

Vergaderjaar 2019–2020

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1053

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 mei 2020

Met deze brief informeer ik u over de volgende onderwerpen die verband houden met het beoogde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in het jaar 2021:

1. Enkele wijzigingen in het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2021:
 - het vervoer van en naar dagbehandeling wordt vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling aan het basispakket toegevoegd;
 - zorg die direct verband houdt met donatie bij leven, valt buiten het eigen risico van de donor;
 - verduidelijking vrijstelling verplicht eigen risico door zorgverzekeraar;
 - verhoging maximaal aantal behandelingen fysiotherapie voor een subcategorie patiënten met COPD.
2. Beleidsreactie voortgangsrapportage systeemadvies fysiotherapie.
3. Standpunt Zorginstituut Nederland over bekkenbodempfysiotherapie i.v.m. urine-incontinentie.
4. Financiering van prenatale screening: counseling en de 20-weeken echo.
5. Overhevelingen van het extramurale kader naar het intramurale kader: de geneesmiddelen voor de ziekte van Gaucher en totale parenterale voeding.
6. Vereenvoudiging aanspraak diabeteshulpmiddelen.
7. Motie over eigen risico bij plaatsen spiraaltje door de verloskundige.
8. Motie over nazorg bij kinderkanker (LATER-zorg).
9. Reconstructieve behandelingen na vrouwelijke genitale verminking.
10. Stand van zaken omtrent de huidige trajecten van Voorwaardelijke Toelating.
11. Stand van zaken omtrent de Subsidieregeling veelbelovende zorg.

Sinds een aantal jaar is de focus bij pakketbeheer gericht op het bevorderen van zo veel mogelijk gepast gebruik in de praktijk, in plaats van het vanuit de overheid in of uit het pakket halen van behandelingen. Daarom

wil ik hier allereerst op ingaan, alvorens de losse onderwerpen te behandelen.

Gepaste en effectieve zorg tijdig beschikbaar voor de patiënt

Via het basispakket van de Zvw heeft iedere verzekerde toegang tot bewezen effectieve zorg als dat nodig is. Dat is een groot goed. Een voordeel van ons basispakket is dat nieuwe behandelingen, intramurale geneesmiddelen en technologieën automatisch kunnen instromen zolang ze maar bewezen effectief blijken te zijn. Maar ook dat niet effectieve zorg kan uitstromen. Een dergelijke open in- en uitstroom vraagt inzet en verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten om de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te waarborgen. Omdat ik hieraan belang hecht, ondersteun ik verschillende trajecten om enerzijds de beschikbaarheid van bewezen effectieve innovatieve zorg verder te vergroten en anderzijds de financiële beheersbaarheid te bewaken.

Sinds een aantal jaar is de focus bij pakketbeheer gericht op het bevorderen van zo veel mogelijk gepast gebruik in de praktijk, in plaats van het vanuit de overheid in of uit het pakket halen van behandelingen. Het gaat in toenemende mate juist om de vraag onder welke voorwaarden en voor welke patiëntengroepen een behandeling vergoed zou moeten worden. Dit geldt zowel voor nieuwe als voor bestaande zorg. Steeds meer en beter worden op basis van onderzoek antwoord gegeven op de vraag wat effectieve, doelmatige zorg is. Dit wordt ook steeds vaker vastgelegd in richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. Het blijft belangrijk dat we als overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kritisch blijven kijken of nieuwe en bestaande behandelingen onderdeel van het verzekerde pakket moeten zijn. Door dit gezamenlijk met veldpartijen te doen en meer in te zetten op meer onderzoek naar effectiviteit van zorg, kan op grotere schaal niet of minder effectief gebleken zorg uitstromen.

De grote uitdaging bij het bevorderen van gepast gebruik is dat implementatie van inzichten over gepast gebruik uit onderzoek of richtlijnen een grote inspanning van het veld vraagt. Tevens vraagt het uitvoeren van het benodigde evaluatieonderzoek de nodige tijd. Uw Kamer is in de afgelopen jaren al meerdere keren geïnformeerd over de programma's Zinnige Zorg en Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, die beiden zowel aan het versnellen van evaluatieonderzoek als aan het implementeren van kennis over gepast gebruik, een bijdrage leveren. Na de zomer wordt u uitgebreider geïnformeerd over de voortgang van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, zoals mijn ambtsvoorganger heeft toegezegd. Vooruitlopend op deze voortgangsbrief, wil ik de volgende aandachtspunten benadrukken.

Implementatie van inzichten over welke zorg, wanneer en op welke plek geleverd moet worden vraagt om *samenwerking van alle veld- en overheidspartijen*.

Zoals de Algemene Rekenkamer in 2015 in haar rapport over het pakketbeheer vaststelde, vraagt implementatie en naleving van gepast gebruik meer dan alleen een controlerende overheid die van bovenaf oplegt wat er wel en niet in het pakket zit. Ook de zorgverzekeraar, de ziekenhuisbestuurder en de zorgprofessional spelen hierin een belangrijke rol. Implementatie van inzichten is bovendien op dit moment vaak nog een *traject van de lange adem*. Dit komt enerzijds doordat evaluatieonderzoek tijd kost, maar anderzijds ook omdat alle partijen samen moeten werken om de kennis in richtlijnen op te nemen en vervolgens de klinische praktijk te bereiken.

Voorop staat de constatering dat pakketbeheer maar één van de instrumenten is om gepast gebruik op een effectieve manier te bevorderen. Om implementatie van inzichten in de landelijke praktijk te bevorderen is het noodzakelijk om dit in samenhang te bezien met ontwikkelingen op het gebied van uitkomstgerichte zorg, kwaliteitsbeleid en Samen Beslissen.

1. Wijzigingen in het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2021

Toevoeging vervoer van/naar dagbehandeling aan het basispakket

In een eerdere brief¹ bent u geïnformeerd dat de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling in twee delen wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Per 1 januari 2020 zijn de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten al overgeheveld vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling naar de Zvw.² Per 1 januari 2021 worden ook de overige vormen van GZSP overgeheveld. Dit betekent dat ook de dagbehandeling voor verschillende patiëntgroepen, de gedragswetenschapper (gespecialiseerde psycholoog en orthopedagoog-generalist) en de paramedische zorg overgaan naar het basispakket. In het advies «Extramurale behandeling ontleed»³ uit 2016 heeft het Zorginstituut aangegeven dat deze zorgvormen vallen onder de geneeskundige zorg van de Zvw. Met het overgaan van deze laatste zorgvormen komt de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling per 1 januari 2021 te vervallen en krijgen dus ook deze drie zorgvormen een plek binnen het basispakket. Ik ga in een separate brief onder andere in op wat deze overheveling macro budgettair en voor de bekostiging betekent.

Om voor de personen die deze over te hevelen zorg ontvangen het vervoer naar hun dagbehandeling te blijven waarborgen, wordt het vervoer van deze personen toegevoegd aan het basispakket. Het gaat om ziekenvervoer van en naar dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

Geen kosten meer bij donatie bij leven

Nederland is internationaal koploper als het gaat om donatie bij leven. Het is belangrijk dat donoren zo min mogelijk belemmeringen en drempels ervaren bij de ingrijpende keuze om donor te worden en een patiënt te helpen. Een deel van de maatregelen om belemmeringen weg te nemen is verankerd in het Besluit zorgverzekering. Medische kosten ten behoeve van de donor, die verband houden tot de donatie en optreden binnen 13 weken na donatie, worden volledig vergoed door de zorgverzekeraar van de ontvangende patiënt. De *nacontroles* van de donor worden vergoed door de verzekeraar van de donor zelf, en deze kosten zijn al uitgezonderd van het verplicht eigen risico. In de praktijk blijkt echter dat bij een klein aantal donoren ook na afloop van 13 weken na donatie (met name in het eerste jaar) te maken kunnen krijgen met klachten zoals vermoeidheid en pijn, als direct gevolg van donatie. Voor deze medische kosten betaalt de donor nu wel eigen risico, wat een drempel kan zijn voor donatie. In het AO Orgaandonatie d.d. 26 september 2018 (Kamerstuk 33 506, nr. 32) is daarom gesproken over de onwenselijkheid daarvan.

¹ Kamerstuk 33 578, nr. 65

² Stb. 2019, nr. 314

³ Kamerstukken 33 578 en 29 389, nr. 36

Mijn ambtsvoorganger heeft toen toegezegd om uit te zoeken of en hoe deze situaties uitgezonderd kunnen worden van het eigen risico.

Overeenkomstig de aankondiging in de Kamerbrief over de voortgang van de implementatie van de nieuwe Donorwet⁴, hoeven met ingang van 1 januari 2021 donoren geen verplicht eigen risico meer te betalen voor medische kosten die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie bij leven.⁵ Hiermee zijn alle financiële drempels weggenomen voor donatie bij leven.

De financiële impact van de maatregel op de opbrengst van het eigen risico is zeer klein. Vanwege het geringe aantal levende donoren per jaar die voor deze maatregel in aanmerking komen, bedraagt dit jaarlijks ongeveer € 20.000 euro. Maximaal 10% van de 500–550 nieuwe donoren per jaar heeft gezondheidsklachten die langer dan 13 weken duren. Bijkomend effect van de maatregel is dat er hierdoor minder drempels zijn voor mensen die bij leven een nier willen donoren. Dit heeft een positief effect op het aantal nierdonaties en dus op het aantal transplantaties. Dat leidt vervolgens weer tot minder zorgkosten gezien de hoge kosten van nierdialyse.

Verduidelijking vrijstelling verplicht eigen risico door zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars hebben op grond van de huidige regelgeving al de mogelijkheid om zelf vrijstelling te geven van het verplicht eigen risico bij gebruik van een door hen aangewezen zorgaanbieder. Deze grondslag kan worden aangewend om te kunnen sturen op bepaalde zorgverlening. De redactie van het artikel lijkt echter te suggereren dat voor het gebruik van de vrijstellingsmogelijkheid de verzekerde zich feitelijk tot een aangewezen zorgaanbieder dient te wenden. Die uitleg is nooit beoogd. Daarom wordt de redactie van de grondslag verduidelijkt, zodat de uitleg eenduidig is: de zorgverzekeraar kan zorgaanbieders aanwijzen waarvan de zorg en overige diensten buiten het verplicht eigen risico vallen. Slechts de aanwijzing van de zorgaanbieder door de zorgverzekeraar is wezenlijk voor het gebruik van deze vrijstellingsmogelijkheid.

Verhoging maximumaantal behandelingen fysiotherapie voor een subcategorie patiënten met COPD

Fysio- en oefentherapie bij COPD (Chronische Obstructieve Long Ziekte) wordt sinds 1 januari 2019 vanaf de eerste behandeling vergoed uit het basispakket.⁶ Afhankelijk van de ernst van de ziekte – oplopend van categorie A t/m D⁷ – wordt een maximumaantal behandelingen in de eerste 12 maanden vergoed.

Daarnaast wordt voor categorie B t/m D ook een maximumaantal behandelingen in de daaropvolgende jaren vergoed («onderhoudsjaren»). Deze vergoeding is ingesteld nadat het Zorginstituut tot de conclusie kwam dat fysiotherapie bij COPD effectief is en hierover een pakketadvies uitbracht in 2018. In het betreffende pakketadvies heeft het Zorginstituut ook geadviseerd over het maximumaantal behandelingen dat per categorie doelmatig is. Dit advies is overgenomen.

⁴ Kamerstuk 33 506, nr. 38

⁵ Bij levertransplantatie worden medische kosten binnen 26 weken vergoed door de ontvangende patiënt, en geldt de uitzondering van eigen risico vanaf 26 weken na de donatie.

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 909

⁷ Dit zijn categorieën volgens de GOLD-classificatie voor spirometrie.

Het pakketadvies is onderdeel van het overgangstraject «Systeemadvies fysio- en oefentherapie». Binnen dit traject ontwikkelt het veld ook een richtlijn voor fysio- en oefentherapie bij COPD. Deze richtlijn wordt naar verwachting in het voorjaar van 2020 opgeleverd.

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn zijn naast de beroepsgroepen ook patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en het Zorginstituut nauw betrokken. Gedurende het proces van de richtlijnontwikkeling zijn deze partijen unaniem tot de conclusie gekomen dat in de huidige situatie een deel (circa 30%) van de patiënten in categorie B te weinig behandelingen vergoed krijgt.

In categorie B zitten patiënten die nauwelijks longaanvallen krijgen.

De vergoeding voor patiënten in categorie B is in het eerste jaar maximaal 27 en in de daaropvolgende jaren maximaal 3 behandelingen per jaar. Een deel van de patiënten in categorie B heeft weliswaar weinig tot geen longaanvallen maar wel een hoge ziektelast. Het Zorginstituut geeft aan dat voor deze subgroep (die de naam «B2» krijgt) het aantal behandelingen te laag is.

Het Zorginstituut adviseert mij daarom voor subcategorie B2 de vergoeding gelijk te trekken aan die van categorieën C en D: maximaal 70 behandelingen in het eerste jaar en maximaal 52 behandelingen per jaar in de daaropvolgende jaren⁸.

De rest van categorie B («B1») houdt de vergoeding zoals die nu is vastgesteld voor categorie B (27 behandelingen in het eerste jaar en maximaal 3 per jaar in de daaropvolgende jaren).

Het Zorginstituut komt tot dit advies vanwege twee redenen. Ten eerste blijkt uit voortschrijdend inzicht dat een hoge ziektelast niet altijd samengaat met longaanvallen. Hier ging men in het advies van 2018 wel van uit. Ten tweede gebruiken huisartsen en fysio- en oefentherapeuten voor het meten van de ziektelast een ander, meer verfijnd meetinstrument dan waar in het oorspronkelijke advies van werd uitgegaan. Hierdoor is het beter mogelijk om hoge en lage ziektelast van elkaar te onderscheiden.

Het Zorginstituut geeft in haar advies aan dat deze wijziging leidt tot extra uitgaven van maximaal € 2,2 miljoen per jaar. Daar staat tegenover dat het Zorginstituut verwacht dat met de implementatie van de richtlijn, die in het voorjaar van 2020 wordt verwacht, ook besparingen zullen optreden omdat de richtlijn een doelmatiger inzet van de zorg beschrijft. Bovendien kan de wijziging voor deze subgroep B2 leiden tot minder kosten in de tweedelijnszorg. Per saldo zullen de kosten op termijn naar verwachting dus lager zijn. Het ZIN monitort de kostenontwikkeling van fysio- en oefentherapie bij COPD strikt en rapporteert daarover in het kader van het systeemadvies fysio- en oefentherapie.

Ik volg het advies van het Zorginstituut zodat patiënten met een hoge ziektelast in categorie B voldoende behandelingen kunnen krijgen.

2. Voortgangsrapportage systeemadvies fysiotherapie

In april heb ik u de voortgangsbrief van het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie van het Zorginstituut toegestuurd met de toezegging daar in de pakketbrief op terug te komen.

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

In die voortgangsbrief gaat het Zorginstituut onder meer in op de duiding die zij hebben uitgevoerd voor de effectiviteit van fysio- en oefentherapie bij lage rugklachten. De voorlopige conclusie is dat een behandeling door een eerstelijns fysio- of oefentherapeut (monodisciplinair) geen meerwaarde heeft ten opzichte van de bestaande behandeling. Op basis van de huidige wijze waarop het Zorginstituut gekeken heeft naar passend bewijs, is niet vast te stellen bij welke subgroepen van lage rugklachten fysio- en oefentherapie effectief is. Omdat dit mogelijk ook geldt voor andere indicaties, heeft het Zorginstituut besloten om deze duiding later uit te brengen en eerst binnen het huidige beoordelingskader nader te verkennen welke onderzoekskenmerken (zoals uitkomstmaten en vergelijkende behandeling) gegeven de indicatie haalbaar en wenselijk zijn. Het Zorginstituut acht het van belang om een heldere en haalbare visie te ontwikkelen op de aard van wetenschappelijke onderbouwing die van fysio- en oefentherapie verwacht mag worden. In overleg met betrokken partijen is daarom besloten om een position paper op te stellen waarin meer gedetailleerd wordt beschreven wat voor de effectiviteit van fysio- en oefentherapie als passend bewijs kan worden gezien. Alle relevante partijen worden hierbij betrokken.

Ik vind dit een belangrijke tussenstap. Deze moet eraan bijdragen dat het Zorginstituut in de toekomst beter kan beoordelen of fysio- en oefentherapie effectief is bij bepaalde aandoeningen. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat deze tussenstap uiteraard tijd kost waardoor het de vraag is of de geplande datum van 2023 voor het vervolgadvisie gehaald zal worden. Het Zorginstituut zal samen met betrokken partijen na de zomer van 2020 bezien of versnelling mogelijk is. Ik zie deze tussenstap als noodzakelijk voor de ontwikkeling van bovengenoemde visie, ook als dat betekent dat het vervolgadvisie daardoor enige vertraging oploopt. Daarnaast wil ik hier graag benoemen dat de voortgangsbrief melding maakt van positieve aanwijzingen dat er na de instroom van fysio- en oefentherapie bij claudicatio intermittens vanaf de eerste behandeling in het basispakket substitutie plaatsvindt vanuit de tweede lijn.

3. Standpunt Zorginstituut over bekkenbodempfysotherapie i.v.m. urine-incontinentie

Tijdens het AO geboortezorg van 13 februari 2020 (Kamerstuk 32 279, nr. 195) heeft het lid Ellemet gevraagd waarom het advies van het Zorginstituut uit 2010, over het opnemen van bekkenbodempfysotherapie in het pakket voor net bevallen vrouwen, niet is overgenomen. Mijn ambtsvoorganger heeft toen toegezegd om hier voor het AO pakketbeheer op terug te komen.

De voorganger van het Zorginstituut, het CVZ, heeft in 2006 geadviseerd om de eerste 9 behandelingen van bekkenbodempfysotherapie voor urine-incontinentie op te nemen in het pakket. Bij de pakketbrief 2007 is een besluit hieromtrent aangehouden in afwachting van het integraal advies over fysiotherapie. In het Pakketadvies 2010 heeft het CVZ nogmaals geadviseerd om in het kader van stepped care de eerste 9 behandelingen bekkenbodempfysotherapie bij urine-incontinentie op te nemen in het pakket. Dit advies is per 2011 overgenomen en sindsdien wordt dit voor ten hoogste 9 behandelingen vanuit het basispakket vergoed.

Daarnaast bestaat er in het basispakket een aanspraak voor fysio- of oefentherapie bij bekkeninstabiliteit na bevalling. Op de zgn. chronische lijst is «postpartum bekkeninstabiliteit» opgenomen voor maximaal drie maanden behandelduur. De eerste 20 behandelingen komen voor eigen rekening (of uit de aanvullende verzekering). Hierover is in de periode

2006-heden geen advies door het CVZ of het Zorginstituut uitgebracht. Het Zorginstituut zal, in het kader van het Systeemadvies fysio- en oefentherapie, in 2023 een nieuw algemeen advies over de aanspraak voor fysio- en oefentherapie uitbrengen.

4. Financiering van prenatale screening: counseling en de 20-weken echo

In de brief over het basispakket Zvw 2019⁹ heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven het RIVM te vragen om een uitvoeringstoets te doen naar de uitvoeringsconsequenties wanneer de financiering van de counseling over prenatale screening en de 20-wekenecho uit het basispakket zouden worden gehaald. Inmiddels is er concreet perspectief op welke wijze de counseling en de 20 wekenecho op een andere wijze kan worden bekostigd.

Voor het landelijk wetenschappelijk onderzoek naar de 13-wekenecho wordt op dit moment een bekostigingsstructuur opgezet buiten de Zvw. Daarbij nemen de regionale centra prenatale screening de bekostiging op zich. Ik vind het van belang dat zwangere vrouwen en verloskundigen erop kunnen rekenen dat de prenatale screening soepel verloopt. Daarom wil ik eerst bezien hoe deze nieuwe bekostigingsstructuur voor de 13-wekenecho in de praktijk uitpakt. Als dit goed verloopt, is het voornemen om over twee jaar ook de counseling prenatale screening en de 20-wekenecho via deze route te gaan bekostigen. Hiermee zou dan een bestendig alternatief voor financiering via het basispakket van de zorgverzekering gevonden zijn. Het uitgangspunt blijft dat een zwangere vrouw geen last mag hebben van de vorm van financiering.

5. Overhevelingen van het extramurale kader naar het intramurale kader: de geneesmiddelen voor de ziekte van Gaucher en totale parenterale voeding

In het regeerakkoord is afgesproken deze kabinetsperiode geneesmiddelengroepen van het extramurale kader (openbare farmacie) over te hevelen naar het intramurale kader (ziekenhuiszorg). Met deze maatregel wordt goede en doelmatige geneesmiddelenzorg gestimuleerd. In december 2019¹⁰ heeft mijn ambtsvoorganger reeds aangekondigd dat per januari 2021 twee geneesmiddelengroepen worden overgeheveld: de immunoglobulinen en de geneesmiddelen voor de ziekte van Gaucher. Ik heb echter moeten besluiten om de overhevelingen van immunoglobulinen met 1 jaar uit te stellen. Een zorgvuldige uitvoering van de overheveling staat voorop, zodat het zoveel als mogelijk wordt voorkomen dat patiënten nadelige gevolgen ervaren van de overheveling. In verband met de coronacrisis, en het werk dat dit meebrengt voor veldpartijen, komt een zorgvuldige voorbereiding in het gedrang. Daarom ben ik genoodzaakt tot 1 jaar uitstel.

Dit uitstel geldt alleen voor de immunoglobulinen; bij de andere groepen is mij verzekerd dat nog steeds sprake is van een zorgvuldige uitvoering van de overheveling. De geneesmiddelen voor de ziekte van Gaucher zullen per januari 2021 dus nog steeds overgaan naar het intramurale kader. Voor de patiënten geldt dat de zorg na de overheveling nog altijd binnen het basispakket valt, alleen dat de verantwoordelijkheid voor het leveren van deze zorg wijzigt. Hierdoor kunnen voor patiënten wijzigingen in het logistieke proces plaatsvinden, bijvoorbeeld waar de geneesmiddelen opgehaald moeten worden of wie de aanspreekpunten zijn voor

⁹ Kamerstuk 29 689, nr. 991

¹⁰ Kamerstuk 29 477, nr. 641

intraveneuze thuisbehandeling. In samenwerking met veldpartijen (ziekenhuizen, verzekeraars, behandelaren en apothekers) wordt de uitvoering van deze maatregel verder vormgegeven. Randvoorwaarde daarbij is dat de patiënt zo min mogelijk hinder ondervindt en dat intraveneuze thuisbehandeling onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis mogelijk blijft.

Op basis van een advies van het ZIN¹¹ zal per januari 2021 ook de totale parenterale voeding (TPV) in de thuissituatie overgeheveld worden van het extramurale kader naar het intramurale kader. Sommige patiënten met aandoeningen aan het maagdarmkanaal zijn aangewezen op parenterale voeding. Bij parenterale voeding worden voedingstoffen via een infuus in de bloedbaan gebracht. Bij chronische patiënten kan in de thuissituatie op dit moment de TPV zowel als farmaceutische zorg als medisch specialistische zorg worden vergoed. Er is hier sprake van een dubbele aanspraak (intramuraal en extramuraal). Dit zorgt voor onduidelijkheid. Per 2021 zullen de uitgaven (genees- en hulpmiddelen) bij TPV niet langer onder extramurale hulpmiddelenzorg vallen, maar onder de medische specialistische zorg. Dit heeft tot gevolg dat de aanspraak via de farmaceutische zorg (TPV) en hulpmiddelenzorg (infuuspomp en toebehoren) komt te vervallen. TPV blijft in het basispakket waardoor patiënten weinig tot niets van deze maatregel zullen merken. Het ziekenhuis wordt echter integraal verantwoordelijk voor de levering en vergoeding van TPV (genees- en hulpmiddelen) aan patiënten binnen het ziekenhuis én voor de thuissituatie.

De NZa heeft, in samenwerking met betrokken partijen, de afgelopen periode nieuwe prestaties uitgewerkt waarmee de toediening van TPV in de thuissituatie door ziekenhuizen gedeclareerd kan worden. Deze prestaties zijn per 1 januari 2021 beschikbaar. De overheveling van TPV genees- en hulpmiddelen naar het intramurale kader zal budgetneutraal plaatsvinden.

6. Vereenvoudiging aanspraak diabeteshulpmiddelen

Het Zorginstituut heeft recent een advies uitgebracht om per 2021 alle diabeteshulpmiddelen te vergoeden vanuit één kader, namelijk het kader hulpmiddelenzorg.¹² Patiënten krijgen zo eenvoudiger toegang tot het meest geschikte hulpmiddel en het vergoedingensysteem wordt inzichtelijker en doelmatiger. Aanleiding voor dit advies was dat het Zorginstituut vanuit het veld signalen ontving dat niet iedere diabetespatiënt het meest adequate hulpmiddel krijgt. Dat wordt veroorzaakt doordat op dit moment de diabeteshulpmiddelen binnen twee te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringswet vallen: hulpmiddelenzorg (hmsz) en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden (msz).

Het gaat onder meer om de bloedglucosemeters, insulinepennen, insulinepompen, glucosemonitors, ketonen teststrips en alle noodzakelijk toebehoren. Het advies van het Zorginstituut is tot stand gekomen in overleg met veldpartijen. Ik neem het advies van het Zorginstituut over, maar maak daarbij wel een voorbehoud. Om te borgen dat de overheveling niet gepaard gaat met een aanzienlijke budgetimpact door ongepast gebruik, verzoek ik de veldpartijen in overleg tot kwaliteits- en doelmatigheidscriteria te komen die waarborgen dat diabeteshulpmiddelen doelmatig worden ingezet. Zodra die documenten zijn vastgesteld, zal ik uiterlijk in het najaar van 2020 de Regeling zorgverzekering aanpassen.

¹¹ Zorginstituut, «Standpunt vergoeding van (totale)parenterale voeding (TPV) en hulpmiddelen voor toediening», 06-08-2018

¹² Zorginstituut, «Vereenvoudiging aanspraak diabeteshulpmiddelen», 12-03-2020

7. Motie over eigen risico bij plaatsen spiraaltje door de verloskundige

Tijdens het VAO eigen bijdragen in de zorg van 2 oktober 2019 (Handelingen II 2019/20, nr. 8, item 7) is de motie van het lid Ellemeete aangenomen. De motie verzoekt «om de mogelijkheid om het plaatsen van het spiraaltje door de verloskundige buiten het eigen risico te houden nader te (laten) onderzoeken, en de Kamer hier voor het AO pakketbeheer over te informeren.»¹³ Ik heb besloten mijn reactie op deze motie aan te houden.

Op dit moment geldt er geen eigen risico als de huisarts een spiraal plaatst, maar wel als de verloskundige of gynaecoloog dat doet. De reden dat er geen eigen risico geldt bij de huisarts is dat de huisarts als poortwachter van het stelsel toegankelijk moet zijn voor iedereen zonder financiële drempel. Om onduidelijkheden te voorkomen, geldt deze uitzondering ook wanneer de huisarts medische-specialistische handelingen verricht zoals het plaatsen van een spiraal, het wegsnijden van een moedervlek of het hechten van een wond. In het kader van de juiste zorg op de juiste plek is het denkbaar dat er in de toekomst meer van dit type handelingen door de huisarts worden uitgevoerd. Dat roept de vraag op of de bestaande uitzondering voor de huisarts aanpassing behoeft. Als er tegelijkertijd andere eerstelijnszorgverleners zijn – zoals in dit geval de verloskundigen – die diezelfde handeling kunnen en mogen verrichten, is de vraag of de toepassing van het eigen risico voor beide groepen zorgverleners niet gelijk zou moeten worden getrokken. Dat zou de huisarts kunnen ontlasten. Ik vraag het Zorginstituut mij te adviseren over het bredere vraagstuk van de aanspraken, de taakverdeling tussen verschillende zorgverleners, het bevorderen van de juiste zorg op de juiste plek en hoe het eigen risico daaraan kan bijdragen. Ik wil nu niet vooruitlopen op de uitkomst daarvan. Daarom kom ik volgend jaar in de pakketcyclus met een voorstel hoe om te gaan met het eigen risico, waaronder bij de plaatsing van een spiraal door een verloskundige.

8. Motie over nazorg bij kinderkanker (LATER-zorg)

Naar aanleiding van de begrotingsbehandeling voor het jaar 2020 is een motie aangenomen van de leden Raemakers en Ellemeete¹⁴, waar ik graag op terugkom. De motie verzoekt om te bezien hoe de knelpunten voor langetermijnafspraken over de LATER-zorg (nazorg na kinderkanker) kunnen worden verholpen. Uit gesprekken met Zorgverzekeraars Nederland en het Prinses Maxima Centrum, is gebleken dat er inmiddels een overeenkomst is voor de vergoeding van LATER-zorg voor de komende drie jaren (2020–2023).

Partijen zijn er dus in onderling overleg uitgekomen in hoeverre deze zorg vergoed gaat worden. Ik beschouw de motie hiermee als afgedaan.

9. Reconstructieve behandelingen na vrouwelijke genitale verminking (VGV)

Het Zorginstituut heeft mij per brief op 4 mei 2020 laten weten dat reconstructieve behandelingen zoals omschreven in de «Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking» (hierna: de leidraad) behoren tot het basispakket van de zorgverzekering. Deze brief is bijgevoegd¹⁵.

¹³ Kamerstuk 34 104, nr. 260

¹⁴ Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 58

¹⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

In november 2019 heeft de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) de leidraad vastgesteld.¹⁶ Deze leidraad is opgesteld op initiatief van de NVOG met medewerking van deskundigen uit andere bij dit onderwerp betrokken organisaties. De leidraad geeft professionals o.a. achtergrondinformatie over genitale verminking bij vrouwen, de potentiële gevolgen hiervan en doet aanbevelingen voor preventie, begeleiding en eventuele (reconstructieve) behandelingen. Ik heb het Zorginstituut gevraagd te bezien of en voor welke vrouwen beschreven in de leidraad reconstructieve behandelingen na VGV behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Om te bepalen of operatieve reconstructie na VGV tot de te verzekeren prestaties behoort, heeft het Zorginstituut dit getoetst aan de hand van het Besluit zorgverzekering. Met behulp van de leidraad, aangevuld met literatuur met betrekking tot VGV na medio 2018 voor actualisatie, heeft het Zorginstituut advies uitgebracht.

Het Zorginstituut concludeert dat de-infibulatie, chirurgische interventies voor lokale vulvaire afwijkingen en clitorisreconstructie, bij de in de leidraad genoemde klachten en complicaties ten gevolge van uitgevoerde besnijdenis, geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering betreffen en voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. De interventies ter behandeling van de indicaties zoals omschreven in de leidraad vallen daarmee onder de dekking van de basisverzekering. De leidraad biedt verder goede aanknopingspunten voor kwaliteitsborging en een landelijk follow up systeem. De bij de leidraad betrokken wetenschappelijke verenigingen zijn van plan om clitorisreconstructie te centraliseren in een expertisecentrum vanwege het beperkte aantal ingrepen en kwaliteitsborging.

Het Zorginstituut is tot de conclusie gekomen dat de in de leidraad genoemde interventies voor de bijbehorende indicaties met betrekking tot VGV onder het verzekerde basispakket vallen. Verder waardeer ik het voornemen van de wetenschappelijke verenigingen om een expertisecentrum op te zetten om kwaliteit van zorg te bevorderen en nieuwe wetenschappelijke inzichten voor de behandeling van vrouwen met verminkte genitaliën te genereren. Deze nieuwe inzichten kunnen bijdragen aan de verdere kennisvergaring betreffende de effectiviteit en veiligheid van hersteloperaties. Hiermee acht ik de motie van de leden Raemakers en Sjoerdsma, over het vormgeven van een klinische trial voor hersteloperaties van genitale verminkingen, afgedaan.¹⁷

10. Stand van zaken omtrent de huidige trajecten van Voorwaardelijke Toelating

Het Zorginstituut heeft mij laten weten dat in 2019 twee onderzoeken binnen de Voorwaardelijke Toelating (VT) zijn afgerond¹⁸. Het betreft de volgende trajecten:

1. De behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hyperthermie intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) Deze behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk en wordt daarom niet ten laste van de basisverzekering vergoed.
2. De behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie. Deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk en wordt daarom vanuit de basisverzekering vergoed.

¹⁶ <https://www.nvog.nl/kwaliteitsdocumenten/leidraden/attachment/leidraad-medische-zorg-voor-vrouwen-en-meisjes-met-vrouwelijke-genitale-verminking-vgv/>

¹⁷ Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 47

¹⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Verder zijn in 2019 en begin 2020 zes zorgvormen voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket. In 2019 zijn gestart:

1. Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem;
2. Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen;
3. Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
4. CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen.

Op 1-1-2020 zijn gestart:

5. Nusinersen (Spinraza®) bij patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar en ouder zijn;
6. Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom.

11. Stand van zaken omtrent de Subsidieregeling veelbelovende zorg

Op 1 februari 2019 is het beleid tot voorwaardelijke toelating tot het basispakket (gefaseerd) vervangen door de Subsidieregeling veelbelovende zorg, met als doel het versnellen van de toegang van de patiënt tot potentieel veelbelovende en innovatieve zorg via het basispakket.¹⁹ De uitvoering van de subsidieregeling ligt bij het Zorginstituut in samenwerking met ZonMw. In 2018 heeft de laatste aanvraagronde voor voorwaardelijke toelating plaatsgevonden. De voorwaardelijke toelating loopt door totdat alle lopende trajecten zijn afgerond.

Jaarlijks wordt de subsidieregeling geëvalueerd en zo nodig gewijzigd om de volledige potentie van de subsidieregeling te benutten. In 2019 zijn door de Adviescommissie Veelbelovende Zorg (ADVEZO) en het Zorginstituut een aantal verbetervoorstellen in de regeling voorgesteld.

Met deze wijzigingen wordt een toename beoogd van het aantal interventies dat voor subsidie in aanmerking komt. Een voorbeeld is het vervallen van de ingangsvereiste dat een CE-markering aanwezig moet zijn, omdat per mei 2020 de nieuwe Europese Hulpmiddelenverordening in werking treedt die een vergelijkbare eis stelt.

Met deze en andere aanpassingen zijn de aanvraagdrempels verder verlaagd.

In 2019 zijn twee rondes geopend waarin onderzoekers projectideeën konden indienen. De onderzoekers hebben van de ADVEZO commentaar ontvangen op hun projectideeën en advies gekregen om al dan niet een uitgewerkt onderzoeksvoorstel in te dienen. Op basis van deze voorstellen zijn in het eerste kwartaal van 2020 reeds vier subsidieaanvragen van potentieel veelbelovende nieuwe zorgvormen gehonoreerd.

De Minister voor Medische Zorg,
M.J. van Rijn

¹⁹ Kamerstuk 29 689, nr. 905