

Vergaderjaar 2016–2017

**34 550 XVI**

**Vaststelling van de begrotingsstaten van het  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en  
Sport (XVI) voor het jaar 2017**

**Nr. 76**

**BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGE-  
ZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 november 2016

Voorafgaand aan en tijdens de eerste termijn van uw Kamer bij het debat over de VWS ontwerpbegroting 2017 hebben de leden van uw Kamer amendementen bij de VWS ontwerpbegroting 2017 ingediend. Bijgaand sturen wij u de schriftelijke reactie op deze amendementen.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn

## **REACTIES OP INGEDIENDE AMENDEMENTEN BIJ DE VWS ONTWERPBEGROTING 2017**

### **Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 13 van het lid Voortman (Groenlinks) over het reserveren van middelen ten behoeve van het inzetten van tolken in de eerstelijns zorg voor statushouders die versneld instromen.**

Indiener stelt voor artikel 2 (Curatieve zorg) met € 20 miljoen te verhogen voor een subsidieregeling voor het inzetten van tolken in de eerste lijn bij de zorg voor statushouders die versneld instromen.

Indiener stelt voor deze € 20 miljoen te dekken uit een verlaging van artikel 4 Zorgbreed Beleid.

Om de zelfredzaamheid te bevorderen is het van belang dat vluchtelingen en statushouders zo snel (en zo goed) mogelijk Nederlands leren. Dit kan al starten in de asielopvang en wordt vervolgd vanaf het moment dat iemand een statushouder is (moment van het verkrijgen van een verblijfsvergunning). De verhoogde instroomcijfers in het afgelopen jaar hebben ertoe geleid dat er een versnelde doorstroming uit de opvangvoorzieningen is gerealiseerd waardoor asielzoekers nu sneller aangewezen zijn op de reguliere zorgvoorzieningen.

Van iemand die nog maar korte tijd in Nederland is, kan niet worden verwacht dat zij/hij de Nederlandse taal voldoende beheerst. Ik ben daarom voornemens huisartsen tijdelijk te ondersteunen door voor een periode van 1/2 jaar een (telefonische) tolkvoorziening mogelijk te maken voor statushouders op het moment dat ze het reguliere systeem instromen. Gezien de teruglopende instroomcijfers verwacht ik dat deze voorziening voor maximaal 2 jaar nodig zal zijn. Voor deze voorziening wil ik een bedrag van in totaal € 4,525 miljoen reserveren. De financiële dekking heb ik in overleg met mijn collega van Financiën gevonden in de gereserveerde migratiemiddelen binnen het Budgettair Kader Zorg.

Indiener stelt dat de dekking van € 20 miljoen kan worden gevonden in de niet-juridisch verplichte uitgaven van artikel 4 Zorgbreed beleid. Dit budget is begroot voor prioritaire doelstellingen, zoals bijvoorbeeld de opleiding tot ziekenhuisarts, de innovatie van beroepen en opleidingen en het Deltaplan dementie en zullen op korte termijn tot juridische verplichtingen leiden. Het is niet wenselijk dat deze activiteiten geen doorgang kunnen vinden.

Ik ontraad daarom dit amendement.

### **Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr.15 van de leden Dijkstra (D66) en Voortman (Groenlinks) over vergoeding voor PrEP bij de bestrijding van hiv-infecties.**

Dit amendement beoogt een subsidie ter grootte van € 3 miljoen beschikbaar te stellen voor PrEP, te dekken uit het niet-juridisch verplichte deel van de subsidieregeling Publieke Gezondheid.

Indieners stellen dat ik wacht met het bekijken of PrEP beschikbaar kan worden gesteld tot 2018. Ook stellen zij dat met PrEP een groot deel van de jaarlijks 1.000 nieuwe hiv-infecties voorkomen kan worden. Daarnaast vrezen de leden dat bij uitblijven van vergoeding, zowel een zwarte markt als ongelijkheid zullen ontstaan tussen zij die de kosten zelf kunnen betalen en zij die dit niet kunnen. Ten slotte stellen ze dat Nederland achterblijft op een aantal landen dat PrEP wel vergoedt, terwijl het kostenbesparing op kan leveren vanwege minder dure hiv-behandelingen en het de angst onder de risicogroep kan verminderen.

Ik wil vooropstellen dat ik reeds voor de zomer ben gestart met het bekijken hoe PrEP past binnen de totale aanpak van de hiv- en soa-bestrijding in Nederland. Ik heb hiervoor recentelijk een advies gevraagd aan de Gezondheidsraad (GR). Het is namelijk nog onduidelijk wat de precieze invloed van PrEP zal zijn op het aantal nieuwe hiv-infecties in Nederland, evenals wat de neveneffecten (inclusief veranderingen in het risicogedrag) zullen zijn. Ik heb de GR daarnaast gevraagd om in haar advies in te gaan op het collectieve belang en daarmee de collectieve verantwoordelijkheid rondom PrEP. Vanzelfsprekend zal de GR in haar advisering verschillende aspecten (zoals werking, kosteneffectiviteit en neveneffecten) betrekken. Ik zal op basis van het GR advies eind 2017/ begin 2018 besluiten of en zo ja, hoe, PrEP gefinancierd kan worden.

Het belang dat er goed onderzoek wordt gedaan naar de plaats van PrEP binnen de Nederlandse hiv- en soa-preventie heeft ook te maken met het feit dat de situatie in ieder land anders is, zowel wat betreft risicogroepen als het geldende gezondheidssysteem. Het is juist dat in een beperkt aantal landen PrEP al dan niet tijdelijk onder voorwaarden wordt vergoed, maar de bijdrage van PrEP in het gezondheidssysteem kan erg verschillen per land. In Nederland bestaat reeds een goed werkend hiv- en soa-preventiesysteem met speciale soa-poli's, waarmee we nu al bijna aan de hiv-doelstellingen van de WHO 2030 voldoen.

Een vraag die ik ook bij de GR heb neergelegd is de juiste afbakening van de hoogrisicogroep(en). Op dit moment is/ zijn deze groep(en) niet specifiek benoemd en daarmee zou de gevraagde € 3 miljoen subsidie niet toereikend zijn om iedereen een gelijke vergoeding te bieden. Immers, er zullen minder dan 450 mensen op jaarbasis aanspraak kunnen maken op de subsidie, uitgaande van de kosten van behandeling van € 7.000 per persoon per jaar.

Op dit moment loopt er een lokale pilot over de beste strategie van aanpak hiv-bestrijding, inclusief het gebruik van PrEP. Mede als gevolg van deze pilot hebben de verschillende betrokken zorgprofessionals onderling afspraken gemaakt en vastgelegd in een richtlijn om de juiste begeleiding van het gebruik van PrEP te waarborgen. Deze afspraken gelden voor heel Nederland. Eenieder kan voor deze begeleiding in de zorg terecht, onafhankelijk of het middel vergoed wordt of dat het zelf wordt aangeschaft. Het condoom is en blijft nog steeds de standaard in de hiv-bestrijding, is beschikbaar voor een lage prijs, en er wordt niet alleen hiv voorkomen, maar ook andere soa's.

Gelet op het voorgaande ontraad ik dit amendement.

#### **Amendement 34 550-XVI, nr. 19 van het lid Agema (PVV) over cliëntenrechten in de Wlz.**

Met de indiening van het amendement wordt beoogd om specifieke rechten van Wlz-cliënten te verankeren in de Wet langdurige zorg. Ook bij de bespreking van de Wet langdurige zorg is deze discussie gevoerd. Toen is in overleg met de Kamer gezamenlijk vastgesteld wat goede zorg inhoudt.

Wat er in het amendement staat, staat deels al in artikel 8.1.1 van de Wlz en deels in artikel 6.1.1 van het Besluit langdurige zorg. Deze bepalingen geven de rechten aan Wlz-cliënten die indiener wenst. De dringende urgentie om dit onderwerp in de wet zelf te verankeren, terwijl het in de sinds 1 januari 2015 bestaande wet- en regelgeving al adequaat geregeld

is, is mij niet duidelijk geworden. Het amendement is daarmee in mijn ogen overbodig.

Aanvullend aandachtspunt is dat met het amendement het huidige artikel 8.1.1, zevende en achtste lid, van de Wlz zou komen te vervallen. Het zevende lid gaat over cliëntondersteuning en lid 8 over de betrokkenheid van mantelzorgers. Het kabinet acht het ongewenst als deze onderwerpen zouden komen te vervallen.

Tegen deze achtergrond ontraad ik het amendement.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 21 van het lid Rutte (VVD) over de evaluatie van het project Hospital at Home.**

Indiener vraagt om een evaluatie van het project Hospital at Home met betrekking tot de maatschappelijke en economische resultaten, met als doel het project verder te implementeren in andere delen van Nederland. Hij verzoekt hiervoor € 100.000 beschikbaar stellen op artikel Curatieve zorg. De dekking hiervan wordt gezocht in de veronderstelde onderuitputting van de «Vinexregeling» op hetzelfde artikel.

Hospital at Home (H@H) is een onderzoeksproject waarin ouderen met dementie die een acute ziekte krijgen, zoals longontsteking, hartfalen of blaasontsteking, worden gezien op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis en waarna zij na toestemming, ofwel een reguliere ziekenhuisbehandeling krijgen ofwel een behandeling door een gespecialiseerd team thuis.

De H@H-studie onderzoekt bij ouderen met dementie die naar de spoedeisende hulp worden verwezen in verband met een acute ziekte, de uitkomsten van een ziekenhuisbehandeling thuis ten opzichte van een ziekenhuisbehandeling. Het doel is om naast uitkomsten zoals kwaliteit van leven, fysiek functioneren en herstel, ook kosten en complicaties van zowel het H@H-zorgprogramma als de acute ziekenhuisbehandeling te onderzoeken.

De H@H-studie is een studie binnen het ZonMw-programma Memorabel. De startdatum is 1 december 2014 en de einddatum is 1 april 2018. In de studie wordt het H@H-programma vergeleken met conventionele ziekenhuisbehandeling.

De evaluatie zal ingaan op kosteneffectiviteit en inzicht geven in kostenutiliteitsanalyses vanuit een maatschappelijk perspectief. Tevens wordt een budgetimpactanalyse vanuit het perspectief van het landelijke budgetkader, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder opgesteld. Deze evaluatie is passend bij dit traject.

Gezien het feit dat dit project reeds geëvalueerd wordt binnen het ZonMw-programma Memorabel, ontraad ik dit amendement.

**Amendementen Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 16 en Kamerstuk 34 550 VIII, nr. 49 van de leden Van Dijk en Van Gerven (SP) over het vrijmaken van aanvullende middelen ten behoeve van het opleiden van meer tandartsen.**

Indieners zijn van mening dat het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen in Nederland uitgebreid moet worden en beoogt dit te regelen met voorliggend amendement nummer 49 waarin € 20 miljoen wordt toegevoegd aan artikel 7 (Wetenschappelijk onderwijs) van de OCW-begroting.

Het voorstel is om dit te dekken door in artikel 2 Curatieve Zorg van de departementale begrotingsstaat van VWS het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag te verlagen met € 20 miljoen. Amendement 16 strekt hiertoe.

De dekking wordt gevonden door de € 35 miljoen die het Ministerie van VWS gedurende de periode 2017–2019 jaarlijks beschikbaar stelt aan ziekenhuizen voor de ontsluiting van patiëntgegevens ziekenhuizen in 2017 met € 20 miljoen te verlagen (zie p. 53 van de begroting).

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

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

Op 16 maart 2012 (Kamerstuk 32 620, nr. 57) heeft het kabinet aan de Tweede Kamer geschreven dat dit kabinet inzet op taakherschikking in plaats van op het opleiden van meer tandartsen. Een overaanbod aan tandartsen zal immers een natuurlijke groei naar taakherschikking in de weg staan. De inzet op taakherschikking past in het kabinetsbeleid van de juiste zorgverlener op de juiste plaats. In het laatste rapport van het Capaciteitsorgaan over de mondzorg in 2013 (Capaciteitsplan 2013, deelrapport 3 Beroepen Mondzorg, oktober 2013) staat beschreven dat de taakherschikking waarschijnlijk zal stagneren als geen sturing op dit proces plaatsvindt. In mijn brief van 7 juni jl. (Kamerstuk 32 620, nr. 173) heb ik aangegeven dat ik voornemens ben om in het kader van de taakherschikking via het experimenteerartikel in de Wet BIG (artikel 36a) zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de mondhygiënisten op hun deskundigheidsgebied. Het beoogde effect van de taakherschikking is dat mondhygiënisten meer gelegenheid krijgen om hun expertise op het gebied van de mondzorg in te zetten (dagelijkse «onderhouds»-mondzorg: controle, preventieve mondzorg, licht curatieve mondzorg) en dat tandartsen meer tijd krijgen voor werkzaamheden die een academische opleiding vereisen, zoals de meer complexe zorg (bijvoorbeeld plaatsen van implantaten, prothetische tandheelkundige zorg en mondzorg op het raakvlak met algemeen medische zorg), wetenschappelijke verdieping of de aansturing van een mondzorgteam. De AMvB zal in het voorjaar worden voorgehangen.

De NZa geeft ook aan dat er geen indicatie is van verminderde toeganke-lijkheid en zal dit komende jaren blijven volgen. Hieruit concludeer ik dat patiënten terecht kunnen bij een tandarts en geen tekort ervaren.

#### Waarom is financiële steun voor het Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP-programma) noodzakelijk?

Het is een fundamenteel recht van de patiënt om toegang te hebben tot zijn medische gegevens. Dit recht wordt nu niet waargemaakt, blijkt uit een steekproef van de Consumentenbond (april 2016). Patiënten moesten lang wachten op hun dossier, er stonden fouten in en de meeste informatie werd op papier ter beschikking gesteld.

Dat moet anders.

Patiënten moeten zo snel mogelijk digitaal en gestandaardiseerd toegang krijgen tot hun medische gegevens. Hiermee zet de zorg een stap naar de toekomst. Dan kan de potentie om met ICT de zorg te verbeteren worden waargemaakt. Voorbeelden hiervan zijn:

- Initiatieven waar meerdere zorgverleners samenwerken om de zorg dichterbij de patiënt te organiseren, zoals de samenwerking van het Slingeland Ziekenhuis en Sensire bij de zorg voor chronische longpatiënten of telemonitoring bij hartfalenpatiënten.
- Pilots met patiënten die zelf over een actueel medicatieoverzicht beschikken, wat bijdraagt aan medicatieveiligheid doordat er minder fouten met medicatie worden gemaakt.
- Behandelingen waar met gestandaardiseerde vragenlijsten en zelfmetingen de resultaten van de behandeling veel beter worden gemonitord, waardoor ongewenste zorguitkomsten worden voorkomen. In Duitsland is bijvoorbeeld bewezen dat de kans op incontinentie na prostaatkanker hiermee substantieel kan worden verkleind.
- Er hoeft minder dubbele diagnostiek plaats te vinden. Niet alleen omdat dit onnodige kosten zijn, maar vooral omdat het de patiënt onnodig belast.

Om te bereiken dat patiënten zo snel mogelijk digitaal en gestandaardiseerd toegang krijgen tot medische gegevens moeten ziekenhuizen een forse slag maken. Ziekenhuizen beschikken vaak niet over één integraal dossier waar alle informatie bij elkaar staat. Dat kan ook niet zomaar in verband met de privacy: de arts heeft alleen toegang tot informatie over de zorg waar hij bij betrokken is of waarvan de patiënt toestemming voor heeft gegeven dat deze gedeeld mag worden. Hierdoor is het lastig voor ziekenhuizen om de patiënt een overzicht te geven van al zijn medische gegevens. Ook wordt niet alle informatie eenduidig geregistreerd, via Registratie aan de Bron. De noodzakelijke omslag bij ziekenhuizen ondersteun ik met een financiële bijdrage. Dan blijft het nog een hele opgave voor met name de kleinere regionale ziekenhuizen om dit in te voeren. Daarom stimuleer ik ook dat de ziekenhuizen de opgedane kennis actief delen en samenwerken; tot nu toe zijn alle ziekenhuizen aan de slag gegaan met de nulmeting. Tot slot wil ik aangeven dat er ook van de ziekenhuizen zelf nog een investering nodig zal zijn om de gewenste resultaten te bereiken.

Alles overziend, ontraad ik daarom het amendement.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 18 van het lid Dijkstra (D66) over onderzoek naar de indeling van zorg (positieve gezondheid).**

De indiener stelt voor om de komende drie jaar jaarlijks € 1 miljoen te alloceren voor een onderzoek naar de indeling van de zorg (waarbij positieve gezondheid wordt onderzocht door het Institute for Positive Health). Dekking wordt gevonden bij de nog niet juridische verplichte middelen ten behoeve van de overige bestuurlijk gebonden subsidies en opdrachten op artikel 2.

Er is de laatste tijd veel aandacht voor het concept positieve gezondheid, zowel bij beleidsmakers als bij zorgprofessionals. Via diverse programma's van ZonMW zijn er mogelijkheden om onderzoeksvoorstellen in te dienen. Specifiek voor positieve gezondheid is reeds € 220.000 beschikbaar gesteld om in kaart te brengen hoe organisaties dit concept in de praktijk toepassen en € 300.000 voor organisaties die een pledge hebben getekend in het kader van Alles is gezondheid. Het Institute for Positive Health heeft hier ook middelen uit ontvangen en kan ook in de toekomst op deze programma's inschrijven. Daarnaast zijn er meer partijen die het onderwerp positieve gezondheid in de praktijk brengen en op de agenda houden. Enkel een bedrag alloceren naar het Institute for Positive Health zou miskennen dat er ook meer initiatieven bestaan die het verdienen om ondersteund te worden. Ook het programma Alles is Gezondheid stimuleert partijen die positieve

gezondheid in praktijk brengen; zowel in de zorg en in de wijk als op het werk en op school. Ten slotte kunnen er de komende jaren binnen de campagne «Samen beslissen» projecten gefinancierd worden die leiden tot een grotere bewustwording van het belang om samen te beslissen over de meest geschikte behandeling voor de patiënt. Hiermee wordt reeds een stevige impuls gegeven aan onderzoek naar het breder toepassen van het concept van positieve gezondheid binnen de gezondheidszorg. Ik ontraad het amendement.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 22 van het lid Rutte (VVD) over verbetering van de zorg voor ouderen met diabetes type 2.**

Indiener stelt voor om een tweejarige projectsubsidie te verstrekken aan de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) om bestaande knelpunten bij diabeteszorg aan ouderen in kaart te brengen en de oplossingen te verwerken in de NDF Zorgstandaard Diabetes. Kosten hiervan bedragen € 125.000 in 2017 en € 250.000 in 2018. De dekking van dit amendement wordt gevonden in de budgettaire ruimte voor Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden.

Ik onderschrijf dat de diabeteszorg voor ouderen, net als de diabeteszorg voor andere groepen optimaal moet zijn. De NDF is tot nu toe een voorbeeld geweest in het bij elkaar krijgen van zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars om op die wijze onder andere te komen tot breed gedragen standaarden en richtlijnen. Om tot de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden te komen krijgt niet de NDF, maar krijgen verschillende beroepsgroepen die diabeteszorg leveren (zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en medisch specialisten) middelen voor kwaliteitsontwikkeling. Deze beroepsgroepen zijn zelf verantwoordelijk voor het bieden van goede en verantwoorde zorg. Indien er een nieuwe zorgstandaard dient te komen, of de zorgstandaard moet worden aangepast, zouden in beginsel de betrokken beroepsgroepen zich hier samen voor in moeten zetten en de middelen hiervoor bij elkaar moeten leggen. Ik begrijp dat dit in het onderhavige geval, gelet op het grote aantal beroepsgroepen en de bij uitstek brede multidisciplinaire standaard, moeilijk te realiseren valt.

Ik laat het oordeel aan uw Kamer.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 23 van de leden Volp (PvdA) en Potters (VVD) over het versterken van kennis die nodig is voor het professionele handelen van zorgverleners in de langdurige zorg.**

Het amendement beoogt een vergroting van de kennis van professionals in de langdurige zorg, zodat zij beter in staat zijn om in te spelen op wat bewoners van verpleeghuizen willen en nodig hebben. Dit is een belangrijke bouwsteen om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren. Ik zie het amendement als versterking van het programma Waardigheid en Trots.

Voor wat betreft de besteding van de middelen gaat het om twee doelen. Het gaat ten eerste om een specifiek onderzoeksbudget ten behoeve van het systematisch verzamelen en prioriteren van kennisvragen van de werkvloer. Het amendement regelt financiering voor onderzoek, zo veel mogelijk uitgevoerd door de professionals uit de sector zelf, die daarbij ondersteund worden door o.a. universiteiten en hogescholen. Ook NWO

en ZonMw hebben hier op dit moment een rol en middelen voor. Bij de uitwerking ga ik hier op aansluiten.

Ten tweede gaat het om praktische hulp op de werkvloer. Daarvoor dient de kennis uit het onderzoek in praktisch toepasbare adviezen/best practices te worden omgezet. Hiervoor is een belangrijke rol weggelegd voor de beroepsverenigingen van professionals in de langdurige zorg. Deze beroepsverenigingen moeten daarbij worden ondersteund door een kwaliteitsorganisatie voor de langdurige zorg. Ik zal een en ander bespreken met de betrokken partijen en de Tweede Kamer begin 2017 schriftelijk informeren over de praktische uitwerking.

Ik laat het oordeel aan uw Kamer, maar breng nadrukkelijk onder uw aandacht dat ik het onwaarschijnlijk acht dat een bedrag van € 5 miljoen in het eerste jaar ten volle kan worden besteed.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 7 van de leden Van Dijck, Klever en Wilders (PVV) over het verlagen van het eigen risico.**

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 24 van de leden Voortman en Grashoff (GroenLinks) over het verlagen van het eigen risico.**

De indieners willen met amendement nr. 7 regelen dat het eigen risico in de zorg in 2017 met € 100 van € 385 naar € 285 wordt verlaagd, waartoe een bedrag van € 940 miljoen beschikbaar wordt gemaakt op artikel 2 Curatieve Zorg.

Amendement nr 24 stelt voor het eigen risico te verlagen met € 47 en dit te dekken door € 444 miljoen te onttrekken uit de expatregeling.

Het is om verschillende redenen niet mogelijk om het eigen risico per 2017 te verlagen. Sinds 1 oktober ligt de risicoverevening vast. Zorgverzekeraars gebruiken de hoogte van het verplicht eigen risico voor hun premiestelling. Bij publicatie na 1 oktober is het voor zorgverzekeraars te kort dag om een wijziging van het eigen risico mee te nemen in de vaststelling van de premie. Een lager eigen risico heeft forse effecten op financiering van de uitgaven bij zorgverzekeraars en pakt ook heel verschillend uit per zorgverzekeraar. Die effecten moeten zorgverzekeraars nog meenemen bij de vaststelling van hun premie en dat kan niet meer. De eerste zorgverzekeraars hebben hun premies al bekend gemaakt.

Verder vergt een aanpassing van het eigen risico (anders dan de reguliere indexatie van de zorgkosten) een wetswijziging die tijdig moet worden voorbereid. Deze wetswijziging is bij dit voorstel extra ingrijpend. Een verlaging van het eigen risico zorgt voor een hogere premie en een hogere inkomensafhankelijke bijdrage. Om dit te voorkomen wordt dekking gezocht in het afschaffen van de expatregeling. Dit is een dekking buiten de Zvw. Dit geld moet via een structurele rijksbijdrage weer in de Zvw gestopt worden. De wetswijziging zal in principe referendabel zijn (Wet op het raadgevend referendum). Referendabele wetten mogen geen inwerkingtredingsdatum bevatten die valt binnen acht weken na publicatie.

Ik ontraad daarom beide amendementen.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 25 van de leden Voordewind en Dik-Faber (CU) over suïcidepreventie (113Online).**



Indieners beogen met dit amendement een viertal doelen op het vlak van suïcidepreventie te realiseren:

1. een regionale aanpak suïcidepreventie opzetten in het Caribische gebied
2. suïcide-preventie specifiek gericht op LHBT-jongeren
3. inzet op meer suïcideproof (inrichting en gebouw) maken van ggz-instellingen
4. de uitvoering van pilots voor suïcidepoliklinieken.

Zij willen hiervoor € 1 miljoen reserveren op artikel 2 Curatieve Zorg. De dekking wordt gezocht in de nog niet juridisch verplichte middelen bestemd voor subsidies en opdrachten op hetzelfde artikel.

Ik kan mij goed voorstellen dat deze initiatieven kunnen bijdragen aan het terugdringen van het aantal suïcides in Nederland. Stichting 113Online zou bij de genoemde activiteiten opnieuw een rol kunnen spelen.

Ik heb de subsidie van 113Online afgelopen jaar substantieel verhoogd van € 1,4 miljoen in 2015 naar € 2,8 miljoen in 2016. Dit bedrag loopt verder op naar € 3,2 miljoen in 2017. Daarnaast heb ik een subsidie van € 1,6 miljoen verleend om de regionale suïcidepreventie vorm te geven. Dit brengt met zich mee dat het takenpakket en daarmee de opgave waarvoor 113Online staat, aanzienlijk is verzaamd.

Stichting 113Online heeft de uitbreiding van haar taken voortvarend opgepakt, maar het is een forse opgave om alles direct gerealiseerd te krijgen. Er zijn grenzen aan het tempo van de groei van de organisatie.

Aan meerdere onderdelen van dit amendement wordt of zal binnenkort worden gewerkt. Begin 2017 wordt met 113Online nader gekeken naar de omvang en timing van de extra taken zoals genoemd in het amendement.

Vanuit dit perspectief ontraad ik het amendement.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 26 van het lid Dik-Faber (CU) over een eenmalige financiële ondersteuning van het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen.**

In dit amendement wordt voorgesteld om voor 2016 het verplichtingen- en uitgavenbedrag op artikel 3 Langdurige zorg en ondersteuning te verhogen, met het doel een eenmalige financiële ondersteuning te bieden van € 200.000 aan het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen om te voorkomen dat de continuïteit van deze stichting in gevaar komt. Dekking wordt voorgesteld vanuit het niet-juridisch verplichte deel van artikel 3.

In mijn antwoord op uw Kamervragen van 25 juni 2015 over vrijwilligersnetwerken die zingevingvragen van ouderen oppakken, heb ik aangegeven dat ik veel waardering heb voor mensen die zich vrijwillig inzetten om anderen te helpen en daarmee een bijdrage te leveren aan het welzijn van ouderen. Het belang van een luisterend oor is niet te onderschatten. Er zijn tal van vrijwilligersinitiatieven en -netwerken die hier invulling aan geven. Gemeenten vervullen een belangrijke rol om dit soort initiatieven waar nodig te ondersteunen en de positie van vrijwilligers te versterken. Er zijn geen argumenten om één van deze aanbieders rijkssubsidie te verlenen, bovendien past dit niet binnen de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling van aanbieders, gemeenten en Rijk.

Gelet op het voorgaande ontraad ik dit amendement.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 28 van de leden van Gerven en Leijten (SP) over structurele financiering van het opleidingsinstituut voor de opleiding tot Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropeneeskunde (AIGT).**

Met dit amendement willen de indieners de structurele financiering van het opleidingsinstituut borgen. De dekking (€ 100.000 per jaar) zou moeten worden gevonden in artikel 4 zorgbreed beleid (pagina 20 van de begroting VWS) uit de post innovatie beroepen en opleidingen.

Kennis van uitheemse – en importziekten is onderdeel van de reguliere basisartsopleiding. Ook bestaat reeds de specifieke opleiding tot arts infectieziektebestrijding die na hun opleiding veelal werkzaam zijn bij GGD'en en zich richten zich op het voorkomen van infectieziekten en doelmatige bestrijding van uitbraken van diverse besmettelijke ziekten. De curatieve zorg aan patiënten met uitheemse en importziekten wordt in de reguliere eerstelijns- en tweedelijnszorg geboden. Nederland beschikt over diverse centra voor tropische geneeskunde en importziekten veelal verbonden aan universitaire medische centra. Bij een uitbraak van infectieziekten is de landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) bij het RIVM als landelijk kenniscentrum verantwoordelijk voor de inhoudelijke advisering van overheid en zorgaanbieders over hoe deze uitbraak het beste kan worden bestreden.

Voor publieke financiering door VWS komen zorgopleidingen in aanmerking die opleiden voor zorg verleend op basis van de Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg of Wet publieke gezondheidszorg. De opleiding tot arts AIGT voldoet niet aan dit criterium. Het in stand houden van het opleidingsinstituut kan wel een bijdrage leveren aan de bestaande (kennis)infrastructuur voor het voorkomen en bestrijden van infectieziekten.

Ik laat het oordeel aan uw Kamer.

**Amendement Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 29 van het lid Dik-Faber (CU) over counseling bij de NIPT.**

Indiener wil met dit amendement € 1 miljoen vrijmaken om de counseling bij de NIPT te verbeteren. De dekking van dit amendement wil indiener vinden in de subsidieregeling voor het aanbieden van de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT), in beleidsartikel 1.

Het aanpassen van de counseling, de opleidingen daarvoor en het aanpassen van het voorlichtingsmateriaal, worden gefinancierd via de opdrachtverlening aan het RIVM. Een bedrag van in totaal bijna € 900.000 is vrijgemaakt binnen artikel 1 van de VWS-begroting voor de activiteiten van het RIVM bij de invoering van de NIPT als eerste test. Voor wat betreft het aanpassen van de counseling gaat het onder andere om de volgende activiteiten: zorgen dat verplichte bijscholing van alle gecontracteerde counselors wordt georganiseerd vóór de invoering van de NIPT als eerste test; informeren van de verloskundigen via de reguliere opleidingen over de veranderingen in de prenatale screening; via de regionale centra prenatale screening zorgen dat de meest recente informatie in de opleidingen wordt verwerkt; zorgen dat per 1 april 2017 de digitale counselingmodule (via: [www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl](http://www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl)) is aangevuld met informatie over de syndromen van Down, Edwards en Patau en beschikbaar is voor zwangeren; aanvullen van kwaliteitseisen voor counselors.

De eerste stap bij prenatale screening is en blijft dat de vrouw door de verloskundige eerst de vraag krijgt voorgelegd of zij meer wilt weten over prenatale screening. Pas als de vrouw aangeeft meer te willen weten, volgt een counselinggesprek. De counselors hebben 30 minuten beschikbaar voor het counselinggesprek. De counselors hebben daarmee voldoende tijd om goede uitleg en toelichting te geven. De duur van dit gesprek (30 minuten) wordt voorafgaand aan de start van TRIDENT-2 als kwaliteitseis opgenomen in de «kwaliteitseisen counselor prenatale screening».

Uitvoering van de counseling bij prenatale screening is opgenomen als aanspraak in de Zorgverzekeringswet. De counseling wordt volledig vergoed, zonder eigen risico.

Voor de invoering van de NIPT als eerste test bij prenatale screening is een bedrag van ruim € 26 miljoen beschikbaar in beleidsartikel 1 van de VWS-begroting. Dit bedrag is voor het uitvoeren van de NIPT; het analyseren van bloed en het aanleveren van de uitslag. Gelet op het bovenstaande ontraad ik het amendement.