

## **BIJVOEGSEL**

Schriftelijke antwoorden van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg 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 2018 (34775-XVI)**.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) of mensen werkelijk langer zelfstandig willen wonen.

De verzorgingshuizen passen, mede door hun soms grote schaal, minder bij de huidige voorkeuren van mensen. Er kan variëteit ontstaan, door een keuze van de aard van de woning of het wooncomplex en door de leveringsvorm van de zorg. Bij tussenvormen hoeft er geen sprake te zijn van een hoge zorgvraag. Eventuele zorg en ondersteuning kan uit de Wmo en Zvw worden geleverd en mensen kunnen een appartement of kamer huren.

Ik zie dat mensen zelfstandig willen wonen en daarbij regie willen houden over hun leven. Dat is een brede trend die niet alleen de zorg betreft. Ook wil men in de eigen buurt blijven wonen, waarbij er een behoefte is aan contacten, aan veiligheid, aan verbinding met de samenleving en de wijk.

Uit cijfers van de NZa en van het CBS blijkt dat steeds minder ouderen kiezen voor het traditionele verzorgingshuis. Woonden in 1980 nog 1 op de 2 80-plussers in het verzorgingshuis, in 2015 was dat nog maar 1 op 13. Het aantal ouderen stijgt en er zijn steeds minder intramurale plaatsen. Dit bevestigt dat mensen werkelijk langer thuis willen blijven wonen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over onderzoek naar de woonvorm tussen thuis en verpleeghuis.

Ik vind het wenselijk dat mensen zelf een woonvorm kiezen die bij hun behoefte past. Daarom is het van belang dat bewoners, gemeente en woningcorporatie met elkaar optrekken en lokaal bepalen waar behoefte aan is. Het rijk kan daarbij een stimulerende rol vervullen. Er wordt door Platform31 op dit moment onderzoek gedaan naar nieuwe woonzorgarrangementen. Hierbij zullen ook tussenvormen aan de orde komen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) naar de cijfers in de State of Health in the EU en in het blauwe boekje van Financiën, en of hierin gebruik is gemaakt van toenemende zorgkosten gebaseerd op de situatie van voor de invoering van de Wet langdurige zorg. Voor beide publicaties is gebruik gemaakt van de op het moment van schrijven beschikbare cijfers. In Health at a Glance, een rapport van 10 november 2017, staan gegevens over zorguitgaven in 2016. Hieruit komt naar voren dat Nederland voor zorguitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product en zorguitgaven per capita op plek 8 staat van de 44 landen die opgenomen zijn in deze grafieken. Deze cijfers laten zien dat Nederland ook in 2016 nog bij de landen met de hoogste uitgaven behoort.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de wens van mensen om langer zelfstandig thuis te wonen.

Mensen hebben door de jaren heen andere keuzes gemaakt dan het traditionele verzorgingshuis. De trend is zichtbaar in een stijging van het aantal ouderen en steeds minder intramurale plaatsen. Zo woonde in 1980 nog 1 op de 2 80-plussers in een verzorgingshuis en was dat in 2015 1 op 13, zo blijkt uit cijfers van de NZa en het CBS.

Mensen willen hun eigen keuzes kunnen maken voor de woon- en zorgomgeving waarin zij zich prettig voelen. De verzorgingshuizen passen, mede door hun soms grote schaal, minder bij de huidige voorkeuren van mensen.

Er kan variëteit ontstaan door de keuzes die mensen maken met betrekking tot de aard van de woning of het wooncomplex en door de leveringsvorm van de zorg. Dat kan zijn om zelfstandig te wonen, maar ook om een ander woonconcept te kiezen, waar men woont met anderen. Wellicht is dat in de buurt of wijk en is dat een complex met een kleinere schaal. De opgave is om zo goed mogelijk recht te doen aan de behoefte van deze mensen, zodat zij kunnen wonen in een omgeving die zij thuis noemen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Gerbrands (PVV) over onderzoek doen naar de doodsoorzaak bij onverklaarbare sterfgevallen. De behandelend arts of de gemeentelijk lijkschouwer heeft aan de hand van een wettelijk verplichte lijkschouw de wettelijke plicht vast te stellen of er sprake is van een natuurlijk overlijden. De arts legt vervolgens een verklaring af over het overlijden en de mogelijke oorzaak daarvan. De arts kan na en in overleg met de familie, ook bij onverwacht overlijden, besluiten vanuit het volksgezondheid perspectief en mogelijke genetische belasting, obductie uit te voeren. Het afnemen van DNA kan daarbij een optie zijn. De resultaten kunnen aanleiding geven voor nader onderzoek bij verwanten. De Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie heeft de vraag "standaard onderzoek bij overlijden na een val" meegenomen in zijn medio januari 2018 uit te brengen advies. Ik zal het advies afwachten en op het rapport reageren.

Antwoord van de minister van MZS op de vraag van het Kamerlid Gerbrands (PVV) over de bereidheid om samen met het Zorginstituut en de patiëntenverenigingen in overleg te gaan om het onderzoek fysiotherapie bij reuma te versnellen en te vereenvoudigen.

Zoals de vorige minister van VWS in haar reactie op het Systemadvies fysio- en oefentherapie van het Zorginstituut heeft aangegeven, is het van wezenlijk belang dat de fysiotherapie-behandelingen op (bewezen) effectiviteit en de overige pakketcriteria worden getoetst. Dat is essentieel voor opname in het verzekerde pakket.

In juni jl. heeft het reumaveld (o.a. Reumafonds en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) twee onderzoeksvoorstellen bij het Zorginstituut ingediend voor de voorwaardelijke toelating van fysiotherapie voor reumatoïde artritis en spondyloartritis. De beoordeling van deze aanvragen door het Zorginstituut loopt. Gelet daarop is een overleg met patiëntenverenigingen en het Zorginstituut niet opportuun. Hoewel de toekomstige regeling voor voorwaardelijke toelating een snellere procedure zal kennen, zal ook via deze regeling hetzelfde type onderzoek naar (bewezen) effectiviteit moeten plaatsvinden. Dit om te voorkomen dat zorginterventies waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende is aangetoond, in het verzekerde pakket worden opgenomen. De toekomstige regeling voor voorwaardelijke toelating ligt momenteel ter uitwerking bij het Zorginstituut en ZonMw.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de groei van de zorguitgaven zoals geraamd door het CPB van 4,4% per jaar tussen 2012 en 2014 (het werd 0,9% in 2015 en 2016) en door het ministerie van VWS van €18 miljard tussen 2012 en 2017 (het werd €4,5 miljard). Ik wil vooropstellen dat het ramingen betref van de zorguitgaven *wanneer geen additioneel beleid* zou worden gevoerd.

De geraamde € 18 miljard groei van de zorguitgaven betrof een raming van vóór het Regeerakkoord-Rutte II. De maatregelen van dat kabinet zorgden er al voor dat die groei werd beperkt tot circa € 10 miljard. Uiteindelijk bedroeg de groei in de periode 2012-2017 € 4,5 miljard en dit is mede te danken aan het beleid van de afgelopen jaren. Daar was en is wel beleid voor nodig om de zorg betaalbaar te houden. De gemiddelde reële groei gedurende de periode 2012-2017 bedroeg 0,8% per jaar (zie pagina 210 van de begroting 2018), een stuk lager dan de economische groei in die periode van 1,6%. Overigens zijn er ook perioden geweest waarin de zorgkosten hoger uitkwamen dan geraamd en de groei fors hoger lag dan de economische groei. De gemiddelde reële groei in de periode 2006 tot en met 2012 bijvoorbeeld bedroeg 5,0%, terwijl in diezelfde periode de groei van de economie gemiddeld 0,6% bedroeg.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van Kamerlid Gerbrands (PVV) over het aanbieden van een standaard dragerschapstest aan paren met een kinderwens bij IVF behandeling. Dragerschapstesten zonder medische indicatie (zowel bij IVF als zonder IVF) kunnen niet vergoed worden ten laste van de zorgverzekering omdat er dan geen sprake is van geïndiceerde preventie. Geïndiceerde preventie kan tot het verzekerde Zvw-pakket behoren. Van geïndiceerde preventie is sprake indien de verzekerde op basis van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen, een hoog risico op een ziekte heeft en er daarom een medische noodzaak is voor een dergelijke test. Dat is bij een dragerschapstest zonder medische indicatie niet het geval; dan is in feite sprake van een bevolkingsonderzoek en die vorm van preventie past niet in de zorgverzekering.

Het is voor wensouders mogelijk om dragerschapstests voor eigen rekening te laten uitvoeren. Ik heb geen voornemen dat te wijzingen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over personeelstekorten als belangrijke oorzaak voor allerlei calamiteiten, maar ook voor een hoog ziekteverzuim van medewerkers, en wat dit kabinet gaat doen om het ziekteverzuim tegen te gaan.

In het AO arbeidsmarkt is uitvoerig gesproken over deze problematiek, mede naar aanleiding van de brief die wij hier over gezonden hebben. In het plan van aanpak voor de arbeidsmarkt, dat ik dit voorjaar aan uw Kamer zal toezenden, zal het terugdringen van ziekteverzuim een belangrijk element zijn. Naast het aantrekken van nieuwe mensen moeten we namelijk ook inzetten op het behoud en de optimale inzet van professionals. Dat vraagt om goed werkgeverschap, gericht op onder andere het voorkomen van uitval.

Op verschillende manieren ondersteun ik organisaties nu al bij het tegengaan van ziekteverzuim. Onder andere via het programma Gezond en Zeker, waarmee ongeveer 20.000 ergo-coaches in organisaties worden ondersteund in het realiseren van een gezonde en veilige werkomgeving ([www.gezondenzeker.nl](http://www.gezondenzeker.nl)).

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de wenselijkheid van een gemiddeld tarief voor de ZZP's in de verpleeghuissector gecombineerd met indicatiestelling door de zorginstellingen zelf.

Mijn voorganger heeft bij de voortgangsrapportage Wlz van 15 mei 2017 (TK 2016-2017, 34 104, nr. 177) een adviesrapport van de NZa over de doorontwikkeling van de bekostiging aan uw Kamer gestuurd. In dit rapport geeft de NZa (na consultatie van veldpartijen) aan dat de zorgzwaartepakketten (ZZP's)

voor de intramurale zorg een duidelijke meerwaarde hebben: ze worden als eenduidig, eenvoudig en flexibel ervaren. De NZa concludeert dat voor de intramurale zorg grootschalige veranderingen in de ZZP-systematiek op dit moment niet wenselijk zijn. Op dit moment is de NZa bezig met een kostprijsonderzoek binnen de Wlz. Dit zal leiden tot nieuwe tarieven voor de ZZP's per 2019. Dit is tevens een weegmoment om na te denken over het gewenste aantal ZZP's. Ik vind het goed dat er voor de verschillende ZZP's verschillende tarieven zijn. Daarmee sluit de bekostiging beter aan bij de zorgzwaarte van de cliënten en kan iedere cliënt de zorg ontvangen die hij of zij nodig heeft.

Onder Waardigheid en Trots (W&T) experimenteren 16 instellingen met indicatiestelling voor de Wlz. De zorgverleners brengen de zorgvraag van de cliënt in kaart en stellen een onderbouwd advies op voor het CIZ. Het CIZ toetst. Het proces van indicatiestelling wordt hiermee aanzienlijk versneld en de cliënt ervaart de procedure als minder belastend. Op 29 november jl. heb ik u de eindevaluatie van dit experiment gestuurd. De eindevaluatie biedt voldoende aanknopingspunten om de komende maanden te verkennen of en hoe deze werkwijze verder kan worden uitgerold.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het tekort aan zorg in de nacht en het verzoek om hiervoor € 900 miljoen extra beschikbaar te stellen.

De NZa heeft in haar impactanalyse de personeelsnormen uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg doorgerekend. Daarbij heeft de NZa zowel rekening gehouden met de bezetting overdag als de bezetting in de nacht. Zo schrijft het kwaliteitskader voor dat er altijd iemand aanwezig moet zijn die met zijn kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. Ook moeten er 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar zijn voor (on)geplande zorg, ook in de nacht. Op grond van de impactanalyse van de NZa en de doorrekening van het CPB heeft het kabinet een bedrag oplopend tot structureel € 2,1 miljard beschikbaar gesteld. Daarmee kunnen op termijn 43.000 extra fte aan zorgmedewerkers worden ingezet. Ik herken dus niet dat er een extra bedrag nodig is van € 900 miljoen voor de bezetting in de nacht.

Antwoord van minister van MZS op de vraag van het Kamerlid Gerbrands (PVV) over het aantal leden van de NVZD onder zorgbestuurders en wat er gebeurt met bestuurders die geen lid zijn van de NVZD. Daarnaast wil de PVV graag een reactie van mij op hun voorstel voor een verplichte toets zoals bij de Nederlandse Bank (DNB).

De NVZD heeft circa 750 leden en vertegenwoordigt daarmee ongeveer tweederde van de bestuurders in de zorg. Accreditatie is niet vrijblijvend. Naast dat de NVZD de accreditatie als lidmaatschapsvereiste in hun statuten heeft vastgelegd, heeft de accreditatie ook een plek in de vernieuwde Governancecode Zorg, die op 1 januari 2017 van kracht is geworden. De code wordt door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting als veldnorm voor goed bestuur gebruikt. Raden van toezicht kunnen het instrument gebruiken bij het inrichten en vormgeven van hun werkgeversrol, om zo bestuurders te stimuleren met hun vak bezig te zijn en te blijven.

Ik ben geen voorstander van een bestuurderstoets in de zorg zoals vormgegeven door DNB. Het is aan de raad van toezicht van zorginstellingen om ervoor te zorgen dat zij kwalitatief goede bestuurders aanstellen. In de bovengenoemde

Governancecode Zorg is een expliciete vergewisplicht voor Raden van Toezicht opgenomen.

In mijn reguliere overleggen met de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) staat de rol van Raden van Toezicht om te zorgen voor goed bestuur als vast punt op de agenda.

In mijn optiek biedt dit voldoende waarborgen en is een bestuurderstoets daarom niet nodig.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Gerbrands (PVV) over het zorgstelsel. Ik neem aan dat ze doelt op de OESO, dat een goed en effectief zorgstelsel mede afmeet aan het gegeven of financiële overwegingen een rol spelen bij de toegankelijkheid. Het cijfer (10%) waarnaar de PVV verwijst, het aantal mensen dat zegt een arts niet te hebben bezocht om financiële redenen, is afkomstig uit de OESO *Health at a Glance*. Nederland scoort hier net onder het OESO gemiddelde. Bij deze indicator wordt echter niet gevraagd of dit ook geleid heeft tot onvervulde zorgbehoefte. De *Commonwealth Survey* waar deze indicator uit afkomstig is kijkt naar meer indicatoren die de toegankelijkheid van zorg bepalen en concludeert vervolgens dat "The Netherlands performs the best of the 11 countries on Access, ranking first on timeliness and in the middle on affordability." Ook de OESO concludeert in de *State of Health in the EU* dat het Nederlandse zorgstelsel erg toegankelijk is: "De toegankelijkheid van de zorg is goed, met korte wachttijden en weinig geografische of financiële belemmeringen."

Meer specifiek blijkt uit recent onderzoek van de OESO (2017, cijfers 2015) dat de eigen betalingen aan gezondheidszorg in OESO-verband in Nederland relatief laag zijn. Het gaat in dit onderzoek om alle directe betalingen aan gezondheidszorg. In de Nederlandse context valt daar niet alleen het verplicht eigen risico onder maar ook de eigen bijdragen die voor sommige zorgvormen gelden. Alleen de eigen betalingen voor langdurige zorg zijn buiten beschouwing gebleven. Volgens OESO-cijfers zijn de eigen betalingen in Nederland 2,4 procent van de totale consumptie van huishoudens. Dit percentage ligt lager dan het OESO-gemiddelde van 3 procent, en is vergelijkbaar met het EU-gemiddelde van 2,3 procent. Tegelijkertijd is het aandeel van eigen betalingen in de totale zorguitgaven met 12,3 procent laag, vergeleken met het gemiddelde van 20,2 procent van 35 OESO-landen en 15,3 procent van 28 EU-landen. Compenserende maatregelen (zoals de zorgtoeslag) zijn in de OESO-cijfers niet meegenomen.

Ik ben niet bereid het eigen risico af te schaffen. Het eigen risico draagt bij aan de beheersing van de collectieve zorguitgaven en borgt het draagvlak voor ons solidaire zorgstelsel. Het eigen risico financiert een deel van de zorgkosten en zonder eigen risico zouden de zorgkosten stijgen door het wegvallen van het remgeldeffect. Het CPB heeft bij het doorrekenen van de tegenbegroting van drie partijen berekend dat het afschaffen van het eigen risico in 2021 € 3,6 miljard kost in reële prijzen. Dat moeten we met ons allen opbrengen. De premie zal dan stijgen met ca. € 260,- .

Op de suggestie om alle eerstelijnszorg vrij te stellen van het eigen risico merk ik op dat de eerstelijnszorg al voor het grootste deel, zoals huisartsenzorg en wijkverpleging, is uitgezonderd van het verplicht eigen risico. Het budgettaire effect van het uitzonderen van overige eerstelijnszorg, zoals paramedische zorg en eerstelijnsdiagnostiek is moeilijk te bepalen. Een voorzichtige schatting zou zijn dat het € 0,2 mld zou kosten, nog exclusief een eventuele aanzuigende werking. Hierdoor zal de premie ongeveer € 15 stijgen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Gerbrands (PVV) hoe de minister de bezuiniging van € 1,9 miljard in de curatieve zorg gaat realiseren en of het klopt dat als dit niet lukt het macrobeheersingsinstrument wordt ingezet. Hierbij ook de vraag of de besparing van € 1,9 miljard ter dekking dient van de investering in de ouderenzorg.

Zoals opgenomen in het Regeerakkoord zijn wij voornemens opnieuw hoofdlijnenakkoorden te sluiten in de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wijkverpleging met een totale opbrengst die oploopt tot € 1,9 miljard per jaar vanaf 2021. In de hoofdlijnenakkoorden worden inhoudelijke afspraken gemaakt, gekoppeld aan financiële afspraken over beheersing van de groei van de zorguitgaven. Over de wijze waarop dit per sector vormgegeven kan gaan worden, zal spoedig het gesprek met de sectoren worden aangegaan.

Ten aanzien van de te behalen besparing van € 1,9 miljard is relevant dat het budget voor de curatieve zorg in deze regeerperiode nog steeds groeit. Het is de bedoeling de uitgavengroei te beperken, zoals ook in de afgelopen jaren het geval is geweest. Op basis van het Regeerakkoord stijgen de totale nominale Zvw uitgaven nog steeds, met bijna € 8 miljard in de periode 2018-2021 (van € 48,5 miljard naar € 56,3 miljard).

In het Regeerakkoord is ook benoemd dat als de uitgaven hoger uitvallen het macrobeheersingsinstrument (mbi) wordt ingezet. Inzet van het mbi bij voorbaat is niet aan de orde. Het mbi geldt als ultimum remedium als de gerealiseerde uitgaven voor een sector in een bepaald jaar hoger zijn dan het vooraf vastgelegde uitgavenniveau. Het kabinet streeft ernaar op grond van hoofdlijnenakkoorden de uitgavenniveaus in overleg met de betreffende sectoren vast te leggen. Mocht dat onverhoopt niet lukken, dan zal het kabinet besluiten over een alternatief pakket aan maatregelen om de beoogde besparing te realiseren.

Alle plussen en minnen in de budgettaire tabel van het Regeerakkoord kunnen alleen in samenhang met elkaar worden gezien. Er is dus geen sprake van een koppeling tussen de investering in de ouderenzorg en de besparing op grond van de hoofdlijnenakkoorden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) of er voldoende middelen naar andere sectoren dan de verpleeghuiszorg gaan om extra personeel aan te trekken.

In de brief "Aanpak arbeidsmarkt zorg" (29282-292) heb ik u uiteengezet dat er naar verwachting 190 duizend extra medewerkers nodig zijn tot en met 2022 en dat er in 2022 een tekort dreigt van ongeveer 100 tot 125 duizend medewerkers als we nu niets extra of anders zouden doen.

Deze prognose is gebaseerd op het beschikbare zorgbudget na verwerking van de maatregelen uit het Regeerakkoord. Dat is dus inclusief de reguliere groei in de verschillende sectoren, maar ook inclusief het kwaliteitskader en de effecten van af te sluiten hoofdlijnenakkoorden. Er is dus geld beschikbaar voor meer personeel, ook in de andere sectoren in de zorg.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over extra investeringen in verpleeghuizen, voldoende zorgverleners en de stand van de economie.

De extra middelen van € 2,1 miljard voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg staan los van de vraag of het economisch goed of slecht gaat met ons land. De extra middelen zijn nodig om voldoende gekwalificeerd personeel aan te kunnen trekken en vloeien direct voort uit het kwaliteitskader.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) om de backpay regeling open te houden. De deze week verzonden brief geeft een stand van uitvoering van de regeling. Het totaal aantal onderzochte personen (zowel ambtelijk gegenereerd als op aanvraag ingediend) bedroeg circa 5500. Daaruit blijkt dat de laatste succesvolle aanvraag dateert van januari 2017 en dat alle mogelijke wegen om mogelijk gerechtigden op te sporen, zijn uitgeput. De regeling was bedoeld voor één jaar, 2016, maar is indertijd met nog een jaar verlengd. Dat jaar heeft dus één toekenning opgeleverd. Zowel het Indisch Platform als de SVB zijn het eens met van rechtswege laten eindigen per 31 december 2017. Ik vind het belangrijk om geen onterechte verwachtingen te wekken bij een kwetsbare groep mensen, vaak op zeer hoge leeftijd. Naar mijn mening is echt alles gedaan ten behoeve van goede uitvoering van de regeling. Ik zie dan ook geen aanleiding de uitkeringsregeling Backpay nogmaals met een jaar te verlengen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over een onderzoek door de NZa en ACM naar de inkoopmacht en marktmacht bij hulpmiddelen.

Het verzoek van Kamerlid De Vries past goed in mijn streven om meer grip te krijgen op de impact die medische technologie (waaronder hulpmiddelen) kan hebben op de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. In dat kader wil ik een visie ontwikkelen waarin ik naast de kansen die medische technologie kan bieden voor de zorg, ook wil kijken naar de uitdagingen voor de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. De inkoop van medische technologie (waaronder hulpmiddelen) zal daar ook onderdeel van zijn. Ik heb consultancybureau KPMG reeds gevraagd een overzicht te maken van de sector voor medische technologie met spelers, omvang van de markt, winsten en ook of er sprake is van marktmacht. Dit zal een algemene beschrijving zijn en geen analyse naar de oorzaken, belemmeringen e.d. Dit rapport zal eind van dit jaar beschikbaar zijn en zal ik met uw Kamer delen.

Antwoord van de minister van MZS op de opmerking van het Kamerlid De Vries (VVD) dat de voorzitter van het College voor Beoordeling van Geneesmiddelen pleit voor een uitlegdocument bij medicijnen. De bijsluiter is volgens de voorzitter te moeilijk geworden. Het klopt dat het College voor Beoordeling van Geneesmiddelen zoekt naar verbetering in de informatievoorziening richting de patiënt, inclusief de rol van de bijsluiter. Dit past in het beleid om patiënten zo goed en duidelijk mogelijk te informeren over de werking en bijwerkingen van geneesmiddelen. Ik vind het positief als het College hier mee aan de slag gaat. De voorzitter geeft echter ook terecht aan dat de bijsluiter nu een juridisch document is, opgesteld volgens de Europese regels. De aanpassing van de bijsluiter zal grotendeels in Europa geregeld moeten worden.



Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) of de minister bereid is om met partijen in gesprek te gaan over het grote aanbod van polissen en het helpen bij het maken van een keuze.

Daartoe ben ik zeker bereid. Ik vind een overzichtelijk polisaanbod belangrijk zodat mensen een goede keuze kunnen maken. Ik monitor ook dit jaar weer het overstapeseizoen, waarbij ook gekeken wordt naar het aanbod en de wijze waarop verzekeraars verzekerden informeren. De resultaten worden ook aan verzekeraars getoond: dit zijn de resultaten en uw collega doet het beter met bijvoorbeeld een taalniveau op B1-niveau. Dat stimuleert verzekeraars om het ook zo goed te doen. En die verbetering zien we. De NZa belt de verzekeraars via *mystery calls* om te toetsen of de juiste informatie wordt verstrekt.

Het polisaanbod blijft daarbij niet onbesproken. Het totale aanbod van basispolissen (modelovereenkomsten) bedroeg in 2015 nog 71 stuks. In 2018 zijn het er nog 55. Het is belangrijk dat het voor verzekerden transparant is wat de verschillen zijn tussen deze polissen. Deze polissen worden ook aangeboden via andere kanalen, zoals labels, volmachten en collectiviteiten. Omdat deze laatste groep het grootst is, is hiernaar onderzoek gedaan en zie ik mogelijke maatregelen. Ik zeg u toe met de NZa en de sector in gesprek te gaan om de transparantie voor verzekerden te vergroten en het aanbod van wikkels om hetzelfde product te beperken. Ik zal u over de voortgang informeren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over de invulling van de afspraken in het Regeerakkoord over substitutie van de tweede naar de eerste lijn.

In het Regeerakkoord is aangegeven dat het kabinet hoofdlijnenakkoorden voor verschillende sectoren van de curatieve zorg wil afsluiten. Inzet daarbij is ook het maken van afspraken over de juiste zorg op de juiste plek voor de patiënt. Zoals in een aantal hoofdlijnenakkoorden voor het jaar 2018 reeds is afgesproken, worden op dit moment acties uitgewerkt die zicht geven op de mogelijkheden en belemmeringen van verschuiving van zorg tussen en binnen sectoren. Daarbij wordt nadrukkelijk ook gekeken naar de mogelijkheden van elektronische zorg en innovaties om deze verschuiving te ondersteunen, zoals het meekijkconsult of telemonitoring. Streven is om met inbreng van de verschillende sectoren in het voorjaar van 2018 afspraken te maken over concrete verschuivingen van tweede lijn naar eerste lijn in de te sluiten hoofdlijnenakkoorden. We zullen uw Kamer informeren over de inhoud van de akkoorden. Een apart plan van aanpak los van de hoofdlijnenakkoorden ligt dan ook niet voor de hand.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over het bekijken van de verschillende hoofdlijnenakkoorden in onderlinge samenhang. Het streven is om in de hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg zorginhoudelijke afspraken te koppelen aan een financiële beperking van de groei. Aangezien de financiële kaders sectoraal zijn vormgegeven liggen sectorale hoofdlijnenakkoorden voor de hand, net als bij eerdere akkoorden. Het is nadrukkelijk onze ambitie om de akkoorden in samenhang tot stand te brengen en ook overkoepelende afspraken te maken. Zoals in het Regeerakkoord is verwoord, is ons uitgangspunt dat goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment, moet worden geleverd. Hiervoor is samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners, de medisch specialistische zorg, langdurige zorg en het sociaal domein belangrijk. Dit thema zal dus wat ons betreft in alle hoofdlijnenakkoorden aan de orde komen. Naast goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment, zal ook in ieder geval de aanpak van de

arbeidsmarktvragestukken en de merkbare vermindering van de regeldruk in alle akkoorden in samenhang aan de orde komen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over het verzoek om snelle behandeling van het wetsvoorstel Herpositionering taken NZa en deregulering. Ik heb in mijn brief van 16 november 2017 toegezegd de nota naar aanleiding van het nader verslag het eerste kwartaal 2018 naar uw Kamer te sturen (Kamerstukken II, 2017-2018, 34445, nr. 9). Ik zou een snelle behandeling ook zeer op prijs stellen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over het ACM rapport Toetredings- en groeirempels op de zorgverzekeringsmarkt.

Het rapport van de ACM is dit voorjaar door mijn ambtsvoorganger aan uw Kamer aangeboden. Ik zeg u toe een reactie van het kabinet op het ACM-rapport in het voorjaar 2018 toe te sturen. Inhoudelijk kan ik nu al het volgende opmerken. Ik deel de mening van de ACM dat de keuzevrijheid, prijs en kwaliteit gebaat zijn bij effectieve concurrentie onder zorgverzekeraars. De kans dat dit wordt versterkt is groter als het aantal zorgverzekeraars toeneemt. De ACM noemt in het rapport dat Europese kapitaaleisen mogelijk een belemmering kunnen vormen voor toetreding en dat wenselijk is dat nader onderzoek naar de maatvoering wordt gedaan. DNB besteedt in de onlangs gepubliceerde Visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars aandacht aan dit onderwerp en heeft een nadere duiding gegeven aan de kapitaaleisen die gelden voor zorgverzekeraars. Ik stuur het rapport van DNB met een reactie voor het kerstreces aan uw Kamer. Een nadere analyse van de redenen waarom eerdere aspirant zorgverzekeraars toch niet zijn toegetreden tot de zorgverzekeringsmarkt, acht ik niet nodig. De ACM heeft in haar onderzoek hiernaar reeds gekeken en de aanbevelingen komen mede voort uit gesprekken met de aspirant zorgverzekeraars. Bovendien gaat er inmiddels ook een nieuwe zorgverzekeraar per 2018 van start.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over de aangekondigde nota medische ethiek, wat de plannen van de minister zijn op dit complexe gebied en zijn ambities.

In het Regeerakkoord is aangegeven dat grote zorgvuldigheid nodig is op medisch-ethische beleidswijzigingen. Naast enkele concrete afspraken, is beschreven welke vragen bij de verdere besluitvorming rondom medisch-ethische vraagstukken centraal staan. Die vragen vormen een leidraad voor de behandeling van medisch-ethische vraagstukken. Ik heb u onlangs een stand van zakenbrief medische ethiek gestuurd waarin ik een nota medische ethiek aankondig. Deze nota zal handvatten bieden voor de nadere uitwerking van de genoemde vraagstukken, alsmede voor andere dan in het Regeerakkoord genoemde beleidsmatige keuzes op medisch-ethisch vlak. Mijn ambitie is zorgvuldigheid bij medisch-ethische vraagstukken. Ik verwacht u de nota in de eerste helft van 2018 te kunnen sturen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid de Vries (VVD) over het onderzoek naar mensen die hun leven als voltooid beschouwen, wie dit onderzoek uit gaat voeren en op welke termijn dit afgerond zal zijn. Begin 2016 publiceerde de commissie Schnabel haar onderzoeksrapport waarin de commissie keek naar het vraagstuk van hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. De commissie Schnabel concludeerde dat de euthanasiewet meer ruimte biedt dan artsen, maar ook burgers, voor ogen hebben. Ook blijkt uit dit

rapport dat de groep mensen die geen gebruik kunnen maken van mogelijkheden die de huidige wetgeving biedt, waarschijnlijk klein is. Om meer duidelijkheid te creëren over dit complexe vraagstuk, zal een onderzoek opgestart worden naar de omvang en omstandigheden van de groep mensen die nu buiten de criteria van de euthanasiewet lijken te vallen. Wie dit gaat uitvoeren is op dit moment nog niet bekend. Zoals ook vermeld wordt in de recent aan uw Kamer gestuurde stand van zaken brief medische ethiek, zal dit onderzoek verder toegelicht worden in de kabinetsreactie op de dit jaar gepubliceerde derde evaluatie van de euthanasiewet. De kabinetsreactie op de wetsevaluatie en de onderzoeksopdracht zullen tezamen naar verwachting in de eerste helft van 2018 aan uw Kamer gezonden worden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid de Vries (VVD) over de diverse budgetten die in het Regeerakkoord beschikbaar zijn gesteld en waarvan een deel op de aanvullende post van het Ministerie van Financiën staat. De vraag is (a) welke middelen het betreft, (b) welke beleidsvoorstellen de bewindspersonen gaan maken, (c) wanneer deze gereed zijn en de wijze waarop de Tweede Kamer daarbij wordt betrokken.

- a. Om de voornemens uit de zorgparagraaf van het Regeerakkoord te kunnen realiseren, zijn extra middelen beschikbaar gesteld. Voor de zorg gaat het om de volgende budgettaire reeksen:

#	Omschrijving	2018	2019	2020	2021	2022	Struc	Struc in
H57	Bevorderen digitaal ondersteunende zorg	10	10	10	10	10	5	2023
H59	Preventiemaatregelen	50	50	50	20	20	20	2021
H60	Transformatiegelden jeugd	18	18	18	0	0	0	Nvt
H61	Waardig ouder worden	50	50	50	30	30	30	2021
H62	Onafhankelijke cliëntondersteuning	15	15	15	10	10	10	2021
H63	Veilig opgroeien (meldcode, actieplan pleegzorg, FMEK)	4	6	6	6	4	2	2023
H64	Brede aanpak LVB, daklozen en zwerfjongeren	2	4	4	4	2	0	2023
H65	Belonen van uitkomsten	10	15	15	15	15	0	2023
H68	Sport	20	25	25	25	25	25	2019
H69	Q-koorts	3	3	3	0	0	0	Nvt
H70	Experimenten regulering wietteelt	1	1	1	1	1	1	2018
G39	Maatschappelijke diensttijd	25	50	75	100	100	100	2021

- b. Voor alle intensiveringen worden conform de hierover gemaakte afspraken in het kabinet, bestedingsplannen opgesteld. Op dit moment ben ik in goed overleg met de minister van Financiën over de inhoud van de bestedingsplannen en de hiermee samenhangende beleidsvoorstellen. In de uitwerking van de beleidsvoornemens wordt aansluiting gezocht bij hetgeen hierover is afgesproken in het Regeerakkoord.
- c. De beleidsvoornemens worden in drie tranches uitgewerkt: het eerste deel van de uitgewerkte bestedingsplannen zal landen in een Nota van wijziging die voorafgaand aan de stemmingen over de VWS-begroting naar de Kamer zal worden gestuurd (thans voorzien op 21 december).

Voor enkele bestedingsplannen geldt dat deze pas begin 2018 kunnen worden afgerond. De overheveling van de middelen die horen bij deze nakomende bestedingsplannen naar de VWS-begroting zal aan uw Kamer worden gemeld in een incidentele suppletoire begroting begin 2018 of in de (reguliere) eerste suppletoire begroting die tegelijk met de Voorjaarsnota uiterlijk 1 juni 2018 aan uw Kamer zal worden toegezonden.

Omdat de afstemming over de bestedingsplannen eerst op ambtelijk niveau en aansluitend in de MR plaats vindt, kan ik u nog geen nadere informatie over deze beleidsvoorstellen geven. In de Nota van wijziging en de suppletoire begroting(en) zullen de intensiveringen en derhalve de beleidsvoorstellen kort nader worden toegelicht. De TK heeft de mogelijkheid om over de bij de VWS-begroting behorende wijzigingen (hetzij via de Nota van Wijziging, hetzij via de suppletoire begrotingen) te oordelen. In de met de maatregelen samenhangende beleidsbrieven zal te zijner tijd uitgebreider op een en ander worden ingegaan.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over vinklijstjes.

Alle registraties, formulieren en administratieve taken stapelen zich op. Dat gaat ten koste van het werkplezier van de professional en de tijd die beschikbaar is voor de zorg voor patiënt of cliënt. Dit probleem moeten we gezamenlijk met alle betrokken partijen te lijf. Sommige regels zijn er niet voor niets en administratie is ook niet per definitie slecht, maar we lijken in de zorg te zijn doorgeslagen. Ik werk aan een overkoepelend programma om de regeldruk zorgbreed merkbaar te verminderen. Daarbij sluit ik aan op de inspirerende initiatieven die er nu al lopen. In het eerste kwartaal van 2018 zal ik u dit programma doen toekomen, waarbij ik u tevens informeer over de eerste concrete resultaten die dan al geboekt zijn.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over regeldruk door privacy regels.

De regeldruk in de zorg komt uit verschillende hoeken: van zorgverzekeraars, branche- en beroepsorganisaties, toezichthouders, Rijksoverheid en ook van zorgaanbieders zelf. Die regeldruk heeft met verschillende aspecten te maken. Ook voorschriften op het gebied van privacy kunnen tot ervaren regeldruk leiden. Een belangrijk uitgangspunt van de aanpak van regeldruk zoals ik die voorsta is dat we knelpunten per sector inventariseren in overleg met het veld. Professionals in de sector weten zelf immers het beste waar de schoen wringt. Waar dat het gevolg is van privacyvoorschriften, zal dat dan ook uit die inventarisatie blijken. Die voorschriften zijn er echter ook niet voor niets. In hoeverre de regeldruk die daaruit voortvloeit verminderd kan worden en wat daar voor nodig is, zal moeten blijken in de uitwerking en uitvoering van het programma voor de vermindering van de regeldruk. Ik ben voornemens uw Kamer dit programma in het eerste kwartaal van 2018 te doen toekomen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over de stand van zaken rondom het in 2016 door lid Rutte ingediende amendement (34 550-XVI, nr. 21) over het zorgprogramma Hospital At Home. Er is in 2017 een bedrag van € 100.000 vrijgemaakt om – aanvullend op het al lopende onderzoek – dit project op korte termijn op grotere schaal te implementeren. Deze middelen zijn als aanvullende opdracht bij het programma Memorabel ondergebracht. Gedurende een periode van twee jaar zullen tenminste vijf zorgregio's concrete ondersteuning krijgen bij het tot stand komen van het

Hospital at Home zorgprogramma. Als de eerste uitkomsten van dit traject beschikbaar zijn, zal ik u hierover informeren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over het verkorten van de goedkeuringsprocedure.  
Nieuwe geneesmiddelen worden in Europa op de markt toegelaten na goedkeuring van de European Medicines Agency (EMA). Hiertoe beoordeelt de EMA de werkzaamheid en veiligheid van het geneesmiddel. Om innovatieve geneesmiddelen sneller beschikbaar te stellen voor patiënten, zijn in Europa mede op aandringen van Nederland al initiatieven gestart die vergelijkbaar zijn met de versnelde toelating in de VS. Ik heb u hierover geïnformeerd in mijn brief over het geneesmiddelenbeleid<sup>[1]</sup> van 16 november jl. Ook heb ik tijdens het AO Geneesmiddelenbeleid d.d. 22 november gezegd om te kijken naar het voorstel van Kamerlid Rutte (VVD) om fase 3-onderzoek in bepaalde gevallen over te slaan om zo middelen sneller bij de patiënt te krijgen. De EMA biedt al mogelijkheden voor flexibele markttoelating. Het is mogelijk om een Voorwaardelijke Markttoelating (Conditional Market Authorisation) aan te vragen bij de EMA voor geneesmiddelen met een grote medische noodzaak. Dan kan de EMA besluiten om een voorlopige marktvergunning te verstrekken op basis van minder klinische data, op voorwaarde dat binnen een bepaalde periode aanvullende bewijzen geleverd worden door de fabrikant. Ook stimuleert EMA de interactie en vroegtijdige dialoog tussen ontwikkelaars van geneesmiddelen en beoordelaars, waardoor ontwikkelaars sneller de benodigde data kunnen leveren en de goedkeuringsprocedure verkort kan worden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) hoe het staat met de kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg. En of de minister mogelijkheden ziet om in de agenda het stimuleren van innovatie en de inzet van technologie prominenter op de agenda te krijgen.

Alle betrokken partijen bij de kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg zijn voortvarend bezig met de uitvoering van de acties die voortvloeien uit de kwaliteitsagenda. Zo is op 14 november jl. de site [www.ikdoemee.nl](http://www.ikdoemee.nl) gelanceerd waarop de acties worden gepresenteerd en waarop ook ervaringen van cliënten zijn te vinden. Wat betreft innovatie en inzet van technologie constateer ik dat bij diverse zorginstellingen in de gehandicaptenzorg al zorginhoudelijke vernieuwingen tot stand komen en worden uitgewisseld door middel van leernetwerken. Samen met de VGN heb ik onlangs geconstateerd dat innovatie en de inzet van technologie – naast de aanpak van administratieve lasten en de arbeidsmarkt – belangrijke speerpunten zullen zijn de komende periode. Daarbij is het huidige kwaliteitskader het uitgangspunt. Ik wil dit dus meer stimuleren en faciliteren en zicht krijgen op welke belemmeringen vernieuwers tegenkomen als het gaat om technologische innovatie. Ik zie op welke manier ik kan helpen om deze belemmeringen weg te nemen. In het voorjaar van 2018 zal ik u nader informeren over de voortgang van de kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over hoe het geld dat in het Regeerakkoord is vrijgemaakt voor onafhankelijke cliëntondersteuning wordt ingezet.

Cliëntondersteuning is een belangrijk onderwerp voor dit kabinet. Over de exacte besteding van de middelen uit het Regeerakkoord die bestemd zijn voor cliëntondersteuning moet nog definitieve besluitvorming plaatsvinden. Ik

---

<sup>[1]</sup> Kamerbrief 16-11-2017, kenmerk 1247612-169624-GMT

informeer de Kamer in het eerste kwartaal van 2018 over hoe ik de komende periode - samen met alle betrokken partijen - met cliëntondersteuning aan de slag ga. Aspecten die daarbij aan de orde komen zijn wat mij betreft de vindbaarheid en bekendheid van cliëntondersteuning, ondersteuning over de domeinen heen en de kwaliteit en professionaliteit van cliëntondersteuning, specifiek waar het gaat om meer complexe situaties.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over hoe bestuurders van verpleeghuizen worden beoordeeld op kwaliteitsverbetering.

Bestuurders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg in hun instelling. In het algemeen betekent dit dat zij daarover spreken met o.a. hun cliëntenraad, met de ondernemingsraad die de belangen van de cliënten en medewerkers inbrengen. Ik wil hen daartoe ook equiperen. Bestuurders worden in de eerste plaats beoordeeld door hun raad van toezicht. De raad van toezicht kan indien nodig consequenties verbinden aan het handelen van de raad van bestuur. Uiteraard beoordeelt ook het zorgkantoor bij de inkoop en de IGJ i.o. de kwaliteit van zorg en spreekt daarbij de bestuurder aan.

Naast deze meer "klassieke" wegen, wil ik in overleg met betrokken partijen over de manier waarop hier op een meer vernieuwende manier vorm kan worden gegeven. In het plan dat ik u in mijn brief van 8 december jl. over kwaliteit verpleeghuizen heb toegezegd, zal ik aandacht besteden aan de verantwoordelijkheid van bestuurders voor de kwaliteitsverbetering en hoe ze hierop worden aangesproken.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over mantelzorg en dat de weg naar ondersteuning niet goed te vinden is. Er is geld gereserveerd om met name de vindbaarheid van mantelzorgondersteuning te verbeteren. De vraag is hoe dit te gaan doen.

Vanuit de Wmo 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk ondersteuning te bieden aan *alle* mantelzorgers in hun gemeente, dus niet alleen aan mensen die voor iemand in de Wmo zorgen. Daarover bestaat soms nog een misverstand. Veel mantelzorgers die niet zorgen voor iemand in de Wmo, komen niet automatisch bij het Wmo-loket terecht. Ook tijdens het "keukentafelgesprek" kan meer en beter aandacht zijn voor de mantelzorger en mantelzorgondersteuning. Ik wil daarom met gemeenten én andere betrokken partijen concrete afspraken maken hoe de €10 mln in het Regeerakkoord voor respijtzorg en dagopvang gericht ingezet kan worden voor verhoging van het volume en de kwaliteit van mantelzorgondersteuning die aansluit op de wensen van alle mantelzorgers. Deze afspraken zullen onderdeel uit gaan maken van het 'Pact voor de Ouderenzorg' en het daarmee samenhangende programma Langer Thuis. De uitwerking hiervan kunt u in het eerste kwartaal van 2018 verwachten en dus ook de nadere afspraken over respijtzorg en dagopvang.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over hoe het staat met het kwaliteitskader wijkverpleging.

De landelijke partijen wijkverpleging, ActiZ, BIN, V&VN, ZN, en PN onderschrijven allen het belang van een kwaliteitskader en zijn hierover gezamenlijk in gesprek met het Zorginstituut Nederland.

De afgelopen periode is overeenstemming over belangrijke bouwstenen van het kwaliteitskader bereikt. In het bijzonder waar het gaat om de context, de missie

en de ordening moet nog werk verricht worden. Partijen hebben het kwaliteitsinstituut gevraagd om de wijkverpleging op de meerjarenagenda te plaatsen. Er is overeenstemming dat het kwaliteitskader met voorrang moet worden ontwikkeld. Naar huidige inzichten wordt eind maart 2018 een concept kader aan het Zorginstituut voorgelegd.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans over de rol die de inspectie kan spelen in het inzichtelijk maken van goede voorbeelden. De inspectie heeft persoonsgerichte zorg een belangrijke plek gegeven binnen haar toezicht. Het is één van drie thema's uit het nieuwe toetsingskader dat de inspectie gebruikt in haar toezicht sinds maart dit jaar. Dit toetsingskader is gebaseerd op het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Rapporten die de inspectie opstelt naar aanleiding van haar toezichtbezoeken maakt zij openbaar.

De inspectie zal de komende jaren de sector in meer brede zin in beeld brengen, waarbij de inspectie naast bezoeken aan instellingen met een mogelijk risico ten aanzien van de kwaliteit van zorg ook instellingen bezoekt waar naar verwachting de zorg goed is of sprake is van een *best practice*. Daarnaast zal het kwaliteitskader verpleeghuiszorg ook een impuls geven aan de verantwoording die zorginstellingen zelf afleggen over de door hen geleverde zorg. Hiermee versterkt zij het onderling leren.

Antwoord minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over de zorgbemiddeling door zorgkantoren.

Zorgkantoren hebben een belangrijke functie in zorgbemiddeling. Die moet goed zijn. Uit de wachtlijstcijfers die door het Zorginstituut openbaar worden gemaakt, is niet direct af te leiden dat het ene zorgkantoor beter functioneert dan het andere als het gaat om zorgbemiddeling. Wel zijn er regio's waar het moeilijker is om tijdig passende plaatsen te vinden voor cliënten dan andere regio's, bijvoorbeeld in Zuid-Limburg.

De NZa heeft onlangs het toezicht op de uitoefening van de zorgplicht door de zorgkantoren geïntensiveerd. Daartoe hebben zorgkantoren enkele maanden geleden verbeterplannen ingediend bij de NZa. De NZa geeft aan vertrouwen te hebben in de aanpak van de zorgkantoren en zal in het voorjaar rapporteren over de effecten van deze verbeterplannen. Daarna zal ik uw Kamer informeren over de uitvoering van de zorgplicht. Daarin zal ik aandacht besteden aan de wijze waarop de zorgkantoren de zorgbemiddeling uitvoeren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over het onderzoek naar de ongecontracteerde wijkverpleging.

Het onderzoek wordt binnenkort afgerond en ik zal het vervolgens aan uw Kamer aanbieden, naar verwachting in januari.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over de druk van gespecialiseerde wijkverpleging op het integrale tarief.

Ik ben bekend met de signalen dat het integrale tarief voor wijkverpleging niet altijd voldoende is om de specialistische vormen van wijkverpleging, zoals palliatieve zorg en casemanagement dementie, te leveren. Mijn ambtsvoorganger heeft de NZa de opdracht gegeven te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn

van een integraal tarief bij specialistische wijkverpleging. In het voorjaar zal ik u over de voortgang van dit traject informeren.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over het verzamelen van cliënt- en medewerkerstevredenheid en deze in de verantwoording een rol te laten spelen.

Onderdeel van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is dat verpleeghuizen minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen verzamelen. Deze informatie dienen de verpleeghuizen op te nemen in het kwaliteitsverslag en wordt daarmee ook direct benut voor de verantwoording van individuele instellingen. Daarnaast moet elke zorginstelling kwaliteitsinformatie aanleveren bij het Zorginstituut die openbaar wordt gemaakt, zoals de Net Promotor Score die ingaat op de vraag of cliënten of naasten van cliënten de zorginstelling ook aan anderen zouden aanbevelen. Tevens is in het kwaliteitskader opgenomen dat het aanbeveling verdient om het verzamelen van ervaringen van medewerkers onderdeel te laten zijn van de informatieverzameling. Ik vind dat zelf ook een zeer belangrijke indicator, waarvan ik vind dat deze een rol zou moeten spelen in kwaliteitsplannen en de verantwoording daarover.

Het systematisch verzamelen van informatie over de medewerkerstevredenheid en de cliënttevredenheid is van essentieel belang om te peilen of de noodzakelijke kwaliteitsverbetering in de verpleeghuizen daadwerkelijk optreedt. Dat moet mijns inziens ook plaatsvinden in het kader van de kwaliteitsplannen en de verantwoording daarover.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over een meer persoonsgerichte indicatiestelling voor de Wlz.

Indicatiestelling voor de Wlz vraagt specifieke kennis. Het CIZ heeft in de uitvoering van de Wlz – veel meer dan in de AWBZ het geval was - gekozen voor een persoonlijke aanpak en een cliëntgerichte handelwijze. Onder Waardigheid en Trots (W&T) experimenteren 16 instellingen met indicatiestelling voor de Wlz. De zorgverleners brengen de zorgvraag van de cliënt in kaart en stellen een onderbouwd advies op voor het CIZ. Het CIZ toetst vervolgens dit advies en stelt de indicatie vast. Het proces van indicatiestelling wordt hiermee aanzienlijk versneld en de cliënt ervaart de werkwijze als minder belastend.

Op 29 november jongstleden heb ik u de eindevaluatie van dit experiment gestuurd. De eindevaluatie biedt voldoende aanknopingspunten om de komende maanden te verkennen of en hoe deze werkwijze verder kan worden uitgerold.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over de mogelijkheid om beleid en zorginkoop beter op elkaar aan te laten sluiten. De zorgkantoren hebben zorgplicht om voor alle Wlz-clieñten voldoende zorg van de juiste kwaliteit in te kopen. Zij moeten daarbij letten op de rechtmatigheid (binnen de kaders van wet- en regelgeving blijven) en de doelmatigheid (zorg in een optimale balans van kosten en resultaat realiseren). Zorgkantoren kopen op basis van hun Wlz-inkoopkader in aan de hand van de kwaliteitskaders en hebben daarbij ook de verantwoordelijkheid om zorgaanbieders waar nodig extra te prikkelen of zelfs aan te jagen om uitvoering te geven aan deze kwaliteitskaders. Met de zorgkantoren zal ik in gesprek gaan om de lat hoger te leggen bij de zorginkoop. Komend voorjaar bericht ik u daar nader over.



Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over een verbeterprogramma voor de verpleeghuizen.

Het programma 'Waardigheid en Trots' is in 2015 gestart om vernieuwing in de verpleeghuiszorg te stimuleren, zodat op basis daarvan normering mogelijk zou worden. De norm is vervolgens vastgelegd in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daarmee is sprake van een nieuwe fase. Ik wil bezien hoe (elementen van) 'Waardigheid en Trots' ook bij de uitvoering van het kwaliteitskader in kan worden gezet.

Verder vraagt het lid Hermans of het kwaliteitsverslag niet dé manier is om transparantie in de verpleeghuiszorg te bereiken. Het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag vormen tezamen een goede manier om meer transparantie in de verpleeghuissector tot stand te brengen. Daarnaast dienen de zorgaanbieders ook kwaliteitsgegevens aan het Zorginstituut aan te leveren, zoals basisveiligheidsindicatoren, de net promotor score (NPS) en de nieuwe set indicatoren waaraan nu wordt gewerkt door de veldpartijen.

Voorts vraagt het lid Hermans of de ontwikkeling van cliënt- en medewerkerstevredenheid een rol kunnen spelen in de kwaliteitsplannen en -verslagen. Onderdeel van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is dat verpleeghuizen minimaal een keer per jaar informatie over cliëntervaringen verzamelen en opnemen in het kwaliteitsverslag. Daarnaast is in het kwaliteitskader opgenomen dat het aanbeveling verdient om het verzamelen van ervaringen van medewerkers onderdeel te laten zijn van de informatieverzameling binnen de instelling. Ik vind dat een belangrijke indicator. Het belang van het systematisch verzamelen van medewerkerstevredenheid en cliënttevredenheid is hiermee onderschreven in het kwaliteitskader en ondersteun ik.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over het beter op elkaar laten aansluiten van beleid en zorginkoop.

De zorgkantoren hebben zorgplicht om voor alle Wlz-cliënten voldoende zorg van de juiste kwaliteit in te kopen. Zij moeten daarbij letten op de rechtmatigheid (binnen de kaders van wet- en regelgeving blijven) en de doelmatigheid (zorg in een optimale balans van kosten en resultaat realiseren). In het Wlz-inkoopkader 2018-2020 hebben de zorgkantoren hun inkoopbeleid zoveel mogelijk laten aansluiten op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Ik teken daarbij aan dat er ruimte moet blijven voor verschillen, omdat de uitdaging waar zorgaanbieders en zorgkantoren voor staan in de langdurige zorg, per regio kan verschillen. Ik ben met de zorgkantoren in gesprek over de wijze waarop zij verdere en betere invulling gaan geven aan hun inkooprol.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over het gebruik van het experimenteerartikel Wlz. Er is sinds de invoering in 2015 eenmaal gebruik gemaakt van het experimenteerartikel in de Wlz: er is een AMvB opgesteld voor het experiment integraal PGB.

Er zijn vooralsnog geen andere experimenteer-AMvB's opgesteld, omdat in de meeste gevallen waarbij naar het experimenteerartikel werd gevraagd wet- en regelgeving voor de te bereiken doelstelling niet de belemmerende factor bleek.

Als we met het gebruik van een experimenteer-AMvB ervaring kunnen opdoen met nieuwe werkwijzen om knelpunten op te lossen, administratieve lasten te verlagen, innovatieve werkvormen in te voeren en/of passende zorg mogelijk te maken, onderschrijf ik de inzet er van. Ik geef graag ruimte aan experimenten om cliënten op maat te bedienen uit de voor hem of haar noodzakelijke domeinen. Als daarvoor een AMvB de aangewezen route is, ben ik bereid die op te stellen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het inzicht in de kwaliteit van behandeling en de ziekenhuisprijzen ten behoeve van het evenwicht tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. Zoals in het Regeerakkoord is afgesproken, moet niet alleen de prijs maar ook de kwaliteit centraal staan bij de zorginkoop door zorgverzekeraars. Daarom wordt ingezet op een vergroting van het inzicht in zowel prijzen als kwaliteit. De Nederlandse Zorgautoriteit werkt momenteel aan een traject om het inzicht in de zorgtarieven te vergroten. Specifiek ten aanzien van kwaliteit is het mijn voornemen dat in 2022 voor de helft van de ziektelast inzicht bestaat in voor patiënten relevante uitkomsten. En dat die informatie beschikbaar is voor patiënten en professionals om samen te beslissen over de best passende behandeling. Het Zorginstituut is hiermee aan de slag en werkt samen met een groep van voorlopers van professionals, patiënten en bestuurders. Gezamenlijk zijn we al verschillende acties gestart. Het gaat bijvoorbeeld over de vraag voor welke aandoeningen uitkomst informatie beschikbaar gaat komen. Ook brengen ze in kaart wat nodig is om bestaande internationale sets van uitkomstindicatoren te gebruiken, zoals van het International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) om te voorkomen dat we zelf onnodig het wiel gaan uitvinden. Zoals in mijn brief van 6 december aan uw Kamer heb toegelicht (Kamerstukken II 31 765, nr. 289), zal ik de Tweede Kamer in het voorjaar nader informeren over dit programma.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het ondersteunen van initiatieven die inzetten op het vergroten van de levenskwaliteit van mensen met dementie en hun omgeving.

De afgelopen jaren is via verschillende lijnen met kracht ingezet op het verbeteren van dementiezorg en een meer dementievriendelijke samenleving. Ik ben bekend met de sociale benadering van bijzonder hoogleraar Anne-Mei The. Ik vind deze initiatieven veelbelovend en passend in de afgelopen jaren ingezette veranderingen; door hierin verder te investeren wordt bijgedragen aan de levenskwaliteit én kunnen onnodige medische kosten worden uitgespaard. Ik ben daarom graag bereid om – in samenhang met het programma 'Dementiezorg voor elkaar' – te onderzoeken hoe ik experimenten kan ondersteunen die inzetten op het vergroten van de levenskwaliteit van mensen met dementie en hun omgeving.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het afschaffen van het opslagdeel van de bestuursrechtelijke premie en het automatisch laten uitstromen van mensen die onder bewindvoering staan.

Het is een groot goed dat in principe en in de praktijk iedereen in Nederland verzekerd is voor een breed pakket van goede zorg. Dat organiseren en financieren we op een solidaire manier met elkaar. Hier hoort ook bij dat mensen hun premie betalen. Als mensen dit niet doen, ondermijnt dit het solidariteitsbeginsel en moeten andere burgers daardoor meer betalen.

De bestuursrechtelijke premie (gemiddelde nominale premie plus 25% opslag) heeft onder andere als doel het voorkomen van een betalingsachterstand

zorgpremie. Ook moet het mensen met een betalingsachterstand aanzetten werk te maken van de betaling van hun betalingsachterstand.

Het aantal verzekerden in het bestuursrechtelijke premieregime daalt momenteel snel. Van 325.000 eind 2014 naar 253.000 op dit moment. Deze daling wordt met name behaald doordat zorgverzekeraars op grote schaal betalingsregelingen aanbieden. Een groep langdurige wanbetalers met veelal bredere schuldenproblematiek blijft over. Mede om die reden werkt het ministerie van VWS samen met het ministerie van SZW en andere departementen aan het aanpakken van de schuldenproblematiek.

Gezien de bovengenoemde ontwikkelingen en in de context van het rapport 'Weten is nog geen doen' van de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid wil ik bezien in hoeverre de opslag van 25% de beoogde doelen nog dient. Hierbij zal ik ook kijken naar de juridische - en financiële consequenties. Ik kom hier in het voorjaar van 2018 op terug.

Er is nu een uitstroomregeling voor bijstandsgerechtigden. Met betrekking tot een dergelijke uitstroomregeling voor mensen die onder bewindvoering staan is het ministerie van VWS in gesprek met het ministerie van JenV, het CAK, zorgverzekeraars en de brancheverenigingen voor bewindvoerders. Ik kom hier in het voorjaar van 2018 op terug.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de extra €2,1 miljard voor verpleeghuiszorg en de zorgval.

De extra middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg lopen op tot een structureel bedrag van € 2,1 miljard. Deze middelen zijn verwerkt in de begroting van VWS en volledig gedekt.

Met de hervorming van de langdurige zorg is de verpleging en verzorging voor mensen die thuis wonen onder de Zvw komen te vallen. Deze wijkverpleging is er juist voor bedoeld om mensen langer thuis te laten wonen met passende zorg. Als iemand is aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht, biedt de Wet langdurige zorg een integraal pakket aan zorg. Als de cliënt dat wenst gaat deze zorg gepaard met verblijf in een instelling, maar de zorg kan in veel gevallen ook thuis worden verleend.

De overgang vanuit de Zvw/Wmo naar Wlz-zorg in de thuissituatie levert soms problemen op. Zoals in het artikel van Trouw en in de uitzending van De Monitor werd aangegeven, komt het voor dat mensen bij een overgang naar Wlz juist minder verpleging thuis ontvangen dan onder de Zvw het geval was. Dit gaat in tegen de verwachting dat mensen juist Wlz-zorg gaan ontvangen omdat er steeds meer zorg nodig is. Bovendien geldt in de Wlz een eigen bijdrage die hoger kan uitpakken dan mensen gewend waren.

Ik ben me er van bewust dat het probleem van de zorgval bestaat en dat deze niet goed is uit te leggen aan de cliënt en hun naasten. Voor mij staat voorop dat mensen de juiste zorg op de juiste plek moeten ontvangen, of dat nu vanuit de Zvw/Wmo is of vanuit de Wlz. Ik doe onderzoek naar de omvang van de zorgval. Daarnaast zal ik een verkenning doen naar mogelijke maatregelen om de zorgval te voorkomen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet(GL) over de eigen bijdrage Wmo en Wlz waardoor sommigen zorg mijden.

In 2015 heeft het Nivel een uitgebreid onderzoek naar zorgmijding uitgevoerd. Hieruit komt naar voren dat de stijging van het eigen risico in 2013 niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders (zie Kamerstuk 29 689, nummer 664). Daarnaast laat onderzoek naar zorgmijding in de Wmo zien dat er geen substantiële groep mensen is die systematisch afziet van zorg omdat ze de eigen bijdrage niet kunnen betalen (zie Kamerstuk 29 538, nummer 231).

Het kabinet neemt de zorgen van patiënten of de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben wel voor hen betaalbaar blijft zeer serieus. Op de vraag of ik bereid ben om de hoogte van de eigen bijdrage te heroverwegen, meld ik dat het kabinet verschillende maatregelen neemt om de stapeling van eigen betalingen te verminderen. Specifiek voor de Wmo en Wlz is een pakket aan maatregelen aangekondigd om de stapeling van eigen bijdragen te beperken. Vanaf 1 januari 2018 wordt de eigen bijdrage voor de langdurige zorg verlaagd voor mensen die langdurige zorg thuis ontvangen of zelf in een instelling wonen maar een partner hebben die thuis woont. Het kabinet is van plan met ingang van 2019 meer maatregelen te nemen, waaronder een halvering van de vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdrage aan langdurige zorg, en de introductie van een eenvoudig abonnementstarief van 17,50 euro per vier weken voor huishoudens die ondersteuning krijgen vanuit de gemeente.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over onzinnige herindicaties.

Indicaties in de Wlz kennen vrijwel altijd een onbepaalde geldigheidsduur, dat wil zeggen tot het moment van overlijden van de cliënt. Zorg uit de Wlz is levenslang en levensbreed. Het opnieuw beoordelen van een eerder afgegeven indicatie voor de Wlz is alleen nodig, wanneer de situatie van de cliënt zódanig wijzigt, dat sprake is van een veranderde zorgbehoefte bij de cliënt. Het eerder door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel is dan niet meer passend. Vaak gaat het daarbij om de inzet van meer en zwaardere zorg. Die veranderde zorgbehoefte kan dus aanleiding zijn voor de aanvraag van een herindicatie bij het CIZ, en vraagt een inspanning van de cliënt. Hierdoor kan het CIZ een zorgprofiel indiceren dat goed past bij de actuele zorgbehoefte van de cliënt.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de vraag of ik bereid ben met de zorgverzekeraar afspraken te maken over het verminderen van het aantal polissen en over de vraag of het onderzoek naar de budgetpolissen naar voren gehaald kan worden.

Wat betreft uw vraag over het terugdringen van het aantal polissen, deel ik uw mening dat een groot aanbod van polissen niet bijdraagt aan het maken van een goede keuze voor de verzekerde. En het huidige aanbod is inderdaad groot. Het aanbod van modelovereenkomsten bedroeg in 2015 nog 71 stuks. In 2018 zijn het er nog 55. Maar deze polissen worden ook aangeboden via andere kanalen, zoals labels, volmachten en collectiviteiten. Omdat deze laatste groep het grootst is, is hier onderzoek naar gedaan en zie ik mogelijke maatregelen. Ik zeg u toe met de NZa en de sector in gesprek te gaan om hier de transparantie voor verzekerden te vergroten en het aanbod van extra wikkels om hetzelfde product te beperken. Ik zal u over de voortgang informeren. Ook ben ik bereid een nulmeting uit te voeren naar omvang en diversiteit van het polisaanbod. Ik zal u in het voorjaar nader informeren over dit onderwerp.

In het Regeerakkoord is aangegeven dat budgetpolissen aansluiten bij wensen van verzekerden, maar ook een negatief effect kunnen hebben op de solidariteit van het zorgstelsel. Overigens heeft de NZa in de marktscan laten zien dat mensen met een laag inkomen niet vaker kiezen voor een budgetpolis; eerder minder.

Daarnaast is de verwachting uitgesproken dat – mede door de aangepaste risicoverevening – het aanbod van deze polissen zal verminderen. Daarbij is afgesproken dat begin 2020 wordt getoetst of dit het geval is en of nadere maatregelen nodig zijn. Door het aanpassen van de risicoverevening worden gezonde verzekerden financieel minder aantrekkelijk voor zorgverzekeraars. Het kan enige tijd duren voordat aanpassingen van de risicoverevening doorwerken op het beleid van zorgverzekeraars bij het aanbieden van polissen.

Ik wil zorgverzekeraars een paar jaar de tijd geven om de markt door te ontwikkelen onder andere naar aanleiding van deze aanpassing van de risicoverevening. Zorgverzekeraars kunnen daardoor bijvoorbeeld ook budgetpolissen gaan aanbieden met selectief ingekochte zorg van een relatief hoge kwaliteit voor minder gezonde verzekerden. Het is goed als verzekerden kunnen kiezen voor een polis met een goede balans in prijs en kwaliteit. Daarom houd ik vast aan 2020 als peilmoment. Ik monitor jaarlijks de ontwikkeling van deze polissen en zal daarover rapporteren aan uw Kamer.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het eigen risico waardoor sommigen zorg mijden. Er is de afgelopen jaren een aantal onderzoeken gedaan naar zorgmijding. Deze onderzoeken hanteerden vragenlijsten en meldacties om inzicht te krijgen in zorgmijding, net als het onderzoek dat hier waarschijnlijk bedoeld is (in opdracht van Landelijk Platform GGZ/MIND, Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in)). Omdat vragenlijsten en meldacties geen betrouwbare onderzoeksmethoden zijn, heeft het Nivel in het onderzoek naar zorgmijding objectieve data gebruikt (zoals zorgregistraties en declaratiecijfers). Uit dit onderzoek blijkt dat 3% van de mensen vanwege financiële redenen afziet van een huisartsenbezoek. Dit percentage is de afgelopen jaren niet gestegen. Verder haalt 29% van de mensen hun recept niet op en volgt 27% een verwijzing niet op. Hoewel inzicht in de redenen ontbreekt, zijn er aanwijzingen dat ook niet-financiële redenen een rol spelen. Het onderzoek wijst uit dat de stijging van het eigen risico in 2013 niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Het onderzoek is met een begeleidende brief destijds aan de Kamer gestuurd (29689 nr. 664). Tegelijkertijd neemt dit kabinet de zorgen van patiënten of de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben wel voor hen betaalbaar blijft zeer serieus.

Op de vraag of ik bereid ben om de hoogte van het eigen risico te heroverwegen, meld ik dat ik daartoe niet bereid ben. Het eigen risico draagt bij aan de beheersing van de collectieve zorguitgaven en borgt het draagvlak voor ons solidaire zorgstelsel. Het eigen risico financiert een deel van de zorgkosten en zonder eigen risico zouden de zorgkosten stijgen door het wegvallen van het remgeldeffect. Het CPB heeft bij het doorrekenen van de tegenbegroting van drie linkse partijen berekend dat het afschaffen van het eigen risico in 2021 3,6 miljard kost, in reële prijzen. Dat moeten we allemaal opbrengen. De premie zal dan stijgen met ca. 260 euro.

Ik zie weinig in een evaluatie van de impact van het eigen risico op de zorgmijding omdat er weinig toegevoegde waarde zal zijn ten opzichte van het hierboven beschreven onderzoek van Nivel.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over hoe de extra middelen aan onder andere keuzehulp bij onbedoelde zwangerschappen worden uitgegeven.

Ik ben het met het Kamerlid Ellemeet eens dat het van groot belang is dat vrouwen goed begeleid worden wanneer zij voor een dergelijke vraag rond hun

zwangerschap komen te staan. Zij moeten daarbij goed worden ondersteund. Vrouwen kunnen voor keuzehulpgesprekken nu al terecht bij de huisarts en abortusklinieken. Daarnaast bieden GGD-en sinds 1 januari 2017 keuzehulpgesprekken aan om laagdrempelig onafhankelijke hulp en begeleiding te bieden. Voor keuzehulpgesprekken maak ik inderdaad middelen vrij binnen het dossier onbedoelde zwangerschappen. In januari ga ik in een rondetafelgesprek met betrokken veldpartijen spreken om gezamenlijk de juiste invulling te geven aan de besteding hiervan. Mede op basis van dat gesprek neem ik een besluit over de invulling en zal ik de Tweede Kamer berichten over mijn inzet.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA), de gewenste stappen in de ambulantisering, de samenwerking tussen maatschappelijke organisaties en de GGZ en het beter betrekken van de directe omgeving.

Ik wil graag stimuleren dat de opbouw van de ambulante zorg beter op gang komt. Om hier verdere stappen te zetten hebben verzekeraars en aanbieders zelf een afspraak vastgelegd in de 'afspraken aanpak wachttijden ggz' van afgelopen zomer.

Het Trimbos-instituut zal een quickscan uitvoeren om in kaart te brengen of deze afspraak gerealiseerd is. Ik zal de Kamer hierover in het voorjaar van 2018 informeren.

Ik vind het maken van afspraken over de samenwerking tussen maatschappelijke organisaties en de GGZ van groot belang. Gemeenten, verzekeraars en aanbieders maken hierover afspraken, bijvoorbeeld in het kader van de uitwerking van het advies van de commissie Dannenberg en om te komen tot een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag.

Ik stimuleer en faciliteer goede samenwerking tussen partijen op diverse manieren. Uit de beschikbare middelen voor de aanpak personen met verward gedrag wordt € 2 miljoen beschikbaar gesteld voor pilots gericht op betere samenhang van begeleiding uit het gemeentelijk domein en behandeling uit het zorgdomein.

Daarnaast financier ik het programma 'nieuwe wegen in de ggz en opvang' en de subsidieregeling preventiecoalities.

Er moet voldoende ambulante zorg zijn voor mensen met ernstige psychische aandoeningen die dit nodig hebben. Er zijn voldoende financiële middelen beschikbaar voor deze zorg. Het is aan verzekeraars, aanbieders en gemeenten om die zorg met elkaar vorm te geven. Ik ben wel voortdurend in gesprek met partijen, onder meer via de aanpak wachttijden ggz, om te kijken wat er verder nodig is om de doelstelling "wachttijden binnen de Treeknormen" te realiseren.

Voor zover de vraag gaat over het beter betrekken van de directe omgeving van de patiënt, het volgende. Mensen die kampen met ernstige psychische aandoeningen hebben ondersteuning van hun familie en naasten nodig en moeten bij voorkeur zoveel mogelijk in hun eigen omgeving deel uit blijven maken van de samenleving. Wij gaan ervan uit dat gemeenten investeren in goede opvang van mensen met psychische klachten in hun (nieuwe) woonomgeving. Familie en naasten van deze patiënten kunnen op hun beurt ook worden ondersteund in hun belangrijke rol en als dat nodig is, een beroep doen op een familievertrouwenspersoon. VWS financiert samen met de ggz-instellingen sinds 2010 de landelijke beschikbaarheid en inzet van familievertrouwenspersonen (€ 1,1 miljoen).

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de rol van helpenden en verzorgenden en hoe deze mensen weer een plek kunnen krijgen in de zorg.

Helpenden en verzorgenden spelen een belangrijke rol in de zorg en ondersteuning. Het is goed als daar meer aandacht en oog voor komt. We moeten optimaal gebruik maken van talenten van alle zorgprofessionals en op alle niveaus. Het is belangrijk om in te zetten op een goede personele mix in organisaties. Via job-carving – het overdragen van bepaalde taken naar andere zorgprofessionals – zijn er meer mogelijkheden om het beschikbare arbeidsmarktpotentieel goed in te zetten. Via het SectorplanPlus, gericht op het aantrekken van onder andere herintreders en zij-instromers en het programma 'Sterk in je werk, zorg voor jezelf' van CNV en RegioPlus, wordt deze groep ondersteund om weer in de zorg aan het werk te gaan.

Antwoord van de Staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het meenemen van zorgcoöperaties bij de uitwerking van het preventieakkoord. Ik vind het mooi om te zien dat er burgerinitiatieven zijn die als zorgcoöperaties of op een andere manier zich inzetten voor hun wijkbewoners. Zodat bijvoorbeeld ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Ook in het Regeerakkoord hebben wij aangegeven door middel van een "right to challenge" regeling dit soort initiatieven te ondersteunen. Ik voer momenteel verkennende gesprekken over de invulling van het preventieakkoord met diverse mensen en vertegenwoordigers van organisaties. Ik wil naar aanleiding van uw vraag ook een zorgcoöperatie hierbij uitnodigen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over hoe en wanneer de minister uitvoering gaat geven aan haar aangenomen motie over een landelijke voorlichtingscampagne voor mantelzorgers en welke middelen daarvoor beschikbaar zijn. En de vraag aan de staatssecretaris of hij in de uitwerking van het preventieplan ook de zorgcoöperaties wil meenemen omdat deze initiatieven van grote steun zijn voor mantelzorgers.

Ik vind het van belang dat de samenleving oog en begrip heeft voor de impact die het verlenen van mantelzorg op mensen heeft. Veel mantelzorgers weten niet dat zij mantelzorger zijn. En we hebben nog onvoldoende geregeld voor mantelzorgers als het voor hen te zwaar wordt.

Het ministerie van VWS ondersteunt de cultuurcampagne en het Platform hoewerktnederland.nl van SZW, waar wordt ingezet op het gesprek tussen partners en familieleden over het combineren van zorg en werktaken op gang te brengen. Via de Stichting Werk en Mantelzorg wordt ingezet op het bevorderen van mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid.

Maar er is meer nodig. Bewustwording van het versterking van het sociale netwerk, weten welke respijtzorg voorhanden is en waar binnen de gemeente de mantelzorgondersteuning is geregeld zijn daarbij belangrijk. Deze bewustwording maakt onderdeel uit van mijn plannen in het kader van het Pact voor de ouderenzorg. De exacte besteding van de middelen moet nog nader worden uitgewerkt. Uw Kamer wordt daarover geïnformeerd in het voorjaar van 2018.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het belang van samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren bij het ondersteunen van mantelzorgers.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mantelzorgers. Het is daarbij van belang dat zij nauw samenwerken met zorgverzekeraars en zorgkantoren. Het Kamerlid Ellemeet heeft de regering eerder dit jaar (tijdens AO Wijkverpleging op 5 juli 2017) verzocht met een brede bewustwordingscampagne mantelzorgers te wijzen op en te informeren over de ondersteuning en mantelzorgvervanging waarop zij aanspraak kunnen maken. Bij de uitvoering van die motie zal ik zorgverzekeraars en zorgkantoren betrekken. Ik zal uw Kamer in het voorjaar van 2018 hierover informeren.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het uitvoeren van de agenda van het Nationaal Actieplan Seksuele Gezondheid. Het actieplan seksuele gezondheid is door veldpartijen, onder coördinatie van het RIVM, opgesteld. Onlangs is dit plan aangeboden aan het ministerie van VWS. Daarnaast loopt op dit moment de evaluatie van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid. Op basis van zowel de uitkomsten van de evaluatie als ook het actieplan, komen wij in het voorjaar van 2018 terug op de inzet van VWS op soa- en hiv-bestrijding en het bredere dossier seksuele gezondheid.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de gevolgen van het faillissement van de CASA-klinieken voor de continuïteit en bereikbaarheid van de abortushulpverlening.

Toen duidelijk werd dat CASA vanaf begin december de hulpverlening niet langer kon voortzetten heb ik contact gehad met de andere abortusklinieken. Zij hebben aangegeven tijdelijk extra capaciteit te kunnen inzetten zodat vrouwen met een hulpvraag ergens anders terecht kunnen. Ik vind het vervelend dat vrouwen daardoor soms een langere reistijd hebben. Gelukkig gaat het om een tijdelijke situatie. Vorige week is een nieuwe kliniek gestart in Roermond. Daarnaast is er inmiddels een akkoord over de overname van de voormalige CASA-kliniek in Rotterdam. Ik verwacht dat die bij een positief oordeel over de vergunningaanvraag begin januari operationeel is. Verder heb ik vernomen dat meerdere partijen belangstelling hebben om een kliniek te openen in de regio Amsterdam. Er is dus goed perspectief dat de abortushulpverlening straks dichterbij huis beschikbaar is.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het samen optrekken met minister Kaag en de expertise die we in NL hebben ook te delen met de collega's in het buitenland. Zoals mevrouw Ellemeet aangeeft is het ministerie van Buitenlandse Zaken inderdaad ook actief op de zorg voor vrouwen in het buitenland, onder meer met het 'She Decides' initiatief. Doel van dat initiatief is dat onmisbare voorzieningen voor seksuele gezondheid en gezinsplanning in ontwikkelingslanden kunnen blijven bestaan.

Ik heb al een goede samenwerking met het ministerie van Buitenlandse Zaken op dit gebied. Zo trekken wij ook samen op in vrijwel alle WHO-dossiers.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over mensen met een licht verstandelijke beperking.

In het Regeerakkoord is opgenomen dat we de groep mensen met een (licht) verstandelijke beperking beter in beeld brengen en zorgen dat verschillende vormen van zorg en ondersteuning beter op elkaar aansluiten. Er zijn ook middelen beschikbaar gesteld in het Regeerakkoord om hiermee aan de slag te



gaan. Over deze middelen moet - mede in het licht van het voorgaande - nog besluitvorming plaatsvinden. In ieder geval wil ik in het programma Sociaal Domein, dat gemeenten samen met het Rijk uitvoeren, actief met het thema LVB aan de slag, naast bijvoorbeeld het thema 18-/18+ dat hier ook aan raakt. Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de effecten van de genomen maatregelen op het gebied van eigen bijdragen in de langdurige zorg.

In mijn brief van 17 november - Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 34 104, nr. 199 - jongstleden heb ik een overzicht gegeven van de maatregelen die het kabinet neemt om de stapeling van zorgkosten te verminderen. In deze brief heb ik de inkomenseffecten van de maatregel die al in 2018 wordt ingevoerd weergegeven.

Voor de overige maatregelen die later ingevoerd zullen worden zal ik in de bijbehorende wetgeving ingaan op de inkomenseffecten die bij deze maatregelen horen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de compensatie van gemeenten voor de kosten die het abonnementstarief met zich meebrengt. De vormgeving en de uitvoering van het abonnementstarief wordt de komende tijd in overleg met betrokken partijen uitgewerkt. Ik zal uw Kamer hierover nader informeren. Het streven van het kabinet is om de voorhang van het daarvoor benodigde wijzigingsbesluit plaats te laten vinden in de eerste helft van 2018.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) over ontwikkelingen budgetpolissen.

In het Regeerakkoord is aangegeven dat budgetpolissen aansluiten bij wensen van verzekerden, maar ook een negatief effect kunnen hebben op de solidariteit van het zorgstelsel. Daarnaast is de verwachting aangegeven dat – mede door de aangepaste risicoverevening – het aanbod van deze polissen zal verminderen. Daarbij is afgesproken dat begin 2020 wordt getoetst of dit het geval is en of nadere maatregelen nodig zijn.

Door het aanpassen van de risicoverevening worden gezonde verzekerden financieel minder aantrekkelijk voor zorgverzekeraars. Het kan enige tijd duren voordat aanpassingen van de risicoverevening doorwerken op het beleid van zorgverzekeraars bij het aanbieden van polissen. Ik wil zorgverzekeraars de tijd geven om de markt door te ontwikkelen onder andere naar aanleiding van deze aanpassing van de risicoverevening. Zorgverzekeraars kunnen daardoor bijvoorbeeld ook budgetpolissen gaan aanbieden met selectief ingekochte zorg van een relatief hoge kwaliteit voor ongezonde verzekerden. Het is immers goed als verzekerden kunnen kiezen voor een polis met een goede balans in prijs en kwaliteit. Daarom wil ik vasthouden aan 2020 als peilmoment. Tussentijds monitor ik wel jaarlijks de ontwikkeling van deze polissen en zal daarover rapporteren aan uw Kamer.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) over ontwikkelingen budgetpolissen.

In het Regeerakkoord is aangegeven dat budgetpolissen aansluiten bij wensen van verzekerden, maar ook een negatief effect kunnen hebben op de solidariteit van het zorgstelsel. Daarnaast is de verwachting aangegeven dat – mede door de aangepaste risicoverevening – het aanbod van deze polissen zal verminderen.

Daarbij is afgesproken dat begin 2020 wordt getoetst of dit het geval is en of nadere maatregelen nodig zijn.

Door het aanpassen van de risicoverevening worden gezonde verzekerden financieel minder aantrekkelijk voor zorgverzekeraars. Het kan enige tijd duren voordat aanpassingen van de risicoverevening doorwerken op het beleid van zorgverzekeraars bij het aanbieden van polissen. Ik wil zorgverzekeraars de tijd geven om de markt door te ontwikkelen onder andere naar aanleiding van deze aanpassing van de risicoverevening. Zorgverzekeraars kunnen daardoor bijvoorbeeld ook budgetpolissen gaan aanbieden met selectief ingekochte zorg van een relatief hoge kwaliteit voor ongezonde verzekerden. Het is immers goed als verzekerden kunnen kiezen voor een polis met een goede balans in prijs en kwaliteit. Daarom houd ik vast aan 2020 als peilmoment. Tussentijds monitor ik wel jaarlijks de ontwikkeling van deze polissen en zal daarover rapporteren aan uw Kamer.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) over ontwikkelingen budgetpolissen.

In het Regeerakkoord is aangegeven dat budgetpolissen aansluiten bij wensen van verzekerden, maar ook een negatief effect kunnen hebben op de solidariteit van het zorgstelsel. Daarnaast is de verwachting aangegeven dat – mede door de aangepaste risicoverevening – het aanbod van deze polissen zal verminderen. Daarbij is afgesproken dat begin 2020 wordt getoetst of dit het geval is en of nadere maatregelen nodig zijn.

Door het aanpassen van de risicoverevening worden gezonde verzekerden financieel minder aantrekkelijk voor zorgverzekeraars. Het kan enige tijd duren voordat aanpassingen van de risicoverevening doorwerken op het beleid van zorgverzekeraars bij het aanbieden van polissen. Ik wil zorgverzekeraars de tijd geven om de markt door te ontwikkelen onder andere naar aanleiding van deze aanpassing van de risicoverevening. Zorgverzekeraars kunnen daardoor bijvoorbeeld ook budgetpolissen gaan aanbieden met selectief ingekochte zorg van een relatief hoge kwaliteit voor ongezonde verzekerden. Het is immers goed als verzekerden kunnen kiezen voor een polis met een goede balans in prijs en kwaliteit. Daarom wil ik vasthouden aan 2020 als peilmoment. Tussentijds monitor ik wel jaarlijks de ontwikkeling van deze polissen en zal daarover rapporteren aan uw Kamer.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) of de minister bereid is onderzoek te doen naar verbeteringen aan het risicovereveningsmodel voor de GGZ. Jaarlijks laat ik onderzoeken of er verbeteringen mogelijk zijn in de risicoverevening voor zowel voor de ggz als voor de somatische zorg. Ook de afgelopen jaren is dit gebeurd en daardoor is het model de zorgkosten van ggz-cliënten beter gaan voorspellen. Er blijft echter ruimte voor verbetering. In het lopende onderzoeksjaar wordt de toegevoegde waarde van het gebruik van informatie over beschermd wonen onderzocht. Daarnaast ben ik van plan onderzoek te laten doen naar het gebruik van informatie over juridische maatregelen op basis waarvan mensen gedwongen worden opgenomen (BOPZ), beide specifiek voor het ggz-model. Ook voor komend onderzoeksjaar zijn er al ideeën voor onderzoek, zoals naar het gebruik van gegevens uit de jeugd-ggz en een splitsing van het model voor intensieve gebruikers en mensen zonder historie van ggz-zorggebruik. De Tweede Kamer wordt jaarlijks geïnformeerd over zowel de voorgenomen aanpassingen in de risicovereveningsmodellen als het onderzoeksprogramma voor het komende jaar.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) over of allerlei organisaties worden betrokken bij dit preventieakkoord en hoe de staatssecretaris dit wil aanpakken. Tot half januari voer ik vijf rondetafelgesprekken over het Nationaal Preventieakkoord. Deze gesprekken zijn een verkenning van ambities en doelen. Aan de rondetafels neemt een gevarieerd gezelschap deel, zoals het kabinet die ook in het Regeerakkoord heeft genoemd. Ik noem: patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en GGD-en, sportverenigingen en sportbonden, bedrijven, maatschappelijke organisaties (o.a. onderwijs) en kennis experts. Daarbij worden in het bijzonder goede voorbeelden uitgenodigd. Op basis van de uitkomsten van de rondetafelgesprekken wordt een voorstel over de inhoud van het akkoord en het te volgen proces gemaakt. Hier zal ik u begin 2018 over informeren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) naar de voortgang van het Informatieberaad om interoperabiliteit te bevorderen en de administratieve lasten voor zorgverleners te beperken.

Betrokken zorgpartijen uit het Informatieberaad hebben zich gecommitteerd aan vier prioriteiten namelijk het (1) verbeteren van medicatieveiligheid, het (2) versterken van de informatiepositie van patiënten die nodig is om regie op eigen gezondheid te kunnen houden en het daartoe verbeteren van (3) de digitale informatie-uitwisseling en (4) verbeteren van vastlegging van zorggegevens in de bronregistraties van zorgprofessionals voor hergebruik. Op elk van deze prioriteiten zijn trekkers benoemd uit het zorgveld die de sectoren in de zorg helpen te komen tot implementatie van onder andere de benodigde uitwisselingsstandaarden. Samenwerking met het veld om bovengenoemde prioriteiten te realiseren komt goed op gang.

Met name door het verbeteren van vastlegging van zorggegevens voor hergebruik wordt interoperabiliteit bevorderd en worden administratieve lasten beperkt.

De Basisgegevensset Zorg (BGZ) van het Programma 'Registratie aan de Bron' speelt hier bijvoorbeeld een belangrijke rol in. Dit Programma is een initiatief van onder andere de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en niet van VWS. Binnen de umc's en ziekenhuizen lopen tientallen projecten die de weg bereiden voor het werken volgens de principes van 'Registratie aan de Bron'.

De BGZ is een verzameling van patiëntgegevens die minimaal nodig is om patiënten continuïteit van zorg te kunnen bieden. Medicatiegebruik is onderdeel van deze set en medicatieveiligheid is een van de prioriteiten van het informatieberaad. De BGZ is vanuit het Programma ingediend als uitwisselingsstandaard bij het Informatieberaad.

De reikwijdte en toepassing van de BGZ in de zorg staan onder andere geagendeerd voor aankomend informatieberaad, waarvan het verslag openbaar is. De BGZ en andere al eerder door het Informatieberaad vastgestelde bouwstenen kunnen gebruikt worden bij de elektronische uitwisseling van gegevens tussen instellingen en sectoren.

We helpen sectoren ook met het versnellen van uitwisseling tussen patiënten en professionals met programma's zoals het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPPP). Het gebruik van de BGZ en het voldoen aan de standaard medicatieproces is daarin meegenomen.

De BGZ en andere uitwisselingsstandaarden zijn noodzakelijk om ervoor te kunnen zorgen dat iedere Nederlander die dat wil kan beschikken over een persoonlijke gezondheidsomgeving waarin hij zijn gezondheidsgegevens kan verzamelen, delen en erover beschikken. In dit kader is begin 2016 het MedMij programma voor persoonlijke gezondheidsomgevingen gestart als onderdeel van de tweede prioriteit van het Informatieberaad (het versterken van de informatiepositie van patiënten).

Ik zal u periodiek en tenminste jaarlijks op de hoogte houden van de ontwikkelingen op bovenstaande terreinen. De eerste terugkoppeling aan de Tweede Kamer volgt voor de zomer.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) over de manier waarop de minister werk gaat maken van het beter belonen van uitkomsten in de zorg, de registratie van resultaten, kwaliteit en kosten, en de innovaties die daarbij worden toegepast.

Zoals in het Regeerakkoord is afgesproken moet het belang van zorgverleners gericht zijn op de uitkomst van de zorg in plaats van omzet. Om uitkomsten beter te kunnen belonen, is immers inzicht in uitkomsten noodzakelijk. Ik ben een programma gestart met het voornemen om in 2022 inzicht te hebben in uitkomsten voor de helft van de ziektelast. Deze uitkomsten moeten bruikbaar zijn voor samen beslissen. Dat vraagt om goede en innovatieve ondersteuning van patiënten zodat zij uitkomsten kunnen rapporteren - bijvoorbeeld via hun beveiligde persoonlijke gezondheidsomgeving - en voor professionals om deze in de spreekkamer te kunnen gebruiken. Zoals ik schreef in mijn brief aan uw Kamer van 6 december jl. (Kamerstukken II 31 765, nr. 289), zal ik u in het voorjaar nader informeren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) over het sluiten van hoofdlijnenakkoorden (termijn, partijen, type afspraken).

Wij streven ernaar om de nieuwe hoofdlijnenakkoorden voor verschillende sectoren in de curatieve zorg in het voorjaar van 2018 te sluiten. In deze hoofdlijnenakkoorden willen wij zoveel mogelijk via zorginhoudelijke afspraken komen tot kwaliteitsverbetering die ook leidt tot doelmatiger zorgverlening. De inhoudelijke agenda moet wat ons betreft de drager zijn van de financiële afspraak per sector. Ten aanzien van de te behalen besparing van € 1,9 miljard is relevant dat het budget voor de curatieve zorg in deze regeerperiode nog steeds groeit. Het is de bedoeling de uitgavengroei te beperken, zoals ook in de afgelopen jaren het geval is geweest. Na verwerking van het Regeerakkoord stijgen de totale nominale Zvw uitgaven nog steeds, met bijna € 8 miljard in de periode 2018-2021 (van € 48,5 miljard naar € 56,3 miljard). Het is naast ons streven om nieuwe hoofdlijnenakkoorden voor verschillende sectoren in de curatieve zorg te sluiten nadrukkelijk onze ambitie, waar nuttig, ook domeinoverstijgende afspraken te maken. Wij hebben hierbij thema's als de juiste zorg op de juiste plek, arbeidsmarktvoorwaarden en de aanpak van regeldruk in het vizier. Met name bij deze domeinoverstijgende vraagstukken zoeken we naar inbreng van partijen die niet in de eerdere sectorale hoofdlijnenakkoorden betrokken waren. Op dit moment vinden er oriënterende gesprekken plaats met partijen in het veld over het sluiten van de hoofdlijnenakkoorden.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) of nieuwe geneesmiddelen tot het kostenbeslag van € 8 mln, niet of

nauwelijks getoetst wordt wat de meerwaarde is? En of het inzichtelijk is te maken welke behandelingen qua kostprijs de duurste zijn en welke het meest effectief?

Nieuwe extramurale geneesmiddelen worden altijd beoordeeld door het Zorginstituut. Het Zorginstituut brengt op grond van de beoordeling een advies uit aan de minister over opname in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Dit advies gaat onder andere in op kosten en effectiviteit.

Voor intramurale geneesmiddelen geldt open instroom, waardoor deze geneesmiddelen op het moment van marktregistratie direct in aanmerking komen voor vergoeding vanuit het basispakket. De beoordelingsprocedure van intramurale geneesmiddelen vindt daarom plaats binnen de context van 'het risicogericht pakketbeheer'. Het criterium dat het Zorginstituut hanteert voor het starten van een beoordelingstraject van een specialistisch geneesmiddel, is dat er therapeutische meerwaarde is en een budgetimpact van ten minste €2,5 miljoen, dus geen €8 miljoen. Dat wil echter niet zeggen dat alle nieuwe intramurale geneesmiddelen altijd getoetst worden.

De lijstprijzen van geneesmiddelen zijn openbaar, maar het is op macroniveau niet inzichtelijk welke behandelingen vervolgens het meest effectief zijn.

Antwoord van de minister voor MZS op het verzoek van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) om werk te maken van de inzet van zorgbuddy's. Gemeenten kunnen in overleg met lokale vrijwilligersorganisaties en zorginstellingen bepalen hoe meer zorgbuddy's te werven en op te leiden. Er zijn extra middelen uitgetrokken om onafhankelijke cliëntondersteuning verder te verbeteren. Ik zal uw Kamer in het eerste kwartaal van 2018 nader informeren over de wijze waarop ik deze extra middelen zal gaan inzetten. Daarbij zal ik ook de motie Bruins Slot en Bouwmeester, waarin de regering wordt opgeroepen om met patiëntenorganisaties in overleg te gaan over het realiseren van onafhankelijke cliëntenondersteuning in de curatieve zorg, betrekken.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de goede besteding van de extra middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, de monitoring van de resultaten en de beschikbaarheid van voldoende extra zorgverleners.

Ja, onder meer via het plan om de noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen te realiseren, waarover ik u in mijn brief van 8 december jl. informeerde, wil ik afspraken maken met alle betrokken partijen. De verbetering van de verpleeghuiszorg is een van mijn prioriteiten. Er komt de komende jaren geleidelijk meer geld beschikbaar voor de verpleeghuiszorg. Structureel loopt het bedrag op tot € 2,1 miljard. Dat bedrag is gebaseerd op de best presterende instellingen conform de impactanalyse van de NZa. Vanzelfsprekend dient het extra geld te worden gebruikt voor extra personeel, zodat de cliënten daadwerkelijk een betere kwaliteit van zorg gaan ervaren conform het kwaliteitskader. De middelen moeten niet verloren gaan aan overhead en ik zal hier in de bekostiging rekening mee houden. Er zal ook een benchmark worden ontwikkeld. Over het gebruik van een benchmark wordt u apart geïnformeerd.

Zorgkantoren kopen in aan de hand van het kwaliteitskader. Zij kunnen daarbij gebruik maken van vergelijkende kwaliteitsinformatie. Zorgkantoren hebben een faciliterende rol, maar ook een verantwoordelijkheid om zorgaanbieders waar nodig extra te prikkelen of zelfs aan te jagen om uitvoering te geven aan het kwaliteitskader. Met de zorgkantoren zal ik in gesprek gaan om ervoor te zorgen

dat zij de lat voldoende hoog leggen bij de zorginkoop. De NZa houdt er toezicht op dat de zorgkantoren hun sturende taak goed oppakken.

De monitoring van de inspanningen van verpleeghuizen om de kwaliteit te verbeteren verloopt via het kwaliteitsverslag en via de indicatoren die op grond van het kwaliteitskader reeds moeten worden aangeleverd bij het Zorginstituut. De monitoring leidt daarmee niet tot onnodige extra administratieve lasten.

De vraag of er voldoende zorgverleners beschikbaar zijn herken ik. Het kabinet is zich ervan bewust dat zonder maatregelen op termijn een tekort dreigt van 100-125 duizend medewerkers. Daar krijgen ook de verpleeghuizen mee te maken. Om ervoor te zorgen dat er voldoende zorgverleners beschikbaar komen werk ik samen met betrokken partijen aan een brede arbeidsmarktaanpak voor de zorg. Deze ontvangt u - zoals toegezegd in het AO Arbeidsmarkt van 7 december - in het voorjaar van 2018. Met deze brede aanpak is het mogelijk om het dreigende personeelstekort te voorkomen, maar dat gaat niet vanzelf. Het vraagt om een stevige inzet van alle betrokken partijen op de arbeidsmarkt. Voor de ondersteuning van de arbeidsmarkt is de komende jaren tot 2021 een bedrag van € 347 miljoen beschikbaar, waarvan € 275 miljoen voor het op-, om- her- en bijscholen van verpleeghuispersoneel. Daarmee moet het mogelijk zijn om ook voldoende personeel in te zetten bij de verpleeghuizen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over wanneer ik een gedetailleerde aanpak presenteer voor de aanpak van de kwaliteitsverbetering van de verpleeghuiszorg.

Het opstellen van een plan om de kwaliteitsproblemen aan te pakken, waarin de rollen van alle partijen goed zijn uitgewerkt en de resultaten meetbaar in beeld komen, vraagt enige tijd. De komende periode zal ik, mede tegen de achtergrond van het pact voor ouderenzorg, overleg voeren met onder andere de cliëntenorganisaties, de beroepsverenigingen, zorgaanbieders, de zorgkantoren, het Zorginstituut, de NZa en de IGJ i.o. om tot een plan te komen. Naast de kwaliteit van de zorg gaat het daarbij ook om de randvoorwaarden, zoals de arbeidsmarkt en innovatie. Daarbij wil ik ook oog hebben voor het feit dat de zorgbehoefte van bewoners niet begint in het verpleeghuis, maar al eerder, als zij nog thuis wonen. Mijn streven is dit plan in het eerste kwartaal van 2018 gereed te hebben en aan de Tweede Kamer te sturen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de dubbele zorgval.

Met de hervorming van de langdurige zorg is de verpleging en verzorging voor mensen die thuis wonen onder de Zvw komen te vallen. Deze wijkverpleging is er juist voor bedoeld om mensen langer thuis te laten wonen met passende zorg. Als iemand is aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht, biedt de Wet langdurige zorg een integraal pakket aan zorg. Als de cliënt dat wenst gaat deze zorg gepaard met verblijf in een instelling, maar de zorg kan in veel gevallen ook thuis worden verleend.

De overgang vanuit de Zvw/Wmo naar Wlz-zorg in de thuissituatie levert soms problemen op. Zoals in het artikel van Trouw en in de uitzending van De Monitor werd aangegeven, komt het voor dat mensen bij een overgang naar Wlz juist minder verpleging thuis ontvangen dan onder de Zvw het geval was. Dit gaat in tegen de verwachting dat mensen juist Wlz-zorg gaan ontvangen omdat er steeds

meer zorg nodig is. Bovendien geldt in de Wlz een eigen bijdrage die hoger kan uitpakken dan mensen gewend waren.

Ik ben me er van bewust dat het probleem van de zorgval bestaat en dat deze niet goed is uit te leggen aan de cliënt en hun naasten. Voor mij staat voorop dat mensen de juiste zorg op de juiste plek moeten ontvangen, of dat nu vanuit de Zvw/Wmo is of vanuit de Wlz. Ik doe onderzoek naar de omvang van de zorgval zoals de heer Slootweg die beschrijft. Daarnaast zal ik een verkenning doen naar mogelijke maatregelen om de zorgval te voorkomen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) of elke traplift nieuw moet zijn, of er gebrek aan kennis is over hergebruik of in samenwerking met gemeenten verkwisting opgelost kan worden.

In 2014 maakte de VNG een handreiking voor gemeenten (de Handreiking Inkoop hulpmiddelen). Deze bevat een aparte paragraaf over het tegengaan van verspilling. Het gaat dan om hergebruik van hulpmiddelen, het zo efficiënt mogelijk inzetten ervan, poolbeheer bij collectief gebruik, overname in geval van het einde van het contract, onderhoud en reparatie. Hergebruik is mogelijk indien de traplift nog aan de veiligheidsvoorschriften voldoet en of het rendabel is om te hergebruiken. Voor zover sprake is van verkwisting of niet efficiënt gebruik van dit hulpmiddel, wil ik samen met de VNG, gemeenten, cliënten en leveranciers bezien hoe dit voorkomen kan worden en hoe cliënten optimaal gebruik kunnen blijven maken van zo'n voorziening.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de relatie tussen de omvang van de zorginstelling en het beklijven van aanwijzingen van de Inspectie, en of er in de Wet Marktordening gezondheidszorg wordt gekeken naar de regionale marktpositie van Wlz-instellingen.

De inspectie herkent het beeld niet dat relatief grote ouderenzorginstellingen in mindere mate aanwijzingen zouden opvolgen of geen acht zouden slaan op bevindingen uit inspectierapporten. Wanneer maatregelen van de inspectie niet worden opgevolgd, dan grijpt zij in.

Het is van belang dat toezichthouders, zoals de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd i.o. en de Nederlandse Zorgautoriteit, er scherp op toezien dat schaalgrootte niet leidt tot verslechtering in de zorg. Beide toezichthouders kunnen ingrijpen indien er bijvoorbeeld problemen in de marktverhoudingen zijn of de kwaliteit van zorg. De NZa en de IGJ i.o. beschikken daartoe over bevoegdheden op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. De kwaliteit moet overal omhoog, zowel bij grote als ook bij kleine instellingen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over onafhankelijke cliëntondersteuning en de uitvoering van de motie Bruins Slot/ Van Engelshoven.

De motie ziet toe op het voldoen aan de wettelijke plicht van gemeenten onafhankelijke cliëntondersteuning te regelen. Er zijn mij geen concrete signalen bekend van gemeenten die überhaupt geen onafhankelijke cliëntondersteuning aanbieden. Ik wil mij daarom richten op het verbeteren van de cliëntondersteuning, zowel voor cliëntondersteuning gefinancierd vanuit de Wmo als voor cliëntondersteuning vanuit de Wlz. Het ambitieniveau van gemeenten, zorgkantoren, aanbieders van cliëntondersteuning en cliëntorganisaties moet daarbij hoog liggen. Ook het kabinet wil hiermee aan de slag: in het

Regeerakkoord is opgenomen dat de functie wordt versterkt. Voor die verhoogde ambitie is deze kabinetsperiode € 55 miljoen beschikbaar. Over de inzet van deze middelen moet nog besluitvorming plaatsvinden. Aspecten die bij die inzet aan de orde komen zijn wat mij betreft de vindbaarheid en bekendheid van cliëntondersteuning, ondersteuning over de domeinen heen en de kwaliteit en professionaliteit van cliëntondersteuning, specifiek waar het gaat om meer complexe situaties.

Uw Kamer wordt in het eerste kwartaal van 2018 geïnformeerd over de wijze waarop ik met cliëntenorganisaties, gemeenten, zorgkantoren en aanbieders van cliëntondersteuners invulling geef aan de doorontwikkeling van de functie.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over hoe de minister gaat bevorderen dat de € 10 miljoen beschikbaar voor respijtzorg voor mantelzorgers aan praktische zorg wordt besteed.

Ik ga met gemeenten en andere betrokken partijen concrete afspraken maken hoe de € 10 miljoen in het Regeerakkoord voor respijtzorg en dagopvang gericht ingezet worden ten behoeve van mantelzorgers. Deze afspraken maken ook onderdeel uit van het 'Pact voor de Ouderenzorg' en het programma Langer Thuis. De exacte besteding van de middelen moet nog nader worden uitgewerkt. Het is nadrukkelijk mijn streven daarbij een praktische aanpak te kiezen, waar de mantelzorger echte ondersteuning van ondervindt. U wordt hierover in de eerste helft van 2018 geïnformeerd.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over dat mantelzorgers een formele positie krijgen bij de zogenaamde keukentafelgesprekken. Daar wordt de zorgbehoefte geïnventariseerd. Mantelzorgers moeten kunnen zeggen hoeveel zorg ze aan kunnen.

In de Wmo 2015 en de Wlz is de positie van de mantelzorger wettelijk verankerd. Bij het verbeteren van mantelzorgondersteuning wil ik bezien of dit bij alle betrokkenen voldoende bekend is. Uitgangspunt bij mantelzorgondersteuning is betrokkenheid vanuit liefde; niet om werk van een zorgprofessional over te willen nemen. De inzet hangt daarmee sterk af van de wens van zowel de cliënt als mantelzorgers. Dit maatwerk kan en moet iedere gemeente en aanbieder bieden. Ik zal daar bij de verdere plannen ter versterking van mantelzorgondersteuning rekening mee houden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) of de minister samen met gemeenten eraan wil werken dat jongeren met licht verstandelijk beperking zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven functioneren.

In het Regeerakkoord is opgenomen dat we de groep mensen met een (licht) verstandelijke beperking beter in beeld brengen en zorgen dat verschillende vormen van zorg en ondersteuning beter op elkaar aansluiten. Dit moet eraan bijdragen dat mensen zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven functioneren, hetgeen ook aansluit bij de doelstellingen uit het VN-verdrag. Er zijn ook middelen beschikbaar gesteld in het Regeerakkoord om hiermee aan de slag te gaan. Over de inzet van deze middelen moet - in het licht van het voorgaande - nog besluitvorming plaatsvinden. In het programma Sociaal Domein, dat gemeenten samen met het Rijk uitvoeren, gaan we actief met het thema LVB aan de slag, naast bijvoorbeeld het thema 18-/ 18+ dat hier ook aan raakt.



Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over het domeinoverstijgend experimenteren met het integraal pgb vanuit het Wlz-domein.

De AMvB integraal pgb is zorgbreed (Wlz, Wmo2015, Jeugdwet en Zvw) beschikbaar en toegankelijk voor budgethouders. Deze AMvB, die tot 1 december 2019 van kracht is, maakt het mogelijk dat gemeenten een integrale indicatie kunnen stellen voor deze domeinen. Op dit moment hebben de gemeenten Delft, Meppel en Woerden de mogelijkheid dit te doen. Deze gemeenten hebben de afgelopen 1,5 jaar geëxperimenteerd met het instrument integraal pgb. Aan de lokale experimenten in deze gemeenten hebben 20 mensen deelgenomen, waaronder Wlz-budgethouders.

Samen met de VNG, Per Saldo, de SVB en ZN werk ik aan een vernieuwd experiment waaraan meer gemeenten en meer budgethouders (inclusief budgethouders met een Wlz-indicatie) kunnen deelnemen. Ik ben bereid daar meer bekendheid aan te geven en de bruikbaarheid te bevorderen. Daarnaast richt ik mij met dit vernieuwde experiment niet enkel op integraal pgb's, maar ook op meer integrale zorg in natura.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over het afsluiten van standaard meerjarencontracten. Ik ben een voorstander van meerjarencontracten en zal in mijn gesprekken over de rol van zorgkantoren bij de zorginkoop door de genoemde elementen mee te nemen.

Wat betreft de interne regels blijkt regeldruk een veelkoppig monster te zijn, met vele veroorzakers waaronder zorgverzekeraars, toezichthouders, branche- en beroepsorganisaties, maar ook zorgaanbieders zelf. Gezamenlijk gaan we dit probleem te lijf, en ik zal alle betrokken partijen ook aanspreken op hun verantwoordelijkheid hierin.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de maatschappelijke diensttijd. De maatschappelijke diensttijd moet bevorderen dat iedere jongere de mogelijkheid heeft om via maatschappelijke projecten bij te dragen aan onze samenleving. Hierbij krijgen jongeren de ruimte zichzelf te ontplooien en hun talenten (verder) te ontwikkelen. Om de maatschappelijke diensttijd tot een succes te maken is het nodig voortdurend aan te sluiten bij het perspectief van de jongere zelf. Via een interactief proces willen we bij jongeren een beweging op gang brengen. Dit doe ik in nauwe samenwerking met mijn collega's van OCW, SZW, de VNG/gemeenten en een groot aantal maatschappelijke organisaties, zoals vrijwilligerskoepel NOV, de Nationale Jeugdraad, Young Impact en vele anderen en – niet in de laatste plaats – met jongeren zelf.

In januari en februari 2018 vinden focusgroepen en een werkconferentie met alle betrokken partijen plaats. In gezamenlijkheid maken we een ontwerpschets van de maatschappelijke diensttijd. Het is mijn ambitie dat in het voorjaar een ontwerpschets van de maatschappelijke diensttijd gereed is. Vervolgens ben ik van plan pilots te ontwikkelen en starten naar verwachting na de zomer de eerste trajecten.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Van den Berg-Jansen (CDA) over het grote aanbod aan polissen en de wens dat één standaardpolis wordt aangeboden voor alle zorgverzekeraars. Vraag was op welke wijze de minister hier maatregelen op gaat nemen.

Ik deel uw mening dat een verzekerde een goede keus moet kunnen maken en dat dit met het huidige aanbod niet eenvoudig is. Ik ben bereid om dit gesprek te voeren en te zoeken naar verbeteringen, waar de verzekerde daadwerkelijk iets aan heeft. Ik vind het belangrijk dat verzekerden de mogelijkheid behouden om te kiezen tussen een aantal verschillende soorten polissen. Alle verzekeraars opleggen één en dezelfde standaardpolis aan te bieden gaat ver. Ingrijpen in het aantal producten per onderneming is ingrijpend. Europese wetgeving geeft mij slechts de ruimte om in te grijpen via regulering als dit noodzakelijk is in het kader van het algemeen belang. Bovendien moet de ingreep proportioneel zijn: als het doel kan worden bereikt zonder, of met lichtere maatregelen, moet dat eerst geprobeerd worden. Ik heb de juridische analyse over de mogelijkheid om in te grijpen nagenoeg gereed naar aanleiding van een motie van het CDA uit november 2016 over aanpassing van artikel 17 van de Zvw (verbod op premiedifferentiatie). Die stuur ik u zo spoedig mogelijk toe. Ik stuur u ook het advies van de NZa over de mogelijkheid om collectiviteiten een meer zorginhoudelijk karakter te geven. Ik zal mij de komende periode bezinnen op het vervolg. Met inbegrip van de nulmeting zal ik u uiterlijk dit voorjaar informeren over mijn aanpak ten aanzien van het polisaanbod.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over het tijdspad ten aanzien van een eventuele openstelling van de Wlz voor een deel van de ggz-cliënten.

Voor het regelen van de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis zal de Wet langdurige zorg gewijzigd moeten worden. Ik zal hiertoe overleg voeren met onder meer GGZ-Nederland en MIND om de gevolgen voor de beoogde doelgroep zo goed mogelijk in kaart te kunnen brengen. Ook zal ik in overleg gaan met de VNG vanwege de verwachte impact bij gemeenten van deze wetswijziging. Voor het in beeld brengen van de financiële effecten van dit wetsvoorstel zal ik onderzoek laten doen naar de tarieven die gemeenten hanteren. Dit is slechts een aspect van de budgettaire gevolgen. Ik breng momenteel ook in beeld wat de kosten zijn in de Wlz en welke middelen moeten schuiven van Wmo en Zvw naar de Wlz.

In het voorjaar bespreek ik alle financiële gevolgen (inclusief dekking) van een openstelling in het kabinet. Ik verwacht medio juni 2018 uitvoeringstoetsen te vragen aan onder andere het CIZ, de NZa en het Zorginstituut, en vinden andere benodigde toetsen zoals de wetgevingstoets plaats en zal het wetsvoorstel in consultatie gaan. Ik verwacht het voorstel in het najaar te bespreken in de Ministerraad en aan te bieden aan de Raad van State. Zo spoedig mogelijk daarna zal het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer worden ingediend.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over een onderzoek van de WRR naar de toekomst van het zorgstelsel.

Tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen heeft Kamerlid Omtzigt de minister van Financiën verzocht om een onderzoek van de WRR naar de betaalbaarheid en houdbaarheid van de zorg. De minister van Financiën heeft toegezegd om hierover samen met VWS in gesprek te gaan met de WRR. Het spanningsveld tussen de houdbaarheid van en solidariteit in de zorg is een vraagstuk dat onverminderd actueel is en nog vele kabinetten bezig zal houden. Momenteel is VWS ambtelijk in gesprek met Financiën en de WRR om de mogelijkheden voor een dergelijk onderzoek te bekijken, ook in het licht van reeds bestaand en nog lopend nationaal en internationaal onderzoek. De WRR gaat uiteindelijk over haar eigen werkprogramma. De minister van Financiën en ik zullen de Kamer informeren over deze toezegging aan het lid Omtzigt.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Marijnissen (SP) over zorgbestuurders die meer verdienen dan de norm. In 2013 is de Wet normering topinkomens (Wnt) in werking getreden. In de WNT is overgangsrecht opgenomen: vóór inwerkingtreding van de wet gemaakte bezoldigingsafspraken worden gedurende vier jaar gerespecteerd. Daarna vindt in drie jaar afbouw plaats naar het individueel toepasselijk bezoldigingsmaximum. Inkomens boven de Wnt-norm kunnen derhalve alsnog in overeenstemming zijn met de wet. Bij overtredingen zal de toezichthouder op de Wnt in de zorg, het CIBG, de wet handhaven.

De Wnt is van toepassing op de instelling die een toelating heeft op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Op bv's die als onderaannemer zorg leveren aan de zogenaamde Wtzi-instelling is de Wnt niet van toepassing. Op 23 november 2017 heb ik uw Kamer bij brief<sup>1</sup> laten weten dat ik samen met de minister van BZK zal bezien op welke wijze dergelijke constructies, waarbij de Wnt wordt omzeild, op de meest effectieve wijze kunnen worden tegengegaan. In het begin van 2018 zult u hierover nader worden geïnformeerd.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Marijnissen (SP) om een reactie op het SP-plan voor Zorgbuurthuizen.

Dit initiatief sluit inhoudelijk aan bij het voornemen in het 'Pact voor de Ouderenzorg', waarin we aangeven dat er op dit moment nog weinig verscheidenheid in het woningaanbod is, met name als het gaat om passende woonvormen tussen een eigen woning en een instelling in. In de woonagenda die de minister van BZK op dit moment met gemeenten, woningcorporaties en private partijen maakt, zal worden bekeken in hoeverre de woonopgave mede kan worden ingevuld met deze tussenvormen.

Dit zou mogelijk een Zorgbuurthuis kunnen zijn. Woonvormen die lijken op de kleinschalige wooninitiatieven die de SP voorstaat, kunnen reeds binnen de bestaande regelgeving worden gebouwd. Mensen kunnen zo nodig hiervoor een kamer of appartement huren in een dergelijk wooninitiatief. Als zorg en ondersteuning nodig is kan dit vanuit de Wmo en/of de Zvw worden geregeld. En als er sprake is van mensen die voor de Wlz in aanmerking komen, kan dit ook vanuit de Wlz worden betaald. Er zijn hier ook al verschillende voorbeelden van: "De Herbergier", "Dagelijks Leven", maar ook "Samen Thuis" in Gemert. Uit de genoemde praktijkvoorbeelden blijkt dat het niet noodzakelijk is om (zoals de SP voorstelt) de toegangscriteria voor de Wlz aan te passen om deze zorgvorm te realiseren danwel andere stelselwijzigingen in de zorg door te voeren .

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Marijnissen (SP) over de vrijwilligheid van integrale bekostiging.

Ik ben eerder hierop ingegaan bij mijn beantwoording van de vragen van Kamerleden Ellemeet en Kooiman over een conflict tussen verloskundigen en zorgverzekeraars om tarieven.

De totstandkoming van afspraken over de kwaliteit en prijs van de zorg is een proces dat plaatsvindt tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft in dit proces de plicht om kwalitatief goede zorg in te kopen voor patiënten die betaalbaar en toegankelijk is.

Per 1 januari 2017 is het voor regio's mogelijk om gebruik te maken van de beleidsregel integrale geboortezorg. Deze bekostigingssystematiek bestaat naast

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 30111, nr. 105

de monodisciplinaire beleidsregels. Het is dus een vrijwillige keuze van de partijen, waaronder verloskundige- en kraamzorgorganisaties en verzekeraars, in de regio's of ze gebruik willen maken van de integrale bekostiging.

Als verzekeraars verwachten dat zij binnen de integrale contracten betere afspraken kunnen maken over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg dan binnen monodisciplinaire contracten, dan is het denkbaar dat zij bereid zijn hiervoor ook meer te betalen.

Op die manier kunnen zij integrale contracten stimuleren. Het stimuleren van integrale bekostiging is iets anders dan het dwingen richting integrale bekostiging. Verzekeraars zijn immers ook binnen de monodisciplinaire beleidsregels bereid om contracten aan te gaan.

De NZa heeft de contractafspraken integrale bekostiging geboortezorg 2017 in kaart gebracht en zal dit de komende tijd ook blijven monitoren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Marijnissen (SP) over of de invulling van de bezuiniging van 1,9 miljard ten koste gaat van de arbeidsvoorwaarden van het zorgpersoneel.

Het is aan de werkgevers en werknemers aan de cao-tafel om een aantrekkelijk arbeidsvoorwaardenpakket samen te stellen. VWS is hierbij geen partij. Over de invulling van de 1,9 miljard zullen via hoofdlijnenakkoorden afspraken worden gemaakt.

Ten aanzien van de te behalen besparing van € 1,9 miljard is relevant dat het budget voor de curatieve zorg in deze regeerperiode nog steeds groeit. Het is de bedoeling de uitgavengroei te beperken, zoals ook in de afgelopen jaren het geval is geweest. Op basis van het Regeerakkoord stijgen de totale nominale Zvw uitgaven nog steeds, met bijna € 8 miljard in de periode 2018-2021 (van € 48,5 miljard naar € 56,3 miljard).

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) over het overstappen van mensen tussen zorgverzekeraars en het grote aanbod van polissen. Mevrouw Kooiman stelt dat mensen niet overstappen.

Alle Nederlanders zijn vrij om hun zorgverzekeraar te kiezen. Ik roep in herinnering dat dit in het tijdperk voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) geen vanzelfsprekendheid was. Ziekenfondspatiënten zaten vast aan hun regionale ziekenfonds en ouderen en mensen met een aandoening betaalden hoge premies bij particuliere verzekeraars, wat overstappen moeilijk maakte. Bovendien waren er veel mensen onverzekerd.

Ik constateer dat er nog het nodige te winnen valt, maar dat we met de Zvw wel veel gewonnen hebben. Iedereen wordt geaccepteerd voor de basisverzekering en iedereen betaalt dezelfde premie voor dezelfde polis bij de verzekeraar. Dat volmachten, collectiviteiten en labels dezelfde polis nog eens verkopen met een ander etiket zie ik niet in het belang van en verzekerden. Ik zie het aantal modelovereenkomsten en volmachten teruglopen, maar dat kan nog beter. Als er verschillende producten worden aangeboden, dan graag ook een wezenlijk verschil. Dat kan in zorginhoud liggen, maar ook in geboden serviceniveau.

Het aantal overstappers is geen doel op zich. Naast de ruim 6% die jaarlijks overstapt zien we dat 20% echt kijkt of zij/ hij wil overstappen. Het is wel van belang dat iedereen kan overstappen en zich vrij voelt om over te stappen. Als mensen niet overstappen omdat ze tevreden zijn, is dat prima. Als mensen denken niet over te kunnen stappen, dan valt daar winst te behalen, bijvoorbeeld

als het gaat om misverstanden ten aanzien van de acceptatieplicht. De acceptatieplicht en andere onderwerpen leggen we uit via voorlichtingsteams op markten en stations.

Antwoord van de minister van MZS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) naar mijn reactie op hoge salarissen van bestuurders van zorgverzekeraars waardoor geld voor de zorg niet bij de zorg terecht komt.

Het kabinet streeft maatschappelijk verantwoorde bezoldiging na in de publieke en semipublieke sector. Wat daarbij aanvaardbaar is, is vastgelegd in de Wet normering topinkomens (Wnt). Ook de bezoldiging van bestuurders van zorgverzekeraars is hiermee genormeerd en openbaar.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) of de minister het niet vreemd vindt dat hij niet gaat over hoe zorgverzekeraars omgaan met de premie-gelden. Het huidige stelsel is een privaatrechtelijk stelsel met publieke randvoorwaarden, waarin concurrerende zorgverzekeraars voor eigen rekening en risico opereren. Daar hoort bij dat de zorgverzekeraars zelf hun premie mogen stellen, maar ook dat verzekerden kunnen overstappen als de zorgverzekering niet aan hun eisen en voorkeuren voldoet. Dit houdt de zorgverzekeraars scherp, op service, kwaliteit en prijs van de zorgverzekeringen. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen vier jaar bijna € 5,5 miljard aan resultaten en reserves teruggegeven via de premie, waardoor de premiestijging de afgelopen jaren beperkt is gebleven. Voor een stabiele premieontwikkeling en de financiële stabiliteit van de zorgverzekeraars is het van belang dat niet alle reserves boven de minimumeis in één keer worden ingezet. Wanneer en of zorgverzekeraars de reserves afbouwen, is aan zorgverzekeraars zelf. Ik ga er vanuit dat zij hun beschikbare reserves en resultaten geleidelijk teruggeven aan verzekerden via een lagere vaststelling van de premie.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) wanneer we de zorg terug geven aan degenen die het nodig hebben: de zorgverleners.

Met de hervorming van de langdurige zorg is deze dichterbij mensen georganiseerd, waardoor meer maatwerk mogelijk is. Zo gaan gemeenten in een keukentafelgesprek met hun bewoners in gesprek over de ondersteuningsvraag. Bij de wijkverpleegkundigen is er bovendien voor gekozen om hen weer de regie te geven over de indicatiestellingen, waarmee zij van triage tot zorgverlening verantwoordelijk zijn voor de zorg.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) over de personenalarmering.

In het mondelinge vragenuur op 7 november 2017 was een bericht aan de orde over het in rekening brengen van kosten bij het (veelvuldig) gebruik van alarmeringen. Ik heb de NZa op verzoek van de Kamer direct gevraagd om in samenwerking met de brancheorganisaties ActiZ en BTN, een steekproef te doen onder zorgaanbieders. Dit om te weten te komen of meer zorgaanbieders ten onrechte deze bepalingen in hun voorwaarden hebben opgenomen. De NZa heeft begin december deze steekproef afgerond en rapportage uitgebracht. Deze heeft de Tweede Kamer op maandag 11 december ontvangen.

Ik heb de NZa gevraagd zorgaanbieders aan te spreken over de situatie van onterechte bijbetalingen. De NZa zal er bij de aanbieders uit de steekproef die

voorwaarden hanteren die strijdig zijn met de aanspraak, op aandringen de voorwaarden alsnog te wijzigen en de onterechte betalingen te corrigeren. De patiënt kan de meldactie van de ANBO benutten voor het geval er toch nog onterechte betalingen in rekening gebracht worden. Het Zorginstituut heeft in voorbereiding op de steekproef van de NZa de aanspraak op professionele opvolging van personenalarmering in de Zvw en Wlz nader gedefinieerd. Dat heeft meer duidelijkheid geschapen over verzekerde zorg. De NZa is voornemens een informatiekaart uit te brengen. Hierin zal uitleg over de aanspraak gegeven worden die begrijpelijk is voor patiënten. Bovendien zal uitgelegd worden wat een patiënt kan doen als hij denkt ten onrechte een rekening te hebben gekregen (melden bij NZa of ANBO)

Ik heb ActiZ en BTN op 11 december jl. schriftelijk gewezen op de verheldering van het Zorginstituut en gevraagd actief erop aan te dringen bij hun leden, zorgaanbieders dus, om situaties van onterechte bijbetalingen te herstellen. Ik heb hen gevraagd om:

1. Leden te vragen om situaties te herstellen van onjuiste bijbetalingen.
2. Leden te wijzen op de aanspraak en websites en contractvoorwaarden hierop aanpassen
3. Transparantie te creëren voor de patiënt door helderheid te scheppen in het aanbod aan personenalarmering

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) over onderzoek van de Algemene Rekenkamer waaruit zou blijken dat er dit jaar € 2,4 miljard. Ik ga er van uit dat wordt bedoeld op de gemelde kaderonderschrijving van € 2,4 miljard in de Najaarsnota en de tweede suppletore begrotingswet 2017. Het debat hierover wordt op een later moment met uw Kamer gevoerd.

Vooruitlopend hierop wil ik u het volgende melden. De onderschrijving van € 2,4 miljard heeft betrekking op het premiegefinancierde deel van de zorguitgaven. In de ontwerpbegroting 2017 was reeds sprake van een onderschrijving van het BKZ van € 1,4 miljard. Ten opzichte van de stand in de ontwerpbegroting 2017 is deze naar het meest actuele inzicht met € 1,0 miljard toegenomen. Omdat deze cijfers op dit moment nog in beperkte mate zijn onderbouwd met feitelijke declaratiegegevens betreft dit nog steeds een voorlopig cijfer dat in het jaarverslag over 2017 nader gespecificeerd zal worden. De kaderonderschrijving van het BKZ is voornamelijk ingezet als compensatie voor overschrijdingen op het kader Rbg-eng.

Het parlement kan op diverse momenten invloed uitoefenen op de zorguitgaven. Zo worden aanwijzingen aan de NZa over aanpassingen in de bekostiging van zorg bij het parlement voorgehangen en wordt het parlement in het voorjaar geïnformeerd over de voorgenomen wijzigingen in het verzekerd pakket. Het budgetrecht van de Kamer heeft betrekking op de begrotingsgefinancierde uitgaven van VWS in het komende begrotingsjaar. Voor het jaar 2018 hebben zorgverzekeraars hun zorginkoop reeds grotendeels afgerond en hun premies bekend gemaakt.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) hoe het staat met de personele bezettingsnorm en de besteding van de € 2,1 miljard aan directe zorg.

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zijn normen voor voldoende en gekwalificeerd personeel opgenomen. De verpleeghuizen dienen hieraan stapsgewijs te voldoen. De extra middelen van structureel € 2,1 miljard zijn nodig om meer zorgverleners te kunnen inzetten voor de directe zorgverlening aan bewoners van verpleeghuizen. Structureel kunnen er 43.000 extra fte aan zorgmedewerkers worden ingezet. Mede gegeven de arbeidsmarkt wordt deze opgave in meerdere jaren gerealiseerd. De zorgkantoren zullen er bij de zorginkoop op sturen dat de verpleeghuizen voldoende stappen zetten in die richting. De NZa en IGJ i.o. vervullen een toezichtrol bij de naleving van het kwaliteitskader.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) over of patiënten de juiste ggz-hulp krijgen terwijl het budget voor ggz niet wordt uitgeput.

Mede naar aanleiding van de marktscan GGZ 2016 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Vergaderjaar 2016-2017, Kamerstuk 25424-353) heeft de vorige minister van VWS afspraken met de ggz-sector gemaakt om de wachttijden in de ggz terug te dringen: uiterlijk 1 juli 2018 moeten deze wachttijden weer binnen de Treeknormen vallen (Vergaderjaar 2016-2017, Kamerstuk 25424-369). Op dit moment zijn partijen volop aan de slag met het in de praktijk brengen van deze afspraken, onder andere met regionale taskforces, een communicatiecampagne, analyse en oplossen van casuïstiek en het opstellen van een plan voor e-health en informatieuitwisseling. Er is dus op onderdelen wel degelijk nader inzicht nodig om de oorzaak van problemen boven tafel te krijgen. Daarnaast heeft het ministerie van VWS extra opleidingsplekken voor beroepen in de ggz beschikbaar gesteld. De NZa monitort de voortgang van de afspraken. Eind dit jaar verwacht ik de eerste rapportage en deze zal ik u dan toezenden. In maart 2018 volgt een tweede tussenrapportage.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) over de vraag wanneer de stem van de bevolking gaat tellen bij wijzigingen in het zorgaanbod en concentraties van zorg.

Op allerlei manieren werken wij eraan zeggenschap te vergroten, bijvoorbeeld via samen beslissen, via invloed verzekeren, via transparant maken van uitkomsten en via de wet Medezeggenschap Zorginstelling.

De organisatie van de zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik vind het van belang dat besluiten over een mogelijke wijziging van het zorgaanbod zorgvuldig, in overleg met alle betrokken partijen worden genomen en dat hierover een dialoog wordt aangegaan met de inwoners uit de omgeving; ik vind het belangrijk dat hun zienswijze wordt meegewogen in het besluitvormingsproces. Als sprake is van een voornemen tot fusie of overname wordt dat getoetst door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt. In de zorgspecifieke fusietoets kijkt de NZa onder meer naar de zorgvuldige betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere partijen. In voorbereiding is een ontwerp van een nieuwe Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), dat beoogt de positie van cliëntenraden bij zaken waar zij adviesrecht op hebben, zoals bij fusies, verder te versterken. Omdat cliënten van mening zijn dat ze niet altijd tijdig bij dit proces worden betrokken, verplicht het concept wetsvoorstel bestuurders om cliëntenraden dusdanig tijdig te betrekken dat zij zich een goed oordeel kunnen vormen en dat hun advies nog van wezenlijke invloed is op het te nemen besluit. Ik hoop dit wetsvoorstel op korte termijn aan uw Kamer te kunnen toezenden.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) over hoe de minister ervoor gaat zorgen dat zorgverzekeraars zich aan afspraken houden over tariefverhoging voor huisartsen in achterstandsgebieden.

Omdat patiënten uit achterstandswijken relatief meer en zwaardere klachten hebben, krijgen huisartsen die werkzaam zijn in achterstandswijken een extra opslag op hun inschrijftarief. Ook worden huisartsen in achterstandswijken ondersteund door de achterstandsfondsen. Deze fondsen zijn een initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Ik heb geen signalen dat deze hogere tarieven voor huisartsenzorg in achterstandsgebieden niet zouden worden uitbetaald. Daarnaast zijn achterstandswijken in het 'hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018' specifiek benoemd als knelpunt waarin een deel van de beschikbaar gestelde groei ruimte van 2,5% van het huisartsenkader geïnvesteerd zal worden. Begin november is in een bestuurlijk overleg nogmaals afgesproken dat de gemaakte afspraken in het hoofdlijnenakkoord niet vrijblijvend zijn.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Kooiman (SP) over de onderuitputting in de ggz.

Het beschikbare budget voor de curatieve ggz is de afgelopen jaren niet volledig uitgegeven. Zorgkosten die niet worden gemaakt, leiden tot lagere kosten voor zorgverzekeraars en dit vertaalt zich uiteindelijk door naar de premie voor de zorgverzekering voor de verzekerde. Afgelopen zomer heeft mijn ambtsvoorganger nieuwe afspraken gemaakt met de ggz-sector, inclusief de zorgverzekeraars, over het terugdringen van de wachttijden in de ggz (Vergaderjaar 2016-2017, Kamerstuk 25424-369). Onderdeel van die afspraken is dat ook in 2018 het gehele ggz-kader beschikbaar blijft, inclusief de onderuitputting van circa € 280 mln.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de betekenis van de evaluatie van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid (ASG) op de definitie verandering van risicogroepen voor centra seksuele gezondheid (eerder: SOA-poli's). De risicogroepen ten behoeve van de soa en hiv bestrijding worden bepaald op basis van epidemiologische gegevens. Het RIVM houdt deze gegevens bij en kan op elk gewenst moment op basis van deze gegevens en in samenspraak met de GGD-en de risicogroepen aanpassen. Het RIVM ziet op basis van deze gegevens sinds 2015 geen aanleiding om deze risicogroepen aan te passen. Dit staat los van de evaluatie van de ASG-regeling, zoals die nu wordt uitgevoerd.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van Kamerlid Bergkamp (D66) om met een innovatieagenda te komen met daarin sociale innovatie. Door te investeren in sociaal psychologische interventies rondom dementie kan worden bijgedragen aan de levenskwaliteit én kunnen onnodige medische kosten worden uitgespaard. Ik ben daarom bereid om samen met het programma 'Dementiezorg voor elkaar' te onderzoeken hoe ik experimenten volgens de sociale benadering, zoals voorgesteld door hoogleraar Anne-Mei The, kan ondersteunen. Daarnaast zullen we zowel bij het preventieakkoord en de hoofdlijnenakkoorden aandacht hebben voor innovatie en vernieuwing. In het eerste kwartaal van 2018 zal uw Kamer met de voortgangsrapportage Innovatie en e-health geïnformeerd worden over lopende en nieuwe actielijnen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) of wij de speerpunten over onder andere maatwerk, regeldruk, vertrouwen, arbeidsmarkt, woonvoorzieningen en persoonlijke zorg herkennen en omarmen.



Zoals in het Regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' staat beschreven, heeft dit kabinet geen voornemens voor nieuwe hervormingen in de zorg, maar zijn wel ambitieus in het verder verbeteren van het bestaande stelsel. Ons uitgangspunt daarbij is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment. Daarbij willen wij aansluiten bij de zorgen die mensen hebben, in plaats vanuit het systeem te denken. Dan gaat het bijvoorbeeld om professionals die nu te veel regeldruk ervaren wat ten koste van hun werkplezier gaat. Of het gaat om professionals die te kampen hebben met te hoge werkdruk als gevolg van een knellende arbeidsmarkt. Het gaat om patiënten of cliënten die nog onvoldoende ervaren dat de zorg die zij ontvangen aansluit bij hun specifieke situatie of die ook last hebben van bureaucratie. De genoemde speerpunten passen goed bij de ambities die wij hebben om voor die mensen verbeteringen te realiseren.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over het belang van onafhankelijke cliëntondersteuning voor zwerfjongeren en dak- en thuislozen.

Ik vind het belangrijk dat ook voor zwerfjongeren, dak- en thuislozen onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar is. Ik constateer dat er al goede voorbeelden zijn, zoals de werkwijze van de gemeente Amsterdam. Cliëntondersteuning is een belangrijk onderwerp voor dit kabinet waarvoor in het Regeerakkoord extra middelen beschikbaar zijn gesteld. Over de exacte besteding van de middelen uit het Regeerakkoord die bestemd zijn voor cliëntondersteuning moet nog definitieve besluitvorming plaatsvinden. Ik informeer de Kamer in de eerste helft van 2018 over hoe ik de komende periode met cliëntondersteuning aan de slag ga. In die aanpak zal ik expliciet aandacht besteden aan de ondersteuning van kwetsbare groepen cliënten.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over het verliezen van de casemanager als iemand op de wachtlijst staat voor een Wlz-instelling.

Indien iemand die zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en/of Wmo ontvangt en de wens heeft om in een Wlz-instelling te gaan verblijven, biedt de Wlz de mogelijkheid om de zorg thuis met overbruggingszorg te blijven ontvangen. Het is dan mogelijk om de zorg uit het andere domein voor maximaal 13 weken te continueren als er sprake is van een Wlz-indicatie met opnamewens. Deze periode kan eventueel worden verlengd als er concreet uitzicht is op opname in een instelling van voorkeur. In die periode kan de zorg met dezelfde omvang door dezelfde aanbieder (indien gecontracteerd voor Wlz-zorg) of met een andere aanbieder worden voortgezet. Dat kan ook betekenen dat een pgb voor wijkverpleging wordt voortgezet onder de Wlz.

Het is aan het zorgkantoor en de aanbieder om te beoordelen of het mogelijk is om de zorglevering met dezelfde aanbieders voort te zetten, mocht de cliënt dat wensen. Daarbij kan ook worden bekeken of tijdens de overbruggingsperiode dezelfde casemanager kan worden behouden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de bekendheid van mpt en vpt en verschillen binnen en buiten de Randstad.

Er zijn meerdere partijen die een rol spelen bij het voorlichten van cliënten over de mogelijkheden van het mpt en vpt. Het CIZ kan bij de indicatiestelling voorlichting geven aan de cliënten over de keuzemogelijkheden met een Wlz-indicatie. Ook zorgkantoren en cliëntenondersteuners dragen hier een

verantwoordelijk voor. Ook via websites en bij gesprekken met cliënten wordt door diverse partijen meer informatie geboden over het zorgaanbod. Zo geeft het Zorginstituut op haar website informatie over de diverse mogelijkheden om zorg thuis te ontvangen. Dat laat onverlet dat ik de indruk heb dat de informatie nog verbeterd kan worden. Ik wil daarover in gesprek gaan met de diverse betrokken partijen. Ik heb overigens geen aanwijzingen dat er verschillen zijn in het gebruik van vpt en mpt binnen en buiten de Randstad.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de Wlz-toegang voor ggz-cliënten. Graag transparantie wanneer welke onderzoeken plaatsvinden voordat we komen in fase van dit wetsvoorstel.

Voor het regelen van de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis zal de Wet langdurige zorg gewijzigd moeten worden. Ik zal hiertoe overleg voeren met onder meer GGZ-Nederland en MIND om de gevolgen voor de beoogde doelgroep zo goed mogelijk in kaart te kunnen brengen. Ook zal ik in overleg gaan met de VNG vanwege de verwachte impact bij gemeenten van deze wetswijziging. Voor het in beeld brengen van de financiële effecten van dit wetsvoorstel zal ik onderzoek laten doen naar de tarieven die gemeenten hanteren. Dit is slechts een aspect van de budgettaire gevolgen. Ik breng momenteel ook in beeld wat de kosten zijn in de Wlz en welke middelen moeten schuiven van Wmo en Zvw naar de Wlz. In het voorjaar bespreek ik alle financiële gevolgen (inclusief dekking) van een openstelling in het kabinet. Ik verwacht medio juni 2018 uitvoeringstoetsen te vragen aan onder andere het CIZ, de NZa en het Zorginstituut, en vinden andere benodigde toetsen zoals de wetgevingstoets plaats en zal het wetsvoorstel in consultatie gaan. Ik verwacht het voorstel in het najaar te bespreken in de Ministerraad en aan te bieden aan de Raad van State. Zo spoedig mogelijk daarna zal het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer worden ingediend.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over mijn plannen rondom het PGB, het PGB2.0-systeem en de governance in de PGB-keten. Zoals in mijn brief van 8 december jl<sup>2</sup>. genoemd is zorg op maat mijn uitgangspunt. Dat kan via op maat ingekochte zorg door een gemeente, zorgkantoor of zorgverzekeraar. Als dat niet beschikbaar is kunnen mensen met een pgb zorg op maat inkopen. Voor het pgb is het kunnen voeren van regie over de zorg een voorwaarde.

Een pgb geeft keuzevrijheid en flexibiliteit, maar brengt ook verantwoordelijkheden en verplichtingen met zich mee. Een deel van de budgethouders kan dit heel goed waarmaken. Juist voor hen hebben we het pgb wettelijk verankerd. Daarentegen zien we ook aan de casuïstiek dat oneigenlijk gebruik en fraude met het pgb nog steeds voorkomt, waardoor kwetsbare mensen mogelijk in de knel komen. Daarmee wordt, zoals ik eerder al meldde, het draagvlak voor het pgb ondermijnd en dat wil ik tegen gaan.

Mijn ambtsvoorganger heeft vanwege de dilemma's rondom regie en vertegenwoordiging een onderzoek hiernaar uitgezet. De resultaten van dit onderzoek worden eind dit jaar verwacht. Ik zal uw Kamer begin 2018 hierover informeren en de stappen die ik naar aanleiding daarvan wil zetten om tot een toekomstbestendig pgb te komen.

---

<sup>2</sup> TK 2017-2018, 26 657, nr. 296.

Alle ketenpartijen werken hard aan de bouw en totstandkoming van het volledige PGB2.0-systeem. Het PGB2.0-systeem omvat het budgethoudersportaal, het financiële domein, de koppelvlakken daartussen en de applicaties die hier ondersteunend aan zijn zoals portalen voor SVB-medewerkers, zorgverleners en verstrekkers. Het PGB2.0-systeem zal gefaseerd worden ingevoerd. Dit betekent dat er sprake zal zijn van een gecontroleerde en verantwoorde invoering, waarbij de dienstverlening aan de budgethouder niet in het geding mag komen. Op basis van de ervaringen van de budgethouders en verstrekkers die als eerste gebruik gaan maken van het nieuwe systeem zal het PGB2.0-systeem verder stapsgewijs worden doorontwikkeld en vervolgens verder gefaseerd worden ingevoerd.

VWS is stelselverantwoordelijke en dient vanuit die rol mogelijk te maken dat iedere partij zijn rol en taak goed kan invullen. Om die reden heeft mijn ambtsvoorganger, in overleg met ketenpartijen, besloten de governance en sturing voor de komende jaren aan te scherpen zodat rollen, taken en verantwoordelijkheden in de keten duidelijker belegd zijn. Alle ketenpartijen hebben ingestemd met deze nieuwe governancestructuur. In deze aangescherpte governance is ook aandacht geschonken aan de fase van structureel beheer van het zorgdomein van het PGB2.0-systeem. Met de komst van het nieuwe PGB2.0-systeem wil ik –samen met de ketenpartners- nader bekijken op welke wijze we in de toekomst het beheer structureel gaan beleggen, zodanig dat stabiele uitvoering geborgd blijft. Daarbij wil ik meer opties betrekken dan alleen de oprichting van een nieuwe publieke organisatie.

Antwoord van de minister van VWS op een vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de uitvoering van de motie Bergkamp en onafhankelijke cliëntondersteuning voor kinderen in de maatschappelijke opvang.

Op 3 juli jl. is uw Kamer geïnformeerd over de wijze waarop wordt gewerkt aan de verbetering van de positie van kinderen in de opvang. De burgemeester van Leiden, dhr. Lenferink, heeft zich bereid getoond om aanjager te worden van dit traject. Hij heeft de afgelopen periode met een aantal gemeenten overleg gevoerd over de wijze waarop zij kinderen in de opvang de hulp bieden die zij nodig hebben. Op dit moment werkt hij aan een rapport waarin hij zijn bevindingen weergeeft en een advies geeft over het vervolg. Dit rapport zal naar verwachting in het eerste kwartaal van 2018 beschikbaar komen. Ik zal uw Kamer vervolgens hierover informeren. De uitvoering van de motie Bergkamp is dus nog gaande.

Ik erken dat het van belang is dat ook voor kinderen in de opvang onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar is. Cliëntondersteuning is een belangrijk onderwerp voor dit kabinet waarvoor in het Regeerakkoord extra middelen beschikbaar zijn gesteld. Over de exacte besteding van de middelen uit het Regeerakkoord die bestemd zijn voor cliëntondersteuning moet nog definitieve besluitvorming plaatsvinden. Aspecten die daarbij aan de orde komen zijn wat mij betreft de vindbaarheid en bekendheid van cliëntondersteuning, ondersteuning over de domeinen heen en de kwaliteit en professionaliteit van cliëntondersteuning, specifiek waar het gaat om meer complexe situaties.

Ik informeer de Kamer in het eerste kwartaal van 2018 over hoe ik de komende periode met cliëntondersteuning aan de slag ga. In die aanpak zal ik expliciet aandacht geven aan ondersteuning van kwetsbare groepen cliënten.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het belang van innovatie en het stimuleren van e-health.

Onze benadering bij het stimuleren van e-health en innovatie bestaat uit verschillende actielijnen. Om te beginnen stimuleren wij digitaal ondersteunde zorg door samen met alle zorgpartijen in het Informatieberaad randvoorwaarden te creëren rondom gegevensuitwisseling. Efficiënte en effectieve gegevensontsluiting en –uitwisseling zijn immers essentieel om e-health makkelijk en veilig in te kunnen zetten in de zorg en is daarmee ook onmisbaar voor het opschalen van kansrijke ontwikkelingen. Vanuit het Informatieberaad worden ook een aantal grote programma's uitgevoerd, zoals het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPPP) in de ziekenhuissector en het programma Medmij gericht op het tot stand brengen van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's). Daarmee krijgt de burger c.q. de patiënt de zeggenschap over zijn eigen gezondheidsgegevens, als basis voor een evenwichtige relatie met zijn zorgverleners.

Daarnaast worden de mogelijkheden om e-health vergoed te krijgen in de bekostiging verruimd, en onderzoeken wij hoe de toeleiding naar het verzekerde pakket voor veelbelovende initiatieven kan worden verbeterd. Samen met de innovatieregio's in het land bevorderen wij de uitwisseling van kennis en ervaring. Met het ministerie van Economische Zaken stellen wij in het kader van de 'Seed capital regeling' middelen beschikbaar waarmee fondsen kunnen investeren in de opschaling van initiatieven op het gebied van zelfzorg, zelfredzaamheid en zelfregie. Samen met Radboud UMC is de Zorginnovatieschool opgericht, een curriculum waarin dit jaar 50 zorginnovatiemanagers zijn bijgeschoold. De website zorgvoorinnoveren.nl geeft een wegwijzer in de relevante regelgeving en de zorginnovatiewinkel trekt door het land met tal van inspirerende voorbeelden op het gebied van innovatie. Tenslotte brengen we in de Nationale E-healthweek tenslotte brengen wij creatieve zorgvernieuwers in contact met elkaar, en kunnen patiënten, verzekeraars, zorg-, opleidings- en kennisinstellingen zelf zien en ervaren op welke wijze e-health kan bijdragen aan de vernieuwing van de zorg. Ook de recente E-healthmonitor van Nictiz en Nivel laat zien dat mensen die ervaring hebben opgedaan met e-healthtoepassingen er aanmerkelijk positiever tegenover staan<sup>3</sup>.

In het Regeerakkoord is extra geld beschikbaar gesteld om digitaal ondersteunde zorg gericht in te zetten en de verspreiding van innovatieve werkwijzen (e-health) te bevorderen. Ik informeer u zo snel mogelijk over de wijze waarop ik deze middelen concreet zal inzetten. Belangrijk onderdeel daarin is doelmatige implementatie van innovaties en gepast gebruik onder andere door het vergroten van (digitale) vaardigheden rondom gezondheid en zorg, kennis van nuttige toepassingen en aandacht voor sociale innovatie. Door betere kennis en gebruik van digitale mogelijkheden kunnen zorgprocessen anders worden ingericht en kan de zorg beter afgestemd worden op de patiënt, administratieve lasten worden verminderd, schaars personeel kan beter worden ingericht en gezondheid bevorderd.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de inzet van geestelijk verzorgers ter te onderzoeken.

---

<sup>3</sup> Vergaderjaar 2017-2018  
Bijlage bij Kamerstuk 27529 nr. 151  
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-825234>

Hulp bij begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken wordt gezien als zorg zoals een verpleegkundige, huisarts of psycholoog die pleegt te bieden. Een geestelijk verzorger heeft deze eigen status (op dit moment nog) niet. De beroepsvereniging VGVZ is druk doende met het verzamelen van informatie over de effectiviteit van de begeleiding coping en zinnegeving vanuit levensbeschouwelijk optiek.

Er is nog veel onbekendheid ten aanzien van de functie van geestelijk verzorgers. Daar zou ik een bijdragen op willen leveren samen met de VGVZ om de bekendheid van de functie van geestelijke verzorger te vergroten.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het faciliteren van de overstap van medisch specialisten naar het participatiemodel of loondienst.

Zoals is opgenomen in het Regeerakkoord wil het kabinet meer gelijkgerichtheid in het ziekenhuis stimuleren door participatie of loondienst onder medisch specialisten te bevorderen. Hiervoor zijn middelen gereserveerd in het Regeerakkoord. De komende periode werk ik de wijze waarop deze middelen effectief kunnen worden ingezet uit. Ik zal uw Kamer hierover in het voorjaar 2018 nader informeren.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de stand van zaken van de doordecentralisatie beschermd wonen.

Ik zal uw Kamer voor het kerstreces informeren over de laatste stand van zaken via een voortgangsrapportage beschermd wonen en maatschappelijke opvang.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over visie op langer thuis wonen.

U krijgt van mij in het eerste kwartaal van 2018 een programma over hoe ik het langer thuis wonen wil bevorderen. Daarbij zal ook aandacht zijn voor (een onderzoek naar) de technologische, maatschappelijke en demografische uitdagingen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) naar de stand van zaken bij het realiseren van meer maatwerk voor kinderen en volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen.

Ik vind het belangrijk dat deze kwetsbare groepen thuis de zorg krijgen die ze nodig hebben. In de Wlz krijgen cliënten een indicatie in een zorgprofiel. Dit zorgprofiel is voor veel cliënten (97%) passend. Dit geldt echter niet voor een kleine groep thuiswonende cliënten uit de gehandicaptensector. Ik wil graag voor 1 juli 2018 voor deze groep de volgende verbeteringen realiseren:

- zorgkantoren moeten cliënten meer pro-actief informeren over de huidige mogelijkheden om aanvullend op het zorgprofiel extra zorg te ontvangen;
- de aanvraagprocedure voor de regeling meerzorg wordt vereenvoudigd;
- de zorgkantoren gaan de regeling meerzorg meer uniform uitvoeren;
- op basis van casuïstiek en in overleg met cliëntenorganisaties wordt bezien of de regeling meerzorg op andere punten is te verbeteren;
- de huidige beschrijving van de zorgprofielen wordt aangepast, zodat ze ook herkenbaar zijn voor kinderen en jeugdigen.

Medio 2019 laat ik een evaluatie uitvoeren of deze acties tot passend maatwerk hebben geleid voor de door u genoemde doelgroep. Op basis van deze evaluatie zal ik bezien of aanvullende maatregelen moeten worden genomen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over het verbeteren van het experiment integraal pgb.

Ik heb uw Kamer op 8 december 2017 geïnformeerd over mijn voornemen om te starten met het vernieuwde experiment integraal budget. Samen met de Vereniging Nederlandse Gemeenten, Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ga ik meer gemeenten en meer deelnemers betrekken. Daarnaast is het mijn ambitie om dit vernieuwde experiment niet enkel te richten op het integraal pgb, maar ook op integrale zorg in natura. Ik ga gemeenten faciliteren en ondersteunen bij het uitvoeren van het experiment door het laten verrichten van het evaluatieonderzoek, het inrichten van een begeleidingsgroep met deelnemende gemeenten en het maken van afspraken met de SVB over de uitvoering en het gezins-pgb. Tot slot worden de bestuurlijke afspraken met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister voor Basis- en Primair Onderwijs gecontinueerd. Zij zullen het experiment, als aanvullingen op de AMvB, faciliteren met het maken van afspraken.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over aandacht voor de toegankelijkheid van het openbaar vervoer.

Ik vind het onderwerp toegankelijkheid van het openbaar vervoer, net als mijn collega van Infrastructuur en Waterstaat (I&W), van groot belang in het kader van de implementatie van het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. De petitie onbeperkt vervoer vormt een bevestiging van de urgentie om daaraan verder te werken. Bij de ontvangst zijn de initiatiefnemers dan ook uitgenodigd om mij en mijn collega van I&W scherp te houden op de uitvoering van de maatregelen die samen met de vervoerssector in gang zijn gezet. Die maatregelen zijn opgenomen in de Regeling en het Besluit Toegankelijk Openbaar Vervoer. Onderdeel van deze plannen is bijvoorbeeld dat alle nieuwe en vernieuwde bushaltes voldoen aan de eisen voor toegankelijkheid, dat de NS informatie over toegankelijke treinreizen in hun app verwerkt en dat alle treinen en stations worden aangepast. Met als richtpunt een toegankelijk spoorstelsel per 2030. De ruimte die de regelgeving biedt wordt benut om de maatregelen uit te voeren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het belonen van uitkomsten en bevordering van samenwerking. Zoals in het Regeerakkoord is afgesproken moet het belang van zorgverleners gericht zijn op de uitkomst van de zorg in plaats van omzet. Om uitkomsten beter te kunnen belonen is inzicht in uitkomsten noodzakelijk. VWS heeft een programma gestart. Ik heb het voornemen om in 2022 inzicht te hebben in uitkomsten voor de helft van de ziektelast. Deze uitkomsten moeten bruikbaar zijn voor patiënt en zorgverlener om samen te kunnen beslissen over de behandelwijze. De uitkomsten kunnen ook benut worden voor de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar maken over de kwaliteit van de te leveren zorg. Daarbij kan (meerjarige) samenwerking tussen zorgaanbieders onderdeel van de afspraken zijn en daarin kunnen zij nu al afspraken maken over het belonen van uitkomsten. In het voorjaar van 2018 ontvangt uw Kamer het programmaplan uitkomsttransparantie.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de visie van de minister op voltooid leven, en of hierbij gebruik gemaakt zal worden van de expertise van de Levensindekliniek. In de kabinetsreactie op de dit jaar gepubliceerde derde evaluatie van de euthanasiewet zal ik ingaan op de thematiek rondom voltooid leven, en de aanbevelingen die de commissie Schnabel hierover doet in haar rapport. Om het standpunt van het kabinet te bepalen zal ik in gesprek gaan met alle betrokken groepen artsen, waaronder die van de Levensindekliniek. Deze kabinetsreactie zal naar verwachting in de eerste helft van 2018 aan uw Kamer gezonden worden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over keuzevrijheid voor de vrouw nu de CASA klinieken zijn gesloten en een gesprek met het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging om herhaling van een abortus te voorkomen en goed gebruik van anticonceptie te bevorderen.

Ik wil benadrukken dat het faillissement van de CASA abortusklinieken geen gevolgen heeft voor de eigen keuze van een vrouw bij een ongewenste zwangerschap. De Wet afbreking zwangerschap is niet veranderd en er zijn nog steeds meerdere klinieken waar een vrouw bij een ongewenste zwangerschap terecht kan.

Over het voorkomen van herhaling van een abortus en goed gebruik van anticonceptie ben ik zeker bereid om in gesprek te gaan met de huisartsen én de abortusklinieken. Huisartsen spelen een belangrijke rol bij de abortushulpverlening. Meer dan de helft van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn worden door de huisarts doorverwezen naar een abortuskliniek. De huisarts kan ook nazorg leveren aan de vrouwen. Overigens is het wel zo dat de hulpverlening in de klinieken anoniem is, en de vrouwen die zich daar direct melden ervoor kunnen kiezen de eigen huisarts er niet over te informeren.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over een kennisinfrastructuur en kennis delen, bijvoorbeeld rondom het thema laaggeletterdheid. Er lopen op het terrein van kennisdeling al veel initiatieven. 'Waardigheid & Trots', het programma 'Alles is Gezondheid', diverse proeftuinen en Zorgpact zijn hiervan enkele voorbeelden. Ook op het gebied van e-health wordt kennis op verschillende manieren gedeeld zoals door het inzetten van Versnellingsmakelaars en het programma 'ZorgvoorInnoveren'. Op het thema van laaggeletterdheid wordt aan kennis en verbetering gewerkt onder andere via het actieprogramma 'Tel mee met Taal' en via diverse programma's van Pharos. Tegelijkertijd zien we breder dat goede voorbeelden blijven steken of beperkt navolging ondervinden. Daarvoor is het van belang een brug te slaan tussen kennis aan de ene kant en uitvoering aan de andere kant. VWS zal bij het preventieakkoord, de hoofdlijnenakkoorden en het ouderenpact het punt rondom kennisdeling ook agenderen, zodat de de praktijk de kennis krijgt die ze nodig heeft om de doelstellingen en vernieuwingen in de praktijk te realiseren. Daarnaast zullen we bij het praktijkgericht delen van kennis ook de aandacht hierop vestigen bij de kennisinstellingen waar we mee werken, zodat nieuw te ontwikkelen kennis ook aansluit op de vragen en uitdagingen waar de praktijk mee worstelt.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het aan de slag gaan met de strategische doelen, zoals geformuleerd in het actieplan Seksuele Gezondheid van de veldpartijen. Ik onderschrijf dat het heel belangrijk is dat jongeren in staat zijn hun grenzen aan te geven. Ik ben dan ook

verheugd dat de veldpartijen zich gecommitteerd hebben aan de gezamenlijke uitvoering van de doelen van het actieplan. Het RIVM heeft het actieplan namens de veldpartijen onlangs aangeboden aan het ministerie van VWS. Naast het actieplan loopt op dit moment de evaluatie van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid. Op basis van de uitkomsten van evaluatie als ook het actieplan, komen wij in het voorjaar 2018 terug op de inzet van VWS op soa/hiv bestrijding en het bredere dossier seksuele gezondheid.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het onderzoek naar mensen die hun leven als voltooid beschouwen, hoe dit uitgevoerd wordt en wie erbij betrokken worden.

Om meer duidelijkheid te creëren met betrekking tot de complexe thematiek van mensen die hun leven als voltooid beschouwen, zal een onderzoek opgestart worden naar de omvang en omstandigheden van de groep mensen die nu buiten de criteria van de euthanasiewet lijken te vallen. Welke partij het onderzoek gaat uitvoeren is nog niet bekend. Zoals ook vermeld wordt in de recent aan uw Kamer gestuurde stand van zaken brief medische ethiek, zal dit onderzoek verder toegelicht worden in de kabinetsreactie op de dit jaar gepubliceerde derde evaluatie van de euthanasiewet. De kabinetsreactie op de wetsevaluatie en de onderzoeksopdracht zullen tezamen naar verwachting in de eerste helft van 2018 aan uw Kamer gezonden worden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het voeren van de maatschappelijke discussie over voltooid leven. Zowel in het Regeerakkoord als in de recent aan de Kamer gestuurde stand van zaken brief medische ethiek besteedt het kabinet aandacht aan het thema voltooid leven. Het kabinet is zich ervan bewust dat dit thema speelt in de samenleving, en dat er uiteenlopende opvattingen over bestaan. Een brede maatschappelijke discussie over en een zorgvuldige benadering van dit onderwerp worden daarom van groot belang geacht. In de kabinetsreactie op de dit jaar gepubliceerde derde evaluatie van de euthanasiewet zal ik verder op ingaan op deze thematiek. De kabinetsreactie op de wetsevaluatie zal naar verwachting in de eerste helft van 2018 aan uw Kamer gezonden worden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het betrekken van organisaties die zich bezig houden met psychische gezondheid bij de rondetafels preventieakkoord en de vraag om preventieakkoord en sportakkoord elkaar te laten versterken.

Voor de rondetafelgesprekken preventieakkoord worden diverse organisaties uitgenodigd. Zoals GGZ Nederland die zich natuurlijk bij uitstek bezig houdt met psychische gezondheid. Maar ook veel partijen, zoals zorgverzekeraars, maatschappelijke organisaties of gemeenten hebben te maken met psychische gezondheid. In de twee gesprekken die ik tot nu toe gevoerd heb, komt psychische gezondheid en preventie naar voren. Sportorganisaties noemen het belang van bewegen in relatie tot psychische gezondheid.

Wat betreft de relatie tussen het preventieakkoord en het sportakkoord kan ik melden dat minister Bruins en ik, samen met de medewerkers van VWS onderling goed contact houden om te zorgen dat beide akkoorden elkaar versterken.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de suggestie van DNB om te bezien hoe we investeringen in preventie voor zorgverzekeraars meer lonend kunnen maken. Ik vind het belangrijk dat ook verzekeraars een rol spelen bij het voorkomen van ziekte. Hiervoor is vanuit VWS het project preventie in het zorgstelsel gestart. Op de suggesties die DNB heeft gedaan, kom ik graag terug in mijn reactie hierop die u binnenkort ontvangt.



Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over geneesmiddelenonderzoek bij vrouwen.

Ik ben het eens met mevrouw Dijkstra dat dit belangrijk is en er wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan dit onderwerp. In het bijzonder wil ik wijzen op het ZonMW programma Gender en Gezondheid maar ook in het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen is er aandacht voor de effecten van geneesmiddelen bij vrouwen. De farmaceutische industrie is betrokken bij de gesprekken hierover. Ik zal het onderwerp blijvend onder de aandacht van de industrie houden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (PvdA) de keuze om het eigen risico niet te verlagen. We betalen via belastingen, premies en eigen betalingen allemaal mee aan goede en betaalbare zorg. En we staan nu met elkaar voor de uitdaging om de gezondheidszorg ook in de toekomst, bijvoorbeeld voor onze kinderen, betaalbaar te houden. Het eigen risico draagt bij aan de beheersing van de collectieve zorguitgaven en borgt het draagvlak voor ons solidaire zorgstelsel. Het eigen risico financiert een deel van de zorgkosten en zonder eigen risico zouden de zorgkosten stijgen door het wegvallen van het remgeldeffect. Daarom heeft het kabinet ervoor gekozen het eigen risico niet te verlagen, maar deze kabinetsperiode te bevriezen. Voorts neemt het maatregelen om de stijging van de zorguitgaven te beteugelen en hiermee de financiële houdbaarheid van onze zorg te borgen.

Om de stapeling van eigen betalingen te verminderen neemt het kabinet verschillende maatregelen:

- In 2018 wordt het verplicht eigen risico bevroren op € 385 per jaar. Het kabinet is ook van plan voor de jaren 2019-2021 het eigen risico op dit bedrag te bevriezen. Daarnaast komt er een maximum van €250 per jaar voor de bijbetalingen voor geneesmiddelen.
- Vanaf 1 januari wordt de eigen bijdrage voor de langdurige zorg verlaagd voor mensen die langdurige zorg thuis ontvangen of zelf in een instelling wonen maar een partner hebben die thuis woont. Dit voordeel voor een groep van 30 duizend mensen kan oplopen tot € 150 per maand. Het kabinet is van plan met ingang van 2019 de vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdrage aan langdurige zorg te verminderen.
- In het Wmo-domein is het kabinet van plan een eenvoudig abonnementstarief van € 17,50 per vier weken in te voeren voor huishoudens die ondersteuning krijgen vanuit de gemeente. Dit verlaagt de lasten van mensen en zorgt bovenal voor minder bureaucratie en lastendruk voor mensen. Hierover is overleg gaande met de VNG en het CAK.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (PvdA) over de zorgval en de suggestie om het systeem simpeler te maken om die zorgval te voorkomen.

Met de hervorming van de langdurige zorg is de verpleging en verzorging voor mensen die thuis wonen onder de Zvw komen te vallen. Deze wijkverpleging is er juist voor bedoeld om mensen langer thuis te laten wonen met passende zorg. Als iemand is aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht, biedt de Wet langdurige zorg een integraal pakket aan zorg. Als de cliënt dat wenst gaat deze zorg gepaard met verblijf in een instelling, maar de zorg kan in veel gevallen ook thuis worden verleend.

De overgang vanuit de Zvw/Wmo naar Wlz-zorg in de thuissituatie levert soms problemen op. Zoals in het artikel van Trouw en in de uitzending van 'De Monitor' werd aangegeven, komt het voor dat mensen bij een overgang naar Wlz juist minder verpleging thuis ontvangen dan onder de Zvw het geval was. Dit gaat in tegen de verwachting dat mensen juist Wlz-zorg gaan ontvangen omdat er steeds meer zorg nodig is. Bovendien geldt in de Wlz een eigen bijdrage die hoger kan uitpakken dan mensen gewend waren.

Ik ben me er van bewust dat het probleem van de zorgval bestaat en dat deze niet goed is uit te leggen aan de cliënt en hun naasten. Mevrouw Dijkma noemt de suggestie van een hoogleraar om het systeem simpeler te maken door te regelen dat iemand alleen in de Wlz komt als er sprake is van verblijf in een instelling. Tot die tijd blijft iemand dan onder de Wmo en Zvw vallen. Zij vraagt of mijn collega's en ik bij VWS hiervoor open staan.

Voor mij staat voorop dat mensen de juiste zorg op de juiste plek moeten ontvangen, of dat nu vanuit de Zvw/Wmo is of vanuit de Wlz. Ik doe onderzoek naar de omvang van de zorgval. Daarnaast zal ik een verkenning doen naar mogelijke maatregelen om de zorgval te voorkomen, waaronder de suggestie die mevrouw Dijkma aandraagt.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dijkma (PvdA) over de rol die de bewindslieden voor zichzelf zien met betrekking tot de bereikbaarheid van de zorg in de regio.

Zoals u weet is de organisatie van zorg in de regio primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een belangrijk uitgangspunt van mijn beleid is de zogenaamde '45 minuten-norm'. De 45 minuten-norm ziet op de spreiding en beschikbaarheid van afdelingen voor spoedeisende hulp en acute verloskunde; een dergelijke afdeling mag op grond van de 45 minuten-norm alleen sluiten als het aantal inwoners dat niet binnen 45 minuten op deze afdeling kan zijn, door deze sluiting niet toeneemt. De 45 minuten-norm maakt ook onderdeel uit van de zorgplicht van zorgverzekeraars; de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet hierop toe. Daarnaast zorg ik voor belangrijke randvoorwaarden voor de zorg. Zo brengt het capaciteitsorgaan adviezen uit over het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel, en ontvangen ziekenhuizen voor het opleiden van dit personeel een beschikbaarheidsbijdrage. Verder zorg ik voor een jaarlijkse analyse van de benodigde ambulances, stel ik op basis van deze analyse jaarlijks zo nodig extra budget beschikbaar voor de ambulancezorg, en ontvangen ambulancediensten een structurele vergoeding van €10 miljoen voor de initiële opleiding van ambulanceverpleegkundigen. Ook wil ik de positie van de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZen) versterken zodat zij meer regie in de regio kunnen nemen; na de zomer ontvangt de Tweede Kamer hiervoor een concept AMvB.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkma (PvdA) over de valboete.

In het mondelinge vragenuur op 7 november 2017 was een bericht aan de orde over het in rekening brengen van kosten bij het (veelvuldig) gebruik van alarmeringen. Ik heb de NZa op verzoek van de Kamer direct gevraagd om in samenwerking met de brancheorganisaties ActiZ en BTN, een steekproef te doen onder zorgaanbieders. Dit om te weten te komen of meer zorgaanbieders ten onrechte deze bepalingen in hun voorwaarden hebben opgenomen. De NZa heeft begin december deze steekproef afgerond en rapportage uitgebracht. Deze heeft de Tweede Kamer op maandag 11 december ontvangen.

Ik heb de NZa gevraagd zorgaanbieders aan te spreken over de situatie van onterechte bijbetalingen. De NZa zal er bij de aanbieders uit de steekproef die voorwaarden hanteren die strijdig zijn met de aanspraak, op aandringen de voorwaarden alsnog te wijzigen en de onterechte betalingen te corrigeren. De patiënt kan de meldactie van de ANBO benutten voor het geval er toch nog onterechte betalingen in rekening gebracht worden.

Het Zorginstituut heeft in voorbereiding op de steekproef van de NZa de aanspraak op professionele opvolging van personenalarmering in de Zvw en Wlz nader gedefinieerd. Dat heeft meer duidelijkheid geschapen over verzekerde zorg. De NZa is voornemens een informatiekaart uit te brengen. Hierin zal uitleg over de aanspraak gegeven worden die begrijpelijk is voor patiënten. Bovendien zal uitgelegd worden wat een patiënt kan doen als hij denkt ten onrechte een rekening te hebben gekregen (melden bij NZa of ANBO).

Ik heb ActiZ en BTN op 11 december jl. schriftelijk gewezen op de verheldering van het Zorginstituut en gevraagd actief erop aan te dringen bij hun leden, zorgaanbieders dus, om situaties van onterechte bijbetalingen te herstellen. Ik heb hen gevraagd om:

1. Leden te vragen om situaties te herstellen van onjuiste bijbetalingen.
2. Leden te wijzen op de aanspraak en websites en contractvoorwaarden hierop aanpassen
3. Transparantie te creëren voor de patiënt door helderheid te scheppen in het aanbod aan personenalarmering

Op basis van de steekproef weten we dat er werk te doen is en welk werk er te doen is. Ik acht nu geen extra onderzoek nodig. Ik wil eerst de resultaten van de meldactie van de ANBO afwachten en de zorgaanbieders de kans geven om situaties te herstellen van onjuiste betalingen en contractvoorwaarden en websites aan te passen aan de uitleg die het Zorginstituut gegeven heeft.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dijkema (PvdA) of kloonpolissen verboden kunnen worden. Bovendien stelt mevrouw Dijkema voor om van 12 november een afdwingbare datum te maken.

Formeel worden er in 2018 55 modelovereenkomsten aangeboden. Daarvan wordt een aantal aangeboden door verschillende verzekeraars binnen dezelfde concerns. Dat mag. Soms wordt daar een andere premie voor gerekend. Er kunnen redenen zijn die de andere premie legitimeren, zoals het serviceniveau of de reserves van de betreffende verzekeraar. Of het juridisch mogelijk is om maatregelen op te leggen per concern, laat ik u op korte termijn weten, aan de hand van een analyse die nagenoeg gereed is. Daarnaast zal de NZa dit voorjaar een duiding geven op de vraag wanneer we kunnen spreken van een 'andere polis'. De vraag die voorligt is of het alleen gaat over de polissen die door een concern via verschillende verzekeraars worden aangeboden of ook over labels, collectiviteiten en volmachten?

Bovendien kan ik, op grond van Europese regelgeving, uitsluitend ingrijpen indien de noodzaak is aangetoond in het kader van het algemeen belang en de maatregelen proportioneel zijn. Het is de vraag of het proportioneel is om een zorgverzekeraar te beperken in het aantal producten dat zij aanbieden. De vraag is eveneens of er lichtere c.q. meer effectieve maatregelen denkbaar zijn.

Het lijkt me een goede zaak om het aanbod van polissen in zijn totaliteit te bezien en te kijken welke stappen gezet kunnen worden die ook daadwerkelijk effectief zullen zijn voor verzekerden. Ik zal daarover in overleg treden met de verzekeraars.

Dan de datum van 12 november. Dat is de datum waarop de premie bekend moet zijn, dat is wettelijk geregeld. Op dat moment moet het voor verzekerden helder zijn welke vergoeding zij krijgen als ze een keuze maken voor een bepaalde zorgverzekering. Dat kan zijn een volledige vergoeding, een gedeeltelijke vergoeding (conform artikel 13 van de zorgverzekeringswet) of een verzekeraar kan aangeven dat het nog niet bekend is. In regelgeving van de NZA staat dat verzekeraars op die datum helderheid moeten geven aan verzekerden. Ook dat is afdwingbaar. Bepaalde verzekeraars kiezen er voor om, ongeacht de status van de contractering aan te geven of de zorg bij de zorgaanbieder wordt vergoed. Dat is de facto ook de relevante informatie voor de verzekerde, niet of er een contract is. Verzekeraars en aanbieders kunnen echter niet gedwongen worden om op dat moment ook feitelijk klaar te zijn met het contracteerproces. Er is contracteervrijheid. De NZa monitort dit en rapporteert hierover begin 2018.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkema (PvdA) over de bevindingen van de Algemene Rekenkamer dat de zorguitgaven stelselmatig te ruim worden geraamd met als gevolg dat er bezuinigingen zijn doorgevoerd die achteraf helemaal niet nodig bleken. Ik moet bekennen dat ik deze vraag van mevrouw Dijkema niet goed kan plaatsen, omdat ik niet weet aan welke rapport van de Algemene Rekenkamer zij refereert.

Inherent aan ramingen is dat ze niet altijd uitkomen. De afgelopen jaren zijn de zorguitgaven inderdaad lager uitgekomen dan bij de start van het vorige kabinet werd verwacht. Het beleid heeft gewerkt en misschien ook nog wel iets meer dan vooraf gedacht. In de periode daarvoor, tot 2013, kwamen de zorguitgaven juist fors hoger uit dan geraamd en moest er tussentijds bezuinigd worden.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dijkema (PvdA) over wie er verantwoordelijk voor is dat de afspraken tussen de huisartsen en de zorgverzekeraar gestalte krijgen.

Ik realiseer mij dat de afgelopen jaren er meer zorgvragen bij de huisartsen terecht komen. Daarom hebben we in het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 afgesproken om te investeren in de huisartsenzorg. Doel is om de toenemende vraag aan zorg beter op te kunnen vangen en de samenwerking te bevorderen. De investeringen moeten terecht komen bij het praktijkmanagement, de avond/nacht/weekend-zorg, ouderenzorg, achterstandswijken en in de organisatie en infrastructuur. Afgesproken is dat zorgverzekeraars zich samen met huisartsen in 2018 zullen inzetten om hier lokaal en regionaal afspraken over te maken. Hiervoor is in het hoofdlijnenakkoord een groeipercentage van maximaal 2,5% overeengekomen. Op dit moment is de contractering van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor 2018 nog in volle gang. Begin november is in een bestuurlijk overleg nogmaals afgesproken dat de gemaakte afspraken in het bestuurlijk akkoord niet vrijblijvend zijn. Ik heb met partijen afgesproken dat we begin 2018 met elkaar zullen bespreken hoe de landelijke afspraken vertaald zijn naar lokale contractafspraken. De geleerde lessen zullen input vormen voor het nieuwe hoofdlijnenakkoord 2019.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkema (PvdA) over het aantrekkelijker worden van het vak van wijkverpleegkundige.

Wijkverpleegkundigen vinden dat zij een mooi vak hebben en die mening deel ik. Dat laat onverlet dat er een grote behoefte is aan verpleegkundigen in de zorg in het algemeen en de ouderenzorg (inclusief wijkverpleging) specifiek. Dat is ook de reden waarom er is gekozen voor een brede aanpak van de arbeidsmarktproblematiek in de arbeidsmarktagenda voor ouderen. Wat het vak van wijkverpleegkundigen nog aantrekkelijker maakt is als ze minder onnodige administratieve lasten hebben en daardoor meer tijd voor hun patiënten. Uit de actiedag van de wijkverpleegkundigen volgt een actieplan dat de belangrijkste knelpunten zal aanpakken. Verder heeft branchevereniging ActiZ een imagocampagne gevoerd om het positieve beeld van het vak van wijkverpleegkundige verder te verspreiden. De onderwerpen arbeidsmarktproblematiek en verminderen van administratieve lasten maken nu al deel uit van het huidige hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en deze zullen ongetwijfeld ook een plek krijgen in het nieuwe hoofdlijnenakkoord. En gezamenlijk dragen deze onderwerpen er ook aan bij dat de werkdruk van de wijkverpleegkundige zal verminderen hetgeen zal bijdragen aan het aantrekkelijker maken van het vak.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dijkema (PvdA) om een reactie op de initiatiefnota van PvdA, GL en SP om de macht van de farmaceutische industrie te doorbreken. U heeft in uw initiatiefnota een groot aantal concrete maatregelen opgenomen op het terrein van toelating, prijs en vergoeding en gebruik van geneesmiddelen en maatregelen om de macht van de farmaceutische industrie te doorbreken. In het Algemeen Overleg Geneesmiddelenbeleid van 22 november jongstleden heb ik toegezegd om de maatregelen zorgvuldig te bezien en u in het eerste kwartaal van 2018 een reactie toe te zenden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkema (PvdA) over het verschil tussen de opbrengsten die het kabinet en het CPB rekenen voor de taakstelling hoofdlijnenakkoorden.

Op basis van het Regeerakkoord is het de bedoeling om met nieuwe hoofdlijnenakkoorden voor de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wijkverpleging een opbrengst te realiseren die oploopt tot € 1,9 miljard vanaf 2021. Uitgangspunt is dat deze financiële opgave gerealiseerd wordt, gekoppeld aan een inhoudelijke agenda.

Het CPB houdt in de doorrekening van het Regeerakkoord vooralsnog vast aan een opbrengst van € 0,9 miljard in 2021 op basis van een doelmatigheidskorting van 1% bij de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en wijkverpleging in combinatie met het macrobeheersinstrument als stok achter de deur.

Het CPB heeft eerder aangegeven dat de besparing verder kan toenemen als partijen erin slagen gerichte afspraken te maken over een verbetering van de doelmatigheid in de zorg, bijvoorbeeld in het kader van hoofdlijnenakkoorden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dijkema (PvdA) over het meldpunt Verspilling in de zorg.

Dit meldpunt is in 2013 in het leven geroepen. Meldingen die hier zijn binnengekomen zijn meegenomen in het Programma 'Aanpak verspilling in de

zorg' dat mijn ambtsvoorgangers in juni 2016 aan de Kamer hebben verzonden. Trapliften waren destijds niet in beeld, het ging vooral om rolstoelen.

De VNG maakte in 2014 een handreiking voor gemeenten (de Handreiking Inkoop hulpmiddelen). Deze bevat een aparte paragraaf over het tegengaan van verspilling. Het gaat dan om hergebruik van hulpmiddelen, het zo efficiënt mogelijk inzetten ervan, poolbeheer bij collectief gebruik, overname in geval van het einde van het contract, onderhoud en reparatie.

Als het gaat om een traplift, dan is hergebruik mogelijk indien die nog aan de veiligheidsvoorschriften voldoet en afhankelijk van de vraag of het rendabel is om deze te hergebruiken. Voor zover sprake is van verkwisting of ander niet efficiënt gebruik van dit hulpmiddel, wil ik samen met de VNG, gemeenten, cliënten en leveranciers bezien hoe we nog een vervolgstap kunnen zetten in het tegengaan van verspilling.

Antwoord van de staatsecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het budget voor 2018 voor Siriz en Fiom op basis van de bedragen in 2017 en daar bovenop duidelijkheid over de besteding van de extra middelen die vrijgemaakt worden voor het dossier onbedoelde (tiener)zwangerschappen. Fiom, Siriz, Rutgers kunnen inderdaad conform de toezegging van de vorige staatssecretaris een subsidieaanvraag indienen voor 2018 voor hetzelfde budget als in 2017. De middelen heb ik hiervoor op de begroting voor deze partijen gereserveerd. De aanvragen van Siriz en Fiom zal ik welwillend op de inhoud beoordelen.

In januari ga ik om de tafel met veldpartijen om over de inzet op het dossier en de in het Regeerakkoord genoemde middelen voor onbedoelde (tiener)zwangerschappen te spreken. Na verdere uitwerking van de middelen die in het Regeerakkoord gereserveerd zijn voor onbedoelde zwangerschappen, zal ik u informeren over mijn inzet op dit dossier.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het streven naar een rookvrije generatie. Het bevorderen van een rookvrije generatie is een prioriteit van dit kabinet. Dit kabinet werkt ook aan een preventieakkoord met een focus op roken en overgewicht. Jongeren roken steeds minder, steeds meer scholen en speeltuinen worden rookvrij gemaakt en steeds meer zorgprofessionals zijn actief als het gaat om stoppen met roken. Dit proces wil het kabinet verder versterken, in nauwe samenwerking met zorgprofessionals en maatschappelijke organisaties, zoals de Alliantie Nederland Rookvrij. Mijn inzet is dat het preventieakkoord met een groot aantal partijen hier een stevige impuls aan geeft. Ik streef ernaar het preventieakkoord voor de zomer van 2018 te sluiten. Daarnaast wordt de accijns op tabaksproducten deze periode verhoogd. Er komt deze kabinetsperiode ook een uitstalverbod voor verkooppunten, een verbod op aantrekkelijke pakjes voor tabaksproducten en schoolterreinen zijn vanaf 2020 rookvrij.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over een actieplan suïcidepreventie.

VWS is met 113Zelfmoordpreventie in overleg om tot een gedegen verdere intensivering van suïcidepreventie te komen. Een plan hiervoor wordt begin 2018 verwacht, waarbij zowel ingezet zal worden op intensivering van de geboden hulp als verdieping en verbreding van verschillende specifieke trajecten waaronder de regionale aanpak suïcidepreventie (Supranet Community). Ik zal u hierover in het begin van 2018 verder informeren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over hoe de minister ervoor gaat zorgen dat het beschikbare geld, zoals is afgesproken in het bestuurlijk akkoord met de huisartsen, beschikbaar blijft voor de aanpak van knelpunten en beter nog ook daadwerkelijk wordt ingezet. In het hoofdlijnakkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 hebben partijen afgesproken om te investeren in de huisartsenzorg. Doel is om de toenemende vraag aan zorg beter op te kunnen vangen en de samenwerking te bevorderen. De investeringen moeten terecht komen bij het praktijkmanagement, de avond/nacht/weekend-zorg, ouderenzorg, achterstandswijken en in de organisatie en infrastructuur. Afgesproken is dat zorgverzekeraars zich samen met huisartsen in 2018 zullen inzetten om hier lokaal en regionaal afspraken over te maken. Hiervoor is in het hoofdlijnakkoord een groeipercentage van maximaal 2,5% overeengekomen. Op dit moment is de contractering van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor 2018 nog in volle gang. Begin november is in een bestuurlijk overleg nogmaals afgesproken dat de gemaakte afspraken in het hoofdlijnakkoord niet vrijblijvend zijn. Met partijen uit het akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is afgesproken om begin van 2018 te bespreken hoe de landelijke afspraken vertaald zijn naar lokale contractafspraken. De lessen die hieruit getrokken worden zullen input zijn voor het nieuwe hoofdlijnakkoord 2019.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over positieve gezondheid. Het is mijn inzet dat gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener de standaard is in de zorg. Ik vind dat hierbij niet alleen moet worden gekeken naar fysieke levensuitdagingen, zoals de aan- of afwezigheid van ziekte. Voor de kwaliteit van leven van patiënten zijn ook andere aspecten van belang, aspecten die mede worden bepaald door de persoonlijke omstandigheden van die patiënt. Ook de afspraken tussen zorgverlener en zorgverzekeraar moeten nog veel meer gericht zijn op uitkomsten die voor patiënten van belang zijn. Het is daarom mijn voornemen dat over vijf jaar voor de helft van de ziektelast uitkomstinformatie beschikbaar is. Hiermee kunnen patiënten en zorgverleners beter samen beslissen over de behandeling en kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken die meer gericht zijn op kwaliteit. Het is mijn inzet dat hierover ook afspraken worden gemaakt in de hoofdlijnenakkoorden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg.

In het Regeerakkoord is extra geld uitgetrokken voor de (organisatie) van palliatieve zorg. Over de exacte besteding van de middelen moet nog definitieve besluitvorming plaatsvinden. Na besluitvorming wordt u hierover zo spoedig mogelijk geïnformeerd. Op hoofdlijnen kan ik u meedelen dat ik de organisatie, kwaliteit en bekendheid van palliatieve zorg wil versterken, alsmede een impuls wil geven aan de inzet van vrijwillige palliatieve zorg. Ik heb daarbij ook zeker aandacht voor het recent ontwikkelde kwaliteitskader palliatieve zorg.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het manifest 'Waardig ouder worden'.

Ik vind het heel belangrijk dat het manifest 'Waardig ouder worden' ter hand wordt genomen, zoals in het Regeerakkoord is vermeld. Ik heb de thema's bestrijding van eenzaamheid, herwaardering van ouderdom, passende woonvormen en de begeleiding van mensen met levensvragen expliciet benoemd in mijn brief over het 'Pact voor de Ouderenzorg'. Ook ga ik in mijn brief in op langer thuis kunnen blijven wonen en verpleeghuiszorg. De verschillende opgaven

uit het Regeerakkoord vragen een verschillende aanpak: bij de opgave voor palliatieve zorg of voor eenzaamheid zijn bijvoorbeeld andere partijen betrokken. Om ervoor te zorgen dat een en ander adequaat kan worden uitgewerkt, volgt een separate aanpak. Daarbij zal ik uiteraard wel het integrale beeld in de gaten houden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de organisatie en samenhang van de palliatieve zorg.

In het Regeerakkoord is extra geld uitgetrokken voor de (organisatie) van palliatieve zorg. Over de exacte besteding van de middelen moet nog definitieve besluitvorming plaatsvinden. Na besluitvorming wordt u hierover zo spoedig mogelijk geïnformeerd. Op hoofdlijnen kan ik u meedelen dat ik de organisatie, kwaliteit en bekendheid van palliatieve zorg wil versterken, alsmede een impuls wil geven aan de inzet van vrijwillige palliatieve zorg. Ik heb daarbij ook zeker aandacht voor het recent ontwikkelde kwaliteitskader palliatieve zorg. Het is evident dat ik hierbij ook de kennis en ervaring van professionals en vrijwilligers betrek. Ik wil daarbij in ieder geval de huidige Stuurgroep Palliatieve Zorg die zich buigt over het Nationaal Programma Palliatieve Zorg actief benutten.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over hoe de minister ervoor wil zorgen dat mantelzorg ook integraal deel uit gaat maken van goede zorg.

Naast de formele zorg en ondersteuning aan huis wordt veel zorg geleverd door mantelzorgers en vrijwilligers. Maar liefst 4 miljoen mensen in Nederland zorgen als mantelzorger voor een ander. Zij kunnen veel betekenen, maar hebben soms zelf ook ondersteuning nodig. Ik wil daarom met gemeenten en andere betrokken partijen concrete afspraken maken hoe de € 10 mln in het Regeerakkoord voor respijtzorg en dagopvang gericht ingezet worden ten behoeve van mantelzorgers. Deze afspraken maken ook onderdeel uit van de voornemens uit het Pact voor de ouderenzorg en Langer Thuis. De exacte besteding van de middelen moet nog nader worden uitgewerkt. U wordt hierover in de eerste helft van 2018 geïnformeerd.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over een thematisch onderzoek naar bereikbaarheid en vergoeding van geestelijke verzorging is.

De kennissynthese die ZonMW heeft uitgevoerd ten aanzien van de geestelijke verzorging<sup>4</sup> en het onderzoeksvoorstel dat de landelijke beroepsvereniging Vereniging voor Geestelijke Verzorgers aan het formuleren is over eigen financieringsgrond van geestelijke verzorging, maakt een extra thematisch onderzoek door de IGJ i.o. of NZA niet nodig. Tevens heb ik met de NZa rondetafelgesprekken in voorbereiding om knelpunten in de bekostiging aan te pakken. Geestelijke verzorging krijgt daarin ook een plek. Dat gebeurt in het eerste kwartaal van 2018. De IGJ i.o. heeft mij gemeld dat er geen signalen zijn binnen gekomen over onvoldoende bereikbaarheid van de geestelijke verzorging en dat zij het onderwerp meeneemt in het kader van het toezicht op de persoonsgerichte zorg.

Ik apprecieer de motie op een 3 en laat de keuze aan de Kamer.

---

<sup>4</sup> <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/kennissynthese-geestelijke-verzorging/>



Wanneer de Kamer zou aandringen op een (thematisch) onderzoek ten aanzien van de beschikbaarheid en vergoeding van de geestelijke verzorging vat ik dit op als een onderzoek dat ik kan laten doen door de NZa of ZonMW waarbij ik de ervaringen van de IGJ i.o. zal betrekken.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de stand van zaken van de werkgroep voor meervoudig complex gehandicapte kinderen.

Op 7 september jl. is de werkgroep 'Wijzienjewel' van start gegaan. In eerste instantie wordt bij acht gezinnen met een kind met zeer ernstige meervoudige beperking de situatie in kaart gebracht, waarbij zo mogelijk direct wordt geholpen bij het oplossen van knelpunten. Vervolgens zal de werkgroep de verbeteringen daar waar mogelijk vertalen naar generieke oplossingen dan wel aanbevelingen voor een bredere groep.

De werkgroep kent een looptijd van twee jaar. Naar verwachting zal ik u in het voorjaar 2018 informeren over de eerste uitkomsten. De uitkomsten van deze werkgroep zal ik meenemen bij de vormgeving van meer maatwerk in de Wlz-zorg thuis.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de bekostiging van koosjere maaltijden als onderdeel van de component verblijf bij Wlz-zorg.

Aanbieders die Wlz-zorg leveren, krijgen een integraal tarief voor de componenten woonzorg, dagbesteding, behandeling en verblijf. Voeding maakt daarbij onderdeel uit van de component verblijf. Er zijn geen specifieke bekostigingsregels voor de vergoeding van maaltijdverstrekking volgens religieuze gebruiken. Ik vind het erg belangrijk dat cliënten oud kunnen worden in een omgeving die aansluit bij de manier waarop zij in het leven willen staan. Aanbieders hebben daarom de vrijheid om zelf te besluiten hoe zij de financiële middelen willen besteden. Zorgcentra hebben dus ook de ruimte om meer nadruk te leggen op de maaltijdverstrekking. Daarbij geldt dat via de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, is geregeld dat zorgaanbieders zorg, eten en drinken moeten leveren, passend bij de reële behoefte van de cliënt. Bovendien hebben cliëntenraden op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) verzwaaard adviesrecht over het eten en drinken, zodat dit aansluit bij specifieke behoeften van de bewoners in een instelling.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de zorgval.

Met de hervorming van de langdurige zorg is de verpleging en verzorging voor mensen die thuis wonen onder de Zvw komen te vallen. Deze wijkverpleging is er juist voor bedoeld om mensen langer thuis te laten wonen met passende zorg. Als iemand is aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht, biedt de Wet langdurige zorg een integraal pakket aan zorg. Als de cliënt dat wenst gaat deze zorg gepaard met verblijf in een instelling, maar de zorg kan in veel gevallen ook thuis worden verleend.

De overgang vanuit de Zvw/Wmo naar Wlz-zorg in de thuissituatie levert soms problemen op. Zoals in het artikel van Trouw en in de uitzending van De Monitor werd aangegeven, komt het voor dat mensen bij een overgang naar Wlz juist minder verpleging thuis ontvangen dan onder de Zvw het geval was. Dit gaat in tegen de verwachting dat mensen juist Wlz-zorg gaan ontvangen omdat er steeds

meer zorg nodig is. Bovendien geldt in de Wlz een eigen bijdrage die hoger kan uitpakken dan mensen gewend waren.

Ik ben me er van bewust dat het probleem van de zorgval bestaat en dat deze niet goed is uit te leggen aan de cliënt en hun naasten. Voor mij staat voorop dat mensen de juiste zorg op de juiste plek moeten ontvangen, of dat nu vanuit de Zvw/Wmo is of vanuit de Wlz. Ik doe onderzoek naar de omvang van de zorgval. Daarnaast zal ik een verkenning doen naar mogelijke maatregelen om de zorgval te voorkomen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het ondersteunen van experimenten in het kader van de sociale benadering van bijzonder hoogleraar Anne-Mei The.

Ik vind de sociaal psychologische interventies waar hoogleraar Anne-Mei The over schrijft veelbelovend; door hierin te investeren wordt bijgedragen aan de levenskwaliteit én kunnen onnodige medische kosten worden uitgespaard. Ik ben daarom bereid om – in samenhang met het programma 'Dementiezorg voor elkaar' – te onderzoeken hoe ik experimenten met het verbinden van zorg en welzijn volgens de sociale benadering kan ondersteunen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over euthanasie bij psychiatrische patiënten, de deskundigheid van de RTE's hierin en de herziening van de richtlijn van de NVvP. De RTE's (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie) zijn zich bewust van deze vraag en hebben er recent voor gezorgd dat er twee psychiaters zitting hebben in een toetsingscommissie euthanasie.

De komende tijd zal ik het evaluatierapport van de euthanasiewet grondig bestuderen, om een standpunt over de verschillende uitkomsten op te stellen, waaronder euthanasie bij psychiatrisch patiënten en de toetsingpraktijk.

Hiertoe zal ik in gesprek gaan met de beroepsgroep van psychiaters, maar ook met de RTE's. Het kabinetsstandpunt op de wetsevaluatie zal naar verwachting in de eerste helft van 2018 aan uw Kamer gestuurd worden.

De richtlijn van de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) uit 2009 wordt momenteel herzien. Deze herziening wordt uitgevoerd door de NVvP zelf en zij geven aan dat de nieuwe richtlijn naar verwachting in het eerste kwartaal van 2018 zal verschijnen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de maatschappelijke diensttijd. De maatschappelijke diensttijd moet bevorderen dat iedere jongere de mogelijkheid heeft om via maatschappelijke projecten bij te dragen aan de samenleving. Hierbij krijgen jongeren de ruimte zichzelf te ontplooiën en hun talenten (verder) te ontwikkelen. Om de maatschappelijke diensttijd tot een succes te maken is het nodig voortdurend aan te sluiten bij het perspectief van de jongere zelf. Via een interactief proces willen we bij jongeren een beweging op gang brengen. Dit doe ik in nauwe samenwerking met mijn collega's van OCW, SZW, de VNG/gemeenten en een groot aantal maatschappelijke organisaties, zoals vrijwilligerskoepel NOV, de Nationale Jeugdtraject, Young Impact en vele anderen en – niet in de laatste plaats – met jongeren zelf.

In januari en februari 2018 vinden focusgroepen en een werkconferentie met alle betrokken partijen plaats. In gezamenlijkheid maken we een ontwerpschets van de maatschappelijke diensttijd. Het is mijn ambitie dat in het voorjaar een ontwerpschets van de maatschappelijke diensttijd gereed is. Vervolgens ben ik van plan pilots te ontwikkelen en starten naar verwachting na de zomer de eerste trajecten.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over de brandbrief van longartsen en het Longfonds over luchtvervuiling.

De brandbrief van longartsen en het Longfonds waarin ze aangeven dat luchtvervuiling veel gezondheidsklachten veroorzaakt is verontrustend maar ook bekend. Het is dan ook niet voor niets dat Nederland veel aandacht besteedt aan luchtkwaliteit en wetgeving heeft op dit terrein. Ik verwijs u voor nadere uitleg van de wetgeving inzake luchtkwaliteit en fijnstof naar mijn collega van het ministerie van I&W.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over de resultaten van het preventiebeleid in de afgelopen kabinetsperiodes. Er is in de afgelopen kabinetsperiodes veel gedaan en bereikt op preventiebeleid. De bevolkingsonderzoeken naar kanker, het rijksvaccinatieprogramma en de neonatale hielprikscreening hebben tot aanzienlijke gezondheidswinst geleid. Verder zijn de afgelopen jaren diverse programma's in gang gezet waarbij ik met name de gemeenten wil noemen die hierin hun rol pakken om in hun wijken preventiebeleid gericht in te zetten. Ik wil een aantal zaken noemen, zonder te pretenderen volledig te zijn. In de eerste plaats wordt met een groot aantal gezondheidsprogramma's, Gezonde School, Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), Gezond in de stad (GIDS) in gemeenten met een op de wijk gerichte aanpak preventiemaatregelen uitgevoerd. In de gemeente Amsterdam is met aantoonbaar resultaat het aantal jongeren met overgewicht met 12% gedaald. In de tweede plaats is met meer dan 300 pledges en ruim 2100 partners de maatschappelijke beweging 'Alles is gezondheid...' op stoom. Dit programma wordt de komende jaren voortgezet. In de derde plaats is er in diverse gemeenten een samenwerking met zorgverzekeraars op het gebied van preventie zodat er een breder scala aan preventiemaatregelen kan worden aangeboden.

Dit alles laat onverlet dat het mijn ambitie is om nog meer resultaten te boeken met preventie. Het preventieakkoord is daarbij een belangrijke manier om het commitment en inzet van partijen te intensiveren.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over dat overconsumptie van vlees is slecht voor volksgezondheid, milieu, klimaat en biodiversiteit.

De Gezondheidsraad adviseert over voedingsmiddelen en -patronen die leiden tot gezondheidswinst. Een van de adviezen is om de consumptie van rood vlees en met name bewerkt vlees te beperken. Op basis hiervan adviseert het Voedingscentrum dat onbewerkt mager vlees in een gezond eetpatroon past. Maar het eten van te veel vlees brengt risico's voor de gezondheid met zich mee. Rood en met name bewerkt vlees zoals vleeswaren worden in verband gebracht met beroerte, diabetes type 2 en kanker. In de Schijf van vijf heeft het Voedingscentrum bij het advies voor vleesconsumptie ook rekening gehouden met duurzaamheid. Vlees heeft een hoge milieu-impact. Vooral rood vlees (rund, varken, geit en schaap) is belastend voor het milieu. Daarom stimuleert het Voedingscentrum rood en bewerkt vlees te vervangen door plantaardige eiwitten zoals peulvruchten, ongezoeten noten of ei.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over het belang van gezond en duurzaam eten op scholen, sport- en zorginstellingen. Ik vind een gezond voedingspatroon, waarin ruimte is voor gezonde *en* duurzame voeding, van groot belang. De omgeving heeft hierop een

grote invloed. Het is daarom belangrijk dat plekken waar kinderen en volwassenen veel aanwezig zijn, zoals scholen, sportverenigingen en zorginstellingen, de gezonde keuze aanbieden. Via programma's als Gezonde School en Team Fit worden dergelijke plekken steeds gezonder. Inmiddels heeft bijvoorbeeld een derde van alle schoolkantines een gezond aanbod. Deze stijgende lijn wil ik doorzetten: in het onderwijs, in sportverenigingen en in zorginstellingen. Dit thema zal in het te sluiten preventieakkoord ook een plek krijgen.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over belang van borstvoeding en het faciliteren dat moeders optimaal gestimuleerd worden. Ik ben het met u eens dat borstvoeding de beste voeding is voor een pasgeboren baby. Flesvoeding is een goed alternatief als de moeder geen borstvoeding (meer) kan geven. Flesvoeding mag op geen enkele wijze als alternatief voor borstvoeding gepromoot worden. Pasgeboren baby's behoren tot de meest kwetsbare groep consumenten. Uiteindelijk is het de keus van de moeder om te beslissen borstvoeding te geven.

Het Voedingscentrum informeert moeders en zorgprofessionals over het belang van borstvoeding. Samen met het Platform Borstvoeding en via de Landelijke Borstvoedingsraad richt het Voedingscentrum zich op het ondersteunen van moeders die gekozen hebben om borstvoeding te geven zodat zij zolang borstvoeding geven als zij van plan waren.

Er is een multidisciplinaire richtlijn borstvoeding opgesteld die zorgverleners ondersteunt bij de begeleiding van moeders. De richtlijn wordt door een groot aantal beroepsverenigingen onderschreven.

Het Voedingscentrum heeft een beeldmerk 'voeden kan hier' in het leven geroepen om de acceptatie van borstvoeding geven in het openbaar te bevorderen. Hiermee geven openbare gelegenheden aan dat vrouwen die de borst geven welkom zijn. Gemeenten met veel locaties met dit beeldmerk krijgen de titel 'borstvoedingsvriendelijk'.

In de Arbeidsomstandighedenwet en de Arbeidstijdenwet is geregeld dat een moeder haar kind tijdens de eerste 9 maanden onder werktijd borstvoeding mag geven of mag kolven. Werkgevers zijn verplicht om de tijd die de werknemer gebruikt voor het geven van borstvoeding of om te kolven te betalen. De werkgever is verplicht om een schone, afsluitbare ruimte beschikbaar te stellen. Als het lastig is borstvoeding en werk te combineren, kan de moeder hulp vragen aan een lactatiedeskundige.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over wettelijke norm van groen in de leefomgeving. Ik onderschrijf dat groen in steden en dorpen van belang is voor de gezondheid en het welzijn van mensen. Het is belangrijk dat mensen bewegen en het helpt als hun woon- en leefomgeving daartoe uitnodigt. Gemeenten zijn zich ook zeer bewust van het belang van groen voor een gezonde leefomgeving en hebben het wettelijke instrumentarium om daar invulling aan te geven en de belangen van gezondheid te wegen ten opzichte van alle andere zaken als veiligheid en economische ontwikkeling. Zij bereiden zich bovendien voor op de Omgevingswet waarin gezondheid ook als onderdeel van het afwegingskader is opgenomen.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over kidsmarketing, of het past in het preventiebeleid en of de staatssecretaris bereid is met dwingende wetgeving te komen. Voedingsreclame heeft invloed op het koop- en eetgedrag. In de Reclamecode voor Voedingsmiddelen (RvV) zijn afspraken gemaakt wat wel toelaatbaar wordt geacht

en wat niet. Artikel 8 en verder van de RvV ziet toe op specifiek de marketing die gericht is op kinderen. Het is belangrijk, ook voor de preventie van ongezond eetgedrag, dat de afspraken uit de RvV worden nageleefd. De afgelopen maanden heeft onderzoeksbureau Panteia de naleving van de afspraken gemonitord. Dit onderzoeksrapport zal ik u in januari 2018 doen toekomen, waarbij ik mijn beleid op dit onderwerp nader zal toelichten en in zal gaan op de toezegging van de Federatie Nederlandse Levensmiddelen Industrie (FNLI) om te onderzoeken of het mogelijk is extra afspraken te maken in de RvV om 'licensed media characters' op voedingsproducten voor kinderen te beperken.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over het altijd mee kunnen nemen van een huisdier naar een instelling.

Het houden van een huisdier kan belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van een oudere en het is verdrietig als iemand van zijn of haar huisdier gescheiden wordt doordat het dier niet mee kan naar een verpleeghuis. Omdat bij het bieden van goede zorg de wensen en behoeftes van een cliënt centraal zouden moeten staan, vind ik dat verpleeghuizen zich moeten inspannen om het meenemen van een huisdier mogelijk te maken. Tegelijkertijd begrijp ik dat dit niet altijd mogelijk is, bijvoorbeeld vanwege het effect op andere bewoners of de huisvestingssituatie. Het is raadzaam dat ouderen die naar een verpleeghuis gaan dit aspect meenemen bij de keuze voor een verpleeghuis en het gesprek aangaan met de instelling over wat wel en niet mogelijk is, eventueel met hulp van mantelzorgers of vrijwilligers.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Arissen (PvdD) over de stapeling van de zorgkosten, bijvoorbeeld bij het betalen van advieskosten aan de apotheker bij de verstrekking van medicatie. Bij het ophalen van een geneesmiddel bij de apotheek, betaal je naast de prijs van het geneesmiddel ook voor de farmaceutische zorgverlening van de apotheek. Voordat een geneesmiddel aan een patiënt wordt verstrekt, controleert het apotheekteam of het geneesmiddel bij de patiënt past, of de dosering klopt, of er geen wisselwerkingen optreden met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt, en wordt praktische informatie aan de patient verstrekt. Hiervoor betaal je per geneesmiddel standaard terhandstellingkosten. Bij de start van het gebruik van een geneesmiddel zijn de risico's hoger en is er extra aandacht nodig voor de patiënt. Als patiënt betaal je dan nog extra kosten voor een terhandstelling inclusief begeleidingsgesprek. Ik ondersteun een veilig en effectief gebruik van geneesmiddelen. Daarom betalen patiënten voor het leveren van verantwoorde farmaceutische zorg.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het samen met de minister van Buitenlandse Zaken aanklaarten van de te hoge prijzen voor medicijnen. Wat mevrouw Sazias vraagt doe ik al. Zie bijvoorbeeld het initiatief op gezamenlijke inkoop door België, Nederland, Luxemburg en Oostenrijk. In mijn recente voortgangsbrief geneesmiddelenbeleid van 16 november 2017 (Kamerstukken II, vergaderjaar 2017-2018, 29477 nr. 452) ben ik hier uitvoeriger op ingegaan, hier herhaal ik een passage uit deze brief: *"Nederland heeft tijdens het EU voorzitterschap een prioriteit gemaakt van geneesmiddelen samenwerking op politiek- en beleidsniveau tussen lidstaten. De actiepunten in de Raadsconclusies van juni 2016 zijn daar uit voortgekomen. Ik blijf me samen met de roulerende EU voorzitters inspannen om aan deze actiepunten verdere uitwerking te geven."*

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het verschil tussen de opbrengsten die het kabinet en het CPB rekenen voor de taakstelling hoofdlijnenakkoorden.

Op basis van het Regeerakkoord is het de bedoeling om met nieuwe hoofdlijnenakkoorden voor de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wijkverpleging een opbrengst te realiseren die oploopt tot € 1,9 miljard vanaf 2021. Uitgangspunt is dat deze financiële opgave gerealiseerd wordt, gekoppeld aan een inhoudelijke agenda.

Het CPB houdt in de doorrekening van het Regeerakkoord vooralsnog vast aan een opbrengst van € 0,9 miljard in 2021 op basis van een doelmatigheidskorting van 1% bij de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en wijkverpleging in combinatie met het macrobeheersinstrument als stok achter de deur.

Het CPB heeft eerder aangegeven dat de besparing verder kan toenemen als partijen erin slagen gerichte afspraken te maken over een verbetering van de doelmatigheid in de zorg, bijvoorbeeld in het kader van hoofdlijnenakkoorden.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over meer bewegen of gymlessen op school. Beweegonderwijs of gymlessen op school valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media. Vanuit VWS wordt er aandacht gevraagd voor het laten bewegen van leerlingen tussen de lessen door en tijdens de les. Dit sluit ook aan bij de doelstellingen uit het programma Gezonde School. Het onderwerp bewegen zal daarnaast een thema zijn in het preventieakkoord.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over ondervoeding bij ouderen. Ondervoeding bij ouderen komt helaas veel voor. Het is belangrijk dat ouderen zelf en familieleden en verzorgers ondervoeding tijdig herkennen, weten wat ze hieraan kunnen doen en hiermee zelf aan de slag gaan. Op verzoek en met financiering van het ministerie van VWS heeft de Stuurgroep Ondervoeding het project 'Goed gevoed ouder worden' uitgevoerd. De resultaten van de afgeronde projecten zijn via de website van de stuurgroep opvraagbaar. Ook het Voedingscentrum verspreidt informatie richting het publiek en zorgprofessionals. Met deze kennis kunnen organisaties, ouderen zelf, verwanten, professionals etc. zelf ook bewust met voeding en ondervoeding omgaan.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over op welke manier middelen vrij gemaakt worden voor eenzaamheidsbestrijding. Ik zet me er de komende tijd hard voor in eenzaamheid onder ouderen te verminderen. Dit doe ik in het kader van het 'Pact voor Ouderenzorg', waarin ik me richt op de verpleeghuiszorg, zorg voor ouderen die langer thuis wonen en eenzaamheid. In de brief die ik uw Kamer hierover afgelopen week stuurde heb ik de hoofdlijnen daarvan uiteengezet. Uiteraard zet ik de middelen uit het Regeerakkoord hier zo goed mogelijk voor in. Ik spreek voor de aanpak eenzaamheid met veel partijen en kom met een programma. Ik breng u daar dit voorjaar van op de hoogte.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over wat de minister gaat doen aan het bericht dat de aanvullende verzekering in gevaar dreigen te komen. De Nederlandsche Bank (DNB)

concludeert dat de aanvullende verzekering verlieslatend dreigt te worden en daarom in deze vorm op termijn kan verdwijnen. Wat we niet moeten vergeten, is dat we in Nederland al een heel ruim basispakket hebben. De huisarts, acute zorg, het ziekenhuis, medicijnen, wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg, kraamzorg, noem maar op. Dat zit allemaal in het basispakket. Aanvullende verzekeringen zijn echt aanvullend, de overheid gaat daar niet over. DNB constateert dat mensen steeds kritischer worden en alleen verzekeren wat zij echt nodig hebben. Dit kan ook steeds gemakkelijker, door alle vergelijkingssites. Ik vind het prima dat mensen goed kijken of ze aanvullende verzekeringen wel echt nodig hebben. Maar als alleen zorg verzekerd wordt die ook daadwerkelijk geconsumeerd wordt, is de consequentie natuurlijk wel dat ofwel de premie van de aanvullende verzekeringen omhoog gaan, ofwel de pakketten kleiner worden tegen dezelfde prijs. Daarmee wordt de uitgebreide aanvullende zorg minder toegankelijk. Zie voor nadere toelichting de commissiebrief van 11 december jongstleden inzake reactie op bericht 'Einde aanvullende verzekering dreigt'. Hoewel de zorgverzekeraars zelf over de aanvullende verzekeringen gaan wil ik de signalen serieus nemen en ik zal deze nader analyseren. Hierop kom ik volgend jaar bij uw Kamer terug.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het buiten de bezuiniging houden van de wijkverpleging.

Zoals opgenomen in het Regeerakkoord zijn wij voornemens opnieuw hoofdlijnenakkoorden te sluiten in de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wijkverpleging met een totale opbrengst die oploopt tot € 1,9 miljard per jaar vanaf 2021.

De Kamer heeft motie Asscher (TK, vergaderjaar 2017-2018, 34 700, nr. 38) over het niet bezuinigen op de wijkverpleegkundigen kamerbreed aanvaard. Deze motie zal betrokken worden bij de invulling van de nieuwe hoofdlijnenakkoorden en de gesprekken die wij hierover met de sectoren voeren.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over marktwerking in de zorg en maatregelen die het kabinet wil nemen. In het Regeerakkoord is afgesproken dat het huidige stelsel met private zorgaanbieders en –verzekeraars onder publieke randvoorwaarden in stand wordt gehouden en dat maatregelen worden genomen om het stelsel waar nodig te verbeteren. In het Regeerakkoord staan ook enkele maatregelen toegelicht die het kabinet in dat verband voornemens is te nemen. Het gaat bijvoorbeeld om het stimuleren van gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen via participatie of loondienst, zodat wordt bevorderd dat raad van bestuur en medisch specialisten dezelfde doelstellingen nastreven. Daarnaast is van belang dat de (toepassing van de) mededingingsregels keuzemogelijkheden beschermt en tegelijkertijd ruimte biedt voor samenwerking die in het belang is van patiënten en verzekerden. Ook wordt ingezet op maatregelen die erop zijn gericht dat niet alleen de prijs maar ook de kwaliteit centraal staat bij de zorginkoop, zoals het vergroten van het inzicht in de kwaliteit van zorg via de ontwikkeling van uitkomstindicatoren.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over fraude met het pgb en waarom het lang duurt voordat er wordt ingegrepen.

Onderzoek naar vermoedens van fraude is vaak complex en tijdrovend. Tegelijkertijd moeten fraudesignalen zorgvuldig worden afgehandeld, ook om te voorkomen dat zorgaanbieders onterecht in het beklagenbankje belanden.

Het toekomst- en fraudebestendig maken van het pgb vraagt om een brede en gedifferentieerde benadering, waarbij zowel wordt ingezet op preventie als op effectieve controle en handhaving. De komende tijd ga ik bezien welke stappen nodig zijn. Ik betrek daarbij de resultaten uit het onderzoek dat mijn ambtsvoorganger heeft uitgezet naar regie en vertegenwoordiging bij het pgb. Ik verwijs hiervoor naar mijn stand van zaken brief over het pgb van 8 december jl<sup>5</sup>.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de preventiecoalitie ouderen. Ik besteed de komende regeringsperiode veel aandacht aan preventie bij kinderen en ouderen. De ouderenbonden zijn bijvoorbeeld ook uitgenodigd bij de rondetafelgesprekken in het kader van het preventieakkoord. Ook wordt er een ouderennetwerk onder 'Alles is gezondheid...' ingericht in nauwe samenwerking met het netwerk Beter Oud. Ik zal u daarover begin volgend jaar uitgebreider informeren.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over dat de vrijblijvendheid er af moet bij leefstijlverbetering. Mijn ambitie is om in het preventieakkoord wederkerige afspraken te maken met partijen. In die zin ben ik het met u eens dat er daarmee minder sprake moet zijn van vrijblijvendheid. U verbindt dit echter aan het wisselend aanbod van gemeenten. Ik wil benadrukken dat gemeenten ruimte nodig hebben als het gaat om preventiebeleid. Want zij moeten maatwerk leveren dat is toegesneden op de problematiek van hun inwoners. Een gevarieerd aanbod is daar het resultaat van. Dit sluit niet uit dat gemeenten van elkaar kunnen leren en aanbod kunnen kopiëren van elkaar.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de ambitie van de minister om op het terrein van aanbestedingen gemeenten te helpen met best practices.

Graag bevestig ik dat ik de ambitie heb om gemeenten op tal van manieren te helpen om tot een betere aanbestedingspraktijk te komen. Best practices zijn een manier om daarin te voorzien, maar er zijn meer methodes. Zoals aangegeven in het Regeerakkoord gaat het kabinet de gemeenten hierbij ondersteunen. Daarbij inventariseren we knelpunten die gemeenten niet zelf kunnen oplossen. Waar deze knelpunten leiden tot de wens om de EU-regelgeving op onderdelen aan te passen, zetten we daarop in.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over valpreventie bij ouderen. Valpreventie bij ouderen is belangrijk en er zijn diverse effectieve interventies voor beschikbaar. Het is belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars afspraken gaan maken over de verantwoordelijkheidsverdeling als het om financiering van valpreventie gaat. Ik heb geld beschikbaar gesteld via de subsidieregeling preventiecoalities om hiermee ervaring op te doen.

Daarnaast onderneemt VeiligheidNL in haar programma Vitaal ouder worden diverse activiteiten rond valpreventie gefinancierd met een subsidie van VWS. Daarin wordt kennis gedeeld en samengewerkt met beleidsmakers en (zorg)professionals die in hun praktijk iets met of aan valpreventie kunnen doen, zoals een gemeente of GGD, praktijkondersteuners en fysiotherapeuten.

---

<sup>5</sup> Kamerstukken II, 2017-2018, 25 657, nr. 296



Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het eventueel inzetten van het macrobeheersingsinstrument als de hoofdlijnenakkoorden niet het verwachte resultaat opleveren.

Het streven van het kabinet is erop gericht dat de hoofdlijnenakkoorden tot stand komen. Mocht dat onverhoopt niet lukken, dan is er sprake van een nieuwe situatie waarin het macrobeheersingsinstrument kan worden ingezet.

Uitgangspunt is juist dat zorg wordt geleverd die nodig is en dat er een gemeenschappelijk belang in is gelegen dat de kosten voor de zorgsector macro gezien beheersbaar blijven zonder dat dat ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Wanneer een patiënt het idee heeft onnodige zorg te hebben ontvangen, dan kan dat met de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en uiteindelijk met de NZa besproken worden.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) of het klopt dat de gecombineerde leefstijlinterventie per 1 januari uit het basispakket wordt vergoed. Dat is volgens planning niet 1 januari van het komend jaar, maar ik richt mij op 1 januari 2019. Momenteel werken diverse partijen hard aan het gereed maken van de regelgeving hiervoor. De ambitie is om in het begin van 2018 de regelgeving hiervoor zoveel mogelijk gereed te hebben zodat partijen voldoende voorbereidingstijd hebben voordat de regelgeving per 1 januari 2019 daadwerkelijk van kracht wordt.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over valboetes. In het mondelinge vragenuur op 7 november 2017 was een bericht aan de orde over het in rekening brengen van kosten bij het (veelvuldig) gebruik van alarmeringen. Ik heb de NZa direct gevraagd om in samenwerking met de brancheorganisaties ActiZ en BTN, een steekproef te doen onder zorgaanbieders. Dit om te weten te komen of meer zorgaanbieders ten onrechte deze bepalingen in hun voorwaarden hebben opgenomen. De NZa heeft begin december deze steekproef afgerond en rapportage uitgebracht. Deze heeft de Tweede Kamer op maandag 11 december ontvangen.

Ik heb de NZa gevraagd zorgaanbieders aan te spreken over de situatie van onterechte bijbetalingen. De NZa zal er bij de aanbieders uit de steekproef die voorwaarden hanteren die strijdig zijn met de aanspraak, op aandringen de voorwaarden alsnog te wijzigen en de onterechte betalingen te corrigeren. De patiënt kan de meldactie van de ANBO – waartoe ik de ANBO heb verzocht - benutten voor het geval er toch nog onterechte betalingen in rekening gebracht worden.

Het Zorginstituut heeft in voorbereiding op de steekproef van de NZa de aanspraak op professionele opvolging van personenalarmering in de Zvw en Wlz nader gedefinieerd. Dat heeft meer duidelijkheid geschapen over verzekerde zorg. De NZa is voornemens een informatiekaart uit te brengen. Hierin zal uitleg over de aanspraak gegeven worden die begrijpelijk is voor patiënten. Bovendien zal uitgelegd worden wat een patiënt kan doen als hij denkt ten onrechte een rekening te hebben gekregen (melden bij NZa of ANBO).

Ik heb ActiZ en BTN op 11 december jl. schriftelijk gewezen op de verheldering van het Zorginstituut en gevraagd actief erop aan te dringen bij hun leden, zorgaanbieders dus, om situaties van onterechte bijbetalingen te herstellen. Ik heb hen gevraagd om:

1. Leden te vragen om situaties te herstellen van onjuiste bijbetalingen.
2. Leden te wijzen op de aanspraak en websites en contractvoorwaarden hierop aanpassen.

3. Transparantie te creëren voor de patiënt door helderheid te scheppen in het aanbod aan personenalarmering.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) of de minister zorgmijding erkent, wat hij hieraan gaat doen en of het structureel loslaten van de koppeling tussen de zorgkosten en het eigen risico een optie is. Er zijn diverse acties en maatregelen genomen om de financiële toegang tot noodzakelijke zorg te borgen:

- De zorgtoeslag compenseert voor lage inkomens grotendeels voor de premie en het eigen risico.
- Specifieke zorgvormen zijn uitgezonderd van het eigen risico. Voorbeelden: huisartsenzorg, wijkverpleging, zorg voor 18-minners, kraamzorg, verloskundige zorg en zorg bij bepaalde chronische ziekten.
- Gemeenten bieden meerkostenregelingen en/of bijzondere bijstand aan mensen met hoge zorgkosten en/of hebben gemeentelijke collectiviteiten (met regelingen voor het eigen risico).
- Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen.
- Zorgverzekeraars kunnen het eigen risico als sturingsinstrument inzetten, waardoor verzekerden voor bepaalde zorg geen eigen risico meer verschuldigd zijn.
- Er is een fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten.

Het Nivel heeft in onderzoek<sup>6</sup> naar zorgmijding objectieve data gebruikt (zoals zorgregistraties en declaratiecijfers). Uit dit onderzoek blijkt dat 3% van de mensen vanwege financiële redenen afziet van een huisartsenbezoek. Dit percentage is de afgelopen jaren niet gestegen. Ook is de stijging van het eigen risico in 2013 niet gepaard gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Uit het onderzoek blijkt voorts dat er ook niet-financiële redenen kunnen zijn voor het mijden van zorg (spontane genezing, angst voor behandeling).

Het kabinet neemt de zorgen van burgers over het betaalbaar houden van de zorgkosten serieus en kiest daarom voor bevrozing van het eigen risico en een pakket aan maatregelen om de stapeling van de eigen bijdragen over de zorgdomeinen (Wmo, Wlz) te beperken. Het kabinet kiest voor het bevroren van het eigen risico op € 385 voor de periode tot en met 2021. Het eigen risico is in deze periode dus losgekoppeld van de stijging van de zorgkosten. Door het Regeerakkoord komt het eigen risico 75 euro lager uit in 2021 dan bij ongewijzigd beleid het geval zou zijn geweest. Of dit in de jaren na 2021 ook gelijk blijft, is een besluit dat een volgend kabinet moet nemen.

Antwoord van de minister van MZS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de brede invoering van het experiment van zorgverzekeraar VGZ om huisartsen kleinere praktijken te laten nemen en hiervan de kosten en baten door te laten rekenen.

Ik acht het van belang dat huisartsen voldoende tijd hebben goede zorg te kunnen leveren aan patiënten. Door de toegenomen zorgvraag kan de tijd die een huisarts voor de patiënt heeft afnemen. In het akkoord met de huisartsen is afgesproken te investeren in de huisartsenzorg en is een groeipercentage van maximaal 2,5% afgesproken om de toenemende zorgvraag op te kunnen vangen. Het is aan de zorgverzekeraar en de huisartsen om te bezien welke knelpunten er in de regio spelen en welke oplossing daarbij passend is. Ik ben bekend met het experiment waar u naar verwijst en ook de positieve resultaten die hier lokaal mee geboekt zijn. Er zijn echter vele manieren om de werkdruk te verlagen bij huisartsen, zo

---

<sup>6</sup> Kamerstuk 29689 nr. 664

kan bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist of physician assistant werkzaamheden van de huisarts overnemen en zien we steeds vaker dat huisartsen zich verenigen in groepspraktijken met een praktijkmanager die allerlei taken uit handen kan nemen. De huisarts heeft hierdoor minder volle spreekuren, waardoor meer tijd is voor complexere/intensievere zorgvragen. Het idee heeft mijn sympathie maar ik wil geen landelijke blauwdruk opleggen. Ik neem dit wel mee in de gesprekken over het hoofdlijnenakkoord. Elke regio heeft zijn specifieke kenmerken en in de regio moet tot een passende oplossing gekomen worden.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over hoe ik aankijk tegen een programma voor het aanbieden van het vaccin tegen gordelroos voor kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld in het kader van een preventieakkoord.

De Gezondheidsraad heeft het via een programma aanbieden van het vaccin niet geadviseerd omdat het beschikbare vaccin onvoldoende werkt en niet voor iedereen geschikt is. Het klopt dat een aantal leden van de commissie daar anders over dacht maar het grootste deel van de experts was het hiermee eens. Op basis daarvan is besloten geen programma in te stellen. Wel heeft het RIVM er voor gezorgd dat beter bekend is dat mensen het vaccin zelf, via hun huisarts, kunnen krijgen. Ik heb begrepen dat er op relatief korte termijn een nieuw vaccin tegen gordelroos op de markt zal komen. Op dat moment vraag ik de Gezondheidsraad opnieuw om een advies.

Overigens is het een misverstand dat gordelroos besmettelijk is. Gordelroos is een uiting op latere leeftijd van een besmetting met waterpokken die iedereen in zijn jeugd al opgelopen heeft.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) of een medicatiebeoordeling veel kan opleveren en standaard vergoed zou moeten worden zonder eigen risico. Medicatiebeoordeling is onderdeel van de basisverzekering. De kosten van een medicatiebeoordeling die onder regie van een apotheker plaatsvindt, vallen in principe onder het eigen risico van de patiënt. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen om voor hun verzekerden medicatiebeoordeling vrij te stellen van het eigen risico.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de compensatie van gemeenten voor de kosten die het abonnementstarief met zich meebrengt. De vormgeving en de uitvoering van het abonnementstarief wordt de komende tijd in overleg met betrokken partijen uitgewerkt. Ik zal uw Kamer hierover nader informeren. Het streven van het kabinet is om de voorhang van het daarvoor benodigde wijzigingsbesluit plaats te laten vinden in de eerste helft van 2018.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de belemmeringen voor een doorbraak bij verpleeghuizen.

In 2018 is er een extra bedrag voor verpleeghuiszorg beschikbaar van € 435 miljoen. Daarmee kunnen er komend jaar 7.000 extra medewerkers fulltime aan de slag in de verpleegzorg. Dit betekent dat er nu al sprake is van een doorbraak. Verpleeghuizen krijgen de ruimte om nieuwe medewerkers aan te trekken die een waardevolle bijdragen kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg voor hun bewoners. De extra middelen zullen na 2018 verder oplopen tot een bedrag van structureel € 2,1 miljard. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 7 december jl.

wil ik de komende periode met alle betrokken partijen komen tot een breed gedragen pact voor de ouderenzorg dat ik de Tweede Kamer in het eerste kwartaal van 2018 zal toezenden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over wanneer mensen een vergunning nodig hebben voor een mantelzorgwoning dan hebben ze daarbij een mantelzorgverklaring nodig, maar sommige gemeenten nemen door artsen opgestelde mantelzorgverklaringen niet aan en eisen extra onderzoek. Zo'n mantelzorgverklaring bestaat wettelijk ook niet. 50Plus vindt dat er een uniform landelijk formulier nodig is waarbij de handtekening van de huisarts volstaat.

Vanuit de Wmo 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk ondersteuning te bieden aan alle mantelzorgers waardoor maatwerk geleverd kan worden. Het vastleggen van mantelzorgtaken in een 'mantelzorgverklaring' of een verklaring via de arts staat maatwerk in de weg. Wensen en behoeften verschillen per mantelzorger en mantelzorger zijn is niet statisch. Een 'mantelzorgverklaring' is de oplossing niet, een goed kader om de juiste afwegingen te maken wel.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) of de extra middelen op de juiste plek terecht. De komende jaren komt er geleidelijk meer geld beschikbaar. Dit geld moet doelmatig worden ingezet voor een betere kwaliteit en niet verloren gaan aan overhead. Meer dan ooit zal intensief worden gestuurd op kwaliteit. Zoals gemeld in mijn brief van 7 december 2017 over het pact voor de ouderenzorg zal ik ook een benchmark ontwikkelen. Over de ontwikkeling en het gebruik van een benchmark wordt u later geïnformeerd. Het is belangrijk dat instellingen zelf weten hoe zij presteren. Daarvoor komt vergelijkende kwaliteitsinformatie beschikbaar. Zorgkantoren kopen in aan de hand van het kwaliteitskader en hebben een faciliterende rol, maar ook de verantwoordelijkheid om zorgaanbieders waar nodig extra te prikkelen of zelfs aan te jagen om uitvoering te geven aan het kwaliteitskader. Met de zorgkantoren zal ik in gesprek gaan om de lat hoger te leggen bij de zorginkoop. Ik zal bovengenoemde kwaliteitsinformatie ook gebruiken bij het monitoren van de voortgang van het verbeterprogramma verpleeghuizen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over hoe het geld de komende jaren ingezet gaat worden en hoe wordt voorkomen dat instellingen die het nu al goed doen worden gestraft voor goed gedrag als extra geld wordt gekoppeld aan verbeterlagen die nog moeten plaatsvinden. De komende jaren komt er geleidelijk meer geld beschikbaar. Dit geld moet doelmatig worden ingezet voor een betere kwaliteit, zodat alle zorgaanbieders gaan voldoen aan de vereisten die zijn opgenomen in het kwaliteitskader zodat alle cliënten verzekerd zijn van goede zorg. Zorgaanbieders die goed gedrag vertonen door goede kwaliteit van zorg te leveren op een doelmatige manier, zijn het voorbeeld voor zorgaanbieders die nog niet zo ver zijn. Zij worden derhalve niet gestraft, maar dienen als voorbeeld.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de overbodige inkoop-, kwaliteits- en verantwoordingseisen die zorginkopers opleggen.

Op 30 maart 2017<sup>7</sup> heeft mijn ambtsvoorganger u geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoeksrapport 'de puzzel afmaken' en de

---

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2016/2017, 29515, nr. 399

beleidsvoornemens die mede daaruit zijn voortgekomen om de inkoop-, facturatie en verantwoordingseisen in het sociaal domein te standaardiseren. Hieraan is uitvoering gegeven door het faciliteren van het programma i-sociaal domein. Dit programma, dat werkt in opdracht van VNG en de branches van aanbieders, ondersteunt gemeenten en aanbieders met het implementeren van standaardwerkwijzen (zoals de iWmo en de iJw standaarden) zodat de vermijdbare uitvoeringslasten worden teruggedrongen. Hierbij wordt uitgegaan van het principe: pas toe of leg uit. Ook heeft mijn ambtsvoorganger aangekondigd om een wetsvoorstel te ontwerpen op basis waarvan regels worden gesteld die kunnen gaan over de wijze van gegevensuitwisseling, de wijze van verantwoording en de administratieve processen en financieringswijzen behorende bij bekostiging. Dit wetsvoorstel stuur ik op korte termijn aan uw Kamer toe.

Mijn ambtsvoorganger heeft uw Kamer<sup>8</sup> tevens geïnformeerd over de inventarisatie van knelpunten rondom de verantwoording-, controle- en toezichtcyclus in de Wlz. Deze concentreren zich rondom de tijdige beschikbaarheid van het nacalculatieformulier en het controleprotocol, overlap tussen productie- en kwaliteitsverantwoording, multi-interpretabele normen controleprotocol en de NZa-portal. De NZa werkt met alle betrokken partijen aan een plan van aanpak. Over het verdere verloop zal ik u jaarlijks informeren met een voortgangsrapportage. Wat betreft de Wlz-zorginkoop hebben de Wlz-uitvoerders hun zorginkoop deels gestandaardiseerd met hun gemeenschappelijk Wlz-zorginkoopdocument dat geldt van 2018-2020. Daarin nemen zij als uitgangspunt voor de zorginkoop het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg en stellen geen andere eisen dan in die kwaliteitskaders opgenomen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over hoe de regering ervoor zorgt dat openbare gebouwen snel toegankelijk worden voor mensen met een beperking.

In navolging van de motie Volp<sup>9</sup> wordt op dit moment door het ministerie van BZK samen met ervaringsdeskundigen, ontwerpende, ontwikkelende en bouwende partijen gewerkt aan een actieplan voor de bouw. Uw kamer wordt hierover binnenkort geïnformeerd door de minister van BZK.

Het Rijk wil op het gebied van de toegankelijkheid van gebouwen bovendien zelf een goed voorbeeld geven. In het kader van het Verdrag en het verbeteren van de fysieke toegankelijkheid werkt de minister van BZK aan de uitvoering van de motie-Voortman<sup>10</sup>. Dit houdt in dat de gebouwen van de Rijksdienst voor alle mensen met een beperking zelfstandig toegankelijk moeten worden. Om dit doel te bereiken is afgesproken dat de minister van BZK in samenwerking met cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking een toegankelijkheidsscan uitvoert in alle ministeriegebouwen en dat op basis daarvan een plan van aanpak wordt opgesteld.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over een minimumprijs voor alcohol. De Schotse invoering van minimumprijzen is een zeer interessante, maar ook behoorlijk forse volksgezondheidsmaatregel. Ik wil daarom eerst zien wat de mogelijke effecten van deze maatregel in Schotland kunnen zijn en zal deze stap dan ook nauwlettend volgen. Het Europese recht laat ruimte voor minimumprijsregelingen wanneer de regeling ruimte laat aan de (buitenlandse) producent om op prijs te

---

<sup>8</sup> Kamerstukken II, 2016/2017, 29.515, nr. 400

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2016/17, 24170, nr. 155.

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2016/17, 34 550 XVIII, nr. 24.

concurreren en de regeling dezelfde invloed heeft op de verhandeling van nationale en buitenlandse producten. De exacte gevolgen van deze uitspraak in het licht van de Europeesrechtelijke eisen vergen een nadere bestudering.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over mantelzorg en vrijwilligers in de zorg.

Uit de SCP rapportage 'de Sociale Staat van Nederland' blijkt inderdaad dat het percentage vrijwilligers dat zich inzet voor burens, bejaarden en gehandicapten het laatste jaar iets gedaald lijkt te zijn. Ik heb geen duidelijke verklaring voor deze daling. Wellicht heeft de daling betrekking op het feit dat steeds meer vrijwilligerswerk in ongeorganiseerd verband plaatsvindt en het SCP enkel vrijwilligerswerk in georganiseerd verband meet. Een andere mogelijke verklaring is dat bij een deel van de vrijwilligers sprake is van overbelasting. Ik zal het gesprek met vrijwilligersorganisaties aangaan om deze ontwikkeling beter te kunnen duiden en in te schatten of sprake is van een tijdelijke daling of een structurele trend.

Gemeenten zijn primair verantwoordelijk om invulling te geven aan lokaal vrijwilligerswerkbeleid en het stimuleren van vrijwillige inzet. De komende kabinetsperiode zal ik mij inzetten om zo gunstig mogelijke randvoorwaarden voor vrijwilligers te creëren. Zo zal ik in kaart brengen op welke wijze gemeenten invulling geven aan lokaal vrijwilligerswerkbeleid en welke maatregelen zij eventueel kunnen nemen om vrijwilligers – ook in de zorg en ondersteuning – te ontlasten. Tevens zal ik mij inzetten om onnodige belemmeringen in wet- en regelgeving voor vrijwilligers en mantelzorgers weg te nemen.

In reactie op uw vraag dat vrijwilligerswerk en mantelzorg fiscaal negatief uitpakt reageer ik als volgt. Bij integraal beleid gaat het erom dat we mantelzorg meer inclusief, vanuit een levensbrede context benaderen. Dat vraagt onder meer om verdere aandacht voor de combinatie van mantelzorg en werk. Om het combineren van werk en (mantel)zorg beter mogelijk te maken zijn de regelingen voor kort- en langdurig zorgverlof verruimd. Ook de Wet flexibel werken stelt mantelzorgers beter in staat om werk en zorg te combineren. Maar ik zie ook dat veel mantelzorgers niet weten waar ze recht op hebben dus het is van belang om daar ook komend jaar aandacht voor te vragen. Daarbij wil ik er graag op wijzen dat de ondersteuning van de mantelzorger niet alleen financieel of fiscaal gericht hoeft te zijn maar juist ook kan bestaan uit het verlichten van zorgtaken, die indirect ook kosten voor de mantelzorger kunnen verlichten. Daarom zal ik inzetten op een aantal lijnen:

- Inzetten op preventie van overbelasting verbeteren.
- Bij gemeenten aandacht vragen voor investeringen in de (lokale) ondersteuningstructuur voor mantelzorgers.
- Bij- en nascholing van professionals gericht op beter ondersteunen en meer oog hebben voor mantelzorgers.
- E-health producten ontwikkelen en gemeenten aansporen deze in te zetten.
- Sturen op gerichte investering in respijtzorg bij gemeenten en verzekeraars (meer volume, tijdig en goede kwaliteit, ook bevorderen nieuwe vormen naast traditionele kortdurend verblijf in een instelling)
- Bij gemeenten wijzen op de plicht om in het onderzoek naar ondersteuningsbehoeften mantelzorgers expliciet naar draagkracht en -last te vragen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het formuleren als beleidsdoelstelling dat het aantal noodsituaties omlaag wordt gebracht.

De situaties van nood, waarin afbreking van de zwangerschap aan de orde kunnen komen, zijn individueel bepaald. Omdat zoveel factoren daarbij een rol spelen zijn deze situaties veelal ook zeer uiteenlopend van aard. Wat een noodsituatie precies inhoudt is aan de vrouw om te bepalen. De wetgever heeft dit bewust open gelaten.

Het kabinet vindt preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen belangrijk. In januari ga ik met betrokken veldpartijen in gesprek over de inhoudelijke invulling en financiële middelen uit het Regeerakkoord voor het dossier onbedoelde (tiener)zwangerschappen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over wanneer de kabinetsreactie verwacht kan worden op de initiatiefnota van de SGP om hulp aan onbedoeld zwangere vrouwen te verbeteren (Kamerstukken II 2016/17, 34600, nr. 2). Onder het vorige kabinet is een reactie op de initiatiefnota opgesteld. Bij het demissionair worden van het kabinet is besloten om de reactie over te laten aan het nieuwe kabinet. Ik wil dit zorgvuldig beoordelen en zal in het voorjaar 2018 met een reactie komen.

Antwoord van de staatssecretaris van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het rondmaken van de subsidie voor Siriz voor 2018. Fiom, Siriz, Rutgers kunnen inderdaad conform de toezegging van de vorige staatssecretaris een subsidieaanvraag indienen voor 2018 voor hetzelfde budget als in 2017. De middelen heb ik hiervoor op de begroting voor deze partijen gereserveerd. De aanvragen van Siriz en Fiom zal ik welwillend op de inhoud beoordelen.

In januari ga ik om de tafel met veldpartijen om over de inzet op het dossier en de in het Regeerakkoord genoemde middelen voor onbedoelde (tiener)zwangerschappen te spreken. Na verdere uitwerking van de middelen die in het Regeerakkoord gereserveerd zijn voor onbedoelde zwangerschappen, zal ik u informeren over mijn inzet op dit dossier.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het verschil in behandeling aan prematuren tussen Nederland en buurlanden en of de wens van ouders daarin niet leidend moet zijn.

In dergelijke situaties wordt in Nederland gehandeld volgens de door de beroepsgroepen opgestelde richtlijn 'Perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte (2010)'. Het initiatief tot het opstellen van deze richtlijn is gekomen van het ministerie van VWS met als doel een eenduidig landelijk beleid voor het behandelen van te vroeg geboren en tussen 24 en 26 weken.

Deze richtlijn biedt zorgprofessionals handvatten hoe te handelen in dergelijke situatie. In de richtlijn wordt ook expliciet omschreven dat zorgvuldig en herhaaldelijk overleg tussen zorgprofessionals en ouders een vereiste is. Het is van belang dat een richtlijn voldoet aan de nieuwste inzichten. Een werkgroep evalueert op dit moment de richtlijn, zoals gebruikelijk worden internationale ontwikkelingen hierin meegenomen.

Antwoord van minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de zorgen bij psychiaters waar het gaat om euthanasie bij psychiatrische patiënten en dementerende mensen. Euthanasieverzoeken van psychiatrisch patiënten en patiënten in een vergevorderd stadium van dementie

zijn complex en vragen altijd om grote behoedzaamheid. Hoewel de onlangs gepubliceerde derde evaluatie van de euthanasiewet geen aanleiding geeft om aan de zorgvuldigheid van de huidige praktijk te twijfelen, vind ik het van belang om de ontvangen signalen serieus te nemen. Ik ben dan ook van plan in gesprek te gaan met de beroepsgroep, naast psychiaters ook huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, om te bespreken welke zorgen zij hebben omtrent de huidige euthanasiepraktijk. Dit overleg zal plaatsvinden in het kader van het opstellen van de kabinetsreactie op de evaluatie van de euthanasiewet.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het bevorderen van eerdere toepassing van de palliatieve zorgbenadering in verpleeghuizen.

Ik ken het proefschrift van mevrouw Simone Hendriks. Ik sta ook achter het streven om de palliatieve zorgbenadering tijdig in te zetten. Natuurlijk is waken en verplegen meestal pas in de laatste weken aan de orde. Maar ik ben het ermee eens dat goede advance care planning, het praten over wensen rond het levenseinde, symptoombestrijding en andere elementen van de palliatieve benadering al veel eerder aan de orde kunnen komen. Overigens niet alleen in verpleeghuizen, maar ook bij mensen thuis.

Dit speelt al een rol in het Nationale Programma voor de palliatieve zorg en ik wil het ook meenemen in de aanvullende impuls van dit kabinet. Zo wordt er veel aandacht besteed aan advance care planning in het programma Palliatie van ZonMw, inclusief projecten voor mensen met dementie en verpleeghuisbewoners. In het programma 'Waardigheid en trots' is al diverse keren aandacht besteed aan palliatieve zorg in verpleeghuizen. Kortom, ik ben het helemaal met u eens en ik blijf dit bevorderen op alle mogelijke manieren.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over fiscale knelpunten voor pleegouders

Binnen het actieplan pleegzorg is er nadrukkelijke aandacht voor financiële aspecten. In dit kader laat ik onderzoek uitvoeren om alle financiële aspecten rondom pleegzorg goed in kaart te brengen. Binnen dit onderzoek wordt onder andere uitgezocht of de pleegvergoeding toereikend is en past bij de werkelijke kosten waar pleegouders mee te maken hebben. Eventuele nadelige fiscale aspecten worden ook meegenomen in dit onderzoek. Ik zal u over de uitkomsten in het voorjaar van 2018 informeren.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over het gebruiken van het extra geld voor personen op de werkvloer en niet voor dure managers.

De komende jaren komt er geleidelijk meer geld beschikbaar. Dit geld moet doelmatig worden ingezet voor een betere kwaliteit en niet verloren gaan aan overhead. Meer dan ooit zal intensief worden gestuurd op kwaliteit. Zoals gemeld in mijn brief van 7 december 2017 over het pact voor de ouderenzorg zal ik ook een benchmark ontwikkelen. Over de ontwikkeling en het gebruik van een benchmark wordt u later geïnformeerd. Het is belangrijk dat instellingen zelf weten hoe zij presteren. Daarvoor komt vergelijkende kwaliteitsinformatie beschikbaar. Zorgkantoren kopen in aan de hand van het kwaliteitskader en hebben een faciliterende rol, maar ook de verantwoordelijkheid om zorgaanbieders waar nodig extra te prikkelen of zelfs aan te jagen om uitvoering te geven aan het kwaliteitskader. Met de zorgkantoren zal ik in gesprek gaan om



de lat voldoende hoog te leggen bij de zorginkoop. De NZa heeft hierbij ook een toezichthoudende rol. Ik zal bovengenoemde kwaliteitsinformatie ook gebruiken bij het monitoren van de voortgang van het verbeterprogramma verpleeghuizen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over de medische zorg aan statushouders en migranten. Door de soms specifieke medische zorgvraagstukken van migrantengroepen is het van belang dat zorgverleners inzetten op cultuursensitieve zorg en gebruik maken van de beschikbare kennis op dit terrein. Pharos is hierin de kennispartner voor zowel landelijk als lokale stakeholders. Zij vertalen kennis in praktische handreikingen en/of andere instrumenten, zoals interventies gericht op migrantengroepen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) om de backpay-regeling tot 1 januari 2020 open te houden. De deze week verzonden brief geeft een stand van uitvoering van de regeling. Het totaal aantal onderzochte personen (zowel ambtelijk gegenereerd als op aanvraag ingediend) bedroeg circa 5500. Daaruit blijkt dat de laatste succesvolle aanvraag dateert van januari 2017 en dat alle mogelijke wegen om mogelijk gerechtigden op te sporen, zijn uitgeput.

De regeling was bedoeld voor één jaar, 2016, maar is indertijd met nog een jaar verlengd. Dat jaar heeft dus één toekenning opgeleverd. Ook het Indisch Platform is het eens met het van rechtswege laten eindigen per 31 december 2017. Ik vind het belangrijk om geen onterechte verwachtingen te wekken bij een kwetsbare groep mensen, vaak op zeer hoge leeftijd. Naar mijn mening is echt alles gedaan ten behoeve van goede uitvoering van de regeling. Ik zie dan ook geen aanleiding de uitkeringsregeling Backpay met twee jaar te verlengen.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over stamceldonaties.

Een structurele oplossing zal niet gerealiseerd zijn voor 1/1/18, maar tot die tijd stel ik voldoende subsidiemiddelen beschikbaar. Over het vervoltraject rondom stamceldonatie zal u worden geïnformeerd in het kader van het dossier orgaan- en weefseldonatie. Een brief hierover waar ook in zal worden gegaan op een mogelijke aanpassing van het besluit zorgverzekering, zal de minister voor Medische Zorg en Sport zo spoedig mogelijk na de behandeling van het wetsvoorstel ADR in de Eerste Kamer toesturen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over het verruimen van de tolkenvergoeding. Voor een duidelijke communicatie bij zorgverlening is het belangrijk dat patiënten goed Nederlands spreken. Wanneer dit niet het geval is, dan dienen patiënt en zorgverlener een voorziening te treffen (conform de kwaliteitsnorm tolkgebruik). Er is in beginsel geen tolkenvergoeding in de zorg omdat het uitgangspunt is dat men goed Nederlands spreekt. Slechts voor enkele groepen is een uitzondering gemaakt (slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers in opvangcentra, vrouwen in de maatschappelijke opvang, statushouders in hun contact met huisartsen) omdat van hen nog niet verwacht kan worden dat zij voldoende Nederlands spreken. Ik ben niet van plan de tolkenvergoeding ruimer beschikbaar te stellen.

Antwoord van de minister voor MZS op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over de toekenning van de vergoeding voor huisartsen in achterstandswijken. Verscheidene huisartsenorganisaties hebben recent richting de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hun zorgen uitgesproken over de systematiek waarmee de opslag voor huisartsen in achterstandswijken verdeeld wordt. Naar aanleiding

hiervan heeft de NZa een verkennende bijeenkomst georganiseerd met de Landelijke Huisartsenvereniging, Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen, InEen, Zorgverzekeraars Nederland en de achterstandsfondsen over de systematiek van de verdeling van middelen tussen huisartsen die wel en niet in achterstandswijken actief zijn. Partijen hebben afgesproken de komende maanden samen te gaan kijken hoe de systematiek verbeterd kan worden. Verbeteringen kunnen dan worden meegenomen in de beleidsregel huisartsenzorg 2019 die in juni 2018 wordt vastgesteld.