

## **BIJVOEGSEL**

Schriftelijke antwoorden van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016 (34300-XVI)**.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) op een bericht in het NRC van 2 oktober 2015, waarin staat dat een gereanimeerde patiënt niet naar het ziekenhuis wil omdat dat hem het eigen risico zou kosten. Wij hebben in Nederland een goed en solidair stelsel dat iedereen toegang geeft tot noodzakelijke zorg, ook in financiële zin. In ons land is het niet nodig dat mensen op straat overlijden omdat zij de zorg niet kunnen betalen. Sowieso worden in Nederland in spoedeisende situaties patiënten eerst behandeld en worden pas daarna de betalingen gevraagd. Het zorgstelsel betalen we met zijn allen via premie, eigen risico en belastingen. Voor degenen die dat niet kunnen betalen is er een aantal financiële waarborgen, waarvan de zorgtoeslag de belangrijkste is. Huishoudens met lage inkomens worden via de zorgtoeslag grotendeels gecompenseerd voor de gemiddelde zorgpremie en het gemiddeld eigen risico. De extra verhoging van het eigen risico met €115 in 2013 is zelfs volledig gecompenseerd in de zorgtoeslag. Daarnaast kunnen gemeenten ondersteuning bieden in de vorm van een tegemoetkoming voor meerkosten voor zorg of een premiebijdrage geven voor de mensen die deelnemen aan een collectieve zorgverzekering via de gemeente. Via de aanvullende verzekering in die collectieve polissen kunnen op dit moment circa 15% van de 620.000 verzekerden het eigen risico vooraf gespreid betalen en is het bij 35% herverzekerd. Voorts komen sommige zorgkosten in aanmerking voor fiscale aftrek. De feitelijke situatie is dat de premies voor de laagste inkomens 10 jaar geleden voor het ziekenfonds hoger waren dan nu voor de Zorgverzekeringswet, inclusief het gemiddeld eigen risico (€ 541 in 2005 en € 470 euro in 2016).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) of mensen wel de medicijnen krijgen die in hun individuele situatie het beste passen of dat zorgverzekeraars met hun rekenmachine de scepter blijven zwaaien. Ook wordt gevraagd naar het gevolg van de uitspraak van de rechter over de wanprestatie van CZ die weigerde een medisch noodzakelijk medicijn te vergoeden.

Ik sta voor gepast gebruik en goede kwaliteit van zorg. Dat betekent duur waar het moet, goedkoop waar het kan. Indien iemand vanuit medische noodzaak een duurder geneesmiddel nodig heeft dan is de zorgverzekeraar vanuit zijn zorgplicht verplicht dit te vergoeden. De uitspraak van de rechter in de casus die bij CZ speelde heeft dit bevestigd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het voorstel om het eigen risico in 2016 te halveren en dit te financieren uit de reserves van zorgverzekeraars.

Ik acht dit voorstel om verschillende redenen onwenselijk en ook onuitvoerbaar.

Onwenselijk omdat het eigen risico zorgt voor medefinanciering van zorgkosten (de gebruiker betaalt een beetje mee). Verlaging van het eigen risico leidt op zich zelf al tot een hogere premie. Daarnaast zal een lager eigen risico er ook toe leiden dat mensen zich minder bewust zijn van kosten waardoor de zorgkosten kunnen stijgen en ook de premies weer hoger worden.

Ik vind het voorstel van de SP ook onwenselijk omdat reserves maar een keer kunnen worden ingezet. Na dat jaar moet de halvering of uit de premie worden betaald of moet het eigen risico weer omhoog, waardoor schommelingen in de hoogte van het eigen risico ontstaan. Verzekeraars kunnen bovendien niet verplicht worden hieraan mee te werken, omdat het gaat om private reserves. Wel kan een zorgverzekeraar zelf besluiten om een deel van de reserves in te zetten om de Zvw-premie te verlagen. Dat hebben verzekeraars voor de premie van 2015 ook gedaan (volgens de jaarverslagen voor een bedrag van 1,3 mld) en mijn inschatting is dat ze een vergelijkbaar bedrag in 2016 zullen inzetten om de premie te drukken. Het voorstel is bovendien niet uitvoerbaar. Aanpassing van het eigen risico vergt een wijziging van de Zvw en die is niet meer voor 1 januari 2016 te realiseren. Verzekeraars zijn bovendien al volop bezig met de voorbereiding van de polissen voor 2016 en het vaststellen van de bijbehorende premies. Daarbij gaan zij uit van het eigen risico zoals in de begroting vermeld. Al met al ben ik niet van plan het eigen risico voor 2016 aan te passen.

Antwoord op de vraag van het lid Van Gerven (SP) over de gedachtegang

dat het profijtbeginsel zorgt voor individuele risicoselectie, ertoe leidt dat ouderen en gehandicapten meer moeten betalen voor hun zorgpolis. Ik deel de opvatting van de heer Van Gerven dat een zorgverzekering geen autoverzekering is. Op de zorgverzekering is dan ook niet het profijtbeginsel van toepassing maar is solidariteit een belangrijk uitgangspunt. Deze solidariteit wordt in ons stelsel ingevuld door een acceptatieplicht voor verzekeraars en een verbod op premiedifferentiatie en ondersteund door een goed werkend risicovereveningssysteem. Dus, anders dan bij een autoverzekering, kan iedereen in Nederland dezelfde basisverzekering afsluiten tegen dezelfde premie bij een zorgverzekeraar, dat wil zeggen dat zorgverzekeraars voor mensen met een hoger risico (zoals ouderen en gehandicapten) daarvoor geen hogere premie kunnen vragen dan voor jonge gezonde verzekerden. In mijn aanpak Kwaliteit Loont ben ik bovendien bezig om de risicoverevening zodanig aan te passen dat het juist meer gaat lonen voor verzekeraars om zich te richten op gehandicapten, ouderen en chronisch zieken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) of het plan "De zorg is van ons" van de SP mogelijk is. Kort samengevat zet de SP in op een kanteling van het zorgstelsel naar een publiek georganiseerd stelsel met centrale regie vanuit de (landelijke) overheid. Het plan is niet getoetst op uitvoerbaarheid.

Als het uitvoerbaar is is dat enkel tegen een hoge prijs. De collectieve zorguitgaven stijgen fors en (boven)modale inkomens leveren daarvoor een flink deel van hun koopkracht in. In de plannen van de SP wordt werken voor veel mensen dan ook minder lonend, waardoor de werkgelegenheid volgens het Centraal Planbureau (CPB) structureel lager zal uitvallen. Dit zet de overheidsfinanciën zowel aan de uitgavenkant als aan de inkomstenkant onder druk. Daarnaast brengt de transitie naar een volledig publiek stelsel ook juridische risico's met zich mee, bijvoorbeeld waar het de omvorming van de huidige private verzekeraars naar één publieke verzekeraar betreft. De kosten van de transitie naar een nieuw stelsel kunnen daardoor een veelvoud bedragen van de kosten die de SP veronderstelt, zoals ook door het CPB is berekend in het kader van het rapport Zorgkeuzes in Kaart (ZiK). Alleen al de kosten van het omvormen van de huidige private verzekeraars in

één publieke verzekeraar zijn in ZiK becijferd op € 5,3 miljard. Daarnaast kan de compensatie van de zorgverzekeraars voor het verdwijnen van hun markt oplopen tot € 19,7 miljard. De kosten van de opbouw van de risicoreserve die ook een publieke verzekeraar nodig heeft komen volgens ZiK neer op € 3,4 miljard. De kosten van de overige transities die onderdeel zijn van het plan van de SP zijn hierin dan nog niet meegenomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) of het kabinet bereid is in het belang van de volksgezondheid de uitvoering van het plan “de zorg is van ons” van de SP ter hand te nemen.

De staatssecretaris en ik zijn van mening dat patiënten, zorgprofessionals en premiebetalers gebaat zijn bij tastbare verbeteringen. Niet alleen in de zorg, maar ook daarbuiten. Het plan van de SP draagt daar niet aan bij. Het plan leidt tot hogere collectieve lasten, een verslechtering van de overheidsfinanciën en bovenal op lange termijn tot minder in plaats van meer banen. Meer overheid, zoals de SP beoogt, betekent ook niet minder bureaucratie of sneller geholpen worden. Wij delen het uitgangspunt van de SP dat onze gezondheidszorg van en voor iedereen is, en dat zorg dichtbij de mensen hoort. Het plan van de SP vinden wij daarvoor echter niet het juiste middel.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) om een toezegging dat handelsverdragen geen invloed hebben op hoe wij de zorg in Nederland organiseren en een garantie dat er geen onomkeerbare besluiten worden genomen en dat privatiseringen kunnen worden teruggedraaid.

Ik wijs u er op dat het de Europese Commissie is die deze handelsverdragen in afstemming met de 28 lidstaten sluit. De EU neemt in de handelsverdragen standaardvoorbehouden op die de beleidsruimte op volksgezondheid en zorg borgen. Daarnaast biedt de EU ook de mogelijkheid aan lidstaten om aanvullende voorbehouden te formuleren indien lidstaten dit nodig achten. De inzet van het kabinet is dat het Nederlandse zorgstelsel wordt uitgesloten van ongewenste invloeden van handelsverdragen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) of ik bereid ben een publieke variant te onderzoeken, waarbij gemeentes of landelijke

publieke organisaties verantwoordelijk worden voor de ambulancezorg. Deze zomer heb ik de Kamer geïnformeerd over een aantal scenario's dat samen met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is verkend. Eén van die scenario's betrof het beleggen van de verantwoordelijkheid van de ambulancezorg bij één publieke partij, zoals bijvoorbeeld een ZBO of een lagere overheid.

In Nederland is het historisch zo gegroeid dat de verantwoordelijkheid van de uitvoering is belegd bij een mix van private en publieke partijen. Het voorgestelde scenario zou daar een einde aan maken, hetgeen een zeer ingrijpende operatie zou betekenen. Daarbij is van belang dat de Nederlandse ambulancezorg op een kwalitatief hoog peil staat en er geen aanleiding is om te veronderstellen dat een dergelijke 'nationalisering' van de ambulancezorg de kwaliteit en doelmatigheid zou verbeteren. Publieke uitvoering door de ambulancezorg zou ook een knip in de rol van de zorgverzekeraars in de (acute) zorgketen betekenen: één van de onderdelen uit de acute keten wordt losgeknipt uit het, grotendeels privaat ingerichte, zorgsysteem, waardoor de mogelijkheden voor verzekeraars om te sturen op de hele keten van acute zorg worden beperkt en tevens voor aanbieders de mogelijkheden om geïntegreerde acute zorg te verlenen worden bemoeilijkt. Op basis van deze overwegingen ben ik geen voorstander van dit scenario. Ook AZN en ZN hebben geen voorkeur voor een dergelijke volledig publieke variant.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over de verhuizing van mevrouw Scholtens naar Middelstum vanwege de sluiting van de instelling waar zij verblijft.

Ik kan mij goed voorstellen dat mensen erg opzien tegen verhuizen en het feit dat zij hun vertrouwde omgeving moeten verlaten. Tegelijkertijd moeten wij ons realiseren dat verhuizen van alle tijden is en zeker niet een nieuw fenomeen. Instellingen voor langdurige zorg renoveren, plegen nieuwbouw en sluiten. Alternatief is dat het bestaande aanbod wordt bevroren en dat is niet wenselijk. Vernieuwing is ook wenselijk en nodig. Bijvoorbeeld de vernieuwing van meerbedskamers in de verpleeghuiszorg in verband met de privacy heeft de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeterd. Met enige regelmaat tref ik mensen, die de verhuizing is meegevallen of die zelfs blij

zijn met een nieuw onderkomen.

Daarmee sluit ik mijn ogen niet voor het feit dat niet iedereen gelukkig zal zijn met een verhuizing. Het is aan lokale partijen als gemeente, zorginstelling en zorgkantoor om de meest passende oplossing te vinden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over de bezuinigingen op de thuiszorg en de GGZ, de loondump en de sluiting van de verzorgingshuizen.

De hervorming van de langdurige zorg is er mede op gericht om de zorg en ondersteuning in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden. Ook voor mensen met een kleinere portemonnee. Dat is sociaal beleid. De totale uitgaven voor zorg en ondersteuning stijgen en recht op zorg en ondersteuning is adequaat geborgd in de verschillende wetten.

Door de decentralisatie van taken en het de-institutionaliseren kunnen gemeenten nu taken beter en efficiënter vervullen door integraal lokaal maatwerk te leveren: ook in het kader van het brede sociaal domein. Daar waar het kan, moet een omslag worden gemaakt naar een goede combinatie van professionele en informele zorg. Omdat dat beter is en efficiënter.

Ik houd de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt al vanaf het begin nauwlettend in de gaten en heb extra acties ondernomen waar nodig. Dat blijf ik ook de komende periode doen. Zo heeft de Transitiecommissie sociaal Domein, op mijn verzoek, samen met gemeenten, zorgaanbieders en bonden een code verantwoordelijk marktgedrag opgesteld. Daarin wordt bevorderd dat eerlijke arbeidsvoorwaarden tot stand komen. Ook ben ik in 2015 gestart met de Huishoudelijke Hulp Toelage (HHT), waardoor extra werkgelegenheid voor huishoudelijke hulpen gecreëerd is. Met bonden, werkgevers en gemeenten blijf ik in gesprek over hoe we vanuit een toekomstperspectief op de zorg en ondersteuning kunnen blijven werken aan een arbeidsmarkt voor de toekomst, zodat perspectief gegeven kan worden aan met name het lager gekwalificeerd zorgpersoneel.

Sluiting verzorgingshuizen.

In de huidige wet- en regelgeving is het aan gemeenten om de ondersteuning en welzijn voor de lichtere zorgvragen vorm te geven. Dit overigens in aansluiting bij een trend die we al een aantal decennia zien van een steeds kleinere populatie die kiest voor het verzorgingshuis. Gezien de

afnemende vraag naar deze zorg zal een groep verzorgingshuizen sluiten en of zich omvormen tot woon/zorg centra. De hervorming langdurige zorg heeft de mogelijkheden voor gemeenten en verzekeraars om mensen te ondersteunen bij hun wens om langer thuis te wonen, vergroot. Dat is wat mij betreft fatsoenlijk en sociaal beleid, dat aansluit bij veranderende behoeften van mensen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het van tafel halen van de bezuinigingen op de Wmo, uitgaande van het principe dat geld de behoefte aan zorg moet volgen.

Het is zo dat de ondersteuning de behoefte daaraan moet volgen. De gemeente moet uit hoofde van de Wmo voor een passende voorziening zorg dragen. Dit hebben we wettelijk geborgd in de Wmo 2015. Vervolgens moeten wij zorgen voor voldoende middelen. Dat is mijn systeemverantwoordelijkheid. Daarbij geldt dat gemeenten met de ruimte die zij in de Wmo maar ook in het brede sociale domein hebben gekregen efficiënter kunnen werken doordat gemeenten gericht, op maat aan de behoefte aan zorg en ondersteuning kunnen voldoen en verbindingen kunnen leggen binnen het sociaal domein. Gezien het voorgaande zie ik geen aanleiding het beleid aan te passen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) dat een op de vijf mensen vanwege het geld wel eens afziet van zorg.<sup>1</sup>

Afgelopen week heb ik uw Kamer de resultaten gestuurd van het onderzoek naar zorgmijding dat ik samen met de Consumentenbond, de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland heb laten uitvoeren. In dit onderzoek is niet alleen een panelonderzoek gehouden maar zijn ook gegevens over daadwerkelijk zorggebruik geanalyseerd. Een dergelijk onderzoek is niet eerder uitgevoerd. Het onderzoek heeft betrekking op de periode 2008 tot 2014/2015, waardoor resultaten ook in perspectief geplaatst kunnen worden.

Dat onderzoek laat zien dat drie procent van de mensen afziet van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Dit percentage is onveranderd in vergelijking met 2009 en 2012.

Het percentage mensen dat een verwijzing voor de specialist niet opvolgt stijgt sinds 2010, van 18% naar 27% in 2013, met de sterkste toename in



2011 en 2012.

Het percentage mensen dat geneesmiddelen niet ophaalt, is gedaald tussen 2008 en 2010. Van 2011 op 2012 steeg het percentage en sindsdien is het vrijwel constant. Het huidige percentage van 29% is overigens lager dan in 2008 (34%).

In mijn reactie op het onderzoek heb ik aangegeven dat het afzien van zorg niet per se ongewenst is. Soms gebruiken mensen terecht geen (vervolg)zorg, omdat bijvoorbeeld zonder zorg de klacht vanzelf overgaat. Wanneer mensen echter onterecht afzien van noodzakelijke (vervolg)zorg, bijvoorbeeld vanwege hun inkomen, is dat ongewenst. Bij het verplicht eigen risico voor Zvw-zorg wordt via de zorgtoeslag rekening gehouden met de draagkracht van een verzekerde. Bovendien bestaat de mogelijkheid van ondersteuning via de gemeente en fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten. Daarmee is naar mijn idee een zorgvuldige balans gecreëerd tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid. Er is hierdoor voor mensen geen reden om af te zien van de zorg die zij nodig hebben. Let wel: de premielast inclusief gemiddeld eigen risico van de laagste inkomens is 10 jaar na de invoering van de Zvw lager dan in het oude ziekenfonds.

Wel neem ik op basis van de onderzoekresultaten naast algemene informatievoorziening een aantal aanvullende maatregelen gericht op specifieke groepen waarbij relatief meer sprake is van het afzien van noodzakelijke zorg. Niet alleen de rijksoverheid, maar ook gemeenten, zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties spelen daarbij een rol.

1 Het onderzoek van TNS-NIPO stelt overigens niet dat 1 op de 5 mensen (18%) zorg mijdt om financiële redenen, omdat 59% van de respondenten zegt later alsnog naar een arts te gaan. Dat brengt volgens TNS-NIPO het aantal "zorgmijders" op 7% waarvan een deel om financiële redenen en een deel om niet-financiële redenen niet naar een arts gaat.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) of de regering bereid is een financiële uitvoeringstoets te starten naar de houdbaarheid van de eigen bijdragen in Wlz en Wmo en de stapeling hiervan met het eigen risico in de Zvw.

Al sinds vele jaren bestaan er eigen bijdragen in de langdurige zorg. Sinds

2008 bestaat er een eigen risico in de Zvw. De staatssecretaris en ik achten het redelijk dat cliënten zelf een deel van de kosten dragen als ze zorg gebruiken. Daarbij geldt dat de bijdrageregelingen in de Wlz en de Wmo zo zijn vormgegeven dat de bijdrage die iemand voor het gebruik van zorg betaalt naar draagkracht is en onderling niet cumuleert. Het eigen risico wordt meegenomen in de hoogte van de zorgtoeslag waar eveneens met draagkracht rekening wordt gehouden. Een onderzoek naar de houdbaarheid van eigen betalingen in zijn algemeenheid lijkt mij weinig zinvol. Wel wordt er permanent gekeken of de eigen betalingen nog optimaal zijn vormgegeven, bijvoorbeeld als het gaat om de prikkelwerking tussen de Wmo en Wlz, daar wordt ook onderzoek naar gedaan. Het recent verschenen rapport van Nivel over 'Inzicht in zorgmijden' (op 28 oktober jl. naar uw Kamer gestuurd) is hiervan een voorbeeld.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het onmogelijk maken van goodwillbetalingen tussen huisartsen en dit strafbaar te stellen.

Zoals ik in mijn brief aan de Tweede Kamer van 14 oktober 2015 heb aangegeven, vind ik het betalen van goodwill in de huisartsenzorg ongewenst en laat ik de juridische mogelijkheden onderzoeken om goodwill tegen te gaan (Kamerstukken II 2015/16, 29 282, nr. 234). Omdat een verbod op goodwillbetalingen niet juridisch haalbaar lijkt, bekijk ik ook alternatieve beleidsmaatregelen. Ik zal uw Kamer rond de jaarwisseling hierover nader informeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid van Gerven (SP) of de minister bereid is in het kader van transparantie te zorgen dat declaraties van bestuurders en Raad van Toezicht openbaar worden.

Zoals ik in de brief van 27 oktober jl. en de antwoorden op de Kamervragen van de fracties van de SP, PvdA en VVD over dit onderwerp reeds heb aangegeven, zijn zorginstellingen private instellingen die zelf verantwoordelijk zijn voor hun bedrijfsvoering. De raden van toezicht houden daar toezicht op. Bestuurders en toezichthouders in de zorg hebben een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid. Daarbij past ook verantwoording, waaronder transparantie van declaraties.

De staatssecretaris en ik hebben in onze gezamenlijke agenda voor goed bestuur aangegeven dat er een cultuurverandering noodzakelijk is bij bestuurders en interne toezichthouders. In onze agenda hebben wij betoogd dat de benodigde cultuurverandering het beste tot stand komt door discussie in de sector zelf. Ik sta hier nog steeds achter. Ik wil de discussie over goed bestuur en daarmee ook over declaraties waar mogelijk faciliteren en aanjagen.

Ik heb contact opgenomen met de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) om zinnig en zuinig declareren als ook het transparant zijn over die declaraties bij hen onder de aandacht te brengen. De BoZ heeft aangegeven de negatieve beeldvorming te betreuren en de zorgen van uw Kamer te begrijpen. Op 25 november spreken de besturen van de brancheorganisaties in gezamenlijkheid over de vernieuwing van de zorgbrede governancecode. De wens om het maatschappelijk vertrouwen in het bestuur en toezicht in de zorg te verstevigen zal daarbij leidend zijn. De BoZ heeft mij laten weten daarbij ook het thema transparantie over declaraties aan bod te laten komen. Ik heb er vertrouwen in dat de brancheorganisaties in de zorg zelf met voorstellen zullen komen die leiden tot meer verantwoording en transparantie rond declaraties.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over de wenselijkheid dat een restitutiepolis alleen voor de rijken is.

Ik ben het met de heer Van Gerven eens dat het onwenselijk is als uitsluitend mensen met een bredere beurs kunnen kiezen voor een restitutiepolis. Dit is in praktijk ook helemaal niet het geval. Uit de Marktscan 2015 van de NZa blijkt zelfs dat de gemiddelde prijs van een restitutiepolis lager is (€1.169) dan de gemiddelde prijs van een naturapolis, exclusief de polissen met beperkende voorwaarden (€1.174).

De goedkoopste restitutiepolis in 2015 is van Ditzo (€1.079). De duurste naturapolis is die van Goudse (€ 1.314), de duurste budgetpolis is die van CZ (€ 1.164). Een individuele restitutiepolis hoeft dus niet duurder te zijn dan een naturapolis/budgetpolis en kan zelfs goedkoper zijn, zoals in dit geval.

Mensen met een minimuminkomen krijgen € 942 aan zorgtoeslag, dus betalen verzekerden met een Ditzo restitutiepolis € 11,50 per maand zelf aan zorg (los van eigen risico en eigen bijdragen). De stelling dat een

restitutiepolis een rijke lui's polis is, klopt dus niet.

Antwoord op het aangekondigde amendement met betrekking tot het terug willen brengen van plastische chirurgie en besnijdenis in het basispakket. Ik heb eerder aan de beroepsgroep, patiëntvereniging en zorgverzekeraars gevraagd om met een voorstel te komen tot vergoeding van bepaalde plastische chirurgie. Hier heb ik voorwaarden aan verbonden. Zo moet het alleen gaan om medisch noodzakelijke plastische chirurgie. Deze afbakening moet ook goed te maken zijn en bovendien te controleren zijn.

De Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Patiëntenfederatie NPCF hebben mij bij brief van 7 oktober 2015 verzocht de circumcisie op basis van een medische indicatie met ingang van 1 januari 2017 weer in het basispakket op te nemen. Voor de afbakening van de circumcisie op medische indicatie verwijzen deze organisaties naar het Standpunt circumcisie van de NVU, dat de indiener van het amendement ook heeft genoemd.

Ik heb het Zorginstituut Nederland gevraagd mij te adviseren of deze afbakening van de circumcisie op medische indicatie voldoende is en of deze ingreep dan goed controleerbaar en uitvoerbaar voor zorgverzekeraars is. Alleen als aan die voorwaarden voldaan wordt en daarmee gewaarborgd is dat uitsluitend de circumcisie die medisch noodzakelijk is uit het basispakket kan worden vergoed, is een verantwoorde en op termijn houdbare opname in het basispakket mogelijk. Het Zorginstituut zal dit advies naar verwachting in maart 2016 uitbrengen, zodat het kan worden betrokken bij de besluitvorming over aanpassing van het basispakket 2017.

Mijn verzoek aan het Zorginstituut betreft overigens ook andere vormen van plastische chirurgie, namelijk borstimplantaten en -vergroting bij niet aanleg van borsten (agenesie of aplasie), borstvergroting als onderdeel van de geslachtsveranderende operatie bij transgenders, en de ooglidcorrecties bij ernstige gezichtsveldbeperking. Ook hiervoor hebben de beroepsgroepen eerder voorstellen gedaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) om 'samen beslissen' onderdeel te laten worden van richtlijnen en dit echt zeggingskracht te laten krijgen.

Er zijn richtlijnen die ruimte bieden om te kiezen uit verschillende behandelopties. Voor deze richtlijnen ben ik groot voorstander van het opnemen van 'samen beslissen'. Bij de update van richtlijnen is hiervoor momenteel expliciete aandacht. Veel richtlijnen beschrijven echter vooral de technische handelingen die een arts dient uit te voeren bij een behandeling. Het opnemen van 'samen beslissen' heeft in deze specifieke gevallen dan geen toegevoegde waarde.

De Federatie van Medisch Specialisten en NPCF hebben overigens al een aantal instrumenten ontwikkeld om artsen en patiënten te stimuleren en te ondersteunen bij 'samen beslissen'. Zo is er aandacht voor 'samen beslissen' in opleidingen en zijn er publiekscampagnes om patiënten voor te lichten. Ook de "3 goede vragen" die een patiënt kan stellen bij een bezoek aan de dokter is een goed voorbeeld van een hulpmiddel bij 'samen beslissen'. In aanvulling hierop zal ik met de Federatie van Medisch Specialisten in overleg gaan om 'samen beslissen' onderdeel te laten worden in de kwaliteitvisitaties van medisch specialisten. Zo wordt verder geborgd dat 'samen beslissen' de standaard wordt. Daarmee kom ik tegemoet aan de suggestie van de VVD-fractie om 'samen beslissen' de standaard te laten worden. Over 'samen beslissen' heb ik uw Kamer op 29 oktober jongstleden een brief gestuurd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) over het uitroepen van het jaar 2016 als het jaar van minder regels en meer vertrouwen. 2016 is een belangrijk jaar waarin minder regels en meer vertrouwen een centrale rol spelen wat mij betreft. Uiteraard niet van blind vertrouwen waarmee we onszelf op langere termijn in de vingers kunnen snijden, maar dat we ervoor kiezen om in de zorg te werken vanuit verdiend vertrouwen om zo te komen van regeldruk naar passende regels. Dit vertrouwen tussen de partijen in de zorg kan alleen tot stand komen als wordt ingezet op prestaties, competenties én intenties.

We zien regelmatig dat vooral op prestatiemetingen wordt ingezet: vertrouwen is afhankelijk van gebleken prestatie. Eerst zien dan geloven. Dit zorgt voor extra toezicht, dubbele controles et cetera. Het belang van competenties en intenties, oftewel het vertrouwen in de professional is nu teveel op de achtergrond geraakt. Voor een succesvolle aanpak vind ik het dan ook belangrijk dat niet alleen binnen VWS, maar door alle partijen die

actief zijn in de zorg, op wederzijds vertrouwen wordt ingezet. En dat we daarbij in gedachte houden dat niet alle regels overbodig zijn, ze kunnen ook heel nuttig zijn, bijvoorbeeld ten behoeve van transparantie in de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Voor mij is het werken aan merkbaar minder regeldruk dan ook een kwestie van het schrappen van overbodige regels, vereenvoudigen van valide regels, slimmer samenwerken om registratielasten te verminderen en het voorkomen van onnodige nieuwe regeldruk. Tijdens de actiedag Merkbaar Minder Regeldruk die ik op 28 oktober jl. heb georganiseerd heb ik hier inspirerende voorbeelden van gezien. Ook de goede resultaten afgelopen zomer in het kader van Het Roer Moet Om, sterkt mij in de overtuiging dat deze aanpak echt iets gaat opleveren en ik zal deze aanpak dan ook voorstellen aan andere delen van de zorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) over samen beslissen.

Bij samen beslissen, het nemen van regie over je eigen leven, horen tijd en ruimte om na te denken. Sinds vorig jaar bestaat het kijk- en luisterconsult. Signalen wijzen uit dat het door verzekeraars nog onvoldoende wordt ingekocht en dat het in de praktijk bij artsen en patiënten nog onvoldoende bekendheid geniet.

Zoals ik u in mijn brief over samen beslissen (TK 31765 nr. 169) heb beschreven is samen beslissen gewoon mogelijk in de huidige bekostigingsregels. Het is zaak dat verzekeraars en aanbieders hierover in de contractering afspraken maken. Begin 2016 heeft de NZa naar verwachting inzicht in het gebruik van deze zorgactiviteit 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige behandelopties'. Onder andere op basis van dat inzicht ga ik met de NZa in gesprek over de vraag of en zo ja welke aanvullende aanpassingen in de bekostiging nodig zijn om gezamenlijke besluitvorming verder te stimuleren. Overigens zie ik in de praktijk ook goede voorbeelden van samen beslissen zonder dat de bekostiging hiervoor een belemmering vormt. Daarnaast zal vanuit het programma verspilling een pilot worden gestart met de time out procedure. In deze pilot wordt de time out procedure op een gestructureerde wijze in een aantal ziekenhuizen ingevoerd voor de behandeling van borstkanker. Gemeten wordt wat de

effecten zijn op onder andere gezamenlijke besluitvorming en in beeld wordt gebracht wat de lessen zijn voor goede implementatie van de time out procedure. Deze pilot wordt financieel ondersteund door Zilveren Kruis en VWS. Ik zal na de zomer aan de hand van resultaten van deze twee acties een visie naar de Tweede Kamer sturen over de voortgang, de resultaten en de lessen.

Overigens zijn veel contracten die verzekeraars sluiten ook lump sum contracten voor diverse aandoeningen, waarbij niet altijd zozeer wordt betaald voor de individuele verrichtingen, maar de gemiddelde prijs voor de behandeling wordt gedeclareerd. Daar maakt niet behandelen of eerder stoppen met behandelen ook deel van uit.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) over mijn bereidheid om het budget voor de familievertrouwenspersonen op te hogen, zodat een landelijk dekkend netwerk kan worden georganiseerd en gemeentes in positie worden gebracht om de regierol verder op te pakken. Ik deel de opvatting dat het met het oog op de eigen regie en steun vanuit de eigen omgeving, van belang is om het familievertrouwenswerk te verbreden. Dit sluit aan bij het beleid om mensen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving op te vangen en te behandelen. Ik zie een toegevoegde waarde hierin en ben bereid dit in gang te zetten en ook het budget hiervoor licht op te hogen. Gelet op de rol en verantwoordelijkheid van de gemeenten, zal ik hierover afstemming zoeken met de VNG.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) over hoe ervoor gezorgd gaat worden dat het inspirerende MeetbaarBeter van de cardiologen ook door andere medische beroepsverenigingen ingezet gaat worden. Ook ik vind het MeetbaarBeter initiatief een erg inspirerend en goed initiatief dat navolging verdient. Maar er zijn er meer, zoals bijvoorbeeld het programma Zorg voor uitkomst van de Santeonziekenhuizen. En net als bij andere mooie initiatieven verbaas ik me erover dat ook dergelijke door dokters gedreven initiatieven geen brede navolging krijgen. Daarom ben ik in gesprek met de partijen, onderzoek ik wat de oorzaken hiervan zijn en pak ik die aan. Ik schreef u daarover in mijn brief over 'Samen beslissen' van 29 oktober jl. waarin ik ook concrete maatregelen aankondig.

Daarnaast komen in het doorlopen van de kwaliteitscirkels op 30 aandoeningen in het kader van het Jaar van de transparantie en de Kwaliteit- en doelmatigheidsagenda, de succesvolle elementen uit het Meetbaar Beter traject, zoals het meten van zorguitkomsten, onderling spiegelen op basis van deze informatie en zorgevaluatieonderzoek, bij iedere aandoening expliciet aan de orde. Door dit programma consistent uit te voeren en alle betrokkenen consequent op hun verantwoordelijkheden aan te spreken, is mijn verwachting dat initiatieven als Meetbaar Beter ook navolging krijgen op andere plekken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) over onderzoek naar effectiviteit van behandelingen.

Vanuit het programma DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw is in 2015 € 1,5 miljoen gereserveerd voor zorgevaluatieonderzoek voor 6 vakgebieden (de zogeheten SEENEZ projecten: Stimuleren Effectieve zorg, Elimineren Niet Effectieve Zorg). Zorgverzekeraars Nederland heeft toegezegd hiervoor cofinanciering te verlenen en stelt hiervoor dus ook € 1,5 miljoen beschikbaar. De onderzoeksvoorstellen worden ingediend door experts op de vakgebieden. Momenteel worden de onderzoeksvoorstellen door ZonMw beoordeeld op kwaliteit en relevantie en wordt de organisatie van de financiering verder uitgewerkt. Pas daarna is duidelijk in hoeverre verschillen tussen man en vrouw en de invloed van ouderdom hierin meegenomen wordt. Ik zal in dit kader expliciet aandacht hebben voor de verschillen tussen man en vrouw. Zoals ik in mijn brief over samen beslissen van 29 oktober jongstleden heb beschreven wordt deze aanpak nu verbreed naar 30 aandoeningen in het kader van het jaar van de transparantie en de K&D-agenda. Er is voor de jaren 2015-2017, bovenop de hierboven genoemde gelden, jaarlijks € 3 miljoen van het budget van het programma DoelmatigheidsOnderzoek geoormerkt voor zorgevaluatieonderzoek op de genoemde 30 aandoeningen. Hierin zit ook de ophoging van het budget van het programma doelmatigheidsonderzoek in het kader van de motie Rutte. In totaal investeert de rijksoverheid ook breder in onderzoek naar de effectiviteit van zorg, zoals via het programma Doelmatigheidsonderzoek (in totaal is hier €37 miljoen voor vrijgemaakt in de periode 2016-2018), via het programma goed gebruikgeneesmiddelen van ZonMw (€91 miljoen voor de



periode 2016-2019), onderzoeken die vanuit de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg worden gefinancierd en programma's van de FMS, de NFU en de NPCF. Ook de structurele doorlichting van het basispakket door het Zorginstituut kan aan het licht brengen dat zorg wordt geleverd die niet tot het te verzekeren pakket behoort (daarvoor is € 15 miljoen vrijgemaakt).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) over belemmeringen voor innovatie.

Bekostiging en de bijbehorende regelgeving wordt nogal eens genoemd als belemmering voor innovatie. Daarom heb ik het creëren van meer ruimte in de bekostiging ook opgenomen als actie in de brief rondom eHealth en Zorgverbetering (Kamerstuk 27529, nr. 134).

Daarnaast is er in de bekostiging vaak meer mogelijk dan gedacht wordt. Zo is er bijvoorbeeld het misverstand dat een consult door de huisarts altijd face-to-face plaats moet vinden. Dit staat nergens in de regels en een videoconsult via Skype wordt dus ook vergoed. Ik wil hierbij benadrukken dat - zolang het niet om een wezenlijk andere zorginhoud gaat - veel eHealth toepassingen onderdeel zijn van het verzekerde pakket (CVZ, e-Healthstandpunt 2011). Dit moeten we dus nadrukkelijker onder de aandacht brengen. De belemmering zit vaak niet in de ruimte in de wet- en regelgeving, maar in het onvoldoende benutten van deze ruimte door verzekeraars en aanbieders om hier afspraken over te maken. In de bekostiging van huisartsenzorg en wijkverpleging is hiervoor al extra ruimte gecreëerd.

Het heeft mijn voorkeur om gebruik te maken van de ervaringen uit de praktijk met diegene die innovatieve ideeën hebben en niet alleen een inventarisatie te doen. Als partijen een concrete belemmering in wet- en regelgeving ervaren voor een innovatie verneem ik deze graag, zodat deze kunnen worden aangepakt. Het start-up netwerk dat ik heb opgericht is bijvoorbeeld een plaats waar dit kan gebeuren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) die aandacht vraagt voor het initiatief 'Hartveilig wonen' en vraagt of ik bereid ben een financiële bijdrage vrij te maken om dit initiatief landelijk uit te kunnen rollen.

De professionele spoedeisende hulpverlening in Nederland is goed geregeld.

Ambulancediensten zijn gemiddeld binnen 10 minuten na een spoedmelding ter plaatse. Daarnaast worden bij reanimatiemeldingen door de meldkamer ook politie- en brandweermensen ingeschakeld om zo snel mogelijk te beginnen met reanimeren in afwachting van de ambulance. Tevens zien we in steeds meer regio's, ook zonder stimuleringsubsidies, samenwerkingsverbanden ontstaan tussen de Regionale ambulancevoorzieningen en burgerhulpverleningnetwerken. Ook deze samenwerking is gericht op spoedige hulpverlening.

Ik waardeer aanvullende initiatieven op de professionele hulpverlening zeer. Ik ben van mening dat lokale partijen, maatschappelijke organisaties en burgers hierin ook een eigen verantwoordelijkheid hebben.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Lange (VVD) over de mogelijkheden die de minister ziet om bij patiënten die te maken hebben met meerdere aandoeningen, een verkeerde combinatie van medicijnen of behandelingen tegen te gaan.

Een apotheekhoudende heeft volgens de geneesmiddelenwet als taak om medicatiebewaking uit te voeren. Dit dient te gebeuren bij iedere ter handstelling. Daarnaast is het goed om een jaarlijkse medicatiebeoordeling bij

kwetsbare groepen zoals ouderen met polyfarmacie uit te voeren. Hiermee kan

gezondheidsschade door bijwerkingen of verkeerd gebruik van geneesmiddelen

worden voorkomen. Bij de medicatiebeoordeling komen arts, apotheker en patiënt

samen tot afspraken over het gebruik van de juiste medicijnen. Volgens de richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' komt een groep van ruim 755.000 patiënten in

aanmerking voor een medicatiebeoordeling in de eerste lijn. Partijen zijn volop bezig om de medicatiebeoordeling bij kwetsbare ouderen uit te voeren.

Op basis van de multidisciplinaire richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" en een voorstel van partijen heeft de IGZ een viertal normen voor medicatiebeoordeling opgesteld en deze per brief aan veldpartijen

gecommuniceerd. De IGZ ziet vanaf 1 juli 2015 op

deze normen toe.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) over het instellen van een norm voor de kwaliteit van verpleeghuizen.

Ik ben het met de heer Potters eens dat goede voorbeelden tot norm verheven moeten worden. In reactie op de motie Van Dijk d.d. 2 april 2015 heb ik dit principe reeds omarmd. Echter zonder dat daarbij sprake is van one size fits all. Ieder verpleeghuis moet ook de ruimte hebben om eigen keuzes te maken. Die keuzes horen echter wel in dialoog met cliënten en professionals tot stand te komen. Dat is ook precies de manier waarop ik de extra middelen voor verpleeghuiszorg wil inzetten. In mijn plan van aanpak voor de kwaliteitsverbetering in verpleeghuizen, Waardigheid en Trots, geven we hier op verschillende manieren invulling aan:

We geven ruim 150 vernieuwende zorgaanbieders de ruimte, voor ruim 650 locaties, om te laten zien hoe hun aanpak tot goede kwaliteit leidt. Dat gaat over verschillende onderwerpen, variërend van het effectief gebruik van een zorgplan tot de wijze van verhuizen. Zo wordt de lat van onderop hoog gelegd: zo doen we dat voortaan in Nederland.

Er komt een leidraad voor een verantwoorde personeelssamenstelling. Onder regie van het Kwaliteitsinstituut komt er een nieuw kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg, gericht op interne verbetering, waarbij kwaliteit door de ogen van de cliënt wordt gezien.

Dit wordt verwerkt in de ontwikkeling van “toezicht nieuwe stijl” van de IGZ.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) over het samen met de Inspectie op bezoek gaan bij instellingen waar het goed gaat.

De beleidsbrief Waardigheid & Trots is gebaseerd op en wordt gedragen door die instellingen die het goed doen. Ik ga al heel regelmatig op bezoek bij instellingen die het goed doen, maar luister ook naar instellingen die problemen hebben om goede zorg te leveren. Op grond van al die bezoeken is geanalyseerd wat de sleutel is tot goede langdurige zorg. Dat zijn de peilers van het programma Waardigheid & Trots. Ook de inzichten van de IGZ in wat succes- en faalfactoren zijn voor goede zorg, zijn daarbij betrokken. Onderdeel van het programma Waardigheid & Trots is dat de sector zelf nieuwe kwaliteitsnormen opstelt, waarbij kwaliteit van leven

centraal staat. De IGZ ziet daar vervolgens op toe.

Dit kwaliteitskader is eind 2015 klaar; daarna zullen de instrumenten op de basis waarvan kwaliteit zichtbaar wordt gemaakt worden aangeboden aan het Zorginstituut. Ik zal u hierover periodiek op de hoogte houden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Potters (VVD) of het de bedoeling is van maatwerk en lichtere zorg dat mensen die voor hun gehandicapte kind gebruik maken van logeeropvang aanlopen tegen beperkingen in de regels. Zij worden daardoor gedwongen te kiezen voor duurdere opname in een instelling met alle gevolgen voor het gezin die daarbij komen.

Logeeropvang is bedoeld om mantelzorgers de broodnodige "lucht" te bieden. In de Wet langdurige zorg worden op verzoek van uw Kamer de regels voor logeeropvang, ingekocht met een pgb, aangepast. De WTZi-eis vervalt daarmee.

In overleg met alle betrokken partijen is een normenkader opgesteld, dat stelt dat er bij logeeropvang sprake moet zijn van een beschermende woonomgeving en samenhangende zorg. Deze begrippen werden onder de AWBZ ook gehanteerd.

Ook wordt voor logeeropvang het aantal etmalen logeeropvang weer verruimd van 104 naar 156 dagen zoals ook onder de AWBZ mogelijk was. Zorgkantoren hebben de mogelijkheid om in afstemming met cliëntenorganisaties een nadere invulling te geven aan deze begrippen. Ik zal er op toezien dat zorgkantoren logeeropvang met al deze ruimte beoordelen op de juiste gronden zodat gehandicapte kinderen hiervan gebruik kunnen blijven maken.

Antwoord op de vraag van de heer Potters (VVD) over de jaarovergang 2015/2016 bij het trekkingsrecht pgb.

Zoals aangegeven in de brieven van 4 en 11 september (kenmerk: TK, 2014–2015, 25657, nr. 202 en TK, 2014-2015, 25657, nr. 203) en 28 oktober jl. (kenmerk: TK, 2014 -2015, 25657, nr. 219) doen ketenpartijen, onder regie van de ketenregisseur, al het mogelijke om er voor te zorgen dat bij het trekkingsrecht pgb de jaarovergang 2015/2016 soepel verloopt en de tijdige uitbetalingen in 2016 worden voortgezet. Ik heb met de partners van het trekkingsrecht (de SVB, VNG, ZN, Per Saldo, de BVKZ, SZW en VWS)

hiertoe de aanpak vastgesteld en bestuurlijke afspraken gemaakt over de momenten waarop gegevens over 2016 bij de SVB moeten zijn aangeleverd om tijdige betalingen te garanderen. De ketenregisseurs zien toe op het nakomen van deze afspraken. Vervolgens zullen degenen die zich niet aan deze afspraken houden hierop worden aangesproken. Over de voortgang van de jaarovergang zal ik, zoals toegezegd in de brief van 28 oktober jl., de Kamer in november uitgebreid informeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) om het voorschrijven van medische hulpmiddelen alleen aan zorgverleners over te laten.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor adequate hulpmiddelenzorg. De zorgverzekeraar moet daarom een hulpmiddel verstrekken dat voor de patiënt geschikt is. De NZa houdt toezicht op de naleving van deze zorgplicht.

Ook ik vind het belangrijk dat mensen over passende hulpmiddelen kunnen beschikken; eenvoudig waar dat kan en ingewikkeld waar dat moet.

Vandaar dat in de regelgeving een functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg is opgenomen die uitgaat van het opheffen of verminderen van een functiebeperking. Daar is bewust voor gekozen om zo meer ruimte voor maatwerk en innovatieve oplossingen te geven. Wie welk hulpmiddel mag voorschrijven is in de functie gerichte aanspraak bewust niet geregeld. Daarvoor zijn de hulpmiddelen veel te verschillend van aard, elk met hun specifieke eigenschappen die om speciale expertise vragen. Denkt u bijvoorbeeld aan hoortoestellen, bloedglucosemeters, verband- en incontinentiemateriaal, orthopedisch schoeisel, speciale lenzen, zuurstofapparatuur, prothesen, hulpmiddelen voor mobiliteit of oriëntatie, insulinepompen, voedingspompen, nierdialyse apparatuur, lymfepress-apparatuur, spraakvervangende en communicatie apparatuur.

Vandaar dat is gekozen voor functiegericht voorschrijven volgens richtlijnen en protocollen door een deskundige zorgaanbieder in plaats van dit bij een enkele beroepsgroep neer te leggen. Maar die richtlijnen en protocollen komen maar moeizaam tot stand terwijl die wel heel belangrijk zijn. In mijn brief aan uw Kamer van 13 oktober jl. heb ik aangekondigd dat VWS de regie neemt om samen met het Kwaliteitsinstituut de ontwikkeling van richtlijnen en

kwaliteitsnormen door het veld tot stand te brengen. Dit biedt het meeste houvast voor patiënten, behandelaars en verzekeraars.

Antwoord op de vraag van het lid Bruins Slot (CDA) om het eigen risico om te vormen en een eigen bijdrage te introduceren voor het ziekenhuis van € 75 per keer met een maximaal wettelijk verplicht eigen risico van € 375.

Ik sta achter de zorgvuldige balans tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid in ons stelsel. Ik ben echter niet van plan het voorstel van het CDA over te nemen. Het beoogde effect, zoals het CDA dat wenselijk acht, wordt niet bereikt. Ook in het CDA voorstel betalen chronisch zieken nog steeds het maximale eigen risico. Het voordeel komt vooral terecht bij de eenmalige zorggebruiker.

Eveneens zijn de financiële consequenties onwenselijk. Het gemiddelde eigen risico zal namelijk fors lager uitvallen in het voorstel van het CDA. In totaal wordt bij een dergelijke wijziging van het systeem een opbrengstderving bij het eigen risico van ruim € 1 miljard verwacht. Dit betreft een beredeneerde inschatting en is geen exacte berekening. Overigens is het voorstel niet per 2016 te realiseren. De indexering van het eigen risico is wettelijk vastgelegd, de aanpassing van het maximaal wettelijk verplicht eigen risico vraagt een wetswijziging.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) of de minister de effecten kan onderzoeken van mensen met een hoog vrijwillig eigen risico die een behandeling niet kunnen betalen.

Ik zie op dit moment geen aanleiding om dit te onderzoeken. Het vrijwillig eigen risico is een mogelijkheid voor verzekeraars om in te spelen op de behoeften van verzekerden, ze zijn hiertoe geenszins verplicht op basis van de wet. Ik vind het uiteraard van belang dat mensen zich bewust zijn van de risico's die verbonden zijn aan het vrijwillig eigen risico. Degene die kiest voor een vrijwillig eigen risico moet namelijk wel in staat zijn om de feitelijke zorgkosten te betalen. Ik zie een rol voor verzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties weggelegd om verzekerden te wijzen op de risico's die verbonden zijn aan een vrijwillig eigen risico. Daarnaast bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid het (vrijwillig) eigen risico gespreid te betalen. De betaling van het eigen risico hoeft hierdoor niet een onverwachte

eenmalige uitgave te zijn. Verder hebben zorgverzekeraars aangekondigd dat zij vanaf dit najaar niet langer verzekerden actief zullen werven met een lage Zvw-premie bij een volledig vrijwillig eigen risico (dus geen “vanaf”-prijzen meer). Dit is een positieve ontwikkeling, omdat het mensen kan behoeden voor het maken van financieel onverstandige keuzes. Een verzekeraar kan een hoger vrijwillig risico aanbieden, hij kan overigens ook besluiten dat niet te doen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het maximeren van de reserves die zorgverzekeraars mogen aanhouden. Ik heb conform het stelsel geen juridische mogelijkheden om een maximum in te stellen op de reserves die zorgverzekeraars mogen aanhouden. Vanaf 1 januari 2016 geldt de Europese richtlijn Solvabiliteit II. Deze Europese regelgeving heeft onder andere tot doel een gelijk speelveld te creëren en de toegankelijkheid van nationale markten voor verzekeraars uit de hele EU te verbeteren. Beperking van de reserves door bijvoorbeeld maximum solvabiliteitseisen is geen onderdeel van het huidige stelsel en kan door de EC aangemerkt worden als een belemmerende regeling voor niet-Nederlandse verzekeraars die op de Nederlandse (zorg-) verzekeringsmarkt toe willen treden. De opmerking van Kamerlid Bruins Slot dat vanuit Europa blijkt dat een maximum solvabiliteitseis mogelijk is, herken ik dan ook niet. Daarnaast kan de instelling van een maximumsolvabiliteitseis ook praktische gevolgen hebben. Deze eis kan namelijk leiden tot een instabiele premie. Zonder ruimte ten opzichte van de vereiste solvabiliteit moeten zorgverzekeraars bij tegenvallers de premies direct verhogen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het voorstel dat verzekeraars opgesplitst mogen worden als ze teveel macht hebben. Uit de marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) komt naar voren dat de concentratie op de zorgverzekeringsmarkt licht daalt. Zo hebben de grootste vier concerns de afgelopen jaren structureel enig marktaandeel verloren. De NZa concludeert dat deze lichte maar structurele deconcentratie van de zorgverzekeringsmarkt wijst op concurrentie en dat verzekerden echt iets te kiezen hebben. Ik zie dus geen aanleiding om het voorstel verder te onderzoeken. Verder wil ik benadrukken dat de NZa de concentratie op de

zorgverzekeringsmarkt nauwlettend in de gaten houdt en verplichtingen kan opleggen aan zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht om problemen te voorkomen. Ook ziet de Autoriteit Consument en Markt (ACM) erop toe dat zorgverzekeraars geen misbruik maken van een economische machtspositie.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over de afbouw van bedden i.r.t. de opbouw van ambulante zorg en reactie op de borging van kennis over GGZ problematiek in wijkteams.

Het bieden van ambulante zorg voor mensen met ernstig psychische aandoeningen is geen nieuw fenomeen. Verreweg het grootste deel van de mensen die te kampen hebben met ernstige psychische aandoeningen woont op zichzelf of met naasten. Met betrekking tot de afbouw van de bedden heb ik u onlangs een tussenstand van het Trimbos-instituut doen toekomen. De afbouw van de bedden in de GGZ lijkt zich ook in 2014 voort te zetten. Op basis van voorlopige cijfers heeft het Trimbos-instituut gesignaleerd dat er ruimte is voor verdere intensivering van de opbouw van ambulante zorg. Ambulante zorg vindt op lokaal niveau plaats. Nauwe samenwerking tussen hulp- en zorgverleners is noodzakelijk, evenals de samenwerking en afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief, zal ik het beeld dat de analyse schetst bespreken met zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars om te zien of zij dit delen en hoe en waar de opbouw van ambulante zorg kan en moet worden versneld.

Ik heb reeds toegezegd aandacht te besteden aan de kennis en expertise over de GGZ-doelgroep in wijkteams. Dit gebeurt onder andere met een opdracht aan de kennisinstellingen (Movisie, NJI, Vilans, Trimbos en NCJ) om kennis en krachten te bundelen op het thema 'werken in de wijk', om de ontwikkeling van wijkteams gericht te kunnen voeden met informatie, ook over psychiatrische problematiek.

Wijkteams zijn bij elke gemeente anders vormgegeven (en kennen grote dynamiek door continue intervisie), maar bestaan vaak uit een samenstelling van eerstelijns professionals met inzetbaarheid van specialisten (bijv. tweedelijns GGZ). Het Movisierapport 'State of the Art- wijkteams in vogelvlucht van december 2014' laat dit ook zien.



Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over de inhoudelijke objectieve criteria voor de Wlz voor de GGZ doelgroep. Ik heb het Zorginstituut Nederland hierover een advies gevraagd. In de voortgangsrapportage HLZ die op 25 juni naar uw Kamer is gestuurd, heb ik aangegeven dat het Zorginstituut mij heeft gemeld voor een advies over de inhoudelijke objectieve criteria voor de Wlz voor de GGZ doelgroep meer tijd nodig te hebben. Dit omdat het Zorginstituut terecht veel waarde hecht aan consultatie van aanbieders en cliëntorganisaties. Onlangs heeft het Zorginstituut mij laten weten dat advies in december bekend te zullen maken. Ik zal u daarop informeren over het advies.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) waarin zij haar zorgen uit over het late tijdstip waarop het beeld over de zorguitgaven bekend is. Dit is niet nieuw, in de zorg komt de eindafrekening door verschillende oorzaken al jaren pas veel later dan gewenst. Met de Algemene Rekenkamer ben ik van mening dat dit sneller helder moet zijn. Om de informatievoorziening over de zorguitgaven fors te verbeteren heb ik enige jaren geleden een brede stuurgroep op hoog bestuurlijk niveau ingesteld. Deze stuurgroep heeft een aantal voorstellen gepresenteerd. Die voorstellen heb ik aan de Kamer kenbaar gemaakt, laatstelijk op 30 juni 2015. Er zijn verschillende maatregelen genomen, waaronder verkorting van de DBC-termijn. Het duurt overigens wel enige tijd voordat die maatregelen effect sorteren.

Ten aanzien van maatregelen tot versnelling van het inzicht in de uitgaven over de GGZ heb ik de NZa gevraagd mij te adviseren over de mogelijkheden tot doorontwikkeling van de productstructuur in de gespecialiseerde GGZ. Dit advies verwacht ik u op korte termijn toe te sturen. Het ministerie van VWS raadpleegt in dit traject regelmatig experts op dit terrein. Dat is belangrijk om scherp te blijven op de (on)mogelijkheden. Ik vind het instellen van een commissie van financiële experts een heel bruikbare suggestie van mevrouw Bruins Slot. Ik neem die graag over en zal de commissie vragen onderzoek te doen en oplossingen aan te dragen binnen de kaders van het huidige stelsel. Ik zal de commissie vragen om binnen een jaar te rapporteren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) naar de mogelijkheden om een uniforme manier van uitwijken aan te leren aan automobilisten op het moment dat er een ambulance aan komt rijden. Deze vraag heeft in principe betrekking op het rijgedrag van automobilisten bij het naderen van alle typen voorrangsvoertuigen. De wegenverkeerswetgeving kent alleen de regel dat weggebruikers bestuurders van een voorrangsvoertuig voor moeten laten gaan. Uit overleg met het ministerie van Infrastructuur en Milieu is duidelijk geworden dat de wijze waarop automobilisten op de meest verkeersveilige manier kunnen uitwijken voor een voorrangsvoertuig altijd afhankelijk is van de situatie. Daarvoor zijn geen uniforme regels op te stellen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) naar een reactie op het aangeboden actieplan.

Ik deel uw zorgen over het aantal laagopgeleide zwangere vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap. Onder hoger en middelbaar opgeleiden neemt dit aantal gelukkig steeds verder af. Roken tijdens de zwangerschap is enorm schadelijk voor het kind.

Ik waardeer uw initiatief om met een plan te komen en ga dat plan bekijken in relatie tot hetgeen al wordt ondernomen.

Op 17 november aanstaande organiseer ik een bijeenkomst met verschillende beroepsgroepen die een rol spelen in de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg om ervaring met betrekking tot rookvrij opgroeien uit te wisselen en de onderlinge samenwerking te versterken. Met als doel dat we ongeboren babies en opgroeiende kinderen nog beter kunnen beschermen.

Ik zal punt 4 uit uw plan (eenduidig beleid voor stoppen met roken advisering in alle Verloskundige Samenwerkingsverbanden) tijdens deze bijeenkomst bespreken. Punt 3 (kenniscampagne over risico's roken tijdens de zwangerschap) neem ik mee in het communicatietraject dat beoogt bewustzijn over roken en meerroken te bevorderen.

Uw punten 1 en 2 van uw plan (V-MIS kostendekkend aanbieden en eigen risico voor stoppen met roken voor zwangere vrouwen wegnemen) vragen meer inzicht in de financiële gevolgen ervan voor de Zvw. In de eerste helft

van volgend jaar zal ik mijn reactie op het plan aan uw Kamer sturen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over onduidelijkheid welke zorg en ondersteuning onder welke wet valt. Hierbij wordt door Kamerlid Keijzer genoemd: begeleiding bij intensieve kindzorg, casemanagement bij dementie, indicatiestelling door de transferverpleegkundige en overbruggingszorg.

In de wet- en regelgeving is zo nauwkeurig mogelijk omschreven welke zorg onder welke wet valt. Omdat mensen soms meerdere gezondheidsproblemen hebben, zijn meerdere wetten van toepassing. Dat was vroeger ook al zo (AWBZ, ZVW, Wet op de Jeugdzorg). Kern is en blijft dat mensen goede zorg kunnen krijgen.

De door mevrouw Keijzer genoemde voorbeelden kunnen als volgt worden geïllustreerd. De begeleiding bij intensieve kindzorg is direct gerelateerd aan de ziekte van het kind of aan het omgaan met de ziekte en richt zich dus primair op de problemen die de ziekte en de zorg veroorzaken. Deze begeleiding valt daardoor onder de aanspraak verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet. Het gaat dan bijvoorbeeld om het kunnen omgaan door het kind en door het gezin (de ouders, broertjes, zusjes) met de ziekte van het kind en met de complexe verpleegkundige handelingen, beademing etc. en de effecten ervan op de ontwikkeling en opvoeding van het kind. Daarnaast kan het gaan om het bieden van toezicht. Het kan zijn dat een kind ook een andere zorgvraag heeft. Als er bijvoorbeeld begeleiding nodig is in het kader van opvoed- en opgroeiopproblematiek valt dit vanaf 2015 onder de Jeugdwet.

Casemanagement bij dementie valt onder de aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet. Casemanagement bij dementie moet voor iedereen met een diagnose dementie beschikbaar zijn. De zorgverzekeraars zijn, gelet op hun zorgplicht, gehouden te zorgen voor voldoende aanbod van casemanagement dementie.

Binnen de aanspraak wijkverpleging kan het casemanagement worden uitgevoerd door bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of een gespecialiseerde casemanager. Uitgangspunt is dat de professional die het casemanagement uitvoert, hiervoor goed toegerust moet zijn. De gemeente speelt, vooral in de eerste fase van de dementieketen, een belangrijke rol in

de ondersteuning aan de thuiswonende dementerende en de mantelzorger. Voorlichting, signalering, doorverwijzing, het ondersteunen van de mantelzorger en begeleiding (waaronder dagbesteding en kortdurend verblijf), zijn taken die bij de gemeente horen.

De transferverpleegkundige wordt door de verpleegkundige of een ziekenhuisarts ingeschakeld als een cliënt na een opname of een poliklinische behandeling aansluitend zorg nodig heeft. De transferverpleegkundige bepaalt welke vervolgzorg nodig is en draagt zorg voor een goede overdracht. Indien er verpleging en/of verzorging thuis nodig is dan zal de transferverpleegkundige in samenspraak met de cliënt een wijkverpleegkundige inschakelen en de cliënt overdragen. De wijkverpleegkundige zal vervolgens samen met de cliënt een zorgplan opstellen.

Overigens biedt de website 'hoe verandert mijn zorg.nl' uitleg over de overgang van de AWBZ naar de Wmo 2015, de Zvw, de Jeugdwet en de Wlz.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over jongeren die als zij achttien worden van de Jeugdwet overgaan naar Wmo, omdat er tijdelijk behoefte is aan beschermd wonen.

In het algemeen geldt, dat als een kind in aansluiting op zorg op grond van de Jeugdwet na zijn achttiende nog zorg nodig heeft, de gemeente die zorg op basis van de Wmo 2015 verstrekt of dat op grond van de Zvw of de Wlz een aanspraak bestaat. Dat kan bijvoorbeeld begeleid wonen zijn. Als het kind een VG4-indicatie heeft, betekent dit dat hij op grond van een verstandelijke beperking een zorgprofiel onder de Wlz heeft, dat ziet op begeleiding en intensieve verzorging. Van een sterfhuisconstructie is derhalve geen sprake.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de toegenomen administratieve lasten door zorgveranderingen bijvoorbeeld voor gebruikers PGB en zorginstellingen en de hoogte van de zogenaamde overheadkosten. Er is geen integraal overzicht in de beheerskosten van gemeenten. Die zijn overigens ook niet eenduidig vast te stellen.

Gemeenten en zorgaanbieders hebben afgesproken om de

informatievoorziening te verbeteren en de administratieve lastendruk terug te dringen. Om dit te bereiken hebben zij de werkagenda administratie en ICT opgesteld die ik op 25 juni 2015 aan uw Kamer heb toegestuurd (Kamerstukken II 2014/2015, 34104, nr.63).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over inning van eigen bijdragen in de Wmo 2015.

Eigen bijdragen in de Wmo 2015 worden inderdaad door het CAK achteraf bij de cliënt in rekening gebracht, zodat iemand niet onterecht teveel of te weinig betaalt. Een cliënt kan bijvoorbeeld feitelijk minder uren ondersteuning hebben ontvangen, dan het aantal uren dat vooraf geïndiceerd is. Het CAK is bij de aanlevering van gegevens afhankelijk van gemeenten en aanbieders, waarbij soms helaas vertraging optreedt. In de voortgangsrapportage HLZ die u afgelopen maandag hebt ontvangen, staan maatregelen beschreven om problemen in de uitvoering te beperken. Naast het inzetten van korte termijnacties ben ik met het CAK, de VNG en iZA (samenwerkingsverband van zorgaanbieders) ook in gesprek over meer structurele oplossingen, zoals het optimaliseren en het vereenvoudigen van processen. Ik ben bereid de door het lid Keijzer geopperde suggesties daarbij te betrekken en daarvan de voor- en nadelen te wegen en te bezien hoe zich dat tot de huidige wet- en regelgeving verhoudt. In een volgende voortgangsrapportage HLZ zal ik u over deze structurele aanpak informeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de extra middelen voor dagactiviteiten en opleidingen in de ouderenzorg.

Waardigheid en Trots stelt de cliënt en de professional centraal. In lijn hiermee worden momenteel gesprekken gevoerd met betrokken partijen over een herkenbare inzet van de extra middelen die in de begroting zijn toegevoegd ten behoeve van verpleeghuiszorg. Ik wil afspreken dat het bestuur van de zorgaanbieder met de Centrale Cliëntenraad (CCR) en de Verpleegkundigen- en Verzorgenden Adviesraad (VAR) of, indien deze ontbreekt, de Ondernemingsraad (OR) afspraken maakt over een zinvolle daginvulling en hoe zorgverleners goed toegerust kunnen worden om voor de desbetreffende cliënten te zorgen. Dit leidt ertoe dat de zorgaanbieder gezamenlijk met CCR en VAR of OR het plan opstelt, evalueert en zo nodig

bijstelt. Het zorgkantoor stelt als enige voorwaarde voor het verstrekken van de middelen dat de CCR en de VAR of de OR instemmen met het plan.

Betrokkenheid van cliënten en professionals bij de opstelling van het plan waarborgt dat de middelen gericht worden ingezet voor dagbesteding en opleiding.

Om te kunnen beoordelen of de beoogde doelen zijn behaald én of dit gebeurt met zo min mogelijk administratieve lasten zal in het voorjaar van 2016 op landelijk niveau een analyse uitgevoerd worden van de bij zorgkantoren ingediende plannen. Tevens wordt via een enquête onder leden van de CCR/VAR/OR geïnventariseerd hoe tevreden men is over de resultaten die dankzij de extra middelen zijn behaald. Deze informatie draagt bij aan het verbeteren van de plannen voor 2017.

Ik zal uw kamer voor het AO kwaliteit verpleeghuizen op 18 november a.s. verder informeren over deze afspraken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de spanning van bezuinigingen en langer thuis wonen.

In zowel de Wmo als in de Zvw zijn waarborgen opgenomen voor de zorgbehoevende. Iemand krijgt zorg als hij of zij dat nodig heeft. Dat zijn inhoudelijke criteria. Zo heeft iedere gemeente de wettelijke opdracht maatschappelijke ondersteuning te verlenen die mensen in staat stelt langer thuis te kunnen blijven wonen. In de Zorgverzekeringswet is sprake van een recht op zorg. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht en dient de verzekerden te voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. Daarbij zijn er in zowel de Zvw als de Wmo verschillende mogelijkheden om de zorg doelmatiger te leveren. Bijvoorbeeld door de sociale omgeving meer te betrekken bij de zorgverlening.

Zoals ik in mijn voortgangsrapportage HLZ heb geschreven zullen we ook in de uitvoeringsfase voortdurend met alle betrokken partijen in gesprek blijven om eventuele knelpunten op te sporen en indien nodig op te lossen. Ook het ministerie van VWS zal daarbij een actieve rol blijven spelen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de beschikbare middelen in 2016 voor de huishoudelijke hulptoelage. Of het niet tijd wordt om dit bedrag in de Wmo-middelen te stoppen.

In 2016 zal naar verwachting circa € 141 miljoen voor de huishoudelijke hulp toelage (HHT) aan gemeenten worden verstrekt door een toevoeging aan het gemeentefonds. Voorwaarde voor de inzet van de HHT-middelen is onder andere dat de middelen worden ingezet voor huishoudelijke hulp, verricht door werknemers in loondienst.

Uit de derde kwartaalrapportage van de HHT-monitor blijkt dat wederom goede vooruitgang is geboekt door gemeenten en aanbieders bij de implementatie van de HHT. In nagenoeg alle gemeenten (97%) is de HHT volledig operationeel.

Ik vind het belangrijk dat de mogelijkheden van de HHT optimaal worden benut, omdat dit tot behoud van werkgelegenheid leidt, het tegengaan van oneigenlijke inzet van alfa-hulpen en waardoor perspectief ontstaat op nieuwe banen in de maatschappelijke ondersteuning.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de mogelijkheden om samen beslissen tot de norm te verheffen.

Ik ben met u eens dat we het goede gesprek moeten verheffen tot de norm. Zoals ik u in mijn brief over samen beslissen (TK 31765 nr. 169) heb beschreven is het goede gesprek en samen beslissen gewoon mogelijk in de huidige bekostigingsregels. In die brief heb ik een aantal voorbeelden genoemd waaruit ook blijkt dat samen beslissen de norm kan zijn. Het is zaak dat verzekeraars en aanbieders hierover in de contractering afspraken maken. Begin 2016 heeft de NZa naar verwachting inzicht in het gebruik van deze zorgactiviteit 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige behandelopties'. Onder andere op basis van dat inzicht ga ik met de NZa in gesprek over de vraag of en zo ja welke aanvullende aanpassingen in de bekostiging nodig zijn om gezamenlijke besluitvorming verder te stimuleren. Ook de suggesties van de PvdA-fractie kunnen daarbij worden betrokken. Daarbij wil ik ook meewegen wat de macrobudgettaire gevolgen zijn van eventuele wijzigingen.

Daarnaast zal vanuit het programma verspilling een pilot worden gestart met de time out procedure. In deze pilot wordt de time out procedure op een gestructureerde wijze in een aantal ziekenhuizen ingevoerd voor de behandeling van borstkanker. Gemeten wordt wat de effecten zijn op onder andere gezamenlijke besluitvorming en in beeld wordt gebracht wat de

lessen zijn voor goede implementatie van de time out procedure. Deze pilot wordt financieel ondersteund door Zilveren Kruis en VWS.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het bevorderen van het patiëntgericht informeren, over hoe patiëntgericht informeren de inkoopnorm kan worden en de rol van het zorginstituut bij patiëntgerichte informatie.

In mijn brief over Samen Beslissen van 29 oktober jongstleden heb ik beschreven welke acties ik ga nemen om ervoor te zorgen dat de goede voorbeelden navolging kunnen krijgen.

Patiëntgericht informeren kan een inkoopnorm worden als verzekeraars, patiënten en zorgverleners tripartiet een voorstel daarvoor indienen bij het Kwaliteitsinstituut. Dat wordt dan gezien als een aandoeningoverstijgende kwaliteitsstandaard. Momenteel bereid ik een wetsvoorstel ter wijziging van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO, onderdeel van het Burgerlijk Wetboek) voor. Dit wetsvoorstel zal zich richten op het verbeteren van de patiëntgerichte zorg. Onderdeel daarvan is dat in de WGBO wordt geëxpliciteerd dat de hulpverlener de patiënt niet alleen inlicht over een (voorgenomen) onderzoek en een (voorgestelde) behandeling, maar ook met de patiënt in gesprek gaat.

Ik kan me goed voorstellen dat patiënten en professionals het een goed idee vinden om met ambassadeurs te werken. Ik ga in gesprek met de Federatie van Medisch Specialisten en de NPCF om te bekijken in hoeverre een ambassadeur past bij hun programma over de drie goede vragen en verstandig kiezen en hoe we ambassadeurs kunnen ondersteunen.

Het kwaliteitsinstituut heeft nu al een rol bij het stimuleren van patiëntgericht informeren. In het jaar van de transparantie is het begrijpelijk en vindbaar maken van informatie een van de speerpunten. Ook andere partijen – met name de Federatie van Medisch Specialisten en de NPCF - hebben een belangrijke rol. Die pakken ze ook op met de programma's rond verstandig kiezen en de drie goede vragen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) om een reactie te krijgen op een vijftal voorbeelden van perverse prikkels die zorg op maat tegengaan.



Allereerst onderschrijf ik het belang van goede prikkels in de zorg, zodat mensen de juiste zorg op de juiste plaats krijgen.

Het eerste voorbeeld betreft de verkeerde beddenproblematiek: dat mensen als last resort in het ziekenhuis terecht komen omdat er geen ruimte is op andere plaatsen vanwege het ontbreken van betaaltitels. Met de hervormingen in de zorg zijn er veranderingen ingezet om beter aan te kunnen sluiten bij de ontwikkelingen in de samenleving (vergrijzing, technologische ontwikkelingen, etc.). Het doel is om goede, betaalbare zorg aan mensen te geven, zo dicht mogelijk bij huis. De inzet is dat mensen die (tijdelijk) niet thuis kunnen blijven maar geen medisch specialistische zorg nodig hebben, terecht moeten kunnen in het eerstelijnsverblijf (de zogenaamde huisartsenbedden). Het blijkt dat de mogelijkheden die het stelsel biedt niet daadwerkelijk in de praktijk altijd worden benut. Er zijn grote verschillen in de praktijk te constateren. De staatssecretaris en ik stellen een praktijkteam in om professionals te ondersteunen door informatie te verschaffen, verbindingen te leggen, mogelijkheden te schetsen, goede voorbeelden te verspreiden en te achterhalen in hoeverre knelpunten nopen tot aanpassing van wet- en regelgeving. Dit team wordt momenteel samengesteld en is eind van het jaar operationeel.

Het tweede voorbeeld gaat over het geven van prioriteit aan voorstellen van beroepsgroepen om zinnige en zuinige zorg en substitutie te bevorderen, zoals het voorstel van de beroepsgroep fysiotherapie. Ik vind het belangrijk om bij beleidsvorming voorstellen van beroepsgroepen te betrekken.

Specifiek voor fysiotherapie geldt dat ik het Zorginstituut heb gevraagd een advies uit te brengen over een alternatieve vormgeving van de vergoeding van fysiotherapie bij claudicatio intermittens, met het oog op een eventuele pakketwijziging per 2017, waar elementen die door de beroepsvereniging worden genoemd in meegenomen worden. Daarnaast heb ik het Zorginstituut gevraagd een bredere analyse van het vergoedingensysteem voor fysiotherapie te verrichten gericht op het stimuleren van zinnige en zuinige zorg en substitutie.

Het derde voorbeeld refereert aan het gebrek aan dynamiek in richtlijnen, waardoor deze onvoldoende inspelen op ontwikkelingen. In het kader van het jaar van de transparantie en de Kwaliteits&Doelmatigheidsagenda worden voor dertig aandoeningen met alle experts de hele kwaliteitscirkel

doorlopen. Hierbij wordt ook expliciet de vraag gesteld of de richtlijn nog up to date is en bijvoorbeeld samen beslissen bevordert.

Het vierde voorbeeld betreft de ruimte voor vakgroepen om te experimenteren met zorgpaden. Ik heb op 28 oktober het startsein gegeven voor de Innovatieplaats Cure. Binnen de innovatieplaats krijgen 15 zorgaanbieders in de curatieve zorg (of die domeinoverstijgend werken) experimenteeruimte om bepaalde overheidsregels voor hen tijdelijk buiten werking te stellen. Doelstelling is om aanbieders de mogelijkheid te geven om innovatieve, regelarme werkwijzen in de praktijk te brengen, zodanig dat de (ervaren) regeldruk wordt verminderd en voor professionals en instellingen meer ruimte ontstaat voor kwalitatief hoogwaardige, patiëntgerichte of innovatieve zorgverlening. Bij succes kan een landelijke doorvertaling plaatsvinden.

Het laatste voorbeeld gaat over ruimte voor innovatie, die leidt tot passende zorg. Innovatie voor optimale zorg gebeurt op verschillende manieren en op verschillende plaatsen. De route om deze innovaties voor alle mensen ter beschikking te stellen is daarom ook divers. Als er bijvoorbeeld sprake is van een nieuw medicijn is er sprake van totaal andere stappen dan bij een nieuwe behandelvorm waarbij de patiënt gebruik maakt van een app. Ten eerste zet ik in op innovatie via de inkooprol, die bij verzekeraars en gemeenten ligt. Met de branche- en beroepsorganisaties, die in de zorg actief zijn, werken we aan verbetering van de uitwisseling van gegevens tussen zorgprofessionals en versnelde vaststelling en implementatie van standaarden.

Ook wil ik de Wmg zo wijzigen dat er meer ruimte ontstaat voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om onderling afspraken te maken over prestaties. Dit aangezien de huidige verplichte prestatiebeschrijvingen in bepaalde gevallen beknellend en remmend zijn voor innovatie en maatwerk. Ik wil dit sector- en fasegewijs invoeren, voorafgegaan door experimenten, zoals beschreven in de brief Kwaliteit Loont (Kamerstukken II 31765 nr. 153). Tot slot is het van belang om in te zetten op het verminderen van de onwetendheid van gebruikers en professionals van de mogelijkheden die er zijn. Zo zegt 70% van de huisartsen een herhaalrecept via internet aan te bieden en maakt slechts 30% van de patiënten hier gebruik van. Samen met alle betrokken partijen gaan we daarom voor patiënten en professionals

voorlichting organiseren over de mogelijkheden van eHealth, zorg op afstand en zelfhulp.

Wat voor mij bij al deze voorbeelden van belang is, is dat partijen elkaar in de praktijk weten te vinden en dat zij geholpen worden om elkaar te vinden en de mogelijkheden binnen het systeem op een goede wijze te benutten. Zodat de hervormingen die in gang zijn gezet in de praktijk leiden tot goede, integrale zorg dicht bij huis. Ik wil mij er de komende periode vooral voor inzetten om te helpen om problemen praktisch op te lossen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over

1) De omslag van de NZa procestoets over openheid van inkoopvoorwaarden naar een toets of op kwaliteit wordt ingekocht, waarbij wordt getoetst of de input van verzekeren en patiënten wordt meegenomen. Ik vind het van belang dat voor de verzekerde transparant is op basis van welke (kwaliteits)criteria de zorgverzekeraar zijn zorg heeft ingekocht. Daarom heeft de NZa op mijn verzoek hiervoor nadere regels vastgesteld. Ten eerste de regel dat zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voor het contractjaar het gecontracteerde aanbod bekend moeten maken; deze regel gaat dit jaar in voor het komende overstapseizoen. De verzekeraars hebben zelf aangekondigd met een bijsluiter te komen bij de naturapolis die selectief contracteert.

Ten tweede de regel dat zorgverzekeraars uiterlijk op 1 april voorafgaand aan dat jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend moeten maken, waarbij ze rekening houden met diversiteit; deze regel gaat in op 1 januari 2016.

Behalve het aanpassen van regelgeving, besef ik dat het nodig is dat de NZa ook toezicht houdt op de zorginkoop en het zorginkoopbeleid. De NZa toetst of zorgverzekeraars bij de zorginkoop voldoen aan de zorgplicht. Daarvoor moeten zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen en let de NZa op de bereikbaarheid, tijdigheid en kwaliteit van de ingekochte zorg.

Op grond van artikel 16, onder b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Het toezicht ziet daarmee ook toe op de uitvoering van het huidige artikel 28, eerste lid, onder b dat de invloed van verzekeren geregeld moet zijn (zie verder onder 3 over de aanpassing van

dit artikel).

2) Een NZa toets of contracteren met fatsoen gebeurt en er ruimte is voor overleg.

De NZa toetst of de contractering conform wet- en regelgeving verloopt.

Hierbij toetst de NZa ook aan de good contracting practices. Dit, in combinatie met het wetsvoorstel invloed verzekeren (zie 3), biedt naar mijn mening voldoende waarborgen voor het inkoopproces en de kwaliteit ervan.

Daarnaast heb ik in mijn brief Kwaliteit loont aangegeven dat er voor geschillen over de contractering tussen aanbieders en verzekeraars een onafhankelijke geschillencommissie komt. Het gaat hierbij naar verwachting vooral om geschillen over de precontractuele fase. Momenteel werkt ZN in goed overleg met onder meer zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan de nadere uitwerking. Het doel is om voor 1 april 2016 een dergelijke onafhankelijke geschillencommissie operationeel te hebben.

Ook heb ik, zoals u weet, de afgelopen periode een intensief traject doorlopen met de huisartsen en verzekeraars en de NPCF om het inkooptraject te verbeteren. Onlangs is het resultaat daarvan naar buiten gebracht. In dit traject met de huisartsen staat de vraag over kwaliteit en transparantie daarover hoog op de agenda. De wijze van contracteren en de invloed van huisartsen op het contract wordt daarbij nadrukkelijk betrokken. Het traject dat we voor de huisartsen doorlopen wordt op korte termijn verbreed naar alle partijen die hierin ook perspectief zien.

3) Het versterken van ledenraden naar analogie van de OR, door zeggenschap te geven over inkoopbeleid en financiële beslissingen.

Naar aanleiding van de brief Kwaliteit Loont heb ik u een wetsvoorstel toegezegd over de invloed van verzekeren op het algemeen beleid en het (jaarlijks) inkoopbeleid. Een goede balans tussen de verantwoordelijkheid die partijen krijgen en de aansprakelijkheid daarvoor, is van groot belang hierbij. De NZa zal toezicht houden op het aangepaste artikel in de Zvw. De consultatie met het veld vindt binnenkort plaats. Ik verwacht het wetsvoorstel volgend voorjaar aan uw Kamer te kunnen toezenden.

Mevrouw Bouwmeester vraagt dit ook voor patiënten en cliëntenraden. Ik ben van mening dat de medezeggenschap van cliënten kan bijdragen aan een beter bestuur van zorginstellingen. Vooral op die terreinen waar cliënten levenslang en levensbreed op deze zorg zijn aangewezen. Het moet duidelijk

zijn dat de bestuurder verantwoordelijk en aanspreekbaar blijft voor de aansturing van de organisatie. Daarom praten we over mede-zeggenschap en niet over zeggenschap. Duidelijk is dat een goede facilitering en ondersteuning van cliëntenraden een randvoorwaarde is voor effectieve medezeggenschap. Begin 2016 stuur ik uw Kamer een brief met een nadere uitwerking van de maatregelen die ik wil nemen om de medezeggenschap te verbeteren.

4) Mevrouw Bouwmeester stelt dat inwoners, patiënten, regionale verzekerden in regio meer zeggenschap moeten krijgen over hun zorgaanbod en vraagt zorgverzekeraars te verplichten vooraf te overleggen en te beargumenteren wanneer wordt afgeweken van wensen van mensen. Ik zie hier een relatie met de hiervoor genoemde wetsvoorstellen over invloed van cliënten en verzekerden. Daar komt bij dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en uit dien hoofde in dominante regio's ook een visie op het regionale zorgaanbod ontwikkelen. Dit doen zij steeds meer in samenspraak met inwoners, verzekerden en patiënten. Dit vind ik een positieve ontwikkeling. Ook zorginstellingen zijn maatschappelijke organisaties. Van hen mag worden verwacht dat zij grote beslissingen bespreken met hun omgeving. Ik ben echter geen voorstander van de verplichting tot regionale beleidsplannen zorg. Dit conflicteert met de verantwoordelijkheden zoals die zijn belegd. Van maatschappelijke organisaties mag echter worden verwacht dat zij hun omgeving goed informeren en meenemen in de ontwikkelingen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Dijk (PvdA) over extra geld voor verpleeghuizen.

Waardigheid en Trots stelt de cliënt en de professional centraal. In lijn hiermee worden momenteel gesprekken gevoerd met betrokken partijen over een herkenbare inzet van de extra middelen die in de begroting zijn toegevoegd ten behoeve van verpleeghuiszorg. Conform uw wens wil ik daarbij afspreken dat het bestuur van de zorgaanbieder met de Centrale Cliëntenraad (CCR) en de Verpleegkundigen- en Verzorgenden Adviesraad (VAR) of, indien deze ontbreekt, de Ondernemingsraad (OR) afspraken maakt over een zinvolle daginvulling en hoe zorgverleners goed toegerust kunnen worden om voor de desbetreffende cliënten te zorgen. Dit leidt ertoe

dat de zorgaanbieder gezamenlijk met CCR en VAR of OR het plan opstelt, evalueert en zo nodig bijstelt. Het zorgkantoor stelt als enige voorwaarde voor het verstrekken van de middelen dat de CCR en de VAR of de OR instemmen met het plan.

Betrokkenheid van cliënten en professionals bij de opstelling van het plan waarborgt dat de middelen gericht worden ingezet voor dagbesteding en opleiding.

Om te kunnen beoordelen of de beoogde doelen zijn behaald én of dit gebeurt met zo min mogelijk administratieve lasten zal in het voorjaar van 2016 op landelijk niveau een analyse uitgevoerd worden van de bij zorgkantoren ingediende plannen. Tevens wordt via een enquête onder leden van de CCR/VAR/OR geïnventariseerd hoe tevreden men is over de resultaten die dankzij de extra middelen zijn behaald. Deze informatie draagt bij aan het verbeteren van de plannen voor 2017.

Ik zal uw kamer voor het AO kwaliteit verpleeghuizen op 18 november a.s. verder informeren over deze afspraken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Dijk (PvdA) over hoe de minister en de staatssecretaris ervoor zorgen dat zij het motto van hun allereerste brief aan de Kamer 'van systemen naar mensen' waarmaken en hoe initiatieven meer ruimte krijgen om zich te ontwikkelen.

Met de hervormingen in de zorg zijn veranderingen ingezet om goede, betaalbare zorg aan mensen te geven, zo dicht mogelijk bij huis. Het komt er nu op aan dat alle mogelijkheden die het stelsel biedt ook daadwerkelijk benut gaan worden, bijvoorbeeld door het mogelijk maken van burgerinitiatieven.

Het aantal burgerinitiatieven neemt toe, vooral in de langdurige zorg en ondersteuning. Zo hebben de bewoners van Ameland de handen in elkaar geslagen toen het verpleeghuis 'De Stelt' van Ameland dreigde te vertrekken vanwege een faillissement. Samen hebben zij de ZorgCoöperatieAmeland "je blijft op Ameland tenzij..." opgericht. De zorgcoöperatie en Kwadrant werken nu samen in het behoud van verpleeghuiszorg op Ameland en ontwikkelen samen nieuwe activiteiten en diensten om levensloopbestendige zorg op Ameland mogelijk te maken.

Er bestaan op dit moment ongeveer 130 zorgcoöperaties. Burgers moeten zo

min mogelijk (onnodige) belemmeringen ervaren wanneer zij zelf initiatieven op het gebied van zorg en ondersteuning willen opstarten en uitvoeren. Dit is een proces dat vooral 'van onderop' wordt vormgegeven en zich niet laat sturen. Hierbij hebben burgers behoefte aan een (lokale) overheid die ondersteunend en faciliterend is. Onderdeel van de Wmo is dat gemeenten moeten vastleggen op welke wijze ingezetenen worden betrokken bij beleid en op welke wijze zij zelf ideeën kunnen aandragen. Verder zijn vanuit de Rijksoverheid diverse initiatieven gestart om ruimte te geven aan burgers. Zo is VWS in gesprek met zorgcoöperaties om gezamenlijk te verkennen welke belemmeringen zij ervaren en hoe het departement kan ondersteunen. Ook wordt gewerkt aan een handreiking voor gemeenten en bewonersinitiatieven hoe invulling te geven aan het Right to Challenge in de Wmo. Ook wordt zowel voor aanbieders in de curatieve als de langdurige zorg de mogelijkheid geboden om binnen geboden experimenteerruimte bepaalde overheidsregels tijdelijk buiten werking te stellen. Voor de curatieve zorg is daartoe op 28 oktober het startsein gegeven voor de Innovatieplaats Cure. Voor de langdurige zorg biedt het programma 'ruimte voor verpleeghuizen', onderdeel van 'waardigheid en trots' zorginstellingen die langdurige zorg leveren de mogelijkheid om hun eigen initiatieven te ontplooien. Kortom de komende tijd zal wat ons betreft vooral in het teken staan van het praktisch handen en voeten geven aan het motto "van systemen naar mensen".

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Dijk (PvdA) of de staatssecretaris vindt dat er behoefte is aan doorontwikkeling van het vak sociaal werk, of hij een professionaliseringsaanpak wil starten en bereid is om scholingssubsidies beschikbaar voor zorg ook beschikbaar te stellen voor welzijn.

Ik deel de visie dat professionalisering van sociaal werk en andere vormen van ondersteuning van belang zijn om Wmo-taken goed te kunnen vervullen en vernieuwing te stimuleren. Hierbij gaan professionals anders werken en zullen nieuwe functies ontstaan. Er gebeurt al veel in het veld om dit te ondersteunen. Zo werken ANBO en VNG aan een gezamenlijk opleidingsaanbod. Samen met de sector kijk ik wat er landelijk kan gebeuren om deze professionaliseringsslag te versterken. Kennisinstituten (Movisie,

NJI, Vilans, Trimbos en NCJ) bundelen krachten en kennis op het thema 'werken in de wijk', om de ontwikkeling van wijkteams gericht te kunnen voeden met informatie. Daarnaast ondersteun ik de Wmo-werkplaatsen, waar gemeenten, professionals, zorg- en welzijnsorganisaties en hogescholen regionaal samenwerken om kennis te ontwikkelen. Ook ondersteun ik het Actieprogramma Professionalisering Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening van onder meer de MOgroep ondersteund door Movisie. Verder is professionalisering een belangrijk thema in de vernieuwingsagenda 'zorg en ondersteuning'.

Daarnaast staan diverse zorgbrede regelingen ook open voor de sector welzijn. Bijvoorbeeld het stagefonds waarbij vanaf 2015 ook welzijnsinstellingen in aanmerking komen voor subsidie voor het realiseren van een stageplek. En de SZW-regeling 'Cofinanciering sectorplannen', waar door de sectoren jeugdzorg, kinderopvang, maatschappelijk werk en dienstverlening gezamenlijk een sectorplan is ingediend dat nu uitgevoerd wordt. Scholing van medewerkers is een belangrijk onderdeel van dit plan. Ik zal nader overleg voeren met de VNG en MOgroep hoe slimme combinaties van scholingssubsidies kunnen worden gemaakt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Dijk (PvdA) over zeggenschap en het optimaal benutten van mogelijkheden om zelf een zorgplan te maken of om zorg en werk beter te combineren.

Eén van de doelen van de Wmo 2015 is dat mensen meer regie over hun eigen leven en het organiseren van hun eigen situatie kunnen voeren. Niet systemen moeten leidend zijn, maar de ondersteuningsvraag van mensen. Dat is de idee achter het maatwerkgesprek. Er wordt levensbreed en integraal gekeken naar de ondersteuningsbehoefte van cliënten. Daarbij hoort ook dat cliënten zelf een zorgplan kunnen maken. Het is aan gemeenten en aan cliëntondersteuners om mensen expliciet op de mogelijkheid van overleggen van een eigen zorgplan te wijzen. Ik heb geen aanwijzingen die erop wijzen dat zij daarin nu hun verantwoordelijkheid niet zouden nemen, maar wil daarover graag nader overleggen met cliëntorganisaties.

In het zorgplan kan onder andere ingegaan worden op de mogelijkheden van mantelzorg. Bij de belastbaarheid van de mantelzorger is relevant of en in



welke mate de desbetreffende mantelzorgers hun zorgtaak het beste kunnen combineren met hun werk. Dit kabinet heeft een aantal maatregelen getroffen, ter bevordering dat een werknemer mantelzorg en een baan goed kan combineren. Zo is per 1 juli 2015 een uitbreiding van het zorgverlof, met het oog op mantelzorgsituaties, in werking getreden. In mei en juni is een uitgebreide voorlichtingscampagne gevoerd om dit onder een breed publiek bekend te maken. Ik wil bezien of deze campagne effectief is geweest. De cliënt en zijn mantelzorgers hebben recht op cliëntondersteuning om hen bij het maken van zo'n zorgplan te ondersteunen. In mijn periodieke brieven aan de wethouders blijf ik aandacht vragen voor een goede informatievoorziening aan cliënten, mede naar aanleiding van signalen die ik krijg van de cliëntenorganisaties. Daarnaast financier ik samen met SZW, in de periode 2014-2016, het programma Werk & Mantelzorg. In dit programma staan het bespreekbaar maken van mantelzorg en het komen tot maatwerk op de werkvloer centraal. Circa 150 bedrijven zijn inmiddels erkend als mantelzorgvriendelijke werkgever.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over recht op douchen en naar buiten gaan.

In het besluit Wlz zijn onderwerpen opgenomen die een aanbieder met de cliënt moet bespreken. Zowel het douchen als het naar buiten gaan is hierin opgenomen. Bepalingen uit een amvb hebben net zoveel rechtskracht als bepalingen op het niveau van een wet wanneer een cliënt zich daarop wil beroepen. Van een afzwakking is derhalve geen sprake.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over screening Syrische vluchtelingen op TBC.

U vraagt mij de tijdelijke opschorting op TBC bij Syrische vluchtelingen onmiddellijk ongedaan te maken. Ik zie daar geen aanleiding voor. Zoals ik u in mijn brief van 21 september jl. heb gemeld komt tuberculose in Syrië zelden voor. Daarom geven we nu voorrang aan screening van asielzoekers uit hoog-risicogebieden, zoals Eritrea. Deze aanpassing van beleid is conform de adviezen van het Centrum infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM en de ad-hoc commissie van de Commissie voor praktische

tuberculosebestrijding (CPT). Experts zijn van oordeel dat hiermee geen risico voor de volksgezondheid wordt gelopen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over wachtlijsten als gevolg van een zorgakkoord.

De zorgakkoorden stellen een grens aan de uitgavengroei in de verschillende sectoren. Dat wil echter niet zeggen dat zij wachtlijsten veroorzaken of leiden tot uitstel of afstel van behandeling. De zorgakkoorden doen niets af aan de zorgplicht van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten zorgen voor tijdige, kwalitatieve en bereikbare zorg. Iemand die niet tijdig zorg krijgt, kan zich wenden tot zijn zorgverzekeraar, die de patiënt kan verwijzen naar een zorgaanbieder die wel tijdig zorg kan leveren.

Gemiddelde wachttijd is in afgelopen jaren gedaald over de hele linie in de gespecialiseerde ggz, zowel voor kinderen als voor volwassenen. Dit geldt zowel voor de intake als ook voor de start van de behandeling. Dit blijkt uit bijgaande tabel die afkomstig is van de Nza (medio 2014).

Circuit	Gemiddelde wachttijd tot intake januari 2010	Gemiddelde wachttijd tot intake 2014	Gemiddelde wachttijd vanaf intake tot behandeling januari 2010	Gemiddelde wachttijd vanaf intake tot behandeling 2014
Kinderen en jeugd	7	6	8	7
Volwassenen	5	5	5	4
Ouderen	3	3	4	5
Verslavingszorg	3	3	5	3

Bron: marktscan 2010 en websites aanbieders (MediQuest), peildatum juli 2014

Over het geheel genomen is er een lichte daling te zien in de wachttijden voor de medisch specialistische zorg ten opzichte van 2008. In de afgelopen jaren is de wachttijdontwikkeling stabiel.

In meer detail is het volgende beeld te geven:

In 2008 overschreden 10 specialismen de Treeknorm voor polikliniek (o.b.v. brancherapport 2009 NVZ).

In 2013 werd de treeknorm overschreden voor 6 specialismen.

In 2014 werd de treeknorm overschreden voor 7 specialismen.

In 2015 is net als in 2014 voor 7 specialismen de treeknorm overschreden.

De 7 specialismen die in 2015 de Treeknorm overschreden zijn: allergologie, maag- darm- en leverziekten, revalidatiegeneeskunde, reumatologie, pijnbestrijding/anesthesiologie, oogheelkunde en neurochirurgie. Voor 3 van de 7 steeg de wachttijd ten opzichte van 2014, voor 1 daalde de wachttijd ten opzichte van 2014, voor 3 bleef de wachttijd gelijk (Bron Mediquest augustus 2015 ).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over de stand van zaken met betrekking tot de zorgakkoorden.

In de zomer van 2013 zijn met de medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz) en eerste lijn bestuurlijke akkoorden gesloten tussen brancheverenigingen van aanbieders, patiënten en verzekeraars en VWS. Voor ieder akkoord is een overlegcyclus ingericht om de afspraken uit het akkoord nader uit te werken, de voortgang te bewaken en elkaar te kunnen aanspreken als iemand zich niet aan het akkoord houdt. Daarnaast zijn er voor bepaalde onderwerpen aparte werkgroepen in het leven geroepen om die onderwerpen inhoudelijk uit te werken, zoals substitutie, transparantie en dure geneesmiddelen.

De akkoorden zijn tot op heden succesvol. De afspraak van beperkte groei heeft een belangrijke matiging in de groei tot stand gebracht, waardoor de zorg een substantieel lager groeipad heeft laten zien. Ook inhoudelijk leveren de hoofdlijnenakkoorden resultaten op, waaronder: een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda voor de medisch specialistische zorg zodat langs de lijn van kwaliteit en gepast gebruik de zorgkosten kunnen worden beheerst, introductie van de inzichtelijke nota, invoering integrale bekostiging in de ziekenhuizen, de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, het verder vormgeven van zorg dichtbij huis door onder andere in te zetten op substitutie.

Het akkoord voor de ggz heeft onder andere geleid tot invoering van de generalistische basis ggz, prestatiebekostiging in de gespecialiseerde ggz en het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz dat zorgstandaarden opstelt. Dit akkoord is onlangs omgezet in een toekomstagenda. Ik streef ernaar uw Kamer deze toekomstagenda nog dit jaar toe te sturen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over wat de fraudeaanpak opgeleverd heeft, hoeveel geld er is teruggehaald hiermee en wat er met dit geld gebeurd is. En dat dit zou moeten resulteren in lagere premie maar de premies gaan alleen maar omhoog' geef ik u hierbij het volgende inzicht:

Elke euro in de zorg telt en moet dus correct worden besteed. Dat is de gezamenlijke ambitie van alle partijen die bijdragen aan het programma Rechtmatige Zorg. In de vierde voortgangsrapportage die op 29 oktober jl. aan uw Kamer is aangeboden wordt ingegaan op de voortgang die in het afgelopen jaar is geboekt op het terrein van de aanpak van fraude en fouten in de zorg (TK 2015-2016, 28828 nr. 93).

Zorgverzekeraars controleren onder meer de rechtmatigheid van zorgnota's door formele en materiële controle en/of fraudeonderzoeken. Over 2014 ging het om een bedrag van €2 mld. aan onrechtmatige zorgnota's die op basis van formele controles vóór betaling door de zorgverzekeraars zijn afgewezen. Via formele en materiële controles die zijn uitgevoerd na betaling is er €449 mln. teruggevorderd. Daarnaast is in 2014 door fraudeonderzoek van

zorgverzekeraars bijna €53 mln. aan onjuistheden aan het licht gebracht. Van deze €53 mln. is €18,7 mln. daadwerkelijk gebleken fraude. Het terugvorderen maakt deel uit van het beleid van de zorgverzekeraars om zo zuinig mogelijk met zorggelden om te gaan en niet meer uit te geven dan nodig is. De premieontwikkeling wordt bepaald door een combinatie van factoren. Indien de zorguitgaven lager uitkomen als gevolg van het ingezette beleid ten aanzien van de aanpak van fraude en fouten dan biedt dat verzekeraars ruimte om de premie lager vast te stellen. Voor een structurele verlaging van de premie is het noodzakelijk dat de uitgaven structureel lager uitkomen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de uitvoering van het zorgstelsel en heeft in 2014 in totaal € 6,1 mln aan boetes en lasten onder dwangsom opgelegd. Door de NZa ingevorderde dwangsommen en bestuurlijke boetes worden afgedragen aan 's Rijks kas. Door justitie opgelegde administratieve sancties, boetevonnissen, transactievoorstellen en strafbeschikkingen, kortweg boetes en transacties, vormen onderdeel van de begroting van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) wat je aan een goed zorgstelsel hebt als je het niet kunt betalen.

Ik ben het niet met Kamerlid Klever eens dat zorg voor mensen onbetaalbaar is geworden. Voor lage inkomens is de huidige Zvw-premie inclusief gemiddeld eigen risico lager dan de premie 10 jaar geleden was voor het ziekenfonds. De zorgtoeslag is in het huidige stelsel een belangrijk instrument om de financiële toegang tot de zorg te borgen. Huishoudens met lage inkomens worden via de zorgtoeslag grotendeels gecompenseerd voor de gemiddelde zorgpremie en het gemiddeld eigen risico. De extra verhoging van het eigen risico met €115 in 2013 is zelfs volledig gecompenseerd in de zorgtoeslag. Door de zorgtoeslag betaalt iemand uit een huishouden met een minimum inkomen in 2016 naar verwachting €470 aan nominale premie en gemiddeld eigen risico. In 2005, ten tijde van het Ziekenfonds was dit €541. Ook al ervaren mensen dat de afgelopen jaren de Zvw-premie en het eigen risico zijn gestegen: de zorgtoeslag is sinds 2005 nog meer toegenomen. Voorts komen sommige zorgkosten in aanmerking voor fiscale aftrek. Juist mensen met een beperkt inkomen kunnen hiervoor in aanmerking komen, omdat zij de drempel eenvoudiger halen.

Daarnaast kunnen gemeenten specifiek ondersteuning bieden. Na afschaffing van de Wet Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en de Compensatie eigen risico wordt in 2016 € 266 miljoen en vanaf 2017 structureel €268 miljoen via het Gemeentefonds ter beschikking gesteld aan gemeenten. Deze mogen de middelen naar eigen inzicht besteden aan bijvoorbeeld een bijdrage in de premie van mensen die deelnemen aan een gemeentecollectiviteit of een tegemoetkoming voor meerkosten voor zorg. Nagenoeg alle gemeenten bieden aan minima en chronisch zieken een collectieve verzekering (inclusief

aanvullend pakket). De gemeente kan daarbij een bijdrage geven in de premie voor de aanvullende zorgverzekering. Naar schatting zijn 620.000 mensen via de gemeentelijke collectiviteiten verzekerd voor zorgkosten en heeft ongeveer 50% van deze verzekerden een regeling in hun aanvullende polis voor betaling van het eigen risico. Via de aanvullende verzekering in de collectieve polis kan circa 15% het eigen risico vooraf gespreid betalen en is het bij 35% herverzekerd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over de ingewikkeldheid van de zorgnota.

Het is juist dat inzicht in de kosten van de zorg bij verzekerden ertoe leidt dat ook zij een steentje kunnen bijdragen aan zinnig en zuinig gebruik van zorg. Om die reden werk ik samen met de koepels van patiënten, aanbieders en verzekeraars aan het vergroten van het kostenbewustzijn. In samenwerking met een groot aantal organisaties heb ik met het oog daarop de ziekenhuisrekening inzichtelijker gemaakt, met meer en begrijpelijker informatie. Het is nu zo dat voor alle behandelingen die vanaf 1 juni 2014 zijn gestart verzekerden een inzichtelijke nota kunnen vinden op de mijnomgeving van hun verzekeraar. Op de ziekenhuisrekening staat nu ook meer informatie: de Diagnose Behandel Combinatie en de onderliggende zorgactiviteiten.

Voorts wordt de informatie in begrijpelijke consumentenvertalingen aangeboden.

Uit onderzoek van de consumentenbond blijkt dat verzekerden de nota ook echt inzichtelijker vinden: waar de oude rekening gemiddeld een rapportcijfer 5,7 kreeg, krijgt de nieuwe gemiddeld een 7,3. Begin 2016 laat ik samen met de betrokken koepels van verzekeraars, aanbieders en patiënten een evaluatie uitvoeren naar de ervaringen van verzekerden en de wensen die zij hebben in het vergroten van het kostenbewustzijn.

Op basis van deze evaluatie zal ik bezien of extra maatregelen nodig zijn.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over een uitzondering in de AMvB bij de Wet Aanpak Schijnconstructies voor het kunnen inhouden van zorgpremie op het loon.

De minister van SZW is beleidsverantwoordelijk voor deze wet en zal naar verwachting nog deze maand een beslissing nemen over de mogelijkheid en wens om in de AMvB bij de Wet WAS een uitzondering te maken voor inhouding op het loon van zorgpremie door een werkgever.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over waarom er nog geen specifiek beleid is om allochtone wanbetalers aan te pakken en waarom ik wanbetalers niet contant laat afrekenen als er geen sprake is van spoedeisende zorg.

Ik acht het van belang dat het totale aantal wanbetalers naar beneden gaat. Met het

wetsvoorstel 'verbetering wanbetalersmaatregelen' (Kamerstukken II, 2013/14, 33 683, nr. 26) zet ik in op het terugdringen van het aantal wanbetalers ongeacht of het een autochtone wanbetalers of allochtone wanbetaler betreft.

In voorlichting die bedoeld is om wanbetaling en onverzekerdeheid tegen te gaan wordt wel rekening gehouden met specifieke doelgroepen. Zorgverzekeringslijn.nl (onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen) verzorgt in opdracht van VWS sinds medio 2013 de voorlichtingsactiviteiten gericht op wanbetalers (en onverzekerden). Daarbij geeft zij voorlichting in zes talen (Nederlands, Engels, Duits, Spaans, Frans en Pools). Daarnaast zijn in 2014 en 2015 deelprojecten geselecteerd die gedurende een aantal maanden leiden tot intensieve voorlichtingsactiviteiten gericht op deelgroepen, zoals de groep allochtone Nederlanders.

Het risico bestaat dat wanbetalers af zullen zien van zorg als zij contant moeten afrekenen. Dit zal uiteindelijk leiden tot hogere kosten, omdat de zorgvraag in veel gevallen zal escaleren naar noodzakelijke acute zorg. Daarnaast is het niet zo dat wanbetalers niets betalen aan premie. Zodra een wanbetaler in het bestuursrechtelijk premieregime zit wordt waar mogelijk bestuursrechtelijke premie geïnd. Dit wordt gedaan via bronheffing, incassoactiviteiten en als er recht bestaat op zorgtoeslag wordt deze omgeleid.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over waarom de harde kern van wanbetalers recht heeft op alle zorg.

Allereerst wil ik opmerken dat ook bij de groep 'harde kern wanbetalers' daar waar mogelijk bestuursrechtelijke premie wordt geïnd. Dit wordt gedaan via bronheffing, incassoactiviteiten en als er recht bestaat op zorgtoeslag wordt deze direct omgeleid naar het CJIB.

Het onthouden van zorg aan wanbetalers is niet zinvol. Het daadwerkelijk onthouden van medisch noodzakelijke zorg leidt namelijk uiteindelijk tot hogere kosten, omdat de wanbetaler waarschijnlijk zo lang wacht met naar een arts gaan dat zijn zorgvraag vaak zal escaleren naar noodzakelijke acute zorg. In dat geval zijn zorgaanbieders verplicht deze medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Op dat moment wordt het incassoprobleem verplaatst naar de zorgaanbieder. Ik vind dit onwenselijk. Om die reden zet ik in op andere maatregelen om het aantal wanbetalers naar beneden te krijgen. Ik verwijs hiervoor naar het wetsvoorstel 'verbetering wanbetalersmaatregelen' dat thans in de Eerste Kamer voorligt (Kamerstukken II, 2013/14, 33 683, nr. 26).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over het inperken van het basispakket waar asielzoekers recht hebben. En over de vraag waarom geen enkele eigen bijdrage van asielzoekers wordt gevraagd.

De medische zorg voor asielzoekers wordt geregeld via de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Deze regeling valt onder de verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van

Veiligheid en Justitie. De kosten van deze regeling komen ook ten laste van het ministerie van Veiligheid en Justitie en drukken dus niet op de premie van de Zvw. Het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft mij hierover de volgende informatie gegeven.

Het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) organiseert de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk conform reguliere zorg in Nederland. De RZA voor asielzoekers is grotendeels vergelijkbaar met het reguliere basispakket Zvw met enkele aanvullingen (zie hieronder). Omgekeerd zijn asielzoekers uitgesloten van transgender-operaties en in-vitrofertilisatie (IVF), die wel in regulier basispakket opgenomen zijn.

Van asielzoekers wordt een bepaalde mate van zelfredzaamheid verwacht, de toegang tot de zorg moet altijd geborgd zijn voor asielzoekers en vanuit humanitair oogpunt voldoen we aan een bepaalde minimale kwaliteit van zorg.

Concreet betekent dit dat bij aantoonbare omstandigheden (medisch of situationeel) zaken geregeld moeten zijn die via het basispakket niet geborgd zijn. De uitgangspunten die het COA hanteert zijn zelfredzaamheid, toegankelijkheid, humaniteit en kwaliteit. Dit leidt er onder meer toe dat de volgende aanvullingen in de RZA zitten t.o.v. het basispakket: noodzakelijke noodhulp tandheelkunde, eens in de drie jaar een bril bij medische noodzaak, anticonceptie en kraamzorg.

Het inzetten van eigen risico en eigen bijdragen zijn niet aan de orde vanwege de beperkte financiële middelen van asielzoekers. Dit geldt bijvoorbeeld voor fysiotherapie. De administratieve last die het betalen van eigen bijdragen met zich meebrengt zal vele malen groter zijn. Het beheersen van zorgconsumptie gebeurt via machtigingen of beperken van verstrekkingen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het geven van ruimte aan nieuwe kleine zorgaanbieders om aan te tonen wat hun vernieuwende meerwaarde is, bijvoorbeeld door hen eerst twee à drie jaar te contracteren om zo hun meerwaarde aan te tonen.

Ik onderken het belang van nieuwe kleine zorgaanbieders voor de innovatie van de zorg en probeer de (meerjarige) contractering van dit soort zorgaanbieders dan ook te stimuleren. Ik ga daartoe met partijen in gesprek over de door hen ervaren belemmeringen. Gezien het private karakter van de zorginkoop kan ik zorgverzekeraars echter niet dwingen om specifieke zorgaanbieders (meerjarig) te contracteren. Wel heeft de NZa in haar Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw een bepaling over de inkoop van innovatieve zorg opgenomen. Daarin wordt bepaald dat de zorgverzekeraar in zijn zorginkoopbeleid moet aangeven in welke mate hij ruimte biedt aan innovatief zorgaanbod en, indien van toepassing, welke specifieke eisen hij stelt aan dergelijk innovatief zorgaanbod. De NZa houdt hierop toezicht. Na de eerste rapportage van de NZa over het inkoopbeleid 2016 en de realisatie daarvan kunnen we daadwerkelijk zien wat ter zake gebeurt.



In antwoord op de vraag van Kamerlid Dijkstra (D66) over hoe de minister gametechnologie in de zorg (Dutch Health design) nationaal en internationaal in navolging van de Exporttop Zorg zou willen benutten.

Ik deel het beeld van mevrouw Dijkstra dat een slimme inzet van gametechnologie kan bijdragen aan het verbeteren van de zorg, net als veel andere toepassingen op het gebied van eHealth. Ik heb u onlangs de voortgangsrapportage gestuurd over eHealth en zorgverbetering (Kamerstuk, 27529 nr. 134) waarin ik aangeef hoe ik de inzet hiervan in de zorg wil stimuleren. Een belangrijk punt is dat zorggebruikers en professionals nog onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden die er zijn. Samen met alle betrokken partijen gaan we daarom voor patiënten en professionals voorlichting organiseren over de mogelijkheden van eHealth, zorg op afstand en zelfhulp. Daarbij komt ook het onderwerp gaming aan de orde.

Tijdens de Exporttop Zorg is de Health Holland branding gepresenteerd. Deze materialen - bestaande uit filmpjes en brochures van innovatieve Nederlandse voorbeelden in de zorg worden al gebruikt om de Nederlandse Life Sciences and Health (LSH) sector te presenteren als internationale koploper in zorginnovaties. De Health Holland branding wordt geactualiseerd en uitgebreid om specifieke deelsectoren internationaal voor het voetlicht te kunnen brengen. Dit zou ook voor het idee van "Dutch Health Design" kunnen gelden als daar vanuit de sector voldoende belangstelling voor is. Over twee weken ga ik naar de Medica in Düsseldorf waar zowel de LSH sector als de creatieve industriese sector is vertegenwoordigd. Ik vraag daar aandacht voor de kracht van deze Nederlandse sectoren en de wijze waarop zij elkaar kunnen versterken. Ook in de eHealth week die we volgend jaar organiseren in het kader van het EU-voorzitterschap is er ruimte om aandacht te besteden aan de Dutch Health Design en de innovatieve kracht van Nederland in de zorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over hoe zorgkosten inzichtelijk worden gemaakt.

Ik vind het erg belangrijk dat patiënten meer inzicht krijgen in de kosten van de zorg. Om die reden werk ik met de koepels van patiënten, aanbieders en verzekeraars aan het bevorderen van kostenbewustzijn. We hebben hierin al een aantal belangrijke stappen gezet. Zo is de ziekenhuisrekening al veel inzichtelijker geworden. Voor alle behandelingen die vanaf 1 juni 2014 zijn gestart kunnen verzekerden een inzichtelijke nota vinden op de mijnomgeving van hun verzekeraar. Op de ziekenhuisrekening staat meer informatie: de DBC (Diagnose Behandel Combinatie) en de onderliggende zorgactiviteiten. En de informatie wordt in begrijpelijke consumentenvertalingen aangeboden. Uit onderzoek van de Consumentenbond blijkt dat verzekerden de nota ook echt inzichtelijker vinden: waar de oude rekening

gemiddeld een rapportcijfer 5,7 kreeg, krijgt de nieuwe gemiddeld een 7,3. Daarnaast is er een communicatietraject opgestart om patiënten te informeren over de financiële aspecten van de zorg. Ook de procedure voor vragen en klachten is verbeterd, zodat patiënten, wanneer zij vragen hebben over hun rekening, niet van het kastje naar de muur worden gestuurd. Om het inzicht in de kosten voorafgaand aan een behandeling te bevorderen heeft de NZa per 1 november jl. haar regels verscherpt. Wanneer een verzekerde daarom vraagt, dient de verzekeraar inzicht te geven in de kosten van een behandeling. Als dit in een bepaalde situatie niet kan dient de verzekeraar een indicatie van de kosten te geven. Zie voor een uitgebreider overzicht, ook voor de GGZ en eerste lijn, mijn kamerbrief over kostenbewustzijn (Kamerstuk 29 689, nr. 624). Begin 2016 laat ik samen met de betrokken koepels van verzekeraars, aanbieders en patiënten een evaluatie uitvoeren naar de ervaringen van verzekerden en de wensen die zij hebben in het vergroten van het kostenbewustzijn. Op basis van deze evaluatie zal ik bezien of extra maatregelen nodig zijn.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de 1% van de begroting die aan preventie wordt uitgegeven.

Preventie is een belangrijk speerpunt van beleid. Het is primair een zaak van de burger zelf. Secundair is het een zaak van VWS en van de zorg maar ook van andere departementen en van vele maatschappelijke partijen. Twee jaar geleden startten we het nationaal programma preventie. Dit programma heeft inmiddels al tot vele initiatieven en acties geleid. Er zijn 236 pledges getekend, waarmee ruim 800 organisaties zich aan het programma hebben verbonden. Dit zijn grotendeels organisaties van buiten de zorgsector. Het is nu belangrijk om focus aan te brengen en succesvolle initiatieven op te schalen. Hierover melden de staatssecretaris en ik u meer in de voortgangsrapportage begin volgend jaar. We stimuleren dat preventie en gezondheid een 'gewoon' onderdeel van het dagelijkse leven worden zodat het voor mensen makkelijker wordt om gezonder leven. Daarvan zijn al mooie voorbeelden. Ik noem de aanleg van brede, verlichte fietspaden, kantoren waar het oog als eerste op de trap in plaats van de lift valt, supermarkten met gezonde kassa waar groeten en fruit in plaats van snoep staan geëtaled en verlichte sportveldjes in wijken en buurten. In het advies over de beroepen en opleidingen in de zorg zien we de maatschappelijke beweging van nazorg naar voorzorg ook terug. Bij de professionals in de zorg moet de omslag worden gemaakt: meer aandacht voor preventie en gezondheidsdenken en minder denken in termen van ziekte, zorg en afhankelijkheid. Bij de verder uitwerking van dit advies zal preventie een prominente plaats krijgen. Verder draagt VWS financieel bij aan preventie via de concrete beleidsinstrumenten die in de begroting zijn benoemd. De belangrijkste hiervan zijn de subsidieregeling publieke gezondheid (bevolkingsonderzoek, griepvaccinatie, regeling aanvullende seksuele gezondheid), infectieziektebestrijding via de begroting van het RIVM,

het Rijksvaccinatieprogramma, hielprik en financiering van NWWA. Ook zijn de programma's sport en bewegen in de buurt, gezond in de stad (GIDS) en het ZonMw programma voor preventie belangrijk.

Daarnaast is preventie onderdeel van andere uitgaven. Zo dekt de Zorgverzekeringswet verschillende vormen van individuele preventie, zoals dieetadvisering, preventieve medicatie, preventieve tandartscontroles voor jongeren en hulp bij het stoppen met roken. In de toegezegde verkenning preventie in de zorg kijken we welke mogelijkheden er zijn om meer aan preventie vanuit zorgstelsels te doen. Ook vindt veel preventie plaats via andere beleidssectoren dan de gezondheidszorg. Bijvoorbeeld vermindering van schadelijke stoffen in het milieu, verbetering van de kwaliteit van woningen, goede voedselkwaliteit en veiligheid op de werkvloer. Voor zover het hierbij gaat om taken van de Rijksoverheid zijn die terug te vinden in de begrotingen van andere departementen. De preventieve taken van gemeenten, zoals de uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering, worden grotendeels gefinancierd vanuit het gemeentefonds. In het interdepartementale beleidsonderzoek (IBO) gezonde leefstijl wordt bekeken welke beleidsstrategieën effectief zijn in het kader van gezondheidsbevordering.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het herstarten van het bevolkingsonderzoek familiale hypercholesterolemie (FH).

Het landelijke bevolkingsonderzoek is uitgevoerd in de periode 1994-2014 en heeft 28.000 patiënten opgespoord. Al bij de start was duidelijk dat dit bevolkingsonderzoek een tijdelijk karakter zou hebben. Doel van dit bevolkingsonderzoek was om alle familieleden van de bekende patiënten met familiale hypercholesterolemie (FH) op te sporen. Via deze patiënten kon verdere opsporing plaatsvinden. Het ging dus om een tijdelijke impuls. Vanaf 2014 coördineert Stichting LEEFH (landelijk expertisecentrum erfelijkheidsonderzoek familiale hart- en vaatziekten) de opsporing en (preventieve) behandeling binnen de reguliere zorg. Na de overgang van het bevolkingsonderzoek naar reguliere zorg blijft het mogelijk voor mensen om zich op FH te laten onderzoeken. Wel zijn de activiteiten van de veldwerkers beëindigd en wordt meer eigen verantwoordelijkheid bij de patiënt gelegd waarbij FH is opgespoord, voor het informeren van familieleden. Het erfelijkheidsonderzoek is onderdeel van het verzekerde pakket en brengt (met uitzondering van de kosten voor het eigen risico) geen kosten met zich mee voor de patiënt. Ik zie dan ook geen aanleiding om het bevolkingsonderzoek FH opnieuw op te starten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) om de kleine groep transgenders waarbij plastische chirurgie noodzakelijk is, tegemoet te komen.

Ik heb dit voorjaar de plastisch chirurgen opgeroepen om in overleg met zorgverzekeraars

met voorstellen te komen welke plastisch-chirurgische ingrepen per 2017 verantwoord tot het Zvw-pakket zouden kunnen worden toegelaten. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en Zorgverzekeraars Nederland hebben mij voorstellen gedaan welke ingrepen volgens hen weer tot het Zvw-pakket zouden kunnen worden toegelaten. Die voorstellen omvatten ook borstimplantaten voor transgenders. Ik heb het Zorginstituut Nederland gevraagd mij te adviseren over de instroom van deze door NVPC en ZN voorgestelde ingrepen in het Zvw-pakket, dus ook over de borstimplantaten voor transgenders. Aan de hand van het advies dat het Zorginstituut hierover in maart 2016 uitbrengt, zal besloten worden over mogelijke opname in het Zvw-pakket per 1 januari 2017.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over problemen bij het CAK (bericht van 7.000, stapelfacturen en onbekende groep).

In mijn brief van 9 oktober jl. (29538, nr. 197) en de voortgangsrapportage HLZ van 2 november jl. is uw Kamer geïnformeerd over de acties die ik – samen met het CAK en de VNG/KING - onderneem om problemen in de uitvoering van de inning van eigen bijdragen op te lossen. Voor een uitgebreid overzicht van maatregelen verwijs ik naar genoemde brieven. Het CAK onderneemt actie richting gemeenten waar bovengemiddeld sprake is van stapelfacturen. Er wordt doorgevraagd naar de oorzaak van problemen en zo nodig een aanbod tot ondersteuning gedaan. Het Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (KING) van de VNG biedt gemeenten die hebben aangegeven ondersteuning nodig te hebben bij de inrichting van het berichtenverkeer ondersteuning aan. Daarnaast zal de VNG gemeenten die in CAK-analyses opvallen, telefonisch benaderen met de vraag naar de oorzaak en aanpak en de vraag welke ondersteuning nodig is. Hierbij is sprake van nauwe samenwerking met het CAK.

Voorts is de communicatie richting gemeenten flink opgeschroefd, onder andere via een brief van mij aan de wethouders. Daarin wordt aandacht gevraagd voor het belang van tijdige aanlevering van informatie aan het CAK en verzocht om na te gaan in hoeverre zij op orde zijn wat betreft aanlevering bij het CAK en wat nog in de pijplijn zit. Gemeenten wordt gevraagd het CAK daarover te berichten, zodat een beter beeld ontstaat en gericht kan worden geacteerd.

Los hiervan geldt de reguliere werkwijze van het CAK dat cliënten die een hoge factuur ontvangen, door het CAK worden gebeld. Hierbij wordt de mogelijkheid aangeboden om gespreid te betalen. Deze mogelijkheid staat bovendien standaard vermeld bij de toelichting op de stapelfactuur.

Tot slot ben ik met het CAK, de VNG en iZA (samenwerkingsverband van zorgaanbieders) in gesprek over meer structurele oplossingen. Te denken valt aan het optimaliseren van processen en vereenvoudiging door vermindering van het aantal productcodes en

uurtarieven.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over dat baten van innovatie in de Wmo deels in andere domeinen vallen.

Voor gemeenten bestaan verschillende mogelijkheden om te komen tot afspraken zodat baten van investeringen worden verdeeld. In de brief van de minister van VWS over de Proeftuinen van 10 juli 2015 (TK 2014-2015, 32620, nr.161), is ingegaan op manieren hoe partijen binnen de Zvw middelen kunnen gebruiken voor samenwerking. Ook vanuit de gemeente is er wettelijk gezien geen beletsel om te komen voor deze samenwerking. Ook zijn er in het kader van het experimenteerartikel in de Wlz mogelijkheden om te komen tot verdere samenwerking en integrale zorgverlening door gemeenten en verzekeraars. In de u op 2 november jl. toegezonden 3e voortgangsrapportage HLZ wordt ingegaan op de prikkels in de samenwerking tussen partijen. Daarbij is een verkenning aangekondigd naar de introductie van een financiële prikkel in het gemeentelijk domein om Wlz-zorg te voorkomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over DNA-onderzoek.

De grootschalige DNA-onderzoeken in Engeland en USA die het volledige genoom van honderdduizenden mensen in kaart brengen (whole genome sequencing), leveren waardevolle informatie over de genetische component van ziekten en gezondheid. Ik heb dan ook veel sympathie voor deze onderzoeksinitiatieven.

In Nederland wordt wel op kleinere schaal DNA-onderzoek uitgevoerd. Zoals in het Genome of the Netherlands (GoNL) project met circa 750 personen, van wie het volledige DNA-materiaal in kaart is gebracht. Daarnaast is in het grootschalige bevolkingsonderzoek Lifelines (mede ondersteund vanuit VWS) ook DNA-materiaal verzameld.

Ook het Center for Personalized Cancer Treatment (CPCT, onderdeel van NKI) maakt gebruik van DNA-onderzoek. Zij doen dit om specifieke DNA-kenmerken van een tumor van patiënten in kaart te brengen, met als doel de juiste behandeling en of middelen hierop af te stemmen.

Ik kom hierop uitgebreid terug in de visie op de geneesmiddelen eind van dit jaar.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over herindicaties terwijl er nog geen maatwerkprofielen zijn. Het CIZ is nu reeds gestart met het beoordelen van de zorgbehoefte van jeugdigen en volwassenen die vallen onder de regeling Wlz-indiceerbaren om cliënten tijdig duidelijkheid te kunnen geven of ze ook vanaf 1 januari 2017 onder de Wlz vallen of onder de Zvw en Wmo. Voor cliënten die onder de Wlz vallen is maatwerk mogelijk via de regeling Extra Kosten Thuis. Voor een aantal in artikel 5.3 van de Regeling langdurige

zorg (Rlz) genoemde cliëntgroepen (waaronder kinderen en jeugdigen) is het mogelijk om in de thuissituatie maatwerk te leveren en 25% meerkosten te maken dan wat de zorg in een instelling zou kosten. Daarnaast is het mogelijk dat cliënten in aanmerking komen voor de meerzorgregeling die we binnen de gehandicaptenzorg al kennen en die per 2016 ook zal worden ingevoerd voor de sectoren verpleging en verzorging en GGZ. Ik verwacht dat een overgrote meerderheid van de cliënten hiermee op een reguliere manier ook vanaf 2017 het maatwerk geboden kan worden dat ze ook voorheen ontvingen. Voor cliënten die ook met toepassing van het maatwerk vanuit de regeling voor Extra Kosten Thuis of via de meerzorgregeling te maken krijgen met een teruggang in de omvang van hun zorg, zoek ik naar een passende oplossing vanaf 2017. Om die oplossing te vinden, moet er wel tijdig inzicht zijn in de omvang van de problematiek. Dit proces wordt zorgvuldig begeleid met het leder(in), Per Saldo, CIZ, de zorgkantoren en VWS.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het vooraf toestemming verlenen door patiënten/verzekerden aan verzekeraars om hun dossier in te mogen zien.

In het kader van de Zorgverzekeringswet dienen zorgverzekeraars formele en materiële controles uit te voeren met inachtneming van artikel 87 Zorgverzekeringswet en hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering. In deze regeling zijn de stappen van formele en materiële controle uiteengezet. De zorgverzekeraars moeten stapsgewijs hun controles uitvoeren, waarbij slechts in het uiterste geval de zorgverzekeraar toegang heeft tot medische informatie. De Regeling zorgverzekering bevat de afweging van belangen van verzekerde, zorgaanbieder en zorgverzekeraar en de vastlegging van de rechten en plichten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij deze controles.

Zoals ik in de Nota naar aanleiding van het verslag betreffende de Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 33 980, nr. 8 1) heb aangegeven zou het vooraf toestemming vragen voor het inzien van medische dossiers leiden tot een zeer grote administratieve belasting voor alle betrokken partijen, met ongewenste gevolgen. In het geval een zorgverzekeraar de declaraties van een zorgaanbieder wil controleren, zou dit betekenen dat hij elke individuele verzekerde per gedeclareerde prestatie moet benaderen voor het verlenen van toestemming.

Voor zover de zorgaanbieder medische persoonsgegevens zou willen verstrekken aan een verzekeraar, zal de zorgaanbieder per gedeclareerde prestatie moeten verifiëren of de patiënt toestemming heeft verleend. Ik acht het toestemmingsvereiste een ongewenste belasting voor zowel de verzekerde, de zorgaanbieder als de verzekeraar. Bovendien zou dit ertoe kunnen leiden dat een zorgverzekeraar niet in staat is om de benodigde controles uit te voeren, wanneer een verzekerde weigert om medewerking te verlenen. Dit zou betekenen

dat de zorgaanbieders de ingediende declaraties niet vergoed krijgen door de verzekeraar. Een dergelijk scenario is voor geen enkele betrokken partij aantrekkelijk.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over 2016 als het 'jaar van de eenvoudigheid', waarin mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Ik vind het van groot belang dat patiënten duidelijkheid hebben over hun zorg en hierover regie kunnen voeren, en de regels helder en eenvoudig zijn. De verandering in de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdhulp en de innovaties in de curatieve zorg bieden veel kansen om de zorg beter te organiseren dichtbij mensen. Ik ben mij ervan bewust dat de veranderingen tijd kosten en de nodige onzekerheid met zich mee brengen. Ik zet mij ervoor in dat 2016 het jaar wordt waarin mensen de verbeteringen in de zorg echt gaan merken: dat de zorg aansluit op hun wensen, behoeften en mogelijkheden, en dat zij begrijpelijke informatie over kwaliteit makkelijk kunnen vinden. Ik pak dat heel praktisch aan. Waar knelpunten zijn lossen we die stuk voor stuk op. Geen grote stelsel aanpassingen maar oplossingen waar mensen dagelijks iets aan hebben.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over toezenden van het oordeel van de CIO VWS naar de Kamer.

Op 28 april jl. is het CIO oordeel vertrouwelijk ter inzage bij uw Kamer gelegd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de bereidheid van de staatssecretaris om serieus onderzoek te doen naar de perverse prikkels zodat afwentelmogelijkheden worden voorkomen en verminderd.

Ja, ik ben bereid om serieus onderzoek te doen. Zoals aangegeven in de voortgangsrapportage HLZ die u afgelopen maandag heeft ontvangen, is het vraagstuk van de prikkels in de langdurige zorg een complex vraagstuk. Dat is de reden dat ik het CPB en het SCP heb gevraagd een analyse uit te voeren om beter zicht te krijgen op de werking van de prikkels en afwenteling in het huidige stelsel. Uit de analyse komt echter naar voren dat het nu nog te vroeg is om te beoordelen hoe het stelsel werkt en of er sprake is van afwenteling. In de loop van volgend jaar zal meer kwantitatieve uitvoeringsinformatie beschikbaar komen. Op deze wijze krijgen we een scherper zicht of de perverse prikkels zich in de praktijk ook voordoen en hoe we deze zo nodig het beste kunnen aanpakken. Daarnaast start ik een verkenning met BZK naar mogelijkheden van financiële prikkels en het gemeentelijke domein.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de inzet van extra middelen voor verpleeghuizen.

Waardigheid en Trots stelt de cliënt en de professional centraal. In lijn hiermee worden momenteel gesprekken gevoerd met betrokken partijen over een herkenbare inzet van de extra middelen die in de begroting zijn toegevoegd ten behoeve van verpleeghuiszorg. Ik wil afspreken dat het bestuur van de zorgaanbieder met de Centrale Cliëntenraad (CCR) en de Verpleegkundigen- en Verzorgenden Adviesraad (VAR) of, indien deze ontbreekt, de Ondernemingsraad (OR) afspraken maakt over een zinvolle daginvulling en hoe zorgverleners goed toegerust kunnen worden om voor de desbetreffende cliënten te zorgen. Dit leidt ertoe dat de zorgaanbieder gezamenlijk met CCR en VAR of OR het plan opstelt, evalueert en zo nodig bijstelt. Het zorgkantoor stelt als enige voorwaarde voor het verstrekken van de middelen dat de CCR en de VAR of de OR instemmen met het plan. Betrokkenheid van cliënten en professionals bij de opstelling van het plan waarborgt dat de middelen gericht worden ingezet voor dagbesteding en opleiding. Om te kunnen beoordelen of de beoogde doelen zijn behaald én of dit gebeurt met zo min mogelijk administratieve lasten zal in het voorjaar van 2016 op landelijk niveau een analyse uitgevoerd worden van de bij zorgkantoren ingediende plannen. Tevens wordt via een enquête onder leden van de CCR/VAR/OR geïnventariseerd hoe tevreden men is over de resultaten die dankzij de extra middelen zijn behaald. Deze informatie draagt bij aan het verbeteren van de plannen voor 2017. Ik zal uw kamer voor het AO kwaliteit verpleeghuizen op 18 november a.s. verder informeren over deze afspraken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over hoe de minister invulling gaat geven aan het advies van Zorginstituut Nederland over kosteneffectiviteit.

Op 29 oktober jl. heb ik de Tweede Kamer mijn reactie op het rapport 'Kosteneffectiviteit in de praktijk' van Zorginstituut Nederland toegestuurd (33654, nr.18). Hierin geeft het Zorginstituut niet aan dat er een grens zou moeten worden gesteld aan wat bepaalde zorg mag kosten, en ook ik voel mij niet thuis bij een dergelijke benadering. Het Zorginstituut geeft aan dat meer inzicht in de kosteneffectiviteit van interventies van belang is vanwege de signalerende functie hiervan voor de verschillende verantwoordelijke partijen. Inzicht in de kosten van bepaalde zorg, de effectiviteit en/of de relatie daartussen kan een signaal zijn voor partijen om deze te verbeteren, bijvoorbeeld door een lagere prijs overeen te komen, prijsafspraken te relateren aan de uitkomst van de behandeling, de zorg alleen te vergoeden bij aandoeningen waarbij de behandeling aantoonbaar het meest effectief is of meer te richten op gepast gebruik. Zoals ik in mijn brief heb aangegeven is het verkrijgen van meer inzicht in de kosteneffectiviteit van zorg onder meer de verantwoordelijkheid van de zorgsector, bijvoorbeeld door in richtlijnen inzicht te geven in de kosten en effecten van daarin genoemde zorg. De overheid draagt bij aan het verkrijgen van de benodigde



gegevens via diverse programma's, zoals het ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek. Verder zal het Zorginstituut de komende maanden, samen met onder meer behandelaren, nader uitwerken hoe het specifiek bij pakketbeheer met kosteneffectiviteit wil omgaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de aansluiting tussen de Jeugdwet en de Wmo.

De Jeugdwet en de Wmo bevatten de kaders voor gemeenten om passende ondersteuning te bieden aan jeugdigen en volwassenen. De kaders laten gemeenten bewust veel beleids- en handelingsruimte om te komen tot een integrale aanpak en soepele overgang van zorg en ondersteuning voor mensen onder en boven de achttien jaar. De bijbehorende middelen zijn zonder schotten aan het gemeentefonds toegevoegd.

Dat cliënten en uitvoerders in de praktijk soms tegen problemen aanlopen herken ik. Aan de Implementatietafel HLZ is vastgesteld dat voor het grensgebied van 18- naar 18+ op basis van concrete casuïstiek nader verkend moet worden waar mogelijke aandachtspunten zitten. Voor de doelgroep LVG met behoefte aan beschermde woonvormen is dat bijvoorbeeld reeds gebeurd. Het betreffende rapport is u met de nazending op de 2e voortgangsrapportage HLZ toegezonden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over een consultatiebureau voor ouderen.

Het is een taak van de gemeente vanuit de Wet Publieke Gezondheid en de Wmo 2015 om te zorgen voor een goed preventiebeleid en om ondersteuning te leveren, zodat mensen langer in hun vertrouwde omgeving te kunnen blijven leven, zoals ze dat willen. Gemeenten hebben een consultatiefunctie die zij vrij vorm mogen geven. Doel is om met deze consultatiefunctie de kwetsbare groepen te bereiken. Dat zal op verschillende manieren (afhankelijk van bijvoorbeeld de doelgroep of geografische situatie) effectief zijn. Er moet ook hier derhalve sprake zijn van maatwerk.

Het (goede) voorbeeld van Losser toont aan dat gemeenten voor deze benadering de nodige mogelijkheden hebben.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over een nationaal kennisprogramma gender en gezondheid.

Recent is de door ZonMw opgestelde Kennisagenda Gender en Gezondheid aan mij aangeboden. Ik heb bij het in ontvangst nemen van de agenda aangegeven hier daadwerkelijk langjarig in te willen investeren. Om te kunnen bepalen welke kennisvragen snel tot resultaat kunnen leiden, welke middelen daarvoor nodig zijn en hoe deze middelen

kunnen worden ingepast, heb ik ZonMw inmiddels verzocht een programmeringsstudie te doen. Ik verwacht de uitkomsten daarvan eind januari 2016 en zal u daarna informeren. Ik zal de benodigde financiën verwerken in de voorjaarsnota.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het uitkomen van de conclusies van de commissie van Wijzen over voltooid leven en het artikel in de NRC over een enquête met betrekking tot euthanasie.

Het artikel uit het NRC laat zien dat de maatschappelijke discussie om te kunnen beslissen over het eigen levenseinde, waar professor Drion eerder aandacht voor vroeg, nog steeds actueel is. De vraag op welke manier mensen die hun leven voltooid achten hun levenseinde kunnen vormgeven, is niet eenvoudig te beantwoorden. Vorig jaar is daarom de commissie van Wijzen ingesteld. Deze zal komen met een advies over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma's met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. De commissie zal medio december 2015 haar bevindingen aan de ministers van VWS en V&J aanbieden. Uiteraard zal uw Kamer direct na ontvangst over deze bevindingen worden geïnformeerd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de verantwoordelijkheid van de staatssecretaris om duidelijkheid te bieden welke zorg onder welke wet valt.

De nieuwe wettelijke kaders die per 1 januari van kracht zijn, ondersteunen een breed gedragen visie dat de zorg meer cliëntgericht, integraler en betaalbaar wordt zodat het langer thuis blijven wonen wordt ondersteund. De wetgeving biedt hiertoe in beginsel een sluitende verantwoordelijkheidsverdeling, waarborgen voor de cliënt en andere benodigde randvoorwaarden. Het is aan de uitvoerders om door middel van een vernieuwende uitvoering de bedoelingen van de hervorming ook daadwerkelijk te realiseren, afzonderlijk en in de onderlinge samenwerking. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat de (gezamenlijke) uitvoerders helderheid moeten bieden aan mensen over de wijze waarop zij de benodigde zorg en ondersteuning kunnen verkrijgen. Uit de monitors blijkt dat op dit vlak nog verbetering nodig is. Daar waar nodig zal ik hen daarin passend ondersteunen dan wel aanspreken.

Met de uitstroommodule, ontwikkeld door het Zorginstituut, de site 'hoe verandert mijn zorg' en het meldpunt 'het juiste loket' heb ik bij de transitie mijn verantwoordelijkheid genomen om partijen en cliënten de weg te wijzen in de verdeling van de AWBZ taken.

Ik neem een actieve houding aan indien er onduidelijkheden zijn bij de verantwoordelijkheidsverdeling. Ik pas daarbij een stapsgewijze aanpak toe: oplossen op casusniveau (met gemeente, verzekeraar of zorgkantoor), rode draden in signalen die leiden tot afspraken op landelijk niveau tussen ZBO's en branches en als derde stap kijk ik naar

eventuele benodigde aanpassingen in wettelijke of financiële kaders. Indien dat noodzakelijk is zal ik daartoe ook overgaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de tijdigheid en omvang van de voorlichting die plaatsvindt voor een kind dat 18 wordt (voor een kind met een meervoudige handicap).

Het is belangrijk dat kinderen en ouders tijdig geïnformeerd worden over de veranderingen in de zorg als een kind 18 wordt, opdat het kind en ouders op deze veranderingen kunnen anticiperen en er continuïteit in de zorg kan plaatsvinden. Sinds begin 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdhulp en begeleiding en kunnen zij een soepele overgang organiseren. In de WMO 2015 is de verplichting voor gemeenten opgenomen om in hun beleidsplannen aan te geven hoe zij zorg dragen voor continuïteit van ondersteuning na het verlaten van de jeugdhulp. Het is overigens de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om ervoor te zorgen dat de jeugdige die 18 wordt, wordt voorbereid op de periode na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Omdat ook ik het belangrijk vind dat deze voorlichting uitgebreid en tijdig plaatsvindt zal ik dit nogmaals bespreken met de brancheorganisaties van zorgaanbieders.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over een mogelijke verschuiving van drank naar drugsgebruik onder jongeren.

Afgelopen jaar is er onderzoek gedaan naar de vraag of er als gevolg van de introductie van de leeftijdsgrens naar 18 jaar een verschuiving plaatsvindt van alcohol- naar drugsgebruik onder 16- en 17-jarigen. Uit dat onderzoek bleek dat dit niet het geval was (Rapportage Trimbos-instituut oktober 2014).

Ik houd het risico van een eventuele verschuiving wel scherp in de gaten. Ik heb het Trimbos-instituut daarom gevraagd hier in 2016 opnieuw onderzoek naar te laten doen onder jongeren.

Overigens zien we de laatste jaren wel dat drugsgebruik tijdens het uitgaan steeds normaler is geworden. Dit geldt in het bijzonder voor xtc. Deze normalisering baart mij zorgen. Ik wil deze trend tegengaan. In mijn beleidsvisie drugspreventie, die ik u 3 november jl. deed toekomen, heb ik beschreven welke maatregelen ik neem om deze normalisering tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) of de minister de extra kosten die gepaard gaan met dure geneesmiddelen, volgens het KWF volgend jaar 300 miljoen, op de ziekenhuizen wil afwentelen.

Op dit moment wordt hard gewerkt aan een nieuwe geneesmiddelenvisie, die u voor de

jaarwisseling zal ontvangen.

Vooruitlopend hierop kan ik u aangeven dat ik het niet wenselijk vind om op voorhand het beschikbare kader te verhogen of nu al aan te geven dat uitgaven aan dure geneesmiddelen geen onderdeel uitmaken van de macrobeheersing via het macrobeheersinstrument (mbi). Daarmee wordt het werkelijke probleem, het beheersen van de prijzen, niet aangepakt. Daarnaast wordt de prikkel weggenomen om goed te onderhandelen over de prijs van dure geneesmiddelen. Daar staat tegenover dat ik uiteraard verantwoord zal omgaan met de inzet van het mbi, waarbij bij een eventuele overschrijding gekeken wordt naar de aard en de oorzaken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over psychosociale zorg voor kankerpatiënten.

D66 stelt dat psychosociale zorg voor kankerpatiënten nu geen onderdeel is van de behandeling. Zij vroeg mij wat ik hieraan ga doen, en hoe ik er voor ga zorgen dat zorgverzekeraars dit gaan vergoeden.

Psychosociale zorg is een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling van een ernstige somatische aandoening. Zorgverzekeraars moeten en kunnen deze zorg vergoeden als integraal onderdeel van de behandeling. Ik verwacht van ziekenhuizen en zorgverzekeraars dat zij hierover goede afspraken maken, ook in de lopende zorginkoop.

Op 27 oktober 2015 heb ik het door mij gevraagde eindrapport van de werkgroep psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen aan u verzonden. Uit het eindrapport van de werkgroep blijkt dat er in het veld grote overeenstemming bestaat dat psychosociale zorg onderdeel hoort uit te maken van het somatisch behandeltraject. Er blijken diverse redenen te zijn waarom dat in de praktijk nog niet altijd zo werkt. Ik ga binnenkort met partijen, waaronder vertegenwoordigers van patiënten, beroepsgroepen, aanbieders en zorgverzekeraars, in gesprek over wie welk knelpunt gaat aanpakken. Het gaat bijvoorbeeld om eenduidige richtlijnen en om het inzichtelijk maken van de kosten voor psychosociale zorg. Ik zal uw Kamer te zijner tijd informeren over de voortgang van de verschillende activiteiten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het voorkomen van het stigma van de NIPT.

Het doel van prenatale screening is het bieden van handelingsopties. De geïnformeerde keuze van de zwangere, het recht op weten en het recht op niet weten staan centraal. Op dit moment kiest jaarlijks ongeveer 28% van de zwangeren voor prenatale screening door middel van de combinatietest. Indien uit de combinatietest blijkt dat er sprake is van een verhoogd risico staat de mogelijkheid open om meer duidelijkheid te krijgen via de niet-invasieve prenatale test (NIPT). Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft samen met alle relevante beroepsgroepen zorgvuldig geformuleerd voorlichtingsmateriaal ontwikkeld over de mogelijkheid tot prenatale screening. In het voorlichtingsmateriaal wordt geen waardeoordeel gegeven over het leven met (een kind met) downsyndroom. De stichting downssyndroom wordt bij de samenstelling van het voorlichtingsmateriaal betrokken en zal bij een volgende update ook weer worden betrokken. Verder bestaan er in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek kwaliteitseisen voor screening.

Antwoord op vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) of er een landelijk dekkend netwerk voor tienermoeders is, of tienermoeders deze hulp kunnen vinden en of de staatssecretaris zich als regiehouder wil inspannen voor maatwerk voor tienermoeders op het gebied van zorg, onderwijs, huisvesting en werk.

Ik heb het kennis- en adviesbureau JSO gevraagd onderzoek te doen naar de stand van zaken rondom preventie, voorlichting en hulp aan tienermoeders. Dit rapport zal ik u - voorzien van mijn reactie – doen toekomen met de voortgangsrapportage maatschappelijke opvang.

Op basis van de per 1 januari 2015 geldende regelgeving kunnen personen met een hulpvraag (ook voor tienermoeders) op het gebied van inkomen, werk, jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning aankloppen bij een gemeente, die de taak en de middelen heeft om integraal naar de hulpvraag te kijken en op basis daarvan een passend ondersteuningsaanbod moet doen. Dit vraagt een toereikend aanbod van gemeentelijke voorzieningen. Zij kunnen hiervoor prestatieafspraken maken met woningcorporaties. Ook kunnen zij met scholen in gesprek gaan. De regiefunctie ligt derhalve bij gemeenten. Daar waar gemeenten hun verantwoordelijkheid onvoldoende waarmaken, zal ik hen daarop aanspreken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over rookvrije schoolpleinen. Aanstane maandag spreek ik verder met de staatssecretaris van OCW over rookvrije schoolpleinen. Ik zal u informeren over de uitkomsten in de brief die ik heb toegezegd n.a.v. de moties tijdens het ao over het tabaksbeleid, voor het einde van het jaar.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over druk op prenatale screening en het toegenomen aantal euthanasieverzoeken en of dit een signaal is dat onze samenleving steeds minder inclusief is en we steeds meer moeite hebben om om te gaan met lijden, handicaps en ouderdom.

Dat er sprake zou zijn van een signaal voor een minder inclusieve samenleving, zijn de staatssecretaris en ik niet met u eens. Als het gaat om prenatale screening of zorg in de laatste levensfase, staat respect voor de verschillende manieren waarop mensen hun leven

willen inrichten voorop. Waar het om gaat is goede zorg en counseling, en de mogelijkheid voor patiënten om keuzes te maken. Het doel van prenatale screening is het bieden van handelingsopties. In de laatste levensfase is goede zorg erg belangrijk, en het tijdig met de arts in gesprek gaan over mogelijkheden tot gewone of bijzondere zorg. Daarbij is essentieel dat mensen zelf keuzes kunnen maken op basis van goede informatie.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het uitbreiden naar andere beroepsgroepen van de aanpak van 'het Roer moet om'.

Een traject zoals we met de huisartsen hebben doorlopen om de administratieve lasten te verminderen en daarmee meer ruimte te bieden voor goede zorg, wordt ingezet voor alle partijen die dit een aantrekkelijk perspectief vinden. Een eerste overleg heeft hierover deze week met een aantal partijen in de eerste lijn<sup>1</sup>, met de Nederlandse Zorgautoriteit en met de NPCF onder voorzitterschap van de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland plaatsgevonden. Het ministerie van VWS is hier nauw bij betrokken en in de aanpak zullen de succesfactoren van het traject bij de huisartsen een plaats krijgen.

<sup>1</sup> ActiZ, Associatie Nederlandse tandartsen, Branchebelang thuiszorg Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundige, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Organisatie Nederlandse tandprothetici, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over hoe de aangenomen Kamermotie - om in kaart te brengen waarom de toegang tot een pgb wordt geweigerd - uitgevoerd gaat worden.

In de derde voortgangsrapportage HLZ ben ik reeds ingegaan op het pgb-beleid en signalen over een mogelijk ontmoedigingsbeleid van gemeenten en zorgverzekeraars. Hierin is aangegeven dat in de monitor naar het Zvw-rgb onder meer zal worden gekeken naar het aantal door zorgverzekeraars geweigerde pgb-toekenningen met (gerubriceerde) weigeringsgronden. Het streven is om de eerste monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen.

Voor het gemeentelijk domein is geen centrale registratie beschikbaar van de redenen van weigering door de verschillende gemeenten van een pgb. Met de VNG ben ik in overleg over de vraag of en zo ja, op welke wijze hier meer inzicht in kan worden verkregen. In de volgende voortgangsrapportage HLZ zal ik u hierover informeren.

Zowel in de Zorgverzekeringswet, als de Wmo en de Jeugdwet zijn voorwaarden verbonden aan de keuze voor een pgb. Onder de Zvw zijn deze voorwaarden vastgelegd in bestuurlijke

afspraken, in de Wmo en de Jeugdwet is dit geregeld bij wet. Ik ga ervan uit dat zorgverzekeraars en gemeenten zich aan die criteria houden en dat een gang naar de rechter over het algemeen niet nodig is om hen daarop te wijzen. Ik wil benadrukken dat in alle domeinen een onafhankelijk oordeel mogelijk is. Als de budgethouder het niet eens is met het besluit van de gemeente of zorgverzekeraar, kan hij zijn mening kenbaar maken en zo nodig in bezwaar en beroep gaan of een oordeel vragen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De uitgaven voor pgb's in de Wlz laten in het jaar 2015 een stijging zien, die wordt gecompenseerd door lager dan geraamde uitgaven voor zorg in natura. Daar is dus sprake van meer toekenningen van PGB's.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over hoe we ziekenhuizen kunnen verleiden om voeding te integreren in hun beleid.

Optimale voeding voor, tijdens en na een ziekenhuisopname is van grote invloed op ligduur, complicaties en genezing. Het verleiden van ziekenhuizen betekent mijns inziens dat ziekenhuizen van elkaar moeten leren. Voor de zomer is hiertoe bijvoorbeeld door de Alliantie Voeding Gelderse Vallei een ronde tafel bijeenkomst georganiseerd. Ook de manier waarop dit in het Radboudumc wordt opgepakt illustreert dat zij het belang van voeding als onderdeel van de behandeling erkennen en op een goede manier aandacht hebben voor en uitvoering geven aan dit onderwerp. De Stuurgroep Ondervoeding geeft aan dat de afgelopen jaren stappen zijn gezet door de ziekenhuizen en dat vernieuwende voedingsconcepten reeds op grote schaal zijn ontwikkeld. Nog niet overal is de nieuwe visie op maaltijdvoorziening in ziekenhuizen geïmplementeerd. Dat vraagt prioritering en brede steun binnen een ziekenhuis voor vrijmaken van mensen en middelen. Feit dat een groot ziekenhuis als het Radboudumc dit in de praktijk brengt betekent dat financiering of verzekerd pakket kennelijk geen belemmering vormen. Het is vooral een keuze van het ziekenhuis zelf een deel van het budget te reserveren voor voedingsbeleid. Het is derhalve niet nodig om het Zorginstituut om advies te vragen. De inventarisatie van de diverse voedingsconcepten onder ziekenhuizen, waarnaar gevraagd wordt in de motie van de Kamerleden Dik-Faber en Bouwmeester (TK 2014-2015, 34000 XVI, nr. 90) wordt opgepakt door de Stuurgroep Ondervoeding, als aanvulling op de activiteiten van het werkplan dat is opgesteld in uitwerking van het amendement van Kamerlid Dik-Faber (TK 2014-2015, 34000 XVI, nr. 45). De resultaten zal ik begin 2016 aan uw Kamer toesturen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over ondersteuning van het netwerk zorg en zingeving voor ouderen.

In mijn antwoord op uw vragen 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. Het rapport ‘Gezien en Gehoord’ van Verwey Jonker uit 2013, dat ingaat op zingeving en levensvragen bij ouderen, heb ik zoals toegezegd nogmaals nadrukkelijk onder de aandacht gebracht van de VNG en Coalitie Eerlijk.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de betrokkenheid van cliëntenraden of ledenraden bij het (inkoop)beleid van de zorgverzekeraars.

Naar aanleiding van de brief Kwaliteit Loont heb ik u een wetsvoorstel toegezegd over de invloed van verzekerden. De consultatie met het veld over het wetsvoorstel vindt binnenkort plaats. Ik verwacht het wetsvoorstel volgend voorjaar aan uw Kamer te kunnen toezenden. Patiëntenorganisaties hebben onder meer een belangrijke rol bij het zorginkoopbeleid, bijvoorbeeld door het gebundeld inbrengen van ervaringskennis. Ik subsidieer patiëntenorganisaties in het kader van artikel 4.1 van de VWS begroting “Positie van de cliënt”. Zoals ik u in de brief Stand van zaken moties en toezeggingen van 20 oktober jl. heb laten weten, heeft in 2015 een beleidsdoorlichting plaatsgevonden. Ik verwacht het rapport met de beleidsdoorlichting tezamen met een kabinetsreactie begin 2016 aan uw Kamer te kunnen aanbieden. Daarin zal ik ook de facilitering van cliëntenorganisaties ten behoeve van hun rol richting zorgverzekeraars betrekken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de onjuiste perceptie dat euthanasie een recht is.

Euthanasie is geen recht voor de patiënt en geen plicht voor de arts. Het is bijzonder medisch handelen. Het is de professionele verantwoordelijkheid van de arts om samen en in goed overleg met de patiënt te kijken naar de mogelijkheden om ondraaglijk en uitzichtloos lijden te verlichten. Euthanasie kan een van die mogelijkheden zijn.

Er is informatie voorhanden waarin wordt uitgelegd dat er geen recht op euthanasie is en hoe artsen een verzoek om euthanasie behandelen. Hiervoor verwijs ik naar de website van de Rijksoverheid, de website van de KNMG en de patiëntenbrochure ‘Spreek op tijd over uw levenseinde’, die opgesteld is in samenwerking met verschillende ouderenbonden en patiëntenorganisaties. Daarnaast is de ambtelijke werkgroep ‘Schriftelijk wilsverklaring bij euthanasie’ ingesteld met als doel het opstellen van een handreiking om meer duidelijkheid te bieden over de schriftelijke wilsverklaring. Er zullen twee versies beschikbaar komen, gericht aan de arts en aan de burger. Hieraan wordt momenteel de laatste hand gelegd.



Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over de gevolgen van de decentralisaties voor onder andere de werkdruk onder medewerkers.

Via het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn worden de gevolgen van de decentralisaties nauwlettend in de gaten gehouden, waaronder ook de werkdruk. In het "integreerend rapport" dat in het voorjaar 2016 aan uw Kamer wordt toegezonden wordt hier aandacht aan besteed.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over dat goede zorg valt of staat bij vertrouwen.

Voor goede zorg is vertrouwen inderdaad belangrijk. Vertrouwen tussen arts en patiënt, tussen zorgverleners onderling en van burgers en zorgverleners in de overheid en in het zorgstelsel. Vertrouwen is kwetsbaar. We moeten er heel zuinig op zijn.

Vanuit het principe dat we moeten werken vanuit gerechtvaardigd vertrouwen zijn onlangs onderlinge afspraken gemaakt tussen de huisartsen, patiënten, verzekeraars en de overheid over minder regels, procedures en formulieren en dus meer ruimte te geven voor gewoon goede zorg.

Vertrouwen vraagt soms ook om loslaten. De decentralisaties betekenen bijvoorbeeld ook dat gemeenten meer verantwoordelijkheid krijgen en daarover in de gemeenteraad het debat wordt gevoerd. Het betekent ook dat verzekeraars de ruimte krijgen om hun verantwoordelijkheden waar te maken.

Tot slot, gerechtvaardigd vertrouwen moet niet omslaan in naïviteit. Dus om het vertrouwen in de zorg te behouden zet ik in nauw overleg met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en handhavingpartners ook alles op alles om onrechtmatigheid in de zorg tegen te gaan. Over de voortgang van het programma Rechtmatige Zorg 2015 hebben de Staatssecretaris en ik u recentelijk geïnformeerd (TK 2015-2016, 28828 nr. 93).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over medische zorg voor asielzoekers.

Ik vind het van belang dat asielzoekers snel de juiste zorg kunnen vinden. Daarom worden asielzoekers zo snel mogelijk ingeschreven bij het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA). Bij het GCA kunnen asielzoekers met hun zorgvraag terecht en kan het GCA hen snel doorverwijzen naar de betreffende behandelaar (meestal huisartspraktijk). Daarnaast kunnen ook COA-medewerkers de asielzoekers wegwijs maken in de organisatie van de gezondheidszorg. Ook de toegang tot de GGZ wordt op deze manier geregeld. De consulent GGZ ondersteunt de huisarts en de praktijkverpleegkundige bij het verlenen van zorg aan asielzoekers die met psychische en/of psychosociale problemen een beroep doen op de huisarts. Dit doet de consulent GGZ door laagdrempelige GGZ zorg volgens het stepped

care-model te bieden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over de vraag of ik bereid ben om te onderzoeken of het mogelijk is een preventiefonds op te richten waarin 1% van de premieopbrengsten kan worden ondergebracht en of overleg met Zorgverzekeraars Nederland gevoerd kan worden over de inrichting van zo'n fonds.

Tijdens de vorige begrotingsbehandeling hebben leden van uw Kamer gevraagd hoe sommige vormen van preventie beter van de grond kunnen komen. De motie Wolbert (Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 34 000 XVI, nr. 65) die toen is ingediend vraagt de regering een overzicht te maken van de mogelijkheden en onmogelijkheden en de voor- en nadelen van een betaaltitel in de Zorgverzekeringswet voor selectieve preventie. In reactie hierop hebben de staatssecretaris en ik toegezegd hiernaar onderzoek te zullen doen en tevens naar de wijze waarop we eventuele knelpunten voor preventie kunnen wegnemen, welke verbeterpunten er zijn, wat we kunnen leren van het buitenland en hoe we preventie nog beter kunnen verankeren in de wetten die we hebben.

In dat onderzoek is ook de wenselijkheid en onwenselijkheid van een preventiefonds bekeken. Wat in ieder geval belangrijk is om te beseffen dat preventie ook nu al in de zorg van alle dag een grote rol speelt. Zo is het advies van een arts om gezond te eten, minder te drinken en te stoppen met roken ook een aspect van preventie. Dat zie je niet terug in de cijfers omdat dit een integraal onderdeel is van goede zorg. Een preventiefonds is wat ons betreft niet de weg om te gaan. Preventie is veel breder dan de zorg en veel breder dan de overheid alleen. De leefomgeving (fietspaden, wandelroutes) maar ook de werk- en schoolomgeving zijn cruciaal, evenals de architectuur (de trap zichtbaar in de route in plaats van de lift) en de sociale omgeving. Het programma 'Alles is gezondheid' zet in op deze brede betrokkenheid. Alleen met betrokkenheid van velen is vooruitgang te verwachten. Dat blijkt ook uit lokale projecten terzake. Het onderzoek nadert zijn afronding en begin 2016 zullen de staatssecretaris en ik u informeren over de resultaten en onze reactie daarop.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over hoe het gesprek van de staatssecretaris met de Alliantie Stop kindermarketing ongezonde voeding is gegaan, of aangesloten wordt bij de Alliantie, en ten slotte of er een actieplan komt om kindermarketing tegen te gaan door bijvoorbeeld geen subsidie meer toe te kennen aan activiteiten die mede gefinancierd worden door de voedingsmiddelenindustrie.

In mijn brief van 6 juli 2015 (Kamerstuk 32 793, nr. 194) heb ik mijn visie gedeeld ten aanzien van dit onderwerp. Ik vind het belangrijk dat ook de industrie zich verantwoordelijk voelt voor gezonde voeding. Zelfregulering moet wel resultaten opleveren. Zo constateer ik dat er weinig zicht is op de naleving van de afspraken uit de Reclamecode voor Voedingsmiddelen (artikel 8) via social media, internet en domeinen als de kinderopvang en

het basisonderwijs. Hier zal ik dit najaar nog onderzoek naar laten doen en ik zal u over de resultaten in het voorjaar van 2016 informeren.

Het gesprek met de Hartstichting en de Consumentenbond, namens de Alliantie, heeft plaatsgevonden op 9 oktober 2015. Dit was, ondanks een verschillend standpunt ten aanzien van zelfregulering, een positief gesprek over de gezamenlijke inzet op een gezonde leefstijl van kinderen en het realiseren van een gezonde omgeving.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) of de minister bereid is te onderzoeken wat de mogelijkheden en opbrengsten zijn als de Nederlandse Staat de inkoop van medicijnen op zich neemt.

Op dit moment zijn er al geneesmiddelen waarover ik met fabrikanten een financieel arrangement afsluit. Daar is dus al sprake van centrale inkoop. Het is wel bewust een maatwerkinstrument dat ik selectief kan toepassen. Het gaat hierbij uitsluitend om gevallen waarbij er sprake is van grote financiële risico's en indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf op dat moment onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs/kosten van het betreffende geneesmiddel.

In de andere gevallen zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf aan zet. Ik vind ook dat reguliere onderhandelingen tussen verzekeraars, ziekenhuizen en fabrikanten de beste methode zijn om de kosten te beheersen. Dat hebben zij de afgelopen jaren ook laten zien en ik verwacht niet dat centrale onderhandelingen door de overheid voor alle geneesmiddelen meer zal opleveren.

In het kader van het opstellen van mijn visie geneesmiddelenbeleid bekijk ik wel in de breedte in hoeverre extra maatregelen noodzakelijk zijn om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen beter te borgen. Hieronder valt bijvoorbeeld ook het sluiten van meer financiële arrangementen door VWS. Ik heb u deze visie voor het einde van dit jaar toegezegd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over de voortgang van de gesprekken die het ministerie met hockeybond en rolstoelhockeyers heeft en of de minister bereid is te kijken op welke manier het ministerie kan bijdragen om rolstoelhockey ook in de toekomst structureel te borgen.

Ook ik hecht veel belang aan inclusief (top)sporten en dat hiervoor voldoende mogelijkheden binnen de sportbonden worden gecreëerd. Het is in de eerste instantie de verantwoordelijkheid van de betreffende sportbond, in dit geval de KNHB, om hieraan invulling te geven. Vanuit mijn departement zal er op woensdag 11 november een gesprek plaatsvinden met de rolstoelhockeyers en is er contact geweest met de KNHB en NOC\*NSF. Ik informeer u op korte termijn over de uitkomsten hiervan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over het afsluiten van meerjarige contracten tussen gemeenten en aanbieders met het oog op het aangaan van meer vaste contracten met medewerkers.

Ik ben van mening dat voor regulier werk vaste arbeidscontracten het uitgangspunt moet zijn en dat tijdelijke contracten vooral gebruikt moeten worden om goed in te spelen op fluctuaties in de vraag naar zorg en ondersteuning. Het jaarlijks aangaan van nieuwe contracten voor zorg en ondersteuning door gemeenten kan leiden tot teveel voorzichtigheid bij zorgaanbieders. Het is daarom goed te constateren dat in de code voor verantwoordelijk marktgedrag thuisondersteuning (die onder leiding van Doekle Terpstra van de Transitiecommissie Sociaal Domein is opgesteld door een aantal gemeenten, aanbieders en CNV) het uitgangspunt van langjarige contracten en samenwerkingsrelaties nadrukkelijk is opgenomen. Ook wordt onder uitgangspunt 3 (Gezonde arbeidsmarkt) gesteld dat: 'Opdrachtgevers willen bevorderen dat medewerkers in deze sector toe kunnen groeien naar vaste dienstverbanden en houden derhalve in hun kostprijscalculatie rekening met een realistische verdeling tussen medewerkers met korte en lange termijn dienstverbanden'. Mijn beleid is er op gericht om te stimuleren dat de code door meer gemeenten en aanbieders die deze contracten aangaan onderschreven wordt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) of het juist is dat iedereen die premie betaalt, of het nou iemand met een Nederlands paspoort is, of een statushouder, dezelfde toegang heeft tot medische zorg.

Iedereen die verzekerd is, of iemand nu Nederlander is of statushouder, heeft dezelfde toegang tot medische zorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over de positie van asielzoekers die een verblijfsvergunning hebben gekregen maar nog verblijven in opvang van de COA.

De verzekeringsplicht ingevolge de Zorgverzekeringswet gaat in vanaf het moment dat de vergunning is verleend. Tot voor kort was de termijn van uitplaatsing naar de gemeenten relatief kort en konden mensen binnen de inschrijftermijn van de Zvw geplaatst worden in een gemeente.

Omdat vergunninghouders, zolang zij nog bij het COA verblijven in de regel niet zelfstandig inkomen verdienen, is er voor gekozen om de zorgkosten via de Regeling Zorg Asielzoekers te vergoeden. Deze praktische oplossing werkte goed bij een 'normale' instroom. Door de hoge instroom lopen de termijnen dat statushouders geplaatst worden in de gemeenten weer op en wordt deze problematiek ook weer actueel. Zoals aangegeven, is iemand met een status in principe verzekeringsplichtig, ook als hij nog in een COA opvang verblijft. Als

plaatsing naar een gemeente langer duurt kan het voorkomen dat de verzekeraar een rekening met terugwerkende stuurt. Dit komt naar ons beeld niet heel vaak voor. Door de beide ministeries wordt gezocht naar een structurele oplossing hiervoor.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Voortman (GL) over het beleid en gebruik van de huishoudelijke hulp toelage en de vraag of de staatssecretaris gemeenten meer vrijheid wil geven in de besteding van het budget.

In de derde rapportage over de voortgang van de hervorming van de langdurige zorg zijn de resultaten over het beleid en het gebruik van de huishoudelijke hulp toelage opgenomen. De invoering van de HHT komt op stoom. De meeste gemeenten geven echter wel aan te verwachten dat niet het volledige budget voor 2015 ook zal worden besteed in 2015. Belangrijke redenen hiervoor zijn een lager gebruik van de regeling door cliënten dan verwacht en een latere implementatie dan gepland. Zowel gemeenten als aanbieders zetten veel acties in gang om het gebruik van de regeling door cliënten en mantelzorgers te verbeteren. Dat ziet op communicatie over de HHT en het vergemakkelijken van het aanvraagproces. Ook het verzoek van gemeenten en aanbieders om de bijdrage voor cliënten in 2016 blijvend laag te houden is door mij voldaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de moeilijke situatie bij thuiszorgorganisaties.

Dat thuiszorgorganisaties een moeilijke opdracht hebben onderschrijf ik. Alle partijen hebben zich met de ondertekening van het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging gecommitteerd aan de opdracht om zich tot het uiterste in te spannen om deze taakstelling te realiseren gegeven het afgesproken financiële kader. Er zullen zorgaanbieders kunnen zijn die hun budgetplafond hebben bereikt.

Zorgverzekeraars hebben echter zorgplicht voor hun verzekerden. Zij moeten verzekerden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. Het inkopen van voldoende zorg is onderdeel van de zorgplicht. Als de continuïteit van zorg in de knel komt zal de zorgverzekeraar herschikken tussen zorgaanbieders en zo nodig overgaan tot bijcontractering om aan de zorgplicht te blijven voldoen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het initiatief van het UMCG waarbij ze hoogopgeleide verpleegkundigen willen inzetten ter verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de verpleegkundige zorgverlening in de Noord-Nederland. Het initiatief van het UMCG klinkt veelbelovend als daarmee bereikt wordt dat patiënten sneller genezen, er minder complicaties ontstaan, er zorgpaden en richtlijnen ontwikkeld worden, waardoor de professional kwalitatief betere zorg kan leveren en de afstemming met

alle betrokken zorgprofessionals naar een hoger plan wordt getild. Ik heb van het UMCG begrepen dat er contact gezocht gaat worden met de zorgverzekeraars om te bespreken hoe deze verpleegkundige topzorg meegenomen kan worden in de verpleegkundige prestaties, zodat dit goede voorbeeld navolging krijgt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staij (SGP) over het plan van aanpak voor jeugdigen door middel van een familiegroepsplan.

Gemeenten hebben de wettelijke plicht om ouders, jeugdigen en hun sociale netwerk te ondersteunen bij het opstellen van een familiegroepsplan.

Er bestaan meerdere aanbieders van het familiegroepsplan waarbij gemeenten de vrijheid hebben om te kiezen bij welke aanbieder zij deze vorm van jeugdhulp willen inkopen. Zo'n groepsplan kan zowel onder leiding van een professional als door het netwerk zelf worden opgesteld. Vanuit het Rijk en de VNG worden gemeenten ondersteund om de bekendheid van dit recht van ouders goed vorm te geven. Het familiegroepsplan is opgenomen in de modelverordening van de VNG en er is een factsheet familiegroepsplan opgesteld. Met deze factsheet is bij gemeenten onder de aandacht gebracht welke vormen de gemeentelijke ondersteuning van het familiegroepsplan kan aannemen. Inmiddels heeft overleg met de VNG plaatsgevonden over de wijze waarop het familiegroepsplan gestimuleerd kan worden. De VNG heeft aangegeven dat zij het gebruik van het familiegroepsplan wil bevorderen – bijvoorbeeld ook door het recht van het familiegroepsplan bij ouders en jeugdigen verder onder de aandacht te brengen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staij (SGP) of meer zichtbaar kan worden gemaakt hoe mantelzorgers tegemoet gekomen kunnen worden.

In de 3e voortgangsrapportage HLZ is ingegaan op mogelijkheden van gemeenten om mantelzorgers te ondersteunen en daarbij oog te hebben voor hun financiële positie. Ik ga graag met de VNG en Mezzo in overleg over de signalen die mantelzorgers specifiek hierover hebben afgegeven en zal met hen bespreken hoe we de mogelijkheden van ondersteuning nog beter bij gemeenten onder de aandacht kunnen brengen en daarmee actief en meer zichtbaar maken. Daarnaast stuur ik op korte termijn een brief aan de wethouders over de aandachtspunten in de transitie, waar dit punt in wordt meegenomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staij (SGP) over de bereidheid om het programma "InvoorMantelzorg" te vervolgen.

Op dit moment worden ter afronding van het programma de resultaten van de 80 trajecten door Vilans en Movisie verzameld. Ik zal in overleg met betrokken veldpartijen bezien hoe de uitkomsten vanuit het huidige programma het beste kunnen worden geborgd en verder verspreid. Ik wil daar de resultaten van de Toekomstagenda Informele Zorg bij betrekken.

Zoals aangekondigd in mijn voortgangsbrief informele zorg van 24 juni jl., ontvangt u begin 2016 een nieuwe voortgangsbrief waarin ik nader op deze resultaten en de vervolgaanpak zal ingaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over counseling bij ongewenste zwangerschappen, en het voorstel om dit ook buiten de abortusklinieken te laten plaatsvinden en de financiering van bijvoorbeeld FIOM, Siriz en de GGD hierop te laten aansluiten.

Het is belangrijk dat vrouwen die ongewenst zwanger zijn geworden informatie krijgen om een goede afweging te maken hoe daarmee om te gaan. Die informatie moet uiteraard toegankelijk zijn. Daarom is er een wettelijke verplichting voor de behandelend arts om één of meer gesprekken met de vrouw te voeren om te komen tot een zorgvuldige besluitvorming.

Voorlichting vindt ook buiten de klinieken plaats. De staatssecretaris en ik geven bijvoorbeeld ondersteuning door financiering van FIOM, Siriz, Rutgers en GGD-en bij het ontwikkelen en verstrekken van informatie en interventie-instrumenten rondom ongewenste zwangerschappen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over mondzorg WLZ/WMO.

Er is al een plan. Momenteel zijn achttien aanbieders gezamenlijk bezig met het verbeteren van de mondzorg in de zogenaamde mondzorgalliantie. De alliantie is afgelopen jaar verdubbeld en de ervaringen die de alliantiepartijen opdoen (bijvoorbeeld met opleiding) zullen worden meegenomen in de bredere kwaliteitsaanpak van het programma Waardigheid en Trots. Op die manier worden de resultaten duurzaam geborgd.

Verder zijn mondzorgpartijen bezig met het opstellen van een programma voor de mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Het ministerie faciliteert dit traject. In het plan wordt aandacht besteed aan het verbeteren van de preventieve mondzorg ( de dagelijkse mondverzorging) en de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden binnen de mondzorg.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het inrichten van een preventienota voor ouderenzorg.

Ik vind het niet opportuun om een aparte preventienota voor ouderen en bijbehorend budget op te stellen. Op basis van de wet Publieke Gezondheid hebben gemeenten namelijk al de plicht om aandacht te besteden aan kwetsbare groepen, zoals ouderen (artikel 5a). Er gebeurt dan ook al veel op gebied van preventie gericht op ouderen. Denk hierbij aan valpreventie, voeding (vitamine D) en bewegen voor ouderen. Er zal op 30 november aanstaande een maatschappelijk café 'Langer Vitaal' plaatsvinden om antwoord te krijgen op

vragen als 'wat is preventie gericht op ouderen', 'wanneer zet je preventie effectief in om langer vitaal te zijn' en 'wie is nu die oudere'. De uitkomsten van deze bijeenkomst betrek ik bij het beleid.

Ik zal in 2016 gaan bekijken of er aanleiding is om de uitwerking van dit wetsartikel (5a) te evalueren.

Antwoord op de vraag van Kamerlid Krol (50PLUS) naar de stand van zaken omtrent de overgang van ouderen uit het ziekenhuis naar het verpleeghuis.

In de tweede voortgangsrapportage HLZ die op 25 juni naar uw Kamer is gestuurd heb ik aangegeven dat het CIZ in gesprek is met de transferverpleegkundigen en de NVZ over een efficiënte gegevensuitwisseling bij Wlz-aanvragen, waardoor het voor het CIZ mogelijk wordt om vaker indicatieaanvragen die vanuit het ziekenhuis worden gedaan, binnen 48 uur af te handelen. Over de meest recente stand zaken zal ik navraag doen bij het CIZ en hierover terugrapporteren in de volgende voortgangsrapportage HLZ.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de acties en maatregelen om overmatig alcoholgebruik onder ouderen te verminderen (n.a.v. onderzoek Trimbos).

In de Kamerbrief van 6 mei 2015 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 27 565, nr. 133) heb ik aangegeven hoe ik uitvoering geef aan het beleid rond alcohol en ouderen. De eerste stap is om meer zicht te krijgen op de precieze problematiek en probleemgroep, oorzaken en juiste benadering. De kerncijfers uit de verslavingszorg laten zien dat het aantal ouderen dat zich meldt bij de verslavingszorg met een alcoholverslaving in absolute zin toeneemt. Echter, gecorrigeerd voor de vergrijzing, is onder 55-plussers al sinds enkele jaren sprake van een bescheiden daling. Omdat enkel focus op verslavingszorg geen recht doet aan het vraagstuk van overmatig alcoholgebruik bij ouderen ben ik met Trimbos in gesprek hoe we dit vraagstuk nog beter in beeld kunnen krijgen. Ik verwacht hier in het voorjaar van 2016 op terug te komen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de relatie tussen verslaving van ouderen en eenzaamheid.

In het kader van het actieplan 'intensiveren en verankeren aanpak eenzaamheid', waarover ik u heb geïnformeerd bij brief van 16 juli 2014, wordt gedurende twee jaar een impuls gegeven aan een integrale lokale aanpak om eenzaamheid te voorkomen en terug te dringen. Daarnaast wordt ingezet op kennisdeling en informatievoorziening. Het doel voor eind 2016: goede informatie en handvatten voor professionals, beleidsmakers en vrijwilligers opdat zij eenzaamheid beter kunnen signaleren en kunnen handelen. Er kan sprake zijn van een relatie tussen eenzaamheid en verslaving; ook hier geldt echter dat de situatie van de



individuele burger, zijn problematiek en situatie het aangrijpingspunt voor ondersteuning is. Wij houden uiteraard de ontwikkelingen in de verslavingszorg nauwlettend in de gaten. Momenteel zijn de cijfers over de hulpvraag in de verslavingszorg stabiel.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over gebitsverzorging bij ouderen. Eind vorig jaar heb ik u bericht over de wijze waarop een groep zorgaanbieders gezamenlijk het verbeteren van de mondzorg bij ouderen in de langdurige zorg aanpakt in de zogenaamde mondzorg alliantie. Goede mondzorg voor ouderen is van groot belang voor het welzijn en de gezondheid van ouderen. Ik ben zeer te spreken over het enthousiasme en de voortvarendheid waarmee deze zorgaanbieders aan de slag zijn gegaan. In oktober heeft een gezamenlijke bijeenkomst plaatsgevonden waarbij ook een nieuwe groep zorgaanbieders bij de alliantie is aangehaakt. In de volgende voortgangsrapportage Waardigheid en trots die u in december zult ontvangen, zal ik u berichten over de tot dusver behaalde resultaten, een analyse van succesfactoren voor goede mondzorg en de vervolgstappen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over dat een aantal verzekeraars heeft besloten de medicatiebeoordeling uit het eigen risico te halen en dat de KNMP andere verzekeraars heeft opgeroepen dit ook te doen. Het lid Krol vraagt of ik deze oproep ondersteun.

In de brief Kwaliteit loont heb ik aangegeven te stimuleren dat zorgverzekeraars meer gebruik maken van de bevoegdheid om te beslissen welke zorgvormen zij geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico laten vallen en welke voorwaarden daarvoor gelden. Zorgverzekeraars hebben deze bevoegdheid op grond van artikel 21, derde lid, van de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars maken uiteindelijk hun eigen afweging of zij al dan niet van deze bevoegdheid gebruik maken en voor welke zorgvormen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de overschrijding in de wijkverpleging.

Dat niet alle overproductie per definitie door de zorgverzekeraar wordt uitbetaald is begrijpelijk. Er zou een rare prikkel van uitgaan als bij voorbaat alle overproductie wordt gehonoreerd.

Het is van groot belang dat er bij regionale knelpunten een gesprek plaatsvindt tussen verzekeraar en aanbieder. In dit gesprek wordt aan de aanbieder gevraagd wat de mogelijkheid is om een deel van de overproductie voor zijn rekening te nemen. Ook de verzekeraar zal moeten aangeven welk deel deze voor eigen rekening neemt. Het is daarmee geen automatisme dat ingeval van een overschrijding van de productieafsprak de

aanbieder 5% van de oorspronkelijke productieafpraak moet betalen.

Iedereen moet de zorg krijgen die nodig is en deze zorg moet zoveel mogelijk dichtbij huis kunnen worden geleverd. De wijkverpleging die sinds 2015 onderdeel is van de Zorgverzekeringswet, heeft daarbij een cruciale rol. In 2015 is sprake een overgangsjaar waarin bovendien sprake is van een forse taakstelling. Deze transitie vergt daarmee van alle partijen een uiterste inspanning.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over bewegen in verpleeghuis. Het beweegonderzoek in Zuid-Limburg is gedaan in het kader van een deelproject van Nurses on the move, dat weer onderdeel uitmaakt van het door mij gefinancierde het ZonMw-programma Tussen Weten en Doen II.

In het deelproject 'Zelfredzaamheid door bewegen' ontwikkelen de onderzoekers een zorgaanpak die verpleegkundigen en verzorgenden helpt om (beweeg)activiteiten bij ouderen te stimuleren. Daarvoor is het belangrijk een antwoord te vinden op twee vragen: 'Welke barrières zijn er?' en 'Waar liggen de kansen?'.

Aan het eind van het project ligt er in 2017 onder andere een concrete aanpak voor verzorgenden en verpleegkundigen in verpleeghuizen om beweging te stimuleren. Daarnaast komen er praktische materialen beschikbaar, zoals een checklist met bevorderende en belemmerende factoren en een handboek met strategieën voor de implementatie. Daarover zult u worden geïnformeerd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het reserveren van besparing op de uitgave voor rijksvaccinaties voor ouderenvaccinatie.

Het budget voor de uitgaven voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma en de hielprik is in 2015 vanuit de AWBZ overgeheveld naar de begroting van VWS. Daarbij is het budget voor deze twee programma's bij 1e suppletore wet 2015 structureel naar beneden bijgesteld om het in lijn te brengen met daadwerkelijke uitgaven.

Ik wacht de adviezen van de Gezondheidsraad en Zorginstituut Nederland (Beoordelingskamer vaccins) af en zal naar aanleiding van respectievelijk de adviezen over het gordelroosvaccin en de vaccinatie tegen pneumokokken besluiten hoe deze vaccins het best ingezet kunnen worden. Bij een positief advies zal ik de benodigde middelen hiervoor vrijmaken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) aan de staatssecretaris over de minimale eigen bijdrage (huishoudelijke hulp) in 2016 en de vraag of het niet averechts werkt om na een tijdelijke verlaging de eigen bijdrage weer te verhogen.

Er is geen sprake van een verhoging. Op 23 oktober jl. zijn de colleges van B en W door mij

geïnformeerd over de mogelijkheid om de eigen bijdrage voor cliënten voor de huishoudelijke hulp toelage in 2016 op hetzelfde niveau te houden als 2015. Gemeenten hebben de mogelijkheid de eigen bijdrage voor cliënten te houden op of indien van toepassing te verlagen tot een minimum van € 5,00 per uur bij de inzet van de huishoudelijke hulp toelage in 2016.

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

Instellingen beslissen zelf over hun bedrijfsvoering. Het al dan niet gratis ter beschikking stellen van WIFI is dus een zaak van de instelling zelf.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het stimuleren van een seniorvriendelijk beleid in ziekenhuizen.

Ik vind het belangrijk dat de zorg in ziekenhuizen voor alle groepen in de samenleving goed toegankelijk is. Daar binnen vraag ik zeker specifiek aandacht voor het toenemend aantal (kwetsbare) ouderen die in ziekenhuizen worden opgenomen. Zoals ik vorig jaar in de begrotingsbehandeling aangaf, is het goed dat daarbij ook aandacht wordt gevraagd voor de seniorvriendelijkheid van ziekenhuizen. Het keurmerk 'seniorvriendelijkheid' kan daarbij een rol spelen. Dergelijke keurmerken zijn private initiatieven, waarbij er geen rol voor de overheid is weggelegd om die te ontwikkelen en onderhouden. Wel wil ik aandacht vragen voor de regeldruk van de keurmerken.

Verder wil ik er op wijzen dat er inmiddels verschillende geneeskundige opleidingen zijn die zich specifiek richten op de zorg aan ouderen: opleiding klinisch geriater, opleiding specialist ouderengeneeskunde en als specialisatie binnen de interne geneeskunde. Binnen alle specialismen geneeskundig, verpleegkundig, paramedisch, enzovoorts moet daarnaast uiteraard aandacht zijn voor de verouderende patiënt, al was het maar omdat deze een belangrijk deel van de zorgvragende populatie vormt. Er loopt momenteel een specifiek subsidieprogramma (2012-2016) voor verankering van integrale ouderenzorg in medische vervolgopleidingen. Ik verwacht dat dit de 'seniorvriendelijkheid' van ziekenhuizen ten goede zal komen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) dat verzekerden die een duurder hulpmiddel nodig hebben deze vanwege financiële redenen niet zouden krijgen.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor adequate hulpmiddelenzorg. De zorgverzekeraar moet daarom een hulpmiddel verstrekken dat voor de patiënt geschikt is.

De NZa houdt toezicht op de naleving van deze zorgplicht.

Ook ik vind het belangrijk dat mensen over passende hulpmiddelen kunnen beschikken; eenvoudig waar dat kan en ingewikkeld waar dat moet.

Vandaar dat in de regelgeving een functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg is opgenomen die uitgaat van het opheffen of verminderen van een functiebeperking. Daar is bewust voor gekozen om zo meer ruimte voor maatwerk en innovatieve oplossingen te geven. Wie welk hulpmiddel mag voorschrijven is in de functie gerichte aanspraak bewust niet geregeld. Daarvoor zijn de hulpmiddelen veel te verschillend van aard, elk met hun specifieke eigenschappen die om speciale expertise vragen. Denkt u bijvoorbeeld aan hoortoestellen, bloedglucosemeters, verband- en incontinentiemateriaal, orthopedisch schoeisel, speciale lenzen, zuurstofapparatuur, prothesen, hulpmiddelen voor mobiliteit of oriëntatie, insulinepompen, voedingspompen, nierdialyse apparatuur, lymfepress-apparatuur, spraakvervangende en communicatie apparatuur.

Vandaar dat is gekozen voor functiegericht voorschrijven volgens richtlijnen en protocollen door een deskundige zorgaanbieder. Maar die richtlijnen en protocollen komen maar moeizaam tot stand terwijl die wel heel belangrijk zijn. In mijn brief aan uw Kamer van 13 oktober jl. naar aanleiding van het ZonMw onderzoek heb ik aangekondigd dat VWS de regie neemt om samen met het Kwaliteitsinstituut de ontwikkeling van richtlijnen en kwaliteitsnormen door het veld tot stand te brengen. Dit biedt het meeste houvast voor patiënten, behandelaars en verzekeraars.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) of de IGZ bij de uitwerking van haar speerpunt in het MJB voldoende rekening houdt met de doelgroep kwetsbare ouderen. De IGZ neemt in haar Meerjarenbeleidsplan (2016 – 2019), dat binnenkort door de IGZ op haar website wordt gepubliceerd, medicatieveiligheid op als één van de thema's waar de IGZ in het bijzonder aandacht aan geeft. Daarbij wordt gekeken naar patiënten die extra gevoelig zijn voor medicatiefouten. De doelgroep kwetsbare ouderen valt in deze groep van risicovolle patiënten en aan deze groep wordt dan ook extra aandacht gegeven in het toezicht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over artsen die aangeven door meer thuiswonende ouderen onvoldoende tijd te hebben en mogelijke oplossingen hiervoor. De maatschappelijke ontwikkeling dat mensen, ongeacht ouderdom, beperking of aandoening, zo lang mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving willen blijven wonen, is al langere tijd gaande. Met de hervormingen in de zorg is de wet- en regelgeving hierop aangepast en is het mogelijk gemaakt de zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij huis te ontvangen. Een versterkte en goed georganiseerde eerste lijn kan deze veranderende vraag naar eerstelijnszorg opvangen, partijen werken hier hard aan. De huisarts staat hier niet alleen voor. Met de introductie van de wijkverpleegkundige in de Zvw heeft de wijkverpleegkundige een belangrijke signalerende functie om problemen bij ouderen te herkennen en daarvoor een oplossing te bieden. Zij werkt nauw samen met andere

professionals en is een belangrijke schakel naar het sociale domein. Gemeenten hebben met de Wmo 2015 verantwoordelijkheid gekregen voor ondersteuning in de thuissituatie, waaronder de ondersteuning van de mantelzorger. De huisarts is en blijft een belangrijk aanspreekpunt voor de patiënt met vragen over gezondheid en ziekte. Hij maakt steeds meer gebruik, ook binnen zijn praktijk, van andere professionals die generalistisch zijn opgeleid, zoals de praktijkondersteuner somatiek en de verpleegkundig specialist. Tevens kan de huisarts gebruik maken van een specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast zijn er steeds meer hulpmiddelen voorhanden die het mogelijk maken dat mensen op een verantwoorde manier langer thuis kunnen blijven wonen, bijvoorbeeld met een eenvoudig alarmsysteem waardoor een oudere via een druk op de knop hulp kan inschakelen. Mocht het tijdelijk niet verantwoord zijn om thuis te zijn, dan kan de oudere terecht in voorzieningen voor eerste-lijnsverblijf. Een veilige omgeving waar snel gehandeld kan worden indien nodig. Het signaleren van problemen en deze bespreken met elkaar is een belangrijk onderdeel van de verantwoordelijkheid die partijen hebben gekregen. Samenwerking is nodig om te komen tot een integraal aanbod van zorg en ondersteuning. Deze samenwerking is echter niet vanzelfsprekend en vereist van alle partijen bereidheid te investeren in een duurzame relatie. Ik zie dat er in de praktijk al veelvuldig verbindingen worden gelegd om de zorg en ondersteuning voor de oudere patiënt goed in te richten, maar er is ook nog een lange weg te gaan. Vanuit de praktijk moet gezamenlijk naar oplossingen worden gezocht in de regio. Als men stuit op knelpunten in de wet- en regelgeving ben ik bereid daarnaar te kijken. Zo ga ik praktisch aan de slag om samen met de betrokken professionals en instellingen knelpunten op te lossen en te zorgen dat de zorg voor mensen dichtbij huis gewoon goed is.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over zijn constatering dat de verbeteringen van de hervorming van de langdurige zorg nog lang niet in zicht zijn. Periodiek heb ik u geïnformeerd over het verloop van de transitie. Ik heb daarbij geconstateerd dat in 2015 de continuïteit van (passende) zorg en ondersteuning voor de cliënten is gewaarborgd. Het ging in de eerste maanden van 2015 vooral om het inregelen van de nieuwe uitvoering. Ook dat vraagt de komende tijd de nodige aandacht.

De focus kan nu echter ook reeds meer worden gericht op doorontwikkeling van een vernieuwde praktijk waarin de cliënt en zijn specifieke zorg en ondersteuningsbehoefte centraal staat. De essentie is dat mensen met een langdurige en levensbrede zorg- en ondersteuningsvraag kunnen (blijven) meedoen in onze samenleving en het leven kunnen leiden zoals zij dat willen. Om dit te bereiken streef ik naar een constructieve, op innovatie gerichte samenwerking van betrokken partijen op lokaal en regionaal, maar ook op landelijk niveau.

Ik zie ook in 2015 al duidelijk stappen in de richting van het realiseren van de doelstellingen

van de hervormingen van de langdurige zorg en zal mij vol blijven inzetten voor blijvende vernieuwing en verbetering.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) of ik met Mezzo en de minister van Financiën over mogelijkheden in het nieuwe belastingsstelsel in gesprek wil gaan.

De minister en ik willen de heer Krol verwijzen naar de brief van 29 oktober jl. die de staatssecretaris van Financiën in het kader van de behandeling van het Belastingplan 2016 conform afspraak naar de Tweede Kamer heeft gestuurd. In deze brief is hij reeds op dit vraagstuk ingegaan en heeft hij zijn standpunt over de mogelijkheden van het nieuwe belastingsstelsel voor de financiële ondersteuning van mantelzorgers gegeven. Wij achten een nieuw gesprek op dit moment dan ook niet opportuun.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over inzet extra middelen voor verpleeghuizen.

Waardigheid en Trots stelt de cliënt en de professional centraal. In lijn hiermee worden momenteel gesprekken gevoerd met betrokken partijen over een herkenbare inzet van de extra middelen die in de begroting zijn toegevoegd ten behoeve van verpleeghuiszorg. Ik wil afspreken dat het bestuur van de zorgaanbieder met de Centrale Cliëntenraad (CCR) en de Verpleegkundigen- en Verzorgenden Adviesraad (VAR) of, indien deze ontbreekt, de Ondernemingsraad (OR) afspraken maakt over een zinvolle daginvulling en hoe zorgverleners goed toegerust kunnen worden om voor de desbetreffende cliënten te zorgen. Dit leidt ertoe dat de zorgaanbieder gezamenlijk met CCR en VAR of OR het plan opstelt, evalueert en zo nodig bijstelt. Het zorgkantoor stelt als enige voorwaarde voor het verstrekken van de middelen dat de CCR en de VAR of de OR instemmen met het plan. Betrokkenheid van cliënten en professionals bij de opstelling van het plan waarborgt dat de middelen gericht worden ingezet voor dagbesteding en opleiding.

Om te kunnen beoordelen of de beoogde doelen zijn behaald én of dit gebeurt met zo min mogelijk administratieve lasten zal in het voorjaar van 2016 op landelijk niveau een analyse uitgevoerd worden van de bij zorgkantoren ingediende plannen. Tevens wordt via een enquête onder leden van de CCR/VAR/OR geïnventariseerd hoe tevreden men is over de resultaten die dankzij de extra middelen zijn behaald. Deze informatie draagt bij aan het verbeteren van de plannen voor 2017.

Ik zal uw kamer voor het AO kwaliteit verpleeghuizen op 18 november a.s. verder informeren over deze afspraken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over de motie die mij oproept tot het organiseren van een maatschappelijk debat over de grenzen aan en de betaalbaarheid van

de zorg. De vraag is of ik hier al iets meer over kan vertellen.

Zoals ik vorige week in mijn brief aan uw Kamer over kosteneffectiviteit (TK 2014-2015, 29 477, nr. 340) heb aangegeven, sluit de motie van het lid Krol aan bij verschillende activiteiten die ik heb geëntameerd of gefaciliteerd, waaronder de 'Aanpak verspilling in de zorg' en de publicaties 'De zorg verandert, verandert u mee' en 'De zorg: hoeveel extra is het ons waard?'. Ik zal de discussie blijven voeden. In dit kader wijs ik ook op activiteiten van beroepsgroepen en patiëntenorganisaties in de zorg, die dit thema periodiek voeden met hun opinies en projecten. Ook zal het Zorginstituut aan dit onderwerp blijvend aandacht besteden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) of ik bereid ben om medicatiebeoordeling actief onder de aandacht te brengen, bijvoorbeeld door een campagne. En wat zijn de voorlopige resultaten van de handhaving van de IGZ op medicatiebeoordeling?

Ik ga medicatiebeoordeling niet actief onder de aandacht brengen van patiënten. Lang niet voor iedere gebruiker van geneesmiddelen is een medicatiebeoordeling nuttig en nodig. Het is aan huisartsen en apothekers om te bepalen, op grond van de door hen opgestelde criteria, welke patiënt hiervoor in aanmerking komt.

Het is goed om een jaarlijkse medicatiebeoordeling bij kwetsbare groepen zoals ouderen met polyfarmacie uit te voeren. Hiermee kan gezondheidsschade door bijwerkingen of verkeerd gebruik van geneesmiddelen worden voorkomen. Bij de medicatiebeoordeling komen arts, apotheker en patiënt samen tot afspraken over het gebruik van de juiste medicijnen. Volgens de richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' komt een groep van ruim 755.000 patiënten in aanmerking voor een medicatiebeoordeling in de eerste lijn. Partijen zijn volop bezig om de medicatiebeoordeling bij kwetsbare ouderen uit te voeren. Op basis van de multidisciplinaire richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" en een voorstel van partijen heeft de IGZ een viertal normen voor medicatiebeoordeling opgesteld en deze per brief aan veldpartijen gecommuniceerd. De IGZ ziet vanaf 1 juli 2015 op deze normen toe.

In antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over het terugvallen van gemeenten en zorgverzekeraars op bestaande partijen i.p.v. regionale of kleine innovatieve partijen en hoe de minister en staatssecretaris de cultuur gaan doorbreken.

Ondanks de veelheid aan mooie initiatieven in het land is brede invoering van zorginnovaties nog lang niet overal gemeengoed. Sommige projecten blijven steken in een pilotfase, of beperken zich tot toepassing op een enkele locatie. Innovaties met bewezen potentie vinden vaak maar mondjesmaat hun weg naar bredere regionale of landelijke toepassing. Nieuwe

toetreders ervaren dat het niet zo eenvoudig is om toegang tot het systeem van de zorg te krijgen.

Het zorginkoopbeleid van gemeenten en verzekeraars wordt daarbij nogal eens genoemd als belemmering voor innovatie. Omdat ik innovatie belangrijk vind, heeft de NZa in haar 'Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw' een bepaling over de inkoop van innovatie zorg opgenomen. Daarin wordt bepaald dat zorgverzekeraars in zorginkoopbeleid moeten aangeven in welke mate de zorgverzekeraar ruimte biedt voor innovatief zorgaanbod. En zo mogelijk van toepassing, welke specifieke eisen de zorgverzekeraar stelt aan dergelijk innovatief zorgaanbod. De NZa ziet hierop toe en rapporteert hierover.

Ook hebben we in de brief rondom eHealth en Zorgverbetering<sup>1</sup> het stimuleren van innovatie via het inkoopbeleid ook als actie opgenomen. We doen een beroep op verzekeraars en gemeenten, want zij kunnen in de zorginkoop realiseren dat innovatieve zorg de standaard wordt.

Overigens zien wij in toenemende mate voorbeelden waarin verzekeraars in het inkoopbeleid ruimte bieden aan zorginnovatie. Verzekerden vragen bovendien om toegang tot vernieuwende zorg en kunnen met de voeten stemmen indien hun verzekeraar zou achterblijven.

Naar verwachting zal er bij gemeenten in de komende periode meer ruimte ontstaan voor een vernieuwend inkoopbeleid, nadat in de afgelopen periode de uitvoering van de transitie veel aandacht heeft gevergd en de nadruk vooral op continuïteit van zorg en ondersteuning heeft gelegen. Een belangrijke aansporing is daarbij voor gemeenten dat wettelijk is geborgd dat de ondersteuning aan mensen maatwerk moet betreffen en dat zij in hun zorgcontractering dienen aan te sluiten bij de persoonlijke voorkeuren van hun cliënten. Tegelijkertijd organiseren we in de bekostiging meer regelruimte voor afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars en gemeenten, waardoor meer vrijheid ontstaat om innovatie en zorgvernieuwing te stimuleren. Onder andere via het initiatief van NZa, ZonMw, ZINL en VWS [www.zorgvoorinnovieren.nl](http://www.zorgvoorinnovieren.nl) wijzen wij innovatoren op de mogelijkheden binnen de financiering. Verzekeraars bieden met de website [www.watwildezorgverzekeraar.nl](http://www.watwildezorgverzekeraar.nl) inzicht aan vernieuwende initiatieven hoe verzekeraars ideeën beoordelen en wat zij nodig hebben om een goede en eerlijke afweging te kunnen maken.

1 TK 27519 – 134 Voortgangsrapportage eHealth en Zorgverbetering d.d. 8 oktober 2015

Antwoord op de vraag van Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over de relatief hoge zorguitgaven in Nederland in vergelijking met andere landen in de EU.

De relatief hoge Nederlandse zorguitgaven komen met name door de hoge uitgaven in de langdurige zorg. In veel landen wordt een groter deel van de zorg door mensen zelf gefinancierd en valt de langdurige zorg geheel of deels onder het sociale domein en/of wordt



door lagere overheden uitgevoerd. De hiermee gemoeide uitgaven maken daardoor veelal geen onderdeel uit van de zorguitgaven. De vergelijkbaarheid van de cijfers is daardoor beperkt.

Beperken we ons tot de uitgaven aan curatieve zorg dan resulteert voor Nederland een middenpositie. Deze uitgaven zijn in de ons omringende landen (Duitsland, België) hoger. Verder is het van belang om niet alleen naar de zorguitgaven te kijken maar ook naar de prestaties van zorgstelsels. Onderzoek laat zien dat Nederland op veel prestatie-indicatoren hoog scoort.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over het rekening houden met tradities, levensbeschouwing en religie in zorginstellingen.

Ik vind het belangrijk dat mensen die in een instelling wonen hun leven kunnen inrichten volgens hun eigen wensen en behoeftes. Dat is de essentie van de omslag die we in de langdurige zorg willen bewerkstelligen. Aandacht voor culturele identiteit maakt daar onderdeel van uit. Er is overigens inmiddels een verscheidenheid aan instellingen die hebben gekozen voor een bepaalde culturele of levensbeschouwelijke grondslag.

Ik vind het belangrijk dat instellingen zich hiervan bewust zijn. Samen met SZW draag ik daarom bij aan het traject 'Culturele sensitiviteit in de zorg'. Dit is tot stand gekomen op initiatief van het veld zelf. Doel van dit traject is om verdere (multi)culturele bewustwording bij werkers in de zorg te stimuleren. In dit kader is een publicatie verschenen en is een conferentie gehouden. Voor voorjaar 2016 staat een vervolgconferentie gepland.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over de hoge salarissen voor zorgbestuurders.

Ik begrijp de emoties over de salarissen van topbestuurders in de zorg. Het kabinet vindt, zoals eerder aangegeven, gematigde inkomens en gematigde ontslagvergoedingen in de publieke en semipublieke sector wenselijk. Juist om die reden zijn hier normen voor vastgelegd in de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT). Het doel van de wet is het tegengaan van bovenmatige beloningen en ontslagvergoedingen bij instellingen in de (semi)publieke sector.

Met het invoeren van de WNT 2 is de norm verlaagd naar 100% van een ministersalaris (in 2016 maximaal € 179.000). Nieuwe contracten tussen zorginstellingen en bestuurders dienen aan de WNT te voldoen. Op bestaande contracten tussen zorginstellingen en bestuurders is een overgangsregime van toepassing. Dit kabinet heeft dus geregeld dat er nu een harde norm is waaraan een ieder heeft te voldoen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over het aanstellen van een

crisismanager verpleeghuizen.

Ik acht een dergelijke crisismanager niet effectief en niet nodig. Niet effectief omdat het verbeteren van de verpleeghuiszorg moet worden aangepakt via meerdere sporen en een lange adem zal vergen.

Niet nodig omdat alle partijen hun schouders willen zetten onder de verbetering van de langdurige zorg.

Voor het verbeteren van de kwaliteit van de verpleeghuizen heb ik uw Kamer in februari 2015 een plan van aanpak gestuurd. In juni 2015 heb ik u een eerste voortgangsrapportage gestuurd en daarover heeft tevens in juni een AO plaatsgevonden. Een tweede voortgangsrapportage staat gepland voor december.

Dit programma behelst een brede beweging die meerjarig van karakter is en die tot uiting komt in de leden van de Taskforce die dit begeleiden.

Ik wijs er overigens op dat de afgelopen jaren al belangrijke verbeteringen in gang zijn gezet: van meerbedskamers naar eenbedskamers, kwaliteit gebouwen, medicatieveiligheid, etc.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Kuzu (GrKÖ) of de verzekeraar te machtig is en zich dictatoriaal gedraagt en of zorgverleners zonder overleg worden gedwongen contracten te ondertekenen.

Zorginkoop is een belangrijke pijler van het zorgstelsel. Via de zorginkoop zorgen de zorgverzekeraars ervoor dat de zorg betaalbaar en van goede kwaliteit is. Het is uiteraard van belang dat het proces van zorginkoop correct verloopt. In het traject dat afgelopen zomer heeft gelopen met de huisartsen is gebleken dat indien partijen heel concreet met elkaar om de tafel gaan zitten over wat er wel en niet in een contract zou moeten staan, het gevoel van gedwongen contracten ondertekenen verdwijnt. Ik wil een dergelijk traject ook in met de andere partijen die hierin meer waarde zien. Daarnaast heeft de NZa de handreiking 'good contracting practises' opgesteld. Vanaf 1 januari 2016 zijn deze ook handhaafbaar door de NZa. Daar waar zorgaanbieders of zorgverzekeraars ontevreden zijn over dit proces, kunnen zij in de toekomst hun geschillen aan een onafhankelijke geschillencommissie voorleggen. Het gaat hierbij naar verwachting vooral om geschillen over de precontractuele fase. Het doel is om voor 1 april 2016 de onafhankelijke geschillencommissie operationeel te hebben.

Antwoord op de vraag van Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over wat er is gebeurd en veranderd bij de NZa en over waarom het nu wel goed zou gaan bij zowel de IGZ en de NZa.

De NZa heeft naar aanleiding van het rapport van de commissie-Borstlap en de evaluatie van de Wmg en de NZa op het terrein van HRM, ICT en integriteit verbeterplannen opgesteld. De realisatie van de plannen van aanpak wordt gemonitord in het programma 'NZa op Koers'. Aan het einde van het jaar zal ik uw Kamer informeren over de voortgang.

Daarnaast heb ik in de kabinetsreactie op de eerder genoemde rapporten een herpositionering van de taken van de NZa aangekondigd om daarmee de NZa duidelijker te positioneren als onafhankelijke autoriteit. Het wetsvoorstel waarmee ik dit zal realiseren ligt momenteel ter advisering bij de Raad van State. Ik verwacht dit wetsvoorstel eind van dit jaar aan uw Kamer te kunnen aanbieden.

De IGZ is na het verschijnen van de onderzoeksrapporten van de heer Van der Steenhoven en mevrouw Sorgdrager in november 2012 een omvangrijk verbetertraject gestart. Inmiddels zijn er al belangrijke verbeteringen doorgevoerd. De IGZ is op de goede weg. Maar het verbetertraject is nog niet afgerond. Voor een uitgebreide toelichting op dat verbetertraject, verwijs ik u naar mijn voortgangsbrief van 30 juni 2015 (Kamerstuk 33 149, nr. 37).

Antwoord op de vraag van Kamerlid Kuzu (GrKÖ) over het afromen van de winsten van zorgverzekeraars, de farmaceutische industrie en fabrikanten van medische apparatuur en over het stoppen met het excessief belonen van medisch specialisten en managers en het omzet-denken.

Ik vind het afromen van de winsten van zorgverzekeraars onwenselijk. Het zorgstelsel is gebaseerd op concurrentie tussen verzekeraars. Het afromen van winsten neemt doelmatigheidprikkel weg en zal uiteindelijk leiden tot hogere premies. Bekend is dat verzekeraars de laatste jaren al een deel van hun winsten inzetten voor een beheerste premieontwikkeling. Daarnaast moeten verzekeraars ook voldoen aan de eisen uit hoofde van solvabiliteit II. Een gezond vermogen is daarvoor van belang. Ook kan en wil ik de winsten van de farmaceutische industrie en de fabrikanten van medische apparatuur niet afromen. Het zijn private ondernemingen. Wat ik wel kan doen, en al doe, is onderhandelen over de prijzen van die geneesmiddelen die een monopolie positie hebben en waar zorgpartijen geen onderhandelingsmacht hebben. Daarnaast onderhandelen zorgverzekeraars en zorginstellingen met fabrikanten over de prijzen van geneesmiddelen en medische apparatuur die zij inkopen.

In de bestuurlijke akkoorden zijn afspraken gemaakt die het maximaliseren van omzet door de sector tegen gaan. Wanneer plafonds worden overschreden, is het mogelijk om het macrobeheersingsinstrument (mbi) als ultimum remedium in te zetten. Wat betreft de beloningen van bestuurders is het kabinet van mening dat gematigde inkomens en gematigde ontslagvergoedingen in de publieke en semipublieke sector wenselijk zijn. Juist om die reden zijn hier normen voor vastgelegd in de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT). Het doel van de wet is het tegengaan van bovenmatige beloningen en ontslagvergoedingen bij instellingen in de (semi)publieke sector. Ik ben er niet tegen dat medisch specialisten die hard werken en veel mensen helpen ook goed verdienen. Dat mag er echter niet toe leiden dat zij meer zorg

leveren dan gepast, of dat zij zorg leveren die kwalitatief niet voldoet. Daarvoor zijn in het stelsel meerdere waarborgen ingericht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Klaveren (GrBvK) over het stoppen-met-rokenprogramma en de “helpen met afvallen-cursus” in het basispakket. Mensen moeten volgens het Kamerlid Van Klaveren zelf kunnen kiezen waar ze voor willen betalen, net als in Singapore.

De wijzigingen van het basispakket van de Zorgverzekeringswet worden jaarlijks besproken in de Tweede Kamer. Ook het stoppen-met-rokenprogramma en dieetadvisering zijn daarbij aan de orde geweest. Deze vormen zijn naar aanleiding van het Begrotingsakkoord 2013 (weer) onder de dekking van het basispakket gebracht om meer nadruk te leggen op preventieve interventies.

Kenmerkend voor de dekking van de Zorgverzekeringswet is dat het basispakket voor iedereen gelijk is, zodat iedere verzekerde recht heeft op dezelfde zorg. Daarmee worden de gelijke toegang en de solidariteit in de zorg gewaarborgd. Het staat een verzekerde uiteraard vrij om zich via een aanvullende verzekering te verzekeren voor zorg of diensten die niet in het basispakket zitten.

Het Kamerlid Van Klaveren verwijst naar het zorgstelsel van Singapore dat gedeeltelijk geïndividualiseerd is via een individueel spaarsysteem. Het nadeel van dat systeem is dat invoering ervan betekent dat mensen die voor zichzelf gaan sparen daarnaast ook moeten betalen voor ouderen die niet voor zichzelf hebben kunnen sparen. Er ontstaat kortom een generatie die een dubbele last moet betalen. Daarmee komt de solidariteit in de zorg onder druk. Ik ben daarom niet van plan om het Nederlandse basispakket vorm te geven naar het model in Singapore.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Klaveren (GrBvK) over health checks.

In mijn brief van 6 oktober j.l. waarin ik reageer op het advies van de Gezondheidsraad “Doorlichten doorgelicht”, heb ik een voorstel gedaan voor healthchecks met als uitgangspunt dat eigen keuze en meer ruimte moeten krijgen. Ik streef daarbij naar een aanpak die tegemoet komt aan de nieuwe mogelijkheden en wensen van mensen, maar tegelijkertijd ook voldoende bescherming biedt en de kosten beperkt. Ik heb aangegeven dat ik, voordat ik dit voorstel verder ga uitwerken, met betrokken zorgpartijen in gesprek wil gaan. De tijd die het kost om het voorstel verder uit te werken en af te ronden is mede afhankelijk van de resultaten van dat overleg.