

**BIJVOEGSEL**

Schriftelijke antwoorden van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van **de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014 (33750-XVI)**.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over verhuizen in de ouderenzorg.**

Bestaande cliënten houden hun recht op verblijf in een instelling, maar dat is niet in alle gevallen dezelfde plek. Doordat cliënten langer thuis blijven wonen, kan er op locaties leegstand ontstaan indien de locatie niet gebruikt kan worden voor de zorg aan de zwaardere doelgroepen of het verhuren aan cliënten (gecombineerd met het leveren van extramurale zorg). In het geval een instelling als gevolg hiervan, of om een andere reden, zoals een verouderd zorggebouw, besluit tot renovatie, sloop of nieuwbouw van een locatie dan kan dat betekenen dat cliënten (tijdelijk) moeten verhuizen naar een andere locatie. Van belang is dan dat de instelling samen met de cliënt (en diens vertegenwoordigers) en eventueel met behulp van het zorgkantoor in overleg gaat over een passende oplossing voor de bestaande bewoners. Mijn indruk is dat dit in de overgrote meerderheid van de gevallen op een zorgvuldige manier geschiedt.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over of de Staatssecretaris het eens is met het VVD-standpunt dat de zorg geen werkgelegenheidsproject is.**

In mijn ogen draait de zorg primair om het verschaffen van goede én betaalbare zorg voor wie dat nodig heeft. Nu en in de toekomst. Daar ligt mijn primaire verantwoordelijkheid. Tegelijkertijd ben ik van mening dat de hervormingen wel op een verantwoorde manier moeten verlopen. De komende jaren staan we voor grote veranderingen die in een relatief kort tijdsbestek gaan plaatsvinden. Het risico op onbedoelde effecten is dus groter dan voorheen. Daar waar onbedoelde effecten plaatsvinden, zien wij voor onszelf een ondersteunende en soms ook corrigerende rol weggelegd. In mijn arbeidsmarktbrief heb ik u daarover uitgebreid geïnformeerd.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het verschil tussen twee rapporten over de arbeidsmarkteffecten van het kabinetsbeleid. Het eerste rapport spreekt van een verlies van 90.000 tot 120.000 banen, het tweede rapport van 36.000 banen.**

Beide rapporten gaan uit van dezelfde cijfers. De arbeidsmarkteffectrapportage (rapport 2) baseert zich op de deelstudie 'Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in 2013-2017 (rapport 1). In de deelstudie wordt niet gesproken van een werkgelegenheidsverlies van 90 tot 120 duizend banen, maar van een overschot van 90 duizend werknemers. Dat wil zeggen dat het aanbod de vraag naar werkgelegenheid met 90 duizend werknemers overschrijdt in een periode van 5 jaar (2012-2017). De vraag naar werkgelegenheid is gelijk aan de

ontwikkeling in de werkgelegenheid en zal naar verwachting afnemen met 36 duizend banen (22 duizend fte). Het aanbod is de totale groep van werknemers en sollicitanten (vanuit de opleidingen, inactiviteit, uitkeringen en overige sectoren) en is in het basisscenario 90 duizend personen hoger dan de vraag.

**Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.**

De deelstudie doet de aanname dat de groep sollicitanten de komende 5 jaar net zo hoog zal zijn als in de afgelopen 5 jaar. Voor net afgestudeerden van een zorgopleiding lijkt deze aanname plausibel, maar dat geldt niet voor het aantal mensen dat vanuit een uitkering of andere sector solliciteert voor een baan in de zorg. De afgelopen 5 jaar hebben werkgevers grote wervingsacties opgezet om deze mensen naar de zorg te trekken. In tijden van ontslagen en overschotten lijkt het zeer onwaarschijnlijk dat zorginstellingen dat blijven doen. Er zal dus minder vraag zijn naar zij-instromers. Als de zij-instroom komende jaren ongeveer 50% lager ligt dan zal er geen sprake zijn van een overschot. Overigens geeft het onderzoeksbureau zelf aan dat het aanbod niet goed geschat kan worden.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over 15% besparing in de jeugdzorg door efficiency.**

Het grootste deel van het budget voor jeugdhulp wordt besteed aan personeelskosten. Het streven om d.m.v. "een gezin, één gezin, één plan, één regisseur minder verschillende hulpverleners naast elkaar te laten werken heeft uiteraard gevolgen voor werkgelegenheid.

Een verhoging van efficiency betekent overigens ook dat hetzelfde werk met minder mensen kan worden gedaan.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over intimiderend personeelsbeleid**

Als er sprake zou zijn van intimidatie van zorgpersoneel dan acht ik dat verwerpelijk. Er zijn meerdere mogelijkheden voor medewerkers om misstanden aan te kaarten zonder dat zij daarbij zelf voor op de voorgrond hoeven treden, onder andere via de ondernemingsraad, de cliëntenraad, de vakbond, de inspectie gezondheidszorg.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het advies van het Capaciteitsorgaan om rekening te houden met de instroom van buitenlandse artsen.**

Bij het bepalen van het aantal artsen dat in Nederland moet worden opgeleid om aan de verwachte zorgvraag in Nederland te kunnen voldoen, wordt in het model van het capaciteitsorgaan standaard rekening gehouden met de instroom van artsen met een buitenlands diploma. Deze artsen hoeven

immers niet in Nederland opgeleid te worden. Bij het opstellen van het vorige capaciteitsplan (2010) had het Capaciteitsorgaan sterke aanwijzingen dat de instroom van buitenlandse medisch specialisten op termijn zou wegvallen. Om te voorkomen dat daardoor een tekort aan medisch specialisten in Nederland zou optreden, werd geadviseerd het aantal opleidingplaatsen te verhogen.

Bij het opstellen van zijn nieuwe advies heeft het Capaciteitsorgaan wederom gekeken hoe de instroom van artsen met een buitenlands diploma zich ontwikkelt. In tegenstelling tot de eerdere verwachting, blijkt deze instroom geen dalende tendens te vertonen. Daarom houdt het Capaciteitsorgaan in zijn meest recente advies rekening met continuering van een zekere instroom van artsen met een buitenlands diploma. Overigens zullen we ruimer dan het Capaciteitsorgaan adviseert opleiden, omdat voldoende artsen de basis is van een goede zorg.

Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de analyse van de staatssecretaris over wat er niet goed is gegaan bij Sensire?**

Op basis van de reconstructie van de behandeling van de ontslagaanvraag van Thuishulp Sensire BV door het UWV, die op 17 oktober door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid mede namens mij naar de Tweede Kamer is verzonden, blijkt dat er bij Sensire onder meer sprake was van meerjarige omvangrijke verliezen, minder inkomsten, een negatieve exploitatieverwachting en aflopende contracten.

De situatie rond Sensire heeft geleid tot maatschappelijke onrust en acties van betrokken medewerkers en burgers. Deze onrust, tezamen met de bijzondere situatie waarin de grootste aanbieder van de regio haar bedrijfsactiviteiten beëindigt en de noodzaak om de aanbesteding snel af te ronden, heeft er toe geleid dat de minister van SZW en ik het wenselijk vinden bijzondere aandacht te geven aan de uitvoering van de verantwoordelijkheden die de betrokken partijen hebben en de afspraken die zijn gemaakt, nadat ik eind augustus op bezoek ben geweest in de Achterhoek. Daarom hebben wij een onafhankelijke waarnemer benoemd die nu actief is in de Achterhoek en die uiterlijk 1 november een eerste rapportage van bevindingen zal afronden.

Doelstelling is voorts om hieruit landelijk eventueel lessen te trekken.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over invoering van de Wmo.**

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft in de evaluatie van de

Wmo over de jaren 2007 t/m 2009 aangegeven dat *“De Wmo werkt, in de zin dat de meeste gemeenten de wet uitvoeren zoals de wetgever haar heeft bedoeld en met de instrumenten die de wet verschaft.”*<sup>1</sup>. De tevredenheid van burgers over de geboden ondersteuning is groot en gemeenten leggen nieuwe verbindingen met samenhangende (leef)domeinen. De Kamer heeft deze evaluatie ontvangen.

De Wmo was evenwel niet ‘uitontwikkeld’: gemeenten en aanbieders zijn, onder de noemer van Welzijn Nieuwe Stijl verder gegaan met de vormgeving van lokale verbeteringen en verbindingen. Het project van de ‘Kanteling’, van de VNG en de CG-raad, financieel ondersteund door VWS, strekt tot het ‘denken in oplossingen voor problemen’ i.p.v. louter in voorzieningen. De gemeente spreekt met en niet over de burger, en legt verbindingen met andere domeinen zoals werken, wonen en onderwijs. De Wmo 2015 zal voortbouwen op deze uitgangspunten.

Die lessen die samenhangen met de eerste aanbestedingen in de WMO hebben een plaats gekregen door de wijzigingen “Kant/Leijten”, en blijven ook in de nieuwe WMO van kracht.

Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

---

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2009-2010, 30597, nr. 153

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het afzien van zorg om financiële redenen.**

Het verplicht eigen risico heeft onder meer tot doel het kostenbewustzijn van de verzekerden te vergroten. Op die wijze draagt het verplicht eigen risico ertoe bij dat verzekerden, voordat zij naar een zorgverlener stappen, nog een keer afwegen of dat nodig is.

Bij het ongewenst afzien van zorg in 2013 blijkt dat minder mensen zeggen dat kosten een rol spelen dan bij het ongewenst afzien van zorg in 2012. En dat terwijl het verplicht eigen risico per 2013 is verhoogd. Dit blijkt uit de op 25 oktober jl. toegezonden tussenrapportage over de verhoging van het eigen risico en zorgmijding. Ook blijkt dat er bij verzekerden de nodige misvattingen leven over het verplicht eigen risico en voor welke zorgvormen dit geldt, alsmede over de compensatie voor het eigen risico die via de zorgtoeslag plaatsvindt. De invloed van de verhoging van het verplicht eigen risico lijkt in dit alles zeer beperkt te zijn.

Ik zie dan ook geen redenen om het eigen risico af te bouwen of af te schaffen.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over cijfers van het IVM over extra maagbloedingen doordat maagzuurremmers niet meer worden vergoed.**

Uit het rapport van IVM, dat in opdracht van de farmaceutische industrie tot stand is gekomen, blijkt dat er in 2012 een afname was in het gebruik van maagzuurremmers bij patiënten die NSAIDs (pijnstillers) gebruiken. Op basis van wetenschappelijke literatuur is vervolgens een inschatting gemaakt met welk percentage het risico op complicaties verhoogd is. Op basis daarvan is het aantal verwachte maagbloedingen geschat.

In Nederland is er geen systematische registratie van maagbloedingen. Het genoemde aantal is daarmee geen vaststaand feit maar een inschatting van het aantal (extra) maagbloedingen dat *kan* ontstaan door afname van het gebruik van maagbeschermdende middelen. Hieraan liggen dus geen daadwerkelijke cijfers over gemelde/geregistreerde gevallen ten grondslag. Bij de Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen (Lareb) zijn over 2011 vijf meldingen van bloedingen als gevolg van het gebruik van NSAIDs bekend. Over 2012 zijn dat er zes. Over 2013 zijn de definitieve cijfers nog niet bekend. Hierbij moet wel aangetekend worden dat dit een vrijwillig meldsysteem is, en het aantal meldingen beperkt is.

Zoals al eerder met de Tweede Kamer gewisseld is, start er volgend jaar een onderzoek over medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames. Daarin zal ook expliciet op het punt van het gebruik van maagzuurremmers worden

ingegaan.

**Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.**

Zoals toegezegd in mijn brief van 24 oktober 2013 (stand van zaken toezeggingen; kenmerk 111689-BPZ) zal ik in november nog met een uitgebreidere reactie komen op het rapport van het IVM.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het toenemende aantal wanbetalers.**

Het ontstaan van schulden, en dus ook het ontstaan van achterstanden in de betaling van de maandelijkse zorgpremie, is mede het gevolg van de economische crisis in combinatie met **persoonlijke** omstandigheden en het individuele financiële gedrag; de oplossing van schuldenproblematiek is complex en weerbarstig.

De in het wetsvoorstel Verbetering wanbetalersmaatregelen (TK 33 683) opgenomen mogelijkheden (zoals bijvoorbeeld uitstroom bij een onderlinge betalingsregeling of gedifferentieerde premie), alsmede de activiteiten die gericht zijn op de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten (zoals meer inzetten op actieve preventiemaatregelen), bieden perspectief om in 2014 verder voort te gaan om te kunnen bijdragen aan de doelstellingen van de wanbetalersregeling, o.a. ook het terugdringen van het aantal wanbetalers. Met het wetsvoorstel wordt de werking van de wanbetalersregeling verbeterd door de instroom van nieuwe wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime zoveel mogelijk te beperken en de uitstroom daaruit te bevorderen.

Ik heb het voornemen de Nota naar aanleiding van het verslag bij dit wetsvoorstel uiterlijk eind november aan uw Kamer te sturen. Overigens is het aantal onverzekerden teruggelopen van 275.000 naar 30.000. Hier is mogelijk deels sprake van een communicerend vat met de groeiende omvang van het aantal wanbetalers.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over berichten van zorgaanbieders dat verzekerden afzien van zorg.**

Voor de tussenrapportage verhoging eigen risico en zorgmijding die op 25 oktober naar uw Kamer is verzonden is een enquête onder een representatieve steekproef van verzekerden van 18 jaar en ouder uitgevoerd. Uitkomst hiervan is dat verzekerden diverse redenen aangeven waarom zij afzien van zorg. Het valt daarbij op dat bij het ongewenst afzien van zorg in 2012 meer mensen zeggen dat kosten een rol spelen dan bij het ongewenst afzien van zorg in 2013. En dat terwijl het verplicht eigen risico met ingang van 2013 is verhoogd. Overigens merk ik op dat de verhoging van het eigen risico die in het begrotingsakkoord 2013 is afgesproken voor de laagste inkomens volledig is gecompenseerd via de zorgtoeslag.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het zwartboek klokkenluiders verstandelijk gehandicapten.**

Mevrouw Leijten verzoekt om een reactie op het zwartboek. Ik ga ervan uit dat zij doelt op de 'eerste inventarisatie van misstanden in de zorg voor verstandelijk gehandicapten' ([www.klokkenluidersvg.nl](http://www.klokkenluidersvg.nl)). Ik ben nog niet in de gelegenheid geweest dit document in detail te bestuderen. In zijn algemeenheid vind ik het zeer kwalijk als er sprake is van misstanden in de zorg. Ik vind het daarom belangrijk dat mensen met klachten over zorg ergens terecht kunnen, waar zij zich geholpen voelen en waar zij het vertrouwen hebben dat hun klachten over zorg adequaat en effectief worden behandeld, zodat misstanden kunnen worden voorkomen en aangepakt. Ik zal deze eerste inventarisatie zo spoedig mogelijk bestuderen en bezien in hoeverre we de aanbevelingen in beleid meenemen. Overigens begrijp ik uit deze rapportage dat de stichting klokkenluiders verstandelijk gehandicaptenzorg van plan is om de definitieve versie in het voorjaar uit te brengen.

**Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.**

Primair moet iedere zorginstelling op dit moment een klachtencommissie hebben. Om het indienen van een klacht zo laagdrempelig mogelijk te maken, is in het voorstel voor de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) geregeld dat mensen terecht moeten kunnen bij een klachtenfunctionaris of cliëntenvertrouwenspersoon. Om diezelfde reden wordt daarnaast in het voorstel Wet Zorg en dwang, dat ziet op mensen met een verstandelijke handicap en mensen met een psychogeriatrische aandoening, een wettelijke basis gegeven aan de cliëntenvertrouwenspersoon. Op deze wijze wordt de positie van deze kwetsbare en zorgafhankelijke groep mensen verder versterkt. Beide wetten wachten op behandeling door de Eerste Kamer.

Voorts zal een Zorgloket worden ingericht, waar mensen advies kunnen vragen en waar zij ondersteund worden bij het vinden van hun weg in de zorg. Het Zorgloket moet de burger beter begeleiden bij de behandeling van klachten in de zorg door op een respectvolle en empathische manier de juiste weg te vinden voor een klacht. Wanneer nodig wordt de burger ook in de verdere klachten- of geschillenprocedure door het Zorgloket geholpen. Het Zorgloket zal jaarlijks een extern te publiceren klachtbeeld samenstellen, zodat voor iedereen is na te gaan welk type klachten er over de zorg worden gemeld en hoe de afhandeling van deze klachten verloopt. Dit draagt bij aan het vergroten van de transparantie in de zorg.

Ten slotte kunnen mensen hun klachten over de zorg bij de IGZ melden, zodat de IGZ deze signalen mee kan nemen in haar toezicht en waar nodig handhavend kan optreden. Ik betreur het dat de initiatiefnemers de noodzaak voelden een meldpunt op te richten om een zwartboek te maken.



Ik zal de initiatiefnemers uitnodigen voor een gesprek.

Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

Overigens is het Huis voor Klokkenluiders, dat deze week behandeld zou worden in uw Kamer, bedoeld is een veilig huis te bieden voor cliënten. Het “huis voor Klokkenluiders” heeft tot taak bescherming en eventueel financiële steun te bieden aan werknemers die misstanden melden.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over een maximum aan eigen vermogen.**

Een landelijke uniforme norm voor het eigen vermogen is problematisch, omdat de hoogte van het benodigde eigen vermogen afhangt van de risico's die de betreffende instelling loopt. De leeftijd van het vastgoed, de wil dan niet noodzaak voor het treffen van voorzieningen voor sociale plannen of toekomstige onderhandse investeringen spelen hierbij bijvoorbeeld een rol. De vraag is ook wat er gebeurt als zo'n instelling toch failliet gaat ondanks dat de instelling voldeed aan de landelijke norm. Moet de overheid dan geld ter beschikking stellen? Ons systeem is zo niet opgebouwd. De verantwoordelijkheid en de risico's liggen bij de instelling. Overigens zouden die risico's niet anders zijn als de overheid garant zou staan voor kapitaallasten. In dat geval zou de overheid voor die risico's voorzieningen moeten treffen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de aanhoudende fusiegolf van zorgverzekeraars.**

Om te beginnen merk ik op dat er geen sprake is van een aanhoudende fusiegolf. Uit de NZa marktscan die ik eind augustus aan u heb toegestuurd blijkt dat er in 2013 geen wijzigingen in de concerns en zorgverzekeraars zijn ten opzichte van het voorgaande jaar. Evenals in 2012 zijn er 26 zorgverzekeraars binnen 9 concerns actief op de zorgverzekeringsmarkt. Ten aanzien van de ziekenhuizen: er zijn momenteel 91 ziekenhuizen en 265 zbc's. Samen vormen zij een divers aanbod waarin volop keuze is voor de patient.

In het Bestuurlijk Akkoord medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 zijn afspraken gemaakt over een gelijk speelveld zodanig dat gelijkwaardige aanbieders (bestaande en nieuwe) een gelijkwaardige toegang moeten hebben.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over fusies in de zorg.**

Ik ga er van uit dat de vraagsteller doelt op de procedure die de NPCF heeft aangespannen tegen het besluit van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) inzake de fusie tussen het Roosendaalse Franciscus Ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis in Bergen op Zoom. Het is niet aan mij maar aan de rechter om zich uit te spreken over deze procedure. Ik ben overigens in zijn algemeenheid geen voor- en geen tegenstander van fusies. Mijn beleid is er op gericht dat fusies zorgvuldig doordacht worden op basis van kwaliteitsaspecten. Groter is niet per definitie beter, in tegendeel, fusies kunnen slecht uitpakken zowel financieel als ten aanzien van kwaliteit. Maar het omgekeerde kan ook het geval zijn,

**Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.**

Het wetsvoorstel waarmee ik de regels voor zorgspecifieke fusietoetsing wil aanscherpen, ligt op dit moment ter behandeling voor in de Eerste Kamer. Als dit wetsvoorstel kracht van wet heeft, is het aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om een fusie, al dan niet onder voorwaarden, goed te keuren. Nu is dit nog voorbehouden aan de ACM.

Tot het nemen van de regie en het aansturen op een netwerk van samenwerkende ziekenhuizen ben ik niet bereid. Als veldpartijen zelf tot een netwerk van ziekenhuizen willen komen, dan staat ze dat binnen de wet- en regelgeving vrij om te doen.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over financiering ziekenhuizen.**

Ik heb de Algemene Rekenkamer laten weten dat ik blij ben met de aandacht voor de complexiteit van de financiering van de ziekenhuiszorg

In mijn reactie op het rapport heb ik aangegeven dat in het jaar 2012 belangrijke stappen zijn gezet in de transitie van een systeem met 44.000 PBC's naar een systeem met 4.400 DOT's. Dit is een reductie van 90%, met navenant minder bureaucratie en minder fraudegevoelig. Deze stappen zijn ingegeven om de complexiteit te reduceren. De systeemwijzigingen in 2012 zijn noodzakelijkerwijs samengegaan met een ingewikkeld transitie-model. Dat is in samenspraak met het veld tot stand gekomen en in de Tweede Kamer uitgebreid besproken.

De complexiteit van dit transitie-model is helaas onvermijdelijk en omvangrijk. Dit is echter tijdelijk, alleen in de jaren 2012 en 2013.

Daarnaast zet ik volop in op de verbetering van de informatievoorziening over de zorguitgaven. In mijn brief van 4 juli zijn voor de medisch-specialistische zorg maatregelen aangekondigd, onder andere voor verkorting van de maximale DBC-duur, stroomlijning van de administratieve processen, harmonisatie van de verschillende uitgavenbegrippen, het monitoren van de informatie uit de contracten, het inzichtelijk maken van het onderhanden werk, het ontsluiten van de declaratie-informatie met behulp van Zorgprisma (het informatiesysteem van Vectis) en het koppelen van de diagnose volgens de internationale ICD-10-standaard aan de declaratie. De voorstellen leveren een bijdrage aan de versnelling van de informatie over de ziekenhuisuitgaven, aan de monitoring en aan de verklaring van de ontwikkelingen in de uitgaven. Dat zijn juist ook knelpunten die de Rekenkamer benoemt in het rapport.

Wat betreft het idee van prof. Blank. De gedachte van zijn voorstel is dat aan de hand van een klein aantal karakteristieke de prijs van de zorg bepaald kan worden, bijvoorbeeld door een onderscheid te maken tussen een lange of een korte opname, polikliniekbezoek of opname. Zoals ik in mijn brief van

15 februari 2012 heb aangegeven is eenvoud een groot goed, maar gaat deze gedachte te kort de bocht. Deze wijze van financiering is vergelijkbaar met de oude budgetsystematiek, waarin de prikkels om beter en doelmatiger te presteren, en betere kwaliteit voor de patiënt te leveren, ontbraken.

Met de invoering van DOT is een grote slag gemaakt naar vereenvoudiging en betere medische herkenbaarheid. Dat betekent overigens niet dat het systeem klaar is. Ik blijf samen met het veld werken aan een doorontwikkeling van het systeem, waar eenvoud en het tegengaan van fraude en vergissingen onderdeel van zijn.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het openbaar maken van bezoeken, reisjes en lobbycontacten van ambtenaren en bewindspersonen in de afgelopen 10 jaar.**

Bij de totstandkoming van consistent beleid is het uitwisselen van standpunten, expertise en praktijkkennis en het op uitvoerbaarheid toetsen van beleid van essentieel belang. Dit is noodzakelijk vanwege de complexiteit van de zorg en de samenleving waarin deze wordt geleverd. Ministeries hebben niet alle kennis in huis maar zoeken bij hun beleidsthema's de dialoog met partijen die betrokken zijn bij het beleid en die een belangrijke rol hebben bij de uitvoering ervan. Zij beschikken immers over de praktijkkennis met betrekking tot de uitvoering en kunnen vanuit praktijksituaties de realiteit en effectiviteit van beleidsvoornemens inschatten en toetsen. Dit soort activiteiten behoren tot de reguliere werkzaamheden van de ambtenaren.

Ik betrek bij mijn overwegingen bij beleid voortdurend partijen uit de zorg (patiënten, zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, fabrikanten, deskundigen, onderzoekers etc.). Dit gebeurt aan officiële overlegtafels, op meer informele basis en op basis van individuele expertise van gesprekspartners.

Als ik dat niet zou doen, zou mij terecht het verwijt treffen dat ik mij zou afsluiten van de buitenwereld en van de realiteit en dat ik vanuit een ivoren toren beleid maak.

Zoals in de schriftelijke beantwoording is aangegeven is er geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden op welke wijze beleid wordt gemaakt; bijvoorbeeld welke overleggen worden gevoerd, welke werkbezoeken worden afgelegd, welke reizen worden gemaakt, welke symposia en welke congressen worden bezocht. Dit betekent dat ik alle medewerkers (en ex-medewerkers die VWS inmiddels hebben verlaten) zou moeten laten bevragen. Momenteel werken er ongeveer 4500 mensen bij VWS. Het verloop in de afgelopen 10 jaar is circa 10% per jaar. Dit vraagt een enorme ambtelijke inzet.

Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

Extra complicerend is dat er, zoals gesteld, veel verschillende vormen van overleg met het veld zijn die ondersteunend zijn aan de beleidsvorming. Een symposium in een ziekenhuis gefinancierd door het ziekenhuis, een congres gefinancierd door bijvoorbeeld de hartstichting of de KWF kankerbestrijding, vallen die het onder het verzoek? Is een congres in Coevorden anders dan een congres net over de Duitse grens in Osnabrück? Of is een werkbezoek aan een Nederlands ziekenhuis anders dan een werkbezoek aan een Belgisch ziekenhuis?; grenzen tussen al deze vormen zijn arbitrair. In 2011 (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2010-2011, nr. 1616) is, in antwoord op Kamervragen met soortgelijke strekking van mevrouw Leijten (SP), een overzicht aan de Tweede Kamer gestuurd over de buitenlandse dienstreizen voor de periode 2009-2010. Deze exercitie was zeer arbeidsintensief, omdat deze reizen niet als zodanig geormerkt zijn in de administratie. Het lijkt mij onvoldoende toegevoegde waarde opleveren om een dergelijke exercitie te herhalen voor de gevraagde periode. We hebben op dit punt niets te verbergen, maar we zetten onze ambtenaren liever in voor meer nuttige exercities.

Overigens worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen maandelijks gepubliceerd vanaf 1 januari van dit jaar.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Arno Rutte (VVD) over de stap van prestatiebekostiging naar uitkomstbekostiging.**

Bij het realiseren van uitkomstbekostiging kunnen we voortbouwen op het huidige stelsel van de curatieve zorg dat inmiddels een stevig fundament bevat voor het bekostigen van en sturen op uitkomsten. De sector is op de juiste weg, zoals ik ook heb geschetst in mijn brief van 19 juli 2013 over uitkomstbekostiging (TK 2012-2013 29248 nr. 255). In die brief heb ik aangegeven dat beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit van zorg een essentiële randvoorwaarde is voor uitkomstbekostiging. De sector staat voor de grote uitdaging om werk te maken van het vergroten van de transparantie, het inzicht in en de vergelijkbaarheid van de geleverde zorg. In alle sectoren werkt men daar nu hard aan.

Zo heb ik in het akkoord medisch specialistische zorg met partijen afspraken gemaakt over het beheersen van de uitgavenontwikkeling door onder meer bij de contractering kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik veel sterker mee te laten wegen. Het opstellen van een gezamenlijke kwaliteits- en doelmatigheidsagenda vóór het eind van dit jaar vormt het inhoudelijke hart van het akkoord. Deze agenda zal maximaal bijdragen aan de totstandkoming van een gedeeld beeld van wat goede zorg is en grotere transparantie over die goede zorg. Zodra de agenda gereed is zal ik die de Tweede Kamer doen toekomen.

In het eerstelijnsakkoord zijn de hoofdlijnen van het nieuwe bekostigingsmodel overeengekomen dat per 1 januari 2015 wordt ingevoerd. Binnen dit nieuwe bekostigingsmodel krijgen zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om afspraken te maken over het belonen van (gezondheids)uitkomsten. Onder regie van de NZa zullen partijen voor 1 maart 2014 een beperkt aantal nieuwe prestaties ontwikkelen op het vlak van doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek, service en bereikbaarheid. Daarnaast staat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij om ook over andere thema's afspraken te maken om uitkomsten te belonen. In de bekostiging van de nieuwe huisartsenzorg wordt een in een zogenaamd 2<sup>e</sup> compartiment samenwerking van ketenzorg financieel beloond.

Een ander relevant traject voor uitkomstbekostiging zijn de proeftuinen betere zorg met minder kosten. De proeftuinen bevinden zich nu in de voorbereidende fase. Eind dit jaar levert RIVM een eerste beschrijvende rapportage op van de verschillende initiatieven. Hierover zal ik de Tweede Kamer dan ook informeren. Een nulmeting vindt plaats in 2014 en de effectmeting in 2017.

In het ggz-akkoord ten slotte hebben alle partijen opnieuw hun commitment uitgesproken voor het streven naar één taal voor kwaliteit. Het routinematig meten van uitkomsten (ROM) van zorg is bij veel aanbieders al standaard gebruik, maar er zijn ook nog flink veel aanbieders die deze stap nog moeten maken.

Partijen werken momenteel een implementatieplan, ook voor de generalistische basis ggz, voor het invoeren van ROM en het delen van deze informatie.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Arno Rutte (VVD) over het onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van de introductie van meerjarige contracten tussen verzekeraar en verzekerde (polis) in de zorgverzekeringwet.**

De Zorgverzekeringwet bevat, teneinde de verzekeraar scherp te houden, expliciet de mogelijkheid voor de verzekerde om de zorgverzekering jaarlijks per 1 januari op te zeggen (art 7 lid 1 Zvw). Deze wettelijke bepaling maakt het niet mogelijk de verzekerde af te houden van zijn recht om jaarlijks van verzekeraar of polis te wisselen. Ik acht het in het belang van de verzekerde om deze wettelijke opzegbepaling te handhaven. Dit laat onverlet dat de verzekeraar een polis kan ontwikkelen met een zodanige prijs-kwaliteitsverhouding dat het voor de verzekerde aantrekkelijk is gedurende meerdere jaren zijn polis te laten voortduren.

Meerjarige contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders zijn al mogelijk. In de praktijk blijkt dat dergelijke contracten reeds tot stand komen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Arno Rutte (VVD) over welke manier het mogelijk is goedgekeurde vaccins die niet tot het RVP worden toegelaten tegen eigen betaling beschikbaar komen voor iedereen die zelf in zijn gezondheid willen investeren.**

Het Rijksvaccinatieprogramma is een programma waarin vaccins zijn opgenomen waarvan wij vinden dat iedereen die zonder kostendrempels moet kunnen krijgen. Daarnaast zijn er vaccinaties beschikbaar die wel op de markt zijn maar geen onderdeel uitmaken van het RVP. Tegen eigen betaling zijn deze vaccinaties beschikbaar. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan reizigersvaccins, die ook tegen eigen betaling verkrijgbaar zijn. Ik signaleer echter wel een paar aandachtspunten, die opgepakt moeten worden:

1. vaccins die niet tot het RVP worden toegelaten zijn niet bekend bij een breed publiek;
2. daardoor ontstaat geen vraag en geen goede markt;
3. bij artsen is ook weinig bekendheid over deze vaccins waardoor het ook niet aangeboden wordt.

Ik werk aan een vaccinatiezorgmodel waarin alle nieuwe vaccins, dus ook buiten het RVP, de weg naar de burger kunnen vinden. Ik neem hier de verschillende

manieren van bekostigen in mee. Tevens zal ik daarbij aangeven op welke wijze ik wil bevorderen dat mensen objectieve informatie kunnen krijgen over vaccins.

**Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.**

In januari zal ik u hierover nader informeren.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Arno Rutte (VVD) en kamerlid Bouwmeester (PvdA) over noodzakelijke procesinnovaties om vaste voet aan de Nederlandse zorggrond kunnen krijgen?**

Ik herken de noodzaak van procesinnovatie om de zorg anders en slimmer te organiseren op een manier die bij deze tijd past. Dus onder andere met de inzet van e-health. Ik wil hier de komende periode echt prioriteit aan geven. Het belangrijkste doel daarbij is het beter ondersteunen van patiënten en cliënten, zodat zij zelf meer regie kunnen voeren over hun zorg en gezondheid en meer welbevinden ervaren. Dit draagt bij aan een betere kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

In de recent gesloten onderhandelaarsakkoorden hebben alle ondertekenaars het belang van e-health benadrukt. Samen met deze partijen ben ik in gesprek om afspraken te maken over de wijze waarop we gezamenlijk de weg vrijmaken voor grootschalige inzet van e-health toepassingen. Over de uitkomsten hiervan zal ik u informeren in de brief over e-health en innovatie die de staatssecretaris en ik voor het einde van het jaar zullen sturen. Daarbij richt mijn eigen inzet zich onder andere op het bevorderen van standaardisatie om zo interoperabiliteit van toepassingen te realiseren, het creëren van de juiste randvoorwaarden via bekostiging en andere wet- en regelgeving, kennisverspreiding en het verbinden van partijen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over het kostenbewustzijn in de AWBZ, zodat cliënten meer inzicht krijgen in de kosten van de (geleverde) langdurige zorg.**

Het is een zinvolle gedachte om het kostenbewustzijn van AWBZ-cliënten te vergroten. Hierbij dient wel te worden bedacht dat in de voornemens van het kabinet de verantwoordelijkheid van de langdurige zorg wordt verdeeld over gemeenten, de zorgverzekeraars en de kern-AWBZ.

Bij de kern-AWBZ gaat het om sterk zorgafhankelijke cliënten die zeer kwetsbaar zijn. Bij deze doelgroep gaat het dan veeleer om het kostenbewustzijn van de omgeving van de cliënten (ouders, kinderen). Daarbij is sprake van een hoge eigen bijdrage waardoor de cliënt (en zijn omgeving) periodiek wordt geconfronteerd met een bijdrage in de kosten van de zorg.

Doel van kostenbewustzijn is ook om te voorkomen dat onnodig zorgkosten worden gemaakt. Bij de doelgroep van de kern-AWBZ is dit minder aan de orde.

De gedachte van de heer Van 't Wout kan vooral worden meegenomen bij de vormgeving van de extramurale zorgleverantie, die vanaf 2015 bij gemeente en zorgverzekeraars (Zvw) wordt belegd. Per brief van 25 oktober 2013 is aan uw Kamer gemeld hoe binnen de Zvw de zorgrekening vanaf 2014 verbeterd wordt zodat er voor de verzekerde meer inzicht ontstaat in zijn zorgkosten. Voor wat betreft de kern-AWBZ ga ik – met inachtneming van het voorgaande – bezien hoe een en ander adequaat vormgegeven kan worden; bijvoorbeeld bij de afrekening van de eigen bijdrage.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over project consortiumidee, waarbij kleine innovatieve aanbieders aan elkaar worden verbonden ?**

Dit voorstel is gedaan door BTN om kleine en innovatieve aanbieders op verschillende vlakken van zorg aan elkaar te verbinden en hen zo een stevigere

positie te geven in het veld van aanbieders. Ik vind dat kleine zorgondernemers een reële kans moeten hebben op een contract. Dit ook omdat ik hecht aan een innovatief zorgaanbod. Zij kunnen zich desgewenst verenigen in coöperaties. Indien er geen sprake is van mededingingstechnische problemen bij het voorstel van BTN – men heeft hier nog overleg over met de ACM - lijkt het mij uitstekend om de zorgaanbieders die samen willen werken aan lagere kosten, via 'In Voor



Zorg!' te ondersteunen bij de implementatie daarvan.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over aandacht in opleidingen voor de noodzakelijke cultuurverandering in de langdurige zorg (zelfredzaamheid cliënt).**

In de arbeidsmarktbrief van afgelopen vrijdag zetten de minister en ik onder andere in op het investeren in de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt. Daarbij onderstreep ik het belang dat zorgprofessionals in het sociale domein breder worden opgeleid en rekening houden met de omgeving van de cliënt. Ook wel het zogenaamde zorg met de handen op de rug genoemd. Ik heb samen met de minister van OCW relevante zorg- en onderwijspartijen zoals V&VN bevroegd op welke zaken rond de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt extra inzet gepleegd moet worden. Met deze partijen wordt de komende periode nader ingegaan op een uitwerking hiervan. Voor de zomer van 2014 zal ik de Tweede Kamer hierover informeren.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Agema (PVV) over het sluiten van een werkvloerakkoord in plaats van een herfstakkoord of zorgakkoord.**

Bij de totstandkoming van mijn brief over de hervorming van de Langdurige Zorg (25 april 2013) is het zorgveld over de volle breedte – van cliënten tot zorgverzekeraars van aanbieders tot gemeenten - zeer intensief betrokken via de regiegroep. Ik acht verbinding met, en draagvlak van het veld van groot belang. Ook het zorgakkoord is tot stand gekomen in zeer nauw overleg met betrokken partijen, dus de werkvloervertegenwoordigers.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over fraudebestrijding.**

Er worden geen targets benoemd in het plan van aanpak omdat de omvang van fraude in de zorg onbekend is. Daarom heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een onderzoek te doen naar de omvang van fraude in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en een analyse van de mogelijke fraudegevoelige aspecten in het financieringssysteem, en de

mogelijke reparaties daarvan. Op 12 september heeft de Tweede Kamer hierover een brief (28828 nr. 49) ontvangen.

De opbrengsten uit fraudebestrijding bestaan uit twee onderdelen. Enerzijds komen deze tot uiting in lagere zorguitgaven. De fraudeaanpak maakt het daardoor mede mogelijk de in de hoofdlijnenakkoorden afgesproken lagere groei van de zorgkosten te behalen. Het lagere groeipad is verwerkt in de begroting van VWS en zal ook doorwerken in de vaststelling van de nominale premie en derhalve via deze weg worden teruggegeven aan de premiebetaler.

Anderzijds bestaan deze uit de opbrengst van opgelegde boetes door de NZa. Overigens is in de bijlage bij bovengenoemde brief vermeld dat er een business case gemaakt wordt van de voorgenomen uitbreiding van de opsporingsdienst voor de zorg. Wanneer deze gereed is, wordt uw Kamer nader geïnformeerd. In afwachting van de uitkomst van de verkenning naar nut en noodzaak van een opsporingsdienst voor de zorg wordt reeds extra geïnvesteerd in capaciteit bij de Inspectie-SZW. Voor de eventuele op te richten opsporingsdienst voor de zorg geldt dat besluitvorming plaatsvindt op basis van een businesscase. Hierbij wordt ook gekeken naar de ervaringen die de intensivering van de activiteiten bij de Inspectie-SZW opleveren.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over basisset uitkomstindicatoren.**

De orthopeden in Nederland nemen deel aan het Landelijk Register Orthopedische Implantaten (LROI). Dit is een register waarin alle heup- en knie-implantaten zijn vastgelegd. De deelname aan deze dataregistratie is een voorwaarde voor zorginkoop van heup- en knieervangende ingrepen door zorgverzekeraars. Ik vind het belangrijk dat dit de inzichten omtrent de kwaliteit van orthopedische implantaten bevordert. Of deze registratie zich ook leent voor het zinvol benchmarken van instellingen, moet nog door de beroepsgroep nader bepaald worden. Als de registratie zich daarvoor leent en dat tot interpreteerbare gegevens leidt ben ik van mening dat die gegevens in beginsel openbaar moeten zijn.

Ik ga er van uit dat naast de implantatenregistratie ook andere gegevens

omtrent orthopedische en andere ingrepen een bijdrage kunnen leveren aan het vergelijken van de kwaliteit van instellingen. Het is de rol van professionals, verzekeraars en patiëntenorganisaties om in overleg met het kwaliteitsinstituut te bepalen welke indicatoren dat zouden kunnen zijn. Uiteindelijk zullen deze indicatoren opgenomen worden in het register van het kwaliteitsinstituut en zijn instellingen verplicht om gegevens daaromtrent aan te leveren.

Het kwaliteitsinstituut heeft de expliciete opdracht om niet-onderscheidende kwaliteitsindicatoren weg te halen of op te ruimen. Juist om een overzichtelijk set van onderscheidende indicatoren die inzicht geven in de kwaliteit (-verschillen) zal transparantie geven.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over garantiesysteem in de zorg.**

Het is thans al mogelijk voor zorgverzekeraars om tijdens de zorginkoop afspraken te maken met instellingen over de vraag wie er verantwoordelijk is voor de kosten als de ingreep niet het beoogde resultaat heeft. De ruimte hiervoor bestaat al binnen het kader van de Zorgverzekeringswet en is daarmee verankerd in wet- en regelgeving. Ik vind het van belang dat zorgverzekeraars de mogelijkheden die zij hebben om door inkoop op kwaliteit te letten, ten volle benutten. Het invoeren van een garantiesysteem als gevolg van verdergaande afspraken van zorgverzekeraars en zorgaanbieders is dus al mogelijk. Het is een verantwoordelijkheid van veldpartijen zelf om van deze mogelijkheid gebruik te maken. En zich zo positief te onderscheiden voor hun verzekerden

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over financiële arrangementen met farmaceutische bedrijven.**

Zoals ik u in eerdere brieven heb geïnformeerd, wil ik bij het besluit over opname in het pakket van dure geneesmiddelen een prijsarrangement kunnen afsluiten met de leverancier van het geneesmiddel. Zo kan ik innovatieve maar dure geneesmiddelen tegen lagere kosten toegankelijk maken voor de patiënt. Deze arrangementen worden selectief en terughoudend toegepast, alleen bij geneesmiddelen die hoge kosten met zich

meebrengen en waarbij artsen, zorgverzekeraars en ziekenhuizen nog weinig prijsdruk kunnen uitoefenen, bij gebrek aan alternatieven.

Om deze arrangementen mogelijk te maken wordt een daarop toegesneden eenheid ingericht. Op dit moment zie ik nog hoe deze organisatie wordt ingericht en hoe de initiatie, onderhandeling en uitvoering van deze arrangementen op zorgvuldige en transparante wijze ingebed kan worden in het besluitvormingsproces voor de vergoeding van nieuwe geneesmiddelen. Zoals ik u eerder heb toegezegd ontvangt u van mij naar verwachting voor het einde van het jaar hierover een brief.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over gelijkblijvende sociaal-economische gezondheidsverschillen in 2030.**

We hebben in het NPP realistische doelen geformuleerd. Gezien de hardnekkige problematiek, de ervaringen in binnen- en buitenland en de vele factoren die erop van invloed zijn, hebben we de doelstelling in het NPP om de sociaal-economische gezondheidsverschillen niet te laten stijgen in 2030 voorzichtig geformuleerd. We hebben echter wel de ambitie om de komende jaren stevig te blijven inzetten op de verbetering van de gezondheid van mensen met een lage opleiding en laag inkomen. Dit vergt een integrale, lokale aanpak gericht op de directe leefomgeving van mensen. In veel gemeenten worden wijkgerichte aanpakken ontwikkeld, steeds vaker in samenwerking met verzekeraars. Het gaat vooral om buurten met hoge zorgkosten en een slechtere gezondheid. Landelijke ondersteuning vindt plaats via diverse programma's zoals Healthy Pregnancy 4 all, Sport en bewegen in de buurt, buurt-sportcoaches, Gezond in de stad (GIDS)-gelden, de Gezonde wijk aanpak en Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). Ook binnen de zorg, gezonde school programma's en in het actieplan gezond bedrijf is er aandacht voor specifieke risicogroepen waar extra gezondheidswinst te halen is. Daarnaast zijn algemene maatregelen, vooral in de sfeer van gezondheidsbescherming (zoals minder zout en verzadigde vetten in voeding en verhoging van leeftijdsgrenzen voor alcohol en tabak), ook vooral bedoel om extra gezondheidswinst te realiseren bij risicogroepen. De resultaten van deze aanpak zullen op langere termijn duidelijk worden.

Als tussendoelen hebben wij afspraken opgenomen over wat we per activiteit willen bereiken in het driejarig programma. Bij de evaluatie van die afspraken na afloop van het programma en bij het uitkomen van nieuwe VTV gegevens zal bekeken worden of er aanleiding is om de langjarige doelen bij te stellen.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over proeftuinen**

In alle negen proeftuinen staat het verbeteren van de gezondheid van de populatie, naast het verhogen van de zorgkwaliteit en de vermindering van de kosten, centraal. Om deze doelen te realiseren zullen partijen afspraken maken waarbij veelal gebruik gemaakt wordt van bestaande bekostigingsystemen, al dan niet in combinatie met shared savings afspraken. De proeftuinen bevinden zich nu in de voorbereidende (contracterings-)fase (zie kamerbrief 17 oktober 2013). Een nulmeting vindt plaats in 2014 bij de feitelijke start van de proeftuinen. Op dit moment is er daarom nog geen sprake van (gezondheids-)uitkomsten die worden bekostigd, maar er wordt naar toe gewerkt. Eind dit jaar wordt er een eerste beschrijvende rapportage opgeleverd van de verschillende initiatieven. De effectmeting zal in 2017 worden uitgevoerd.

Wellicht de belangrijkste succesfactor voor de proeftuinen is een door alle betrokken partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorggebruikers) gedeelde ambitie en doelstelling, en een innovatieve en proactieve instelling van alle deelnemers. Verder is het zo dat er bij alle proeftuinen sprake is van initiatieven die in de verschillende regio's uit eigen beweging zijn ontstaan. Er is hierbij derhalve geen sprake van regie voeren vanuit de overheid, wel ondersteun en volg ik de proeftuinen actief.

Dit neemt niet weg dat er in de diverse regio's belemmeringen en/of perverse prikkels kunnen worden ervaren. In een eerste bijeenkomst met de initiatiefnemers noemden zij bijvoorbeeld de gevolgen van substitutie van tweede naar eerste lijn voor het Budgettair Kader Zorg (hierover zijn inmiddels afspraken gemaakt in het akkoord met de eerste lijn 2014 tot en met 2017), de mogelijke knelpunten ten aanzien van mededinging in het

geval van voorkeursleveranciers, de mogelijkheden voor de inzet van shared savings, het volgsbeleid van verzekeraars en de mogelijkheden om zorg over de grenzen van de verschillende domeinen vorm te geven. Om de processen rond de proeftuinen bij eventuele belemmeringen te versnellen zorg ik voor korte lijnen met relevante overheidsinstanties zoals het CVZ, de NZa en de ACM

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het afspreken van een tijdpad met het veld over het meetbaar maken van kwaliteit zodat de Kamer de voortgang kan volgen.**

Ik heb met de Orde van Medisch Specialisten en de NPCF afgesproken dat zij de leiding nemen om samen met de ziekenhuizen en verzekeraars te komen tot een gezamenlijke en integrale doelmatigheids- en kwaliteitsagenda die in het akkoord medisch specialistische zorg is afgesproken. Daarbij vind ik het van groot belang dat deze agenda betekenisvol verder gaat dan een beschrijving van lopende initiatieven en dat er een doorlichting plaatsvindt van alle bestaande richtlijnen om te bepalen waar mogelijkheden zijn tot aanscherping. Daarnaast zou wat mij betreft inzicht moeten worden geboden in het besparingspotentieel én zouden, zoals gevraagd door het lid Bouwmeester, in de agenda concrete acties moeten worden verbonden aan een (lange)termijnplanning die mijlpalen en doelstellingen bevat. Monitoring van gepast gebruik en daaraan gekoppeld prikkels die gepast gebruikt stimuleren en consequenties verbinden aan geen gepast gebruik maken daar onderdeel vanuit. Zodra de agenda gereed is zal ik die de Tweede Kamer doen toekomen, zodat de Tweede Kamer de voortgang kan volgen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de publieke verantwoording van zorgverzekeraars over hoe zij inkopen, hun premiegelden besteden en hoe zij gezondheidswinst beogen en behalen.**

Transparantie over inkoopcriteria en de besteding van premiegelden horen bij een transparant stelsel. Een verzekerde moet hier inzicht in kunnen hebben, om op die manier een goed onderbouwde keuze voor een zorgverzekeraar te kunnen maken. Het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg

is work in progress, waarin inmiddels verbetering zichtbaar is. Zo zijn er inmiddels verzekeraars die op hun websites open zijn over hun inkoopcriteria in één of meerdere segmenten van de zorg. Met de door mij voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw zullen zorgverzekeraars een wettelijk worden gedwongen om uiterlijk zes weken voor het begin van het nieuwe verzekeringsjaar bekend te maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Voor wat betreft de transparantie van de besteding van premiegelden en winst, hebben zorgverzekeraars toegezegd dat zij hun websites en andere communicatiemiddelen zullen inzetten om hierin inzicht te geven. Overigens zijn zorgverzekeraars onder bestaande wet- en regelgeving reeds verplicht om transparant te zijn over financiële informatie, welke aangeleverd moet worden aan de Kamer van Koophandel en De Nederlandsche Bank. Deze informatie is reeds grotendeels openbaar. Ook geeft de Nza marktscaninformatie over de ontwikkelingen in de zorgsector en de rol van de verzekeraars daarin.

Ik ga ervan uit dat verzekeraars de komende jaren nog meer werk maken van transparantie van hun inkoopproces, besteding van premiegeld, maar ook voor wat betreft de service richting klanten en beoogde danwel behaalde gezondheidswinst. Omdat dit het vertrouwen in de rol van zorgverzekeraars kan vergroten, hebben zorgverzekeraars hier zelf belang bij. Het zijn tevens belangrijke aspecten in de concurrentieslag om de verzekerde.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over over goed gedrag van een zorgverzekeraar.**

In de eerst plaats is van belang dat verzekeraars maximaal gestimuleerd worden om te bewerken dat zorg rechtmatig en doelmatig is. Daarom heb ik er voor gezorgd dat – door afschaffing ex post compensaties – verzekeraars deze kabinetsperiode volledig risicodragend worden, zodat zij volledig de gevolgen van hun inspanningen op het gebied van het tegengaan van fraude en verspilling ondervinden.

In het bestuurlijk akkoord medisch specialistische zorg heb ik met partijen onder meer afspraken gemaakt over het belang van keuzevrijheid voor patiënten en een gelijk speelveld als het gaat om de zorginkoop door de zorgverzekeraars. Dat betekent geen gelijke uitkomst, maar wel een gelijke startpositie. Hierbij is als randvoorwaarde genoemd dat gelijkwaardige aanbieders (bestaande en nieuwe) een gelijkwaardige toegang moeten hebben tot de verdeling van middelen en dat informatie over de ingekochte

zorg vóór 19 november van jaar t-1 beschikbaar is voor patiënten. Deze randvoorwaarde maken ook deel uit van het wetsvoorstel verticale integratie. Ook onderschrijven alle partijen dat het inkoopproces open en transparant moet zijn.

Verder is er wat betreft 'goed verzekeraarschap' een 'Gedragscode goed verzekeraarschap' waarin zorgverzekeraars duidelijkheid geven over hoe zij zich richting verzekerde en zorgaanbieder maatschappelijk verantwoord behoren te gedragen. De code geeft aan wat de branche van zorgverzekeraars als juist gedrag ziet en waar partijen met eventuele klachten over zorgverzekeraars terecht kunnen (SKGZ, burgerlijke rechter, medische tuchtcolleges). Verzekeraars verantwoorden zich hierover richting de NZa.

Wat betreft het opstellen als fatsoenlijk onderhandelingspartner heeft de NZa een handreiking geformuleerd (Good Contracting Practices) waarin zij de voornaamste knelpunten bij het contracteren met vrije beroepsbeoefenaren in kaart hebben gebracht en aanbieders en zorgverzekeraars aangeven hoe die opgelost kunnen worden. De NZa verwacht dat partijen zich aan de geschetste kaders houden. Indien dat niet gebeurt kan de NZa optreden door nadere regels te stellen.

Signalen van fraude worden door zorgverzekeraars en zorgkantoren gemeld bij het Kenniscentrum Fraude van ZN. Het Kenniscentrum geeft deze signalen door aan het Landelijk Verzamelpunt van de NZa. Of het wordt bestuursrechtelijk door de NZa afgedaan of strafrechtelijk door het OM.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over beparingen in de zorg.**

Ik hecht zeer aan een goede informatievoorziening over de zorg. Ik heb daarom ook de stuurgroep Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven ingesteld. Die heb ik de opdracht meegegeven om de informatievoorziening over de zorguitgaven te versnellen, om de monitoring te verbeteren en om beter zicht te krijgen in de verklaring van de ontwikkelingen. Over de werkzaamheden en de bereikte resultaten van de stuurgroep heb ik u in mijn brief van 4 juli 2013 een eerste tussenrapportage gestuurd. Ten aanzien van de versnelling van het beeld over de uitgaven heb ik de NZa opdracht



gegeven de maximale duur van een DBC te verkorten van 365 dagen naar 120 dagen. Daarmee wordt een versnelling van 8 maanden gerealiseerd. Op dit moment wordt de haalbaarheid van andere voorstellen onderzocht, bijvoorbeeld de mogelijkheid om een uniform begrip voor de uitgaven te hanteren voor VWS, verzekeraars en instellingen voor de toepassing van het BKZ, de toepassing van het Macro Beheersinstrument en de risicoverevening.

Voor de monitoring van de uitgaven wordt nu binnen de GGZ het totaal aan contracten tussen instellingen en verzekeraars door de NZa aan VWS verstrekt, waardoor al aan het begin van het jaar een indicatie bestaat over de te verwachten uitgaven. Onderzocht wordt of een dergelijk systeem ook voor de medisch-specialistische sector kan worden ingevoerd. Ten aanzien van het verkrijgen van verklarende informatie over de zorguitgaven loopt nu een test om die informatie via Zorgprisma (het informatiesysteem van Vektis) te benaderen. De test geldt voor de sectoren GGZ, medisch-specialistische zorg en de huisartsen. Als de test positieve resultaten oplevert, zullen meer sectoren worden ontsloten. Op deze manier wil ik bereiken dat er eerder een beeld is van de ontwikkeling van de zorguitgaven en dat we ook weten welke ontwikkelingen daarachter zitten. Daarnaast krijgt dit thema in het traject van de intensivering van de fraudebestrijding aandacht.

In het akkoord medisch-specialistische zorg van deze zomer is bovendien afgesproken dat partijen een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg zullen opstellen. Ook het thema gepast gebruik krijgt een plek binnen deze agenda. Een voorbeeld van een initiatief voor meer doelmatigheid dat een plaats zal krijgen in deze agenda is het ZN-programma 'Zinnige zorg, zuivere rekening', dat eind augustus is gepubliceerd en waarin ZN ten aanzien van ongepast gebruik aangeeft dat voor de gehele keten in kaart wordt gebracht waar mogelijke oorzaken zitten van ongepaste zorg, oneigenlijk gebruik en/of misbruik en hoe die kunnen worden aangepakt. Zodra de agenda gereed is zal ik deze aan Uw Kamer aanbieden.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het sturen op de omslag van investeren in gezondheid in plaats van het vullen van bedden.**

Dit raakt rechtstreeks aan de kern van de afspraken die in de verschillende sectorakkoorden gesloten zijn. Om de verlaagde uitgavengroei te realiseren, zetten alle betrokken partijen immers in op maatregelen die de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg verbeteren. Dat vertaalt zich onder meer in het verschuiven van zorg van de medisch specialisten naar de huisarts, en van de huisarts naar zelfzorg. Daarnaast zullen medische richtlijnen en zorgstandaarden strakker worden toegepast, waardoor de behandelingen worden gegeven naar de maatstaven van de medische sector zelf. Ook komt er meer transparantie over kwaliteit en kosten van de zorg. Kortom, alle gesloten akkoorden en de daarin vervatte maatregelen zijn er uiteindelijk op gericht om de omslag te maken van productie ('bedden vullen') naar kwaliteit en doelmatigheid.

Ten aanzien van het door het lid Bouwmeester gesignaleerde risico dat vóór het eind van het jaar het geld bij zorgaanbieders op zou kunnen zijn merk ik ten eerste op dat partijen zich in alle akkoorden gecommitteerd hebben om de zorg binnen de geldende Treeknormen te blijven leveren, waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen. Daarnaast staat het verzekeraars en aanbieders vrij om afspraken te maken over een doorleverplicht in geval er sprake is van het bereiken van vooraf vastgestelde lumpsum- of plafondatafspraken waarmee dit risico ondervangen kan worden.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over Centraal informatiepunt, waar alles over zorg te vinden is.**

Het verbeteren van de informatievoorziening voor zorgvragers is voor mij een speerpunt. Ik vind ook dat er een centraal informatiepunt moet zijn en dat betrouwbaar en goed te vinden is. Daarom is kiesBeter een van de integratiepartners van het voorgenomen Kwaliteitsinstituut. Door het CVZ wordt op dit moment gewerkt aan een nieuwe website die vanaf 1 januari 2014 kiesBeter gaat vervangen. Waar mogelijk wordt op de nieuwe site doorgelinkt naar sites die zich richten op specifieke zorgvragen en waar aanvullende informatie te vinden is over kwaliteit van zorg, zoals bijvoorbeeld [www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl), [www.igz.nl](http://www.igz.nl), [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl), [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl) etc.

#### **Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) en het kamerlid Dik-Faber (CU) over Zorgatlas.**

In het akkoord medisch specialistische zorg is afgesproken dat er een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda door de ondertekenende partijen wordt opgesteld. Het verbeteren van kwaliteitstransparantie is een belangrijk

onderdeel van die agenda. Dat is belangrijk want patiënten hebben een steeds belangrijker rol als gesprekspartner voor de arts (keuze behandeling, gezamenlijke besluitvorming), voor de instelling (kwaliteit van zorg en dienstverlening) en voor de zorgverzekeraar (keuzes selectieve inkoop). Ik zie de Zorgatlas binnen de totstandkoming van de gezamenlijke kwaliteits- en doelmatigheidsagenda als een belangrijke ontwikkeling en ben blij dat er rond de Zorgatlas een samenwerking is ontstaan tussen de NPCF en het Kwaliteitsinstituut zodat er niet allemaal verschillende lijstjes op internet verschijnen waardoor patiënten de weg kwijtraken.

Ik steun de Zorgatlas met een subsidie. Ik heb begrepen dat de NPCF 2 weken geleden een informatieverzoek heeft ingediend bij Vektis en in afwachting is van het besluit van de commissie Kwaliteit van ZN. Ik zie met belangstelling uit naar het besluit. Vorige week heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitwerking van de motie van de leden Dijkstra en Voortman over open data. Ik betrek bij de uitwerking daarvan ook ZN en Vektis om na te gaan onder welke voorwaarden – bijvoorbeeld die van strikte privacy – gegevens openbaar gemaakt kunnen worden, zodat die gebruikt kunnen worden voor onder meer de Zorgatlas.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over shared decision making.**

Ik deel het streven van de PvdA om toe te gaan naar 'shared decision making'. Voor gezamenlijke besluitvorming en zelfzorg is vooral een mentaliteitsverandering nodig bij alle betrokkenen, zowel bij de patiënt als de zorgverlener. In dit kader stuur ik u binnenkort mijn reactie op het advies van de RVZ over de participerende patiënt, waarin ik een en ander nader zal toelichten.

Ik zie dat partijen in het veld hun verantwoordelijkheid hier oppakken. Zie bijvoorbeeld de campagne 'verstandig kiezen' van de Orde van medisch specialisten samen met ZonMW en met betrokkenheid van de NPCF en het manifest van patiëntenorganisaties: 'een meedenkende patiënt is een goedkope(re) patiënt'.

Ik heb de NZa gevraagd onderzoek te doen naar de ruimte voor een 'goed

gesprek' in de bekostiging. De NZa concludeert dat de huidige bekostiging reeds ruimte biedt, maar gebleken is dat deze ruimte onvoldoende wordt benut, omdat er niet een herkenbare zorgactiviteit voor kan worden geregistreerd. De NZa gaat dit vanaf 1 januari 2014 mogelijk maken. Dat maakt het voor aanbieders en verzekeraars makkelijker om afspraken te maken hierover.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de mogelijkheid een regeling voor tolken te maken op basis van de kwaliteitsnorm van het veld.**

Mensen die in Nederland wonen hebben een eigen verantwoordelijkheid om de Nederlandse taal te kunnen spreken. Als zij de Nederlandse taal niet machtig zijn, zullen zij in eerste instantie zelf moeten zoeken naar oplossingen door bijvoorbeeld een mantelzorger of familielid mee te nemen of zelf een professionele tolk te betalen. Bij specifieke doelgroepen kunnen zich evenwel situaties voordoen waarbij niet verwacht mag worden dat zij de Nederlandse taal spreken of kunnen voorzien in een (professionele) tolk. Om die reden is van overheidswege nog steeds financiering mogelijk van tolken voor asielzoekers in een asielzoekerscentrum, cliënten van de vrouwenopvang en slachtoffers van mensenhandel.

De KNMG is van opvatting dat er zich ook andere situaties kunnen voordoen waarbij de overheid een rol zou moeten nemen in de financiering van tolken. De KNMG gaat nader onderzoeken welke specifiek af te bakenen groepen dit zijn.

Ik ga ervan uit dat de KNMG alle relevante kwaliteitsnormen bij haar onderzoek betreft, inclusief de in ontwikkeling zijnde kwaliteitsnorm 'tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg'. Ik wacht de resultaten van het onderzoek af en zal u daarna nader informeren. Ik wil hiermee overigens niet de indruk wekken dat ik de eerder afgeschafte regeling wil herroepen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over wijkzorg.**

Het klopt dat steeds meer thuiszorgorganisaties gaan werken met kleinschalige zelfsturende teams in de wijk. De zorg wordt hierdoor beter afgestemd op de wensen en de eigen mogelijkheden van de cliënt of zijn

omgeving. Uit de ervaring van het project regelarme zorg en andere organisaties die op deze manier zijn gaan werken, blijkt dat deze manier van werken over het algemeen doelmatiger is en leidt tot hogere tevredenheid bij cliënt en medewerker.

Bij de vormgeving van de aanspraak 'Thuisverpleging' in de Zvw wordt aangesloten bij de genoemde ontwikkeling. De huidige productgerichte benadering wordt omgezet naar een cliëntgerichte benadering. Er komt één integrale aanspraak waarbinnen de professionals zelf bepalen welke zorg een cliënt nodig heeft. De indicatiestelling in functies en klassen vervalt. De Nza werkt momenteel aan een advies over de bekostiging en zal dit half november opleveren. De huidige productieprikkel in de bekostiging vervalt en de bekostiging wordt zodanig ingericht dat ontzorgen wordt gestimuleerd en de aanbieder de zorg zo doelmatig mogelijk kan inzetten. Ook wordt belonen op (gezondheids)uitkomsten mogelijk. Zorgverzekeraars krijgen daarmee meer instrumenten dan de zorgkantoren om ruimte te bieden aan zorgaanbieders om te komen tot een wijkgerichte aanpak. Naast de veranderingen in de aanspraak en de bekostiging ben ik met zowel verzekeraars als aanbieders in gesprek over de voorbereiding van de sector op deze veranderingen (bijvoorbeeld via 'In voor zorg').

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over het verspreiden van goede voorbeelden.**

In het Transitiebureau werk ik samen met de VNG en gemeenten, om gemeenten, aanbieders en cliëntorganisaties te ondersteunen bij de decentralisatie naar gemeenten. Onlangs hebben de gemeenten Eindhoven, Leeuwarden en Enschede in samenwerking met het Transitiebureau een waardevolle handreiking over de ontwikkeling van sociale wijkteams uitgebracht. Het uitbrengen van handreikingen met mogelijke modellen en varianten is één van de instrumenten die het Transitiebureau inzet om goede voorbeelden uit het land te verspreiden en de werkbare elementen daaruit verder te brengen. Hierin trekken de Transitiebureaus Wmo en Jeugd ook gezamenlijk op. Ook starten er zeer binnenkort proeftuinen voor de hervorming van de langdurige zorg, waarin partijen met elkaar op zoek gaan naar een andere en betere aanpak om te komen tot ondersteuning voor burgers. Ook de lessen daaruit zal ik naar alle gemeenten verspreiden.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Dijk (PvdA) over de voortgang samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars.**

Ik vind het cruciaal dat samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars wordt geborgd. Ik zal in een brief, die ik binnenkort naar de Kamer zal verzenden en waarin ik een nadere uitwerking geef van de hervorming van de langdurige zorg, aangeven op welke wijze ik deze motie zal uitwerken. Deze samenwerking gaat verder dan alleen het aanvullen of wijzigen van wet- en regelgeving zoals de WMO. Onlangs hebben ongeveer 200 gemeentebesturen en medewerkers van acht zorgverzekeraars deelgenomen aan een masterclass over de samenwerking. Dergelijke vruchtbare contacten en afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars wil ik samen met de VNG en ZN verder ondersteunen en blijven stimuleren. We hebben de afgelopen periode hiervoor met elkaar de belangrijkste thema's voor de samenwerking op een rij gezet. Deze worden op dit moment in het kader van de transitie door ZN en de VNG verder uitgewerkt.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over een onafhankelijke kwaliteitsmonitor, uitgevoerd door cliënten- en patiëntenbeweging.**

Allereerst wil ik benadrukken dat cliënten- en patiëntenorganisaties zeer goed betrokken zijn bij de ontwikkeling en doorontwikkeling van de huidige kwaliteitskaders. Die betrokkenheid is nu ook wettelijk geborgd in het Kwaliteitsinstituut. Professionele standaarden, richtlijnen, indicatoren zullen niet de goedkeuring van het Kwaliteitsinstituut krijgen als het patiënten- en cliëntenperspectief niet of niet voldoende is meegenomen.

Ik steun de heer Van Dijk in de wens om bij het monitoren van de kwaliteit tijdens de transitie, cliënten hierbij een belangrijke rol te bieden. Ik ben met de cliëntenorganisaties (o.a. CG-Raad, NPCF, platform VG, platform GGZ, MEZZO, PerSaldo, PCOB) in gesprek om te verkennen hoe de HLZ-brede transitie voor cliënten ondersteund kan worden door een apart onderdeel aan 'In Voor Zorg!' toe te voegen. Het gaat dan ten eerste om voorlichting aan en dialoog met mensen, en ten tweede om het signaleren van wat er gebeurt. Op dit moment werken de cliëntenorganisaties op mijn verzoek gezamenlijk

een voorstel daartoe uit.

Bij deze activiteiten zullen signalen over de gang van zaken bij de transitie naar voren komen. Het kan signalen betreffen over de voortgang bij gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en waarin mensen / cliënten zelf in staat blijken om samen met hun omgeving en eventueel professionals tot oplossingen te komen. Deze signalen zijn weer voeding voor het programma zelf, maar leveren ook waardevolle beleidsinformatie voor VWS op.

Overigens loopt al sinds 2012 in verband met de transitie van taken van de AWBZ naar de Wmo het programma Aandacht voor Iedereen. Bij dit programma zijn de volgende landelijke organisaties betrokken: CG-Raad, CSO, Koepel Wmo-raden, LPGGz, Mezzo, NPCF, Oogvereniging, Per Saldo, Platform VG, VCP en Zorgbelang Nederland. Een belangrijk onderdeel van het programma is de Raadpleging Zorg naar gemeenten die verandering voor cliënten en mantelzorgers in beeld brengt. De resultaten van de eerste raadpleging komen binnenkort beschikbaar.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over contractering door zorgkantoren van innovatieve zorgverleners.**

Uit de voorbeelden die de heer Van Dijk noemt blijkt dat de zorgkantoren ook oog hebben voor innovatieve zorgverleners en daarom contracten zijn aangegaan met Arduin en Meander.

Ook andere aanbieders die kunnen aantonen dat zij de zorg innovatiever of doelmatiger uitvoeren, kunnen door het zorgkantoor worden gecontracteerd. Daarbij letten zorgkantoren ook op waarborgen met betrekking tot zorgcontinuïteit. Jaarlijks spreek ik de zorgkantoren aan op hun beleid in deze.

Daarnaast heb ik een afzonderlijk budget gecreëerd voor de contractering van ZZP-ers (zelfstandigen zonder personeel). Via dit budget wordt ook een toenemend aantal zelfstandigen gecontracteerd.

### **Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Dijk (PvdA) over maximale overheadpercentages en maximale reserves.**

Ik ben het met de heer van Dijk eens dat teveel of onnodige overhead moet wenselijk is. Geld moet zoveel mogelijk aan zorg worden besteed. Gemiddeld

gesproken scoort de overhead bij zorginstellingen ten opzichte van andere sectoren niet slecht, maar er zijn grote verschillen.

Ik ben bereid om met de gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren en de sector te overleggen of via benchmarking en/of een sectorcode, dan wel via de ontwikkeling van verkoopvoorwaarden, een verdere impuls tot beperking van overhead kan worden bewerkstelligd.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over de benodigde stappen om zelfmanagement te bevorderen.**

Veranderingen in maatschappij en gezondheidszorg zorgen ervoor dat burgers beter zijn geïnformeerd, meer invloed willen op hun leven en daarmee ook op hun zorg en gezondheid. Het in de praktijk aansluiten bij deze zelfmanagement ontwikkelingen vraagt een andere manier van werken van zorgaanbieders, een grotere betrokkenheid van burgers en ander inkoop gedrag van gemeenten en zorgverzekeraars. Ook de overheid zal bijdragen door te zorgen dat het systeem ruimte biedt voor deze nieuwe vormen van zorg.

Het realiseren van meer zelfmanagement is ook de voornaamste reden dat ik zo sterk wil inzetten op e-health, dat is daarvoor namelijk een belangrijk instrument. Ik voer op dit moment gesprekken met de partijen waarnaar het CDA refereert. Met verzekeraars en eerstelijns organisaties spreek ik om gezamenlijk de benodigde stappen te definiëren en in gang te zetten. Ook zijn er met de partijen in de GGZ-sector in het kader van het bestuurlijk akkoord afspraken gemaakt over zelfmanagement van patiënten met psychische problematiek. Ik ben zeker bereid om de gezamenlijke agenda, afgesproken met de professionals/ beroepsgroepen, instellingen, patiënten en verzekeraars vol energie en met grotere verantwoordelijkheid op te pakken. We hebben hierover intensief contact. Begin volgend jaar komen wij met een brief over e-health, waarin zelfmanagement een rol speelt.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over enorme gezondheidswinst met leefstijlverandering te behalen valt.**

Het nationaal programma preventie kiest bij gezondheidsbevordering onder de noemer 'Gezondheid dichtbij, vitale mensen in een gezonde omgeving'



duidelijk voor drie domeinen naast het bestendigen van de al langer bestaande speerpunten. Een levensloopbenadering is hierbij weliswaar niet het eerste vertrekpunt, maar wel is juist binnen deze domeinen veel ruimte en aandacht voor verdere gezondheidswinst bij ouderen. Dat geldt met name bij het wonen en leven in een gezonde wijk en bij preventie in de zorg. Daarnaast kunnen alle partijen met hun activiteiten aansluiten bij het NPP en ANBO en Unie KBO worden hiertoe van harte uitgenodigd.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over uitkomstbekostiging.**

In veel sectoren binnen de eerste lijn is er in de bekostigingssystemen ruimte om te belonen op uitkomsten. Dit geldt in ieder geval voor de sectoren waarvoor vrije tarieven gelden zoals de farmaceutische zorg en de fysiotherapie. Ook sectoren die een 'max-max'-tarief kennen (zoals de mondzorg), hebben ruimte hiervoor.

Daarnaast zal ik per 1 januari 2015 een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg invoeren waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen om afspraken te maken over het belonen op uitkomsten. Deze uitkomsten kunnen divers zijn en zowel gericht zijn op het proces (bijv. deelname aan benchmark, spiegelinformatie), op de gezondheid, maar ook substitutie en patiënttevredenheid betreffen.

Het belonen van uitkomsten zal ook deel uit maken van het bekostigingsmodel voor de verpleging onder de Zorgverzekeringswet, waarover de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mij in november zal adviseren.

Zo heb ik bijvoorbeeld in het akkoord met de eerste lijn afgesproken dat partijen, onder regie van de NZa, voor 1 maart 2014 een beperkt aantal nieuwe prestaties ontwikkelen op het vlak van doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek, service en bereikbaarheid. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) werkt, samen met zorgverzekeraars en de NZa, aan de ontwikkeling van indicatoren bij deze prestaties. Dit zal de uitkomstbekostiging bespoedigen.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over**

## **onderzoek naar administratieve lasten in de zorgsector .**

Net als de CDA fractie vinden de staatssecretaris en ik het van groot belang om in te zetten op zorgverlening en om overbodige bureaucratie zoveel mogelijk te beperken. Ik ga hieronder in op de curatieve sector. De staatssecretaris zal in de beantwoording van de specifieke vragen van het lid Keijzer ingaan op het verlagen van regeldruk in de langdurige zorg.

Ik zet me in om te komen tot een stelsel, waarbij gestandaardiseerde informatie ontsloten wordt uit het primaire proces, en waarbij deze informatie bovendien beschikbaar is voor relevante partijen als patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders. Ik heb uw Kamer daar, met de toezending van de brief 'Een duurzaam informatiestelsel voor de zorg' van 23 oktober 2013, recentelijk nog geïnformeerd.

Ik acht het daarbij relevant dat een dergelijk stelsel gedragen wordt door alle (uitvoerende) partijen. Zij vervullen daarom ook een zeer belangrijke rol bij de activiteiten bij de totstandkoming hiervan. Die betrokkenheid is terug te zien bij de 'Meerjarenagenda Zorginformatie', die tot stand is gekomen op basis van een intensieve en zorgbrede veldconsultatie.

Ook maakt vermindering van regeldruk onderdeel uit van de met sectoren af te sluiten conventanten en akkoorden. Omdat het hier dan vooral gaat om de regeldruk die over de volle breedte wordt ervaren, en waarvoor vaak meerdere partijen verantwoordelijk zijn, is een sectorgerichte aanpak wenselijk. Ook hier denkt het veld actief mee. Zo heb ik recent brieven ontvangen van de Verenigde Eerstelijns Organisaties (VELO) en de partijen verenigd in de "Agenda voor de Zorg" onder leiding van de heer Rinnooy Kan over de mogelijkheden die de sector ziet om administratieve lasten te verminderen. Ik heb hen uitgenodigd voor een overleg op korte termijn om te bezien hoe we dit gezamenlijk kunnen aanpakken, als onderdeel van de inhoudelijke agenda van het recent afgesloten akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017.

Met de GGZ sector wordt met het afgesloten bestuurlijk akkoord een zelfde pad bewandeld. De dubbele administratie waar de sector jaren last van heeft gehad is gelukkig verleden tijd. Het uitgangspunt in de GGZ is dat informatie

en transparantie nodig zijn voor het optimaal functioneren van het stelsel, maar dat het slim inrichten van dit stelsel wel zorgt voor een afname van (ervaren) regeldruk en daarbij zorgt voor een verschuiving van administratie naar het verlenen van zorg. Ook hier heeft de sector het initiatief genomen om mij te voeden met de door hen ervaren administratieve lasten. Op basis van een inventarisatie die op dit moment door een extern bureau wordt uitgevoerd verwacht ik dat de sector in 2014 met verbetervoorstellen zal komen.

Gelet op vorenstaande acht ik het op dit moment niet opportuun Actal te vragen onderzoek te doen naar de mogelijkheden regeldruk te verminderen. Ik zal hen in voorkomende gevallen – net zoals ik hen gevraagd heb kritisch mee te kijken naar de ontwikkelingen rondom het Kwaliteitsinstituut – betrekken.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over inkopen zorg op kwaliteit en prijs.**

De Zorgatlas is een belangrijke ontwikkeling en het is goed dat er rond de Zorgatlas een samenwerking is ontstaan tussen de NPCF en het Kwaliteitsinstituut.

De Zorgatlas wordt gesteund met een subsidie. De NPCF heeft 2 weken geleden een informatieverzoek ingediend bij Vektis en is in afwachting van het besluit van de commissie Kwaliteit van ZN. Ik zie met belangstelling uit naar het besluit. Vorige week heb ik uw kamer geïnformeerd over de uitwerking van de motie van de leden Dijkstra en Voortman over open data. Ik zal bij de uitwerking daarvan ook ZN en Vektis betrekken om na te gaan onder welke voorwaarden – bijvoorbeeld die van strikte privacy – gegevens openbaar gemaakt kunnen worden, zodat die gebruikt kunnen worden voor de zorgatlas.

Ik ben geen voorstander van een verplichting voor zorgverzekeraars om langjarig in te kopen. Ik wil zorgverzekeraars de ruimte geven om zelf in overleg met aanbieders te komen tot verschillende vormen van contractering. Het is nu ook al mogelijk voor verzekeraars en zorgaanbieders om meerjarige contracten te sluiten. Achmea doet dit bijvoorbeeld reeds met een aantal ziekenhuizen. In het akkoord eerste lijn is opgenomen: "Partijen delen de mening dat de transitie naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten gefaciliteerd kan worden door het

aangaan van meerjarige contracten.” Hiermee hebben partijen in de eerstelijns aangegeven positief te staan tegenover meerjarige contracten.

Hetzelfde geldt voor het clusteren van eerstelijns zorgaanbieders. Ook hier wil ik geen verplichting opleggen. Van belang is dat aanbieders zelf hierin keuzes maken. Als het gaat om het clusteren aan de kant van de eerstelijnszorgaanbieders zien we in de praktijk de laatste jaren een duidelijke trend in de ontwikkeling van de (multidisciplinaire) zorggroepen en lokale en regionale organisatieverbanden. Om partijen die overwegen met elkaar te gaan samenwerken te ondersteunen maakt de ACM een analyse voor o.a. de eerstelijnszorg om meer duidelijkheid te geven omtrent het thema samenwerking. Een proactieve rol van de ACM in de aanloop naar beoogde samenwerking draagt naar onze opvatting bij aan afgewogen keuzes voor samenwerkingsconstructies. Momenteel doet de ACM/NZa en VWS in een aantal bijeenkomsten voor beroepsbeoefenaren een ronde door Nederland om te kunnen waarnemen waar men denkt belemmeringen tegen te komen en te informeren hoe die kunnen worden opgelost. Ik zal de resultaten van deze tour in de loop van volgend jaar de Tweede Kamer doen toekomen.

De suggestie om de code goed verzekeraarschap opnieuw te bezien, lijkt mij een goede suggestie. Ik zal dit onder de aandacht brengen van ZN.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over de niet-reanimerenverklaring.**

Ik ben het met mevrouw Keijzer eens dat artsen moeten weten dat wanneer iemand een niet-reanimerenverklaring heeft, deze in principe niet terzijde kan worden geschoven door familie. Dit staat ook als zodanig beschreven in de richtlijn ‘Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen’. Deze richtlijn is in april jongstleden uitgebracht door Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap en V&VN, gesubsidieerd door VWS.

Ik zal de implementatie hiervan goed volgen.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over de laatste levensfase.**

Het is bekend dat de meeste mensen aangeven thuis te willen overlijden. Soms is sprake van een acute situatie die noopt tot opname in het ziekenhuis, wanneer iemand ernstig ziek is. Daarnaast komt het ook voor dat mensen zelf aangeven naar het ziekenhuis te willen. Er kunnen dus verschillende oorzaken zijn voor opname in het ziekenhuis in de laatste levensfase.

Ik ben het daarom met mevrouw Keijzer eens dat het belangrijk is dat mensen in de laatste fase van hun leven nadenken over de vraag hoe zij deze fase willen invullen en of een ziekenhuisopname daar onderdeel van uitmaakt. Het voorkomen van onnodig belastende behandelingen is daarbij belangrijk. Behandelingen dienen in goed overleg tussen patiënt en arts tot stand te komen. Het is daarom van belang dat artsen ruimte hebben in het zorgproces voor een 'goed gesprek'. Dat betekent ook dat de financiële kant hiervan goed geregeld moet zijn. De huidige bekostiging biedt daar reeds ruimte voor, maar gebleken is dat deze ruimte onvoldoende wordt benut, omdat er niet een herkenbare zorgactiviteit voor kan worden geregistreerd. De NZa gaat dit vanaf 1 januari 2014 mogelijk maken. Dat maakt het voor aanbieders en verzekeraars makkelijker om afspraken te maken hierover.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over sterftecijfer als kwaliteitscriteria ziekenhuizen**

Sterftecijfers kunnen niet gebruikt worden om een allesomvattend oordeel over de kwaliteit van een ziekenhuis te geven of als enig criterium voor de vergelijking van ziekenhuizen op het punt van kwaliteit. Een betrouwbare registratie van sterftecijfers kan wel degelijk nuttig en bruikbaar zijn als signaleringsinstrument voor ziekenhuizen zelf en anderen. Zonder feedback over het eigen functioneren en zonder spiegelinformatie is kwaliteitsverbetering eenvoudigweg niet mogelijk. Dat geldt ook voor andere indicatoren zoals complicaties en onverwacht lange opnameduur. Hoe deze sterftecijfers het best berekend kunnen worden om optimaal

bruikbaar te zijn is een vraag die beantwoord moet door de professionals in de zorg. Er lijkt in het veld wel consensus te zijn dat als **bij het vaststellen van de sterftcijfers de zogeheten ‘dertig dagen mortaliteit’ wordt meegenomen, de sterftcijfers aan betrouwbaarheid winnen. Openbaarheid van deze cijfers draagt bij aan de kwaliteitsinformatie die patiënten kunnen helpen te kiezen tussen zorgaanbieders en draagt bij aan de transparantie.**

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over palliatieve teams in ziekenhuizen.**

Het inzetten van een multidisciplinair palliatief team in ziekenhuizen is een manier waarop goede zorg verleend kan worden wanneer iemand niet meer beter kan worden. Een groot voordeel hierbij is de directe beschikbaarheid van kennis over de integrale aanpak van palliatieve zorg. Het team kijkt voor iedere individuele patiënt niet alleen hoe er verlichting van klachten kan plaatsvinden, maar biedt ook begeleiding en ondersteuning aan de patiënt. Ook kan er ondersteuning gegeven worden bij beslissingen rond het al dan niet aangaan van behandelingen.

Hoewel palliatieve teams goede resultaten boeken, is het inzetten van een palliatief team niet de enige manier om goede palliatieve zorg te waarborgen. Het verlenen van palliatieve zorg en het nemen van beslissingen over (door)behandelen in de laatste levensfase behoren namelijk tot de reguliere taak van een arts. Ik wil het daarom aan de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis overlaten op welke wijze de kwaliteit van de palliatieve zorg wordt geborgd. Van belang is dat ook voor de patiënt inzichtelijk is of er zo’n team is. Dat draagt bij aan de transparantie en keuze informatie.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) of we er als mens, familie, samenleving klaar voor zijn als in 2030 1 op de 5 ouderen dementie heeft.**

Het leren samenleven met mensen met dementie is een opgave waarvoor steeds meer burgers zich gesteld zullen zien. Al vanaf 2004, met het Landelijk Dementie Programma, gevolgd door het Programma Ketenzorg Dementie, zet VWS zich met het veld in om de dementiezorg te verbeteren en om voorbereid te zijn om de toekomstige stijging van het aantal mensen met dementie. Met het onlangs gestarte Deltaplan Dementie wordt verder

stevig ingezet op het vergroten van aandacht voor dementie. Ook Alzheimer Nederland speelt hierin een belangrijke rol, bijvoorbeeld met hun inzet voor de dementievriendelijke samenleving. Zeker op de door mevrouw Keijzer genoemde termijn is het verder van belang dat VWS streeft naar vermindering van de ziektelast van dementie, door bij te dragen aan het ZonMw programma Memorabel. Daarmee wordt onderzoek naar oorzaken, preventie, behandeling en doelmatige zorg mogelijk gemaakt. Op 22 mei 2013 heb ik toegezegd u te informeren over het bredere beleid ten aanzien van dementie. Ik ben van plan u daarover in december een brief te sturen.

Mevrouw Keijzer vraagt verder of er in 2030 voldoende intramurale plekken zijn. Voor de meest kwetsbare mensen blijft er in de ook in de toekomst recht bestaan op passende zorg in een beschermende, intramurale omgeving in een nieuwe kern-AWBZ. Overigens woont op dit moment ongeveer 70% van de mensen met dementie buiten een instelling. Als gevolg van het langer thuis wonen zal de behoefte aan intramurale capaciteit voor de lichtere doelgroepen in de komende jaren afnemen. Daar staat tegenover dat de vergrijzing zorgt voor een toename van de behoefte aan intramurale capaciteit voor de zwaardere doelgroepen. Landelijk zal de behoefte aan intramurale capaciteit in 2030 naar verwachting lager zijn dan de intramurale capaciteit op dit moment is (bron: monitor investeren voor de toekomst 2012; meegestuurd als bijlage bij TK 2012 – 2013, 29 389, nr. 54) .

Ik verwacht overigens dat in de toekomst de grenzen tussen "thuis wonen" en "zorg in een instelling" ook voor de zwaardere doelgroepen verder gaan vervagen en dat er vele tussenvormen zullen gaan ontstaan, waarbij mensen zo veel mogelijk hun zelfstandigheid kunnen behouden, maar waarbij zorg en ondersteuning op maat geboden kunnen worden.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over eenzaamheidsbestrijding.**

Ik deel de mening van het CDA dat de bestrijding van eenzaamheid van groot belang is. Een van de redenen om de hervorming van de langdurige zorg in te zetten is dat we te weinig oog hebben voor eenzaamheidsproblemen waardoor deze maar al te vaak leiden tot medicalisering en institutionalisering. Door meer te kijken naar persoonlijke omstandigheden, naasten meer te betrekken bij ondersteuning en een meer betrokken samenleving te bevorderen kan het welbevinden van anderen worden

bevorderd.

Ik werk momenteel samen met de Coalitie Erbij en de VNG aan een landelijk actieplan eenzaamheid. Ik verwacht dat het plan rond de jaarwisseling gereed is.

### **Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over medicijngebruik.**

Met het oog op de verbetering van de kwaliteit van zorg en medicatieveiligheid, is het van belang dat er beter wordt samengewerkt tussen de zorgverleners. In de eerste lijn ligt daarbij het accent op een versteviging van de samenwerking tussen met name apothekers, huisartsen en wijkverpleegkundigen. Een van de mogelijkheden voor het veld om dit te realiseren is door dit in te bedden in een breder samengesteld farmacotherapeutisch overleg (FTO).

Dit komt ook aan bod in het kader van het bestuurlijk overleg farmacie dat voortvloeit uit het rapport van de verkenners extramurale farmacie (de heren Rinnooy Kan en Reibestein). In de kwaliteitsagenda van het bestuurlijk overleg farmacie is de uitwerking van de toekomstvisie met betrekking tot de farmaceutische zorg in een geïntegreerde eerste lijn als agendapunt opgenomen. Dit staat voor samenwerking in de wijk tussen in ieder geval de apotheker, de huisarts en de wijkverpleegkundige. Een manier om de samenwerking te verankeren door het veld, is een dergelijke uitbreiding van het FTO met de wijkverpleegkundige.

Samenwerking en versterking van de organisatiegraad van de geïntegreerde eerstelijnszorg is ook een van de kernelementen van de nieuwe bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Daarover heb ik u op 28 oktober 2013 een brief gestuurd.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over schrappen van HACCP en CQ bij zorginkoop.**

Ik begrijp heel goed wat mevrouw Keijzer met deze vraag beoogt. Met mij wil zij regelgeving opruimen die de kwaliteit van leven van cliënten binnen zorginstellingen nodeloos hindert en medewerkers in de weg staat bij het



uitoefenen van hun professie. Via het project Regelarme instellingen zijn hiermee al goede stappen gezet. Ik ga op deze ingeslagen weg voort.

Voordat ik daar dieper op inga, merk ik graag op dat de HACCP is bedoeld om burgers te beschermen tegen onhygiënische omstandigheden rond voedsel. Het bewaken van voedselveiligheid is een kerntaak van de overheid, waarbij we een evenwicht moeten vinden tussen het stellen van de juiste regels en het voorkomen van onnodige regels. Overigens merk ik daarbij op dat we niet alleen aanlopen tegen onnodige regelgeving, maar op het terrein van kwaliteit vooral ook tegen veel beleving van hinderende regels. Ofwel: tegen regels die in de praktijk rondzingen, maar feitelijk niet bestaan. Ik ga daarom samen met cliënten, met IGZ en met de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit binnenkort verkennen waar op het terrein van kwaliteit, veiligheid en HACCP de feiten liggen en waar de fictie. Hier valt nog een flinke slag te maken. Wat betreft de CQ-index wijs ik erop dat dit instrument een manier is om cliënt-ervaringen in de zorg te meten. De beleving van cliënten is, naast de veiligheid van de zorg, van grote waarde. Juist wanneer het gaat om de zorginkoop.

Dit neemt niet weg dat ook voor het meten van cliënt-ervaringen de administratieve lasten zo laag mogelijk zouden moeten zijn. Daarom ben ik met zorgkantoren in gesprek over zo regelarm mogelijke spelregels voor de inkoop van kwaliteit van zorg. De ervaringen uit het de meldingen en de experimenten regelarme zorg worden hier bij betrokken.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over het doorrekenen van de verschillende situaties die het CDA heeft voorgelegd naar aanleiding van het wetsvoorstel om de Wtcg en Cer af te schaffen. Voorts vraagt het CDA of de staatssecretaris het met het CDA eens is dat de Wtcg en de Cer heel andere regelingen zijn dan de belastingteruggave.**

Ja, de regering rekent deze momenteel door.

In het herfstakkoord is overeengekomen om de fiscale regeling grotendeels te handhaven, zoals onder meer gewenst door de CG-raad. Daarnaast ontvangen gemeenten extra middelen om gericht maatwerk te kunnen leveren. Dat kan via voorzieningen op grond van de Wmo of door middel van

financiële ondersteuning. Gemeenten hebben beter zicht op de persoonlijke situatie van hun burgers en zijn door om goed in staat om te bepalen wie daadwerkelijke ondersteuning nodig heeft.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over de vergoedingen voor e-health en zorgapp's.**

Onlangs ben ik, samen met het CVZ, de NZa en ZonMw, de 'Wegwijzer Financiering e-health' gestart. Op [www.ehealthfinanciering.nl](http://www.ehealthfinanciering.nl) is relevante informatie gebundeld om zorgpartijen te helpen hun weg te vinden in de mogelijkheden van financiering van e-health. Ik zal dit initiatief nogmaals bij partijen onder de aandacht brengen. Tevens zal ik de komende periode belemmeringen opsporen die een succesvolle aanpak van e-health in de weg staan en deze belemmeringen wegnemen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over e-health en kwaliteitsstandaarden.**

De belangrijkste reden om fors in te zetten op e-health is dat het bijdraagt aan het ondersteunen van patiënten en cliënten, zodat zij zelf meer regie kunnen voeren over hun zorg en gezondheid, langer zelfredzaam zijn en meer welbevinden ervaren. Dit draagt weer bij aan een betere kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Ik vind het belangrijker om dit doel (het versterken van zelfmanagement) op te nemen in de kwaliteitsstandaarden, dan het middel (de e-health toepassingen) waarmee dit bereikt wordt. Ik zal met het Kwaliteitsinstituut verkennen welke mogelijkheden er zijn om dit in de kwaliteitsstandaarden te borgen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het grote aanbod van gezondheidsapp's.**

Ik merk ook dat het aanbod van medische app's en (niet-medische) gezondheidsapp's in een hoog tempo toeneemt. Het groeiende aanbod en gebruik van deze app's is een goede ontwikkeling, mits ze betrouwbaar, kwalitatief en veilig zijn. Er zijn initiatieven vanuit zorggebruikers (de digitale zorggids van de NPCF) en zorgaanbieders (de KNMG) om, ieder voor hun eigen achterban, binnen dit aanbod het kaf van het koren te scheiden. Dit

vind ik ook de verantwoordelijkheid van de veldpartijen zelf, zij kunnen dit immers zelf het beste op basis hun eigen ervaringen.

Gezien het medisch advies dat na gebruik van een medische app kan volgen vind ik het belangrijk dat de kwaliteit van deze app's is geborgd. Indien app's vallen onder de definitie medische hulpmiddelen, moeten ze dus ook voldoen aan de wet op de medische hulpmiddelen. Vanaf 1 januari 2014 heeft de IGZ aangekondigd software, en dus ook app's, wanneer die vallen onder de definitie medische hulpmiddelen te gaan handhaven.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over bindende afspraken over no-show.**

Het aanpakken van no show acht ik een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Ik heb in mijn brief 'kostenbewustzijn' geconstateerd dat ziekenhuizen serieus aan de slag zijn gegaan met de no-show. Ieder ziekenhuis, en zelfs elke afdeling van een ziekenhuis, bekijkt zelf welke maatregel het beste werkt. Welke aanpak het beste resultaat oplevert is afhankelijk van verschillende factoren en kan ook wijzigen in de tijd. Ook het te bereiken minimale no-show percentage kan per ziekenhuis en per afdeling verschillen. Daarom vind ik het van belang om in het actieplan met deze verschillen rekening te houden en er niet voor te kiezen om op landelijk niveau gedetailleerd voor te schrijven hoe ziekenhuizen in hun eigen instelling de no show dienen aan te pakken. Daarmee zou de ruimte voor de instelling om, rekening houdend met de lokale omstandigheden, te kiezen voor de meest optimale mix van maatregelen om no show in te dammen, zodanig worden beperkt dat het actieplan naar mijn stellige overtuiging zijn doel voorbij zou schieten. Het lijkt mij wel goed dat in het actieplan wordt aangegeven in welke omstandigheden welke maatregelen het beste werken. Dit helpt ziekenhuizen bij het vinden van de juiste aanpak. Ik zal dus meten welke van de 18 maatregelen het meest effectief zijn.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over kansen voor export van Nederlandse zorg en meer handelsmissies.**

Er vindt op dit moment een Interdepartementaal beleidsonderzoek naar

Grensoverschrijdende zorg plaats. De ontwikkeling van de buitenlandse zorgvraag in Nederland maakt onderdeel uit van de taakopdracht voor dit onderzoek.

Wat betreft de kansen om het buitenland voor Nederlandse zorg te laten kiezen: er liggen kansen voor het Nederlandse bedrijfsleven bij de export van medische technologie. Daarom ga ik ook op economische handelsmissies naar het buitenland, zoals vorig jaar naar India, onlangs naar China en binnenkort naar Rusland. Ik hecht zeer aan deze missies voor zover mijn rol daarin belangrijk is voor de bedrijven om in het land actief te worden, uit te breiden of niet contracten te krijgen.

De zorgverlening in Nederland aan patiënten uit het buitenland zoals we die zien bij hoogtechnologische zorg, beschouw ik als een teken van waardering voor de kwaliteit van de Nederlandse zorgverlening. Transparantie van de kwaliteit zal ook de buitenlandse patiënten kunnen stimuleren hier betaalde zorg te halen. Daar liggen zeker kansen.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het Rekenkamerrapport over de zorguitgaven.**

Ik ben het met de Rekenkamer eens dat de controle op gepast gebruik en rechtmatigheid van de ziekenhuisuitgaven nog niet optimaal is. Een van de doelen van de transitie naar prestatiebekostiging en DOT is dan ook om de prikkels voor gepast gebruik en rechtmatigheid te verbeteren. Daarbij is helder dat het overgangsmoedel dat in 2012 en 2013 geldt de complexiteit vergroot. Dat was te voorzien, maar heeft ons niet weerhouden toch de stap te maken naar een meer eenvoudig en meer fraude bestendig model. Deze twee jaar moeten we als het waren door de zure appel heen bijten. Daarvoor was geen alternatief. Dat is ook uitgebreid met de Tweede Kamer gewisseld. Zorgverzekeraars hebben wel degelijk een belang bij goede controles ook in de transitiefase. De grotere risicodragendheid en de toegenomen concurrentie tussen verzekeraars van de afgelopen jaren hebben hieraan bijgedragen.

Zoals de Rekenkamer ook zelf in het nawoord bij het rapport beschrijft, verwacht ik veel van de afspraken die in het akkoord medisch-specialistische zorg, dat in de zomer van 2013 is gesloten. Daarin zijn afspraken gemaakt over het opstellen van een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda, over het vergroten van de inzichtelijkheid van declaraties en over het versnellen van het contracteer- en declaratieproces. Daarnaast wil ik u nog wijzen op het plan van aanpak Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces, dat ik ook aan uw Kamer heb gestuurd. Ik denk dat ik met deze activiteiten dit probleem gepast aanpak. De Rekenkamer heeft zelf ook laten weten hoopvol te zijn over de effecten van mijn beleid in de praktijk.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) of de minister een nieuwe landelijke kennis- en innovatieagenda voor de zorg wil opstellen en daarbij financieringsvarianten wil verkennen.**

Mevrouw Dijkstra verwees naar het zorgmarktadvies 2013 en de strategische verkenning Shared Savings (2013), beide in opdracht van ZonMw. Tegen die achtergrond wijs ik er graag op dat vanuit VWS doelmatigheidsprogramma's zoals Doelmatigheidsonderzoek en Goed Geneesmiddelen Gebruik bij ZonMw worden gefinancierd. De besparingen die behaald worden door het implementeren van de resultaten uit deze programma's vloeien terug in de zorg. Het is één van de manieren om de kosten van de zorg te beteugelen, zonder dat er ingeleverd hoeft te worden op kwaliteit. Sterker nog: volgens ZonMw zelf is het rendement op het programma Doelmatigheidsonderzoek, zoals mevrouw Dijkstra al had gezien, inderdaad 327%. Met andere woorden: het geïnvesteerde geld verdient zich ruim 3 keer terug in besparingen in de zorg.

Voor het programma Goed Geneesmiddelen Gebruik heb ik sterk ingezet op publiek-private financiering, mede door zorgverzekeraars. Maar de private financiering via het programma zelf gebeurt nog maar mondjesmaat. Ik spreek de zorgverzekeraars en de farmaceutische industrie hier wel op aan. De strategische verkenning van ZonMw over shared savings (partijen waar de kostenbesparingen (kunnen) neerslaan mee laten betalen aan onderzoek) zal hierbij zeker helpen.

Ik zal bezien hoe ik de programma's kan verstevigen om ze nog meer te laten bijdragen aan doelmatigheid in de zorg. Ik sta daarbij ook open om andere financieringsvarianten te verkennen, zoals ik al binnen het programma Goed Geneesmiddelen Gebruik doe.

In het Innovatiecontract van Life Sciences & Health is doelmatigheidsonderzoek (Health Technology Assessment) overigens een belangrijk thema voor publiek-private samenwerking. Dit Innovatiecontract is een landelijke agenda voor kennis en innovatie met betrekking tot medische

producten. Daarnaast zal in de uitwerking van de op 16 juli gesloten akkoorden met partijen verkend worden welke aanvullende kennis nodig is om de noodzakelijke procesinnovaties verder te brengen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over kansen voor export van Nederlandse zorg en meer handelsmissies.**

Er vindt op dit moment een Interdepartementaal beleidsonderzoek naar Grensoverschrijdende zorg plaats. De ontwikkeling van de buitenlandse zorgvraag in Nederland maakt onderdeel uit van de taakopdracht voor dit onderzoek.

Wat betreft de kansen om het buitenland voor Nederlandse zorg te laten kiezen: daar liggen zeker kansen voor het Nederlandse bedrijfsleven bijvoorbeeld bij de export van medische technologie. Daarom ga ik ook op economische handelsmissies naar het buitenland, zoals vorig jaar naar India, onlangs naar China en binnenkort naar Rusland. Ik hecht zeer aan deze missies voor zover mijn rol daarin belangrijk is voor de bedrijven om in het land actief te worden, uit te breiden of contracten te krijgen.

De zorgverlening in Nederland aan patiënten uit het buitenland zoals we die zien bij hoogtechnologische zorg, beschouw ik als een teken van waardering voor de kwaliteit van de Nederlandse zorgverlening. Transparantie van de kwaliteit zal ook de buitenlandse patiënten kunnen stimuleren hier betaalde zorg te halen. Daar liggen zeker kansen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over organiseren van top over export van Nederlandse zorg, met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en bedrijfsleven.**

Life Sciences & Health is een economische topsector. In dat kader is door het bedrijfsleven een buitenlandagenda opgesteld met landen waar export van Nederlandse medische technologie, kennis en kunde op gebieden van de gezondheidszorg kansrijk is. Ik werk graag mee aan het organiseren van een bijeenkomst vanuit het bedrijfsleven, de kennisinstellingen en de overheid over exportmogelijkheden en kansen op het gebied van Life Sciences & Health.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over economische zorgmissies .**

In de afgelopen jaren heb ik enkele missies op het gebied van Life Sciences & Health geleid (de VS, India en China). Dit jaar staat nog een missie naar Rusland op de agenda. Het welslagen van dergelijke missies vraagt een gedegen voorbereiding, ook van de sector. Ik stel mij voor om jaarlijks een beperkt aantal van deze missies te doen in overleg met de Life Sciences & Health sector en in samenhang met de strategische reisagenda van dit kabinet.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de ontwikkeling van de website van EU-burgers over de Nederlandse zorg.**

De website ([www.cbhc.nl](http://www.cbhc.nl)) is nu inderdaad nog in een rudimentair stadium. Ik heb het CVZ onlangs aangewezen als Nationaal Contactpunt (NCP) voor grensoverschrijdende zorg. Het NCP zal aan zowel Nederland inkomende als uitgaande patiënten informatie verstrekken. De informatieverstrekking zal hoofdzakelijk via deze website gebeuren. Het CVZ is na zijn aanwijzing aan het bouwen van deze website begonnen. De verwachting is dat de bouw van de website rond de 6 maanden zal duren. In de tussentijd is het NCP bereikbaar via een contactformulier, waarna contact zal worden opgenomen met de vraagsteller.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het niet failliet laten gaan van de levenseindekliniek?**

Zoals op alle terreinen van zorg ben ik aanspreekbaar op de continuïteit van zorg maar niet op de continuïteit van een individuele instelling. Een voorziening zoals de levenseindekliniek voorziet overigens duidelijk in een behoefte en heeft zich ontwikkeld tot een "last resort" functie. Ik zal het onderwerp daarom meenemen in mijn reguliere gesprekken met zorgverzekeraars.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over de hervorming in de langdurige zorg.**

Aan de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning ligt een aantal uitgangspunten ten grondslag waardoor het systeem logischer en eenvoudiger wordt. Zo is een belangrijk uitgangspunt de ondersteuning en zorg zo dicht mogelijk vanuit de burger te organiseren, in te zetten op maatwerk en aan te sluiten bij de wens om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen. Indien cliënten thuis ondersteuning of zorg nodig hebben, zijn zij niet langer op drie maar op twee stelsels aangewezen. Nu komt het veelvuldig voor dat mensen zorg van de huisarts uit de Zvw nodig hebben, verpleging thuis uit de AWBZ en ondersteuning vanuit de WMO. Straks is het zo dat zij alle zorg uit de Zvw krijgen, en de ondersteuning uit de WMO. Dat is voor mensen die thuis wonen een belangrijke vereenvoudiging en een loket minder. In deze twee stelsels is hetgeen in samenhang geleverd moet worden, bijeengebracht. In de Zvw is alle zorg met een medisch karakter opgenomen, van de arts tot de wijkverpleegkundige. De WMO biedt de gemeenten de gelegenheid om breed te kijken naar alle ondersteuningsvragen in het sociaal domein. Als mensen uiteindelijk toch zijn aangewezen op een plek in een instelling, is deze dan beschikbaar vanuit de vernieuwde AWBZ. Met deze hervorming geven we invulling aan de omslag van systemen naar mensen.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over betrokkenheid bij het beleid van een instelling.**

Ik vind het ook belangrijk dat mensen die zorg nodig hebben en hun directe omgeving (mantelzorgers) betrokken worden bij het beleid van een instelling.

In de brief over goed bestuur in de zorg die de minister en ik op 19 september 2013 hebben verstuurd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 32 012, nr. 15) hebben de minister en ik aangegeven hoe wij de medezeggenschap in de intramurale langdurige zorg willen versterken. Dit omvat onder meer de financiering van de medezeggenschap en bij welke besluiten cliënten advies- of instemmingsrecht hebben. Daarbij wordt aangesloten op de regeling van medezeggenschap zoals deze was vastgelegd in het inmiddels gewijzigde wetsvoorstel cliëntenrechten zorg.

Gezien de afhankelijke positie waar cliënten in de AWBZ-zorg zich vaak bevinden, willen de minister en ik specifiek voor deze zorg aanvullende verplichtingen opleggen. In deze aanvullende verplichtingen zullen we vastleggen bij welke besluiten cliënten in ieder geval medezeggenschap hebben en welke vorm die medezeggenschap heeft: advies of instemming.

In de extramurale zorg is de noodzaak voor de zorgaanbieders om te luisteren naar de wensen anders dan in de intramurale zorg doordat het voor cliënten – anders dan in de intramurale zorg – makkelijker is om van aanbieder te wisselen.



Daarmee is de tegenmacht in de extramurale zorg groter en zullen zorgaanbieders zich automatisch meer richten naar de wensen van de cliënt en de rol die de directe omgeving van de cliënt speelt bij de zorg en ondersteuning. Dat neemt niet weg dat het goed is dat ook extramuraal meer naar cliënten wordt geluisterd.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over het inzicht in de kosten van de langdurige zorg.**

In het zorgplan wordt vastgelegd welke zorg cliënten ontvangen. Ook betaalt het merendeel van de AWBZ-clieñten een eigen bijdrage, waardoor zij kostenbewust opereren.

Om het kostenbewustzijn verder te vergroten is het (zoals ik heb aangegeven in mijn reactie op de vraag van de heer van 't Wout), zinvol om te verkennen of bij de herziening van de langdurige zorg nieuwe initiatieven kunnen worden ontplooid.

### **Vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over het zwartboek over de zorg voor verstandelijk gehandicapten.**

Mevrouw Bergkamp vraagt om een reactie op het zogenaamde zwartboek. Voor de beantwoording hiervan verwijs ik allereerst naar mijn antwoord op de vraag van mw. Leijten hierover.

Voorts vraagt mevrouw Bergkamp naar vermoedens van fraude en oneigenlijk gebruik die hierin worden genoemd. Zoals ik in mijn antwoord aan mw. Leijten heb aangegeven, heb ik de 'eerste inventarisatie van misstanden in de zorg voor verstandelijk gehandicapten' nog niet in detail bestudeerd. Fraude en oneigenlijk gebruik zijn uiteraard ontoelaatbaar en ik neem de gesignaleerde problemen dan ook zeer serieus. Ik zal deze eerste inventarisatie bestuderen en bezien in hoeverre we de aanbevelingen kunnen meenemen in mijn aanpak van fraude in de zorg. Daartoe ga ik ook graag in gesprek met de opstellers van het zwartboek.

Over rol van de IGZ als het gaat om fraude merk ik het volgende op. De IGZ ziet toe op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en niet op fraude. Wanneer de IGZ echter vermoedens heeft van fraude of andere strafbare feiten dan schakelt zij via haar bureau opsporing het Openbaar Ministerie (OM) in. Verder informeert zij een fraude expertteam waaraan naast het OM ook de

NZa, de belastingdienst en het betrokken zorgkantoor deelnemen.

**Antwoord op de vragen van het kamerlid Bergkamp (D66) over de professionaliseringsslag van gemeentelijke ombudsmannen, de stand van zaken omtrent het zorgloket, de vraag of de Nationale ombudsman het niet te druk krijgt met alle 'zorgen over de zorg' en de vraag of het voor burgers nog wel helder is waar zij terecht kunnen (bij de jeugdzorg bijvoorbeeld bij de Kinderombudsman, een gemeentelijke ombudsman of de Nationale ombudsman).**

Ik zal overleggen met de VNG over de vraag of een verdere professionalisering van de gemeentelijke ombudsmannen op het terrein van de nieuwe Wmo van toegevoegde waarde kan zijn, want de lokale ombudsmannen zijn bij uitstek de partij om zich over de Wmo te buigen. Ten aanzien van het zorgloket zijn de voorbereidingen in volle gang. Uw Kamer zal hierover vóór het Kerstreces per brief geïnformeerd worden naar aanleiding van de motie die de heer Kuzu hierover heeft ingediend tijdens de behandeling van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Het uitgangspunt van dit zorgloket is dat iedereen met klachten over de zorg er terecht kan. Wat het zorgloket precies kan betekenen in de begeleiding van burgers met klachten over de Wmo en de jeugdhulp (en wat de rol van de IJZ hierbij wordt) zal nog nader worden gezien. De oprichting van het zorgloket laat overigens onverlet dat gemeenten vrij zijn en blijven om een ombudsman te behouden of op te richten. Burgers zijn en blijven ook vrij om zich te wenden tot de Nationale ombudsman.

Mede naar aanleiding van de aandacht die de Nationale ombudsman vorig jaar heeft besteed aan de klachtafhandeling in de zorg en de rol van de IGZ hierbij, is ervoor gekozen een zorgloket op te richten. Burgers met klachten over de zorg kunnen vanaf 1 juli 2014 bij het zorgloket, zoals gezegd, terecht voor begeleiding. Daarmee is de verwachting dat de Nationale ombudsman het juist minder druk krijgt met 'zorgen over de zorg'. Ik ben me er overigens van bewust dat het klachtenlandschap in de zorg niet altijd eenvoudig is voor burgers. Met name op dit vlak kan het zorgloket begeleiding bieden aan burgers met klachten over de zorg en hen informeren over waar ze met hun klacht terecht kunnen, afhankelijk van de precieze behoefte.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over een nieuwe visie op drugsbeleid.**

Mijn ambtgenoot, de minister van VenJ, heeft de Kamer toegezegd dat voor januari 2014 een brief aan de Tweede Kamer zal worden gestuurd, waarin onder andere is opgenomen een inventarisatie van initiatieven en experimenten van gemeenten, de resultaten van onderzoek naar (kleinschalige) wietteelt in Europa en de VS en een reactie op een artikel van Schilder en Brouwer in het Nederlands Juristenblad van december 2012, waarin de mogelijkheden rond het reguleren van de teelt van cannabis nader zijn uitgewerkt. Ik stel me zo voor dat we naar aanleiding van deze brief met Uw Kamer in debat gaan over deze onderwerpen en over de visie van het kabinet daarop. Tevens zal ik u informeren over de ontwikkelingen rond het beleid van medicinale cannabis.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) over 'shared decision making'.**

Shared decision making is een onderwerp dat vaak terugkomt tijdens deze begrotingsbehandeling. Het is ook van belang dat we daar aandacht aan besteden. Behandelingen dienen in goed overleg tussen patiënt en arts tot stand te komen. Het is daarom van belang dat artsen ruimte hebben in het zorgproces voor een 'goed gesprek'. Dat betekent ook dat de financiële kant hiervan goed geregeld moet zijn. De huidige bekostiging biedt daar reeds ruimte voor, maar gebleken is dat deze ruimte onvoldoende wordt benut, omdat er niet een herkenbare zorgactiviteit voor kan worden geregistreerd. De NZa gaat dit vanaf 1 januari 2014 mogelijk maken. Dat maakt het voor aanbieders en verzekeraars makkelijker om afspraken te maken hierover.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber over het Rekenkamerrapport Transparantie ziekenhuisuitgaven: Uitgavenbeheersing in de zorg deel II.**

Ik heb op 15 oktober 2013 schriftelijk op het rapport van de Algemene Rekenkamer gereageerd. De belangrijkste punten uit mijn reactie heeft de Rekenkamer samengevat op pagina 30 van het rapport. Mijn volledige reactie is te raadplegen op de website van de Algemene Rekenkamer,

[www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl).

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) over de arbeidsverhouding van medisch specialisten.**

Ik vind het belangrijk, ook op de lange termijn, om de keuze tussen vrije vestiging en loondienst te laten bestaan, zoals ook met partijen afgesproken in het akkoord medisch specialistische zorg. Deze keuze wordt gemaakt door instellingen en betrokken medisch specialisten op basis van lokale en individuele afwegingen.

In het rapport van de commissie Meurs waarin beleidsopties met betrekking tot de inkomens van medisch specialisten zijn geïnterpreteerd (TK 2012-2013 29248, nr. 242) wordt overigens geconstateerd dat de laatste jaren het aandeel specialisten in loondienst in de totale specialistenpopulatie gestaag toeneemt en dat de verschuiving van vrije vestiging naar loondienst waarschijnlijk een bestendig karakter heeft.

Overigens is het te verwachten dat als de WNT van toepassing zou zijn op de medisch specialisten, zij op grote schaal uit loondienst zouden stappen. Dat vind ik zo'n ongewenst gevolg van de WNT, die mede daarom niet van toepassing wordt op medisch specialisten.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) over het topinkomensbeleid.**

U verwijst naar een cijfer uit 2011. Sommige bestuurders, in casu inderdaad 18% van het totaal, hebben in 2011 een beloning hoger dan de WNT normen. Ik wil er op wijzen dat er in 2011 geen wettelijke beloningsnorm gold. Die is er op 1 januari 2013 gekomen met de inwerkingtreding van de Wet normering topinkomens (WNT). Op basis van die wet gelden nu wettelijke normen ten aanzien van de honorering van ondermeer zorgbestuurders.

Er geldt een overgangsregime van 4 jaar voor afspraken die zijn gemaakt

voor 6 november 2011. Na deze 4 jaar moet de bezoldiging gedurende 3 jaar afgebouwd worden naar het maximum van de Regeling. De bezoldigingsnormen van de WNT scherpt het kabinet trouwens op korte termijn aan zoals in het regeerakkoord is aangekondigd.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) over biologisch afbreekbare medicijnen.**

Het ontwikkelen van geneesmiddelen is een langdurig proces met grote onzekerheden. Het daarbij meewegen van milieuaspecten maakt het nog ingewikkelder. Desondanks wil ik hier aandacht voor vragen, niet bij het Apollonetwerk, want dat is daar niet voor bedoeld, maar wel bij de farmaceutische industrie. In de recente brief over geneesmiddelen in drinkwater en milieu die de staatsecretaris van Infrastructuur en Milieu, mede namens de staatssecretaris van Economische Zaken en mij naar de Kamer zond werd dit al aangekondigd (IENM/BSK-2013/63031).

Overigens heb ik tijdens mijn recente handelsmissie naar China de biologische afbreekbare antibiotica van DSM actief onder de aandacht gebracht van mijn Chinese collega's, die hierin veel interesse toonden.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) over het betrekken bij organisaties die zich richten op het mobiliseren van vrijwilligers bij de hervormingen in de langdurige zorg.**

Ik betrek vrijwilligersorganisaties op verschillende manieren bij de hervormingen van de langdurige zorg. De Nederlandse Organisatie Vrijwilligerswerk (NOV) is bijvoorbeeld geconsulteerd over de Wetsvoorstellen Wmo en de Kern-AWBZ. De NOV wordt ook geraadpleegd bij het opstellen van het transitieplan Wmo en maakt onderdeel uit van het platform van het Transitiebureau Wmo waarin zij meedenken over de benodigde ondersteuningsactiviteiten.

Stichting Present en Humanitas zijn betrokken bij de totstandkoming van de brief Versterken, Verlichten en Verbinden over de informele zorg van 20 juli 2013. Ook zullen stichting Present en Humanitas samen met andere

organisaties uit de zorg- en ondersteuningsketen een bijdrage leveren aan de uitwerking van de thema's van de Agenda informele zorg en ondersteuning van de toekomst, zoals het verbeteren van het samenspel van formele en informele zorg.

Ik zal uw Kamer daarover binnenkort informeren.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) over het pgb.**

Ik heb het voornemen om de regeling voor het pgb in de Wmo 2015 op dezelfde wijze vorm te geven als ik dat in de Jeugdwet heb gedaan, waarmee de Kamer op 17 oktober jl. heeft ingestemd.

Dat betekent dat iemand het recht heeft op een pgb indien deze aan een aantal expliciete voorwaarden voldoet, zoals het in staat zijn de aan een pgb verbonden taken op verantwoorde wijze uit te voeren en indien wordt onderbouwd dat de maatwerkvoorziening niet passend wordt geacht.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) over een anti-cumulatiebeding voor zowel de Zvw, AWBZ en WMO.**

Met het regeerakkoord is gekeken of het mogelijk is om een inkomensafhankelijk eigen risico in te voeren. Dit bleek uitvoeringstechnisch zeer moeilijk. Dit hing samen met een aantal aspecten. Ten eerste, voor het vaststellen van het eigen risico zijn zowel huishoudgegevens als inkomensgegevens noodzakelijk; verzekeraars zouden dan de beschikking krijgen over inkomensgegevens. Ten tweede, voor het vaststellen van de definitieve hoogte van het eigen risico, moet worden uitgegaan van een definitief vastgesteld inkomen. Dit zou betekenen dat moet worden uitgegaan van een inkomen het jaar t-2.

Als men uitgaat van een actueel inkomen, zou dat achteraf nog definitief moet worden vastgesteld. De hoogte van het inkomensafhankelijke risico zou dan achteraf kunnen wijzigen.

Het invoeren van een anti-cumulatiebeding inclusief de WMO en de AWBZ, maakt de uitvoering nog complexer omdat er dan nog meer gegevens moeten worden verzameld, zoals het eigen risico, eigen bijdrage AWBZ/WMO en Zvw. Een anti-cumulatiebeding dat zich uitstrekt over de drie

domeinen is dan ook praktisch niet uitvoerbaar.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) en het kamerlid van der Staaij (SGP) over een maatwerkregeling bij voorkeur in de vorm van een categoriale regeling voor chronisch zieken en gehandicapten, zodat het geld ook echt bij die groep terecht komt, met een inkomen tot 120 of 130% bijstandsniveau.**

De CU en de SGP hebben mij vragen gesteld over de invulling van de maatwerkvoorziening voor chronisch zieken en gehandicapten door gemeenten. De vragen strekken ertoe dat de middelen ook echt bij deze groep mensen terecht komen en dat dit zich niet moet beperken tot personen met de laatste inkomens. Ik ben het ermee eens dat deze middelen door gemeenten gericht moeten kunnen worden ingezet, in aanvulling op de in het kader van het begrotingsakkoord afgesproken fiscale regeling. Juist gemeenten zijn in staat dit maatwerk te leveren. Gemeenten kunnen chronisch zieken en gehandicapten bijstaan via de individuele bijzondere bijstand indien zij als gevolg van meer kosten inkomensondersteuning nodig hebben of bijvoorbeeld ondersteunen in de vorm van een tegemoetkoming in de kosten van een premie van een collectieve aanvullende zorgverzekering. Op grond van de Wmo kunnen gemeenten nu al chronisch zieken en gehandicapten waar aangewezen ondersteunen in hun zelfredzaamheid en/of participatie met gerichte voorzieningen in natura of in de vorm van een persoonsgebonden budget. Ter gelegenheid van de behandeling van het wetsvoorstel m.b.t. de Wtcg en CER zal ik u nader informeren welke wettelijke basis geschikt is om gemeenten in staat te stellen de gewenste ondersteuning te bieden.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik-Faber (CU) over het budget voor gemeentelijk maatwerk. Voorts vraagt zij welke bedragen in de jaren 2015 en 2016 voor gemeenten beschikbaar zijn.**

Het budget voor gemeentelijk maatwerk wordt vanaf 2014 toegevoegd aan het sociaal domein van het Gemeentefonds. In 2014 gaat het om een bedrag van € 45 miljoen, 2015 € 216 miljoen, 2016 € 266 miljoen en vanaf 2017 structureel om € 268 miljoen.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) of er structurele belemmeringen zijn in de vergoedingsfeer en wat de minister gaat doen om de resultaten van de onderzoeken van de Voedingsalliantie te ondersteunen en breed uit te rollen in het land.**

Zoals lid Dik-Faber al constateerde maakt dieetvoeding reeds deel uit van het basispakket Zorgverzekeringswet voor specifieke situaties.

Ondervoeding is een groot risico en initiatieven om dat tegen te gaan zijn dan ook zeer waardevol. Goede resultaten moeten breed bekend worden gemaakt opdat andere zorgaanbieders en verzekeraars hier hun voordeel mee kunnen doen en zo ook de zorg weer verder verbeteren.

**Antwoord op de vragen van het kamerlid Dik-Faber (CU) over palliatieve zorg.**

Mevrouw Dik-Faber vraagt naar de invulling van de 10 mln euro voor palliatieve zorg uit het lente-akkoord. Met ingang van 2013 is 1,41 mln euro van de extra middelen toegevoegd aan het subsidieplafond in de Regeling palliatieve terminale zorg, dat hiermee met 10% is opgehoogd. De coördinatie van de inzet van vrijwilligers in de palliatief terminale zorg alsmede de huisvestingslasten van de zelfstandige hospices worden hiermee financieel ondersteund. Het overige deel van de 10 mln extra middelen is in 2013 nog niet tot besteding gekomen, omdat nog overleg plaatsvond tussen alle betrokken organisaties in de palliatieve zorg over een (NFU-)voorstel voor een landelijk programma palliatieve zorg.

Ik ben bezig dit voorstel uit te werken in overleg, gedragen door de kerngroep palliatieve zorg. Het doel van het programma is om via een geregisseerde landelijke aanpak een meer uniform niveau van kwaliteit en toegankelijkheid te verkrijgen, met ruimte voor lokale verschillen en gedragen door de lokale zorgverleners.

Centrale thema's in het voorstel zijn:

- bewustwording en cultuur
- organisatie: continuïteit van zorg
- praktijkgericht onderzoek
- patiënten/naasten.



De thema's (die aansluiten bij het zogenoemde witboek palliatieve zorg dat ten grondslag lag aan de extra middelen) en de betrokkenheid van het veld worden momenteel nader geconcretiseerd. Ik informeer u medio november over mijn voornemens om het extra budget voor dit programma in te zetten, alsmede over het precieze tijdpad. De verwachting is dat het voorgestelde programma in 2014 zijn beslag zal krijgen.

Verder vraagt mevrouw Dik-Faber naar de kennis bij artsen over palliatieve in de verstandelijk gehandicaptensector. Vorig jaar is een ZonMw-verbeterprogramma gestart, dat tot en met 2016 loopt. Aanbieders van palliatieve zorg worden ondersteund om de kennis en ervaring die in de afgelopen jaren is opgedaan, uit te rollen én te borgen. Bijzondere doelgroepen zullen hierin worden meegenomen, waaronder de verstandelijk gehandicaptensector. Ik ben het eens met mevrouw Dik-Faber dat de Netwerken palliatieve zorg en stichting Agora hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Binnen het programma wordt dan ook samengewerkt met Agora, Stichting Fibula (platform voor de Netwerken Palliatieve Zorg), IKNL en beroepsgroepen zoals het NHG, V&VN en Verenso.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over Sensor (hulp op afstand)**

Ik ben voornemens om in de nieuwe Wmo anonieme hulp op afstand wettelijk stevig te verankeren. Met het oog hierop blijven veel provincies de regionale Sensor Organisaties in 2014 financieren. Om zich goed voor te bereiden op de nieuwe situatie in 2015 is Sensor Nederland bezig met een reorganisatie om zo te komen tot een efficiëntere organisatie. Ik draag in 2013 en in 2014 financieel bij aan kosten van deze reorganisatie.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over open data.**

Vorige week heb ik uw Kamer bericht over mijn voornemens voor een duurzaam informatiestelsel in de zorg. In die brief heb ik ook aangegeven hoe ik uitwerking geef aan de motie van de leden Dijkstra en Voortman en licht ik toe dat het regeringsbeleid is om het hergebruik van openbare

overheidsinformatie actief te bevorderen. Op die manier kunnen andere partijen deze informatie gebruiken, verrijken en (op maat) aanbieden aan de maatschappij. Ik zet mij in om meer gegevens over en uit de zorg beschikbaar te maken. De zorgdata die binnen de overheid voorhanden zijn kunnen echter niet zonder meer beschikbaar worden gemaakt. Het regeringsbeleid met betrekking tot open data is immers een toepassing van de wet openbaarheid van bestuur. Dit betekent dat er zorgvuldig gewerkt moet worden, bijvoorbeeld om te voorkomen dat er gegevens worden vrijgegeven die tot personen herleidbaar zijn – open data wordt ook begrensd door de Wbp - of die concurrentiegevoelig zijn. In overleg met bestuursorganen worden afspraken gemaakt over het moment waarop hun gegevens (naast de reeds beschikbare gegevens) als open data beschikbaar komen. Ik zal u daarover voor de zomer van 2014 informeren.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over NPP-voornemens.**

De rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds is ter dekking van de kosten van kinderen die geen premie verschuldigd zijn. Deze rijksbijdrage kan niet zomaar verlaagd worden voor het Nationaal Programma Preventie. Dan zou er een financieel gat ontstaan van €20 mln. Ten behoeve van het NPP heeft reeds een herschikking van negen miljoen euro binnen de VWS begroting plaatsgevonden.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over Keuzevrijheid.**

Ja, ook in de nieuwe Wmo wordt dat verankerd.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over hoe de Staatssecretaris de keuzevrijheid en de eigen regie gaat verankeren binnen de Zorgverzekeringswet.**

De keuzevrijheid en de eigen regie van de verzekerde is binnen de Zorgverzekeringswet voldoende verankerd, door met name de

acceptatieplicht van een zorgverzekeraar voor een wettelijk geregeld pakket met een verbod op premiedifferentiatie en de jaarlijkse mogelijkheid voor de verzekerde om de verzekeringspolis op te zeggen. De wijziging van art 13 Zvw of het ontbreken van een pgb-mogelijkheid doen daar niets aan af.

Verzekerden hebben binnen de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid om te kiezen tussen een natura- en een restitutiepolis. Bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op een marktconforme vergoeding van de zorg. De verzekerde bepaalt in dat geval zelf van welke zorgaanbieder hij gebruik maakt, zoals in principe ook bij een PGB het geval is.

De wijziging van art 13 Zvw beperkt de keuzevrijheid van de verzekerde mijns inziens niet. De wijziging van art 13 Zvw maakt het voor de naturaverzekeraar mogelijk om geen of slechts een beperkte vergoeding te geven voor niet-gecontracteerde zorg. Zoals gezegd blijft echter de mogelijkheid om voor een restitutiepolis te kiezen bestaan. Daarnaast verwacht ik dat naturaverzekeraars, vanuit concurrentieoogpunt, een breed aanbod aan zorgaanbieders zullen contracteren. Omdat de verzekeraar een zorgplicht heeft zal hij ook voldoende moeten contracteren om zorg op een redelijke termijn en afstand te kunnen garanderen. Daarnaast ga ik ervan uit dat een naturaverzekeraar het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg weloverwogen zal vaststellen. Tevens heeft de verzekerde jaarlijks de mogelijkheid over te stappen naar een andere verzekeraar als het gecontracteerde zorgaanbod 'niet bevalt'. Tenslotte zal de wijziging van art 13 Zvw tot meer transparantie over het gecontracteerde aanbod voor verzekerden leiden. Zorgverzekeraars krijgen met de wijziging van art 13 Zvw een forse prikkel om uiterlijk zes weken voor het begin van het nieuwe jaar kenbaar te maken welke zorgaanbieders in dat jaar gecontracteerd zijn. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het begin van het nieuwe jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het wetsvoorstel Wmo 2015.**

Ik ben voornemens om in het wetsvoorstel Wmo 2015, te regelen dat de mantelzorger dient te worden betrokken bij de aanvraag van een burger die ondersteuning wil. Dit maakt een integrale aanpak mogelijk, waarbij de gemeente dus goed afstemt wat de burger en de mantelzorger zelf doen en waarbij ondersteuning nodig is. Bij deze afstemming kan ook worden gesproken over wat te doen bij dreigende overbelasting van de mantelzorger.

Een belangrijke vorm van ondersteuning waarin gemeenten kunnen voorzien is respijtzorg. Verschillende vormen van respijtbeleid zijn mogelijk. Daarom heb ik samen met de VNG, met betrokkenheid van het Expertisecentrum Mantelzorg, zorgaanbieders en cliëntorganisaties, een handreiking opgesteld die gemeenten informeert over de meerwaarde van respijtbeleid en welke mogelijkheden er zijn om dit vorm te geven. Deze zal volgende maand (november a.s.) beschikbaar komen voor gemeenten.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over tienermoeders.**

De middelen voor voorlichting en preventie, die via een subsidie aan Siriz worden verstrekt, blijven de komende jaren onverkort beschikbaar. Ook de middelen voor de opvang blijven beschikbaar. Wel wil ik de wijze van financiering van de opvang herzien. Met betrekking tot de opvang van specifieke groepen is het vanaf 2015 aan gemeenten om het stelsel vorm te geven. Ik waardeer het werk van Siriz zeer. Tegelijkertijd stel ik vast dat opvang van tienermoeders op meer plaatsen in Nederland gebeurt, zonder dat dat landelijk wordt gefinancierd. Bekostiging vindt dan plaats door gemeenten.

Ik ben graag bereid om met Siriz naar vormen van borging te zoeken. Ik zet er op in dat Siriz in 2017 binnen het stelsel functioneert, d.w.z. geen rijkssubsidie meer krijgt. Met Siriz zal ik overleggen hoe zij vanuit een goede uitgangspositie kunnen werken aan de transitie (overgangsregeling). Daarnaast wil ik er op inzetten dat de expertise die er bij Siriz is breder verspreid kan worden, zodat ook andere organisaties goede ondersteuning aan jonge moeders kunnen bieden. In de volgende voortgangsrapportage Geweld in Afhankelijkheidsrelaties zal ik uw Kamer informeren over de

uitkomst.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over foetale chirurgie.**

Foetale chirurgie voor kinderen met een open ruggetje is nog in een experimenteel stadium. De effecten en resultaten op lange termijn zijn nog niet duidelijk. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zal eerst moeten beoordelen of deze chirurgische techniek inmiddels zover gevorderd is dat deze tot de stand van wetenschap en praktijk behoort. Zolang dat niet het geval is behoort deze chirurgische techniek niet tot het basispakket en wordt dus niet ten laste van de Zvw vergoed.

Juist omdat deze behandeling zo ingewikkeld is en naar verwachting weinig zal voorkomen, zal deze behandeling zodra deze eventueel tot verzekerde zorg behoort geconcentreerd georganiseerd moeten worden.

Uiteraard steun ik het lid van der Staaij in zijn opinie om, als de techniek veilig en effectief is, deze snel ter beschikking te stellen in Nederland.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over de aandacht voor de belevingskant en ervaren regeldruk bij instellingen in algemene zin.**

Wij zijn ons ervan bewust dat een grote groep medewerkers in de zorg veel regeldruk ervaart. In het antwoord op de vraag van het lid Bruins Slot over onderzoek naar administratieve lasten in de curatieve zorg en in het antwoord op de vraag van het lid Keijzer over regeldruk in de langdurige zorg zijn wij hier specifiek op ingegaan.

In zijn algemeenheid zetten wij ons ervoor in om ons in nieuwe wetgeving vooral te richten op resultaatsverplichtingen in plaats van procesverplichtingen. Hiermee geven wij instellingen de ruimte om de zorg zo in te richten dat deze met zo min mogelijk administratieve belasting kan worden geleverd.

Tegelijkertijd zien wij in de trajecten rond verspilling, fraude en patiëntveiligheid, dat het *we/* noodzakelijk is om verantwoordingsinformatie van zorginstellingen te vragen. Het is zaak deze informatievraag zo veel mogelijk te beperken en te laten aansluiten bij het primaire proces. In het afgelopen jaar is om die reden een groot

aantal informatie-uitvragen in het kader van de maatschappelijke verantwoording geschrapd uit het jaardocument.

In onze brief over de informatiehuishouding in de zorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 32620 nr. 93) geven wij aan hoe wij de informatie-uitvraag verder willen beperken door goede afspraken te maken over informatiestandaarden en eenduidige registratie aan de bron.

Tot slot willen wij nog benadrukken dat een belangrijk deel van de ervaren regeldruk in de zorg niet afkomstig is door regelgeving. Zo blijkt uit onderzoek van Actal dat de ervaren regeldruk bij verpleegkundigen in ziekenhuizen voor 90 procent veroorzaakt wordt door andere oorzaken dan regelgeving. Het gaat hierbij dan om het gebrek aan samenhang in de informatie-uitvraag van verschillende partijen en bijvoorbeeld door de verschillende vormen van certificering, regels opgesteld door de beroepsorganisaties, de brancheorganisaties, de instelling zelf etc. Daarom kiezen we nu de weg om in den brede te kijken naar de ervaren regel- en administratieve lasten druk van de professionals en de organisaties en samen een afbouwprogramma in te zetten.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over versterken van pijnbestrijding en palliatieve zorg.**

Dit kabinet hecht veel waarde aan een kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg. Zo worden met het vorig jaar gestarte ZonMw-verbeterprogramma aanbieders van palliatieve zorg gestimuleerd de kennis en ervaringen uit onder andere het ZonMw-onderzoeksprogramma verder te implementeren. Ook de kennis over goede pijnbestrijding maakt hiervan onderdeel uit. Daarnaast stimuleer ik dat palliatieve zorg steviger wordt verankerd in opleidingen.

#### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over het effect**

Van landbouwgif op omwonenden.

Ik weet dat de Gezondheidsraad op dit moment werkt aan een rapport over gezondheidsrisico's van het gebruik van gewasbeschermingsmiddelen in de landbouw voor omwonenden. Dit rapport zal naar verwachting eind 2013 worden aangeboden aan de minister van IenM. Ik ken de inhoud van dit

rapport niet en kan dus niet vooruit lopen op de uitkomsten van het GR advies.

Ik zal de Kamer na ommekomst van dit advies een reactie doen toekomen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over haar verantwoordelijkheid om bewoners te schermten tegen landbouwgif.**

Het reguleren van de toelating en het gebruik van gewasbeschermingsmiddelen in de landbouw, mede vanuit het oogpunt van de gezondheidsgevolgen voor omwonenden, is een beleidsverantwoordelijkheid van de minister van IenM. Vanzelfsprekend ben ik vanuit volksgezondheidsoogpunt betrokken bij dit beleid.

De gezondheidsaspecten zijn stevig in dit beleid verankerd en spelen een doorslaggevende rol in het al dan niet toelaten van deze middelen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over het toezicht op voedselveiligheid dat weg moet bij de economische belangen. PvdD daagt de minister uit de NVWA terug te nemen.**

De voedselveiligheid en de volksgezondheid staat voor de NVWA en de beide ministeries centraal. Om het toezicht op de voedselveiligheid goed te kunnen uitoefenen heb ik in de vorige begroting in overleg met uw Kamer besloten de geplande bezuiniging niet door te voeren en dit structureel te dekken. Samen met de staatssecretaris van EZ kom ik daarnaast met een plan om de NVWA structureel verder te versterken.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over meetnetten over heel Nederland.**

De verantwoordelijkheid over de meetnetten en de daaruit voortkomende data is belegd bij de staatssecretaris van IenM. U bent hierover reeds geïnformeerd bij de schriftelijke beantwoording van het SO Leefomgeving.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over groene leefomgeving.**

Groen in de wijk en groene schoolpleinen zijn een lokale verantwoordelijkheid. Onze rol is om gezonde schoolpleinen te stimuleren. Ik heb daarom een doelstelling geformuleerd, namelijk 70 goede voorbeelden voor groene en gezonde schoolpleinen voor eind 2016. Deze goede voorbeelden moeten regionale uitstraling hebben en deze scholen worden vervolgens ingezet als ambassadeur richting andere scholen in de regio. De coördinatie ligt bij de onderwijsraden en de uitvoering en de begeleiding ligt bij diverse veldpartijen die de logische partner zijn voor de school en dit thema. Overigens investeren diverse betrokken partijen ook zelf middelen in dit traject, zoals Jantje Beton en IVN (instituut voor natuureducatie en duurzaamheid).

Gezien de reeds forse inzet is een nog hogere ambitie nu niet reëel.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over relatie tussen groen en gezondheid.**

Samen met mijn collega van EZ stimuleer ik onderzoek door het RIVM en Alterra op het terrein van de relatie tussen groen en gezondheid. Eind 2014 komen de eerste resultaten van dit onderzoek beschikbaar.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD)**

De verkoop van snippergroen is een bevoegdheid van het lokaal bestuur. Ik treed niet in die bevoegdheid. Het is aan de gemeenteraad om op dit terrein beleid vast te stellen.

**Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over het structureel weigeren van een hulphond.**

Het weigeren van hulp- en blindengeleidehonden als ondersteuning voor participatie van mensen met een beperking aan de samenleving is een onderwerp dat mijn aandacht heeft mede in het licht van het ratificatieproces van het VN-verdrag Handicap. Eerste prioriteit is bewustwording. Ik zeg u toe dat in dat kader het belang van hulp- en blindengeleidehonden voor de participatie aan de samenleving van gebruikers van deze honden



nadrukkelijk onder de aandacht zal worden gebracht.

Er is een wetsontwerp in voorbereiding waarin de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) wordt gewijzigd in die zin dat het terrein van goederen en diensten onder de werkingssfeer van die wet wordt gebracht. De toepasselijkheid van die verplichting zal betekenen dat het in openbare gelegenheden in nagenoeg alle gevallen verplicht zal zijn hulp- en blindengeleidehonden toe te laten. Dit betekent dat er sprake moet zijn van een gegronde reden om in een specifieke situatie de toegang van hulphonden te weigeren, zoals op bepaalde afdelingen in het ziekenhuis of een klein café waarvan de eigenaar allergisch is.

Over de niet naleving van de Wgbh/cz kan een klacht worden ingediend bij het College voor de Rechten van de Mens. Dit kan straks ook met betrekking tot de openbare ruimte als het hierboven genoemde wetsontwerp in werking is getreden. Al zijn de oordelen van het College niet juridisch bindend, uit de praktijk blijkt dat in de meeste gevallen de oordelen ook daadwerkelijk worden opgevolgd. Indien oordelen niet worden opgevolgd bestaat de mogelijkheid om deze alsnog af te dwingen via een gang naar de rechter.

### **Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over hoe VWS zorgt dat de NVWA haar werk op het VWS terrein goed kan uitvoeren.**

Als gevolg van de recente incidenten bij voedselveiligheid en diverse rapporten is duidelijk geworden dat er, als gevolg van de bezuinigingen, een ondergrens in de handhaving is bereikt.

Ik heb dan ook geconstateerd dat de capaciteit van de NVWA op voldoende niveau moet blijven om ook in de toekomst voldoende toezicht op voedsel- en productveiligheid te kunnen blijven uitvoeren.

Ik heb mijn verantwoordelijkheid genomen om de capaciteit van de NVWA op niveau te houden. Ik heb een verzoek van de Tweede Kamer gesteund om af te zien van de taakstelling Rutte I van de NVWA van € 4,2 miljoen op het VWS-opdrachtgeversbudget in 2013, en dit ook structureel niet door te voeren. Het tekort dat na het amendement resteerde, als gevolg van de taakstelling Rutte I, heb ik ook binnen mijn begroting 2014 opgelost.

**Ons kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.**

Aanvullend werken de staatssecretaris van EZ en ik nu aan een verbeterde en sterkere NVWA. Hiertoe zullen wij binnenkort een plan van aanpak naar de Tweede Kamer sturen. Daarbij zal ook gezocht worden naar de daarvoor benodigde financiering.