

Vergaderjaar 2013–2014

33 750 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014

Nr. 14

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 oktober 2013

Bijgaand stuur ik u, mede namens de Staatssecretaris van VWS, de stand van zaken van de toezeggingen die door mij of de Staatssecretaris zijn gedaan aan de Tweede Kamer. Aan veel verzoeken van uw Kamer is inmiddels voldaan. Verder informeer ik u in deze brief over de toezeggingen die om verschillende redenen niet meer voor de begrotingsbehandeling worden afgehandeld. Deze brief voldoet tevens aan het verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport om actualisatie van de stand van zaken van de toezeggingen van VWS.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

Op 19 september jl. hebben de Staatssecretaris en ik uw Kamer geïnformeerd over onze voornemens om de regelgeving op het gebied van goed bestuur in de zorg aan te scherpen (Kamerstuk 32 012, nr. 15). In deze brief hebben wij toegezegd uw Kamer voor de begrotingsbehandeling separaat te informeren over de voor- en nadelen van een **bestuurlijke ondertoezichtstelling**.¹ Tevens is toegezegd om de (on)mogelijkheden om bestuurders aan te spreken bij onterechte betalingen, nader uiteen te zetten. Gezien de invloed van de invoering van een bestuurlijke ondertoezichtstelling op het beschikbare handhavinginstrumentarium, (en het belang van een grondige analyse alvorens tot een aanpassing van dit instrumentarium wordt besloten) hebben wij de landsadvocaat advies gevraagd over de voor- en nadelen van invoering van een dergelijk instrument. Het rapport van de landsadvocaat is sinds deze week beschikbaar en zal als bijlage bij onze brief worden toegezonden. Wij bestuderen momenteel het uitgebrachte adviesrapport en verwachten u op korte termijn voornoemde brief over bestuurlijke ondertoezichtstelling en bestuurlijke aansprakelijkheid te kunnen toezenden.

In het debat over de langdurige zorg heeft uw Kamer de Staatssecretaris verzocht om geïnformeerd te worden **over de kosten die de Rijks-overheid, gemeenten en zorginstellingen maken om zorg te decentraliseren (Kamerstuk 30 597, nr. 320)**. In het Regeerakkoord van het vorige kabinet is incidenteel € 130 mln. beschikbaar gesteld ter dekking van de transitiekosten van het wetsvoorstel begeleiding. Hiervan is € 79,6 mln. via het gemeentefonds beschikbaar gesteld ter compensatie van transitiekosten bij gemeenten voor de jaren 2012–2013. Voor 2014 is hier een incidenteel bedrag van € 37 mln. aan toegevoegd. Doordat de uitgaven die gemeenten doen uit dit budget worden verantwoord aan de gemeenteraad beschik ik niet over informatie over feitelijke uitgaven die gemeenten uit dit budget hebben gedaan. De VNG heeft een subsidie van 0,4 mln. ontvangen ter compensatie van extra kosten. Daarnaast is € 50 mln. toegevoegd aan de begroting van VWS ter dekking van transitiekosten van het Ministerie van VWS, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties. Een deel van deze middelen is ingezet voor subsidies aan koepels van aanbieders en brancheorganisaties, patiënten- en cliëntenorganisaties en de koepel van Wmo raden om hun achterban voor te bereiden op de transitie. Ook is een deel van de middelen aangewend voor ondersteunende activiteiten door het TransitieBureau waarin VWS en VNG samenwerken. Van het bedrag van € 50 mln resteert voor de jaren 2014–2016 nog een bedrag van € 22,2 mln. voor de ondersteuning van de transitie. Individuele aanbieders kunnen geen aanspraak maken op dit budget en dekken de transitiekosten uit de lopende exploitatie. Over de hoogte van deze kosten zijn geen data beschikbaar.

In het **notaoverleg patiëntveiligheid van 17 juni jl. heb ik toegezegd de beroepsverenigingen te vragen onderzoek te doen naar ondermaatse bij- en nascholing (aangehouden motie-Leijten Kamerstuk 33 497, nr. 7)**. Het onderzoek moet rapporteren hoe binnen geaccrediteerde bij- en nascholing omgegaan wordt met nieuwe ontwikkelingen en technologieën in relatie tot de kwaliteit van zorg. Ook wil ik weten hoe de kwaliteit van de bij- en nascholing op dit moment wordt gegarandeerd en wat verbeterpunten zijn. Het onderzoek zal naast de geneeskundig specialistische bij- en nascholing eveneens de bij- en nascholing van de GGZ-verpleegkundige beslaan. De resultaten worden in de eerste helft van 2014 verwacht. In aanvulling hierop wil ik met de

¹ Toezegging gedaan tijdens de voortzetting van de behandeling van het wetsvoorstel Regels ter bevordering van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) op 2 juli 2013 (Kamerstuk 32 402).

KNMG overleggen hoe de bekwaamheid van artsen beter gemonitord en geborgd kan worden.

Tijdens het Wetgevingsoverleg jaarverslag VWS 2012 van 12 juni 2013 heb ik aangegeven **de Kamer te zullen informeren over gebruik van derivaten in de zorgsector (Kamerstuk 33 605 XVI, nr. 9)**. Daarover het volgende. Op Prinsjesdag is het Beleidskader Derivaten door de Minister van Financiën aan de Tweede Kamer gestuurd. Dat kader is ook van toepassing op de zorgsector maar dient nog nader voor de zorg te worden ingevuld. In de brief Goed bestuur in de zorg, 19 september 2013 (Kamerstuk 32 012, nr. 15), heb ik aangegeven dat die nadere invulling zijn wettelijke basis krijgt in de aangekondigde Wet goed bestuur. Daarin komt te staan «dat de raad van toezicht zich er van dient te verzekeren dat de raad van bestuur zich houdt aan de nader te stellen regels omtrent het gebruik van risicovolle vormen van rentederivaten.»

De Gezondheidsraad heeft mij in maart 2011 **het advies «Op weg naar evidence based toezicht»²** aangeboden. In het Algemeen Overleg van 20 april 2011 over kwaliteitszorg in de curatieve zorg is dit rapport aan de orde gekomen en heb ik toegezegd uw Kamer te laten weten wat ik met het advies zou doen Tweede Kamer (Kamerstuk 31 765, nr. 46).

Het volgende is met het advies gebeurd. Conform het advies van de Gezondheidsraad, is in 2011 het programma Effectief Toezicht gestart bij ZonMW. Het programma Effectief Toezicht richt zich, conform het advies, op de uitbreiding en verspreiding van wetenschappelijke kennis over toezicht.

De afgelopen maanden hebben er belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden in het toezicht op de gezondheidszorg die ook voor het programma Effectief Toezicht relevant zijn. Naar aanleiding van de twee onderzoeksrapporten van de heer Van der Steenhoven en mevrouw Sorgdrager is er een omvangrijk verbetertraject voor de IGZ gestart. Zo gaat de IGZ scherper toezien op veilige zorg en slagvaardiger handhaven wanneer de zorg kwalitatief «door de bodem zakt» of medische producten niet voldoen aan de geldende eisen. Gezien de samenhang tussen het verbetertraject van de IGZ en het ZonMW-programma Effectief Toezicht, heb ik ZonMW in mijn opdrachtbrief voor 2014 gevraagd (elementen van) dit programma – waar zinvol – aan te passen, teneinde te voorkomen dat:

- er binnen het programma Effectief Toezicht onderzoek wordt herhaald dat al is verricht door de heer Van der Steenhoven en mevrouw Sorgdrager;
- de toekomstige resultaten van het programma Effectief Toezicht ingehaald zijn/worden door de realiteit van de kabinetsreactie op de rapporten van de heer Van der Steenhoven en mevrouw Sorgdrager en het daarna ingezette verbetertraject van de IGZ.

Tijdens de behandeling van de VWS-begroting 2013 (Handelingen II 2012/13, nr. 32, item 5, blz. 39–68) heb ik aangegeven te willen komen tot **transparantie ten aanzien van de besteding van de opleidingsbudgetten**. De afspraak die ik met het veld heb gemaakt om te komen tot transparantie in de kosten en baten van de opleidingsmiddelen heb ik in het Zorgakkoord (brief «Resultaten zorgoverleg d.d. 24 april 2013, Kamerstuk 33 566, nr. 29) vastgelegd.

Van het opleidingsbudget voor de medische vervolgoopleidingen (circa € 1,1 miljard) wordt bijna 60% betaald aan de loonkosten (incl. werkgeverslasten) die samenhangen met het in dienst hebben van de aiOS. De

² Dit rapport is sindsdien beschikbaar op de website van de Gezondheidsraad: <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/innovatie-en-kennisinfrastructuur/op-weg-naar-evidence-based-toezicht-het-onderzoek-naar-ef>

aios zijn in loondienst bij de algemene ziekenhuizen en umc's en vallen daarom onder betreffende CAO's. Deze uitgaven zijn daarmee mijns inziens transparant.

Voorts onderzoekt de NFU welke aanpassingen er in de administratie moeten worden gedaan om op uniforme wijze de transparantie ten aanzien van die kosten en opbrengsten te bevorderen. Naar verwachting zal dit eind 2014 nadere resultaten opleveren.

Voor de verantwoording over de beschikbaarheidsbijdrage 2013 heeft de NZa aanvullende vragen gesteld ten aanzien van het transparant administreren van personele en materiële opleidingskosten. De antwoorden op deze vragen moeten door de instellingen bij bestuursverklaring worden aangeleverd bij de verantwoordingsformulieren over het jaar 2013. Deze dienen uiterlijk 1 mei 2014 bij de NZa te zijn ingediend. Op basis van de uitkomsten van deze inventarisatie beziet de NZa welke vervolgstappen nog nodig zijn om de transparantie van de verantwoording te verhogen.

Met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zal ik overleggen hoe de uit beide trajecten verkregen informatie zijn door te vertalen naar de algemene ziekenhuizen.

Tijdens het AO Pakketadvies van 22 juni 2012 heb ik de Kamer toegezegd (Kamerstuk 29 689, nr. 410) dat ik **de prijsontwikkeling van hoortoestellen** naar aanleiding van mijn wijziging in de vergoeding van hoortoestellen zou monitoren en dat ik u daarover eind 2013 zou informeren. Deze toezegging kan ik helaas niet binnen de termijn gestand doen omdat ik pas rond de jaarwisseling over de resultaten van een eerste meting beschik en ik niet eerder dan in het voorjaar 2014 een betrouwbare rapportage kan presenteren.

Ik heb u tijdens het AO Geneesmiddelen van 6 juni 2013 (Kamerstuk 29 477, nr. 257) toegezegd voor 1-12-2013 de **resultaten te verstrekken van het onderzoek naar medicatieoverdracht** met betrekking tot de naar de aanspraak op geneeskundige zorg overgehevelde geneesmiddelen. Ik ben samen met veldpartijen (KNMP, ASKA, Napco, NVZA, NVPF, NFU en de NVZ) gekomen tot een eenduidige onderzoeksopzet. Dit onderzoek zal uitgevoerd worden door Significant. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek in het voorjaar van 2014 en kan u pas dan hierover informeren. De vertraging is ontstaan doordat ik meer tijd nodig had om met veldpartijen tot een zorgvuldige, eenduidige onderzoeksopzet te komen.

Ik heb in het Vragenuur op 28 mei 2013 toegezegd **gunstbetoon in de medische hulpmiddelensector** in Brussel te zullen agenderen (Handelingen II 2012/13, nr. 87, item 3, blz. 4–5). Bovendien heb ik tijdens het Notaoverleg Patiëntveiligheid op 17 juni 2013 toegezegd (naar aanleiding van de ingediende en daarna ingetrokken motie-Leijten, Kamerstuk 33 497, nr. 8) te willen onderzoeken hoe dit onderwerp eventueel nationaal geregeld kan worden zodat de IGZ hierop toezicht kan houden, voor het geval Europese resultaten op zich laten wachten. Ik zal hieronder op deze twee toezeggingen kort ingaan.

Europese regelgeving

Een toezichttitel voor de IGZ om te kunnen optreden bij oneigenlijke beïnvloeding zal wettelijk gecreëerd moeten worden. Aangezien de markttoelating van medische hulpmiddelen in Europese regelgeving is geregeld, zal de inzet primair zijn om bepalingen betreffende gunstbetoon in deze regelgeving op te nemen. Zoals reeds eerder gemeld aan Uw Kamer, wordt er op dit moment in de Raad en het Europees Parlement onderhandeld over nieuwe voorstellen voor verordeningen voor

medische hulpmiddelen. Nederland heeft, conform de toezegging, inmiddels een voorstel ingediend ten aanzien van gunstbetoon. De toezegging is hiermee gestand gedaan.

Tijdens de Raadswerkgroepen waarin de nieuwe Europese medische hulpmiddelenverordening is besproken, is gebleken dat Nederland niet alleen staat in haar wens dit onderwerp in de nieuwe medische hulpmiddelenverordening te willen regelen. Van brede steun onder lidstaten voor het voorstel dat Nederland hiertoe heeft ingediend is echter (nog) geen sprake, wellicht mede omdat in verband met een grote hoeveelheid te bespreken onderwerpen het Nederlandse voorstel nog niet inhoudelijk is besproken. Dit voorstel zal waarschijnlijk in het najaar in de Raadswerkgroep door de lidstaten en de Europese Commissie worden besproken.

Nationale regelgeving

De toezichttitel voor de IGZ in deze zou zich toespitsen op het tegengaan van oneigenlijke beïnvloeding in de medische hulpmiddelensector door zaken als sponsoring door de industrie, het geven van geschenken door de industrie, het hebben van consultancycontracten met de industrie en het aannemen van gastvrijheid van de industrie. Dit soort marketinginstrumenten wordt in de farmaceutische sector geschaard onder de term gunstbetoon, die ook is vastgelegd in de Geneesmiddelenwet.

Het ligt in de rede om gunstbetoon in de medische hulpmiddelensector inhoudelijk op soortgelijke wijze te regelen. Dat betekent een verbod op gunstbetoon, tenzij het binnen redelijke perken blijft. Buiten deze perken wordt geacht sprake te zijn van oneigenlijke beïnvloeding, wat niet meer zal zijn toegestaan; binnen deze perken is sprake van marketing die toelaatbaar is. Een en ander kan in de Wet medische hulpmiddelen worden vastgelegd. Voor wat betreft het mogelijke sanctieregime kan ook worden aangesloten bij hetgeen aanwezig is voor gunstbetoon in de farmaceutische sector: overtreding van de wet op dit punt kan ad ultimo leiden tot een bestuurlijke boete ter hoogte van € 450.000. Met het onderzoeken van de nationale mogelijkheden voor een toezichttitel voor de IGZ voor gunstbetoon is ook deze toezegging gestand gedaan. Rond dit onderwerp stuur ik binnenkort een brief aan Uw Kamer, waarin ik de hoofdlijnen van mijn beleid voor dit onderwerp voor de komende jaren uiteen zal zetten.

De partij 50plus heeft in het Fraudedebat in de zorg, het idee geopperd om **herhaalrecepten voor de voorziene duur voortaan geheel via de apotheker** te laten lopen. Dit idee had niet direct betrekking op (het voorkomen van) fraude (Handelingen II 2012/13, nr. 86, item 8, blz. 27–61). De partij 50plus zag in deze maatregel het voordeel van goedkopere en veiligere zorg, op deze wijze zou geen sprake meer zijn van elkaar tegenwerkende medicatie, de arts en de doktersassistent zouden hierdoor minder worden belast en het zou dan tot de mogelijkheden behoren om het herhaalrecept via e-mail of website in te dienen.

Ik deel de opvatting dat de wijze waarop herhaalreceptuur wordt afgehandeld, voor verbetering vatbaar is. Dit geldt eveneens voor het feit dat er onvoldoende goed tussen de zorgverleners onderling informatie (over voorgeschreven medicatie) wordt uitgewisseld. Verbeteringen zijn op dit punt noodzakelijk en neem ik daarom mee in de kwaliteitsagenda Farmacie, die ik samen met de betrokken beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars heb opgesteld, en bij de acties die ik samen met veldpartijen uit ga voeren om verspilling in de zorg tegen te gaan. Ik acht het echter niet opportuun om het voorstel van de Partij 50 plus hierin te volgen. Het moment waarop het herhalingsrecept wordt voorgeschreven, behoort een evaluatiemoment te zijn door de betrokken arts, samen met de patiënt. Beoordeeld dient te worden of de betrokken medicatie volstaat danwel afbouw van de medicatie tot de mogelijkheden

behoort of dat een andere behandeling meer aangewezen is. Daarbij is kennis van het medisch dossier van belang. Het voorstel van de partij 50 plus betekent dat de apotheker voorschrijfbevoegdheid moet worden verleend. Ik beschouw de apotheker als de expert op het gebied van de farmacotherapie, maar de apotheker beschikt niet over een brede medische kennis die voor een voorschrijver noodzakelijk is.

Op 17 oktober jl. heeft u in de regeling van de werkzaamheden bepaald dat u uiterlijk 25 oktober 2013 **een brief wil ontvangen over het bericht dat bezuinigingen op maagzuurremmers leiden tot meer maagbloedingen** (Nos.nl, 17 oktober 2013)(Handelingen II 2013/14, nr. 15, Regeling van werkzaamheden). In deze brief zou ook moeten worden ingegaan op de voorlichtingsrol van de apotheek en huisarts. Het lukt mij niet om binnen dit krappe tijdsbestek met een uitgebreidere reactie te komen. Daarom geef u ik u hierop vooruitlopend, alvast een korte reactie. Ik zeg u toe in november met een uitgebreidere reactie te komen.

Op 17 oktober 2013 verscheen het rapport in de media »Maagzuurremmergebruik als protectie bij NAID en ASA» van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Dit rapport is in opdracht van de farmaceutische industrie tot stand gekomen. Het is uiteraard aan alle betrokken stakeholders de uitkomsten van dergelijk onderzoek binnen deze context te bezien c.q. te beoordelen.

Volgens dit rapport is het gebruik van maagzuurremmers bij risicopatiënten, dus patiënten die NSAIDs als pijnstillers voorgeschreven krijgen, gedaald van 73% in 2011 tot 69% in 2012. De afname van bijna 4% in het gebruik valt te betreuren. Uit deze cijfers blijkt echter dat ook in de situatie waarin deze middelen wel vergoed werden, een relatief grote groep patiënten geen gebruik maakt van maagzuurremmers. Er spelen hier kennelijk ook andere factoren dan financiële. Ik hecht eraan te wijzen op het feit dat het genoemde aantal maagbloedingen als gevolg van de maatregel geen vaststaand feit is maar een inschatting betreft op basis van literatuur van het aantal (extra) maagbloedingen dat kan ontstaan door afname van het gebruik van maagbeschermende middelen. Hieraan liggen geen daadwerkelijke cijfers over gemelde/geregistreerde gevallen ten grondslag.

Zoals al eerder met de Tweede Kamer gewisseld is, start er volgend jaar een onderzoek over medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames over gegevens uit 2014. Daarin zal ook expliciet op het punt van het gebruik van maagzuurremmers worden ingegaan. Dit onderzoek wil ik afwachten.