

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 991

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 mei 2019

In aanloop naar het Algemeen Overleg Pakketbeheer van 26 juni aanstaande informeer ik u in deze brief over de volgende onderwerpen:

- enkele verruimingen van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) per 1 januari 2020;
- stand van zaken omtrent de huidige Voorwaardelijke Toelatingstrajecten;
- financiering van prenatale screening
- vergoeding van kunstmatige inseminatie met donorzaad, en
- het adviestraject van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) over mobiele diagnostiek.

1. Wijzigingen in het basispakket per 2020

a. Ziekenvervoer

In mijn brief over de pakketwijzigingen voor 2019 ben ik ingegaan op een mogelijke nieuwe vormgeving van de prestatie ziekenvervoer.¹ Op mijn verzoek heeft het Zorginstituut mij hierover geadviseerd.² Aanleiding van dit verzoek was de wens om deze prestatie zo in te richten dat deze meer toekomstbestendig en beter bruikbaar zou zijn in geval van innovaties van zorg, zoals bij de komst van een nieuwe oncologische behandeling. De huidige vormgeving van die prestatie met limitatieve categorieën betekent immers dat het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) bij dergelijke innovaties mogelijk aangepast zou moeten worden. Dit is bijvoorbeeld per 1 januari 2018 gebeurd met het toevoegen van behandeling via immuuntherapie. Daarnaast wilde ik advies over het vervoer in het licht van (verdere) concentratie van zorg, waardoor de noodzaak om te reizen toeneemt.

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 909.

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/12/20/pakketadvies-ziekenvervoer>

Het Zorginstituut adviseerde de huidige limitatieve opsomming van groepen patiënten die aanspraak kunnen maken op vergoeding van vervoer van en naar de behandeling, te vervangen door een regel waarbij de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling bepalend is of aanspraak bestaat op (vergoeding van) het vervoer.

Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut over een nieuwe vormgeving van de prestatie ziekenvervoer, heb ik het Zorginstituut gevraagd om meer inzicht te bieden in de consequenties als ik het advies zou overnemen. In december 2018 heeft het Zorginstituut op mijn verzoek een rapport met de consequenties uitgebracht, dat u in de bijlage aantreft³.

Uit dit rapport blijkt dat bij het opvolgen van het advies om de huidige prestatie te vervangen door een generieke regel waarin de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling bepalend is of er aanspraak bestaat op vergoeding van het vervoer, groot effect heeft op de huidige groepen gebruikers. De oorzaak hiervan is dat de vervoersbewegingen qua frequentie, afstand en duur ook binnen de verschillende categorieën heel erg uiteen kunnen lopen. Als gekozen wordt voor een generieke regel kan dit tot gevolg hebben dat verzekerden die onder de huidige genoemde groepen vallen, niet langer aanspraak meer kunnen maken op ziekenvervoer. Deze uitkomst is anders dan het Zorginstituut had verwacht ten tijde van het schrijven van het eerste advies van april 2018. Dit effect is alleen in belangrijke mate te voorkomen als de generieke drempel fors wordt verlaagd.

Daarmee zou weliswaar bereikt kunnen worden dat alle huidige groepen gebruikers van de regeling gebruik kunnen blijven maken, maar een dergelijke wijziging leidt volgens het Zorginstituut tot een zeer groot budgettair risico. Hoewel de mogelijke budgettaire impact afhankelijk is van diverse variabelen (o.a. kosten taxivervoer/eigen auto, claim van verzekerde van zijn recht op vervoer), waardoor de kosten niet exact ingeschat kunnen worden, schat het Zorginstituut in dat het om een budgettair risico van meer dan € 200 miljoen gaat. Dat hier hoge kosten mee gemoeid zijn is logisch, omdat door forse verlaging van de drempel ook andere groepen gebruikers die eerst geen aanspraak konden maken op vervoer die mogelijkheid dan ook zouden krijgen. Ook wordt bij een forse verlaging van de generieke drempel de gedachte losgelaten dat vervoer alleen vergoed zou moeten worden voor verzekerden die zeer frequent moeten reizen of ziek/moe/misselijk worden van de behandeling. Gelet op dit budgettaire risico heeft het Zorginstituut een alternatief aangedragen, waarbij een deel van de categorieën zou worden benoemd en een deel onder een generieke formule zou vallen. Ook deze variant zou echter effect hebben op de huidige groepen gebruikers. Deze oplossing zou met name negatieve gevolgen kunnen hebben voor de groep patiënten die oncologische behandelingen ondergaan. Alles afwegende en om niet aan bestaande rechten te tornen heb ik besloten om het huidige systeem van het benoemen van aantal categorieën met aanvullend daarop, een hardheidsclausule te behouden. Daarnaast wordt geriatrische revalidatiezorg als categorie toegevoegd. Deze patiënten krijgen op verzoek van VWS al enkele jaren het vervoer vergoed vanuit een generieke toepassing van de hardheidsclausule, maar op deze wijze wordt dit recht wettelijk verankerd.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

b. Vergoeden overnachting «logeren» in plaats van vervoer

Vorig jaar heb ik tijdens het Algemeen Overleg over het pakketbeheer aangegeven dat ik zou onderzoeken of verzekerden in plaats van vervoer ook in de buurt van een ziekenhuis zouden kunnen overnachten, zonder dat sprake is van een medische noodzaak om in het ziekenhuis zelf te verblijven (Kamerstuk 29 689, nr. 932). Dit in verband met de tendens dat steeds meer specialisatie en de daarmee samenhangende centralisatie van zorg plaats vindt. Dat brengt met zich mee dat sommige patiënten gedurende een aaneengesloten periode dagelijks lange afstanden moeten reizen naar het ziekenhuis waar zij worden behandeld. Om die reden is het Zorginstituut gevraagd om na te gaan of «logeren» in plaats van «vervoer» vergoed zou kunnen worden.

Daarbij moet het gaan om de situatie waarin logeren minder belastend zou zijn voor de patiënt in plaats van heen en weer te reizen. Het Zorginstituut heeft geadviseerd dat dit mogelijk zou moeten zijn. Daarbij wordt vooral gedacht aan patiënten die voor langere tijd en over grotere afstand heen en weer moeten reizen voor zorg die geconcentreerd is op een beperkt aantal plaatsen. Zo zijn er verschillende expertisecentra, onder andere het protonencentrum in Groningen waar patiënten voor een lange periode een dagbehandeling moeten ondergaan. In het geval van protonetherapie moet een patiënt vijf tot zeven weken, vijf dagen per week worden bestraald. In een dergelijk geval kan het dus minder belastend zijn voor de patiënt om te logeren. Bovendien kunnen de kosten lager zijn dan voor het heen en weer reizen. Ik kies ervoor om logeren mogelijk te maken als sprake is van tenminste drie aaneengesloten dagen behandeling, waarvoor anders vervoer nodig zou zijn. Ik vind het redelijk dat wanneer sprake is van tenminste drie achtereenvolgende dagen van vervoer naar een plaats waar de behandeling plaatsvindt, er een voor de verzekerde minder belastend alternatief in de vorm van logeren in de nabijheid van bijvoorbeeld het ziekenhuis vergoed kan worden. In het geval de patiënt dus in aanmerking komt voor een vergoeding voor vervoer (en er dus sprake is van een van de categorieën van de aanspraak ziekenvervoer) en sprake is van tenminste drie aaneengesloten dagen behandeling, dan krijgt de patiënt de mogelijkheid om een vergoeding te ontvangen voor zijn overnachtingen in plaats van voor een deel van het vervoer. De verzekerde krijgt dan een vergoeding voor zijn heen-en-terugreis naar de behandellocatie en voor twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. Voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie, betaalt de verzekerde wél de eigen bijdrage.

Het Zorginstituut meent dat een logeerfaciliteit verbonden aan het ziekenhuis waar de behandeling wordt verleend de beste optie vormt voor patiënten om te logeren. Sommige expertisecentra zijn al bezig om appartementen op het ziekenhuisterrein te bouwen, maar dit zal niet op korte termijn gerealiseerd kunnen zijn. Ik ben met het Zorginstituut eens dat dit het ideale scenario is, omdat dit verzekert dat mensen een passende logeermogelijkheid hebben op het terrein waar de behandeling steeds plaats zal vinden. Aangezien deze appartementen echter nog niet beschikbaar zijn, heb ik besloten om in de tussentijd ook een tegemoetkoming uit te keren voor de kosten voor een hotel, bed & breakfast of andere logeervoorzieningen. Voor het verblijf voor kinderen die voor een lange periode dagbehandeling moeten ondergaan zijn er diverse initiatieven, waarbij een ouder samen met een kind dichtbij het ziekenhuis in een woning kunnen verblijven. Er zal geen sprake zijn van een aparte tegemoetkoming voor personen die meereizen met de patiënt. Wel kan de persoon die meereist gebruik maken van de gehuurde faciliteit als dit mogelijk is. Om ervoor te zorgen dat alle verzekerden eenzelfde tegemoetkoming krijgen in de logeerkosten wordt deze uniform bij ministeriële

regeling vastgesteld. Deze tegemoetkoming wordt voor 2020 vastgesteld op maximaal € 75,- per nacht en zal jaarlijks worden geïndexeerd. De hoogte van de tegemoetkoming is berekend op basis van de gemiddelde prijzen die de verschillende logeerinitiatieven vragen. Deze tegemoetkoming wordt per nacht uitgekeerd aan de patiënt als deze hiervoor een aanvraag heeft ingediend bij de verzekeraar waaruit blijkt dat het logeren minder belastend is voor de patiënt. Een verzekerde regelt vervolgens zijn logeervoorziening zelf.

Omdat ik het van belang vind dat we goed zicht hebben op het effect van deze maatregel, zal ik dit aankomende twee jaar laten monitoren.

c. Apotheekbereidingen

Mijn beleid is erop gericht te zorgen dat patiënten optimale toegang hebben tot geneesmiddelen. In mijn brief aan uw Kamer over de maatregelen uit het Regeerakkoord op het gebied van geneesmiddelen en hulpmiddelen⁴ heb ik daarom aangekondigd de vergoeding van apotheekbereidingen te verbeteren. Dit geldt zowel voor vergoeding van apotheekbereiding voor de intramurale als extramurale farmaceutische zorg. Dit omdat apotheekbereidingen voorzien in concrete behoeften van patiënten. Ik geef hier invulling aan door aanpassing van het Bzv, waarvan het concept aan uw Kamer is toegezonden.

De huidige situatie is als volgt. Als een geregistreerd geneesmiddel is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), kan de apotheekbereiding in beginsel ook worden vergoed. Dit uiteraard voor zover de apotheekbereiding plaatsvindt binnen de juridische kaders van de Geneesmiddelenwet en de Rijksoctrooiwet 1995.

Als een geregistreerd geneesmiddel *niet* is opgenomen in het GVS, mag de apotheekbereiding ook niet worden vergoed. Dit is zo geregeld in het Bzv. Dat deze vergoeding niet plaats kan vinden is logisch als het gaat om geneesmiddelen waarbij de effectiviteit niet is aangetoond of bij geneesmiddelen die geen noodzakelijk te verzekeren zorg zijn. Er zijn echter twee situaties waarin ik het wenselijk vind dat een apotheekbereiding *wél* kan worden vergoed, terwijl het geregistreerde geneesmiddel *niet* wordt vergoed. Ik wil daarom aan het Bzv een grondslag toevoegen om in deze twee situaties de vergoeding van de apotheekbereiding bij ministeriële regeling mogelijk te maken.

1. De eerste situatie waarin ik het wenselijk vind dat een apotheekbereiding kan worden vergoed terwijl een geregistreerd geneesmiddel niet wordt vergoed, is wanneer over een geregistreerd geneesmiddel nog geen besluit is genomen over de opname in het GVS.
Het komt voor dat een apotheekbereiding al beschikbaar is voordat het geneesmiddel wordt geregistreerd. Na het moment van registratie duurt het doorgaans enige tijd voordat er een besluit wordt genomen over de vergoeding, omdat er eerst een aanvraag tot opname in het GVS moet worden ingediend en behandeld. Ik vind dat in *die* periode de vergoeding ten laste van de zorgverzekering van de bestaande behandeling met apotheekbereidingen mogelijk moet zijn. Ik zal de Regeling zorgverzekering (Rzv) hier in lijn mee brengen.
2. De tweede situatie is dat een geregistreerd geneesmiddel na onderhandelingen niet wordt opgenomen in het GVS wegens een ongunstige kosteneffectiviteit of budgetimpact. In deze situatie zou de vergoeding van de apotheekbereiding mogelijk moeten zijn, omdat daarmee een geneesmiddel toch vergoed kan worden. Maar uiteraard alleen als de apotheekbereiding *wél* een acceptabele prijs heeft. Dit

⁴ Kamerstuk 29 477, nr. 489.

wordt mede op basis van informatie van het Zorginstituut beoordeeld. Op grond van het aan te passen Bzv wordt via wijzigingen van de Rzv de vergoedingsstatus van de apotheekbereidingen bepaald.

In beide situaties moet uiteraard rekening worden gehouden met de reikwijdte van de apothekersvrijstelling in de Rijksoctrooiwet 1995. Doet zich een van de voorgenoemde situaties voor waarin het een geoctrooieerd geneesmiddel betreft, dan biedt de apothekersvrijstelling slechts beperkt ruimte voor magistrale bereiding⁵.

Deze voorgestelde veranderingen zullen niet alleen gelden voor extramurale geneesmiddelen (geneesmiddelen verstrekt via de openbare apotheek), maar ook voor intramurale geneesmiddelen. Bij intramurale geneesmiddelen geldt in principe een open aanspraak en zijn geneesmiddelen onderdeel van het verzekerde pakket indien ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dat geldt ook voor apotheekbereidingen. Uitgezonderd van vergoeding zijn de geregistreerde geneesmiddelen die vanwege hoge te verwachten kosten in de «sluis» terecht komen. Deze uitzonderingen worden vastgelegd in de Rzv. Ik wil in het geval van de sluis zorgen dat apotheekbereidingen vergoed kunnen worden mits de apotheekbereiding wél een acceptabele prijs heeft. Ook dat zal ik regelen in de Rzv.

Als een apotheekbereiding door deze aanpassing wordt toegelaten tot het basispakket, vallen de kosten ervan in het financiële kader voor Farmaceutische Zorg dan wel Medisch Specialistische Zorg. Voor dergelijke toevoegingen is financiële groei ruimte beschikbaar (net als voor de reguliere toelating van nieuwe geneesmiddelen). Volledigheidshalve merk ik op dat de situatie dat een geregistreerd geneesmiddel werd afgewezen voor het pakket vanwege de prijs uitzonderlijk is. Tot nu toe heeft die situatie zich alleen bij Orkambi voorgedaan, maar dat middel is uiteindelijk na verdere onderhandeling alsnog toegelaten tot het pakket.

d. Versterking artsfunctie in de eerste lijn

Aanleiding: Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke groepen per 2021

Bij de Hervorming van de Langdurige Zorg is de keuze gemaakt om behandeling en vervoer aan verzekerden die niet zijn geïndiceerd voor zorg in de zin van de Wet langdurige zorg (Wlz) op termijn over te hevelen naar het basispakket van de Zvw⁶. Deze zorg is onder de noemer «extramurale behandeling» voor volwassenen en kinderen met een zintuiglijke beperking reeds per 1 januari 2015 ondergebracht in het basispakket. De extramurale behandeling in verband met een verstandelijke beperking voor kinderen tot 18 jaar valt per 1 januari 2015 onder de Jeugdwet. Het was destijds nog niet duidelijk in welke mate de extramurale behandeling in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of (meerderjarigen) met een verstandelijke beperking in het basispakket van de Zvw ondergebracht zouden kunnen worden. Aan het Zorginstituut Nederland is daarom gevraagd een advies uit te brengen over deze resterende delen van de

⁵ Zie verder de Kamerbrief van 15 juni 2018 (Kamerstuk 29 477, nr. 491) over de introductie van de apothekersvrijstelling, waarin wordt opgemerkt dat deze uitzondering is bedoeld voor «de bereiding van geneesmiddelen voor direct gebruik ten behoeve van individuele patiënten en op medisch voorschrift in apotheken [...] bijvoorbeeld wanneer een voor een individuele patiënt geschikte dosering of toedieningswijze niet beschikbaar is. De uitzondering strekt er niet toe om op structurele schaal een geoctrooieerd geneesmiddel zonder toestemming van de octrooihouder te bereiden; daarmee zou diens recht immers uitgehouden worden.

⁶ Kamerstuk 33 891, nr. C.

functie extramurale behandeling. In de tussentijd is de zorg tijdelijk gefinancierd vanuit het Fonds Langdurige Zorg via de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling⁷.

Het Zorginstituut heeft in 2016 in het advies «Extramurale behandeling ontleed»⁸ geadviseerd om de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling te laten vervallen en de zorg onder het basispakket te brengen. Naar aanleiding van dit advies heeft mijn ambtsvoorganger de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd te adviseren over de wijze van onderbrenging van deze aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw. Op 11 december heeft de NZa het advies «Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn: de bekostiging van extramurale behandeling in de Zvw» uitgebracht. De NZa adviseert om toe te werken naar een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging van deze zorg in de Zvw. In mijn brief van 16 januari 2018⁹ heb ik aangegeven deze overheveling naar de eerste lijn te bezien in samenhang met het eerstelijnsverblijf en de (ambulante) geriatrische revalidatiezorg en het advies van de NZa verder te bestuderen.

Hoewel door de betrokken partijen, beroepsgroepen/aanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, NZa en Zorginstituut, hard is gewerkt aan het mogelijk maken van een spoedige overheveling van de zorg naar het basispakket, is er nog onvoldoende vertrouwen dat een overheveling vanaf 1 januari 2020 op een zorgvuldige wijze kan plaatsvinden. Mijn voornemen is om per 1 januari 2021 de zorg onder de noemer «geneeskundige zorg voor specifieke groepen» in het geheel in het basispakket onder te brengen en daarbij uiteindelijk toe te werken naar één type bekostiging voor de drie zorgvormen eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en de geneeskundige zorg voor specifieke groepen. Ik ga in een separate brief in op de stappen die in de bekostiging en macrobudgetaire beheersing worden gezet om deze overheveling van de geneeskundige zorg voor specifieke groepen per 2021 mogelijk te maken.

Versterking artsfunctie eerste lijn per 2020

Onderdeel van de zorg die nu nog valt onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling is de geneeskundige zorg die wordt geboden door de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. Vooruitlopend op de volledige overheveling van de geneeskundige zorg voor specifieke groepen wordt per 1 januari 2020 een belangrijke stap gezet door deze artsfunctie in de eerste lijn wel al te versterken. Meer specifiek houdt dit in dat de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten vanaf 2020 zelfstandig de door hen geleverde zorg op grond van de zorgverzekering mogen declareren. Dit is belangrijk aangezien de betreffende kwetsbare doelgroepen thuis wonen en een betere bereikbaarheid en beschikbaarheid van artsen in de eerste lijn bijdraagt aan betere zorg en aan het verminderen van complicaties en crisisopnames. De specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten zijn, na of naast de huisarts, bij uitstek in staat om de complexiteit van de patiënt en eventuele bijkomende complexiteit in zijn/haar situatie af te wegen en om te zetten in een behandelplan met een geneeskundig doel, gericht op herstel en omgaan met beperkingen. Zij hebben hierbij oog voor wat mensen willen en kunnen gegeven hun beperkingen, de kwaliteit van leven en kijken daarbij ook naar de toekomst (advanced care planning) en hun thuissituatie.

⁷ Kamerstuk 30 597, nr. 380, bijlage 1.

⁸ Kamerstuk 33 578, nr. 36.

⁹ Kamerstuk 33 578, nr. 50.

De overheveling van de specialist ouderengeneeskunde is ook onderdeel van de afspraken in het kader van het programma Langer Thuis. Met Zorgverzekeraars Nederland, de NZa en vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen en brancheverenigingen is bekeken of overheveling van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten per 2020 mogelijk is. Dat is het geval. Hiertoe ben ik voornemens om op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) een aanwijzing aan de NZa te geven om nieuwe prestaties en tarieven voor de zorg verleend door de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten vast te stellen. De zakelijke inhoud van deze aanwijzing wordt in voornoemde separate brief aan de Tweede en Eerste Kamer toegezonden. Daarin wordt ook ingegaan op de gevolgen voor de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling.

Het Zorginstituut heeft aangegeven dat de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten zich van hetzelfde professionele arsenaal bedienen als de huisartsen. Zij bieden in termen van het Bzv dus «zorg zoals huisartsen plegen te bieden». Uiteraard hebben de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten specifieke deskundigheid binnen de generalistisch geneeskundige zorg en zijn zij erkend als geneeskundig specialist op grond van artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.¹⁰ De inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten zal mogelijk zijn nadat een huisarts heeft beoordeeld dat de aanvullende expertise van één van deze beroepsgroepen gewenst is. De huisarts dient derhalve een verwijzing te hebben afgegeven voordat de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten wordt ingezet.

Dit heeft ook gevolgen voor de toepassing van het verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, tenzij het gaat om een zorgvorm die nadrukkelijk is uitgesloten. Eén van die uitzonderingen is de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De achterliggende reden voor deze uitzondering is dat de huisarts als eerste aanspreekpunt voor mensen en als poortwachter van het stelsel beschikbaar is zonder enige financiële drempel. De huisarts kan daarbij niet alleen verwijzen naar medisch specialisten in bijvoorbeeld het ziekenhuis, maar ook naar de collega's die generalistische geneeskundige zorg bieden aan specifieke groepen en waar ook specifieke kennis voor nodig is: de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. Aangezien het gaat om specifieke kennis die beschikbaar is na een verwijzing door de huisarts, is het logisch om de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten niet uit te zonderen van het verplicht eigen risico. Bovendien geldt bij vergelijkbare zorgvormen als het eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg (beide met verblijf) en de zintuiglijke gehandicaptenzorg ook het eigen risico. Artikel 2.17 van het Bzv wordt hierop aangepast, zodat het verplicht eigen risico geldt voor de geneeskundige zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten bieden.

¹⁰ Deze erkenningen hebben plaatsgevonden via het toenmalig College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten dat in 2010 is opgegaan in het College Geneeskundige Specialismen.

2. Voortgangsrapportage voorwaardelijke toelating 2018, verlenging van twee onderzoeken en afronding van een onderzoek

Bijgaand treft u ook de Voortgangsrapportage voorwaardelijke toelating 2018 van het Zorginstituut aan¹¹. Het Zorginstituut beschrijft in deze voortgangsrapportage de voortgang van de lopende trajecten van voorwaardelijke toelating tot het basispakket.

Het Zorginstituut heeft mij laten weten dat bij drie trajecten van voorwaardelijke toelating vertraging in het onderzoek is opgelopen. Het betreft de volgende trajecten:

1. *Behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV* (hierna: TIL),
2. *dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie* (hierna: DC) en
3. *sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage* (hierna: SNS).

De belangrijkste reden hiervoor is het aantal patiënten dat wil deelnemen aan deze studies. Bij deze drie trajecten verwacht het Zorginstituut dat deze studies met een verlenging naar de maximale periode van zeven jaar voor TIL, zes jaar en vier maanden voor DC en vijf jaar en drie maanden voor SNS voldoende onderzoeksgegevens oplevert om de pakketvraag te beantwoorden.

Omdat ik het belang onderschrijf dat deze potentieel veelbelovende behandelingen sneller bij de patiënt terecht komen, heb ik besloten akkoord te gaan met het advies om TIL te verlengen met drie jaar, DC met één jaar en SNS met zes maanden. Deze verlenging is mogelijk binnen de maximale onderzoeksperiode van voorwaardelijke toelating (zeven jaar). Daarnaast heb ik besloten om het advies van het Zorginstituut op te volgen en het budget voor Autologe vettransplantatie bij borstreconstructie na borstkanker (AFT) te verhogen van € 1.208.584 naar € 1.732.303. Deze verhoging is noodzakelijk omdat is gebleken dat de oorspronkelijke inschatting van gemiddeld drie sessies voor borstreconstructie niet voldoende is, maar dat iets meer sessies nodig zijn. Zonder het aanvullende budget kan de AFT studie dan ook niet gecontinueerd worden. Dit terwijl een steeds groter groep vrouwen alleen een borstreconstructie met lichaamseigen weefsel wenst te ondergaan vanwege de negatieve media-aandacht rondom borstprothesen. Om die reden heb ik besloten om het advies over te nemen.

Bij het onderzoek naar de nieuwe behandeling bij een zeer agressieve vorm van borstkanker die voorkomt bij relatief jonge vrouwen kan het Zorginstituut nog onvoldoende inschatten of dit onderzoek binnen de maximaal toegestane periode kan worden afgerond. Ik neem het advies van het Zorginstituut over om de ontwikkelingen bij dit onderzoek het komende jaar af te wachten, alvorens over dit traject in een later stadium een besluit te nemen.

Op 21 mei 2018 heb ik u geïnformeerd dat de voorwaardelijke toelatingsregeling per begin 2019 zal worden vervangen door de subsidieregeling Veelbelovende zorg¹². Deze regeling is inmiddels van kracht. Enkel voor de huidige trajecten zal de voorwaardelijke toelatingsregeling nog doorlopen totdat al deze trajecten zijn afgerond.

¹¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

¹² Kamerstuk 32 620, nr. 905.

3. Prenatale screening: counseling en de 20-wekenecho

In mijn brief van 1 juni 2018 over het basispakket Zvw 2019¹³ heb ik aangegeven dat ik het RIVM zou vragen om een uitvoeringstoets te doen naar de uitvoeringsconsequenties wanneer de financiering van de counseling over prenatale screening en de 20-wekenecho uit het basispakket zouden worden gehaald. In het afgelopen jaar is duidelijk geworden welke opties er zijn om deze zorg en diensten op een rechtmatige wijze vanuit de begroting te vergoeden op een goed uitvoerbare wijze. Er heeft nog geen uitvoeringstoets plaatsgevonden om de effecten van deze opties, waaronder de mogelijk consequenties voor de patiënt, te onderzoeken. Ik zal spoedig met het RIVM afspraken maken over de nadere uitwerking van de verschillende opties. Ik verwacht in de brief over het basispakket voor 2021 meer duidelijkheid te kunnen geven over de toekomstige financiering van de counseling en de 20-wekenecho. De 20-wekenecho zal tot die tijd vanuit het basispakket vergoed blijven worden.

In de brief van 23 november 2018¹⁴ met de beleidsreactie op het Gezondheidsraadadvies over prenatale screening heeft de Minister van VWS aangegeven dat de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) beschikbaar blijft, gefinancierd door een eigen betaling en subsidie. Over de verlenging van de subsidieregeling NIPT wordt uw Kamer separaat geïnformeerd.

4. Vergoeding kunstmatige inseminatie met donorzaad

Op 13 maart¹⁵ bent u geïnformeerd over de tijdelijke vergoedingsregeling in 2019 voor de kunstmatige inseminatie met donorzaad voor alleen-gaande vrouwen en lesbische paren, zonder dat er sprake is van een medische indicatie. Voor de zomer informeer ik u in een aparte brief over het in de eerdere brief aangekondigde besluit over de vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen.

5. Adviestraject van het Zorginstituut over mobiele diagnostiek

Graag informeer ik u verder over een recente verkenningsvraag die ik heb uitgezet bij het Zorginstituut en de NZa. Het betreft de vraag hoe gefaciliteerd kan worden dat mobiele vormen van diagnostiek breder beschikbaar worden en een structurele bekostigingsvorm krijgen. Op dit moment is deze inbedding nog onvoldoende en zijn er voor zorgaanbieders nog onvoldoende prikkels om initiatieven tot mobiele diagnostiek op te starten of mobiele diagnostiek in te kopen voor de eigen patiënten. Deze adviesvraag komt voort uit de behoefte om te verkennen of zorg voor (kwetsbare) patiënten gemakkelijker naar deze patiënten kan worden gebracht dan andersom, om zo de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek te stimuleren.

Een goed voorbeeld van gewenste mobiele diagnostiek is het langlopende initiatief van het Onze Lieve Vrouwengasthuis in Amsterdam, waarbij de Rijdende Röntgen met name wordt ingezet om kwetsbare patiënten in verpleeghuizen in de regio Amsterdam ter plaatse te onderzoeken. Patiënten hoeven dan niet meer voor diagnostiek naar het ziekenhuis.

De verkenning die het Zorginstituut en de NZa uitvoeren is erop gericht om uit te werken hoe mobiele diagnostiek kan worden bekostigd en hoe mobiele diagnostiek ook in andere sectoren (zoals gehandicaptenzorg,

¹³ Kamerstuk 29 689, nr. 909.

¹⁴ Kamerstukken 2018/19, 29 323, nr. 121.

¹⁵ Kamerstukken 2018/19, 35 000 XVI, nr. 122.

GGZ en eerstelijnszorg) en voor andere vormen van diagnostiek (zoals echografie) kan worden ingezet. Ik hoop u dit najaar te kunnen informeren over de uitkomsten van deze verkenning.

6. Financiële gevolgen

Er is geen financieel gevolg voor de toevoeging van de aanspraak dat in plaats van vervoer «logeren» vergoed kan worden. Dit komt omdat vergoeding alleen mogelijk is als een verzekerde ook recht zou hebben op vervoer. In dat geval zal sprake zijn van substitutie, omdat de vervoerskosten worden vervangen door logeerkosten. Er is ook geen financieel effect voor de toevoeging van geriatrische revalidatiezorg, omdat dit vervoer nu ook al wordt vergoed vanuit de hardheidsclausule.

Indien een apotheekbereiding conform bovenstaande systematiek wordt vergoed uit hoofde van het basispakket, vallen de kosten ervan in het financiële kader voor farmaceutische zorg dan wel voor medisch specialistische zorg. Voor dergelijke toevoegingen is financiële groei-ruimte beschikbaar voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars (net als voor de reguliere toelating van nieuwe geneesmiddelen). Tevens geldt voor burgers dat het eigen risico wel van toepassing is. Er zijn echter geen eigen bijdragen (bijbetalingen) gekoppeld aan apotheekbereidingen.

Met de overheveling van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten is € 15 miljoen gemoeid. Dit budget wordt toegevoegd aan het budgettair kader voor geriatrische revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf van ruim € 1 miljard. Op dit kader is het macrobeheersinstrument van toepassing.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins