

BIJVOEGSEL

Schriftelijke antwoorden van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2017 (34550-XVI)**.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over commerciële afdelingen van zorgverzekeraars.

Commerciële afdelingen dienen zowel bestaande als potentiële verzekerden. Uit de transparantieoverzichten jaarcijfers basisverzekering 2015 blijkt dat de totale acquisitiekosten 252 miljoen bedragen, waarvan 35 miljoen aan reclame-uitgaven en 217 miljoen aan overige acquisitiekosten zoals klantenservice, polisadministratie en provisies voor intermediairs. Daarnaast zijn er personeelskosten van de commerciële afdelingen die, net als de personeelskosten van de polisadministratie en andere taken van de zorgverzekeraars, niet worden uitgesplitst. Overigens zijn de totale beheerskosten als percentage van de zorgkosten lager dan ten tijde van het Ziekenfonds (toen er dus ook kosten gemaakt werden voor polisadministratie, klantenservice et cetera), terwijl het takenpakket van verzekeraars aanzienlijk is uitgebreid. Concurrerende verzekeraars houden elkaar immers scherp op een beheerste ontwikkeling van de beheerskosten. Het is belangrijk dat de verzekeraars deze informatietaken goed uitvoeren. De klantenservice informeert verzekerden over de zorg, over eigen betalingen en of er wel of geen wachtlijsten zijn. Dit is naar mijn mening geen weggegooid geld.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over onderzoek naar de betaalbaarheid van de zorg.

Het is van groot belang om beleid gericht op de betaalbaarheid van de zorg wetenschappelijk te kunnen onderbouwen.

Om de kennis op het gebied van betaalbaarheid van zorg te vergroten, heeft het ministerie van VWS van 2012 tot 2017 in totaal € 2,7 miljoen euro begroot voor het kennisprogramma Betaalbare zorg (Celsus). Hiervan is tot en met 2015 € 1,3 miljoen euro uitgegeven. Er gaat geen geld van VWS naar Talma.

Daarnaast vindt bij diverse onderzoeksinstellingen onderzoek plaats dat raakt aan betaalbaarheid van zorg, bijvoorbeeld de bevordering van doelmatigheid in de zorg (ZonMW, CPB).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over onderzoek naar het huidige zorgstelsel.

Uit het onderzoek "Zorg en Onbehagen in de bevolking" van het SCP blijkt weliswaar dat veel mensen de zorg noemen als maatschappelijk probleem, maar ook als een punt van trots. Bovendien blijkt uit hetzelfde onderzoek dat 87% van de Nederlanders tevreden is over de gezondheidsvoorzieningen in eigen land. Dat is in Europees perspectief bovengemiddeld hoog. Daarnaast zien we dat mensen wel zorgen hebben over de gezondheidszorg in het algemeen, maar tevreden zijn over hun eigen huisarts en zorgverzekeraar. Volgens het CBS geven mensen hun huisarts gemiddeld een 7,8 en onderzoek van de ACM laat zien dat 82% van de mensen tevreden is over de eigen zorgverzekeraar.

Uit het onderzoek "Health Systems in Transition" van de WHO van dit jaar blijkt juist dat maar 5% van de Nederlanders zit te wachten op een complete hervorming van het stelsel. Daarom is het van belang om onderzoek te doen hoe we de zorg met behoud van het huidige stelsel in Nederland beter kunnen maken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over medicijnvergiftigingen vanwege besparingen op de vergoeding.

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) te Utrecht ontvangt meldingen en informatieverzoeken over vergiftigingen met onder andere medicijnen. Het NVIC registreert deze en informeert artsen en apothekers. Het NVIC geeft aan dat bij ruim de helft van alle meldingen geneesmiddelen in het spel zijn. Pijnstillers, antidepressiva en slaap/kalmeringsmiddelen staan altijd hoog in de top tien. Het gaat voornamelijk om overdoseringen bij volwassenen tussen de 18 en 65 jaar en kinderen tot en met 4 jaar. Ik heb geen informatie dat er een verband is tussen vergiftigingen en geneesmiddelen waarop besparingen worden gerealiseerd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) of de minister bereid is om het conceptadvies van het Zorginstituut over vitamines, mineralen en paracetamol niet op te volgen.

In het kader van Stringent Pakketbeheer staat de vraag centraal welke zorg wel en welke niet in het basispakket thuishoort. In dat kader is gesproken over de vraag of bepaalde (groepen) geneesmiddelen in het basispakket thuishoren. Naar aanleiding van signalen is hierbij ook gesproken over vitamines, mineralen en paracetamol. Dit heeft geresulteerd in een adviesaanvraag over deze middelen aan het Zorginstituut.

In zijn conceptadvies – dat nu voor consultatie is rondgestuurd – heeft het Zorginstituut gekozen voor een genuanceerde benadering waarbij het Zorginstituut vier categorieën onderscheidt. Voor de middelen waarvoor een alternatief is in de vrije verkoop en de middelen waarvoor geen alternatief is in de vrije verkoop maar die relatief goedkoop zijn adviseert het Zorginstituut uitstroom. Voor de middelen waarvoor geen alternatief is in de vrije verkoop en relatief duur zijn en voor de injectievloeistoffen adviseert het Zorginstituut handhaving in GVS.

Ik wacht het definitieve advies van het Zorginstituut af (naar verwachting medio december) en zal op basis daarvan besluiten. Zoals gebruikelijk wordt u hierover in het voorjaar geïnformeerd ter voorbereiding van het overleg over het pakket.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over waar de aanscherping van de Wet geneesmiddelenprijzen blijft.

Het Kamerlid Kuzu heeft in 2014 een iniatiefwetsvoorstel ingediend tot wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). De Raad van State en verscheidene fracties hebben hier een aantal vragen en kanttekeningen bij geplaatst. Ondanks dat het Kamerlid Van Dijk in oktober 2015 aankondigde de positie als eerste verdediger van dit wetsvoorstel te zullen overnemen, zijn de openstaande vragen tot op heden niet beantwoord. Tot die tijd ben ik niet voornemens de WGP te veranderen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) waarom de minister individuele artsenbezoekers niet stopt.

Contact tussen artsen en industrie over de toepassing van (nieuwe) geneesmiddelen is niet per definitie slecht. Het is van belang dat artsen beschikken over de vereiste kennis over de medische toepassing van het betreffende geneesmiddel. Daartoe zijn naast de artsbezoeker ook andere bronnen van informatie beschikbaar. De verstrekte informatie mag echter geen verkoopbevorderend doel hebben. Hierbij geldt dat de juistheid van de informatie die verstrekt wordt én de integriteit van de betrokken arts en artsbezoeker voorop staan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg bewaakt dit ook, zoals staat vermeld in de Beleidsregels gunstbetoon Geneesmiddelenwet.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over het niet openbaar maken van prijsonderhandelingen.

Bij elke onderhandeling is het mijn inzet om zoveel mogelijk transparantie te bedingen. Het openbaar maken van de prijsonderhandelingen is echter niet mogelijk. Fabrikanten willen namelijk zonder vertrouwelijke afspraken hun prijzen niet substantieel verlagen. Die vertrouwelijkheid van de arrangementen is de keerzijde van dit effectieve instrument om de nieuwe middelen tegen betaalbare prijzen beschikbaar te maken. Het alternatief is dat ik de middelen tegen te hoge prijzen toelaat tot het pakket of helemaal niet toelaat tot het pakket. Voor de keuze gesteld of ik voor de premiebetaler de kosten naar beneden kan krijgen en voor de patiënt dit geneesmiddel in het pakket kan krijgen of houden, maar niet transparant kan zijn over de resultaten of andersom, dan kies ik voor het eerste.

Ik heb u in juni een brief gestuurd waarin ik op macroniveau meer inzicht geef in de potentiële resultaten van de op dit moment lopende arrangementen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over de bereidheid om de duur van patenten in Europa aan de orde te stellen.

Ik heb tijdens het Nederlandse EU-voorzitterschap een grondige discussie met mijn EU-collega's gevoerd over de wenselijke maar ook onwenselijke effecten van aanvullende beschermingsmechanismen specifiek voor geneesmiddelen (die de duur van het basispatent

kunnen verlengen). Dit heeft er toe geleid dat Europese acties op dit terrein zijn vastgelegd in de afgelopen juni bereikte raadsconclusies. Zo zal de Europese Commissie onderzoek doen naar de gevolgen van deze mechanismen op de toegankelijkheid, beschikbaarheid en innovatie van geneesmiddelen in Europa. Een vergelijkbaar onderzoek zal ik zelf ook laten uitvoeren samen met het ministerie van Economische Zaken. Ik heb dit onderwerp dus al aan de orde gesteld en er volgt nu ook actie op.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over het idee om geen of korter patent te geven op medicijnen die op onze universiteiten ontwikkeld zijn.

Ten eerste merk ik op dat het basispatent van 20 jaar wordt verstrekt op basis van mondiale afspraken, en dat dit niet zo maar door mij ingeperkt kan worden. Wel wil ik afspraken maken over wat publieke investeringen in onderzoek kunnen betekenen voor de uiteindelijke prijs van een product. Dit kan door bijvoorbeeld voorafgaand afspraken te maken over wie het intellectueel eigendom beheert van een uitvinding. Ook kan wat mij betreft worden bekeken hoe publiek gedane investeringen dan wel kunnen terugvloeien naar de algemene middelen in geval van succesvolle introductie van een product dan wel leiden tot een (lagere) prijs.

Ook is het belangrijk om aan de publieke investeringen voorwaarden te stellen over de transparantie van onder andere de R&D investeringen en de kostenopbouw.

Dergelijke elementen zijn ook onderdeel van de adviesaanvraag die ik eerder dit jaar bij de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heb gedaan. Centrale vraagstelling hier is om ruimte te scheppen voor nieuwe ideeën en modellen om geneesmiddelen te ontwikkelen en op de markt te brengen. Daarbij dient het gehele traject van de ontwikkeling van een geneesmiddel onder de loep te worden genomen: van fundamenteel onderzoek tot en met de toepassing in de dagelijkse praktijk.

Het antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over een relatie tussen de sluiting van verzorgingshuizen en de opnamen van ouderen op een SEH.

Gezien de veelheid van factoren die ten grondslag kunnen liggen aan een SEH opname, is een nadere duiding of kwantificering niet mogelijk.

De trend is dat mensen langer thuis blijven wonen, zij maakten deze keuze al ruim voor de hervormingen in de langdurige zorg. Het beleid sluit hierop aan. Het aantal plaatsen in verzorgingshuizen is in de periode 1980 tot 2010 gedaald van 150.000 naar 84.000. Het aantal 80-plussers is in dezelfde periode verdubbeld.

Deze verschuivende voorkeuren bij ouder wordende mensen en het feit dat zij in aantal toenemen hebben invloed op het aantal ouderen dat de SEH bezoekt. Ook deze trend is al jaren gaande. Zoals ik u in de brief 'Aanpak acute zorg' van 5 oktober jongstleden heb laten weten, is het belangrijk dat de partijen in de verschillende acute zorgregio's zelf bekijken wat de problemen in hun regio zijn en welke acties door wie in gang moeten worden gezet. Ik ondersteun het veld hier op verschillende manieren bij. Voor de maatregelen die ik tref verwijs ik graag naar bovengenoemde brief en de Kamerbrief over de arbeidsmarkt in de zorg van 4 november jongstleden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over de vraag om ervoor te zorgen dat geld niet naar reclame, bureaucratie en consultants gaat, maar naar zorgverleners.

Deze kosten vallen onder het eigen beleid van zorgverzekeraars. Zij financieren deze kosten met hun nominale premie. Als een zorgverzekeraar hieraan te veel uitgeeft levert dat hem een concurrentienadeel op in termen van een hogere premie. Overigens gaat het hierbij om een relatief klein deel van de uitgaven. De totale bedrijfskosten bedragen 3,5% van de zorgkosten hetgeen lager is dan ten tijde van het ziekenfonds. Hiervan zijn reclamekosten 0,1% - ca € 35 miljoen (bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2015 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website). Ik ben niet van plan mijn beleid hierop aan te passen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over de toegang tot de Wlz naar aanleiding van de mevrouw van 97 die geen indicatie krijgt voor de Wlz.

Mensen moeten de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. Behalve uit de Wet langdurige zorg (Wlz) kan ook vanuit de Zvw en de Wmo 2015 voor cliënten met een levenslange en levensbrede zorg- en ondersteuningsvraag passende zorg en hulp worden georganiseerd in de eigen omgeving van de cliënt.

Het CIZ voert de indicatiestelling voor de Wlz uit op een onafhankelijke en uniforme wijze. Relevant daarbij is dat sprake moet zijn van permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid ter voorkoming van onevenredig nadeel als dat toezicht of die 24-uurszorg niet beschikbaar is. Als een cliënt volgens CIZ niet voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz, zoals blijktbaar in het voorbeeld van mevrouw Leijten, kan (levenslange en levensbrede) zorg vanuit de Zorgverzekeringswet aan de orde zijn. De wijkverpleegkundige beoordeelt welke zorg een cliënt nodig heeft, afgestemd op de individuele situatie van de cliënt. Dat kan ook niet-planbare zorg zijn die gedurende 24 uur per dag oproepbaar is.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over voldoende tandartsen. De Nederlandse Zorgautoriteit geeft aan dat er geen indicatie is van verminderde toegankelijkheid in de mondzorg en zal dit komende jaren blijven volgen. Hieruit concludeer ik dat patiënten geen tekorten ervaren.

Volgens de Dienst Uitvoering Onderwijs zijn in studiejaar 2014/2015 245 tandartsen afgestudeerd (cijfers over studiejaar 2015/2016 worden in de loop van 2017 bekend). Dit is anderhalf keer zoveel ten opzichte van het aantal afgestudeerde tandartsen in 2008/2009: 167. In studiejaar 2014/2015 zijn 173 mondhygiënisten afgestudeerd. In 2008/2009 waren dit er 200.

Volgens de Staat van de Volksgezondheid en Zorg zijn er 7.855 tandartsen werkzaam in Nederland. In de sector werken naar schatting 3.300-3.400 mondhygiënisten.

Op 16 maart 2012 (Kamerstukken II, 2011-2012, 32 620, nr. 57.) heeft het kabinet aan de Tweede Kamer geschreven dat wordt ingezet op taakherschikking in plaats van op het opleiden van meer tandartsen. De inzet op taakherschikking past in het kabinetsbeleid van de juiste zorgverlener op de juiste plaats. In mijn brief van 7 juni jl. (Kamerstuk 32 620, nr. 173) heb ik aangegeven dat ik voornemens ben om in het kader van de taakherschikking via het experimenterartikel in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (artikel 36a) zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de mondhygiënisten op hun deskundigheidsgebied. Hiermee krijgen mondhygiënisten meer gelegenheid om hun expertise op het gebied van de mondzorg in te zetten (dagelijkse 'onderhouds' mondzorg) en krijgen tandartsen meer tijd voor werkzaamheden die een academische opleiding vereisen.

Ik zet niet in op het aantrekken van tandartsen uit het buitenland. Als tandartsen uit het buitenland zich in Nederland willen vestigen dienen zij aan de kwaliteitscriteria te voldoen die aan dit beroep worden gesteld als BIG-geregistreerd beroep.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over de arbeidsmarkteffecten van de bezuinigingen, waaronder de WW en bijstand.

Vanaf het begin van deze kabinetsperiode is expliciet gemaakt dat de Hervorming van de Langdurige Zorg gevolgen zou hebben voor de arbeidsmarkt. Wij hebben de arbeidsmarkteffecten van de transitie vanaf het begin, samen met sociale partners, nauwlettend in de gaten gehouden via arbeidsmarkteffectrapportages, de monitor sectorplannen en het onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg en welzijn. Over de uitkomsten van deze onderzoeken hebben wij u in de verschillende arbeidsmarktbriefen geïnformeerd. Voor de meest recente inzichten in de arbeidsmarktgevolgen voor de WW verwijzen de minister en ik naar onze brief 'arbeidsmarkt zorg: herstel na moeilijke jaren' van 4 november 2016. In de toekomst zullen er 35.000 tot 126.000 meer banen in de zorg zijn vergeleken met 2015.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) over het gaan ingrijpen van de staatssecretaris bij verpleeghuizen waar bestuurders tekort schieten.

Op 31 oktober jl. heb ik uw Kamer een brief gestuurd met als titel "Kwaliteit verpleeghuizen; verbetering bij risicovolle verpleeghuizen zichtbaar". Daaruit blijkt dat in de afgelopen maanden zowel door de betrokken zorginstellingen, als door de Inspectie voor de Gezondheidszorg grote inspanningen zijn geleverd met het oog op noodzakelijke verbeteringen. Het is van belang dat de instellingen deze ontwikkeling kunnen borgen voor de toekomst.

In deze en eerdere brieven heb ik aangegeven dat de verbetering van de verpleeghuiszorg in het programma Waardigheid en Trots drie sporen kent:

- Spoor 1: Stimuleren vernieuwing en normen nieuwe praktijk, waarin kwaliteit van leven voor de cliënten centraal staat
- Spoor 2: Basisveiligheid op orde
- Spoor 3: Interventie bij aanbieders die niet aan de norm voldoen

Wat betreft dat laatste zal de IGZ op basis van vernieuwd risicotoezicht vinger aan de pols houden. Onderkend moet worden dat sommige problemen soms langere adem vergen dan een quick fix.

In de brief aan uw Kamer "Goede zorg vraagt goed bestuur" (Kamerstuk 32012, nr. 35) is het beleidskader weergegeven wat goed bestuur is en hoe noodzakelijk dat is om goede zorg te realiseren. Belangrijk hierbij is dat de zorgsector zelf verantwoordelijkheid neemt, zoals is neergelegd in de 'governancecode'.

De bestuurder is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Wanneer bestuurders hun eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg niet nemen of waarmaken dan dienen zij daarop te worden aangesproken. De Raad van Toezicht is werkgever van de Raad van Bestuur en in die hoedanigheid ook verantwoordelijk voor het functioneren, benoemen en ontslaan van leden van de Raad van Bestuur. Het is aan de Raad van Toezicht om te beoordelen of een bestuurder moet blijven of niet. In mijn brief van 31 oktober "Kwaliteit verpleeghuizen; verbeteringen bij risicovolle verpleeghuizen zichtbaar" heb ik beschreven dat er in een aantal gevallen bestuurswisselingen hebben plaatsgevonden.

De wijze waarop de IGZ toezicht houdt op het bestuur, is in het kader voor het toezicht op "Goed bestuur" (06-07-2016) gezamenlijk met de Nederlandse Zorgautoriteit uitgewerkt. Door middel van een aanwijzing kan de minister een aanwijzing geven. Sinds 1 januari 2016 is deze bevoegdheid rechtstreeks gemandateerd aan de IGZ. Zij kan daarmee een zorgaanbieder opdragen wat er specifiek verbeterd moet worden en in het uiterste geval ingrijpen in de samenstelling van het bestuur. Het ingrijpen van de IGZ kan er bijvoorbeeld op gericht zijn een bestuurder in de Raad van Bestuur bij te laten plaatsen. Dit kan wanneer de IGZ constateert dat het bestuur onvoldoende in staat is de kwaliteit van zorg te waarborgen. De IGZ kan de aanwijzingsbevoegdheid ook gebruiken om de Raad van Toezicht te bewegen om een bestuurder te doen vervangen. De Raad van Toezicht is immers het privaatrechtelijk verantwoordelijke orgaan.

Als ultimum remedium kan de IGZ als onderdeel van de handhavingsinterventies een last onder dwangsom of een last onder bestuursdwang inzetten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters over het weren van slechte bestuurders in de zorg. Het is primair aan de raden van toezicht om in hun rol als werkgever te zorgen dat er goede bestuurders worden aangesteld. Ook zullen zij bij slecht functioneren niet moeten schromen om gebruik te maken van hun bevoegdheden om in te grijpen. Daar waar een duidelijke link is tussen de wijze van besturing en de kwaliteit en rechtmatigheid van de zorg zullen respectievelijk de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) passende maatregelen nemen. Daarbij hanteren de NZa en de IGZ een gezamenlijk kader voor toezicht op goed bestuur. In het uiterste geval kan de IGZ een aanwijzing te geven om een bestuurder te vervangen.

Om de professionaliteit van bestuurders en toezichthouders in de zorg blijvend te stimuleren ondersteun ik ook de accreditatietrajecten van de beroepsverenigingen van bestuurders en toezichthouders (respectievelijk de NVZD en de NVTZ). Vanaf volgend jaar hanteert de NVZD hiervoor ook een openbaar register, waardoor zichtbaar is voor iedereen welke bestuurders zijn geaccrediteerd. Ook de NVTZ start met accreditatie van de toezichthouders. Momenteel zijn er ruim 100 bestuurders geaccrediteerd. Voor toezichthouders geldt dat tot aan 2020 een landelijk dekkend accreditatiesysteem door de NVTZ wordt opgezet waarbij hun ambitie is dat uiteindelijk alle toezichthoudende organen er aan deelnemen. Uiteindelijk zal de bestuurder en toezichthouder worden getoetst op kwaliteiten die van belang zijn om zorgorganisaties goed te kunnen besturen of toezicht daarop te houden.

Wat betreft bestuursverboden het volgende. We kennen het civielrechtelijk bestuursverbod dat door de rechter kan worden opgelegd bij faillissementen die het gevolg zijn van wanbestuur. Een bestuurder kan daarbij voor maximaal 5 jaar worden verboden om het vak van bestuurder uit te oefenen. Daarnaast is er voor stichtingen een aparte wettelijk ontslagprocedure. Iedere belanghebbende of het Openbaar Ministerie kan de rechtbank verzoeken een bestuurder van een stichting te ontslaan als die bestuurder ofwel in strijd handelt met de wet of de statuten, ofwel zich schuldig maakt aan wanbeheer. Ook hier geldt een maximaal bestuursverbod van 5 jaar. Ik acht deze bestaande wettelijke voorzieningen toereikend.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) of er op meerdere locaties plascontracten worden gesloten.

Kwetsbare ouderen die wonen in een verpleeghuis moeten er op kunnen vertrouwen dat zij daar veilig zijn en naar hen wordt geluisterd, door professionals die de ruimte hebben om te doen wat de cliënt wil. Zeker bij aspecten zoals toiletgang die zeer bepalend zijn voor de kwaliteit van leven en het zelfrespect van de cliënt. Kern is dat goede en wederzijdse afspraken worden gemaakt (meestal met verwanten) wat in het individuele geval de best passende zorg is. Het eenzijdig 'regelen' wanneer de toiletgang 'mag' past daarbij niet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hier in haar toezicht op toe.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) over het op orde zijn van medicatieveiligheid conform het verzoek in de motie Potters.

Op 6 juli jl. heeft lid Potters in een motie gevraagd er zorg voor te dragen dat in ieder geval de medicatieveiligheid bij de elf zorgaanbieders die in categorie 1 van de IGZ-lijst stonden, voor het einde van de zomer op orde is.

In mijn reactie op die motie heb ik aangegeven dat uiteraard de aanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg en de IGZ daar toezicht op houdt.

In mijn brief van 31 oktober jl. "Kwaliteit verpleeghuizen: verbetering bij risicovolle verpleeghuizen zichtbaar" heb ik aangegeven dat bij 8 van de betreffende aanbieders de medicatieveiligheid inmiddels op orde is, dat bij 3 aanbieders de medicatieveiligheid onderdeel is van reeds lopende maatregelen. Bij de drie aanbieders waarbij een maatregel geldt is concreet aangegeven welke verbeteringen binnen welke termijn gerealiseerd dienen te worden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) over het overschot dat gemeenten in 2015 hebben voor het sociaal domein.

De cijfers die gemeenten hebben aangeleverd over het sociaal domein in 2015 vragen om een nadere analyse.

Zoals aangekondigd in de brief van 7 november jl. zal ik samen met BZK, SZW en de VNG een nader onderzoek laten doen om een beter beeld te krijgen van de cijfers en de verklaringen voor de onderbesteding. Het streven is eind januari over de resultaten van het nader onderzoek te beschikken. Los van de budgetten dienen gemeenten volgens de WMO passende voorzieningen te bieden voor inwoners die dat nodig hebben. Daarop zien zowel de gemeenteraad als ik – vanuit ieders verantwoordelijkheid - toe.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) of juist niet iedereen erbij gebaat is dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen omdat zij dit zelf graag willen.

Ik deel de opvatting van lid Potters dat iedereen, en niet alleen ouderen, erbij gebaat is om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen. De maatschappelijk trend is ook sinds 1980 zichtbaar. De hervorming van de langdurige zorg ondersteunt deze trend, bijvoorbeeld doordat gemeenten daarmee de opdracht hebben gekregen om mensen met een lichte ondersteuningsvraag maatwerk te leveren in de eigen woon- en leefomgeving. Soms gaat dat zelfstandig wonen echter niet meer. Dan is er recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) over verontruste geluiden rond het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

In mijn brief van 31 oktober jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang van het kwaliteitskader. Het Zorginstituut wendt op dit moment zijn doorzettingsmacht aan en heeft de regierol op zich genomen bij het vaststellen van een nieuw kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg. Het Zorginstituut heeft de ambitie uitgesproken om op 1 januari aanstaande een eerste kwaliteitskader op te leveren waarin in ieder geval de personeelsleidraad, basisveiligheid en indicatoren daarvoor een plek krijgen.

We zitten nu in de fase dat dit kwaliteitskader wordt uitgewerkt; daar wil ik het Zorginstituut ook de ruimte voor geven.

Ik vertrouw erop dat het Zorginstituut het proces rond, en de inhoud van het kwaliteitskader goed regisseert zodat er uiteindelijk een gedragen kwaliteitskader ligt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) of de gemeenten, mede gelet op de lagere uitgaven in 2015, wel voldoende maatwerk leveren.

Gemeenten zijn erin geslaagd cliënten in het overgangsjaar continuïteit van zorg en ondersteuning te bieden; mensen die aangewezen zijn op zorg en ondersteuning krijgen die ook. Daarbij moet ook maatwerk worden geleverd, waarbij wordt aangesloten op de kenmerken van de persoon en diens situatie. In het kader van de ontwikkelagenda 'Volwaardig meedoen' hebben gemeenten en cliëntorganisaties met elkaar vastgesteld dat de goede weg is ingeslagen maar dat het bieden van 'levensbreed maatwerk' – dus niet alleen zorg en ondersteuning, maar ook werk en inkomen – nog verder verbeterd kan worden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Rutte (VVD) over het opnemen van meerjarige contracten gericht op zorg dichtbij huis en e-health in de voorbereidingen van een eventueel nieuw hoofdlijnenakkoord.

Ik onderstreep het belang van meerjarige contracten voor zorg dichtbij huis en e-health als daarmee een samenwerkingsverband wordt aangegaan waarin de gestelde doelen over meerdere jaren worden uitgevoerd. Overigens blijft het ook belangrijk dat nieuwkomers gecontracteerd kunnen worden. Het lijkt mij dan ook wenselijk dat de activiteiten op dit gebied worden voortgezet door verzekeraars en zorgaanbieders. Vanzelfsprekend spreek ik met diverse partijen over eventuele nieuwe hoofdlijnenakkoorden, maar het is formeel aan een nieuw kabinet hoe het met deze onderwerpen om wil gaan en of deze onderwerpen een plaats kunnen krijgen in eventuele nieuwe bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden. Ten aanzien van het jaar 2018 heb ik in het AO Zorgverzekeringswet aangegeven in gesprek te gaan met partijen over het verlengen van de bestuurlijke afspraken. De genoemde onderwerpen zal ik in die gesprekken meenemen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Rutte (VVD) over het wegnemen van barrières om de specialist ouderengeneeskunde een vaste plek te geven in de eerste lijn is als volgt.

Eerder dit jaar is door VWS met de beroepsverenigingen Verenso en Landelijke Huisartsen Vereniging, met Zorgverzekeraars Nederland en met CIZ gesproken over de belemmeringen voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de wijk. Dit heeft geleid tot verduidelijking van de bekostiging, zorginkoop en indicatiestelling binnen de subsidieregeling extramurale behandeling vanaf 2017. Vanaf 2017 sluit de bekostiging en indicatiestelling aan op de zorgmodules die Verenso en LHV hebben afgesproken in een samenwerkingsconvenant

(<https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuw-handreiking-samenwerking-huisarts-specialist-ouderengeneeskunde>).

Vanaf 2017 wordt het tevens mogelijk dat ook specialisten ouderengeneeskunde die niet in dienst zijn van een verpleeghuis in de wijk kunnen worden ingezet. Vanaf 2017 kan, naast behandeling door instellingsartsen, behandeling vanuit een samenwerkingsverband van ambulante werkende specialisten ouderengeneeskunde ook in aanmerking komen voor subsidie. In alle gevallen geldt dat een specialist ouderengeneeskunde uitsluitend kan behandelen op verwijzing van de huisarts.

De financiering van de specialist ouderengeneeskunde vanuit een subsidieregeling betreft een tijdelijke situatie. De positionering van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns maakt onderdeel uit van een pakketadvies dat de minister en ik hebben gevraagd aan het Zorginstituut. Het advies *'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw'* heb ik eind vorige week ontvangen van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft het advies inmiddels openbaar gemaakt op haar website (<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2016/1610-extramurale-behandeling-ontleed/Extramurale+behandeling+ontleed.pdf>). De minister en ik gaan dit pakketadvies nu grondig bestuderen en ik zal u onze beleidsreactie daarna toesturen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Arno Rutte (VVD) over medische zorgevaluatie als onderdeel van goede zorg.

Ik deel de opvatting van de heer Rutte dat zorgevaluatie een belangrijk onderdeel is van goede zorg en deel ook zijn ambitie om dat te realiseren. Om die reden heb ik, mede naar aanleiding van een amendement van de heer Rutte bij de begrotingsbehandeling 2015, extra geld beschikbaar gesteld voor zorgevaluatie binnen het ZonMW programma Doelmatigheid. In totaal is binnen dit programma voor de periode 2016-2018 € 9 miljoen geoormerkt voor zorgevaluatie bij de 30 aandoeningen die centraal staan in de Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda, onderdeel van het hoofdlijnenakkoord in de medisch specialistische zorg. Uiteindelijk moet zorgevaluatie een standaard onderdeel zijn van de kwaliteitscyclus.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over structurele financiering voor een verbreding van de geestelijke verzorging.

Eerder ben ik in een brief naar de Kamer ingegaan op de positie van geestelijke verzorging in het stelsel van wettelijke verzekeringen. Deze uiteenzetting is nog steeds van toepassing. In deze brief staat dat verzekeringsprestaties functiegericht zijn omschreven. Dit betekent dat ook geestelijk verzorgers ingeschakeld mogen worden voor zover dit verzekerde zorg betreft.

Uit het onderzoek dat Agora op mijn verzoek heeft uitgevoerd, bleek in oktober dit jaar dat de financiering van geestelijke verzorging bij palliatieve zorg nog wel altijd een knelpunt vormt. Met name in de eerste lijn en bij de vergoeding van specialistische geestelijke verzorging vormt dit een probleem. Ik heb daarom – zoals ik ook in mijn brief van 3 november jl. aan u heb geschreven – de beroepsgroep van geestelijke verzorgers, de beroepsgroep van verpleegkundigen en het Zorginstituut gevraagd hierover met elkaar in gesprek gaan. In de volgende brief over palliatieve zorg zal ik u over de voortgang informeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het instellen van zorgbuddy's die chronisch zieken kunnen helpen bij het vinden van de juiste zorg.

Ik herken het signaal dat mensen onzekerheid kunnen ervaren bij het vinden van de juiste zorg. Veel mensen nemen daarom graag iemand mee naar bijvoorbeeld een huisarts of specialist. Niet iedereen heeft iemand uit zijn netwerk beschikbaar. Dan is het fijn als er een vrijwilliger meegaat. Het is daarom goed dat er nu al ongeveer 450.000 vrijwilligers actief zijn in zorg en welzijn. Bijvoorbeeld bij patiënten en cliëntenorganisaties. Zij zetten zich in vanuit hun intrinsieke motivatie. Daarbij past een terughoudende rol van de overheid.

Gemeenten kunnen lokaal hun vrijwilligers wel ondersteunen. Gemeenten moeten daarbij de vraag

beantwoorden of aanvullend op het bestaande vrijwilligersnetwerk nog meer nodig is om in deze behoefte te voorzien. Gemeenten kunnen in overleg met lokale vrijwilligersorganisaties en zorginstellingen besluiten zorgbuddy's te werven en op te leiden.

Er gebeurt daarnaast al veel op het gebied van de curatieve zorg op dit terrein, zoals de "drie goede vragen"- campagne om te zorgen dat beter gesprek met zorgverleners wordt gevoerd of het feit dat patiënten het gesprek met hun zorgverlener kunnen opnemen zodat ze het thuis terug kunnen luisteren. Ook komt er een website die kiezen in de GGz ondersteunt en een campagne om samen beslissen in ziekenhuizen te stimuleren. Voorts is er extra aandacht voor cliënten met lage gezondheidsvaardigheden.

Tot slot is de verzekeraar de aangewezen instantie om de verzekerden te helpen bij het vinden van de juiste zorg. Verzekeraars hebben daarvoor mensen in dienst die desgevraagd verzekerden helpen de voor hun passende zorg te vinden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het verzoek om per regio te komen tot een noodplan voor de acute zorg en meer regie door de minister van VWS.

VWS heeft het initiatief genomen om per regio te bekijken wat nodig is om de organisatie van de acute zorg met elkaar op orde te krijgen, daarbij zijn alle partijen binnen de acute zorg (ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, verzekeraars, aanbieders van herstellzorg en wijkverpleging) betrokken. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is hierbij het kader. De partijen in de acute zorgregio's brengen met elkaar in kaart waar de knelpunten zich voordoen en welke acties door wie in gang gezet moeten worden. Een overzicht van "witte vlekken" in de landelijke dekking van acute opvangplekken vraag ik aan de verzekeraars op te leveren begin januari 2017. Tevens heb ik de regio's al gevraagd een totaal plan voor de acute zorg op te leveren in mei 2017.

Verzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht en hun belang bij zorg op de juiste plaats in de acute zorgketen een essentiële rol bij het aanpakken van de regionale knelpunten. De regio's die daar behoefte hebben aan hebben kunnen ondersteund worden door het VWS-Praktijkteam "Zorg op de Juiste Plek".

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over een spelverdeler per regio met doorzettingmacht die toestemming heeft om mensen direct voor hun zorg bij instellingen te plaatsen.

De zorgverzekeraar heeft zorgplicht en daarmee moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat zijn verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben. Indien er sprake is van een wachtlijst is het de taak van de zorgverzekeraar om te bemiddelen naar een zorgaanbieder die wel plek heeft of aanvullende afspraken te maken met de zorgaanbieder. De verzekeraar is dus de spelverdeler met doorzettingmacht.

Wachttijden verschillen per regio. Om daar meer zicht op te krijgen en partijen te helpen onderling goede afspraken te maken over het verminderen van de wachttijden, wordt er binnenkort onder regie van VWS in vier regio's de ggz-keten met in ieder geval vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars doorlopen. Daarbij wordt in kaart gebracht waar de doorstroom in de keten beter kan en wat de achterliggende knelpunten zijn. Dit moet leiden tot een gezamenlijk plan waarin concreet wordt aangegeven hoe de wachttijden regionaal worden aangepakt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over tijdig en dichtbij huis geholpen worden van mensen aan het einde van het jaar.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij moeten voldoende zorg inkopen. Als een verzekerde om wat voor reden, en niet alleen aan het einde van het jaar, niet terecht kan bij de zorgaanbieder van zijn voorkeur kan een verzekerde zich wenden tot de zorgverzekeraar voor bemiddeling naar een andere zorgaanbieder. Als dergelijke situaties zich voordoen, dan verwacht ik van de zorgaanbieder en verzekeraar dat zij dit goed regelen voor de patiënt, en de patiënt hierin ook goed faciliteren. Het is niet aanvaardbaar als contracteringsruzie over de rug van de patiënt in de media worden uitgevochten.

Dit sluit ook aan bij de afspraken over een soepel contracteringsproces en goede communicatie daarover op het goede moment naar verzekerden (zie mijn brief over de Medisch Specialistische Zorg, Tweede Kamer 29689 nr. 695). Ik heb betrokken partijen hierover onlangs opnieuw gesproken, waarbij ze deze afspraken hebben herbevestigd.

De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat wanneer hij verzekerden bemiddelt naar een ander ziekenhuis, zij binnen de Treeknormen geholpen kunnen worden. Wanneer de Treeknormen worden overschreden kan de Nederlandse Zorgautoriteit - indien noodzakelijk - handhavingsmaatregelen inzetten. Uiteraard kan een verzekerde zelf besluiten om te wachten als hij of zij dat liever wil. Bemiddeling naar een andere zorgaanbieder doet de zorgverzekeraar uiteraard in overleg met de verzekerde.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over of mensen weten welke zorgverlener ze kunnen kiezen bij hun verzekeringspolis.

De NZa-regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, TH/NR-007 bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt, de zorgverzekeraar (aspirant-)verzekerden moet informeren in een actueel overzicht op de website welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd. Het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders dient tevens informatie te bevatten over de volgende punten:

- a) hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;
- b) wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd;
- c) indien van toepassing, een algemeen toelichtende tekst dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn en dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;
- d) voor welke periode de contracten zijn afgesloten.

Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar per zorgaanbieder of per soort zorgaanbieder in of bij het genoemde overzicht welke afspraken gemaakt zijn en welke mogelijke consequenties dit voor de verzekerde kan hebben.

Deze regelgeving verplicht zorgverzekeraars dus om mensen te informeren over welke zorgverlener ze kunnen kiezen bij hun verzekeringspolis. De NZa houdt toezicht op deze informatieverstrekking.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het Actieplan Geneesmiddelentekorten.

Net als de CDA-fractie vind ik het tegengaan van geneesmiddelentekorten heel belangrijk. Veel van de voorgestelde punten uit het tienpuntenplan herken ik en zijn ook onderdeel van de lijst van maatregelen die de door mij ingestelde Werkgroep Geneesmiddelentekorten uitwerkt. Zie daarvoor de standvanzakenbrief van 23 juni jl. (Kamerstuk 29 477, nr. 389). Daarin staan ruim twintig maatregelen genoemd die tot doel hebben geneesmiddelentekorten te voorkomen en mochten ze zich toch voordoen op te lossen. Ik heb u voor het eind van het jaar een brief toegezegd waarin ik u informeer over de stand van zaken met betrekking tot de diverse maatregelen. Ik zal bij deze brief uw actieplan betrekken en per onderdeel aangeven welke actie wel en welke niet wordt overgenomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over hoe het staat bij de gemeenten na de gerechtelijke uitspraken over het toekennen van ondersteuning thuis en huishoudelijke hulp? De uitspraken van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) over huishoudelijk hulp in een aantal specifieke situaties zijn in de afgelopen periode van een nadere juridische duiding voorzien. Alle gemeenten zijn daarbij door de staatssecretaris opgeroepen om het lokale beleid in het licht van deze uitspraken te beoordelen op de noodzaak tot aanpassing. Het is belangrijk dat gemeenten dit snel doen. Tegelijkertijd vraagt dit ook zorgvuldigheid naar cliënten, waaronder goede eenduidige communicatie. Het Netwerk Directeuren Sociaal Domein heeft het initiatief genomen, gegeven de daartoe door gemeenten geuite wens, om in overleg met VNG en VWS gemeenten daarbij te

ondersteunen. De rapportage 'Wmo 2015 in uitvoering; passend en onderbouwd (lokaal) beleid hulp bij het huishouden is onlangs verschenen.

(<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/passend-onderbouwd-beleid-huishoudelijke-hulp-wmo-rapport>).

Gemeenten hebben nu handvatten om hun lokale beleid te herijken en waar nodig in overeenstemming te brengen met de wettelijke kaders en daarover door de CRvB gedane uitspraken. Het is primair aan de gemeenteraad om het college hierop te controleren. Op het moment dat gemeenten zich meer dan incidenteel niet aan de wet houden, zal ik niet aarzelen gebruik te maken van de mogelijkheden die het interbestuurlijk toezicht biedt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over hoe het staat met de gemeente Katwijk waar zorggeld op de gemeentepank is blijven liggen.

Ik neem aan dat Kamerlid Keijzer duidt op de wijze waarop de gemeente Katwijk de Wmo 2015 op het punt van de schoonmaakhulp heeft vormgegeven en uitgevoerd. In een gesprek met de verantwoordelijk wethouder van de gemeente Katwijk heb ik expliciet duidelijk gemaakt dat het gemeentelijk beleid niet voldoet aan de Wmo 2015. De bezwaren richten zich op het ontbreken van de mogelijkheid van een maatwerkvoorziening bij eenvoudige schoonmaakhulp en de wijze waarop de bijdrage in de kosten voor cliënten is geregeld. Het college heeft aangegeven de handreiking van de VNG te willen gebruiken om het beleid in overeenstemming met de wet te herijken. Ik volg het college daarin op de voet en zal passende maatregelen treffen indien een en ander onverhoopt niet conform de wet wordt aangepast. Ik zal uw Kamer, gegeven de door het lid Keijzer gestelde schriftelijke vragen, informeren over de uitkomst.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) of door gemeenten na een melding door een cliënt ook overal het onderzoek wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven in de wet?

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) draagt de gemeenten op dit onderzoek na melding van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning uit te voeren. In het onderzoek moet minimaal aandacht worden besteed aan de in de wet expliciet benoemde elementen. Het is primair aan het gemeentebestuur om dit in beleid en uitvoering te borgen en aan de gemeenteraad om daarop toe te zien. In de onlangs verschenen rapportage 'Wmo 2015 in uitvoering; passend en onderbouwd (lokaal) beleid hulp bij het huishouden'

(<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/passend-onderbouwd-beleid-huishoudelijke-hulp-wmo-rapport>) is het belang van dit onderzoek nogmaals onder de aandacht van gemeenten gebracht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over het door gemeenten aanpassen van verordeningen en besluiten zodat het geld dat overblijft wordt besteed aan de zorg.

Mensen die zijn aangewezen op zorg en ondersteuning en deze niet (deels) zelf of met behulp van hun netwerk kunnen organiseren, moeten deze zorg van gemeenten kunnen krijgen. De Wmo2015 en de Jeugdwet bieden mensen hiertoe de noodzakelijke waarborgen. De regelgeving bepaalt dat zorg en ondersteuning passend dient te zijn, aan dient te sluiten op de kenmerken van de persoon en diens situatie. De financiële positie van de gemeente doet hieraan niets af.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de koppeling tussen het overschot dat gemeenten in 2015 hebben voor het sociaal domein en de eigen bijdragen die gemeenten vragen. Er kunnen nog geen conclusies worden getrokken over het overschot van € 1,2 miljard. De cijfers die gemeenten hebben aangeleverd over het sociaal domein in 2015 vragen om een nadere analyse. Zoals aangekondigd in de brief van 7 november jl. van de minister van BZK zal ik samen met BZK, SZW en de VNG een nader onderzoek laten doen naar de cijfers en de verklaringen van de lagere uitgaven. Het streven is eind januari over de resultaten van het nader onderzoek te beschikken.

Mensen die in verband met hun zelfredzaamheid en participatie zijn aangewezen op zorg en ondersteuning op grond van de Wmo 2015, dienen hiervoor ook in aanmerking te komen. Mensen worden geacht naar draagkracht bij te dragen aan de kosten van die zorg en ondersteuning. Voor maatwerkvoorzieningen zijn hiertoe regels gesteld in het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015. Ik

constateer dat gemeenten in geval van algemene voorzieningen uitwerking geven aan de het uitgangspunt om deze laagdrempelig, ook in financiële zin, in te richten.

Daar waar de gemeente bijdraagt aan zorg en ondersteuning van een cliënt, dient deze passend te zijn, ook in financiële zin. Met het oog hierop verplicht de Wmo 2015 gemeenten tot het doen van een uitgebreid onderzoek naar de kenmerken van de persoon en zijn situatie. Gemeenten hebben de verantwoordelijkheid en de instrumenten om tot financieel maatwerk te komen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de huidige overhead van gemeenten die voor de oude Wmo 10% van de bestuurskosten zou bedragen.

In het kader van de "oude Wmo" is destijds onderzoek verricht naar de met de uitvoering van huishoudelijke hulp gemoeide uitvoeringskosten. Deze zijn toentertijd in de periode 2008-2010 geraamd op 10% van het voor huishoudelijke hulp beschikbare budget. Dit betreft echter ook zaken als het uitvoeren van clienttevredenheidsonderzoek. In het kader van de Wmo 2015 is met gemeenten één (integraal) macrobudget afgesproken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over mijn bereidheid om puntsgewijs te reageren op het Hugo Borst manifest.

In mijn brief van 31 oktober "*kwaliteit verpleeghuizen: verbetering bij risicovolle verpleeghuizen zichtbaar*" heb ik aangegeven dat de onderwerpen uit het manifest ook doelen zijn die ik nastreef. In het programma Waardigheid en Trots wordt aan deze onderwerpen gewerkt. Zowel voor de korte als de langere termijn. Voor de stand van zaken van deze onderwerpen verwijs ik u naar de voortgangsrapportage bij mijn brief van 4 juli jl., waarover wij op 17 november een Algemeen Overleg voeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de kwaliteit en kwantiteit van verpleegkundigen.

In de brief aan de Kamer van 4 november 2016 over de arbeidsmarkt hebben de minister en ik uitgebreid toelichting gegeven op de (verwachte) arbeidsmarktontwikkelingen en wat er nodig is om (dreigende) tekorten te voorkomen. Daarnaast wordt er samen met sociale partners gewerkt aan een update van de toekomstverkenning voor de arbeidsmarkt in de zorg. Daarmee ontstaat ook een actueel beeld van vraag naar en aanbod van (onder andere) verpleegkundigen tot en met 2020. De uitkomsten van die toekomstverkenning worden, zoals toegezegd in het spoeddebat kwaliteit verpleeghuizen van 13 oktober, voor de kerst aan uw Kamer verzonden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over de bereidheid de flexibiliteit van het verenigingsrecht te onderzoeken.

Ik herken het beeld dat een deel van de verenigingen moeite heeft met onder andere de continuïteit van het verenigingsbestuur. Onder andere Nederlandse Organisatie Vrijwilligerswerk (NOV) en sportkoepel NOC*NSF zetten zich op diverse manieren in op het onderhouden en creëren van sterke en vitale besturen, bijvoorbeeld binnen het programma bestuurders centraal. De wens om onderzoek te doen naar flexibiliteit van het verenigingsrecht is mij niet bekend. Ik zal in eerste instantie met NOV en NOC*NSF bespreken in hoeverre hieraan behoefte is en daarbij nagaan op welke onderdelen meer flexibiliteit van het verenigingsrecht gewenst is. De uitkomsten van dit overleg zal ik – met een positieve grondhouding - bespreken met het ministerie van Veiligheid en Justitie.

Overigens ligt op dit moment het wetsvoorstel Bestuur en toezicht rechtspersonen in de Tweede Kamer (34 491). Het doel van dit wetsvoorstel is om duidelijker in de wet aan te geven wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van bestuurders en commissarissen bij een vereniging, stichting, coöperatie of onderlinge waarborgmaatschappij.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het financieren van een onderzoeksfaciliteit naar positieve gezondheid binnen de gezondheidszorg.

Er is de laatste tijd veel aandacht voor het concept Positieve gezondheid, zowel bij beleidsmakers als bij zorgprofessionals. Via diverse programma's van ZonMW zijn er mogelijkheden om

onderzoeksvoorstellen in te dienen. Specifiek voor positieve gezondheid is reeds 220.000 euro beschikbaar gesteld om in kaart te brengen hoe organisaties dit in de praktijk toepassen en 300.000 euro voor organisaties die een pledge hebben getekend in het kader van Alles is gezondheid. Het Institute for Positive Health heeft hier ook middelen uit ontvangen en kan ook in de toekomst op deze programma's inschrijven. Daarnaast zijn er meerdere partijen die het onderwerp positieve gezondheid in de praktijk brengen en op de agenda houden. Enkel een bedrag alloceren naar het Institute for Positive Health zou miskennen dat er ook meerdere initiatieven bestaan die het verdienen om ondersteund te worden, zoals ook gebeurt via de diverse programma's. Ook het programma Alles is Gezondheid stimuleert partijen die positieve gezondheid in praktijk brengen; zowel in de zorg, de wijk als werk en school. Tenslotte kunnen er de komende jaren binnen de campagne "Samen beslissen" projecten gefinancierd worden die leiden tot veel bewuster worden van het belang van samen beslissen over de meest geschikte behandeling voor de patiënt.

Hiermee wordt reeds een stevige impuls gegeven aan onderzoek naar het breder uitrollen van het concept van positieve gezondheid binnen de gezondheidszorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over het concept besluit toegankelijkheid en de reden waarom de staatssecretaris niet geprobeerd heeft om met partijen waaronder Iederin en MEE concrete acties uit te werken met een tijdschouder, zodat echt stappen worden gezet in het bevorderen van toegankelijkheid.

De roep om toegankelijkheid vanuit de doelgroep is sterk en begrijpelijk. Ik zal en wil daar ook gehoor aan geven in de aanpak voor de implementatie van het VN Verdrag. De ambitie met betrekking tot het bevorderen van toegankelijkheid vindt zijn beslag in het plan van aanpak voor de implementatie. Sinds juli is de kwartiermaker in nauwe samenspraak met onder andere gemeenten, cliëntorganisaties (waaronder Ieder In en MEE) en bedrijfsleven begonnen met de vormgeving van het bureau dat ervoor moet zorgen dat door allerlei partijen in onze samenleving concreet en actief aan de slag wordt gegaan met het dichterbij brengen van een meer toegankelijke samenleving. Dit bureau zal begin 2017 van start gaan op basis van een concrete agenda met acties en activiteiten die door de betrokken partijen zullen worden ontplooid.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de stand van zaken met betrekking tot de voorleesfunctie op internet en de standaard die daarvoor eenvoudig is in te vullen.

De minister van BZK is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van overheidswebsites. Bij brief van 21 juni jl. (TK 32 802 en 26 643 nr. 27) heeft hij u geïnformeerd over de voortgang.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over hoe het staat met het erkennen van gebarentaal voor doven in relatie tot het VN verdrag.

De gebruikers van de Nederlandse gebarentaal (NGT) hebben behoefte aan het vastleggen van de taal in regelgeving. Materieel en maatschappelijk wordt NGT echter al erkend en bevorderd in de samenleving en daarmee voldoet Nederland aan het VN-verdrag. Regelgeving biedt daarom naar huidig inzicht geen meerwaarde. Er ligt een initiatiefwet, waarvoor het Ministerie van BZK technische bijstand verleent.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over hoe het staat met het besluit dat de toegankelijkheid van het openbaar vervoer regelt in relatie tot het VN verdrag.

Het kabinetsbeleid is erop gericht het openbaar vervoer stapsgewijs toegankelijk te maken voor mensen met een beperking. Over de hele breedte van het openbaar vervoer (trein, bus, tram, metro, regiotaxi) worden vernieuwingen doorgevoerd, die erop gericht zijn het reizen voor personen met een beperking gemakkelijker te maken. Daarbij zijn verschillende soorten beperkingen in beeld: auditief, visueel, verstandelijk en motorisch (waaronder ook mensen met een rollator of scootmobiel vallen). Een goede samenvatting van het stappenplan dat hiervoor van rijkswege is vastgelegd, treft uw Kamer aan in het Besluit toegankelijkheid van het openbaar vervoer, en de daarbij behorende Regeling toegankelijkheid van het openbaar vervoer. Deze regelgeving is gebaseerd op de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronisch ziekte, die een speciale regeling voor het openbaar vervoer bevat in paragraaf 4. Deze paragraaf, het

besluit en de regeling, zijn van toepassing op alle soorten van openbaar vervoer, zoals hierboven opgesomd. De praktische uitvoering van dit beleid vindt zowel centraal (door NS en ProRail) als decentraal plaats (provincies, stadsregio's, gemeenten en via de vervoervoorwaarden van de openbaar vervoerbedrijven). In de vervoervoorwaarden zijn ook regels voor bijvoorbeeld het gebruik van de scootmobiel vastgelegd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) of het klopt dat de toegankelijkheidseis in het bouwbesluit geregeld is en wordt uitgekleed als gevolgd van de omgevingswet.

De toegankelijkheid van gebouwen is geregeld in het Bouwbesluit. In het ontwerp-Besluit Bouwwerken leefomgeving (BBL) dat tezamen met de andere drie AMvB's onder de Omgevingswet voor de voorhangprocedure aan uw Kamer is toegezonden, zijn de bruikbaarheidseisen uit het Bouwbesluit 2012 gedereguleerd. De toegankelijkheidseisen uit het Bouwbesluit 2012 vormen echter een uitzondering op deze deregulering en worden één op één overgenomen in het BBL. Dit vanwege het maatschappelijk belang om toegankelijke gebouwen te hebben in heel Nederland. De minister van Infrastructuur en Milieu zal met de minister voor Wonen en Rijksdienst voor het kerstreces over de vier AMvB's met uw Kamer in gesprek gaan. De inhoudelijke discussie over de regels in het BBL zullen in dat kader plaats vinden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer of we niet naar een zorgbestuurderssituatie moeten waar het bestuursverbod niet alleen bij faillissementen maar breder in de zorg geldt.

Het is in eerste instantie aan de raden van toezicht om bestuurders die niet functioneren te ontslaan. Daarnaast zijn er verschillende bestuursverboden, die niet alleen bij faillissementen gelden.

Allereerst het civielrechtelijke bestuursverbod dat door de rechter kan worden opgelegd bij faillissementen die het gevolg zijn van wanbestuur. Een bestuurder kan daarbij voor maximaal 5 jaar worden verboden om het vak van bestuurder uit te oefenen.

Daarnaast is er voor stichtingen een aparte wettelijke ontslagprocedure. Iedere belanghebbende of het Openbaar Ministerie kan de rechtbank verzoeken een bestuurder van een stichting te ontslaan als die bestuurder ofwel in strijd handelt met de wet of de statuten, ofwel zich schuldig maakt aan wanbeheer. Ook hier geldt een maximaal bestuursverbod van 5 jaar.

Beide maatregelen zijn zeer ingrijpend en behoren dus door de rechter te worden opgelegd. Ik acht deze bestaande wettelijke voorzieningen toereikend.

Daarnaast moeten de maatregelen uit de agenda Goed Bestuur, waarover u in de voortgangsrapportage van 14 maart jl. bent geïnformeerd, leiden tot goed bestuur. Onder andere de accreditatie van de zorgbestuurder en toezichthouder is hierin cruciaal. Onderdeel daarvan is de versterking van het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit op normen van goed van bestuur. Daar waar een direct verband is tussen de kwaliteit en veiligheid van zorg en de wijze van besturing, kan de IGZ in het uiterste geval een bestuurder vervangen door er een bestuurder bij te laten plaatsen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de cliëntenrechten die voorheen waren opgenomen in de zogenaamde "Beginselenwet" en nu in de Wet langdurige zorg (Wlz) en het Besluit langdurige zorg zijn opgenomen.

De rechten uit de concept-Beginselenwet zijn overgenomen in het betreffend besluit. De veronderstelling van lid Keijzer is juist dat cliënten ook aanspraak kunnen maken op de rechten die zijn verwoord in het Besluit langdurige zorg en dat het vanuit de rechtspositie van de cliënt geen verschil maakt als deze rechten in de Wlz zelf staan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het toevoegen van goede betrouwbare informatie in het project van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars om het goede gesprek te verbeteren.

De Patiëntenfederatie Nederland, Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen, Zilveren Kruis en CZ groep zijn een project gestart om al

beschikbare informatie te betrekken in het gesprek tussen patiënt en zorgverlener. Het is onderdeel van het project om beschikbare, begrijpelijke en betrouwbare informatie te gebruiken richting patiënten. De partijen zetten gezamenlijk in op een verandering van werkwijze zodat beschikbare keuzehulpen, stappenplannen et cetera. daadwerkelijk meer zullen worden gebruikt. Dit alles juist om ervoor te zorgen dat Samen Beslissen in de zorg de norm wordt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het leveren van meer maatwerk in de hulpmiddelenzorg.

Naar aanleiding van signalen uit het veld ben ik begin 2016 een Bestuurlijk Overleg gestart met vertegenwoordigers van patiënten, verpleegkundigen, behandelaren, apothekers, producenten, leveranciers, zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Zorginstituut om de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg voor de patiënt aantoonbaar te verbeteren. Dit onder het motto; 'het juiste hulpmiddel bij de juiste patiënt; 'eenvoudig waar het kan, ingewikkeld waar dat nodig is'. Alle partijen hebben hun commitment uitgesproken aan de doelstellingen van het overleg, het tijdspad en de focus op richtlijnen.

Er wordt in drie werkgroepen (stoma-, incontinentie- en diabeteshulpmiddelen) gewerkt aan een kwaliteitsagenda die partijen zelf zullen uitvoeren. Ik heb deze onderwerpen gekozen omdat ik hierover de meeste signalen ontving. Deze aanpak en bereikte resultaten kunnen als voorbeeld dienen voor andere groepen in de hulpmiddelenzorg.

In maart van dit jaar heb ik u geïnformeerd over de eerste resultaten van het Bestuurlijk Overleg en dat er concrete afspraken zijn gemaakt voor het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen.

In september heb ik in het Bestuurlijk Overleg met partijen afgesproken dat bij het maatwerk wordt uitgegaan van 'functioneringsgericht voorschrijven'. Dat betekent dat de omstandigheden van de patiënt worden meegewogen bij de keuze voor een geschikt hulpmiddel en dat de patiënt bovendien keuze moet hebben tussen adequate oplossingen zonder dat daarbij de doelmatigheid uit het oog wordt verloren.

Alle werkgroepen hebben de opdracht om tot heldere afspraken te komen in het voorjaar 2017 zodat deze leidend zijn voor de contractafspraken voor 2018.

Het gebruik van categorieën is daarbij ook onderwerp van besluitvorming.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het centraal stellen van de zorgvraag van de patiënt bij hulpmiddelen.

In het Bestuurlijk Overleg hulpmiddelen heb ik met partijen afgesproken dat bij het maatwerk wordt uitgegaan van 'functioneringsgericht voorschrijven' wat betekent dat de omstandigheden van de patiënt leidend zijn bij de keuze voor een adequaat hulpmiddel.

Er is ook besloten dat zoveel mogelijk in richtlijnen en protocollen zorginhoudelijk wordt vastgelegd wie wanneer bepaalt welke (hulpmiddelen)zorg voor welke patiënt passend is. Deze richtlijnen dienen tripartiet te worden vastgesteld zodat het Kwaliteitsinstituut ze kan inschrijven in het register. Vervolgens moeten de verzekeraars zich bij hun inkoopbeleid houden aan deze richtlijnen. Het vergoedingenbeleid mag daarin geen belemmering vormen zonder de doelmatigheid uit het oog te verliezen. Dat past ook binnen de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben voor verantwoorde zorg.

Het is dus van het grootste belang dat dit soort zorginhoudelijke standaarden worden ontwikkeld. Dat gebeurde niet vanzelf en daarom ook dat ik het bestuurlijk overleg hulpmiddelen heb ingesteld met als belangrijkste opdracht dat er richtlijnen en standaarden komen, waar iedereen zich dan ook aan moet houden. Een werkwijze op basis van categorieën is ook onderdeel van overleg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de resultaten van het project van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars om het goede gesprek te verbeteren.

Sinds het Jaar van de transparantie in 2015 is elk jaar € 5 miljoen beschikbaar voor meer en betere informatie voor de patiënt. Dit jaar is het thema: Samen beslissen in de GGz, Huisartsenzorg en Medisch-specialistische zorg met als doel om Samen beslissen de norm te laten zijn in de zorg. Recent is door het Kwaliteitsinstituut aan 8 projecten (zie ook: www.zorginstituutnederland.nl) subsidie toegekend, waaronder bijna € 900.000 aan het project *Duurzame implementatie en opschaling van Samen Beslissen in ziekenhuizen*. Het project gaat over het in de praktijk brengen van al bestaande instrumenten zoals keuzehulpen, patiëntinformatie en consultkaarten.

De initiatiefnemers beogen in tien ziekenhuizen en twee universitaire medische centra samen met de patiënt, Samen Beslissen in de praktijk toe te gaan passen. Voor minimaal 24 aandoeningen (2 per ziekenhuis), die onderdeel zijn van de 30 aandoeningen van het Jaar van transparantie, worden geleerde lessen verspreid en goede voorbeelden gedeeld. Dit doen ze ondermeer door het trainen van projectteams, afsluiten van inkoopafspraken met zorgverzekeraars en evaluatie. Al in veel ziekenhuizen zijn trajecten gestart om Samen Beslissen in te voeren; dit project biedt een goede ondersteuning en stimulans om vanuit een kleinere setting een versnelling op gang te brengen. De kennis die wordt ontwikkeld over de toepassing van Samen Beslissen wordt vervolgens ziekenhuisbreed verspreid. Het Kwaliteitsinstituut is positief over het welslagen van het project omdat het wordt gedragen door zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars.

Het project is een initiatief van de Patiëntenfederatie Nederland, Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen, Zilveren Kruis en CZ groep. De resultaten van dit project zullen de komende jaren hun beslag krijgen, het gaat immers ook om een verandering in de cultuur. De Tweede Kamer wordt op de hoogte gehouden via een rapportage over alle 8 bovengenoemde projecten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het naleven van kwaliteitsstandaarden bij bloedglucosemeters.

In de werkgroep diabetes hulpmiddelen van het Bestuurlijk Overleg hulpmiddelen dat ik begin 2016 ben gestart, is afgesproken dat breed gedragen richtlijnen moeten leiden tot gepaste zorg voor de patiënt. Betrokken partijen maken daarom afspraken over 1) de kwaliteit van bloedglucosemeters en meting en 2) wie wanneer in samenspraak met de patiënt daarin de keuze voor een adequaat hulpmiddel maakt. Deze tripartiete afspraken zullen vervolgens worden opgenomen in richtlijnen en protocollen en in de overeenkomsten die partijen met elkaar maken over de invulling van de hulpmiddelenzorg met betrekking tot diabetes hulpmiddelen. Dit biedt de meeste waarborgen dat goede en doelmatige zorg hand in hand gaan met maatwerk en keuzemogelijkheden van patiënten. Een werkwijze op basis van categorieën is ook onderdeel van overleg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over toezicht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op reclame.

Voor wat betreft mogelijk toezicht op de uitgaven aan reclame geldt het volgende.

Zorgverzekeraars zijn private partijen. Uitgaven aan reclame valt onder het eigen beleid van zorgverzekeraars. Zij financieren deze kosten met hun nominale premie (in 2015 0,1% van zorguitgaven; bron transparantieoverzichten verzekeraars). Als een zorgverzekeraar te veel uitgeeft aan reclame, dan levert hem dat een concurrentienadeel op. Toezicht op de omvang en de bestemming van reclame-uitgaven door verzekeraars acht ik niet wenselijk.

De NZa besteedt in haar toezicht wel aandacht aan de inhoud van reclame-uitingen. De NZa heeft recentelijk een uitgebreid onderzoek naar risicoselectie gepubliceerd. Daarin komt de NZa tot de conclusie dat zorgverzekeraars hun reclame-uitingen minder dan in het verleden op specifieke doelgroepen richten. De NZa zal het thema risicoselectie in haar toezicht blijven meenemen. Ik zal de NZa vragen in haar eerstvolgende onderzoek naar de inhoud van de reclame mee te nemen of en zo ja hoeveel aandacht er is voor de kwaliteit van de zorg, samen beslissen en de service van de zorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) of zorgverzekeraars niet meer kunnen communiceren over hun dienstverlening.

Verzekeraars kopen zorg in namens hun verzekerden en handelen declaraties af. Daarbij doen ze kennis op over de desbetreffende zorg. Zij hebben zicht op de snelheid waarmee verzekerden ergens geholpen kunnen worden. Ook kunnen ze gebruik maken van algemene kwaliteitsinformatie.

Ik weet van verzekeraars dat zij via afdelingen voor zorgadvies en bemiddeling deze informatie ook aan verzekerden verstrekken. Deze afdelingen bemiddelen mensen naar zorgaanbieders waar zij snel terecht kunnen, adviseren over een second opinion, helpen met het regelen van hulp aan huis, verstrekken informatie over ziekenhuisprestaties voor bepaalde aandoeningen et cetera. Ter illustratie: Zilveren Kruis heeft met 46 medewerkers 97.500 klanten bij de zorgbemiddeling en de zorgregelaar geholpen. Menzis gaf in 2015 met 35 zorgadviseurs aan 85.772 klanten een zorgadvies en hebben zij 44.411 klanten bemiddeld om sneller zorg te krijgen.

Verzekerden moeten zelf de verzekeraar benaderen voor advies. Privacyregelgeving maakt dat een verzekeraar niet proactief contact op kan nemen met een verzekerde. Verzekeraars benoemen deze adviesfunctie regelmatig, om verzekerden hier op te attenderen. Ook via de recent ontwikkelde zorgverzekeringskaart zullen verzekerden hierop worden geattendeerd.

Deze adviesafdeling is slechts één manier van ondersteuning. Ook via andere kanalen ondersteunen zorgverzekeraars hun verzekerden bij het vinden van goede zorg, zoals met het stellen van de juiste vragen bij een doktersbezoek of het regelen van gespreid betalen. En waar de ene verzekerde alles via apps, communities en internet wil regelen, biedt de andere zorgverzekeraar ook winkels waar je langs kunt gaan met vragen.

Verzekerden die gebruik maken van deze diensten zijn over het algemeen erg tevreden en zijn minder geneigd om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Tegelijkertijd mag de deze adviesfunctie nog meer onder de aandacht van verzekerden worden gebracht. Het is een onderwerp waarop verzekeraars zich goed van elkaar kunnen onderscheiden. In mijn contacten met verzekeraars roep ik hen regelmatig op om ook in hun eigen publieke uitingen hier meer aandacht aan te besteden

In het kader van de eindejaarscampagne van VWS heb in de afgelopen tijd verzekerden ook zelf op de mogelijkheid geattendeerd om zich met vragen te wenden tot de verzekeraar.

Ik zal de Nederlandse Zorgautoriteit vragen in haar eerstkomende overzicht van de zorgmarkt aandacht te besteden aan hoe verschillende verzekeraars deze toch oppakken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) hoe ik erop ga toezien dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan ingrijpen als er conflicten zijn tussen verzekeraars en ziekenhuizen.

Per 1 januari 2016 is de transparantieregeling van de NZa van kracht (Regeling TH/NR-005) die voorschrijft dat zorgverzekeraars hun zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar voor de zorginkoop bekend maken. Bij nalatigheid kan de NZa hierop handhaven (aanwijzing, last onder dwangsom, boete).

Er zijn daarnaast ook bestuurlijke afspraken in de medisch specialistische zorg gemaakt tussen vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over een meer gestroomlijnd contracteringsproces. Als onderdeel van deze afspraken monitort de NZa op meerdere peilmomenten per jaar de voortgang van de contractering. In december brengt de toezichthouder hierover een rapportage uit. De NZa wacht dus niet tot het moment dat er een conflict is of dreigt.

Meer in het algemeen neemt de NZa signalen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het verloop van het contracteerproces serieus en houdt toezicht op de randvoorwaarden waarbinnen onderhandelingen plaatsvinden, zoals opgenomen in de genoemde regeling. In dat kader voert de NZa regelmatig gesprekken op brancheniveau om het inkoopproces te monitoren. Ook heeft de

NZa aangeboden om vroeg in het proces te helpen in plaats van pas als een geschil is ontstaan te worden ingeroepen.

De primaire verantwoordelijkheid voor een goed verlopend contracteerproces en de inhoud van het contract ligt bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als het proces moeilijk verloopt, kunnen partijen sinds kort gebruik maken van bemiddeling en arbitrage door de 'Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering'.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de vraag welke mogelijkheden de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft om eerder aan tafel te komen.

Per 1 januari 2016 is de transparantieregeling van de NZa van kracht (Regeling TH/NR-005) die voorschrijft dat zorgverzekeraars hun zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar voor de zorginkoop bekend maken. Bij nalatigheid kan de NZa hierop handhaven (aanwijzing, last onder dwangsom, boete).

Er zijn daarnaast ook bestuurlijke afspraken in de medisch specialistische zorg gemaakt tussen vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over een meer gestroomlijnd contracteringsproces. Als onderdeel van deze afspraken monitort de NZa op meerdere peilmomenten per jaar de voortgang van de contractering. In december brengt de toezichthouder hierover een rapportage uit.

Meer in het algemeen neemt de NZa signalen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het verloop van het contracteerproces serieus en houdt toezicht op de randvoorwaarden waarbinnen onderhandelingen in het veld plaatsvinden, zoals opgenomen in de genoemde regeling. In dat kader voert de NZa regelmatig gesprekken op brancheniveau om het inkoopproces te monitoren. De NZa wacht dus niet het moment af dat er conflicten zijn of dreigen. De NZa heeft partijen aangemoedigd om dan contact te zoeken, juist om te voorkomen dat zij pas aanschuiven als er al een geschil bestaat.

De primaire verantwoordelijkheid voor een goed verlopend contracteerproces en de inhoud van het contract ligt bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als het proces moeilijk verloopt kunnen partijen sinds kort gebruik maken van bemiddeling en arbitrage door de 'Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering'.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het opnemen in de markscan door de NZa dat ook wordt ingekocht op de dienstverlening rondom de geleverde zorg en hoe verzekeraars beloond kunnen worden.

De NZa heeft de zorgplicht van verzekeraars uitgewerkt in verplichtingen en normen in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw TH/BR 018. Als afspraken betrekking hebben op de zorgplicht, dan kan de NZa hieraan in een marktscan aandacht besteden. Zorgverzekeraars zijn vrij om met zorgaanbieders afspraken te maken over dienstverlening rondom de geleverde zorg. Dat is ook een onderwerp waarop verzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden.

Als zij dit in de ogen van verzekerden goed doen, dan worden verzekeraars immers beloond doordat verzekerden voor hen (blijven) kiezen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over of het mogelijk is om per gemeente één centraal punt te maken, waar mensen met vragen over zorgkosten en betalingen heen kunnen.

Het is van belang dat mensen voldoende op de hoogte zijn van de landelijke en gemeentelijke maatregelen voor zover die voor hen persoonlijk van belang kunnen zijn.

De staatssecretaris en ik blijven daarom – met name via de jaarlijkse najaarscampagne – inzetten op het informeren van mensen over de specifieke maatregelen ten aanzien van het eigen risico (bijvoorbeeld over de uitzonderingen op het eigen risico en het aanvragen van de zorgtoeslag). Wij zullen dat ook dit jaar weer doen met radiospotjes, via social media en ook, net als vorig jaar, door

in het land plekken op te zoeken waar mensen komen die vaak niet goed op de hoogte zijn en hen dus in de gelegenheid stellen om vragen te stellen. Daarnaast worden mensen op onder andere www.rijksoverheid.nl gewezen op gemeentelijke collectiviteiten en de rol die gemeenten vervullen.

Gemeenten hebben ook een belangrijke taak bij het verschaffen van informatie over de financiële gevolgen van de toegekende ondersteuning en de compenserende maatregelen die zij bieden. Samen met het CAK en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) zijn reeds verschillende acties ingezet die tot een verbeterde informatievoorziening hebben geleid. Om hier een verdere impuls aan te geven zullen wij met de VNG een werkconferentie organiseren met en voor gemeenten waarin onder andere de zichtbaarheid en vindbaarheid van het compensatiebeleid aan de orde komen.

Het behoort tot goede dienstverlening van gemeenten om cliënten adequate, op de persoonlijke situatie toegesneden, informatie te verschaffen over de kosten voor een cliënt van een voorziening. Dit kan via één centraal punt binnen een gemeente, maar ook op andere manieren zoals via het onderzoek (keukentafelgesprek), een vaste contactpersoon of via een wijkteam. Het hoort bij de competenties van de gespreksvoerder om de cliënt inzicht te geven in de kosten van een algemene of een maatwerkvoorziening en de overige compenserende maatregelen die geboden worden. Gemeenten dienen zelf helderheid te bieden aan ingezetenen over de locatie of de persoon waar zij zich met vragen kunnen melden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het betrekken van jongeren met kanker (AYA, Adolescent and Young Adult) bij een pilot over psychosociale zorg rondom kanker. Over de opzet van een eventuele pilot zijn partijen nog met elkaar in gesprek. Het initiatief komt van het KWF, namens het Landelijk Overleg Psycho-oncologische Zorg. Daarin zijn diverse partijen verenigd. Bij de opzet van een eventuele pilot denkt het ministerie van VWS mee en faciliteert waar nodig de afstemming met de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut. Ik zal KWF in contact brengen met AYA, zodat zij met elkaar in gesprek kunnen gaan over de opzet van de pilot.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het inleveren van gehoorapparaten bij het overstappen naar een andere verzekeraar.

Bij het overstappen van zorgverzekeraar hoeft een verzekerde zijn hoortoestellen niet in te leveren.

De meeste zorgverzekeraars verstrekken hoortoestellen in eigendom aan de verzekerde. De verzekerde is en blijft dan eigenaar van het hoortoestel. Indien een zorgverzekeraar een hoortoestel in bruikleen verstrekt wordt deze niet meegenomen in het eigen risico. Dat kan voordeliger zijn als een verzekerde het eigen risico niet voor andere zorg hoeft aan te spreken. Bij het overstappen naar een andere verzekeraar is afgesproken dat de andere zorgverzekeraar het hulpmiddel overneemt en dat de overdracht onderling wordt geregeld. De patiënt ondervindt hiervan dus geen hinder.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de tolkenvergoeding in de zorg. Er is momenteel geen algemene tolkenvergoeding in de zorg. Mensen die in Nederland wonen hebben een eigen verantwoordelijkheid om de Nederlandse taal te kunnen spreken. Er kunnen zich situaties voordoen bij specifieke doelgroepen waarbij niet verwacht kan worden dat zij de Nederlandse taal spreken of kunnen voorzien in een (professionele) tolk. Van overheidswege maken wij drie uitzonderingen, namelijk voor:

- asielzoekers in een asielzoekerscentrum,
- cliënten in de vrouwenopvang
- en slachtoffers van mensenhandel.

De verhoogde instroom van vluchtelingen in het afgelopen jaar heeft ertoe geleid dat er een versnelde doorstroming uit de opvang voorzieningen is gerealiseerd en asielzoekers dus nu ook sneller zijn aangewezen op de reguliere zorgvoorzieningen. Van iemand die nog maar korte tijd in Nederland is, kan niet worden verwacht dat zij/hij de Nederlandse taal voldoende beheerst. Ik ben daarom voornemens huisartsen tijdelijk te ondersteunen door voor een periode van een half jaar een (telefonische) tolkvoorziening mogelijk te maken voor statushouders op het moment dat zij in

het reguliere systeem stromen. Gezien de teruglopende instroomcijfers verwacht ik dat deze voorziening voor maximaal twee jaar nodig zal zijn.

Naast voorzieningen als een tolk, zijn er ook andere middelen beschikbaar om met taalproblemen om te gaan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het gebruik van beeldmateriaal, Google translate en de website huisarts-migrant.nl.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een schriftelijke reactie aan de Landelijke Huisartsvereniging (LHV) gegeven over de rol van de inspectie bij de inzet van tolken in de zorg. In deze brief heeft de inspectie aangegeven dat zij geen rol heeft als het gaat om de financiering van zorg en de inzet van tolken. Ik sluit mij bij die conclusie aan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) of een visie op langer leven kan worden gemaakt, waarin ook wordt ingegaan op de samenwerking tussen huisartsen/(wijk)verpleegkundigen, gemeenten en zorgverzekeraars en de aansluiting tussen de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg.

Het is inderdaad belangrijk meer en breder aandacht te hebben voor de gevolgen van "langer leven". Op het terrein van de zorg loopt al het nodige, met name ten aanzien van meer samenwerking. Ik verwijs daarvoor naar de brief van de Minister en mij van 8 juli over de zorg voor kwetsbare ouderen. Voor wat betreft de relatie naar andere beleidsterreinen ben ik graag bereid met mijn collega's nader te bezien hoe wij een dergelijke visie vorm zouden kunnen geven.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) over het in kaart brengen van acute opvangplekken voor ouderen.

Kamerlid Volp noemt onvoldoende acute opvangplekken voor ouderen als een van de mogelijke oorzaken van de toename van ouderen op spoedeisende hulpen (SEH's). Dit zal vast juist zijn op bepaalde plaatsen, maar wat de oorzaken van drukte op de SEH's zijn en welke acties door wie in gang moeten worden gezet is echter regionaal verschillend. VWS heeft het initiatief genomen om per regio te bekijken wat nodig is om de organisatie van de acute zorg met elkaar op orde te krijgen. Daarbij zijn alle partijen binnen de acute zorg (ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, verzekeraars, aanbieders van herstellzorg en wijkverpleging) betrokken. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is hierbij het kader. De partijen in de acute zorgregio's brengen met elkaar in kaart waar de knelpunten zich voordoen en welke acties door wie in gang gezet moeten worden. Een overzicht van "witte vlekken" in de landelijke dekking van acute opvangplekken vraag ik aan de verzekeraars op te leveren begin januari 2017. Tevens heb ik de regio's al gevraagd een totaal plan voor de acute zorg op te leveren in mei 2017.

Verzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht en hun belang bij zorg op de juiste plaats in de acute zorgketen een essentiële rol bij het aanpakken van de regionale knelpunten. De regio's die daar behoefte hebben aan hebben kunnen ondersteund worden door het VWS-Praktijkteam "Zorg op de Juiste Plek".

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) over aan wie de subsidie voor het wetenschappelijk onderbouwen van goede voorbeelden uit de praktijk van de verpleeghuizen gegeven wordt.

Het gaat ten eerste om een specifiek onderzoeksbudget of -fonds ten behoeve van het systematisch verzamelen en prioriteren van kennisvragen van de werkvloer. Het amendement regelt financiering voor onderzoek, zo veel mogelijk uitgevoerd door de professionals uit de sector zelf, die daarbij ondersteund worden door o.a. universiteiten en hogescholen. Ook NWO/ZonMW hebben hier op dit moment een rol en middelen voor. Bij de uitwerking ga ik hier op aansluiten.

Ten tweede gaat het om praktische hulp op de werkvloer. Daarvoor dient de kennis uit het onderzoek in praktisch toepasbare adviezen/best practices voor de praktijk te worden omgezet. Hierbij is een voorname rol weggelegd voor de beroepsverenigingen van professionals in de langdurige zorg. Net als in andere onderdelen van de zorg. Ik zal een en ander bespreken met de

betrokken partijen en de Tweede Kamer begin 2017 schriftelijk informeren over de praktische uitwerking.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) over wat er nodig is om personeel in de langdurige zorg te behouden en beter toe te rusten.

Het is van groot belang dat organisaties via strategisch personeels- en opleidingsbeleid investeren in duurzaam inzetbare medewerkers en de toekomstbestendigheid van hun organisatie. Dat vraagt ook om een gezamenlijke agenda van sociale partners gericht op vernieuwing en om een goede aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt. Voorwaarde hiervoor is een scherpe en gedeelde analyse van de zorgvraag over de domeinen heen en de gevolgen daarvan voor personeel en opleiden.

De minister en ik ondersteunen sociale partners en het onderwijs op verschillende manieren. De minister en ik ondersteunen samen met de minister van OCW het Zorgpact, gericht op verbetering aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt. Tevens ondersteunen de minister en ik RegioPlus, waar werkgevers op regionaal niveau brancheoverstijgend oplossingen zoeken voor arbeidsmarktuitdagingen, en het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Ook investeert het kabinet via de sectorplannen zorg stevig in om- en bijscholing van personeel in de langdurige zorg. Voor een volledig overzicht aan maatregelen verwijs ik u naar de brief 'Arbeidsmarkt zorg: herstel na moeilijke jaren' van 4 november 2016.

De komende periode zetten de minister en ik met partijen vol in op een verdere uitwerking van deze agenda gericht op strategisch arbeidsmarktbeleid in de verschillende domeinen. Voor de kerst zal ik u rapporteren over de voortgang.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) over de mate waarin instellingen kosten doorberekenen aan cliënten.

In 2014 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit onderzoek gedaan naar instellingen die onterecht kosten hebben doorberekend aan cliënten. In mijn VSO-brief van 14 oktober 2014 (vergaderjaar 2014-2015, 30597 nr. 468) heb ik uitgebreid antwoord gegeven op de vragen van de fracties over onterechte betalingen. Gebleken is dat op relatief kleine schaal sprake was van kosten die onterecht doorberekend zijn aan cliënten. Daarbij was echter in geen enkel geval sprake van opzet cq. het dekken van tekorten. In alle gevallen zijn dan ook de bedragen gerestitueerd aan cliënten. Het Zorginstituut heeft, samen met vertegenwoordigers van cliëntorganisaties en zorgaanbieders, een meer eigentijdse invulling gegeven aan het overzicht van de voorzieningen waar de cliënt bij verblijf in een instelling gebruik van kan maken. Daarbij wordt gestreefd naar maatwerk, met als doel het verblijf zoveel mogelijk een 'thuis' te laten zijn. Dit staat beschreven in het 'Wlz-kompas' van het Zorginstituut.

Parallel hieraan is geïnvesteerd in voorlichting aan cliënten en instellingen over de spelregels. Ook kunnen cliënten sindsdien bij de NZa melding doen van situaties, waarin volgens hen sprake is van kosten die onterecht worden doorberekend. De NZa oefent toezicht uit op de uitvoering en zal waar nodig handhavend optreden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) die in het kader van het belang van de norm van algemene toegankelijkheid verzoekt om een reactie op de consultatieronde die in het kader van de concept-Algemene Maatregel van Bestuur toegankelijkheid heeft plaats gevonden.

Net als Kamerlid Volp ben ik van mening dat de ratificatie van het Verdrag voor de rechten van personen met een beperking een zeer belangrijke stap is. Het komt er nu op aan om serieus werk te maken van de implementatie van het Verdrag. Ik ben mij ervan bewust dat hieraan groot belang wordt gehecht door de twee miljoen mensen in Nederland voor wie dit Verdrag direct is bedoeld. Dat blijkt ook uit de vele reacties die op de concept-AMvB zijn ontvangen. Ik wil daar ook gehoor aan geven in de aanpak voor de implementatie. De ambitie met betrekking tot het bevorderen van toegankelijkheid vindt zijn beslag in het plan van aanpak voor de implementatie. Sinds juli is de kwartiermaker in nauwe samenspraak met onder andere gemeenten, cliëntorganisaties, bedrijfsleven begonnen met de vormgeving van het bureau dat ervoor moet zorgen dat door

allerlei partijen in onze samenleving concreet en actief aan de slag wordt gegaan met het dichterbij brengen van een meer toegankelijke samenleving. Dit bureau zal begin 2017 van start gaan op basis van een concrete agenda met acties en activiteiten die door de betrokken partijen zullen worden ontplooid.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) over het uitwerken van het afwegingskader voor kinderen met een ontwikkelingsachterstand.

De motie van Van Dijk en Bergkamp vraagt om een onderzoek naar een apart afwegingskader voor toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) voor kinderen. In de voortgangsrapportage Wet langdurige zorg van 2 september jongstleden heb ik u geïnformeerd over het starten van onderzoek. Omdat ik een compleet beeld van de knelpunten rondom toegang tot de Wlz voor kinderen wenselijk acht, kent het onderzoek een brede insteek en wordt er nauwgezet afgestemd met de Denktank intensieve kindzorg. Het traject om te komen tot het uitzetten van het onderzoek heeft daarom langer geduurd dan voorzien. Het onderzoek zal maart 2017 worden afgerond. De uitkomsten van dit onderzoek en mijn beleidsreactie daarop zal ik u daarna zo spoedig mogelijk toezenden.

In antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) over de mogelijkheden voor een impuls voor Huntington-onderzoek.

De ziekte van Huntington is een vreselijke aandoening.

Fundamenteel onderzoek wordt door het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap gefinancierd via de primaire geldstroom aan universiteiten en mede via onderzoeksprogramma's van Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek en ZonMw. Daarnaast zijn er ook diverse andere onderzoeksfondsen. In deze onderzoeksprogramma's worden onderzoeksprojecten onafhankelijk beoordeeld op kwaliteit en inhoud. Het is niet aan mij om te beoordelen of dit onderzoek kansrijk is of kansrijker ten opzichte van andere onderzoeken en ontwikkelingen. Daarvoor hebben we nu juist experts die alle relevante factoren hierbij betrekken. Dat is de route voor dergelijke onderzoeksprojecten. Ik ben wel bereid om mijn best te doen om de onderzoekers te assisteren in het vinden van de juiste fondsen.

De staatssecretaris is bezig met het ontwikkelen van een kennisinfrastructuur voor de langdurige zorg. Het gaat hierbij om het verwerven van meer kennis om het professionele handelen van de zorgverleners op de werkvloer te versterken. Het gaat om de ontwikkeling van praktische handvatten voor de zorg voor mensen met specifieke aandoeningen. Huntington hoort hier uiteraard bij.

Dat is echter iets anders dan fundamenteel onderzoek naar de oorzaken van een ziekte en naar een geneesmiddel, daarvoor bestaan bovenstaande onderzoeksprogramma's.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Volp (PvdA) over hoe de staatssecretaris aankijkt tegen de zorgen van het veld en mensen met een handicap over de Algemene Maatregel van Bestuur inzake het VN Verdrag handicap.

De roep om inclusie van mensen met een beperking is sterk en begrijpelijk. Ik zal en wil daar ook gehoor aan geven in het plan van aanpak voor de implementatie van het VN verdrag, waarin de ambitie met betrekking tot het bevorderen van toegankelijkheid zijn beslag vindt. Sinds juli is de kwartiermaker in nauwe samenspraak met onder andere gemeenten, cliëntorganisaties en bedrijfsleven begonnen met de vormgeving van het bureau dat ervoor moet zorgen dat er door allerlei partijen in onze samenleving concreet en actief aan de slag wordt gegaan met het dichterbij brengen van een meer toegankelijke samenleving. Dit bureau zal begin 2017 van start gaan op basis van een concrete agenda met acties en activiteiten die door de betrokken partijen zullen worden ontplooid.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over het verplicht in loondienst werken van artsen.

Ik ben van mening dat gelijkgerichtheid tussen ziekenhuisbesturen en medisch specialisten van groot belang is voor optimalisering van de patiëntenzorg. Dat is ook de reden geweest om in 2015

over te gaan op een systeem van integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg. Daarbij zijn meerdere modellen van samenwerking tussen bestuur en medisch specialisten mogelijk. Eén daarvan is het loondienstmodel. Daarnaast is er het samenwerkingsmodel waarin de medisch specialisten zich verenigen in een medisch-specialistisch bedrijf dat een samenwerkingsafpraak aangaat met het ziekenhuis. Als derde is er het model waarin specialisten participeren in het bestuur van het ziekenhuis met de daarbij bijbehorende verantwoordelijkheden en risico's. Op de lange duur vind ik het loondienstmodel en het participatiemodel betere condities geven voor gelijkgerichtheid dan het samenwerkingsmodel.

In 2015 en in 2016 heb ik een subsidieregeling ingesteld om medisch specialisten te faciliteren bij de overgang naar loondienst. Ik ben voornemens die subsidieregeling te verlengen. Naast die subsidieregeling heb ik een breder onderzoek uitgezet naar de mogelijkheden om de doorontwikkeling naar het participatiemodel te bevorderen. Daarbij ben ik overigens van mening, en dat heb ik ook zo afgesproken met de partijen in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg, dat er een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het vrije beroep. De keuze voor het vrije beroep of dienstverband moet worden gemaakt door medisch specialist en instelling op basis van lokale en individuele afwegingen.

De suggestie dat goodwill voor vrijgevestigde specialisten niet hoeft te worden afgekocht na een overgangperiode van 10 jaar is juridisch zeer kwetsbaar. In een systeem waarbij nieuwe artsen onmiddellijk verplicht in loondienst gaan, is de goodwill ook op dat moment (praktisch) waardeloos geworden: er zijn immers geen potentiële overnemers meer. De fiscale afschrijvingstermijn is in dit verband irrelevant: het gaat om de economische waarde van de goodwill en die wordt in deze gedachte onmiddellijk gereduceerd (richting nul). Hierdoor ontstaat ook een risico van claim tegen staat in verband met eigendomsontneming. Uiteraard is het aan de rechter om te beoordelen of dit een terechte claim is.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over een algemene scorekaart die inzicht biedt in kwaliteit.

Inzicht in kwaliteit van ziekenhuizen is van groot belang. Om de positie van de patiënt te verbeteren, is het noodzakelijk om meer betrouwbare en begrijpelijke informatie voor patiënten beschikbaar te hebben. Informatie op basis waarvan patiënten kunnen kiezen voor een ziekenhuis, een behandelaar of behandeling. In de afgelopen jaren zijn daarom stappen gezet die onomkeerbaar leiden tot een betere informatievoorziening voor patiënten in de medisch-specialistische zorg.

Er is nu veel meer informatie beschikbaar. De patiënt kan (informatie over) een zorginstelling of een zorgverlener vinden via KiesBeter, ZorgkaartNederland, www.zkn.nl en www.nvz-kwaliteitsvenster.nl. De afgelopen jaren is daardoor het volgende gerealiseerd:

- De patiënt kan deze informatie filteren op relevante kenmerken zoals locatie.
- De patiënt kan op ZorgkaartNederland ervaringen lezen van andere patiënten met zorginstellingen en zorgverleners.
- Het Kwaliteitsinstituut verzamelt over verschillende aandoeningen kwaliteitsgegevens en maakt deze openbaar.
- De kwaliteitsinformatie per zorgaanbieder op Zorgkaart is uitgebreid met de transparantie-indicatoren, keurmerken en sterftcijfers zodat de bezoekers een completer beeld van de kwaliteit van zorg krijgen.
- De NPCF heeft 25 keuzehulpjes ontwikkeld voor het kiezen van de beste aanbieders op basis van de openbare kwaliteitsgegevens.
- Zorgverzekeraars geven, indien vooraf duidelijk is welke behandeling een patiënt zal ondergaan, inzicht in de kosten bij een of meerdere zorgaanbieders.

Mensen die informatie zoeken en niet weten waar ze moeten beginnen, vinden op KiesBeter de weg naar betrouwbare informatie. Daarbij wordt niet overgedaan wat andere partijen al goed hebben geregeld. De focus blijft komend jaar liggen op nog meer bruikbare informatie voor patiënten.

In de brief 'Het jaar van de transparantie' (TK 30620-149, 2 maart 2015) heb ik aangegeven het niet realistisch te vinden dat één overheidssite antwoord geeft op alle vragen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over de voorbereiding van spoedeisende hulpdiensten op calamiteiten, zoals een meervoudige terroristische aanslag, en de beschikbaarheid van een landelijke rampzorgcoördinator.

Alle geneeskundige hulpdiensten bereiden zich voor op rampsituaties. Zij hebben daartoe rampenopvangplannen en oefenen in de koude fase samen met de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) en de regionale overleggen acute zorg (ROAZ) om zich voor te bereiden op hun taken in de warme fase.

Crises worden gecoördineerd op verschillende opschalingsniveaus: burgemeester (GRIP 1 t/m 3), voorzitter veiligheidsregio (GRIP 4 en 5) of minister(s)/kabinet (afhankelijk van de crisis en de toebedeelde bevoegdheden en verantwoordelijkheden). Een crisis kan ook gelijktijdig landelijk en regionaal worden gecoördineerd, omdat er coördinatie nodig is op meerdere plaatsen en opschalingsniveaus. De directe hulpverlening op en rond de plaats van het incident valt (bijna) altijd onder de verantwoordelijkheid van de burgemeester of de voorzitter veiligheidsregio, ook als de rest van de crisis landelijk wordt gecoördineerd. Dat geldt ook voor de coördinatie van de geneeskundige hulpverlening.

De minister van VWS heeft specifieke taken en bevoegdheden bij verschillende typen crises op het terrein van volksgezondheid en zorg, in het bijzonder infectieziekten en zoönosen, voedselveiligheid, medische producten, nucleaire veiligheid, psychosociale hulpverlening, gezondheidsonderzoek en inzet van het Calamiteitenhospitaal.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) of het veld de problemen in de acute zorgsector zelf moet oplossen en of de Ambulancewet wordt uitgesteld.

VWS heeft het initiatief genomen om per regio te bekijken wat nodig is om de organisatie van de acute zorg met elkaar op orde te krijgen, daarbij zijn alle partijen binnen de acute zorg (ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, verzekeraars, aanbieders van herstellzorg en wijkverpleging) betrokken. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is hierbij het kader. De partijen in de acute zorgregio's brengen met elkaar in kaart waar de knelpunten zich voordoen en welke acties door wie in gang gezet moeten worden. Een overzicht van "witte vlekken" in de landelijke dekking van acute opvangplekken vraag ik aan de verzekeraars op te leveren begin januari 2017. Tevens heb ik de regio's al gevraagd een totaal plan voor de acute zorg op te leveren in mei 2017.

Verzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht en hun belang bij zorg op de juiste plaats in de acute zorgketen een essentiële rol bij het aanpakken van de regionale knelpunten. De regio's die daar behoefte hebben aan hebben kunnen ondersteund worden door het VWS-Praktijkteam "Zorg op de Juiste Plek".

Dit staat overigens los van de wetgeving voor ambulancezorg. Die wetgeving gaat niet over het aantal ambulances of het personeelsbeleid daaromtrent, maar over hoe wordt bepaald welke organisatie ambulancezorg mag aanbieden en welke eisen aan ambulancezorg worden gesteld. Ik hoop u nog dit jaar een voorstel van wet toe te sturen ter verlenging van de huidige Tijdelijke wet ambulancezorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over ongewenst zorgaanbod en de introductie van innovaties.

Zorginnovaties moeten een meerwaarde hebben ten opzichte van bestaande behandelingen. Het in de tweede lijn organiseren van wat in feite huisartsenzorg is, zie ook ik niet als innovatie maar als verspilling. Het is aan zorgverzekeraars om deze zorg niet te contracteren.

Innovaties pas introduceren als effectiviteit bewezen is, belemmert innovatie. Dat wil niet zeggen dat innovaties niet veilig moeten zijn. Zeker waar het de genoemde voorbeelden van

titaniumpenen en crio-ballonnen betreft, is het belangrijk dat de veiligheid gewaarborgd is. Voordat dit soort medische hulpmiddelen op de markt komen, moeten ze voldoen aan de wet- en regelgeving, om de kwaliteit en veiligheid te waarborgen. De FMS (Federatie van Medisch Specialisten) heeft leidraden ontwikkeld voor een veilige introductie van nieuwe technologieën.

Kamerlid Dijkstra (D66) heeft mij gevraagd naar een reactie op het voorstel voor 1 innovatieve regio en op welke manier ik nu al initiatieven voor patiëntgerichte innovatie faciliteer. Het is een groot goed dat patiëntgerichte innovaties overal in het land in regio's ontwikkeld en toegepast worden. Landelijke opschaling kan tot stand komen als zorgaanbieders en innovatoren uit de verschillende regio's elkaars ervaring gebruiken. We zien in verschillende regio's verschillende uitdagingen bij patiënten en zorgprofessionals. Een krimpregio is niet vergelijkbaar met een stedelijk gebied in de Randstad. In plaats van één innovatieregio zet ik daarom in op de kennisdeling tussen innovatoren, zoals met het landelijke netwerk zorginnovatie en het startup netwerk. Anderzijds maak ik ruimte voor lokale proeftuinen en samenwerkingsverbanden, zoals Innovatieplaats Cure, preventiecoalities en Health Impact Bonds.

Patiëntgerichte innovatie stimuleer ik door de ontwikkeling van een persoonlijke gezondheidsomgeving (MedMij) door een coalitie onder leiding van de Patiëntenfederatie. Verder betrekken we patiënten bij de organisatie en invulling van evenementen, zoals de e-health week. We ondersteunen het 'Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP)' voor de komende drie jaar met 105 miljoen euro. Ook verkennen we de mogelijkheid van een gemixt gebruikerspanel e-health met zorgprofessionals, zodat zij beter betrokken worden bij de ontwikkeling van innovaties. De kennis over patiëntbehoefte en de ervaringsdeskundigheid van patiënten zullen we ook via de kennislijn van het Fast track-initiatief verspreiden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) naar de huidige status van de door ons gestelde e-health doelstellingen uit 2014 en welke stappen we de komende vijf maanden willen zetten om deze doelstellingen te behalen.

De komende maanden worden tal van initiatieven ingezet of gecontinueerd.

Met ruim 120 organisaties organiseren we van 21 tot en met 27 januari 2017 een nationale e-healthweek voor patiënten en zorgprofessionals. In januari 2017 zal de tender voor het Fast track initiatief e-health worden uitgeschreven. Hierbij helpen we gezamenlijk met het ministerie van EZ en Startupdelta innovatieve mkb-bedrijven door middel van het bieden van specifieke benodigde expertise, het geven van een tijdelijke financiële impuls en het bevorderen van regionale ecosystemen. De Zorginnovatiewinkel, die inmiddels in Den Haag, Assen en Goes zo'n 35.000 bezoekers geïnformeerd heeft, blijf ik ondersteunen op hun route naar Maastricht en Utrecht. Met het ministerie van OCW, het Kwaliteitsinstituut en beroepsverenigingen zijn we in gesprek over het opnemen van e-health in de richtlijnen, in de diverse (basis)opleidingen en bij- & nascholingen. Onder de vlag van het 'Informatieberaad' wordt gewerkt aan het tot stand komen van persoonlijke gezondheidsomgevingen en het ontsluiten van medische gegevens naar die omgevingen. Ik investeer 105 miljoen euro om de gegevens elektronisch toegankelijk te maken voor de patiënt zelf. De patiënt kan ook zelf metingen aan zijn dossier toevoegen en delen met zijn behandelaren. Dit VIPP traject start in 2017 en wordt eind 2019 afgerond.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het vrijmaken van € 4 miljoen euro voor onderzoek naar Huntington.

Het onderzoek naar de ziekte verkeert grotendeels in de fase van experimenteel pre-klinisch onderzoek. Het beeld dat met een onderzoeksbudget van slechts € 4 miljoen een werkzaam geneesmiddel kan worden ontwikkeld en naar de patiënt worden gebracht, acht ik daarom niet realistisch. Klinische studies kosten een veelvoud daarvan om de veiligheid en effectiviteit van een geneesmiddel aan te tonen.

Ik heb geen innovatiefonds beschikbaar om dergelijk pre-klinisch onderzoek of het benodigde vervolgonderzoek te financieren. De dekking voor de gevraagde € 4 miljoen is dan ook niet aanwezig, laat staan voor de benodigde middelen voor klinisch onderzoek. Ik heb uw Kamer wel

eerder laten weten dat ik middelen beschikbaar stel voor een ZonMw-programma Translationeel onderzoek. In de ZonMw onderzoeksprogramma's worden onderzoeksprojecten onafhankelijk beoordeeld op kwaliteit en inhoud. Het is niet aan mij om te beoordelen of dit onderzoek kansrijk is of kansrijker ten opzichte van andere onderzoeken en ontwikkelingen. Daarvoor hebben we juist experts die alle relevante factoren hierbij betrekken. Dat is de route voor dergelijke onderzoeksprojecten. Ik ben wel bereid om mijn best te doen om de onderzoekers te assisteren in het vinden van de juiste fondsen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) om meer effectief gebleken preventieve zorg te vergoeden, zorgverzekeraars te stimuleren zodat zij meer aan preventie gaan doen en handvatten te bieden aan gemeenten om een beter preventiebeleid te kunnen voeren. De minister en ik voeren een actief beleid rond preventie in het zorgstelsel, zoals we u in onze brief van 25 maart jl. lieten weten (Kamerstuk 32 793, nr. 213). Tijdens bestuurlijke overleggen stimuleren de minister en ik verzekeraars en gemeenten om meer te doen aan preventie, goede voorbeelden in de praktijk ook elders te doen volgen en op te schalen en eventuele belemmeringen weg te nemen. Om samenwerking op dit gebied verder te stimuleren, komt er vanaf volgend jaar een subsidieregeling preventiecoalities (€ 14,7 miljoen).

Gemeenten hebben ook een taak op het terrein van preventie. Ze zijn zelf verantwoordelijk voor de vormgeving en uitvoering van hun lokale gezondheidsbeleid. Daarvoor zijn ook middelen in het Gemeentefonds beschikbaar. Wij ondersteunen gemeenten via diverse (kennis)programma's van ZonMw en het RIVM. Daarnaast stellen we extra middelen beschikbaar zoals sport en bewegen in de buurt (€ 60,6 miljoen) en Gezond in de stad (GIDS) (€ 20 miljoen).

In het RIVM-onderzoek 'Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?', dat u dit voorjaar is aangeboden, is ook het Finse model aan de orde geweest. Ook in Nederland hebben we aandacht voor de manier waarop gemeenten uitvoering geven aan hun preventie-taken. Deze worden jaarlijks in kaart gebracht in de landelijke monitor in het kader van het Nationaal Programma Preventie. Daarin wordt een landelijke voortgang gegeven, verschillen tussen gemeenten worden niet systematisch in kaart gebracht. Uw suggestie om hieraan meer aandacht te besteden zal ik bespreken met de VNG.

Wel stelt het RIVM een overzicht beschikbaar op basis waarvan een gemeente op wijk en schoolniveau kan zien waar de preventie-uitdagingen liggen. Ook stelt het RIVM een overzicht van bewezen effectieve interventies ter beschikking die gemeenten kunnen inzetten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de vertegenwoordiging van patiënten in de medisch-ethische toetsingscommissies.

Het is van belang dat in de Medisch-ethische Toetsingscommissie vanuit verschillende invalshoeken onafhankelijk gekeken wordt naar voorgenomen onderzoek. Het primaire belang is waarborgen dat het onderzoek veilig en wetenschappelijk nuttig is. Daarom zijn verschillende disciplines vertegenwoordigd, waaronder methodologen, artsen, juristen en ethici.

Uiteraard is ook het perspectief van de patiënt belangrijk bij de afweging die de Medisch-ethische Toetsingscommissie (METC) maakt. Het belang van de patiënt wordt door alle leden meegewogen. Bovendien is één van de eisen die de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen stelt, dat er een persoon in de commissie zit die het wetenschappelijk onderzoek specifiek beoordeelt vanuit de invalshoek van de proefpersoon. Dit lid vormt in de medisch-ethische toetsingscommissies een waarborg voor een te eenzijdige beoordeling vanuit de medische professie. In de CCMO richtlijn met betrekking tot de deskundigheidseisen voor METC-leden is het optreden als vertegenwoordiger van een patiëntenbelangenorganisatie uitgesloten ter voorkoming van de aantasting van de onafhankelijke beoordeling. Ik ben bereid dit punt te bespreken met de CCMO.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het pleidooi van de Europese beroepsverenigingen van klinisch genetici en van embryologen om het absolute verbod op kiembaanmodificatie op te heffen.

Met hun standpunt leveren de beroepsverenigingen een belangrijke bijdrage aan het internationale publieke debat. Dat een maatschappelijk debat gevoerd moet worden voor het afschaffen van het verbod is evident. Er moet overigens ook rekening worden gehouden met internationale verdragen. Medisch ethische wetgeving, of aanpassing daarop, volgt op het maatschappelijk debat. Het is goed dat dit debat plaatsheeft.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over het vervolg op de Transitiecommissie Sociaal Domein (TSD).

De minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heeft u in zijn brief van 30 september jl. (Tweede Kamer, Vergaderjaar 2016-2017, 34 477, nr. 6) de reactie van het kabinet op de vijfde rapportage van de TSD toegezonden. De TSD heeft de afgelopen jaren een belangrijke basis gelegd voor de transformatie in het sociaal domein. Nu breekt een volgende fase aan waarin Rijk en gemeenten vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid en op basis van een (op te stellen) integrale samenhangende agenda de doorontwikkeling in het sociale domein kracht bij zullen zetten. De cliënt en zijn of haar levensbrede ondersteuning staan centraal. Om hieraan bij te dragen, zal het kabinet de verschillende opdrachten en bewegingen binnen het sociale domein in samenhang bezien.

In de agenda van het programma zal in ieder geval aandacht besteed worden aan de volgende thema's die ook door de TSD zijn benoemd:

- Het wegnemen van belemmeringen en obstakels die een domeinoverstijgende aanpak bij gemeenten in de weg staan (Citydeals "inclusieve stad");
- Het beter integreren van schuldhulpverlening, passend onderwijs, publieke gezondheid en veiligheid in het sociaal domein;
- Het doorontwikkelen van een gemeenschappelijke taal in het sociaal domein;
- Het zorgen voor een soepele overgang tussen 18-/18+;
- Het ontwikkelen van een samenhangende verantwoordingssystematiek;
- Het versterken van de samenhang in het (gemeentelijk) toezicht in het sociaal domein.

Naast deze agenda zullen afspraken worden gemaakt over versterking van de interbestuurlijke ondersteuningsstructuur, de inrichting van de governancestructuur rijk-lokale overheden. Daarnaast zal worden bezien hoe de rol van dwarskijker, zoals de TSD die vervulde, ook naar de toekomst kan worden geborgd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de stand van zaken wat betreft intensieve kindzorg.

Op 3 november jl. heb ik een voortgangsbrief 'zorg voor kinderen met een intensieve zorgvraag' gestuurd (Kamerstukken 34104 en 29 247, nr. 148). Hierin heb ik aangegeven dat er een aantal vorderingen zijn gemaakt:

- Vanaf 1 oktober is het expertisepunt zorg voor kinderen met een intensieve zorgvraag operationeel.
- Met input van de partijen uit de Denktank IKZ zijn een zevental factsheets geschreven.
- Vanuit het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) zijn instrumenten ontwikkeld om de zorg voor kinderen buiten het ziekenhuis te versterken.
- Vanuit de klankbordgroep van ouders en de kinderadviesraden in ziekenhuizen is structurele input van ervaringsdeskundigen geborgd.

Aanvullend heb ik aangegeven dat een aantal zaken nog lopen. Op 8 december staat er een Algemeen Overleg intensieve kindzorg gepland, graag ga ik dan verder met u in gesprek over dit belangrijke onderwerp.

Antwoord op de standpunten van het Kamerlid Bergkamp (D66) dat er te weinig aandacht is voor de groep van verstandelijke gehandicapten en de langdurige GGZ binnen de Wlz, en dat de norm van algemene toegankelijkheid uit het VN-verdrag een lege huls blijkt.

Ik wil benadrukken dat de gehandicaptenzorg mijn grote aandacht heeft. Met het ratificeren van het Verdrag voor de rechten van mensen met een beperking heeft Nederland een historische stap

gezet naar het realiseren van een meer gelijkwaardige uitgangspositie voor mensen met een beperking. Daarnaast heb ik 1 juli jl. mijn meerjarige kwaliteitsagenda "Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg" (Kamerstuk 24 170, nr. 152) naar uw Kamer gestuurd. Deze is nog niet besproken. Met dit plan beoog ik dat mensen met een beperking het leven kunnen leiden zoals zij dat wensen. Deze agenda is met alle betrokken partijen, zoals cliëntenorganisaties en de VGN, maar ook cliënten zelf en zorgverleners tot stand gebracht. Ik merk veel toewijding en energie bij de betrokkenen om met de acties van deze agenda aan de slag te gaan. Tot slot merk ik op dat de sector zelf voortvarend aan de slag is gegaan met de vernieuwing van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Dit kwaliteitskader wordt nu in 24 pilotprojecten toegepast.

Het is mij zeer duidelijk dat er groot belang wordt gehecht aan de norm van algemene toegankelijkheid. Ik zal en wil daar ook gehoor aan geven in de aanpak voor de implementatie van het VN verdrag waarin de ambitie met betrekking tot het bevorderen van toegankelijkheid zijn beslag vindt. Sinds juli is de kwartiermaker in nauwe samspraak met onder andere gemeenten, cliëntorganisaties en bedrijfsleven begonnen met de vormgeving van het bureau dat er voor moet zorgen dat er door allerlei partijen in onze samenleving concreet en actief aan de slag wordt gegaan met het dichterbij brengen van een meer toegankelijke samenleving. Dit bureau zal begin 2017 van start gaan op basis van een concrete agenda met acties en activiteiten die door de betrokken partijen zullen worden ontplooid.

Mevrouw Bergkamp stelt zich op hetzelfde standpunt voor de groep ggz-cliënten in de Wlz. Binnen de Wlz betreft het een groep cliënten die vanwege hun behandeling moeten verblijven (voortgezet verblijf). De eerste drie jaar hiervan komt ten laste van de Zvw. De overgang van Zvw naar Wlz betekent veelal niet dat cliënten verhuizen, het is de financiering die dan verandert. Binnen de Zvw worden al zorgstandaarden ontwikkeld met veldpartijen. Daarnaast heeft het Trimbos instituut specifiek voor langdurige ggz erkende interventies ontwikkeld. Voor de Wlz populatie ggz-cliënten wordt zo veel als mogelijk op beiden aangesloten. Inmiddels heeft het Zorginstituut Nederland haar advies uitgebracht over toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Zoals ik in de brief stand van zaken moties en toezeggingen zomer 2016 (Kamerstuk 34 300 , nr. 168) heb laten weten, hebben de minister en ik besloten om nu een uitvoeringstoets te laten verrichten om de consequenties van dit advies in beeld te brengen. Doel is om zicht te krijgen op hetgeen opvolging van het advies betekent voor de diverse domeinen, met name welke verschuivingen tussen de domeinen kunnen gaan optreden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) of het de bedoeling is dat de kosten van het vervoer van gehandicapten van en naar de dagbesteding van het zorggeld wordt afgetrokken. Vervoer van en naar de dagbesteding is een belangrijk onderdeel van de zorg en ondersteuning die zorgkantoren en gemeenten op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en Jeugdwet gehouden zijn te leveren. De uitgaven van vervoer mogen niet ten koste gaan van de kwaliteit van de dagbesteding zelf. Ook het vervoer dient te voldoen aan de daartoe te stellen eisen.

Uit verkennend onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit van oktober 2016 naar de tarieven voor vervoer in de Wlz blijken geen signalen dat de continuïteit van zorg in gevaar is of de minimumkwaliteit van vervoer in het geding is. De Nederlandse Zorgautoriteitvoert onderzoek uit naar de herijking van tarieven in de Wlz. Voor dagbesteding in de Wmo en Jeugdwet geldt dat gemeenten een ongedeeld budget (Gemeentefonds) hebben ontvangen om ook het vervoer naar de dagbesteding te financieren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de bereidheid om onderzoek te doen naar de inkomenspositie van jongeren die uit de Jeugdzorg komen.

Er is door het Ministerie van VWS een traject opgestart met alle betrokken departementen, gemeenten en hulpverleners om de knelpunten die nog spelen rond de overgang van 18- naar 18+ te onderzoeken en op te lossen.

De inkomenspositie van jongeren ligt op het terrein van mijn collega van Sociale Zaken en Werkgelegenheid maar zal ook bij dit traject worden betrokken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over wat met onderzoeken over informele zorg wordt gedaan.

De drie onderzoeken van het SCP geven inzicht in hoe de informele zorg ervoor staat in Nederland. Over de bevindingen in deze onderzoeken heb ik uw Kamer door voortgangsrapportages geïnformeerd en heb ik aangegeven welke conclusies ik daaraan verbind. Met betrekking tot respijtzorg is bijvoorbeeld aan Mezzo gevraagd de website 'tijd voor jezelf' te maken, waarop mantelzorgers zicht krijgen op respijt- en ondersteuningsmogelijkheden in de buurt. Mede uit de bevestiging van het belang van de combinatie van werk en mantelzorg door het SCP komt het besluit om de subsidie aan Stichting Werk en Mantelzorg met twee jaar te verlengen. Op korte termijn zullen de bevindingen van de evaluatie hervorming langdurige zorg worden gerapporteerd. Hierin wordt ook expliciet de informele zorg betrokken. Deze evaluatie zal naar verwachting zicht geven op aandachtspunten voor beleid in de toekomst en op effecten van het beleid in 2015 en 2016.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over zwerfjongeren en de mogelijkheid hen van (publieke) schuldcassering vrij te stellen gedurende hun opleiding.

Ik deel uw intentie dat we moeten zoeken naar manieren waarop zwerfjongeren geholpen kunnen worden hun leven weer op de rit te krijgen. Steun bij de omgang met schulden hoort daar ook bij. Mijn collega's van SZW hebben om die reden uw Kamer op 27 juni jl. en 1 juli jl. over de ingezette verbeteringen geïnformeerd. Zo spreekt de brief van 1 juli rond schrijvende gevallen bij gemeentelijke schuldhulpverlening expliciet over zwerfjongeren en de mogelijkheid die daarbij is gecreëerd voor het kwijtschelden van hun schulden bij DUO. Bovendien wordt dit expliciet neergezet als voorbeeld voor andere landelijke schuldeisers. Ik zal dit expliciet agenderen in het interdepartementale overleg over de schuldenaanpak.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over het onderzoek naar medicinale cannabisolie en de mogelijkheid te bevorderen dat meer soorten beschikbaar komen.

Er zijn op dit moment 5 soorten medicinale cannabis beschikbaar en deze kunnen ook in olievorm worden afgeleverd. Bureau Medicinale Cannabis (BMC) streeft naar een zo breed mogelijk aanbod waar zoveel mogelijk patiënten bij gebaat zijn. Het huidige aanbod lijkt goed dekkend te zijn, zeker met een zesde nieuwe variant die in 2017 beschikbaar komt. Daarnaast kunnen patiënten zich wenden tot het BMC indien ze baat hebben bij specifieke varianten die nu (nog) niet aangeboden worden. Het BMC zal dan, in samenwerking met wetenschappers, bekijken wat dit voor toekomstig aanbod kan betekenen. Op het moment dat er een nieuwe variant ontwikkeld en aangeboden wordt kan die ook in olievorm op recept worden afgeleverd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de grootte van de groep alleenstaanden met een eigen bijdrage Wmo, of deze groep uitgebreid kan worden en of dit zou gaan om een extra investering van ongeveer vier miljoen euro.

Het aantal alleenstaanden dat gebruik maakt van voorzieningen, waarvoor een eigen bijdrage in het kader van de Wmo betaald moet worden, bedraagt circa 250.000, waarvan circa 70% AOW-gerechtigd is.

Ten aanzien van de vraag of de groep uitgebreid kan worden en of dit zou gaan om een extra investering van ongeveer vier miljoen euro, neem ik aan dat de vragensteller hier doelt op het nieuwe bedrag van €17,50 per vier weken dat per 1 januari 2017 geldt voor alleenstaanden en AOW-gerechtigde meerpersoonshuishoudens. Als ook voor deze huishoudens het bedrag van €17,50 komt te vervallen kost dat evenwel circa €60 miljoen.

De maatregel is in de eerste plaats genomen om tegemoet te komen aan de wens van de Kamer om eenverdienerhuishoudens, waarbij één van de partners chronisch ziek is en daardoor niet kan werken, financieel tegemoet te komen. De ontwikkeling van het besteedbaar inkomen is voor eenverdieners achtergebleven bij de ontwikkeling van het besteedbaar inkomen van tweeverdieners en alleenstaanden. Voor deze maatregel heeft het kabinet €50 miljoen beschikbaar

gesteld. Ook voor de overige groepen die gebruik maken van de Wmo-zorg heeft het kabinet de eigen bijdrage verlaagd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het ingediende amendement met betrekking tot PrEP-behandeling.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar de brief die ik u eveneens vandaag toestuur met daarin mijn reactie op de ingediende amendementen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over hoogtechnologisch draagmoederschap voor mannelijke stellen.

Zoals ik op 4 november jl. in antwoord op uw eerdere vragen (2016Z18880) schreef, zijn er geen juridische belemmeringen om hoogtechnologisch draagmoederschap aan te bieden aan homostellen.

Antwoord op de vragen van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de hoogte van de eigen bijdrage in de Wet langdurige zorg (Wlz) in vergelijking met de wijkverpleging, het signaal dat de ZZP 4 weinig wordt toegekend en dat mensen minder zorg vanuit de Wlz krijgen.

Cliënten komen in aanmerking voor Wlz-zorg indien ze een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of voortdurende zorg in de nabijheid. Daarbij geldt een eigen bijdrage die afhankelijk is van het inkomen en vermogen van de verzekerde. In de Zorgverzekeringswet geldt geen eigen bijdrage of eigen risico voor de wijkverpleging, onder meer om een sterke en toegankelijke eerste lijn te creëren.

Voor cliënten die thuis wonen geldt binnen de Wlz de "lage eigen bijdrage". Omdat het bij cliënten met een modulair pakket thuis kan voorkomen dat ze relatief weinig formele zorg afnemen, kan het zijn dat de eigen bijdrage niet langer in verhouding staat tot de afgenomen zorg. Om die reden heb ik onlangs een maatregel aangekondigd voor cliënten die minder dan 20 uur per maand zorg afnemen. Zij betalen voortaan het minimum van de lage intramurale eigen bijdrage van € 23 per maand.

De zorgprofielen zijn gebaseerd op het aantal uren dat een client gemiddeld nodig heeft of is afgestemd op de zorgbehoefte van de betreffende cliëntengroep. In een enkel geval kan dat minder zijn dan een cliënt in de Zvw aan wijkverpleging ontving. Het aantal cliënten met een uitstaand recht op ZZP VV 4 is sinds 2012 tamelijk stabiel (schommelt tussen de 30.500 en 33.500 cliënten).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de resultaten van het CBS onderzoek en over andere mogelijkheden om mensen met een chronische ziekte te compenseren als het gaat om de eigen bijdrage.

Het CBS is bezig met de afronding van het CBS onderzoek 'kwalitatief onderzoek verandering eigen bijdrage langdurig zorggebruikers' en verwacht de resultaten deze maand op te leveren. Op de resultaten kan ik niet vooruitlopen.

De verlaging van de eigen bijdrage voor huishoudens die gebruik maken van Wmo-zorg is door het kabinet gedaan om deze huishoudens financieel tegemoet te komen. Voor deze maatregel heeft het kabinet € 50 miljoen beschikbaar gesteld.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over beschermd wonen, waar sprake zou zijn van gedoe tussen partijen.

Ik ga er vanuit dat lid Bergkamp hierbij refereert aan verschillende punten die door zorgaanbieders en Landelijk Platform GGZ naar voren zijn gebracht, ook richting de Kamer. Ik neem dat serieus. Afgelopen oktober heb ik daarom uitgebreid met deze partijen en de VNG gesproken over de uitdagingen die er inhoudelijk liggen en hoe er gezamenlijk tot vervolgstappen moet worden gekomen. Dit heeft 1 november jl. een vervolg gekregen, waarbij ook individuele gemeenten en bijvoorbeeld Aedes zijn betrokken.

Van belang is dat de vernieuwing van Beschermd Wonen gezamenlijk wordt vormgegeven, zowel landelijk als regionaal. Zorgaanbieders, cliëntorganisaties, maar ook verzekeraars, corporaties en

verschillende onderdelen van de gemeente maken daar onderdeel van uit. Dit wordt door alle partijen gedeeld.

In december zal een vervolgbijeenkomst plaatsvinden waarin een inhoudelijke verdiepingsslag plaats zal vinden, met als doel om op korte termijn concrete verbeterstappen te kunnen maken. De randvoorwaarden vanuit de commissie Dannenberg staan daarbij centraal. Ik heb u hier verder per brief van 8 november jl. over geïnformeerd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over tekorten aan verpleegkundigen. In de brief aan de Kamer van 4 november 2016 over de arbeidsmarkt hebben de minister en ik uitgebreid toelichting gegeven op de (verwachte) arbeidsmarktontwikkelingen en wat er nodig is om (dreigende) tekorten te voorkomen. Daarnaast wordt er samen met sociale partners gewerkt aan een update van de toekomstverkenning voor de arbeidsmarkt in de zorg. Daarmee ontstaat ook een actueel beeld van vraag naar en aanbod van (onder andere) verpleegkundigen tot en met 2020. De uitkomsten van die toekomstverkenning worden, zoals toegezegd in het spoeddebat kwaliteit verpleeghuizen van 13 oktober jl., voor de kerst aan uw Kamer verzonden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de resultaten van de inventarisatie van de NZa over de voor- en nadelen van een aparte aanspraak voor casemanagement bij dementie.

De NZa heeft geconcludeerd dat casemanagement bij dementie onderdeel uitmaakt van de aanspraak wijkverpleging. Deze aanspraak geeft mensen recht op 'zorg zoals verpleegkundige plegen te bieden'. De zorg die een casemanager biedt, valt hier dus ook onder. Een aparte aanspraak voor casemanagement heeft volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dan ook geen toegevoegde waarde, omdat een aparte aanspraak nooit meer 'casemanagement dementie' kan omvatten dan het nu al doet. Voor de dekking van de basisverzekering heeft het daardoor dus geen meerwaarde.

Wat betreft de financiering van de zorg voor de aanbieders, zou een aparte prestatie (bekostigingstitel) voor casemanagement bij dementie gemaakt kunnen worden. De NZa geeft echter aan dat hier een flink aantal nadelen aan vastzitten. Zo leidt dit tot extra administratieve lasten en ligt dit niet voor de hand binnen het voorgenomen toekomstige bekostigingsmodel van de wijkverpleging. Als voordeel van een aparte prestatie benoemt de NZa dat meer inzicht kan worden verkregen in de inzet van middelen door zorgverzekeraars. Dit zal echter al specifiek worden opgenomen in de reguliere monitor wijkverpleging van de NZa. Omdat uit de analyse van de NZa blijkt dat er een flink aantal nadelen vastzitten aan een aparte prestatie, zal er geen aparte prestatie komen. Ik kan me hierin vinden.

Ik heb er echter vertrouwen in dat het actieplan casemanagement voorziet in een groot aantal acties die ervoor moeten zorgen dat casemanagement goed geborgd is. De echte verbetering zal in de praktijk worden ingezet. De uitvoering van dit plan zal ik dan ook scherp volgen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber over wat de staatssecretaris gaat doen aan het aanbieden van integrale hulp aan jonge moeders.

Gemeenten zijn in de meeste gevallen aan zet en toegerust om de benodigde ondersteuning te bieden. Dit gaat onder meer om ondersteuning op het gebied van financiën, studie, werk en huisvesting. Omdat er wel zicht is op het aanbod van zorg, maar slechts beperkt op de vraag van (tiener)moeders en de aansluiting van vraag en aanbod, zullen we zoals toegezegd in onze brief van d.d. 3 november 2016 (TK 2016 – 2017, 32279, nr. 99) een onderzoek initiëren om hier een beter landelijk beeld van te krijgen. Naar aanleiding van dit onderzoek zal ik in overleg met gemeenten bezien welke stappen eventueel gezet moeten worden om beter te voldoen aan de behoefte aan ondersteuning van jonge moeders.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de oproep aan de staatssecretaris om er op toe te zien dat gemeenten voldoende dagbesteding inkopen en mantelzorgers worden gewezen op de mogelijkheid van casemanagement.

Als staatssecretaris zie ik er op toe dat gemeenten zich houden aan de wettelijke opdracht om passende ondersteuning en zorg te bieden aan mensen die dat nodig hebben. Beschikbaarheid van voldoende en kwalitatief goede dagbesteding die aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt, is onderdeel van de opdracht die gemeenten onder de Wmo hebben. Indien mij signalen bereiken dat dit onvoldoende is en cliënten daardoor niet de benodigde ondersteuning krijgen, spreek ik gemeenten daarop aan binnen mijn brede mogelijkheden tot interbestuurlijk toezicht. Ik ben het met u eens dat mantelzorgers meer bekend zouden moeten zijn met de mogelijkheid van casemanagement bij dementie. Deze bekendheid is overigens ook gewenst bij andere groepen, onder wie hulpverleners in verschillende sectoren. Het organiseren van meer bekendheid en bereikbaarheid van casemanagement bij dementie is daarom één van de speerpunten van het Actieplan casemanagement bij dementie. De partijen uit het veld die betrokken zijn bij het actieplan zullen hun achterban actief en zo nodig herhaald informeren. Ook het informeren van cliënten en hun mantelzorgers maakt hier deel van uit.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het doen van onderzoek naar de waardering van spirituele en geestelijke zorg in de palliatieve fase. Ik ben al met de Vereniging van Geestelijk VerZorgers in gesprek over een dergelijk onderzoek. Zij zijn nu bezig met het formuleren van een onderzoeksvoorstel. Vervolgens zal ik samen met hen – met een positieve grondhouding – bekijken hoe dit onderzoek kan plaatsvinden, bijvoorbeeld of dit binnen het programma Palliantie past.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het makkelijker maken voor mantelzorgers om respijtzorg te regelen. De positie van mantelzorg is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) wettelijk verankerd. Gemeenten dienen mantelzorgers nadrukkelijk bij het onderzoek naar de zorgvraag te betrekken en ondersteuning te bieden als dat nodig is. Dat kan ook gaan om het tijdig inzetten van respijtzorg. Gemeenten worden ondersteund bij het invulling geven aan de inzet van respijtzorg met de handreiking van Expertisecentrum Mantelzorg. Het Expertisecentrum heeft ook in kaart gebracht welke elementen van respijtzorg bijdragen aan het daadwerkelijk bieden van een adempauze voor de mantelzorger. Voor mantelzorgers zelf heeft Mezzo de website 'tijd voor jezelf' gemaakt. Daarop vinden ze eenvoudig de mogelijkheden van respijtzorg en andere vormen van ondersteuning in hun regio die zij ofwel zelf kunnen regelen ofwel kunnen betrekken in het gesprek met de gemeenten. Daarmee is het voor mantelzorgers al makkelijker om respijtzorg te (doen laten) regelen. Ik zal in overleg met Mezzo bezien hoe dit nog beter bekend te maken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de wirwar van regelingen en administratieve lastendruk in de palliatieve zorg. Zoals ik in mijn brief van 3 november jl. heb aangegeven, is mijn streven dat de organisatie en financiering van palliatieve zorg eenduidiger en helder wordt. In de brief geef ik aan dat ik verschillende mogelijkheden zie om dit te bereiken. Bijvoorbeeld zal het vereenvoudigen en harmoniseren van administratieve en kwaliteitsvereisten door zorgverzekeraars en zorgkantoren een reductie van administratieve lasten opleveren. Zorgverzekeraars Nederland maakt hier een plan van aanpak voor. Ook heb ik aangegeven dat ik voornemens ben om de nodeloze administratieve stap van het toekennen van zorgprofiel ZZP10 af te schaffen. Ten slotte heb ik een informatiebrochure voor burgers gemaakt met daarin een eenvoudige uitleg van de bekostiging van palliatieve zorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over borstvoeding. Het Zorginstituut heeft hierover in 2015 advies uitgebracht. Dit advies is u toegestuurd en is aan de orde geweest in het Algemeen Overleg Zwangerschap en Geboorte op 25 november 2015 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 32 279, nr. 68).

Het adviseren over borstvoeding cq het bevorderen dat borstvoeding wordt gegeven is onderdeel van kraamzorg. Kraamzorg behoort tot het verzekerde pakket.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over middelen voor tienermoeders en benodigde kennis.

Basiskennis dient in een landelijke infrastructuur te worden geborgd. Om die reden heb ik in mijn brief van 3 november jl. aangekondigd dat hiertoe na 2017 middelen zijn geraamd. Het heeft mijn voorkeur om daarbij de inhoud voorop te stellen en vanuit daar te kijken hoe de grootste meerwaarde gerealiseerd kan worden. Mijn verwachting is - met mevrouw Dik-Faber - dat kennis zoals aanwezig bij Siriz en FIOM hier onderdeel van uit zal maken.

Naast deze kennisvraag stelt Kamerlid Dik-Faber dat de omvang van de doelgroep te klein is om aan gemeenten over te laten. Dat is niet per se het geval. De feitelijke zorg valt nu al onder de Wmo en is daarmee decentraal belegd. Waar noodzakelijk stellen gemeenten zelf vast om zorg en ondersteuning alsnog centraal in te richten, dit is bijvoorbeeld bij eerwraakgerelateerde vrouwenopvang het geval.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de € 140 miljoen die nodig zouden zijn om 24/7 in de wijk hulp te kunnen bieden.

De door het Kamerlid Dik-Faber genoemde €140 miljoen komt overeen met de berekening die ik onlangs van GGZ Nederland heb ontvangen. Deze berekening is eerder door het Aanjaagteam bewust niet overgenomen omdat de onderbouwing onvoldoende was. Volgens het Aanjaagteam leiden niet alle inspanningen automatisch tot extra uitgaven. Vaak zit de crux in slim organiseren en het maken van goede samenwerkingsafspraken tussen partijen. ZonMw is op mijn verzoek gestart met een actieprogramma om integrale en innovatieve aanpakken te stimuleren. Als men hierbij tegen knellende kaders oploopt, zullen we daar oplossingen voor zoeken. Dat er ook nu al veel mogelijk is, blijkt uit het feit dat partijen in sommige regio's er wel in slagen met de beschikbare middelen de benodigde zorg en ondersteuning te bieden. De berekening gaat bovendien voorbij aan de inspanningen die al geleverd zijn op het gebied van de crisis-GGZ (verhoogde tarieven, NZa-onderzoek naar financieringswijze) en beveiligde GGZ (afspraken met NZa en verzekeraars over vergoeding beveiligde zorg).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het in het leven roepen van een landelijk telefoonnummer waar mensen een melding kunnen doen.

Er is al een landelijk alarmnummer (112) waarmee mensen 24/7 de hulpdiensten kunnen bellen. Een apart telefoonnummer daarnaast vind ik niet wenselijk, ook omdat dit verwarrend kan werken. Het is van belang dat op de meldkamer eenduidige triage plaatsvindt door de meldkamer van de politie en ambulancezorg, zodat de politie niet onnodig gaat rijden en goed wordt afgewogen welke inzet geboden is. Als de vraag door zorgvervoer kan worden opgepakt zal de psycholance of ander zorgvervoer uitrijden. Een verbeterd protocol voor een betere triage en een landelijk model meldkamer komen deze zomer beschikbaar. Voor minder urgente hulpvragen is het van belang dat er 24/7 meldpunten in de wijk worden georganiseerd, bijvoorbeeld bij de GGD. Het is aan de zorgverzekeraars en gemeenten om onderling afspraken te maken over de financiering van deze meldpunten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over wat het kabinet gaat doen met de signalen van het Leger des Heils dat er meer mensen met verward gedrag op straat lopen.

Hoewel het op basis van de huidige beschikbare cijfers niet mogelijk is om harde uitspraken te doen over de omvang van de groep van mensen met verward gedrag, signaleert het Aanjaagteam verwarde personen dat er trends zijn die wijzen op een toename van de problematiek. Daarom zijn we als kabinet, samen met de VNG, hard aan de slag om ervoor te zorgen dat mensen die verward gedrag vertonen overal in Nederland kunnen rekenen op de juiste hulp en ondersteuning. Zoals u weet hebben we het afgelopen jaar een Aanjaagteam ingesteld dat ervoor heeft gezorgd dat het onderwerp stevig op de agenda is gekomen van zowel het Rijk, de gemeenten als alle samenwerkingspartners. Zoals ik in de kabinetsreactie op de tweede tussenrapportage van het Aanjaagteam van 29 september 2016 heb aangekondigd gaan we door met een nieuw team, het schakelteam personen met verward gedrag. Dit schakelteam legt de komende twee jaar een sterke nadruk op implementatie van de adviezen van het Aanjaagteam. Voor het einde van het jaar stuur

ik u het werkplan van het schakelteam toe.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de acties naar aanleiding van de motie van de CU bij de Algemene Politieke Beschouwingen over de GGZ.

Voor de vervolgacties daarvan verwijs ik u naar mijn brief van 29 september jl. over de instelling van het schakelteam verwarde personen, alsmede de brief van 8 november jl. waarin is aangegeven hoe we samen met betrokken partijen de inhoudelijke vernieuwing rond maatschappelijke opvang en beschermd wonen vorm geven.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) of de staatssecretaris na meer dan 600 reacties uit de internetconsultatie van de concept Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Toegang de handschoen oppakt en ervoor zorgt dat toegankelijkheid nu wel de norm wordt. Uit de vele reacties die op de concept-AMvB toegankelijkheid zijn ontvangen, is gebleken dat er groot belang wordt gehecht aan hoe de norm van algemene toegankelijkheid in de praktijk wordt gebracht. Ik wil en zal daar ook gehoor aan geven in de aanpak voor de implementatie van het VN verdrag waarin de ambitie met betrekking tot het bevorderen van toegankelijkheid zijn beslag vindt. De AMvB ontvangt uw Kamer in de voorhangprocedure. In dat kader zal ik uw Kamer toelichten hoe ik de resultaten van de consultatie verwerk en daarbij de relevante partijen zijn betrokken.

Sinds juli is de kwartiermaker in nauwe samenspraak met onder andere gemeenten, cliëntorganisaties en bedrijfsleven begonnen met de vormgeving van het bureau dat er voor moet zorgen dat er door allerlei partijen in onze samenleving concreet en actief aan de slag wordt gegaan met het dichterbij brengen van een meer toegankelijke samenleving. Dit bureau zal begin 2017 van start gaan op basis van een concrete agenda met acties en activiteiten die door de betrokken partijen zullen worden ontplooid.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) of de staatssecretaris alsnog in gesprek gaat met de Alliantiepartners, zoals eerder door VWS gesuggereerd is en of hij een nieuwe Algemene Maatregel van Bestuur gaat schrijven.

Een concept-AMvB is nu in consultatie bij de betrokken partijen, waaronder de alliantie. Uit de vele reacties die op de concept-AMvB toegankelijkheid zijn ontvangen, is wederom gebleken dat er groot belang wordt gehecht aan hoe de norm van algemene toegankelijkheid in de praktijk wordt gebracht. Ik zal en wil daar ook gehoor aan geven in de aanpak voor de implementatie van het VN verdrag waarin de ambitie met betrekking tot het bevorderen van toegankelijkheid zijn beslag vindt. De AMvB ontvangt uw Kamer in de voorhang procedure. In dat kader zal ik uw Kamer toelichten hoe ik de resultaten van de consultatie verwerk en daarbij de relevante partijen zijn betrokken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over een display ban.

De bij het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL) aangesloten supermarktketens hebben (per brief) laten weten dat zij bereid zijn om een convenant te ondertekenen met als doel per 2020 een display ban in te voeren. Tegelijkertijd vinden ze het belangrijk dat andere partijen zich daarbij aansluiten om tot een level playing field te komen. Ik heb hierover gesprekken gevoerd met deze verschillende partijen. Ik zal u op korte termijn informeren over mijn reactie.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over tabaksspeciaalzaken.

Ik heb de afgelopen jaren veel maatregelen geïntroduceerd om roken te ontmoedigen. Zo is afgelopen jaar de Europese tabaksproductenrichtlijn geïmplementeerd; met onder meer de verplichting voor plaatjes op sigarettenpakjes, het beperken van toegevoegde smaken aan sigaretten die roken aantrekkelijker maken voor jongeren en regels voor de elektronische sigaret. Ook een Algemene Maatregel van Bestuur tegen glitter en glamour van tabaksproducten ligt voor in uw Kamer. Daarnaast loopt er een overleg met de sector over een covenant-displayban en ligt een wetsvoorstel voor de elektronische sigaret zonder nicotine en nadere regeling van voor roken bestemde kruidenproducten ook in uw Kamer. Tevens zet ik in op onder andere de publiekscampagne Rookvrij opgroeien, de campagne Stoptober en ondersteun ik de Taskforce

Rookvrije Start. Deze maatregelen en campagnes zijn er op gericht om roken te ontmoedigen, de kennis rond roken en meeroken te vergroten en te voorkomen dat jongeren beginnen met roken. Ik wil eerst de effecten van deze maatregelen en campagnes bezien voordat ik verdergaande maatregelen overweeg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de middelen (€500.000,-) voor individuele begeleiding voor Fier Fryslân.

Sinds 1 januari 2015 zijn de gezamenlijke centrumgemeenten verantwoordelijk voor het gehele stelsel van de vrouwenopvang, inclusief de landelijke specialistische functies zoals de opvang van slachtoffers van loverboys en eiegerelateerd geweld. Het gesprek over de middelen voor individuele begeleiding voor de landelijke specialistische functies wordt daarom gevoerd tussen Fier Fryslân en de VNG. Dit geschiedt vanuit het belang van betreffende specialistische functie. De VNG is namens de gezamenlijke gemeenten opdrachtgever van de organisatie Fier Fryslân en beheert ook de hiervoor benodigde middelen. De VNG heeft meegedeeld dat zij binnenkort met Fier Fryslân en gemeente Leeuwarden verder om tafel gaat om de financiering van de specialistische functies te bespreken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over het afbouwen van amendementsgelden voor neutrale keuzehulp.

In mijn brief van 3 november jl. (1032544-152719-DMO) heb ik u geïnformeerd over de wijze waarop met de kennisinfrastructuur voor ondersteuning van moeder en kind wordt omgegaan. De amendementsgelden voor Fiom en Siriz worden niet afgebouwd maar voor de sector als geheel gehandhaafd. Deze middelen worden nu zo verdeeld dat de opgedane kennis en expertise overal lokaal en regionaal bekend wordt bij de verantwoordelijke en uitvoerende professionals. Daardoor worden deze middelen zo ingezet dat zij het meest bijdragen aan de zorg voor de onbedoeld zwangere. Over de door Fiom en Siriz geuite zorgen gaan wij met hen in overleg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) dat er 'veel keuze is' met meer dan duizend combinaties aan polissen en aanvullende verzekeringen en wat de minister hieraan gaat doen.

In 2016 waren er 61 modelovereenkomst aangemeld bij de NZa. Met 25 zorgverzekeraars (risicodragers) is dat gemiddeld 2,5 polis per verzekeraar. Grofweg een natura- en restitutiepolis per verzekeraar. Dat is te overzien. Wat de afgelopen periode steeds duidelijker is geworden, is dat het aanbod via collectiviteiten en volmachten een veelvoud daarvan is. Bij tweederde van de collectiviteiten is de polis identiek aan de polis die verzekeraars direct in de markt zetten maar wordt deze onder een andere naam op de markt gebracht (Zorgweb, 2016). In mijn reactie op het rapport van Zorgweb en de monitor van de NZa heb ik aangegeven dat deze uitkomsten niet aansluiten bij de oorspronkelijke gedachten van collectiviteiten. Ik organiseer begin volgend jaar een werkconferentie over collectiviteiten en vraag de NZa om verzekeraars en aanbieders van collectiviteiten voor te schrijven dat zij direct inzichtelijk maken welke polis (modelovereenkomst) het feitelijk betreft.

Na de werkconferentie zal ik uw Kamer verslag doen van het traject dat moet leiden tot betere benutting van het vehikel van de collectiviteit.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) om te komen tot een tweesporenbeleid zodat oudere mensen goede zorg ontvangen, thuis of in een verpleeghuis (dat niet op de zwarte lijst staat), waarbij ander management moet leiden tot meer verzorgenden en meer investeringen de kwaliteit verhogen is als volgt.

Ook ik ben van mening dat ouderen goede zorg verdienen en dat de zorg in een verpleeghuis veilig moet zijn. Dit is juist de aanleiding geweest om het programma Waardigheid en Trots te starten. Onderdeel hiervan is een programma waarmee zorgverleners uitgedaagd worden om voorstellen te doen om de zorg beter vorm te geven. In 'Ruimte voor verpleeghuizen' werken ruim 170 zorgaanbieders aan de invulling daarvan. Een aantal van hen werken aan manieren om de verantwoordelijkheden meer bij de professionals te leggen en het aantal managementlagen te verminderen. Daarenboven heb ik als investering een bedrag oplopend tot 200 miljoen

uitgetrokken voor zinvolle dagactiviteiten en deskundigheidsbevordering van de professionals. Verder heb ik de structurele ombuiging van 500 miljoen euro, die vanaf 2017 was voorzien, geschrapd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over het tegengaan van het taboegevoel rondom abortus.

Ik ben mij ervan bewust dat er in de samenleving in meer of mindere mate een taboegevoel heerst op abortus. Dit vind ik zeer spijtig. De beslissing om een zwangerschapsafbreking te laten uitvoeren is voor een vrouw zeer moeilijk en emotioneel. Het is in dit kader van belang dat de vrouw in vrijheid en goed geïnformeerd haar beslissing kan nemen.

In het kader van de keuzevoorlichting zie ik ook een rol weggelegd voor de huisarts die met het voorgenomen wetsvoorstel inzake het mogelijk maken van het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts, een grotere rol gaat spelen in de abortushulpverlening. Vrouwen kunnen dan makkelijker bij de huisarts terecht voor counseling, keuzevoorlichting maar ook voor nazorg. Daarnaast vind ik het van belang dat er goede voorlichting beschikbaar is via bijvoorbeeld internet.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over de werkgelegenheidsontwikkeling en het arbeidsmarktperspectief in de huishoudelijke hulp.

Het aantal werknemers is tussen 2012 en 2015 geleidelijk gedaald van 1,2 miljoen naar 1,123 miljoen (ongeveer 77 duizend werknemers). De werkgelegenheid is vooral gedaald onder overheadpersoneel en lager opgeleid personeel in de thuiszorg en intramurale ouderenzorg. De arbeidsmarkt toont echter tekenen van herstel. Voor de komende jaren wordt als gevolg van de toenemende en veranderende zorgvraag weer groei voorspeld: naar verwachting werken er in 2020 tussen de 35 duizend en 126 duizend personen meer in de zorg dan in 2015.

Ook verandert de personeelssamenstelling. Zorgbreed wordt vooral groei in werkgelegenheid verwacht onder middel en hoger opgeleid personeel. Dat leidt tot twee uitdagingen: 1) Hoe bieden we nieuw perspectief aan lager opgeleid personeel en 2) Hoe zorgen we voor voldoende adequaat opgeleid personeel passend bij de vernieuwingsopgaven. In de brief 'Arbeidsmarkt zorg: herstel na moeilijke jaren' van 4 november 2016 is uitgebreid uiteengezet wat er nodig is om deze uitdagingen het hoofd te bieden en hoe VWS sociale partners en gemeenten daarin ondersteunt. De komende periode zetten de minister en ik vol in op de verdere uitwerking van deze agenda.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over conclusies over de financiële middelen in relatie tot de zorgtaken van gemeenten.

De cijfers die gemeenten hebben aangeleverd over het sociaal domein in 2015 vragen om een nadere analyse. Zoals aangekondigd in de brief van de minister van BZK van 7 november jl. zal ik samen met BZK, SZW en de VNG een nader onderzoek laten doen om een beter beeld te krijgen van de cijfers en de verklaringen voor de onderbesteding. Het streven is eind januari over de resultaten van het nader onderzoek te beschikken. Ik wil vooruitlopend op de resultaten van dit nadere onderzoek nog geen conclusies trekken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over de bereidheid om te onderzoeken wat de oorzaken van de overschotten van gemeenten zijn.

Ik ben daartoe zeker bereid. Zoals aangekondigd in de brief van 7 november jl. van de minister van BZK zal ik samen met BZK, SZW en de VNG een nader onderzoek laten doen om een beter beeld te krijgen van de cijfers en de verklaringen voor de lagere uitgaven van gemeenten voor de uitvoering van de taken in het sociaal domein. Het streven is eind januari over de resultaten van het nader onderzoek te beschikken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over of de eigen bijdrage Wet maatschappelijke ondersteuning te hoog is gesteld.

De cijfers die gemeenten hebben aangeleverd over het sociaal domein in 2015 vragen om een nadere analyse. Zoals aangekondigd in de brief van de minister van BZK van 7 november jl. zal ik samen met BZK, SZW en de VNG een nader onderzoek laten doen om een beter beeld te krijgen van de cijfers en de verklaringen voor de onderbesteding. Het streven is eind januari over de

resultaten van het nader onderzoek te beschikken.

In mijn brief van 3 november jl. (Tweede Kamer 2016-2017, 29538, nr.231) heb ik u geïnformeerd over het kwalitatieve onderzoek naar zorgmijding, eigen bijdrage en financieel maatwerk. Dit onderzoek onder tien gemeenten geeft aan dat ongewenste zorgmijding in de WMO sterk afhankelijk is van de persoonlijke situatie van de cliënt. Op basis van het onderzoek lijkt er echter geen substantiële groep mensen die systematisch afziet van zorg omdat ze de eigen bijdrage niet kunnen betalen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de mogelijke persoonsvolgende bekostiging van keuzebegeleiding van onbedoeld zwangere vrouwen vanuit de Waz-subsidie. Het besluit aangaande een onbedoelde zwangerschap is een zware beslissing. Het is van belang dat de vrouw in vrijheid en onafhankelijkheid een bewuste afweging kan maken voor het uitdragen dan wel afbreken van de zwangerschap. Dit is ook het uitgangspunt van de Wet afbreking zwangerschap (Waz). De Waz biedt zelf geen financieel kader voor de financiering van abortushulpverlening. De hulpverlening die abortusklinieken bieden, wordt bekostigd uit een subsidieregeling.

Wat betreft de keuzebegeleiding volstaat voor het merendeel van de vrouwen het gesprek met hun huisarts, dan wel de arts in een abortuskliniek. Mocht een ongewenst zwangere vrouw behoefte hebben aan meer hulp dan dat zij vindt bij de huisarts of de kliniek, dan is dat aan haar om te zoeken via bijvoorbeeld een andere zorgprofessional dan wel online. Uit het rapport "Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap" blijkt dat vrouwen over het algemeen tevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gekregen. Uit dit rapport bleek ook dat vrouwen die kozen voor een afbreking geen behoefte hadden aan verdere keuzehulp. In het kader van de keuzevoorlichting zie ik ook een rol weggelegd voor de huisarts die met het aangekondigde wetsvoorstel inzake het mogelijk maken van het toepassen van de abortuspil door de huisarts, een grotere rol gaat spelen in de abortushulpverlening. Vrouwen kunnen dan nog makkelijker bij de huisarts terecht voor counseling en keuzevoorlichting.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) of het mogelijk is dat de Kamer met de minister van gedachten kan wisselen over de te onderzoeken thema's ten behoeve van de evaluatie van de Waz, nog voordat de opdrachtbrief aan ZonMw wordt gestuurd.

In mijn brief van 8 juli jl. (TK 2015-2016, 34300 XVI, nr. 168, p. 14) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de beperkte evaluatie die ik wil laten uitvoeren naar de Wet afbreking zwangerschap en de thema's waarop de evaluatie plaatsheeft. Hierbij heb ik aangegeven wat de planning van de evaluatie is en tevens welke onderwerpen ik van plan ben mee te geven in mijn opdracht aan ZonMw. Inmiddels zijn hierop stappen gezet.

Gemiddeld is het tijdsbestek van een wetsevaluatie anderhalf jaar. Het is de wens van het kabinet om halverwege 2018 te beschikken over de uitkomsten van de evaluatie. Om die planning te halen zal naar verwachting in december de opdrachtbrief aan ZonMw worden verstuurd. Ik zal uw Kamer een afschrift van de opdrachtbrief laten toekomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over 3D-printen bij open ruggetje. Via de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg stel ik UMC's in staat om nieuwe behandelingen te ontwikkelen. UMC's beslissen zelf op welk veelbelovend onderzoek zij de focus leggen. Ik constateer dat het LUMC reeds besloten heeft zijn onderzoeksmiddelen voor dit type onderzoek aan te wenden. Ik zal dit signaal omtrent de prioritering van onderzoek onder de aandacht van de UMC's brengen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de bekostiging van geestelijke verzorgers in de eerste lijn, waarbij Kamerlid Van der Staaij aangeeft dat verzekeraars geen contracten hoeven af te sluiten, omdat dit functiegericht is.

De Zorgverzekeringswet kent functiegerichte aanspraken. Dit betekent dat niet op voorhand is vastgesteld dat een bepaalde beroepsgroep de zorg mag bieden. De zorgverzekeraar is vrij om andere beroepsbeoefenaren te contracteren voor het leveren van verzekerde prestaties voor zover

zij bekwaam en bevoegd zijn (met uitzondering van de voorbehouden handelingen). Zorgverzekeraars zijn hierbij verantwoordelijk voor het inkopen van kwalitatief goede, tijdige en bereikbare zorg. Dit betekent niet dat al deze beschreven goede zorg automatisch vergoed moet worden door de zorgverzekeraar.

Alleen wanneer een interventie behoort tot de verzekerde aanspraken in de Zvw is een zorgverzekeraar gehouden deze te vergoeden. Binnen de geneeskundige zorg zijn het vooral de huisarts, de verpleegkundige en de verzorgende die een rol spelen bij de palliatief terminale zorg in de thuissituatie. Er is een grens aan datgene wat de huisarts, de verpleegkundige en de verzorgende in deze fase aan begeleiding kunnen bieden. Waar die grens ligt wordt niet bepaald door de regelgeving, maar door de beroepsgroepen zelf. Zij geven immers inhoud aan de begrippen 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', die de basis vormen voor de palliatief terminale zorg binnen de basisverzekering.

Zoals ik in mijn brief van 4 november jl. opmerk, is mij gebleken dat het inschakelen van geestelijk verzorgers in de praktijk onvoldoende van de grond komt. De positie van geestelijke verzorging bij andere zorgverleners in de eerste lijn is nog onvoldoende bekend. Betrokken partijen zijn bereid hierover in gesprek te gaan om voor de praktijk duidelijkheid te scheppen. Ik vind dit een belangrijke ontwikkeling en zal de beroepsgroep van geestelijke verzorgers vragen dit proces op te pakken, in samenspraak met onder meer het Zorginstituut en de beroepsgroep van verpleegkundigen. In mijn volgende brief over palliatieve zorg zal ik u over de voortgang informeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de bereidheid van het kabinet om ook de komende jaren subsidie te verlenen aan de coalitie 'Van Betekenis tot het Einde'. De coalitie 'Van betekenis tot het einde' wordt dit jaar gesubsidieerd. De coalitie bestaat uit de volgende partners: Agora, Humanistisch Verbond (HV), Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV), Protestants Christelijke Ouderenbond (PCOB), Reliëf Christelijke vereniging van zorgaanbieders, Unie Katholieke Bond van Ouderen (Unie KBO), Vilans en Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ). Het doel van de subsidie is om samen met betrokken partners te faciliteren dat burgers tijdig nadenken en spreken over hun levenseinde. Het is evident dat mensen diverse visies en opvattingen hebben over hoe om te gaan met het naderende levenseinde, maar ook dat er een handelingsverlegenheid is om te bepalen wat dat individueel voor hen betekent. Het is daarom goed dat een brede coalitie van diverse partners gesprekken daarover organiseert en gezamenlijk informatie beschikbaar stelt. Momenteel wordt door partijen gewerkt aan een vervolgsubsidieaanvraag. Uiteraard zal ik ook deze subsidieaanvraag alsdan op zijn merites beoordelen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het tegengaan van de stijging van de zorgkosten door het voorkomen van overbehandelingen de signalen die de SGP van artsen krijgt dat zij behoefte hebben aan een duidelijke politieke uitspraak over de grens aan de kosten van individuele behandelingen.

Kwaliteit en doelmatigheid van zorg zijn belangrijke onderdelen van mijn beleid. In het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2014-2017 dat ik met partijen in deze sector heb afgesloten is overeengekomen om gezamenlijk een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda op te stellen. Deze agenda is bedoeld om, samen met partijen, zorginhoudelijke verbetering te bewerkstelligen die vervolgens ook doelmatigheid tot gevolg zal hebben. Hiermee wordt ondermeer over- en onderbehandeling teruggedrongen. Een belangrijk onderdeel van die agenda is het voortdurend doorlopen van de zogenoemde kwaliteits- en doelmatigheidscyclus. Zo moet vanuit het medisch- en patiëntenperspectief beschreven zijn wat goede zorg inhoudt (richtlijnen). De informatie hierover moet beschikbaar zijn voor patiënten (patiënteninformatie) en professionals en kan hen helpen bij het maken van gezamenlijke keuzes (Samen Beslissen). Professionals moeten zich voortdurend afvragen of die zorg niet beter kan. Dat betekent dat de kwaliteit gemeten moet worden (kwaliteitsregistraties) en als blijkt dat er verbeteringen nodig zijn, verbeteringen in gang moeten worden gezet. Als professionals en patiënten geen antwoord op de vraag hebben wat de

beste behandeling is, dan is het belangrijk dat hier onderzoek naar wordt gedaan (zorgevaluatie). De nieuwe kennis uit de kwaliteitsregistraties en zorgevaluaties moet weer vertaald worden in de beschrijvingen van goede zorg. Voor 30 aandoeningen is dit proces in gang gezet.

Op 3 november jongstleden heb ik uw Kamer een beleidsbrief gestuurd over de stand van zaken rondom de uitvoering van die agenda (Kamerstuk 29 248, nr. 294). Ik heb daarin geschetst welke acties in dit kader al in gang zijn gezet en voor welke acties partijen in het veld nu bezig zijn actieplannen te ontwikkelen. Op 3 november heb ik bovendien een brief (Kamerstuk 31 765, nr. 248) gestuurd over de wijze van bekostigen van gesprekken die substantieel meer tijd in beslag nemen dan een standaard consult.

Wat betreft de signalen die de SGP krijgt van artsen dat zij behoefte hebben aan een duidelijke politieke uitspraak over de grens aan de kosten van individuele behandelingen, constateer ik dat de afgelopen jaren kosteneffectiviteit als criterium bij pakketbeslissingen een steeds prominentere rol is gaan spelen. Het Zorginstituut heeft in juni 2015 een rapport opgeleverd dat een antwoord geeft op de vraag welke rol kosteneffectiviteit speelt binnen zijn advisering. Het Zorginstituut concludeert daarbij dat maatschappelijk draagvlak een essentiële voorwaarde is voor het effectief kunnen inzetten van dit criterium. Verder geeft het Zorginstituut aan dat pakketbeheer vraagt om een genuanceerde benadering. De rol van kosteneffectiviteit en transparantie over kosten en effecten is belangrijk, maar moet ook in samenhang met de andere pakketcriteria gezien worden (noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid en effectiviteit). Het gaat om een gedegen besluitvormingsproces waarin duidelijk aangegeven wordt hoe tot een bepaalde beslissing gekomen is. In mijn reactie op dit rapport heb ik aangegeven dat ik het te beperkt vind als de discussie over kosteneffectiviteit wordt verengd tot de vraag hoeveel een gewonnen levensjaar mag kosten. Ik vind een genuanceerde benadering van kosteneffectiviteit van belang en wil deze ingeslagen weg blijven stimuleren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over een inkomensafhankelijk maximum waarbij rekening wordt gehouden met het aantal opgroeiende kinderen.

Een inkomensafhankelijk maximum voor deze groep is naar mijn mening niet nodig. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie voor de Zorgverzekeringswet en ook geen verplicht eigen risico. Ook betalen zij geen eigen bijdrage voor de Wet langdurige zorg of Wet maatschappelijke ondersteuning. Kinderen die ouder zijn dan 18 jaar ontvangen een zorgtoeslag die afhankelijk is van hun inkomen. Ook de hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het eigen inkomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de onrust die is ontstaan over het ambitieniveau van de Algemene Maatregel van Bestuur (die hoort bij de ratificatie van het VN-verdrag) en of de staatssecretaris mogelijkheden ziet voor meer ambitie en meer gevoel van urgentie.

Uit de vele reacties die op de concept-AMvB toegankelijkheid zijn ontvangen, is wederom duidelijk gebleken dat groot belang wordt gehecht aan hoe de norm van algemene toegankelijkheid in de praktijk wordt gebracht. Ik zal en wil daar ook gehoor aan geven in de aanpak voor de implementatie van het VN verdrag waarin de ambitie met betrekking tot het bevorderen van toegankelijkheid zijn beslag vindt. Sinds juli is de kwartiermaker in nauwe samenspraak met onder andere gemeenten, cliëntorganisaties en bedrijfsleven begonnen met de vormgeving van het bureau dat er voor moet zorgen dat er door allerlei partijen in onze samenleving concreet en actief aan de slag wordt gegaan met het dichterbij brengen van een meer toegankelijke samenleving. Dit bureau zal begin 2017 van start gaan op basis van een concrete agenda met acties en activiteiten die door de betrokken partijen zullen worden ontplooid.

Ik zal u naar aanleiding van de consultatie u nader informeren hoe ik de resultaten daarvan verwerk.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) welke mogelijkheden er op korte termijn zijn voor meer handen aan het bed.

Ik deel de analyse dat als persoonsvolgende bekostiging wordt doorgevoerd, de zorgorganisatie het aanbod nog beter zal willen afstemmen op de wensen van de cliënt. Om te onderzoeken wat de

effecten zijn van persoonsvolgende bekostiging worden met ingang van 2017 in twee regio's experimenten uitgevoerd.

Ook zie ik ten aanzien van de inzet van personeel praktijkvariatie. Er lijken aanzienlijke verschillen in de hoeveelheid personeel door verpleeghuizen kan worden ingezet, te bestaan. Naar deze verschillen laat ik momenteel onderzoek uitvoeren. Ik hoop u de resultaten einde van dit jaar te kunnen sturen.

Het kabinet heeft extra middelen - olopend naar € 200 miljoen - ter beschikking gesteld voor deskundigheidsbevordering en een zinvolle daginvulling voor bewoners. Dat is substantieel en structureel geld waar zorgaanbieders alle ruimte in hebben om die extra middelen een goede bestemming te geven. Ook is de taakstelling van € 500 miljoen op de Wet langdurige zorg geschrapt. Aanbieders kunnen ruimte maken voor meer handen aan het bed door onnodige interne regels te schrappen. In het onderhandelaarsakkoord CAO VVT zijn daartoe concrete afspraken gemaakt.

Gezien deze argumenten ben ik van mening dat, ook binnen het huidige systeem, zorgaanbieders zelf mogelijkheden hebben om meer handen aan het bed te realiseren. Daarbij wil ik wel aantekenen dat het niet alleen gaat om meer personeel. Een onderzoek van de Universiteit Maastricht, dat ik u bij mijn derde Voortgangsrapportage Waardigheid en Trots heb gestuurd, toont aan dat meer personeel niet altijd beter is. Het gaat ook om de capaciteiten van de mensen, de samenstelling van de teams en juiste inzet van hoger geschoold personeel.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het geven van bekendheid aan rechten van mantelzorgers en het aansporen van gemeenten om mantelzorgers op maat te ondersteunen.

De positie van mantelzorg is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) wettelijk verankerd. Gemeenten dienen mantelzorgers nadrukkelijk bij het onderzoek naar de zorgvraag te betrekken en ondersteuning te bieden als dat nodig is. Uit inventarisaties van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, recent in maart 2016, blijkt dat gemeenten mantelzorg serieus nemen. Tegelijkertijd kan en moet de aandacht voor mantelzorgers in de uitvoering beter. De VNG en Mezzo ontwikkelen daarom een afwegingskader dat gemeenten helpt om in het gesprek met mantelzorgers tot goede ondersteuning en waardering te komen. Gemeenten worden bij de inzet van respijtzorg ondersteund door de handreiking van Expertisecentrum Mantelzorg. Het Expertisecentrum heeft ook in kaart gebracht welke elementen van respijtzorg bijdragen aan het daadwerkelijk bieden van een adempauze voor de mantelzorger. Ik blijf aandacht vragen van gemeenten voor het informeren en ondersteunen van mantelzorgers. Ik doe dat bijvoorbeeld door kennis en best practices te verspreiden, zoals recent op het 'Congrestival Eigen(wijs)heid eerst!' op 7 oktober 2016 jl.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de acties en bevoegdheden van het interventieteam bij Careyn.

De inzet van het interventieteam past binnen het reguliere toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Zoals ik ook heb aangegeven in mijn brief van 31 oktober jl. (Kamerstuk 31765 nr. 245) wordt op dringend advies van de IGZ het interventieteam ingezet. Op basis van de door de IGZ geconstateerde problematiek wordt met inzet van het interventieteam en Careyn zelf gewerkt aan een oplossing. Hierbij wordt gekeken naar de korte- en lange termijn. Het bestuur van Careyn blijft verantwoordelijk en aanspreekbaar voor de implementatie van de gekozen oplossingen die volgen uit het interventieteam.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de subsidieregeling preventiecoalities. In de brief 'Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten' (TK 2015-2016, 32 793, nr. 213) constateren de minister en ik dat gemeenten en zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden hebben om preventieactiviteiten voor risicogroepen te financieren. Echter het proces om tot gezamenlijke samenhangende plannen te komen, gaat nog

niet vanzelf. De subsidieregeling preventiecoalitie is uitsluitend bedoeld om eenderde van de kosten voor procescoördinatie tijdelijk te subsidiëren.

De subsidie kan alleen door een zorgverzekeraar worden aangevraagd. Een regeling waarbij zowel gemeenten als zorgverzekeraars een subsidieverzoek kunnen indienen is niet mogelijk, mede vanwege de (financiële) verhouding en wederzijdse verantwoordelijkheden tussen Rijk en gemeenten. Zorgverzekeraars kunnen echter alleen een beroep doen op de subsidie als er een intentieverklaring is waarin de gemeente(n) ook hun betrokkenheid bevestigen.

De zorgverzekeraars en gemeenten bepalen samen op welke risicogroepen ze zich gaan richten. We monitoren de ontwikkelingen. Als blijkt dat een bepaalde risicogroep niet of onvoldoende aanbod komt, kunnen we de regeling daarop aanpassen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) of de minister vindt dat in het kader van valpreventie de personenalarmering en abonnementskosten altijd moeten worden vergoed als de huisarts dat nodig vindt.

Bij valpreventie zijn vele partijen betrokken zoals gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars. Personenalarmering als zodanig voorkomt niet dat iemand valt, maar zorgt ervoor dat er iemand wordt gealarmeerd. Voor verzekerden die afhankelijk zijn van medische apparatuur en van medische of technische professionele hulp, of in een verhoogde risicosituatie verkeren, kan personenalarmering worden vergoed uit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorgverzekeraar moet nagaan of de verzekerde op deze alarmeringsapparatuur is aangewezen. Voor thuiswonende mensen die in hun zelfredzaamheid kunnen worden ondersteund met personenalarmering, biedt de Wmo mogelijkheden.

Of er een vergoeding voor personenalarmering en de abonnementskosten wordt gegeven, hangt af van de wijze waarop door de gemeente invulling wordt gegeven aan het Wmo-beleid. Ook vergoeden diverse zorgverzekeraars personenalarmering via het aanvullend pakket.

Ik ben van mening dat de bovenstaande mogelijkheden om personenalarmering te vergoeden, voldoende zijn.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het verbeteren van de informatievoorziening van gemeenten naar mantelzorgers en de motie ondersteuning van oudere mantelzorgers.

Een inventarisatie van de VNG in maart 2016 onder een aantal gemeenten laat zien dat gemeenten niet alleen willen investeren in het goed voeren van het gesprek over de zorgvraag, maar ook in het contact en de communicatie buiten het "keukentafelgesprek" om. Juist die communicatie kan volgens gemeenten helpen om mantelzorgers bewust te maken van de ondersteuning die zij zelf nodig hebben, alsook van de beschikbare ondersteuningsmogelijkheden. Dat doen gemeenten via een campagne in huis-aan-huis bladen, door professionals in de wijk te trainen of door het betrekken van werkgevers en scholen. Ook het instrument van de waardering zetten gemeenten in om mantelzorgers te bereiken. Via landelijke kanalen als Regelhulp en Mezzo en in samenwerking met de VNG werk ik zelf ook aan verdere optimalisering van de informatievoorziening over mantelzorgondersteuning.

Met uw motie (30169 nr 45) heeft u mij gevraagd partijen die betrokken zijn bij de Toekomstagenda Informele Zorg en Ondersteuning nogmaals te wijzen op het belang van specifieke ondersteuning van de oudere mantelzorger. In mijn brief 'Voortgang en ambitie Wmo, volwaardig meedoen' van 2 mei 2016 ben ik ingegaan op uw motie. Op 3 maart 2016 heb ik, samen met het Expertisecentrum Mantelzorg, via een mailing de desbetreffende acties en aanbevelingen nogmaals bij alle betrokken partijen onder de aandacht gebracht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het onderzoek naar de overschotten op het zorgbudget van gemeenten.

Zoals aangekondigd in de brief van 7 november jl. van de minister van BZK zal ik samen met BZK, SZW en de VNG een nader onderzoek laten doen om een beter beeld te krijgen van de cijfers en de verklaringen voor de lagere uitgaven van gemeenten voor de uitvoering van de taken in het kader

van het Sociaal Domein. Het streven is eind januari over de resultaten van het nader onderzoek te beschikken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over gerichte acties om HBO-verpleegkundigen vaker te laten kiezen voor de ouderenzorg.

Het kabinet heeft de afgelopen jaren een opstartimpuls gegeven aan de campagne 'Daar zit meer achter'. Landelijke partijen hebben aangegeven deze campagne komend jaar te continueren. Dat is goed nieuws.

Het imago van de sector is echter van meer afhankelijk dan enkel een campagne. Het is belangrijk dat ook gekeken wordt naar de onderliggende factoren. Denk bijvoorbeeld aan het type en omvang van de contracten, een aantrekkelijke werksfeer, goede vervolgoopleidingen zodat personeel zich verder kan ontwikkelen en doorgroeiperspectief voor medewerkers.

Oftewel, de manier waarop de zorg georganiseerd is en de randvoorwaarden daaromheen zijn van groot belang voor de aantrekkelijkheid van de sector. Sociale partners in de VVT zijn hier primair aan zet. Zoals toegezegd in het spoeddebat kwaliteit verpleeghuizen d.d. 13 oktober jl. zal ik in het overleg met sociale partners en andere partijen over de integrale agenda gericht op strategisch arbeidsmarktbeleid, dit onderwerp expliciet meenemen. Over de voortgang wordt u voor de Kerst geïnformeerd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de stand van zaken van de preventiealliantie en een voorstel voor een rijksvaccinatieprogramma voor ouderen.

In de Kamerbrief Ouderen en preventie van 25 maart 2016 (Kamerstuk 32 793, nr. 214) heb ik aangekondigd een alliantie voor preventie en ouderen te initiëren en te hosten vanuit het programma Alles is Gezondheid. Op 2 november is deze alliantie gestart met een bijeenkomst waarin veel partijen - inclusief de ouderenbonden - een begin hebben gemaakt met een gezamenlijke inhoudelijke agenda.

In december 2015 (Kamerstuk 32 739, nr.204) heb ik de landelijke nota gezondheidsbeleid aan uw Kamer aangeboden. Hierin is ook aandacht besteed aan preventie voor ouderen.

Wat betreft vaccinaties hebben we in Nederland een goed programma voor mensen van 60 jaar en ouder (en mensen met een medische indicatie) tegen griep. Dit programma hebben we ingesteld op basis van een advies van de Gezondheidsraad. Ik begrijp dat ouderen als het mogelijk is ook gevaccineerd willen worden tegen andere ziekten waar zij mogelijk last van kunnen krijgen en waarvoor een vaccin verkrijgbaar is, zoals bijvoorbeeld gordelroos of kinkhoest. De Gezondheidsraad en het Zorginstituut beoordelen of dergelijke vaccinaties doelmatig en effectief zijn. Op basis van hun advies neem ik een besluit over de positionering van de vaccinaties. Dat wil zeggen aanbod via een programma vanuit de overheid, vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet of aanbod binnen de individuele gezondheidszorg. Als daartoe (op grond van de advisering door de Gezondheidsraad en het Zorginstituut) aanleiding is, zullen ook andere vaccinaties voor ouderen programmatisch worden aangeboden. Tot nu toe is dat echter nog niet het geval. De experts hebben mij geadviseerd dat het vaccin tegen gordelroos onvoldoende effectief is en zelfs risicovol voor bepaalde groepen ouderen, ik heb dat uw Kamer eerder laten weten. Ik verwacht binnenkort een advies over longontsteking door pneumococcon.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de aandacht voor preventie bij ouderen en de financiering hiervan.

Om ervoor te zorgen dat er meer effectieve interventies komen gericht op ouderen heb ik extra middelen aan het RIVM beschikbaar gesteld. Deze middelen maken onderdeel uit van de begrotingspost Bijdrage agentschappen: RIVM opdrachtverlening centra. In de jaarlijkse voortgangsrapportage over het Nationaal Programma Preventie zal ik u informeren over de stand van zaken. Op de website van het RIVM Centrum Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl) is een beoordeling aangegeven van de effectiviteit van interventies.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het stimuleren van gezond gedrag. Ik besteed veel aandacht aan preventie. De minister en ik hebben het Nationaal Programma Preventie met vele initiatieven uit de maatschappij gestart. Daarnaast zijn er programma's en campagnes om de gezonde keuze makkelijker te maken, roken te ontmoedigen en sport (in de

buurt) te stimuleren. Over overwegingen ten aanzien van het nemen van prijsmaatregelen heb ik u onlangs geïnformeerd in mijn reactie op het IBO-rapport Gezonde leefstijl. De buurtsportcoach wordt steeds vaker ingezet om ouderen te begeleiden bij het meer bewegen. Dat kan ook, gemeenten kunnen zelf beslissen op welke doelgroepen zij de buurtsportcoach richten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over hoeveel vrijwilligers in de zorg werken en op welke schaal verdringing van betaald werk plaatsvindt.

In de eerste plaats wil ik benadrukken dat vrijwilligers van onschatbare waarde zijn voor de samenleving en een onmisbare schakel vormen binnen verschillende domeinen, zoals het onderwijs, de sport en de zorg. Uit het SCP-onderzoek 'hulp geboden' uit 2014 blijkt dat schattingen van het aantal vrijwilligers in zorg en welzijn in Nederland uiteenlopen van 450.000 tot ruim één of twee miljoen van de volwassenen. Of mogelijk sprake is van verdringing van betaalde krachten door vrijwilligers kan alleen per geval en op lokaal niveau worden beoordeeld. Er is geen landelijk beeld beschikbaar in hoeverre dit plaatsvindt.

Het kabinet heeft wel een aantal maatregelen genomen om verdringing te voorkomen:

- Zo is in de Participatiewet bij een aantal instrumenten (participatieplaatsen, tegenprestatie) opgenomen dat deze activiteiten moeten worden verricht naast of in aanvulling op reguliere arbeid en dat die niet mogen leiden tot verdringing op de arbeidsmarkt.
- Ook heeft de Programmaraad, waarin Divosa, VNG, UWV en Cedris samenwerken, in de Werkwijzer tegenprestatie een aantal spelregels opgenomen om het risico van verdringing tegen te gaan.
- Volgens de regeling 'ww en vrijwilligerswerk' is het mogelijk dat werk dat eerst betaald verricht werd, voortaan (ook) door vrijwilligers wordt uitgevoerd. Dat was voorheen niet het geval. Voorwaarde is dat het werk minimaal een jaar lang niet gedaan is door een betaalde medewerker. Organisaties die een betaalde baan 1-op-1 overzetten naar een vrijwilligersfunctie kunnen daar dus niet direct een vrijwilliger met een WW-uitkering voor vragen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over actieplan eenzaamheid en het voorstel om dit voort te zetten.

Gedurende de looptijd van het actieplan, tot eind 2016, is een impuls gegeven aan het voorkomen en terugdringen van eenzaamheid. Op meerdere momenten in het jaar is aandacht gevraagd voor eenzaamheid, vooral om te stimuleren dat mensen meer naar elkaar omkijken. Voor professionals, beleidsmakers en vrijwilligers is kwalitatief goede informatie over het thema eenzaamheid beschikbaar gekomen. De campagne 'Zorg tegen eenzaamheid' leverde met praktische handvatten voor de zorgprofessionals een bijdrage aan het voorkomen of verminderen van eenzaamheid bij cliënten in de langdurige zorg. Een essentieel onderdeel van het actieplan is een sterke, goed samenwerkende, lokale infrastructuur van gemeenten, vrijwilligersorganisaties, zorgverleners en instellingen. 'Coalitie Erbij' heeft met het oog hierop een groep van twintig koplopergemeenten geformeerd die gewerkt hebben aan een structurele en integrale aanpak van aandacht voor eenzaamheid. De ervaringen van deze koplopergemeenten komen eind dit jaar beschikbaar. Met name vanwege het belang om ervaringen en werkwijzen ook in andere gemeenten te implementeren heb ik besloten Coalitie Erbij ook in 2017 en 2018 te ondersteunen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de effecten van het schakelpunt.

Ervan uitgaande dat de heer Krol doelt op het Praktijkteam Zorg op de Juiste plek, verwijs ik naar de bijlage *Resultaten Praktijkteam Zorg op de juiste plek* bij de Kamerbrief Zorg voor kwetsbare ouderen thuis van 8 juli jl. (Kamerstuk 33 578, nr. 33). De afgelopen periode heeft het Praktijkteam deelgenomen aan de regionale overleggen die in de regio Amsterdam naar aanleiding van de Brandbrief 'Regionale spoedzorg - de rek is er uit' van TraumaNet AMC zijn georganiseerd (Voor het verslag van deze bijeenkomst, zie <https://www.traumanetamc.nl/30juni2016>). Er is in deze regio al veel winst geboekt met deze aanpak. De wijze waarop de partijen in de regio Amsterdam naar aanleiding van de brandbrief over de SEH's met elkaar overleg hebben georganiseerd, verdient landelijke navolging. In de aanpak acute zorg brief van 5 oktober jl.

(Kamerstuk 29 247, nr. 225) heb ik de acute zorgregio's hiertoe opgeroepen. Regio's die daar behoefte aan hebben kunnen bij dit proces worden ondersteund door het VWS-Praktijkteam 'Zorg op de juiste plek'.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) of ik bereid ben in gesprek te gaan met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en zo nodig extra budget vrij te maken voor de ziekenhuizen, zodat zij de problemen op de spoedeisende hulp het hoofd kunnen bieden.

Ik ben van oordeel dat extra geld voor de ziekenhuizen niet het juiste antwoord is op de geschetste problematiek. De NVZ benoemt in haar 'brandbrief' twee te onderscheiden groepen oudere patiënten die zouden zorgen voor een toename van ouderen op de SEH: een groep ouderen die in een eerder stadium zorg had moeten krijgen en een groep met een zogenaamde 'sociale indicatie'. Zoals ik ook heb aangegeven in mijn Kamerbrief 'Aanpak acute zorg' van 5 oktober jl. (Kamerstuk 29 247, nr. 225) is het onder meer van belang dat we voorkómen dat ouderen (onterecht) op de SEH en vervolgens in het ziekenhuis komen. Inzet op en verdere ontwikkeling van zorg in de eerste lijn, anderhalvelijnszorg en het sociaal netwerk is dus essentieel. Dit zal een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van de drukte op de SEH's. Gelukkig gebeurt hier al heel veel. Maar om voor de toekomst klaar te zijn moeten alle partijen binnen de acute zorg de organisatie van deze zorg met elkaar op orde krijgen. In de genoemde Kamerbrief van 5 oktober heb ik de partijen er ook toe opgeroepen om in het Regionaal Overleg Acute Zorg te bepalen waar de grootste knelpunten in de regio zich voordoen en welke acties door wie in gang moeten worden gezet. Van belang is dat de grootste verzekeraar in de regio en de ziekenhuizen aanschuiven bij deze regionale overleggen.

In antwoord op de vraag of ik met de koepels voor ziekenhuizen en verzekeraars wil praten over de in de brief geschetste problematiek: ik spreek de verschillende partijen op 24 november tijdens het Bestuurlijk Overleg over het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over handhaving IGZ op medicatiebeoordelingen.

In antwoord op uw vraag over de voortgang in 2016 van de handhaving van de IGZ op medicatiebeoordelingen het volgende. Medicatiebeoordeling is het kernthema van het toezicht op medicatieveiligheid van de IGZ.

De IGZ beoordeelt dit thema in alle zorgsectoren continu in haar reguliere toezicht. Daarnaast is er in het voorbije jaar hierop nog speciaal toezicht geweest in alle zorgsectoren. Het rapport hierover zal voor het eind van het jaar aan uw Kamer worden toegestuurd, voorzien van een beleidsreactie.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het uitsluiten van medicatiebeoordeling van het eigen risico.

Het is inderdaad zo dat mijn antwoord op schriftelijke begrotingsvraag 147 is gebaseerd op de aanname dat patiënten die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling, doorgaans hun gehele eigen risico in een jaar volmaken.

Het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geldt voor alle zorg die tot het basispakket van de Zvw behoort, behalve een paar uitzonderingen zoals bijvoorbeeld huisartsenzorg en wijkverpleging. Ik ben van mening dat het aantal uitzonderingen van het eigen risico niet dient te worden uitgebreid omdat dit een ongewenst precedent zou scheppen en het systeem daardoor complexer en minder transparant zou worden. Dit is des te meer het geval indien het zou gaan om medicatiebeoordeling voor een specifieke groep verzekerden, te weten verzekerden ouder dan 75 jaar die minimaal zeven geneesmiddelen gebruiken, zoals in schriftelijke begrotingsvraag 147 was gesteld.

Antwoord op de vraag van Kamerlid Krol (50Plus) over het afschaffen van een apart tarief voor terhandstelling van medicijnen.

Patiënten die hun medicijnen voor het eerst meekrijgen of medicijnen krijgen die zij langer dan 12 maanden niet gebruikten, ontvangen van de apotheker een begeleidingsgesprek bij de

terhandstelling van het medicijn. Het begeleidingsgesprek is nodig voor een veilig en effectief gebruik van het geneesmiddel. Zonder begeleidingsgesprek kan het zijn dat een apotheker een geneesmiddel niet meegeeft aan de patiënt omdat dit onverantwoord is.

Vanaf 1 januari 2014 werd dit begeleidingsgesprek een aparte prestatie en moest apart op de nota geplaatst worden. Er kwam toen veel discussie aan de apothekersbalie omdat patiënten het idee hadden dat het ontvangen van een begeleidingsgesprek optioneel was. Vanaf 1 januari 2016 is er daarom voor gekozen om de terhandstelling en het begeleidingsgesprek op één regel te plaatsen op de nota, omdat deze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Er wordt nu ofwel 'terhandstelling met begeleidingsgesprek' ofwel een 'standaard terhandstelling' in rekening gebracht. De patiënt kan nog steeds controleren of de nota klopt en of het gesprek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Ik zie geen aanleiding om deze werkwijze aan te passen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) naar het zodanig aanpassen van de Zorgverzekeringswet zodat de bandbreedte tussen het verlaagde en het normale tarief van de inkomensafhankelijke bijdrage bij wet of Algemene Maatregel van Bestuur kan worden gewijzigd. Deze vraag is ook door de heer Van Leeuwen (50PLUS) in de Eerste Kamer gesteld bij de behandeling van het belastingplan en bij de behandeling van de VWS begroting 2015 en is ook eerder gesteld in de schriftelijke vragen bij deze begroting. Hetzelfde antwoord is toen gegeven. Het kabinet besluit over de premiepercentages en dus ook over een eventuele aanpassing van het verschil tussen beide percentages in september. Dit gebeurt op basis van de definitieve hoogte van de zorguitgaven in de VWS begroting en eventueel op basis van de koopkrachtbesluitvorming in het kabinet. Deze percentages dienen snel ter beschikking te worden gesteld aan de belastingdienst opdat die er rekening mee kan houden bij zijn berichtgeving richting werkgevers. De percentages worden daarom vrij kort na Prinsjesdag formeel vastgesteld, maar wel na de Algemene Politieke Beschouwingen en de Algemene Financiële Beschouwingen. De Kamer kan een eventuele aanpassing dus aankaarten in een van deze twee debatten. Ik zie dus geen noodzaak voor het alleen mogelijk maken van een dergelijke wijziging bij wet of Algemene Maatregel van Bestuur.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over de frustratie over de hoge zorgverzekeringspremie.

Ik ben het met de heer Kuzu eens dat we ons bij het beoordelen van die zorgpremie moeten realiseren dat we daar veel goede zorg voor krijgen, maar ondanks dat ons best moeten doen om de groei van de zorguitgaven te beperken om de premiestijging te beheersen.

De heer Kuzu stelt dat dit kan worden bereikt door fraude in de zorg aan te pakken, door verspilling in de zorg tegen te gaan en door de kosten door te lichten. Tot hier ben ik het helemaal met hem eens. Ik zet in op het aanpakken van verspilling. Bovendien heb ik flink geïnvesteerd in de aanpak van fouten en fraude in de zorg, zowel in financiële zin (vanaf 2014 € 5 miljoen oplopend naar € 12,5 miljoen structureel vanaf 2017) als door een brede aanpak door middel van het programmaplan "rechtmatige zorg".

Bij de invulling van deze punten ontstaan echter verschillen. De heer Kuzu denkt de kostenbesparing te realiseren door de winstmakende verzekeraars, zorgaanbieders en farmaceuten aan te pakken. Ik denk dat de kostenbeheersing in de zorg het meest gebaat is bij met elkaar concurrerende zorgverzekeraars die hun best doen om de best mogelijke zorg voor de laagst mogelijke prijs te contracteren. Met het oog daarop helpen verzekeraars bij het aanpakken van verspilling in de zorg en bekijken waar tarieven omlaag kunnen. Zo stel ik onder andere vast dat de verzekeraars hun rol hebben waargemaakt door de kosten van geneesmiddelen fors te drukken. Mijn visie op de geneesmiddelenprijzen heb ik uitvoerig toegelicht in mijn geneesmiddelenvisie. Daarin staat ook mijn inzet om te hoge prijzen van geneesmiddelen aan te pakken en daarmee te hoge winsten van farmaceuten tegen te gaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over de frustraties met betrekking tot weinig personeel in de ouderenzorg, personeel dat wordt ontslagen in verpleeghuizen en ouderen die volgens hem terecht komen op de spoedeisende hulp.

Verbetering van de kwaliteit van verpleeghuizen is nodig en mogelijk. Dat is ook de reden dat ik het programma Waardigheid en Trots ben gestart. Naast onder andere een kwaliteitsnorm en een personeelsleidraad maken vraagstukken omtrent opleiding en arbeidsmarkt daar nadrukkelijk onderdeel van uit. Om deze reden heb ik de Tweede Kamer toegezegd voor eind van dit jaar een actieplan personeel verpleeghuiscare op te zetten met ActiZ, de V&VN en eventueel andere organisaties. Dit ingevolge de motie lid Bergkamp (Kamerstuk 31 765, nr. 221).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) wat de staatssecretaris vindt van het manifest van Hugo Borst en de mogelijkheden om dit manifest uit te voeren.

In mijn brief van 31 oktober jl. "*Kwaliteit verpleeghuizen: verbetering bij risicovolle verpleeghuizen zichtbaar*" heb ik aangegeven dat ik de doelen van het manifest ook nastreef. In het programma Waardigheid en Trots wordt sinds februari 2015 al aan veel van de onderwerpen gewerkt. Zoals de kwaliteitsnorm en de leidraad personeelsamenstelling, het versterken van de positie van cliëntenraden, het verminderen van administratieve lasten, begeleiden van 170 aanbieders die meedoen aan het onderdeel 'Ruimte voor verpleeghuizen' en bijvoorbeeld het bieden van ondersteuning aan ongeveer 50 organisaties met een urgent kwaliteitsprobleem. Voor de stand van zaken van deze onderwerpen verwijs ik u naar de derde voortgangsrapportage die is gevoegd bij mijn brief van 4 juli jl., waarover wij op 17 november een Algemeen Overleg voeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over de toenemende kosten voor de patiënt en de afschaffing van het eigen risico.

Dat de zorgkosten op macro-niveau steeds beter beheerst worden, betekent dat de kostenstijging op micro-niveau ook steeds meer beperkt kan worden. Daarbij is de verdeling van de stijgende lasten in hoge mate solidair. Mensen met een laag inkomen betalen een lage inkomensafhankelijke bijdrage en worden met de zorgtoeslag gecompenseerd voor de stijging van zorgpremie en het eigen risico. Bij de beleidsmatige stijging van het eigen risico in 2013 is de zorgtoeslag zelfs één keer verhoogd. Eén en ander heeft er toe geleid dat mensen met een minimuminkomen in 2016 per saldo minder aan zorgpremie en eigen risico betalen dan vòòr de invoering van de Zorgverzekeringswet. Het onderstreept dat ook naar de toekomst het belangrijk is de uitgavenstijging te beheersen om de solidariteit ook betaalbaar te houden.

Het verplicht eigen risico zorgt voor medefinanciering en maakt mensen bewust van de kosten van zorg. Afschaffing van het eigen risico kost bijna vier miljard. Het zou een premiestijging betekenen van zo'n €284 per persoon (nominale premie stijgt met €262 en de inkomensafhankelijke bijdrage met €22). Dit vind ik niet gewenst.

Ik vind het wel belangrijk dat verzekerden niet vanwege financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg. Daarom zijn reeds verschillende maatregelen genomen om de financiële toegang tot zorg te borgen. In de kamerbrief "Toezeggingen eigen risico, eigen bijdrage in de Wmo 2015 en compensatiemogelijkheden" van 3 november jl. zijn deze maatregelen in beeld gebracht. Zo compenseert de zorgtoeslag grotendeels het eigen risico en de premie voor lage inkomens.

Daarnaast zijn er zorgvormen uitgezonderd van het verplicht eigen risico (bijvoorbeeld huisartsenzorg, wijkverpleging en zorg voor jongeren onder de 18 jaar). Verder bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen en bieden gemeenten collectiviteiten en andere compensatiemogelijkheden aan minima met zorgkosten aan. Tijdens de komende najaarscampagne zal ik verzekerden – onder andere door radioboodschappen, via social media en door met informatiestands het land in te gaan – weer expliciet wijzen op dit brede scala aan maatregelen ten aanzien van het eigen risico.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over TNS NIPO-onderzoek uit oktober 2014 naar de mening van burgers de kosten voor de patiënt (zie voorgaand), de winsten en macht van verzekeraars, de ontwikkeling van de premie en het tekort aan personeel in de zorg.

Winsten die zorgverzekeraars maken worden teruggegeven aan de premiebetaler, uitgegeven aan zorg of toegevoegd aan de reserves. Verzekeraars zijn financiële instellingen. De reserves zijn nodig om er voor te zorgen dat als het financieel mis zou gaan met verzekeraar, de zorgaanbieder wel krijgt betaald voor de geleverde zorg.

Voor 2015 geldt dat van het positieve resultaat verzekeraars 84% hebben teruggegeven via een lagere vaststelling van de premie en is 16% aan de reserves toegevoegd (bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2015 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website). Nederlandse verzekeraars keren geen winst uit.

Het afromen van winsten is niet aan de orde. Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de Wet op het financieel toezicht en daarmee aan de Europese richtlijnen voor (schade)verzekeringen en de solvabiliteitseisen volgen uit Solvency II. Die normen zijn er niet voor niks: zorgverzekeraars moeten ook buffers voorhanden hebben om in te spelen op onvoorziene ontwikkelingen of bijvoorbeeld een toename in hun verzekerdenbestand.

De zorgpremies liggen in 2016 op het niveau van 2011, terwijl het basispakket van zorgaanspraken is uitgebreid, in het bijzonder door de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet. Mensen met een lager inkomen krijgen de zorgpremie en het eigen risico voor een groot deel gecompenseerd via de zorgtoeslag. Zo blijft de zorg voor iedereen betaalbaar.

Ten aanzien van het personeel in de zorg geldt dat de werkgelegenheid de afgelopen jaren geleidelijk is gedaald van 1,2 miljoen in 2012 naar 1,123 miljoen medewerkers in 2015. De daling is met name opgetreden onder overheadpersoneel en lager opgeleid personeel in de thuiszorg en de intramurale ouderenzorg. De ontwikkelingen in de afgelopen periode passen bij de veranderende zorgvraag en daarop ingezette transitities. Denk aan het streven naar minder overhead en zorg dichtbij. Voor de komende jaren wordt zorgbreed groei in werkgelegenheid verwacht. Ook wordt duidelijk dat de transities in de langdurige zorg elders in de zorg, zoals in de eerstelijns en de acute zorg, leiden tot een toenemende en veranderende vraag naar personeel. Naar verwachting werken er in 2020 tussen de 35 en 126 duizend mensen meer in de zorg vergeleken met 2015.