dat is ongeveer wat het kost vanaf april dit jaar. Het is ook wel een principiële discussie; het is niet zozeer een kostendiscussie. Daarom vraag ik het natuurlijk ook aan mevrouw Dijkstra van D66, die altijd een stevig standpunt inneemt bij dit soort ethische onderwerpen.

Het verbaast mij wel een beetje om te horen dat het voor D66 nu een financiële afweging is om zwangere vrouwen in Nederland de NIP-test al dan niet te gunnen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

We hebben altijd uitgesproken dat we het belangrijk vinden dat de NIP-test in Nederland beschikbaar is voor alle vrouwen, maar we hebben nooit gezegd dat die in het basispakket zou moeten. We moeten heel goed bekijken wat er in het basispakket komt, want alles wat er in het basispakket komt, gaat ten koste van iets anders, zoals we altijd ook zeggen. We moeten die afweging dus heel zorgvuldig maken. Ik vind het ook niet aan mij om daar nu harde uitspraken over te doen, terwijl er op dit moment aan een nieuw kabinet wordt gesleuteld en formatiebesprekingen plaatsvinden.

De **voorzitter**:

Ik geef u het woord voor uw tweede interruptie, mijnheer Nijboer.

De heer **Nijboer** (PvdA):

Dat zijn twee verschillende antwoorden. Met het eerste kan ik goed leven. Of het nu via een subsidieregeling of via het basispakket geregeld wordt en of die of die criteria daarvoor gelden, zal de PvdA eerlijk gezegd een zorg zijn; als elke vrouw in Nederland maar daarvoor zou kunnen kiezen. Het tweede vind ik wel moeizaam. Staat dat nu op de helling? We hebben dat net geregeld, sinds april, maar ligt dat nu op de coalitietafel en zegt D66 dat we er wel weer van afgaan nadat het zo'n lange tijd heeft geduurd om dat te regelen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Nee, nee, nee, totaal niet. Dat is helemaal niet aan de orde. Het gaat mij om de consequenties van het opnemen van de NIP-test in het basispakket. Ik wil mij nu niet vastleggen op uitspraken daarover. Ik benadrukte net al dat ik mij in het verleden ook niet op die manier daarover heb uitgelaten. Ik vind het nog steeds heel belangrijk. Wat mij betreft moet de NIP-test toegankelijk zijn.

De heer **Nijboer** (PvdA):

Die moet toegankelijk zijn voor iedereen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Die moet toegankelijk zijn. Daar wil ik het bij laten.

De **voorzitter**:

Daarmee zijn we aan het einde van de eerste termijn van de Kamer gekomen. Na de schorsing gaan we verder met de beantwoording door de Minister.

De vergadering wordt van 14.15 uur tot 14.25 uur geschorst.

De **voorzitter**:

We zijn toe aan de eerste termijn van de Minister. Zij zal de gestelde vragen gaan beantwoorden. Ik stel voor dat we maximaal twee interrupties plaatsen, zodat we ook nog een tweede termijn kunnen houden, al hangt dat af van hoe de eerste termijn verloopt.

Minister **Schippers**:

Voorzitter. Mevrouw Kooiman gaf aan dat zij in deze barre tijden toch positief wil blijven. Dat wil ik ook. Ik heb daar ook alle reden toe. Het pakket is in de zeven jaar dat ik hier zit namelijk alleen maar ongelooflijk uitgebreid. Het meeste daarvan zien we niet. Ik zie een deel dat de Kamer

niet ziet en waarvoor ik moet tekenen. We besluiten namelijk niet in de Kamer wat er intramuraal in het pakket komt. Als er een nieuwe behandeling ontstaat waardoor we een bepaalde aandoening veel beter kunnen behandelen in het ziekenhuis, komt die automatisch in het pakket. Die behandeling wordt opgenomen in de richtlijn en komt automatisch in het pakket. Ik wijs bijvoorbeeld op de nieuwe oncologische geneesmiddelen en hulpmiddelen die nieuw in het pakket zijn gekomen. Ik vind dat niet slecht, maar juist heel goed. Dat betekent namelijk dat er nieuwe methodes en nieuwe behandelingen zijn, die beter werken dan de vorige. Het pakket is dus eigenlijk alleen maar fors groter geworden.

Mevrouw Kooiman zei ook dat de premie is gestegen. Ik heb het even opgevraagd: de mensen met een minimuminkomen betalen per saldo € 80 minder dan in 2005 en € 60 minder dan in 2006. Je kunt het inderdaad anders neerzetten. Ik kom dat ook tegen. Mensen zeggen dan: mevrouw Schippers, hoe kan het toch dat alles duurder, de premie hoger en het pakket kleiner wordt? Mensen zeggen dan dat het pakket wordt uitgekleed. We kunnen dat heel vaak herhalen, maar het berust gewoon niet op feiten. Mevrouw Kooiman schudt nu wel van nee, maar ik zou zeggen: kom eens op het ministerie. Dan zal ik u eens door de boeken heen halen en kunt u zien wat er allemaal zoal is toegevoegd aan het pakket. Ik vind dat heel belangrijk.

Zorg is niet goedkoop. Mensen betalen een groot deel van hun inkomen aan de zorg. Ik vind ook dat we allemaal kritisch moeten zijn. De leden zullen straks aan mij merken dat ik ook kritisch ben over wat er wel en niet in het pakket moet, omdat de zorg betaalbaar moet blijven voor iedereen. Als je je ook nog eens bedenkt dat de wijkverpleegkundige zorg helemaal vanuit de vroegere AWBZ in de Zorgverzekeringswet geschoven is en dus vanuit de premie gefinancierd moet worden, dan vind ik echt dat we met elkaar kunnen constateren dat het eigenlijk heel erg goed gaat.

Ik doe nu voor de veertiende keer een AO over het pakket; je bent wel oud als je dat moet erkennen. Ik heb het zeven keer als Kamerlid gedaan en zeven keer als Minister. Tot op de laatste drie keren na ging het altijd over de vraag wat er uit het pakket moest. In de voorbereiding keken we in lijstjes en was de conclusie: er moet nog 200 miljoen uit het pakket. Er werd gewoon willekeurig in die lijstjes gekeken. Wat kunnen we dragen en wat kunnen we nog enigszins verkopen als we het uit het pakket halen? Zo ging dat. De laatste drie keer ging de discussie juist over de vraag wat er in het pakket kan. Dat is echt een heel andere discussie. We zijn ook een beetje van die lijstjes af geraakt. Ik hoop echt van harte dat we dat volhouden in de toekomst.

Door die verandering is het wel veel complexer geworden, zou ik tegen mevrouw Ellemée willen zeggen. Tegenwoordig beslis ik namelijk niet meer zo makkelijk dat we iets helemaal voor iedereen uit het pakket halen. In de voorlichting zou dat wel makkelijker zijn, want dan kun je zeggen dat medicijn X of behandeling Y niet toegankelijk is voor iemand. Zo ging dat vroeger. Een aantal jaar geleden zijn we dat anders gaan bekijken en hebben we gezegd dat dit veel te zwart-wit was. Toen wilden we voor de groepen die er echt baat bij hebben, zaken in het pakket houden. Voor anderen zat het dan niet meer in het pakket. Dat is natuurlijk wel complexer in de communicatie. Je moet bijvoorbeeld een bepaalde diagnose hebben, wil het voor jou in het pakket zitten. Dat is complexer, maar ik hecht daar enorm aan. Ik hoop dat we dit vast kunnen houden, want als iets uit het pakket is, moet de kleine groep die er heel veel baat bij heeft, het ook ineens helemaal zelf gaan betalen. Dat vind ik geen goede inhoudelijke manier van naar de zorg kijken. Ik ben dus heel erg blij dat we het op deze manier hebben gedaan en aan het doen zijn.

De fysiotherapie pakken we ook anders aan dan vroeger. Fysiotherapie is echt al heel lang uit het pakket en zit in de aanvullende verzekering. We hebben de lijst-Borst, de chronische lijst of hoe je die lijst ook noemen wilt. We vroegen ons af of we daarmee niet penny wise, pound foolish

bezig waren. Zouden we dat niet eens anders moeten aanpakken? In november 2015 heb ik het Zorginstituut om een systeemadvies gevraagd. Zouden we de fysiotherapie niet anders moeten bekijken? Misschien kan het voor bepaalde groepen heel goed in het pakket zitten, zonder dat zij de eerste zoveel behandelingen zelf moeten betalen. Dan krijg je immers een enorme prikkel om door te behandelen ook als dat niet nodig is. Misschien moet je juist heel vroeg en kortdurend behandelen, waardoor je een beter resultaat kunt behalen. Dat systeemadvies is in december 2016 opgeleverd. Daar heb ik half februari 2017 een reactie op geschreven. Vorig jaar hebben we het over de etalagebenen gehad, om het maar even huiselijk te zeggen. Dit jaar hebben we het over de artrose van heup en knie. Zo proberen we anders dan vroeger naar fysiotherapie te kijken. Voor bepaalde onderdelen verandert het. Dat maakt de voorlichting inderdaad complexer, maar het maakt het ook zorginhoudelijker. Ik vind het echt belangrijk dat we op deze manier werken. Voorzitter, ik denk dat ik dit even als mijn inleiding beschouw. Anders komt alles nu al terug. Ik kan beter via de antwoorden op de vragen ingaan. Dan komen we vanzelf op alle onderwerpen.

De voorzitter:

Ik denk dat dat goed is. Mevrouw Ellemeet heeft een vraag. De Minister deed bovendien een aanbod in de richting van mevrouw Kooiman. Ze zou kunnen overwegen om dat in een technische briefing te doen, zodat het voor iedereen toegankelijk is. Daarover kan de Kamer via de procedure-vergadering een verzoek doen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Komt de Minister nog terug op mijn vragen over de informatievoorziening of was dit het?

Minister Schippers:

Ik kom op alle vragen terug. Dit was inleidend. Mevrouw Ellemeet heeft namelijk wel een punt als zij zegt dat het complexer wordt. Meestal is complexiteit niet zo goed, maar ik denk dat het in dit geval gerechtvaardigd is door de inhoud.

Ik zou willen beginnen met Orkambi. Ik begrijp heel goed dat voor patiënten met taaislijmziekte die qua medicijnarsenaal weinig middelen hebben die voor hen echt iets doen en hoop hebben als er nieuwe middelen komen, er maar één ding belangrijk is, namelijk dat zij dat middel krijgen. Ook al weten we dat Orkambi bij een groep goed werkt en bij een veel grotere groep niet, toch hoopt de patiënt natuurlijk dat hij bij de groep hoort waarvoor het goed werkt. Er is een nieuwe technologie, waarmee Hans Clevers bezig is, die nu nog niet, maar in de toekomst uiteindelijk wel duidelijk zou kunnen maken bij wie het wel en niet werkt. Dat geeft weer nieuw perspectief. Dan weten we namelijk in ieder geval dat we de grote groep die het wel slikt, maar waarbij het niks doet, niet hoeven bloot te stellen aan alle bijwerkingen. Ieder medicijn heeft immers bijwerkingen. Die mensen hoeven we geen valse hoop meer te geven. Dat is ongelooflijk belangrijk.

Maar Orkambi is niet ons enige geneesmiddel. Er zitten ongelooflijk veel nieuwe geneesmiddelen in de pijplijn. Ook voor taaislijmziektepatiënten zien wij daar al nieuwe medicijnen achteraan komen. Ik weet ook dat er binnen een jaar een medicijn aan gaat komen waarbij het kostenbeslag voor ons meer dan 100 miljoen zal zijn en waarbij de individuele kosten nu al € 100.000 per patiënt zijn. Het is nog niet goedgekeurd door het EMA (European Medicines Agency), maar we weten nu al dat het eraan komt. En dit geldt dus niet voor één medicijn. We hebben hele lijsten met medicijnen die eraan komen.

Ik heb niet voor niets een aantal jaar geleden besloten om te gaan onderhandelen over medicijnen die een groot beslag leggen op de

collectieve middelen. Dat hebben we nu 22 keer met succes afgerond. Dat betekent dat die medicijnen ter beschikking staan van patiënten tegen een maatschappelijk verantwoorde prijs. De eerste keer dat ik zeg dat ik een medicijn zo belangrijk vind dat het coûte que coûte in het pakket moet, hoef ik daarna nooit meer een onderhandeling te doen. Dan is het: u vraagt, wij draaien. En zo kan het gewoon niet zijn, hoe ernstig het ook is. Natuurlijk heb ik gesproken met patiënten, de patiëntenvereniging, artsen en een heleboel mensen die zich hiermee bezighouden. Natuurlijk verdiepen onze mensen zich in de problematiek die hierachter ligt. Maar we moeten ook bekijken hoe we met die sloten nieuwe medicijnen die eraan gaan komen, de premie betaalbaar houden voor de premiebetaler. Ik kan de Kamer zeggen dat het voor mij ondenkbaar is om automatisch dit soort geneesmiddelen in te laten vloeien en gewoon maar te betalen. Is er dan geen enkele manier waarop je zou kunnen afwijken? We hebben tegen Orkambi gezegd dat als er heel bijzondere argumenten zijn waardoor het zo duur is, zij transparantie over de prijs moeten geven. Mogen we dan zien wat zij verdienen? We kunnen trouwens uitrekenen wat dergelijke producenten verdienen, want het gaat om chronische ziekten. Door medicijnen wordt het niet minder. Je hebt het nog steeds jarenlang. Als je dan met je collega's naar de prijs en waar het is toegelaten kijkt, kun je uitrekenen dat het over ongelooflijk veel geld gaat. Ik vind het prima dat ik petitie krijg. Ik neem die in ontvangst en heb echt empathie voor de patiënten die die aan mij geven, maar eigenlijk vind ik dat die patiënten zich eens bij de fabrikant zouden moeten melden. Zij zouden kunnen zeggen: beste fabrikant, kunnen wij eens inzage krijgen in de ontwikkelingskosten en de winsten die daarachteraan komen? Dat hoeft heus niet altijd. Er zijn heel veel geneesmiddelen waarbij het goed gaat. Met alle generieke geneesmiddelen gaat het goed. Dat doen we als Nederland echt geweldig als je het internationaal bekijkt. Er zijn ook dure geneesmiddelen die wij wel vergoeden. Kijk maar in de staatjes wat die soms kosten. Maar het is nu eenmaal zo dat geneesmiddelen die je voor een kleinere groep ontwikkelt, duurder zijn. Maar we moeten wel heel scherp bekijken wat we wel en niet doen en waaraan we wel en niet toegeven. Ik vind dat zelf helemaal niet makkelijk, maar ik ben ongelooflijk gemotiveerd en absoluut niet bereid om zomaar Orkambi in te laten stromen. Echt niet.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Volgens mij is er hier ook niemand die de Minister vraagt om zomaar te tekenen bij het kruisje. Wij hebben informatie dat er al een bod ligt dat ongeveer gelijk is aan dat van Duitsland. Ik weet niet of de collega's die informatie ook hebben. Met die informatie is verder niets gedaan. Ik heb lang zitten twifelen of ik hierover zou beginnen. Zonder dat ik het op wil nemen voor de farmaceuten – volgens mij heeft de PVV de term «cowboys in de farmacie» ongeveer uitgevonden – wil ik toch opmerken dat deze farmaceut pas in het eerste kwartaal van dit jaar voor het eerst winst heeft gemaakt. 85% van de winst die ze maken, gaat terug naar onderzoek. Ik ken wel ergere fabrikanten. We hebben het dus niet over een extreme boef die koste wat kost overal geld uit wil slaan. Dat betekent niet dat je maar moet betalen wat ze vragen of dat je niet moet onderhandelen, maar feit is wel dat hoe langer je wacht bij Orkambi, hoe harder de patiënt achteruitgaat. We wachten nu al sinds eind 2015 op toelating tot het pakket, want toen is het middel goedgekeurd. We wachten dus al anderhalf jaar. Er zijn mensen met taaislijmziekte van wie de longfunctie achteruitgaat en de longen beschadigen. Dat is niet meer te herstellen. Het moet gewoon niet langer meer duren. De vraag is dus eigenlijk of de Minister er een beetje haast mee kan maken of het op een andere manier kan oplossen. Niemand zegt dat zij bij het kruisje moet tekenen, maar wel dat zij iets moet doen.

Minister Schippers:

Wij gaan weer aan tafel, maar of er een deal komt, hangt natuurlijk af van het feit of de fabrikant substantieel gaat bewegen. Daar hangt het echt van af. Dat Duitsland afwijkt van andere landen vind ik allemaal prima, maar dat gaan wij niet doen. Ik doe de onderhandelingen. Ik kan niets zeggen over waar we staan of hoe we daarin staan, maar als wij morgen een goed resultaat halen, ben ik de eerste die tekent. Dit is niet alleen mijn maar ieders verantwoordelijkheid. Er komen nog heel wat geneesmiddelen aan. Als mijn opvolger voor ieder geneesmiddel met druk vanuit de Kamer maar moet gaan vergoeden, dan kan ik alvast zeggen dat dit echt zorg gaat verdringen. Je kunt een euro immers maar één keer uitgeven. Het zou heel goed zijn als de onderhandelingspositie versterkt wordt en de Kamer zegt: fabrikant, u zult een maatschappelijke prijs moeten vragen, want anders gaan wij het medicijn in Nederland gewoon niet vergoeden. Over de resultaten van het bedrijf kan ik alleen maar zeggen dat je eens uit moet rekenen wat dit betekent gezien het aantal patiënten aan wie het dit medicijn gaat verkopen. Meer wilde ik er eigenlijk niet over kwijt.

Mevrouw Gerbrands (PVV):

Ongetwijfeld, maar als je het hebt over weesgeneesmiddelen, gaat het altijd over kleine groepen. Daardoor zijn de ontwikkelingskosten hoger. Volgens mij heb ik een aantal jaren geleden met de Minister een debat gehad over het feit dat de prijzen nu eenmaal hoger zijn voor kleinere groepen. Maar het gaat hier niet om zomaar een medicijn. Het gaat hier om het eerste medicijn dat wat doet aan de oorzaak in plaats van aan de symptomen. Wij willen alleen wijzen op het belang voor mensen die lijden aan cystische fibrose. Dit nieuwe middel brengt een heleboel kansen voor een heleboel mensen. Dan kun je het wel over één kam scheren met alle andere nieuwe medicijnen die er ongetwijfeld ook komen, maar ik wil druk op de Minister uitoefenen en zeggen: je moet niet op je rug gaan liggen en je maar overgeven, maar er keihard werk van maken.

Minister Schippers:

Dat doet ons onderhandelingsteam natuurlijk. Dat heeft moeilijk werk, want dat weet precies wat het belang is voor een deel van de groep patiënten. Er is immers ook een deel waarvoor het minder werkt. Het punt waar ik mee zit, is dat ik dat niet zelf ga zitten bepalen. Ik kan dat ook helemaal niet. Ik heb daar volstrekt onvoldoende verstand van. Daarvoor hebben wij het Zorginstituut ingesteld. Dat geeft altijd advies over de therapeutische meerwaarde en de kosteneffectiviteit. Hoe meer het medicijn doet, hoe duurder het kan zijn ten opzichte van de huidige situatie. Ik hecht zeer aan wat het Zorginstituut daarvan vindt. Daarbij wil ik uiteraard ook de vraag meenemen hoe je op een gegeven moment ten aanzien van innovaties bij diagnostische testen nog een ander resultaat kunt krijgen. Daarin kun je ook differentiëren. Er zijn heel verschillende afspraken gemaakt, waarbij volumes ook een rol spelen. Mevrouw Gerbrands zegt: pay for performance. Nou is het hartstikke moeilijk om dat te operationaliseren, maar de gedachten staan niet stil. Voor alles waarvoor wij een oplossing kunnen vinden, willen wij ons inspannen, maar uiteindelijk zit je met twee partijen om de tafel.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Wij willen ook niet dat de Minister zich zomaar neerlegt bij de prijzen van de fabrikanten. Een aantal woordvoerders heeft aangegeven dat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) ons ook nog andere pressiemiddelen heeft aangereikt. Als een farmaceutisch bedrijf niet wil bewegen in de onderhandelingen, kan de Minister toch ook op een gegeven moment zeggen: ik ga opdracht geven aan de apothekers om die medicijnen te maken; dan kunnen ze gewoon langs het octrooi? Dat geldt niet alleen voor Orkambi maar ook voor alle dure medicijnen die eraan

komen en die misschien allemaal belangrijk zijn. De raad geeft nog twee andere tips ten aanzien van dwanglicenties of het misbruik maken van de machtspositie. Kan de Minister die instrumenten niet inschakelen bij Orkambi en bij andere te dure medicijnen?

Minister Schippers:

Ik heb de RVS zelf gevraagd om advies te geven over de aanpak van dure geneesmiddelen in de volle breedte, omdat ik vind dat wij alle denkkraft in Nederland moeten inzetten om een antwoord te vinden op de vraag hoe wij dit beter en efficiënter kunnen doen en hoe wij onze positie kunnen verbeteren. Vaak heb je te maken met patiënten van wie de kwaliteit van leven ongelooflijk verbetert, die veel langer leven of die zelfs genezen door medicijnen die vaak buitenproportioneel duur zijn. Dus je zit altijd met enorme dilemma's. Dat advies komt later dit jaar. Daar zie ik echt naar uit. Een aantal leden van die raad heeft recent al een aantal gedachten op papier gezet en in de krant gezet. Ik ben ook heel erg benieuwd naar hoe zij dat gaan uitwerken. De drie oplossingen die zij bieden, kan ik namelijk niet zomaar inzetten. Ik ben dan ook heel erg benieuwd naar hoe de raad die operationaliseert, zodat ik ze kan inzetten. Met een van die oplossingen is de Kamer zeer bekend: de magistrale bereiding. Daar hebben wij vaak over gesproken. Mevrouw Kooiman refereerde daaraan toen ze zei: als een medicijn magistraal wordt bereid en voor een heel schappelijk bedrag wordt verkocht, dan komt er een fabrikant die het gaat registreren waarna het vele malen duurder op de markt komt en dan krijg je bijbetalingen. Daar hebben wij veel over gesproken. Daar heeft Otwin van Dijk destijds ook een motie over ingediend. Naar aanleiding van die motie hebben wij de randen opgezocht van wat kan. Er is een Europese richtlijn die daar scherpe regels aan stelt. Wat wij in Nederland doen is op of over de rand van die Europese richtlijn; laten wij het erop houden dat het op de rand is. Ik vind dit zelf ongelooflijk belangrijk. Het is een uitweg die je maximaal moet benutten.

De tweede oplossing is dwanglicenties. Die hebben wij ook in de Nederlandse octrooiwetgeving zitten. De Minister van Economische Zaken kan beslissen om die daadwerkelijk in te zetten, maar dat mag wettelijk gezien alleen als laatste redmiddel. Dat kun je niet zomaar doen. Anders gaat een rechter oordelen dat jij inbreuk maakt op de rechten van de octrooihouders. Je kunt dat dus niet zomaar inzetten. In het artikel werd daar een beetje makkelijk over gedaan, alsof dat op de plank ligt en ik dat niet wil gebruiken. Dat lijkt mij niet aan de orde.

De raad had nog een derde oplossing: het aanpakken van machtsmisbruik. De ACM (Autoriteit Consument & Markt) heeft aangegeven daarbovenop te zitten en daar meer mee te willen doen. Dat is de toezichthouder die dat zou moeten doen. Die wil ik zeker aanmoedigen om dat te doen. Maar dit gaat natuurlijk niet helpen bij een pakketbeoordeling van een nieuw geneesmiddel. Ik hoop dat de raad die dingen verder uitwerkt, zodat wij daar aan het eind van het jaar maximaal gebruik van kunnen maken wanneer dat aan de orde is. Maar dat ik een en ander zomaar van de plank kan halen en zomaar met een dwanglicentie het Orkambi-probleem zou kunnen oplossen, is gewoon niet zo.

De voorzitter:

Dit was het antwoord op een vraag van mevrouw Sazias. Ik geef haar de gelegenheid voor een korte aanvullende vraag. De interrupties en antwoorden moeten wel wat korter, al merk ik dat de Minister tegelijkertijd een aantal antwoorden geeft. Om het debat helder en overzichtelijk te houden voor iedereen, zou ik daar aandacht voor willen vragen.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Die uitwerking duurt nog een halfjaar. Mijn vraag aan de Minister is dan: alstublieft, voer de druk op, want mensen kunnen daar gewoon niet op wachten. Hiermee heeft zij ook een aantal extra pressiemiddelen in handen.

Minister Schippers:

Zeker. Ik verwacht nu ook veel van de RVS, want die heeft deze oplossingen aangeleverd. Ik vind ze iets te gemakkelijk. Toen ik het stuk las, dacht ik: dat mens heeft ze op de plank liggen, waarom gebruikt ze die dingen niet? Dat is zo omdat daar toch nog wel wat hobbels voor zitten. Ik verwacht dat de RVS dat nu maximaal operationaliseert, zodat ik precies weet wanneer het kan worden ingezet en hoe die hobbels kunnen worden weggewerkt. Mevrouw Sazias suggereert misschien dat ik langer de tijd zou willen nemen dan ik maximaal kan. Dat is niet zo. Ik vind het ongelooflijk belangrijk dat de medicijnen er zijn waar mensen baat bij hebben en die echt veel kunnen betekenen voor mensen. Ik zeg ook: een fabrikant van geneesmiddelen is een maatschappelijk ondernemer; die maakt geen auto's. Dat is echt een verschil. Dus ik verwacht ook dat een fabrikant in deze gevallen echt kijkt naar wat maatschappelijk verantwoordelijke prijzen zijn.

Mevrouw Kooiman (SP):

Het is natuurlijk van de zotte dat de Minister zegt: zieke patiënten moeten dan maar aankloppen bij de fabrikant zelf. Dat lijkt mij niet echt de oplossing. Het lijkt mij eerder wenselijk dat de Minister zelf bij de fabrikant aanklopt en dat ze zelf aan tafel gaat zitten. Ik ben heel benieuwd naar de onderhandelingen, maar de tijd dringt. De PVV zei het al: wij zijn al jaren bezig met dit probleem en zieke patiënten wachten nog steeds op zorg. Nu zegt de Minister: wij kunnen wel een dwanglicentie opleggen, maar daar moet de Minister van Economische Zaken eigenlijk ook naar kijken. Dat begrijp ik een beetje. Is zij bereid om hier in ieder geval vaart achter te zetten, ook gezien de onderhandelingen? Dan heeft zij mogelijk nog een ander pressiemiddel in handen bij de fabrikant.

Minister Schippers:

Ik wil even terug voordat mijn woorden verkeerd worden weergegeven. Ik heb helemaal niet gezegd: patiënt, meld je bij de fabrikant. Ik heb gezegd: het is belangrijk dat de druk op de fabrikant groot genoeg blijft. Ik kan mij voorstellen dat daar eventueel een motie over komt; daar was even sprake van. Ik zou zeggen: doe uw best. Dat helpt enorm in de onderhandelingen. Want waar hebben wij het nou over? Wij hebben het over een fabrikant die de op een na de hoogste prijs gaat vragen van alle geneesmiddelen die wij in Nederland hebben, voor een middel waarvan de toegevoegde waarde door het Zorginstituut betrekkelijk wordt geacht. Daar hebben wij het over. Waar gaat dit debat dan over? De SP roept al jaren: pak die fabrikanten eens harder aan! Zeg maar hoe ik dat moet doen! De vraagprijs betalen? Dat lijkt mij niet echt een aanpak waar wij met elkaar op zitten te wachten, want wij betalen dat met elkaar uit premiegeld. Ik heb gedaan wat je in zo'n geval kunt doen: een geneesmiddelenvisie presenteren waarin ik een aantal richtingen heb aangegeven. Wij zijn bezig met op nationaal niveau inkoop te organiseren met ziekenhuizen en verzekeraars. Dan is het niet één ziekenhuis dat onderhandelt, maar slaan wij de handen ineen en onderhandelen wij met alle ziekenhuizen die een bepaald geneesmiddel gebruiken.

Ook proberen we internationaal de handen ineen te slaan. Wij werken nu samen met België bij dit geneesmiddel, en de stand van zaken in de onderhandelingen is dat ook Oostenrijk zich heeft aangesloten. Ierland en Zwitserland willen zich aansluiten. Ik heb de afgelopen Europese Raad met de nieuwe Franse Minister gesproken. Zij wil in ieder geval samenwerken op het gebied van informatie-uitwisseling, horizonsscanning, HTA

(Health Technology Assessment) et cetera. Het doel is dat wij ook met een aantal grote landen gaan samenwerken, want dan onderhandel je voor een veel grotere patiëntenpopulatie. Of je onderhandelt voor 17 miljoen mensen – slechts een aantal van hen is natuurlijk patiënt – of dat je onderhandelt voor 100 miljoen mensen maakt nogal verschil. In dat laatste geval is je onderhandelingspositie veel beter.

Op ons verzoek, dat wij hebben gedaan tijdens ons Europees voorzitterschap, is de Europese Commissie een analyse aan het doen van wat wij allemaal op Europees niveau hebben geregeld aan patenten. Als je een weesgeneesmiddel hebt, krijg je bijvoorbeeld veel langere patenten. Bevordert of belemmert dat nou innovatie? Dat betekent immers dat generieke fabrikanten het in die tijd niet kunnen namaken en dat ze het medicijn dus niet goedkoper op de markt kunnen brengen, zodat de prijs zou kunnen dalen. Dat soort zaken is in gang gezet, maar het is niet zo dat ik dingen vertraag. Nee, ik heb liever morgen een deal dan overmorgen. 6 juli herstarten de onderhandelingen. Wij zullen ons uiterste best doen om daar een goed resultaat uit te krijgen.

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Daarmee hebben we helaas nog geen oplossing voor de patiënten die dat wel nodig hebben. En dit is helaas niet het eerste geneesmiddel waarbij de farmaceutische industrie patiënten gebruikt als pinautomaat. Laten wij dus zoeken naar een oplossing hiervoor. Er is een aantal oplossingen aangedragen. De Minister zegt: ik ben wel benieuwd hoe wij dat moeten doen. Ik zie ook wel dat het complex kan zijn omdat de Minister van Economische Zaken dan bijvoorbeeld een dwanglicentie moet afgeven. Maar kan de Minister niet zelf binnen haar eigen ministerie kijken of het mogelijk is om die dwanglicentie toch op te leggen, zeker nu wij in de onderhandelingen zitten over Orkambi? De Minister kan wel vragen aan andere partijen om het werk te doen, maar er zit ook veel kennis op het ministerie zelf. Kan zij zelf niet in kaart brengen wat op dat gebied mogelijk is?

Minister **Schippers**:

We hebben alles op alles gezet in de nieuwe geneesmiddelenvisie om echt een ander beleid te voeren op dit terrein. Met die geneesmiddelenvisie hebben wij ook echt een ander beleid ingezet. Er is een sluis gekomen: geneesmiddelen gaan niet automatisch het pakket in, maar daar wordt over onderhandeld. Voordat wij dat hebben ingesteld, onderhandelde een Minister helemaal niet over de prijs van medicijnen. Er is in die geneesmiddelenvisie echt een ander beleid uitgezet voor geneesmiddelen om ervoor te zorgen dat die geneesmiddelen ook op de lange termijn betaalbaar blijven. Het is ontzettend belangrijk dat er nieuwe geneesmiddelen komen. We vergeten weleens dat innovaties heel nieuwe, belangrijke medicijnen opleveren. Dat is een ontzettend goed resultaat van de farmaceutische industrie. Ik ben alle mensen die daar hun energie in stoppen echt dankbaar, maar uiteindelijk moeten wij de middelen wel kunnen betalen. Anders worden ze voor niemand gemaakt. Mevrouw Kooiman vraagt: kunnen jullie op het ministerie niet alles op alles zetten? Dat doen wij, maar ik hoor van mevrouw Kooiman ook niet hoe ik het dan zou moeten doen.

De **voorzitter**:

Ik zie dat mevrouw Ellemée op dit punt ook een vraag heeft, maar ik stel voor dat we de Minister de gelegenheid geven om eerst de beantwoording van de vragen over dit onderwerp af te ronden. Daarna geef ik als eerste mevrouw Ellemée het woord.

De Minister vervolgt, voor zover nodig, de beantwoording.

Minister **Schippers**:

In de geneesmiddelenvisie hebben we een hele reeks maatregelen opgenomen. Zo is er een inkoopplatform opgericht. Wij hebben althans iemand aangesteld die dat op dit moment van de grond aan het tillen is, zodat wij gezamenlijk kunnen gaan inkopen. We hebben om daar belangrijke stappen in te kunnen zetten ingezet op diagnostische testen door voor ZonMw geld vrij te maken. Ik denk dat de geneesmiddelenvisie overall hetgeen is wat wij hebben kunnen bedenken om die geneesmiddelen betaalbaar en toegankelijk te houden.

Kortdurend en gepast gebruik is in verband met Soliris als aandachtspunt aangegeven door de heer Nijboer van de Partij van de Arbeid. Dat is een mooi voorbeeld waar wij ook daadwerkelijk actief op inzetten. Er is ontzettend veel aandacht voor, ook bij het Zorginstituut. Er is ook veel geld beschikbaar voor het ZonMw-programma voor gepast gebruik geneesmiddelen. Daar kunnen we echt heel belangrijke stappen met elkaar zetten. De heer Nijboer vraagt wat ik van inkoopmacht vind. Daarvoor heb ik in de nieuwe geneesmiddelenvisie dus een platform opgericht. Ik denk dat we die inkoopmacht nationaal en internationaal echt moeten versterken. Hij vraagt ook naar de patenten. Ook daarover heb ik in de geneesmiddelenvisie het een en ander opgenomen, ook ten aanzien van de patenten die we voor weesgeneesmiddelen op Europees gebied hebben.

De Wet geneesmiddelenprijzen is een belangrijk generiek instrument in de totale mix van maatregelen voor kostenbeheersing. Ik denk dat dat belangrijke zaken zijn.

De voorzitter:

Mijnheer Rutte, ik heb net met mevrouw Ellemée afgesproken dat de Minister dit blokje even afmaakt en dat we daarna vragen aan haar stellen. De Minister gaat verder.

Minister Schippers:

Ik blader door mijn aantekeningen en ik zie dat ik al deze vragen allemaal heb beantwoord. Ik zie nu dat dat niet helemaal geldt voor de stand van zaken in Europa. Ik heb die min of meer geschetst, maar ik heb nog niet gezegd dat we met pilots bezig zijn voor gezamenlijke beoordeling en gezamenlijke onderhandelingen. Daarvoor lopen nu drie pilots. We leren zo elkaars systemen en waarden kennen, maar dat kost natuurlijk tijd omdat het altijd complexer is dan je vooraf dacht.

Gisteren heeft het Benelux-initiatief – dat is die samenwerking – in Brussel een voorstel gedaan voor een internationale horizonscan geneesmiddelen. Wij hebben daar iedereen uitgenodigd om samen met ons de krachten te bundelen. Dat is ongelooflijk belangrijk, omdat je dan proactief kunt zijn. Je weet dan immers wat er in de pijplijn zit.

Voorzitter, volgens mij heb ik zo de geneesmiddelen gehad.

De voorzitter:

Goed.

Mevrouw Ellemée had zich als eerste aangemeld voor een vraag.

Mevrouw Ellemée (GroenLinks):

Ik ben het eigenlijk volledig met de Minister eens dat het ontzettend ingewikkeld is en dat het de taak is van ons ministerie om hard te onderhandelen over een goede prijs en dat dat niet gedwarsboemd moet worden. Het is duidelijk dat dit ook het standpunt van GroenLinks is en dat dat gesteund moet worden omdat we anders inderdaad een sluis openzetten en de overstroming daarna niet meer te overzien is. De Minister zegt ook: mensen en partijen moeten niet wijzen naar het departement dat de onderhandelingen doet, maar zich veel directer richten tot de farmaceuten om hen erop te wijzen wat wel of niet maatschappelijk aanvaardbaar is. Daar heb ik een vraag over. Ziet de

Minister een rol voor zichzelf weggelegd om dat maatschappelijk protest te faciliteren? Naar mijn idee zou er namelijk nog feller moeten worden geprotesteerd tegen maatschappelijk onaanvaardbaar hoge prijzen. De Minister zou dat bijvoorbeeld met patiëntenorganisaties kunnen doen. Ziet zij daarbij een rol voor zichzelf weggelegd?

Minister **Schippers**:

Ik heb een aantal rondetafels gehad met fabrikanten. De eerste rondetafel met een aantal fabrikanten is onder ons Europees voorzitterschap in Den Haag georganiseerd. Ik heb daarbij bijvoorbeeld ook KWF Kankerbestrijding uitgenodigd. Dat is herhaald in Lissabon en recent in Malta. Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik de uitkomsten daarvan uiterst teleurstellend vind, omdat ik aan de kant van de overheden duidelijk grote zorgen zie. Overheden zien echt de noodzaak om de geneesmiddelenmarkt op een andere manier te benaderen. Dat beseft zie ik onvoldoende terug bij de grote innovatieve fabrikanten die waren uitgenodigd. Ik moet wel zeggen dat dat niet opgaat voor alle fabrikanten. Er zijn best wel initiatieven die ongelooflijk belangrijk zijn. Je ziet dat die fabrikanten wel heel goed beseffen dat het anders moet. Je ziet nieuwe businessmodellen en wij subsidiëren ook een aantal nieuwe initiatieven over hoe het anders zou kunnen. Dat zijn initiatieven waarbij het transparant is wat het gekost heeft. Ik heb ook heel veel fabrikanten hierover gesproken en sommige fabrikanten zien echt in dat het overduidelijk is dat het onhoudbaar is hoe we het nu doen. Maar heel veel fabrikanten zien dat niet en dat is teleurstellend. We proberen dat op de agenda te zetten met rondetafels en door het debat aan te gaan, publiekelijk en in het openbaar.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik hoor de Minister toch vooral zeggen dat het rondetafels zijn waarbij overheden met de fabrikanten spreken en waarbij misschien dan ook nog een KWF wordt uitgenodigd. Maar ziet de Minister mogelijkheden om juist met het geluid van de belangengroepen en patiëntengroepen die positie te versterken en om dat protest sterker te laten horen? Ik vraag dat, omdat het best mogelijk is dat fabrikanten misschien wat ontvankelijker zijn voor de kritiek als het maatschappelijk protest is in plaats van alleen kritiek van overheden.

Minister **Schippers**:

Ik denk dat dit een belangrijke ontwikkeling is, maar er ligt natuurlijk ook een verantwoordelijkheid bij de patiëntengroepen zelf. Ik heb het natuurlijk ook op de tv gevolgd en ik heb patiëntengroepen dan eigenlijk steeds een beroep op mij zien doen om het middel te vergoeden. Ik begrijp dat patiënten dat middel heel graag willen hebben omdat zij daar baat bij hebben of de hoop hebben dat ze er baat bij kunnen hebben. Die patiënten zitten in een onmogelijke positie en ik verwijt hun in die zin niks, maar van de patiëntenorganisaties verwacht ik dat zij kritischer gaan kijken naar het verdienmodel van fabrikanten die echt ... Ik moet nogmaals zeggen: er zijn heel veel geneesmiddelen die we opnemen voor een heel maatschappelijke prijs. Maar tegen de fabrikanten waarbij dat evident niet aan de orde is, zou dat ook wel vaker gezegd mogen worden.

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

Ik wil deze kans aangrijpen om de Minister te ondersteunen in haar standvastigheid en strijd om te komen tot maatschappelijk acceptabele prijzen voor geneesmiddelen. Uiteindelijk is dat in het belang van de huidige patiënten en van alle patiënten die er nog gaan komen. Je ziet dat er enorme maatregelen zijn genomen door de Nederlandse overheid om zich samen met anderen te wapenen tegen partijen die zich vaak opstellen als een soort monopolist. Er is nu sprake van een soort gewapende vrede, een koude oorlog. Dat is op dit moment nodig. Daar komen we nu ook

niet uit. Die onderhandelingen lopen nog. Ziet de Minister ook nog kansen om uit die koude oorlog te komen?

In de gesprekken die ik voer, merk ik dat het vertrouwen aan beide kanten buitengewoon laag is. Farmaceutische bedrijven vertrouwen de overheid maar beperkt en zeggen: we komen er helemaal niet meer in; we kunnen niet eens meer het gesprek aangaan. De overheid zegt op haar beurt: ik vertrouw die farmaceuten niet en aan de rondetafels die ik organiseer, beweegt niemand. Zou het bijvoorbeeld een idee kunnen zijn om de dialoog toch weer op te starten en te verkennen op welke manier en op welke veilige wijze meer transparantie kan worden betracht? Dat moeten we doen op een manier dat niet de hele bedrijfshuishouding op tafel hoeft te liggen, maar we wel inzicht kunnen krijgen in wat redelijk is en wat onredelijk is.

Minister Schippers:

Ik denk dat je hier uiteindelijk alleen maar uit kunt komen door een dialoog. Hoe kritisch je ook op elkaar bent, je moet wel blijven beseffen dat de oplossing erin gelegen is dat diegenen die willen veranderen, elkaar moeten treffen en dat met elkaar moeten zien te bewerkstelligen. Ik neem overigens zelf geen blad voor de mond, omdat ik die dilemma's dagelijks zie. Ik ben daar ook open over. Het is ook de reden waarom ik het afgelopen jaar ongelooflijk veel fabrikanten heb gesproken. Als ik niet meer zou spreken met fabrikanten, zouden we niet op de goede weg zijn. Door die gesprekken weet ik ook dat een aantal fabrikanten zegt: wij willen wel meedenken over hoe het anders kan. Ik denk dus dat die dialoog heel erg belangrijk is en dat die dialoog de komende jaren ook zeker gevoerd en voortgezet zal moeten worden. Misschien moet je zelfs gaan bekijken of je met elkaar een bondje, een akkoord kunt sluiten, maar dan moet je wel substantiële stappen met elkaar kunnen zetten. Ik denk echt dat dat de weg is om te gaan, omdat je moet begrijpen waar de ander vandaan komt om weer een stap te kunnen zetten.

De heer Arno Rutte (VVD):

Om te voorkomen dat ik een tweede interruptie moet plaatsen... Ik bedank de Minister voor deze toezegging, want het is belangrijk dat die dialoog er is. Dat is de manier om met de partijen die wel willen, te komen tot een soort coalition of the willing.

Een ander punt is het gepast gebruik. De Minister noemde al Soliris en Eculizumab. Er stond een heel mooi artikel in de NRC over hoe je met heel weinig gebruik van dat middel grote effecten kunt bereiken. Het speelde ook al rondom TNF-alfaremmers, een soort reumamedicatie. Je ziet dan wel een enorme terughoudendheid in de medische stand. Je ziet voorlopers als de Sint Maartenskliniek die zeggen: wij kunnen echt toe met veel lagere doseringen. Dat doen ze heel slim, vaak ook met biosimilars. Ze kunnen daarmee vaak de patiënten net zo goed behandelen. Daarnaar wordt veel onderzoek gedaan, maar het blijkt binnen de beroepsgroep maar matig opgepakt te worden. Kunnen we nog iets doen om dat verder te brengen? Het gaat dan niet alleen maar over de prijs, maar vooral over de mate van gebruik van deze effectieve middelen, zonder dat dat ten koste gaat van de patiënt.

Minister Schippers:

Mijn perceptie is dat er daar juist heel veel gebeurt. Daar ligt natuurlijk ook heel veel potentieel. Ik vind dat artsen er ook echt wel actief mee bezig zijn en hun nek uitsteken, ook vanuit het besef dat het betaalbaar moet zijn. Dat gebeurt dan ook samen met de fabrikanten. Ik ben het helemaal met u eens dat het een ontzettend belangrijke ontwikkeling is en dat er heel veel potentie zit.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Ik heb in eerste termijn ook al gezegd dat ik het verstandig vind om niet aan «u vraagt, wij betalen» te doen. Dat is in het belang van ons allemaal. Ik hoor de Minister vervolgens zeggen dat de oplossing ligt in een dialoog. Heeft de Minister wel eens gedreigd – dat is wat je dan natuurlijk gewoon doet – met het bekendmaken van de namen van de farmaceuten die zich schandalig gedragen? Ik heb zelf in een discussie Amfexa van Eurocept horen noemen. Dat is een ADHD-medicijn dat altijd door apothekers werd gemaakt, maar dat was afgelopen toen Eurocept het octrooi neerlegde. Daarna ging de prijs door het dak heen. Mijn collega noemde net het voorbeeld van lithium van Essential Pharmaceuticals, om er nog maar een te noemen. Zijn er hier niet meer van? Ik snap ook wel waarom een patiëntenorganisatie niet doet wat de Minister zegt. De strijd is al zo groot en dan is het misschien wel te veel gevraagd om ook nog eens de strijd aan te gaan met die farmaceuten. Misschien moeten wij dat namens hen gaan doen. Ik heb het net over winstcowboys gehad. De woorden die ik echt denk, zijn niet gepast om hier te herhalen!

Minister Schippers:

Ik denk dat je het allebei moet doen. Ik denk dat we ook met elkaar de weg van samenwerking moeten inslaan met die partijen die het anders en beter willen doen. Ik kom zo op verzoek van mevrouw Kooiman nog terug op Essential Pharmaceuticals, maar wij noemen natuurlijk regelmatig namen. We hebben de afgelopen jaren bijvoorbeeld ook regelmatig debatten gehad over fabrikanten die een geneesmiddel registreren om het vervolgens zo duur te maken dat er echt hoge betalingen aan verbonden zijn. Ik noem de naam van de fabrikant er dan zelf altijd gewoon bij.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Ik denk dat het een van de onderdelen is waarop we maatregelen moeten nemen om echt de strijd aan te kunnen gaan met de farmaceuten die zich over de rug van heel, heel zieke mensen schandalig gedragen. Ik vind het verschrikkelijk. Het is dan ook echt goed – de Minister vindt mij hier aan haar zijde – om die strijd gewoon heel hard te voeren. Ik garandeer de Minister dat ik me echt aan het verdiepen ben in die hele Europese patentwetgeving om te bekijken of we misschien via het Europese parlement ook stappen kunnen zetten. De belangen zijn heel groot en laten wij daarom met z'n allen naast de patiënten en uiteindelijk naast de premiebetalers gaan staan om dit echt te beëindigen. Er komen nog veel medicijnen op ons af en daardoor is het zo financieel niet meer vol te houden. Maar goed, ik vind het dus goed dat de Minister er zo in zit. Ik zal daar ook mijn steentje aan bijdragen.

Minister Schippers:

Voorzitter. Er is gevraagd of er mogelijkheden zijn om snelle toegang tot weesgeneesmiddelen te bevorderen. Ik merk daarbij op dat op dit moment, alle dure weesgeneesmiddelen, op een enkele uitzondering na, gewoon worden vergoed. Een goed voorbeeld is Eculizumab voor de aandoening aHUS (atypisch Hemolytisch Uremisch Syndroom). Dat is een erg duur maar effectief weesgeneesmiddel, dat onder strikte voorwaarden voor gepast gebruik – dat om de kosten te beperken – uit het basispakket wordt vergoed. Dat voorbeeld geeft aan dat er argumenten kunnen zijn om een duur bewezen geneesmiddel toch te vergoeden, eventueel onder voorbehoud van een financieel arrangement of afspraken over gepast gebruik. Daarbij kan gedacht worden aan zaken zoals: is het de enige behandelmethode, in hoeverre verbetert het de kwaliteit van leven en is er zicht op verbetering van de kosteneffectiviteit? Bij de herziening van de voorwaardelijke toelating bekijk ik ook hoe we kunnen omgaan met weesgeneesmiddelen waarvan minder bekend is over de effectiviteit. Mevrouw Kooiman stelde vragen over Essential Pharmaceuticals. Na overname van een aantal geneesmiddelen heeft dat bedrijf de prijzen

inderdaad enorm verhoogd. Er is geprobeerd om de fabrikant ertoe te bewegen om zijn prijs te verlagen. Dat is niet gelukt. Het aanpassen van de vergoedingslimiet betekent dus toegeven aan prijsverhogingen door de fabrikant. Als wij zeggen «als u uw prijs verhoogt, verhogen wij onze vergoeding», is dat volgens mij de omgekeerde wereld. Wat krijg je dan? Een eigen betaling. Ik heb hier overigens al een paar keer voor gewaarschuwd. Een groot deel van de Kamer wil eigenlijk een totale herberekening van het GVS (Geneesmiddelenvergoedingssysteem). Wij zijn op onderdelen wel aan het herberekenen, maar ook dat gaat betekenen: een eigen betaling.

Voor een aantal geneesmiddelen, onder andere Camcolit, is er een alternatief. Dat alternatief kunnen patiënten in overleg met hun arts gebruiken. Een magistrale bereiding is ook een legitieme optie, want die is gewoon mogelijk. We hebben al eerder besproken – ook in vergelijkbare gevallen waarin hetzelfde is gebeurd – dat een ongeregistreerde doorgeleverde bereiding over het hele land zou kunnen. Volgens Europese richtlijnen kan dit niet als een product geregistreerd is. VWS onderzoekt of bij nieuwe herijking van de maximumprijzen volgens de WGP een maximumprijs aan deze middelen van Essential Pharmaceuticals kan worden gekoppeld.

Eigenlijk ben ik al ingegaan op andere beoordelingssystemen voor geneesmiddelen, bijvoorbeeld pay for performance. We kijken altijd naar allerlei mogelijke varianten van nieuwe betalingen. Pay for performance kent wel zijn moeilijkheden en is in de praktijk lastig. Ook internationale ervaringen laten zien dat dit instrument lastig uit te voeren is en ook administratieve lasten met zich meebrengt voor artsen, maar wij staan wel open voor nieuwe vormen van betalen. Soms nemen we dat punt ook mee in de onderhandelingen. Het Zorginstituut zal ook steeds bij moeten blijven op het punt van wat op dit terrein allemaal mogelijk is.

De voorzitter:

Mevrouw Kooiman heeft een vraag. Dat is haar tweede interruptie.

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Met betrekking tot Camcolit en die eigen betaling is er inderdaad een ander geneesmiddel, Priadel, waar je als patiënt mogelijk ook naar kan vragen. Het punt is alleen dat het opnieuw instellen heel vaak heel veel tijd en ook heel veel moeite kost en niet zonder sommige risico's is. Soms willen patiënten ook helemaal geen bloed meer laten prikken of willen zij de eigen betaling niet weer betalen. Bij manische patiënten is dat echt een probleem. De Minister zegt dat de magistrale bereiding een optie is. Is het dan niet mogelijk om niet alleen de apotheker in Den Haag te vragen om dit te doen, maar om meerdere apothekers te vragen om dit te bereiden?

Minister Schippers:

Apothekers kunnen dat doen. We weten dat heel veel apothekers niet meer zelf die magistrale bereiding doen, maar apothekers kunnen dit doen.

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Ik vraag de Minister om de apothekers dit te vragen, want wat de fabrikant nu doet, is zó schandalig en zo veel patiënten zijn nu de dupe van die eigen betalingen dat ik de Minister vraag of zij de apothekers die dit zelf kunnen bereiden, wil vragen om dat te doen.

Minister Schippers:

Nee, ik kan dat niet, maar we hebben het er nu publiekelijk over en iedereen kan zien dat dit magistraal bereid kan worden en dat het dus niet alleen door een Haagse apotheek kan worden gedaan maar door alle

apothekers die dit doen en die dit zouden kunnen. Via een Europese richtlijn zitten daar heel strakke regels aan vast.

Dan de fysiotherapie. Ik heb al aangegeven dat fysiotherapie als systeem op mijn verzoek helemaal is doorgelicht door het Zorginstituut, omdat wij eerst uitgaan van betalingen door de mensen zelf. We hebben een lijst en dan zijn er eerst de betalingen zelf en dan is fysiotherapie in het pakket. Soms kan dit een heel verkeerde prikkel zijn, omdat een korte, strakke en beperkte behandeling soms enorm veel meer effect kan hebben dan heel langdurig doorbehandelen. Het Zorginstituut heeft die doorlichting gedaan en werkt dat hele pakket langzaam maar zeker helemaal door. Daar hebben we de eerste resultaten al van gezien.

Er is een langere zaak over de effectiviteit van fysiotherapie bij reuma. Die effectiviteit is volgens het Zorginstituut onvoldoende aangetoond. Het Zorginstituut heeft daar drie adviezen over uitgebracht: in 2011, in 2014 en in maart 2017. De consequente lijn van het Zorginstituut is dat fysiotherapie dan onvoldoende effectief is. We hebben allemaal gezien dat heel veel behandelaars het daar eigenlijk niet mee eens zijn. Wij hebben van het Zorginstituut vernomen dat met deze partijen in het reumaveld, zoals het Reumafonds en het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie), overleg plaatsvindt over de mogelijkheid van voorwaardelijke toelating voor effectiviteitsonderzoek. De reumapartijen dienen morgen een aanvraag bij het Zorginstituut in voor voorwaardelijke toelating. Misschien is dat een weg om dit door de voorwaardelijke toelating systematischer te kunnen onderzoeken.

Over de Borstlijst heb ik het eigenlijk al gehad. Die wordt stap voor stap doorgewerkt. Partijen hebben COPD en lage rugklachten als prioriteiten aangegeven voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden voor effectieve behandelingen. Daarna zullen andere interventies volgen, inclusief die van de chronische lijst. Het Zorginstituut maakt hiervoor een plan van aanpak. Dat zal ik in juli krijgen. Zodra ik dat heb, zal ik het naar de Kamer sturen. Wat de tandarts betreft: het Centraal Planbureau heeft bij Keuzes in Kaart 2018–2021 in beeld gebracht dat pakketopname van fysiotherapie en mondzorg voor volwassenen behoorlijke kosten met zich meedraagt. De tandarts is er niet recent uit gegaan. De tandarts is in 2004, dus dertien jaar geleden, uit het pakket gegaan en zit daar nog steeds in voor mensen die in een Wlz-instelling verblijven en voor 18-minners. Het CPB heeft berekend dat dit een verhoging van de collectieve lasten met 1,2 miljard zou betekenen. Hetzelfde geldt voor opname van fysiotherapie in het pakket: het zou bijna 900 miljoen kosten om fysiotherapie in het pakket op te nemen. Ik vind het veel belangrijker om bijvoorbeeld ten aanzien van fysiotherapie het door het Zorginstituut ingeslagen pad te volgen en stuk voor stuk te bekijken of het werkt en hoe we het zo slim mogelijk in het pakket kunnen krijgen: moet dat aan het eind of is het juist veel beter om te kiezen voor de eerste zes behandelingen en zijn er ook dingen die uit de tweede lijn weg kunnen? Daarom heb ik ook die route van het systeemadvies gevolgd.

Mevrouw Sazias sprak over mondzorg voor 18-plus in het pakket. Die vraag heb ik eigenlijk al beantwoord.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik kom nog even terug op de fysiotherapie. Wat de Minister zegt, kan ik helemaal volgen. Misschien komt zij er nog op, maar omdat dit nu over fysiotherapie gaat, vraag ik haar of bijvoorbeeld de substitutiecijfers in de richting van de tweede lijn bekend zijn sinds de fysiotherapie uit het pakket is. Zien we een toename van het aantal mensen die meer behandelingen in de tweede lijn nodig hebben omdat zij die fysiotherapie niet krijgen? Of is dat iets wat bij het onderzoek in het kader van de voorwaardelijke toelating wordt meegenomen?

Minister **Schippers**:

Daar kwam ik net aan toe; dat is dus mooi. Die substitutiecijfers zijn niet in de volle breedte beschikbaar. Wel zijn voor aandoeningen zoals etalagebenen en artrose bij heup en knie – dat zijn de brokken die nu gedaan zijn; daar heeft het Zorginstituut over geadviseerd – cijfers beschikbaar over de substitutie bij de opname van fysiotherapie in het basispakket. Van de brokken die we nu doen, is dit dus bekend, maar dit is niet in de volle breedte bekend.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik wachtte nog even of er iets kwam, want daar gaat het mij natuurlijk juist om. Bij deze aandoeningen is dat duidelijk; de Minister en het Zorginstituut hebben niet voor niets besloten dat deze aandoeningen in het basispakket moeten worden gedaan. Van de hele discussie over reuma zei de Minister zojuist: voorwaardelijke toelating en dan gaan we kijken, omdat er tussen enerzijds het veld en de behandelaren en het Zorginstituut een verschil van opvatting is over de effectiviteit. Mijn vraag is of die substitutiecijfers ook worden meegenomen bij het onderzoek dat plaats gaat vinden na die voorwaardelijke toelating. Ik neem aan dat dat zo is, als dat nu ook bij die andere onderwerpen zo is.

Minister **Schippers**:

Dat is zeker zo. Bij voorwaardelijke toelating wordt er nog veel meer gemonitord, want dat is ook het voordeel van voorwaardelijke toelating. Dat is dus zeker zo.

Er is gezegd dat de huisarts zou moeten bepalen of je naar fysiotherapie kunt, dat er dus geen directe toegang zou moeten zijn tot de fysiotherapeut en dat fysiotherapie dan in het pakket zou moeten komen. Wij doen dit wél per aandoening. Mevrouw Sazias zei dat het eigenlijk heel gek is als je dit per aandoening doet, maar dat is juist wat wij wel doen. Ik ben daar ook echt een heel groot voorstander van. Vroeger zette je iets in of uit het pakket. Dat zijn zeer digitale besluiten, die altijd financieel zijn ingegeven. Ik wil dat we zorginhoudelijk bepalen of iets echt toegevoegde waarde heeft ten opzichte van een operatie of iets anders wat wij in het pakket hebben: heeft het therapeutische meerwaarde en is het kosteneffectief? Dat zijn heel belangrijke dingen. Zo wordt fysiotherapie dus helemaal doorgelicht en ook per indicatiegebied beoordeeld. Als iets geen therapeutische meerwaarde heeft of niet kosteneffectief is, vergoed je dat dus niet vanuit het pakket. Het lijkt mij dat dat dan niet aan de orde zou moeten zijn.

De SP vroeg naar vitaminen, mineralen en paracetamol en het advies van het Zorginstituut daarover. Het Zorginstituut beargumenteert dat die geneesmiddelen vanwege hun lage kosten, het feit dat er nagenoeg gelijkwaardige middelen in de vrije verkoop zijn en het feit dat veel gebruikers een minder ernstige en een vaak voorkomende aandoening hebben, voor eigen rekening kunnen komen. Dat is het oordeel van het Zorginstituut. Dat argument valt onder het pakketcriterium «noodzakelijkheid». Hierbij beoordeelt het Zorginstituut of verwacht kan worden dat een individu de kosten voor deze geneesmiddelen zelf kan dragen. Ik heb aangegeven dat ik hier niet over beslis. Misschien wordt er gezegd: waarom beslist u dan wel over die andere dingen? Fysiotherapie heb ik dus al een paar jaar geleden ingezet. Dat doen we steeds per aandoening. Dat past dus echt in het beleid dat ik heb ingezet. Daarom zeg ik: als zo'n artroseheup en -knie voorbijkomt, is het gewoon voortzetting van het beleid om het zo te doen. Dit is een heel nieuw advies met andere afwegingen. Daarvan heb ik gezegd dat ik dat niet zal doen.

De Partij van de Arbeid vroeg of er een kans is op negatieve substitutie, zodat een arts zegt: geen goedkoop paracetamolletje, dan schrijf ik je wel iets duurders voor. Daar geeft het rapport van het Zorginstituut geen aanleiding toe. Een persoonlijke noot is dat ik daar wel beducht voor ben. Dit moet wel altijd goed meegewogen worden, want we hebben dit eerder

gezien bij Minister Hoogervorst, die destijds goedkope middelen uit het pakket heeft gehaald. Toen zagen we een massale substitutie door duurdere geneesmiddelen. Het voordeel was wel dat hij die vervolgens door onderhandelingen met de farmaceutische industrie veel goedkoper weer in het pakket heeft gekregen. Het had dus toch iets opgeleverd, maar substitutie is dus een heel bekend fenomeen in de zorg, waar we altijd beducht voor moeten zijn. Wanneer de besluitvorming plaatsvindt over de vraag of we dit wel of niet in het pakket doen, zal contact opgenomen worden met het Zorginstituut en zal de uiteindelijke definitieve lijst besproken worden. Er zal dan ook rekening worden gehouden met alternatieven die op dat moment beschikbaar zijn.

Dan de taperingstrips voor de afbouw van antidepressiva. De zorg wordt vergoed door zorgverzekeraars mits de zorg voldoet aan het criterium «stand van de wetenschap en de praktijk». Als het niet past bij «stand van de wetenschap en de praktijk» en geen onderdeel is van een richtlijn, wordt een verzekeraar niet geacht om dit te vergoeden, tenzij hij dit in zijn aanvullende verzekering stopt. Zo hebben we dat ook afgesproken.

Taperingstrips zijn apotheekbereidingen. In dat geval moet sprake zijn van rationele farmacotherapie en moet de verzekerde op de behandeling zijn aangewezen. Als een verzekeraar twijfelt, moet hij zich wenden tot het Zorginstituut Nederland voor een advies. Bij dat advies betreft het Zorginstituut ook de huidige richtlijnen en het oordeel van de betreffende beroepsgroep. Op dit moment maken taperingstrips geen duidelijk omschreven onderdeel uit van specifieke behandelrichtlijnen voor psychiatrische aandoeningen. Om die reden worden zij dus niet vergoed.

De voorzitter:

Mevrouw Sazias, ik geef u gelegenheid voor uw tweede interruptie.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dat zorgverzekeraars terughoudend zijn, weten we. Daar kunnen we ons wel wat bij voorstellen. Maar als nu duidelijk is dat die taperingstrips ervoor zorgen dat mensen sneller van de medicijnen af komen en niet hoeven te blijven doorslikken, dan levert ons dat uiteindelijk toch ook geld op?

Minister Schippers:

Ja, maar dan moet de beroepsgroep dus zeggen: wij vinden dit zorginhoudelijk beter en we zetten het in de richtlijn.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Gelukkig komt de beroepsgroep daar steeds meer mee. Ik hoop dat die zich nog wat meer geroepen voelt en zal laten horen.

Minister Schippers:

Mevrouw Keijzer vroeg naar functioneringsgericht toewijzen van hulpmiddelen. Ik ben met haar van mening dat het goed is om het zo te doen, omdat je maatwerk kunt leveren en veel meer rekening kunt houden met iemands persoonlijke situatie of specifieke stoornis. Het maakt nogal uit welke functies je allemaal uitoefent, of je heel druk bent, of je heel veel moet verplaatsen of dat je dat juist niet doet. Een hulpmiddel moet zich eigenlijk aan jou aanpassen in plaats van andersom. Daarbij is het adagium: eenvoudig waar het kan en ingewikkeld waar mogelijk. Ik ben dus een groot voorstander van het functioneel toewijzen van hulpmiddelen. Wat nu precies de vraag van mevrouw Keijzer was, ben ik even kwijt, maar dit lijkt me niet per se een antwoord op een vraag eigenlijk.

De voorzitter:

Misschien kan dat in tweede termijn nog even aan de orde komen?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Het was niet zozeer een vraag. Het is eigenlijk zoals de Minister het ook zegt, plus de belofte dat wij dit nadrukkelijk gaan volgen, want het moet ook in de praktijk zo uitpakken dat er maatwerk is.

De **voorzitter**:

Dank voor de toelichting.

Minister **Schippers**:

Ik steun dat van harte.

Wanneer merkt de patiënt in de praktijk iets van de afspraken die zijn gemaakt in bestuurlijk overleg over de hulpmiddelen? Alle partijen hebben ingestemd met de afspraken in het kwaliteitskader en de specifieke modules. Er is afgesproken dat die leidend zullen zijn bij de zorginkoop van zorgverzekeraars voor 2018. Deze afspraken worden ook onderdeel van de zorgplicht waarop de NZa zal toezien. Patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars spreken samen af wat goede hulpmiddelenzorg is. Dat is hier gebeurd. Dat zal dus gevolg moeten krijgen in de inkoop.

Dan kom ik op de dieetpreparaten. Er is een verschil met de inkoopnorm wat betreft de variëteit. Daar hebben we met elkaar over gesproken. We zijn tot de conclusie gekomen dat een patiënt of verzekerde voldoende keuze moet hebben. Er moet dus niet één merk of één dieetpreparaat zijn, maar keuze uit verschillende merken. Het een past je namelijk beter dan het ander, bijvoorbeeld omdat je er beter tegen kunt. De verzekeraar moet dus breed inkopen. Er moet voldoende, ruime keuze van dieetpreparaten zijn. Dat vloeit voort uit de zorgplicht. Dat hebben we ook echt opgenomen. Het laatste deel waarover we het hebben gehad, was de vraag of een verzekeraar het verplichte eigen risico mag inzetten om een verzekerde te stimuleren bepaalde zorg af te nemen. Dat mocht een verzekeraar altijd. Eigenlijk heb ik met de brief die ik destijds over de kwaliteit heb gestuurd, gezegd dat de verzekeraar steeds meer dat eigen risico zou moeten inzetten. De verzekeraar kan dan zeggen: als je naar deze aanbieder gaat, hoef je het eigen risico van mij niet te betalen. Dat sturingsinstrument is volgens de NZa onderdeel van ons systeem. Daarvan ga ik dus niet zeggen dat het wél voor allerlei soorten zorg mag worden ingezet en niet voor dieetpreparaten. Maar er moet wel voldoende keuze zijn aan dieetpreparaten.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Daar gaat het nou net mis bij dieetpreparaten. Je moet je er even in verdiepen, maar als je van lekker eten houdt, snap je het wel. Anders dan bij andere medicijnen, is het niet zo dat het meestal niet uitmaakt of je de werkzame stof via pilletje A of pilletje B binnen krijgt. Bij dieetpreparaten gaat het om de smaak, om hoe het voelt in je mond en om hoe het vervolgens in je maag werkt. Daarbij geldt ook of je het lekker vindt en of het je helpt om het te nemen. In de praktijk zie je – en dat is tot aan de Hoge Raad doorgegaan – dat de verzekeraar, VGZ in dit geval, het allemaal zo vormgeeft dat het slot van het liedje is dat je maar uit een paar dingen kunt kiezen. Ik snap de hele juridische toestand eromheen, maar toch wil ik de Minister vragen om eens te gaan praten met de zorgverzekeraars. Kan zij met zachte krachten – die zij ook heeft – in plaats van harde krachten voor elkaar krijgen dat het aanbod daadwerkelijk breed is? Je moet niet nadat je de lijst van VGZ hebt doorzocht maar bij drie dingen uitkomen.

Minister **Schippers**:

Ik ben het eens met de uitspraak van mevrouw Keijzer dat er voldoende keuze moet zijn. VGZ heeft ook een zorgplicht en moet dus voldoende keuze bieden. Ik wil op verzoek van mevrouw Keijzer best met VGZ in

gesprek gaan en vragen hoe het dat doet en of het voldoende keuze biedt. Maar mijn brief die ik gisteren stuurde, ging over het volgende. Iedereen moet € 385 betalen, ook voor dieetpreparaten en allerlei andere zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt. Dat is het verplichte eigen risico. Verzekeraars kunnen echter tegen mensen zeggen: als je van deze zorg gebruikmaakt, hoef je dat verplichte eigen risico op onderdelen niet te betalen. Dat is toegestaan. De NZa kan daarvoor geen normen opleggen. Er zijn ook verzekeraars die dat überhaupt niet doen en mensen de € 385 voor alle zorg eerst vol laten maken. Maar er zijn ook verzekeraars die zeggen: nee, als je die en die zorg gebruikt, dan hoeft dat niet. Dat kwijtschelden van het eigen risico gebeurt nog maar mondjesmaat, maar ik vind het wel mooi als verzekeraars juist meer het eigen risico zouden kwijtschelden in plaats van minder. Je kunt als verzekeraar natuurlijk ook een premieverlaging doorvoeren. Een premieverlaging is voor iedereen fijn. Het eigen risico kwijtschelden heeft met name voordelen voor diegenen die zorg gebruiken. Ik vind het eigenlijk heel mooi als verzekeraars op onderdelen het eigen risico kwijtschelden. De vraag van mevrouw Keijzer was specifiek of de keuze wel breed genoeg is. Ik zal dat de eerstvolgende keer dat ik met VGZ in gesprek ga, meenemen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik ben blij met deze toezegging van de Minister. Het hele verhaal over het eigen risico kan in de praktijk natuurlijk zo uitpakken dat de keuzevrijheid toch weer beperkt is. Dat maakt het zo frustrerend. De manier waarop dit gegaan is, verdient niet de schoonheidsprijs. Vorige keer eindigden we met: er kan een inkoopnorm komen. Uiteindelijk bleek dat juridisch niet geregeld te kunnen worden. Dat accepteer ik dan maar even voor dit moment. Ik ben benieuwd hoe uiteindelijk het gesprek met VGZ vorm krijgt. In eerste instantie begreep ik weinig van voedingspreparaten, totdat ik het me uit liet leggen. Dan opeens snap je dat het ene stuk chocola het andere niet is en de ene zoute haring is ook weer heel anders dan de andere; om maar eens twee uitersten te pakken. Dat snapt iedereen. Als je dat snapt, snap je ook waarom dit zo belangrijk is.

Minister **Schippers**:

Dat vindt de Kamer belangrijk en dat vind ik ook belangrijk. Daarom hebben we ook gezegd dat één merk of één dieetpreparaat te weinig is. Nee, je moet patiënten voldoende keuze bieden. Het gaat namelijk ook over textuur en smaak. Als je al moeilijk eet of heel ziek bent, is dat juist heel belangrijk. Je moet dus voldoende keuze bieden. Op die norm hebben verzekeraars een zorgplicht.

Dan kom ik op de intensieve kindzorg. Op dit moment geldt dat verzorging aan kinderen altijd onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt, behalve wanneer een kind voldoet aan het IKZ-criterium, het intensieve-kindzorgcriterium. Er wordt dus alleen gekeken naar de aard van de zorghandeling bij het bepalen van wie de zorg moet organiseren en leveren. Dat leidt tot ontzettend veel problemen. We hebben daar een denktank op gezet om ons te adviseren over de manier waarop we die problemen kunnen oplossen. Die denktank is met een oplossing gekomen. Die hebben wij overgenomen. Ik zeg er direct bij dat daar veel voorlichting en communicatie bij nodig is. Dit vraagt dat we actief uitdragen hoe het nu geregeld is. Ik zeg toe dat dit komend jaar echt moet gebeuren om dit goed te laten lopen.

Wat hebben we gedaan met de nieuwe afbakening? Daarbij hebben we eigenlijk de parallel gezocht tussen de Zorgverzekeringswet en de Jeugdwet en de manier waarop het voor volwassenen geregeld is in de Zorgverzekeringswet en de Wmo 2015. Dat heeft zich even moeten inregelen, maar dat loopt nu goed. Zo willen we het eigenlijk ook voor de kindzorg gaan doen. Dat betekent dat we vanaf 1 januari specifiek uitgaan van de context van het kind. Als de verzorging samenhangt met de

geneeskundige zorg, dan is de kinderverpleegkundige vanuit de Zorgverzekeringswet verantwoordelijk. Als de verzorging gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, blijft die onder de Jeugdwet vallen. Deze knip wordt geacht in de praktijk veel beter te werken dan de knip die wij hadden. Deze nieuwe afbakening heeft geen gevolgen voor de toegang tot de Wet langdurige zorg. De Zorgverzekeringswet blijft voor kinderen voorliggend als een kind vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Als een kind naast complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap ook een ernstige verstandelijke of zintuiglijke handicap heeft, kan het zijn aangewezen op de Wet langdurige zorg. Het aangrijpingspunt van zorg is dus bepalend. Ik vind het zelf ook ontzettend ingewikkeld, maar we hebben geprobeerd om een oplossing te vinden voor de knip die er lag in de praktijk. Die werkte niet goed voor de mensen die met deze kinderen werken. De oplossing is parallel aan de Wmo-Zvw-afbakening. Die willen we hier ook toepassen. De denktank heeft aangegeven hoe we dat moeten doen en dat moeten we heel goed begeleiden qua communicatie en voorlichting en in praktijksituaties.

De voorzitter:

U hebt eigenlijk al uw interruptiemogelijkheden al gebruikt, mevrouw Keijzer.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Mag ik één korte vraag stellen?

De voorzitter:

Kan dat niet in tweede termijn?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Het is echt een korte vraag, die verhelderend kan werken.

De voorzitter:

Heel kort dan.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Als een kind onder de Wet langdurige zorg valt, komt dan ook de persoonlijke verzorging uit de Wet langdurige zorg?

Minister Schippers:

Ja, al begeef ik me nu op het terrein van de Staatssecretaris.

Het is heel belangrijk dat het helder is. VGN vraagt om verduidelijking van de nota van toelichting. Ik ben zeker bereid om samen met VGN te bekijken hoe de toelichting verder zou kunnen worden verduidelijkt.

Heldere communicatie over de nieuwe knip is voor ouders en degenen die de zorg leveren heel belangrijk. Wij zullen daar dus aan gaan werken.

Ik kom op de ggz-Wlz. Dat is een traject dat al even loopt. Mevrouw Dijkstra refereerde eraan. Als je tot de conclusie komt dat je nog twee jaar nodig hebt voordat je aan een wetsvoorstel toe komt, dan zou het toch heel gek zijn als je in de laatste weken van het kabinet zo'n belangrijk besluit gaat vastleggen voor je opvolger? Ik vind dat echt heel gek. Als we al heel veel voorbereiding hadden gedaan en we het in september zouden kunnen invoeren, zou ik kunnen zeggen dat ik dat besluit moet nemen.

Maar er moeten gewoon nog heel veel dingen heel goed worden uitgezocht. Het is ingewikkeld. Als we één ding geleerd hebben van alle hervormingen en stelselwijzigingen, dan is het wel dat een goede, zorgvuldige voorbereiding ontzettend belangrijk is. Daar is hard aan gewerkt, maar het heeft behoorlijke consequenties als we de Wlz

openzetten voor de cliënten zelf. Dat zijn heel kwetsbare mensen, dus we moeten heel goed weten wat we doen. Het gaat om een grote groep cliënten en het gaat om forse budgettaire verschuivingen tussen de verschillende domeinen. Dat geeft heel veel uitvoeringsvragen. Ik vind dat zo ingrijpend dat ik vind dat je die beslissing niet moet nemen als je diep demissionair bent. Wil dat zeggen dat dit stil ligt? Nee, wij gaan gewoon door, ook met de voorbereiding. Daarom kunnen we de Kamer ook schrijven hoelang het ongeveer gaat duren en dat de uitvoeringsvragen daadwerkelijk moeten worden opgelost. Er is al een meldpunt voor cliënten waar zij terecht kunnen met hun zorgvraag. Dat heet het Juiste Loket. Dat Juiste Loket geeft uitleg en informatie. Wordt er geen oplossing gevonden dan escaleert men naar VWS. Wij hebben daar mensen zitten die het vervolgens ook oplossen.

Worden er door het Zorginstituut Nederland voorbereidingen getroffen voor een extramurale behandeling? Wat is de voortgang daarvan? Loopt het op schema, zodat mensen er geen last van hebben? De zorg past in beginsel binnen de Zorgverzekeringswet. Er moet eerst nog werk worden verzet. Het gaat om een nadere omschrijving van de zorgprogramma's en een advies van de NZa over de bekostiging. Bij de NZa is inmiddels een aanvraag gedaan voor een uitvoeringstoets. Dit advies volgt uiterlijk 1 november 2017. Het Zorginstituut gaat met de beroepsgroepen aan de slag met de zorgprogramma's. In de tussentijd is de zorg geborgd in de subsidieregeling onder de Wet langdurige zorg, die in ieder geval tot 1 januari 2019 loopt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De Minister neemt er al een beetje een voorschot op, maar misschien is het goed dat de Kamer het stappenplan ontvangt met betrekking tot de ggz die naar de Wlz gaat.

Minister **Schippers**:

Wij hebben een brief gestuurd, maar ik zal bekijken of datgene wat bekend is, in een stappenplan kan worden gezet en naar de Kamer kan worden gestuurd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Hartelijk dank.

De **voorzitter**:

De brief staat overigens op de agenda van de komende procedurevergadering.

Minister **Schippers**:

Zoals u allemaal weet, heb ik het Zorginstituut gevraagd om mij te adviseren over de NIPT als eerste test en over de vraag of deze uit het basispakket moet worden vergoed of op een andere manier moet worden gefinancierd. Het advies bevindt zich nu in de consultatiefase. Ik vind het dus wat voorbarig om te zeggen dat het Zorginstituut iets heeft geadviseerd, want het is nog bezig met de consultatie. Ik reageer nooit in de consultatiefase. Naar verwachting verschijnt het definitieve advies medio juli. Dat wacht ik eerst af. Tegen iedereen die zich hier zorgen over maakt, zeg ik: we hebben gewoon een subsidieregeling lopen en het zal altijd een politiek besluit zijn om een subsidieregeling op te heffen of om een besluit te nemen over het basispakket. Er is dus niets aan de hand.

Ik ben het enorm met mevrouw Gerbrands eens dat datgene wat vergoed wordt uit de Zorgverzekeringswet een therapeutische meerwaarde moet hebben en kosteneffectief moet zijn. Yoga, massage en andere zaken moeten niet uit de Zorgverzekeringswet worden bekostigd. Ik heb daar een aantal voorstellen voor gedaan. Sommige hebben de Tweede Kamer wel gehaald, andere niet. Ik ben er enorm van doordrongen dat dit heel

belangrijk is om het draagvlak onder de Zorgverzekeringswet te behouden. De zorgverzekeraar heeft een belangrijke taak hierin. Hij moet bekijken of datgene wat geleverd wordt daadwerkelijk onder de basisverzekering valt. Wij hebben een wetsvoorstel opgesteld, het VTO Wmg (wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving), om de verzekeraar deze controles ook beter te kunnen laten doen. Dat ligt momenteel in de Eerste Kamer. Het is al door de Tweede Kamer aanvaard. Yoga is een welzijnsgerelateerde activiteit. Die kan niet worden gedeclareerd onder de zorgactiviteit dagbesteding en kan dus niet worden vergoed.

In het AO Zwangerschap en geboorte hebben we gesproken over de poliklinische bevalling. Mevrouw Kooiman refereerde daar al aan. Zij heeft ook een motie aangekondigd om de eigen betaling af te schaffen. Ik vind dat het niet aan mij is om daar nu een besluit over te nemen. Er is ook geen financiële ruimte voor gereserveerd bij de Voorjaarsnota. Als de motie wordt aangenomen, zullen we dit dus moeten inpassen. Dan moet ik er ook ergens weer dekking voor vinden.

Ik heb de Kamer op 9 juni een brief gestuurd over psychosociale zorg bij somatische problematiek. Wat is de stand van zaken van de pilot? De zorg bij aanpassingsstoornissen, bijvoorbeeld na een ingrijpende somatische aandoening zoals kanker, wordt sinds 2012 niet meer vergoed uit het pakket. Voor de groep ex-kankerpatiënten bekijken wij of er mogelijkheden zijn om deze zorg alsnog te vergoeden. Het gaat dan om patiënten die niet meer bij een specialist in behandeling zijn, waardoor er geen dbc-product meer loopt. Als dat wel loopt, wordt het namelijk wel vergoed. Dat hebben we al geregeld. Dit is voor patiënten die uit de dbc zijn. Ook vanwege de aandacht van de Kamer voor psychosociale zorg voor ex-kankerpatiënten en de gesprekken die ik zelf met hen heb gevoerd, richten we een pilot in. Die pilot richt zich specifiek op deze groep. De Zorgverzekeringswet biedt geen mogelijkheden voor experimenten met de aanspraak of tijdelijke vergoeding ter zake. Ook via de bekostigingsregels van de NZa is het niet mogelijk om verzekerde zorg tijdelijk te vergoeden, ook niet voor bijvoorbeeld één verzekeraar. Daarom wil ik op korte termijn samen met betrokken partijen starten met een tweejarige onderzoekspilot, waarbij gekeken kan worden naar het effect van deze zorg op de kwaliteit van leven van de patiënt, maar ook naar de mogelijkheden voor heropname in het basispakket van aanpassingsstoornissen na kanker, of voor een andere vorm van financiering. Dat wordt dan minder globaal dan hoe het ooit in het pakket zat. Het wordt veel meer gepinpoint. Dat is de exercitie waarmee we bezig zijn.

Op dit moment wordt de exacte opzet van de pilot samen met betrokken partijen verder uitgewerkt. De verwachting is dat de eerste patiënten in het eerste kwartaal van 2018 behandeld kunnen worden in deze pilot. De resultaten van deze tweejarige pilot vormen de input voor een uiteindelijke beslissing. Als er wordt gevraagd of ik vind dat ik als demissionaire Minister een tweejarige pilot op kan zetten, antwoord ik dat ik dit traject echt wel een tijd geleden ben gestart. Ik heb er veel met de Kamer over overlegd. De Kamer heeft deze richting ook altijd gesteund, namelijk om in de dbc de zorg herop te nemen voor die kankerpatiënten die nog onder een dbc vallen en om dit ook te doen voor ex-patiënten. Ik zie dit dus als voortzetting van beleid en dat vind ik voldoende om deze pilot door te zetten.

Er is ook een vraag gesteld over de geestelijke verzorging bij palliatieve zorg. Het Zorginstituut Nederland heeft in 2006 geoordeeld dat begeleiding bij het omgaan met het einde en zingeving kan vallen onder het verzekerde pakket, maar dan moet wel zijn voldaan aan het criterium «stand van de wetenschap en praktijk». Een zorgaanbieder mag een dergelijke interventie ook laten uitvoeren door de geestelijke verzorger. Er is nog onvoldoende bewijslast voor de effectiviteit van interventies vanuit

een levensbeschouwelijke optiek die gericht zijn op het omgaan met bijvoorbeeld een ernstige ziekte, en in dit geval, bij palliatieve zorg, met het einde. Daarom is deze zorg niet verzekerd. In samenwerking met de beroepsgroep heb ik de volgende acties in gang gezet. Allereerst zijn er onderzoeksresultaten nodig voor onderbouwing van de specifieke interventies door de geestelijke verzorger. VGVZ (Vereniging van Geestelijk VerZorgers) is in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen bezig met de voorbereiding van een dergelijk onderzoek. VGVZ start met de opzet van een kwaliteitskader. VGVZ voert ook gesprekken met relevante partijen om de bekendheid met geestelijke verzorgers in de eerste lijn te vergroten.

Over vaccinatie tegen gordelroos hebben we eerder gesproken. De Gezondheidsraad en het Zorginstituut Nederland hebben gezamenlijk een advies aan mij uitgebracht. Dat heb ik gevolgd. Men heeft geconcludeerd dat de bescherming tegen gordelroos beperkt is en dat er bovendien sprake is van interactie met andere medicijnen. Je kunt dus ook niet zomaar iedereen gaan vaccineren. Op basis van dit advies heb ik besloten om dit vaccin niet in een publiek programma of in het basispakket op te nemen. Ik heb de Kamer hierover een brief gestuurd op 30 september 2016. Natuurlijk kan een oudere het vaccin op eigen kosten bij een individuele zorgverlener krijgen. Het vaccin kost € 144 per patiënt voor een eenmalige toediening. Gezien de resultaten van het onderzoek zul je echter ook bij jezelf moeten nagaan of je dit wel of niet wilt doen. Ik vind het heel belangrijk dat we voor het vaccinatieprogramma heel goed luisteren naar de Gezondheidsraad en het Zorginstituut Nederland, die nu een vaccinkamer heeft. Zij adviseren ons over wat we wel of niet moeten opnemen. Het draagvlak voor het Rijksvaccinatieprogramma is ongelofelijk belangrijk. We zien al een lichte teruggang, voor het derde jaar op rij, in een aantal vaccinaties. Ik laat onderzoek doen om te bekijken waar dat aan ligt. Dat doe ik niet voor niets. Het gaat erom dat ik kan ingrijpen op de redenen waarom mensen die vaccinaties minder laten doen. In dit geval denk ik aan de bmr-vaccinatie voor kinderen. Juist bij het Rijksvaccinatieprogramma vind ik het dus ontzettend belangrijk om goed te luisteren naar de adviezen.

De voorzitter:

Mevrouw Sazias, ik zie dat u een vraag hebt, maar u hebt al twee interrupties gehad, dus ik stel voor dat u deze bewaart voor de tweede termijn.

Minister Schippers:

De woordvoerder van D66 heeft gevraagd of ik in beeld kan brengen in welke mate kosteneffectiviteit wordt meegenomen bij de beoordeling door het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut kijkt bij de pakketbeoordeling expliciet naar de kosteneffectiviteit. Die wordt wel afgewogen tegen andere pakketcriteria, bijvoorbeeld de therapeutische meerwaarde, de vraag of het werkt zoals het moet werken, de vraag hoe het werkt in vergelijking met hetgeen we al hebben, de noodzakelijkheid en de uitvoerbaarheid. Met name bij geneesmiddelen speelt de kosteneffectiviteit een grote rol. Bij andere vormen van zorg zou deze wat mij betreft ook een grotere rol kunnen spelen dan nu het geval is. De beoordeling door het Zorginstituut is erg genuanceerd. Het gaat niet om een hard afkappunt, maar kosteneffectiviteit kan wel zwaar meewegen. Daardoor wordt zorg beschikbaar voor een prijs die in verhouding staat tot de meerwaarde die bijvoorbeeld de behandeling oplevert.

Er is een lijst opgesteld met zinloze behandelingen. Ik vind deze beter-niet-doenlijst een ontzettend goed initiatief. Het is van groot belang dat die lijst opvolging krijgt. Dat kan omdat die moet worden opgenomen in de richtlijnen. Ik steun dus ook van harte dat het veld ermee aan de slag gaat en dat in richtlijnen wordt opgenomen wanneer je iets wel, maar vooral

ook wanneer je iets niet moet doen. We denken weleens «baat het niet, schaadt het niet», maar soms schaadt het wel. Ik herzie momenteel de voorwaardelijke toelating om meer onderzoek naar nog niet bewezen effectieve zorg te stimuleren.

Ik kom op een betere informatievoorziening over het pakket en de rol van de zorgverzekeraars hierin. Ik onderschrijf het belang om mensen, onder wie ook zorgverleners, van begrijpelijke informatie te voorzien over wie de zorg regelt, wie wat betaalt, en of iets vergoed wordt. Samen met Per Saldo en Ieder(in) is het meld- en informatiepunt het Juiste Loket ingesteld. Dat is bedoeld om mensen te ondersteunen die niet weten waar zij naartoe moeten voor zorg en ondersteuning, of daar vragen over hebben. Medewerkers van het meldpunt bekijken samen met de hulpvrager wat de vraag is en geven informatie, bijvoorbeeld over de vraag welke organisatie verantwoordelijk is. Ze proberen soms om in overleg met de verantwoordelijke instanties, de gemeente, de verzekeraar, het zorgkantoor of het ClZ, oplossingen te vinden voor een probleem. Sinds 1 april is dit loket ook voor zorgverleners en zorgaanbieders. Ik denk dat dit belangrijk is om beter te kunnen voorzien in de informatiebehoefte die mensen hebben.

De NZa schrijft voor dat zorgverzekeraars transparant moeten zijn over de inhoud van de polis en wat door de zorgverzekering wordt vergoed. Zij ziet daar ook ieder jaar op toe.

De laatste vraag ging over Q-support. Kan ik ervoor zorgen dat dit een jaar wordt verlengd? Voor het zomerreces kom ik nog met een reactie op de adviezen van de Ombudsman, Q-support en BrabantAdvies. De eventuele verlenging van Q-support zal ik hierin meenemen.

De **voorzitter**:

Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van het kabinet. Is er behoefte aan een tweede termijn? Dat is het geval. Ik geef graag als eerste het woord aan mevrouw Gerbrands, voor haar spreektijd van maximaal twee minuten.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Voorzitter. Laat ik beginnen met het punt van die 1.300 behandelingen. Het is natuurlijk een beetje raar dat wij het Zorginstituut Nederland laten bepalen wat er in het pakket mag. Als het niet bewezen effectief en niet kosteneffectief is, komt het er niet in. Als een behandeling er eenmaal in zit, maar men aangeeft dat die niet effectief is, moet een en ander eerst in een richtlijn worden opgenomen voordat de behandeling eruit kan. Heb ik dat goed begrepen? Hoe kunnen we daar dan een beetje vaart achter zetten?

Ik ben net heel even weggeweest, dus ik weet niet of mevrouw Ellemeet er nog naar gevraagd heeft, maar ik begrijp dat de onderhandelingen over Orkambi op 6 juli worden voortgezet. Het pakket moet voor 1 juli worden vastgesteld. Wat zijn de consequenties hiervan? Kan Orkambi er wel nog in opgenomen worden als men eruit komt?

Ik heb ook nog een opmerking gemaakt over het Zorginstituut. Het klinkt allemaal heel leuk, «bewezen effectief en kosteneffectief», maar welke criteria worden hier precies voor gehanteerd? Wat wordt er precies in meegenomen? Gaat het ook om zaken als minder ziekenhuisopnames en dat mensen gewoon aan het werk kunnen? Het hoeft niet nu, maar ik wil er graag aanvullende informatie over hebben. Wat neemt het Zorginstituut mee in zijn beoordeling? Daar laat ik het bij, want volgens mij ben ik door mijn tijd heen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Voorzitter. Dank aan de Minister voor de verschillende toezeggingen. Ik worstel wel nog met de intensieve kindzorg, want hoe voorkom je dat er weer nieuwe afbakeningsdiscussies ontstaan? Op zichzelf is helder wat de

Minister net heeft aangegeven. Zij gaat praten met leder(in) en VGN om heel goed vast te stellen hoe het precies zit, ook in de memorie van toelichting van de nieuwe regel. Ik maak me daar best wel zorgen over. Dit zijn, om het maar eens plat te zeggen, heel dure klantjes. Er is dus ook een financieel belang om ze van je af te schuiven, maar dat kan gewoon niet omdat het niet alleen gaat om heel dure klantjes maar ook heel zieke kinderen.

De Minister gaf aan dat zij de Kamer voor het zomerreces in een brief informeert over hoe om te gaan met Q-Support en de eventuele verlenging daarvan. Zou de Minister daar vandaag iets meer over kunnen zeggen?

Mevrouw **Kooiman** (SP):

Voorzitter. Er valt een hele hoop te zeggen, maar net als mevrouw Gerbrands blijf ik een beetje hangen in de vraag: hoe komt die afweging van Zorginstituut Nederland nou eigenlijk tot stand? Laten wij Orkambi als voorbeeld nemen. Marle, die ons gisteren die petitie heeft aangeboden en die op de publieke tribune zit, zegt eigenlijk tegen ons: omdat ik dat middel gebruik, heb ik niet zes ziekenhuisopnames nodig maar twee. Vaak wordt daar niet naar gekeken. Vaak wordt niet gekeken naar wat het oplevert. Zo gaat het ook met die zware paracetamol. Dat is juist een heel goedkoop middel. Daarvan zegt de Minister terecht: ik maak mij zorgen over de substitutie van zorg, in die zin dat artsen bijvoorbeeld ibuprofen gaan voorschrijven. Dat middel is duurder maar bovendien niet heel erg handig voor je maag en soms ook gevaarlijk. Kan de Minister daar wat meer helderheid over geven? Het lijkt mij essentieel om ook naar dat kosteneffect te kijken, ook in het belang van de patiënt. Ik blijf ook zitten met vragen over Orkambi, zeker als het gaat om die dwanglicentie. Ik weet niet of ik de Minister echt goed begrepen heb, maar ik dacht dat zij zei dat een dwanglicentie wel mogelijk is, maar dat dat heel erg omslachtig is. Dan moeten wij namelijk naar het Ministerie van Economische Zaken toe. Als dat zo is, is daar dan geen mouw aan te passen? Is daar een wetswijziging voor nodig? Wat kan de Kamer eventueel doen om dat te bewerkstelligen? Is de Minister voornemens om de Kamer daar op korte termijn, het liefst voor het zomerreces, wat meer uitleg over te geven? Mogelijk kan de Minister ook in gesprek met de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en ons over dat gesprek informeren.

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

Voorzitter. Veel dank aan de Minister voor de uitgebreide toelichting. De Kamer heeft veel vragen gesteld. Pakketdiscussies zijn altijd heel complex. Die raken aan al dit soort moeilijke zaken als kosteneffectiviteit. Ik kan mij heel goed voorstellen dat de Kamercommissie in haar huidige samenstelling zich opnieuw laat voorlichten door Zorginstituut Nederland in een technische briefing of een rondetafel over hoe dat ook alweer werkt. Dat is eerder gebeurd, maar dat is alweer drie jaar geleden. Het is ontzettend belangrijk dat wij met elkaar doorleven hoe dat werkt en dat wij weer een gevoel krijgen bij hoe en op welke zorgvuldige wijze het Zorginstituut dit soort afwegingen maakt.

Het is goed om te horen dat de deur weer openstaat en dat er onderhandeld wordt over Orkambi. Ik snap heel goed dat de Minister geen garantie vooraf kan geven over de onderhandelingen. Maar kan zij nog wel even ingaan op de vraag in hoeverre in die onderhandelingen een rol speelt dat een middel bij de ene patiënt heel effectief kan zijn en bij de andere niet? Ik heb het gevoel dat dat in het verleden ook een rol speelde bij Nivolumab en dat men er toen wel uitgekomen is. Dat zijn allemaal geheime deals, maar ik wil in ieder geval een gevoel krijgen bij de vraag of dit soort zaken meeweegt.

Tot slot, erg veel dank aan de Minister dat zij duidelijk heeft gemaakt dat voor welwillende farmaceutische bedrijven die echt bereid zijn om te bekijken hoe ze in de toekomst tot betere en andere businessmodellen kunnen komen, de deur openstaat voor dialoog. Dat lijkt mij de enige weg om uiteindelijk uit de loopgravenoorlog te komen waar wij op dit moment noodzakelijkerwijs in zitten.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitter. Ik wil graag nog heel even terugkomen op de vaccinaties. De Rijksuniversiteit Groningen heeft opnieuw geconstateerd dat dat echt loont voor de gezondheid van ouderen. Het klopt dat het vaccin niet altijd helemaal werkzaam was, maar er is nu een nieuw vaccin in ontwikkeling. Is de Minister bereid om dat vaccin in het programma te stoppen voor instellingen waar veel ouderen bij elkaar zijn, bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingstehuizen?

Dan had ik nog een vraag waar ik in eerste termijn niet aan toe was gekomen. Kinkhoest komt steeds vaker voor. Er is geopperd dat mensen die veel met kinderen werken, eigenlijk ook ingeënt zouden moeten worden. Wat vindt de Minister daarvan?

Verder ben ik benieuwd naar wat de Minister ons gaat adviseren om vaart te maken in de strijd tegen Orkambi.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Dank aan de Minister voor de beantwoording van de vragen. Ik denk dat wij het allemaal onaanvaardbaar vinden dat Orkambi en andere geneesmiddelen tegen absurd hoge prijzen worden aangeboden. De vraag is nu hoe wij dat probleem aanpakken. De Minister probeert haar bijdrage daaraan te leveren. Tegelijkertijd kunnen wij de maatschappelijke druk richting de fabrikanten nog verder opvoeren. Mevrouw Keijzer zegt terecht dat wij dat niet over de schutting kunnen gooien bij de patiënten-organisaties. Dat ben ik helemaal met haar eens. Mijn vraag aan de Minister is wel: hoe kunnen wij die maatschappelijke organisaties nog beter ondersteunen om samen met ons die maatschappelijke druk op te voeren? Dus ik stel toch nog een keer de vraag aan de Minister of zij daar wat actiever over kan meedenken.

Ik deel met de heer Rutte dat wij de dialoog moeten blijven aangaan, maar wij moeten ook namen and shamen als er geen andere optie is. Die weg moeten wij openhouden. Ik denk dat de Minister met ons het belangrijke signaal heeft gegeven dat alle apothekers middelen magistraal kunnen bereiden. Meer dan dat kunnen we niet doen, maar dat nog een keer benoemen kan absoluut geen kwaad.

Ten slotte, kom ik op de goede informatievoorziening. Ik ben het met de Minister erover eens dat complexiteit soms onvermijdelijk is. Die moeten wij vermijden waar mogelijk, maar maatwerk leidt soms tot een zekere complexiteit. Dat neemt niet weg dat wij de verantwoordelijkheid hebben om patiënten in de complexe situatie die wij hebben gecreëerd, nog beter voor te lichten. De mededeling dat de zorgverzekeraars transparant moeten zijn over hun polis vind ik nog een beetje mager. Ik zou van de Minister willen horen wat zij en de verzekeraars nog meer kunnen doen om deze patiënten wegwijs te maken in dat doolhof.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden, de toezeggingen en de verduidelijkingen; laat ik het zo maar samenvatten. Er zijn al heel veel nadere vragen door de collega's gesteld.

Ik wilde nog even terugkomen op de kosteneffectiviteit en het Zorginstituut. Ik had precies dezelfde gedachte als de heer Rutte: het zou goed zijn als wij als commissie weer eens zicht krijgen op wat het Zorginstituut precies doet. Degenen die al langer in de commissie zitten hebben daar een beter beeld van. Het antwoord dat de Minister mij gaf was voor mij

niet nieuw; ik weet hoe het Zorginstituut dat doet. Maar ik had gevraagd of wij precies in kaart hebben op welke terreinen daar wel aandacht voor is en in welke mate dat meer gebeurt dan voorheen. Daar heeft zij geen antwoord op gegeven. Kan zij ook iets meer zeggen over hoe het Zorginstituut vervolg geeft aan het afwegingskader, om beter voorbereid te zijn op de casuïstiek die wij zo nu en dan zien met name bij de geneesmiddelen? Ik hoop dat de Minister daar nog iets over kan zeggen. Als zij dat niet op dit moment kan maar ons verwijst naar het Zorginstituut, dan neem ik dat ter harte.

Tot zover. Ik moet mij verontschuldigen, want ik moet over een paar minuten deze vergadering verlaten, maar er wordt meegeluisterd naar de antwoorden.

De voorzitter:

Daarmee komen we aan het einde van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Als de Kamer behoefte heeft aan een technische briefing, bijvoorbeeld met Zorginstituut Nederland, dan zou dat via de procedurevergadering geregeld en ingepland kunnen worden.

Ik geef graag het woord aan de Minister voor de beantwoording van de vragen in tweede termijn.

Minister Schippers:

Voorzitter. Het pakket wordt voortdurend uitgebreid of gedeeltelijk ingekrompen. Het Zorginstituut adviseert namelijk ook om dingen eruit te halen die niet werken of die obsoleet zijn. Het Zorginstituut werkt dat hele pakket door en brengt het hele jaar door adviezen uit over dingen waarvan het zegt: dit helpt daar helemaal niet, dus je zou de groep moeten verkleinen of een en ander alleen bij die diagnose moeten toepassen en bij die niet. Het Zorginstituut kijkt niet alleen naar wat erin mag, maar ook naar wat eruit kan. Het is een ongelooflijk breed terrein. Richtlijnen helpen daarbij ook. Wat in een richtlijn is opgenomen, is iets wat een arts vaak gebruikt en hanteert.

Hier is er weliswaar één moment waarop wij beslissen wat er in en uit het pakket kan, maar geneesmiddelen gaan er het hele jaar in en uit, met name in. Orkambi maar ook Nivolumab en allerlei andere middelen gaan erin in allerlei termijnen, het hele jaar door. 1 juli is dus geen deadline. Wat wordt door Zorginstituut Nederland meegenomen? Het Zorginstituut heeft in 2015 een rapport uitgebracht over de kosteneffectiviteit. Dat rapport kan ik zeker aanbevelen. Het geeft ook bij ieder advies aan wat het meeweegt en wat niet. Ziekenhuisopnames worden bijvoorbeeld wel degelijk meegenomen in de afweging of iets kosteneffectief is, want daar geef je dan het geld niet meer aan uit. Dat telt het Zorginstituut dus wel degelijk mee. Uiteraard is het Zorginstituut, als de Kamer dat wil, altijd bereid om een technische briefing te geven over de vraag wat het precies doet, of de Kamer vindt dat het dat goed doet en of het dingen nog anders zou moeten doen.

Het is ongelooflijk belangrijk om de intensieve kindzorg goed te begeleiden. Samen met de partijen van de denktank wil ik er dan ook voor zorgen dat mogelijke onduidelijkheden tot een minimum beperkt worden. Goede voorlichting en communicatie zijn cruciaal. Ik ben met alle betrokken partijen in gesprek over de vraag hoe wij informatie over deze verandering zo duidelijk mogelijk kunnen weergeven. Ook bespreken wij met alle betrokken partijen hoe wij ervoor kunnen zorgen dat hun achterban zo goed mogelijk geïnformeerd wordt. Ouders, kindverpleegkundigen, gemeenten, zorgverzekeraars: iedereen is hierbij betrokken. De bedoeling is dat wij nog deze maand een gezamenlijk implementatieplan presenteren waarin duidelijk wordt aangegeven welke rol alle betrokken partijen vervullen en te vervullen hebben in het verspreiden van de informatie. Zoals ik heb toegezegd, zullen wij in overleg met VGN de memorie van toelichting verduidelijken.

Over Q-Support kan ik de Kamer helaas niets mededelen, omdat dat geen ministersbesluit is maar een ministerraadbesluit. En dat is nog niet in de ministerraad geweest, dus daar kan ik nog niets over zeggen.

Orkambi. Die dwanglicentie is een noodmaatregel. Die kun je niet zomaar nemen, want dan zou een rechter kunnen zeggen: ho, ho, ho, dit kan niet. Het is dus ongelooflijk belangrijk dat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving dat uitwerkt en heel precies aangeeft wanneer dat kan. Als er in heel Europa over een nieuw medicijn wordt onderhandeld, dan kan ik dit niet zomaar van de plank trekken. Maar het is wel heel belangrijk dat RVS deze instrumenten heel nauwkeurig uitwerkt. In het najaar kan de Kamer dat advies van RVS tot zich nemen. Ik neem aan dat de raad dat dan ook precies vermeldt, anders hebben wij er weinig aan.

De heer Rutte vroeg in hoeverre bij onderhandelingen effectiviteit en wisselende effectiviteit een rol spelen. Het feit dat het bij de ene patiënt wel werkt en bij de andere niet is zeker ook aan de orde bij Orkambi. Die organoïden, waar Hans Clevers mee bezig is, zijn ongelooflijk belangrijk daarin. Door de ontwikkeling waar Hans Clevers mee bezig is, kun je op een gegeven moment bepalen of het bij patiënten wel of niet gaat werken. Natuurlijk speelt dat bij onderhandelingen ook een rol.

Vaccinaties. In het advies over gordelroos is niet gezegd: u moet het wel doen in instellingen en niet daarbuiten. De Gezondheidsraad heeft eigenlijk best kritisch geadviseerd. Als er voor de Gezondheidsraad aanleiding is om een en ander opnieuw te bekijken, bijvoorbeeld omdat er nieuwe vorderingen zijn, dan kan ik dat op zijn werkagenda zetten, maar dan moet ik eerst zien dat er iets heel nieuws aan de gang is. Het Zorginstituut en de Gezondheidsraad zitten samen in de vaccinatiekamer. Die heeft een vol werkprogramma, dus als ik dat doe, moet er daadwerkelijk een nieuwe situatie zijn. Anders gaan andere vaccinaties en onderzoeken weer naar achteren. Dat gordelroosadvies is echt wel heel recent, maar als er nieuwe ontwikkelingen zijn, zal de Gezondheidsraad die absoluut weer meenemen.

Dan is de vraag gesteld hoe wij maatschappelijke organisaties beter kunnen ondersteunen. Veel patiëntengroepen en maatschappelijke organisaties zijn heel actief op het terrein van medicijnen. Ik verwijs bijvoorbeeld naar wat het KWF op dit terrein heeft gedaan, de onderzoeken, de presentatie van rapporten en de samenwerking met het ministerie. Wij werken verder samen op het internationale podium: waar het KWF actief is, word ik uitgenodigd en andersom. Zo dragen wij met elkaar dezelfde boodschap uit. Ook andere patiëntenorganisaties zijn heel actief op dit terrein.

Ik ben zelf ook heel actief op dit terrein, ook op Europees niveau. Op het ministerie wordt hieraan echt prioriteit gegeven. Je kunt je natuurlijk met alles bemoeien, maar wij bemoeien ons nog maar met een paar dingen. Dit is een van de terreinen waarop onze focus is gericht en wij trekken aan andere landen. Je ziet nu echt beweging. De Scandinavische landen werken nu samen, net als de Oost-Europese landen, en de zuidelijke landen hebben een overeenkomst getekend. Daarnaast staat ons samenwerkingsverband in de belangstelling en voeren partijen gesprekken om dit uit te breiden. Op Europees niveau wordt onderzoek gedaan. Vandaag of gisteren heeft een Belgische collega de Horizonscan Geneesmiddelen gepresenteerd omdat ik er niet bij kon zijn. Daarvoor zijn ook andere landen uitgenodigd. Er gebeurt dus echt heel veel momenteel en dat is terecht, want dit is hard nodig.

Ik ben een vraag van mevrouw Sazias over kinkhoest vergeten. Zij heeft gesproken over mensen die veel met kinderen werken. Het advies van de Gezondheidsraad aan het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is net uitgekomen. Ik zal het lezen om te bezien hoe het advies luidt.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Zouden wij het antwoord op deze vraag dan schriftelijk kunnen krijgen?

Minister Schippers:

Volgens mij krijgt de Kamer dat via de vaste commissie voor Sociale Zaken. Het advies is aan het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uitgebracht, omdat het een arbeidssituatie betreft. Ik zal er wel naar kijken.

De voorzitter:

Mevrouw Sazias, u kunt bij de vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid het verzoek doen om de vaste commissie voor VWS als volgcommissie op te nemen. Dan krijgen wij dat advies automatisch.

Minister Schippers:

Bij een complex systeem met de beste bedoelingen en om maatwerk te leveren, is de informatievoorziening een belangrijk aspect. Daar ben ik het mee eens. Om die reden wordt daar enorm veel energie in gestoken. Ook de NZa doet ieder jaar veel pogingen om het publiek te bereiken met de boodschap waar het op moet letten, waar informatie kan worden verkregen en hoe die informatie in elkaar steekt. Daarnaast wordt erop toegezien dat verzekeraars adequate informatie verstrekken. Wij hebben een loket opengesteld waar verzekerden met hun vragen terecht kunnen, maar zorgverleners kunnen daar ook terecht. Mensen kunnen ook hun zorgverzekeraar bellen met de vraag: valt dit er nu wel of niet onder, of: geef mij eens extra informatie. Verzekeraars hebben natuurlijk hun polisvoorwaarden. Ik heb wel eens een middagje meegedraaid aan een verzekeraarstelefoon en ik heb toen gemerkt dat er wordt gebeld over dergelijke vragen. Het is natuurlijk belangrijk dat patiënten weten dat zij hun verzekeraar kunnen bellen om die informatie te krijgen.

In antwoord op de vraag naar de kosteneffectiviteit stel ik vast dat die op het terrein van de geneesmiddelen veruit het beste is ontwikkeld. Op dit punt worden steeds meer vorderingen gemaakt. Vandaar dat het Zorginstituut Nederland in 2015 dat rapport heeft uitgebracht. In het regeerakkoord was ook bepaald dat het Zorginstituut hieraan meer aandacht zou besteden. Het Zorginstituut Nederland is beter voorbereid dankzij de horizonscanning, ook internationaal. Immers, als uit de horizonscan naar voren komt wat eraan komt, kun je je daarop beter voorbereiden.

De voorzitter:

Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording door de Minister. Zij heeft een aantal toezeggingen gedaan en die zal ik nu met u doornemen.

- In juli komt een systeemadvies over fysiotherapie van het Zorginstituut Nederland gereed. Het zal per ommegaande aan de Kamer worden gezonden.
- De Minister zal met VGZ in gesprek gaan over dieetpreparaten.
- De Kamer ontvangt voor het zomerreces een brief over Q-support.
- De Kamer ontvangt in het najaar een brief van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over de verschillende oplossingsrichtingen dure geneesmiddelen, andere dan licentie.

Minister Schippers:

De derde toezegging is niet zozeer dat de Kamer een brief ontvangt over Q-support; die brief heeft betrekking op het advies van de Nationale ombudsman. Dit is daarvan een onderdeel.

De voorzitter:

Er komen dus verschillende onderdelen aan de orde.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

De Minister heeft onder andere letterlijk gesproken over de eventuele verlenging van Q-support.

De **voorzitter**:

Daarmee hebben we de toezeggingen gehad. Mevrouw Gerbrands heeft in eerste termijn aangekondigd dat zij een VAO zal aanvragen. Ik kijk even in haar richting of zij dat nog steeds wil.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik zit nog in dubio, dus doe maar. Dan kan het altijd nog worden geannuleerd.

De **voorzitter**:

Dan is de vraag of dat VAO nog voor het zomerreces moet plaatsvinden.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ook over die vraag zal ik nog even nadenken. Ik laat het nog weten.

De **voorzitter**:

Gezien het feit dat volgende week de laatste week voor het reces is, ga ik ervan uit dat dit uiterlijk morgen bekend is.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Dat lukt straks ook.

De **voorzitter**:

We wachten met veel belangstelling de afweging van mevrouw Gerbrands af.

Dan rest mij, de Minister zeer hartelijk te bedanken. Er zijn veel onderwerpen aan de orde geweest die soms heel technisch en inhoudelijk waren. Ik dank daarnaast de ondersteuning, de Kamerleden voor hun inbreng en de mensen op de publieke tribune en hen die het debat op een andere manier hebben gevolgd, voor hun belangstelling.

Sluiting 16.21 uur.