

Vergaderjaar 2022–2023

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1194

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 24 mei 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport over de brief van 2 december 2022 over hoofdlijnen verbeteren en verbreden toets op het basispakket (Kamerstuk 29 689, nr. 1174).

De vragen en opmerkingen zijn op 31 januari 2023 aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport voorgelegd. Bij brief van 23 mei 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	10
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	12
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	15
	Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	17
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie	18
	Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	18
II.	Reactie van het kabinet	20
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	20
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	25
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	30
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	34
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	48
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	55
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	67
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	70
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie	74
	Antwoorden op vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	75

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van het kabinet met daarin de visie van het kabinet over een verbeterde en verbrede toets op het basispakket binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Zij herkennen de visie en ambities zoals beschreven, en waarderen de toevoeging van een aantal casusbeschrijvingen uit de praktijk, maar hebben veel vragen over hoe de visie in de praktijk uitwerking moet gaan krijgen.

Allereerst is het doel voor genoemde leden nog wat vaag. In de brief staat deze beschreven als «in de volle breedte van het pakketbeheer bij te dragen aan passende zorg». Deze leden zien graag een wat concretere beschrijving van wat de verbeterde en verbrede toets moet hebben opgeleverd over bijvoorbeeld drie of vijf jaar. Wat is er dan veranderd door deze aanpak? Deze leden vinden een dergelijke concretisering van belang om te kunnen blijven beoordelen of criteria, aanpak en uitwerking in de praktijk daadwerkelijk bijdragen aan de doelstelling.

Het kabinet verwijst in zijn brief ook naar het Kader Passende zorg van het Zorginstituut. In dit kader staat dat passende zorg ook gaat over gezondheid in plaats van over ziekte. Op welke manier krijgt preventie een

(grotere) rol bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket?

Na het lezen van de visie beklijft bij genoemde leden het gevoel alsof er veel (nieuwe) en ingewikkelde bureaucratie gaat ontstaan met deze aanpak. Terwijl het wat hen betreft van belang is dat de toets op het pakket eenvoudig te begrijpen is door de beroepsorganisaties en toezichthouders, maar ook door zorgverzekeraars, zorgverleners en zorggebruikers. Welke plek ziet het kabinet voor het criterium «eenvoud» in het geheel? Ook missen de leden van de VVD-fractie de positie van «samen beslissen», ook een element van passende zorg in deze toetsaanpak. Hoe wordt gezorgd dat samen beslissen en de daarvoor benodigde communicatie optimaal verloopt met alle betrokkenen? En hoe worden de kennis en kunde van betrokken zorgverleners (en niet alle behandelaars of artsen) geborgd in de aanpak?

Specifiek lezen de leden van de VVD-fractie bijvoorbeeld dat indien zorg niet aantoonbaar voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk, deze uit het pakket stroomt. Deze leden vinden het van groot belang dat wanneer de verbeterde toets op het basispakket van kracht wordt, betrokken partijen goed meegenomen worden in de veranderingen voor de zorg en de verzekerden. Wordt er nagedacht over hoe alle betrokken partijen, van zorgveld tot patiënten, meegenomen worden bij de start en eerste gevolgen van deze verbeterde toets? Hoe wordt transparante uitleg over gevolgen van de verbeterde toets voor het basispakket daarin meegenomen?

De noodzaak van innovatie, met name arbeidsbesparende innovatie, klinkt goed door in de visie in de brief. Genoemde leden vragen het kabinet in hoeverre er met deze toets ook voldoende stimulans is, zowel financieel als administratief, voor het ontwikkelen en in de praktijk brengen van nieuwe behandelingen en nieuwe zorg. De in de brief vermelde prioriteeringscriteria zijn «grote ziektelast, grote personeelsinzet, veel praktijkvariatie» en zijn bedoeld om het grootste effect voor de maatschappij te creëren. In hoeverre gaan deze criteria voorbij aan innovaties die zeer grote effecten voor een relatief kleine groep patiënten (of zorgverleners) kunnen opleveren en staan zij daarmee innovaties in de weg?

Het kabinet beschrijft in de brief de zogenoemde «open instroom» in het pakket en stelt dat bij deze zorg het vaak onduidelijk is of deze effectief is en meerwaarde heeft voor de patiënt en cliënt. Deze middelen worden niet door het Zorginstituut beoordeeld en hierover neemt het kabinet geen besluit. De leden van de VVD-fractie vragen het kabinet hoe geborgd wordt dat de verbeterde toets aansluit bij de verschillende manieren van instroom in het verzekerde pakket. Kan het kabinet nader uiteenzetten hoe dit in de praktijk eruit kan komen te zien? Kan het kabinet aangeven wanneer de Kamer geïnformeerd zal worden over de uitwerking en toepassing van het beoordelingskader «stand van de wetenschap en praktijk» op zorg vanuit de Wlz?

Genoemde leden lezen dat het kabinet overweegt om kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit te verankeren in wet- en regelgeving. Kan het kabinet aangeven welke voor- en tegenargumenten er zijn om dit wettelijk te verankeren? En in hoeverre vergroot wettelijke verankering complexiteit en bureaucratie? Wanneer verwacht het kabinet dat het een besluit hierover neemt?

Is het kabinet voornemens om bij de beoordeling van kosteneffectiviteit ook kosten en opbrengsten mee te wegen die buiten het zorgdomein vallen, zoals ziektelast of arbeidsvermogen? Hoe kan dit een plek krijgen? Genoemde leden lezen dat er bij de weging van de verschillende pakketcriteria onvermijdelijke dilemma's zullen zijn zoals de vraag wat men bereid is te betalen voor effectievere zorg. Op dit moment vergoeden zorgverzekeraars ook behandelingen waarvan het effect niet is bewezen, bijvoorbeeld lasertherapie voor mensen met post-COVID. Hoe verhoudt het vergoeden hiervan zich tot de huidige criteria in het pakketbeheer in

de Zvw? Kan het kabinet aangeven hoeveel in 2022 aan niet-bewezen effectieve zorg is vergoed door zorgverzekeraars?
In het commissiedebat over – onder andere – pakketbeheer gaf de Minister in zijn beantwoording op een vraag van een de leden aan dat hij in overleg met huisartsen en apothekers gaat om te bespreken waar verbeteringen mogelijk zijn wanneer het gaat over hoe medicatiebeoordeling kan bijdragen aan vermindering van polyfarmacie. Deze leden zijn benieuwd wat de stand van zaken is op dit onderwerp. Zijn er al gesprekken geweest en zo ja, kan het kabinet aangeven wat er uit deze gesprekken is gekomen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de hoofdlijnen in het proces om de toets op het basistoets te verbreden en verbeteren. Daarbij moet worden aangemerkt dat deze leden het ook zo beschouwen: een eerste procesbeschrijving met daarin de belangrijkste overwegingen. Veel valt of staat bij een nadere uitwerking en die zien de leden dan ook graag spoedig tegemoet. Daarnaast hebben de leden van de D66-fractie nog de volgende vragen en opmerkingen.

Effectieve zorg/passende zorg

De leden van de D66-fractie vinden het zorgelijk dat er nu ook zorg wordt verleend en vergoed vanuit het basispakket die niet bewezen effectief zijn. Dit is in strijd met het solidariteitsbeginsel en niet in lijn met de richting van «passende zorg». De leden van de D66 fractie vragen het kabinet of het in kaart kan brengen welke huidige zorg in het basispakket (binnen zowel de Zvw als de Wlz) niet-bewezen effectief is en in hoeverre acties worden ondernomen om deze te extraheren? Kan verder worden toegelicht op welke wijze het basispakket routinematig onder de loep wordt genomen? Welke instrumenten krijgt het Zorginstituut aangereikt om te komen tot actief pakketbeheer?

Criteria

De leden van de D66-fractie zijn tevreden dat de toetsingscriteria tot op zekere hoogten zijn uitgedacht. Het stemt ook enthousiast dat duurzaamheid als toetsingscriteria is toegevoegd. Echter, de onderbouwing hóe tot juist deze criteria is gekomen ontbreekt. De leden van de D66-fractie zien dat nog graag toelicht. Ook vragen deze leden het kabinet of met de huidige criteria de arbeidsbelasting voldoende is meegenomen. In tijden van personele tekorten in de zorg (wat voorlopig nog zo zal blijven), is het beslag wat specifieke behandeling legt op het personeel volgens genoemde leden wel degelijk een factor die voldoende moet worden meegewogen. Tenslotte, de leden van de D66-fractie hechten ook veel belang aan de preventieve waarde van een behandeling of medicijn én aan de bekostiging ervan. In hoeverre worden deze elementen meegenomen binnen de voorliggende criteria?

Voorts vragen deze leden op welke wijze onderzoekers en ontwikkelaars vanaf een vroeg stadium worden meegenomen, zodat zij de juiste bevindingen kunnen aanleveren passend bij de criteria en er niet onnodig vertraging is in de toetsing van een nieuw genees- of hulpmiddel. Deze leden lezen dat initiatieven als handleidingen voor specifieke sectoren/doelgroepen worden toegejuicht. Zij vragen het kabinet naar verdere mogelijkheden. Kan het kabinet uitgebreid toelichten op welke wijze hieraan wordt gewerkt met het oog op de instrumenten en de capaciteit van het Zorginstituut?

Zoals reeds vermeld hangt veel straks af van de precieze uitwerking van de hoofdlijnen. Derhalve zullen de vragen van de leden van de D66-fractie mogelijk nog niet allemaal te beantwoorden zijn, maar willen zij deze alvast meegeven in aanloop naar het vervolg. Ten eerste, effectieve zorg moet wetenschappelijk als zodoende worden onderbouwd. De leden van de D66-fractie zijn benieuwd wat er gebeurt wanneer de wetenschap geen eenduidig beeld schetst van een medicijn of behandeling. Hoe gaat dit gewogen worden? Aanvullend, sommige behandelingen of medicijnen zullen lastig te meten zijn in termen van effectiviteit en efficiëntie.

Bijvoorbeeld behandelingen die preventief worden ingezet, zodat er geen zwaardere klachten ontstaan. Genoemde leden vragen het kabinet hoe hier bij de afweging rekening mee wordt gehouden.

Ten tweede vragen genoemde leden het kabinet welk criterium straks zwaarder weegt dan het andere. Of wat er gebeurt als criteria een verschillende conclusie trekken over een medicijn of behandeling. Het kabinet geeft nadrukkelijk aan dat het hierover met de Kamer in gesprek gaat. De leden van de D66-fractie vragen het kabinet hoe dit proces eruit gaat zien.

Tenslotte, genoemde leden zijn benieuwd hoe zorggebruikers en burgers in het algemeen worden meegenomen in eventuele veranderingen in het basispakket en de keuzes die daaraan ten grondslag liggen. Kan het kabinet aangeven op welke wijze transparantie in de besluitvorming wordt gewaarborgd? Verder vragen deze leden of burgerberaden zoals aangedragen in het amendement van het lid Paulusma¹ een (deel van de) oplossing kan zijn om zorggebruikers en burgers beter te betrekken in het maken van moeilijke keuzes en zodoende meer draagvlak voor deze keuzes te creëren? Zo ja, kan worden toegelicht op welke wijze er wordt ingezet op burgerberaden? Zo nee, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met zorg kennisgenomen van de brief over het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Zij hebben hierover de nodige kritische vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie lezen in de brief dat de zorgvraag sneller groeit dan het beschikbare zorgpersoneel en de financiële middelen toelaten. Het verbeteren en verbreden van de criteria van het basispakket moet dit gaan oplossen, zodat alleen nog maar passende en effectieve zorg in het basispakket overblijft. Dat zijn mooie woorden voor het schrappen van bestaande zorg en het inperken van nieuwe behandelingen, aldus genoemde leden. In plaats van hiermee iedereen zand in de ogen te strooien kan het kabinet beter beginnen met te benadrukken dat het hier om een lange termijn bezuinigingsoperatie gaat ter waarde van € 1.140 miljoen in 2037.

Het stoort de leden van de PVV-fractie dat het Zorginstituut een steeds grotere vinger in de pap krijgt als het gaat om de samenstelling van het basispakket, in plaats van dat patiëntervaringen en – uitkomsten bepalend zijn. Het stoort de leden bovendien dat het kabinet de pakketadviezen van het Zorginstituut steeds vaker klakkeloos overneemt en als voldongen feit presenteert. Het politieke debat in de Kamer bepaalt wat er in of uit het basispakket gaat, door voor- en nadelen af te wegen en verantwoorde maatschappelijke keuzes te maken. Erkent het kabinet dit en zou het in dat kader niet beter zijn als het zich neutraal zou opstellen bij de adviezen van het Zorginstituut?

Het is de leden van de PVV-fractie volstrekt onduidelijk hoe bepaald wordt wat passende en/of effectieve zorg is. Wat passend is kan immers per

¹ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 29.

patiënt verschillen en wat effectief is idem dito. Als een behandeling voor een kleine minderheid wel passend en effectief is, blijft die behandeling dan beschikbaar? Blijft maatwerk geborgd? Deze leden vrezen ook dat de patiënt een ondergeschikte rol gaat spelen nu er naast het al bestaande kostencriterium, ook nog naar de arbeidscapaciteit gekeken gaat worden. Kan het kabinet een aantal behandelingen opnoemen die volgens hen (te) arbeidsintensief zijn? Wat gaat straks de doorslag geven als een behandeling passend en effectief is maar te arbeidsintensief? Wat gaat dit betekenen voor met name de ggz-sector waar veel zorg arbeidsintensief is? Meer polsbandjes en separaties? Genoemde leden ontvangen graag een toelichting van het kabinet op dit punt.

De leden van de PVV-fractie verbazen zich erover dat PTED als casus naar voren wordt gebracht. De PTED-behandeling is zeker effectiever dan de conventionele open microdissectomie. Genoemde leden willen opmerken dat deze toelating tot het basispakket heel wat voeten in aarde heeft gehad. PTED is al vele jaren de gouden standaard in veel andere landen. In ons land werd vergoeding steeds tegengewerkt. Zo werd de meest vooraanstaande Nederlandse orthopedisch chirurg met ruim dertig jaar ervaring en die meer dan twee duizend PTED-operaties deed, destijds uitgesloten. Ondanks dat PTED al in 2016 voorwaardelijk toegelaten was tot het basispakket, kwam niet iedereen met lage rughernia en uitstralende beenpijn die sinds 2016 een PTED-operatie heeft ondergaan voor vergoeding in aanmerking. Zelfs niet wanneer zij deze behandeling lieten uitvoeren door de meest vooraanstaande en internationaal gelauwerde arts op dit gebied. Is het kabinet bereid deze vergoeding met terugwerkende kracht alsnog te voldoen? Zo nee, waarom niet? Hoe gaat het kabinet deze fiasco's bij nieuwe te bewijzen effectieve behandelingen voorkomen?

De leden van PVV-fractie lezen dat er overwogen wordt kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit te verankeren in wet- en regelgeving. Is het kabinet bereid in het kader van kosteneffectiviteit een overheadnorm te overwegen? Zo nee, waarom niet? Is het kabinet bereid in het kader van arbeidscapaciteit de administratieve lasten en regeldruk met minimaal de helft terug te dringen en hiertoe grotere stappen te gaan zetten? Het kabinet geeft aan dat personele houdbaarheid één van de meest urgente uitdagingen in de zorg is. Op dit moment is het al zo dat instellingen in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz al hinder van de beperkte arbeidscapaciteit ondervinden. Is het kabinet daarom bereid de komende weken, maanden én jaren met de betrokken overheids- en veldpartijen, uit alle zorgsectoren, en de patiëntenvertegenwoordiging te gaan werken aan het zo snel mogelijk terugdringen van de overhead, administratieve lasten en regeldruk om op die manier de zorg anders te organiseren? Het kabinet geeft aan dat basale verzorging, zoals wassen, eten en drinken, niet op effectiviteit hoeft te worden onderzocht. Welke onderdelen van de langdurige zorg zullen dan wel op effectiviteit worden onderzocht? Welke onderdelen van de ouderenzorg vallen onder basiszorg? Deze leden ontvangen graag meerdere concrete voorbeelden van het kabinet.

Het kabinet wijst op het gebruik van slim incontinentiemateriaal. Weet het kabinet welke administratieve rompslomp er bij het aanvragen en gebruik van incontinentiemateriaal komt kijken? Verpleegkundigen zijn uren bezig om incontinentiemateriaal geregeld te krijgen en patiënten lijden onnodig. Levert het aanpakken van deze bureaucratie niet veel meer op dan het te vroeg verschonen? De leden van de PVV-fractie vragen het kabinet of het niet veel effectiever is om deze bureaucratie aan te pakken. Zo nee, waarom niet?

Het kabinet geeft aan dat als dezelfde zorg op verschillende manieren effectief kan worden toegepast voor nagenoeg dezelfde kosten, dat de voorkeur uit moet gaan naar zorg met de minste personeelsinzet. Nu is het al jaren zo dat door de werkwijze van Buurtzorg Nederland er bij hen

gemiddeld minder uren zorg per cliënt besteed worden en cliënten de organisatie belonen met een 9.2. Waarom wordt deze werkwijze niet landelijk uitgerold? Is dit niet precies wat het kabinet voor ogen heeft? Zo niet, kan het kabinet dan enkele voorbeelden geven?

De leden van de PVV-fractie kunnen zich helemaal niet vinden in een criterium als «duurzaamheid» of «klimaat». Astmapatiënten hun inhalator afpakken vanwege het broeikaseffect. Het moet niet gekker worden. De leden willen de Minister eraan herinneren dat hij Minister is van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en niet die van Klimaat.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van het kabinet aangaande de toets op het basispakket te verbeteren en te verbreden. Gezien de druk om de zorg voor lange termijn houdbaar te houden, de vergrijzing en de arbeidskrapte staat Nederland voor een grote opgave. Genoemde leden hebben in 2019 via de gewijzigde motie van het lid Van den Berg² al eerder kenbaar gemaakt dat zorg die niet bewezen effectief is, niet meer voor een vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking moet komen. Zie in dit verband ook de motie van de leden Van den Berg en Ellemeet³ over voorstellen die kunnen leiden tot aanpassing in wet- en regelgeving voor passende en effectieve zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen het kabinet of de brede aanpak die in deze brief geschetst en voorgesteld wordt uiteindelijk binnen een redelijk tijdsbestek zal leiden tot concrete oplossingen en verbeteringen van het basispakket van de Zvw en Wlz.

De leden van de CDA-fractie lezen dat er door de personele houdbaarheid van de zorg (de arbeidskrapte) er scherpere keuzes gemaakt moeten worden. Dat zou – volgens het kabinet – leiden tot effectieve zorg tegen aanvaardbare kosten. De leden van de CDA-fractie zien ook dat er in de zorg sprake is van arbeidskrapte, maar zij vragen het kabinet of dit een wegingskader moet zijn om vast te stellen of de zorg wel of niet effectief is. Kan het kabinet dit nader duiden?

Het kabinet stelt dat het van belang is dat dezelfde zorg op eenzelfde manier getoetst wordt ongeacht of een vergoeding plaatsvindt op grond van de Zvw of de Wlz. Dit begrijpen de leden van de CDA-fractie, maar zij geven aan dat het over twee verschillende wettelijke kaders gaat, over twee verschillende manieren van financieren en over twee verschillende vormen van zorg (langdurig vs. kortdurend). Hoe weegt het kabinet die verschillen bij het verbeteren van de pakkettoets voor zowel de Zvw als de Wlz? En vindt het kabinet dat in het huidige basispakket van de Zvw kwaliteit van leven voldoende meegewogen worden?

In de brief staat veelvuldig de term passende zorg. De term passende zorg kent veel gedaanten en vormen. Kan het kabinet aangeven wat er in het kader van het «aanpassen/uitbreiden van het wegingskader» van het basispakket precies bedoeld wordt met deze term? Waarom «start» het kabinet niet eerst met effectief onbewezen zorg uit het basispakket van de Zvw te halen?

Verder stelt het kabinet dat wij op dit moment niet voldoende goede keuzes kunnen maken omdat we voor veel verzekerde zorg beperkt inzicht hebben in de mate van effectiviteit en doelmatigheid. Klopt het dat vijf tot tien procent van de medische behandelingen bewezen niet effectief zijn en dat bij vijftig procent niet bekend is of deze medisch effectief zijn? Wordt dit vervolgens bedoeld met een beperkt inzicht? Is dit voor verschillende vormen van zorg anders? Kan het kabinet aangeven voor welke vormen van verzekerde zorg er wel inzicht is in de effectiviteit van de zorg?

² Kamerstuk 29 689, nr. 982.

³ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 68.

Hoe verhoudt het beperkte inzicht in effectiviteit en doelmatigheid zich tot de rol van de zorgverzekeraars? Zorgverzekeraars moeten toch op basis van prijs en kwaliteit zorg inkopen? Hoe gaat het kabinet zorgen dat de zorgverzekeraars en patiënten meer handvatten krijgt om op kwaliteit van zorg in te kopen of kwaliteit van de zorg ontvangen?

De leden van de CDA-fractie nemen aan dat onder kwaliteit van zorg ook effectiviteit van zorg en de doelmatigheid verstaan worden. Hoe verhoudt de Zvw zich tot de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz)? Welke invloed hebben de kwaliteitsstandaarden op de inkoop van zorg door zorgverzekeraars of door zorgkantoren? Is hier sprake van een direct verband? En zo nee, zou er geen sprake van een direct verband moeten zijn?

Het kabinet stelt voorts in de brief dat het traject van het verbeteren en verbreden toets op het basispakket vele jaren in beslag gaat nemen. Kan het kabinet een tijdspad schetsen? En kan het aangeven wat de eerste concrete stappen zullen zijn?

Ook stelt het kabinet dat de zorg die in het basispakket wordt toegelaten (dus bewezen effectief is) van meerwaarde voor de patiënt moet zijn. Dat kunnen deze leden zich goed voorstellen, maar patiënten zijn mondig en tegenwoordig nog mondiger en hebben soms een ander perspectief dan de behandelend arts. Zeker bij levensbedreigende ziekten willen zij veel behandelingen proberen en gaan zij in sommige gevallen over de Nederlandse grens voor een behandeling. Ziet het kabinet dit spanningsveld? En hoe weegt het kabinet dit gezien de inhoud van deze onderhavige brief? In dit verband willen de leden van de CDA-fractie ook opmerken dat de doelstellingen van de campagne «Samen beslissen» niet gehaald zijn. Alle inspanningen ten spijt, het samen beslissen is niet toegenomen. Deze campagne was een initiatief van het programma uitkomst gerichte zorg.

Als het kabinet zorg wil toelaten die van meerwaarde is voor de patiënt dan dient de patiënt voldoende en goed geïnformeerd te worden. Hoe gaat het kabinet het goede gesprek/samen beslissen vormgeven, zodat het wel gaat werken?

Gezien het bovenstaande stelt het kabinet ook dat bij de weging van de verschillende criteria «we» onvermijdelijke dilemma's tegenkomen. Dat zien de leden van de CDA-fractie ook. Het belang van de patiënt is niet altijd het belang van de medisch specialist, de instelling voor langdurige zorg of de zorgverzekeraar. Het kabinet adresseert dit probleem, maar geeft nog geen richting. Kan het kabinet aangeven hoe het hij deze discussie wil voeren en binnen welke kaders?

Het verbeteren van de toets op het basispakket van de Zvw

Zoals eerder aangegeven delen de leden van de CDA-fractie het feit dat effectief bewezen zorg vergoed moet worden via het basispakket.

Betekent dit dat dat zorgverzekeraars zorg alleen mogen vergoeden die door de eigen beroepsrichtlijnen als stand van wetenschap en praktijk worden onderschreven, of niet? Dienen beroepsrichtlijnen zich aan het basispakket aan te passen?

Uit het artikel «Arts houdt lang vast aan zinloze behandeling rugpijn» blijkt dat het 17 jaar of langer duurt voordat 85 procent van de artsen afziet van de behandeling. Zou het kabinet zich voor kunnen stellen dat bij het verbeteren van het basispakket dit soort aanpassingen worden meegenomen? Dus als een behandeling niet passend en effectief is, dat dan de beroepsrichtlijn automatisch wordt aangepast. Deze leden ontvangen graag een reactie van het kabinet op dit punt.

Vindt het kabinet dat gepatenteerde dure medicatie centraal inkocht moet worden en niet per zorginstelling en zou dit ook een onderdeel van het verbeterde basispakket Zvw kunnen zijn?

Deelt het kabinet de stellingname van genoemde leden dat innovaties nu te vrijblijvend worden toegepast? Innovaties sneuvelen vaak omdat – na een succesvolle start – opschalen moeilijk is en structurele financiering vaak ontbreekt. Hoe worden inbedding van innovaties meegenomen bij het verbeteren van de toets op het basispakket?

Tevens stelt het kabinet dat er bij toelating van de zorg tot het basispakket aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld die bijdragen aan gepast gebruik van zorg. Waar denkt het kabinet in dit kader precies aan? Het kabinet stelt dat kwaliteit van leven op dit moment al wordt meegenomen in de weging door het Zorginstituut, maar vindt verdere verankering wenselijk. Aan welke wettelijke verankering denkt het kabinet? Ook stelt het kabinet dat voor andere vormen van zorg voor veldpartijen niet altijd helder is op welke manier effectiviteit voldoende kan worden aangetoond. Hier hebben de leden van de CDA-fractie enkele vragen over. Wordt in dit kader ook de afweging gemaakt over kosten en baten? Soms zijn onderzoeksgroepen (denk aan zeldzame ziekten) zo klein dat het lastig is om effectiviteit van behandelingen aan te tonen. Hoe wil het kabinet hiermee omgaan? Wat is er de afgelopen jaren gedaan om aan veldpartijen helder te maken hoe effectiviteit kan worden aangetoond? En biedt de Wkkgz geen mogelijkheden de effectiviteit van zorg beter vorm te geven/beter te meten?

Een belangrijke ambitie in het WOZO-programma is: «zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan». Dat onderschrijven deze leden van harte, maar voor veel ouderen is de digitale wereld niet zo gemakkelijk als het voor jongeren is en niet iedereen heeft een sociaal netwerk om daarmee te willen of kunnen helpen. Zie het kabinet dit probleem? In dit verband brengen deze leden ook de nader gewijzigde motie van de leden Paulusma en Van den Berg onder de aandacht over het keuzerecht op hybride en/of digitale zorg onderdeel te maken van wetgeving (Kamerstuk 31 765, nr. 603).

Ook de leden van de CDA-fractie zijn van mening dat het arbeidspotentieel goed moet worden ingezet, zeker gezien de eerdergenoemde krapte. Zij vinden echter dat bepaalde groepen niet onderweg kwijt moeten worden geraakt. Denk aan de groep mensen met een licht verstandelijke beperking. Hoe wil het kabinet voldoende aandacht houden voor kwetsbare groepen?

Het kabinet stelt dat de tweede dimensie van noodzakelijkheid de noodzaak is om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Dat zorg die niet verzekerd is zelf betaald kan worden en dat mensen met een kleine beurs uiteindelijk bij de bijzondere bijstand terecht kunnen, mochten zij het niet kunnen betalen. In theorie snappen de leden van de CDA-fractie deze stellingname. Zij zien in praktijk echter vaak dat in aanmerking komen bij acute medische problemen de bijzonder bijstand geen soelaas biedt. Dit omdat er bij bijzondere bijstand van tevoren toestemming dient te worden gevraagd en de doelgroep met die smalle beurs geen aanvullende verzekering heeft. Als voorbeeld geven deze leden hierbij een acute ontsteking van een kies in het weekend. Daar biedt de bijzondere bijstand toch geen oplossing voor, zo vragen zij het kabinet.

Het verbreden van de toets op het basispakket van de Zvw

Het kabinet stelt dat het niet mogelijk noch wenselijk is om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere periode opgenomen is in het basispakket. Waarom is dit niet zo, vragen de leden van de CDA-fractie aan het kabinet. Zij begrijpen dat dit een zeer tijdrovende klus is, maar het lijkt deze leden een goede start om uiteindelijk uit te komen bij de meest passende/effectieve zorg die in het basispakket thuishoort. Waarom wordt er niet gestart met dure behandelingen en of wordt niet gekeken of er andere nieuwere mogelijkheden zijn?

Het kabinet stelt – terecht wat deze leden betreft – dat in de langdurige zorg de kwaliteit van leven centraal staat. Het kabinet is met allerlei actieprogramma's deze weg ook ingeslagen. Betekent dit nu ook dat dit een belangrijk wegingskader gaat worden bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz?

Deelt het kabinet met de leden van de CDA-fractie dat effectieve zorg hier een andere betekenis kan hebben als bij de kortdurende zorg uit het basispakket van de Zvw? Deelt het kabinet het uitgangspunt van deze leden dat in praktijk juist in verpleeghuizen veel passende zorg wordt gegeven met als voorbeeld geen behandeling meer starten maar juist focussen op de kwaliteit van leven? En deelt het kabinet het standpunt dat hier nu al vaak sprake is van maatwerk? Kan het kabinet aangeven hoe ver het staat met de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeg- (huis)zorg.

Het kabinet stelt dat het ook in de Wlz de mogelijkheden beziet voor het aanpassen van wet- en regelgeving. Aan welke richting denkt het kabinet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van het kabinet over de hoofdlijnen van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Zij hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat alle medisch noodzakelijke zorg zou moeten worden vergoed. Dat betekent dat er wat hen betreft eventueel wel zou kunnen worden gekeken naar of bepaalde behandelingen die momenteel vergoed worden nog steeds medisch noodzakelijk zijn, omdat er op basis van de huidige stand van de wetenschap en praktijk wellicht blijkt dat er inmiddels betere behandelingen beschikbaar zijn, of omdat niet-behandelen in sommige gevallen betere resultaten voor de patiënt oplevert. Echter zou de vraag wat vanuit medisch oogpunt noodzakelijk is voor de patiënt hierin leidend moeten zijn en niet de wens om minder geld aan de zorg uit te geven. Het uitgangspunt moet zijn dat de behandeling die voor een bepaalde patiënt het meest effectief is ook voor die patiënt vergoed wordt. Daarbij komt dat er ook veel soorten zorg zijn die breed geaccepteerd zijn als medisch noodzakelijk, maar die niet worden vergoed. Dat is bijvoorbeeld het geval als het gaat om mondzorg, fysiotherapie en bepaalde geneesmiddelen en supplementen. De leden van de SP-fractie zijn daarom van mening dat een verbreding van de toets op het pakketbeheer ook zou moeten betekenen dat medisch noodzakelijke zorg die nu niet vergoed wordt alsnog in het basispakket wordt opgenomen. Hoe kijkt het kabinet hiernaar?

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de huidige insteek van de verbreding en verbetering van het pakketbeheer te veel lijkt te zijn gericht op het besparen van geld. Dat is volgens hen extra problematisch, omdat de huidige vorm van pakketbeheer er al regelmatig voor zorgt dat mensen niet de zorg vergoed krijgen die voor hen medisch noodzakelijk is. Een voorbeeld hiervan is het recente besluit om vitamine D niet langer uit het basispakket te vergoeden. Kan het kabinet garanderen dat de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor mensen niet verder beperkt wordt door de aanpassingen in het pakketbeheer?

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet hoe het wil voorkomen dat patiënten door een strengere toets op het basispakket de toegang tot de voor hen meest effectieve behandeling verliezen.

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet daarnaast hoe de aanscherping van het pakketbeheer zich verhoudt tot het gebruik van financiële prikkels die volgens het kabinet moeten voorkomen dat mensen onnodig zorg gebruiken, zoals het eigen risico. Als alleen zorg wordt

vergoed in gevallen dat deze medisch noodzakelijk is (of zelfs met nog aanvullende eisen) en wanneer een arts heeft bepaald dat deze zorg voor een specifieke patiënt medisch noodzakelijk is, waarom zouden er dan daar bovenop nog financiële prikkels nodig zijn om te voorkomen dat die patiënt van die zorg gebruik maakt?

De leden van de SP-fractie lezen dat het kabinet overweegt om kosteneffectiviteit als criterium vast te leggen in wet- en regelgeving. Zij vragen het kabinet wanneer het van mening is dat er sprake is van kosteneffectiviteit, aangezien dit niet zo duidelijk en objectief kan worden gemeten als bijvoorbeeld effectiviteit. Wanneer is zorg kosteneffectief? Is het kabinet het ermee eens dat de vraag wat kosteneffectief is ook afhankelijk is van de politieke afweging hoeveel we als samenleving bereid zijn uit te geven aan zorg?

Het kabinet schrijft in zijn brief dat er «argumenten [kunnen] zijn om niet altijd voor de grootste gezondheidswinst per euro te kiezen en om voor bepaalde interventies een lagere kosteneffectiviteit te accepteren» en noemen daarbij als voorbeeld arbeidsbesparende of duurzame zorg. De leden van de SP-fractie vragen of het kabinet het ermee eens is dat dit ook zou moeten gelden als een specifieke behandeling voor bepaalde patiënten de enige optie is, of substantiële meerwaarde heeft ten opzichte van alternatieve behandelingen.

De leden van de SP-fractie lezen dat het kabinet daarnaast ook overweegt om arbeidscapaciteit als criterium vast te leggen in wet- en regelgeving. Zij vragen of dit geen ongewenste effecten zou kunnen hebben. Hiermee wordt de vraag welke zorg vergoed wordt namelijk ook deels afhankelijk van de effectiviteit van het arbeidsmarktbeleid van het kabinet. Als het kabinet er namelijk niet in slaagt om de zorg aantrekkelijk genoeg te maken om voldoende zorgverleners aan te trekken en vast te houden, wordt dit automatisch een argument om bepaalde zorg niet te vergoeden, ook als deze zorg wel medisch noodzakelijk is. Die koppeling lijkt hen daarom onwenselijk. Hoe kijkt het kabinet hiernaar?

De leden van de SP-fractie lezen daarnaast dat het kabinet het criterium effectiviteit sterker wil verankeren in wet- en regelgeving en dat indien zorg niet aantoonbaar voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk deze uit het pakket stroomt. Zij vragen het kabinet wat dit betekent voor de grote hoeveelheid zorg die momenteel vergoed wordt, maar (nog) niet bewezen effectief is. Het feit dat deze momenteel (nog) niet bewezen effectief is, betekent namelijk niet dat deze daarmee per se ineffectief is. Als al deze zorg uit het basispakket zou stromen, zou dit grote negatieve effecten kunnen hebben voor patiënten die hiervan afhankelijk zijn.

De leden van de SP-fractie hebben nog enkele vragen over de paragraaf over de noodzaak om een bepaalde behandeling te verzekeren. Daarin staat onder andere: «Of iets in aanmerking komt om te verzekeren, hangt dan af van de kans dat een ongewenste situatie zich voordoet in combinatie met de mogelijk (financiële) consequenties van die ongewenste situatie.» Wat bedoelt het kabinet hier precies mee? Betekent dit dat het volgens het kabinet acceptabel is om medisch noodzakelijke zorg niet te vergoeden indien de kosten daarvan niet onbetaalbaar zijn voor degenen die de zorg nodig heeft? Waarom verwijst het naar de bijzondere bijstand voor mensen die deze zorg alsnog niet kunnen betalen? Dient medisch noodzakelijke zorg niet gewoon voor iedereen vergoed te worden? Sinds wanneer is de bijzondere bijstand bij gemeenten bedoeld om gaten in de vergoeding van medisch noodzakelijke zorg op te vangen? Hoe wordt rechtsongelijkheid voorkomen als medisch noodzakelijke zorg door de éne gemeente wel vergoed zou worden via de bijzondere bijstand en bij de andere gemeente niet?

De leden van de SP-fractie lezen in de brief verder dat het kabinet een doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg wenselijk vindt. Zij vragen het kabinet of het ermee eens is dat een eventuele doorontwikkeling van dit kwaliteitskader gericht zou moeten zijn op de

kwaliteit van de verpleeghuiszorg en niet op een ordinaire bezuiniging. Klopt het dat het handhaven van de personeelsnorm in het kwaliteitskader een mogelijkheid is als de partijen die hierover spreken besluiten dat dit noodzakelijk is voor het behoud van kwaliteit? Klopt het dat het Zorginstituut bij het – samen met veldpartijen – opstellen van kwaliteitskaders niet gebonden kan worden aan besparingsdoelstellingen zoals deze zijn vastgelegd in het coalitieakkoord?

De leden van de SP-fractie constateren dat het kabinet van plan is om de toets op het basispakket in de Wlz te «verbeteren en verbreden».

Tegelijkertijd constateren zij dat het de afgelopen jaren al steeds lastiger is geworden voor mensen om binnen de Wlz de zorg te krijgen die ze nodig hebben, bijvoorbeeld door de sluiting van de verzorgingstehuizen. Is een verdere beperking van de zorg die wordt gegeven binnen de Wlz volgens het kabinet in die context echt wenselijk?

De leden van de SP-fractie vragen daarnaast wat het «verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz» precies inhoudt. Waarom wordt hier niet een veel grotere rol gegeven aan het oordeel van onafhankelijke zorgverleners? Waarom kiest het kabinet er niet voor om net als in de wijkverpleging een verpleegkundige te laten bepalen welke zorg binnen de Wlz noodzakelijk is? Wordt de zorg volgens het kabinet beter als die bureaucratisch georganiseerd blijft via het CIZ en als hiervoor een strengere toets wordt ontwikkeld?

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet waarom het expliciet slim incontinentiemateriaal noemt als voorbeeld van een technologische innovatie. Dit wordt namelijk niet altijd gebruikt op een manier die de kwaliteit van zorg verbetert, maar soms ook om het verwisselen van incontinentiemateriaal zo lang mogelijk uit te stellen. Is het kabinet het ermee eens dat dit soort technische toepassingen alleen een goede innovatie zijn als zij ook op een goede manier worden toegepast?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de hoofdlijnen voor het verbeteren en het verbreden van de toets op het basispakket.

Deze brief heeft genoemde leden een beeld gegeven van de plannen van het kabinet. Hier hebben zij verschillende vragen over.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat precies het verband is tussen passende zorg zoals daar nu op wordt ingezet en de NFU-lijst uit 2016 van meer dan 1300 overbodige of onzinnige behandelingen (de zogenaamde «beter-niet-doen-lijst»), het in 2019 gestarte programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), waarbij ingezet werd op het stoppen van onzinnige zorg en de in najaar 2020 verschenen «implementatieagenda» met meer dan honderd onderwerpen waarvan vastgesteld is dat het gepast gebruik is. Deze leden vragen het kabinet wat precies het verschil is tussen passende zorg en gepast gebruik. Bij gepast gebruik gaat het immers ook om effectieve zorg. Waarom is zo lang gewacht met het opschonen van het pakket door zorg die bewezen ineffectief is niet meer te vergoeden?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe kansrijk het programma passende zorg is, aangezien financiële schotten de samenwerking in het sociale domein flink belemmeren. Daarnaast is de bedoeling van passende zorg dat zorg van ziekenhuizen naar eerste lijn en thuis verschuift. Dat heeft financiële gevolgen voor de ziekenhuizen. Ook andere vormen van zorg zullen verschuiven. Hoe denkt het kabinet dit te gaan verwezenlijken gezien de recente uitspraak van de Minister, in een webcast naar aanleiding van het rapport van adviesbureau KPMG, dat de zorgsector minder naar eigen belang moet kijken. Het kabinet stelt dat een paradigmashift nodig is en «Concurreren werkt niet meer». Hoe gaat het kabinet een einde maken aan de marktwerking in de zorg, welke concrete

maatregelen daartoe zijn mogelijk binnen het huidige stelsel, en welke wijzigingen in de wet zijn er voor nodig?

Het verbeteren van de toets op het basispakket van de Zvw

De leden van de PvdA-fractie wijzen in dit verband ook op het probleem van het programma «zorgevaluatie en gepast gebruik». Dit moest in samenspraak gaan met ongeveer alle partijen in de zorg, met de ambitie om te komen tot een cultuuromslag. Proberen om met z'n allen tot besluiten te komen bleek onmogelijk, want waarom zouden medisch specialisten een lucratieve behandeling stoppen? Waarom zouden zorgverzekeraars opeens wel scherper gaan inkopen op kwaliteit (zinnige zorg)? Welke acties neemt het kabinet om ervoor te zorgen dat dit bij passende zorg wel gaat lukken?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet op welke wijze kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit verankerd kunnen worden in de wet. Waar wordt nu aan gedacht? In welke landen wordt dit al toegepast en hoe?

Welke landen worden als voorbeeld genomen? Wordt bijvoorbeeld gedacht aan een systeem zoals in het Verenigd Koninkrijk?

De leden van de PvdA-fractie willen de administratieve lasten voor zorgverleners waar mogelijk beperken. Wat gaat de aanpassing van de toets op het basispakket betekenen voor de administratieve lasten van zorgverleners?

Het criterium effectiviteit

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet op welke wijze de ervaringen van patiënten worden betrokken bij het vaststellen van effectiviteit; voor behandelingen kan immers ook een subjectieve verbetering de kwaliteit van leven verbeteren. Hoe wordt dit beoordeeld? Deze leden vragen het kabinet hoe in dit verband wordt omgegaan met de beïnvloeding door de farmaceutische industrie. Immers, als de farmaceutische industrie nog steeds in staat wordt gesteld voorschrijvers te beïnvloeden, of advertenties te plaatsen in media van patiëntenverenigingen, zal een keuze voor een effectief middel hierdoor nadelig beïnvloed kunnen worden en kunnen leiden tot veel commotie. In hoeverre wordt rekening gehouden met de macht van big farma?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe de kwaliteitsstandaarden zich verhouden tot de richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen. Hoe kunnen richtlijnen sneller tot stand komen en hoe worden deze betrokken bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden? En hoe wordt ervoor gezorgd dat richtlijnen en kwaliteitsstandaarden in de praktijk ook werkelijk worden toegepast en gehandhaafd?

De leden van de PvdA-fractie lezen in de brief dat er om de kwaliteit van zorg te verbeteren meer volume-eisen (minimumaantal behandelingen per jaar) moeten komen voor behandelingen. Deze leden zijn benieuwd wat meer volume-eisen betekenen voor het zorglandschap. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelde in haar impactanalyse «concentratie interventies bij patiënten met een AHA» dat er een integraal perspectief op een toekomstbestendig academische zorglandschap nodig is. Is het kabinet bereid dit op te stellen?

Kosteneffectiviteit

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet waar de uitspraak dat financiële arrangementen kosteneffectief zijn op is gebaseerd. De Rekenkamer constateerde in 2020 immers dat de prijsonderhandelingen een positieve bijdrage leveren aan de beheersing van de uitgaven aan dure geneesmiddelen, maar dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in vijf van de dertien gevallen er niet in geslaagd was de

prijs van het Zorginstituut te realiseren. In deze gevallen was er dus geen sprake van kosteneffectieve zorg. De conclusie van de Rekenkamer is dat de prijsonderhandelingen slechts beperkt effectief zijn geweest. Hoe gaat dit verbeterd worden? Wat is sinds 2020 precies gedaan met ieder van de aanbevelingen van de Rekenkamer?

Noodzakelijkheid

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet of de tweede dimensie van noodzakelijkheid de gelijke toegang tot zorg niet onder druk zal zetten. Genoemde leden willen benadrukken dat wat hun betreft medisch noodzakelijke zorg vergoed moet worden. Dat is immers waar mensen hun zorgpremie voor betalen. Deze leden zien een groot risico voor de toegankelijkheid van zorg door het verder stapelen van zorgkosten en zouden hier dan ook terughoudend in zijn. Zij ontvangen graag een reflectie van het kabinet hierop. Het kabinet hoopt voor groepen met financiële problemen maatwerk toe te kunnen passen. De leden vragen het kabinet hoe uitvoerbaar dit is. Kan het kabinet verder toelichten welke vormen van maatwerk het hiervoor wil inzetten? Heeft het kabinet hier contact over gehad met gemeenten? Hoe zorgt het kabinet dat de voorwaarden voor toegang tot de gemeentelijke regelingen niet te ver uit elkaar zullen lopen? Deze leden vragen het kabinet om in deze context te reflecteren op de toegankelijkheid van onze mondzorg. Er zijn gemeentelijke regelingen en noodfondsen voor mensen die de tandarts niet kunnen betalen. Toch gaan veel mensen niet naar de tandarts vanwege financiële redenen. Wat kan het kabinet zeggen over het niet-gebruik bij dit soort regelingen? Maakt het kabinet het zo niet nodeloos ingewikkeld om toegang te krijgen tot betaalbare zorg?

Het verbreden van de toets op het basispakket van de Zvw

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe en wanneer een «maatschappelijk relevant agenderingskader» met «prioriteringscriteria» verwezenlijkt gaan worden. Immers, dit zou min of meer toch al klaar moeten liggen voortkomend uit het programma «zorgevaluatie en gepast gebruik»? In hoeverre wordt alles nu weer opnieuw gedaan? En waarom gaat dat nu wel lukken?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe ervoor gaat worden gezorgd dat bewezen effectieve zorg ook daadwerkelijk landelijk wordt geïmplementeerd en ineffectieve zorg niet langer wordt vergoed. Immers, nu worden ook nog vele vormen van zorg gewoon door zorgverzekeraars vergoed, terwijl ze bewezen niet effectief zijn. En op veel plaatsen wordt zorg gegeven die bewezen effectief is, terwijl de *best practices* niet landelijk worden geïmplementeerd.

Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet in hoeverre de WOZO-normen voortkomend uit «zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan» worden bepaald door de wens tot kostenbeheersing, zelfs ten koste van de meest kwetsbare mensen. De zorgkantoren gaan sturen op extramurale zorg, terwijl nog steeds veel mensen, zeker mensen met lagere inkomens aangewezen zijn op verpleeghuizen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) schetste de dilemma's: mogen we genoeg nemen met minder kwaliteit door krapte op arbeidsmarkt en wat gaat vóór, veiligheid of welbevinden van cliënt? De IGJ vindt dat er een maatschappelijke discussie over deze vragen moet plaatsvinden. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt hier niet over gerept. Hoe wordt dit meegenomen in het project passende zorg?

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe er gesproken kan worden over een kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wanneer er onvoldoende maatregelen worden genomen om de werkdruk in die sector te verlagen en de salarissen aan te passen. Waarom wordt het aantal verpleeghuisplaatsen niet uitgebreid om aan de zorgvraag te voldoen? Door onvoldoende plaatsen komen mensen pas met een zware zorgvraag in de verpleeghuizen terecht, wat zorgt voor extra werkdruk voor de zorgmedewerkers en een zorgvraag thuis waar nu al vaak niet aan kan worden voldaan.

Het criterium effectiviteit en aanvullende voorwaarden

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet of voor veel mensen niet nu al geldt dat verpleeghuiszorg bewezen effectief is, omdat deze mensen thuis onvoldoende zorg kunnen krijgen. Hoe is dit te rijmen met het besluit het aantal verpleeghuisplekken niet uit te breiden, terwijl nu al kan worden vastgesteld dat de zorgvraag alleen maar stijgt? Hoe denkt het kabinet dit op te vangen met «passende zorg»?

Kosteneffectiviteit, personeelsinzet, duurzaamheid, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe zwaar de voorkeur voor zorg met de minste personeelsinzet gaat wegen en hoe bepalend dit is voor het beleid. Hoe wordt gewogen of een technische of digitale innovatie een zorgverlener kan vervangen? Hoe wordt gewaakt voor een theoretische blik op de inzet van innovatieve middelen, terwijl de zorg kwalitatief alleen maar minder wordt en bijvoorbeeld het probleem van eenzaamheid alleen maar toeneemt? Hoe wordt de menselijke maat en fatsoenlijke zorg bewaakt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de fractie van GroenLinks hebben kennisgenomen van het plan van het kabinet om de toets op het basispakket te verbreden en te verbeteren.

Over het criterium effectiviteit hebben genoemde leden een vraag. Wat een effectieve behandeling is voor een jongere of een oudere kan namelijk erg verschillend zijn. Is het kabinet bereid om binnen het traject verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket een onderzoeksgroep op te zetten met het Zorginstituut, onderzoekers en artsen, en een onderzoeks-agenda voor passende ziekenhuiszorg voor ouderen te ontwikkelen zodat die keuzes ook daadwerkelijk gemaakt kunnen worden? In deze onderzoeks-agenda voor ouderen vragen de leden van de GroenLinks-fractie ook of zij willen verkennen welke kennishiaten er zijn bij het onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen bij ouderen. Het is lange tijd gangbaar geweest om behandelingen te testen bij jongere mannen. Dat hierdoor de geneeskunde minder effectief is voor de vrouw is vaker in het parlement besproken, maar wat de gevolgen hiervan zijn voor geneeskundige behandelingen bij ouderen is de leden van de GroenLinks-fractie nog onbekend. Is het kabinet bereid om dit, in het kader van effectieve zorg, specifiek te onderzoeken?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het kabinet effectiviteit mogelijk sterker wil gaan borgen in wet en regelgeving. Als zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap dient deze uit het basispakket te verdwijnen. Genoemde leden delen het idee met het kabinet dat zorg die niks toevoegt niet vergoed dient te worden. Hierbij is het verschil tussen niet bewezen effectieve zorg en bewezen niet effectieve zorg belangrijk. Als zorg bewezen niet effectief is, dan dient het direct uit het basispakket te verdwijnen. Is de zorg niet bewezen effectief, maar wordt deze wel

vergoed, dan is daar eerst extra onderzoek voor nodig. In dat kader vragen de leden van de fractie van GroenLinks hoe het staat met de uitvoering van de motie van de leden Ellemeet en Van den Berg over het leveren van niet bewezen effectieve zorg in onderzoeksetting? In de brief van het kabinet wordt het genoemde leden namelijk niet duidelijk hoe deze motie wordt meegenomen in het beleid.

De leden van de GroenLinks-fractie missen een strategie om tot een goede toets voor het basispakket te komen bij fysiotherapie. In de ogen van de leden van de GroenLinks-fractie kan juist fysiotherapie bijdragen aan de doelstelling van het kabinet om de zorg betaalbaar en organiseerbaar te houden. Hierbij zien de leden van de GroenLinks-fractie twee prioriteiten voor zich. Ten eerste zal met het veld een werkwijze tot stand moeten komen om effectiviteit goed aan te tonen. Ten tweede zal fysiotherapie ook meer preventief moeten worden ingezet. Nu kan fysiotherapie eigenlijk alleen worden ingezet bij een medische indicatie. Maar de leden van de GroenLinks-fractie zouden ook graag zien dat fysiotherapie wordt ingezet om bijvoorbeeld ouderen vitaal te houden. Hoe ziet het kabinet dat en hoe gaat het dat verder uitwerken?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het kabinet meer kennis wil opbouwen over de langetermijneffecten van verschillende behandelingen, om zo ook beter te kunnen beoordelen of behandelingen op lange termijn effectief zijn voor bepaalde groepen. Hier schetst het kabinet een uitgebreide onderzoeks-agenda. De leden van de fractie van GroenLinks vragen het kabinet hoeveel geld er beschikbaar is voor de uitvoering van dit onderzoek en hoe dat de komende jaren zal worden uitgegeven.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het kabinet kosteneffectiviteit wil opnemen als wettelijk wegingscriterium. Dat zou betekenen dat zorg die wel effectief is, maar heel duur, niet meer wordt vergoed. En hoewel het kabinet dit wel aankondigt, is het deze leden nog onduidelijk hoe het kabinet deze weging gaat maken. Het kabinet wil er eerst een discussie over voeren. De vragen die genoemde leden hierover hebben zijn de volgende. Met wie en wanneer wil het kabinet daar een discussie over voeren, voordat het met een voorstel naar de Kamer kan komen?

Eenzelfde punt zien de leden van de GroenLinks-fractie rondom duurzaamheid als criterium toevoegen binnen het pakketbeheer. De Nederlandse zorgsector is nu eenmaal een grote vervuiler en het zou ook gezondheidsschade schelen als de zorg duurzaam zou kunnen werken, door bijvoorbeeld minder of broeikasgassen uit te stoten. Maar ook hier zien de leden van de GroenLinks-fractie geen concreet voorstel. Dus ook hier vragen zij het kabinet welke stappen het gaat zetten om tot een voorstel te komen en wanneer de Kamer dat voorstel kan verwachten.

Met betrekking tot de Wlz lezen de leden van de GroenLinks-fractie ook dat arbeidsintensiviteit mee zal wegen bij toelating tot het pakket. Deze leden snappen deze afweging in beginsel. Zij vragen het kabinet of het dan ook meeneemt of verpleging en verzorging intramuraal en extramuraal ook met elkaar worden vergeleken. Zeker bij cliënten die zwaardere zorg nodig hebben, verwachten de leden van de GroenLinks-fractie dat het efficiënter is als deze zorg intramuraal wordt georganiseerd. Kan het kabinet toelichten hoe deze vergelijking gemaakt zal worden?

In de brief lezen de leden van de GroenLinks-fractie dat apart stil wordt gestaan bij re-ablementprogramma's. Deze initiatieven juichen zij natuurlijk van harte toe. Tegelijkertijd zien deze leden ook dat dit soort programma's of instellingen de financiering moeilijk rond krijgen. Verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren kunnen hier naar elkaar wijzen en de schotten staan hier de samenwerking in de weg. Wie zal er verantwoordelijk worden voor de financiering van het vitaal houden van ouderen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

Wat is de inschatting van het kabinet op welk onderdeel van het basispakket nog de meeste verbetering te realiseren is in de toetsing: geneesmiddelen, het open gedeelte van de Zvw of die van de Wlz, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen het kabinet op welke manier de inzichten die afgelopen jaren met eerdere trajecten zijn opgedaan, zoals gepast gebruik en Juiste Zorg op de Juiste Plek, nu al worden betrokken in het pakketbeheer, en dan met name als het gaat om bevindingen over zorg die niet-passend blijkt te zijn. Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat niet-passende zorg niet of minder vergoed wordt? Het kabinet geeft aan dat de meest urgente zorgen bij de houdbaarheid van de zorg bij het personeel liggen. Kan dit betekenen dat het criterium van benodigde inzet van zorgverleners de komende jaren zwaarder gaat wegen dan een criterium als kosteneffectiviteit? En zou die weging op termijn anders kunnen worden, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie het kabinet.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke manier het kabinet van plan is «kwaliteit van leven» beter mee te nemen en verder te verankeren in de weging door het Zorginstituut. Op welke manier is een dergelijke uitkomstmaat te operationaliseren? Deze leden vragen om dit toe te lichten voor zowel de Zvw als de Wlz.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn verheugd te lezen dat het kabinet duurzaamheid van de zorg en de impact op klimaat en milieu mee wil nemen in de toetsing van het basispakket. Interpretëren zij het goed dat het kabinet duurzaamheid niet wil laten opnemen in het beoordelingskader van het Zorginstituut? Waarom niet? Op welke andere manier moet duurzaamheid dan worden meegenomen in een toetsing op het basispakket? Hoe wordt gegarandeerd dat duurzaamheid een significant criterium wordt voor een toets van behandelingen en medicijnen in het basispakket?

Over noodzakelijkheid vragen de leden van de ChristenUnie-fractie ten aanzien van de noodzaak om te verzekeren hoe het kabinet toetst of de financiële consequenties van het niet-verzekeren te dragen zijn voor patiënten. Wordt hier een grens van een bepaald bedrag gehanteerd? Wordt er rekening gehouden met een verwacht besteedbaar inkomen van patiënten? Stelt het kabinet met het wijzen op het specifieke maatwerk van de bijzondere bijstand dat het kan gebeuren dat patiënten zoveel kwijt zijn aan noodzakelijke, niet-verzekerde zorg, dat zij in de bijstand raken? Welke reflectie heeft het kabinet hierop? De leden van de ChristenUnie-fractie vragen aanvullend hoe het misverstand rond de voedingssupplementen kalium en magnesium kon ontstaan. Deze leden zijn opgelucht dat het een misverstand bleek dat voedingssupplementen die essentieel zijn voor sommige chronisch zieken toch vergoed blijven worden. Zij betreuren wel de onrust en commotie die dit misverstand bij patiënten teweeg heeft gebracht. Op welke manier zet het kabinet zich in om dit in de toekomst te voorkomen?

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat wat hen betreft een belangrijk onderdeel van goede zorg, en zeker in de langdurige zorg, het menselijke contact is. Dit menselijke contact is niet «bewezen effectief», maar wat deze leden betreft niet te missen in de zorg. Op welke manier wordt bijvoorbeeld tijd voor de cliënt meegewogen in de toets op de langdurige zorg? Is het kabinet het bovendien met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat zeker in de langdurige zorg op individueel niveau efficiëntie op gespannen voet kan staan met kwaliteit van zorg?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de hoofdlijnenbrief over het verbeteren van de toets op het basispakket. Zij willen hierover enkele vragen stellen aan het kabinet.

De leden van de SGP-fractie lezen dat het kabinet het van belang vindt dat naast de effectiviteit volgens de stand van de wetenschap en praktijk, ook andere pakketcriteria meer gewicht krijgen. Deze andere criteria krijgen eventueel ook een grondslag in wet- en regelgeving. Hierbij worden, in aanvulling op de meerwaarde voor de patiënt of cliënt, de volgende elementen van het Kader Passende zorg in elk geval meegenomen: de kosten ten opzichte van de effectiviteit van de zorg (kosteneffectiviteit) en de arbeidscapaciteit die nodig is, evenals noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. De leden van de SGP-fractie hebben hierover de volgende vragen. Wanneer wordt duidelijk of deze criteria daadwerkelijk in wet- en regelgeving worden opgenomen? Waar hangt dit nog vanaf? Hoe ziet het kabinet de onderlinge verhouding tussen de verschillende criteria, kunnen bepaalde criteria zwaarder wegen dan andere? Het kabinet geeft aan dat zij hierover met de Kamer in gesprek wil, maar geeft hier zelf geen duidelijkheid over. De leden van de SGP-fractie willen hierbij meegeven dat zij het criterium duurzaamheid een ingewikkelde vinden in relatie tot passende zorg en het verminderen van de kosten van zorg. Voor hen weegt een besparing op arbeid of kosten uiteindelijk zwaarder dan het criterium duurzaamheid.

Verder vragen de leden van de SGP-fractie in hoeverre het kabinet de kosten of de noodzakelijkheid van een bepaalde vorm van zorg of behandeling ziet als iets dat vraagt om een politiek besluit en in hoeverre is dit een afweging die het Zorginstituut onafhankelijk kan maken. Hoe voorkomt het kabinet dat inhoudelijke beoordeling door het Zorginstituut en politieke beoordeling door elkaar lopen of met elkaar vermengd raken?

De leden van de SGP-fractie lezen dat het kabinet een discussie wil voeren over een kader dat beschrijft hoe we de individuele interventies beoordelen om beschikbare financiële middelen over de zorg solidair verdelen. Wie gaat dit kader opstellen? Wanneer wil het kabinet dit kader publiceren?

De leden van de SGP-fractie lezen dat het niet mogelijk noch wenselijk is om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere periode opgenomen is in het basispakket. Er wordt daarom een «maatschappelijk relevant agenderingskader» ontwikkeld om te bepalen welke zorgvormen het meest relevant zijn om te toetsen. Wie stelt dit kader op en wanneer wordt dit opgeleverd? Welke partijen zijn hierbij betrokken?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de Kamerbrief van het kabinet. Het lid van de BBB-fractie denkt dat dit een belangrijke aanzet is naar meer passende zorg, maar ziet ook dat het soms een ingewikkeld proces is. Het lid denkt daarom dat hier zeer zorgvuldig mee om moet worden gegaan, waarbij de zwaarte die gegeven wordt aan de verschillende criteria die het kabinet noemt, goed moet worden benoemd en afgewogen. Het lid heeft een aantal vragen aan het kabinet. Het lid van de BBB-fractie wil graag ingaan op het voorbeeld dat het kabinet in de Kamerbrief noemt over de sensoren voor het meten van glucose. Dit is inderdaad een prachtige innovatie die zowel patiënt als behandelaar snel en duidelijk inzicht geeft. Het zorginstituut vindt de

continu glucosemeter van aantoonbare meerwaarde voor patiënten die met name een wat zwaardere vorm van diabetes hebben. Toch valt de gang van zaken rondom deze sensoren volgens het lid van de BBB-fractie beslist niet onder effectieve of passende zorg. Ten eerste zijn er patiënten die deze sensoren vergoed krijgen en deze standaard om de zoveel weken ontvangen. Ze gebruiken de sensoren echter niet en verkopen deze bijvoorbeeld via marktplaats (de zoekopdracht «freestyle libre sensor levert al verschillende «hits» op). Ze worden verkocht voor bedragen tussen de 40 en 55 euro. De nieuwprijs voor een setje ligt rond de 67 euro. Ze worden gekocht door mensen met diabetes die niet in de categorie vallen die aangewezen is door het Zorginstituut: mensen met een lichtere vorm die hiermee hun glucose beter kunnen reguleren en kunnen voorkomen dat ze een zwaardere vorm van diabetes krijgen. Wat het lid van de BBB-fractie betreft is dit niet de bedoeling van passende zorg: wanneer iemand een hulpmiddel niet gebruikt hoort deze patiënt het niet te ontvangen. Daarnaast zou het voorkomen van meer ernstige vormen van ziekte door het gebruik van een hulpmiddel juist als zeer passend en effectief te beoordelen. Kan het kabinet daar een reflectie op geven en kan het kabinet aangeven of dit ook meegenomen kan worden bij het bepalen van de afwegingskaders?

Het lid van de BBB-fractie wil ook zelf een voorbeeld inbrengen: bij de hartrevalidatie (na een doorgemaakt hartinfarct) wordt er volledig ingezet op hartinfarcten die ontstaan door aderverkalking, dus de aanpak van hoog cholesterol, hoge bloeddruk, via beweging, voeding en het aanpakken van stress. Maar niet elk hartinfarct wordt daardoor veroorzaakt. In geval van een spontane scheuring van de slagader wordt er toch een traject van reguliere hartrevalidatie ingezet, ongeacht of er sprake is van een hoge bloeddruk, gebrek aan beweging en dergelijke. Weliswaar gaat het hier om een beperkte groep mensen op jaarbasis, maar het is geen passende zorg en speelt ongetwijfeld ook bij andere ziektes en aandoeningen. Er wordt een behandelprotocol ingezet dat niet passend is. Als de patiënt liever op een andere manier, bijvoorbeeld via de fysiotherapeut, aan revalidatie wil doen, valt dit onder «fysiotherapie» en is er nauwelijks vergoeding. Welke oplossing ziet het kabinet voor dit probleem? En hoe wordt dit probleem ondervangen met de voorgestelde aanpak?

Het lid van de BBB-fractie leest dat indien middelen worden toegelaten met onzekerheid, het niet mogelijk is om afspraken over monitoring naar de inzet en de effecten in de praktijk te verplichten. Wat is de reden dat dit niet verplicht gesteld kan worden?

Het lid van de BBB-fractie heeft ook enkele vragen over kosteneffectiviteit. Hoe worden bijwerkingen meegenomen binnen het criterium van kosteneffectiviteit? Als een middel zeer effectief is en betaalbaar maar wel tot veel bijwerkingen leidt, worden die bijwerkingen dan meegewogen? En worden bijwerkingen dan meegenomen in de zin van «kwaliteit van leven» of worden bijwerkingen alleen meegenomen als deze weer leiden tot een beroep op de medische zorg en dus kosten voor de zorgverzekeraar? Kortom: hoe worden bijwerkingen meegenomen bij de beoordeling? Aansluitend daarop de vraag: op welke wijze wordt «kwaliteit van leven» meegenomen, er vanuit gaande dat dit niet voor iedereen gelijk is? Het lid van de BBB-fractie wil graag weten of er vooraf aan het uit het basispakket nemen van zorg ook afstemming is met patiëntenverenigingen. Zo ja, hoe wordt er dan met deze input omgegaan? Daarnaast vraagt het lid van de BBB-fractie het kabinet hoe het zit met het financieren van onderzoeken die de effectiviteit van zorg moeten aantonen. Het kabinet geeft aan dat de financiering van onderzoek in beginsel bij de markt ligt. Is dit in lijn met een objectieve beoordeling? Hoe houdt het kabinet daar zicht op? Hoe wordt voorkomen dat zorg uit het basispakket verdwijnt omdat er geen financiële middelen zijn voor het onderzoek dat noodzakelijk is om de effectiviteit nu aan te tonen?

Ten slotte merkt het lid van de BBB-fractie op dat de voorgestelde aanpak voor mensen met zeldzame aandoeningen wellicht niet gunstig uitpakt. Het is immers veel lastiger om de effectiviteit aan te tonen als er sprake is van kleine groepen mensen en middelen niet zo vaak worden ingezet. Hoe gaat het kabinet ervoor waken dat deze aanpak niet ten koste gaat van de zorgverlening aan mensen met een zeldzame aandoening? Het lid van de BBB-fractie kijkt uit naar de beantwoording van de vragen door het kabinet.

II. Reactie van het kabinet

Nederland heeft een hoogstaande gezondheidszorg, met een breed en fijnmazig aanbod en uitstekend gekwalificeerde en betrokken zorgprofessionals. Maar niet alle zorg die wordt geleverd is aantoonbaar effectief. Sterker, verouderde behandelingen worden nog steeds toegepast, terwijl er (kosten)effectievere alternatieven beschikbaar zijn. Dat is niet passend, niet goed voor de cliënt of patiënt, en draagt niet bij aan de houdbaarheid van zorg in personele- en financiële zin.

Om de beweging naar passende zorg voor elkaar te krijgen, is het essentieel om ook in te zetten op pakketbeheer. Patiënten en cliënten moeten nu en in de toekomst kunnen rekenen op passende zorg. Dat betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van effectieve zorg gewaarborgd moet zijn. Het is in het belang van elke patiënt en cliënt om te weten welke zorg effectief is en wat de voor- en nadelen zijn van zorg of een specifieke behandeling. Op basis hiervan kan een patiënt en cliënt samen met de zorgverleners beslissen wat voor hen de meest passende zorg is. Om de beweging naar passende zorg te maken, is in het coalitieakkoord⁴ afgesproken de toets op het basispakket te verbeteren en te verbreden. In lijn hiermee zijn afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) en het Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (hierna: WOZO). Wij hebben uw Kamer hierover geïnformeerd in de brief van 2 december 2022⁵. De vragen die uw Kamer heeft naar aanleiding van deze brief beantwoorden wij hieronder.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

(1)

Deze leden zien graag een wat concretere beschrijving van wat de verbeterde en verbrede toets moet hebben opgeleverd over bijvoorbeeld drie of vijf jaar. Wat is er dan veranderd door deze aanpak?

Zoals wij in de brief aan uw Kamer van 2 december 2022⁶ (hierna: Kamerbrief) hebben aangegeven, is het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket een traject waar wij de komende jaren samen met overheids- en veldpartijen aan werken. In de brief die wij u later dit voorjaar sturen, zullen wij concreter aangeven hoe wij hier uitwerking aan willen geven. Zoals in bovengenoemde Kamerbrief aangegeven is, blijft het overkoepelende doel daarbij om vanuit pakketbeheer bij te dragen aan passende curatieve- en langdurige zorg. Dat betekent dat zorg in elk geval effectief moet zijn, en dus meerwaarde moet hebben voor de patiënt of cliënt. Dat doen we langs de lijnen van (1) de verbetering van de toets, (2) de verbreding van de toets en (3) het stimuleren van kennisontwikkeling.

⁴ Coalitieakkoord (2022). «Omzien naar elkaar en vooruitkijken naar de toekomst» (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77).

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 1174.

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 1174.

Op dit moment werken wij de structuur uit om hier uitvoering aan te geven. Als eerste zullen we daarbij inzetten op het concretiseren, aanscherpen en verduidelijken van de pakketcriteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzaak en uitvoerbaarheid. Dit krijgt zonnig ook zijn plek in wet- en regelgeving. Verder voeren wij op dit moment onder andere gesprekken met het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) hoe we de verbetering en verbreding van de toets vorm gaan geven. Ook zijn wij met ZonMw en veldpartijen in gesprek hoe we de kennisontwikkeling het beste kunnen stimuleren. Dit laatste moet uiteindelijk later dit jaar leiden tot een concept voor een nieuw in te richten onderzoeksprogramma.

(2)

Op welke manier krijgt preventie een (grotere) rol bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket?

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie maken deel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat de verbeterde en verbrede toets ook voor preventieve (leefstijl)interventies gaat gelden die geïndiceerd of zorggerelateerd zijn. Het aantonen van de effectiviteit en meerwaarde voor de patiënt staat hierbij centraal. Voor partijen wordt zo inzichtelijk waar preventieve interventies aan moeten voldoen om onder het basispakket te kunnen vallen, bijvoorbeeld welke kennis nodig is voor de beoordeling van de effectiviteit.

Om meer helderheid te geven over preventie binnen het basispakket heeft het Zorginstituut in augustus 2022 de wegwijzer «Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering»⁷ gepubliceerd. Bovendien is in het IZA afgesproken dat het Zorginstituut komt met een voorstel voor versnelde duiding van preventieve- en leefstijlinterventies. Met een versneld duidingsproces wordt ook sneller helder welke (onderdelen van) preventieve interventies onder het basispakket vallen. De inzet daarbij is dat deze zo laagdrempelig mogelijk worden aangeboden.

(3)

Na het lezen van de visie beklift bij genoemde leden het gevoel alsof er veel (nieuwe) en ingewikkelde bureaucratie gaat ontstaan met deze aanpak. Terwijl het wat hen betreft van belang is dat de toets op het pakket eenvoudig te begrijpen is door de beroepsorganisaties en toezichthouders, maar ook door zorgverzekeraars, zorgverleners en zorggebruikers. Welke plek ziet het kabinet voor het criterium «eenvoud» in het geheel?

Eenvoud is relevant bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Wij willen juist meer duidelijkheid creëren voor partijen hoe de criteria voor het basispakket toegepast (moeten) worden. Daarmee wordt duidelijker welke zorg vergoed wordt vanuit het basispakket en welke niet. Het verbeteren en verbreden van de toets is dus juist niet bedoeld om complexiteit aan het pakketbeheer toe te voegen. Bovendien hebben we in het IZA ook afspraken gemaakt over de rollen en verantwoordelijkheden in het stelsel, zodat overheids- en veldpartijen deze beter (kunnen) vervullen.

(4)

Ook missen de leden van de VVD-fractie de positie van «samen beslissen», ook een element van passende zorg in deze toetsaanpak. Hoe wordt gezorgd dat samen beslissen en de daarvoor benodigde communicatie optimaal verloopt met alle betrokkenen? En hoe worden de kennis

⁷ Zorginstituut Nederland. (2022). Wegwijzer Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering.

en kunde van betrokken zorgverleners (en niet alle behandelaars of artsen) geborgd in de aanpak?

In hun advies beschrijven de NZa en het Zorginstituut de principes van passende zorg, die samen het gedeelde kompas vormen voor iedereen die werkt aan passende zorg. Pakketbeheer en VVTB richt zich voornamelijk op het eerste principe: Passende zorg is waardegedreven. Dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, met andere woorden voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen.

Het tweede principe, dat passende zorg samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand komt, heeft in beginsel geen raakvlak met pakketbeheer. Zorg die samen met de patiënt of cliënt tot stand komt, betekent zorg die past bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van de patiënt of cliënt. Dat wordt bepaald in een gezamenlijk besluitvormingsproces tussen zorgverlener(s) en patiënt of cliënt en naaste(n). Kort gezegd gaat samen beslissen over welke verzekerde zorg wordt ingezet, niet over wat verzekerde zorg is.

(5)

Wordt er nagedacht over hoe alle betrokken partijen, van zorgveld tot patiënten, meegenomen worden bij de start en eerste gevolgen van deze verbeterde toets?

Ja, de uitvoerbaarheid en het draagvlak zijn belangrijke onderdelen van de uitwerking van VVTB. Op dit moment vindt de verdere uitwerking van de aanpak plaats, waarbij de samenwerking van verschillende partijen betrokken bij het pakketbeheer een essentieel onderdeel is. Helder is dat alle partijen goed geïnformeerd worden en relevante informatie ontvangen om hen goed te betrekken. Met de stakeholders waarmee samengewerkt gaat worden, en waarvan een actieve rol wordt gevraagd in dit traject, zal een dialoog worden aangegaan.

(6)

Hoe wordt transparante uitleg over gevolgen van de verbeterde toets voor het basispakket daarin meegenomen?

Zoals wij bij de voorgaande vraag heb aangegeven hebben wordt op dit moment de vervolgaanpak geformuleerd. Daar zal ook aandacht zijn voor de communicatie naar en met de verschillende spelers in de zorg. Het belang van een transparante uitleg over de gevolgen van een verbeterde toets staat daarbij scherp in het vizier en zal onderdeel zijn van de communicatiestrategie.

(7)

Genoemde leden vragen het kabinet in hoeverre er met deze toets ook voldoende stimulans is, zowel financieel als administratief, voor het ontwikkelen en in de praktijk brengen van nieuwe behandelingen en nieuwe zorg.

Het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket bouwt voort op de huidige praktijk van het pakketbeheer. Het pakket wordt grotendeels gekenmerkt door een instroom zonder toetsing vooraf door de overheid (de zogenaamde «open instroom» van het pakket). Een belangrijke reden hiervoor is dat innovatie niet onnodig geremd wordt. Dat verandert niet, en daarmee verwachten wij dat er voldoende stimulans zal blijven om nieuwe behandelingen en nieuwe zorg in de praktijk te brengen.

(8)

De in de brief vermelde prioriteringscriteria zijn «grote ziektelast, grote personeelsinzet, veel praktijkvariatie» en zijn bedoeld om het grootste effect voor de maatschappij te creëren. In hoeverre gaan deze criteria voorbij aan innovaties die zeer grote effecten voor een relatief kleine groep patiënten (of zorgverleners) kunnen opleveren en staan zij daarmee innovaties in de weg?

Voor een groot gedeelte van de zorg geldt een open instroom in het basispakket. Indien de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk stroomt deze automatisch in het basispakket zonder expliciete toetsing vooraf. Op deze wijze kunnen innovatieve behandelingen snel bij de patiënt terecht komen. De in de Kamerbrief vermelde prioriteringscriteria zien op risicogericht pakketbeheer en dienen om te selecteren welke zorg uit maatschappelijk oogpunt prioriteit heeft om op pakketwaardigheid te worden beoordeeld. Als voor een (kleine) patiëntengroep een innovatie aantoonbaar effectief is en grote meerwaarde voor de patiënt heeft, lijkt er geen reden voor een beoordeling. Daarmee staat VVTB niet in de weg aan pakketopname voor aantoonbaar effectieve innovaties met grote meerwaarde voor de patiënt. Het kan de implementatie van innovatie ook versnellen: bij pakketopname van effectieve innovatieve zorg, stroomt de minder effectieve (verouderde) zorg in beginsel uit het basispakket.

(9)

De leden van de VVD-fractie vragen het kabinet hoe geborgd wordt dat de verbeterde toets aansluit bij de verschillende manieren van instroom in het verzekerde pakket. Kan het kabinet nader uiteenzetten hoe dit in de praktijk eruit kan komen te zien?

De wijze van instroom van zorg in het basispakket is niet gekoppeld aan de toepassing van de verbeterde toets aan het pakketcriterium effectiviteit. Zorg die door de veldpartijen als effectief wordt aangemerkt, stroomt rechtstreeks in het «open» deel van het basispakket. Als er twijfels zijn over de effectiviteit, kan het Zorginstituut gevraagd worden om een duiding. Het Zorginstituut kan ook uit eigen beweging overgaan tot het duiden van zorg. Dit gebeurt vaak op basis van signalen die het Zorginstituut ontvangt over de pakketwaardigheid van die zorg.

Voor bepaalde vormen van zorg geldt een «gesloten» of «beheerste» instroom. Dan wordt nieuwe zorg door het Zorginstituut getoetst op pakketwaardigheid. Op basis van deze beoordeling brengt het Zorginstituut advies uit aan de Minister over opname in het basispakket. Voorbeelden hiervan zijn de extramurale geneesmiddelen en (dure) intramurale geneesmiddelen die in de sluis zijn geplaatst. De verbeterde toets wijzigt niets aan de wijze waarop zorg instroomt in het verzekerde pakket. Wel betreft de verbeterde toets een aanscherping van de pakketcriteria waarmee wordt bepaald welke zorg wel of niet vanuit het basispakket wordt vergoed.

(10)

Kan het kabinet aangeven wanneer de Kamer geïnformeerd zal worden over de uitwerking en toepassing van het beoordelingskader «stand van de wetenschap en praktijk» op zorg vanuit de Wlz?

In het voorjaar informeren wij uw Kamer over het proces van uitwerking van de verbeterde pakketcriteria voor zowel de Zvw als de Wlz. Aansluitend op de uitwerking van de pakketcriteria voor de Wlz wordt het Zorginstituut gevraagd een handleiding te maken waarin de toepassing

van haar geactualiseerde rapport «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023»⁸ voor de Wlz verduidelijkt wordt.

(11)

Genoemde leden lezen dat het kabinet overweegt om kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit te verankeren in wet- en regelgeving. Kan het kabinet aangeven welke voor- en tegenargumenten er zijn om dit wettelijk te verankeren? En in hoeverre vergroot wettelijke verankering complexiteit en bureaucratie? Wanneer verwacht het kabinet dat het een besluit hierover neemt?

Wij hebben in de Kamerbrief aangegeven dat kosteneffectiviteit en personeelsinzet (zwaarder) mee moeten wegen bij de beoordeling of zorg tot het basispakket moet behoren. Bij de uitwerking van deze criteria gaan wij inventariseren wat de voor- en tegenargumenten zijn voor (wettelijke) verankering. Complexiteit en bureaucratie zoals mogelijke administratieve lasten moeten daarbij meegenomen te worden. In het voorjaar informeren wij uw Kamer over het proces van uitwerking van de verbeterde pakketcriteria.

(12)

Is het kabinet voornemens om bij de beoordeling van kosteneffectiviteit ook kosten en opbrengsten mee te wegen die buiten het zorgdomein vallen, zoals ziektelast of arbeidsvermogen? Hoe kan dit een plek krijgen?

Op dit moment worden alle directe kosten verbonden aan de zorg meegenomen bij de kosteneffectiviteit. Dit betekent dat de arbeidsinzet voor de interventie wordt meegenomen en afgezet tegen de effectiviteit. In beginsel is het zo dat afhankelijk van de ziektelast en de effectiviteit van een interventie er op basis van referentiewaarden bepaald wordt hoeveel zorg mag kosten⁹. In het kader van VVTB bekijken wij samen met het Zorginstituut hoe deze aspecten worden meegewogen bij de doorontwikkeling van kosteneffectiviteit.

(13)

Op dit moment vergoeden zorgverzekeraars ook behandelingen waarvan het effect niet is bewezen, bijvoorbeeld lasertherapie voor mensen met post-COVID. Hoe verhoudt het vergoeden hiervan zich tot de huidige criteria in het pakketbeheer in de Zvw?

Bij ons is het niet bekend dat lasertherapie vanuit het basispakket vergoed wordt. Uitgangspunt is dat zorg enkel vergoed wordt vanuit het basispakket als deze voldoet aan het wettelijke criterium «stand van de wetenschap en praktijk». Zorg die vergoed wordt vanuit het basispakket moet voldoen aan het wettelijke criterium «stand van de wetenschap en praktijk». Op het moment dat zorg hier niet aan voldoet, kan geen vergoeding uit het basispakket plaatsvinden of is de vergoeding onrechtmatig. Er ligt een verantwoordelijkheid bij zorgpartijen om de effectiviteit van zorg aan te tonen. Zorgverzekeraars moeten voor de zorgverzekering zorg in kopen die voldoet aan de wettelijke vereisten voor het basispakket, waaronder het voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Wanneer er in het veld onduidelijkheid bestaat over de effectiviteit is, kan het Zorginstituut gevraagd worden om te duiden of zorg effectief is. Zorgverzekeraars kunnen vanuit de aanvullende verzekering zorg vergoeden die niet tot het basispakket behoort. Mogelijk wordt laserthe-

⁸ Zorginstituut Nederland. (2023). Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023.

⁹ Zie ook het rapport «Kosteneffectiviteit in de praktijk» (2015) van het Zorginstituut Nederland (Bijlage bij Kamerstuk 33 654, nr. 15).

rapie voor patiënten op deze wijze vergoed vanuit de aanvullende verzekering.

(14)

Kan het kabinet aangeven hoeveel in 2022 aan niet-bewezen effectieve zorg is vergoed door zorgverzekeraars?

Wij hebben geen informatie over het bedrag dat jaarlijks door zorgverzekeraars ten laste van de zorgverzekering is vergoed voor zorg waarvan de effectiviteit niet is bewezen. Deze informatie is niet af te leiden uit de declaratiegegevens. Op de facturen van zorgaanbieders mogen immers geen gegevens worden opgenomen over welke behandeling is ingezet voor welke diagnose.

(15)

In het commissiedebat over – onder andere – pakketbeheer gaf de Minister in zijn beantwoording op een vraag van een de leden aan dat hij in overleg met huisartsen en apothekers gaat om te bespreken waar verbeteringen mogelijk zijn wanneer het gaat over hoe medicatiebeoordeling kan bijdragen aan vermindering van polyfarmacie. Deze leden zijn benieuwd wat de stand van zaken is op dit onderwerp. Zijn er al gesprekken geweest en zo ja, kan het kabinet aangeven wat er uit deze gesprekken is gekomen?

Wij zijn mede in het kader van het IZA en het programma WOZO gestart met een traject met veldpartijen waaronder apothekers, huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars over mogelijke verbeteringen in de extramurale farmaceutische zorg. Onderdeel hiervan is de farmaceutische zorgverlening zoals medicatiebeoordelingen en vermindering van polyfarmacie. Wij verwachten uw Kamer over de uitkomsten van deze gesprekken na de zomer van 2023 te kunnen informeren.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

(16)

De leden van de D66 fractie vragen het kabinet of het in kaart kan brengen welke huidige zorg in het basispakket (binnen zowel de Zvw als de Wlz) niet-bewezen effectief is en in hoeverre acties worden ondernomen om deze te extraheren?

Zoals wij in de Kamerbrief hebben aangegeven, geldt dat voor veel zorg onzekerheid bestaat over de effectiviteit. Het is veelal onduidelijk bij welke zorg deze onzekerheid bestaat en bovendien is deze kennis versnipperd in het veld. In de afgelopen jaren is al via verschillende initiatieven het inzicht in de mate van effectiviteit van zorg vergroot, bijvoorbeeld via het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) en het programma DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw. Daarnaast heeft het Zorginstituut als pakketbeheerder ingezet op proactief pakketbeheer.

In het IZA wordt het belang van inzicht in de mate van de effectiviteit van zorg onderkend. Daarom zijn er, in aansluiting op de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket, onder andere afspraken gemaakt over het opstellen van een pakketagenda door het Zorginstituut met input van veldpartijen. Verder is de afspraak gemaakt dat het Zorginstituut in samenspraak met de veldpartijen een reguliere agenda van kennis- en implementatievraagstukken met de meeste maatschappelijke impact opstelt.

(17)

Kan verder worden toegelicht op welke wijze het basispakket routinematig onder de loep wordt genomen?

Op grond van de Zvw komt bepaalde zorg (zoals extramurale- en sluisgeneesmiddelen) alleen in aanmerking voor vergoeding als het Zorginstituut die zorg heeft getoetst (de «beheerste» of «gesloten instroom»). Voor de Wlz en het merendeel van de Zvw wordt zorg voor opname in het verzekerde pakket niet door het Zorginstituut getoetst (het «open gedeelte van het pakket»). In eerste instantie is deze toetsing aan de veldpartijen. Hierdoor komt nieuwe zorg snel beschikbaar voor de patiënt. Echter, hierdoor bestaat ook kans dat zorg instroomt waarvan niet altijd voldoende bekend of onderbouwd is of deze effectief is en dus van aantoonbare meerwaarde is voor de patiënt of cliënt.

Mede daarom doet het Zorginstituut tevens aan proactief pakketbeheer. Dat doet het Zorginstituut door risico's voor het basispakket te signaleren en zorg zo nodig te toetsen. Elk jaar signaleert het Zorginstituut zorg waarover twijfels bestaan of het voldoet aan «de stand van de wetenschap en praktijk», of die mogelijk risicovol is voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het verzekerde pakket. Dit doet het Zorginstituut aan de hand van de principes van passende zorg. Criteria die gewogen worden tijdens de signalering zijn onder andere: grote ziektelast, grote personeelsinzet, veel praktijkvariatie en groot financieel beslag of volume. Ook via de door het Zorginstituut ontwikkelde methodiek «Risicogerichte Analyse van het Pakket» (RAP) kan zorg gesignaleerd worden. Daarnaast kan zorg ook gesignaleerd worden voor een duiding of advies vanuit de Signalementen Passende Zorg en Verbetersignalementen Zinnige Zorg. Ook de veldpartijen in de zorg kunnen zorg agenderen bij het Zorginstituut om te duiden of over te adviseren.

(18)

Welke instrumenten krijgt het Zorginstituut aangereikt om te komen tot actief pakketbeheer?

Het Zorginstituut is op dit moment belast met het duiden van het basispakket. Dat doet het Zorginstituut onder andere door te toetsen of de zorg voldoet aan vereisten zoals de effectiviteit die gelden om deel uit te maken van het basispakket. Ook kan het Zorginstituut adviseren over pakketopname en -uitname. We willen de taken voor het pakketbeheer aanscherpen door de pakketcriteria te verduidelijken en zo nodig te versterken door het aanpassen van wet- en regelgeving. We vinden het immers van belang dat naast de effectiviteit, ook andere pakketcriteria meer gewicht krijgen. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan het verankeren van het criterium kosteneffectiviteit. Deze, mogelijk in wet- en regelgeving te borgen aspecten van de pakketcriteria, dienen overeenkomstig terug te komen in het beoordelingskader van het Zorginstituut. Hiermee wordt de rol van het Zorginstituut als beheerder van het pakket versterkt. Het eventueel aanpassen van wet- en regelgeving is een omvangrijk traject dat meerdere jaren zal duren. We kijken op dit moment in samenwerking met het Zorginstituut naar verbeteringen die in de tussentijd kunnen worden gerealiseerd. In dat licht is zojuist op 11 april de actualisatie van het toetsingskader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023» van het Zorginstituut gepubliceerd.

(19)

Het stemt ook enthousiast dat duurzaamheid als toetsingscriteria is toegevoegd. Echter, de onderbouwing hoe tot juist deze criteria is gekomen ontbreekt. De leden van de D66-fractie zien dat nog graag toelicht.

In het «Kader Passende zorg»¹⁰ beschrijft het Zorginstituut welke beweging noodzakelijk is om tot passende zorg te komen. Duurzaamheid is daarbij een van de grote maatschappelijke opgaven waar de zorgsector mee aan de slag moet. Het Zorginstituut legt hierbij tevens de relatie met pakketbeheer, waar de principes van passende zorg als uitgangspunt zouden moeten gelden. Zoals in het coalitieakkoord beschreven sluit ook het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket aan op het kader passende zorg. In dat kader wordt gezien op welke wijze duurzaamheid meegenomen kan worden bij de pakketcriteria.

(20)

Ook vragen deze leden het kabinet of met de huidige criteria de arbeidsbelasting voldoende is meegenomen.

Door de groeiende personeelstekorten in de zorg is het noodzakelijk dat zorgverleners alleen op passende zorg worden ingezet, die aantoonbaar van meerwaarde is voor de patiënt of cliënt. Deze urgentie wordt door onder andere de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (hierna: WRR) onderstreept in haar rapport «Kiezen voor Houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak». Personele houdbaarheid staat dan ook centraal in het IZA en verschillende VWS-programma's, zoals het programma WOZO en het programma «Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn» (hierna: TAZ). Ook het traject om de toets op het basispakket te verbeteren en verbreden gaat hieraan bijdragen.

In de huidige praktijk van het pakketbeheer worden reeds bij advisering over de kosteneffectiviteit door het Zorginstituut de personeelskosten van zorgverleners meegenomen in de berekening. Indien er informatie beschikbaar is over de personeelsinzet wordt deze meegewogen bij de advisering over uitvoerbaarheid. Bij de uitwerking van VVTB zal worden verkend in welke gevallen en op welke manier de benodigde inzet van zorgverleners mee kan wegen bij de beoordeling van de pakketwaardigheid van zorg. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor de informatie die (op dit moment vaak nog niet) beschikbaar is over personeelsinzet.

(21)

Tenslotte, de leden van de D66-fractie hechten ook veel belang aan de preventieve waarde van een behandeling of medicijn én aan de bekostiging ervan. In hoeverre worden deze elementen meegenomen binnen de voorliggende criteria?

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie maken onderdeel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dat de verbeterde en verbrede toets ook voor preventieve (leefstijl)interventies gaat gelden. Het aantonen van de effectiviteit en meerwaarde voor de patiënt staat hierbij centraal. Voor partijen wordt zo inzichtelijk waar preventieve interventies aan moeten voldoen om onder het basispakket te kunnen vallen, bijvoorbeeld welke kennis nodig is voor de beoordeling van de effectiviteit.

Om meer helderheid te geven over preventie binnen het basispakket heeft het Zorginstituut in augustus 2022 de Wegwijzer «Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering» gepubliceerd. Bovendien is in het IZA afgesproken dat het Zorginstituut komt met een voorstel voor versnelde duiding van preventieve en leefstijlinterventies. Met een versneld duidingsproces wordt ook sneller helder welke (onderdelen van) preventieve interventies onder het basispakket vallen. Inzet is dat deze zo laagdrempelig mogelijk worden aangeboden. Daarnaast is er in het IZA

¹⁰ Zorginstituut Nederland. (2022). Kader Passende zorg (Bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 649).

ook het streven afgesproken dat in 2025 leefstijl integraal onderdeel uitmaakt van de curatieve zorg. Hiervoor heeft het kabinet sinds begin 2023 middelen beschikbaar gesteld voor de oprichting van de coalitie «leefstijl in de zorg». Deze coalitie is een brede coalitie van veldpartijen waarin patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, overheidsinstanties en wetenschappelijke instituties in zijn vertegenwoordigd. Bij de uitwerking van deze afspraak zal de coalitie rekening houden met de verbeterde en verbrede toets op het basispakket.

(22)

Voorts vragen deze leden op welke wijze onderzoekers en ontwikkelaars vanaf een vroeg stadium worden meegenomen, zodat zij de juiste bevindingen kunnen aanleveren passend bij de criteria en er niet onnodig vertraging is in de toetsing van een nieuw genees- of hulpmiddel.

Het moet voor betrokken partijen, ook in de genees- en hulpmiddelen-sector, helder zijn aan welke pakketcriteria moet worden voldaan, dus ook aan de verbeterde criteria. Bij de uitwerking van de pakketcriteria wordt ernaar gestreefd om betrokken partijen, waaronder onderzoekers en ontwikkelaars, goed mee te nemen. Aansluitend op het uitwerken van de pakketcriteria, wordt het Zorginstituut verzocht om handleidingen en ondersteuningsmateriaal op te stellen. Het Zorginstituut stelt informatie-materiaal op om diverse sectoren in het zorgveld te ondersteunen in de beoordeling van het huidige wettelijke criterium de stand van de wetenschap en praktijk. Hierin is ook opgenomen hoe aan de hand van passend onderzoek de effectiviteit van zorg beoordeeld wordt. Zoals genoemd in de Kamerbrief zijn de wegwijzer over leefstijlinterventies¹¹ en de verwachte handleiding digitale zorg hier voorbeelden van. Opvolgend denken we in eerste instantie aan handleidingen voor de GGZ en voor medische hulpmiddelen. Ook heeft het Zorginstituut richtlijnen opgesteld voor economische evaluaties. Dit samen zorgt ervoor dat het voor betrokkenpartijen, helder is welke gegevens moeten kunnen worden overlegd om de zorg voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking te laten komen.

(23)

Deze leden lezen dat initiatieven als handleidingen voor specifieke sectoren/doelgroepen worden toegejuicht. Zij vragen het kabinet naar verdere mogelijkheden. Kan het kabinet uitgebreid toelichten op welke wijze hieraan wordt gewerkt met het oog op de instrumenten en de capaciteit van het Zorginstituut?

In het kader van de beoordeling van de effectiviteit is voor veldpartijen in de curatieve sector niet altijd helder op welke manier aan het criterium de stand van de wetenschap kan worden voldaan. Om verder te verhelderen op welke wijze de effectiviteit kan worden aangetoond, heeft het Zorginstituut recent een actualisatie van het kader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk» gepubliceerd¹². Parallel worden er als onderdeel van dat beoordelingskader verduidelijkende modules ontwikkeld voor het toepassen van dit beoordelingskader in specifieke situaties waarbij onzekerheid in de bewijsvoering een grote rol speelt. Ook stelt het Zorginstituut informatiemateriaal op om diverse sectoren in het zorgveld te ondersteunen in de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Er komt bijvoorbeeld een handleiding «digitale zorg». Een vergelijkbare ontwikkeling zien we voor ons in de langdurige zorg. Ook voor de langdurige zorg willen we het Zorginstituut vragen een

¹¹ Zorginstituut Nederland. (2022). Wegwijzer Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering.

¹² Zorginstituut Nederland. (2023). Beoordeling stand van wetenschap en praktijk 2023.

handleiding te maken. Hierin wordt uitgelegd hoe partijen zelf kunnen toetsen of zorg aantoonbaar effectief is en dus voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de handleidingen kunnen we ons voorstellen dat deze in de loop van de tijd naast de effectiviteit worden aangevuld met uitleg over de verbeterde pakketcriteria, zoals kosteneffectiviteit en de aanvullende voorwaarden. Bij het uitwerken van deze initiatieven speelt de capaciteit van het Zorginstituut een belangrijke rol. We beseffen dat het Zorginstituut niet alles kan, en zeker niet alles tegelijkertijd. Dit betekent dat het informatiemateriaal waaronder de handleidingen gefaseerd moeten worden over de tijd.

(24)

De leden van de D66-fractie zijn benieuwd wat er gebeurt wanneer de wetenschap geen eenduidig beeld schetst van een medicijn of behandeling. Hoe gaat dit gewogen worden?

Het uitgangspunt voor verzekerde zorg vanuit het basispakket is dat de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee (in voldoende mate) aantoonbaar effectief is.

Op basis van weging van het beschikbare bewijs uit wetenschap en praktijk wordt aantoonbaar gemaakt of een behandeling effectief is en dus meerwaarde heeft voor de patiënt. Wanneer de zorgverzekeraar twijfels heeft over de effectiviteit van zorg wordt samen met andere veldpartijen bekeken wat het beschikbare bewijs is en of de zorg gezien kan worden als aantoonbaar effectief. Mochten de veldpartijen hier niet uitkomen, bijvoorbeeld omdat er onzekerheid is rondom de effectiviteit van zorg of omdat verschillende studies verschillende uitkomsten laten zien, kan het Zorginstituut gevraagd worden om een duiding. Als de effectiviteit van zorg niet kan worden vastgesteld, kan het in beginsel niet vergoed worden vanuit het basispakket.

(25)

Aanvullend, sommige behandelingen of medicijnen zullen lastig te meten zijn in termen van effectiviteit en efficiëntie. Bijvoorbeeld behandelingen die preventief worden ingezet, zodat er geen zwaardere klachten ontstaan. Genoemde leden vragen het kabinet hoe hier bij de afweging rekening mee wordt gehouden.

Zorg die preventief wordt ingezet zodat geen zwaardere klachten ontstaan, moet ook voldoen aan de pakketcriteria. Vaak speelt in deze situaties de afweging tussen hoeveel mensen moeten worden behandeld (ten koste van bijwerkingen en uitgaven) en bij hoeveel mensen een zwaardere klacht kan worden voorkomen. In de kosteneffectiviteitsrichtlijn¹³ voor economische evaluatie van het Zorginstituut is dit verder uitgewerkt voor specifieke preventieve zorginterventies.

(26)

Ten tweede vragen genoemde leden het kabinet welk criterium straks zwaarder weegt dan het andere. Of wat er gebeurt als criteria een verschillende conclusie trekken over een medicijn of behandeling. Het kabinet geeft nadrukkelijk aan dat het hierover met de Kamer in gesprek gaat. De leden van de D66-fractie vragen het kabinet hoe dit proces eruit gaat zien.

Wij zijn ons bewust dat bij het door ontwikkelen en uitbreiden van de (wettelijke) pakketcriteria er eerder een situatie kan ontstaan waarbij criteria niet in lijn lijken met elkaar. Een voorbeeld daarvan is een

¹³ Zorginstituut Nederland. (2016). *Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg*.

effectieve interventie die veel personeelsinzet kost of niet duurzaam is. Dit soort situaties maakt een integrale afweging lastig. Het is van belang dat er een wegingskader komt dat bijdraagt aan consistente heldere besluitvorming en waarbij uitgewerkt is hoe de criteria bij aantoonbare effectiviteit ten opzichte van elkaar gewogen moeten worden.

(27)

Tenslotte, genoemde leden zijn benieuwd hoe zorggebruikers en burgers in het algemeen worden meegenomen in eventuele veranderingen in het basispakket en de keuzes die daaraan ten grondslag liggen. Kan het kabinet aangeven op welke wijze transparantie in de besluitvorming wordt gewaarborgd?

Wij delen met de leden dat het belangrijk is dat zowel zorggebruikers als burgers betrokken zijn bij veranderingen in de organisatie van de zorg. Om die reden betrekken wij ook de Patiëntenfederatie Nederland in de verdere uitwerking van het verbeteren en verbreden van de toets. Er zijn verschillende manieren om burgerbetrokkenheid vorm te geven en we gaan na op welke wijze deze betrokkenheid vormgegeven kan worden bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket.

(28)

Verder vragen deze leden of burgerberaden zoals aangedragen in het amendement van het lid Paulusma een (deel van de) oplossing kan zijn om zorggebruikers en burgers beter te betrekken in het maken van moeilijke keuzes en zodoende meer draagvlak voor deze keuzes te creëren? Zo ja, kan worden toegelicht op welke wijze er wordt ingezet op burgerberaden? Zo nee, waarom niet?

Er zijn verschillende manieren om zorggebruikers en burgers te betrekken bij het maken van keuzes in de zorg. Het amendement van het lid Paulusma van 18 oktober 2022 over een burgerberaad over de organisatie van de zorg¹⁴ is hier een voorbeeld van. We gaan na op welke wijze burgerbetrokkenheid vormgegeven kan worden bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

(29)

Het politieke debat in de Kamer bepaalt wat er in of uit het basispakket gaat, door voor- en nadelen af te wegen en verantwoorde maatschappelijke keuzes te maken. Erkent het kabinet dit en zou het in dat kader niet beter zijn als het zich neutraal zou opstellen bij de adviezen van het Zorginstituut?

De wetgever heeft bepaald onder welke voorwaarde welke zorg wel of niet vergoed kan worden uit het basisverzekerde pakket. Binnen de uitgangspunten van de wetgeving is het in beginsel aan de politiek om keuzes te maken over de inhoud en omvang van dat basispakket. Het Zorginstituut adviseert daarbij. Dit advies wordt meegenomen in de politieke weging. Daarnaast kan het Zorginstituut de stand van de wetenschap en praktijk duiden. Wanneer zorg niet effectief is en niet aan dit wettelijk criterium voldoet komt deze in beginsel niet voor vergoeding in aanmerking.

(30)

¹⁴ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 29.

Als een behandeling voor een kleine minderheid wel passend en effectief is, blijft die behandeling dan beschikbaar? Blijft maatwerk geborgd?

Ja, als een behandeling voor een kleine minderheid passend en effectief is, dan blijft die behandeling in principe beschikbaar.

(31)

Kan het kabinet een aantal behandelingen opnoemen die volgens hen (te) arbeidsintensief zijn?

Nee, dat is niet mogelijk. Personeelsinzet wordt onderdeel van een bredere afweging voor opname van zorg in het basispakket. De komende periode zal worden onderzocht op welke wijze deze bredere afweging kan worden vormgegeven.

(32)

Wat gaat straks de doorslag geven als een behandeling passend en effectief is maar te arbeidsintensief? Wat gaat dit betekenen voor met name de ggz-sector waar veel zorg arbeidsintensief is? Meer polsbandjes en separaties? Genoemde leden ontvangen graag een toelichting van het kabinet op dit punt.

Onderdeel van de verdere uitwerking van VVTB is dat er een afwegingskader komt dat bijdraagt aan consistente heldere besluitvorming en waarbij uitgewerkt is hoe de criteria bij aantoonbare effectiviteit ten opzichte van elkaar gewogen moeten worden. Wij zijn ons er namelijk bewust dat bij het doorontwikkelen en uitbreiden van de (wettelijke) pakketcriteria er eerder een situatie kan ontstaan waarbij criteria niet in lijn lijken met elkaar. Zoals een effectieve interventie, die veel personeelsinzet kost. In de brief die wij dit voorjaar aan de uw Kamer sturen, schetsen wij het proces om te komen tot het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Daarin gaan wij ook in op hoe wij de doorontwikkeling van de pakketcriteria en daaropvolgend de afweging tussen de verschillende pakketcriteria uit willen werken.

(33)

Ondanks dat PTED al in 2016 voorwaardelijk toegelaten was tot het basispakket, kwam niet iedereen met lage rughernia en uitstralende beenpijn die sinds 2016 een PTED-operatie heeft ondergaan voor vergoeding in aanmerking. Zelfs niet wanneer zij deze behandeling lieten uitvoeren door de meest vooraanstaande en internationaal gelauwerde arts op dit gebied. Is het kabinet bereid deze vergoeding met terugwerkende kracht alsnog te voldoen? Zo nee, waarom niet? Hoe gaat het kabinet deze fiasco's bij nieuwe te bewijzen effectieve behandelingen voorkomen?

Zorg waarvan de effectiviteit (nog) niet is aangetoond, kan voorwaardelijk worden toegelaten tot het basispakket. Voorwaarde hiervoor is dat de zorg alleen in onderzoeksverband wordt aangeboden om zo het benodigde bewijs te vergaren om de effectiviteit te kunnen vaststellen. Ook betekent dit dat de zorg in het kader van de voorwaardelijke toelating alleen wordt aangeboden door zorgverleners die deelnemen aan dit onderzoek. Sinds de Zvw van kracht is (2006), was percutane transforaminale endoscopische discectomie (hierna: PTED) geen verzekerde zorg. PTED is van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket voor de behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) ten gevolge van lumbale hernia. Er was nog niet afdoende aangetoond of er sprake was van voldoende bewezen effectieve zorg. In de loop van 2020 is met het onderzoek in het kader van de voorwaardelijke toelating doorslaggevend bewijs geleverd over de effectiviteit van de

behandeling. Op 30 november 2020 is op basis van de beschikbare onderzoeksresultaten door het Zorginstituut geconcludeerd dat de behandeling bij LRS ten gevolge van een lumbale hernia voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Dat betekent dat PTED voor patiënten met deze aandoening per 1 december 2020 onderdeel is van het basispakket.

Wij zien dan ook geen reden om deze behandeling met terugwerkende kracht te vergoeden. De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is hierover geïnformeerd op 10 juni 2021¹⁵.

(34)

Is het kabinet bereid in het kader van kosteneffectiviteit een overheadnorm te overwegen? Zo nee, waarom niet?

Wij onderschrijven het belang van het terugdringen van overheadkosten en administratieve lasten.

Om die reden zetten wij ons vol in, samen met betrokken partijen, in het programma [Ont]Regel de Zorg. Een algemene overheadnorm is daarbij echter niet haalbaar, mede vanwege de grote verschillen in de setting waarin de zorg wordt geleverd. Met de IZA-partijen is wel een norm afgesproken met betrekking tot een verlaging van de tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden: deze moet in 2025 in alle sectoren met vijf procentpunt zijn gedaald ten opzichte van 2020.

(35)

Is het kabinet bereid in het kader van arbeidscapaciteit de administratieve lasten en regeldruk met minimaal de helft terug te dringen en hiertoe grotere stappen te gaan zetten?

Wij zetten ons vol voor dit thema in met de betrokken partijen in het programma [Ont]Regel de Zorg. Met dit programma streven wij naar een substantiële vermindering van administratieve lasten in de zorg. Terugdringen van administratieve lasten en regeldruk kan het kabinet niet alleen: dat moet samen met zorgaanbieders, overheids- en veldpartijen, beroeps- en brancheorganisaties en zorgverzekeraars. Daarom is in het IZA afgesproken dat elke partij zich committeert aan het «zinnig en radicaal simpel». Daarnaast is er in het IZA met de partijen ook afgesproken dat in 2025 de tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden in alle sectoren met vijf procentpunt is gedaald ten opzichte van 2020.

(36)

Is het kabinet daarom bereid de komende weken, maanden én jaren met de betrokken overheids- en veldpartijen, uit alle zorgsectoren, en de patiëntenvertegenwoordiging te gaan werken aan het zo snel mogelijk terugdringen van de overhead, administratieve lasten en regeldruk om op die manier de zorg anders te organiseren?

Ja, dit doen wij al en zijn wij van plan om te blijven doen. In het IZA hebben wij met verschillende overheids- en veldpartijen afspraken gemaakt over het terugdringen van de administratieve lasten en regeldruk. Dit vraagt van alle betrokken partijen dat zij een actieve en onmisbare bijdrage leveren. Naast het IZA zijn wij in de andere zorgsectoren hiermee aan de slag. Wij zullen uw Kamer via de voortgangsbrief in het voorjaar van het programma [Ont]regel de Zorg hierover op de hoogte houden.

(37)

¹⁵ 2021D22700.

Het kabinet geeft aan dat basale verzorging, zoals wassen, eten en drinken, niet op effectiviteit hoeft te worden onderzocht. Welke onderdelen van de langdurige zorg zullen dan wel op effectiviteit worden onderzocht?

Basale (ver)zorg(ing), zoals wassen, eten en drinken, hoeft niet op effectiviteit onderzocht te worden omdat de effecten daarvan direct duidelijk zijn. Zo leidt te weinig eten en drinken tot ondervoeding en uitdroging en een verminderde hygiëne vergroot de kans op ziektes en infecties. De effectiviteit van deze zorg is daarmee evident.

In eerste instantie worden de onderdelen van de langdurige zorg die zowel in de Zvw als Wlz voorkomen getoetst op effectiviteit. Zorgvormen die zowel in de Zvw als Wlz voorkomen zijn bijvoorbeeld verzorging en verpleging, paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelenzorg, hulpmiddelenzorg en tandheelkundige zorg. Welke zorg daadwerkelijk getoetst gaat worden is onder andere afhankelijk van de prioritering in het nog te ontwikkelen maatschappelijk relevante selectiekader. Daarbij wordt gekeken of toetsing bij kan dragen aan de inzet op meer passende zorg. Voor het opstellen van een selectiekader dat toepasbaar is op de Wlz, is het echter noodzakelijk dat er eerst meer kennis is over de geleverde zorg binnen de Wlz en de effectiviteit ervan.

(38)

Welke onderdelen van de ouderenzorg vallen onder basiszorg? Deze leden ontvangen graag meerdere concrete voorbeelden van het kabinet.

Gelet op de eerdere vragen van de leden van de PVV-fractie gaan wij ervan uit dat met «basiszorg» wordt bedoeld «basale (ver)zorg(ing)» vanuit de Wlz. Onder de basiszorg van de ouderenzorg valt onder andere: verstrekken van en hulp bij eten en drinken, het schoonhouden van de woonruimte, passend vervoer naar dagbesteding of -behandeling en persoonlijke verzorging, zoals persoonlijke hygiëne, hulp bij het aan- en uitkleden, aanreiken van medicijnen en verzorging die nodig is vanwege een gezondheidsprobleem, zoals verschonen van incontinentiemateriaal of een stoma. In welke mate basiszorg onder de Wlz-vergoeding valt verschilt per oudere en is onder andere afhankelijk van de mate van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de oudere en of deze verblijf ontvangt.

(39)

Weet het kabinet welke administratieve rompslomp er bij het aanvragen en gebruik van incontinentiemateriaal komt kijken?

Wij verwijzen hiervoor graag naar de beantwoording van de Kamervragen van het lid Van Haga op 21 februari 2023¹⁶. In deze beantwoording is aangegeven dat we bekend zijn met dit soort signalen en dat de NZa op dit moment gesprekken organiseert. In deze gesprekken wordt de samenwerking en andere knelpunten in de extramurale hulpmiddelenzorg besproken. Daarnaast zijn wij met zorgverzekeraars in gesprek over het harmoniseren van de hulpmiddelenreglementen. Hierdoor moet het eenvoudiger gaan worden om hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal, aan te vragen.

(40)

Verpleegkundigen zijn uren bezig om incontinentiemateriaal geregeld te krijgen en patiënten lijden onnodig. Levert het aanpakken van deze bureaucratie niet veel meer op dan het te vroeg verschonen? De leden van

¹⁶ Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1634.

de PVV-fractie vragen het kabinet of het niet veel effectiever is om deze bureaucratie aan te pakken. Zo nee, waarom niet?

Wij verwijzen hiervoor graag naar de beantwoording van de Kamervragen van het lid Van Haga op 21 februari 2023¹⁷. Hierin is aangegeven ZN en V&VN hun leden en gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers zullen oproepen deze situaties zo concreet mogelijk te melden. Daarnaast zijn wij zoals aangegeven met zorgverzekeraars in gesprek over het harmoniseren van de hulpmiddelenreglementen. Hierdoor moet het eenvoudiger gaan worden om hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal, aan te vragen.

(41)

Nu is het al jaren zo dat door de werkwijze van Buurtzorg Nederland er bij hen gemiddeld minder uren zorg per cliënt besteed worden en cliënten de organisatie belonen met een 9.2. Waarom wordt deze werkwijze niet landelijk uitgerold? Is dit niet precies wat het kabinet voor ogen heeft? Zo niet, kan het kabinet dan enkele voorbeelden geven?

Een efficiënte inzet van personeel is belangrijk voor een toekomstbestendige wijkverpleging. Hierbij wordt ook gekeken naar bestaande initiatieven. In 2022 is in een bestuurlijk platform, georganiseerd door de NZa, gesproken met zorgaanbieders om input uit de praktijk op te halen. Er is gesproken over hoe effectieve interventies, kwaliteit en uitkomsten van zorg een meer centrale rol kunnen gaan spelen zodat we de beschikbare uren zo doelmatig mogelijk kunnen inzetten. Hierbij was ook Buurtzorg Nederland aanwezig om hun werkwijze bij dit gesprek in te brengen. Een andere manier om te komen tot doelmatige inzet van personeel is bijvoorbeeld de samenwerking in de wijk tussen verschillende aanbieders bij de onplanbare nachtzorg of de vorming van een herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk. In het IZA wordt hier ook op ingezet. Het is uiteindelijk aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren om, passend bij de lokale situatie, afspraken te maken over de manier waarop de zorg wordt ingekocht.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

(42)

De leden van de CDA-fractie vragen het kabinet of de brede aanpak die in deze brief geschetst en voorgesteld wordt uiteindelijk binnen een redelijk tijdsbestek zal leiden tot concrete oplossingen en verbeteringen van het basispakket van de Zvw en Wlz.

Zoals wij in de Kamerbrief hebben aangegeven is het overkoepelende doel van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket om vanuit pakketbeheer bij te dragen aan passende curatieve en langdurige zorg. De complexe houdbaarheidsopgave vraagt hier ook om: de zorgvraag groeit sneller dan het beschikbare personeel en de financiële middelen toelaten. Patiënten en cliënten moeten nu en in de toekomst kunnen (blijven) rekenen op passende zorg vanuit het basispakket Zvw en Wlz. Dat betekent dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van aantoonbaar effectieve zorg gewaarborgd moet zijn. Om dit te bereiken willen we dat er 1) een betere toetsing plaatsvindt op basis van verbeterde pakketcriteria; 2) dat er vaker en breder getoetst wordt of zorg voldoet aan de pakketcriteria in alle zorgsectoren; en 3) dat er meer kennis en inzicht komt over de mate waarin zorg voldoet aan de pakketcriteria.

¹⁷ Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1634.

Samen met overheids- en veldpartijen willen wij hier de komende tijd belangrijke stappen in zetten.

Wij voeren op dit moment onder andere gesprekken met het Zorginstituut over hoe we de verbetering en verbreding van de toets vorm gaan geven. Ook zijn wij met ZonMw en veldpartijen in gesprek hoe we de kennisontwikkeling het beste kunnen stimuleren. Dit laatste moet uiteindelijk later dit jaar leiden tot een concept voor een nieuw in te richten onderzoeksprogramma. Ook in de Wlz geldt dat nader onderzoek nodig is om een beter inzicht te krijgen in de effectiviteit van de zorg. Daarbij hebben kennisontwikkeling en het opzetten van de noodzakelijke kennisinfrastructuur prioriteit.

(43)

De leden van de CDA-fractie zien ook dat er in de zorg sprake is van arbeidskrapte, maar zij vragen het kabinet of dit een wegingskader moet zijn om vast te stellen of de zorg wel of niet effectief is. Kan het kabinet dit nader duiden?

Zorg die verleend wordt vanuit het basispakket moet aantoonbaar effectief zijn en dus voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aantoonbare effectiviteit van zorg blijft een vereiste voor opname in het basispakket. Op dit moment onderzoeken we in hoeverre personeelsinzet *aanvullend* op effectiviteit en mogelijk als onderdeel van de andere pakketcriteria meegewogen kan worden in de beoordeling welke (vorm van) zorg onderdeel moet zijn van het basispakket. Er kan dan bijvoorbeeld bij twee behandelvormen met gelijke effectiviteit gekozen worden voor de zorg met de minste personeelsinzet.

(44)

Het kabinet stelt dat het van belang is dat dezelfde zorg op eenzelfde manier getoetst wordt ongeacht of een vergoeding plaatsvindt op grond van de Zvw of de Wlz. Dit begrijpen de leden van de CDA-fractie, maar zij geven aan dat het over twee verschillende wettelijke kaders gaat, over twee verschillende manieren van financieren en over twee verschillende vormen van zorg (langdurig vs. kortdurend). Hoe weegt het kabinet die verschillen bij het verbeteren van de pakkettoets voor zowel de Zvw als de Wlz?

Het betreft inderdaad verschillende wettelijke kaders. Daar houden we in de uitwerking van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket ook rekening mee. Langdurige zorgvormen komen óók in de Zvw voor en bepaalde vormen van geneeskundige behandelingen komen óók in de Wlz voor. We vinden het van belang dat waar de zorg hetzelfde is de toetsing op gelijke wijze wordt uitgevoerd. In algemene zin is het daarnaast ook de bedoeling dat zowel het brede generieke beoordelingskader als daarbinnen het specifieke beoordelingskader voor het pakketcriterium effectiviteit (de stand van de wetenschap en praktijk) rekening houdt met de specifieke context van de curatieve zorg en langdurige zorg. Dit kan resulteren in een andere uitwerking of toepassing van deze kaders voor langdurige zorg dan voor curatieve zorg. Het criterium stand van de wetenschap en praktijk blijft dus onverkort van kracht voor zowel zorg vanuit de Zvw als zorg vanuit de Wlz, maar de wijze van toetsing daaraan kan straks mogelijk verschillen per zorgvorm.

(45)

En vindt het kabinet dat in het huidige basispakket van de Zvw kwaliteit van leven voldoende meegewogen worden?

Op dit moment wordt kwaliteit van leven – mits er gegevens beschikbaar zijn – doorgaans meegenomen in de beoordeling van de effectiviteit en bij eventuele advisering over de kosteneffectiviteit. Bij aanvang van iedere afzonderlijke beoordeling wordt bekeken welke uitkomsten relevant zijn voor artsen en patiënten en cliënten. Dat kunnen ook uitkomsten zijn in termen van kwaliteit van leven. We hebben aangegeven het wenselijk te vinden dat bij effectiviteitsbeoordelingen expliciet aandacht is voor uitkomstmaten als kwaliteit van leven van de patiënt en cliënt. Daarbij willen we graag de kennis die hierover is opgedaan binnen de langdurige en curatieve zorg betrekken en waar van toepassing kennisontwikkeling hierop stimuleren.

(46)

In de brief staat veelvuldig de term passende zorg. De term passende zorg kent veel gedaanten en vormen. Kan het kabinet aangeven wat er in het kader van het «aanpassen/uitbreiden van het wegingskader» van het basispakket precies bedoeld wordt met deze term?

Om vanuit pakketbeheer bij te kunnen dragen aan passende zorg volgen wij de principes zoals deze in het Kader Passende zorg¹⁸ zijn geformuleerd. Passende zorg is waardegedreven. Dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, en daarmee aantoonbaar meerwaarde heeft voor de patiënt of cliënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen. Dit zijn de elementen die ook centraal staan bij de verbeterde toets op het basispakket. Deze informatie is ook van waarde om te komen tot passende zorg die samen met en gezamenlijk rondom de patiënt of cliënt tot stand komt, de juiste zorg op de juiste plek is en gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

(47)

Waarom «start» het kabinet niet eerst met effectief onbewezen zorg uit het basispakket van de Zvw te halen?

Dat is inderdaad de bedoeling. In de Kamerbrief hebben wij aangegeven dat voor een deel van de zorg binnen het basispakket onduidelijk is of het effectieve zorg is die meerwaarde heeft voor de patiënt of cliënt. Daarnaast blijven verouderde behandelingen toegepast en vergoed worden, terwijl er mogelijk effectievere alternatieven beschikbaar zijn. Het is van belang dat wanneer er onzekerheid is over de effectiviteit van zorg, deze geagendeerd wordt en dat er onderzoek plaatsvindt. In de afgelopen jaren is al via verschillende initiatieven het inzicht in de mate van effectiviteit van zorg vergroot, bijvoorbeeld via het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) en het programma Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw. Daarnaast heeft het Zorginstituut als pakketbeheerder ingezet op proactief pakketbeheer. Om de effectiviteit van zorg vast te stellen wordt getoetst of zorg gelijkwaardig is aan of meerwaarde heeft ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Wanneer blijkt dat zorg niet aantoonbaar effectief is en dus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, is uitstroom van die zorg in beginsel van toepassing.

(48)

Klopt het dat vijf tot tien procent van de medische behandelingen bewezen niet effectief zijn en dat bij vijftig procent niet bekend is of deze medisch effectief zijn? Wordt dit vervolgens bedoeld met een beperkt inzicht? Is dit voor verschillende vormen van zorg anders?

¹⁸ Zorginstituut Nederland (2022). Kader Passende zorg (Bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 649).

Uit verschillende (internationale) studies blijkt dat voor een deel van de zorg het niet of niet voldoende aannemelijk is dat er sprake is van effectieve zorg. Het strategisch adviesbureau SiRM heeft dit in 2021 in kaart gebracht¹⁹. Daarbij worden verschillende percentages genoemd. Veelal gaan de studies alleen over de medisch-specialistische zorg. Voor andere zorgvormen geldt dat hier minder over bekend is. Gelet op uitkomsten van beoordelingen van het Zorginstituut en op verschillende signalen uit het veld zien we dat deze vraag wel relevant is voor andere zorgvormen en sectoren. Vandaar dat wij naast een verbetering van de toets ook inzetten op verbreding van expliciete toetsing op de effectiviteit van zorg.

(49)

Kan het kabinet aangeven voor welke vormen van verzekerde zorg er wel inzicht is in de effectiviteit van de zorg?

In beginsel geldt voor de Zvw en de Wlz dat (nieuwe) zorg zonder tussenkomst van een toetsing door het Zorginstituut in het verzekerde pakket stroomt (de «open instroom»). Hierbij wordt er van uit gegaan dat zorgverzekeraars beoordelen in hoeverre de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als zorg door de zorgverzekeraar gezien wordt als effectief, maakt de zorg rechtstreeks deel uit van het verzekerde pakket. Als er twijfels ontstaan over de effectiviteit dan kan het Zorginstituut gevraagd worden om expliciete duiding. Bij de «gesloten of beheerste» instroom wordt voorafgaand aan opname in het pakket specifiek getoetst op effectiviteit.

(50)

Hoe verhoudt het beperkte inzicht in effectiviteit en doelmatigheid zich tot de rol van de zorgverzekeraars? Zorgverzekeraars moeten toch op basis van prijs en kwaliteit zorg inkopen?

Van zorgverzekeraars wordt verwacht worden dat zij nagaan of de zorg die zij inkopen voor hun verzekerden met een naturapolis of vergoeden voor hun verzekerden met een restitutiepolis (en waarvan zij de kosten ten laste brengen van de risicoverevening) voldoet aan de wettelijke criteria die de Zvw stelt. Eén van die criteria is de effectiviteit van de zorg. Bovendien legt de Zvw zorgverzekeraars een zorgplicht op. Ten aanzien van verzekerden met een naturapolis betekent die plicht onder meer dat de zorgverzekeraar de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg moet borgen die door hem gecontracteerde zorgaanbieders leveren aan zijn verzekerden. Daarnaast wordt ervan uitgegaan dat de zorgverzekeraar er belang bij heeft dat de zorg doelmatig wordt verleend. Daarom zullen zorgverzekeraars ook op de prijs letten bij het inkopen van zorg.

(51)

Hoe gaat het kabinet zorgen dat de zorgverzekeraars en patiënten meer handvatten krijgen om op kwaliteit van zorg in te kopen of kwaliteit van de zorg ontvangen?

In het kader van passende zorg is het van groot belang dat zorgverzekeraars expliciet hun rol nemen bij het contracteren op de kwaliteit en effectiviteit van zorg. Dit wordt met de betrokken koepels²⁰ uitgewerkt in het vervolg van het programma Uitkomstgerichte Zorg²¹. Daarbij wordt nadrukkelijk de link gelegd met samen beslissen, keuzehulp en cultuurverandering. Het doel is dat patiënten op basis van gebleken

¹⁹ SiRM. (2021). Geschat potentieel effectieve zorg.

²⁰ Het gaat hierbij om de koepels FMS, NVZ, NFU, PFN, V&VN, ZKN en ZN.

²¹ <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl>.

uitkomsten zelf kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder of zorgverlener zij een behandeling willen krijgen. Daarvoor is het van belang dat zorgverleners en zorgaanbieders transparant zijn over hun uitkomsten van zorg en daarmee over de toegevoegde waarde in de zin van kwaliteit van leven voor patiënten. Waar geen uitkomstmaten haalbaar zijn, zijn zorgaanbieders zo transparant mogelijk via proces- en/of structuurindicatoren of kwaliteit audits.

In het IZA is hierover eveneens een aantal belangrijke afspraken gemaakt. Bijvoorbeeld dat de partijen in de medisch-specialistische zorg uitkomst-informatie transparant beschikbaar maken. Daarbij is het de ambitie dat dit in 2025 voor 50 procent van de ziektelast gerealiseerd is. Zorgverzekeraars kunnen op basis van deze uitkomsten gerichte kwaliteitsafspraken met zorgaanbieders maken, bijvoorbeeld over de ervaren kwaliteit van leven van patiënten na de behandeling, of afspraken over het tegengaan van vermijdbare complicaties.

(52)

Hoe verhoudt de Zvw zich tot de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz)?

De Zvw regelt de zorgverzekering die verplicht is voor iedereen die woont of werkt in Nederland en regelt welke zorg onder deze verzekering valt. De zorgverzekering dekt de zorg van bijvoorbeeld de huisarts, de medisch specialist of de apotheker. Het basispakket wordt vastgesteld door de overheid en is voor iedereen gelijk. De uitvoering van de zorgverzekering ligt bij zorgverzekeraars, die op grond van de Zvw een zorgplicht hebben. Zij moeten zorgen dat hun verzekerden de zorg uit het basispakket (vergoed) krijgen waaraan zij behoefte hebben. Het gaat hierbij zowel om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, als om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) stelt diverse eisen aan zorgaanbieders op het gebied van kwaliteit van zorg en ten aanzien van de behandeling van klachten en geschillen. De zorgaanbieder is in de Wkkgz breed gedefinieerd. Daaronder vallen ook de aanbieders van zorg uit het basispakket. De Wkkgz geldt verder voor zorgaanbieders, ongeacht grootte of organisatievorm. Zowel voor grote zorginstellingen als zelfstandige beroepsbeoefenaren vallen onder deze wet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz.

Ter vervulling van zijn zorgplicht moet de zorgverzekeraar inzicht hebben in de kwaliteit van de zorg die door hem gecontracteerde zorgaanbieders leveren aan zijn verzekerden met een naturapolis. Ook als de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde met een restitutiepolis bemiddelt naar een zorgaanbieder, moet hij inzicht hebben in de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd. Een rechtmatige uitvoering van de zorgplicht behelst onder meer dat een zorgverzekeraar handelt naar dit inzicht en waar nodig consequenties daaraan verbindt bij contractering en bemiddeling, bijvoorbeeld wanneer een zorgaanbieder volgens de IGJ onvoldoende kwaliteit van zorg levert.

(53)

Welke invloed hebben de kwaliteitsstandaarden op de inkoop van zorg door zorgverzekeraars of door zorgkantoren? Is hier sprake van een direct verband? En zo nee, zou er geen sprake van een direct verband moeten zijn?

Ja, hier ligt een direct verband. Zorgverzekeraars en zorgkantoren kopen namelijk zorg in met inachtneming van de vereiste kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In de contracten volgen zij daarbij veelal de naleving van de Wkkgz en de kwaliteitsstandaarden en richtlijnen van de beroepsgroep. Zorgaanbieders moeten op grond van de Wkkgz goede zorg aanbieden. Dit geldt zowel voor zorgaanbieders die Zvw-zorg leveren als zorgaanbieders die Wlz-zorg leveren. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en patiënt- of cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt of cliënt én waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden.

(54)

Het kabinet stelt voorts in de brief dat het traject van het verbeteren en verbreden toets op het basispakket vele jaren in beslag gaat nemen. Kan het kabinet een tijdspad schetsen? En kan het aangeven wat de eerste concrete stappen zullen zijn?

Op dit moment werken we uit hoe het tijdspad eruit komt te zien en wat concrete stappen en tussenresultaten kunnen zijn. In de brief die wij in het voorjaar van 2023 aan de Tweede Kamer versturen gaan wij hier nader op in.

(55)

Ook stelt het kabinet dat de zorg die in het basispakket wordt toegelaten (dus bewezen effectief is) van meerwaarde voor de patiënt moet zijn. Dat kunnen deze leden zich goed voorstellen, maar patiënten zijn mondig en tegenwoordig nog mondiger en hebben soms een ander perspectief dan de behandelend arts. Zeker bij levensbedreigende ziekten willen zij veel behandelingen proberen en gaan zij in sommige gevallen over de Nederlandse grens voor een behandeling. Ziet het kabinet dit spanningsveld? En hoe weegt het kabinet dit gezien de inhoud van deze onderhavige brief?

Dat spanningsveld zien we. Vanuit het basispakket wordt zorg vergoed die aantoonbaar effectief is, daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dus meerwaarde heeft voor de patiënt. Daarbij moet op groepsniveau aangetoond kunnen worden of de zorg van aantoonbare meerwaarde is voor de patiënt of cliënt. Van zorgverleners wordt verwacht dat ze goede zorg verlenen. Daar hoort bij dat patiënten goed worden geïnformeerd over de behandelopties en de bijbehorende risico's en uitkomsten. Indien patiënten de keuze maken om een (aanvullende) behandeling te volgen die niet voldoet aan de wettelijke vereisten voor vergoeding vanuit het basispakket, dan is deze zorg voor eigen kosten.

(56)

Hoe gaat het kabinet het goede gesprek/samen beslissen vormgeven, zodat het wel gaat werken?

Samen beslissen gaat over de beste zorg die past bij de patiënt of cliënt op dat moment. Om dit te ondersteunen is vanuit het programma Uitkomstgerichte zorg de afgelopen jaren hard gewerkt om meer vorm te geven aan het samen beslissen. Zo zijn er voor veel aandoeningen uitkomstensets ontwikkeld en liggen er zorgpaden met daarin momenten om samen te beslissen. Er is een campagne op het gebied van samen beslissen gevoerd waarin zorggebruikers en zorgverleners tips en hulpmiddelen aangereikt hebben gekregen om beter en vaker samen te beslissen. Ook is met de veranderaanpak het veld gestimuleerd om kennis

en goede praktijkvoorbeelden betreft samen beslissen te delen. In het IZA is afgesproken om met de beweging naar Uitkomstgerichte zorg door te gaan in een vervolgprogramma vanaf 2023. Hierin is onder andere afgesproken dat zorgaanbieders in alle sectoren uitkomstgericht gaan werken in de zorgverlening, in de spreekkamer bij Samen Beslissen en kwaliteitsverbetering in 2025 hebben geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. In de jaarlijkse voortgangsrapportage Uitkomstgerichte zorg, zal hier verder op in worden gegaan. Wij streven er naar u deze voor de zomer te doen toekomen.

(57)

Het belang van de patiënt is niet altijd het belang van de medisch specialist, de instelling voor langdurige zorg of de zorgverzekeraar. Het kabinet adresseert dit probleem, maar geeft nog geen richting. Kan het kabinet aangeven hoe het hij deze discussie wil voeren en binnen welke kaders?

Om pakketbeheer op goede wijze vorm te geven is de inzet van meerdere partijen van belang, met elk een eigen rol en verantwoordelijkheid. In het IZA zijn afspraken gemaakt tussen betrokken partijen over passende zorg voor de patiënt, en wat dat vraagt van partijen. Zoals aangegeven in de Kamerbrief richten wij ons in eerste instantie op instrumenten voor sturing op effectiviteit en kosteneffectiviteit. Overheids- en veldpartijen moeten hier vervolgens uitvoering aan geven in de praktijk. In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij het proces schetsen over hoe we VVTB willen uitwerken, inclusief de nadere invulling van de rollen en verantwoordelijkheden van partijen betrokken bij het pakketbeheer.

(58)

Zoals eerder aangegeven delen de leden van de CDA-fractie het feit dat effectief bewezen zorg vergoed moet worden via het basispakket. Betekent dit dat dat zorgverzekeraars zorg alleen mogen vergoeden die door de eigen beroepsrichtlijnen als stand van wetenschap en praktijk worden onderschreven, of niet?

Zorgverzekeraars mogen alleen zorg uit de basisverzekering vergoeden als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is vastgelegd in het Besluit zorgverzekering. Richtlijnen zijn in principe evidence-based en gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen. De beroepsgroepen gaan zelf over de aanpassing van richtlijnen. Voor zover richtlijnen gaan over zorg die vergoed wordt op grond van de Zvw en Wlz, zullen deze dus moeten zien op het verlenen van effectieve zorg.

(59)

Dienen beroepsrichtlijnen zich aan het basispakket aan te passen? Uit het artikel «Arts houdt lang vast aan zinloze behandeling rugpijn» blijkt dat het 17 jaar of langer duurt voordat 85 procent van de artsen afziet van de behandeling. Zou het kabinet zich voor kunnen stellen dat bij het verbeteren van het basispakket dit soort aanpassingen worden meegenomen? Dus als een behandeling niet passend en effectief is, dat dan de beroepsrichtlijn automatisch wordt aangepast. Deze leden ontvangen graag een reactie van het kabinet op dit punt.

Het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket ziet op welke zorg binnen het basispakket vergoed wordt en niet op de doorwerking in professionele en/of kwaliteitsstandaarden. De beroepsgroepen gaan zelf over de aanpassing van richtlijnen. Wel is het goed om te benoemen dat er andere programma's zijn die gericht zijn op het aanpassen van

richtlijnen aan kennis over effectiviteit en gepast gebruik. Zo zijn voor alle via ZE&GG gestarte zorgevaluaties reeds met de betrokken wetenschappelijke vereniging(en) afspraken zijn gemaakt dat binnen een jaar na afronding van de zorgevaluatie de uitkomsten gewogen worden door de vereniging(en) en opgenomen worden in de desbetreffende richtlijn(en). Ook bij zorgevaluaties gesubsidieerd via ZonMw programma's worden in veel gevallen de wetenschappelijke vereniging(en) op voorhand betrokken. Als die zorgevaluaties afgerond worden zal de wetenschappelijke vereniging in veel gevallen overgaan tot een aanpassing van de richtlijn. In het IZA is afgesproken dat (de)implementatie in principe binnen één jaar aantoonbaar tot resultaat moet leiden, tenzij een andere termijn meer passend wordt geacht. De afspraken behelzen ook de reële termijn van aanpassing van richtlijnen.

(60)

Vindt het kabinet dat gepatenteerde dure medicatie centraal inkocht moet worden en niet per zorginstelling en zou dit ook een onderdeel van het verbeterde basispakket Zvw kunnen zijn?

Het is belangrijk om steeds goed te beoordelen welke partijen het beste in staat zijn om de inkoop of prijsbepaling van geneesmiddelen te doen. Voor veel geneesmiddelen, ook nieuwe, dure geneesmiddelen zijn zorgverzekeraars en/of ziekenhuizen goed in staat om te komen tot goede inkoopafspraken met geneesmiddelenleveranciers. Het is ook zo dat groepen van ziekenhuizen op dit terrein vaak hun krachten bundelen en de inkoop gezamenlijk uitvoeren. Tegelijkertijd stijgt het aantal dure geneesmiddelen waarover ziekenhuizen of zorgverzekeraars er niet goed in slagen om goede prijsafspraken te maken. In het geval een duur geneesmiddel aan de «criteria voor de sluis voor dure geneesmiddelen» voldoet, onderhandelt het Bureau Financiële Arrangements Geneesmiddelen (BFAG) van het Ministerie van VWS dan over de geneesmiddelprijs. De sluis is een instrument dat ingezet wordt bij geneesmiddelen met een buitengewoon hoog macrokostenbeslag en/of hoge kosten per behandeling. Deze geneesmiddelen worden niet ingekocht door de overheid, dat doen zorgaanbieders zelf. Vooralsnog zien wij geen aanleiding of meerwaarde om naast het maken van prijsafspraken ook daadwerkelijk centraal geneesmiddelen in te kopen. Zorginstellingen zijn immers beter in staat om hun benodigde volumes in te schatten. Overigens wordt door de Europese Commissie verkend in hoeverre er draagvlak is om op Europees niveau ook centraal dure (wees-)geneesmiddelen in te kopen via een zogeheten *Joint procurement*-procedure. Daarvan werd al gebruik gemaakt voor bijvoorbeeld COVID-19-vaccins en behandelingen. Als zodanig kan dit een zinvolle toevoeging tot het instrumentarium zijn dat in specifieke gevallen en op vrijwillige basis ingezet zou kunnen worden. Een verdere discussie hierover wachten wij af.

(61)

Deelt het kabinet de stellingname van genoemde leden dat innovaties nu te vrijblijvend worden toegepast?

Ja, die stellingname delen wij. Als een innovatieve behandeling of zorgvorm aantoonbaar beter is dan alternatieven wordt nog te weinig gestuurd op «pas toe of leg uit». Daarom hebben de partijen, waaronder VWS, in het IZA afspraken gemaakt om opschaling van bewezen effectieve innovatieve behandelingen en zorgvormen te stimuleren en minder passende alternatieven te voorkomen. Daarnaast wordt gestimuleerd om voorbeelden van elkaar over te nemen in het kader van *proudly copied by*.

(62)

Innovaties sneuvelen vaak omdat – na een succesvolle start – opschalen moeilijk is en structurele financiering vaak ontbreekt. Hoe worden inbedding van innovaties meegenomen bij het verbeteren van de toets op het basispakket?

Wij zijn het met de leden eens dat opschaling na een succesvolle start een impuls verdient. Problemen bij opschaling liggen echter niet altijd aan gebrek aan structurele financiering via bekostiging of contractering. Vaak vraagt een innovatieve zorgvorm ook om anders werken en organiseren, met aanpassing van zorgprocessen en verschuivingen in de kosten voor exploitatie van zorg tot gevolg. Daarom hebben de partijen, waaronder VWS, in het IZA afspraken gemaakt om opschaling van bewezen effectieve innovatieve behandelingen en zorgvormen te stimuleren en minder passende alternatieven te voorkomen. Deze afspraken krijgen ook aandacht bij het verbeteren van de toets op het basispakket, bijvoorbeeld doordat we de pakketcriteria willen verbeteren en daarbij ook willen kijken naar wegingselementen zoals personeelsinzet of duurzaamheid.

(63)

Tevens stelt het kabinet dat er bij toelating van de zorg tot het basispakket aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld die bijdragen aan gepast gebruik van zorg. Waar denkt het kabinet in dit kader precies aan?

In onze brief hebben we aangegeven dat we het wenselijk vinden dat er met aanvullende voorwaarden aan verzekerde zorg meer sturing komt op de effectiviteit van zorg, of de bijdrage aan gepast gebruik van zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld over voorwaarden over de benodigde expertise bij toepassing van de zorg- of de specifieke organisatie van zorg die van invloed zijn op de effectiviteit daarvan. Op dit moment onderzoeken we welke aanvullende voorwaarden mogelijk en wenselijk zijn, en in hoeverre dit aanpassing in wet- en regelgeving vereist.

(64)

Het kabinet stelt dat kwaliteit van leven op dit moment al wordt meegenomen in de weging door het Zorginstituut, maar vindt verdere verankering wenselijk. Aan welke wettelijke verankering denkt het kabinet?

Wij zijn aan het onderzoeken in hoeverre het wenselijk is dat de uitkomstmaat kwaliteit van leven meer gewicht krijgt bij onderzoek en de beoordeling of zorg effectief is, en welke verankering daarbij noodzakelijk is. Er zijn daarbij meerdere keuzemogelijkheden die wij bekijken. Verankering kan plaatsvinden in de uitwerking en uitvoering van het pakketbeheer, of indien noodzakelijk, met verdere borging in wet- en regelgeving.

(65)

Ook stelt het kabinet dat voor andere vormen van zorg voor veldpartijen niet altijd helder is op welke manier effectiviteit voldoende kan worden aangetoond. Hier hebben de leden van de CDA-fractie enkele vragen over. Wordt in dit kader ook de afweging gemaakt over kosten en baten?

Zoals wij hebben aangegeven in de Kamerbrief is het voor veldpartijen bij bepaalde zorgvormen of in specifieke situaties niet altijd helder op welke manier effectiviteit kan worden beoordeeld en aangetoond. Het moet voor alle veldpartijen en bij alle zorgvormen duidelijk zijn op welke manier de mate van effectiviteit van zorg en mogelijke (lange termijn) bijwerkingen daarbij aangetoond kunnen worden, en hoe daar een afweging in moet worden gemaakt. Om die reden hebben wij het Zorginstituut dan ook gevraagd om verder in te zetten op het verder verduidelijken voor partijen van de toepassing van het generieke beoordelingskader stand van de

wetenschap en praktijk in die specifieke situaties. Dit aan de hand van handleidingen voor bepaalde zorgvormen, zoals een handleiding digitale zorg.

(66)

Soms zijn onderzoeksgroepen (denk aan zeldzame ziekten) zo klein dat het lastig is om effectiviteit van behandelingen aan te tonen. Hoe wil het kabinet hiermee omgaan?

Zorg wordt alleen vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering wanneer deze aantoonbaar effectief is en dus voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Voor het aantonen van de effectiviteit van zorg zijn verschillende onderzoeksdesigns mogelijk. In algemene zin wordt ingezet op het onderzoeksdesign wat het meest passend is, en daarmee uitvoerbaar is en de hoogste zekerheid of kwaliteit van het bewijs oplevert. Daarbij is niet voor elke situatie of aandoening hetzelfde onderzoeksdesign mogelijk of geschikt. Indien het bijvoorbeeld niet mogelijk is om een vergelijkend of experimenteel onderzoek te doen (bijvoorbeeld in het geval van zeldzame aandoeningen), dan kan gebruik worden gemaakt van een observationele studie. Het Zorginstituut hanteert hiervoor het kader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk». Het Zorginstituut heeft op 11 april een actualisatie gepubliceerd van het kader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk»²².

Wanneer het gaat over geneesmiddelen voor zeer zeldzame ziektes (de zogenaamde weesgeneesmiddelen) zijn er weinig onderzoeksgegevens beschikbaar over de effectiviteit. Daarnaast uiten behandelaren hun zorgen over dat deze geneesmiddelen niet bij alle patiënten met dezelfde aandoening evenveel effect hebben. Wanneer de effectiviteit van een weesgeneesmiddel (nog) niet voldoende kan worden aangetoond, en het middel dus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, is er op dit moment de mogelijkheid om de behandeling via voorwaardelijke toelating tot het basispakket toegankelijk te maken voor patiënten. Wanneer de effectiviteit van een weesgeneesmiddel wel voldoende is aangetoond, is er sprake van de stand van de wetenschap en praktijk en komt het in beginsel voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking. Daarbij kan er nog wel sprake zijn van restonzekerheden, bijvoorbeeld over de lange termijn-effectiviteit of over de doelmatige toepassing van de behandeling. Op dit moment wordt bij de allerduurste weesgeneesmiddelen onderhandeld over de prijs. Daarnaast zal bij de verbetering van de toets op het basispakket worden gezien of, voor zowel sluisgeneesmiddelen als niet sluisgeneesmiddelen, er bij de toelating tot het basispakket aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld die betrekking hebben op de effectieve inzet van de behandeling in de zorgpraktijk of bijvoorbeeld op vervolgonderzoek. Hierdoor kunnen dan ook de langetermijneffecten worden gemonitord.

(67)

Wat is er de afgelopen jaren gedaan om aan veldpartijen helder te maken hoe effectiviteit kan worden aangetoond?

Er zijn verschillende acties ingezet om veldpartijen te informeren op welke wijze effectiviteit kan worden aangetoond. Het Zorginstituut geeft continue voorlichting aan zorgverzekeraars en -kantoren, zorgaanbieders en burgers met informatie, verduidelijkingen, duidingen en advies. Op dit moment werkt het Zorginstituut aan informatiemateriaal over het toetsingskader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk»²³,

²² Zorginstituut Nederland. (2023). Beoordeling stand van wetenschap en praktijk 2023.

²³ Zorginstituut. (2023). Beoordeling stand van wetenschap en praktijk.

modules over de toepassing van «stand van de wetenschap en praktijk» in specifieke situaties, en wegwijzers in wet- en regelgeving en wat nodig is voor vergoeding uit de basisverzekering²⁴. Ook ontwikkelt het Zorginstituut op dit moment handleidingen over hoe het generieke kader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk» kan worden toegepast in specifieke zorgvormen en situaties, bijvoorbeeld bij digitale zorg.

(68)

En biedt de Wkkgz geen mogelijkheden de effectiviteit van zorg beter vorm te geven/beter te meten?

De Zvw en Wlz zien op de verzekering van zorg. In de Kamerbrief hebben we aangegeven dat we aanvullende voorwaarden voor effectiviteit willen kunnen stellen aan zorg die vergoed wordt op grond van de Zvw en Wlz. Dat doen wij binnen de kaders van deze wetten, waarbij het bepalen van de effectiviteit een centraal onderdeel is.

De Wkkgz ziet op de verlening van zorg. Het kan hierbij ook om zorg gaan, die niet valt onder de Zvw of Wlz. Op grond van de Wkkgz zijn zorgaanbieders verplicht om *goede* zorg te verlenen. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en patiënt- of cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt of cliënt. Daarbij dienen zorgverleners te handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden. Dat goede zorg in de zin van de Wkkgz verleend dient te worden is dus een andere norm dan dat alleen effectieve zorg deel uitmaakt van het basispakket van de Zvw en Wlz.

(69)

Een belangrijke ambitie in het WOZO-programma is: «zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan». Dat onderschrijven deze leden van harte, maar voor veel ouderen is de digitale wereld niet zo gemakkelijk als het voor jongeren is en niet iedereen heeft een sociaal netwerk om daarmee te willen of kunnen helpen. Zie het kabinet dit probleem? In dit verband brengen deze leden ook de motie van de leden Paulusma en Van den Berg onder de aandacht over het keuzerecht op hybride en/of digitale zorg onderdeel te maken van wetgeving.

Met het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket willen we bereiken dat alleen effectieve zorg wordt vergoed. Hierbij is het belangrijk dat de zorg ook goed toepasbaar is. Tegenwoordig maken heel veel ouderen dagelijks gebruik van een smartphone, een computer of andere apparaten. Natuurlijk zijn er ook ouderen die minder digitaal vaardig zijn. Als een oudere te maken krijgt met een digitale toepassing, dan moet door de zorgverlener(s), de oudere en/of de naasten samen goed gekeken worden of de oudere daarmee uit de voeten kan. Oftewel, digitaal als het kan, zoals geschetst in het WOZO-programma. Zoals in de reactie op de gewijzigde motie van de leden Paulusma en Van den Berg (Kamerstuk 31 765, nr. 602) van 21 november jl.²⁵ is aangegeven, delen wij dat er nog onvoldoende gebeurt om digitale en/of hybride zorg een vast onderdeel van de zorg te maken en dat dit snel anders moet. Wij blijven ons inzetten om samen met partijen de komende periode hybride en/of digitale zorg een vast onderdeel van zorg te maken.

²⁴ Bijvoorbeeld de wegwijzer «Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering» (Zorginstituut, 2022).

²⁵ Kamerstuk 27 529, nr. 286.

Specifiek voor ouderen zijn er vele initiatieven die ouderen helpen met het digitaal vaardig worden. In de bijlagen van de Kamerbrief «nadere uitwerking programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor ouderen» van 22 december jl.²⁶ zijn meerdere goede voorbeelden opgenomen over digitale zorg voor ouderen. Ook op de Kennisbank Digitale Zorg²⁷ van Vilans staat een overzicht van digitale hulpmiddelen die hun nut in de praktijk hebben bewezen.

(70)

Ook de leden van de CDA-fractie zijn van mening dat het arbeidspotentieel goed moet worden ingezet, zeker gezien de eerdergenoemde krapte. Zij vinden echter dat bepaalde groepen niet onderweg kwijt moeten worden geraakt. Denk aan de groep mensen met een licht verstandelijke beperking. Hoe wil het kabinet voldoende aandacht houden voor kwetsbare groepen?

Met een toenemende zorgvraag en een krappe arbeidsmarkt, zal de beschikbare capaciteit optimaal benut moeten worden. Vanuit het IZA richten we ons zowel op het verminderen van (onnodige) instroom, het verbeteren van de doorstroom als op het slimmer inzetten van de beschikbare professionals. In het IZA is specifiek voor de eerste lijn de afspraak gemaakt dat voor de medisch-generalistische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking op het snijvlak van Zvw en Wlz verschillende veldpartijen verder werken in het verlengde van het «Convenant Randvoorwaarden en facilitering van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking²⁸». Het doel daarbij is om de capaciteit en inzet van professionals in de eerste lijn optimaal te benutten.

(71)

Zij zien in praktijk echter vaak dat in aanmerking komen bij acute medische problemen de bijzonder bijstand geen soelaas biedt. Dit omdat er bij bijzondere bijstand van tevoren toestemming dient te worden gevraagd en de doelgroep met die smalle beurs geen aanvullende verzekering heeft. Als voorbeeld geven deze leden hierbij een acute ontsteking van een kies in het weekend. Daar biedt de bijzondere bijstand toch geen oplossing voor, zo vragen zij het kabinet.

Sommige gemeenten hebben voor mensen met een minimuminkomen een collectieve aanvullende verzekering, ook wel de gemeentepolis genoemd. Dit is een vorm van categoriale bijzondere bijstand. Het verlenen van bijzondere bijstand behoort tot de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van het college van burgemeester en wethouders.

Het verlenen van bijzondere bijstand is naast deze vorm van categoriale bijzondere bijstand enkel mogelijk via individuele bijzondere bijstand. De gemeente kan deze verlenen afhankelijk van bijzondere omstandigheden in het individuele geval. Wanneer sprake is van een toereikende en passende voorliggende voorziening, zoals een zorgverzekering, zorgtoeslag en de collectieve aanvullende verzekering zoals een gemeentepolis, dan kan de gemeente oordelen dat bijzondere bijstand niet wordt verleend.

(72)

Het kabinet stelt dat het niet mogelijk noch wenselijk is om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere periode

²⁶ Kamerstuk 29 389, nr. 113.

²⁷ <https://www.vilans.nl/kennisbank-digitale-zorg>.

²⁸ Kamerstukken 34 104 en 29 248, nr. 316.

opgenomen is in het basispakket. Waarom is dit niet zo, vragen de leden van de CDA-fractie aan het kabinet.

Het is vanuit praktisch oogpunt niet mogelijk om álle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere tijd is opgenomen in het basispakket. De omvang van zorg in het basispakket is daarvoor eenvoudigweg te groot. Dat zijn te veel interventie-indicatiecombinaties die het Zorginstituut zou moeten toetsen.

Daarnaast is het ook niet wenselijk, omdat alles toetsen door de overheid niet in lijn is met de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen in de zorg betrokken bij het pakketbeheer. Bij de instroom van het basispakket ligt de verantwoordelijkheid voor het aanbieden van effectieve zorg in eerste instantie bij de veldpartijen. De veldpartijen waaronder de wetenschappelijke- en beroepsverenigingen dienen de effectiviteit van zorg inzichtelijk te maken. Ook hebben wetenschappelijke- en beroepsverenigingen een rol waar het gaat om het verwerken van pakketduidingen van het Zorginstituut in de richtlijnen en andere kwaliteitsstandaarden. Zorgaanbieders en zorgverleners hebben vervolgens een verantwoordelijkheid voor het aanbieden van goede zorg. Ook zijn het de zorgaanbieders en zorgverleners die ervoor kunnen zorgen dat zorg die niet pakketwaardig is daadwerkelijk gedeïmplementeerd wordt. Zorgverzekeraars kopen via contractering met zorgaanbieders zorg in voor hun verzekerden die effectief is en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als er twijfels zijn over de interpretatie van verzekerde zorg in het basispakket, kunnen zorgverzekeraars gezamenlijk een Zorg Advies Traject (ZAT) doorlopen, waardoor er consensus ontstaat over de interpretatie van het basispakket. Indien nodig agenderen zij het onderwerp voor duiding bij het Zorginstituut. Ook hebben patiënten- en cliëntenvertegenwoordigers een belangrijke positie als gesprekpartners voor de ontwikkeling naar patiënt- en cliëntgerichte passende zorg, en daarmee ook bij het pakketbeheer. Ze brengen behoeften, verwachtingen en ervaringen van patiënten en cliënten in en werken mee aan monitoring vanuit het perspectief van de patiënt en cliënt in de zorg. Deze wordt meegenomen bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en pakketduidingen.

(73)

Zij begrijpen dat dit een zeer tijdrovende klus is, maar het lijkt deze leden een goede start om uiteindelijk uit te komen bij de meest passende/ effectieve zorg die in het basispakket thuishoort. Waarom wordt er niet gestart met dure behandelingen en of wordt niet gekeken of er andere nieuwere mogelijkheden zijn?

Zoals aangegeven in de Kamerbrief zetten we in op een impactgerichte uitvoering van het pakketbeheer. Dat betekent dat we starten met- en prioriteit geven aan zorg die een hoge score behaalt op een aantal relevante prioriteringscriteria. Het Zorginstituut werkt op dit moment mede vanuit afspraken in het IZA aan een agenda voor toetsing, in overleg met partijen. Op basis van prioriteringscriteria wordt zorg geselecteerd om te toetsen. Onderdeel van de prioriteringscriteria betreft een groot financieel beslag. Op basis van dit criterium zou gestart kunnen worden met het toetsen van dure behandelingen. Andere prioriteringscriteria betreffen in ieder geval: grote ziektelast, grote personeelsinzet, veel praktijkvariatie, groot volume en milieu en klimaatimpact. Op die manier bereiken we binnen wat uitvoerbaar is het grootste effect voor de maatschappij. Of er andere of nieuwere behandelingsmogelijkheden zijn, zou ook een prioriteringscriterium kunnen zijn.

(74)

Het kabinet stelt – terecht wat deze leden betreft – dat in de langdurige zorg de kwaliteit van leven centraal staat. Het kabinet is met allerlei actieprogramma's deze weg ook ingeslagen. Betekent dit nu ook dat dit een belangrijk wegingskader gaat worden bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz?

Bij het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket wordt zowel voor de Zvw als de Wlz gekeken naar de doorontwikkeling van de pakketcriteria en de eventuele borging daarvan in wet- en regelgeving. Voor cliënten die langdurige zorg ontvangen is kwaliteit van leven één van de belangrijkste uitkomsten.

(75)

Deelt het kabinet met de leden van de CDA-fractie dat effectieve zorg hier een andere betekenis kan hebben als bij de kortdurende zorg uit het basispakket van de Zvw?

Wij delen de mening van de leden van de CDA-fractie dat effectiviteit in de langdurige zorg deels een andere betekenis kan hebben dan in de curatieve zorg. Sommige vormen van zorg komen in zowel de Zvw als Wlz voor, zoals verzorging en verpleging, paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelenzorg, hulpmiddelenzorg en tandheelkundige zorg. In de uitwerking van de verbeterde pakketcriteria zullen we aandacht geven aan de relevante verschillen tussen langdurige en curatieve zorg.

(76)

Deelt het kabinet het uitgangspunt van deze leden dat in praktijk juist in verpleeghuizen veel passende zorg wordt gegeven met als voorbeeld geen behandeling meer starten maar juist focussen op de kwaliteit van leven? En deelt het kabinet het standpunt dat hier nu al vaak sprake is van maatwerk?

Een uitgangspunt voor cliënten die in een verpleeghuis wonen is dat het gaat om hun kwaliteit van leven. Dit is ook één van de uitgangspunten van de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader verpleeg(huis)zorg, waar wij de Tweede Kamer in het WOZO-debat op 23 maart jl. (Handelingen II 2022/23, nr. 65, items 3 en 6) en in het 30 ledendeбат over arbeidsmarkt en verpleeghuizen op 6 april jl. (Handelingen II 2022/23, nr. 71, item 13) over de voortgang hebben geïnformeerd. Goede zorg in het verpleeghuis is cliëntgericht, passend bij de persoon. Passende zorg is zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan.

(77)

Kan het kabinet aangeven hoever het staat met de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeg(huis)zorg.

Op 27 dec. jl. heeft de Tweede Kamer een nadere uitwerking van het WOZO-programma ontvangen²⁹. Daarbij was een voortgangsrapportage over de doorontwikkeling van het kwaliteitskader gevoegd. Korte halve wordt naar genoemde voortgangsrapportage verwezen. Zoals in de genoemde debatten gemeld, is het kwaliteitskompas eind maart ingediend bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut is het toetsingsproces gestart en zal de betrokken partijen gaan spreken en verzoekt eenieder dit toetsingsproces nu in rust te kunnen doorlopen.

(78)

²⁹ Kamerstuk 29 389, nr. 113.

Het kabinet stelt dat het ook in de Wlz de mogelijkheden beziet voor het aanpassen van wet- en regelgeving. Aan welke richting denkt het kabinet?

Op dit moment zijn wij aan het onderzoeken of en op welke wijze het wenselijk is dat de pakketcriteria in de Zvw en Wlz verankerd worden. Verankering kan plaatsvinden in de uitwerking en uitvoering van het pakketbeheer, of indien noodzakelijk, met verdere borging in wet- en regelgeving. Waar het kan wordt het op dezelfde manier geborgd in de Zvw en Wlz, en anders waar nodig.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

(79)

De leden van de SP-fractie zijn daarom van mening dat een verbreding van de toets op het pakketbeheer ook zou moeten betekenen dat medisch noodzakelijke zorg die nu niet vergoed wordt alsnog in het basispakket wordt opgenomen. Hoe kijkt het kabinet hiernaar?

Naast het criterium effectiviteit spelen ook andere criteria een rol bij besluiten over inhoud en omvang van het basispakket, zoals de vraag of het noodzakelijk is om de zorg collectief te verzekeren. Iedereen in Nederland moet kunnen rekenen, nu en in de toekomst, op toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Daarvoor is nodig dat alleen die zorg wordt vergoed waarvan collectief verzekeren noodzakelijk is. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de vraag of de zorg financieel toegankelijk is of, anders gezegd, voor (bijna) iedereen zelf is op te brengen. Het noodzakelijkheidscriterium bestaat uit twee elementen. 1) Is de aandoening zodanig ernstig dat deze behandeling en de kosten daarvan collectief moeten worden verzekerd? 2) Zijn de kosten van de zorgvorm zo hoog dat vergoeding vanuit het basispakket gerechtvaardigd is? Op basis van (onder andere) dit criterium kan besloten worden zorg al dan niet op te nemen in het basispakket.

(80)

Kan het kabinet garanderen dat de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor mensen niet verder beperkt wordt door de aanpassingen in het pakketbeheer?

Nee, die garantie kunnen wij niet geven. Juist om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van effectieve zorg voor de patiënt en cliënt van de toekomst te behouden, achten wij aanpassingen in de toets op het basispakket noodzakelijk. Daarbij zullen mogelijk scherpe keuzes gemaakt moeten worden. Wij willen hiermee zorgen dat pakketwaardige zorg beschikbaar blijft in de toekomst tegen aanvaardbare maatschappelijke kosten, met een zo doelmatige inzet van personeel.

(81)

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet hoe het wil voorkomen dat patiënten door een strengere toets op het basispakket de toegang tot de voor hen meest effectieve behandeling verliezen.

Over een aanzienlijk deel van de zorg bestaat onzekerheid over de effectiviteit. Tegelijkertijd nemen de totale zorguitgaven toe. Om te voorkomen dat verdringing (zowel op het terrein van personeelsinzet, als van zorgkosten) gaat plaatsvinden van effectieve zorg door niet-effectieve zorg achten wij aanpassing van de toets op het basispakket noodzakelijk. Daarmee willen wij onder andere meer zekerheid krijgen over de mate van effectiviteit van zorg in het basispakket. Indien bij toetsing blijkt dat de zorg niet aantoonbaar voldoet aan stand van de wetenschap en praktijk, is

uitstroom van die zorg in beginsel van toepassing. Daarmee willen wij bereiken dat alle patiënten en cliënten in Nederland verzekerde toegang blijven houden tot effectieve en noodzakelijke zorg.

(82)

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet daarnaast hoe de aanscherping van het pakketbeheer zich verhoudt tot het gebruik van financiële prikkels die volgens het kabinet moeten voorkomen dat mensen onnodig zorg gebruiken, zoals het eigen risico.

In algemene zin geldt dat eigen betalingen, zoals het eigen risico, ervoor zorgen dat mensen zich bewuster worden van de kosten van zorg. Daardoor worden zij gestimuleerd om na te denken of een behandeling passend en nodig is. Daarmee kunnen eigen betalingen, zoals het eigen risico, inderdaad samen met de medische expertise van artsen en het stimuleren van passende zorg via pakketbeheer bijdragen aan passend zorggebruik. Naast dat mensen zich bewuster worden van de kosten van zorg, dragen eigen betalingen ook bij aan het beheersbaar houden van de collectieve zorguitgaven. Door een deel van de rekening bij zorggebruikers te leggen blijft de verzekeringspremie voor alle verzekerden namelijk lager.

(83)

Als alleen zorg wordt vergoed in gevallen dat deze medisch noodzakelijk is (of zelfs met nog aanvullende eisen) en wanneer een arts heeft bepaald dat deze zorg voor een specifieke patiënt medisch noodzakelijk is, waarom zouden er dan daar bovenop nog financiële prikkels nodig zijn om te voorkomen dat die patiënt van die zorg gebruik maakt?

Zoals in antwoord op de vorige vraag is aangegeven, hebben eigen betalingen niet alleen maar als doel dat mensen zich bewuster worden van de kosten van zorg. Het doel is ook medefinanciering van de zorgkosten. Door eigen betalingen wordt een deel van de zorgrekening bij de zorggebruikers zelf neergelegd. Hierdoor blijft de verzekeringspremie voor alle verzekerden lager.

(84)

De leden van de SP-fractie lezen dat het kabinet overweegt om kosteneffectiviteit als criterium vast te leggen in wet- en regelgeving. Zij vragen het kabinet wanneer het van mening is dat er sprake is van kosteneffectiviteit, aangezien dit niet zo duidelijk en objectief kan worden gemeten als bijvoorbeeld effectiviteit. Wanneer is zorg kosteneffectief?

In de loop der jaren heeft het Zorginstituut al veel ervaring opgedaan met advisering over de kosteneffectiviteit.³⁰ In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij het proces schetsen over hoe het verbeteren en verbreden van de toets verder vormgegeven zal worden, waaronder het proces dat nodig is voor het borgen van het criterium kosteneffectiviteit.

(85)

Is het kabinet het ermee eens dat de vraag wat kosteneffectief is ook afhankelijk is van de politieke afweging hoeveel we als samenleving bereid zijn uit te geven aan zorg?

Ja, het is aan de politiek om te bepalen hoeveel we bereid zijn te betalen voor zorg met een bepaalde meerwaarde voor patiënten en cliënten. Daarbij vinden wij het van belang dat er consistente keuzes worden

³⁰ Zorginstituut Nederland. (2015). Kosteneffectiviteit in de Praktijk.

gemaakt. Om die reden willen wij graag met de Tweede Kamer in gesprek over de wijze waarop dit vormgegeven moet worden.

(86)

Het kabinet schrijft in zijn brief dat er «argumenten [kunnen] zijn om niet altijd voor de grootste gezondheidswinst per euro te kiezen en om voor bepaalde interventies een lagere kosteneffectiviteit te accepteren» en noemen daarbij als voorbeeld arbeidsbesparende of duurzame zorg. De leden van de SP-fractie vragen of het kabinet het ermee eens is dat dit ook zou moeten gelden als een specifieke behandeling voor bepaalde patiënten de enige optie is, of substantiële meerwaarde heeft ten opzichte van alternatieve behandelingen.

Het uitgangspunt voor verzekerde zorg vanuit het basispakket is dat de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee (in voldoende mate) aantoonbaar effectief is. Wanneer een specifieke behandeling de enige optie is voor een bepaalde indicatiegroep, dan blijft deze in beginsel beschikbaar indien deze effectief is en dus meerwaarde heeft ten opzichte van alternatieve behandelingen.

(87)

De leden van de SP-fractie lezen dat het kabinet daarnaast ook overweegt om arbeidscapaciteit als criterium vast te leggen in wet- en regelgeving. Zij vragen of dit geen ongewenste effecten zou kunnen hebben. Hiermee wordt de vraag welke zorg vergoed wordt namelijk ook deels afhankelijk van de effectiviteit van het arbeidsmarktbeleid van het kabinet. Als het kabinet er namelijk niet in slaagt om de zorg aantrekkelijk genoeg te maken om voldoende zorgverleners aan te trekken en vast te houden, wordt dit automatisch een argument om bepaalde zorg niet te vergoeden, ook als deze zorg wel medisch noodzakelijk is. Die koppeling lijkt hen daarom onwenselijk. Hoe kijkt het kabinet hiernaar?

Effectiviteit zal het hoofdcriterium van de toets op het basispakket blijven. De komende periode zal daarnaast in het programma VVTB worden verkend of er mogelijkheden zijn om de benodigde capaciteit van zorgverleners mee te wegen in pakketbesluiten. Of en op welke wijze dit mogelijk is zal nog blijken. Richtingen waar aan kan worden gedacht zijn – maar beperken zich niet tot – het versneld toetsen op effectiviteit van medische technologie die naar verwachting de arbeidsproductiviteit verhoogt, het wegen van behandelingen met gelijke effectiviteit maar verschillende benodigde inzet van zorgverleners, of het separaat benoemen van de benodigde inzet van zorgverleners als uitwerking van het criterium uitvoerbaarheid.

Met het verkennen van mogelijkheden om de benodigde inzet van zorgverleners mee te nemen in een pakketbesluit, wordt de basis gelegd om in tijden van personele schaarste met onderbouwde keuzes toegankelijke, noodzakelijke en effectieve zorg te kunnen blijven bieden voor iedereen.

Parallel blijft het kabinet werken aan het in gang zetten van de transitie naar passende en arbeidsbesparende zorg in onder andere het TAZ-programma. Binnen dit programma ondersteunt het kabinet werkgevers bij de transitie naar het anders leren en werken en in het aantrekken en behouden van zorgverleners. Deze opgave blijft primair de verantwoordelijkheid van de werkgevers zelf; gezien de grote omvang van de opgave faciliteert en ondersteunt het kabinet werkgevers in de aanpak daarvan. Met als doel dat ook in de toekomst de zorg met maximaal één op zes werkenden in zorg en welzijn goed georganiseerd (kwaliteit en toegankelijkheid) kan worden.

(88)

De leden van de SP-fractie lezen daarnaast dat het kabinet het criterium effectiviteit sterker wil verankeren in wet- en regelgeving en dat indien zorg niet aantoonbaar voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk deze uit het pakket stroomt. Zij vragen het kabinet wat dit betekent voor de grote hoeveelheid zorg die momenteel vergoed wordt, maar (nog) niet bewezen effectief is.

Met het verbeteren en verbreden van toets op het basispakket willen we bereiken dat meer zorg expliciet getoetst zal gaan worden op de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is een beweging die meerdere jaren in beslag zal nemen, en waarbij het vanwege de omvang onmogelijk is om alle zorg expliciet van toetsing te voorzien. Het is niet de bedoeling om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere periode opgenomen is in het basispakket. Dit is ook niet noodzakelijk op het moment dat alle spelers betrokken bij het pakketbeheer op juiste wijze vormgeven aan hun rollen en verantwoordelijkheden. Er moeten daarom keuzes gemaakt worden voor de selectie van zorg die het meest relevant is om te toetsen. Het Zorginstituut zal daarvoor een maatschappelijk relevant agenderingskader opstellen, in afstemming met diverse veldpartijen. Als de voor toetsing geselecteerde zorg niet aantoonbaar voldoet aan stand van wetenschap en praktijk, is uitstroom van die zorg in beginsel van toepassing.

(89)

De leden van de SP-fractie hebben nog enkele vragen over de paragraaf over de noodzaak om een bepaalde behandeling te verzekeren. Daarin staat onder andere: «Of iets in aanmerking komt om te verzekeren, hangt dan af van de kans dat een ongewenste situatie zich voordoet in combinatie met de mogelijk (financiële) consequenties van die ongewenste situatie.» Wat bedoelt het kabinet hier precies mee? Betekent dit dat het volgens het kabinet acceptabel is om medisch noodzakelijke zorg niet te vergoeden indien de kosten daarvan niet onbetaalbaar zijn voor degenen die de zorg nodig heeft?

De zorgverzekering is ingericht als een schadeverzekering voor geneeskundige zorg. Dat betekent dat alleen zorg vergoed wordt die effectief is voor de behandeling van de medische indicatie. Ook overige criteria kunnen een rol spelen bij besluiten over inhoud en omvang van het basispakket, zoals de vraag of de zorg noodzakelijk is om collectief te verzekeren. Het noodzakelijkheidscriterium bestaat uit twee elementen. 1) Is de aandoening zodanig ernstig dat deze behandeling en de kosten daarvan collectief moeten worden verzekerd? 2) Zijn de kosten van de zorgvorm zo hoog dat vergoeding vanuit het basispakket gerechtvaardigd is? Op basis van (onder andere) dit criterium kan besloten worden zorg al dan niet op te nemen in het basispakket.

(90)

Waarom verwijst het naar de bijzondere bijstand voor mensen die deze zorg alsnog niet kunnen betalen?

Het zorgstelsel is door de wetgever niet bij voorbaat ingericht met de bijzondere bijstand als sluitstuk. Toch kan er een situatie ontstaan waarbij het voor bepaalde groepen moeilijk is om bepaalde vormen van zorg die geen deel uitmaken van het basispakket, zelf te betalen. Voor deze situaties is specifiek maatwerk vereist en kan daarom een beroep worden gedaan op de bijzondere bijstand bij de gemeente.

Sommige gemeenten hebben voor mensen met een minimuminkomen een collectieve aanvullende verzekering, ook wel de gemeentepolis genoemd. Voor sommige minima kan de gemeentepolis gunstig zijn

omdat er een korting wordt gegeven op de aanvullende ziektekostenverzekering voor zorg die buiten het basispakket valt. In alle gemeentepolissen is er een aanvullende verzekering voor mondzorg. Dit is een vorm van categoriale bijzondere bijstand.

Het verlenen van bijzondere bijstand is naast deze vorm van categoriale bijzondere bijstand enkel mogelijk via individuele bijzondere bijstand. De gemeente kan deze verlenen afhankelijk van bijzondere omstandigheden en het individuele geval. Wanneer sprake is van een toereikende en passende voorliggende voorziening, zoals een zorgverzekering, zorgtoeslag en de collectieve aanvullende verzekering zoals een gemeentepolis, dan kan de gemeente oordelen dat bijzondere bijstand niet wordt verleend.

(91)

Dient medisch noodzakelijke zorg niet gewoon voor iedereen vergoed te worden?

Het basispakket is voor iedereen gelijk. Dat betekent dat voor zover de zorg is opgenomen in het basispakket geldt dat dit vergoed wordt.

(92)

Sinds wanneer is de bijzondere bijstand bij gemeenten bedoeld om gaten in de vergoeding van medisch noodzakelijke zorg op te vangen?

De bijzondere bijstand is niet bedoeld om gaten in de vergoeding van medisch noodzakelijke zorg op te vangen. Wel voorzien sommige gemeenten aan mensen met een minimuminkomen in een tegemoetkoming van de premie voor de gemeentepolis en sommige gemeenten hebben tevens het eigen risico via deze gemeentepolis afgedekt.

(93)

Hoe wordt rechtsongelijkheid voorkomen als medisch noodzakelijke zorg door de éne gemeente wel vergoed zou worden via de bijzondere bijstand en bij de andere gemeente niet?

Het basispakket zoals ingericht overeenkomstig de Zvw en de Wlz, omvat de zorg waarvan mede op basis van het noodzakelijkheids criterium besloten is dat collectief verzekeren geboden is. Het verlenen van bijzondere bijstand met betrekking tot de zorgverzekering, een aanvullende ziektekostenverzekering of zorg buiten het basispakket is een bevoegdheid en verantwoordelijkheid van het college van burgemeester en wethouders. Gemeenten kunnen hun beleid ten aanzien van hun inwoners met een laag inkomen verschillend vormgeven.

(94)

Zij vragen het kabinet of het ermee eens is dat een eventuele doorontwikkeling van dit kwaliteitskader gericht zou moeten zijn op de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en niet op een ordinaire bezuiniging.

Het beleid van het kabinet is erop gericht om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. In het licht van de vergrijzing en de krappe arbeidsmarkt is het daarbij nodig om de zorg anders te organiseren. Er is geen sprake van een bezuiniging. De maatregelen van het kabinet remmen slechts de groei van de toenemende vraag naar zorgmedewerkers af. Dat is van belang in het licht van de arbeidsmarkt. De doorontwikkeling van het kwaliteitskader is aan de veldpartijen. Wij hebben gevraagd aan het Zorginstituut om hier regie in te voeren, door veldpartijen te faciliteren, te adviseren en waar nodig doorzettingsmacht te gebruiken. Daarbij hebben wij ook aangegeven dat het ontwikkelen en

borgen van kwaliteit in de (langdurige) zorg een ontwikkeling heeft doorgemaakt. Terwijl kwaliteit voorheen primair in professionele termen werd geduid, is daar later het perspectief van de cliënt aan toegevoegd. Inmiddels is er de noodzaak hier een derde, maatschappelijk perspectief aan toe te voegen, namelijk (de transitie naar) passende zorg. Kwaliteitsontwikkeling en borging moeten meer in samenhang worden gezien met andere publieke waarden, zoals toegankelijkheid, personele organiseerbaarheid, financiële houdbaarheid en maatschappelijk draagvlak.

(95)

Klopt het dat het handhaven van de personeelsnorm in het kwaliteitskader een mogelijkheid is als de partijen die hierover spreken besluiten dat dit noodzakelijk is voor het behoud van kwaliteit?

Tripartiete partijen, zijnde organisaties van cliënten, zorgaanbieders of zorgverleners en zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders (of de Adviescommissie Kwaliteit in geval van doorzettingsmacht) kunnen een personeelsnorm in het kwaliteitskader handhaven indien zij oordelen dat dit noodzakelijk is voor het behoud van kwaliteit. Wel toetst het Zorginstituut of er aandacht is besteed aan de implementatie van de kwaliteitsstandaard. Bij een norm over een minimale personele bezetting moeten tripartiete partijen in het implementatieplan duidelijk maken hoe zij dit in de praktijk kunnen realiseren.

(96)

Klopt het dat het Zorginstituut bij het – samen met veldpartijen – opstellen van kwaliteitskaders niet gebonden kan worden aan besparingsdoelstellingen zoals deze zijn vastgelegd in het coalitieakkoord?

Bij het opstellen van een kwaliteitsstandaard zijn tripartiete partijen, te weten organisaties van cliënten, zorgaanbieders of zorgverleners en zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders (of de Adviescommissie Kwaliteit in geval van doorzettingsmacht) op grond van de Wkkgz niet gebonden aan financiële kaders. Alleen bij een kwaliteitsstandaard die naar verwachting leidt tot een toename van de collectieve zorguitgaven, is het Zorginstituut gehouden om – voorafgaand aan de opname van een dergelijke kwaliteitsstandaard in het openbaar register – toestemming aan de Minister te vragen.

(97)

De leden van de SP-fractie constateren dat het kabinet van plan is om de toets op het basispakket in de Wlz te «verbeteren en verbreden». Tegelijkertijd constateren zij dat het de afgelopen jaren al steeds lastiger is geworden voor mensen om binnen de Wlz de zorg te krijgen die ze nodig hebben, bijvoorbeeld door de sluiting van de verzorgingstehuizen. Is een verdere beperking van de zorg die wordt gegeven binnen de Wlz volgens het kabinet in die context echt wenselijk?

De doelstelling van VVTB in de Wlz is niet een beperking van de zorg, maar zeker stellen dat de zorg van aantoonbare meerwaarde is voor de cliënt. Dit is zowel van toepassing voor de Zvw als voor de Wlz. Van veel zorg geleverd vanuit de Wlz weten we niet of het aantoonbaar bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten. Het is mogelijk dat cliënten niet-passende zorg ontvangen. Dit is onwenselijk vanuit cliëntperspectief, zorgverlenersperspectief en maatschappelijk perspectief. Om te realiseren dat passende zorg geleverd en vergoed wordt, is in de eerste plaats structurele doorontwikkeling en inbedding van een kennisinfrastructuur noodzakelijk om inzicht te krijgen welke zorg wordt geleverd en wat de meerwaarde is voor cliënten. Als deze kennis er is, kunnen we daarmee

ook kijken hoe we zorgverleners zo efficiënt mogelijk inzetten zodat elke cliënt passende zorg kan ontvangen.

(98)

De leden van de SP-fractie vragen daarnaast wat het «verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz» precies inhoudt. Waarom wordt hier niet een veel grotere rol gegeven aan het oordeel van onafhankelijke zorgverleners? Waarom kiest het kabinet er niet voor om net als in de wijkverpleging een verpleegkundige te laten bepalen welke zorg binnen de Wlz noodzakelijk is? Wordt de zorg volgens het kabinet beter als die bureaucratisch georganiseerd blijft via het ClZ en als hiervoor een strengere toets wordt ontwikkeld?

Het pakketbeheer in de Wlz richt zich op de aard, inhoud en omvang van het verzekerde pakket.

Conform het Besluit langdurige zorg (Blz) wordt dit pakket mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Het ClZ voert de indicatiestelling voor de Wlz uit op een onafhankelijke, deskundige en uniforme wijze. De zorg die Wlz-cliënten nodig hebben is zwaar en complex, omdat sprake is van permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel. Dat vereist een onafhankelijke en objectieve beoordeling van de zorgbehoefte. Om te kunnen vaststellen of recht bestaat op Wlz-zorg, beoordeelt het ClZ op basis van verkregen informatie van de cliënt en beroepsbeoefenaren zoals de huisarts, de zorgbehoefte. Hiertoe gebruikt het ClZ een afwegingskader dat is gebaseerd op de wettelijke toegangscriteria³¹. Daarnaast wijst het ClZ het best passende zorgprofiel toe. In een zorgprofiel staat een omschrijving van de aard, inhoud en globale omvang van de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg. Welke zorgverlening binnen het zorgprofiel het meest passend is voor de cliënt, bepalen zorgverlener(s) en cliënt (en/of naasten) samen.

De Wlz blijft een open instroom van zorg behouden. Dit houdt in dat zorg in beginsel zonder tussenkomst van het Zorginstituut of andere partijen in het verzekerde pakket komt. Hierbij is het oordeel van de (medische) beroepsgroep over de effectiviteit van de zorg leidend voor de vergoeding door zorgkantoren. Maar, een open instroom kan ook leiden tot zorg waarvan onvoldoende bekend of onderzocht is of het van aantoonbare meerwaarde is voor de cliënt. Cliënten ontvangen dan mogelijk niet-passende zorg. Met het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket willen we daarom ook in de Wlz een bijdrage leveren aan het komen tot passende zorg voor elke cliënt.

(99)

De leden van de SP-fractie vragen het kabinet waarom het expliciet slim incontinentiemateriaal noemt als voorbeeld van een technologische innovatie. Dit wordt namelijk niet altijd gebruikt op een manier die de kwaliteit van zorg verbetert, maar soms ook om het verwisselen van incontinentiemateriaal zo lang mogelijk uit te stellen. Is het kabinet het ermee eens dat dit soort technische toepassingen alleen een goede innovatie zijn als zij ook op een goede manier worden toegepast?

³¹ Een cliënt heeft recht op zorg vanuit de Wlz indien hij een blijvende behoefte heeft aan (a) permanent toezicht, of (b) 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de cliënt zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel te voorkomen.

Ja, wij zijn het eens dat technische toepassingen alleen goede innovaties zijn als zij ook op een goede manier worden toegepast. Anders leidt het niet tot passende zorg voor de patiënt of cliënt. Wat betreft absorberend incontinentiemateriaal: het (ver) na verzadiging verschonen komt de kwaliteit van leven van de cliënt niet ten goede en kan ook complicaties opleveren zoals blaasontstekingen. Dit is dan ook geen passende zorg. Eveneens is het verschonen vóór verzadiging niet passend. In een intramurale setting vraagt dat om meer inzet van het personeel, zijn de kosten hoger omdat meer materiaal gebruikt wordt dan nodig is en leidt het tot onnodig afval.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

(100)

De leden van de PvdA-fractie vragen wat precies het verband is tussen passende zorg zoals daar nu op wordt ingezet en de NFU-lijst uit 2016 van meer dan 1300 overbodige of onzinnige behandelingen (de zogenaamde «beter-niet-doen-lijst»), het in 2019 gestarte programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), waarbij ingezet werd op het stoppen van onzinnige zorg en de in najaar 2020 verschenen «implementatieagenda» met meer dan honderd onderwerpen waarvan vastgesteld is dat het gepast gebruik is.

Partijen in de medisch-specialistische zorg werken samen aan het programma ZE&GG. Dit gaat over de implementatie van bewezen effectieve zorg en – indien er nog onvoldoende bekend is over de effectiviteit van behandelingen – het uitvoeren van zorgevaluaties. De «beter-niet-doen-lijst» van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (hierna: NFU) heeft samen met andere initiatieven als input gediend voor het ZE&GG-programma. ZE&GG is onderdeel van de beweging naar passende zorg en wordt gedragen door alle partijen van het Hoofdlijnenakkoord medische-specialistische zorg 2019–2022 (Kamerstuk 29 248, nr. 311)(hierna: HLA MSZ). Vanuit ZE&GG is inmiddels een aantal belangrijke stappen gezet, waaronder de Implementatieagenda. Deze geeft een overzicht van gepast gebruik-onderwerpen die in de klinische praktijk geïmplementeerd moeten worden. In het IZA is afgesproken dat het Zorginstituut in samenspraak met veldpartijen per sector zal komen tot een agenda voor kennisvragen en implementatievraagstukken in het open pakket. Daarnaast is afgesproken de werkwijze van ZE&GG voor de medisch-specialistische zorg te continueren, en te verbreden naar andere zorgsectoren.

(101)

Deze leden vragen het kabinet wat precies het verschil is tussen passende zorg en gepast gebruik.

Gepast gebruik gaat over de effectieve en doelmatige toepassing van bewezen effectieve medische interventies en of deze aansluiten bij de situatie en wensen van de patiënt of cliënt. Patiënten en cliënten zijn het best geholpen als zij niet meer én niet minder zorg krijgen dan noodzakelijk is om hun zorgvraag adequaat te behandelen. Passende zorg reikt verder dan alleen gepast gebruik. Het is zorg die waardegedreven is, samen met en rondom de patiënt tot stand komt, plaatsvindt op de juiste plek, op het juiste moment en door de juiste professionals. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van alleen over ziekte en wordt in een prettige werkomgeving verleend. De gezamenlijke beweging naar passende zorg is de weg om de zorg op een mensgerichte manier houdbaar en duurzaam te maken. Passende zorg is daarmee gebaseerd op professionele waarden van zorgverleners, persoonlijke waarden van

mensen en maatschappelijke waarden van de samenleving. Het Kader Passende Zorg vertaalt de maatschappelijke opgaven voor de zorg in normen en concrete activiteiten voor alle partijen in de zorg: patiënten/cliënten, zorgverleners, zorgorganisaties, zorgverzekeraars, toeleveranciers, kennisinstituten en overheid.

(102)

Waarom is zo lang gewacht met het opschonen van het pakket door zorg die bewezen ineffectief is niet meer te vergoeden?

Pakketbeheer richt zich op het basispakket van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Daar vloeit uit voort dat er uitspraken worden gedaan over welke zorg wel of niet wordt vergoed uit het basispakket. Pakketbeheer is niet alleen een verantwoordelijkheid van de overheid, maar ook van veldpartijen. De afgelopen jaren hebben we gezien dat in de praktijk verouderde behandelingen toegepast en vergoed blijven worden, terwijl er mogelijk effectievere alternatieven met meerwaarde voor de patiënt of cliënt beschikbaar zijn.

Alleen zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk kan worden vergoed vanuit het basispakket. In de Kamerbrief hebben wij aangegeven dat voor een deel van de zorg onduidelijk is of het effectieve zorg is en dus meerwaarde heeft voor de patiënt of cliënt. Daarmee is er onduidelijkheid over in hoeverre de zorg in de huidige situatie tot het basispakket moet behoren. Het is van belang dat wanneer er onzekerheid is over de effectiviteit van zorg, deze geagendeerd wordt en dat er onderzoek plaatsvindt. In de afgelopen jaren is via verschillende initiatieven het inzicht in de mate van effectiviteit van zorg vergroot, bijvoorbeeld via het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) en het programma DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw. Daarnaast heeft het Zorginstituut als pakketbeheerder ingezet op proactief pakketbeheer. Om de effectiviteit van zorg vast te stellen wordt getoetst of zorg gelijkwaardig is aan-, of meerwaarde heeft ten opzichte van de gebruikelijke zorg voor de patiënt of cliënt. Wanneer blijkt dat zorg niet aantoonbaar effectief is, is uitstroom van die zorg in beginsel van toepassing.

(103)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe kansrijk het programma passende zorg is, aangezien financiële schotten de samenwerking in het sociale domein flink belemmeren.

Passende zorg is het uitgangspunt van het IZA. De komende periode wordt vanuit het IZA, samen met de relevante partijen, extra ingezet op het onderzoeken en wegnemen van belemmeringen. Ook het WOZO-programma gaat uit van passende zorg. In zowel het IZA als het WOZO-programma zijn afspraken gemaakt over regionale samenwerking om tot passende zorg te komen, waaronder ook samenwerking met het sociaal domein. Er is al veel mogelijk als het gaat om regionale samenwerking, maar er zijn ook belemmeringen die deze samenwerking in de weg staan. Die belemmeringen kunnen veroorzaakt worden door schotten in de financiering.

(104)

Daarnaast is de bedoeling van passende zorg dat zorg van ziekenhuizen naar eerste lijn en thuis verschuift. Dat heeft financiële gevolgen voor de ziekenhuizen. Ook andere vormen van zorg zullen verschuiven. Hoe denkt het kabinet dit te gaan verwezenlijken gezien de recente uitspraak van de Minister, in een webcast naar aanleiding van het rapport van adviesbureau KPMG, dat de zorgsector minder naar eigen belang moet kijken.

Afgelopen najaar is met partijen over de hele breedte van de Zvw-verzekerde zorg het IZA overeengekomen. Dit in het besef dat alleen een integrale benadering kan leiden tot de gewenste veranderingen in de zorg. Met de afspraken in het IZA is de basis gelegd om met alle relevante partijen te werken aan passende zorg; de beweging om de zorg ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden voor iedereen die zorg nodig heeft. Om de benodigde transformatie naar passende zorg te faciliteren, is € 2,8 miljard aan transformatiemiddelen beschikbaar gesteld.

(105)

Het kabinet stelt dat een paradigmashift nodig is en «Concurreren werkt niet meer». Hoe gaat het kabinet een einde maken aan de marktwerking in de zorg, welke concrete maatregelen daartoe zijn mogelijk binnen het huidige stelsel, en welke wijzigingen in de wet zijn er voor nodig?

Het Kabinet heeft geen plannen om een einde te maken aan marktwerking in de zorg. Wel ziet het Kabinet dat samenwerking meer en meer noodzakelijk wordt om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te blijven waarborgen. De meeste vormen van samenwerking passen daarbij zonder problemen binnen de mededingingsregels. Daar waar toch spanning tussen samenwerking en mededinging optreedt, bijvoorbeeld omdat de keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden worden beperkt, kan het nodig zijn extra aandacht voor waarborging van de publieke belangen te hebben. Wij gaan uw Kamer daarover binnenkort informeren in een eerder toegezegde brief over samenwerking in relatie tot de mededingingsregels.

(106)

De leden van de PvdA-fractie wijzen in dit verband ook op het probleem van het programma «zorgevaluatie en gepast gebruik». Dit moest in samenspraak gaan met ongeveer alle partijen in de zorg, met de ambitie om te komen tot een cultuuromslag. Proberen om met z'n allen tot besluiten te komen bleek onmogelijk, want waarom zouden medisch specialisten een lucratieve behandeling stoppen? Waarom zouden zorgverzekeraars opeens wel scherper gaan inkopen op kwaliteit (zinnige zorg)? Welke acties neemt het kabinet om ervoor te zorgen dat dit bij passende zorg wel gaat lukken?

De zorgvraag groeit sneller dan het beschikbare personeel en de financiële middelen toelaten. Dit zet de houdbaarheid onder druk en vraagt om scherpe keuzes. Inmiddels wordt deze noodzaak en urgentie om scherpere keuzes te maken breed gevoeld. Dit is de reden dat er ook afspraken zijn gemaakt in het IZA over Passende zorg. Passende zorg is waardegedreven, waarbij zorg effectief is, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen. ZE&GG is onderdeel van de beweging naar passende zorg. Er zijn met het ZE&GG-programma al een aantal belangrijke stappen gezet en randvoorwaarden gecreëerd. Een voorbeeld hiervan is een gezamenlijke Kennisagenda voor zorg waarvoor evaluatieonderzoek nodig is. Andere voorbeelden zijn de Evaluatieagenda die de lopende zorgevaluaties bundelt en de Implementatieagenda welke een overzicht geeft van gepast gebruik-onderwerpen die in de klinische praktijk geïmplementeerd kunnen worden. Voor de helft van de onderwerpen op de Implementatieagenda is er nu spiegelinformatie, waarmee bezien kan worden bij welke aanbieders het goed gaat en waar het nog beter kan. In IZA is ook afgesproken dat ZE&GG werkwijze wordt voortgezet en bovendien wordt verbreed. Dit draagt bij aan passende zorg.

(107)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet op welke wijze kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit verankerd kunnen worden in de wet. Waar wordt nu aan gedacht? In welke landen wordt dit al toegepast en hoe? Welke landen worden als voorbeeld genomen? Wordt bijvoorbeeld gedacht aan een systeem zoals in het Verenigd Koninkrijk?

Wij hebben in de Kamerbrief aangegeven dat wij ten aanzien van kosteneffectiviteit een mogelijk grotere rol voor ons zien in het kader van de beoordeling of zorg tot het basispakket moet behoren. In de loop der jaren heeft het Zorginstituut al veel ervaring opgedaan met advisering over de kosteneffectiviteit. Daarbij kijken wij inderdaad ook naar internationale voorbeelden omtrent de invulling van pakketcriteria zoals kosteneffectiviteit.

Daarnaast gaan we onderzoeken in hoeverre personeelsinzet *aanvullend* op effectiviteit en mogelijk als onderdeel van de andere pakketcriteria meegewogen kan worden in de beoordeling welke (vorm van) zorg onderdeel moet zijn van het basispakket. Er kan dan bijvoorbeeld bij twee behandelvormen met gelijke effectiviteit gekozen worden voor de zorg met de minste personeelsinzet.

Op dit moment wordt bekeken of uitwerking in wet- en regelgeving noodzakelijk is, en wat de gevolgen daarvan zijn. In de brief die wij dit voorjaar aan uw Kamer sturen, komen wij hierop terug.

(108)

Wat gaat de aanpassing van de toets op het basispakket betekenen voor de administratieve lasten van zorgverleners?

Het heeft geen directe gevolgen voor de administratieve lasten van zorgverleners. Om de toets op het basispakket te kunnen uitvoeren, is voldoende kennis essentieel. Indien er aanvullende criteria of wegingselementen zullen worden gebruikt bij de advisering of toetsing of zorg onderdeel uit moet maken van het basispakket, zal er informatie beschikbaar moeten zijn om dit toe te kunnen passen. Als deze informatie nog niet beschikbaar is, dan zal deze moeten worden ontwikkeld en verzameld vanuit onderzoek. Wij hebben aangegeven dat de verantwoordelijkheid voor deze kennisontwikkeling (net zoals dat nu ook al het geval is) primair ligt bij de partijen die de zorg leveren of op de markt brengen. Waar nodig kan overheid een faciliterende rol spelen.

(109)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet op welke wijze de ervaringen van patiënten worden betrokken bij het vaststellen van effectiviteit; voor behandelingen kan immers ook een subjectieve verbetering de kwaliteit van leven verbeteren. Hoe wordt dit beoordeeld?

In het kader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023»³² geeft het Zorginstituut de werkwijze weer hoe de effectiviteit van zorg wordt beoordeeld, waarbij ook onderdelen als kwaliteit van leven en patiëntgerapporteerde uitkomstmaten worden meegenomen. In effectiviteitsbeoordelingen kunnen zowel objectieve als subjectieve uitkomsten worden meegenomen. Een voorbeeld hiervan is de uitkomstmaat «functioneren». Functioneren kan objectief gemeten worden door middel van «*performance*» testen zoals een spierkrachtmeting of «De 6 minuten wandeltest». Er zijn ook meetinstrumenten die het ervaren (subjectieve) functioneren meten. Beiden kunnen worden betrokken in een beoordeling.

(110)

³² Zorginstituut Nederland. (2023). Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023 (Bijlage bij Kamerstuk 33 654, nr. 15).

Deze leden vragen het kabinet hoe in dit verband wordt omgegaan met de beïnvloeding door de farmaceutische industrie. Immers, als de farmaceutische industrie nog steeds in staat wordt gesteld voorschrijvers te beïnvloeden, of advertenties te plaatsen in media van patiëntenverenigingen, zal een keuze voor een effectief middel hierdoor nadelig beïnvloed kunnen worden en kunnen leiden tot veel commotie. In hoeverre wordt rekening gehouden met de macht van big farma?

Bij wet wordt de ruimte voor reclame en gunstbetoon door de farmaceutische industrie al beperkt. Graag wijzen wij u in dat kader op hoofdstuk 9 van de Geneesmiddelenwet waarin publieksreclame voor receptplichtige geneesmiddelen volledig is verboden en reclame gericht op beroepsbeoefenaren is gereguleerd. Reclame in media van patiëntenverenigingen is enkel toegestaan als het niet-receptplichtige geneesmiddelen betreft en is ook dan aan strenge voorwaarden onderworpen. Zo mag daarin niet op misleidende wijze worden verwezen naar genezenverklaringen. Ook is in de wet een verbod op gunstbetoon opgenomen, met enkele uitzonderingen, bijvoorbeeld een redelijke vergoeding voor een prestatie, zoals spreken op een congres. De regulering van de omgang met en de transparantie over toegestane transacties ligt op dit moment in belangrijke mate bij het veld.

Op 13 maart 2023 hebben wij u geïnformeerd over mijn visie op het voorkomen ongewenste beïnvloeding van medische professionals door bedrijven.³³ Wij hebben u laten weten dat de huidige (zelf)regulering niet meer voldoet en dat het tijd is voor een volgende stap, waarbij de overheid een grotere rol krijgt in regulering, toezicht en handhaving. Wij verkennen momenteel op welke wijze de overheidsregulering kan worden versterkt en hoe ondertussen binnen de huidige kaders verbeteringen kunnen worden doorgevoerd. Ook intensificeert de IGJ haar bestaande toezicht en handhaving. Eind 2023 zullen wij u nader informeren over de contouren van de nieuwe regelgeving.

Het Zorginstituut heeft overigens via hun website veel objectieve informatie beschikbaar gesteld over de middelen die het Zorginstituut heeft beoordeeld, bijvoorbeeld of het middel daadwerkelijk werkzaam is en voor wie. Ook in het farmacotherapeutisch kompas³⁴ is betrouwbare informatie te vinden over geneesmiddelen. Voorschrijvers maken veel gebruik van dit kompas dat ook toegankelijk is voor patiënten.

(111)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe de kwaliteitsstandaarden zich verhouden tot de richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen.

Richtlijnen kunnen onderdeel zijn van een kwaliteitsstandaard. Een kwaliteitsstandaard is door tripartiete partijen (organisaties van patiënten of cliënten, zorgaanbieders of zorgverleners, en zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders) voorgedragen en opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Hierbij wordt het «Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten» (versie 3.0) van het Zorginstituut gehanteerd. Op grond van de Wkkgz zijn zorgaanbieders verplicht goede zorg te verlenen. Onder die verplichting valt ook dat zij handelen in overeenstemming met de op hun rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit onder meer de kwaliteitsstandaarden.

(112)

³³ Kamerstukken 32 012 en 31 765, nr. 49.

³⁴ <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>.

Hoe kunnen richtlijnen sneller tot stand komen en hoe worden deze betrokken bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden?

Richtlijnen worden door medische beroepsgroepen steeds vaker modulair onderhouden, waarbij alleen die onderdelen van de richtlijn worden herzien waarvoor dat nodig. Op deze manier kunnen zij sneller richtlijnen actualiseren. Daarbij wordt gezien de beperkte middelen (budgetten en menskracht) en het grote aantal jaarlijks te actualiseren modules gewerkt met een prioritering. Het Zorginstituut heeft de mogelijkheid het opstellen of wijzigen van een kwaliteitsstandaard op de Meerjarenagenda te plaatsen en aan te geven wanneer dit gereed moet zijn. Dat geeft een extra stimulans om verbetering van kwaliteit in de zorgpraktijk te bevorderen. Als de veldpartijen binnen die gestelde termijn niet tot resultaat komen, heeft het Zorginstituut doorzettingsmacht. Dit betekent dat het Zorginstituut de regie overneemt en de Adviescommissie Kwaliteit verzoekt om een nieuwe of geactualiseerde kwaliteitsstandaard op te stellen in afstemming met veldpartijen. Dit is echt een ultimatum remedium als de veldpartijen het zelf niet oppakken. In het IZA is afgesproken dat (de)implementatie van richtlijnen in principe binnen 1 jaar tot aantoonbaar resultaat leidt, waarbij partijen een andere redelijke termijn afspreken als dat meer passend is. Met deze afspraken in het IZA verwachten we dat in de praktijk een versnelling optreedt in het bereiken van passende zorg.

(113)

En hoe wordt ervoor gezorgd dat richtlijnen en kwaliteitsstandaarden in de praktijk ook werkelijk worden toegepast en gehandhaafd?

Zorgaanbieders zijn op grond van de Wkkgz zelf verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Aan goede zorg worden voorwaarden gesteld, waaronder de veiligheid, doeltreffendheid, doelmatigheid en patiënt- of cliëntgerichtheid van die zorg. Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgverleners handelen overeenkomstig de professionele standaard en kwaliteitstandaarden. Zorgverleners en zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor operationalisering, implementatie en monitoring van de implementatie in de praktijk, door passende zorg aan te bieden. Zorgverzekeraars en -kantoren zijn verantwoordelijk voor de contractering van passende zorg en uitvoering van de verzekering. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ziet toe op de naleving van de Wkkgz. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet toe op een rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door de Wlz-uitvoerders.

De AQUA-Leidraad³⁵ geeft partijen in de zorg aandachtspunten en overwegingen mee voor de implementatie van richtlijnen. Ook in het Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten (versie 3.0) van het Zorginstituut staan criteria ter bevordering van implementatie in de praktijk, zoals een implementatieplan en minimaal één meetinstrument.

(114)

De leden van de PvdA-fractie lezen in de brief dat er om de kwaliteit van zorg te verbeteren meer volume-eisen (minimumaantal behandelingen per jaar) moeten komen voor behandelingen. Deze leden zijn benieuwd wat meer volume-eisen betekenen voor het zorglandschap.

³⁵ Zorginstituut Nederland. (2021). Aqua-leidraad; De AQUA-Leidraad is er voor de ontwikkeling van een richtlijn, module, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces en vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.

Momenteel bezien we het verankeren van aanvullende voorwaarden in wet- en regelgeving en wat dit betekent voor het zorglandschap. Met name moet gedacht worden aan aanvullende voorwaarden die een directe relatie hebben met de effectiviteit van zorg. Een voorbeeld hiervan zijn inderdaad volume-eisen. Zoals het voorbeeld in de Kamerbrief over PTED aangeeft, neemt de effectiviteit van de zorg toe naarmate chirurgen meer ervaren zijn met deze behandeling. Naast volume-eisen zijn er mogelijk ook andere aanvullende voorwaarden die kunnen leiden tot meer effectiviteit van zorg, zoals het opstellen van indicatieprotocollen. Dit wordt de komende tijd uitgezocht en ook over dit proces verwachten we meer informatie te verstrekken in het voorjaar.

(115)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelde in haar impactanalyse «concentratie interventies bij patiënten met een AHA» dat er een integraal perspectief op een toekomstbestendig academische zorglandschap nodig is. Is het kabinet bereid dit op te stellen?

Het klopt dat wij u eerder hebben toegezegd in het eerste kwartaal van 2023 een brief te sturen met de een visie op alle (hoogcomplexe) zorg die ten behoeve van kwaliteitsverbetering geconcentreerd moet worden. Bij het ontwikkelen van deze visie willen wij aansluiten bij de concentratie van de interventies voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen en de impactanalyse daarover van de NZa breder benutten. Daarbij gaan wij waar relevant gebruik maken van het kader dat de NZa voor deze impactanalyse heeft opgesteld. Omdat de impactanalyse uiteindelijk pas december 2022 beschikbaar was, gaan wij de bredere visie rond de zomer aan uw Kamer toesturen. Daarbij zullen wij ingaan op de wijze waarop wij de realisatie van die visie ondersteunen.

(116)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet waar de uitspraak dat financiële arrangementen kosteneffectief zijn op is gebaseerd.

Financiële arrangementen worden gemaakt voordat een geneesmiddel wordt toegelaten tot het basispakket. De financiële arrangementen die worden afgesloten voor geneesmiddelen hebben het doel de uitgaven aan geneesmiddelen te beheersen. Door afspraken te maken die toezien op een doelmatige inzet van de middelen kunnen de uitgaven beperkt worden. In de Voortgangsbrief Financiële Arrangementen van 29 maart jl.³⁶ wordt ingegaan op de transparantie van de uitkomsten van de prijsonderhandelingen. In deze brief wordt het verschil weergegeven tussen de geadviseerde prijs van het Zorginstituut en de uitonderhandelde prijs. Voor 2021 geldt dat er meer bespaard is ten opzichte van de geadviseerde prijs. Het is echter niet altijd mogelijk om vast te stellen of er ook voor elk afgesloten financieel arrangement een kosteneffectief prijsniveau is behaald omdat: 1) sommige arrangementen over meer indicaties gaan dan alleen het advies; 2) er door het Zorginstituut niet altijd een advies is afgegeven over wat een kosteneffectief niveau is; en 3) er in de onderhandelingen naast kosteneffectiviteit ook rekening wordt gehouden met het totale kostenbeslag.

(117)

De conclusie van de Rekenkamer is dat de prijsonderhandelingen slechts beperkt effectief zijn geweest. Hoe gaat dit verbeterd worden?

De adviezen van het Zorginstituut over kosteneffectieve prijzen zijn leidend bij de onderhandeling over opname van dure geneesmiddelen in

³⁶ Kamerstuk 29 477, nr. 810.

het basispakket. Sinds het rapport van de Algemene Rekenkamer wordt elk jaar in de voortgangsbrief financiële arrangementen gerapporteerd over de mate waarin de adviezen van het Zorginstituut over een prijs van een geneesmiddel door de onderhandelingen zijn gerealiseerd, zoals ook destijds aanbevolen door de Algemene Rekenkamer.

In de Voortgangsbrief Financiële Arrangementen van 29 maart jl.³⁷ wordt ingegaan op het instrument prijsonderhandelingen en de resultaten daarvan. De totale uitgavenverlaging in 2021 door het inzetten van financiële arrangementen was € 745 miljoen. Daarnaast gold in 2021 dat de uitgavenverlaging gunstiger is dan ten opzichte van de door het Zorginstituut geadviseerde prijs.

(118)

Wat is sinds 2020 precies gedaan met ieder van de aanbevelingen van de Rekenkamer?

Hieronder wordt puntsgewijs ingegaan op de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer.

I: Scherp de uitgangspunten voor de onderhandelingen aan door expliciet vast te leggen dat, in aansluiting op de adviezen van Zorginstituut Nederland, de onderhandelingen gericht moeten zijn op het bereiken van een prijsniveau waarbij deze zorg tenminste kosteneffectief is. En richt de inzet voor de onderhandelingen op een lagere uitgavengroei dan die van de afgelopen jaren.

In adviezen van het Zorginstituut wordt getoetst aan de vier pakketcriteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Dat is bepalend voor het besluit om geneesmiddelen toe te laten tot het basispakket. Dit geldt ook voor geneesmiddelen waarvoor een financieel arrangement is overeengekomen. In de Voortgangsbrief Financiële Arrangementen van 29 maart jl.³⁸ wordt ingegaan op de uitgavenverlaging gerealiseerd door financiële arrangementen en daarnaast wordt ingegaan hoe uitkomsten van financiële arrangementen zich verhouden tot de adviezen afgegeven door het Zorginstituut.

II: Geef het parlement meer inzicht in de mate waarin de adviesprijzen van Zorginstituut Nederland door de onderhandelingen zijn gerealiseerd.

Elk wordt jaar in de voortgangsbrief financiële arrangementen gerapporteerd over de mate waarin de adviesprijzen van het Zorginstituut door de onderhandelingen zijn gerealiseerd. 29 maart jl. is de voortgangsbrief met de resultaten van 2021 naar de Kamer gestuurd³⁹.

III: Betrek bij de uitvoering van de Geneesmiddelenvisie en de nadere keuzes die de Minister daarbij maakt, ook de vraag of de onderhandelingspositie van het Ministerie van VWS daarmee verbeterd kan worden.

Per 1 juli 2023 worden de sluiscriteria aangescherpt. Door deze aanscherping zal over meer geneesmiddelen onderhandeld gaan worden. De sluis en het afsluiten van financiële arrangementen krijgen daarmee een steeds belangrijkere rol als beleidsinstrument in het toegankelijk maken van nieuwe geneesmiddelen en tegelijkertijd het beheersen van de uitgaven. Bij het inzetten op het verbeteren en verbreden van de toets voor het basispakket achten wij het dan ook noodzakelijk om met mogelijk nieuwe beleid ook altijd de onderhandelingspositie in ogenschouw te nemen.

³⁷ Kamerstuk 29 477, nr. 810.

³⁸ Kamerstuk 29 477, nr. 810.

³⁹ Kamerstuk 29 477, nr. 810.

IV: Zeg een keer nee tegen een ongunstig eindbod van een fabrikant. Betrek het parlement hier tijdig bij en leg helder aan de samenleving uit waarom deze keuze gemaakt is.

Op 28 maart jl. is er een brief aan de Kamer verstuurd⁴⁰ over het niet vergoeden van het geneesmiddel Trodelvy, en op 14 april jl. is er een brief aan de Kamer verstuurd⁴¹ over het niet vergoeden van het geneesmiddel Libmeldy. Hierbij is de Kamer geïnformeerd over het besluit en de reden voor het besluit.

(119)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet of de tweede dimensie van noodzakelijkheid de gelijke toegang tot zorg niet onder druk zal zetten. Genoemde leden willen benadrukken dat wat hun betreft medisch noodzakelijke zorg vergoed moet worden. Dat is immers waar mensen hun zorgpremie voor betalen. Deze leden zien een groot risico voor de toegankelijkheid van zorg door het verder stapelen van zorgkosten en zouden hier dan ook terughoudend in zijn. Zij ontvangen graag een reflectie van het kabinet hierop.

Iedereen in Nederland moet kunnen rekenen, nu en in de toekomst, op toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Daarvoor is nodig dat alleen die zorg wordt vergoed waarvan collectief verzekeren noodzakelijk is. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de vraag of de zorg financieel toegankelijk is of, anders gezegd, voor (bijna) iedereen zelf is op te brengen. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn als er voor een bepaald geneesmiddel in de vrije verkoop (nagenoeg) gelijkwaardige alternatieven beschikbaar zijn en waarvoor de kosten in verhouding gering zijn. De aanschaf van een dergelijk middel komt dan voor de eigen verantwoordelijkheid van de burger en hoeft daarmee niet (meer) collectief te worden vergoed.

(120)

Het kabinet hoopt voor groepen met financiële problemen maatwerk toe te kunnen passen. De leden vragen het kabinet hoe uitvoerbaar dit is. Kan het kabinet verder toelichten welke vormen van maatwerk het hiervoor wil inzetten? Heeft het kabinet hier contact over gehad met gemeenten? Hoe zorgt het kabinet dat de voorwaarden voor toegang tot de gemeentelijke regelingen niet te ver uit elkaar zullen lopen?

Vanaf 2017 is (na de afschaffing van de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten en van de compensatie van het verplicht eigen risico) via het Gemeentefonds structureel € 268 miljoen ter beschikking gesteld aan gemeenten, ten behoeve van financieel maatwerk voor hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning. Gemeenten bepalen zelf hoe zij hun inwoners financieel maatwerk bieden. De meest gebruikte vorm is het aanbieden van een collectieve zorgpolis met daarin altijd een aanvullende zorgverzekering voor mondzorg. Daarnaast gaat het om individuele bijzondere bijstand, een individuele financiële tegemoetkoming en initiatieven om het kennisniveau van burgers te verhogen.

(121)

Deze leden vragen het kabinet om in deze context te reflecteren op de toegankelijkheid van onze mondzorg. Er zijn gemeentelijke regelingen en noodfondsen voor mensen die de tandarts niet kunnen betalen. Toch gaan veel mensen niet naar de tandarts vanwege financiële redenen. Wat kan

⁴⁰ Kamerstuk 29 477, nr. 811.

⁴¹ Kamerstuk 29 477, nr. 827.

het kabinet zeggen over het niet-gebruik bij dit soort regelingen? Maakt het kabinet het zo niet nodeloos ingewikkeld om toegang te krijgen tot betaalbare zorg?

De mijding van mondzorg vanwege financiële redenen wordt momenteel apart gezien in een project van Rijk, gemeenten, zorgverzekeraars, mondzorgverleners en de Patiëntenfederatie. De Tweede Kamer is hierover geïnformeerd in een aantal Kamerbrieven⁴². In dit project wordt onderzoek gedaan naar de omvang van de mijding van mondzorg om financiële redenen, de samenhang met andere redenen (zoals angst, schaamte en kennisgebrek) en de te onderscheiden doelgroepen. Ook wordt er onderzoek gedaan naar de inzet van gemeentelijke regelingen. Vervolgens wordt breed gekeken naar oplossingsrichtingen. De Tweede Kamer ontvangt voor de zomer van 2023 een brief met daarin de stand van zaken van dit project.

(122)

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe en wanneer een «maatschappelijk relevant agenderingskader» met «prioriteringscriteria» verwezenlijkt gaan worden. Immers, dit zou min of meer toch al klaar moeten liggen voortkomend uit het programma «zorgevaluatie en gepast gebruik»? In hoeverre wordt alles nu weer opnieuw gedaan? En waarom gaat dat nu wel lukken?

Met het opstellen van een maatschappelijk relevant agenderingskader worden geen zaken opnieuw gedaan. Het programma ZE&GG heeft de afgelopen jaren een goede bijdrage heeft geleverd aan het agenderen en inzichtelijk maken van de mate van effectiviteit van bepaalde zorg. Het ZE&GG-programma richt zich echter specifiek op de medisch-specialistische zorg. Wij willen graag een verbreding bewerkstelligen met betrekking tot het inzichtelijk maken van de mate van effectiviteit van zorg in meerdere sectoren. Daarnaast heeft de overheid ook een eigenstandige rol om vanuit maatschappelijk perspectief belangrijke onderwerpen te agenderen. Daarom is in het IZA afgesproken dat het Zorginstituut een agenda op zal stellen voor (cyclisch) pakketbeheer, met input van diverse partijen. Daarbij zal ZE&GG betrokken worden als het gaat over de medisch-specialistische zorg.

(123)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe ervoor gaat worden gezorgd dat bewezen effectieve zorg ook daadwerkelijk landelijk wordt geïmplementeerd en ineffectieve zorg niet langer wordt vergoed.

Dit is onderdeel van de uitwerking van de verbeterde en verbrede toets (VVTB). In de brief over VVTB die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij dit proces verder uitwerken.

(124)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet in hoeverre de WOZO-normen voortkomend uit «zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan» worden bepaald door de wens tot kostenbeheersing, zelfs ten koste van de meest kwetsbare mensen.

De WOZO-normen komen voort uit de volgende drieslag. De voorkeuren van ouderen zijn veranderend (we willen anders) en de manier waarop we de zorg nu georganiseerd hebben is niet meer houdbaar (we moeten anders), hetgeen een majeure omslag in denken en doen vergt. Bij het zetten van de noodzakelijke stappen sluiten we aan op het gevoel van

⁴² Kamerstuk 35 882, nr. 14.

urgentie en de creativiteit en de energie die al blijkt uit de vele inspirerende voorbeelden (we kunnen anders).

(125)

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) schetste de dilemma's: mogen we genoeg nemen met minder kwaliteit door krapte op arbeidsmarkt en wat gaat vóór, veiligheid of welbevinden van cliënt? De IGJ vindt dat er een maatschappelijke discussie over deze vragen moet plaatsvinden. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt hier niet over gerept. Hoe wordt dit meegenomen in het project passende zorg?

Zoals aangegeven in onze Visie en agenda kwaliteit van zorg: toegang tot goede zorg voor iedereen⁴³ vinden wij dat kwaliteit centraal dient te staan in de aanpak voor de noodzakelijke verbeteringen van ons zorgstelsel. Daarmee bieden we het hoofd aan de maatschappelijke opgaven en krijgt iedereen toegang tot zorg van hoge kwaliteit. Het is belangrijk dat de samenleving en zorgsector een actievere dialoog voeren over wat we mogen verwachten van de zorg – en vice versa.

In het IZA hebben partijen zich aangesloten bij de ambitieuze missie uit het Kader Passende zorg: «In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor verhoudingsgewijs niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu». In lijn met datzelfde Kader Passende zorg werken de IZA-partijen met de principes en uitgangspunten voor passende zorg. Deze beweging naar passende zorg die we samen maken moet er juist voor zorgen dat de patiënt ondanks de krappe arbeidsmarkt kan blijven rekenen op goede en veilige zorg. In het IZA is ook expliciet opgenomen dat de dialoog met burger en professional over de noodzakelijke veranderingen in de zorg essentieel is. Onderdeel daarvan is in ieder geval de boodschap dat de veranderingen in de zorg, de urgentie die daarbij hoort en het feit dat partijen alle zeilen bijzetten om de toegankelijkheid zo veel en zo lang mogelijk te borgen, maar dat nadere maatregelen niet uitgesloten kunnen worden. Hiertoe zet VWS samen met de IZA-partijen een communicatiestrategie op.

(126)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe er gesproken kan worden over een kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wanneer er onvoldoende maatregelen worden genomen om de werkdruk in die sector te verlagen en de salarissen aan te passen.

De resultaten die de afgelopen jaren zijn geboekt met betrekking tot de verbetering van de kwaliteit in de verpleeghuiszorg geven een solide fundament voor de toekomst. De kern in het kwaliteitskader staat voor de toekomst onverminderd overeind:

- Goede verpleegzorg begint bij datgene wat een oudere nodig heeft en leidt tot persoonsgerichte uitkomsten op de levensdomeinen die voor de oudere waardevol zijn.
- Aandacht voor veilige en persoonsgerichte zorg blijft onverminderd van belang.
- Van elkaar leren en verbeteren blijft dé manier om de kwaliteit van zorg verder te brengen en te innoveren.
- Het voorziet in belangrijke randvoorwaarden zoals de juiste inzet van mensen en middelen (inclusief gebruik van informatie alsmede faciliterend én professioneel leiderschap).

⁴³ Kamerstuk 31 765, nr. 648.

Vanwege de huidige en toekomstige ontwikkelingen is het nodig om het kwaliteitskader door te ontwikkelen en toekomstbestendig te maken. Juist de doorontwikkeling van het kwaliteitskader kan bijdragen aan de vermindering de werkdruk in de verpleeghuizen.

(127)

Waarom wordt het aantal verpleeghuisplaatsen niet uitgebreid om aan de zorgvraag te voldoen?

In het WOZO-programma dat op 23 november 2022 aan de Tweede Kamer werd aangeboden⁴⁴ is aangegeven dat de woonzorgbehoefte van ouderen zal toenemen. Daarbij is geconstateerd dat ouderen de voorkeur geven om de zorg, indien mogelijk, niet te willen ontvangen in een verpleeghuis. Het Kabinet heeft dan ook besloten in te zetten op uitbreiding van de woonzorgplaatsen buiten het verpleeghuis. Om aan de groeiende woon-zorgbehoefte te voorzien is daarom in het genoemde programma een uitbreiding van 40.000 zogenaamde verpleegzorgplekken opgenomen (geclusterde woningen waar Wlz-zorg kan worden geleverd) voor 2031.

(128)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet of voor veel mensen niet nu al geldt dat verpleeghuiszorg bewezen effectief is, omdat deze mensen thuis onvoldoende zorg kunnen krijgen. Hoe is dit te rijmen met het besluit het aantal verpleeghuisplekken niet uit te breiden, terwijl nu al kan worden vastgesteld dat de zorgvraag alleen maar stijgt? Hoe denkt het kabinet dit op te vangen met «passende zorg»?

Voor een specifieke groep ouderen is het verpleeghuis de juiste plaats voor het invullen van de zorgbehoefte. Zorg, behandeling, wonen en welzijn zijn dan aan elkaar verbonden. Daarom zal het huidige aantal verpleeghuisplaatsen worden gestabiliseerd. Voor een groot aantal ouderen geldt dat zij de zorg die nu in het verpleeghuis wordt geboden, ook thuis kunnen ontvangen. Voor hen blijft de zorg die nu in het verpleeghuis wordt geboden ook beschikbaar, maar krijgen ze deze thuis.

(129)

De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet hoe zwaar de voorkeur voor zorg met de minste personeelsinzet gaat wegen en hoe bepalend dit is voor het beleid. Hoe wordt gewogen of een technische of digitale innovatie een zorgverlener kan vervangen?

Binnen het programma VVTB zal worden verkend op welke manier de benodigde inzet van zorgverleners – waar mogelijk in relatie tot de beschikbaarheid van gegevens – explicieter kan worden meegewogen in een pakketbesluit. Mogelijke manieren om dit te doen moeten daartoe verder worden verkend. Daarom zullen we de komende periode hierover verder in gesprek gaan met zorgverleners, patiënten- en cliëntenvertegenwoordigingen en andere (veld)partijen. Daarbij geldt dat het groeiende personeelstekort in de zorg de inzet van zorgverleners op alleen passende zorg noodzakelijk maakt. Deze urgentie wordt door onder andere de WRR onderstreept in haar rapport Kiezen voor Houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak (2021). Personele houdbaarheid staat dan ook centraal in het IZA en verschillende VWS-programma's, zoals WOZO, TAZ en voorliggend ook VVTB.

In de huidige praktijk van het pakketbeheer wordt overigens al waar mogelijk door het Zorginstituut de benodigde personeelskosten van zorgverleners meegenomen in het berekenen van de kosteneffectiviteit.

⁴⁴ Kamerstuk 29 389, nr. 112.

(130)

Hoe wordt gewaakt voor een theoretische blik op de inzet van innovatieve middelen, terwijl de zorg kwalitatief alleen maar minder wordt en bijvoorbeeld het probleem van eenzaamheid alleen maar toeneemt? Hoe wordt de menselijke maat en fatsoenlijke zorg bewaakt?

Tegenwoordig hebben heel veel mensen, waaronder vele ouderen, een smartphone, een computer en andere apparaten op het gebied van informatie- en communicatietechnologie (ICT). Vaak kunnen zij daar goed mee overweg. Zij maken gebruik van allerlei digitale diensten zoals sociale media en thuisbezorging van eten, drinken en andere aankopen. Voor deze groep is het gebruik van digitale toepassingen veelal geen probleem. Natuurlijk zijn er ook mensen die minder digitaal vaardig zijn. Als deze groep te maken krijgt met een digitale of innovatieve toepassing moet goed gekeken worden of zij daarmee uit de voeten kunnen. Het gaat vooral om de introductie van digitale of innovatieve hulpmiddelen die gebruiksvriendelijk zijn en de kwaliteit van leven kunnen verbeteren. Mochten mensen eenzaamheid ervaren vanwege de introductie van digitale of innovatieve hulpmiddelen, dan draagt dit niet bij aan de kwaliteit van leven en is het voor deze mensen geen passende zorg. Voor deze groep is belangrijk dat in samenspraak wordt besloten welke zorg wel passend is bij hun (gezondheids)situatie. Echter, eenzaamheid is een maatschappelijk probleem dat we niet alleen vanuit het zorgdomein kunnen aanpakken. Daarom heeft het Ministerie van VWS het actieprogramma «Eén tegen eenzaamheid»⁴⁵ lopen om de eenzaamheid in Nederland te verminderen.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

(131)

Wat een effectieve behandeling is voor een jongere of een oudere kan erg verschillend zijn. Is het kabinet bereid om binnen het traject verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket een onderzoeksgroep op te zetten met het Zorginstituut, onderzoekers en artsen, en een onderzoeks-agenda voor passende ziekenhuiszorg voor ouderen te ontwikkelen zodat die keuzes ook daadwerkelijk gemaakt kunnen worden?

In de Kamerbrief hebben we aangegeven dat we onderzoek naar passende zorg willen stimuleren. De verantwoordelijkheid voor het verzamelen van deze kennis ligt daarbij primair bij het veld, maar wanneer noodzakelijk onderzoek niet vanzelf van de grond komt kan de overheid faciliterend optreden. In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij schetsen welke middelen beschikbaar zijn voor onderzoek om te komen tot passende zorg vanuit pakketbeheer, en op welke wijze wij deze in willen zetten.

(132)

In deze onderzoeks-agenda voor ouderen vragen de leden van de GroenLinks-fractie ook of zij willen verkennen welke kennishiaten er zijn bij het onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen bij ouderen. Het is lange tijd gangbaar geweest om behandelingen te testen bij jongere mannen. Dat hierdoor de geneeskunde minder effectief is voor de vrouw is vaker in het parlement besproken, maar wat de gevolgen hiervan zijn voor geneeskundige behandelingen bij ouderen is de leden van de GroenLinks-fractie nog onbekend. Is het kabinet bereid om dit, in het kader van effectieve zorg, specifiek te onderzoeken?

⁴⁵ Kamerstuk 29 538, nr. 344.

ZonMw hanteert diversiteit als een belangrijk uitgangspunt in al haar programma's, waarbij leeftijd één van de diversiteitscriteria is. Dat betekent helaas nog niet dat daarmee altijd aandacht wordt besteed aan leeftijdsverschillen in het gefinancierde onderzoek. Ook bij niet gefinancierd onderzoek is dit helaas geen vanzelfsprekendheid. Het aantonen van de effectiviteit van zorg bij bijvoorbeeld kwetsbare doelgroepen met multimorbiditeit vraagt ook om andere onderzoeksmethodologieën dan gebruikelijk. Om die reden zijn wij ook in overleg met ZonMw over een nieuw in te richten programma Passende Zorg in de langdurige zorg, waarin onder andere ruimte is voor het uitvoeren van onderzoek naar effectiviteit van interventies in de langdurige zorg.

(133)

Als zorg bewezen niet effectief is, dan dient het direct uit het basispakket te verdwijnen. Is de zorg niet bewezen effectief, maar wordt deze wel vergoed, dan is daar eerst extra onderzoek voor nodig. In dat kader vragen de leden van de fractie van GroenLinks hoe het staat met de uitvoering van de motie van de leden Ellemee en Van den Berg over het leveren van niet bewezen effectieve zorg in onderzoeksetting?

Zoals aangegeven in de Kamerbrief is de motie van de leden Ellemee en Van den Berg over het leveren van niet-bewezen effectieve zorg in onderzoeksetting nadrukkelijk onderdeel van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij het proces schetsen over hoe we tot uitvoering van de motie komen.

(134)

De leden van de GroenLinks-fractie missen een strategie om tot een goede toets voor het basispakket te komen bij fysiotherapie. In de ogen van de leden van de GroenLinks-fractie kan juist fysiotherapie bijdragen aan de doelstelling van het kabinet om de zorg betaalbaar en organiseerbaar te houden. Hierbij zien de leden van de GroenLinks-fractie twee prioriteiten voor zich. Ten eerste zal met het veld een werkwijze tot stand moeten komen om effectiviteit goed aan te tonen. Ten tweede zal fysiotherapie ook meer preventief moeten worden ingezet. Nu kan fysiotherapie eigenlijk alleen worden ingezet bij een medische indicatie. Maar de leden van de GroenLinks-fractie zouden ook graag zien dat fysiotherapie wordt ingezet om bijvoorbeeld ouderen vitaal te houden. Hoe ziet het kabinet dat en hoe gaat het dat verder uitwerken?

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (hierna: KNGF) heeft in zijn beroepsprofiel opgenomen welke vormen van preventie deel uitmaken van het vakgebied. Dit betreft geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie, wat in sommige gevallen in aanmerking komt op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Universele en selectieve preventie ziet het KNGF niet als onderdeel van het vakgebied. Dit past bij de kaders van de Zvw waarbij de medische indicatie een vereiste is. Fysio- en oefentherapie wordt voor specifieke aandoeningen al vanuit het basispakket vergoed. Wij zijn het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat we opnieuw moeten kijken naar de aanspraak van fysio- en oefentherapie in het basispakket. Daarom voert het Zorginstituut desgevraagd het traject «Naar een passende aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie» uit. De programmalijn van het Zorginstituut heeft uw Kamer recent ontvangen (Kamerstuk 29 689, nr. 1179), hierin staat beschreven welke stappen volgens het Zorginstituut nodig zijn om tot een passende aanspraak te komen.

(135)

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het kabinet meer kennis wil opbouwen over de langetermijneffecten van verschillende behandelingen, om zo ook beter te kunnen beoordelen of behandelingen op lange termijn effectief zijn voor bepaalde groepen. Hier schetst het kabinet een uitgebreide onderzoeks-agenda. De leden van de fractie van GroenLinks vragen het kabinet hoeveel geld er beschikbaar is voor de uitvoering van dit onderzoek en hoe dat de komende jaren zal worden uitgegeven.

In het coalitieakkoord zijn afspraken gemaakt over de beschikbare middelen die aangewend kunnen worden om in te zetten op passende zorg. Het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket maakt eveneens gebruik van deze middelen. Op dit moment vindt nadere uitwerking plaats hoe we dit in willen zetten voor passende zorg via pakketbeheer. In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij schetsen op welke wijze wij deze middelen in willen zetten.

(136)

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat het kabinet kosteneffectiviteit wil opnemen als wettelijk wegingscriterium. Dat zou betekenen dat zorg die wel effectief is, maar heel duur, niet meer wordt vergoed. En hoewel het kabinet dit wel aankondigt, is het deze leden nog onduidelijk hoe het kabinet deze weging gaat maken. Het kabinet wil er eerst een discussie over voeren. De vragen die genoemde leden hierover hebben zijn de volgende. Met wie en wanneer wil het kabinet daar een discussie over voeren, voordat het met een voorstel naar de Kamer kan komen?

In de Kamerbrief hebben wij aangegeven dat wij ten aanzien van kosteneffectiviteit een mogelijk grotere rol voor ons zien in het kader van de beoordeling of zorg tot het basispakket moet behoren. In de loop der jaren heeft het Zorginstituut al veel ervaring opgedaan met advisering over de kosteneffectiviteit. Wij gaan daar graag verder over in gesprek met uw Kamer om hierover van gedachten te wisselen. In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij het proces schetsen hoe wij tot de verdere invulling willen komen. Daarnaast zullen wij voorstellen op dit gebied in het verdere vervolg uiteraard aan de Kamer voorleggen.

(137)

Eenzelfde punt zien de leden van de GroenLinks-fractie rondom duurzaamheid als criterium toevoegen binnen het pakketbeheer. De Nederlandse zorgsector is nu eenmaal een grote vervuiler en het zou ook gezondheidsschade schelen als de zorg duurzaam zou kunnen werken, door bijvoorbeeld minder of broeikasgassen uit te stoten. Maar ook hier zien de leden van de GroenLinksfractie geen concreet voorstel. Dus ook hier vragen zij het kabinet welke stappen het gaat zetten om tot een voorstel te komen en wanneer de Kamer dat voorstel kan verwachten.

De Nederlandse zorgsector is verantwoordelijk voor zeven procent van de CO₂-emissie-equivalent, vier procent van het afval, dertien procent van het abiotisch grondstoffengebruik en ongeveer zeven procent van het land- en zoetwatergebruik⁴⁶. Naast alle negatieve gevolgen voor natuur en milieu leidt het bovendien (en paradoxaal) tot gezondheidsschade. Om die reden hebben wij aangegeven dat we bij de uitwerking van VVTB ook nagaan of het mogelijk is duurzaamheid en de impact op klimaat en milieu als onderdeel voor pakketwaardigheid mee te laten wegen. Wij zijn daarover ook met het Zorginstituut in gesprek. Een belangrijk punt van aandacht hierbij is de beschikbaarheid van informatie.

⁴⁶ Gezondheidsraad. (2022). Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg (Bijlage bij Kamerstuk 32 805, nr. 157).

(138)

Met betrekking tot de Wlz lezen de leden van de GroenLinks-fractie ook dat arbeidsintensiviteit mee zal wegen bij toelating tot het pakket. Deze leden snappen deze afweging in beginsel. Zij vragen het kabinet of het dan ook meeneemt of verpleging en verzorging intramuraal en extra-muraal ook met elkaar worden vergeleken. Zeker bij cliënten die zwaardere zorg nodig hebben, verwachten de leden van de GroenLinks-fractie dat het efficiënter is als deze zorg intramuraal wordt georganiseerd. Kan het kabinet toelichten hoe deze vergelijking gemaakt zal worden?

Effectiviteit zal een essentieel criterium in pakketadviezen van het Zorginstituut en besluiten over de afbakening van het basispakket blijven. Of, en op welke wijze personeelsinzet kan worden toegepast in de toets op pakketwaardigheid zal deel uitmaken van de verkenning die de komende periode wordt uitgevoerd. Daarnaast zal worden verkend op welke manier personeelsinzet kan worden gewogen ten opzichte van andere onderdelen van deze toets, zoals kosteneffectiviteit. Een pakketadvies en -besluit is gebaseerd op de weging van de verschillende relevante aspecten en zal derhalve niet op basis van alleen de personeelsinzet tot stand komen.

(139)

In de brief lezen de leden van de GroenLinks-fractie dat apart stil wordt gestaan bij re-ablementprogramma's. Deze initiatieven juichen zij natuurlijk van harte toe. Tegelijkertijd zien deze leden ook dat dit soort programma's of instellingen de financiering moeilijk rond krijgen. Verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren kunnen hier naar elkaar wijzen en de schotten staan hier de samenwerking in de weg. Wie zal er verantwoordelijk worden voor de financiering van het vitaal houden van ouderen?

Er zijn in het land mooie voorbeelden van organisaties die aan de slag zijn met het toepassen van reablement. In het kader van het WOZO-programma hebben wij een onderzoeksbureau opdracht gegeven om reeds bestaande kennis over reablement (zowel nationaal als internationaal) bij elkaar te brengen. Dit rapport is als bijlage meegestuurd met de Kamerbrief «Nadere uitwerking programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor ouderen»⁴⁷. Daarnaast hebben wij ZonMw gevraagd om een driejarig programma op te zetten met als doel kennisontwikkeling en verspreiding ten aanzien van reablement. Dit programma gaat dit jaar van start en biedt lokale initiatieven de mogelijkheid om tijdelijke financiering aan te vragen om kennis en ervaring op te doen met de toepassing van reablement. De specificaties van de subsidieoproep worden op dit moment nader uitgewerkt.

Wij erkennen dat er veel behoefte is aan verdere kennisontwikkeling over en toepassing van reablement. Dit wordt ondersteund met de hierboven beschreven acties uit het WOZO-programma. Op basis hiervan zal ook nader worden gekeken naar knelpunten die worden ervaren in het toepassen van reablement.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

(140)

Wat is de inschatting van het kabinet op welk onderdeel van het basispakket nog de meeste verbetering te realiseren is in de toetsing: geneesmiddelen, het open gedeelte van de Zvw of die van de Wlz, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

⁴⁷ Kamerstuk 29 389, nr. 112.

Dit is in zijn algemeenheid niet te zeggen. Het Zorginstituut heeft veel ervaring bij het toetsen op de stand van wetenschap en praktijk van geneesmiddelen door de gesloten instroom die daarbij geldt. Ook in de medisch specialistische zorg is veel ervaring opgedaan met het toetsen op stand van wetenschap en praktijk. In andere sectoren, zoals in de langdurige zorg heeft toetsing tot op heden minder vaak plaatsgevonden. Om die reden is het moeilijk aan te geven wat de resultaten van toekomstige toetsing precies zullen zijn.

(141)

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen het kabinet op welke manier de inzichten die afgelopen jaren met eerdere trajecten zijn opgedaan, zoals gepast gebruik en Juiste Zorg op de Juiste Plek, nu al worden betrokken in het pakketbeheer, en dan met name als het gaat om bevindingen over zorg die niet-passend blijkt te zijn. Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat niet-passende zorg niet of minder vergoed wordt?

In de afgelopen jaren hebben we geleerd dat pakketbeheer een belangrijke pijler is van Passende zorg, en bovendien inzet vraagt van vele partijen in de zorg. Zoals wij hebben aangegeven in de Kamerbrief is het pakketbeheer een gezamenlijke verantwoordelijkheid waarin zorgverzekeraars, het Zorginstituut, de NZa, zorgverleners en wetenschappelijke verenigingen allen hun eigen rol hebben. In de afgelopen jaren is al via verschillende initiatieven het inzicht in de mate van effectiviteit en passendheid van zorg vergroot, bijvoorbeeld via het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) en het programma DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw. Vanuit het programma de Juiste Zorg op de Juiste Plek wordt gewerkt aan het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg. Daarbij kan ook effectiviteit van zorg een aanleiding zijn voor het anders en beter organiseren van zorg, bijvoorbeeld als het gaat over concentratie van complexe zorg. Ook zorginnovaties kunnen bijvoorbeeld een belangrijke bijdrage leveren aan het toekomstbestendig maken van zorg en ondersteuning. In de verdere uitwerking zullen wij daarom aansluiting blijven zoeken met deze en andere programma's die gericht zijn op het bereiken van Passende zorg.

(142)

Het kabinet geeft aan dat de meest urgente zorgen bij de houdbaarheid van de zorg bij het personeel liggen. Kan dit betekenen dat het criterium van benodigde inzet van zorgverleners de komende jaren zwaarder gaat wegen dan een criterium als kosteneffectiviteit? En zou die weging op termijn anders kunnen worden, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie het kabinet.

Onderdeel van de verdere uitwerking van VVTB is dat er een afwegingskader komt dat bijdraagt aan consistente heldere besluitvorming en waarbij uitgewerkt is hoe de criteria ten opzichte van elkaar gewogen moeten worden. Personeelsinzet is daarbij een van de wegingselementen. Hoe de weging zal plaatsvinden zal nog worden uitgewerkt.

(143)

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke manier het kabinet van plan is «kwaliteit van leven» beter mee te nemen en verder te verankeren in de weging door het Zorginstituut. Op welke manier is een dergelijke uitkomstmaat te operationaliseren? Deze leden vragen om dit toe te lichten voor zowel de Zvw als de Wlz.

Op dit moment wordt gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven als onderdeel van meerdere pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit en bij de bepaling van ziektelast bij noodzakelijkheid) al meegenomen in de

weging door het Zorginstituut. Dit geldt voor zorg in de zin van zowel de Zvw, als de Wlz. Wij zijn aan het onderzoeken in hoeverre het wenselijk is dat de uitkomstmaat kwaliteit van leven meer gewicht krijgt bij onderzoek en de beoordeling of zorg effectief is, en welke verankering daarbij noodzakelijk is. Om aan te sluiten bij het *Kader Passende zorg* vinden wij dat bij de effectiviteitsbeoordeling naast klinische effectiviteit er expliciet aandacht moet zijn voor uitkomstmaten als kwaliteit van leven van de patiënt of cliënt (zoals *patiënt-reported experience measures* en *patiënt-reported outcome measures*). Met name voor cliënten die langdurige zorg ontvangen is kwaliteit van leven immers één van de belangrijkste uitkomsten.

(144)

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn verheugd te lezen dat het kabinet duurzaamheid van de zorg en de impact op klimaat en milieu mee wil nemen in de toetsing van het basispakket. Interpreteren zij het goed dat het kabinet duurzaamheid niet wil laten opnemen in het beoordelingskader van het Zorginstituut? Waarom niet? Op welke andere manier moet duurzaamheid dan worden meegenomen in een toetsing op het basispakket?

In de Kamerbrief hebben wij aangegeven dat wij het wenselijk vinden om bij de uitwerking van VVTB ook te kijken naar het betrekken van duurzaamheid en de impact op klimaat en milieu bij pakketbeoordelingen. Daarvoor zijn meerdere mogelijkheden, die wij op dit moment aan het onderzoeken zijn. Wij zijn met het Zorginstituut in gesprek over de mogelijkheden om de impact op klimaat en milieu zwaarder mee te laten wegen bij pakketbeoordelingen.

(145)

Hoe wordt gegarandeerd dat duurzaamheid een significant criterium wordt voor een toets van behandelingen en medicijnen in het basispakket?

Er zijn meerdere mogelijkheden om duurzaamheid mee te laten wegen in de beoordeling, zoals het onderdeel laten zijn van een ander criterium als wegingselement, of het gaan gelden als zelfstandig criterium. Wij zijn hierover tevens in overleg met het Zorginstituut. In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij het proces schetsen hoe wij tot de verdere invulling van duurzaamheid als onderdeel van de pakketbeoordeling willen komen.

(146)

Over noodzakelijkheid vragen de leden van de ChristenUnie-fractie ten aanzien van de noodzaak om te verzekeren hoe het kabinet toetst of de financiële consequenties van het niet-verzekeren te dragen zijn voor patiënten. Wordt hier een grens van een bepaald bedrag gehanteerd? Wordt er rekening gehouden met een verwacht besteedbaar inkomen van patiënten?

Bij het toepassen van het criterium noodzakelijkheid worden de volgende elementen meegenomen: is de ziekte ernstig genoeg (hoge of lage ziektelast); en is de behandeling zo duur dat iemand die niet zelf kan betalen? De onderliggende vraag is wat wij als maatschappij vinden wat voor eigen rekening mag komen, en wat onder de (solidariteit) van het basispakket moet vallen. Hierop is geen algemeen antwoord te geven. Het Zorginstituut heeft een checklist⁴⁸ ontwikkeld om de noodzaak te

⁴⁸ Zorginstituut Nederland. (2013). Pakketbeheer in de Praktijk (deel 3), bijlage 4. (Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 481).

onderzoeken om zorg te verzekeren. Deze checklist gaat zowel in op de verzekeringsaspecten als financiële toegankelijkheid.

(147)

Stelt het kabinet met het wijzen op het specifieke maatwerk van de bijzondere bijstand dat het kan gebeuren dat patiënten zoveel kwijt zijn aan noodzakelijke, niet-verzekerde zorg, dat zij in de bijstand raken? Welke reflectie heeft het kabinet hierop?

Nee, het kabinet stelt niet dat mensen in de bijstand raken doordat zij zoveel kwijt zijn aan noodzakelijke, niet-verzekerde zorg. Juist om te voorkomen dat mensen onvoorzien hoge noodzakelijke zorgkosten niet kunnen dragen is er Zorgverzekeringswet. Noodzakelijke niet-verzekerde zorg moet voor het grootste deel van de burgers te dragen zijn. De bijzondere bijstand is bedoeld om te kunnen voorzien in noodzakelijke bestaanskosten wanneer mensen dat tijdelijk zelf niet kunnen.

(148)

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen aanvullend hoe het misverstand rond de voedingssupplementen kalium en magnesium kon ontstaan. Deze leden zijn opgelucht dat het een misverstand bleek dat voedingssupplementen die essentieel zijn voor sommige chronisch zieken toch vergoed blijven worden. Zij betreuren wel de onrust en commotie die dit misverstand bij patiënten teweeg heeft gebracht. Op welke manier zet het kabinet zich in om dit in de toekomst te voorkomen?

Door een onverhoopt onvolledige afstemming tussen het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hadden zorgverzekeraars bij hun besluit om mineralen niet langer te vergoeden geen rekening gehouden met verzekerden die onder medisch specialistische behandeling staan voor een stofwisselingsziekte, een ernstige darm- of een nieraandoening. Naar aanleiding van signalen is er in januari 2023 opnieuw afstemming geweest tussen ZN en het Zorginstituut. Die afstemming heeft duidelijkheid gegeven. De verstrekking van betreffende geneesmiddelen met mineralen zal in de toekomst uitsluitend plaats gaan vinden als onderdeel van de behandeling in het ziekenhuis (als verzekerde zorg uit de basisverzekering). Wij vertrouwen erop dat in de toekomst er voldoende afstemming plaatsvindt tussen ZN en het Zorginstituut over een mogelijk besluit tot het wel of niet vergoeden van een bepaald geneesmiddel.

(149)

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat wat hen betreft een belangrijk onderdeel van goede zorg, en zeker in de langdurige zorg, het menselijke contact is. Dit menselijke contact is niet «bewezen effectief», maar wat deze leden betreft niet te missen in de zorg. Op welke manier wordt bijvoorbeeld tijd voor de cliënt meegewogen in de toets op de langdurige zorg?

De norm voor goede zorg is onder meer dat de zorg cliëntgericht is. Dat wil onder andere zeggen dat er voldoende tijd en aandacht voor een cliënt moet zijn zodat deze hetgeen voor hem wenselijk en noodzakelijk is, goed voor het voetlicht gebracht kan worden en als onderdeel opgenomen kan worden in het zorgplan.

(150)

Is het kabinet het bovendien met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat zeker in de langdurige zorg op individueel niveau efficiëntie op gespannen voet kan staan met kwaliteit van zorg?

De norm voor goede zorg is onder meer dat de zorg cliëntgericht is. Vanwege de personele houdbaarheidsopgaven in de langdurige zorg moet gekeken worden naar efficiëntere zorg(vormen) zonder dat dit te koste gaat van de noodzakelijke kwaliteit van zorg. Immers, iedere cliënt moet passende langdurige zorg van voldoende kwaliteit kunnen ontvangen.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

(151)

De leden van de SGP-fractie lezen dat het kabinet het van belang vindt dat naast de effectiviteit volgens de stand van de wetenschap en praktijk, ook andere pakketcriteria meer gewicht krijgen. Deze andere criteria krijgen eventueel ook een grondslag in wet- en regelgeving. Hierbij worden, in aanvulling op de meerwaarde voor de patiënt of cliënt, de volgende elementen van het Kader Passende zorg in elk geval meegenomen: de kosten ten opzichte van de effectiviteit van de zorg (kosteneffectiviteit) en de arbeidscapaciteit die nodig is, evenals noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Wanneer wordt duidelijk of deze criteria daadwerkelijk in wet- en regelgeving worden opgenomen? Waar hangt dit nog vanaf?

Op dit moment zijn wij aan het onderzoeken of en op welke wijze het wenselijk is dat de pakketcriteria in de Zvw en Wlz verankerd worden. Verankering kan plaatsvinden in de uitwerking en uitvoering van het pakketbeheer, of indien noodzakelijk, met verdere borging in wet- en regelgeving. Waar het kan wordt het op dezelfde manier geborgd in de Zvw en Wlz, en anders waar nodig. In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij hier nader op ingaan.

(152)

Hoe ziet het kabinet de onderlinge verhouding tussen de verschillende criteria, kunnen bepaalde criteria zwaarder wegen dan andere? Het kabinet geeft aan dat zij hierover met de Kamer in gesprek wil, maar geeft hier zelf geen duidelijkheid over.

Vanwege het feit dat er meerdere pakketcriteria zijn, kunnen er situaties ontstaan waarin een afweging plaats moet vinden waarmee tot de meest passende zorg in het pakket wordt gekomen. Op dit moment bekijken we op welke wijze deze onderdelen meegenomen kunnen worden in de weging. Daarbij vinden wij het belangrijk aan te geven dat het criterium effectiviteit voorliggend zal blijven bij de vraag of zorg tot het basispakket behoort. In de brief die wij dit voorjaar aan de Tweede Kamer sturen, zullen wij nader ingaan op het proces hoe wij willen komen tot een afweging tussen de verschillende pakketcriteria.

(153)

De leden van de SGP-fractie willen hierbij meegeven dat zij het criterium duurzaamheid een ingewikkelde vinden in relatie tot passende zorg en het verminderen van de kosten van zorg. Voor hen weegt een besparing op arbeid of kosten uiteindelijk zwaarder dan het criterium duurzaamheid.

De Nederlandse zorgsector is verantwoordelijk voor zeven procent van de CO₂-emissie-equivalent, vier procent van het afval, dertien procent van het abiotisch grondstoffengebruik en ongeveer zeven procent van het land- en zoetwatergebruik⁴⁹. Naast alle negatieve gevolgen voor natuur en milieu leidt het bovendien (en paradoxaal) tot gezondheidsschade. Om die reden hebben wij aangegeven dat we bij de uitwerking van VVTB ook

⁴⁹ Gezondheidsraad. (2022). Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg.

nagaan of het mogelijk is duurzaamheid en de impact op klimaat en milieu als onderdeel voor pakketwaardigheid mee te laten wegen. Daarvoor zijn meerdere mogelijkheden, die wij aan het onderzoeken zijn.

(154)

Verder vragen de leden van de SGP-fractie in hoeverre het kabinet de kosten of de noodzakelijkheid van een bepaalde vorm van zorg of behandeling ziet als iets dat vraagt om een politiek besluit en in hoeverre is dit een afweging die het Zorginstituut onafhankelijk kan maken. Hoe voorkomt het kabinet dat inhoudelijke beoordeling door het Zorginstituut en politieke beoordeling door elkaar lopen of met elkaar vermengd raken?

Binnen de in de regelgeving vastgelegde kaders liggen de keuzes omtrent de inhoud van het basispakket in beginsel bij de politiek. Wij bereiden de besluitvorming hierover voor op basis van de adviezen van het Zorginstituut. Om hier een consistente lijn in aan te houden is het noodzakelijk dat het duidelijk is op welke manier deze keuzes tot stand komen.

Overigens heeft de wetgever de beoordeling van de stand van wetenschap nadrukkelijk bij het Zorginstituut neergelegd.

Wij willen graag in dialoog met de Tweede Kamer, om aan de voorkant afspraken te maken over onder andere welke zorg pakketwaardig is.

(155)

De leden van de SGP-fractie lezen dat het kabinet een discussie wil voeren over een kader dat beschrijft hoe we de individuele interventies beoordelen om beschikbare financiële middelen over de zorg solidair verdelen. Wie gaat dit kader opstellen? Wanneer wil het kabinet dit kader publiceren?

Zorg moet effectief zijn om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit het basispakket. Wij willen met een verbeterde toets graag meer inzicht krijgen in onder andere de mate van effectiviteit van zorg in meerdere sectoren. Het is daarbij niet mogelijk om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere tijd is opgenomen in het basispakket. De in de Kamerbrief vermelde prioriteringscriteria zien op risicogericht pakketbeheer en dienen om te selecteren welke zorg uit maatschappelijk oogpunt prioriteit heeft om op pakketwaardigheid te worden beoordeeld door het Zorginstituut. Het Zorginstituut zal dit maatschappelijk relevante agenderingskader opstellen, in afstemming met diverse veldpartijen.

(156)

De leden van de SGP-fractie lezen dat het niet mogelijk noch wenselijk is om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere periode opgenomen is in het basispakket. Er wordt daarom een «maatschappelijk relevant agenderingskader» ontwikkeld om te bepalen welke zorgvormen het meest relevant zijn om te toetsen. Wie stelt dit kader op en wanneer wordt dit opgeleverd? Welke partijen zijn hierbij betrokken?

Het Zorginstituut zal dit maatschappelijk relevante agenderingskader opstellen, in afstemming met diverse veldpartijen.

Antwoorden op vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

(157)

Het lid van de BBB-fractie wil graag ingaan op het voorbeeld dat het kabinet in de Kamerbrief noemt over de sensoren voor het meten van glucose. Dit is inderdaad een prachtige innovatie die zowel patiënt als behandelaar snel en duidelijk inzicht geeft. Het zorginstituut vindt de continu glucosemeter van aantoonbare meerwaarde voor patiënten die met name een wat zwaardere vorm van diabetes hebben. Toch valt de gang van zaken rondom deze sensoren volgens het lid van de BBB-fractie beslist niet onder effectieve of passende zorg. Ten eerste zijn er patiënten die deze sensoren vergoed krijgen en deze standaard om de zoveel weken ontvangen. Ze gebruiken de sensoren echter niet en verkopen deze bijvoorbeeld via marktplaats (de zoekopdracht «freestyle libre sensor levert al verschillende «hits» op). Ze worden verkocht voor bedragen tussen de 40 en 55 euro. De nieuwprijs voor een setje ligt rond de 67 euro. Ze worden gekocht door mensen met diabetes die niet in de categorie vallen die aangewezen is door het Zorginstituut: mensen met een lichtere vorm die hiermee hun glucose beter kunnen reguleren en kunnen voorkomen dat ze een zwaardere vorm van diabetes krijgen. Wat het lid van de BBB-fractie betreft is dit niet de bedoeling van passende zorg: wanneer iemand een hulpmiddel niet gebruikt hoort deze patiënt het niet te ontvangen. Daarnaast zou het voorkomen van meer ernstige vormen van ziekte door het gebruik van een hulpmiddel juist als zeer passend en effectief te beoordelen. Kan het kabinet daar een reflectie op geven en kan het kabinet aangeven of dit ook meegenomen kan worden bij het bepalen van de afwegingskaders?

Het Zorginstituut heeft de effectiviteit van Flash Glucose Monitoring (hierna: FGM) beoordeeld in geval van de behandeling van diabetes mellitus in twee standpunten (duidingen)⁵⁰, ⁵¹. In beide standpunten is sprake van effectieve zorg, waarmee is bepaald welke mensen recht hebben op deze sensoren. Vervolgens hebben de veldpartijen gezamenlijk vastgelegd wat er nodig is voor passende hulpmiddelenzorg in het consensusdocument Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet FGM en CGM⁵². Hierbij is ook aandacht voor de optimale en doelmatige inzet van onder andere de FGM. Om voor mensen met diabetes continuïteit van zorg te organiseren, hebben partijen afgesproken om niet strikt de theoretische levensduur (circa 14 dagen) leidend te laten zijn bij de uitgifte van sensoren. Soms gaan er namelijk bijvoorbeeld sensoren kapot door aanraking of worden er meer gebruikt in de zomer door zweten en vaker zwemmen. In de praktijk blijkt echter regelmatig ook dat mensen het aantal uitgegeven sensoren niet nodig heeft waardoor zij sensoren overhouden. De hulpmiddelenleverancier kan deze sensoren echter niet terugnemen. Er is namelijk niet vast te stellen wat er in de tussentijd met de sensor is gebeurd, waardoor het in potentie kan leiden tot onveilige situaties.

(158)

Het lid van de BBB-fractie wil ook zelf een voorbeeld inbrengen: bij de hartrevalidatie (na een doorgemaakt hartinfarct) wordt er volledig ingezet op hartinfarcten die ontstaan door aderverkalking, dus de aanpak van hoog cholesterol, hoge bloeddruk, via beweging, voeding en het aanpakken van stress. Maar niet elk hartinfarct wordt daardoor veroorzaakt. In geval van een spontane scheuring van de slagader wordt er toch een traject van reguliere hartrevalidatie ingezet, ongeacht of er sprake is van een hoge bloeddruk, gebrek aan beweging en dergelijke. Weliswaar

⁵⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/04/30/standpunt-flash-glucose-monitoring-bij-diabetes>.

⁵¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/12/10/fgm>.

⁵² <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/diabetes-kwaliteitscriteria-voor-optimale-en-doelmatige-inzet-fgm-en-cgm>.

gaat het hier om een beperkte groep mensen op jaarbasis, maar het is geen passende zorg en speelt ongetwijfeld ook bij andere ziektes en aandoeningen. Er wordt een behandelprotocol ingezet dat niet passend is. Als de patiënt liever op een andere manier, bijvoorbeeld via de fysiotherapeut, aan revalidatie wil doen, valt dit onder «fysiotherapie» en is er nauwelijks vergoeding. Welke oplossing ziet het kabinet voor dit probleem? En hoe wordt dit probleem ondervangen met de voorgestelde aanpak?

Zoals wij in de Kamerbrief hebben aangegeven geldt dat voor veel zorg onzekerheid bestaat over de effectiviteit. Het is van belang dat wanneer er onzekerheid is over de effectiviteit van zorg, deze geagendeerd wordt en dat er onderzoek plaatsvindt. Dat betekent ook dat er voor verschillende (sub)indicaties meer duidelijkheid komt over de effectiviteit van zorg voor de betreffende (sub)indicatie. Dit betekent dus ook dat voor de (sub)indicaties waarvoor de zorg niet effectief is, de zorg niet langer geleverd behoort te worden. Op deze manier wordt met een specifiekere interventie of zorg gekomen tot meer passende zorg voor elke patiënt.

(159)

Het lid van de BBB-fractie leest dat indien middelen worden toegelaten met onzekerheid, het niet mogelijk is om afspraken over monitoring naar de inzet en de effecten in de praktijk te verplichten. Wat is de reden dat dit niet verplicht gesteld kan worden?

Zorg moet effectief zijn om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit het basispakket. Op dit moment bieden de Zvw en Wlz geen wettelijke grondslag om het maken van aanvullende afspraken over de monitoring van geleverde zorg af te dwingen. Er worden op dit moment wel afspraken gemaakt tussen veldpartijen, maar dat kan niet worden afgedwongen. Gezien de toename van complexe zorg, die steeds vaker samengaat met onzekerheden over de lange termijneffecten en bijwerkingen, vinden wij het belangrijk om te onderzoeken of het wenselijk is (het maken van) deze afspraken te borgen in wet- en regelgeving. Het doel van dergelijke (verplichte) afspraken is dat het bijdraagt aan (verder inzicht in) de meerwaarde van zorg voor patiënten of cliënten en negatieve gevolgen zoals bijwerkingen waar mogelijk worden voorkomen.

(160)

Het lid van de BBB-fractie heeft ook enkele vragen over kosteneffectiviteit. Hoe worden bijwerkingen meegenomen binnen het criterium van kosteneffectiviteit? Als een middel zeer effectief is en betaalbaar maar wel tot veel bijwerkingen leidt, worden die bijwerkingen dan meegewogen? En worden bijwerkingen dan meegenomen in de zin van «kwaliteit van leven» of worden bijwerkingen alleen meegenomen als deze weer leiden tot een beroep op de medische zorg en dus kosten voor de zorgverzekeraar?

Een onderdeel van de taken van het Zorginstituut in het kader van pakketbeheer is het beoordelen van de effectiviteit. In het toetsingskader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023» beschrijft het Zorginstituut de werkwijze hoe hij tot een oordeel komt, en welke aspecten daarbij aan bod komen. Bijwerkingen en andere vormen van ongunstige uitkomsten worden in eerste instantie meegewogen binnen het criterium effectiviteit. Daarbij worden alle gunstige en ongunstige patiëntrelevante uitkomsten tegen elkaar afgezet, ook in termen van kwaliteit van leven. Effectiviteit is op haar beurt weer onderdeel van kosteneffectiviteit, waardoor ook hier bijwerkingen en andere ongunstige uitkomsten onderdeel zijn van de ratio tussen effectiviteit en kosten.

Eventuele vervolgcosten als gevolg van ongunstige uitkomsten maken geen onderdeel uit van het criterium kosteneffectiviteit.

(161)

Aansluitend daarop de vraag: op welke wijze wordt «kwaliteit van leven» meegenomen, er vanuit gaande dat dit niet voor iedereen gelijk is?

Op dit moment wordt gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven als onderdeel van meerdere pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit en bij de bepaling van ziektelast bij noodzakelijkheid), al meegenomen in de weging door het Zorginstituut. Hierbij baseert het Zorginstituut zich op gegevens verkregen vanuit gevalideerde meetinstrumenten uit onderzoek en/of uit de dagelijkse praktijk. Op groepsniveau moet aangetoond kunnen worden of de zorg van aantoonbare gelijk- of meerwaarde is op kwaliteit van leven van de patiënt of cliënt. Zoals aangegeven in de Kamerbrief zijn wij aan het onderzoeken in hoeverre het mogelijk en wenselijk is dat de uitkomstmaat kwaliteit van leven meer gewicht krijgt bij onderzoek en de beoordeling of zorg effectief is.

(162)

Het lid van de BBB-fractie wil graag weten of er vooraf aan het uit het basispakket nemen van zorg ook afstemming is met patiëntenverenigingen. Zo ja, hoe wordt er dan met deze input omgegaan?

Bij de start van een beoordeling wordt eerst bekeken welke aspecten bij de specifieke beoordeling relevant zijn. Hier worden patiënten- en/of cliëntenverenigingen bij betrokken. Ook krijgen deze verenigingen de kans om te reageren op de conceptversie van voorgenomen rapporten en signaleringen van het Zorginstituut. Het Zorginstituut verwerkt deze input in zijn definitieve rapporten en signaleringen. Belanghebbende partijen kunnen schriftelijk op voorgenomen rapporten en signaleringen van het Zorginstituut reageren of een verzoek om mondelinge inspraak indienen.

In sommige gevallen leidt dit tot aanpassingen in het voorgenomen advies.

(163)

Daarnaast vraagt het lid van de BBB-fractie het kabinet hoe het zit met het financieren van onderzoeken die de effectiviteit van zorg moeten aantonen. Het kabinet geeft aan dat de financiering van onderzoek in beginsel bij de markt ligt. Is dit in lijn met een objectieve beoordeling? Hoe houdt het kabinet daar zicht op?

Voor de zorg die valt onder het open deel van het basispakket geldt dat partijen zelf verantwoordelijk zijn voor het tot stand komen van het noodzakelijke onderzoek, alsmede de kwaliteit hiervan, om zeker te zijn dat zorg voldoet aan de wettelijke criteria van de Zvw of de Wlz. Daarnaast kan het Zorginstituut op basis van proactief pakketbeheer besluiten om zorg te duiden, waarbij tevens de kwaliteit van de onderbouwing van de effectiviteit van zorg wordt beoordeeld. Het Zorginstituut hanteert hiervoor het kader «beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023»⁵³, wat zojuist is geactualiseerd. Om partijen te ondersteunen om de effectiviteit te onderbouwen is het Zorginstituut gevraagd om handleidingen en ondersteuningsmateriaal op te stellen. Ook het programma ZE&GG heeft een veldnorm opgesteld voor zorgevaluatieonderzoek waarbij partijen handvatten krijgen bij het opzetten en uitvoeren van zorgevaluaties.

⁵³ Zorginstituut Nederland. 2023. Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023.

(164)

Hoe wordt voorkomen dat zorg uit het basispakket verdwijnt omdat er geen financiële middelen zijn voor het onderzoek dat noodzakelijk is om de effectiviteit nu aan te tonen?

Het kan zijn dat de financiering van noodzakelijk onderzoek van veelbelovende zorg niet van de grond komt vanwege bijvoorbeeld de hoge kosten van onderzoek. In dergelijke gevallen kan de overheid een faciliterende rol spelen in de financiering om het noodzakelijke onderzoek van de grond te krijgen. Hiervoor zijn er verschillende subsidiemogelijkheden, die worden uitgevoerd door (onder andere) ZonMw en het Zorginstituut.

(165)

Ten slotte merkt het lid van de BBB-fractie op dat de voorgestelde aanpak voor mensen met zeldzame aandoeningen wellicht niet gunstig uitpakt. Het is immers veel lastiger om de effectiviteit aan te tonen als er sprake is van kleine groepen mensen en middelen niet zo vaak worden ingezet. Hoe gaat het kabinet ervoor waken dat deze aanpak niet ten koste gaat van de zorgverlening aan mensen met een zeldzame aandoening?

Voor het aantonen van de effectiviteit van zorg zijn verschillende onderzoeksdesigns mogelijk, waarbij in algemene zin ingezet wordt op het onderzoeksdesign wat het meest passend is en daarmee uitvoerbaar is en de hoogste zekerheid of kwaliteit van het bewijs oplevert. Daarbij is niet voor elke situatie of aandoening hetzelfde onderzoeksdesign mogelijk of geschikt. Indien het bijvoorbeeld niet mogelijk is om een vergelijkend of experimenteel onderzoek te doen (bijvoorbeeld in het geval van zeldzame aandoeningen), dan kan gebruik worden gemaakt van een observationele studie. Het Zorginstituut hanteert hiervoor het kader «Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023».