

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 410

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 1 augustus 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 juni 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 maart 2012 inzake de Beleidsevaluatie dyslexiezorg (29 689, nr. 382);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 juni 2012 houdende de reactie op enkele CVZ-adviezen, waaronder: Pakketadvies 2012, Geneeskundige GGZ, Voorwaardelijke toelating van zorg en Stringent pakketbeheer (29 689, nr. 394);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 juni 2012 houdende de reactie op CVZ-rapport lageziektelastbenadering (32 620, nr. 65).**

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

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

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

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Dijkstra, Leijten, Mulder, Smeets, Smilde, Van der Veen, Voortman, Wiegman-van Meppelen Scheppink,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Alle aanwezigen welkom. De Kamerleden hebben een spreektijd afgesproken van vijf minuten in eerste termijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. We zijn al jaren bezig om de criteria voor een zorgvuldig pakketbeheer te verbeteren en te verfijnen. Dat is belangrijk voor een objectieve en goed onderbouwde keuze. Met de stijgende zorgkosten en een ferme wil om een goede gezondheid te behouden, wordt een weloverwogen pakket steeds essentiëler. Gepast gebruik, stepped care en uiteindelijk een duidelijke pakketkeuze: wat moet collectief, wat vereist ons aller solidariteit en wat kan iemand zelf? Dat kan alleen als iedereen meewerkt. Ik constateer in de afgelopen jaren, sinds de Zorgverzekeringswet bestaat, een toenemende en breed gedeelde verantwoordelijkheid.

Ik ben het eens met de minister dat de omslag naar gepast gebruik sneller moet. Het bekostigingssysteem kan een belemmering zijn. Wij zien dus uit naar de inventarisatie van initiatieven met betrekking tot bekostiging en organisatie van zorg. De meeste concrete voorstellen zijn al bij de voorhang behandeld. Wij hebben nog een vraag over ernstige dyslexie. Deze zit in het pakket, maar een goede lezing van de brief leert dat daar nogal wat aan te verbeteren valt. Daarin staat namelijk dat veel actoren nog moeten wennen aan hun nieuwe rol. Heeft de minister wel het gevoel dat hierbij sprake is van goed en gepast gebruik? Moeten diagnose en behandeling in verschillende handen zijn? Wordt er royaal gebruik van gemaakt? Wordt de indicatie van ernstige dyslexie inderdaad echt ingevuld?

Over de hoortoestellen hebben wij ook nog een vraag. De minister heeft op vragen van GroenLinks geantwoord dat die 25% niet onder de hoge bijdragen kan vallen. Dit betekent in theorie dat iemand een duurder toestel kan aanschaffen, daardoor zelf minder kwijt is, maar de zorgverzekeraars veel meer. Kan de minister dit toelichten, komen we zo niet toch in problemen?

Over de voorwaardelijke toelating het volgende. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) stelt dat er vragen zijn over de normering van kosteneffectiviteit. Dat verbaast ons, want het CVZ is toch al jaren bezig met de verfijning van de normering van kosteneffectiviteit; het maakt daarvan immers gebruik bij het pakketbeheer. Een verdere operationalisering is nodig. Wij krijgen hier nog advies over, maar wat zal er precies worden onderzocht? In 2012 is het al ingevoerd en het resultaat over 2012 zal toch ook moeten kunnen worden beoordeeld.

Wij steunen de keuze van de minister om niet via subsidieregelingen te financieren. De nadelen van subsidies zijn namelijk altijd hetzelfde: ze leveren, vooraf en achteraf, veel administratieve lasten op, evenals afhankelijkheid van de overheid, terwijl we de verantwoordelijkheid nu juist bij de actoren willen laten, omwille van prikkels tot doelmatigheid. Subsidievoorwaarden kunnen dat in ieder geval nooit voor elkaar krijgen. Het CVZ geeft handvatten voor een gepast gebruik van de geneeskundige zorg. In 2013 komt dit in de polis. Een nadere afbakening van het basispakket ggz komt in deel twee van het rapport. Kan dat in 2014 in de polis worden verwerkt? En is er dan echt sprake van een duidelijk onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornissen?

Ik heb verder nog een aantal uitvoeringsvragen. De minister schrijft dat mentale fitheid een eigen verantwoordelijkheid is, maar deze kan ook een onderdeel zijn van publieke gezondheid. Hoe wil de minister mentale fitheid binnen het domein van de publieke gezondheid bevorderen? En waaronder valt hulp bij niet-aangeboren hersenletsel? Er bestaat nu een goede ggz-kliniek, maar waaronder zal deze vallen na het advies van het CVZ? Dementie is geen ggz meer, alleen nog somatische geriatrie. Is daarvoor dan geen enkele ggz-ondersteuning meer?

Wij delen de uitgangspunten van het stringente pakketbeheer: opnieuw beoordelen wat nog kan en wat obsoleet is. Wanneer vindt de herbeoordeling van zorgvormen plaats? Gebeurt dat systematisch? En, zo te lezen, komt bij de methode van het pakketbeheer nogal wat kijken. Kan de uitvoering van die methode ook slim en slank, want anders is de lak straks duurder dan de brief.

De minister vindt dat de omslag naar gepast gebruik sneller zou moeten. Toch tel ik alleen al in deze brief drie keer dat er nog een onderzoek, een inventarisatie of iets dergelijks moet worden afgewacht. Wanneer kunnen de effecten van gepast gebruik en stringent pakketbeheer nu echt in de praktijk positieve resultaten opleveren? Die resultaten zullen namelijk bijdragen aan de beheersbaarheid van onze zorgkosten.

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben twee dagen geleden het CVZ-advies over de lage ziektelast gekregen, dat de minister zelf al drieënhalve maand had. Daarin wordt gesteld dat de besparing niet haalbaar is zonder schadelijke effecten. Op Zorgvisie kunnen we vandaag lezen dat de minister gewoon doorgaat, wat ze ons eigenlijk ook heeft geschreven. Wat vindt het CDA ervan dat een bezuiniging is ingeboekt die niet haalbaar is, of bijna niet, zonder schadelijke effecten? Is dat financieel deugdelijk beleid? Zegt het CDA: ga maar door, die schadelijke effecten zien we volgend jaar wel weer?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik moet u zeggen dat ik vanwege de debatten van de afgelopen dagen die brief nog slechts diagonaal heb kunnen lezen. Ik heb wel gezien dat de minister dit nader wil onderzoeken en dat zij de risico's van een dergelijke manier van inboeken onder ogen wil zien. Volgens mij kunnen we hier dus helemaal nog niets van zeggen. Natuurlijk moeten bezuinigingen en besparingen op de zorg op een goede, verantwoorde en zorgvuldige manier. Ik heb de brief van de minister niet anders gelezen dan dat zij het CVZ de opdracht geeft om dit zo te doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het CVZ zegt dat de besparingen niet haalbaar zijn zonder schadelijke gevolgen; dat staat in het rapport. Ik vind het nogal kwalijk dat wij dat advies pas drieënhalve maand later hebben gekregen, ondanks een druk debat. Maar ik heb dit wel gezien. Vindt het CDA nou dat we hiermee verder moeten, met een ingeboekte besparing waarvan nu al wordt gezegd dat deze niet haalbaar is zonder schadelijke effecten, of vindt het CDA dat we ons moeten herbezinnen op die bezuiniging, omdat we niet kunnen overzien waartoe die gaat leiden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Besparingen met schadelijke effecten willen we natuurlijk nooit, maar ik heb juist in die brief gelezen dat er vanwege dat risico nader onderzoek moeten gebeuren. Ik houd mij daaraan vast. Op dit moment kan ik daarover nog niets zeggen, maar natuurlijk mogen er geen besparingen komen met schadelijke effecten.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik neem aan dat dit betekent dat het CDA zal zeggen dat we de oplossing elders zullen moeten zoeken, als uit de nadere reactie van het CVZ blijkt dat het echt niet mogelijk is om op deze manier te besparen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij staan aan de vooravond van verkiezingen. Ik denk dat alle rapporten die we nu hebben en nog gaan krijgen, ook dat van het CVZ, onderdeel zullen vormen van de formatie. Natuurlijk moet je andere keuzes maken als er schadelijke effecten zijn, maar dat is dan aan de orde.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Laat ik ook beginnen met het onderwerp «gepast gebruik». Het CVZ ziet dat als een van de belangrijkste thema's voor de komende jaren. Ik ben er ook van overtuigd dat gepast gebruik een van de hervormingen is waarmee we de stijgende kosten van de gezondheidszorg kunnen keren. Er kan niet generiek worden bepaald of een methode of een bepaald middel A altijd moet worden toegepast, en een middel B nooit. Het niet-uitsluiten van een van beide biedt een professional de mogelijkheid om naar de patiënt zelf te kijken en te bepalen wat in diens geval het beste is. Het gaat eigenlijk om het toepassen van de International Classification of human Functioning (ICF). Het stimuleren van gepast gebruik en een doelmatige uitvoering van zorg pakt overbodige en onnodige kosten aan, en levert kwaliteitswinst op. Maar gepast gebruik kan alleen een succes worden als alle betrokken partijen zich daarvoor gaan inzetten. De minister noemt in haar brief het convenant gepast gebruik en het initiatief van het CVZ voor een rondetafel. Er zijn 14 projecten ter hand genomen en ik lees in het pakketadvies dat deze divers van aard zijn. Ik hoor graag van de minister wat de planning en status is van deze projecten.

De mensen zitten ook te wachten op gepast gebruik en functiegericht voorschrijven. Een mooi voorbeeld is hoe de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden de Kamer met klem verzoekt om in de komende discussies over vergoedingen voor hoorhulpmiddelen te kiezen voor een optimale hoorzorg, geleverd voor een realistische en betaalbare prijs. Zij vraagt om een functiegerichte verstrekking. Vanuit het oogpunt van kwaliteit en rechtvaardigheid voor elke slechthorende in Nederland gaat zij graag de uitdaging aan om te werken aan een goede hoorzorg voor een realistische prijs. Het is mooi om juist uit deze hoek steun te krijgen. Laten we op die manier streven naar een structurele beheersing van zorgkosten, in plaats van voortdurend bezig te zijn met kostenverlagingen op korte termijn, via allerlei generieke ingrepen; zeker waar deze leiden tot gezondheidsverlies, waarvoor jaren later de rekening moet worden betaald. Ik deel de zorgen die patiënten- en gehandicaptenorganisaties hierover hebben geuit.

Ik ben blij met het stoppen met roken in het pakket. Nederland kan worden gefeliciteerd: in discussies van vorig jaar kwam ik nog een cheque tegen, waarmee Nederland werd gefeliciteerd met het geld dat kan worden bespaard, de levens die worden gespaard, maar ook het productiviteitsverlies dat daarmee kan worden tegengegaan. Ik ben ook blij met dieetadvisering in het pakket, maar wil wel bekijken en vraag ook of dat geld zo goed en gericht mogelijk kan worden ingezet en in hoeverre daarbij gepast gebruik van toepassing kan zijn. Ik heb dat nog liever dan nu generiek uren toevoegen. Ik had ook graag gezien dat iets op het gebied van een gecombineerde leefstijlinterventie zou worden toegelaten in de voorwaardelijke financiering. Ik ben ervan overtuigd dat een behandeling die is gericht op de omgeving van het kind, dus waarbij het gezin wordt meegenomen, effectief kan zijn bij de bestrijding van overgewicht. Waar dit nu niet mogelijk is via voorwaardelijke toelating en het pakket, is op dit punt wellicht via projecten als Jongeren op gezond gewicht meer mogelijk.

Het principe van voorwaardelijke toelating wordt toegepast bij geneesmiddelen. De ChristenUnie zou graag zien dat dit meer en meer werd toegepast bij medische hulpmiddelen, om zo veelbelovende innovaties beter te kunnen faciliteren. Ik heb begrepen dat de voorwaardelijke

toelating vraagt om voldoende beoordelingscapaciteit bij het CVZ. Graag een reactie.

Ik ben het ermee eens dat er in de ggz een beter onderscheid moet komen tussen psychische klachten en psychische stoornissen. Interessant is het interview met psychiater Frank Koerselman in dagblad Trouw van 1 juni, die adviseert om alleen echt psychiatrische ziektes onder de collectieve financiering te laten vallen, en niet de hulp aan mensen met levensproblemen. Het gaat om mensen die ziek zijn, om patiënten; niet om cliënten, mensen die een dienst willen ontvangen. Overigens zegt hij nog heel mooie dingen over de zin van het lijden. Voor de discussie van vandaag zouden die wat te ver gaan, maar het feit dat mensen het lijden eigenlijk niet meer accepteren en er moeilijk een plek aan kunnen geven in het leven, verklaart volgens mij zeker een deel van de stijging van de kosten in de ggz.

Met betrekking tot het onderscheid tussen klachten en stoornissen wil ik ook nog ingaan op de brief van de minister over Stichting Different. Voor de ChristenUnie valt er goed te discussiëren over wat wel en wat niet onder de noemer «psychiatrische stoornis» valt, en wat we collectief moeten vergoeden. Ik had het ook prima gevonden als de minister na deze discussie had verwezen in haar brief over Different. Mij valt op dat de minister kiest voor een ideologische onderbouwing, door te schrijven dat wanneer mensen psychisch lijden omdat zij vanwege hun orthodox-christelijke geloofsovertuiging hun homoseksuele gevoelens niet kunnen en willen vormgeven, zij beter kunnen worden doorverwezen naar pastorale hulp. Mijn vraag aan de minister: kunnen mensen dusdanig lijden aan hun seksuele gerichtheid dat wordt voldaan aan de criteria voor een psychiatrische stoornis, en daarvoor vervolgens verzekerde hulp ontvangen? Graag een antwoord. Dat antwoord lijkt mij helder: mensen kunnen lijden aan welke moeite met zichzelf ook, en daarvoor psychiatrische hulp ontvangen, wanneer wordt voldaan aan de criteria voor een psychiatrische stoornis. In het geval van Different zal men, wanneer er geen psychiatrische stoornis is, natuurlijk desgewenst wel pastorale hulp kunnen bieden. Het is terecht dat daarvoor geen geld mag worden gevraagd bij de zorgverzekeraar. Graag een reactie.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Dit pakketadvies, of het totaalpakket aan maatregelen, ziet er beter uit dan het vorige. Dat is ook logisch, omdat een aantal maatregelen waarover we veel discussie hebben gehad, wordt teruggedraaid, zoals die rond stoppen met roken en dieetadvisering. Dat is een goede zaak, want bezuinigen op preventie leidt tot extra kosten in plaats van tot minder kosten. Dit is dus financieel verstandig en sociaal. Wij begrijpen wel dat het voor zorgverzekeraars lastig is, dat gerol met zaken in en uit het pakket. Maar liever dat, dan een slecht besluit in stand houden.

Wij zijn blij dat het aantal ivf-pogingen niet teruggaat van 3 naar 1. Deze maatregel kwam rechtstreeks uit het regeer- en gedoogakkoord, maar zou eerder meer dan minder hebben gekost. Het mooie is verder dat de beroepsgroepen met een beter alternatief zijn gekomen. Dat smaakt naar meer. Is de minister bereid om met de diëtisten in overleg te gaan? Zij stellen voor om te kijken naar voorgeschreven dieetvoeding. Voor GroenLinks geldt het resultaat. Graag een reactie van de minister. Wij hechten ook veel waarde aan de adviezen van het CVZ. De minister legt evenwel een aantal adviezen naast zich neer, zoals het toelaten van looptherapie bij vaatlijden. Volgens het CVZ zou dat uiteindelijk kostenbesparend zijn, zeker met het oog op de vergrijzing. Graag hoor ik van de minister toegelicht waarom zij dit advies van het CVZ naast zich neerlegt. Voor de toekomst willen wij extra goed kijken naar wat er wel en wat er niet in het pakket moet. Daarbij moet vooral het resultaat vooropstaan, en de vraag of toegankelijkheid in het geding is als iets niet in het pakket zit. De rollator is hiervan een goed voorbeeld; zelfs de ouderenbonden zijn er

voorzitter van dat deze uit het pakket gaat. Wel moet er goed worden gekeken naar mogelijkheden voor hergebruik. Ook vragen wij ons ernstig af of een systeem van zaken voorwaardelijk toelaten nog wel werkt. GroenLinks kijkt bijvoorbeeld met veel belangstelling naar Engeland: de nice guidelines die daar gelden, laten behandelingen pas toe als is aangetoond dat deze een duidelijke meerwaarde hebben. Het CVZ gaat evalueren of voorwaardelijke toelating van allerlei behandelingen nog wel zo'n goed idee is, maar wij willen dat dit voortvarend wordt opgepakt. Is de minister bereid om het CVZ te vragen om hierover al vóór de verkiezingen advies uit te brengen, zodat de volgende minister tijdig een besluit hierover kan nemen?

Nu de lage ziektelast, een maatregel uit het regeer- en gedoogakkoord. De minister roept bij allerlei zaken dat zij niet veel kan doen, omdat zij demissionair is. Maar zij stuurt op 19 juni wel nog een brief aan het CVZ en stelt daarin dat zij daar toch mee wil doorgaan, ondanks het negatieve CVZ-advies, en vraagt om maatregelen op dit vlak. Hoe zijn die zaken te rijmen? Kortom, GroenLinks wil graag dat deze opdracht aan het CVZ wordt uitgebreid of geherformuleerd. Wij zouden graag zien dat het CVZ om een advies wordt gevraagd over een brede aanpak van de zorg, met een stop op prikkels, en een manier om te kunnen sturen op gezondheidswinst in plaats van op volumebeperking. Wij denken dat dit uiteindelijk het meest zal opleveren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Een van de resultaten van het pakketadvies dat vandaag voorligt, is dat de redressiehelmen voor baby's eruit gaan. Die zijn ervoor als baby's op de rug moeten liggen om wiegendood te voorkomen, en daardoor een platte schedel kunnen krijgen. Deze redressiehelmen gaan uit het pakket, want dit zou een cosmetische ingreep betreffen. Vindt mevrouw Voortman van GroenLinks het gewenst dat wij straks aan iemands platte achterhoofd kunnen zien dat hij ouders had die dit niet konden betalen, of vindt zij dat we dit collectief moeten betalen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit gaat om een totale besparing van 3,5 mln., het is een besparing conform het advies van het CVZ, dat stelt dat mensen dit zelf kunnen betalen. Dat maakt het nog niet leuk, maar het is conform het advies van het CVZ. Daarom kunnen wij dit ons voorstellen en snappen we dat de minister hiermee akkoord gaat.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat tegenwoordig ook aan baby's kostenbewustzijn moet worden bijgebracht, vind ik een platheid van hier tot Tokyo! In mijn termijn zal ik het hebben over de gestuurdheid van het pakketadvies; het CVZ is namelijk gevraagd om te komen met een bezuiniging. Ik ga voorstellen om dit niet te doen. Ik zou dit ook echt een slecht politiek besluit vinden – want uiteindelijk beslist de politiek over de adviezen van het CVZ – om aan kinderen, aan net geboren baby's, dit soort zorg te ontzien; ook omdat dit nou niet echt de grootste post is in onze gezondheidszorg.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik hoop dat de SP in haar termijn aangeeft wat zij dan wel wil doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. D66 blijft hameren op een betrouwbare en toegankelijke zorg, ook in de toekomst. Een goed basispakket is noodzakelijk, maar daar moet je wel kritisch naar blijven kijken. Laat ik maar meteen met de deur in huis vallen: volgens ons is het verstandig dat in het begrotingsakkoord is afgesproken dat de rollator uit het pakket gaat. Het is simpel, en ik heb het al vaker gezegd: een klein kind heeft een driewieler, de volwassene de fiets en de oudere een rollator. We betalen de driewieler en de fiets zelf, dus waarom de rollator dan niet?

Het CVZ adviseerde al in 2010 en 2011 om de vergoeding voor gehoortoestellen te veranderen. Nu worden daartoe stappen gezet: de huidige maximumvergoeding wordt vervangen door een eigen bijdrage van 25%, wat het kostenbewustzijn zou stimuleren. De patiënt zal daarmee uiteindelijk goedkoper uit zijn, want door de huidige vergoeding wordt de prijs van een gehoortoestel kunstmatig hoog gehouden. De afschaffing van de vergoedingslimiet leidt naar verwachting tot goedkopere gehoortoestellen. Ik heb wel een paar vragen aan de minister hierover: zal dat inderdaad gebeuren, hoe gaat de minister de prijsontwikkeling in de gaten houden, en hoe en op welke termijn gaat zij de Kamer daarvan op de hoogte stellen?

Als mensen gezonder gaan leven, levert dat een enorme winst op: mensen blijven langer en beter actief, in hun werk of anderszins in de samenleving, de kwaliteit van leven wordt verbeterd en we hebben minder zorgkosten. Dat betekent gezond gedrag stimuleren en ongezond gedrag ontmoedigen. D66 heeft daarvoor gepleit bij het begrotingsakkoord. Het is gelukt, de geschrapte programma's voor stoppen met roken en dieet gaan terug in het pakket en de fluoridebehandeling voor jonge kinderen wordt vanaf 2013 vergoed.

De toenemende obesitas bij kinderen is een groot maatschappelijk probleem. Behandelingen die zijn gericht op een nieuwe leefstijl zijn volgens wetenschappelijke bronnen effectief. Het CVZ adviseert daarom om deze behandeling voorwaardelijk toe te laten tot het pakket. De minister wil dat niet doen. Ik vraag haar daar nog een keer naar te kijken. Wil zij nader onderzoeken hoeveel dat jaarlijks zou kosten?

Nu de voorwaardelijke toelating van dure specialistische medicijnen. Die maakt het mogelijk dat innovatieve medicijnen snel beschikbaar zijn voor de patiënt, zonder dat de kosteneffectiviteit al volledig is aangetoond. Het nadeel van deze aanpak is het risico dat het doelmatigheidsonderzoek niet meer wordt uitgevoerd; de druk is weg, omdat de behandeling al in het pakket zit. De minister wil met aanvullende financiële arrangementen bij behandelaren en fabrikanten de druk op de ketel houden en de financiën managen. Ik vraag haar wat voor arrangementen dat precies zijn en hoe wordt bepaald of deze daadwerkelijk worden toegepast.

Als wij de zorguitgaven willen beheersen, moeten wij kritisch naar het basispakket kijken. Het CVZ adviseert gepast gebruik en functiegericht voorschrijven, in plaats van de lage ziektelast. Wij ondersteunen dat van harte. Ik heb met belangstelling het CVZ-rapport over stringent pakketbeheer gelezen en deel de conclusie van het CVZ dat we meer moeten kijken naar de kosteneffectiviteit. Toch wil de minister dit niet bij alle behandelingen onderzoeken. Zij is heel pragmatisch; dat gaat te veel geld en te veel mensen kosten. Ik wil daar toch iets meer over weten. Waaraan moet ik denken en hoe bepaal je eigenlijk vooraf of die kosteneffectiviteit wel of niet moet worden onderzocht?

Ten slotte een vraag over het hoofdlijnenakkoord met de ggz. Ik begrijp dat niet duidelijk is afgebakend was onder de Zorgverzekeringswet valt. Ik zou graag van de minister willen weten wat nou onbetwistbare geneeskundige ggz is. Kan zij daarover concreet zijn en duidelijkheid geven?

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik wil eerst stilstaan bij het zogenaamde «gepast gebruik», dat wil zeggen: alleen iets inzetten als iemand daar echt voor in aanmerking komt. Wij praten hier al jaren over en de vraag is wat we nu precies gaan doen. Er komt een rondetafelconferentie, het start met 14 projecten, maar wanneer kunnen wij welk resultaat verwachten? Kan de minister ons een plan van aanpak leveren, voorzien van een planning? We moeten de kosten in de zorg beheersen en we praten nu al lang, maar het wordt tijd voor actie, en vooral voor concrete resultaten. Ik heb verder een vraag over de Da Vinci Robot. Het CVZ heeft daar vorig jaar iets over gezegd, maar ik hoorde ook dat gynaecologen inmiddels bezig zijn om met de Da Vinci Robot baarmoederverzakkingen op te

lossen. Kortom, we zien dat de Da Vinci Robot ook weer voor andere behandelingen wordt ingezet dan waarvoor hij oorspronkelijk bedoeld was. Herkent de minister dit beeld en wat is daaraan te doen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als ik «plan van aanpak» hoor, word ik altijd helemaal vrolijk. Ik denk dan: nu gebeurt er wat! De heer Mulder gaf net aan dat gepast gebruik al jarenlang een groot probleem is. Zou hij kunnen omschrijven hoe dat actieplan eruit gaat zien en op welke termijn het probleem van het niet-gepast gebruik dan is opgelost? Ik probeer dit zo iets concreter te krijgen.

De heer **Mulder** (VVD): In de toon van de heer Van der Veen proef ik dat hij er eigenlijk niet zo veel vertrouwen in heeft. Ik weet niet of dat waar is...

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat heeft u helemaal verkeerd geproefd.

De heer **Mulder** (VVD): U straalt dat uit in klank, woord en gebaar.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hier heb ik toch echt moeite mee. Ik stel een serieuze vraag en ik heb er echt veel moeite mee als die op die manier wordt geïnterpreteerd.

De heer **Mulder** (VVD): Een beetje ontspannenheid in dit debat zou geen kwaad kunnen. Dat is ook goed voor de gezondheid.

De **voorzitter**: Meneer Mulder, u gaat nu antwoord op de vraag geven.

De heer **Mulder** (VVD): Goed, voorzitter. We zien dat een aantal partijen hiermee bezig is: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), ZonMW, de NZH, DBC-Onderhoud, het CVZ, zorgaanbieders, verzekeraars, VWS. Er is dus een wil. Vorig jaar heeft het CVZ er ook op gehamerd om wat te gaan doen aan gepast gebruik. Ik zie projecten, er is een rondetafel. Mijn fractie vindt het goed dat dit allemaal gebeurt, maar tot welke acties gaat dat leiden, welke resultaten gaat dat opleveren en wanneer kunnen wij een en ander verwachten? De inzet is dus goed, de vraag is wanneer dit allemaal leidt tot concrete actie. Ik wil dus graag resultaten, collega Van der Veen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De vraag is nu juist: welke resultaten? Ik ben hier echt oprecht in. De vraag wat gepast gebruik is en wat niet, is een enorm probleem, trouwens overal ter wereld in de gezondheidszorg. Ik denk dat iedereen daar dus wel mee bezig is. Daarom word ik inderdaad licht sarcastisch als ik van «actieplannen» hoor. De heer Mulder vraagt namelijk niet anders dan wanneer er resultaten zijn. Ik denk dat het aardig is als de heer Mulder wat concreter zou aangeven langs welke weg het moet gaan. Welk nieuws zou in het actieplan moeten staan? Naar mijn mening wordt overal echt wel voldoende actie ondernomen, maar wat is nou het nieuwe?

De heer **Mulder** (VVD): Ik gun de heer Van der Veen zijn sarcasme. Wat ik aanvoelde, was dus toch waar. Ik vraag dit aan de minister: er gebeurt veel, hoe giet zij dit zo in het vat dat het ook concrete resultaten gaat opleveren? Mij lijkt dat een goede vraag.

Ik ga verder over de ten onrechte gedeclareerde zorg. Wij hebben in de afgelopen jaren gesproken en zullen in de komende jaren spreken over bezuinigingen. Ik krijg mails van mensen die de indruk hebben dat het ziekenhuis onterecht declareert en dat vertellen aan de zorgverzekeraar, waarop die laatste zegt: dan heeft het ziekenhuis geluk gehad. Als je zaken als onterechte declaraties wilt tegengaan, zal je daar steviger op moeten zitten. Er gebeurt al wat, er is een Kenniscentrum Fraude, maar wat kan er

nog meer gebeuren? Moet op de declaratie bijvoorbeeld niet de hoofdbehandelaar komen te staan, welke diagnose er is, een tijdsregistratie, zodat kan worden bekeken of inderdaad de zorg is geleverd die erbij hoorde? Zorgverzekeraars zeggen dat zij problemen hebben met zorginstellingen waarmee zij geen contact hebben, wat controle lastig maakt. Is daar niet wat aan te doen? Kan de minister niet vragen aan de verzekeraars welke belemmeringen er in de wet- en regelgeving zijn waardoor verzekeraars niet of minder goed in staat zijn om onrechtmatige of onterechte declaraties op te sporen?

Collega Dijkstra had ook al een vraag over de ggz. Is die nu goed afgebakend? Verzekeraars zeggen dat zij bij diagnoses als «stress» en «burn-out» niet precies kunnen bepalen of de verleende zorg in het basispakket valt of niet. Kan er verduidelijking komen? Idem dito geldt dit voor herstel- en revalidatiezorg. Kan dit worden opgesplitst? Blijkbaar staat dit ook in het hoofdlijnenakkoord.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het interessant dat de VVD enerzijds het gepast gebruik overneemt, dus dat de patiënt niet gepast zou gebruiken, maar anderzijds de vinger op de zere plek legt: dat juist aan de kant van de zorgverleners, de ziekenhuizen, fouten zouden kunnen zitten met declaraties enzovoort. Ik zou zijn vlucht in meer registreren en meer opschrijven niet willen nadoen, maar ik heb wel een andere vraag aan de VVD. Op verzoek van de VVD gaan we binnenkort in Nederland een total bodyscan aanbieden; mensen kunnen zich daarmee, waarschijnlijk na veel reclame en bangmakerij, helemaal laten checken op mogelijke aandoeningen. Is de heer Mulder niet bang dat dit zal leiden tot een toename van ongepast gebruik?

De heer **Mulder** (VVD): Die vraag heb ik eerder gehad, ik geloof van de heer Van Gerven. Ik citeerde toen een rapport uit 2008 van de RVZ, de Raad voor Volksgezondheid & Zorg, over de total bodyscan. Daarin staat dat het niet de verwachting is dat de total bodyscan leidt tot meer zorgkosten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Niet voor niets deden we in ons land aan screening van doelgroepen met een bepaalde verwachting van een ziekte, die we daarmee probeerden vroeg op te sporen. Niet voor niets wordt in Nederland gezegd, ook door artsen, dat screening leidt tot overdiagnostiek en overbehandeling. Ik vind het erg vreemd dat de VVD vraagt om een actieplan voor gepast en ongepast gebruik, maar de industrie zo meteen wel gaat spekken met total bodyscans. Zou het niet veel beter zijn om serieus werk te maken van opsporing en screening van doelgroepen die hoge risico's lopen, waarvan wij weten dat dit werkt, en toekomstige overbehandeling vanwege total bodyscans voorkomen door die niet in te gaan zetten?

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb in het debat over het preventiebeleid al gezegd dat de total bodyscan volgens de RVZ niet zal leiden tot meer zorguitgaven. Nu weet ik dat de SP rapporten van gezaghebbende instituten, bijvoorbeeld het CPB, afdoet als onzin als ze er niet in gelooft. Welnu, dat is aan de SP. Maar waarom mogen mensen wel zo ver als zij willen met vakantie gaan als zij daar geld voor hebben, maar hun geld niet besteden aan zo'n bodyscan? Waarom moet de overheid bepalen hoe mensen hun geld uitgeven?

De **voorzitter**: Voordat ik de heer Van der Veen nu het woord geef, wil ik hem namens alle leden – en met een knipoog naar meneer Mulder – van harte feliciteren met zijn verjaardag vandaag.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dank u, voorzitter. Ik stel het uitermate op prijs dat we nu zo gedegen het pakket aan de orde hebben, volgens mij voor de derde keer. Voor een deel zal het dus gaan om herhalingen. Het belangrijkste punt is door iedereen gesignaleerd en ook het CVZ zegt het met zoveel woorden: dat pakketadvies valt eigenlijk in het niet bij het grote probleem in de gezondheidszorg van de volumestijging. Gisteren was uitvoerig aan de orde dat de productie in de ziekenhuizen veel sneller stijgt dan de zorgvraag. Daarmee zitten we midden in de problematiek. Gisteren heb ik al gezegd dat wij niet onder de indruk zijn van de Kunduzmaatregelen. Dat zijn in het licht van het grote probleem van de volumebeheersing eigenlijk broddelmaatregelen. Als je verrichtingen beloont, krijg je ook verrichtingen; en je moet dan ook niet verbaasd zijn over snelle omzettingen. Wellicht kan dit ook worden meegenomen in het actieplan van de heer Mulder.

Het CVZ zegt, samengevat, dat de minister zorgvuldig moet omgaan met het huidige basispakket. Substantiële ingrepen in het pakket brengen onherroepelijk risico's mee voor de kwaliteit van de zorg, met name die voor de laagstbetaalden. Juist in die laatste groep vinden we de grootste gezondheidszorgproblemen. Mevrouw Leijten ging al in op de grote twijfels rond het begrip «lage ziektelasten». Zoiets is ook al in een motie uitgesproken. Ik denk dat het nog een heel gedoe zal worden om dat helder te krijgen en die «lage ziektelasten» zo in te vullen dat je daarmee geen ongelukken of onbedoelde gevolgen krijgt. Op basis van het advies van het CVZ denk ik dat dit niet kan.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zit hier niet om het Kunduzakkoord, of beter gezegd het begrotingsakkoord, te verdedigen. De maatregelen die met ingang van 2013 moeten worden genomen zijn niet hét hervormingsprogramma voor de toekomst. Het zijn vooral maatregelen die heel snel kunnen ingaan, om de problemen die we in 2013 hebben op te lossen. Ik vind het prima dat meneer Van der Veen daar van alles van vindt, maar ik ben wel benieuwd naar het volgende. Als de heer Van der Veen minister was, welke geloofwaardige alternatieve maatregelen die zouden kunnen ingaan per 1 januari 2013, zou hij dan hebben genomen? Wat de lange termijn betreft, deel ik zeker zijn visie op het tegengaan van de toename van de kosten, maar welke maatregelen heeft hij voor de korte termijn voor ogen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): U was er maandag niet. Ik gaf toen een opsomming, die ik nu niet bij me heb, van alle mogelijke gelden die nog beschikbaar zijn. Je had dit dus ook op een andere manier kunnen invullen. Het zou inderdaad flauw zijn geweest als wij geen eigen alternatieven hadden gehad, maar die hebben wij dus maandag aan de orde gesteld. Gisteren heb ik nog verder uitgezocht wat de mogelijkheden zijn om op het gebied van de medicijnen nog een paar honderd miljoen te vinden. Ik denk dat ik best een redelijke reputatie heb voor het vinden van gelden. Ik ga op deze manier in op dat Kunduzverhaal, omdat het wordt gepresenteerd als hervorming. Ik had het nog met mevrouw Dijkstra daarover. Ik zie die hervorming niet. Het zijn een aantal bij elkaar gezochte maatregelen – en dat zeg ik in constaterende zin – om een bepaald bedrag te vinden. Een aantal zaken spreken ons aan, maar dat heb ik al eerder laten weten.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dit begint al op iets anders te lijken. We hebben het vandaag over het pakketadvies. Heel concreet: wat had de heer Van der Veen, in vergelijking met de huidige voorstellen, anders gedaan of anders willen zien? Misschien de rollator er toch weer in?

De heer **Van der Veen** (PvdA): De grootste – om het zo te zeggen – kostenpost zit in het eigen risico. Daarover hebben we het gisteren uitvoerig gehad. Ik denk dat wij een goede dekking hebben gevonden voor het bijbetalen per verpleegdag. De minister heeft toegezegd om te bekijken of die dekking klopt. Voor ons zijn die lage ziektebelastingen een heel duidelijke kwestie, maar het grootste pijnpunt zit in het eigen risico.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil even reageren op wat de heer Van der Veen over mij zei, namelijk dat ik de maatregelen in het begrotingsakkoord als hervorming heb gebracht. Ik heb alleen gezegd dat er volgens mij een begin is gemaakt met een aantal maatregelen, maar met het begrotingsakkoord ging het over de gehele breedte. De heer Van der Veen bevroeg mij over de hervormingen in het Kunduzakkoord. Ik wil echt nog een keer benadrukken dat het bij de zorg gaat om maatregelen voor 2013 en dat de hervormingen volgens ons nog gestalte moeten krijgen. Ik zal mijzelf verder niet herhalen, maar vind het belangrijk om dat nog even vastgelegd te hebben.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb gisteren die opmerking gemaakt omdat het Kunduzakkoord in zijn algemeen wordt gepresenteerd als een hervormingsakkoord. Ik heb mevrouw Dijkstra inderdaad gevraagd in hoeverre zij dat kon aangeven voor de gezondheidszorg. Zij zei daarop dat in ieder geval het feit dat mensen eigen bijdragen gaan betalen een stap zou zijn op weg naar hervorming.

Ik kondigde mijn vraag over de betaling per verpleegdag al aan. Ik heb daar een technische vraag over. Het gaat om een betaling per dag dat men in het ziekenhuis ligt; dus voor elke dag dat men in het ziekenhuis ligt, moet die € 7,50 worden betaald. Nu wordt in DOT («DBC's op weg naar transparantie») uitgegaan van een gemiddelde ligduur in een ziekenhuis. Hoe verhouden die zaken zich? Als dit in DOT anders moet worden geregistreerd, rijst de vraag hoeveel administratieve lasten dat meebrengt. Wellicht kan de balans dan nog eens worden bekeken, in het licht van de opbrengsten en inkomsten van die € 7,50. Gisteren heb ik al gezegd dat wij heel weinig zien in die maatregel, maar het zou plezierig zijn als deze technische vraag kon worden beantwoord.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik had daar een vraag over, die ik eigenlijk gisteren had moeten stellen, maar nu intrigeert hij me zeer. De Partij van de Arbeid heeft in haar huidige verkiezingsprogramma ook geld ingeboekt voor de ligdag. Alle vragen die de heer Van der Veen nu namens de Partij van de Arbeid stelt, heeft de partij zichzelf toch ook moeten stellen toen zij dit opnam?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb maandag al aangegeven dat ik een interruptie op dit punt verwachtte, maar dat is toen niet gebeurd. In het verkiezingsprogramma voor 2010 hebben we die ligdag inderdaad opgenomen, voor – uit mijn hoofd – € 5. Wij hebben die er nu nadrukkelijk uit gehaald, juist vanwege mijn argumentatie van zonet. In die zin zou je dus kunnen spreken van voortschrijdend inzicht. In ons nieuwe verkiezingsprogramma staat dit dus niet. Ik kan me voorstellen dat u dat nu nog niet helemaal heeft gelezen. De overwegingen die ik net gaf, gaven voor ons de doorslag om dit af te schaffen, in ieder geval in ons program. In essentie gaat het over het beheer van de kosten en dan zijn het gehanteerde stelsel, het systeem en de regelgeving niet zonder inhoud. Er is in de afgelopen twee jaar een voortdurende uitbreiding geweest van de marktwerking en die heeft echt geleid tot volume. Patiënten worden gezien als consumenten, die moeten consumeren. De effecten van de pakketmaatregel vallen in het niet bij het grote volumeprobleem. Wij vinden dat je een aantal zaken ingrijpend anders zou moeten doen om ervoor te zorgen dat het volume in de hand wordt gehouden. Al deze

zaken hebben wij al gezegd. De omzet van de ziekenhuizen stijgt met 7%, terwijl de zorgvraag toeneemt met 3 à 4%. We weten dat er nogal wat onnodig geopereerd wordt, wat de NZa «de uitbreiding van het indicatiegebied» noemt. Wij denken echt dat er sprake van een systeemfout is. Die los je niet op door aanpassingen binnen het systeem, die los je op door kritisch naar het systeem te kijken en de systeemfouten te herstellen. De uitbreiding van de marktwerking heeft de zorg minder menselijk en minder betaalbaar gemaakt.

De Partij van de Arbeid is van mening dat je radicaal andere keuzes moet maken. Kort samengevat komt dat neer op het volgende, en daarmee rond ik af. Wij kiezen voor een basiszorg, waarbij niet de markt, maar burger, overheid en zorgverlener samen besluiten over vraag en aanbod; waarin kosten niet ongecontroleerd mogen stijgen, maar regionaal worden gebudgetteerd; en waarin die zorg ook daadwerkelijk dichterbij de mensen wordt georganiseerd. Het hele idee van de marktwerking in de zorg spreekt ons, op zijn zachtst gezegd, niet aan. Voor ons hoeft die daar niet. Wij zijn ervan overtuigd dat onze voorstellen zullen leiden tot een betere kostenbeheersing. Zolang je met dit systeem doorgaat en systeemfouten niet repareert, blijft het echter gerommel in de marge. Wat je dan ook uit het pakket haalt en wat je ook denkt aan bezuinigingen te krijgen, alles zal elke keer worden overvleugeld door een stijging van het volume.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het gaat het hele debat al over gepast gebruik. Ik vraag de minister of zij drie voorbeelden kan geven van óngepast gebruik. Er wordt namelijk wel heel erg gedaan alsof de gebruiker ongepast bezig zou zijn, terwijl het volgens mij eerder anders is. Een huisarts of specialist zegt dat een patiënt zorg nodig heeft en verleent die zorg. De patiënt moet er dan maar van uitgaan dat die zorg noodzakelijk en gepast is. Als die zorg dat niet is, zit het probleem dus niet bij de gebruiker, maar bij de aanbieder. We kunnen het in die gevallen dus beter hebben over «ongepast aanbod». Er wordt continu maar gezegd dat mensen bewust moeten worden van de kosten in de zorg, terwijl mensen erop moeten kunnen vertrouwen dat de arts geen zorg te veel verleent. Dit gaat over dubbele zorg, het gaat over volumeprikkels, het gaat over het inzetten van een total bodyscan; want wie weet, heb je wel wat! Die zaken zullen leiden tot een ongepaste vraag, tot overdiagnostisering. Niet voor niets zeggen artsen dat de inzet van de total bodyscan de kosten zal doen stijgen. Daarmee wordt ingegaan op de angst van mensen en wordt het oordeel van de arts eigenlijk buitenspel gezet. Graag een reactie van de minister hierop.

De kern van het verzekerd zorgpakket moet zijn: wat is medisch en maatschappelijk gewenst? Het College voor zorgverzekeringen moet wetenschappelijk toetsen of iets werkzaam is; de politiek bepaalt vervolgens wat maatschappelijk gewenst is. Het CVZ moet onafhankelijk zijn en geen verlengstuk van de politiek. Daar maakt de SP zich zorgen over. De minister stuurt een brief in de trant van: ik heb zoveel miljoen nodig, lever mij alstublieft een onderbouwing. Het CVZ doet dat dan vervolgens ook. Hoe gewichtig we hier ook doen over de adviezen, uiteindelijk is wat er wel en niet in het pakket komt, een politieke beslissing. Denk aan dieetadvisering, stoppen met roken, anticonceptie, de rollator; ze zijn allemaal in en uit het pakket gegaan in de afgelopen jaren, en dat waren politieke beslissingen. Is dat erg? Nee, dat heet «democratie». We kunnen ons dus niet achter het CVZ verschuilen als dat met een advies komt. En we moeten het CVZ al helemaal niet gaan vragen om kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid, of om de collectieve financiering in de hand te houden; juist omdat de politiek daarover gaat. Ik vraag de minister hoe zij denkt over «kosteneffectiviteit» als objectief begrip. Wil zij dat we in de toekomst met computermodellen gaan berekenen of iets

gewenst of gepast is? Ik zou dat niet willen, maar ik hoor graag een reactie van de minister daarop.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben erg benieuwd welke toekomst de SP voor zich ziet. Wie gaat uiteindelijk beoordelen? Je kunt wel zeggen dat wij als politiek daarover gaan, maar nu zijn er bijvoorbeeld discussies over te lang doorbehandelen. Voor mijn part gebruiken we het woord «gepast gebruik» gewoon, en dan vooral met het oog op wat artsen uiteindelijk voorschrijven en doen. Hoe kun je daar grip op krijgen? We moeten dit soort keuzes toch niet gaan verplatten tot pure politieke wensenlijstjes? Uiteindelijk zullen we het toch moeten hebben over de waarde van bepaalde medische behandelingen, over juist niet-behandelen, over wat we collectief willen dragen en wat we tot de eigen verantwoordelijkheid van mensen kunnen rekenen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zou dat echt willen overlaten aan artsen en patiënten. Ik ben het eens met mevrouw Wiegman dat je alle zaken goed moet afwegen als je staat voor de vraag om wel of niet een levensverlengende behandeling toe te passen, die mogelijk ook nog lichamelijke schade oplevert, en dat het dan nodig is dat er geen arts tegenover je zit die aan je verdient, maar je eerlijk alle kanten laat zien. Wat mij stoort is dat we discussiëren over de kosten van levensverlenging bij ouderen, maar zoiets vindt net zo goed plaats bij kinderen en mensen van mijn leeftijd. Wij willen in die gevallen heel graag het leven verlengen, ook omdat dat voor de familie heel fijn is. Rekenen in termen van € 80 000 voor een levensjaar, dat vind ik eigenlijk een verplating. En als het gaat over de adviezen van het CVZ en toelating: er worden nu ook adviezen gegeven over het toelaten van adviezen met betrekking tot een gezonde leefstijl; het politieke besluit was om dat niet te doen. Stoppen met roken gaat erin en eruit, de rollator was ook een politiek besluit. Dat blijft allemaal zo, maar ik denk dat de wetenschappelijke toetsing of het verantwoord is om iets toe te laten, bij het CVZ moet blijven. Uiteindelijk is het aan de politiek om te beoordelen of toelaten maatschappelijk verantwoord is. De SP zou niet graag gaan werken met rekenmodellen van wat een persoon kost. Ik vind het echter geen enkel probleem om er onze aandacht op te richten dat het gesprek in de sprekkamer goed wordt georganiseerd.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): In dat geval kan ik niet anders concluderen dan dat de SP enthousiast is over die hele discussie over gepast gebruik. Wat zien we nu gebeuren? Inderdaad zijn artsen nu onderling aan het discussiëren, het CVZ is hard aan de slag gegaan, er komt een kwaliteitsinstituut, we zeggen meer en meer dat gepast gebruik thuis hoort in richtlijnen. Het kan dan toch niet anders dan dat de SP enthousiast is over de ingeslagen richting, juist omdat er een evenwicht moet worden gevonden in een politieke verplating van wensenlijstjes of rekensommen over wat een mensenleven uiteindelijk waard is? Die zaken beginnen nu samen te komen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het gaat toch om het woord «gebruik». In de politieke discussie wordt altijd gezegd dat de patiënt kostenbewust zou moeten zijn. Daarom moeten we ook een eigen risico, daarom moet dat worden verhoogd, daarom moet dat eigenlijk ook bij de huisarts, want mensen zouden ongepast gebruiken; dat is de suggestie. Ik zie echter de bubbelzorg toenemen. Het CPB zegt dat een arts veel meer per patiënt doet sinds de invoering van het verrichtingenstelsel en de marktwerking. In dat geval zou ik graag zien dat we het gingen hebben over gepast aanbod; dat lijkt me dan echt veel beter. Volgens mij zit er helemaal geen licht tussen de richtlijnen. Ik stel alleen vast dat het voordeel van extra behandelen, omdat dat nou eenmaal geld oplevert, dus van het systeem,

op dit moment bij de artsen terechtkomt, terwijl tegen patiënten wordt gezegd dat zij niet doen aan gepast gebruik. Dat vind ik dus een verkeerde discussie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik wil even naar de spreekkamer. Want vindt mevrouw Leijten van het gegeven dat veel huisartsen zich in een groot aantal gevallen geïntimideerd voelen, dat patiënten soms absoluut willen worden doorverwezen naar de tweede lijn? Ik ben het eens met mevrouw Leijten dat gepast gebruik ook bij de zorgaanbieder thuishoort, maar het hoort zeker ook thuis bij de patiënt. We hebben nota bene de huisartsen als poortwachter aangesteld. Dat is het eerste voorbeeld van niet-gepast gebruik. Wat vindt mevrouw Leijten ervan dat huisartsen zich geïntimideerd voelen als zij zeggen dat iemand niet hoeft te worden doorverwezen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind dat een zeer kwalijke ontwikkeling. Maar ik weet ook dat in de afgelopen decennia tegen de patiënten is gezegd dat zij consument zijn; dat zij, als zij wat hebben, kunnen kiezen; en dat zij, als hun arts hen niet helpt, kunnen kiezen voor een andere. Straks krijgen we mensen die een total bodyscan hebben ondergaan. Reken maar dat daar van alles uit gaat komen! Die mensen gaan dan van de arts eisen dat zij iets krijgen. Dat wordt een lastige discussie. Ik zou graag zien dat het oordeel van de huisartsen belangrijk wordt geacht door patiënten, maar ik wil er ook voor oppassen om iedereen die bij een huisarts komt, weg te zetten als een intimiderende patiënt. Maar ik vind dit wel heel kwalijk en ik vind het ook een maatschappelijke discussie waard. De arts dient weer degene te zijn die dat oordeel kan geven. Maar in dat geval moeten er weer geen politieke partijen opstaan en roepen: o nee, dat mag niet, dan gaan de witte jassen weer alles bepalen!

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik zou niet willen suggereren dat alle patiënten dit doen. Ik constateer wel dat ook de SP hiermee zegt dat patiënten consumenten zijn. De SP heeft het altijd over gewenste zorg. In uw inbreng had u het tot nu toe alleen nog maar over gewenste zorg, niet over noodzakelijke zorg. Daarmee werkt de SP toch ook consumentisme in de hand?

Mevrouw **Leijten** (SP): In een van mijn eerste zinnen heb ik al gezegd dat een verzekerd zorgpakket moet bestaan uit wat medisch noodzakelijk en maatschappelijk gewenst is. Ik laat mij dit dus niet aanleunen. Wij zijn absoluut voor een sobere zorg. Ik noem de patiënt geen consument; de SP heeft dat nooit gedaan. Mevrouw Smilde zou echt moeten gaan zoeken naar momenten waarop de SP over patiënten als consumenten spreekt, maar ik geloof niet dat zij iets zal vinden. Wij hebben dat namelijk altijd afgewezen, net zoals wij het woord «cliënt» bij de AWBZ altijd ideologisch ter discussie hebben gesteld. Wat heb je namelijk voor keuze, als je ziek wordt? Het wordt mensen opgelegd dat zij dat zijn.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mevrouw Leijten heeft problemen met de term «gepast gebruik». Maar is dat niet een heel logische term? De arts die de patiënt helpt, is namelijk degene die een gepast gebruik van de beschikbare middelen moet maken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij heb ik deze vraag al beantwoord: wat mij betreft, gaan we het hebben over «gepast aanbod». In de zorg zal de vraag namelijk altijd oneindig zijn. Hoe komt dat? Omdat mensen die denken dat zij iets hebben, vertrouwen hebben in hun arts. Zij volgen, als het goed is, wat de arts hun adviseert. En als een arts te veel adviseert, kan een patiënt dat moeilijk controleren; die heeft daar namelijk niet zes tot acht jaar voor gestudeerd.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): We voeren heel vaak discussie over het veel meer betrekken van patiënten bij de behandeling door artsen; over de «patiënt als partner» als uitgangspunt. Sprekend over «passend aanbod» ga je inderdaad alleen uit van de arts, die staat op een verhoging, omdat hij nu eenmaal heeft gestudeerd en weet wat goed voor je is, en daarmee negeert wat de patiënt zelf heeft in te brengen. Daarom vind ik de term «gepast gebruik» uitstekend, omdat hij beide kanten heel goed weergeeft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb de term in het ideologische debat juist ter discussie gesteld. Als we alles op een rij zetten, moet het kostenbewustzijn van mensen groeien via eigen risico's en noem maar op. Ik ben heel erg voor de patiënt als betrokken partner, en dat er niet over diens hoofd heen wordt besloten. De SP is daar ook altijd voor geweest. De SP is de partij geweest die altijd heeft gestreden tegen die bolwerken van lieden die «wel even voor ons beslissen». Maar de patiënt als consument, die in een situatie van ziekte zomaar kan kiezen, wijzen wij ideologisch af; en al helemaal als dat gepaard gaat met het opwerpen van financiële drempels. Wij zijn dus heel erg voor een gepast aanbod, en voor gepaste gesprekken, maar nu komt alle last weer op de patiënt die kennelijk te veel zorg zou vragen. Nee, die wordt hem te veel aangeboden. Laat de meningen maar botsen over wat maatschappelijk gewenst is en wat niet, bijvoorbeeld in de discussie over het advies om de redressiehelmen die bij baby's een misvormde schedel kunnen corrigeren, uit het pakket te halen. De SP vindt het maatschappelijk ongewenst om deze helmen eruit te halen. Het CVZ zegt niet dat mensen dat wel zelf kunnen betalen, het CVZ zegt dat dit een cosmetische ingreep is. Wij zouden graag zien dat baby's, die een misvormde schedel hebben omdat ze uit voorzorg tegen wiegendood op hun rug zijn gelegd, worden geholpen. Het gaat maar om 3,5 mln. Er wordt door zorgverzekeraars 58 mln. uitgegeven aan reclame; dat is 2% van het budget. Wij gaan wel degelijk over dat soort keuzes. Als mevrouw Voortman dus wil kiezen, dan zou ik zeggen: laat zorgverzekeraars die 2% niet inzetten voor reclame – en ik heb het niet eens over de bedragen die zij oppotten! – maar aan deze vorm van zorg uitgeven. Ik zou namelijk niet willen dat we straks niet alleen aan iemands gebit kunnen zien hoe rijk hij is, maar ook aan de vorm van zijn schedel. Zo gaan we echt naar een Brave New World.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): 3,5 mln. is inderdaad niet zo'n groot bedrag, daar heeft mevrouw Leijten gelijk in. Maar ouders kunnen ook voorlichting krijgen over het voorkomen van de vergroeiing van zo'n babyhoofdje. Verder zijn artsen behoorlijk kritisch over deze helmen. En uit verschillende onderzoeken blijkt helemaal niet dat de helm een positief effect heeft, of dat dit zonder helm niet te voorkomen zou zijn. Graag een reactie van de SP hierop.

Mevrouw **Leijten** (SP): In zijn advies stelt het CVZ de behandeling niet ter discussie. Het CVZ stelt dat dit een cosmetische ingreep is en dat een plat achterhoofd niet de toekomstige ontwikkeling remt. Om die reden haalt het CVZ dit eruit. Als het wetenschappelijk niet juist zou zijn, zou ik dat een andere reden vinden, maar dat staat niet in het pakketadvies. Ik wil voorstellen om cosmetische ingrepen zeer kritisch te bekijken als het om mensen gaat die kunnen kiezen, om volwassenen; maar laten we baby's uit die discussie houden. Daarom stel ik voor om dit niet uit het pakket te halen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wat vindt mevrouw Leijten ervan dat we meer gaan inzetten op voorlichting aan ouders, om die vergoeding te voorkomen? Bovendien gaat zij niet in op de vraag of deze helmen wel helpen. Ik ga ervan uit dat mevrouw Leijten, als zij de stukken leest, zelf ook nog onderzoek doet; zij had deze informatie ook kunnen hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): De suggestie dat ik geen verder onderzoek doe, laat ik voor uw rekening. Bij verreweg de meeste kinderen gaat het over; het is binnen zes maanden meestal weggetrokken. Er zijn echter ook kinderen bij wie dit niet overgaat. Deze behandeling is ooit toegelaten in het pakket. Ik heb niets gelezen over wetenschappelijke twijfels, maar in dat geval zouden die de grond moeten zijn om iets uit het pakket te halen. In het advies van het CVZ lees ik dat dit een cosmetische behandeling is. Ik vind het te cru om op deze manier zó jonge kinderen weg te zetten. En natuurlijk ben ik voor voorlichting. Voor mij hoort dat nu juist in de discussie over gepast aanbod, namelijk dat je daarmee ook zaken voorkomt. Dit is echter een voorstel om het eruit te halen. Het CVZ heeft het in zijn advies niet over vragen met betrekking tot de werkzaamheid. Was dat wel het geval, dan was dit serieus een andere kwestie. Nog kort iets over de voorwaardelijke toelating van medicijnen. Wij vinden dat er geen medicijnen moeten worden toegelaten waarvan de werkzaamheid nog niet is aangetoond. We moeten niet met premiegeld het werk van de farmaceutische industrie gaan doen. Die moet wetenschappelijk onderzoek doen en via tests aantonen dat een middel werkt. Wij zouden het niet goed vinden als de regels werden versoepeld omdat dit nu te traag gaat vanwege de beoordeling van het CVZ; dan moeten we maar iets doen aan de capaciteit. Drieënhalve maand geleden kreeg de minister een advies over hoe om te gaan met de lage ziektelast van het CVZ. Waarom heeft zij de Kamer het desbetreffende rapport niet eerder gestuurd? Zij weet dat de Kamer vroeg om een debat over dit rapport. Waarom stuurt zij dat rapport twee dagen voor de behandeling van het pakketadvies naar de Kamer, en dat terwijl ze weet dat veel Kamerleden nu druk zijn met alle debatten? Nog het volgende over de ziektelast. Dat is volgens het CVZ de «gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur». Wij weten dat laagopgeleide mensen met kanker slechtere behandeling krijgen. Wat betekent deze formulering eigenlijk? Mijn laatste vraag. Er is 1,3 mld. ingeboekt op de lage ziektelast. Het CVZ stelt dat dit bedrag niet kan worden gehaald zonder grote gezondheidschade. Vindt de minister het verstandig om zo veel bezuiniging in te boeken, terwijl de haalbaarheid ervan niet is aangetoond?

De **voorzitter**: Dit was het eind van de eerste termijn van de Kamer. Na een schorsing van tien minuten gaan wij door met de eerste termijn van de minister, met maximaal twee interrupties per lid.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik zie af van een inleiding en ga direct over tot de beantwoording van de vragen. Ik dank de leden voor hun inbreng. Mevrouw Smilde had een vraag over gepast gebruik in het kader van ernstige dyslexie. De kern is dat dyslexie alleen via de aanspraken wordt behandeld als er geen andere oorzaken voor slecht leren zijn. Als iemand dus ADHD heeft, behandel je dat eerst. We moeten oppassen voor een soort vergaarbak. De beroepsgroepen zijn aan zet voor protocollen, waarin dus moet staan dat alle voorliggende aandoeningen zijn behandeld en er sprake van enkelvoudige dyslexie is. De leden Mulder en Smilde vroegen of de ombuigingen met betrekking tot de gehoortoestellen niet prijsopdrijvend zullen werken. Je zou dat in eerste instantie denken als je het zo voor je krijgt, maar alom wordt geconstateerd dat in het huidige systeem veel lucht zit. Dat komt gedeeltelijk door de huidige maximumvergoeding. Die kent dus grote nadelen. Zo is er voor de verzekeraar geen prijsonderhandelingsprikkel, omdat de schadelast voor iedere verzekerde nu hetzelfde is, namelijk € 500, dat daarom ook tot een soort minimumprijs is geworden. Met deze maatregelen, de invoering van de functiegerichte aanspraak en het schrappen van de maximumvergoeding, willen we dit doorbreken. De verantwoording voor een adequate hoorzorg komt zo bij de verzekeraar te

liggen, die serieus zijn rol van onderhandelaar zal moeten oppakken. Omdat de verzekeraar daarvan directe financiële voordelen terugziet, ligt het voor de hand dat hij dat zal gaan doen. Als hij dat niet doet, heeft hij een hogere schadelast dan een verzekeraar die dat wel doet. Die last komt ook voor zijn rekening, omdat de hulpmiddelen voor hem risicodragend zijn.

Wat gaat het CVZ precies onderzoeken met betrekking tot de kosteneffectiviteit bij voorwaardelijke toelating? Gaat het verder normeren en hoe verhoudt dit zich tot de beoordeling in 2012? Het CVZ gaat verder onderzoeken of er eensgezindheid bestaat over de onderzoeksmethodiek en over wat de normering van kosteneffectiviteit is of zou moeten zijn. Het gaat na of er gegevens over kosteneffectiviteit zijn voor bepaalde behandelingen bij voorwaardelijke toelating; hoe te handelen als een behandeling wel effectief is, maar niet kosteneffectief; of pakketcriteria kosteneffectief wettelijk moeten worden verankerd en wat de voor- en nadelen daarvan zijn. Al deze zaken dient het CVZ gestructureerd in kaart te brengen.

De leden Smilde en Wiegman vroegen of het advies over de ggz deel 2 in 2014 in het pakket kan worden omgezet. De resultaten van het eerste ggz-rapport kunnen nu worden geïmplementeerd; zo kan de afbakening tussen stoornis en klacht nu al leiden tot een inperking van de aanspraak. Wij gaan ervan uit dat in het tweede rapport over de ggz nog meer aanbevelingen zullen worden gedaan. Inderdaad zouden deze in 2014 kunnen worden geëffectueerd, omdat het pakket altijd wordt bepaald vóór de zomer van het voorafgaande jaar.

Wat is onbetwistbare geneeskundige ggz, wanneer heb je daar duidelijkheid over? Van onbetwistbare ggz is sprake als vaststaat dat iets een stoornis betreft, dus geen klacht, waarvoor een ggz-interventie effectief is. Het CVZ geeft met de ggz-rapporten de afbakening van onbetwistbare ggz. In principe moeten de aanspraken samenvallen met die afbakening van onbetwistbaarheid. Wij zijn er natuurlijk nog niet. Het eerste rapport over de ggz is nog te algemeen; vandaar dat wij hebben gevraagd om een concreter tweede rapport. Ik heb daar ook een sterke behoefte aan. In de discussie van EuroPsych is schrijnend naar voren gekomen dat ik grote behoefte heb aan veel strakkere criteria, dat we veel meer met elkaar moeten bepalen wat iets wel is en wat niet. Ik vind dat tweede rapport absoluut nodig voor daadwerkelijk veel meer gepast gebruik en veel strakkere pakketcriteria.

De heer **Mulder** (VVD): Worden bij dat tweede pakket ook de zorgverzekeraars betrokken, die uiteindelijk moeten beoordelen of iets wel of niet in het pakket zit?

Minister **Schippers**: Zeker, maar ook anderen. En zo'n advies moet natuurlijk ook uitvoerbaar zijn.

Hoe wil ik mentale fitheid bevorderen, zoals het CVZ heeft geadviseerd? Het gaat erom dat mensen zelf inzien dat zij een eigen verantwoordelijkheid hebben voor hun mentale fitheid. Terugvallen op collectieve bekostiging via ggz zal dan minder nodig zijn.

Wanneer krijgen we de resultaten van gepast gebruik en het stringent pakketbeheer? «Gepast gebruik» is een heel divers begrip. Zoiets is ook niet zomaar, met een wet, af te kondigen. Het is ontzettend belangrijk dat dit goed tussen de oren van de patiënten en de aanbieders gaat zitten. Ik ben het eens met mevrouw Leijten, die vroeg of dit alleen iets is voor de patiënt. Nee, gepast gebruik is eigenlijk voor iedereen. Eigenlijk willen we dat een patiënt met een klacht naar de huisartsenpost (HAP) gaat, en niet naar de spoedeisende hulp; dat is gepast gebruik. Aan de andere kant willen we dat een arts zich houdt aan de richtlijnen, en deze niet oprekt en bijvoorbeeld eerder een operatie doet, terwijl wetenschappelijk is aangetoond dat hij dat eigenlijk later zou moeten doen. Gepast gebruik zit

dus door ons hele systeem heen. In het hoofdlijnenakkoord hebben we zowel voor de ggz als de ziekenhuizen echt strakke afspraken daarover gemaakt. Ik zie dat er in het veld veel meer op wordt gestuurd, met name door de verzekeraars. Dat is ook logisch: er is een reductie van het volume met 2,5% afgesproken. Die kun je proberen te bereiken door te doen wat je deed, maar je kunt ook bekijken hoe ongepast gebruik, bijvoorbeeld in de ziekenhuiszorg, meer gepast kan worden. Dit wordt aan verschillende kanten uitgewerkt. Wij drukken hier heel zwaar op, in de hoofdlijnenakkoorden, in de akkoorden met de beroepsgroepen. Parallel hieraan is er natuurlijk het initiatief van het convenant van alle partijen, waarmee goed werk wordt gedaan; veel leden spraken hierover. Ik vind echt dat dit aan alle kanten veel sterker op de agenda is gezet en dat dit ook in de daadwerkelijke praktijk veel meer betekenis krijgt dan voorheen. Het stringente pakketbeheer slaat neer in de CVZ-pakketagenda 2013–2014. Concrete resultaten en voorstellen komen in het pakketadvies van het CVZ vanaf 2013.

De heer **Mulder** (VVD): Een vraag over de – laten we het zo maar noemen – «Operatie Gepast Gebruik». Kan de minister aangeven wanneer die operatie volgens haar geslaagd is? Wat is de stip op de horizon en hoe kan de Kamer een vinger aan de pols houden?

Minister **Schippers**: Ik vind dat heel lastig. U doet net alsof dit één project is, met een begin en een eind. Ik denk niet dat dit het geval is. De stand van de wetenschap verandert, dingen die wij eerst «gepast gebruik» vonden, vinden wij later geen «gepast gebruik». Wij hebben bijvoorbeeld wel weer heel strakke afspraken met betrekking tot doelmatig voorschrijven, maar altijd kan een arts zeggen dat een bepaalde patiënt echt dat andere middel nodig heeft. Ik vind dat dan nog steeds gepast gebruik, want dit is het oordeel van een arts. Als een arts zoiets klakkeloos doet, vind ik het weer geen gepast gebruik. We kunnen dus niet zomaar zeggen dat gepast gebruik een project is, dat dan en dan is geslaagd. Wij moeten ervoor zorgen dat wij het systeem zo inrichten dat iedereen wordt gemotiveerd tot gepast gebruik in plaats van ongepast gebruik.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): In de eerste termijn van de Kamer werd even gediscussieerd over de lage ziektelast. Ik heb niet alle brieven helemaal scherp, maar is de minister het met mij eens dat je niet op het enkelvoudige spoor van lage ziektelast verder zou moeten gaan, maar dat je die lage ziektelast eigenlijk altijd moet verbinden aan de discussie over gepast gebruik?

Minister **Schippers**: Een houdbare zorg van goede kwaliteit zal van verschillende kanten moeten worden aangevlogen. Je zou kunnen zeggen dat de lage ziektelast eigenlijk een nadere invulling van noodzakelijke zorg is, en van wat je voor eigen risico en rekening kunt dragen; zo heeft het CVZ dat ook feitelijk opgevat. Dat is één traject en je moet bekijken hoever je daarmee komt. Ik vind gepast gebruik, dus dat hetgeen gebeurt ook echt noodzakelijk en conform de stand van de wetenschap is, echt een voorwaarde voor de solidariteit die we aan mensen vragen die hun premies betalen. Ik vind dat wij daar terecht nu veel meer op drukken dan in het verleden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik onderstreep gepast gebruik als belangrijke voorwaarde, maar niet zozeer als het alleen bezig zijn met lage ziektelast in het licht van de stand van de wetenschap. Je moet oog hebben voor wat dit aan kortetermijnwinst oplevert, maar ook goed meewegen wat het eventueel kan kosten op de lange termijn. Ik versta dat eigenlijk ook onder gepast gebruik.

Minister **Schippers**: Het zijn altijd afwegingen en in de zorg blijven die altijd hardnekkig. Jaren geleden hebben we de goedkope geneesmiddelen uit het pakket gehaald. Je zag daarna een massale substitutie naar duurere geneesmiddelen, waarna de goedkope geneesmiddelen terugkwamen in het pakket, overigens voor de helft van de prijs; daardoor bleek dit uiteindelijk, op de lange termijn, dus toch weer een geslaagde operatie. Je moet echt goed letten op negatieve substitutie, maar dat vind ik eigenlijk ook een verantwoordelijkheid voor de arts. Voor hem moet het van belang zijn of dit ook houdbaar is voor de toekomst, dus een klakkeloze negatieve substitutie vind ik ook behoren tot de verantwoordelijkheid van de arts.

Wat is de planning en status met betrekking tot gepast gebruik? Verschillende leden hadden het over die 14 projecten. Die worden individueel opgepakt. Ze hebben niet dezelfde planning, want het zijn heel verschillende trajecten, ook qua gewicht. Het is mede afhankelijk van inhoud en doel van het project. De projecten die worden opgepakt, zijn onder meer: de aanpak van de praktijkvariatie bij trommelvliesbuisjes en bij het amandelen knippen; het minder voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen, zoals de zogenaamde A II-antagonisten, die duurder zijn, maar niet altijd beter; meer zelfmanagement met e-health; de kosten voor kwetsbare ouderen; verzorgend wassen, preoperatieve screening en ademhalingspijntherapie bij open hartoperaties; verloskunde; diagnostiek van coronaire hartziekten; de inrichting van CVA-zorg en ParkinsonNet. Wat hebben de projecten rond gepast gebruik opgeleverd? In eerste instantie zijn 14 behandelingen en zorgvormen geïdentificeerd, waarbij organisaties overtuigd zijn van de mogelijkheden tot gepast gebruik van zorg. Per geval wordt bekeken wat de belemmeringen zijn en wie wat moet doen. Er kunnen in dat geval meerdere oplossingen zijn, zoals voorlichting aan de patiënt, een betere richtlijn, een aangepast tarief, duiding van het pakket. Dit is dus open en wordt ook echt per behandeling bekeken. Wat is er onder andere bereikt? De financiering van kwaliteitsregistraties volgens het model bij darmkankerbehandeling en financiering van ParkinsonNet. De praktijkgeriatrie is breed opgepakt, onder andere door Zorgverzekeraars Nederland.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Een interessante opsomming, maar ik zou het heel prettig vinden om deze informatie nog eens in een brief te krijgen, inclusief een globale planning. Ik herken namelijk wat onderwerpen, zoals e-health, waarbij ik regelmatig heb moeten vragen om een agenda. Die is uiteindelijk gekomen en daar ben ik blij om. Zodoende kunnen we met elkaar het tijdspad bewaken.

Minister **Schippers**: E-health vind ik een heel goed voorbeeld. Waarom heeft dat op zich laten wachten? Na het EPD-verhaal heb ik mij afgevraagd of de overheid haar rol eigenlijk wel goed had opgepakt. Moet de overheid trekker zijn van dit soort dingen, waardoor ze ook de verantwoordelijkheid neemt en andere partijen meer de kans geeft om af te wachten, of moet de overheid juist een andere rol hebben? Bij e-health heb je dit goed kunnen zien. Wij hebben geconstateerd dat het veld van alles wilde en zijn toen gaan faciliteren; wij zijn ruimte gaan bieden, hebben belemmeringen weggehaald. Volgen in plaats van trekken, dat vind ik een veel betere rol voor de overheid. Wij hebben het veld dit laten trekken, en daarom heeft dit langer op zich laten wachten. Welnu, ook dit pakt het veld op. Laat de patiëntenorganisaties, de artsenorganisaties en alle verdere partijen die bij het convenant over gepast gebruik van zorg zijn betrokken, dit nu trekken; wij rapporteren hoe het ermee staat. Ik vind die rolverdeling erg belangrijk.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik begrijp natuurlijk wat de minister zegt, maar ik weet ook dat je bij een

aantal zaken, waaronder de e-healthagenda, maar ook de voorwaardelijke toelating van medische hulpmiddelen, ervoor moet oppassen dat partijen op elkaar gaan wachten. Ik krijg dus graag iets van een agenda en iets meer zicht op wat er moet gebeuren. Heel vaak wordt er gewoon gewacht omdat de overheid iets moet hebben geregeld, bijvoorbeeld bij de net genoemde zaken. Bij de anonieme e-health was het op een gegeven moment de vraag hoe de vergoeding moest worden afgesproken met de verzekeraar. Ik kan mij voorstellen dat er bij de voorwaardelijke toelating van medische hulpmiddelen ook wat procedurele afspraken moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld over wie waarvoor verantwoordelijk is en hoe het moet worden uitgevoerd.

Minister Schippers: Die afspraken hebben we gemaakt. In de brief over e-health ziet u een agenda met een tijdpad, informatie over wie wat doet en de afspraak dat wij elkaar hieraan houden. Verder hebben we een pakketcyclus, waarin de onderdelen van gepast gebruik staan. Deze is standaard, daar zit een agenda bij. Wij komen daarop terug. Er is een kwaliteitsinstituut, dat een agenda zal voorstellen; die komt hiernaartoe, dat is een cyclus. Wij komen daarop terug. Door al die cycli komt het dus uiteindelijk hier terecht en kunnen wij er ook over beslissen als wij erover gaan. De partners bekijken zelf hoe zij dit in hun eigen werk beter zouden kunnen doen. Laat dit dus bij die partners en laten wij alleen hun resultaten bespreken. Ik zou de taakverdeling echt zo willen houden. Nu de dieetadvisering: kan het geld daarvoor zo goed mogelijk worden ingezet en hoe zorgen we voor gepast gebruik? In het begrotingsakkoord is afgesproken om dieetadvisering in het pakket op te nemen voor drie uur, maar niet alle dieetadvisering. Ik hecht eraan om dit te zeggen; zeker na het debat van gisteren, waarin werd gesuggereerd dat je ook zonder medisch doel een dieetadvisering kunt krijgen. Dat is namelijk niet het geval; het gaat om medische dieetadvisering. Een aanspraak op zorg ten laste van de zorgverzekering bestaat alleen voor zover de verzekerde daarop is aangewezen. Het moet dus zinvol worden ingezet en het geld moet goed worden besteed. Bij de leefstijlinterventie geldt een andere verdeling van de gelden voor obesitas. De Kamer zal op zeer korte termijn via een brief hierover worden geïnformeerd, zodat wij nader zullen kunnen spreken over hoe de voorwaardelijke financiering zal worden georganiseerd.

Verder werd gevraagd naar de capaciteit van het CVZ: hoe wordt bepaald wanneer iets kosteneffectief is en hoe prioriteert het CVZ zijn activiteiten bij het pakketbeheer? Het behelst een risicogerichte benadering. Het CVZ kan niet alles in één keer doen; het zal ergens moeten beginnen en langzaam maar zeker het hele pakket doorwerken. Het CVZ begint waar de grootste risico's op onbeheerste kostenstijgingen zitten. Het CVZ heeft daarvoor een aantal criteria, bijvoorbeeld de ontwikkeling van het volume en de praktijkvariatie. Een en ander leidt tot een agenda voor risicogerichte aanpak, die leidend zal zijn voor het onderzoek naar de kosteneffectiviteit. Op die manier bereiken we de meest doelmatige inzet van menskracht en middelen.

Mevrouw Dijkstra (D66): De minister spreekt nu over de manier waarop het CVZ dit aanpakt. Eigenlijk heb ik de minister erop gewezen dat zij kennelijk vindt dat dit onderzoek niet bij alle behandelingen kan plaatsvinden, omdat het mensen en middelen kost. Ik vroeg haar nu juist hoe je kunt bepalen wanneer je wel gaat onderzoeken en wanneer niet; welke criteria hanteer je daarvoor? Mij lijkt dat lastig.

Minister Schippers: Natuurlijk doen we dat wel voor de toelating tot het pakket, maar het gaat om een heel groot pakket. Het CVZ heeft terecht gezegd dat we moeten beginnen waar dat hoognodzakelijk is, waar we

volumestijgingen en grote kostenstijgingen zien. Laten we daar beginnen, maar niet bij A. Ik vind dat een heel slimme aanpak.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het CVZ heeft inderdaad gezegd dat dit moet worden gedaan bij alle behandelingen. De minister heeft gezegd dat zij pragmatisch wilde zijn, maar dat dit niet ging lukken. Ik begrijp dat hierover verder geen verschil van opvatting is tussen minister en het CVZ?

Minister **Schippers**: Ik vind ook dat we dit moeten doen, maar we kunnen niet alles tegelijk doen. Ik wil dus beginnen bij de hoogste kostenstijgingen en de grootste volumedruk. Misschien zijn die heel terecht, maar dan kunnen we dat ook constateren. Ik ben er wel voorstander van om dat pakket systematisch af te gaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb ook iets gevraagd over de kosteneffectiviteit. Is het inderdaad de bedoeling dat we gaan vaststellen wat een levensjaar mag kosten? Of kijken we inderdaad naar waar het aanbod zo ontzettend groeit dat we daar vraagtekens bij moeten gaan zetten en ons moeten afvragen of dat wel klopt? En als het dat laatste is – en dat hoor ik de minister toch eigenlijk wel zeggen – dan gaat de discussie toch helemaal niet meer over wat iemand nog mag kosten? Laten we daar dan ook gewoon mee ophouden.

Minister **Schippers**: Nee, «kosteneffectiviteit» is niet zozeer een objectief begrip. Het is dus niet uit te drukken in een absoluut bedrag. Het is een richtsnoer en wordt ook echt door het CVZ als richtsnoer gebruikt. Als je onderzoek doet naar kosteneffectiviteit, is dat een soort voorzorg, een soort inschatting van de therapeutische meerwaarde. Zoiets bepaalt het CVZ. Hoe meer het middel doet, hoe relatiever je kijkt naar kosteneffectiviteit. Dus als het heel weinig toevoegt, als het gaat om een soort «me too» en eigenlijk veel duurder is, valt dit anders uit. Het is dus een relatief begrip. Er wordt ervaring opgedaan met een bepaalde behandeling: werkt zij of niet, waar loop je tegen aan, zijn er afwijkingen naar beneden of naar boven nodig? Het is dus ook een beetje uitproberen. Het is geen absoluut begrip.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben heel blij met dit antwoord. Er wordt namelijk gesteld dat je kunt objectiveren wat een leven zou mogen kosten. Ik ben blij dat de minister daarvan wegblijft, omdat het inderdaad een subjectief begrip is. De risico's van het pakket gaan op dit moment over het al of niet terecht zijn van de volumestijging. Ik stel vast dat de minister de route kiest om wat te doen aan het ontstaan van bubbelzorg aan de aanbodkant. Dat was eigenlijk mijn oproep: geen gepast gebruik, maar gepast aanbod. De minister zal hier vast nog op komen.

Minister **Schippers**: Als we ergens op inzetten, is het wel gepast aanbod. In het begin heb ik al uitgelegd dat je gepast gebruik moet zien ten aanzien van de patiënt, de arts en iedereen die iets doet in de gezondheidszorg. We hebben allemaal een verantwoordelijkheid hiervoor. Ik zei al dat het geen gepast gebruik is als je naar de spoedeisende hulp gaat terwijl je naar de huisartsenpost kunt. We moeten ervoor zorgen dat iedereen krijgt wat hij nodig heeft; niet meer, maar ook niet minder. Vandaar dat «gepast».

Nu het onderscheid tussen klachten en stoornissen, een en ander in het licht van mijn brief over Different. Problemen die samenhangen met seksuele geaardheid zijn niet per definitie een grondslag voor aanspraak op geestelijke gezondheidszorg. Pas als sprake is van een stoornis, zoals depressie, is er een aanspraak. Het maakt dus helemaal niet uit wat je seksuele geaardheid is. Wij vragen ons af of er sprake is van een stoornis. Die kan verschillende oorzaken hebben.

Mevrouw Voortman vroeg naar mijn bereidheid om met diëtisten te praten over het resultaat van dieetadvisering. Het is een goed idee om zorgverleners aan te spreken op de resultaten van hun zorg. Mijn departement is natuurlijk altijd met veel aanbiedende partijen in gesprek. Dit geldt uiteraard ook voor diëtisten: als zij met bruikbare voorstellen komen, zijn zij van harte welkom. Het is met name de rol van verzekeraars om te kijken naar de ideeën en de meest effectieve invulling van pakketaanspraken. Waarom is besloten om de looptraining niet in de voorwaardelijke toelating op te nemen? Voorwaardelijke toelating is bedoeld voor behandelingen waarbij nog onzekerheid bestaat over de effecten. Dat is cruciaal voor opname in het pakket via voorwaardelijke toelating; zo kan in kaart worden gebracht of zij voldoende zinvol zijn. Dat speelt bij looptraining niet, juist omdat de effecten van looptraining bekend zijn. Die is werkzaam en komt ook binnen de verzekerde aanspraak, met uitzondering van de eerste 20 behandelingen; die zijn voor eigen rekening. Daarom is een voorwaardelijke toelating daarvoor ook niet erg nuttig. Voorwaardelijke toelating is eigenlijk bedoeld voor een kansrijke behandeling, waarvan de kosteneffectiviteit of de therapeutische meerwaarde niet precies zijn aangetoond, terwijl iedereen de behandeling veelbelovend genoeg vindt voor patiënten.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat maakt het eigenlijk nog interessanter. De minister geeft aan dat al is aangetoond dat het helpt, maar het wordt toch niet opgenomen in het pakket. Ik snap dat de minister zegt dat het niet voorwaardelijk wordt opgenomen in het pakket, omdat het effect al is aangetoond; maar dan krijg je natuurlijk de discussie of dit niet sowieso had moeten worden opgenomen.

Minister **Schippers**: Het zit al in het pakket, alleen de eerste 20 behandelingen moet je zelf betalen. Dat hebben we zo geregeld bij een aantal aanspraken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De vraag is hierbij dus of de eerste 20 behandelingen voorwaardelijk moeten worden toegelaten tot het pakket. De minister zegt daarop: nee, want het effect is al aangetoond.

Minister **Schippers**: Nee, we hebben een regeling voor fysio- en oefentherapie. Die regeling vereist eigen betaling voor de eerste 20 behandelingen, daarna zit de behandeling in het pakket. Zo hebben we dat voor een bepaalde lijst bepaald, ooit de «lijst-Borst» geloof ik. Looptraining zit daar gewoon bij. Los daarvan bekijken wij of het principe van de eerste 20 behandelingen zelf betalen, de meest zinvolle manier is om iets in een pakket te doen. Een aantal fysiotherapeuten zegt dat zoiets chronisch gebruik enorm bevordert, terwijl vele van hun interventies juist kortdurend het meeste effect hebben. Wij zijn dus, net zoals met de diëtisten, in gesprek met de fysiotherapeuten en horen van hen dat de pakketaanspraken eigenlijk anders moeten. Dit is echter wel een ander verhaal, dat hier los van staat.

Zouden we het CVZ niet een brede visie moeten vragen op zorg? Het CVZ is daarvoor eigenlijk niet het meest aangewezen instituut. Het CVZ adviseert ons over toelating tot het pakket. Voor een breder advies over de inrichting van het stelsel van zorg hebben wij de RVZ, de Raad voor Volksgezondheid & Zorg. Hij geeft daar regelmatig adviezen over. Ik wil dit graag zo houden.

Hoe houd ik de prijsontwikkeling van hoortoestellen in de gaten? Het CVZ en de NZa en de verzekeraars zullen die prijsontwikkeling bezien. Ik verwacht dat zij signalen zullen geven als de prijzen zich ongunstig ontwikkelen. In dat geval zal ik dat aan de Kamer doorgeven.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dit getuigt van een heel groot vertrouwen in die partijen. Ik snap dat de minister dit zegt, maar zou graag van haar horen of zij dit ook zelf actief in de gaten houdt.

Minister **Schippers**: Dat doet het ministerie niet, dat doen deze partijen, met hun eigen expertise. Zij houden de ontwikkelingen in de gaten en melden daarover, zeker als deze de verkeerde kant op gaan. Als zij mij dit melden, geef ik dat aan de Kamer door.

Ik ga verder over de voorwaardelijke toelating met betrekking tot obesitas: waarom hebben wij de behandeling van obesitas van kinderen niet onder de voorwaardelijke toelating gebracht? Dat is niet omdat dit volgens mij geen groot maatschappelijk probleem is, dat nog groter kan worden. De behandeling bestaat nu uit een gecombineerde leefstijlinterventie, waarbij ook het systeem om het kind wordt betrokken, meestal het gezin. Het besluit om kinderobesitas nu niet in de voorwaardelijke toelating te doen, is vanwege het feit dat verschillende universitaire medische centra zich bezighouden met dit onderwerp en er alleen langetermijngegevens bruikbaar zijn om de kosteneffectiviteit van de bestrijding van obesitas bij kinderen in kaart te brengen. De tijdelijke toelating is een nieuw systeem. Je hebt instroom en uitstroom, want als je geen uitstroom hebt, kun je ook die tijdelijke instroom niet hebben. Zo'n langdurig traject aan het begin van het systeem vinden wij eigenlijk nu niet geschikt. Wij willen daarom eerst kijken of het systeem werkt en binnen een paar jaar bekijken of die uitstroom ook daadwerkelijk wordt geregeld. Op die kortdurendheid hebben wij de zaken nu getoetst.

De Da Vinci Robot wordt nu ook gebruikt voor de behandeling van baarmoederverzakking. Waar houdt het op en is dit gepast gebruik? In beginsel bepaalt de behandelend arts hoe hij een ingreep wil uitvoeren. Ik ben van oordeel dat artsen daarbij de vraag moeten stellen of er sprake is van gepast gebruik van zorg. Dure innovatieve middelen moeten alleen door artsen worden ingezet en vergoeding daarvan door zorgverzekeraars moet alleen plaatsvinden als deze middelen een aantoonbare meerwaarde hebben. Artsen nemen dit zelf op in hun richtlijnen; zij bepalen dit dus zelf. Deze notie is wel heel belangrijk.

De heer Mulder vroeg om een inventarisatie van de belemmeringen voor verzekeraars om dubbel declareren op te sporen en te voorkomen. Halverwege 2011 is het project Intensivering Controle en Toezicht (PInCeT) gestart. In dit project werkt het ministerie van VWS samen met het CVZ, de Orde van Medisch Specialisten, wetenschappelijke verenigingen, de NVZ, de NFU, ZKN, DBC-Onderhoud, ZN, NZa, de Nederlandsche Bank, de VGAZ en de accountantsorganisaties. Dat dit allemaal aan één tafel past! De centrale vraag is: zijn de ingediende declaraties rechtmatig? Uit de procesomschrijving en -analyse komt de wenselijkheid van verbeteringen naar voren; in essentie dus het spiegelbeeld van de belemmeringen waarnaar de heer Mulder vroeg. De controlesystemen van de partners in de zorgketens worden daarbij ook bekeken. Na overleg met de betrokken partijen over verbeteringen en implementatie zal ik de Kamer informeren over de gewenste verbeteringen, naar verwachting aan het eind van deze zomer.

De heer Van der Veen vroeg hoe de gemiddelde ligduur in DOT zich verhoudt tot de ligdag en of hierdoor geen administratieve lasten worden gecreëerd. Voor informatie over het aantal ligdagen moeten we de informatiestromen aanpassen, maar de ziekenhuizen registreren het aantal ligdagen nu wel; daarvoor hoeven zij dus geen aparte handelingen te verrichten. Deze gegevens worden op dit moment alleen niet uitgewisseld met de zorgverzekeraars, maar dat gaat nu wel gebeuren. De administratieve lasten zijn laag.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Even een vraag over hoe ik mij dat moet voorstellen. Voor de verpleegdag gaat er dus een rekening naar de patiënt

op basis van de bestaande registratie en via DOT wordt deze gedeclareerd bij de zorgverzekeraar?

Minister **Schippers**: Dit gaat via de verzekeraar.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ook voor die € 7,50? Er gaan dus twee declaraties naar de verzekeraar: een voor DOT en een voor de ligdag, voor die € 7,50?

Minister **Schippers**: Met ICT-systemen is dat redelijk goed en gemakkelijk te koppelen en voor een lage prijs te realiseren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Laat ik dan even aansluiten bij de opmerking van de heer Mulder: zorgverzekeraars zijn op dit moment nog heel slecht in staat om declaraties te controleren als patiënten daarom vragen. Dat heeft ook met ICT te maken, dus ik vind de minister wel erg optimistisch over de huidige mogelijkheden van ICT. Mij lijkt dat zorgverzekeraars er eerder voor zouden moeten zorgen dat die rekeningen en declaraties erg goed worden gecontroleerd, dan een extra slag te maken voor die € 7,50. Dit slechts in constaterende zin.

Minister **Schippers**: In de berekening van de opbrengst van deze maatregel zijn de administratiekosten meegenomen. Nu het ongepaste gebruik waarover mevrouw Leijten het had. Ik heb al een aantal dingen aangegeven waarbij gepast gebruik bij patiënten aan de orde is, zoals mensen die naar de tweedelijnszorg gaan terwijl ook eerstelijnszorg mogelijk is. Het is helemaal niet de bedoeling om gepast gebruik alleen aan de patiënt te koppelen. Dit geldt net zozeer, zo niet meer, voor artsen en iedereen die een rol in het systeem heeft. Mevrouw Leijten heeft een andere visie op de uitstroom van de redressiehelm. De aanspraak op medisch-specialistische zorg blijft bestaan, inclusief diagnostiek bij schedelafwijkingen. Alleen het gebruik van de redressiehelm voor cosmetische afwegingen is niet meer verzekerd. De aangewezen medisch-specialistische zorg voor schedelnaadvergroeiingen is nog steeds verzekerd. Tot die zorg kan ook het gebruik van de redressiehelm behoren. Met andere woorden: een gepast gebruik van de redressiehelm. Ik ben het er overigens mee eens dat de uiteindelijke beslissing over wat in het pakket zit, door de politiek wordt genomen. Maar omdat de politiek niet altijd inzicht heeft in wat iets betekent, hebben wij het CVZ gevraagd om advies hierover. Het is dus ook een advies; het besluit over wat in het pakket gaat, wordt uiteindelijk hier genomen. Ik volg dus het advies van het CVZ, maar het staat de Kamer vrij om anders te besluiten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat is inderdaad de gang van zaken: adviezen van het CVZ kunnen worden overgenomen of worden afgewezen. Maar ik hoor graag van de minister of het klopt dat in het advies staat dat de effectiviteit van het gebruik van de redressiehelm niet ter discussie staat, dat de afweging is gebaseerd op het argument van puur cosmetisch gebruik, dat de helm daarom bij plagiocefalie en brachycefalie niet meer wordt toegepast, en dat het om 3 000 patiënten per jaar zou gaan.

Minister **Schippers**: Bij medische noodzaak blijft de redressiehelm vergoed, maar voor cosmetische afwijkingen is hij niet meer verzekerd. Dat is het advies van het CVZ.

Mevrouw **Leijten** (SP): Eerder werd de suggestie gedaan dat hij als behandeling zou worden afgewezen, maar hij staat dus niet ter discussie. De afweging van het CVZ gaat over cosmetisch gebruik. In dat geval krijg ik graag antwoord op mijn vraag of wij in de toekomst aan het platte

achterhoofd van kinderen moeten kunnen zien of hun ouders geld hadden voor zo'n helm of niet, en of wij baby's al het voorwerp van zo'n cosmetische afweging moeten maken.

Minister **Schippers**: Ik denk dat voorlichting de cruciale factor is en dat ouders goed moeten worden begeleid om dit te kunnen voorkomen. Ik hecht eraan om te zeggen dat de bodyscan niet door ons wordt aangeboden. De overheid biedt alleen scans of bevolkingsonderzoeken aan en zet deze alleen in als deze voldoen aan speciale criteria. De bodyscan en ook de total bodyscan is geen zorg die in het pakket valt en ik ben ook helemaal niet van plan om deze in het pakket op te nemen. Mensen die zo'n bodyscan willen, gaan die nu in België of Duitsland halen, omdat hij hier verboden is. Ik heb de Gezondheidsraad advies gevraagd over de condities waaronder zo'n verbod op een bodyscan zou kunnen verdwijnen. Mensen moeten immers zelf weten waar zij hun geld aan uitgeven, en als zij dat in België en Duitsland kunnen, waarom dan niet hier? Ik heb daarvoor dus advies gevraagd aan de Gezondheidsraad en dat advies komt voordat ik überhaupt stappen zet op dit gebied. Ik heb al gesproken over waar wordt beslist en geadviseerd over de lage ziektelast. Hiervoor is 1,3 mld. ingeboekt. Wat vind ik van de twijfels van het CVZ hierover? Wij hebben al een bepaald deel van de 1,3 mld. gerealiseerd door de uitdunning van de pakketten van vorig jaar en dit jaar, maar wij zijn nog niet aan het eind. Ik ben van mening dat het CVZ eerst specifiek moet laten zien wat er wel mogelijk is, en dat wij, de politiek, uiteindelijk de afweging moeten maken. Het CVZ zal dus weer met een advies komen per pakketaanspraak, wij kunnen hier de daadwerkelijke beslissingen nemen. Maar zolang de afweging op basis van een vervolgrapport van het CVZ op onderdelen niet heeft plaatsgevonden – dus wat wel, wat niet en wat vinden wij daarvan? – vind ik het te vroeg om die taakstelling eraf te halen. Ik vind dit ook wel goed voor de balans; laat het CVZ eens kritisch kijken naar wat mogelijk en niet mogelijk is. Een en ander wil niet zeggen dat wij hier alles wat het CVZ vindt, een-op-een moeten overnemen.

Waarom kwam het rapport over de lage ziektelast niet eerder naar de Kamer? Ik hecht eraan om te benadrukken dat dit rapport sinds april publiek was, dus dat iedereen dit rapport gewoon heeft kunnen lezen. Ik heb ervoor gekozen om mijn reactie naar de Kamer te sturen, maar dat betekent niet dat de Kamer daarvoor geen toegang tot het rapport heeft gehad; het CVZ publiceert dat rapport gewoon.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat is een beetje te gemakkelijk. De Kamer heeft namelijk gevraagd om een reactie, dus die had sneller kunnen komen. Het is te gemakkelijk om te zeggen dat wij dit zelf van de site van het CVZ hadden kunnen halen. Waarom heeft de minister er dan niet voor gekozen om al in maart een reactie te sturen?

Minister **Schippers**: Mij ging het om het volgende. Het kabinet is sinds eind april demissionair en toen was het rapport er net. Het was toen beschikbaar voor iedereen. Ik vind dat het een demissionair kabinet dat onderhandelt over een begrotingsakkoord, niet past om daarop eerder een reactie te geven. Ik wilde ook rekening houden met het begrotingsakkoord en heb daarom pas daarna een reactie gegeven. Ik reageerde op het feit dat het rapport er eerder was; dat klopt. Mijn latere reactie heeft echter alles te maken met de demissionaire status van het kabinet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik zie geen duidelijke lijn in de argumentatie van de minister over wanneer de demissionaire status van het kabinet haar weerhoudt van iets en wanneer niet. Als demissionair minister kon ze namelijk net zo goed zeggen dat ze het CVZ niet heeft kunnen vragen om maatregelen op het gebied van de lage ziektelast; dat

kan ze immers ook aan het volgende kabinet overlaten. Ik vind haar verhaal dus niet helemaal consistent.

Minister **Schippers**: Dat was wel de afweging. Het kabinet heeft eerst de Catshuisonderhandelingen en vervolgens de begrotingsonderhandelingen willen afwachten voor een kabinetsreactie op de lage ziektelast. Die kabinetsreactie is afgelopen vrijdag vastgesteld.

De **voorzitter**: Tot zover de eerste termijn van de minister. Een aantal Kamerleden heeft behoefte aan een tweede termijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik wil de minister hartelijk bedanken voor haar beantwoording. Zij is uitvoerig ingegaan op gepast gebruik, de risicogerichte aanpak en de volume- en praktijkvariatie. Ik neem aan dat diezelfde methode wordt gehanteerd voor het stringente pakketbeheer. Alle vormen moeten namelijk worden beoordeeld. Dat gaat vermoedelijk op dezelfde manier, maar ik verwacht wel dat alles systematisch aan de orde zal komen. Wij hebben het daar minder over gehad, maar ik denk dat dit minstens zo belangrijk is.

Volgens mij speelde niet bij deze begroting, maar wel een jaar hiervoor de kwestie waarmee met name de fysiotherapeuten kwamen. Het is nodig om in de komende jaren spijkers met koppen te kunnen slaan, zodat ten behoeve van het volgende pakket wel een stap kan worden gezet, als dat mogelijk is.

Ik begrijp de redenering van de minister over de hoortoestellen. Ik begrijp ook het belang van de zorgverzekeraars. Laten we hopen dat zij er zo veel belang bij hebben dat dit goed komt. Ik denk wel dat wij heel kritisch moeten zijn over de signalen en er niet voor moeten schromen om onze verantwoordelijkheid te nemen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Ik hoor in haar tweede termijn graag nog iets expliciets over de voorwaardelijke toelating. De wijze waarop wij dit nu bij geneesmiddelen doen, kan ook meer en meer worden ingezet bij de medische hulpmiddelen. Mijn tweede opmerking betreft Different. Volgens de minister is het criterium of er sprake is van een stoornis. Dat lijkt mij een terecht afwegingskader, maar waarom redeneert de minister dan in haar brief zo nadrukkelijk ideologisch dóór over de betekenis van een religieuze geloofsovertuiging daarvoor? Vandaar nogmaals mijn vraag en graag daarop een nadrukkelijk antwoord: kunnen mensen dusdanig lijden aan hun seksuele gerichtheid dat er wordt voldaan aan de criteria voor een psychiatrische stoornis, zodat zij daarvoor ook verzekerde hulp kunnen krijgen? Luidt het antwoord van de minister daarop «ja» of «nee»? Ik vraag dit omdat het criterium moet zijn of het al dan niet om een stoornis gaat. Als we namelijk gaan doorredeneren naar oorzaken, ken ik er ook nog wel een paar leuke. Zo las ik laatst een interessant opinieartikel in het Reformatorisch Dagblad over een casus van iemand die manisch depressief is geworden als gevolg van teleurstellende uitslagen van het Nederlands voetbalelftal, in combinatie met te weinig nachtrust en te veel bier. Zeggen we in zo'n geval ook dat de meneer zich niet zo druk had moeten maken? Laten we dit dan wat breder trekken dan geloofsovertuiging.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Begrijp ik dat de redresiehelm bij een medische noodzaak wel wordt vergoed, maar in andere gevallen niet? Je kunt je dan afvragen wanneer dit wel en niet het geval is, maar in ieder geval ligt daar dan niet het probleem. Voor ons staat het belang van voorlichting uit het oogpunt van preventie voorop. Dat is in

alle gevallen het beste, of het nu gaat om de vraag of iets cosmetisch of medisch noodzakelijk is.

De minister heeft niet gereageerd op mijn voorstel om voor de toelating tot het pakket te kijken naar Engeland. Engeland kent, in plaats van een systeem voor voorwaardelijke toelating, de nice guidelines. Ik hoor graag van de minister of zij bereid is om het CVZ te vragen om voor de verkiezingen te komen met een evaluatie van het systeem van voorwaardelijke toelating en of zij hiervoor wil bekijken of het Engelse systeem van de nice guidelines ook iets is voor Nederland.

Ik sluit mij aan bij het CDA voor de gehoorapparaten. Ik ben tevreden met wat de minister zei over het dieetadvies, namelijk dat zij graag de suggesties van de beroepsgroep zelf hoort.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik heb op de meeste vragen antwoord van de minister gekregen. De minister heeft gezegd dat zij duidelijk gaat werken aan het afbakenen van wat wel en niet valt onder ggz. Het enige wat ik nog wil weten: wanneer kunnen wij daarover duidelijkheid verwachten?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen. Een paar korte opmerkingen. Het is duidelijk dat de Partij van de Arbeid heel anders denkt over de inrichting van de zorg dan deze minister, zeker als het gaat over kosten- en volumebeheersing. Ik hoop dat de minister echt gelijk heeft met haar opmerking over de ICT-systemen van de zorgverzekeraars. Als die namelijk echt zo goed functioneerden, zou de opbrengst van de controle op declaraties heel wat hoger kunnen zijn dan de opbrengst van de verpleegdag.

Ik wil ook nog iets kwijt over de lage ziektelast. Destijds heeft de Kamer een motie van mij aangenomen met het verzoek dat de Kamer hierover onderzoek zou kunnen zien, voordat hierop actie zou worden ondernomen. In de Kamer bestonden toentertijd namelijk grote twijfels over de mogelijkheden hiervan. Het spijt me dat ik het zo moet zeggen, maar als er al bezuinigingen van 1,3 mld. zijn ingeboekt, komt het echt een beetje zwak over als de minister nu pas een reactie op het rapport kan geven. Ik kan me de opmerkingen van mevrouw Voortman en anderen daarover dus heel goed voorstellen. Het gaat om 1,3 mld. en om een activiteit waarover grote twijfels bestaan. Volgens mij had het de minister gesierd als zij eerder had gereageerd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het CVZ zou inschattingen maken met betrekking tot de lage ziektelast, maar het is gewoon glashelder: het CVZ acht een besparing van 1,3 mld. via de lageziektelastbenadering niet haalbaar binnen het kader van het principe van het pakketbeheer dat noodzakelijke zorg verzekerd moet zijn. Dat zegt het CVZ. En inderdaad, dat rapport hadden we op de website kunnen vinden, maar de reactie waarom wij hadden gevraagd en waarover wij graag een debat hadden willen voeren, bleef uit tot afgelopen dinsdag. Ik vind die onderhandelingen op het Catshuis een slap argument, want het Kunduzakkoord hebben we al een tijd. Sterker nog, deze week hebben we een debat gevoerd over een maatregel waarbij de minister zich helemaal niet zo demissionair opstelde: de verhoging van het eigen risico. Wat mij betreft, gaat de minister niet door met die lageziektelastbenadering. Ik zal daarover een motie indienen, zodat we kunnen zien hoe de andere partijen daarmee omgaan.

Over de redressiehelm nog het volgende. Een plat achterhoofd ontstaat juist op basis van het advies om een kind op de rug te leggen, om wiegendood te voorkomen. In verreweg de meeste gevallen gaat dit over, in een klein aantal gevallen niet. Omdat je er een vierkant hoofd van krijgt, zegt het CVZ dat dit een cosmetische ingreep is. We zeggen dus tegen

baby's: sorry, maar u maakt geen gepast gebruik van ons pakket. De SP wijst dat principieel af en ook daarvoor zullen wij een motie indienen. Wij vinden het namelijk niet juist om tegen baby's te zeggen dat zij cosmetisch bezig zijn. Dit gaat echt om volwassenen en de keuzen van volwassenen.

Nog een oproep aan de minister: vraag geen advies over de total bodyscan, doe het niet! We zijn hier tot nu toe niet voor niets terughoudend in geweest. Mensen moeten die scan in de toekomst zelf gaan betalen, maar er zal een vraag uit voortkomen die gewoon zal vallen binnen het verzekerde pakket. Medici zeggen dit ook. Luister naar hen en niet naar de mensen die dit willen aanbieden en er winst mee willen maken.

Ik ben blij met de erkenning van de minister dat gepast gebruik eigenlijk moet gelden voor artsen. Zij zullen gepaster gebruik moeten maken van wat er kan en moeten niet overgaan tot behandelingen die niet noodzakelijk zijn. Ik roep de minister wel op om terughoudend te zijn met haar vocabulaire van kostenbewustzijn, van het tussen de oren van mensen krijgen wat zij wel en niet kosten. Dat raakt mensen die chronisch ziek zijn; die krijgen zo echt het idee dat zij te veel zijn voor deze samenleving. Daar moeten we niet naartoe.

Minister Schippers: Voorzitter. Het ligt misschien ook aan de vertaling die mevrouw Leijten daar steeds aan geeft. «Gepast gebruik van zorg» is namelijk geen negatieve term. Ik vind dat iemand die ernstig ziek is, de zorg verdient die hij nodig heeft; dat is gepast gebruik van zorg. Het gaat niet aan om de term «gepast gebruik van zorg» zo negatief te interpreteren. Ik vind dat artsen gepast gebruik moeten maken en een gepast gebruik van zorg moeten leveren, en dat de patiënt gepast gebruik van zorg moet maken. Ik zie het dus als een positieve term: we doen wat nodig is, en niet meer; en we doen niet wat niet zinnig en niet zuinig is.

Ik heb de Gezondheidsraad al advies gevraagd over de total bodyscan en wacht af waarmee hij komt. De redressiehelm blijft vergoed in gevallen van medische noodzaak. Verder vind ik het belangrijk om aan te geven dat ik nu helemaal niets doe op het gebied van de lage ziektelast. Deze staat ingeboekt voor 2015; in 2015 moet dat bedrag dus worden opgehoest. Ik heb het vermoeden dat dit kabinet er dan niet meer zit, anders zouden we wel heel lang demissionair blijven. Ik kom dus helemaal niet volgende maand of zo met allerlei voorstellen voor lage ziektelast. Het volgende kabinet zal op dat gebied zijn verantwoordelijkheid moeten nemen.

Zorgverzekeraars Nederland ziet geen probleem met betrekking tot de ICT-systemen. Daarbij gaat het natuurlijk niet alleen om de ICT van verzekeraars, maar met name ook die van ziekenhuizen; die moet goed op elkaar worden afgestemd. Ik neem aan dat dit zal gebeuren.

Nu reeds wordt gewerkt aan een duidelijke afbakening van de ggz. Ik verwacht het advies hierover in december van dit jaar. Volgens mij is dat een heel belangrijk advies.

Mevrouw Voortman sprak over de Engelse NICE guidelines. Wij kijken heel goed naar de internationale ontwikkelingen, ook naar allerlei andere systemen. Wij hebben gekozen voor de voorwaardelijke toelating, maar zijn daar net mee begonnen. We zijn hier pas een paar maanden mee bezig, dus je kunt daar niet nu al een evaluatie van maken. Het is echter evident dat wij dit goed zullen evalueren. We zullen goed moeten bekijken of de uitstroom voldoet aan wat wij ervan hebben verwacht.

De voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen kan ook bij de hulpmiddelen. Wij hebben besloten om te beginnen met de geneesmiddelen, maar het is de bedoeling dat de medische hulpmiddelen zullen volgen. Het wanneer daarvan is aan een volgend kabinet om te besluiten. Het volgende over Different. Het was absoluut niet de bedoeling om geloofsovertuiging de spil van de redenering te laten zijn. Dat kwam doordat het daar specifiek over ging. Mevrouw Wiegman haalde zelf een

ander voorbeeld aan, maar ik zie die zaken echt los van elkaar. Ik heb er ook helemaal geen oordeel over. Ik ga niet over de oorzaak. Mij gaat het om het gevolg en de vraag of het daarbij gaat om een stoornis. Het spijt mij als de verkeerde suggestie is gewekt, want dat was zeker niet de bedoeling.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben ontzettend blij om dit te horen en denk dat het belangrijk is om dit vast te houden. Dit lijkt mij ook een aandachtspunt voor het verdere traject, waar het onderscheid wordt gemaakt, en voor het advies dat wij eind dit jaar mogen verwachten. Het moet absoluut duidelijk zijn dat hierover nooit verwarring kan ontstaan.

Minister **Schippers**: Dat ben ik met u eens. Ik kijk uit naar dat advies, want ik denk dat het heel hard nodig is dat wij hier helderheid over krijgen.

Het stringente pakketbeheer gaat inderdaad op dezelfde manier. Ik sta er zelf niet negatief tegenover om bij fysiotherapie te kiezen voor een andere variant, maar dat schijnt wel heel ingewikkeld te zijn. Wij kijken hier nu al naar, maar ik heb hiertoe helaas nog geen voorstellen kunnen doen. Ik hoop dat er genoeg ligt voor het volgende kabinet om daar iets mee te kunnen doen. Wij zullen de signalen over de ontwikkeling van de prijs van gehoortoestellen goed in de gaten houden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil de minister het volgende voorleggen. Doorgaan op de weg van de lage ziektelast en die 1,3 mld. in 2015 blijven inboeken, zal leiden ertoe dat iedereen, alle politieke partijen, te maken krijgt met een bezuiniging waarvan nu al wordt verwacht dat zij niet haalbaar is. In tijden van verkiezingen en zoeken naar financiële oplossingen is het toch eigenlijk niet kies om zaken in te boeken die ook volgens de adviescolleges niet haalbaar zijn?

Minister **Schippers**: Het is aan de politieke partijen om daarover andere besluiten te nemen in hun verkiezingsprogramma's. Als politieke partijen deze voorstellen afwijzen, zullen zij dus zelf moeten bekijken wat zij anders willen doen. Iedere politieke partij mag dit zelf beslissen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan wil ik de minister adviseren, of eigenlijk vragen, om het CVZ-advies dat dit geen haalbare bezuiniging is, door te geleiden naar het CPB. In dat geval kan het CPB er in het basispad rekening mee houden dat dit wel is ingeboekt, maar niet haalbaar is.

Minister **Schippers**: Ik zit momenteel niet zo in de partijen die zijn betrokken bij de doorrekeningen. Ik weet dus niet of dit in het basispad zit. Als dat wel het geval is, lijkt het mij dat alle politieke partijen met hetzelfde probleem zitten, en dat zij dit allemaal op hun eigen manier moeten oplossen.

De **voorzitter**: Wij zijn hiermee gekomen aan het eind van dit algemeen overleg. Wij zullen een VAO over dit onderwerp aanvragen, met mevrouw Leijten van de SP als eerste spreker. Ik dank de minister, haar ambtenaren, het publiek op de publieke tribune en de geachte afgevaardigden en sluit hierbij deze vergadering.