

Vergaderjaar 2017–2018

**32 772**

## **Beleidsdoorlichting Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 34**

### **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 16 juli 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 30 maart 2018 inzake het eindrapport van de beleidsdoorlichting van artikel 2.2 «Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg» van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 32 772, nr. 32).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 13 juli 2018. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## Inleiding

Uw Kamer heeft vragen gesteld over het eindrapport van de beleidsdoorlichting van artikel 2.2 «Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg» en de kabinetsreactie op dit rapport.

Hieronder heb ik uw vragen beantwoord. Voor de leesbaarheid heb ik ervoor gekozen om de vragen te clusteren in de volgende acht onderwerpen.

1. De financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen;
2. Subsidies algemeen;
3. Subsidie eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden;
4. Subsidie vertrouwenspersonen in de ggz;
5. Subsidie anonieme e-mental health;
6. Programma Aanpak verspilling in de zorg en
7. Overig.

### **1. De financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen**

*Waarom staan de besparingsmogelijkheden met betrekking op de Bijdrageregeling illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, op gespannen voet met de internationale verdragen, aangezien er nog steeds toegang is tot de zorg? Waarom kan de vijf-euro maatregel niet uitgebreid worden, de vergoedingspercentages niet aangepast worden, dan wel de vergoeding huisartsen aangepast worden? (vraag 9)*

Met de besparingsvarianten komt op één of andere wijze de verplichting om toegankelijke zorg te verlenen in gedrang. Zo zal het uitbreiden van de vijf-euro maatregel leiden tot verslechtering van de toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg en tot afwenteling van kosten op derden, vaak gemeenten of hulporganisaties. Zij vergoeden vaak de vijf euro omdat onverzekerbare vreemdelingen deze bijdrage vaak niet zelf kunnen betalen. Hetzelfde geldt voor het aanpassen van de vergoedingspercentages of de vergoeding aan huisartsen. De maatregelen staan haaks op het gevoerde beleid dat gericht is op toegankelijkheid van de zorg. Nederlandse zorgaanbieders zijn uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg te verlenen, ongeacht de vraag of en hoe de kosten van die zorgverlening zullen worden vergoed. Ik vind het onwenselijk om de kosten voor deze zorg af te wentelen op degene die de zorg verlenen. Bovendien ontstaat het risico dat bij een dergelijke afwenteling van kosten de zorg niet meer verleend wordt, simpelweg omdat het te duur is voor de zorgverleners om die zorg wel te verlenen zonder dat daar een vergoeding tegenover staat.

*Wat wordt verstaan onder Wlz-zorg als het gaat om illegalen? Om welke bedragen gaat het hier?(vraag 10)*

Dit is het Wlz-pakket waar ook verzekerden toegang toe hebben. Medische noodzakelijkheid is ook hierbij een voorwaarde. In 2017 is een bedrag van circa € 2,1 miljoen gedeclareerd.

*Hoe vaak werd in 2017 gebruik gemaakt van de regeling Zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen? Graag ook een opsplitsing in de verschillende groepen?  
Hoe verhoudt dit aantal zich tot de afgelopen vijf jaar? (vraag 11)*

In 2017 zijn 194.101 declaraties ingediend. Zie onder de uitsplitsing naar zorgsoort in de afgelopen vijf jaar. Voor 2013 en 2014 zijn er geen gegevens beschikbaar over aantal farmaciedeclaraties.

Zorgsoort / jaar	2013	2014	2015	2016	2017
	Aantal declaraties	Aantal declaraties	Aantal declaraties	Aantal declaraties	Aantal declaraties
Ambulancekosten	779	1.090	1.537	2.134	2.190
AWBZ / Wlz instellingen	309	284	486	469	490
Farmacie	geen gegevens	geen gegevens	152.264	137.064	142.258
GGZ	1.863	3.113	2.831	2.909	2.290
Huisartsenzorg	6.932	8.757	10.930	11.348	13.952
Kraamzorg	359	526	449	597	102
Overige Zorg	395	230	233	261	363
Paramedische zorg	439	734	544	519	875
Tandheelkundige hulp	459	723	797	3.176	2.932
Verloskundige zorg	1.385	1.753	1.815	2.013	2.165
Wijkverpleging	0	0	0	3	119
Ziekenhuizen	27.225	27.457	24.106	21.449	26.365
<b>Totaal</b>	<b>40.145</b>	<b>44.667</b>	<b>195.992</b>	<b>181.942</b>	<b>194.101</b>
Aantal zonder farmacie	40.145	44.667	43.728	44.878	51.843

*Welke onderzoeken zijn beschikbaar waaruit blijkt dat de vijf-euro maatregel daadwerkelijk leidt tot een verslechterde toegang voor deze doelgroep?(vraag 12)*

Er zijn geen onderzoeken beschikbaar hierover. Uit gesprekken met het veld blijkt dat er een groep onverzekerbare vreemdelingen is die de vijf euro per receptregel echt niet kunnen betalen. In deze gevallen wordt de rekening vaak opgepakt door een derde partij (bijvoorbeeld gemeenten, hulporganisaties).

*Welke fraudegevoeligheid is geconstateerd bij de Bijdrageregeling illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen? Welke signalen zijn daarvoor? Wanneer is het onderzoek naar het aanpassen van de regeling, zodat deze meer fraudebestendig is, gereed?(vraag 13)*

Om de toegang te waarborgen, en te voorkomen dat onverzekerbare vreemdelingen belemmerd worden in het zoeken van zorg, is bij het opstellen van de regeling anonimiteit heel belangrijk geacht. Hierdoor is het achteraf lastig vast te stellen of de zorg die wordt gedeclareerd daadwerkelijk is geleverd. Dat maakt de regeling fraudegevoelig. Het is lastig te bewijzen dat onregelmatigheden die het CAK constateert in de beschikbare data, worden veroorzaakt door fraude. Overigens gaat het bij de signalen van mogelijke fraude slechts om enkele individuele gevallen. Ik verwacht in het najaar duidelijkheid te hebben of de regeling kan worden aangepast, zodat deze meer fraudebestendig is.

*Wat zijn de effecten op de toegankelijkheid van de zorg als de vergoeding van 80% van de ongecontracteerde zorg naar 70% van het huidige niveau wordt teruggebracht? (vraag 21)*

Ik ga er van uit dat zorgverleners de medisch noodzakelijke zorg blijven verlenen, maar het is niet volledig uitgesloten dat -afhankelijk van de omvang- reductie van de vergoeding zal leiden tot minder vaak verlenen van zorg.

*Wat is de relatie tussen de indicatoren bij de Bijdrageregeling voor onverzekerde vreemdelingen en de toegankelijkheid van beleid? (vraag 25)*

De vraag is als volgt geïnterpreteerd: «Wat is de relatie tussen de indicatoren bij de Bijdrageregeling voor onverzekerde vreemdelingen en de toegankelijkheid van zorg?»

In deze beleidsdoorlichting is getracht een oordeel te geven over de doelmatigheid van de verschillende instrumenten. Als hulpmiddel is hiervoor per instrument een «doelenboom» uitgewerkt. De beleidsdoorlichting laat zien dat het invullen van de doelboom geen eenvoudige opgave was. Om desondanks toch een uitspraak over de doelmatigheid te kunnen doen is in het kader van de doorlichting gekeken of er indicatoren in de regeling aanwezig zijn die de doelmatigheid beïnvloeden. Voor de bijdrageregeling voor onverzekerde vreemdelingen zijn er drie elementen die de doelmatigheid positief bevorderen. Dit zijn:

- a) de marktconforme prijs voor zorgprestaties;
- b) de 80% vergoeding van ongecontracteerde zorg en
- c) de € 5,- bijdrage bij de receptregel.

De beleidsdoorlichting heeft niet gekeken naar het effect van bovengenoemde elementen op de toegankelijkheid van zorg. Wel wordt door de beleidsdoorlichting geconstateerd dat de toegankelijkheid voldoende is geborgd en de regeling afdoende bekend is. Tevens stelt de beleidsdoorlichting dat het doel van de bijdrageregeling wordt bereikt; door het ontvangen van kwalitatief goede gezondheidszorg is de gezondheidstoestand van de vreemdeling verbeterd en hij / zij heeft op eenvoudige wijze toegang tot de zorg.

*Hoe bepaalt de Nederlandse Zorgautoriteit wanneer de kosten voor de verleende zorg aan vreemdelingen niet hoger zijn dan voor de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk? (vraag 26)*

Het CAK – en daarvoor het Zorginstituut Nederland – maakt sinds de invoering van de regeling voor de tarifiering gebruik van het pakket Oracle Health Insurance, waarin deze tarieven zijn opgenomen.

*Op welke wijze wordt continu gemonitord of de middelen die besteed worden aan zorg voor onverzekerbare vreemdelingen op de juiste wijze besteed worden? (vraag 27)*

Zorgverleners dienen declaraties in voor aan onverzekerbare vreemdelingen verleende zorg. De zorgaanbieder bepaalt of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg.

Het CAK controleert of er sprake is van een aanspraak en monitort of zorgdeclaraties afwijken van gemiddelden.

*Waarom wordt niet bijgehouden welke effecten de zorg voor onverzekerbare vreemdelingen heeft? Hoe kan hierdoor gesteld worden dat de relatie tussen output en outcome/impact evident is? (vraag 28)*

Dit kan door het CAK niet worden bijgehouden omdat de onverzekerbare vreemdeling anoniem is. Of de zorg effect heeft gehad, kan alleen de behandelende zorgverlener bepalen.

*Wat is de definitie van noodzakelijke medische zorg? (vraag 29)*

Wat medisch noodzakelijke zorg is heeft het kabinet indertijd voorgelegd aan een commissie van artsen. De wetgever heeft er bewust van afgezien dit zelf in te vullen maar dit over te laten aan de beroepsgroep.

In het rapport «Arts en vreemdeling» van de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (hierna de: Commissie Klazinga») (2007) is medisch noodzakelijke zorg als volgt gedefinieerd:

«Medisch noodzakelijke zorg dient naar het oordeel van de commissie als «verantwoorde en passende medische zorg» te worden gedefinieerd. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daarbij baseert een arts de indicatie op een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen, indiceert conform de normen van de beroepsgroep en kosteneffectief. Bij gelijke effectiviteit van interventies geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag.»

Ten aanzien van vreemdelingen heeft de Commissie het volgende advies gegeven: «Artsen kunnen de verblijfsduur van illegale vreemdelingen in Nederland vaak niet voorspellen. Zij kunnen bij zorg, die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland, de behandeling beperkt houden of afzien van behandeling. Als echter de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, is de continuïteit van adequate medische zorg belangrijker en dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden.»

*Zijn er omstandigheden waar langdurige zorg onder het medisch noodzakelijkheids criterium kan vallen? (vraag 30)*

Ja, de regeling van artikel 122a voorziet ook in de mogelijkheid dat aanspraken ingevolge de Wlz worden vergoed. Het is ook bij langdurige zorg aan de arts om te bepalen of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg.

*Bent u voornemens om de vijf-euro maatregel te handhaven en/of uit te breiden? Zo ja, waarom en hoe? In hoeverre acht u het uitbreiden van de vijf-euro maatregel doelmatig als de vreemdeling kan besluiten de zorg te gaan mijden? (vragen 31 en 33)*

De vijf-euromaatregel is ingevoerd om de uitgangspunten van de regeling meer in acht te nemen en ervoor te zorgen dat de illegaal bijdraagt aan de zorg die hij inroept. Ook wordt zo het misverstand weggenomen dat in Nederland de zorg voor illegalen gratis is.

Ik ben niet voornemens de vijf euro maatregel uit te breiden. Het Zorginstituut heeft na de invoering in 2014 gemonitord welke effecten deze maatregel heeft gehad en daarbij is niet gebleken van noemenswaardige problemen: 80% van de onverzekerbare vreemdelingen betaalt de minimale eigen bijdrage. Voor de overige groep worden de kosten vaak door derden betaald.

*In hoeverre denkt u dat er in lijn met internationale verdragen wordt gehandeld als de zorgaanbieder de noodzaak tot het verlenen van medisch noodzakelijke zorg anders beoordeelt op basis van een reductie van vergoedingen voor deze zorg? (vraag 32)*

Op grond van internationale verdragen dient medische zorg voor eenieder in Nederland beschikbaar te zijn. Indien medisch noodzakelijke zorg anders zou worden beoordeeld op basis van financiële overwegingen zou dit mogelijk een probleem kunnen vormen.

De Commissie Klazinga heeft hierover het volgende opgemerkt: «Artsen dienen zich bewust te zijn van het kostenaspect zonder dat dit leidend is. Bij de zorg voor onverzekerde vreemdelingen is het geëigend dat financiële argumenten een rol spelen voor de behandelingskeuze, mits de geldende richtlijnen daar ruimte voor laten.»<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, Rapport: Arts en Vreemdeling, 2007.

*Deelt u de mening van de derden organisaties die zich bezighouden met hulp aan onverzekerbare vreemdelingen, dat zorgverleners onvoldoende op de hoogte zijn van wat «medisch noodzakelijke zorg» inhoudt? Bent u van plan hier verduidelijking over te bieden?(vraag 47)*

Nee. De commissie Klazinga heeft in 2007 het rapport «Arts en vreemdeling» uitgebracht. In dit rapport is beschreven wanneer er sprake is van medisch noodzakelijke zorg in het licht van de bijdrageregeling. Uitgangspunt is dat de arts dit beoordeelt. Dit rapport biedt de gevraagde verduidelijking.

«Medisch noodzakelijke zorg» dient naar het oordeel van de commissie als «verantwoorde en passende medische zorg» te worden gedefinieerd. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daarbij baseert een arts de indicatie op een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen, indiceert conform de normen van de beroeps-groep en kosteneffectief. Bij gelijke effectiviteit van interventies geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag.

In de praktijk bepaalt de arts of de zorg aan de vreemdeling medisch noodzakelijk is. Voor artsen is het vaak niet bekend wat de (resterende) verblijfsduur van een illegale vreemdeling in Nederland is. Zij kunnen bij zorg die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland, de behandeling beperkt houden of afzien van behandeling. Als echter de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, is de continuïteit van adequate medische zorg belangrijker en dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden.

Artsen bieden passende en verantwoorde zorg door dezelfde richtlijnen, protocollen, standaarden en gedragsregels van de medische en wetenschappelijke beroepsorganisaties te gebruiken als bij reguliere zorg. Kortom, het is aan de arts om te bepalen of de zorg medisch noodzakelijk is. Net zoals artsen dat ook moeten doen voor verzekerden.

*Bent u van mening dat het zorgpakket waar men aanspraak op mag maken niet in alle opzichten gelijk is aan wat «medisch noodzakelijke zorg» inhoudt en waar de ongedocumenteerde over zou moeten beschikken? (vraag 48)*

Nee. Zorgverleners ontvangen een vergoeding voor zorg die zij hebben geleverd aan onverzekerbare vreemdelingen en die medisch noodzakelijk is, en onder het basispakket van de zorgverzekeringwet valt. Alles wat buiten het basispakket van de zorgverzekeringwet valt, valt niet onder deze regeling en wordt niet vergoed.

*Waarom is er gekozen voor een lager vergoedingspercentage als besparingsvariant, als deze leidt tot een verschuiving van de kosten naar de zorgaanbieder? (vraag 49)*

Deze maatregel was één van de varianten die tot besparing op de onverzekerbare vreemdelingenregeling zou moeten leiden. Juist omdat deze variant leidt tot een verschuiving van kosten (en daarmee het risico dat de toegang tot zorg voor onverzekerbare vreemdelingen wordt belemmerd), raad ik af te bezuinigen op deze regeling.

## 2. Subsidies algemeen

*Wat zijn de eisen ten aanzien van het vooraf formuleren van doelen en het evalueren van subsidies? Voldoet het VWS aan deze eisen? (vraag 2)*

Bij de start van een nieuwe subsidieregeling worden de beleidsvraag, het doel van de regeling, rechtvaardiging van overheidsinterventie en instrumentkeuze uitgewerkt. Dit zijn bouwstenen voor de evaluatie. VWS heeft deze werkwijze vastgelegd in een draaiboek.

Op grond van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS dient bij de aanvraag tot verlening van een subsidie een activiteitenplan en een voldoende gespecificeerde begroting te worden ingediend. Het activiteitenplan:

- bevat een overzicht van de activiteiten waarvoor subsidie wordt aangevraagd,
- beschrijft aard, omvang, duur en wijze van uitvoering van de activiteiten, en
- beschrijft de met de activiteiten na te streven doelstellingen, resultaten of producten.

De subsidieaanvraag wordt met dit activiteitenplan en een begroting door de subsidieaanvrager onderbouwd. De informatie in deze documenten moet toegespitst zijn op de activiteiten waarvoor subsidie wordt gevraagd. VWS beoordeelt het activiteitenplan en de begroting.

*Welke verklaring is te geven voor het ontbreken van onafhankelijke evaluatieonderzoeken en data, waar het gaat om de subsidie-instrumenten en het programma Aanpak verspilling in de zorg? Op welke wijze vindt evaluatie op dit moment plaats voor deze onderdelen? (vraag 3)*

In de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS ontbreekt een verplichting om de behaalde effecten te evalueren. Echter zoals ik in de kabinetsreactie en de kabinetsreactie op de beleidsdoorlichting 2.1 «Kwaliteit en veiligheid» reeds heb aangegeven, neem ik de aanbeveling om periodieke evaluaties bij de subsidie-instrumenten in te bouwen over. Bij de uitwerking zal maatwerk een belangrijk uitgangspunt zijn. In november 2016 heeft VWS het draaiboek subsidieregelingen bij VWS ingevoerd. Hierin wordt ook aandacht besteed aan de evaluatie.

Bij het programma Aanpak verspilling in de zorg is er geen besluit genomen om wel of geen externe evaluatie te doen op de subsidie instrumenten. De bevindingen van de voorzitters van de drie stuurgroepen, gesteund door de werkgroepleden, waren leidend. Bij drie pilots (farmabuddy, doorgebruikthuismedicatie, Transfer Informatie Procedure) zijn de onderzoeksresultaten door wetenschappers publiek gemaakt.

*Eén van de aanbevelingen is om de doelstelling voor subsidie SMART te formuleren. In hoeverre geldt dit niet ook voor alle andere instrumenten en onderdelen in het beleidsartikel? (vragen 4 en 8)*

Ook bij andere instrumenten dienen de uitgangspunten en de beoogde doelstelling SMART en helder geformuleerd te worden. Zo formuleert VWS bij de verschillende instrumenten de algemene doelstelling en de operationele doelstellingen met de belangrijkste veronderstellingen en prestaties.

*Kunt u uiteen zetten wat de rijksbrede eisen waren en zijn voor wat betreft doelformulering en evaluatie van subsidies? Heeft VWS hier altijd aan voldaan? Zo nee, waarom niet? (vraag 6)*

Zie het antwoord op de vragen 2 en 3.

Er is een IBO subsidie uitgevoerd. Eén van de adviezen hierin is om departementen de mogelijkheid te bieden om voor evaluaties van subsidieregelingen gemotiveerd af te wijken van het voorgeschreven regime. Hierdoor kan er maatwerk geleverd worden.

*Wat is de reden dat voor de onderzochte subsidies geen doelen waren geformuleerd en evaluatiemomenten waren opgenomen? (vragen 5 en 15)*

Bij de onderzochte subsidies zijn wel degelijk doelen geformuleerd; het formuleren van de doelstelling is één van de voorwaarden voor de subsidieaanvraag en verlening. Omdat de huidige Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS geen periodiek evaluatiemoment voorschrijft, is er geen evaluatiemoment bij deze subsidieregelingen vastgesteld.

*Waarom is voor de subsidieaanvragen en verantwoording van de subsidiegelden geen inzage in de doelmatigheid op prestaties gegeven? Waarom wordt hier ook niet door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar gevraagd? (vraag 36)*

In de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS is er geen verplichting neergelegd voor de subsidieaanvrager om inzage te geven in de doelmatigheid op prestatieniveau. In de subsidieaanvraag moet de aanvrager aangeven welke doelstellingen worden beoogd, welke activiteiten er worden ontplooid (het activiteitenplan) en wat hiervan de kosten zijn. Algemeen uitgangspunt van de kaderregeling is dat de inzet van (financiële) middelen doelmatig worden ingezet.

Ik merk op dat het vatten van de doelmatigheid in doelmatigheidskenngetallen geen eenvoudige taak is. Het gaat om de relatie tussen de ingezette activiteiten en de kosten. Proportionaliteit speelt ook een rol. Eén van de uitgangspunten van het rijksbrede Uniform Subsidiekader (USK) is proportionaliteit. De uitvoerings- en controlelasten moeten in verhouding staan met de beleidsdoelstellingen. Dit geldt zowel voor het ministerie zelf als voor de subsidieontvangers.

### **3. Subsidie eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden**

*Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de evaluatie van de Subsidieregeling eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden, die eind 2017–begin 2018 zou worden uitgevoerd? Welke voorstellen worden gedaan om de doelmatigheid van deze regeling te verbeteren? (vragen 14 en 34)*

De evaluatie<sup>2</sup> van het beleidskader «Eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties is op 14 juni 2018 naar uw Kamer verzonden. Hierin heb ik u laten weten dat ik het beleidskader «Eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties» niet zal verlengen. Centra die reeds subsidie hebben ontvangen kunnen, mits zij blijven voldoen aan de subsidiecriteria, vervolgaanvragen indienen tot en met 2022.

*Bent u van mening dat de rol van verzekeraars in de realisatie van de eerstelijnszorg gezondheidscentra in nieuwbouwwijken zou moeten worden vergroot? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? (vraag 35)*

<sup>2</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 55.



De evaluatie<sup>3</sup> van het beleidskader «Eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties is op 14 juni 2018. naar uw Kamer verzonden. Hierin heb ik u laten weten dat ik het beleidskader «Eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties» niet zal verlengen. Zoals wordt aangegeven in de evaluatie zijn er op dit moment voldoende mogelijkheden in de huisartsenbesteding voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over het realiseren van een nieuw centrum.

#### **4. Subsidie vertrouwenspersonen in de ggz**

*Welk deel van de inzet van familievertrouwenspersonen wordt door het Ministerie van VWS gesubsidieerd en welk deel door instellingen? (vraag 37)*

Aan de inzet van familievertrouwenspersonen in de ggz dragen de instellingen ongeveer één derde bij en voor ongeveer tweederde deel wordt door VWS bijgedragen met subsidiegelden.

*Waarop is de conclusie gebaseerd dat de subsidies hebben geleid tot betaalbare toegang tot een patiëntenvertrouwenspersoon of familievertrouwenspersoon, aangezien harde data ontbreken? (vraag 38)*

Met de subsidie aan de Landelijke stichting familievertrouwenspersonen en de Stichting PVP wordt voorzien in landelijke beschikbaarheid van een familievertrouwenspersoon respectievelijk een patiëntenvertrouwenspersoon. Daarmee kunnen patiënten en familie of naasten van die patiënten een beroep doen op individuele ondersteuning van een patiëntenvertrouwenspersoon of familievertrouwenspersoon door middel van persoonlijk contact al dan niet via een telefonische of digitale hulplijn. Aan de ondersteuning zijn verder geen kosten verbonden. Gezien bovenstaande lijken de subsidies daarom te hebben geleid tot betaalbare toegang tot een patiëntenvertrouwenspersoon of familievertrouwenspersoon voor de mensen die recht hebben op die ondersteuning.

#### **5. Subsidie anonieme e-mental health**

*Welke mogelijkheden zijn er voor het Zorginstituut om de ontwikkeling van anonieme e-health (ook in aantallen) te gaan volgen terwijl tegelijkertijd wordt geconstateerd dat gezien de aard van de hulp niet te meten is of de regeling zorginhoudelijk doeltreffend en doelmatig is? (vraag 17)*

Het karakter van de hulp is anoniem. Dat betekent dat niet is na te gaan of de persoon die van deze vorm van hulp gebruik maakt, zorginhoudelijk baat heeft gehad. De interventies die worden gedaan, zijn wel evidence based. Het aantal mensen dat gebruik maakt van de hulp, is echter wel na te gaan. De subsidie die wordt verstrekt is op basis van het aantal verwachte mensen dat gebruik zal maken van de interventies en de prijs van de interventie.

*Waarom vallen interventies die behoren tot universele preventie niet onder de beleidsregels voor anonieme e-mental health? (vraag 39)*

Onder universele interventie worden verschillende vormen van voorlichting verstaan. Goede voorlichting kan bijdragen aan het voorkomen van al dan niet specifieke psychische klachten. Het doel van de regeling is echter het organiseren van individuele hulpverlening voor mensen die de stap naar de reguliere hulpverlening (nog) niet durven te

<sup>3</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 55.

zetten en niet op het bevorderen van informatie en voorlichting aan een breed publiek.

*Hoe verklaart u dat het aantal interventies door de stichtingen Ex6 en 113Online tussen 2014 en 2016 sterk is gestegen? (vraag 40)*

Deze sterke stijging is enerzijds te verklaren door de toegenomen naamsbekendheid, anderzijds door een substantiële toename van de instellingssubsidie van 113 Online per 2016. In 2014 lag de naamsbekendheid van 113Online op 2%, in 2016 op 15% en begin 2017 op 39%. De instellingssubsidie van 113Online en Ex6 was in 2014 € 1,4 miljoen. Tezamen, in 2016 is deze instellingssubsidie voor suïcidepreventie voor beide organisaties substantieel verhoogd tot € 2,8 miljoen.

## **6. Programma Aanpak verspilling in de zorg.**

*Welke SMART doelen gaan er geformuleerd worden voor de Aanpak verspilling in de zorg? (vraag 7)*

Het programma Aanpak verspilling in de zorg is inmiddels gestopt. Zie ook mijn antwoord op vraag 44.

*Kunt u een overzicht geven van de concrete resultaten van het programma Aanpak verspilling in de zorg? (vraag 18)*

De resultaten van het programma staan vermeld in de kamerbrief van 6 juli 2016 (Kamerstuk 33 654, nr. 20, inclusief bijlage)

*Welke besparingen zijn er gerealiseerd door de Aanpak verspilling in de zorg? (vraag 41)*

Een kwantificering van de opbrengsten is gegeven in de kamerbrief van 29 november 2016 (Kamerstuk 33 654, nr. 22).

*Hoe is de Aanpak verspilling in de zorg opgeschaald? (vraag 42)*

Opschaling is gedaan door het verspreiden van goede praktijkvoorbeelden: deels via nieuwsbrieven, deels via een website en via de Inspiratiedag 100% zorg! op 16 juni 2015 in Utrecht (Domus Medica) om via de energie van professionals daadwerkelijke veranderingen tot stand te brengen. De drie voorzitters hebben daarbij opgetreden als ambassadeurs om de resultaten verder te brengen.

Een aantal pilots is in 2016 opgestart en loopt eind 2017/begin 2018 af, wat zijn daarvan de resultaten? Hoe worden de pilots, als ze geslaagd zijn, opgeschaald naar alle zorginstellingen, dan wel verbreed naar andere specialismen? (vraag 43)

Een zestal pilots liep nog door aan het einde van het programma.

- (1) Ten aanzien van de farmabuddy in de openbare apotheek bent u over de uitkomsten en het vervolg geïnformeerd in de kamerbrief van 3 april 2018 (Kamerstuk 29 477, nr. 477). Voor elke deelnemende apotheek die het farmabuddy concept wil invoeren stelt VWS een tegemoetkoming beschikbaar via de StiPCO-financiering voor apothekers.
- (2) Over doorgebruik thuismedicatie (DGTM) bent u in dezelfde brief geïnformeerd. Om doorgebruik van thuismedicatie in het ziekenhuis op grotere schaal toe te passen heb ik aangegeven in gesprek te gaan met vertegenwoordigers van onder andere apothekers,

voorschrijvers en zorgverzekeraars over vervolgstappen. Dit gesprek zal voor de komende zomer plaatsvinden.

- (3) (Over de Transfer Interventie Procedure (TIP) is in 2017 een artikel verschenen «10 tips voor een goede transmurale overdracht» van Rosanne van Seben, Suzanne E. Geerlings en Bianca M. Buurman in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (2017;161: D1031). De publicatie van het wetenschappelijke artikel naar aanleiding van de pilot is ingediend bij een wetenschappelijk tijdschrift. Om de goede praktijk verder te verspreiden wordt door het AMC een vervolg gegeven aan de TIP met subsidie van VWS. Er worden tools ontwikkeld om de overdracht te verbeteren en leernetwerken opgezet om kennis, opgedaan door de deelnemende ziekenhuizen aan de eerste pilot, te delen met andere ziekenhuizen, zodat de praktijk zich verder verspreidt in Nederland.
- (4) De Pilot «Implementatie time-out consult en gedeelde besluitvorming voor mensen met borstkanker» is gericht op het in beeld brengen van bevorderende en belemmerende factoren om gedeelde besluitvorming en time-out(s) in te bouwen in het zorgproces en de tools die daarbij van pas kunnen komen. De doorlooptijd van de pilot is langer dan eerder verwacht. Naar huidige inzichten zal de pilot in de zomer van 2019 worden afgerond, de eindresultaten zijn dus nog niet bekend. De lessons learned zullen worden gedeeld via presentaties en workshops op congressen en seminars, artikelen in vakbladen, verwerking in consultkaarten en patiëntenfolders, opname in e-learningmodules e.d. Daarnaast wordt de reeds opgedane kennis uit de pilot gebruikt bij het opzetten van soortgelijke projecten.
- (5) De pilot Voedselverspilling is in september 2017 afgesloten met een congres. Bijna 100 zorginstellingen hebben meegedaan. De resultaten zijn een halvering van de voedselverspilling en een hoge(re) waardering voor het eten. Jaarlijks besparen de deelnemers € 5 miljoen. Tegelijk maakten de instellingen hun eten fors duurzamer, door slimmer te werken én door te kiezen voor duurzame producten. Via samenwerking met het programma Diagnose gezondheid en de actuele website [www.duurzaamgezondtafel.nl](http://www.duurzaamgezondtafel.nl) wordt thans gewerkt aan verdere opschaling.
- (6) Om hun inkoopfunctie te verbeteren hebben meer dan tien ggz- en Wlz-instellingen een inkoopscan laten uitvoeren. Dit landelijke programma van GGZ-nederland is eind maart beëindigd. Voor de zomer volgt een bijeenkomst voor inkoopmanagers en – verantwoordelijken van ggz-instellingen over de resultaten bij de instellingen die een analyse hebben laten uitvoeren.

*In 2016 is de Aanpak verspilling in de zorg gestopt, wat doet het ministerie op dit moment nog om de verspilling in de zorg aan te pakken? (vraag 44)*

De aanpak van verspilling is overgenomen door het reguliere beleid. Het is deel van een breder pakket aan maatregelen om de zorg betaalbaar te houden. Denk aan de doorgevoerde hervormingen in de langdurige zorg en de hoofdlijnenakkoorden in de medisch-specialistische zorg.

*Welke wezenlijke bijdrage heeft het programma Aanpak verspilling in de zorg precies geleverd in het bewust worden en aanpakken van verspilling in de zorg? (vraag 45)*

Het programma heeft een wezenlijke bijdrage geleverd aan het veranderen van de mindset in de zorg. In algemene zin gebeurde dit door communicatie gericht op zorgprofessionals. Specifiek is dit bijvoorbeeld gebeurd doordat kostenbewustzijn een vast onderdeel is gemaakt van de vervolgopleidingen voor alle medisch specialisten.

*Hoe zijn de uitkomsten van het programma over verspilling gebruikt om verspilling in de zorg nog verder aan te pakken? (vraag 46)*

De uitkomsten zijn vertaald naar het reguliere beleid. Zie ook het antwoord op vraag 43.

## **7. Overig.**

*Hoe verklaart u het verschil in beoordeling van doeltreffendheid in de kabinetsreactie, waar gesteld wordt dat de instrumenten over het algemeen doeltreffend zijn geweest en de bevindingen uit de beleidsdoorlichting, waar het beeld veel minder positief is? (vraag 1)*

De kabinetsreactie is in lijn met de bevindingen uit de beleidsdoorlichting. In de kabinetsreactie heb ik aangegeven dat de instrumenten over het algemeen doeltreffend zijn geweest. Er is/zijn namelijk:

- zorgverleners gecompenseerd voor oninbare kosten voor zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Er is zorg aan de doelgroep geleverd;
- een landelijk dekkend toegankelijk stelsel van vertrouwenspersonen in de ggz;
- vergrote aandacht voor de aanpak van verspilling in de zorg.

Alleen bij de subsidieregeling «Anonieme e-health» is, gezien de aard (anonimiteit) van de hulp, het niet te meten of de regeling zorginhoudelijk doeltreffend is. Dit komt doordat aantallen verzoeken en uitkomsten niet geregistreerd worden.

*Bent u voornemens de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid op het vlak van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren? (vraag 16)*

Ja. Het vergroten van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de curatieve zorg staat al jaren hoog op de VWS-beleidsagenda. Dit beleid moet ook doeltreffend en doelmatig zijn.

Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven kunnen de bereikte effecten in zorg en samenleving vrijwel nooit één op één worden gekoppeld aan de instrumenten die de overheid inzet omdat het bereiken van beleidsdoelen afhankelijk is van de inzet van en uitvoering door externe partijen zoals zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars en andere partijen.

*Waarom is er gekozen voor besparingsvarianten van 20% in deze beleidsdoorlichting? (vraag 19)*

Alle beleidsdoorlichtingen die vanaf begin 2015 worden opgesteld, moeten een zogenaamde 20%-besparingsvariant bevatten: een beschrijving van beleidsopties voor het geval er significant minder budget beschikbaar is. Deze besparingsvariant voegt een vooruitkijkend element aan een beleidsdoorlichting toe. Deze verplichting is vastgelegd in de Regeling periodiek evaluatieonderzoek (artikel 3, vierde lid sub g).

*Waarom is er in deze beleidsdoorlichting niet gekeken of er ook intensiveringen mogelijk zijn? (vraag 20)*

De Regeling periodiek evaluatieonderzoek bevat geen verplichting om intensiveringen op te nemen. De begeleidingscommissie heeft ervoor gekozen om in deze doorlichting geen intensiveringsvarianten op te nemen.

*Hoe wordt een positieve bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg in deze beleidsdoorlichting gedefinieerd? (vraag 22)*

De beleidsdoorlichting bevat geen definitie wat een positieve bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg inhoudt.

De betaalbaarheid van de zorg wordt bevorderd:

- Bij onverzekerbare vreemdelingen wordt medisch noodzakelijke zorg geleverd zodat voorkomen wordt dat de vreemdeling door verwaarlozing hele zware zorg nodig heeft of door de ziekte anderen in gevaar kan brengen (bijvoorbeeld open TBC)
- Bij anonieme e health wordt zwaardere (en duurder) zorg voorkomen
- Bij verspilling is expliciet betaalbaarheid een doel.

*Wat is het verschil tussen doeltreffend en doelmatig beleid? (vraag 23)*

De Regeling periodiek evaluatieonderzoek (artikel 1, sub d en e) bevat de definitie van beide termen. Doeltreffendheid van het beleid: de mate waarin de beleidsdoelstelling dankzij de inzet van de onderzochte beleidsinstrumenten wordt gerealiseerd.

Doelmatigheid van het beleid: de relatie tussen de effecten van het beleid en de kosten van het beleid.

Aan de hand van welk type criteria wordt de maatschappelijke impact van beleid gemeten? (vraag 24)

Met de maatschappelijke impact wordt in de doorlichting bedoeld; de maatschappelijke doelen die met het beleid zijn beoogd. De instrumenten in deze doorlichting zijn verschillend in aard en doelstelling. Daarom is per instrument de maatschappelijke impact / doel geformuleerd. Bijvoorbeeld bij de bijdrageregeling Onverzekerbare vreemdelingen is dit brede toegankelijke zorg voor de onverzekerbare vreemdelingen. Bij eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden is dit de toegankelijkheid 1ste lijn in grootschalige nieuwbouw.