

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. dhr. M. Esmeijer

datum	Utrecht, 20 september 2024
ons kenmerk	2024-38
voor informatie	Marleen Okma m.okma@patientenfederatie.nl 06-52533494
onderwerp	Inbreng Feitelijke Vragen Begrotingsstaten VWS 2025 – 25/9

Geachte Kamerleden,

Tot 25 september kunt u feitelijke vragen inbrengen over de begrotingsstaten van het ministerie van VWS voor het jaar 2025. Patiëntenfederatie Nederland geeft u graag verschillende vragen mee. We hopen dat u deze vragen vanuit patiëntperspectief wil betrekken bij uw inbreng.

Gelijkwaardigere toegang tot zorg

De verwachting is dat met een flink lager eigen risico meer mensen zich bij klachten laten doorsturen naar een medisch specialist. Omdat het zorgaanbod onvoldoende mee kan groeien met de grotere zorgvraag wordt de wachtlijst langer en wordt ingezet op versterking van triage. De zorgvrager met de grootste urgentie wordt als eerste van de wachtlijst gehaald (p. 7).

>Welke concrete plannen heeft de minister om te zorgen dat patiënten met triage in praktijk gelijkwaardigere toegang tot zorg krijgen en hoe wordt dit gemonitord? Hoe zorgt de minister dat beschikbare capaciteit, wachtlijsten en welke patiënten op welke behandeling wachten goed inzichtelijk zijn? Hoe zet de minister in op betere regionale samenwerking tussen zorgaanbieders om wachtlijsten waar mogelijk te beperken?

Afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort

Diagnostische AI wordt van een medisch-ethisch kader voorzien. Het kabinet gaat de databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling in zorg en welzijn versneld verbeteren. Daarbij let het kabinet goed op privacy en gegevensbeveiliging. Uitgangspunt is dat de burger de keuze heeft om gegevens al dan niet ter beschikking te stellen middels een opt-out (p. 9).

>Hoe worden patiëntvertegenwoordigers betrokken bij het ontwikkelen van het medisch-ethisch kader voor Diagnostische AI?

>Hoe worden burgers geïnformeerd over de opt-out voor gegevensuitwisseling? Bevat de opt-out mogelijkheden voor specifiekere toestemming over welke gegevens, met wie en met doel (primair en secundair gebruik) gedeeld mogen worden?

Wet- en regelgeving die tot onnodige administratietijd leidt wordt opgeheven. De uitvraag moet minder. Samen met het zorgveld en aangestelde gezanten stellen we een werkagenda op (p. 9).

>Hoe borgt de minister dat vermindering van administratie niet ten koste gaat van het zicht op de kwaliteit van zorg? Hoe worden patiëntvertegenwoordigers betrokken bij het opstellen van de werkagenda?

Bewezen digitale werkvormen kunnen versneld worden ingezet door de Stimuleringsregeling technologie ondersteuning en zorg. Patiënten kunnen zo bijvoorbeeld voorafgaand aan hun consult online alvast hun vragenlijst invullen waardoor de zorgverlener bij de voorbereiding van het consult

al veel informatie heeft voor het vormen van een beeld over wat de patiënt nodig heeft. Het kabinet stimuleert dat medewerkers de juiste vaardigheden hebben voor digitaal werken.

>Hoe zorgt het kabinet dat patiënten de juiste vaardigheden hebben of ondersteund worden om online informatie aan te leveren ter voorbereiding van het consult?

Eerstelijnszorg

In het kader van het IZA is met onder andere huisartsen afgesproken dat wordt ingezet op zelfzorg en verlichten van de druk op de huisartsenzorg en de eerstelijnszorg in zijn geheel. Dat wordt o.a. gewaarborgd door verdere ontwikkeling en implementatie van digitale zelfzorgmiddelen. (p. 93/94)

>Op welke manier waarborgt het kabinet dat ook minder digitaal vaardige patiënten gebruik kunnen maken van digitale zelfzorgmiddelen?

Aanvullend hoofdlijnenakkoord voor een toegankelijker zorglandschap

Eenmaal doorverwezen naar een dichtbij gelegen kleiner ziekenhuis of streekziekenhuis bouwt de patiënt een zorgrelatie op met de specialist. Mocht een complexe operatie nodig zijn, zoals een openhartoperatie, dan wordt doorverwezen naar een hooggespecialiseerd ziekenhuis (p. 12).

>Betekent dit dat patiënten niet meer zelf mogen kiezen naar welk ziekenhuis of welke kliniek ze gaan? Hoe borgt de minister dat patiënten, op basis van goede informatie over verschillen in behandelmogelijkheden, kwaliteit en uitkomsten, een weloverwogen keuze kunnen maken voor de best passende zorg, ook als dat in een verder weg gelegen ziekenhuis is?

Kwaliteitsgelden

Als gevolg van minder aanvragen dan waar rekening mee is gehouden in de raming in de begroting op de kwaliteitsgelden wordt het budget voor de jaren 2024 t/m 2026 verlaagd (p. 26 en 256).

>Kan de minister nader toelichten op welk deel van de kwaliteitsgelden specifiek gekort wordt? Hoe borgt de minister dat de inbreng van patiënten bij de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid en -standaarden goed geborgd en gefinancierd blijft?

Transparantie van zorg

Vanuit het IZA wordt ingezet op het doorontwikkelen en implementeren van Uitkomstgerichte zorg in de MSZ. Voortzetting van het programma Uitkomstgerichte zorg zal gericht zijn op implementatie van de eerder ontwikkelde instrumenten bij de instellingen (€ 17,4 miljoen) (p. 116). De minister schrijft echter in reactie op recente uitzending van Tros Radar¹ dat extra inzet nodig is om patiënten van meer informatie over kwaliteit van medisch specialistische zorg te voorzien.

>Hoe zorgt de minister dat adequate uitvoering gegeven wordt aan de breed gesteunde motie van den Hil² en er op korte termijn flinke stappen gezet worden om patiënten geïnformeerd keuze te kunnen laten maken? Hoe geeft de minister concreet opvolging aan de beschreven stappen in de Kamerbrief³ van juni 2024?

¹ [Kwaliteitverschil ziekenhuizen, reactie minister Agema op uitzending Radar - 16 september 2024](#)

² [Motie van het lid Van den Hil over begrijpelijke en inzichtelijke informatie voor patiënten over verschillen in uitkomsten van behandelingen en kwaliteit van zorg – 18 maart 2024](#)

³ [Kamerbrief over informatie over medisch specialistische zorg voor de patient - 18 juni 2024](#)

Informatiebeleid

Het ministerie van VWS werkt aan de verdere digitalisering van de zorgsector. Voor het programma toegang is in 2025 een opdrachtenbudget van € 7,1 miljoen beschikbaar. Voor het ontsluiten van informatie voor de patiënt, cliënt of burger wordt gewerkt aan de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's)... In het kader van de European Health Data Space (EHDS) is er voor 2025 een opdrachtenbudget van € 1,4 miljoen beschikbaar en voor activiteiten in het kader van databeschikbaarheid een opdrachtenbudget van € 4,1 miljoen. (p. 122)

>Hoe is de betrokkenheid en inbreng van patiëntvertegenwoordigers geborgd bij de uitvoering van deze programma's en inzet van opdrachtenbudgetten gericht op verdere digitalisering en databeschikbaarheid?

>Welke financiële middelen zijn er gereserveerd voor ondersteuning van patiënten en cliënten bij de keuze en het gebruik van PGO's?

Maatschappelijke ondersteuning – werkend Wmo-stelsel

Met de invoering van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage per 1 januari 2026 wordt de hoogte van de eigen bijdrage bij alle maatwerkvoorzieningen afhankelijk van het inkomen (p. 51).

>Hoe wordt gemonitord of en welke gevolgen deze wijziging heeft voor de stapeling van zorgkosten, verschuiving van de hulpvraag naar andere zorgvormen en de toegang tot passende zorg?

>Is getoetst of invoering een inkomensafhankelijke eigen bijdrage bij alle maatwerkvoorzieningen per 2026 haalbaar is? Zo ja, hoe is en met welke conclusies?

Wonen met zorg

In 2025 wordt gezien hoe de investering van € 600 miljoen vanaf 2027 voor betere ouderenzorg voor bijvoorbeeld zorg- en verpleegplekken kan worden ingezet (p. 100).

>Zijn daarbij ook benodigde investeringen inbegrepen voor specifieke patiëntgroepen, zoals mensen met een spierziekte of niet-aangeboren hersenletsel, die ook en vaak veel langer zijn aangewezen op zorg- en verpleegplekken?

Zorgverzekeringswet

Het kabinet wil het verplicht eigen risico in de Zvw per 1 januari 2027 verlagen naar € 165 en het eigen risico te trancheren op € 50 voor de medisch-specialistische zorg (MSZ) (p. 204).

>Verondersteld wordt dat er met een lager eigen risico minder 'rem' op de zorgvraag staat en er hogere zorguitgaven zijn. Waar is deze veronderstelling op gebaseerd en voor welke zorgsoorten zou er dan sprake zijn van een toenemende zorgvraag?

>Bij eerdere kabinetsplannen voor tranchering van het eigen risico werd de geraamde besparing van € 200 miljoen in twijfel⁴ getrokken. Onder andere vanwege hoge administratieve lasten en te hoge verwachtingen van het remgeldeffect. Waarop is de raming van de beoogde besparingen bij tranchering op € 50 gebaseerd?

⁴ [Internetconsultatie Slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg](#) april 2023

Wet maximum geneesmiddelenprijzen

De Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) wordt aangepast (p. 199 en 203) omdat voor minder geneesmiddelen een verhoogde maximum prijs zal gelden. Het bedrag van de eerder beoogde besparing wordt op basis van nadere inzichten naar beneden bijgesteld.

>Hoe voorkomt de minister dat aanpassing van de WGP leidt tot vershraling van de Nederlandse medicijnmarkt en grotere risico's op tekorten? En dat patiënten vaker geconfronteerd worden met medicijntekorten en extra kosten om dat ze moeten uitwijken naar medicijnen met een eigen bijdrage.

Genees- en medische hulpmiddelen

Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie⁵ blijkt dat patiënten steeds vaker geconfronteerd worden met medicijntekorten. In 2025 wordt de beleidsinzet op de beschikbaarheid van geneesmiddelen verder geïntensiveerd (p. 83). Door tekorten en beschikbaarheidsvraagstukken sneller in kaart te brengen, aanleg van extra voorraden en het versterken van leveringszekerheid.

>Welke concrete doelstellingen en merkbare verbeteringen beoogt de minister? Wordt bijvoorbeeld ingezet op een daling van het totaal aantal tekorten met een bepaald percentage? Komen er specifieke maatregelen om tekorten voor specifieke groepen patiënten (zoals kinderen) of specifieke medicatie (zoals antibiotica) te voorkomen? En zijn de begrote financiële middelen toereikend om deze doelstellingen te realiseren?

>Zet de minister ook in op betere afspraken over gerichte inzet van beschikbare medicijnen en betere samenwerking tussen betrokken bij (dreigende) tekorten? Hoe bevordert de minister dat partijen in de medicijnketen optimaal samenwerken zodat patiënten zo min mogelijk nare gevolgen ervaren van medicijntekorten?

Mondzorg

In de begrotingsstaten zijn geen acties en middelen benoemd voor het terugdringen van mijding van mondzorg om financiële redenen. Veel partijprogramma's bevatten ambities om mondzorg (deels) te vergoeden vanuit de basisverzekering. Een brede groep veldpartijen heeft met het vorige kabinet oplossingsrichtingen benoemd in het Eindverslag verkenning mondzorg⁶.

>Wanneer en op welke wijze wordt vervolg gegeven aan het project 'Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen' en genoemde oplossingsrichtingen?

We vragen u deze vragen te betrekken bij uw inbreng. Mocht u vragen hebben naar aanleiding van deze brief of met ons willen doorpraten dan zijn we heel graag beschikbaar.

Met vriendelijke groet,



Arthur Schellekens
Directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland

⁵ [Ruim helft van medicijngebruikers heeft last van medicijntekorten \(patiëntenfederatie.nl\)](https://www.patiëntenfederatie.nl/nieuws/2024/08/20/ruim-helft-van-medicijngebruikers-heeft-last-van-medicijntekorten)

⁶ [Kamerbrief Eindverslag verkenning mondzorg, mei 2024](#)