

BIJVOEGSEL

Schriftelijke antwoorden van de minister van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg 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 2019 (35000-XVI)**.

Beantwoording vragen begrotingsbehandeling VWS begroting 2019

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de ambities van het actieprogramma 'Werken in de Zorg' c.q. of het terugbrengen van tekorten naar nul gaat lukken of dat het slechts een rekenvoorbeeld is.

Het is onze ambitie om de tekorten in 2022 terug te dringen naar nul of daar dichtbij. Dat doen wij niet alleen, maar met het veld. Het zwaartepunt van de aanpak ligt in de regio. Langs de drie actielijnen (meer kiezen voor de zorg, beter opleiden voor de zorg en anders werken in de zorg) werken we via de 28 regionale actieplannen aan deze ambitie. Het gaat daarbij niet alleen om meer mensen voor de zorg. Het gaat nadrukkelijk ook om beter opleiden en slimmer werken, waardoor de vraag naar extra medewerkers beperkt blijft. In onze brief van 4 oktober jongstleden (TK 29282-315) hebben we uitgebreid uiteengezet hoe we deze ambitie willen gaan realiseren en hoe we de voortgang daarop monitoren.

In het actieprogramma is een tabel opgenomen met de berekening van de potentiële effecten van regionale acties (zoals het verminderen van de administratieve lasten met 1 uur per week) op het verwachte tekort in 2022, vertaald naar het landelijke niveau. Zoals beschreven bij de tabel geeft het een mate van concreetheid waarvan niet is te verwachten dat deze effecten zich op de geformuleerde wijze 1-op-1 zullen voordoen. Rekenvoorbeelden dus, effecten van mogelijke acties die door de regio's kunnen worden genomen. Het geeft ambities en aangrijpingspunten voor wat we willen bereiken: een tekort van nul of daar dichtbij. In de regio bepalen partijen echter zelf, rekening houdend met de eigen regionale situatie, hoe zij het tekort in hun regio het beste kunnen aanpakken en welke ambities en acties daarbij het beste passen.

Het Centraal Planbureau (CPB) geeft aan dat de berekening van de effecten van de potentiële maatregelen op het tekort, zoals opgenomen in deze tabel van het actieprogramma, kloppen. Het CPB wijst er ook op dat het actieprogramma geen uitspraken doet over de vraag welke maatregelen zorgaanbieders gaan nemen. Het CPB geeft in zijn analyse van het actieprogramma 'Werken in de zorg' bovendien aan dat het we voldoende budget beschikbaar stellen om extra personeel aan te trekken om de te verwachte werkgelegenheidsgroei in de periode 2018 – 2021 te kunnen accommoderen. En dat de zorgplicht van verzekeraars en zorgkantoren binnen respectievelijk de Zvw en de Wlz de verzekeraars en de zorgkantoren zullen aansporen het beschikbare geld ook daarvoor te gebruiken. Daarnaast geeft het CPB aan dat de overheidsmaatregelen uit het actieprogramma 'Werken in de zorg' kunnen bijdragen aan een beter functionerende arbeidsmarkt. Bijscholing van huidige medewerkers kan bijvoorbeeld leiden tot een betere match van hun vaardigheden met de behoefte van zorgaanbieders. Het CPB geeft daarbij als aandachtspunt mee dat de uitkomsten van het programma afhangen van de vraag of de opbrengsten van het Actieprogramma 'Werken in de zorg' additioneel zijn.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) of de minister bereid is om het plan van de PVV, om managers weer uitvoerend werk te laten uitvoeren en zo de tekorten terug te dringen, over te nemen.

Als managers vrijwillig weer uitvoerend werk willen uitvoeren (en de werkgever gaat akkoord dat dit gebeurt met behoud van salaris) dan staat hen niets in de weg om hier mee aan de slag te gaan en werk te maken van het overheadplan van het Kamerlid Agema. Wij willen dit alleen niet verplichten, omdat wij de bedrijfsvoering van een instelling de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur achten. Wij kunnen dit ook niet verplichten aangezien we niet kunnen ingrijpen in de afspraken die werkgevers en werknemers op individueel niveau maken over arbeidsvoorwaarden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) of de meevallers in de zorg niet terug de zorg in kunnen en of zorggeld op deze manier wordt gebruikt voor tegenvallers in andere sectoren, bijvoorbeeld voor immigratie of het gasbesluit.

In de afgelopen jaren is er sprake geweest van onderschrijdingen in de zorg. Die onderschrijdingen zijn voor een groot deel het gevolg van een lagere loon- en prijsontwikkeling dan verwacht en het feit dat zorgverzekeraars minder geld nodig hebben gehad om aan de zorgplicht te voldoen. Burgers hebben immers recht op de zorg uit het verzekerd pakket en verzekeraars hebben de plicht om die te leveren.

In de begrotingsregels staat dat het kabinet besluit over de aanwending van meevallers op begrotingen. Een deel van die meevallers (€ 150 miljoen in plaats van de door mevrouw Agema genoemde € 50 miljoen) is wel degelijk beschikbaar gebleven voor het oplossen van knelpunten in de huisartsenzorg, de ggz en de wijkverpleging. Het overige deel is ingezet voor andere knelpunten binnen de collectieve sector. In het verleden zijn op dezelfde manier meevallers in de sociale zekerheid ingezet om hogere zorguitgaven te accommoderen.

Overigens is het niet zo dat de uitgaven aan andere collectieve sectoren die mogelijk zijn geworden door de lagere zorguitgaven zijn betaald uit zorgpremies. Tegenover de lagere zorguitgaven staan ook lagere premies. Deels omdat zorgverzekeraars hier bij hun premiestelling al rekening mee houden, deels omdat verzekeraars hun reserves inzetten voor beperking van de premiestijging in latere jaren. De burger betaalt dus niet teveel premie voor de zorg en er is dus ook geen sprake van dat zorgpremies worden ingezet voor het gasdossier of migratie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het stopzetten van bezuinigingen gebaseerd op ramingen van het ministerie van VWS.

De ramingen van VWS zijn gebaseerd op de macro-economische ramingen van het CPB en de meest actuele uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut en de NZa op basis van declaraties en verwachtingen van de zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Gebleken is dat deze ramingen aan forse bijstellingen onderhevig zijn. Het verschil tussen de oorspronkelijk geraamde € 18 miljard en de door het Kamerlid Agema genoemde € 4,5 miljard werd voornamelijk veroorzaakt door in het regeerakkoord-Rutte II afgesproken bezuinigingen (hoofdlijnenakkoorden voor de curatieve zorg en hervorming Langdurige zorg) en lagere lonen en prijzen. In een technische briefing in maart van dit jaar is dit uitgebreid aan bod geweest. Overigens bedraagt die groei naar huidige inzichten zelfs minder dan € 4 miljard.

in het jaarverslag over 2017 is nadien gemeld dat de uitgaven in dat jaar nog circa € 800 miljoen lager zijn uitgekomen.

Ook voor de huidige kabinetsperiode wordt een forse groei van de zorguitgaven voorspeld, van bijna € 17 miljard tussen 2017 en 2021. Die verwachting is zoals gebruikelijk gebaseerd op ramingen van het onafhankelijke Centraal Planbureau. Het is niet zo dat die raming vervolgens leidt tot bezuinigingen: er wordt juist fors geïnvesteerd in de zorg. Ik vind dat ook belangrijk, bijvoorbeeld om de kwaliteit van de ouderenzorg te verbeteren. Tegelijkertijd kan de zorg niet ongebreideld groeien. Met de afgesproken uitgavengroei heeft het kabinet een afweging gemaakt tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg op de korte termijn.

Voor een fors deel, namelijk € 10 miljard, is de geraamde uitgavengroei het gevolg van de verbeterde economische omstandigheden, waardoor de lonen en de prijzen in de zorg (in de raming van het CPB) ook weer stijgen. Hierbij past de nuancering dat dit onderdeel van de geraamde stijging van de zorguitgaven, zoals we de vorige kabinetsperiode ook hebben gezien, aan bijstellingen onderhevig kunnen zijn. Wanneer de inzichten hierover wijzigen, zal ik dit in de budgettaire nota 's uiteraard melden, zoals ik ook in mijn antwoorden op de schriftelijke vragen heb beschreven. Ik herken mij dus niet in het beeld dat het kabinet de groei van de zorguitgaven bewust te hoog voorstelt om daarmee bezuinigingen te rechtvaardigen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) naar de bereidheid om de 'trap-op-trap-af-systematiek' voor de gemeenten af te schaffen en te begroten op basis van kwaliteit, groei, demografie et cetera.

De fondsbeheerders (de ministers van BZK en Financiën) zijn primair verantwoordelijk voor het Gemeentefonds. Het kabinet is niet bereid het trap-op-trap-af principe af te schaffen. De toepassing van de 'trap-op-trap-af-systematiek' is zowel met regeerakkoord als het Interbestuurlijk programma (tussen het Rijk, de VNG en het IPO) herbevestigd. Door de toepassing van de 'trap-op-trap-af-systematiek' wordt automatisch ook rekening wordt gehouden met groei, demografie en de loon- en prijsontwikkeling in de zorg. Daarmee zijn tevens de randvoorwaarden geschapen voor de in de vraag benoemde kwaliteit.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) of de minister van VWS u bereid is om één kostendekkend tarief in te voeren de verpleeghuiszorg.

Mijn voorganger heeft - bij de voortgangsrapportage Wlz van 15 mei 2017 (TK 2016-2017, 34 104, nr. 177) - een adviesrapport van de NZa over de doorontwikkeling van de bekostiging in de Wlz aan uw Kamer gestuurd. In dit rapport geeft de NZa (na consultatie van veldpartijen) aan dat de zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor de intramurale zorg een duidelijke meerwaarde hebben: ze worden als eenduidig, eenvoudig en flexibel ervaren. De NZa concludeert dat voor de intramurale zorg grootschalige veranderingen in de ZZP-systematiek (met meerdere tarieven) op dit moment niet wenselijk zijn. Dit wordt bevestigd door het kostenonderzoek dat de NZa dit jaar heeft afgerond naar prestaties en tarieven in de Wlz. Dit in het licht van haar taak om redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast te stellen.

Ik vind het goed dat er voor de verschillende ZZP's verschillende tarieven zijn. Daarmee sluit de bekostiging beter aan bij de zorgzwaarte van de cliënten en kan iedere cliënt de zorg ontvangen die hij of zij nodig heeft.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) of de minister bereid is om salarisverhoging te geven in de VVT-sector.

Het ministerie van VWS stelt ieder jaar - via de loonbijstelling - voldoende arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar voor de zorg om qua arbeidsvoorwaardenontwikkeling te kunnen concurreren met de markt. Het is aan sociale partners om gegeven deze financiële ruimte goede cao-afspraken te maken.

Ik zie dat dit ook ruimte biedt voor het afsluiten van goede cao's. Zo zijn de cao-lonen binnen de VVT per 1 oktober jl. met 4% omhoog gegaan. Daarmee zijn de cao-lonen in de VVT sinds de financiële crisis (gekeken is naar de afgelopen 11 jaar, vanaf 2008) met circa 25% gestegen bij een inflatie van circa 18,5% in die periode. Dit betekent dat in tegenstelling tot wat in het debat naar voren kwam ook de reële cao-lonen binnen de VVT op dit moment hoger liggen dan vóór de crisis.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over hoeveel geld het actieprogramma Rechtmatige Zorg heeft opgeleverd.

Wij hebben u het Programma Rechtmatige Zorg 2018-2021 in april van dit jaar gestuurd. De opbrengsten van het programma zijn niet bekend. De precieze omvang van fraude in de zorg is lastig te kwantificeren omdat fraude per definitie heimelijk plaatsvindt en we niet weten wat we niet weten. De cijfers over onrechtmatigheden die wel bekend zijn betreffen de ontdekte fouten en bewezen fraude. Vooral de cijfers die zorgverzekeraars jaarlijks publiceren geven een kwantitatief inzicht. In 2017 hebben zorgverzekeraars 27 miljoen euro aan fraude vastgesteld. Zoals gezegd geeft dit geen volledig beeld van het totaal aan zorgfraude.

In het Programma Rechtmatige zorg zijn indicatoren opgenomen om de voortgang en het effect van het programma waar mogelijk met feiten en cijfers te onderbouwen. Voorbeelden van indicatoren zijn het aantal signalen en meldingen over onrechtmatigheid bij partners als de Nederlandse Zorgautoriteit, het Informatie Knooppunt Zorgfraude, en Zorgverzekeraars Nederland; het aantal afgeronde fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars en zorgkantoren, en het aantal strafrechtelijke onderzoeken door de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Openbaar Ministerie.

De eerstvolgende voortgangsrapportage wordt eind van dit jaar aan de Kamer toegestuurd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) of de minister bereid is om opbrengsten van het actieplan Rechtmatige zorg in te zetten voor het verhogen van salarissen van zorgmedewerkers.

We zijn het met u eens dat geld voor de zorg besteed moet worden aan zorg. In

het Programma Rechtmatige Zorg 2018-2021 bent u geïnformeerd over de aanpak van dit kabinet van fouten en fraude. Het is niet goed mogelijk de totaalopbrengst van het programma Rechtmatige Zorg te kwantificeren, laat staan aan een specifieke uitgave te koppelen. Wel is het zo dat geld dat onterecht gedeclareerd is, wordt teruggevorderd, bijvoorbeeld door de zorgverzekeraars. Geld voor de zorg blijft daarmee beschikbaar voor zorg, en daarmee ook voor de betaling van medewerkers in de zorg.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het stoppen van praktijken waardoor zorggeld wegleekt door het gebruik van holdingconstructies door zorgaanbieders.

Zoals de minister voor Medische Zorg en Sport, de staatssecretaris van VWS en ik aan uw Kamer hebben toegelicht in onze brief van 13 juli 2018 (Kamerstukken, 2017-2018, 34 775, nr. 150), wordt momenteel nader onderzoek verricht naar onder meer de huidige praktijk inzake winstuitkering door zorgaanbieders, de uitbesteding van activiteiten en de effecten daarvan op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Wij streven ernaar uw Kamer begin 2019 over de uitkomsten en onze conclusies te informeren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het idee dat het personeel een stukje ziekenhuis kan kopen.

In algemene zin vind ik het belangrijk als de betrokkenheid van medewerkers bij hun ziekenhuis wordt vergroot. Als een ziekenhuis ervoor kiest dit op deze manier vorm te geven vind ik dat niet bezwaarlijk. Het versterkt de gelijkgerichtheid binnen de organisatie. Het is daarbij wel belangrijk dat de gekozen constructie voldoet aan de geldende regels rondom winstuitkering in de zorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) hoe het feit dat er dagelijks nieuwe mogelijkheden voor zorg (technische ontwikkelingen) en nieuwe (dure) medicijnen komen. Tegelijk mogen de kosten niet stijgen. Hoe verhoudt zich dit tot elkaar?

Het is niet zo dat de kosten van zorg niet mogen stijgen. Komend jaar is er 71 miljard euro beschikbaar voor de zorg. Dat is 5 miljard euro meer dan dit jaar. De netto zorguitgaven groeien daarmee met 7 procent. Als de hogere lonen en prijzen niet meegerekend zouden worden, gaat het om een groei van 3,5 procent.

Samen met de minister van VWS en de staatssecretaris van VWS blijf ik investeren in zorg, maar ook zetten wij in op een beheerste, lagere groei van de zorguitgaven, bijvoorbeeld met de afgesloten hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de vraag of de minister bereid is om 300 dure medicijnen zoals Orkambi Nivolumab en Spinraza wel op te nemen in het basispakket.

Hiertoe ben ik niet bereid.

Ik vind het belangrijk dat geneesmiddelen snel beschikbaar zijn voor patiënten. Maar dat kan niet tegen elke prijs, we moeten de zorg immers betaalbaar houden.

De middelen die genoemd worden zijn middelen waarvoor ik onderhandeld heb. Er wordt voor gemiddeld minder dan 10 geneesmiddelen per jaar een onderhandeling door het ministerie van VWS gevoerd, dat is de afgelopen jaren ook het geval geweest voor Nivolumab, Orkambi en Spinraza. Het getal van 300 herken ik dan ook niet.

Zo goed als alle nieuwe geneesmiddelen komen in Nederland via het basispakket beschikbaar. Bij extramurale geneesmiddelen gebeurt dat over het algemeen binnen enkele maanden na markttoelating. Bij intramurale geneesmiddelen is het zo dat deze veelal zelfs direct instromen in het basispakket als deze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Alleen bij enkele dure intramurale geneesmiddelen is de zogenaamde sluis voor dure geneesmiddelen van toepassing. Dit volgt ook uit de toelichting op de Algemene Maatregel van Bestuur, waarmee per 1 juli 2018 de sluis verankerd is. Met de sluis wordt het dure geneesmiddel (tijdelijk) buiten het basispakket gehouden. Tijdens deze zogenaamde sluisprocedure adviseert het Zorginstituut over de pakketwaardigheid van het geneesmiddel. Hierbij wordt gekeken naar de effectiviteit, noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid van het geneesmiddel. Indien het Zorginstituut negatief adviseert over de uitvoerbaarheid (betaalbaarheid) en/of kosteneffectiviteit kan doormiddel van onderhandelingen en eventueel afspraken over gepast gebruik het financiële risico weggenomen worden. Als dit financiële risico voldoende is weggenomen, stroomt het geneesmiddel alsnog in. Deze procedure is noodzakelijk om deze dure geneesmiddelen toegankelijk te kunnen maken voor patiënten en ook in de toekomst duurzaam beschikbaar te houden voor iedereen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de huisarts met de opmerking dat het aantal huisartsen gedaald is en het aantal ingeschreven patiënten omhoog gaat.

Landelijk gezien hebben wij in Nederland voldoende huisartsen opgeleid en zien we de afgelopen jaren een stijgende lijn in het totaal aantal werkzame huisartsen. Mijn ambtsvoorganger heeft de afgelopen jaren meer opleidingsplaatsen voor huisartsen beschikbaar gesteld dan het Capaciteitsorgaan adviseerde. Daar waar het lastiger is om een huisarts te vinden, is het primair aan partijen in de regio om gezamenlijk naar een oplossing te zoeken. Ik wijs hier ook op de belangrijke rol die de zorgverzekeraars hebben vanwege hun zorgplicht. Dit is een complex vraagstuk waarvoor niet een gemakkelijke oplossing voor handen is. Ik onderzoek op dit moment samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging de factoren die bepalend zijn voor de balans tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg en de oplossingsrichtingen die er aan bijdragen dat de huisartsenzorg voor iedereen toegankelijk blijft. Ik zal de Kamer nog voor het einde van het jaar over de uitkomsten van dat onderzoek informeren. Daarnaast vind ik het belangrijk dat de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd en dat huisartsen voldoende tijd hebben voor de zorg voor patiënten. Daarom zijn hierover ook afspraken gemaakt in het hoofdlijnakkoord huisartsenzorg en de andere akkoorden. Om deze verplaatsing van zorg mogelijk te maken is er de komende jaren meer financiële groei beschikbaar gesteld voor de huisartsenzorg. De huisartsenzorg mag ook procentueel harder groeien dan de medisch specialistische zorg.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het investeren van € 2 miljard euro in de

verpleeghuiszorg. Vinden die investeringen ook plaats in de nachtzorg en tot hoeveel nachtverplegers leidt dat dan?

De investeringen maken ook inzet van extra nachtverplegers mogelijk. De NZa heeft in haar impactanalyse de personeelsnormen uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg doorgerekend. Daarbij heeft de NZa zowel rekening gehouden met de bezetting overdag als de bezetting in de nacht. Zo schrijft het kwaliteitskader voor dat er altijd iemand aanwezig moet zijn die met zijn kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoefte van de cliënten en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. Ook moeten er 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar zijn voor (on)geplande zorg, ook in de nacht. Daarmee maakt goede nachtzorg expliciet en integraal deel uit van goede zorg, waar aanbieders zich aan dienen te houden, zorgkantoren op inkopen en de IGJ toezicht op houdt.

Op grond van de impactanalyse van de NZa en de doorrekening van het CPB heeft het kabinet een bedrag oplopend tot structureel € 2,1 miljard beschikbaar gesteld. Daarmee kunnen op termijn in totaal 43.000 extra fte aan zorgmedewerkers worden ingezet. Dat maakt het voor verpleeghuizen mogelijk om de personeelsbezetting niet alleen overdag te verhogen, maar ook om –indien nodige investeren in de nachtzorg. Dit zal per zorgaanbieder verschillen en onder meer afhangen van de huidige nachtbezetting, de cliëntenmix, de mogelijkheden van domotica en de fysieke omgeving van het verpleeghuis.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over leegstaande verzorgingstehuizen.

Verhuur van leeggekomen intramurale plaatsen vindt reeds plaats. Uit onderzoek van Actiz ('Resultaten kwalitatieve analyse Leegstand Verzorgingshuizen') blijkt zo dat in de periode 2013-2015 ongeveer de helft van de zorgaanbieders is overgegaan tot het verhuren van leeggekomen intramurale plaatsen. Zij bieden dus een arrangement op basis van het scheiden van wonen en zorg aan, binnen de muren van het (voormalig) verpleeg-/verzorgingshuis. Beslissingen over de aanwending van het vastgoed liggen bij de zorgorganisaties zelf. Met het Programma Langer Thuis stimuleer ik wel nieuwe woonvormen tussen thuis en het verpleeghuis.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over urenaftrek op zorg bij minderjarige inwonende en of u bereid bent dit terug te draaien.

Er is geen sprake van urenaftrek op zorg die iemand thuis kan ontvangen. De vraag lijkt te zien op gebruikelijke hulp door een minderjarige. Wat onder gebruikelijke hulp valt, wordt bepaald op wat naar algemeen aanvaarde opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de omgeving. In onze samenleving wordt het gebruikelijk geacht dat een echtgenoot, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten waar nodig en mogelijk hun rol nemen in het huishouden.

Het is aan gemeenten om beleid te ontwikkelen op het gebied van gebruikelijke hulp. Uitgangspunt van de Wmo 2015 is maatwerk en zeker bij gebruikelijke hulp van een inwonend kind is altijd een zorgvuldige afweging vereist. Hierbij dient rekening te worden gehouden met wat op een bepaalde leeftijd als bijdrage van een kind mag worden verwacht, de ontwikkelingsfase van het specifieke kind en

het feitelijke vermogen en de veerkracht van het kind. Gemeenten grijpen voor deze invulling vaak terug op de Richtlijn indicatiestelling gebruikelijke hulp van het CIZ. Voor kinderen tussen 5 en 12 moet daarbij worden gedacht aan lichte huishoudelijke werkzaamheden als opruimen, tafel dekken/afruimen, afwassen/afdrogen, boodschap doen, kleding in de wasmand gooien. Kinderen vanaf 13 jaar kunnen, naast bovengenoemde taken, hun eigen kamer op orde houden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de hoeveelheid eerstelijnsbedden en of dit aantal voldoende is.

Uit de realisatiecijfers van Vektis blijkt dat in 2017 in totaal ruim 33.000 personen gebruik hebben gemaakt van het eerstelijnsverblijf (ELV). Dat zijn 6.000 personen meer dan in 2016 en 12.000 meer dan in 2015. In 2017 kan op basis van de gemiddelde ligduur van 39 dagen worden berekend dat het aantal beschikbare bedden ongeveer 3500 bedraagt.

Uit de marktscan van 2017 blijkt dat er geen signalen zijn dat er onvoldoende ELV-capaciteit is ingekocht door zorgverzekeraars. Voor 2018 heb ik de NZa dit afgelopen zomer na laten vragen bij zowel ZN als Actiz. Er waren geen signalen vanuit deze twee partijen dat er problemen waren met de capaciteit. In het kader van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is extra geld beschikbaar gesteld voor ELV (20 miljoen extra in 2018 oplopend tot 80 miljoen extra in 2022). Ik heb de NZa gevraagd om de komende tijd in de gaten te houden of er voldoende capaciteit beschikbaar is.

Bekend is dat er problemen kunnen ontstaan bij piekdruktes zoals in de griepperiode of vakantieperiode. Ik heb dit voorjaar overleg gevoerd met LNAZ, ZN en Actiz over deze te voorziene fluctuaties. De afspraak is dat alle ROAZ-regio's een plan van aanpak ontwikkelen om juist dit soort pieken in zorgvraag goed te kunnen opvangen. Ik heb daarbij bijzondere aandacht gevraagd voor doorstroom naar de VVT-sector. De LNAZ heeft laten weten dat de plannen in alle ROAZ-regio's op 31 oktober rond zijn.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over hoe groot het personeelstekort in de wijkverpleging nu is, en wanneer deze teruggebracht is naar nul.

Zoals aangegeven in de beantwoording op de vragen van Kamerlid Agema naar aanleiding van het bericht "langer in de kliniek door tekort aan thuiszorg", is het tekort aan wijkverpleegkundigen niet exact aan te geven. Wel kunnen we een indicatie geven op basis van de geraamde tekorten op basis van het onderzoeksprogramma 'Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn' en openstaande vacatures van het UWV.

Voor de zorg als geheel zou er in 2022 een tekort van tussen de 32.000 en 38.000 hbo verpleegkundigen ontstaan, tussen de 27.000 en 38.000 mbo verpleegkundigen en tussen de 19.500 en 28.500 mbo verzorgenden. Hoe de tekorten in de wijk precies zullen uitwerken, is alleen bij benadering aan te geven. Indien de ontwikkeling in de wijk vergelijkbaar is met de rest van de zorg, is het tekort in 2018 circa 1.000 hbo wijkverpleegkundigen, 1.000 mbo wijkverpleegkundigen en 550 verzorgenden. De meest recente cijfers van het

UWV laten zien dat er naar schatting 1.700 vacatures zijn voor gespecialiseerd verpleegkundigen, waaronder wijkverpleegkundigen.

Conform de motie van Kamerlid Bergkamp c.s. van 11 oktober jongstleden (29 282 nr. 323), zal ik kijken hoe ik jaarlijks de personeelstekorten (ook per subsector) inzichtelijk kan maken, voor zowel de korte als de lange termijn.

Voor zorg en welzijn als geheel is de doelstelling om de tekorten in 2022 terug te brengen naar nul of daar dichtbij. Dat geldt ook voor de wijkverpleging.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over gebrek aan coördinatie in relatie tot eerstelijnsverblijf en wat de minister hieraan gaat doen.

Er is een landelijk dekkend netwerk van regionale coördinatiefuncties, die inzicht bieden in de beschikbare capaciteit van eerstelijnsverblijf (ELV) en ander tijdelijk verblijf. Bekostiging kan nu via de tarieven ELV. In het kader ELV/Geriatrische Revalidatie Zorg zijn voldoende middelen beschikbaar. In het kader van het hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging hebben we zelfs meer middelen beschikbaar gesteld (€ 20 miljoen extra in 2019 oplopend naar € 80 miljoen extra in 2022). Desondanks heb ik ook vernomen dat aanbieders problemen ervaren in de financiering van de regionale coördinatiefunctie ELV/tijdelijk verblijf. Ik ben daarover met partijen in gesprek en zoek naar passende oplossingen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over of er voldoende medewerkers zijn om uitvoering te geven aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en de beoogde effecten van de wetwijziging Financiële toetsing kwaliteitsstandaarden.

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zijn normen voor een goede personeelssamenstelling opgenomen. Omdat verpleeghuizen aan deze normen kunnen voldoen, wordt door het kabinet € 2,1 miljard structureel geïnvesteerd. Deze investering komt vanaf 2018 in tranches beschikbaar. De noodzakelijke personele uitbreiding wordt dan ook gefaseerd gerealiseerd. Uit voorlopige cijfers van het Pensioenfonds blijkt dat het aantal werknemers in de eerste helft van 2018 in de verpleeghuizen met 2% is gestegen.

Als gevolg van de inschrijving van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in het Openbare Register van het Zorginstituut, moeten verpleeghuizen voldoen aan deze kwaliteitsstandaard om goede zorg te verlenen. De inschrijving in het Register heeft onafhankelijk van de economische conjunctuur plaatsgevonden en leidde "automatisch" tot substantiële financiële gevolgen.

Met het wetsvoorstel Financiële toetsing kwaliteitsstandaarden wil het kabinet het primaat voor besluitvorming over substantiële financiële gevolgen weer terugleggen bij de politiek, waar die ook hoort. Indien er majeure financiële consequenties zijn verbonden aan een inschrijving van een kwaliteitsstandaard in het Register krijgt het kabinet (en de Tweede Kamer) het recht om een financiële afweging te maken of een kwaliteitsstandaard mag worden opgenomen in het Register en daarmee kan leiden tot meerkosten. Het wetsvoorstel ziet niet op kwaliteitsstandaarden die al in het Register zijn opgenomen, zoals het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Rutte Arno (VVD) over 'slimme zorg thuis'.

Slimmer organiseren van zorg met behulp van nieuwe technologie en niet werkende en verouderde zorg uit het systeem halen, kan de uitkomsten van zorg verbeteren en de kwaliteit van leven bevorderen. Het is van belang om de zorgkosten in de hand te houden en de personele opgave het hoofd te bieden. Ik ondersteun het pleidooi om tempo te maken met de invoering daarvan, zodat mensen met een chronische aandoening vanuit de thuissituatie kunnen worden gemonitord en onnodig ziekenhuisbezoek zo veel mogelijk wordt beperkt. In de hoofdlijnenakkoorden (HLA's), met een looptijd tot en met 2022, hebben wij met partijen afspraken gemaakt over de invoering van veilige en doelmatige e-healthtoepassingen, die stroken met de gepresenteerde ambitie. Ook is in dit kader in het HLA MSZ afgesproken dat de structurele medische zorgevaluatie naar een hoger plan wordt getild. Het Zorginstituut werkt met de HLA-partijen aan een aanpak om medische zorg structureel goed te evalueren, de inzichten daaruit zo snel mogelijk in de praktijk te laten landen en van verouderde werkwijzen en zorgvormen afscheid te nemen. In de kamerbrief Subsidieregeling Veelbelovende Zorg sneller bij de Patiënt van 21 mei jl. heb ik aangekondigd dat ik aanvullende middelen beschikbaar stel voor deze ambities. Ik zal structureel 15 miljoen toevoegen om de ambities die bij de regierol zorgevaluatie horen op te plussen. Dit komt bovenop de reeds voor deze ambities beschikbare jaarlijkse 10 miljoen bij ZonMw voor het Programma Doelmatigheidsonderzoek. Ook in het actieprogramma Werken in de zorg is slimme zorg een belangrijk speerpunt vanuit de actielijn anders werken. Via het actie-leer-netwerk willen we een gezaghebbende deskundige ambassadeur op dit thema inzetten om zo goede voorbeelden in kaart te brengen en beter te verspreiden

Voorts is in het HLA afgesproken om veilige en doelmatige digitale ondersteuning die bijdraagt aan waarde voor de patiënt in de kwaliteitsstandaarden op te nemen. Daarnaast spannen HLA-partijen zich in, ook door financiële stimulering, om het gebruik van digitaal ondersteunde zorg te bevorderen, en nemen zij eventuele belemmeringen in de bekostiging weg. De transformatiegelden uit het HLA kunnen voor deze transformatie worden ingezet.

Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om deze nieuwe zorgvormen daadwerkelijk te contracteren. Ook daarover is een afspraak vastgelegd: partijen nemen in de contractering standaard e-health toepassingen en innovatieve mogelijkheden mee als deze doelmatig zijn en meerwaarde voor patiënten bieden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Rutte Arno (VVD) over obstakels bij de transitie van zorg in ziekenhuizen naar zorg thuis, bijvoorbeeld ten aanzien van vastgoed.

Uitgangspunt van de juiste zorg op de juiste plek is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg dicht bij mensen thuis en het vervangen van zorg, bijvoorbeeld door e-health. Het moet mensen vooral helpen in hun dagelijks functioneren. Het rapport van de Taskforce 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' licht toe hoe partijen daar invulling aan kunnen geven, bijvoorbeeld door het functioneren van zorggebruikers werkelijk als uitgangspunt te nemen

voor de zorgorganisatie en in de regio gezamenlijk een gedeeld beeld te maken van de benodigde en geboden zorg in een regio, nu en op de langere termijn.

Deze transitie gaat niet vanzelf en dus zijn hierover in de hoofdlijnenakkoorden afspraken gemaakt. Juist om te zorgen dat obstakels zoveel mogelijk worden opgeruimd. Daarbij gaat het over het meer gebruik maken en contracteren van innovatieve zorgvormen (bijvoorbeeld eHealth). Ook is het belangrijk dat patiëntgegevens kunnen worden uitgewisseld tussen zorgverlener en patiënt, en tussen zorgverleners onderling. Hiervoor is het noodzakelijk dat standaarden worden afgesproken en toegepast en wordt via de verschillende VIPP-programma's geïnvesteerd in de ICT infrastructuur. Het gaat ook om het voortdurend bezien wat 'juiste zorg' is (gepast gebruik) en vervolgens die inzichten ook in de praktijk toe te passen (stimulering zorgevaluatie en – implementatie en stimuleren dat veelbelovende nieuwe zorgvormen sneller bij de patiënt komen). Daarbij hoort ook het vergroten van inzicht in de kwaliteit van zorg die er voor de patiënt echt toe doet (stimulering uitkomsttransparantie) en het ondersteunen van partijen om in de spreekkamer het goede gesprek te kunnen voeren (samen beslissen). Daarnaast wordt ook geïnvesteerd in het aanpakken van knelpunten op de arbeidsmarkt (de juiste zorgverlener op de juiste plaats) en in het terugdringen van de regeldruk in de zorg om zorgverleners zoveel mogelijk ruimte te geven om ook echt zorg te kunnen verlenen. Over al deze aspecten zijn afspraken gemaakt in de Hoofdlijnenakkoorden.

Bij het kunnen realiseren van de beweging zijn ook de financiële afspraken van belang. De budgettaire kaders die afgesproken zijn in de hoofdlijnenakkoorden en verwerkt zijn in de VWS-begroting stimuleren deze transitie ook: minder groei naar medisch specialistische zorg en meer groeiruimte voor huisartsenzorg en wijkverpleging. Als onderdeel van de financiële afspraken zijn voor de medisch-specialistische zorg incidentele middelen gereserveerd om investeringen te ondersteunen die de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek kunnen faciliteren. Zorgverzekeraars en aanbieders maken afspraken over de inzet van deze middelen. Deze middelen kunnen op verschillende manieren worden ingezet, bijvoorbeeld voor het oplossen van individuele knelpunten bij vastgoed.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) welke stappen de minister nog meer zetten om innovaties in te bedden in de langdurige zorg.

In mijn beleid faciliteer en stimuleer ik innovatie en toepassing en bredere uitrol van e-health op verschillende manieren.

Zo komt er de Stimuleringsregeling E-health Thuis als onderdeel van het programma Langer Thuis. Hiervoor is de komende drie jaar jaarlijks circa € 30 miljoen beschikbaar om thuiszorgtechnologie op te schalen zodat meer cliënten, mantelzorgers en professionals hier gebruik van kunnen maken. Daarnaast zijn in de hoofdlijnenakkoorden (waaronder wijkverpleging), die recent voor de curatieve sector zijn gesloten, afspraken gemaakt over het stimuleren van het gebruik van e-health. Ook zijn er specifiek voor de verpleeghuiszorg in het programma Thuis in het Verpleeghuis acties om innovatie en technologie in te bedden (vanuit de zogenoemde transitie-middelen en 15% van het kwaliteitsbudget). Als laatste is in het programma 'Volwaardig leven – Voor de gehandicaptenzorg en complexe zorg' aandacht besteed aan innovatie door € 5 miljoen beschikbaar te stellen voor een Innovatie Impuls Gehandicaptenzorg, waarmee 15 à 20 zorgaanbieders worden ondersteund bij de digitale transitie. Van instellingen die meedoen wordt verwacht dat zij in een volgende tranche collega-instellingen helpen, zodat een sneeuwbaaleffect kan ontstaan.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over de noodzaak van het jaarlijks aantonen van een intensieve zorgvraag voor zorg uit de Jeugdwet voor kinderen met ernstige meervoudige beperking.

Het signaal dat gemeenten ook voor kinderen met ernstige meervoudige beperking jaarlijks vragen om de zorgvraag opnieuw aan te tonen heeft mij ook bereikt. Dat lijkt me voor de betrokken jongeren en hun familie een onnodig zware belasting en voor de gemeente niet efficiënt. Ik ga hierover graag met de VNG en gemeenten in gesprek over de mogelijkheden om in deze situaties meerjarig te indiceren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) over het gemakkelijker maken van het indicatieproces voor kinderen met een ernstige meervoudige beperking.

Ik ben zeker bereid om hierover met de VNG en gemeenten in gesprek te gaan. De optie van het meerjarig indiceren door gemeenten zal ik daarbij onder de aandacht brengen. Daarnaast zal de focus liggen op het verbeteren van kennis bij de betrokken partijen, zoals gemeenten en zorgaanbieders, over genoemde doelgroep.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) of de minister meerwaarde ziet in het combineren van kennis uit het verpleeghuis met kennis uit de wijk.

Ik zie die meerwaarde nadrukkelijk. De specialist ouderengeneeskunde kan bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen bij advance care planning. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde, die voorheen vooral in de verpleeghuiszorg aanwezig was, dient ook structureel aanwezig te zijn in de eerste lijn. Bij complexe zorgvragen en in crisissituaties thuis moet een huisarts direct de specifieke expertise in kunnen schakelen van de specialist ouderengeneeskunde en het multidisciplinaire team waarvan deze specialist onderdeel uitmaakt. De inzet van zulke specialisten ontlast huisartsen, kan onnodige ziekenhuisopnames voorkomen en laat cliënt, mantelzorger en hulpverleners beter anticiperen op acute situaties.

Er is structureel € 6 miljoen extra op jaarbasis beschikbaar gesteld voor de inzet van specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijns en de acute keten. Deze impuls loopt via de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling (hierna: subsidieregeling) waarin een specifieke prestatie voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde (S335) is opgenomen. Deze subsidieregeling wordt sinds 2015 uitgevoerd door het Zorginstituut, dat subsidies voor deze behandeling verstrekt aan de zorgkantoren. In 2017 ontvingen 20.880 patiënten in totaal ruim 55.000 uren behandeling vanuit deze prestatie.

Ik kan me goed voorstellen dat specifieke vaardigheden voor de zorg en ondersteuning van ouderen thuis, ook meerwaarde kunnen hebben voor zorg in het verpleeghuis. Daarbij kan het ook gaan om de inzet van technologie. Relevant daarbij is dat veel aanbieders zowel thuis als in het verpleeghuis zorg bieden. Ik ga hierover graag in gesprek met de betrokken partijen.

Los hiervan is het "kennen van de client" en een goede overgang van thuis naar het verpleeghuis van belang. Goede zorg en ondersteuning thuis kan wonen in een verpleeghuis uitstellen. Daarbij is ook tijdig in gesprek gaan met ouderen over levensvragen van belang: wat vinden ouderen belangrijk op het moment dat hun gezondheid achteruit gaat. Hierbij bespreken zorgverleners met ouderen praktische zaken, zoals dat het veilig en verantwoord moet zijn om thuis te blijven wonen. Ook worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt als onderdeel van advance care planning. Thuis leren zorgverleners de cliënt, zijn voorkeuren en zorgbehoefte kennen. Goede ondersteuning bij de overgang naar de volgende fase als het thuis niet meer gaat, draagt bij aan de soms moeilijke beslissing het huis te verlaten. Zo kan het crisisopnamen voorkomen die nu wel plaatsvinden en draagt het bij aan de kwaliteit van leven van de oudere.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hermans (VVD) naar acties van de minister voor mensen met een licht verstandelijke handicap.

Via de programma's Volwaardig Leven, Onbeperkt Meedoen en Zorg voor de Jeugd worden in meer generieke zin tal van maatregelen getroffen die (ook) bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met een licht verstandelijke beperking. Graag zie ik hoe aldaar meer gerichte maatregelen voor deze groep mensen kunnen worden getroffen.

Daarnaast is er specifieke aandacht voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB).

In mijn brief over cliëntondersteuning van 15 oktober 2018 geef ik aan dat in het kader van het programma 'Volwaardig Leven' pilots op het gebied van cliëntondersteuning worden gedaan voor verschillende groepen. Doel van de pilots is het ontwikkelen en testen van gespecialiseerde cliëntondersteuning. Een van de groepen is mensen (en hun naasten) met (licht) verstandelijke beperkingen en ernstige gedragsproblematiek. Daarnaast worden er in het sociaal domein pilots naar cliëntondersteuning uitgevoerd. Daar wordt eerst onderzocht of er behoefte is aan gespecialiseerde cliëntondersteuning voor bepaalde groepen. Een van deze groepen is de groep jongeren met een (licht) verstandelijke beperking, eventueel ook met enige psychische of gedragsproblemen, zonder sterk netwerk. Met de gemeente Zwijndrecht loopt in het kader van het programma sociaal domein een traject waarin op uitvoeringsniveau gekeken wordt naar knelpunten voor mensen met een LVB. Dat is een goed project waarin VWS- en SZW-medewerkers samen met medewerkers van de gemeente in de praktijk van de uitvoering duiken. Ik ga kijken of meer gemeenten kunnen aanhaken bij dit traject om van elkaar te leren. Ook wil ik bezien hoe de doelgroep LVB nadrukkelijker in de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang meegenomen kan worden.

Ik kan mij voorstellen dat het overzicht van maatregelen voor deze (grote) doelgroep ontbreekt. In wil u daarover graag nader per brief informeren.

Daarnaast loopt er op dit moment een groot Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) naar mensen met een LVB. In de taakopdracht van het IBO is aangegeven dat de werkgroep levensbreed kijkt naar de ondersteuning voor mensen met een LVB. De verwachting is dat in het voorjaar het rapport naar de Tweede Kamer wordt gestuurd met een kabinetsreactie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) wat de bewindspersonen doen om ongewenste uitkomsten van het nieuwe zorgstelsel te voorkomen en specifiek het niet neerleggen van de rekening van de stijgende zorgkosten bij de werkende mensen, in het bijzonder de paramedici.

Naar aanleiding van klachten is de NZa begonnen met een onderzoek naar de ontwikkelingen van de geboden tarieven in relatie tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg, waaronder fysiotherapie. Dit zal in een monitor resulteren die begin 2019 klaar is. We hebben eerder toegezegd, indien de monitor daar aanleiding toe geeft, de gesprekken hierover aan te gaan met zorgverleners en zorgverzekeraars.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het oplossen van de problemen als gevolg van aanbestedingen in de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

In mijn brief van 4 juli 2018 (kamerstuk II 2017/18, 34 477, nr. 38) heb ik uiteengezet hoe ik aan de slag ga om de aanbestedingsproblematiek aan te pakken. Deze brief is besproken in het AO van 3 oktober 2018.

In concreto ondersteun ik gemeenten en aanbieders bij het oplossen van aanbestedingsknelpunten door een tweesporenbeleid. Ten eerste ga ik met aanbieders en gemeenten oplossingen uitwerken binnen de huidige regelgeving. Ten tweede ga ik in Europa de ruimte verkennen om aanbesteden in het sociaal domein in Nederland op passende wijze vorm te kunnen geven.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) om regie te nemen ten aanzien van ICT problematiek en aanbieders te verbinden. Gegevensuitwisseling is een randvoorwaarde voor goede zorg, digitale gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals en de patiënt kan beter.

Ik begrijp de oproep om meer regie, zoals ook gevraagd met de moties van de leden Ellemeet en de Vries, en zal daaraan gehoor geven. De mogelijkheden worden nu verkend en deel ik voor het einde van dit jaar met uw Kamer in de brief over elektronische gegevensuitwisseling. Daarin meld ik ook hoe ik regie neem op de verbetering van elektronische gegevensuitwisseling en wat de mogelijkheden zijn standaarden wettelijk te verplichten. Overigens ben ik nu al bezig de regie te versterken. Als het partijen in de zorg bijvoorbeeld niet lukt om tot afspraken te komen met hun ICT-leveranciers voert VWS hoogambtelijk overleg en als het moet ook politiek overleg met alle betrokkenen. Wanneer implementatie van gegevensuitwisseling in bepaalde sectoren achterblijft, zal VWS ook daar op politiek niveau overleg over voeren, want gegevensuitwisseling is cruciaal voor goede zorg en daarom chefsache.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over of de BTW-verhoging op groente en fruit niet tot ongewenste verhoging van de zorgkosten zal leiden.

De verhoging van het verlaagde BTW-tarief van 6 naar 9% geldt voor het gehele aanbod van levensmiddelen, dus zowel voor levensmiddelen die als gezond bekend staan, als voor levensmiddelen die als ongezond worden gezien. Er is geen

reden om aan te nemen dat consumenten door deze generieke verhoging zullen overstappen van gezonde naar minder gezonde producten.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over amendement nr. 14 over leefstijlgeneskunde.

In het amendement wordt voorgesteld om onderzoek naar leefstijlgeneskunde te faciliteren en daarvoor de middelen voor het Programma Translationeel Onderzoek met € 1 miljoen te verhogen. Ik steun dit initiatief.

Om ervoor te zorgen dat er goede zorg wordt verleend is het belangrijk dat er gewerkt wordt met effectieve leefstijlinterventies. In het regeerakkoord, de hoofdlijnakkoorden en het nog te verwachten nationale preventieakkoord is hier aandacht voor. Via diverse instrumenten wordt bevorderd - via ondersteuning en financiering van onderzoek - dat bewezen effectieve interventies sneller bij de patiënt terecht komen.

Een gerichte onderzoeksronde voor leefstijlgeneskunde kan een extra impuls zijn om dit onderzoek tot stand te brengen. ZonMw zal worden gevraagd om per 2019 een themaronde voor onderzoek naar leefstijlgeneskundige interventies uit te zetten. Deze dekking van € 1 miljoen voor 2019 kan worden gevonden binnen de niet-juridisch verplichte ruimte. Nader bezien zal of de hoeveelheid en kwaliteit van de aanmeldingen aanleiding geven om een aanvullende themaronde op te zetten of dat deze aanvragen na deze themaronde via de bestaande onderzoeksprogramma's kunnen meelopen.

Ik laat het oordeel aan uw Kamer.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) of loondienst voor alle artsen een voorwaarde is voor draagvlak voor het stelsel (zonder productieprikkels) en voor het goed organiseren van medisch-specialistische zorg nabij huis of zelfs thuis.

Gelijkgerichtheid van medisch specialisten en ziekenhuizen is van belang voor het organiseren van doelmatige zorg. Ongeacht het gehanteerde governance-model moeten partijen zich hiervoor inspannen. Dat kan zowel in loondienst als in vrije vestiging. Ik heb daarvoor geen voorkeur. In het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 heb ik afgesproken dat de vrije keuze van medisch specialisten om te werken in dienstverband of als vrij beroepsbeoefenaar gehandhaafd blijft.

In het regeerakkoord is opgenomen dat het kabinet meer gelijkgerichtheid in het ziekenhuis stimuleert. Onlangs heeft de NZa de monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg 2018 gepubliceerd die ik 4 oktober jl. aan de Tweede Kamer heb gestuurd.

In de NZa-monitor wordt geconcludeerd dat op belangrijke thema's zoals kwaliteit, patiëntveiligheid en gelijkgerichtheid verbeteringen te zien zijn. Realisatie van de doelstelling 'efficiëntere inzet van mensen en middelen' is nog een aandachtspunt. Het is belangrijk dat ziekenhuis- en bestuurders van medisch-specialistische bedrijven (MSB's) hier ook de komende jaren aandacht aan blijven schenken. Dit is ook van belang voor de verwezenlijking van de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Zoals ook aangegeven in mijn beleidsreactie op de NZa-monitor, heb ik besloten om een onderzoek uit te voeren naar hoe de gelijkgerichtheid in de zorg verder kan worden bevorderd. Dit onderzoek is naar verwachting in het voorjaar van 2019 gereed.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het aanwenden van het innovatiebudget verpleeghuizen ten bate van vernieuwing en de kruisbestuiving tussen verpleeghuiszorg en wijkverpleging.

De middelen die in het programmaplan Thuis is het Verpleeghuis zijn opgenomen, zijn bedoeld voor de verpleeghuiszorg. Dit geldt zowel voor de transitiebudgetten (€ 50 miljoen) als voor extra middelen (€ 600 miljoen in 2019) die volgend jaar beschikbaar komen.

Dat neemt niet weg dat goede afspraken over het organiseren van kruisbestuiving tussen verpleeghuiszorg en wijkverpleging kunnen bijdragen aan het bieden van goede verpleeghuiszorg. Dat geldt ook andersom. Om die reden investeer ik bijvoorbeeld ook in de specialist ouderengeneeskunde. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde, die voorheen vooral in de verpleeghuiszorg aanwezig was, dient ook structureel aanwezig te zijn in de eerste lijn. Bij complexe zorgvragen en in crisissituaties thuis moet een huisarts direct de specifieke expertise in kunnen schakelen van de specialist ouderengeneeskunde en het multidisciplinaire team waarvan deze specialist deel uitmaakt. De inzet van zulke specialisten ontlast huisartsen, kan onnodige ziekenhuisopnames voorkomen en laat cliënt, mantelzorger en hulpverleners beter anticiperen op acute situaties. Hiervoor is structureel € 6 miljoen extra beschikbaar. Ik ga verder met de betrokken partijen in gesprek hoe kennis en innovatie in de zorg thuis van meerwaarde kan zijn voor de verpleeghuiszorg. Daarbij zij bedacht dat veel aanbieders ouderenzorg leveren aan huis en in het verpleeghuis.

Antwoord van staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de onafhankelijkheid van keuzehulp en of er eisen moeten worden gesteld aan de onafhankelijkheid en of er één centraal informatiepunt ingesteld kan worden.

In het Zevenpuntenplan dat met een brede coalitie van veldpartijen is gemaakt, is een belangrijk onderdeel dat we gaan werken op basis van objectieve kwaliteitscriteria voor alle organisaties. Ik ben op dit moment bezig met de uitwerking daarvan. De kwaliteitseisen worden door mij vastgelegd.

Partijen die keuzehulpgesprekken aanbieden, moeten zich er van vergewissen dat de primaire verantwoordelijkheid en keuze voor het uitdragen van een zwangerschap of het eventueel afbreken daarvan, ligt binnen het wettelijke kader (Wet afbreking zwangerschap), namelijk bij de vrouw van het ongeboren kind.

Partijen die keuzehulpgesprekken aanbieden, moeten vanaf volgend jaar allemaal via dezelfde kwaliteitstandaarden gaan werken. Dat partijen verschillende waarden hanteren, mag de kwaliteit van het keuzegesprek niet in de weg staan. De waarden die de organisatie heeft, kunnen slechts als afweging meegenomen worden en zijn bekend bij degene die hulp vraagt, maar mogen niet sturend als doel of uitkomst van het gesprek worden gebruikt.

De uiteindelijke keuze die een vrouw maakt, mag nooit ter discussie staan tijdens het gesprek.

Ik zal uw Kamer de kwaliteitscriteria, zodra deze zijn uitgewerkt, uiterlijk 1 december doen toekomen. Op de vraag over of er één centraal informatiepunt kan worden ingesteld, kom ik eveneens vóór 1 december terug.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over aandacht voor de groep ongedocumenteerde vrouwen in het programma Kansrijke Start.

Het actieprogramma Kansrijke Start richt zich op kinderen in de eerste 1000 dagen van hun leven, met name kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. Inderdaad kunnen ook ongedocumenteerde vrouwen (en daarmee hun ongeboren kind) zich in een kwetsbare situatie bevinden. Dat betekent dat er vanuit het programma ook aandacht zal zijn voor deze groep vrouwen en hun (ongeboren) kind als ze in beeld zijn bij de geboortezorg of andere organisaties. Als het nodig is kunnen deze vrouwen in de Nu Niet Zwanger aanpak meedoen, waarbij ook duurzame anticonceptie aan de orde komt. Bij voorkeur gaan we hierover in gesprek voordat vrouwen in de illegaliteit belanden, bv via de asielzoekerscentra of het vluchtelingenwerk.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over hoe jongeren zo goed mogelijk geïnformeerd kunnen worden over veilig vrijen.

Ik wil benadrukken dat jongeren goed geïnformeerd moeten worden op het gebied van seksualiteit, waarbij ook thema's als weerbaarheid, veiligheid en het respectvol leren omgaan met elkaar op een positieve wijze aan de orde komen. Er zijn verschillende kanalen waarmee we de jongeren bereiken. Natuurlijk zijn het onderwijs en de ouders belangrijk bij seksuele vorming. Voor scholen zijn er effectieve en goed onderbouwde interventies beschikbaar, maar een intensivering is, ook gezien de cijfers over soa's en condoomgebruik en de kennis over seksualiteit en voortplanting, op zijn plaats. Ik heb uw Kamer hierover in het kader van de preventie van onbedoelde (tiener)zwangerschappen via het Zevenpuntenplan op 11 september jongstleden geïnformeerd. Jongeren worden niet alleen via het onderwijs geïnformeerd, maar kunnen ook terecht bij bijvoorbeeld sense.info en bij de centra voor seksuele gezondheid. Campagnes kunnen eveneens een rol spelen. Ik ben bijvoorbeeld van plan diverse doelgroepen via een campagne te informeren over bewust gebruik van anticonceptie. Dit werk ik op dit moment met de veldpartijen die betrokken zijn bij het Zevenpuntenplan verder uit. Het is van belang om, in overleg met het veld, steeds te bekijken welk kanaal het meest effectief is om een bepaalde doelgroep te bereiken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de omvang van de groep die zorg mijdt en de vraag om een nieuw onderzoek hiernaar.

De meest recente gegevens over zorgmijding, gebaseerd op objectieve data zoals zorgregistraties en declaratiecijfers, staan in het onderzoek van het Nivel naar de omvang en aard van zorgmijding (zie TK 29689, nr. 664). Dit onafhankelijke onderzoek wijst uit dat in 2015 3% van de mensen vanwege financiële redenen

afziet van een huisartsenbezoek. Dit percentage is sinds 2009 gelijk gebleven, terwijl het eigen risico in de tussentijd aanzienlijk verhoogd is. Uit declaratiegegevens blijkt evenmin dat bepaalde groepen mensen de huisartsenzorg meer zijn gaan mijden. Verder haalde in 2014 29% van de verzekerden een geneesmiddel niet op. Dit percentage ligt lager dan in 2008 en 2009. Toen haalde respectievelijk 34% en 35% van de verzekerden een geneesmiddel niet op. In 2013 heeft 27% van de verzekerden een verwijzing naar de medisch specialist niet opgevolgd. De grootste stijging in het niet opvolgen van een verwijzing vond vóór de stijging van het verplicht eigen risico in 2013 plaats.

Ik vind het onwenselijk als mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg en daarom heb ik voortdurend aandacht voor dit onderwerp. Er zijn reeds tal van maatregelen genomen om de financiële toegang tot de zorg te borgen. Zo compenseert de zorgtoeslag grotendeels het eigen risico voor lage inkomens en zijn specifieke zorgvormen (zoals huisartsenzorg) uitgezonderd van het eigen risico. Ook gemeenten bieden hulp door bijvoorbeeld meerkostenregelingen, bijzondere bijstand en/of gemeentelijke collectiviteiten met regelingen voor het eigen risico aan te bieden (zie TK 29538, nr. 231 voor een volledig overzicht van maatregelen). Verder bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen.

Het is uiteraard wel van belang dat mensen deze ondersteuning kunnen vinden. Daarom heeft het Nivel onlangs onderzoek gedaan naar het kennisniveau van verzekerden over de compensatiemaatregelen. Dit onderzoek laat zien dat het kennisniveau de afgelopen jaren is toegenomen, maar dat het kennisniveau van verzekerden met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau kwetsbaar is. Ik wil daarom geen nieuw onderzoek naar zorgmijding doen, maar alle energie richten op een goede communicatiecampagne die zich ook vooral focust op deze verzekerden (zie ook TK 29689, nr. 935). Ook gemeenten zijn actief om (potentiële) zorgmijders te bereiken en praktisch te ondersteunen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) hoe de zorgkaart in Nederland er over 20 jaar uit ziet.

Als we kijken naar hoe het zorglandschap er over 20 jaar uit ziet, dan zal dat substantieel verschillen van het zorglandschap van vandaag. Dat is ook nodig. Grote demografische en maatschappelijke ontwikkelingen komen op ons af: zoals vergrijzing, het toenemende aantal mensen met één of meer chronische ziekten, de behoefte aan personeel in de zorg en technologische ontwikkelingen. Ook de veranderende wensen die de samenleving aan zorg en ondersteuning stelt, vergt vergaande aanpassingen in de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt geboden.

Zoals afgesproken in de Hoofdlijnenakkoorden, moet de juiste zorg op de juiste plek, door de juiste professional, op het juiste moment en tegen de juiste prijs worden geleverd. Daarbij moeten de behoeften van de patiënt centraal staan, en niet het bestaande zorgaanbod. Met als uitgangspunt dat de patiënt even goede of zelfs betere zorg zal ontvangen. In het ziekenhuis zal dat moeten, maar meer zorg zal in de toekomst ook in de eerste lijn, door de huisarts, door de wijkverpleging, of via e-health thuis kunnen worden geleverd. Uiteraard dus dichtbij waar dat kan, maar ook verder weg als dat beter is voor de kwaliteit, bijvoorbeeld in gespecialiseerde centra.

De taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek' pleit ervoor om gezamenlijk een beeld te maken van het zorgaanbod en de zorgvraag in de regio, voor nu en over tien jaar. Daarvoor moet allereerst natuurlijk goed worden gekeken wat de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk is. Op basis daarvan kan worden gekeken: waar zit de mismatch? Waar moet worden bijgestuurd? Dit wordt ook onderschreven door alle partijen waarmee de afgelopen zomer Hoofdlijnenakkoorden zijn gesloten. Afsproken is dat partijen op basis van een dergelijk gedeeld beeld van de regio zoeken naar een oplossing voor de regionale knelpunten en verbetermogelijkheden voor de langere termijn. Die gesprekken vinden in verschillende regio's ook al plaats, soms al geruime tijd. Een voorbeeld hiervan is de Zorgtafel van de provincie Drenthe. Ik realiseer me dat dit geen eenvoudige opgave is. Dat is ook de reden dat de minister en staatssecretaris van VWS en ik de partijen hierbij willen ondersteunen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de participatie van patiëntvertegenwoordigers en regionale bestuurders in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen, en hoe de minister de opdrachten aan het ROAZ monitort.

Patiëntenvertegenwoordigers en regionale bestuurders kunnen zeker uitgenodigd worden voor het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Zij hoeven wat mij betreft echter niet standaard bij het regionaal overleg aanwezig te zijn. Deze partijen kunnen ook niet verplicht worden om aanwezig te zijn. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) kunnen alleen verplichtingen worden opgelegd aan zorgaanbieders. Zoals ik heb toegezegd in het meerderheidsdebat van 13 juni 2018 bouw ik in regelgeving een andere waarborg in: aanbieders die een SEH-post of afdeling acute verloskunde of huisartsenpost willen sluiten moeten tijdig het College van Burgemeester en Wethouders informeren en in gesprek gaan met inwoners. Dat ga ik verplicht stellen in een algemene maatregel van bestuur op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Een concept van deze algemene maatregel van bestuur ontvangt u in november.

De taken van het ROAZ zijn in de Beleidsregels WTZi 2017 vastgelegd. Het gaat onder andere om het afstemmen van activiteiten tussen aanbieders van acute zorg en het in kaart brengen van het acute zorgaanbod in de regio. Op ambtelijk en bestuurlijk niveau vindt regulier overleg plaats met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), de koepelvereniging van de ROAZen. Indien er door VWS concrete opdrachten zijn neergelegd bij de ROAZen, word ik door deze koepelorganisatie geïnformeerd over de voortgang. Zo heb ik jaarlijks een update over de drukte op de acute zorg gekregen en is er nauw overleg over de voorbereidingen van het aankomende griepseizoen. In concrete situaties, zoals bij Treant, is er ook nauw contact tussen VWS en het ROAZ.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vragen van het Kamerlid Van den Berg (CDA) of het klopt dat bij de ontwikkelingen van het kwaliteitskader spoedzorg poortspecialisten worden gevraagd waardoor regionale ziekenhuizen per direct op achterstand komen, en wie er bij het opstellen van een dergelijk kader over het belang van 'de juiste zorg op de juiste plek' waakt.

Bij de totstandkoming van kwaliteitskaders moeten alle relevante landelijk werkende koepels, brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen worden betrokken. Deze landelijke koepels vertegenwoordigen zowel

zorgaanbieders uit stedelijke gebieden als die uit dunbevolkte gebieden en zowel grote topklinische instellingen als regionale ziekenhuizen. Aanbieders uit alle geledingen en delen van het land kunnen op die manier inbreng hebben bij de totstandkoming van kwaliteitskaders en hun belangen hierbij naar voren brengen. Vanwege deze eisen met betrekking tot de tripartiete ontwikkeling en aanbidding van kwaliteitskaders hebben de belangen van burgers en ook zorgaanbieders uit de regio reeds een belangrijke rol bij de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen. Naar aanleiding van de motie die u tijdens het debat over de positie van regionale ziekenhuizen in juni heeft ingediend heb ik, in aanvulling op het voorgaande, het Zorginstituut verzocht zich ervan te verzekeren dat partijen bij het opstellen van het kwaliteitskader spoedzorgketen voldoende aandacht besteden c.q. hebben besteed aan de effecten van dit kwaliteitskader op de kwaliteit en de toegankelijkheid (waaronder: de bereikbaarheid) van de zorg in de regio's, inclusief de afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Ik hecht eraan op te merken dat er ook maatwerk mogelijk is bij de totstandkoming van een kwaliteitskader. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het Addendum dat door onder meer de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen is opgesteld als aanvulling op de IC-richtlijn, en dat inmiddels tripartiet is vastgesteld en onderdeel uitmaakt van deze richtlijn.

Het kwaliteitskader spoedzorgketen is in januari in concept aangeboden aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut). Op verzoek van het Zorginstituut voert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op dit moment een Budget Impact Analyse (BIA) uit. Daarbij wordt in het bijzonder gekeken naar de personele normen die in het concept kwaliteitskader zijn opgenomen, waaronder de norm dat op elke geopende SEH 24/7 tenminste een arts aanwezig is met minimaal 2 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal 1 jaar ervaring in een poortspecialisme. Het gaat dus om ervaring in een poortspecialisme; het klopt dan ook niet dat de huidige concept norm inhoudt dat er op een SEH een poortspecialist (zijnde een medisch-specialist) aanwezig moet zijn, het kan ook gaan om een arts-assistent met de genoemde ervaring. Het Zorginstituut verwacht de BIA eind van dit jaar, waarna het Zorginstituut met de betrokken partijen in gesprek zal gaan over de uitkomsten. Eén en ander kan nog tot wijzigingen in het concept-kwaliteitskader leiden. Bovendien kunnen partijen, als een bepaalde norm in het kwaliteitskader wordt opgenomen, aangeven dat zij meer tijd nodig hebben voor de implementatie hiervan.

Het proces met betrekking tot de totstandkoming van kwaliteitskaders bevat dan ook voldoende waarborgen om ervoor te zorgen dat de belangen van alle betrokken partijen (waaronder ook de regionale ziekenhuizen) hierin voldoende aan bod kunnen komen. Dit proces is bij de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen nog niet helemaal doorlopen. Het is dan ook te vroeg om nu al op de definitieve inhoud van het definitieve kwaliteitskader en mogelijke consequenties daarvan vooruit te lopen, en te concluderen dat regionale ziekenhuizen op achterstand komen.

Het belang van 'de juiste zorg op de juiste plek' hoort te worden bewaakt door de landelijke koepels die betrokken zijn bij het opstellen van kwaliteitskaders. Zij hebben immers de Hoofdlijnenakkoorden ondertekend, waarin dit een belangrijk thema is voor de komende jaren. 'De juiste zorg op de juiste plek' moet natuurlijk met name in de regio's zelf tot stand komen, waarbij partijen gezamenlijk moeten kijken naar de zorg en ondersteuning en deze zo dicht mogelijk bij de zorggebruiker moeten organiseren. 'Dicht bij waar het kan, ver weg waar het moet' zal daarbij zorgvuldig moeten worden meegewogen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de status van het onderzoek van het RIVM om te komen tot een volwaardig aanbod van bevolkingsonderzoek naar borst- baarmoederhals- en darmkanker op de BES-eilanden.

De inspanning is erop gericht dat het RIVM medio 2019 een verkenning oplevert die zowel duidelijkheid geeft over op welke korte termijn acties mogelijk zijn om de huidige praktijk op de eilanden te verbeteren en welke stappen moeten worden gezet om op de eilanden een volwaardig aanbod van bevolkingsonderzoek te realiseren. In het voorjaar 2019 zal worden gestart met een pilot bij 3 huisartsenposten op Bonaire met het oproepen van vrouwen uit de doelgroep voor een mammografie, zodat daar al preventief gescreend kan worden op borstkanker.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) om per regio in kaart te brengen waar nu de tekorten zijn.

Ja. Het functioneren van de patiënt en de kwaliteit van zorg moet centraal staan en niet het bestaande zorgaanbod. Het is van belang dat er op korte termijn, als start van deze transitie, een gezamenlijk beeld komt van de zorgvraag en het zorgaanbod in de regio, voor nu en over tien jaar. Dit is ook afgesproken tussen alle partijen, die de Hoofdlijnenakkoorden hebben gesloten. Op basis van dit beeld kunnen zij op tijd zoeken naar oplossingen voor aanstaande regionale knelpunten en verbetermogelijkheden voor de langere termijn. De minister en staatssecretaris van VWS en ik ondersteunen de partijen hier op verschillende manieren bij, bijvoorbeeld door het delen van goede voorbeelden en door oplossingen te faciliteren, door vouchers in te zetten om te komen tot een gedeeld beeld in de regio en door het bijeen brengen van data.

Er is sprake is van veranderingen in het zorglandschap. Mede vanwege het toenemend aantal ouderen en chronisch zieken, en de beperkingen op het gebied van de arbeidsmarkt. Deze ontwikkelingen hangen samen met ontgroening en vergrijzing, en zullen zich in de zogenaamde krimp- en anticiperregio's nog eerder of sterker voor doen dan in andere delen van ons land. Ook in bijvoorbeeld de grote steden is het lastig om voldoende personeel te krijgen. Een transitie in de zorg is dan ook onvermijdbaar. En noodzakelijk. Bij de transitie waar de komende jaren aan zal worden gewerkt staat centraal dat de juiste zorg op de juiste plek moet worden geleverd. Zorg wordt straks geleverd in het ziekenhuis als dat moet, maar veel zorg zal in de toekomst ook door de huisarts, wijkverpleegkundige of via e-health thuis kunnen worden geleverd.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de stand van zaken van de motie over regionale doorzettingsmacht in het kader van de aanpak van wachttijden in de ggz.

In juli heb ik uw Kamer het actieplan wachttijden (Vergaderjaar 2017-2018, Kamerstuk 25424 nr. 422) gestuurd. Het actieplan bestaat onder andere uit dertien bouwstenen, waarvan één bouwsteen specifiek ziet op het inzetten van regionale doorzettingsmacht. Partijen hebben afgesproken dat de regionale

taskforces van twaalf regio's (gebaseerd op de zorgkantorregio's) ondersteuning krijgen bij het maken van regionale werkafspraken over het organiseren van regie en doorzettingsmacht bij complexe problematiek. Hierbij wordt voortgebouwd op inzichten die zijn verkregen uit een onderzoek naar casuïstiek dat partijen eerder hebben laten uitvoeren. Op basis van de eerste zes regionale taskforces wordt een product ontwikkeld dat andere regionale taskforces kan helpen bij het organiseren van regie en doorzettingsmacht. Aan de hand van de volgende zes regionale taskforces kan het product verder worden doorontwikkeld. Vervolgens wordt de kennis verder verspreid, zodat uiteindelijk alle regio's dergelijke afspraken kunnen maken.

Ik heb u in mijn Kamerbrief bij het actieplan wachttijden al laten weten dat ik mij goed kan vinden in deze uitwerking. We moeten doorzettingsmacht niet van bovenaf invullen of opleggen. Het is juist essentieel dat partijen in de regio beter gaan samenwerken, zodat zij elkaar goed weten te vinden en zich ook gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor het oplossen van concrete casuïstiek. De regionale taskforces zijn mijns inziens een goed gremium om deze afspraken te maken.

Eind dit jaar ontvang ik van de NZa een nieuwe rapportage over de stand van de wachttijden in de ggz en ik vraag de partijen mij te informeren over de uitvoering van hun actieplan wachttijden, waaronder dit traject. Ik zal deze informatie naar uw Kamer sturen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) of hij bereid is toe te zeggen dat uiterlijk medio 2020 uitkomstindicatoren voor de ggz zijn opgenomen in het kwaliteitsregister conform de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord en deze kwaliteitsindicatoren wettelijk te verplichten.

Dat kan ik niet toezeggen. Het opstellen en selecteren van indicatoren van wat goede kwaliteit van zorg is aan veldpartijen. Ik heb daarover in het hoofdlijnenakkoord samen met hen het volgende afgesproken: "Alle partijen streven naar een eenduidige set van kwaliteitsindicatoren in 2020 waardoor de huidige verschillende kwaliteitsindicatoren van zorgaanbieders en zorgverzekeraars stapsgewijs verdwijnen c.q. opgaan in de nieuwe set. Het nieuwe ggz kwaliteitsinstituut in oprichting (akwa) zal hierbij een leidende rol spelen".

De indicatoren zullen onderdeel worden van de zorgstandaarden. Zorgstandaarden geregistreerd bij het Zorginstituut gelden als veldnorm. Conform de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) dienen partijen naar de door hen opgestelde veldnorm te handelen. In die zin worden die indicatoren dus wettelijk verplicht. De partijen kunnen daarbij afspraken maken over implementatie van de kwaliteitsindicatoren.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over het nemen van regie in de aanpak van personen met verward gedrag en de ambulantisering.

Uit de rapportage 'Stand van het Land', die in opdracht van het Schakelteam is opgesteld, blijkt dat er veel voortgang is geboekt door gemeenten en hun partners op gebied van de goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag. De meeste gemeenten geven aan dat zij op 1 oktober zo'n goed werkende aanpak hebben gerealiseerd. De meeste partners van gemeenten zijn sceptischer.

Gemeenten en partners zijn eensgezind in de constatering dat hen nog veel te doen staat en dat ondersteuning van de regio's nog even nodig blijft. Daarom bereid ik, samen met de minister van JenV en met de VNG en met de voormalig voorzitter van het Schakelteam, een continuering voor van de ondersteuning van de initiatieven in de regio.

Mijn inspanning behelst met name het ondersteunen van regionale partners, bij voorbeeld door middel van subsidiering via het actieprogramma 'lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag' van ZonMw en het inzetten van de brigadier vervoer, en het aanspreken van partijen waar onvoldoende gebeurt. Het zwaartepunt van de uitvoering ligt echter bij gemeenten, want in de regio moet het gebeuren.

Dit geldt ook voor de ambulantisering. Deze wordt regionaal vorm gegeven door aanbieders, verzekeraars en gemeenten. Dit hebben we ook vastgelegd in het hoofdlijnenakkoord GGZ. In elke regio worden door aanbieders, gemeenten en verzekeraars afspraken gemaakt over de opbouw van ambulante vormen van zorg en (gespecialiseerde) begeleiding. Ik volg de voortgang en spreek partijen hier zo nodig op aan, maar ik ga niet op hun stoel zitten.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) of de staatssecretaris inmiddels gesproken heeft met GGZ Nederland (GGZNL) over een landelijke registratie van incidenten en gebruik van de isoleercel.

GGZNL werkt samen met politie en het Openbaar Ministerie aan betere registratie van incidenten van agressie. Daartoe vindt op landelijk niveau overleg plaats en ontwikkelen de partijen op regionaal niveau verschillende initiatieven, ook om meer inzicht te krijgen in de afhandeling en een betere opvolging van meldingen. Tegelijk is er veel aandacht voor het terugdringen van dwangmaatregelen, zoals het afbouwen van isoleercellen. Dit is een belangrijk doel van de Wet verplichte ggz die begin dit jaar door de Eerste Kamer is aanvaard en in 2020 in werking zal treden. Het afbouwen van dwangmaatregelen kan niet zonder flankerende maatregelen. Zo heb ik afspraken gemaakt met zorgaanbieders en zorgverzekeraars over extra capaciteit in de beveiligde zorg, zodat patiënten met een complexere zorgvraag ook op de juiste plek en met het juiste beveiligingsniveau kunnen worden behandeld. En op verzoek van de psychiatrische ziekenhuizen ligt er momenteel een voorstel voor het verruimen van de grondslag voor het stellen van huisregels, juist in verband met de veiligheid.

Zoals tijdens de mondelinge vragen van 25 september is toegezegd, zal ik in gesprek gaan met GGZNL over de registratie van geweldsincidenten. Ik zal uw Kamer over de uitkomst informeren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over het vergroten van de beschikbaarheid van experimentele medicijnen in heel Nederland.

Experimentele medicijnen worden niet alleen in academische ziekenhuizen, maar ook in een aantal regionale ziekenhuizen, in een onderzoeksetting toegepast. Een patiënt in een ander ziekenhuis dan bovenstaand zou ook behandeld kunnen worden met een experimenteel medicijn in een onderzoeksetting, indien dat ziekenhuis de kennis en expertise heeft om een klinisch onderzoek uit te voeren. De kwaliteit van zorg en veiligheid voor de patiënt moeten wel gegarandeerd

blijven. Het is aan de initiatiefnemers van het onderzoek om afspraken te maken over waar klinische onderzoeken worden uitgevoerd en of/hoe patiënten geïncorporeerd worden.

Ik vind het overigens ook belangrijk dat informatie over lopende onderzoeken ook beschikbaar is voor patiënten. Nu is die informatie namelijk vooral gericht op zorgverleners. De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) heeft de intentie om de loop van 2019 alle informatie over lopende onderzoeken toegankelijker en makkelijker vindbaar te maken voor patiënten/proefpersonen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over een onderzoek naar de kosten van het uitbreiden van de capaciteit bij de mondzorgopleidingen.

Ja. De minister van OCW en ik zullen uw Kamer hierover voor de Voorjaarsnota informeren. Zoals ook aangekondigd in de brief aan uw Kamer van 29 juni 2018 (Kamerstuk 33578 nr. 57) doet het Capaciteitsorgaan op dit moment op verzoek van de minister van OCW en mijzelf nader onderzoek naar de benodigde capaciteit in de mondzorg. Het Capaciteitsorgaan zal eind 2018 een kwantitatieve analyse opleveren, welke begin 2019 gepreciseerd zal worden met een kwalitatieve analyse. Voor deze kwalitatieve analyse heeft het Capaciteitsorgaan input nodig van de betrokken partijen in de mondzorg. Ik wil deze partijen dan ook bij deze oproepen om voortvarend bij te dragen aan het onderzoek van het Capaciteitsorgaan.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over strengere handhaving op transparantie van polissen.

In 2018 worden 55 modelpolissen aangeboden; in 2015 waren dit er nog 71. Zorgverzekeringsconcerns kunnen deze polissen via verschillende risicodragers en collectiviteiten opnieuw aanbieden. De NZa schrijft voor dat het voor een burger direct duidelijk moet zijn op welke van de 55 modelpolissen een collectiviteit is gebaseerd. Ook een verzekeringsconcern dat dezelfde modelpolis nogmaals aanbiedt, dient dat transparant te maken. Door het direct inzichtelijk te maken wordt de burger geholpen alternatieven eenvoudiger te kunnen vergelijken. Ik heb de NZa gevraagd om komend overstapseizoen extra toe te zien op de transparantieregels en waar nodig handhavend op te treden. De NZa rapporteert in voorjaar 2019 over de bevindingen. Ik zal uw Kamer daarover op dat moment informeren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over het vervroegd evalueren, per 2019, van collectiviteitskorting.

Zoals aangekondigd in de brief over het polisaanbod van afgelopen juni bereid ik momenteel een AMvB voor om collectiviteitskorting per 2020 naar 5% te verlagen. Het jaar 2020 is de kortst mogelijke termijn om de wijziging in te voeren. De polissen voor 2019 moeten immers al uiterlijk op 12 november 2018 bekend zijn gemaakt.

Het afbouwen van het huidige aantal van 55 modelpolissen en het grote aantal collectiviteiten vergt tijd, onder andere omdat dit gepaard gaat met een

aanzienlijke aanpassing van de bestaande contracten en wijzigingen in de bedrijfsvoering. Ook kost het tijd om zorginhoudelijke modules te ontwikkelen die de korting wel rechtvaardigen.

Ik kondig de maatregel nu reeds aan zodat verzekeraars al aan de slag kunnen gaan met de aanpassingen. Ik verwacht dan ook dat verzekeraars polissen aanpassen, maar dat het grootste effect van de verlaging van de korting en mijn oproep om polissen meer van elkaar te laten verschillen dan wel het aantal te verlagen pas zichtbaar is met ingang van 2020. Een eerdere evaluatie is dan ook weinig zinvol.

In zijn algemeenheid geldt dat de NZa de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt jaarlijks monitort waaronder de ontwikkeling van het aantal modelpolissen. Ook brengt de NZa in het voorjaar van 2019 haar bevindingen ten aanzien van het overstapeseizoen 2018-2019 naar buiten.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de beperkte mate waarin samengewerkt kan worden door bijvoorbeeld fysiotherapeuten met het oog op een gelijk speelveld in onderhandelingen.

In openbare stukken van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) is gedetailleerde informatie beschikbaar over de mogelijkheden tot samenwerken in de zorg. Deze documenten zijn te vinden op de site van de ACM. Zo heeft de ACM al in 2010 de Richtsnoeren voor de Zorgsector opgesteld. Deze richtsnoeren zijn nog steeds actueel. Hierin legt de ACM onder meer uit dat afspraken tussen zorgaanbieders met een zeer kleine omzet of klein marktaandeel niet onder het kartelverbod uit de Mededingingswet vallen en dus gezamenlijk mogen onderhandelen met een zorgverzekeraar, ook over de prijs. Meer recent heeft de ACM in 2015 Uitgangspunten voor de eerstelijnszorg opgesteld, die ook op de website van de ACM zijn te vinden. Deze Uitgangspunten houden in dat de ACM ervan uit gaat dat een samenwerking niet schadelijk is zolang zorgaanbieders, patiënten (of hun vertegenwoordigers) en zorgverzekeraars er gezamenlijk uit komen. Mocht een samenwerking toch schadelijk blijken, dan krijgen partijen eerst de gelegenheid hun gedrag aan te passen. Ook gaat de ACM graag in gesprek met partijen als er onduidelijkheden zijn bij concrete samenwerkingsvoornemens. In het reguliere bestuurlijk overleg Paramedische zorg zal ik de informatie over de mogelijkheden tot samenwerken onder de aandacht brengen van de betrokken partijen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over minder vrijwilligheid bij het gebruik van ICT in de zorg. Gegevensuitwisseling is een randvoorwaarde voor goede zorg.

Ik begrijp de oproep om minder vrijblijvendheid met betrekking tot uitwisseling van informatie en zal daaraan gehoor geven. Ook, inderdaad, omdat het kan leiden tot minder administratieve lasten, minder irritatie en betere zorg. De mogelijkheden worden nu verkend en ik deel deze voor het einde van dit jaar met uw Kamer in de brief over elektronische gegevensuitwisseling.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de mogelijkheid om de maatschappelijke diensttijd te voldoen bij defensie en in het onderwijs.

Er wordt op dit moment op voorhand geen enkele sector uitgesloten als het gaat om het vervullen van de maatschappelijke diensttijd. Of er daadwerkelijk experimenten starten binnen de proeftuinen is afhankelijk van het feit of er binnen de subsidierondes aanvragen worden ingediend die gehonoreerd worden.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de vraag hoe in Nederland het bruggen slaan tussen jongeren met verschillende sociale achtergronden tijdens de maatschappelijke diensttijd wordt gerealiseerd.

Met de maatschappelijke diensttijd (MDT) investeer ik in de talenten en inzet van jongeren die vrijwillig iets doen voor een ander. Met deze investering maken we de samenleving sterker en stellen we jongeren in staat om maatschappelijke impact te hebben. Daarnaast levert MDT ook een bijdrage aan:

- de actieve ontwikkeling van burgerschap, solidariteit en gemeenschapszin;
- het stimuleren van ontmoetingen tussen bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld jongeren en ouderen en jongeren met verschillende (opleidings)achtergronden en invulling geven aan een inclusieve samenleving;
- het gericht kunnen oriënteren op studie en werk om sneller de juiste keuzes voor de toekomst te maken;
- het aanwakkeren van de interesse voor het werken in sectoren waar tekorten zijn, zoals in de techniek, zorg, het onderwijs en veiligheid.

ZonMW voert het actieprogramma maatschappelijke diensttijd uit. Binnen het programma zijn er twee subsidieoproepen geweest. De focus van de tweede subsidieoproep ligt op proeftuinen die zich richten op het bevorderen van sociale cohesie, op een specifieke groep jongeren of sector.

Subsidies in het kader van het actieprogramma geven organisaties de kans te experimenteren met de inrichting van de maatschappelijke diensttijd. De proeftuinen kunnen zich richten op diverse aspecten. Denk aan de opzet (o.a. omvang van de diensttijd, invulling van de diensttijd, vergoeding voor jongeren), of op het stimuleren van de inclusie van verschillende doelgroepen jongeren, waarmee de sociale cohesie tussen verschillende groepen wordt bevorderd.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de uitwerking dat jongeren die kiezen voor maatschappelijke diensttijd een plus krijgen wanneer ze solliciteren bij de overheid.

In het regeerakkoord hebben we afgesproken dat het doen van een maatschappelijke diensttijd voor de overheid van waarde is. Het gaat hier om een voorbeeld van die waardering, niet om een harde voorwaarde voor een baan. Ik wil dus ook voorkomen dat het beeld ontstaat dat starters die bij de overheid willen werken persé een maatschappelijke diensttijd moeten hebben gedaan. Eén van de zorgpunten die vanuit jongerenorganisaties is geuit, betreft namelijk dit punt. De zorgen gaan daarbij uit naar het risico op voorkeursbehandeling en kansenongelijkheid. Iets waar ik bij de ontwikkeling van de maatschappelijke diensttijd scherp op ben. Op welke manier de waardering door de overheid concreet invulling krijgt, kan ik nu dus nog niet zeggen. Daarvoor moet eerst

duidelijk worden hoe de diensttijd toegankelijk en aantrekkelijk kan zijn voor álle jongeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) of de minister met gemeenten en 'Nederland zorgt voor elkaar' het gesprek kan aangaan om te zorgen dat regels vóór mensen werken in plaats van tegen mensen.

Ik zet diverse acties in gang om bewonersinitiatieven te ondersteunen, waaronder het beschikbaar stellen van middelen om de kennisinfrastructuur voor bewonersinitiatieven te versterken, onderlinge kennisuitwisseling te stimuleren, het betrekken van bewonersinitiatieven bij (lopende) pilots en het ontwikkelen van een instrument waarmee kosten en baten van bewonersinitiatieven in kaart gebracht kunnen worden. Ik doe dit in overleg met 'Nederland zorgt voor elkaar' en ik zal ook de VNG hierbij betrekken. Ik heb u eerder toegezegd voor het eind van dit jaar een reactie te sturen op het Actieprogramma van de koepel 'Nederland zorgt voor elkaar'.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de zorginfrastructuurregeling. Kan de minister zorgen dat deze regeling door meer gemeenten wordt uitgevoerd?

Van 2005 tot 2014 konden zorgaanbieders op basis van een beleidsregel van de NZa een vergoeding krijgen voor de infrastructuur bij het leveren van extramurale langdurige zorg. In 2013 is aangekondigd dat de regeling zou worden stopgezet, omdat deze activiteiten (extramurale zorg) vanaf 2015 tot het gemeentelijk domein zouden behoren en de vergoeding van deze kosten deel uit zouden moeten maken van de reguliere bedrijfsvoering en bekostiging. De regeling verhiel zich voorts niet tot vigerende staatssteunregels. In de periode 2015-2017 gold een afbouwregeling van jaarlijks € 90 miljoen.

In 2017 heeft de toenmalige Staatssecretaris in overleg met de VNG besloten om voor 2018 incidenteel een bedrag toe te voegen aan het gemeentefonds van € 27,8 miljoen. Het uitgangspunt is altijd geweest dat gemeenten beleidsvrijheid hebben inzake de financiering van infrastructuur die mensen in staat stelt om langer thuis te wonen.

In het programma 'Langer Thuis' is aangekondigd dat er vanaf 2019 drie innovatieregelingen komen. Deze zijn gericht op het stimuleren van eHealth Thuis, het realiseren van de gegevensuitwisseling tussen professionals en patiënt bij langdurige zorg en ondersteuning, en de ontwikkeling en totstandkoming van nieuwe woonzorgarrangementen voor ouderen. Deze regelingen worden gefinancierd uit de middelen van de voormalige regeling zorginfrastructuur.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de financiering van initiatieven zoals kindergasthuis De Boeg in Groesbeek.

Kinderen zouden zo kort mogelijk in het ziekenhuis moeten blijven. Daar is iedereen het over eens. Het is belangrijk onderscheid te maken tussen enerzijds logeerinitiatieven waarbij geen zorg geleverd wordt en anderszijds locaties waar wél zorg geleverd wordt; meestal niet alleen aan het kind, maar waar ook het gezin wordt 'medebehandeld'. Logeerinitiatieven vallen niet onder de verzekerde

zorg, want er wordt geen zorg geleverd. Daarom zal ik de behoefte aan de vormen van logeren zonder zorg nader onderzoeken. Daarin zal ik de financiering meenemen. Ik zal uw Kamer hierover uiterlijk medio 2019 informeren. Voor zover het om het verblijf van het kind en het gezin in een locatie gaat waar wél zorg geleverd wordt, heb ik het Zorginstituut op korte termijn om een duiding gevraagd van zulke verplaatste zorg. Een voorbeeld daarvan is het aanleren aan ouders van medische handelingen en kennis in een omgeving waar de thuissituatie zoveel mogelijk nagebootst kan worden om thuis de complexe intensieve zorg te kunnen leveren. Zodra deze duiding er is, zal ik de mogelijkheden bekijken van het financieren van dit soort initiatieven.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de toekomstvisie Fokus-wonen en of hij de bewoners zekerheid kan bieden.

Ik heb in de voortgangsrapportage Wlz van maart 2018 aangegeven voor het einde van dit jaar een toekomstvisie op het Fokuswonen (de regeling ADL-assistentie) aan uw Kamer te sturen. Hierbij heb ik aangegeven dat het niet mijn intentie is om het Fokus-concept ter discussie te stellen of de subsidieregeling te beëindigen. Die zekerheid kan ik derhalve bieden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over het uitbreiden van passende zorgplekken voor meervoudig beperkten.

In het kader van het programma 'Volwaardig leven voor de gehandicaptenzorg en complexe zorg' zet ik in op een combinatie van het creëren van 100 extra zorgplekken voor deze groep cliënten en de inzet van ambulante teams. De ambulante teams kunnen bijspringen op locatie op momenten dat de huidige zorgaanbieder niet in staat is om passende zorg te leveren, bijvoorbeeld vanwege zeer complexe problematiek of een zeer complexe zorgsituatie. Het is echter niet altijd mogelijk om op locatie echt passende zorg te leveren. Voor die gevallen komt er een honderdtal extra zorgplekken, speciaal bedoeld voor die mensen waarvoor op dit moment niet of nauwelijks passende plekken te vinden zijn. Deze werkwijze is geïnspireerd op de nu al in een aantal regio's werkzame crisisinterventieteams.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de stand van zaken van de brief over de integratie van verschillende vormen van vervoer die rond de zomer is toegezegd.

Het actieprogramma (vernieuwing en integratie) doelgroepenvervoer en OV zal voor het einde van dit jaar door mij en de staatssecretaris van IenW naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over het in kaart brengen van het aantal logeerhuizen.

In het kader van het programma 'Langer Thuis' stel ik nog dit jaar een aanjager respijtzorg aan. Zijn opdracht bestaat onder andere uit het in kaart brengen (ook

per regio) van het huidige aanbod respijtzorg, waaronder logeerhuizen. Een logeerhuis is echter niet de enige vorm van respijtzorg. Het kan bijvoorbeeld ook passend zijn om thuisopvang of dagopvang te bieden door beroepskrachten of vrijwilligers. Als het de mantelzorger maar een adempauze geeft. Bij de analyse zal specifiek worden gekeken naar respijtzorg voor ouderen en kinderen met beperking en zal zo goed als mogelijk de vraag in beeld worden gebracht. Streven is dit beeld voor de begrotingsbehandeling 2020 in beeld te hebben. Daarbij zal tevens worden ingegaan op het stimuleren van samenwerking tussen gemeenten daar waar het gaat om het aanbieden van respijtvorzieningen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over het aansluiten van het gemeentelijke aanbod van respijtzorg op de vraag.

In het kader van het programma 'Langer Thuis' stel ik nog dit jaar een aanjager respijtzorg aan. De aanjager respijtzorg zal het land in gaan om in samenwerking met de betrokken (regio)gemeenten en met (ervarings)deskundigen te komen tot een laagdrempelig, goed en gevarieerd aanbod (lokaal en regionaal), met ruimte voor maatwerk. Hij zal aanzetten tot gemeentelijke samenwerking waar dat nodig is. Het aanbod dat zo wordt gerealiseerd zal beter aansluiten op de wensen van zowel de mantelzorger als zijn naaste(n). Daarbij zal er ook steeds aandacht moeten zijn voor de ervaren drempel om de zorg (volledig) uit handen te geven.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de verhoging van de eigen bijdrage bij de overgang naar de Wlz. Dit naar aanleiding van een situatie waarin de verhoging van de eigen bijdrage Wlz voor een mevrouw al eerder inging (in november), terwijl er nog 3 maanden zorg thuis werd ontvangen.

De eigen bijdrage in de Wlz is gekoppeld aan het moment van afgifte van indicatie. Mijn inschatting is dat de Wlz-indicatie al is ingegaan in november. De zorg die mevrouw thuis ontvangt, wordt vanaf dat moment vanuit de Wlz geleverd en niet meer vanuit de Zvw. De zorg zelf hoeft daarvoor niet te zijn veranderd (geen wijziging in uren of zorgverlener). Mensen kunnen vergelijkbare zorg thuis krijgen uit zowel de Zvw/Wmo als uit de Wlz. Wanneer de Wlz-indicatie is afgegeven en Wlz-zorg wordt verleend, dan is ook de eigenbijdrage systematiek van de Wlz van kracht (terwijl onder de Zvw geen eigen betalingen gelden).

Dit is aan de orde geweest in het kader van de zorgval, waarbij mensen bij de overgang van de Zvw/Wmo naar de Wlz in sommige gevallen te maken krijgen met een terugval in uren en/of een verandering in eigen bijdragen. Recent zijn maatregelen genomen voor de zorgval voor wat betreft het aantal uren. Daarnaast is toegezegd om verdere stappen/oplossingen te onderzoeken. Deze oplossingen worden nader verkend. De resultaten hiervan worden betrokken bij de uitvoering van de motie Bergkamp c.s. Deze motie verzoekt de regering een domeinoverstijgende verkenning uit te voeren over de wijze waarop de kwaliteit van zorg thuis geborgd kan blijven.

Hiervoor stelt het kabinet een commissie in die advies uitbrengt over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met de demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Begin november informeer ik de Kamer over de samenstelling en de start van deze commissie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) of een "right to challenge" mogelijk is bij grote Wlz-instellingen.

Het Right to Challenge (RtC) staat voor 'het Recht om Uit te dagen'. De kern van de aanpak in de Wmo is dat een groep (georganiseerde) bewoners taken van gemeenten kan overnemen als men denkt dat het anders, beter, slimmer en/of goedkoper kan. Dit recht is in de Wmo2015 verankerd in artikel 2.6.7, dat de mogelijkheid geeft om de nadere voorwaarden uit te werken in een Algemene maatregel van Bestuur (AmvB).

In de Wlz is een soortgelijke bepaling niet opgenomen. In de brief van de toenmalige Staatssecretaris Van Rijn over de vernieuwing in de Wlz uit 2016 (TK 2015-2016, 34 104 nr. 105) is aangegeven dat er in de Wlz al enkele elementen van een right to challenge zitten zoals de individuele aanspraak in de Wlz, waarmee zelf invulling kan worden gegeven aan het zorgplan (hoofdstuk 8 Wlz en hoofdstuk 6 Besluit Langdurige Zorg) of de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget zodat zelf zorg kan worden ingekocht of via burgerinitiatieven zorg kan worden georganiseerd (bijvoorbeeld ouderinitiatieven voor kinderen met autisme). Of er andere en verdergaande mogelijkheden zijn tot een dergelijk recht in de Wlz zou nader onderzoek vergen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) wat bewoners gaan merken van de extra € 2,1 miljard.

In 2017 en 2018 is er in totaal reeds € 435 miljoen van de € 2,1 miljard beschikbaar gekomen via een verhoging van de ZZP-tarieven. Voorlopige cijfers van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn laten zien dat er in 2017 3% en in de eerste helft van 2018 2% meer werknemers werkzaam zijn in verpleeghuizen. Op dit moment is op veel locaties al merkbaar dat er extra zorgverleners zijn om cliënten meer de tijd en de aandacht te geven die zij nodig hebben. In mijn recente voortgangsrapportage Thuis in het verpleeghuis heb ik de Kamer hier onlangs verslag van gedaan. Cliënten gaan merken dat er meer tijd is voor een praatje, voor geestelijke bijstand, voor dagactiviteiten en voor wat verder nodig is. Tot en met 2021 komen er gefaseerd meer middelen beschikbaar zodat uiteindelijk op alle locaties kan worden voldaan aan de eisen van het kwaliteitskader en cliënten dit merken aan de tijd en aandacht die voor hen beschikbaar is.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) of de minister verpleeghuizen kan stimuleren hun kennis (informatie en resultaten) te delen.

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg geeft aan dat leren en verbeteren van belang is voor de kwaliteit van de zorg. Daarom bevat het kwaliteitskader de vereiste voor de verpleeghuizen om deel uit te maken van een lerend netwerk om zo informatie en resultaten om elkaar te delen. Over hun deelname aan een lerend netwerk rapporteren zij jaarlijks in het kwaliteitsverslag.

Daarnaast heb ik in 'Thuis in het Verpleeghuis' het ondersteuningsprogramma 'Waardigheid en Trots op locatie' opgenomen dat zorgaanbieders helpt bij de realisatie van het kwaliteitskader. Het verzamelen en delen van leerervaringen is daarbij een belangrijk onderdeel. Inmiddels hebben al ruim 100 locaties zich gemeld voor deelname aan 'Waardigheid en Trots op locatie'. Naast een individuele aanpak kent 'Thuis in het Verpleeghuis' ook een regionale aanpak waarin door alle regio's afspraken worden gemaakt door zorgaanbieders, zorgkantoren en onderwijsorganisaties tezamen. Ook hier worden ervaringen en goede voorbeelden verzameld en gedeeld.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over een extra impuls voor 75 jaar vrijheid.

Ik wil het moment van 75 jaar vrijheid gebruiken om stil te staan bij de gruwelijkheden van toen waarbij het belang van de vrijheid die erop volgde wordt benadrukt. Daarnaast is het ook van belang het verhaal in de toekomst te kunnen blijven vertellen. Temeer omdat er steeds minder overlevenden zijn. Eén van mijn speerpunten rondom de viering van 75 jaar vrijheid is educatie. Ik ben verheugd dat de heer Slootweg mijn beleid ondersteunt. Door middel van educatie kan onze gezamenlijke geschiedenis gekoppeld worden aan onze belangrijke waarden van de democratische rechtsstaat waarin wij leven. De extra impuls die wordt gevraagd voor educatie wordt door de betrokken partijen al uitgewerkt. Er wordt door betrokken partijen momenteel een inventarisatie gedaan van mogelijke educatieve projecten die in aanmerking komen voor een bijdrage vanuit de Rijksoverheid. Ik ben bereid hier een financiële bijdrage tegenover te stellen. Dat heb ik ook met partijen gedeeld. De verdere uitwerking van deze plannen vindt de komende maanden plaats. Vóór het einde van het jaar is duidelijkheid over de inhoud, zodat ik mijn bijdrage daaraan kan koppelen. De bereidheid waar de heer Slootweg naar vraagt is er dus zeker.

Zoals in de begroting is weergegeven is voor de herinrichting en vernieuwing van de educatieve boodschap, voor de herinneringscentra Nationaal Monument Kamp Amersfoort, Vught en Westerbork een subsidie van ieder € 1 miljoen beschikbaar. Op die manier wordt zeker gesteld dat ook na 75 jaar vrijheid de educatieve boodschap wordt uitgedragen in de door de Rijksoverheid gefinancierde herinneringscentra. Met het Oranjehotel en het Indisch Herinneringscentrum ben ik in gesprek over een bijdrage aan de educatieve boodschap die straks een plek zal krijgen binnen hun herinneringscentrum, cq. pleisterplaats.

Ter voorbereiding op het Algemeen Overleg Voortgang beleid Oorlogsgetroffenen, wat gepland staat op 8 november 2018, ontvangt u van mij een brief, waarin ik een en ander nader zal toelichten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over de onderzoeken naar de betaalbaarheid van de zorg op de lange termijn en het verzoek om aandacht te hebben voor de demografische ontwikkeling.

Het kabinet erkent dat het van groot belang is om de zorg betaalbaar te houden ook op de lange termijn. Het kabinet denkt dan ook na hoe we de toenemende vraag naar zorg willen opvangen en welke consequenties dit mag hebben voor ons inkomen en onze economie.

Aan de SER is een verkenning gevraagd naar de gevolgen van de stijgende zorgkosten op de economie, arbeidsmarkt en solidariteit. We hebben de SER verzocht begin 2019 met ons in gesprek te treden over de eerste bevindingen en eind 2019 de verkenning te ontvangen.

De WRR is gevraagd naar wetenschappelijke inzichten om de zorguitgaven op lange termijn betaalbaar te houden. Daarbij hebben we gevraagd om ook te kijken of we kunnen leren van goede voorbeelden uit het buitenland over hoe we kunnen omgaan met de gevolgen van demografische ontwikkelingen door bijvoorbeeld gebruik te maken van sociale en technologische innovatie. Ook kan het nuttig zijn om over onze landsgrenzen heen te kijken om te zien hoe andere landen omgaan met de stijgende zorguitgaven, en onderliggende kosten, en welke lessen we daaruit kunnen trekken. De verwachting is dat de WRR, die uiteraard over haar eigen agenda gaat, het onderzoek begin 2019 zal starten.

Met de Hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt over beheerste groei op de korte termijn, maar er is in de akkoorden ook afgesproken dat op lange termijn de kosten niet sneller mogen stijgen dan de groei van de economie. Daarom gaan de bewindspersonen van VWS eveneens in gesprek met betrokken zorgpartijen over de lange termijn betaalbaarheid.

Op aangeven van Kamerlid Bergkamp zullen we binnenkort een commissie installeren die zich buigt over de wijze waarop we de zorg voor thuiswonende ouderen zullen moeten organiseren met het oog op de toekomst. Ik zal uw Kamer begin november informeren over de samenstelling en opdracht van de commissie, en naar verwachting zal de commissie haar rapport eind 2019 opleveren.

Ik deel de constatering dat de demografische ontwikkeling een belangrijke determinant is van de stijgende zorguitgaven. Demografische ontwikkelingen zullen daarom meegenomen worden in de genoemde onderzoeken.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over het niet uitgeven van de € 10 miljoen voor 2018 voor geestelijke verzorging.

Het klopt dat betreffende middelen niet meer rechtmatig en doelmatig kunnen worden uitgegeven in 2018. Besluitvorming over deze vrijval vindt plaats in het kader van de najaarsnota, waarover uw Kamer voor 1 december wordt geïnformeerd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) over het landelijk verspreiden van de forensische medische expertise om te kunnen beoordelen of iemand een ongeluk heeft gehad of dat er sprake is van mishandeling.

De expertise om te kunnen onderscheiden of iemand een ongeluk heeft gehad of dat er sprake is van mishandeling is op verschillende plaatsen beschikbaar. Op landelijke schaal wordt gewerkt met het Landelijk expertisecentrum kindermishandeling (LECK) en het Nederlands Forensisch Instituut (NFI). Vanuit de medische hulpverlening kan het LECK ingeschakeld worden voor forensisch medische expertise voor letselduiding bij kinderen. Elke beoordeling door het LECK wordt verricht door zowel een gespecialiseerd kinderarts als een gespecialiseerd

forensisch arts van het NFI. Op het moment dat er sprake is van een opsporingsonderzoek en een letselrapportage met betrekking tot kindermishandeling moet worden opgemaakt door een forensisch arts, zijn er specifieke landelijke afspraken over inschakeling van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) of de regionaal forensisch arts. Bij volwassenen wordt er eerder een regionaal forensisch arts ingeschakeld in plaats van het NFI dan bij kinderen. De expertise voor kinderen is namelijk specifiekier omdat zij vaak niet kunnen uitleggen wat er is gebeurd. Naast Amsterdam zijn er ook al andere regionale initiatieven gestart om de beschikbaarheid van forensisch medische expertise te borgen.

Er is, naar aanleiding van vragen van het kamerlid Bergkamp (D66), op mijn verzoek inmiddels een voorstel gedaan door GGD GHOR NLD, met betrokkenheid van de GGD Amsterdam, voor een project waarin forensisch medische expertise bij kinderen wordt versterkt en beter geborgd in alle 10 politieregio's. Dit project betreft het organiseren van deze expertise in deze 10 regio's en de daarvoor benodigde afspraken maken met alle betrokken partijen zoals het OM, de politie en Veilig Thuis. Daarnaast omvat dit project het met het veld opstellen van kwaliteitseisen ten aanzien van de forensisch arts en de rapportages ten behoeve van een eventueel strafproces. Ik hecht aan op regionaal niveau versterken van deze functie omdat ik het van belang vind dat in ieder geval het vastleggen van letsel gebeurt op de locatie, dan wel dichtbij de locatie, waar het slachtoffer zich bevindt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) om een reactie op zijn voorstellen voor een leefbaarheidsnorm (iedereen is in maximaal 15 minuten in het ziekenhuis), een toeslag voor regionale ziekenhuizen bij de opname van kritiek zieke patiënten, samenwerking tussen topziekenhuizen en regionale ziekenhuizen, en het democratiseren van de aansturing van ziekenhuizen (instemmingsrecht bij fusies, verbouwingen etc.).

Het invoeren van een norm waarbij alle inwoners van Nederland binnen 15 minuten per auto of OV bij een ziekenhuis kunnen zijn, verhoudt zich niet tot de beweging die nodig is, namelijk de juiste zorg op de juiste plek. Niet elke patiënt heeft ziekenhuiszorg nodig. Meer zorg zal in de toekomst in de eerste lijn, door de huisarts, door de wijkverpleging, of via e-health thuis kunnen worden geleverd. De zorg moet meer uit de gebouwen, en naar de patiënt toe komen. Uiteraard dus dichtbij waar dat kan; maar soms ook verder weg als dat beter is voor de kwaliteit, bijvoorbeeld in gespecialiseerde centra. Daar komt bij dat het voorstel voor de invoering van zo'n norm ook niet haalbaar is. Op dit moment zijn er 102 ziekenhuislocaties van algemene ziekenhuizen in Nederland (NVZ brancherapport 2018). Om een idee te krijgen van hoeveel ziekenhuislocaties nodig zouden zijn om aan de voorgestelde norm te voldoen, heb ik gekeken naar hoeveel ambulancestandplaatsen er nodig zijn om een groot deel van de Nederlanders in geval van spoed per ambulance, en dus niet per auto of met het OV, binnen 15 minuten te kunnen bereiken. Dat zijn er op dit moment ruim 200. Als we de locaties die dicht bij elkaar liggen schrappen, houd je er nog zo'n 170 over. In deze analogie, zou dit betekenen dat er zo'n 170 ziekenhuislocaties nodig zouden zijn om een groot deel van de Nederlanders in geval van spoed per ambulance in een ziekenhuis te krijgen. Dat is onhaalbaar: financieel gezien, gelet op de hoeveelheid personeel die je nodig zou hebben om die ziekenhuizen 24/7 te bemensen, en ook als je bedenkt dat artsen een minimaal aantal verrichtingen per jaar moeten doen om goede zorg te kunnen

blijven bieden.

In reactie op het voorstel om topziekenhuizen te verplichten tot samenwerking met regionale ziekenhuizen merk ik het volgende op. De beweging naar de juiste zorg op de juiste plek zal er ook toe leiden dat zorg veel meer uit de ziekenhuizen komt en wordt vormgegeven in samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg en ondersteuning. Deels is dat samenwerking in netwerken tussen topklinische en regionale ziekenhuizen. Maar de ontwikkeling is breder. Ook samenwerking tussen tweede en eerste lijn en tussen curatieve zorg, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning om zorg dicht bij huis of thuis te kunnen geven. Dergelijke samenwerkingsverbanden of netwerken ontstaan ook al volop in de regio's. Denk aan het Parkinsonnetwerk of aan samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen, huisartsen, paramedici en wijkverpleging in bijvoorbeeld de regio's Salland of Zuid-Limburg. Deze beweging moet ook komen vanuit de regio, daar weet men het best wat in die regio nodig is. Ik wil daarom niet overgaan tot centrale verplichtingen tot samenwerking tussen bepaalde partners.

Daarnaast is het voorstel gedaan om een toeslag voor regionale ziekenhuizen in te voeren, bij de opname van kritiek-zieke patiënten buiten de IC. In het rapport 'ziekenhuis dichtbij' wordt aangegeven dat daarbij in eerste instantie wordt gedacht aan de PACU (Post Anesthesia Care Unit, een speciale bewakingsafdeling voor patiënten die net een operatie hebben ondergaan), recovery (de uitslaapkamer) of medium care. De bekostiging van zorg is niet afhankelijk van de afdeling waar een patiënt ligt; bij de bekostiging gaat het om de geleverde zorg. Er zijn in een ziekenhuis verschillende vormen verpleegzorg, van intensief tot laag intensief. In beginsel worden voor alle vormen van verpleegzorg verpleegdagen binnen de DBC's vastgelegd. Die worden dus meegenomen bij de declaraties die ziekenhuizen bij zorgverzekeraars indienen. Zoals ik in het debat over de positie van regionale ziekenhuizen in juni dit jaar heb aangegeven maken ziekenhuizen afspraken met zorgverzekeraars, waarbij rekening kan worden gehouden met kostenverschillen, bijvoorbeeld als gevolg van intensievere zorg. De bestaande systematiek biedt dus voldoende mogelijkheden om deze zorg te bekostigen. Voor IC-zorg is op dit moment een aparte zogenaamde "add on" vastgelegd, die als een opslag op de reguliere DBC's kan worden gedeclareerd. De NZa heeft een verzoek van partijen ontvangen om voor andere intensievere zorgvormen, zoals medium care, ook een aparte betaaltitel te maken. Daarvoor is duidelijkheid nodig over de precieze inhoud van medium care zorg, bijvoorbeeld via vaststellen van een richtlijn. Die discussie hierover is nog gaande. Na afronding daarvan kan de NZa bepalen of een aparte betaaltitel kan worden vastgesteld, bijvoorbeeld via een "add on". Maar tot dan kan deze zorg zoals gezegd gewoon als onderdeel van de DBC worden gedeclareerd.

Tot slot het voorstel om de aansturing van het ziekenhuis te democratiseren, door bij belangrijke beslissingen (zoals fusies, verbouwingen, sluiting van afdelingen en verhuizingen van locaties en afdelingen) de gemeente instemmingsrecht te geven, door een vertegenwoordiger namens gemeenten in de Raad van Toezicht van het ziekenhuis te plaatsen, door ziekenhuizen grote besluiten te laten inbrengen bij de gemeenteraad en door personeels- en patiëntenraden instemmingsrecht te geven op fusies, verbouwingen, verhuizingen en sluitingen van voorzieningen. Deze maatregelen zouden moeten worden opgenomen in de zorgspecifieke fusietoets. In reactie daarop merk ik graag het volgende op. De zorgspecifieke fusietoets voorziet er nu al in dat wordt getoetst of cliënten, personeel en andere belanghebbenden zijn betrokken in de besluitvorming over een voorgenomen fusie. Ziekenhuizen zijn echter private instellingen die zelf afwegingen moeten

maken en beslissingen moeten kunnen nemen over de eigen bedrijfsvoering. Hierin zullen diverse belangen moeten worden gewogen, waaronder lokale publieke belangen. Er zijn momenteel geen aanwijzingen dat er zich structureel zodanige misstanden voordoen waarbij de publieke belangen in de zorg in het geding komen, die een dergelijke vergaande interventie rechtvaardigen. Voor de volledigheid meld ik u dat de minister van VWS eerder de ACM heeft verzocht samen met de NZa een inventarisatie te maken van mogelijkheden om het fusietoezicht in de zorg aan te scherpen. De ACM heeft inmiddels deze inventarisatie afgerond, en de minister en staatssecretaris van VWS en ik zijn voornemens uw Kamer binnen enkele weken deze inventarisatie samen met een beleidsreactie te sturen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over de begroting Lareb.

De taken van Lareb worden deels bekostigd door een instellingssubsidie van het ministerie van VWS, en deze is ongewijzigd. Daarnaast ontvangt Lareb financiering van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) voor taken die zij voor het CBG uitvoert op basis van een opdrachtverlening. Deze laatste wordt met 10% verminderd.

Om voor 2019 tot een sluitende exploitatie te komen, moet het CBG circa 10% bezuinigen op zijn totale uitgaven.

Van het totale CBG-budget gaat circa € 6 mln. naar de uitvoering van de wettelijke taak Geneesmiddelenbewaking waarvoor het CBG verantwoordelijk is. Een deel van die wettelijke taak voert het CBG zelf uit. Een deel wordt in de vorm van een opdracht van het CBG uitgevoerd door Lareb. De budgettaire omvang van de opdracht aan Lareb bedraagt circa € 3 mln. De opdracht – en daarmee het budget – wordt in 2019 10% teruggebracht. Daarmee gaat de helft van het totale bedrag dat het CBG jaarlijks besteedt voor zijn wettelijke taak Geneesmiddelenbewaking naar Lareb. Het CBG gaat op dezelfde manier om met bezuinigingen op de werkzaamheden die het CBG zelf uitvoert als met die op de werkzaamheden die Lareb in opdracht van het CBG uitvoert.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) of de kosten van zorg eerlijk verdeeld worden.

Iedereen die in Nederland verzekerd is heeft hetzelfde recht op zorg. Of je nu veel of weinig verdient. Voor dat recht op zorg betalen mensen een premie en een inkomensafhankelijke bijdrage. De nominale premie is voor iedereen gelijk, maar lagere inkomens worden gecompenseerd via de zorgtoeslag. De inkomensafhankelijke bijdrage loopt op met het inkomen, maar wordt boven een inkomen van 55923 euro (2019) niet meer geheven. Dit doen we omdat we vinden dat wat je voor je eigen verzekering betaalt in enig verband moet staan met wat je daarvoor terugkrijgt.

Maar we betalen niet alleen voor onze eigen zorg. Zo hoeven kinderen in Nederland geen premie te betalen, maar worden hun kosten betaald vanuit de belastingen. Daarbij betalen hogere inkomens meer dan lagere inkomens, ook als percentage van hun inkomen. Deze belastingen kennen ook geen grens waarboven niet meer betaald hoeft te worden. Als je kijkt naar wat mensen in totaal bijdragen aan de zorg, dus via premies en belastingen, dan betaalt iemand

met een tweemaal modaal inkomen in Nederland ruim € 8.000 per jaar meer mee aan de zorg dan iemand met een bijstandsuitkering.

Verder is van belang dat de collectieve uitgaven in Nederland uit meer bestaan dan alleen de zorg. We betalen met zijn allen ook voor bijvoorbeeld onderwijs, defensie en de politie. Deze andere uitgaven worden ook merendeels gefinancierd via progressieve belastingen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) om de premiegrens voor de inkomensafhankelijke bijdrage af te schaffen en de opbrengst daarvan in te zetten voor de verlaging van het verplicht eigen risico.

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt betaald door werkgevers, zelfstandigen en mensen met een aanvullend pensioen. Het afschaffen van de premiegrens betekent dus vooral dat de lasten voor werkgevers verhoogd worden, terwijl het kabinet juist streeft naar een verlaging van de werkgeverslasten. Het kabinet heeft het eigen risico bevroren gedurende deze kabinetsperiode en is niet voornemens hier verandering in aan te brengen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) op de vraag wat hij gaat doen aan het weigeren van individuele onderhandeling met fysiotherapeuten door zorgverzekeraars.

Ik vind het belangrijk dat het zorginkoopproces fatsoenlijk verloopt. Om dit te borgen heeft de NZa de 'Regeling transparantie van het zorginkoopproces Zvw' opgesteld. Hierin is vastgelegd wat een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar van elkaar mogen verwachten. In één van de bepalingen is opgenomen dat zorgverzekeraars voldoende beschikbaar moeten zijn voor vragen en opmerkingen van zorgaanbieders. Mocht een fysiotherapeut menen dat een zorgverzekeraar zich niet houdt aan deze bepaling, dan kan hij dat melden bij de NZa. De NZa monitort op dit moment ook actief het contracteringsproces, in het bijzonder in de paramedische zorg en zal begin 2019 daarover rapporteren. Het is overigens de zorgverzekeraar zelf die uiteindelijk bepaalt of hij met een zorgaanbieder een contract sluit of niet.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over een fatsoenlijke salariëring van zorgverleners.

Ik ben het eens dat zorgverleners fatsoenlijk betaald moeten worden en dat tarieven voldoende moeten zijn om de geldende cao-lonen te kunnen betalen. Daarom stellen wij jaarlijks via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) voldoende middelen beschikbaar waarmee sociale partners marktconforme loonontwikkeling af kunnen spreken. Komend jaar is dat naar verwachting € 1,7 miljard. Dit loopt over deze kabinetsperiode op tot naar verwachting € 6,5 miljard.

De tarieven worden in de praktijk bepaald door individuele onderhandelingen tussen gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren enerzijds en zorgaanbieders anderzijds. Er zijn verschillende waarborgen aanwezig om te zorgen dat tarieven ook voldoende zijn om onder andere de geldende cao te kunnen betalen. Zo bevat de Wmo 2015 specifieke waarborgen via de AMvB Reële Prijs (op grond van deze AMvB stellen gemeenten bij de aanbesteding een reële prijs vaststellen aan de hand van verschillende kostprijs-elementen waaronder de geldende cao). Ook in de

Jeugdwet zijn waarborgen opgenomen die bijdragen aan goede tarieven en zijn mogelijkheden gecreëerd om tariefsdisputen op te lossen. Hierbij is transparantie van aanbieders en gemeenten over de toepassing van de kostprijs-elementen van belang. In de Zvw en Wlz houdt de NZa bij de vaststelling van de maximumtarieven rekening met de geldende cao en de stijging van de ova. Daarbovenop hebben partijen in de hoofdlijnenakkoorden afspraken gemaakt over het volledig doorvertalen van de cao-loonstijging in de tarieven, waarbij het in concreto gaat om de ova.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over het afdwingen van zorg via de rechter.

Gemeenten hebben toereikende instrumenten en middelen voor de uitvoering van hun wettelijke taken. De Wmo 2015 is helder over de wettelijke opdracht voor gemeenten en biedt mensen die zijn aangewezen op maatschappelijke ondersteuning voldoende waarborgen. Op grond van de wet zijn gemeenten gehouden zorg te dragen voor de kwaliteit en de continuïteit van voorzieningen. Ik ga er vanuit dat gemeenten zich aan hun wettelijke taken houden. Daar waar uit onderzoek blijkt dat de betrokken persoon zijn beperkingen in zelfredzaamheid of participatie niet (volledig) op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg, met hulp vanuit het sociaal netwerk of door gebruik te maken van algemene voorzieningen kan compenseren, is de gemeente gehouden een maatwerkvoorziening te verstrekken.

Op basis van gegevens van de Raad van de Rechtspraak blijkt overigens dat het aantal ingediende Wmo-zaken bij rechtelijke instanties de afgelopen jaren is afgenomen. In 2015 werden 2200 zaken ingediend. In 2016 werden 1900 zaken aanhangig gemaakt. In 2017 werden er 1200 rechtszaken ingediend. Er is derhalve nagenoeg sprake van een halvering.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over zorgbuurthuizen en welke stappen er zijn gezet om deze te realiseren.

Ik zie al goede voorbeelden van nieuwe woonzorgconcepten.

Via een ondersteuningsteam en een kennisprogramma geef ik een impuls aan het in beeld brengen van de lokale woonopgave voor ouderen door gemeenten met hun lokale partners.

Om ouderen te helpen geschikt te wonen, ontwikkelen gemeenten een lokale aanpak om hen daarbij te helpen (zoals een wooncoach). Het ondersteuningsteam en het kennisprogramma helpen hen daarbij.

Om de totstandkoming van meer nieuwe (geclusterde) woonzorgvormen te stimuleren, komt er een stimuleringsregeling gericht op nieuwe woonzorgvormen, en een 'community of practice'. Met een experimentenprogramma worden goede voorbeelden opgehaald, maar ook kennis verkregen over de knelpunten waar initiatieven tegenaan lopen.

De stimuleringsregeling richt zich daarbij in het bijzonder op het ondersteunen van kleinschalige woonzorginitiatieven. Deze hebben vaak problemen bij de financiering, zowel in de planfase als in de bouwfase. Bij het ontwerp van de regeling kijken we of deze initiatieven kunnen worden geholpen bij deze financieringsvraag. Deze regeling zal er mede toe leiden dat bewonersinitiatieven

en sociale ondernemers worden geholpen bij de financiering van hun initiatief. Daarnaast wordt gekeken of er een challenge kan worden georganiseerd om te komen tot nieuwe exploitatiemodellen of het transparant maken van het aanbod.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de casus bij Careyn dat ouderen binnen drie dagen moeten beslissen om een plek in een verpleeghuis te accepteren.

U heeft mij per brief van 16 oktober jongstleden gevraagd te reageren op de brief over de bestuurlijke situatie in zorgcentrum Tuindorp Oost van Careyn (kenmerk 2018Z18138). In mijn antwoord zal ik ook ingaan op de door u genoemde casus.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de groei van het aantal mensen dat gebruik maakt van kleinschalige woon- zorginitiatieven.

Het is primair aan mensen zelf of ze gebruik willen maken van deze initiatieven. Gemeenten gaan daarnaast in het kader van het programma 'Langer Thuis' aan de slag met het ontwikkelen van een lokale aanpak om ouderen te helpen geschikt te wonen. Een ondersteuningsteam en het kennisprogramma 'Wonen en zorg' helpt hen daarbij. Met het programma 'Langer thuis' heb ik bovendien verschillende acties ingezet om het aanbod van nieuwe woonzorg-initiatieven te stimuleren, namelijk de stimuleringsregeling 'Wonen en Zorg' en het reeds genoemde kennisprogramma met goede voorbeelden voor de totstandkoming van nieuwe woonzorg-initiatieven. Ik streef ernaar om het kennisprogramma en het ondersteuningsteam rond het einde van het jaar gereed te hebben en de stimuleringsregeling begin volgend jaar.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) op de vraag of de mondzorg weer in het basispakket kan.

Het is van belang om zorgvuldig om te gaan met de afwegingen over de omvang van het basispakket gezien de maatschappelijke kosten die hiermee gemoeid zijn. Dit geldt ook voor de vraag of mondzorg weer in het basispakket kan worden opgenomen.

Het Centraal Planbureau (CPB) heeft in juni 2016 berekend dat het opnemen van de mondzorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder jaarlijks leidt tot € 1,2 miljard hogere Zvw-kosten. In het regeerakkoord is geen afspraak gemaakt om tot een dergelijke forse uitbreiding van het basispakket over te gaan. Ik zal de mondzorg voor volwassenen dan ook niet in het Zvw-pakket opnemen. Voor mensen met lage inkomens bieden de gemeentelijke collectieve contracten met een uitgebreide aanvullende verzekering voor onder andere mondzorg een mogelijkheid om de mondzorg voor hen financieel toegankelijk te houden.

Wel wil ik opmerken dat mondzorg voor kinderen tot 18 jaar onderdeel is en blijft van het basispakket. Daarnaast, zoals ik in mijn beantwoording op de vragen van 50 Plus aangeef, vind ik wel dat de mondzorg voor ouderen beter kan en beter moet. De knelpunten liggen daarbij niet zozeer in de financiering, maar in het belang dat ouderen aan mondgezondheid hechten, de prioriteit die zij geven aan andere gezondheidsproblemen en dat zij de tandartspraktijk soms lastig

bereikbaar vinden.

Ik ondersteun daarom de partijen in de mondzorg met de uitrol van het project De Mond Niet Vergeten! Dit project heeft als doel dat eind 2019 de mondgezondheid van 100.000 ouderen is verbeterd.

In het project worden de oorzaken van een slechte mondgezondheid aangepakt. Ouderen en hun naasten worden bewust van de risico's en leren hoe ze beter voor hun mondgezondheid kunnen zorgen. En als dit niet meer lukt, wordt de nodige hulp geboden door thuiszorg en/of naasten. Als het bezoek aan de tandarts wordt overgeslagen, wordt dit tijdig gesignaleerd en wordt de oudere verwezen en gemotiveerd tot een bezoek aan een mondzorgpraktijk die 'ouderenproof' is.

Tot slot wil ik er op wijzen dat kwetsbare ouderen met een Wlz-indicatie die in een instelling verblijf met behandeling ontvangen recht hebben op verzekerde tandheelkundige zorg op grond van de Wlz.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) of vitaminen, mineralen en paracetamol beschikbaar kunnen blijven in het basispakket voor reumapatiënten.

Met uw Kamer heb ik besproken dat wij vitaminen, mineralen en paracetamol niet langer te vergoeden, omdat de kosten relatief laag zijn. Ik heb ook met uw Kamer besproken dat wij hier geen uitzondering op maken voor specifieke groepen patiënten.

Dat deze medicijnen nodig zijn en ook patiënten met ernstige ziekten, zoals reuma, ze nodig hebben staat niet ter discussie. Maar vanwege die lage kosten kunnen ze voor eigen rekening van de patiënt komen. Ik laat de effecten van de maatregel monitoren.

Daarnaast wil ik opmerken dat het niet goed mogelijk is om bepaalde groepen patiënten uit te zonderen van de maatregel. Het is namelijk lastig een generiek beeld te geven van de aandoeningen waarvoor de vitaminen, mineralen en paracetamol worden ingezet. Het uitzonderen van specifieke groepen zou daarmee de hele maatregel teniet doen.

Bovendien worden de opbrengsten van de maatregel ingezet om andere (pakket)maatregelen te financieren. Het gaat hierbij om gesuperviseerde oefentherapie bij COPD, de Gecombineerde Leefstijlinterventie en de uitbreiding op de aanspraak ziekenvervoer. Daarnaast worden de overige middelen ook ingezet om de maximering van de GVS-bijdrage mogelijk te maken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) of alle zorg die bewezen effectieve is, werkt in het basispakket.

Voor zover wij het hebben over de zorg die binnen de wettelijk bepaalde aanspraken valt, ben ik ben het ermee eens dat alle zorg die bewezen effectief onderdeel van het pakket hoort te zijn en is. Het verzekerde pakket is ruim en de aanspraken zijn open geformuleerd, wat innovatie stimuleert: nieuwe effectieve zorg stroomt automatisch in. Echter, om verschillende redenen hebben wij vormen van zorg uitgesloten. Bijvoorbeeld, omdat de verzekerden de kosten zelf moeten kunnen dragen, zoals bij mondzorg en vitaminen, mineralen en paracetamol. Hierover spreek ik jaarlijks met uw Kamer. Daarnaast wil ik stimuleren dat potentieel veelbelovende nieuwe zorg sneller bij de patiënt komt. Daarvoor is er

vanaf volgend jaar de subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt, die de huidige voorwaardelijke toelating vervangt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) of de fysiotherapie weer in het basispakket kan, in het bijzonder voor mensen met botbreuken.

De afgelopen drie jaar is gestart met een meerjarig traject naar aanleiding van het systeemadvies fysiotherapie. Het doel daarbij is om de huidige vormgeving van de aanspraak fysio- en oefentherapie te hervormen tot een open aanspraak, zoals we die ook kennen bij andere zorgvormen. Kernpunten hierbij zijn dat bewezen effectieve fysio- en oefentherapie op basis van kwaliteitsstandaarden opgenomen wordt in het basispakket en geprioriteerd wordt op aandoening waar de substitutiewinst valt te behalen.

In de afgelopen twee jaar heeft het Zorginstituut op basis van kwaliteitsstandaarden uit de praktijk beoordeeld dat fysiotherapie vanaf de eerste behandeling bij etalagebenen (claudicatio intermittens) en knie- en heupartrose wordt vergoed. Vanaf 1 januari 2019 wordt ook fysiotherapie bij COPD met stadium II of hoger van de Gold-classificatie vanuit het basispakket vergoed.

Ik zet deze aanpak door. Dit betekent niet dat alle fysiotherapie vanuit het basispakket vergoed zal worden. Indien voldaan wordt aan de criteria van de nieuwe aanpak zal ik, net als bij de drie genoemde voorbeelden, fysiotherapie voor de betreffende aandoening opnemen in het basispakket.

Met betrekking tot de vraag over het niet kunnen betalen van fysiotherapie voor botbreuken: Het niet kunnen betalen van fysiotherapie bij botbreuken wordt niet anders benaderd dan andere (chronische) aandoeningen waar fysiotherapie voor ingezet zou kunnen worden. Dit betekent dat voor bepaalde botbreuken de fysiotherapiebehandeling op dit moment op de chronische lijst staat en wordt vergoed vanaf de 21^e behandeling. Daarnaast hebben verzekeren de mogelijkheid om zich aanvullend te verzekeren voor fysiotherapie. Indien dit aan de orde is en zij een botbreuk hebben, kunnen zij aanspraak maken op vergoeding.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de € 100 miljoen inzetten voor meer zorg en uren voor cliënten met een ernstige meervoudige handicap.

In de definitieve kaderbrief Wlz 2019 heb ik op basis van het door de NZa uitgevoerde kostprijsonderzoek de contracteerruimte 2019 verhoogd met € 98 miljoen voor de gehandicaptenzorg en € 75 miljoen voor de tarieven voor vervoer naar de dagbesteding. De verhoging van de vervoerstarieven heeft vooral betrekking op de gehandicaptenzorg. Met deze beide verhogingen komt er in de gehandicaptenzorg gemiddeld per cliënt meer geld beschikbaar. Daarbij komt dat als gevolg van het kostprijsonderzoek de tarieven van de hogere zorgprofielen (waaronder de profielen voor mensen met een ernstige meervoudige beperking) over het algemeen zijn gestegen en die voor lagere zorgprofielen zijn gedaald. Daarmee komt er dus meer geld beschikbaar voor deze zware doelgroep.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over wat vindt de minister van uitbreiding van 'letselspreekuur plus' van GGD Amsterdam naar andere locaties en de financiering daarvan?.

Er is - op mijn verzoek - inmiddels een voorstel gedaan door GGD GHOR NLD, met betrokkenheid van de GGD Amsterdam dat het Letselspreekuur Plus is gestart, voor een project waarin forensisch medische expertise bij kinderen wordt versterkt en geborgd in de 10 politieregio's. Dit project betreft het organiseren van deze expertise in deze 10 regio's en de daarvoor benodigde afspraken met alle betrokken partijen zoals het OM, de politie en Veilig Thuis. Daarnaast omvat dit project het met het veld opstellen van kwaliteitseisen ten aanzien van de forensisch arts en de rapportages ten behoeve van een eventueel strafproces.

Forensisch medisch onderzoek is van groot belang: zowel voor de betrokken slachtoffers als voor eventuele vervolging van daders. Daarom dient bij dit thema zeer prudent te werk worden gegaan. En daarom worden met alle betrokken partijen kwaliteitseisen gesteld ten aanzien van de forensisch arts en de rapportages ten behoeve van een eventueel strafproces. De locaties dienen daar aan te voldoen. Het financieren en uitbreiden van het "letselspreekuur plus" moet in dit licht voldoen aan een aantal voorwaarden.

- Het OM, de politie, het NFI, Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming zijn goed betrokken.
- Het uitgangspunt moet altijd zijn dat een onderzoek maar één keer hoeft plaats te vinden om het slachtoffer zo min mogelijk te belasten en
- Er moet overal worden gewerkt conform de handreiking samenwerken bij strafbare kindermishandeling.

Uiteindelijk moet het zo zijn dat de expertise voor het vastleggen van letsel in elke politieregio beschikbaar is zodat het letsel van een slachtoffer kan worden vastgelegd op de locatie waar het zich bevindt of daar dichtbij.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over het aantal behandelingen ergotherapie in het basispakket en de samenhang met langer thuis wonen.

Het aantal behandeluren ergotherapie in het basispakket is momenteel gemaximeerd op 10. Op dit moment zien wij geen aanleiding om dit aantal uren uit te breiden. Indien uit toekomstig onderzoek blijkt dat het huidige maximum in sommige gevallen te weinig is en dat een andere aanspraak een substitutie effect teweeg kan brengen, dan raden wij de beroepsgroep aan dit onder de aandacht van het Zorginstituut te brengen. Het Zorginstituut kan dan de behandeling beoordelen op effectiviteit, of eventuele aanpassing bijdraagt aan substitutie en advies richting het ministerie uitbrengen over de aanspraak.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de financiering van initiatieven zoals het kindergasthuis De Boeg in Groesbeek en de Transitie Care Unit in het Amsterdam UMC.

Kinderen zouden zo kort mogelijk in het ziekenhuis moeten blijven. Daar is iedereen het over eens. Het is belangrijk onderscheid te maken tussen enerzijds

logeerinitiatieven waarbij geen zorg geleverd wordt en anderszijds locaties waar wél zorg geleverd wordt; meestal niet alleen aan het kind, maar waar ook het gezin wordt 'medebehandeld'. Logeerinitiatieven vallen niet onder de verzekerde zorg, want er wordt geen zorg geleverd. Daarom zal ik de behoefte naar vormen van logeren zonder zorg nader onderzoeken. In dat onderzoek zal ik de financiering mee nemen. Voor zover het om het verblijf van het kind en het gezin op een locatie gaat waar wél zorg geleverd wordt, heb ik het Zorginstituut op korte termijn om een duiding gevraagd van zulke verplaatste zorg. Een voorbeeld daarvan is het aanleren aan ouders van medische handelingen en kennis in een omgeving waar de thuissituatie zoveel mogelijk nagebootst kan worden om thuis de complexe intensieve zorg te kunnen leveren. Zodra deze duiding zal ik kijken welke mogelijkheden er zijn voor het financieren van dit soort initiatieven.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over meer specifieke aandacht voor mensen met een LVB om te zorgen dat ze niet tussen wal en schip vallen.

Via de programma's Volwaardig Leven, Onbeperkt Meedoen en Zorg voor de Jeugd worden in meer generieke zin tal van maatregelen getroffen die (ook) bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met een licht verstandelijke beperking. Graag bezien we hoe aldaar meer gerichte maatregelen voor deze groep mensen kunnen worden getroffen.

Daarnaast is er specifieke aandacht voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). In de brief van de minister over cliëntondersteuning van 15 oktober 2018 geeft hij aan dat in het kader van het programma 'Volwaardig Leven' pilots op het gebied van cliëntondersteuning worden gedaan voor verschillende groepen. Doel van de pilots is het ontwikkelen en testen van gespecialiseerde cliëntondersteuning. Een van de groepen is mensen (en hun naasten) met (licht) verstandelijke beperkingen en ernstige gedragsproblematiek. Daarnaast worden er in het sociaal domein pilots naar cliëntondersteuning uitgevoerd. Daar wordt eerst onderzocht of er behoefte is aan gespecialiseerde cliëntondersteuning voor bepaalde groepen. Een van deze groepen is de groep jongeren met een (licht) verstandelijke beperking, eventueel ook met enige psychische of gedragsproblemen, zonder sterk netwerk.

Met de gemeente Zwijndrecht loopt in het kader van het programma sociaal domein een traject waarin op uitvoeringsniveau gekeken wordt naar knelpunten voor mensen met een LVB. Dat is een goed project waarin VWS- en SZW-medewerkers samen met medewerkers van de gemeente in de praktijk van de uitvoering duiken. We gaan kijken of meer gemeenten kunnen aanhaken bij dit traject om van elkaar te leren. De staatssecretaris zal bezien hoe de doelgroep LVB nadrukkelijker in de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang meegenomen kan worden.

Daarnaast loopt er op dit moment een groot Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) naar mensen met een LVB. In de taakopdracht van het IBO is aangegeven dat de werkgroep levensbreed kijkt naar de ondersteuning voor mensen met een LVB. De verwachting is dat in het voorjaar het rapport naar de Tweede Kamer wordt gestuurd met een kabinetsreactie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over het verzoek aan het SCP te vragen in samenspraak met de Nationale Ombudsman vóór de begrotingsbehandeling 2020 te onderzoeken wat er gedaan is met in het rapport 'Zorgen voor Burgers' genoemde knelpunten.

Zoals aangegeven in mijn brief in reactie op dit rapport worden veel van de genoemde knelpunten in diverse programma's aangepakt. De investering van € 55 miljoen die dit kabinet doet in de versterking van de functie cliëntondersteuning levert eveneens een bijdrage aan de aanpak van door Nationale Ombudsman gesignaleerde knelpunten. De voortgang van deze programma's en trajecten wordt gemonitord. Daarnaast zal ik in overleg treden met het SCP en de Nationale Ombudsman om hen te betrekken bij het volgen van de voortgang op deze knelpunten. Ik zal hier voor de begrotingsbehandeling van 2020 over rapporteren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over hoe de gehandicaptenzorg en de financiering woonzorgcombinaties.

Met het ministerie van BZK en Ieder(in) is afgesproken dat in januari 2019 een onderzoek start naar de problematiek bij de totstandkoming van woonzorgarrangementen voor mensen met een beperking. Dit onderzoek wordt - op inspraak van Ieder(in) - vooral gericht op jongeren/jongvolwassenen (15-30 jr) met een beperking die zelfstandig willen gaan wonen (met zorg/ondersteuning/begeleiding). De onderzoeksopzet wordt in samenwerking met relevante belangenorganisaties uitgewerkt om het onderzoek goed aan te laten sluiten bij ervaren knelpunten in de praktijk. Aan de hand van de onderzoeksresultaten kan worden gezien welke acties noodzakelijk zijn bij totstandkoming van woonzorg-combinaties.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over waar ruis is ontstaan in verband met de subsidie die Siriz ontvangt en hulp die zij biedt en die sturend is. De vraag is wat er nu aan de hand is.

De afgelopen periode is relatief veel aandacht besteed aan dit onderwerp, omdat in diverse media is geschreven over Siriz.

In het NRC Handelsblad van 31 augustus 2018 wordt door Christa Compas (Humanistisch Verbond) bijvoorbeeld gewezen op de relatie die Siriz heeft met de Vereniging Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK) en waarbij Siriz wordt neergezet als een anti-abortusclub.

Siriz heeft hierop gereageerd en aangegeven dat voor hen altijd de eisen van de Wet afbreking zwangerschap voorop staan en zij de keuzevrijheid van de vrouw respecteren. Zij willen de vrouw nadrukkelijk meerdere uitwegen voor de noodsituatie bieden dan enkel een abortus.

In de Groene Amsterdammer is vervolgens op 12 september een artikel geplaatst, waarin wordt verwezen naar een chatgesprek met één van de medewerkers van Siriz. In dat artikel wordt gesteld dat Siriz onjuiste en sturende informatie verstrekt. Dit chatgesprek is door een mystery guest (gynaecoloog Gunilla Kleiverda, een arts in het Flevoziekenhuis en voorzitter van Women on Waves) gevoerd en gaf haar vervolgens aanleiding om de kwaliteit van de hulpverlening van Siriz ter discussie te stellen.

Kwalitatief goede hulpverlening gebaseerd op correcte informatie vind ik van groot belang. Ik ben op dit moment dan ook bezig met de kwaliteitscriteria waar alle partijen aan moeten voldoen die keuzehulpgesprekken bieden. Ik zal de Tweede Kamer informeren zodra ik hier duidelijkheid over heb, uiterlijk op 1 december. Ook Siriz heeft stappen ondernomen en heeft Siriz na plaatsing van de krantenberichten aan gynaecologen gevraagd om de medische juistheid van de informatie op de site van Siriz te toetsen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Raemakers (D66) over het gebruik van vragenlijsten door individuele patiënten ten behoeve van samen beslissen.

In de aanpak Uitkomstgerichte zorg is de ambitie vastgelegd dat in 2022 voor de helft van de ziektelast de uitkomsten van zorg die er voor de patiënt toe doen inzichtelijk zijn. Deze ambitie wordt onderschreven door partijen in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg.

Deze uitkomstinformatie kan worden gebruikt ten behoeve van ondermeer de keuze **voor** de spreekkamer (waar kan ik het beste heen?) en de keuze **in** de spreekkamer (samen beslissen). Hiervoor wordt ingezet op gevalideerde vragenlijsten die terugrijpen op de zaken die van belang zijn voor individuele patiënt. Deze patiëntrelevante uitkomst informatie speelt vervolgens een rol bij het gesprek over een gezamenlijke beslissing tussen patiënt en zorgverlener.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Raemakers (D66) over de pilot psychosociale zorg bij kanker en specifiek hoeveel mensen er deelnemen, of bedrijfsartsen kunnen doorverwijzen, of er voldoende bekendheid is bij huisartsen en wat de politiek kan met de resultaten van de pilot.

De pilot loopt sinds begin dit jaar en wordt uitgevoerd door ZonMw, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en KWF Kankerbestrijding (KWF).

Het doel van de pilot is het monitoren van de invloed van tijdige, gepaste en adequate zorg op de kosteneffectiviteit, patiëntkenmerken, medische consumptie, het effect op het welzijn van de patiënt en daarnaast op het werkelijk aantal patiënten dat wordt behandeld voor een aanpassingsstoornis bij kanker.

IKNL streeft naar een inclusie van 150 nieuwe patiënten per maand (in totaal ongeveer 2500) vanaf eind dit jaar. ZonMw heeft een campagne voor bekendmaking van deze pilot onder huisartsen net afgerond. Bedrijfsartsen kunnen patiënten ook attenderen op de mogelijkheden die deze pilot biedt: vergoeding van behandeling van aanpassingsstoornis bij/na kanker door daarin gespecialiseerde hulpverleners.

Na afloop van de pilot stuur ik uw Kamer het eindrapport.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Raemakers (D66) over de samenwerking bij de uitvoering van de HLA's en welk tijdpad er is voor de elementen van de uitwerking.

Met de partijen die de hoofdlijnenakkoorden hebben ondertekend worden regelmatig bestuurlijke overleggen gevoerd. In deze bestuurlijke overleggen wordt de voortgang op de verschillende afspraken besproken. Waar nodig houden partijen elkaar scherp op de gemaakte afspraken. Deze wijze van samenwerking verloopt goed. Het tijdpad voor de verschillende elementen in de akkoorden verschilt, zowel binnen als tussen de akkoorden. De afgesproken acties zijn in uitvoering of worden nu uitgewerkt in actieplannen met bijbehorende deadlines. Ook de tijdige uitvoering van de afgesproken acties is onderwerp van gesprek in de bestuurlijke overleggen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Raemakers (D66) over of hij bereid is meer regie te nemen ten aanzien van elektronische gegevensuitwisseling en daarvoor een integraal plan van aanpak te maken. Digitale gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals en met de patiënt kan beter. Dat betekent meer regie, meer aanspraken, meer verplichten. Ik kom daarop terug in de brief over elektronische gegevensuitwisseling die ik voor het einde van het jaar heb toegezegd.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Raemakers (D66) over de voortgang van 'kijk- en luistergeld' en hoe vaak daar gebruik van wordt gemaakt.

In de medisch-specialistische zorg is per 2014 een nieuwe zorgactiviteit 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties' geïntroduceerd, ook wel kijk- en luistergeld genoemd. Dit consult kon ingezet worden voor gesprekken in "de laatste levensfase" en staat gelijk aan een regulier polikliniekbezoek. Dat maakt het ook voor aanbieders en verzekeraars makkelijker aparte afspraken te maken over de contractering van deze zorg.

In de periode van 2014 t/m 2016 is deze activiteit ruim 1200 keer per jaar geregistreerd (bron: DIS data). Vanaf 2018 is deze zorgactiviteit verbreed en kunnen zorgaanbieders ook buiten "de laatste levensfase" deze registratiecode gebruiken, zodat situaties waarin 'samen beslissen' substantieel meer tijd in beslag neemt dan een standaard consult geregistreerd kunnen worden. Deze code wordt ook op de nota getoond. Het is nog te vroeg om een overzicht te kunnen geven van het aantal keren dat in 2018 gebruik gemaakt is van deze code.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van Kamerlid Raemakers (D66) op de vraag hoe de hij er voor zorgt dat er geen verkeerde prikkels in het systeem zitten, hoe voorkomen kan worden dat het overdragen van de patiënt of niet behandelen ten koste gaat van de portemonnee van de zorgverleners.

In de rapportage van de Taskforce 'de Juiste zorg op de juiste plek' is aangegeven dat er in de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vaak meer kan dan men denkt zonder dat de NZA-bekostigingsregels hoeven te worden aangepast. De gemeente of de zorgverzekeraar hoeft niet te financieren per handeling, zij kunnen ook afspraken maken over aanneemsommen die los staan van het aantal ingrepen dat zij doen. Hiervan zie ik steeds meer voorbeelden, zoals bijvoorbeeld via trajecten als Zinnige Zorg van VGZ en de gebundelde financiering van alle zorgkosten van HIV-patiënten door Zilveren Kruis. Daarnaast zie ik dat er steeds vaker afspraken zijn die meer tijd voor de patiënt mogelijk maken, in het bijzonder bij huisartsen, waardoor er meer ruimte is voor het goede gesprek en samen-beslissen en er minder doorverwezen wordt. Ook kunnen in de

contractering afspraken worden gemaakt over uitkomsten van zorg, zoals Menzis recent heeft gedaan met een twintigtal GGZ-instellingen.

Tegelijkertijd past de NZa de bekostigingsregels aan om bovenstaande beweging te ondersteunen, bijvoorbeeld door meer financieringsmogelijkheden voor bekostiging van medisch specialistische zorg in de thuissituatie of de bekostiging van e-health. Ook heeft de NZa in de bestaande DBC-structuur samen besloten als extra activiteit opgenomen. Hiermee wordt zichtbaar gemaakt dat het goede gesprek leidt tot minder ingrepen, wat vervolgens in contracten kan worden "beloofd". Ik ben met de NZa in gesprek om te kijken of we deze ontwikkeling meer kunnen faciliteren. Dit neemt niet weg dat de beweging om zorg dichterbij mensen thuis te verlenen, en verder weg als moet, in bepaalde gevallen kan leiden tot minder omzet van bepaalde groepen zorgverleners. Hier zal aandacht voor moeten zijn in de (meerjarige) contractering. Voor mij blijft het belangrijk dat de uitkomsten voor de patiënt boven de omzet van zorgverleners gaan.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Raemakers (D66) of hij het eens met de stelling dat de ICT in de zorg hopeloos verouderd is.

De overdracht van gegevens ging altijd op papier. Door de digitaliseringslag die gaande is wordt meer dan voorheen duidelijk welke inhoudelijke en technische hiaten er bij overdracht nu zijn. Daarbij zijn er drie kernproblemen. Ten eerste ontbreekt er eenheid van taal: alle beroepsgroepen gebruiken van oudsher bij hun beroep passende termen. Een 'BB' is voor de één een bovenbeen en voor de ander een bovenbuik. Die verschillende talen belanden weer in verschillende IT-systemen waardoor aan het eind van het liedje er een Babylonische spraakverwarring ontstaat. Daarnaast sluiten ICT-systemen onvoldoende aan. Zowel binnen instellingen als tussen instellingen. Er zijn onvoldoende geïmplementeerde standaarden en de infrastructuur werkt beperkt samen. Er wordt nog teveel gefaxt en gefietst. Ten derde zitten door een beperkt aantal spelers op een soms moeilijk toegankelijke markt, systemen op slot; data zijn moeilijk uit deze silo's te halen. Kortom: Ja, het is tijd om de fax en de fiets af te schaffen en te komen tot digitale gegevensuitwisseling zodat de zorg echt op de juiste plek met de juiste informatie geleverd kan worden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Raemakers (D66) over de wijze waarop wordt omgegaan met verschillen tussen patiënten bij het meten van uitkomsten en hoe op de lange termijn resultaten te meten en inzichtelijk te maken.

Iedere patiënt verdient de zorg die het beste bij zijn of haar persoonlijke situatie past. De beste zorg verschilt daardoor per patiënt. Voor individuele patiënten is daarom uitkomstinformatie nodig van mensen met dezelfde kenmerken, wensen en voorkeuren: "patiënten zoals ik". Dit neemt niet weg dat meer generieke uitkomstinformatie ook relevant is voor patiënten.

Bovendien wordt niet alleen gekeken naar de uitkomsten op de korte termijn, maar ook op de lange termijn. Ik werk daarom met patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars en anderen aan de vormgeving hiervan. Het gaat dan om praktische punten zoals hoe zorgaanbieders langdurig contact kunnen houden met patiënten die bijvoorbeeld verhuizen. Ook kijk ik samen met hen wat de relevante momenten in het patiëntproces zijn om uitkomstinformatie te meten en te

bespreken tussen zorgverlener en patiënt. Een patiënt met bijvoorbeeld een ernstige vorm van kanker volg je langer en op andere momenten dan een patiënt met een gebroken arm.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Raemakers (D66) over de gerealiseerde besparing door de overheveling van geneesmiddelen naar de ziekenhuizen.

Met het overhevelen van geneesmiddelen van de openbare farmacie (extramurale aanspraak) naar het ziekenhuis (intramuraal aanspraak) worden verschillende doelen nagestreefd. Het realiseren van een besparing op de uitgaven is hier één van. Omdat ziekenhuizen over de prijzen onderhandelen met leveranciers is het niet mogelijk om aan te geven welk besparingsbedrag behaald is met de overheveling van geneesmiddelen.

Een evaluatie van de overheveling van geneesmiddelen is uitgevoerd door onderzoeksbureau SiRM (Kamerstuk 29 477 en 29 248, nr. 370). Op basis van interviews met o.a. ziekenhuisapothekers concludeerden zij dat wat betreft het realiseren van lagere geneesmiddelprijzen het doel grotendeels behaald is, met name voor de TNF-alfaremmers, fertiliteitshormonen en groeihormoon. Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer 80% van de respondenten aangeven dat de overheveling heeft geleid tot enigszins of aanzienlijk lagere werkelijk betaalde prijzen voor TNF-alfaremmers, fertiliteitshormonen en groeihormoon. Dit percentage ligt lager voor de overgehevelde oncolytica: hierbij geeft ruim 30% aan dat de prijzen na de overheveling lager zijn. Als redenen voor de lagere prijzen wordt onder andere genoemd de gezamenlijke inkoop met andere ziekenhuizen en een actieve deelname van de voorschrijvend arts aan het inkoopproces.

Afgelopen jaar heeft de NZa in haar monitor Geneesmiddelen in de Medisch Specialistische zorg (december 2017, Kamerstuk 29 477, nr. 461) geconstateerd dat de uitgaven aan overgehevelde geneesmiddelen (2015: 916 mln euro; 2016: 882 mln euro*) in tegenstelling tot de uitgaven aan andere intramurale, dure geneesmiddelen (2015: 918 mln euro; 2016: 1057 mln euro*) over de afgelopen jaren relatief stabiel zijn.

* Bron: NZa monitor Geneesmiddelen in de Medisch Specialistische zorg (december 2017, Kamerstuk 29 477, nr. 461); de cijfers over 2016 waren bij publicatie van de monitor nog niet volledig

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) of hij pal achter de eigen keuze van vrouwen bij ongeplande/ongewenste zwangerschappen staat.

Ja, wij zijn van mening dat iedere onbedoeld zwangere vrouw vrijwillig en weloverwogen tot haar besluit moet kunnen komen zoals ook vastgelegd in de Wet afbreking zwangerschap (Waz).

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over of het kabinet kan zorgen dat geen subsidie gaat naar organisaties die sturende en medisch onjuiste informatie geven

aan zwangere vrouwen.

Ik ben op dit moment bezig met het stellen van kwaliteitscriteria waar alle partijen aan moeten voldoen die keuzehulpgesprekken bieden. Correcte en onafhankelijke informatievoorziening is daar uiteraard een onderdeel van. Er wordt door het ministerie van VWS gewerkt aan een zogeheten open house constructie. Via deze constructie kunnen alleen partijen die voldoen aan de kwaliteitscriteria zich inschrijven en een meerjarig contract sluiten met de overheid.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over hoe de subsidieverdeling er exact uitziet in 2019 als het gaat om informatievoorziening en keuzehulp voor ongewenste zwangerschap.

Over de verdeling van de beschikbare middelen voor 2019 voor informatievoorziening en keuzehulpgesprekken voor onbedoelde zwangerschappen is nog niets te zeggen. De subsidieverlening wordt momenteel via een open house constructie vorm gegeven.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over vergoeding van hersteloperaties bij genitale verminking.

De toezegging die mijn ambtsvoorganger in 2014 heeft gedaan hield in dat zodra plastisch chirurgen en gynaecologen het toen voorliggende modelprotocol over reconstructieve chirurgie na genitale verminking zouden hebben afgerond, de hersteloperaties onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) zouden kunnen worden gebracht. Medisch noodzakelijke zorg (gericht op functioneel herstel en wegnemen van klachten) wordt sowieso vergoed uit de Zvw.

Plastische chirurgen en gynaecologen hebben toen geen overeenstemming over dit modelprotocol weten te bereiken omdat er onduidelijkheid en gebrek aan wetenschappelijk bewijs bestond over nut, effectiviteit en gevolgen van de interventies. Zo heeft bijv. de Britse vereniging van gynaecologen in 2015 reconstructieve chirurgie na genitale verminking afgeraden omdat er aanwijzingen zijn voor onaanvaardbare complicaties zonder dat er doorslaggevend bewijs bestaat voor het nut van de ingreep.

Inmiddels hebben de gynaecologen in samenwerking met verloskundigen, huisartsen, plastisch chirurgen en Pharos een concept Leidraad medische zorg voor vrouwen en meisjes met genitale verminking opgesteld. De beroepsgroepen zullen deze Leidraad naar verwachting eind 2018 autoriseren en publiceren.

In de concept Leidraad wordt geconcludeerd dat de beschikbare literatuur met betrekking tot wat reconstructie is, wat het doel is en wat de mogelijkheden zijn, zeer gering is. Er is zwak bewijs voor vermindering van pijnklachten en er is behoefte aan een klinische trial van goede kwaliteit om de veiligheid en effectiviteit van reconstructie te onderzoeken. Nu de beroepsgroepen dit aangeven, kan niet op basis van de Leidraad automatisch worden aangenomen dat de beschreven interventies in aanmerking komen voor vergoeding uit de Zvw.

Daarom zal ik, zodra de Leidraad eind dit jaar is geautoriseerd, hierover het oordeel van het Zorginstituut vragen. Ik zal het Zorginstituut daarbij verzoeken

om de beoordeling snel uit te voeren. Deze medisch noodzakelijke zorg is gericht op zoveel mogelijk herstel van de functies van de uitwendige geslachtsorganen. Het gaat dan bijvoorbeeld om onbelemmerde afvoer van urine en menstruatiebloed om daarmee mogelijke infecties aan urineweg, blaas en vagina te voorkomen. Ook behandeling van onder andere littekenweefsel na genitale verminking, abcessen en pijnklachten valt onder deze medisch noodzakelijk zorg.

Vooruitlopend op dat oordeel kan ik de hersteloperaties niet onder de Zvw en evenmin onder een andere financiering brengen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over de vraag om direct werk te maken van het rapport 'Zorgen voor Burgers' van de Nationale Ombudsman.

In mijn brief in reactie op dit rapport heb ik aangegeven dat de door de Nationale Ombudsman genoemde knelpunten aangepakt worden in diverse programma's. Ook de investering van € 55 miljoen die dit kabinet doet in de versterking van de functie onafhankelijke cliëntondersteuning levert een bijdrage aan de aanpak van door Nationale Ombudsman gesignaleerde knelpunten. Deze middelen zet ik onder andere in om bekendheid, kwaliteit en kwantiteit van de functie onafhankelijke cliëntondersteuning te vergroten. Ik maak er dus direct werk van. In aanvulling op al ingezette acties ga ik het land in om in gesprek te gaan met lokale partijen over de hele breedte van de uitkomsten van de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg door het SCP.

In het actieprogramma 'werken in de zorg' wordt geen aandacht besteed aan werkdruk en salaris. Minister zegt dat dit taak van sociale partners in de regio is. Maar de minister is verantwoordelijk voor het aanpakken van personeelstekorten in de zorg en moet hier meer verantwoordelijkheid in nemen, meer geld tegenover zetten en goed werkgeverschap stimuleren door gemeenten aan te spreken op tarieven die zij geven. Graag uw reactie?

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag om een reactie op de oproep van het Kamerlid Kerstens (PvdA) om meer verantwoordelijkheid te nemen op thema's als arbeidsvoorwaarden en werkdruk.

Het hele actieprogramma 'Werken in de Zorg' heeft als doel voldoende tevreden en goed toegeruste medewerkers. Zowel de inzet op meer medewerkers als de inzet op anders werken draagt bij aan het reduceren van de werkdruk. Wij spreken werkgevers hierbij nadrukkelijk aan daar waar het gaat om goed werkgeverschap. Daarnaast is er een apart programma '(Ont)Regel de Zorg' om te komen tot merkbaar minder administratieve lasten. Ook dat draagt bij aan het verminderen van de werkdruk en het vergroten van het werkplezier.

We zien ook dat veel aangrijpingspunten voor het verminderen van de werkdruk binnen organisaties zelf liggen. Met het actie-leer-netwerk van het actieprogramma Werken in de Zorg gaan we daarom goede voorbeelden actief verspreiden zodat men van elkaar kan leren. Ook via het programma (Ont)regel de zorg wordt hier via meerdere sporen op ingezet.

Daarnaast stellen wij jaarlijks voldoende middelen beschikbaar voor een marktconforme loonontwikkeling in de zorg. Het is aan sociale partners op landelijk niveau om daar goede afspraken over te maken in de cao's. Tarieven horen rekening te houden met de geldende cao's. Dit geldt ook voor gemeenten die zorg en ondersteuning aanbesteden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over de halvering van het eigen risico in de opmaat naar volledige afschaffing in 2020 en de vraag over het duurder worden van de zorg door het eigen risico.

Onlangs is het wetsvoorstel aangenomen om de hoogte van het eigen risico tot en met 2021 te fixeren op 385 euro (en niet te indexeren met de stijging van de zorguitgaven). De financiering van zorg is in hoge mate gebaseerd op solidariteit van mensen die geen of weinig zorg gebruiken met mensen die (relatief) veel zorg ontvangen. Met het huidige niveau van het verplicht eigen risico wordt voor de komende periode een verantwoord evenwicht bereikt tussen de eigen financiële verantwoordelijkheid die van verzekerden gevraagd kan worden en het deel van de zorgkosten dat collectief gefinancierd wordt.

Uiteraard is het van belang om oog te blijven houden voor de financiële toegankelijkheid tot zorg voor alle verzekerden. Hiertoe zijn reeds verschillende maatregelen genomen. Zo compenseert de zorgtoeslag grotendeels het eigen risico voor lage inkomens en zijn specifieke zorgvormen (zoals huisartsenzorg) uitgezonderd van het eigen risico. Ook gemeenten bieden hulp door bijvoorbeeld meerkostenregelingen, bijzondere bijstand en/of gemeentelijke collectiviteiten met regelingen voor het eigen risico aan te bieden. Verder bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen (zie TK 29538, nr. 231 voor een volledig overzicht van maatregelen).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) of er nu minder polissen worden aangeboden dan de 60.000 van vorig jaar. En als dat niet het geval is, wat hij er dan aan gaat doen om ervoor te zorgen dat kiezen en vergelijken makkelijker wordt?

Er zijn 55 modelpolissen in 2018 tegenover 71 in 2015. Er waren 58.000 collectiviteiten in 2016 en 51.000 collectiviteiten in 2018 (Bron: NZa). Tegelijk constateer ik ook dat het onderscheid tussen de polissen beperkt is. Daarom wil ik dat het aanbod inzichtelijker en meer onderscheidend wordt.

Om deze redenen heb ik in mijn brief van 27 juni verschillende stappen aangekondigd. Ik heb met zorgverzekeraars afgesproken dat ze hun polisaanbod zullen beperken en meer onderscheidend maken. Daarnaast verlaag ik de maximale collectiviteitskorting naar 5% met ingang van 2020. Ik heb met zorgverzekeraars besproken dat ik hen nog een kans wil bieden om de korting te legitimeren via zorginhoudelijke elementen. In 2020 laat ik daar onderzoek naar doen en zie ik hoe verder te gaan met collectiviteitskorting. Tot slot heb ik de NZa gevraagd om de transparantie voor verzekerden te bevorderen en daarop toezicht te houden. Het moet daarmee voor de verzekerden direct duidelijk zijn over welke van de 55 (model-)polissen het gaat, zodat de verzekerde eenvoudiger alternatieven kan vergelijken. De NZa controleert hier komend overstapseizoen intensiever op en neemt de effecten mee in de jaarlijkse rapportage over het overstapseizoen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) waarom de minister er niet voor kiest om per verzekeraar één basispolis aan te laten bieden.

Het Nederlandse zorgstelsel is een privaatrechtelijk stelsel met private zorgverzekeraars als uitvoerders, maar onder strikte publieke voorwaarden. Zo schrijft de wet voor dat verzekeraars een natura of restutiepolis mogen aanbieden. De wet schrijft voor dat verzekeraars de premie niet mogen laten hangen van het risico dat iemand zorgkosten maakt, want voor iedere verzekerde op die polis geldt dezelfde premie. Bovendien schrijft de wet het pakket voor waar de polis uit bestaat. Dit zijn stevige kaders waaraan verzekeraars zich dienen te houden.

Het wettelijk beperken van het aanbod van een private partij is in het kader van de Europese wetgeving (Solvency II) een zeer vergaande maatregel. Bovendien moet zo'n maatregel effectief zijn en proportioneel. Dat wil zeggen dat er geen lichtere alternatieve maatregelen denkbaar zijn. Het wettelijk opleggen tot een reductie van het aantal polissen zal voor verzekerden niet leiden tot een minder groot polisaanbod. Immers, de 55 modelpolissen lijken via collectiviteiten, volmachten en labels voor verzekerden regelmatig andere polissen terwijl ze in werkelijkheid niet verschillen van de modelpolis die ten grondslag ligt aan het label, de collectiviteit of volmacht. Met name collectiviteiten zorgen voor het grote aanbod. Daarom verwacht ik maatregelen die leiden tot minder collectiviteiten en het vergroten van de transparantie meer effectief om het polisaanbod voor verzekerden inzichtelijk te maken. Voor de volledigheid van deze analyse verwijs ik naar mijn brief van 27 juni jongstleden (kamerstuk 29 689-917).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) of het kabinet kan verzekeren dat alle zorgverzekeraars de zorg tijdig hebben ingekocht. En welke maatregel het kabinet overweegt als dit weer niet op orde blijkt te zijn.

Er rust geen verplichting op zorgverzekeraars om alle zorg tijdig in te kopen. Ook gedurende het jaar kunnen zij, indien nodig, zorg bij contracteren. Zorgverzekeraars hebben wel een verplichting om uiterlijk 12 november verzekerden te informeren over de polissen die zij in het volgende verzekeringsjaar aanbieden. Hierbij hoort ook informatie over het gecontracteerde zorgaanbod.

In de "Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten" van de NZa is opgenomen dat zorgverzekeraars op hun website een actueel overzicht moeten opnemen waarin staat welke zorgverzekeraars op dat moment per polis zijn gecontracteerd. Ook moeten zorgverzekeraars (indien dit speelt) verzekerden erover informeren dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn en wat de gevolgen zijn van het afsluiten van een zorgverzekering indien het contracteerproces nog niet is afgerond. Concreet betekent dit dat de verzekeraar vanaf 12 november richting de verzekerden inzichtelijk dient te maken of een aanbieder gecontracteerd is, of een aanbieder naar verwachting nog wordt gecontracteerd of dat de aanbieder niet zal worden gecontracteerd. Dit draagt eraan bij dat verzekerden een goed geïnformeerde keuze voor een zorgverzekering kunnen maken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over het voorstel om op grond van artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) de opleiding tot doktersassistent te regelen en daarmee de opleidingstitel 'doktersassistent' te beschermen.

Allereerst merk ik op dat doktersassistenten belangrijk werk doen en een belangrijke positie hebben binnen de gezondheidszorg. Die waardering heb ik en daarvoor is een opname in de wet BIG niet nodig. Ik toets een eventuele opname in de wet BIG aan de criteria die daarvoor gelden. Waardering voor de beroepsuitoefening is hiervoor geen criterium. Een aspect dat wel wordt meegewogen betreft de eigenstandige verantwoordelijkheid. Het werk van de doktersassistent betreft in de kern weliswaar de directe patiëntenzorg en het gaat om beroepsuitoefening gericht op de individuele gezondheidszorg. Echter de doktersassistent verricht handelingen onder verantwoordelijkheid van de arts en volgens protocollen en richtlijnen. De arts is derhalve aanspreekbaar op het handelen van de doktersassistent. Dat is ongeacht of de doktersassistent handelingen binnen of buiten de praktijk verricht. Dit in tegenstelling tot andere artikel 34-beroepen, zoals de logopedisten, die zelfstandig werken. Een ander criterium voor regulering is de vraag of het hier een basisberoep betreft. Dat wil zeggen dat het beroep voldoende onderscheidend en afgebakend is. In de praktijk wordt de rol van de doktersassistent door zorgverleners met verschillende opleidingen ingevuld. Daaruit volgt dat de doktersassistent geen basisberoep, maar een functie is. Ik ben dan ook van oordeel dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening van de doktersassistent op voldoende wijze is geborgd en wettelijke regulering niet noodzakelijk is.

Ik vind het belangrijk dat het recht op na- en bijscholing goed wordt geborgd. Hiervoor ligt het primaat bij de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over de stand van zaken van het experiment gesloten coffeeshopketen.

In juni heeft de onafhankelijke adviescommissie van de heer Knottnerus het kabinet geadviseerd over het experiment. Begin juli hebben de staatssecretaris en ik u de kabinetsreactie op het rapport van de commissie gestuurd (Brief met kenmerk 1374242-178738-VGP, 6 juli 2018). Op 13 juli jl. hebben wij u ook het wetsvoorstel voor het experiment gestuurd (Voorstel van wet Regels inzake een uniform experiment met teelt en verkoop van hennep en hasjiesj voor recreatief gebruik in een gesloten coffeeshopketen (Wet experiment gesloten coffeeshopketen), Kamerstuk 34 997). Naar aanleiding daarvan hebben wij onlangs vragen van uw Kamer over het wetsvoorstel ontvangen. Op dit moment wordt hard gewerkt aan de beantwoording daarvan. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan de concept Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) waarin het experiment verder wordt uitgewerkt. Wij streven ernaar de AMvB dit najaar in internetconsultatie te brengen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over de tekorten van gemeentes in verband met het

toenemende beroep op de Jeugdhulp.

De signalen over tekorten van gemeenten worden serieus genomen. Het is echter zaak dat wordt gekomen van signalen naar feiten. In het AO financiën sociaal domein van 3 oktober is daarom toegezegd een onderzoek Jeugd te verrichten. Onderdeel van dit onderzoek is een analyse van de groei van het jeugdhulpgebruik in 2016 en 2017 die in de beleidsinformatie Jeugd van het CBS waarneembaar is. De uitkomsten van het onderzoek zullen in het voorjaar met de VNG besproken worden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over de problemen bij de Jeugdhulp en het zorgen voor fatsoenlijke tarieven, zodat goede zorg kan worden geleverd.

Jeugdhulp dient aan kwaliteitseisen te voldoen. Hier is de Jeugdwet glashelder over. De IGJ ziet hierop toe. In artikel 2.11 van de Jeugdwet is daarnaast geregeld dat gemeenten in hun inkoop niet enkel op prijs mogen selecteren, maar dat ook kwaliteitscriteria gehanteerd moeten worden. Dit zijn waarborgen waarmee gezorgd moet worden dat gemeenten adequate tarieven hanteren, zodat de kwaliteit van de jeugdhulp op niveau blijft. De Gemeenteraad is eerstverantwoordelijk om erop toe te zien dat het college hier de juiste en verantwoorde keuzes in maakt.

Tegelijkertijd is het aan aanbieders om kwalitatief goede jeugdhulp te kunnen bieden.

Gemeenten en aanbieders zullen met elkaar het gesprek moeten voeren over hoe te komen tot een reële prijzen en tarieven voor geleverde zorg. Binnen het stelsel zijn mogelijkheden georganiseerd om tariefsdisputen op te lossen. Zo kunnen zowel de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) als de ambassadeur van het programma zorglandschap tot 1 januari 2019 als bemiddelaar optreden. In vervolg hierop komt er per 1 januari 2019 binnen het ondersteuningsprogramma Zorg voor de Jeugd een Jeugdautoriteit die kan bemiddelen bij inkoopprocedures.

Tegelijkertijd wordt er vanuit de VNG en de Branches Gespecialiseerde Zorg Jeugd (BGZJ) een geschillencommissie opgericht die zich onder andere zal richten op geschilbeslechting rondom inkoopprocedures.

Als ultimatum remedium staat voor aanbieders altijd de gang naar de rechter open. Ik meen op deze manier gemeenten en aanbieders voldoende te faciliteren om tot de goede afspraken te komen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over eventuele nieuwe bezuinigingen in de zorg.

Het kabinet heeft op dit moment geen intenties om in de aankomende jaren te bezuinigen op de zorg. Gedurende de kabinetsperiode stijgen de zorguitgaven naar verwachting met € 16,7 miljard. Dit volgt uit afspraken uit het Regeerakkoord.

Bij de Algemene Financiële Beschouwingen refereerde minister Hoekstra terecht aan het belang om de zorguitgaven op de lange termijn betaalbaar te houden. Het kabinet heeft ook stappen genomen om na te denken over hoe we de toenemende

vraag naar zorg willen opvangen en welke consequenties dit mag hebben voor ons inkomen en onze economie. Bijvoorbeeld door de SER te vragen om een verkenning naar de gevolgen van de stijgende zorgkosten op de economie, arbeidsmarkt en solidariteit. Daarnaast hebben wij ook de WRR gevraagd naar wetenschappelijke inzichten om de zorguitgaven op lange termijn betaalbaar te houden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de mogelijkheden om op te treden tegen de werving in Nederland door een Spaanse IVF-kliniek.

In Nederland hebben we sinds 2004 wetgeving die ervoor zorgt dat kinderen die geboren worden met behulp van een donor hun afstamming kunnen achterhalen. Ik vind het dan ook onwenselijk dat buitenlandse klinieken in Nederland reclame maken voor een behandeling die weliswaar in het betreffende land legaal is, maar in Nederland niet. Ik zie uit naar het oordeel van de Reclame Code Commissie, die naar aanleiding van klachten hierover een uitspraak zal doen. Op dit moment heb ik geen juridische mogelijkheden om tegen deze reclame op te treden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over wat de minister kan betekenen in Vroege Intensieve Neurorevalidatie en specifiek het wegnemen van de knellende structuren in de zorg, onderzoek naar behandeling van comapatiënten en plannen om de zorg voor mensen in coma te verbeteren.

Het Zorginstituut Nederland heeft eerder (2016) beoordeeld of vroege intensieve neurorevalidatie (VIN) bij volwassenen (die ouder zijn dan 25 jaar) met niet-responsief waaksyndroom of laagbewuste toestand (na coma) effectief is. Het oordeel van het ZIN was dat VIN niet effectief is (niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk). Daardoor kan de behandeling niet uit het basispakket worden vergoed. Het Zorginstituut in dit standpunt destijds voorgesteld dat indien de beroepsgroepen een goed onderzoeksvoorstel indienen, VIN een potentiële kandidaat voor de voorwaardelijke toelating zou kunnen zijn.

Op dit moment werkt het Zorginstituut aan een nadere verduidelijking van het standpunt aan de hand van uitgewerkte zorgprogramma's van de huidige twee zorgaanbieders die deze interventie in de toekomst zouden willen aanbieden. Het streven is dat deze verduidelijking voor het einde van het jaar wordt opgeleverd. Daarin staat de vraag centraal welke onderdelen van deze zorgprogramma's al dan niet tot het verzekerde pakket behoren.

Voor de onderdelen die naar aanleiding van deze verduidelijking geen verzekerde zorg zullen betreffen, staat het partijen straks vrij om een onderzoeksvoorstel in te dienen voor de nieuwe subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt (opvolger voorwaardelijke toelating).

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de vraag of borstvoeding en lactatiekundige zorg een plek krijgt in het Preventieakkoord.

Goede voeding en zorg is voor de start van een pasgeboren kind uiteraard van het grootste belang. Dat onderschrijf ik zonder meer. De gesprekken over het

totaalpakket van maatregelen die een plek krijgen in het Nationaal Preventieakkoord zijn momenteel nog niet afgerond. Tot die tijd wil ik in het kader van de zorgvuldigheid nog geen uitlatingen doen over de inhoud van het akkoord.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het beter inbedden van lactatiekundige zorg in het systeem van de jeugdgezondheidszorg.

Ondersteuning bij (het op gang brengen van) borstvoeding is één van de taken van de kraamzorg en zit daarmee in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Aansluitend aan de kraamzorg (tot maximaal 10 dagen vanaf de geboorte) wordt de zorg voor het pasgeboren kind overgedragen aan de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Bij vragen of problemen rond borstvoeding geeft de JGZ lactatiekundig advies aan de moeder die borstvoeding wil (blijven) geven. De JGZ heeft daartoe lactatiekundigen beschikbaar die in specifieke gevallen kunnen ondersteunen bij het op gang brengen/houden van de borstvoeding. Tevens zorgen deze lactatiekundigen voor het op peil houden van het kennisniveau van de verpleegkundigen JGZ. Ik ben verder van plan een nieuwe peiling naar melkvoeding uit te voeren om onder meer de prevalentie van borstvoeding te bepalen en te vergelijken met voorgaande jaren. In deze peiling zal ik tevens onderzoeken waarom vrouwen de weg naar het consultatiebureau niet weten te vinden. Op grond van de uitkomsten zal ik betrokken partijen zoals het Nederlands Centrum Voor de Jeugdgezondheid (NCJ) en de JGZ-organisaties vragen maatregelen te nemen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de besteding van de € 10 miljoen voor geestelijke verzorging en de aandacht voor kleine groepen zoals de Joodse gemeenschap.

De betreffende middelen kunnen in 2018 niet meer op een rechtmatige en doelmatige manier worden ingezet. Besluitvorming hierover vindt plaats in het kader van de Najaarsnota, waarover uw Kamer voor 1 december aanstaande zal worden geïnformeerd.

Ik heb zeker oog voor verschillende groepen, zoals de Joodse gemeenschap. Juist met een meer regionale inzet, zoals beoogd via de netwerken, kan rekening worden gehouden met de verschillen in levensbeschouwelijke achtergronden per regio. De beroepsorganisatie Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ) kent een aparte en landelijk werkende Joodse sector die bestaat uit alle Joodse geestelijk verzorgers binnen de VGVZ.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het meenemen van de route van Zvw en Wlz in het onderzoek naar een mogelijk financieringsmodel voor de toekomst van geestelijke zorg.

Momenteel is financiering van geestelijke verzorging vanuit de Zvw en Wlz alleen mogelijk als men in een instelling verblijft. Zoals gemeld in mijn recente brief over geestelijke verzorging worden geestelijke verzorgers in 2019 en 2020 buiten een instelling via de bestaande subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg extra ondersteund. Tegelijkertijd wordt door alle partijen gewerkt aan de verdere ontwikkeling van geestelijke verzorging en wordt samen met deze partijen

uitgezocht welke alternatieven er zijn voor toekomstige bekostiging (na 2020). Er worden onderzoeken voorbereid naar de effectiviteit van geestelijke verzorging. De resultaten van deze onderzoeken zal ik betrekken bij een inventarisatie voor toekomstige bekostiging.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over inzetten van middelen voor de ondersteuning van landelijk werkende vrijwilligersorganisaties.

De vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligers (NOV) werkt namens tien vrijwilligerswerkorganisaties aan een plan om de (lokale) positie van het vrijwilligerswerk te versterken. Hiermee kan de gezamenlijke hulp en ondersteuning aan, met name, ouderen worden verbeterd. Hulp en ondersteuning aan ouderen is één van de genoemde ambities in het regeerakkoord en is onderdeel van het Manifest Waardig Ouder Worden. De middelen (€ 2 miljoen) staan in de begroting dan ook onder de (verzamel)post 'Waardig ouder worden.' Zoals eerder toegezegd verwacht ik dit plan nog dit jaar. Ik zal het vervolgens naar de Tweede Kamer sturen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over nieuwe woonvormen voor ouderen.

Op 18 juni jongstleden hebben de minister van BZK en ik de actielijn Wonen en zorg aan de Tweede Kamer toegestuurd. Deze is tot stand gekomen na overleg met VNG, Aedes, Actiz, Woonbond en de ouderenorganisaties. Hij vormt zowel een bijlage bij de Woonagenda als een onderdeel van het Programma Langer Thuis. Hiermee heeft het kabinet uitvoering gegeven aan de motie Dik-Faber (Kamerstukken 2018, 34775 XVIII, nr. 32). De actielijn Wonen en zorg behelst de volgende maatregelen:

- 1) Om de woonopgave voor ouderen in beeld te brengen gaan gemeenten deze in beeld brengen en richten we een ondersteuningsteam in om daarbij te helpen.
- 2) Om de totstandkoming van meer nieuwe (geclusterde) woonzorgvormen te stimuleren, komt er een innovatieregeling gericht op nieuwe woonzorgvormen, een 'community of practice' en een kennisprogramma.
- 3) Om ouderen te helpen geschikt te wonen, ontwikkelen gemeenten een lokale aanpak om hen daarbij te helpen (zoals middels een wooncoach). Het ondersteuningsteam en het kennisprogramma helpen hen daarbij.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het nieuws dat het aantal euthanasiemeldingen dit jaar is gedaald.

De berichten van afgelopen week betroffen het aantal meldingen van euthanasie dat de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie tot nu toe in 2018 hebben ontvangen. Het gaat dus om voorlopige cijfers. Ik wil niet vooruit lopen op deze cijfers noch op een eventuele verklaring daarvoor, juist om te voorkomen dat we over eventuele oorzaken gaan speculeren. Het onderzoek naar aanleiding van de derde evaluatie van de Euthanasiewet bekijkt de stijging van het aantal

euthanasiegevallen van de afgelopen jaren. De cijfers over 2018 zullen ook meegenomen worden in dit onderzoek.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de palliatieve benadering in de psychiatrie en het starten van een onderzoek naar de mogelijkheden hiervan.

In het programma 'Palliantie' wordt al veel extra aandacht besteed aan deze doelgroep. Er lopen bij ZonMw momenteel acht projecten die te maken hebben met palliatieve zorg in de GGZ. Een nieuw apart onderzoek is daarom niet nodig. Het onderwerp kan wel een plek blijven krijgen in het mogelijke vervolg op het programma.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het verzoek om een actieplan "verspilling in de zorg".

Verspilling in de zorg is nog steeds een actueel thema. Tijdens de vorige kabinetsperiode is hier een apart programma voor gestart. De aanpak van verspilling omvatte een twintigtal acties op basis van meldingen vanuit de zorg zelf. Het programma "Aanpak verspilling in de zorg" is officieel afgesloten. Aan het eind zijn de financiële besparingen voor zo ver mogelijk in kaart gebracht. De acties die toen nog liepen, zijn onderdeel geworden van het reguliere beleid (Kamerstuk Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 33 654, nr. 20; Kamerstuk Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 33 654, nr. 22).

Het thema "verspilling" is dan ook geen apart programma, maar op diverse manieren geborgd in diverse activiteiten en programma's van VWS en partijen in de zorg. Zo is in alle hoofdlijnenakkoorden commitment gegeven aan de beweging "de juiste zorg op de juiste plek" waarbij bijvoorbeeld wordt ingezet op betere triage en voorkomen van dubbele diagnostiek aan de voorkant van het zorgproces. In het hoofdlijnenakkoord MSZ is afgesproken om de "beter niet doen lijst" daadwerkelijk te implementeren en wordt ook meer ingezet op zorgevaluaties door het Zorginstituut en de implementatie van de uitkomsten van die evaluaties. Het uitvoeren van het programma Ontregel de Zorg leidt tot aanzienlijk minder verspilling. In de "Green deal voor de zorg" die recent is ondertekend door vele partijen in de zorg, gericht op ondermeer minder energieverbruik, zuinig zijn met grondstoffen, vermindering medicijnresten in water, staat minder verspilling eveneens voorop.

In de langdurige zorg wordt onder meer in het nieuwe programma "Thuis in het verpleeghuis" ingezet op innovatie en arbeidsbesparende technologie om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te vergroten en administratieve lasten te verminderen. In de programma's en producten van Vilans is er ook aandacht voor registratielasten en het tegengaan van onnodige zorghandelingen.

De mogelijkheid voor het tegengaan van verspilling ligt vaak bij partijen in de zorg zelf, die concreet acties kunnen ondernemen; soms ook dicht op de werkvloer. Zo zijn er voorbeelden van ziekenhuizen die hun medicijnenkamers anders inrichten waardoor fouten en verspilling afnemen. De hoofdlijnenakkoorden, met daarin opgenomen budgettaire kaders, nopen zorgaanbieders ook om geen middelen te verspillen. Het belang van tegengaan van verspilling neem ik en ook mijn collega's dus heel serieus. Ik zou nu geen energie willen steken in het opzetten van een nieuw alles omvattend programma verspilling, maar verder gaan met alle ingezette acties. Dat biedt de meeste kans op succes.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over ondervoeding bij ouderen en het borgen van de kennis en expertise van de Stuurgroep Ondervoeding.

Binnenkort spreek ik met de Stuurgroep Ondervoeding over de opbrengst van de activiteiten die ze dit jaar hebben uitgevoerd naar aanleiding van het amendement bij de VWS-begroting 2018. Ook zal ik het dan hebben over de vraag wat er nodig is om de kennis en expertise te borgen. Ik vind het hierbij belangrijk om ondervoeding niet als geïsoleerd thema te bekijken en het bijvoorbeeld ook in te bedden in programma's zoals Langer Thuis. Ik zal u over de uitkomst van dit overleg informeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het tegengaan van stigmatisering van mensen met een handicap of chronische ziekte.

Ik vind het belangrijk dat mensen met een beperking zichtbaarder worden in de samenleving en er, mede daardoor, een positiever beeld van hen ontstaat. Met mijn programma's 'Onbeperkt Meedoen' en 'Volwaardig leven – voor de gehandicaptenzorg en complexe zorg' draag ik hieraan bij.

Bewustwording over het leven met een beperking en het tegengaan van vooroordelen en stereotypen is nu al een belangrijke prioriteit binnen het programma 'Onbeperkt Meedoen'. Dat krijgt concreet vorm via het werken aan het hoofddoel van dit programma: merkbaar minder drempels waar mensen met een beperking in het dagelijks leven tegenaan lopen. Bij elke actie gericht op het wegnemen van drempels is meer bewustwording en het wegnemen van vooroordelen een belangrijke stap. Voor gemeenten, ondernemers en de verschillende sectoren die aan zet zijn in de actielijnen is het namelijk niet mogelijk om drempels weg te nemen zonder dat zij zich bewust zijn van wat nodig is. Daarbij worden goede voorbeelden van gemeenten, bedrijven en organisaties gebruikt om partijen en sectoren, die achterblijven en hierbij hulp kunnen gebruiken, in beweging te krijgen.

In het kader van het programma 'Volwaardig leven' ben ik voornemens de ervaren kwaliteit van leven van naasten van mensen met een beperking te onderzoeken. Ik zal daarbij betrekken hoe naasten de beeldvorming in de samenleving ervaren en op welke wijze deze in positieve zin zou kunnen worden beïnvloed.

In de afgelopen jaren zijn al campagnes ingezet, zowel vanuit de Rijksoverheid, als vanuit maatschappelijke organisaties (VGN en het College voor de Rechten van de Mens) met als doel om bewustwording en positieve beeldvorming te stimuleren. Ik wil de komende jaren vanuit het programma "Onbeperkt Meedoen!" verder aandacht besteden aan de zichtbaarheid van de doelgroep. Ik zal bekijken op welke manier dat het meest effectief is, bijvoorbeeld gericht op het algemene publiek, of juist op degenen die in de praktijk de verandering kunnen realiseren, zoals ondernemers en sectoren binnen de actielijnen. Het onderzoek in het kader van het programma "Volwaardig leven" kan daar ook input voor leveren.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over aanmeldingen in de 2^e call en de uitvoering van de motie Segers over de inzet van bekende ambassadeurs voor de MDT.

Er zijn 130 aanvragen ingediend bij de 2^e call waarvan er 128 in behandeling worden genomen. De 2^e call is op 9 oktober jl. gesloten. De aanvragen laten een brede spreiding zien, zowel qua doelgroepen, als qua regio's en qua sectoren. Er zijn aanvragen ingediend in de sectoren zorg en welzijn, sport en bewegen, media, cultuur en musea, klimaat, duurzaamheid en circulaire economie, techniek en ICT, natuur, dieren en agrarische sector, politiek en vertegenwoordiging en veiligheid en hulpverlening. De definitieve toekenning van de subsidies vindt in december plaats. Daarna kan ik u meer precieze informatie geven over de gehonoreerde projecten.

De motie-Segers gaat over het inzetten van ambassadeurs voor de maatschappelijke diensttijd. Onder jongeren is een enquête gehouden over aansprekende ambassadeurs. Daarnaast kijken we bij de ontwikkeling van de maatschappelijke diensttijd vanuit verschillende perspectieven naar ambassadeurs. Voor het bereiken van jongeren werkt peer-to-peer-communicatie het beste. Daarvoor zetten we in op de verhalen van jongeren die deelnemen aan de proeftuinen. Voor maatschappelijke organisaties en bedrijven bekijken we welke ambassadeurs het beste aansluiten bij doelgroep en missie van de maatschappelijke diensttijd.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Akerboom (PvdD) over de totstandkoming van het gebaar ter erkenning van de grote gevolgen van de Q-koortsuitbraak voor Q-koorts patiënten en het feit dat deze tegemoetkoming maximaal € 15.000 per toegewezen aanvraag bedraagt.

Ook de vaste Kamercommissie heeft vragen gesteld en een commissiebrief gevraagd over de tegemoetkoming als gebaar ter erkenning van de grote gevolgen die de patiënten hebben ondervonden en de hoogte van het bedrag. Ik zal u deze commissiebrief, mede namens mijn collega van LNV, zo spoedig mogelijk doen toekomen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Akerboom (PvdD) over doelstellingen van het Preventieakkoord en de rol van de levensmiddelenindustrie hierbij.

Voor het realiseren van stevige ambities en heldere doelen op het thema voeding kan de levensmiddelenindustrie een belangrijke bijdrage leveren. Immers, het bedrijfsleven heeft grote invloed op de voedingskeuzes die we dagelijks maken. De gesprekken over het totaal van maatregelen en doelstellingen die uiteindelijk in het Nationaal Preventieakkoord komen zijn momenteel nog gaande. De afspraken in het akkoord zijn echter niet vrijblijvend: met dit akkoord committeren alle deelnemende partijen zich aan de gestelde ambities voor 2040 en de geformuleerde doelstellingen voor 2020. De maatregelen van partijen die hier invulling aan geven zullen op regelmatige basis gemonitord worden.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Akerboom (PvdD) over het niet nakomen van de afspraken van producenten op het gebied van kindermarketing.

In de Reclamecode voor Voedingsmiddelen (artikel 8 e.v.) staan de afspraken waaraan producenten van voedingsmiddelen zich hebben gecommitteerd. Voor een geloofwaardige zelfregulering en de bescherming van kinderen tegen ongeoorloofde kindermarketing is het belangrijk dat de afspraken regelmatig worden aangescherpt en partijen zich ook echt houden aan die afspraken. In de komende maanden zal de Reclamecode worden aangescherpt met afspraken om licensed media characters op verpakkingen van producten die gericht zijn op kinderen tegen te gaan. De naleving van de afspraken laat ik jaarlijks monitoren. De onderzoeksresultaten van de laatste monitor (TK 31 532, nr. 196) die ik u 30 april jl. heb doen toekomen, laten zien dat de afspraken uit de Reclamecode door een aantal specifieke partijen nog niet voldoende wordt nageleefd. Met de fractie van Partij voor de Dieren ben ik hierover teleurgesteld. Ik heb hierover afgelopen jaar overleg gevoerd met zowel de Alliantie Stop Kindermarketing ongezonde voeding als met de voedingsmiddelenindustrie. Op basis van deze gesprekken ga ik er van uit dat in de onderzoeksresultaten van de komende monitor de naleving verbeterd zal zijn. Hierover wordt u uiteraard komend jaar geïnformeerd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Akerboom (PvdD) over het verzoek een faciliterende rol te pakken bij het verlagen van drempels voor het meenemen van huisdieren naar instellingen voor ouderen.

Ik heb een paar maal met de brancheorganisatie Actiz over deze kwestie gesproken. Bij het bieden van goede zorg behoren de wensen en behoeftes van een cliënt centraal te staan. Daarom vind ik dat verpleeghuizen zich moeten inspannen om het meenemen van een huisdier mogelijk te maken. Tegelijkertijd begrijp ik dat dit niet altijd mogelijk is. Zo maakt het uit om welk type huisdier het gaat, wat het effect is op de andere bewoners en of de huisvestingssituatie geschikt is.

Actiz geeft aan dat dit thema in de sector speelt. Bij sommige instellingen kan het huisdier mee, bij andere niet. Ik vind het van belang dat het gesprek hierover plaatsvindt. Van geval tot geval moet worden bekeken wat mogelijk en wat wenselijk is.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Akerboom (PvdD) over het leveren van een bijdrage aan een plantaardige en diervriendelijke toekomst.

Ja, dat kan ik en dat doe ik ook al. De Gezondheidsraad heeft in 2015 nieuwe Richtlijnen Goede Voeding gepubliceerd. Kernboodschap van dit advies is om te eten volgens een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon. Het Voedingscentrum heeft deze Richtlijnen vertaald in de Schijf van Vijf. Deze Schijf is de basis voor mijn voedingsbeleid en voor informatie en voorlichting voor de consument. Als mensen meer volgens de Schijf gaan eten gaan ze meer plantaardig eten. Ook zonder dierlijke producten kan een volwaardig voedingspatroon worden gevolgd.

Antwoord van minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Akerboom (PvdD) over prijsprikkels om de vleesconsumptie terug te dringen.

Prijsprikkels zijn niet het enige instrument om gedrag te veranderen. Via de Schijf van Vijf zet ik erop in dat mensen plantaardiger gaan eten, zoals ik in het voorgaande antwoord heb aangegeven. Voor uw vraag over subsidie van de vee-industrie verwijs ik u naar de minister van LNV.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het gat tussen zelfstandig wonen en het verpleeghuis.

Het programma 'Langer Thuis' is erop gericht dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen met een goede kwaliteit van leven. Het programma doet dit door te werken aan een goede organisatie van de zorg en ondersteuning, aan het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers en het komen tot voldoende aanbod van geschikte woningen en nieuwe, eventueel geclusterde woonzorgvormen voor ouderen. Dit voorziet derhalve in het in de vraag genoemde gat.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het verzoek van het Erasmus Medisch Centrum (MC) tot steun van de regering voor het opzetten van een expertisecentrum bacteriofagen door het Erasmus MC.

Uit een rapport van het RIVM (Bacteriofagen: nog onvoldoende kennis over behandeling infecties bij mensen, 2018) blijkt dat er nog te weinig onderzoek is gedaan om te bepalen of bacteriofagen daadwerkelijk effectief en veilig zijn bij de behandeling van infecties, daarom ben ik het met u eens dat meer onderzoek nodig is. Voor de financiering van dergelijk onderzoek zijn diverse onderzoeksfondsen beschikbaar.

Ik vind het belangrijk dat antibioticaresistentie wordt aangepakt, daarom heb ik het Netherlands Antibiotics Development Platform (NADP) in 2017 opgericht om onderzoek naar antibiotica en alternatieve therapieën te versnellen. Hiertoe brengt het NADP onderzoeksinstituten en betrokken bedrijven bijeen, en geeft gerichte adviezen over het onderzoekstraject. Ik heb het NADP gevraagd om te bezien, hoe Nederlandse onderzoekers die interesse hebben in onderzoek naar bacteriofagen, geholpen kunnen worden bij het vinden van geschikte subsidiebronnen. Dat geldt ook voor de onderzoekers van het Erasmus MC. De meeste beschikbare middelen zijn afkomstig van internationale organisaties, zoals Horizon 2020 en het Innovative Medicines Initiative (IMI) van de EU, Wellcome Trust in de UK, en CARB-X (Combating Antibiotic Resistant Bacteria Biopharmaceutical Accelerator) in de Verenigde Staten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) of er wordt geluisterd naar de Raad van Ouderen, en haar indruk dat ouderen wel goed verzorgd worden maar de dag niet doorkomen.

Om ouderen actief te betrekken bij de uitvoering van het Pact voor de Ouderenzorg is op 11 oktober jl. de Raad van Ouderen opgericht. Zij hebben een

adviserende rol en zullen gevraagd en ongevraagd advies geven, zoals over het thema eenzaamheid. Als het gaat om eenzaamheid, dan gaat het om de dag doorkomen en om zingeving. Daarom zetten we ons in het programma Eén tegen Eenzaamheid ondermeer in voor betere informatie over activiteiten in de wijk en betere bereikbaarheid. De betrokkenheid van ouderen bij deze en andere acties rondom de ouderenzorg is van groot belang. Ik zal de Tweede Kamer informeren over de adviezen van de Raad van Ouderen en de opvolging daarvan.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) of de collectiviteitskorting van Consumentenbond en ANBO voor iedereen beschikbaar kan zijn.

Een zorgverzekering met collectiviteitskorting afsluiten kan op verschillende manieren. Dit kan via de werkgevers, belangenorganisaties zoals Consumentenbond en de ANBO maar ook via openbare collectiviteiten die voor iedereen openstaan. Momenteel is dan ook twee derde van de verzekerden collectief verzekerd. Het is overigens niet zo dat collectieve verzekeringen altijd goedkoper zijn dan individuele verzekeringen. De korting wordt immers niet terugverdiend door besparingen op de zorgkosten, maar gefinancierd uit een opslag op de premie. Mede daarom heb ik aangekondigd de korting per 2020 te verlagen naar 5%.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het inventariseren van de kosten voor aanbestedingen in de zorg.

Zoals ook aangegeven in het algemeen overleg van 3 oktober over de financiën van het sociaal domein, wordt niet centraal bijgehouden wat de kosten voor aanbestedingen in de zorg zijn. Ik zie ook geen mogelijkheid om dit inzichtelijk te krijgen. Wel onderneem ik, zoals ook in het hiervoor genoemde algemeen overleg is besproken, stappen in Europa ten behoeve van de aanbestedingspraktijk in Nederland.

In de praktijk kan de ratio van het aanbestedingsrecht, gericht op brede toegang, transparantie en concurrentie, op een aantal fronten botsen met de ratio van jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning in het sociaal domein, gericht op lokaal maatwerk waarin continuïteit, samenwerking en lange termijn-partnerschap tussen gemeenten en aanbieders van belang zijn. De huidige wet- en regelgeving bevat ruimte om specifieke eisen te stellen aan hetgeen door een aanbieder geleverd moet worden. Gemeenten kunnen die ruimte beter benutten in hun aanbestedingen. Met gemeenten en aanbieders wil ik die betere benutting bewerkstelligen. Samen met hen wil ik daarvoor een aanpak hanteren die gericht is op de meest voorkomende knelpunten. De exacte inhoud van die aanpak zal in gezamenlijkheid worden bepaald. Daarin krijgen het praktisch ondersteunen van gemeenten en aanbieders, het ontwikkelen van standaarden en het stimuleren van innovatieve vormen van inkoop een plaats. Daarnaast zal ik in Europa de ruimte zoeken om aanbesteden in het sociaal domein op passende wijze vorm te kunnen geven.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over wat hij vindt van de acties van de fysiotherapeuten, logopedisten en diëtisten die klagen over wurgcontracten waardoor ze hun werk niet meer kunnen doen.

Deze berichten van de paramedische beroepsgroepen bereiken mij ook. In het huidige zorgstelsel maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling afspraken over prijs, volume en kwaliteit van de zorg. Dit zijn privaatrechterlijke onderhandelingen waar ik in principe niet over ga. Uiteraard ben ik wel geïnteresseerd in de wijze waarop de onderhandelingen verlopen en vooral ook in de uitkomst. Want deze uitkomst moet de basis vormen voor duurzame en betaalbare zorg. Daarom komt de NZa naar aanleiding van signalen van paramedische zorgverleners met een monitor naar de ontwikkeling van tarieven in relatie tot betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Deze monitor zal begin 2019 verschijnen. Zoals ik al eerder heb aangegeven, zal ik tegen die tijd, met de uitkomst van de monitor, in gesprek treden met betrokken partijen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het overzicht houden op de geldstromen in het sociaal domein.

Zowel met het Regeerakkoord als het Interbestuurlijk programma (tussen het Rijk, de VNG en het IPO) is herbevestigd dat de middelen behorend bij de Wmo 2015 en de Jeugdwet over zullen gaan naar de algemene uitkering. Het ligt niet in de reden om dit terug te draaien. Het is en blijft mogelijk om op grond van het zogenaamde 'informatie voor derden'-systeem (Iv3) landelijk inzichtelijk te krijgen wat gemeenten voor bepaalde taken/clusters uitgeven. Daarnaast wordt jaarlijks door de minister van BZK het periodiek onderhoudsrapport gemeentefonds (POR) aan uw Kamer aangeboden als bijlage bij de begroting van het gemeentefonds. Het POR geeft inzicht in de werking van het verdeelstelsel van het gemeentefonds in vergelijking met de ontwikkeling van de kostenstructuur bij de gemeenten. Ook geeft het POR inzicht in vraagstukken die spelen in de financiële verhouding in bredere zin. Tot slot geldt dat de Algemene Rekenkamer (AR) met het rapport 'Wegwijs in het sociaal domein' een inventarisatie heeft gemaakt van de zeggenschapsverdeling tussen bestuurslagen in de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Participatiewet. Aan de hand daarvan heeft de AR de minister van BZK geadviseerd over een verbetering van de informatievoorziening over de uitvoering van de wetten binnen het sociaal domein. Hierop zal binnenkort een kabinetsreactie verschijnen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over dat samen eten goed is tegen eenzaamheid en ondervoeding en sluiting van buurtcentra daarom geen goed idee is.

Samen eten blijkt inderdaad een belangrijke factor te zijn om mensen laagdrempelig uit hun isolement te halen en daarbij ook een bijdrage te leveren aan voldoende en gezonde voeding. Op veel plekken in Nederland zijn initiatieven die dit ook doen. Denk aan Resto van Harte en de Stichting 'eet met je hart'. Het zijn niet persé de buurtcentra die hier cruciaal zijn, ook woonkamers, restaurants, bedrijven worden gebruikt. Met het programma 'Eén tegen eenzaamheid' stimuleer ik gemeenten op lokaal niveau een coalitie te vormen met alle organisaties die een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van eenzaamheid.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de tijd die zorgverleners kwijt zijn aan administratieve lasten als gevolg van ondoelmatigheid van het stelsel.

Met het Kamerlid Sazias vinden wij het onwenselijk dat zorgverleners soms wel 40% van hun tijd besteden aan administratieve handelingen. Daarom hebben wij in mei van dit jaar het programma '(Ont)regel de zorg' gelanceerd. Dat bevat ruim 150 maatregelen die tot doel hebben dat zorgverleners, maar ook patiënten, merkbaar minder regeldruk gaan ervaren. Die maatregelen zijn gericht op het wegnemen van knelpunten die zorgverleners zelf op tafel hebben gelegd, toen hen de vraag werd gesteld waar zij in hun dagelijkse praktijk tegenaan lopen. Gelukkig bleken dat knelpunten te zijn waar goed binnen het huidige zorgstelsel een oplossing voor te vinden is. Daar zijn we nu met alle partijen hard mee aan de slag.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over pneumokokkenvaccinatie en vaccinatie tegen gordelroos.

Op 9 oktober jongstleden heb ik de Kamer mijn beleidsreactie gestuurd op het advies van de Gezondheidsraad over pneumokokken bij ouderen (TK 32 793, nr. 331). Ik ben voornemens om het advies van de Gezondheidsraad over te nemen, mits dit uitvoerbaar en betaalbaar is. Ik heb het RIVM gevraagd om een uitvoeringstoets te doen om hier meer inzicht in te krijgen. Hiervoor heeft het RIVM ongeveer zes maanden nodig. Ik verwacht u daar rond de zomer van 2019 nader te kunnen informeren.

Over vaccinatie tegen gordelroos bij ouderen ontvang ik op afzienbare termijn opnieuw advies van de Gezondheidsraad, vanwege de registratie van een nieuw vaccin. Dit is gemeld aan de Kamer bij het aanbieden van het meeste actuele werkprogramma van de commissie vaccinaties van de Gezondheidsraad op 22 maart 2018, dat inzichtelijk maakt wanneer over welke vaccinatievraagstukken geadviseerd wordt (TK32 793, nr. 290).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) om mijn reactie op de matige kwaliteit van de mondzorg voor ouderen en de vraag of deze in het basispakket kan worden opgenomen.

Met betrekking tot de verzekerde zorg wijs ik er op dat kwetsbare ouderen met een Wlz-indicatie die in een instelling 'verblijf met behandeling' ontvangen recht hebben op verzekerde tandheelkundige zorg op grond van de Wlz.

Voor ouderen zonder een Wlz-indicatie geldt geen verzekering vanuit het basispakket. Ouderen kunnen zich wel aanvullend verzekeren. Het is van belang om zorgvuldig om te gaan met de afwegingen over de omvang van het basispakket gezien de maatschappelijke kosten die hiermee gemoeid zijn. Het opnemen van mondzorg voor ouderen in het basispakket zal leiden tot fors hogere Zvw-kosten en dus premiestijging. In het regeerakkoord is geen afspraak gemaakt om tot een dergelijke uitbreiding van het basispakket over te gaan. Ik zal de mondzorg voor ouderen dan ook niet in het Zvw-pakket opnemen.

Ik ondersteun daarom de partijen in de mondzorg met de uitrol van het project 'De Mond Niet Vergeten!'. Dit project heeft als doel dat eind 2019 de mondgezondheid van 100.000 ouderen is verbeterd.

In het project worden de oorzaken van een slechte mondgezondheid aangepakt. Ouderen en hun naasten worden zich bewust van de risico's en leren hoe ze beter voor hun mondgezondheid kunnen zorgen. En als dit niet meer lukt, wordt de nodige hulp geboden door thuiszorg en/of naasten. Als het bezoek aan de tandarts wordt overgeslagen, wordt dit tijdig gesignaleerd en wordt de oudere verwezen en gemotiveerd tot een bezoek aan een mondzorgpraktijk die 'ouderenproof' is.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het weglekken van zorggeld door obscure bedrijfsconstructies, het inhuren van interim managers en aanbesteding.

Ik heb geen overzicht van de kosten die in de zorg worden gemaakt voor interim-management en aanbesteding. Zoals de minister voor Medische Zorg en Sport, de staatssecretaris van VWS en ik in onze brief van 13 juli jl. hebben toegelicht, wordt op dit moment nader onderzoek verricht naar de praktijk rondom winstuitkering in de zorg en de gevolgen daarvan voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg (Kamerstukken, 2017-2018, 34 775, nr. 150). Wij streven ernaar uw Kamer begin 2019 over de uitkomsten en onze conclusies te informeren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) of huisartsen, apothekers en ouderen zich meer bewust zouden moeten zijn van de mogelijkheid van een jaarlijkse medicatiebeoordeling voor patiënten met polyfarmacie.

Een medicatiebeoordeling is een nuttig instrument waarmee arts en apotheker samen met de patiënt het medicatiegebruik doornemen. Dit heeft tot doel de behandeling aan te passen als er interacties of vervelende bijwerkingen zijn bij het gebruik van veel geneesmiddelen tegelijk. Hiervoor is in 2012 de multidisciplinaire richtlijn 'polyfarmacie bij ouderen' opgesteld, die momenteel door de veldpartijen, op hun eigen verzoek wordt herzien. Het doel van de herziening is een doorontwikkeling van de medicatiebeoordeling, naar een interventie op maat waarbij tevens aandacht is voor het verantwoord stoppen van medicatie.

Ik vind medicatieveiligheid van groot belang en ben het met Kamerlid Sazias eens dat alle betrokkenen bewust moeten zijn van de mogelijkheid tot het uitvoeren van een medicatiebeoordeling. De richtlijn werkt ondersteunend aan de praktijk van zorgverleners, onder andere doordat hierin de wijze van uitvoering en de frequentie van een medicatiebeoordeling staat aangegeven voor een specifieke groep patiënten met polyfarmacie, vaak ouderen.

Goed gebruik van de richtlijn leidt tot meer aandacht voor het optimaliseren en zonodig verantwoord stoppen van geneesmiddelgebruik bij ouderen met polyfarmacie.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) of herregistratie een drempel vormt voor herintreders en of er een andere mogelijkheid te verzinnen is.

Allereerst merk ik op dat herintreders een zogenaamde 'registratie na doorhaling' dienen aan te vragen bij het BIG-register om weer een geldige BIG registratie te

verkrijgen. Om een dergelijke registratie te krijgen, kunnen zij het scholingsprogramma volgen.

De signalen hebben mij ook bereikt dat het volgen van het scholingsprogramma voor het verkrijgen van een BIG-registratie soms als een drempel wordt ervaren door zorgverleners die wegens ziekte lange tijd niet in staat zijn geweest om te werken en weer willen herintreden. Daarom ben ik in gesprek met de verschillende beroepsgroepen en de actiegroep HABZ (Herregistratie Artsen Bij Ziekte) om een oplossing te vinden die meer maatwerk mogelijk maakt. Hierbij kijk ik ook naar herintreders die jarenlang niet hebben gewerkt en nu graag in een baan in de zorg aan de slag gaan. Al met al wil ik dus tegemoet komen aan de omstandigheden waar een zorgverlener mee te maken kan krijgen. Wel zal ik oplossingen moeten vinden binnen de doelstelling van de Wet BIG. Dat houdt in dat de patiëntveiligheid voorop staat.

Het huidige scholingsprogramma herregistratie, dat mogelijk maakt om te kunnen herintreden, voldoet aan deze doelstelling van de Wet BIG. Het scholingsprogramma sluit namelijk aan bij de eindtermen van de initiële opleiding en waarborgt dat de zorgverlener over een zogenaamd basiskennisniveau beschikt om het beroep uit te oefenen. Scholingsprogramma's worden in de regel door onderwijspartijen ontworpen in samenspraak met de desbetreffende beroepsvereniging.

Tot slot wil ik nog opmerken dat het scholingsprogramma formeel los staat van een eventueel inwerktraject dat de werkgever later nog kan aanbieden. Uiteraard maken partijen afspraken hoe dit het beste op elkaar aan kan sluiten in de dagelijkse werkpraktijk.

Antwoord van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over welke effectieve maatregelen de minister wil nemen die ervoor zorgen dat verzekeraars politieke keuzes niet meer naast zich neer kunnen leggen, waarbij verwezen wordt naar budgetplafonds (en de motie over budgetplafonds bij de zorginkoop van palliatieve zorg), de ggz-zorg en de wijkverpleging.

Zorgverzekeraars hebben met de zorginkoop een belangrijke verantwoordelijkheid om de zorg kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Omzetplafonds worden door hen ingezet als instrument om doelmatige zorg te stimuleren en ook als stimulans om behandelingen tijdig af te sluiten. Tegelijkertijd hebben zorgverzekeraars een zorgplicht, die inhoudt dat zij voldoende passende zorg moeten inkopen die tijdig en binnen redelijke afstand beschikbaar is. Bij de zorginkoop dienen zij zich hiervan rekenschap te geven.

Met betrekking tot de ggz heeft de NZa recent onderzoek gedaan naar de mate waarin er vanwege omzetplafonds bij vrijgevestigden, capaciteit onbenut blijft in de gespecialiseerde ggz waardoor patiënten langer op zorg moeten wachten dan nodig (TK 25 424, nr. 423). Hieruit bleek dat een overgrote meerderheid van de vrijgevestigden het afgesproken omzetplafond niet benadert (en minimaal 10% daaronder blijft). De NZa doet naar aanleiding van dat onderzoek een aantal aanbevelingen richting zorgverzekeraars en aanbieders in de ggz. De aanbevelingen zijn gericht op het terugbrengen van de wachttijden in relatie tot de omzetplafonds. In het recent gesloten hoofdlijnenakkoord geestelijke gezondheidszorg 2019 – 2022 zijn afspraken gemaakt om de contractering te verbeteren. Specifiek zijn er afspraken gemaakt bij verzoeken tot (bij)contractering en verhoging van het omzetplafond. Ook in de vervolgaanpak

wachttijden hebben partijen onderling afspraken gemaakt over de contracten 2019 en het verminderen van wachttijden.

Ten aanzien van de palliatieve zorg merk ik op dat deze niet apart wordt ingekocht maar binnen de wijkverpleegkundige zorg valt. De indruk is dat er in de praktijk flexibel wordt omgegaan met de budgetplafonds.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over onderzoek hoe de zorg voor kinderen die in geen enkel hokje passen, het beste georganiseerd en bekostigd kan worden.

Uit verscheidene onderzoeken en signaleringen van de afgelopen jaren blijkt dat het voor jongeren met complexe problematiek of jongeren die zich in een complexe situatie bevinden, erg moeilijk kan zijn om passende zorg en ondersteuning te vinden. Daarvoor zijn vele redenen, maar in hoofdzaak gaat het er vaak om dat het voor zorgaanbieders moeilijk is om in dergelijke situaties het totaalpakket van de benodigde zorg en ondersteuning te leveren. Dit speelt bijvoorbeeld als die benodigde zorg zich op de grenzen van zorgsectoren bevindt. Nieuw onderzoek voor deze groep is mijns inziens niet nodig en werkt onnodig vertragend. Juist om dit soort problemen op te lossen zet ik in mijn programma's 'Zorg voor de Jeugd' en 'Volwaardig leven – voor de gehandicaptenzorg en complexe zorg' in op het wegnemen van knelpunten op de grenzen van sectoren en het waar nodig creëren van nieuw zorgaanbod, zodat er zo snel mogelijk voldoende passende zorg en ondersteuning beschikbaar is voor deze jongeren in complexe situaties. Hiernaast ga ik in pilots uitzoeken hoe cliënten en/of hun naasten het beste ondersteund kunnen worden met gespecialiseerde cliëntondersteuning. In deze pilots krijgen 450 cliënten en/of hun naasten een gespecialiseerde cliëntondersteuner, die kan helpen bij het organiseren van de meest passende zorg en ondersteuning.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de toetsingspraktijk van euthanasie en maatregelen om deze inzichtelijker te maken.

De derde evaluatie van de euthanasiewet die vorig jaar is gepubliceerd laat een positief beeld zien van de toetsingspraktijk van euthanasie. Uit het rapport blijkt ook dat de leden van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) tevreden zijn over het functioneren van elkaar en van de commissies als geheel. Naar ik heb begrepen herkennen noch de voorzitter van de RTE noch de 15 ethici van de RTE zich in de opmerkingen in het door het lid Van der Staaij genoemde artikel van mevrouw Van Baarsen. Wel vind ik het uiteraard van belang dat inzichtelijk wordt gemaakt hoe en op basis van welke overwegingen de oordelen van de RTE tot stand komen. Hiertoe hebben de RTE dit jaar een herziene versie van hun EuthanasieCode gepubliceerd, waarin een overzicht geboden wordt van de manier waarop de zorgvuldigheidseisen door de RTE worden geïnterpreteerd. Ook hebben de toetsingscommissies een werkgroep 'Motivering' ingesteld. Deze werkgroep kijkt hoe inzichtelijker kan worden gemaakt, ook voor de buitenwereld, hoe commissies tot hun oordelen komen. Daarnaast worden alle oordelen waarover in commissieverband indringende discussie heeft plaatsgevonden geanonimiseerd op de website van de RTE gepubliceerd. Ook is dit jaar een interne Reflectiekamer opgericht, die zich kan buigen over complexe vragen die uit een euthanasiezaak naar voren komen. Externe controle op oordelen van de RTE vindt plaats indien zij een oordeel 'onzorgvuldig' vellen, aangezien deze worden doorgestuurd aan het OM en de IGJ. Het OM kan daarnaast ook de oordelen 'zorgvuldig' van de RTE aan

een onderzoek onderwerpen. Aanvullende externe controle lijkt mij dan ook niet nodig of wenselijk.

Bij het beter inzichtelijk maken op welke wijze de oordelen van de RTE tot stand komen dient wel altijd de balans gezocht te worden met de vrijheid van beraadslaging door de leden van de toetsingscommissies en het voorkomen van een verhoging van de werkdruk. Zowel het publiceren van alle oordelen van de RTE als het notuleren van de vergaderingen, zoals de SGP voorstelt, zouden mijns inziens deze balans doen doorslaan, gezien de hierboven genoemde maatregelen die de RTE al heeft genomen ten aanzien van het vergroten van hun transparantie.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over of de staatssecretaris garandeert dat hij het verplicht informeren over alternatieven voor abortus onderdeel laat uitmaken van de kwaliteitseisen die hij gaat opstellen voor keuzehulpgesprekken en dat alleen organisaties die zich hieraan houden in aanmerking komen voor financiering.

In de Wet afbreking zwangerschap staat dat de vrouw die het voornemen heeft tot afbreking van zwangerschap en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen binnen haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap.

In de kwaliteitscriteria van de keuzehulpgesprekken zullen wij uiteraard verwijzen naar bovengenoemde wettekst. Dit betekent dat organisaties verplicht zijn verantwoorde voorlichting te verstrekken over andere oplossingen binnen de noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap. Alleen organisaties die zich hieraan houden, komen in aanmerking voor financiering. Ik ben met de IGJ in gesprek over de wijze waarop het toezicht in de toekomst, uiteraard rekeninghoudend met de wettelijke mogelijkheden, vormgegeven kan worden. De IGJ houdt al toezicht op de uitvoering van de wet- en regelgeving bij de abortusklinieken.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over of de staatssecretaris ervoor gaat zorgen dat de inspectie op deze wettelijke eis toezicht gaat houden bij iedere organisatie die keuzehulpgespreken voert, zowel bij abortusklinieken als bij gespecialiseerde keuzehulpverleners.

U verwijst in uw betoog over de wettelijke eis naar artikel 5.2.a van de Wet afbreking zwangerschap. In dit artikel staat dat de vrouw die het voornemen heeft tot afbreking van zwangerschap en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen binnen haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap.

In de kwaliteitscriteria van de open house zullen wij uiteraard verwijzen naar bovengenoemde wettekst. Dit betekent dat organisaties verplicht zijn verantwoorde voorlichting te verstrekken over andere oplossingen binnen de noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap. Alleen organisaties die zich hieraan houden, komen in aanmerking voor financiering. Ik ben met de IGJ in gesprek over de wijze waarop het toezicht in de toekomst, uiteraard rekeninghoudend met de wettelijke mogelijkheden, vormgegeven kan worden. De

IGJ houdt al toezicht op de uitvoering van de wet- en regelgeving bij de abortusklinieken.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over hoe de minister kan bijdragen aan een positieve campagne over het leven met beperkingen.

Ik vind het belangrijk dat mensen met een beperking zichtbaarder worden in de samenleving en er, mede daardoor, een positiever beeld van hen ontstaat. Met mijn programma's 'Onbeperkt Meedoen' en 'Volwaardig leven – voor de gehandicaptenzorg en complexe zorg' draag ik hieraan bij. In het kader van het programma 'Volwaardig leven' ben ik voornemens de ervaren kwaliteit van leven van naasten van mensen met een beperking te onderzoeken. Ik zal daarbij betrekken hoe naasten de beeldvorming in de samenleving ervaren en op welke wijze deze in positieve zin zou kunnen worden beïnvloed.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) waarom hij de staatssecretaris en de andere bewindslieden niet meer over de schadelijke gevolgen van drugs hoort.

Het kabinet is zich zeer bewust van de risico's van drugs als XTC, amfetamine of cocaïne. Ik deel de zorg van een toenemende normalisering van drugsgebruik, bijvoorbeeld tijdens het uitgaan of bezoeken van een festival. Ook mijn voorganger heeft in de beleidsvisie drugspreventie de normalisering van drugsgebruik ter discussie gesteld. We zien dat dit een inzet van lange adem vergt. Er loopt daarom op mijn verzoek onderzoek op welke punten extra inzet wenselijk en nodig is om deze verdergaande normalisering tegen te gaan. Ik zal u over de uitkomst hiervan informeren. Voorbeelden van lopende maatregelen zijn:

- Herziening van lesmateriaal over drugs voor scholen ('De Gezonde School en Genotmiddelen');
- Extra inzet op ondersteuning van ouders als het gaat om opvoeding over druggebruik tijdens het uitgaan (een nieuwe ouderavond, een website en Facebook campagne);
- Het aanbrenge van meer maatwerk in voorlichting en preventie aan de hand van de opbrengsten van het Persona onderzoek¹.

Niet alleen preventie van drugsgebruik heeft de aandacht van het kabinet. Ook overlast en criminaliteit hebben de aandacht. Bijvoorbeeld met de extra inzet van de minister van JenV op ondermijning. Binnen de aanpak van ondermijning ligt de focus op de illegale drugsindustrie. In het regeerakkoord zijn hiervoor extra incidentele en structurele middelen vrijgemaakt. Alle regio's en landelijke diensten hebben versterkingsplannen ingediend, die momenteel worden beoordeeld. In 2019 wordt met de uitvoering van deze plannen gestart.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de vraag of het kabinet bereid is om steviger de strijd aan te binden tegen partydrugs zoals XTC, amfetamine en cocaïne, zowel in de voorlichting als in het daadwerkelijk optreden tegen partydrugs.

¹ Hierover is uw Kamer eerder dit jaar geïnformeerd met een brief met kenmerk 1329642-175598-VGP, 23 april 2018

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op de vorige vraag.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de vraag of wordt erkend dat de 'legalisering toevoer aan de coffeeshop' zorgt voor normalisering van drugsgebruik en hoe dit kan worden voorkomen.

Het kabinet wil met het experiment met een gesloten coffeeshopketen onderzoeken of het mogelijk is een gesloten coffeeshopketen te realiseren en bezien wat de effecten zijn op het vlak van volksgezondheid, criminaliteit, openbare orde en veiligheid en overlast. Het kabinet heeft de onafhankelijke adviescommissie onder leiding van de heer Knottnerus gevraagd te adviseren over het experiment en daarbij expliciet in te gaan op preventie van gezondheidsrisico's. De commissie heeft verschillende suggesties gedaan voor preventie van cannabisgebruik. Die suggesties worden nu uitgewerkt in de vormgeving van het experiment.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over het teruggeven van winst van zorgverzekeraars aan de premiebetaler.

Het financiële resultaat van zorgverzekeraars was de afgelopen jaren per saldo negatief en zorgverzekeraars hebben daarmee ingeteerd op hun reserves. Ter illustratie is de solvabiliteitspositie afgenomen van 160% in 2015 naar 140% in 2017. Wanneer zorgverzekeraars positieve resultaten behalen, komen deze ten goede aan de premiebetaler. Zorgverzekeraars gebruiken positieve resultaten om het volgende jaar de premie lager (onder kostendekkend niveau) te kunnen vaststellen of om hun reserves te versterken. Via een lagere vaststelling van de premie hebben zorgverzekeraars de afgelopen vijf jaar bijna 6 miljard euro aan verzekerden teruggegeven.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over vrijstelling voor mantelzorgers.

Het mantelzorgcompliment is ontstaan, toen bleek dat fiscale compensatie van mantelzorgers door de belastingdienst onuitvoerbaar was. Met de invoering van de Wmo 2015 verviel het mantelzorgcompliment en de daaraan gekoppelde vrijstelling. Het ministerie van Financiën heeft reeds in 2014 een verkenning gedaan naar alternatieven voor vrijstellingen in de Successiewet. Op grond van deze verkenning werd toen al geconcludeerd dat een passend alternatief niet mogelijk is. Daarbij is de belangrijkste overweging dat er geen registratie bestaat op basis waarvan objectief is vast te stellen wie als mantelzorger kwalificeert. Diezelfde overweging geldt ook bij een vrijwilligersvergoeding voor mantelzorgers. Ik neem uw voorstellen – hoe sympathiek ook – niet over, aangezien deze praktisch niet uitvoerbaar zijn.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) of het patentrecht niet botst met het recht op gezondheid, hoe hoog de winst van farmaceuten mag zijn en wat maatschappelijk verantwoord is.

De zorg in Nederland staat op een hoog niveau. We zijn in staat om vele, vaak dure en complexe behandelingen voor patiënten te vergoeden. Innovatie is daarbij van groot belang, want dat zorgt er voor dat fabrikanten van geneesmiddelen steeds weer nieuwe innovatieve geneesmiddelen op de markt brengen. Een patent vormt een prikkel tot innovatie omdat een fabrikant daarmee de geïnvesteerde middelen kan terugverdienen. Zo zijn we steeds weer in staat om de gezondheid van burgers te behouden of te herstellen.

De kosten van onze zorg moeten natuurlijk wel opgebracht kunnen blijven worden door burgers. Dat een bedrijf winst maakt is logisch maar ik vind dat farmaceutische bedrijven zich maatschappelijk verantwoord moeten gedragen door transparant te zijn over kosten voor onderzoek en ontwikkeling, de kostenopbouw van de gevraagde prijzen en het hanteren van een verantwoorde winstmarge. Ik vind het onwenselijk als farmaceuten hun marktexclusiviteit misbruiken om excessief hoge prijzen te vragen.

Mede om die reden kijk ik met andere landen of de bestaande EU beschermingsmechanismen die vaak specifiek voor geneesmiddelen zijn gecreëerd (zoals aanvullende beschermingscertificaten, data-exclusiviteit en marktexclusiviteit) de gewenste resultaten opleveren. (Tweede Kamerstukken 2017-2018, 29477, nr. 490).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over het verruimen van de tolkenvergoeding.

Voor een duidelijke communicatie bij zorgverlening is het belangrijk dat patiënten goed Nederlands spreken. Wanneer dit niet het geval is, dan dienen patiënt en zorgverlener een voorziening te treffen (conform de kwaliteitsnorm tolkgebruik). Er is in beginsel geen tolkenvergoeding in de zorg omdat het uitgangspunt is dat men goed Nederlands spreekt. Voor enkele groepen is een uitzondering gemaakt (slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers in opvangcentra, vrouwen in de maatschappelijke opvang, statushouders in hun contact met huisartsen) omdat van hen nog niet verwacht kan worden dat zij voldoende Nederlands spreken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over inzicht in kosten en opbrengsten van farmaceutische bedrijven en het openbaar maken van onderhandelingen.

U weet dat ik me sterk maak voor grotere transparantie in de geneesmiddelensector. Fabrikanten brengen steeds weer waardevolle nieuwe geneesmiddelen op de markt. We hebben allen een belang bij deze innovaties en een beloning daarvoor vind ik dan ook belangrijk. Ik vind echter dat fabrikanten met name bij geneesmiddelen met excessief hoge prijzen, of bij (wees-)geneesmiddelen die zeer hoge kosten per patiënt met zich meebrengen, wel meer inzage moeten geven in de prijsopbouw van die geneesmiddelen. Prijzen van geneesmiddelen en daaruit voortkomende winsten van farmaceuten dreigen in deze gevallen namelijk te leiden tot maatschappelijk onaanvaardbare effecten, zoals verdringing van andere zorg. Fabrikanten hebben naar mijn mening een

maatschappelijke verantwoordelijkheid om die inzage te geven. Dit kan ik echter niet alleen afdwingen. Daarom vraag ik ook internationaal steeds aandacht voor dit onderwerp.

Ik blijf ernaar streven op uitkomsten van onderhandelingen openbaar te kunnen maken. Maar daarvoor zijn twee partijen nodig. Als de andere partij dit niet wil dan kies ik er voor om in zo'n geval de onderhandelingen die ik voer niet openbaar maken. Als ik dat namelijk wel zou doen dan gaat dat ten koste van de beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen voor patiënten. Want dan betalen we als samenleving of de hoofdprijs of we hebben het geneesmiddel niet. Dat vind ik beide niet wenselijk. Daarom kies ik ervoor de onderhandelingen niet openbaar te maken maar wel middelen beschikbaar te krijgen voor patiënten, nu en in de toekomst. Zoals u weet informeer ik u wel jaarlijks over de totale uitkomsten van de onderhandelingen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) of de minister de ACM wil vragen onderzoek te doen naar het kartelverbod in de Mededingingswet, gegeven de stelling dat er sprake is van een oligopolie van vier grote zorgverzekeraars die samen de markt kunnen verdelen en de stelling dat DSW de zorgpremie bepaalt waarna de andere verzekeraars volgen.

Op de zorgverzekeringsmarkt opereren 23 zorgverzekeraars, vallend onder tien concerns. Jaarlijks verliezen de vier grootste concerns samen marktaandeel en neemt het gezamenlijke marktaandeel van de kleinere concerns toe (zie de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017 van de NZa). Ook is afgelopen jaar een nieuwe zorgverzekeraar toegetreden tot de markt. Dit laat zien dat er dynamiek is.

DSW is in de regel jaarlijks de eerste zorgverzekeraar die haar premie bekend maakt. Hoewel de premie van DSW een indicatie geeft voor de rest van de markt, maken individuele zorgverzekeraars een eigenstandige afweging over de hoogte van hun premies. Zorgverzekeraars concurreren juist met elkaar om de gunst van de verzekerden, onder andere op prijs. Het verschil tussen de hoogste en de laagste premie op jaarbasis is in 2018 380 euro.

Ik zie gegeven bovenstaande ontwikkelingen geen aanleiding om de ACM te vragen hiernaar te kijken. Daarnaast is het is niet mijn rol de ACM aanwijzingen te geven voor het instellen van een onderzoek aangezien de ACM een onafhankelijke toezichthouder is.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) of er sprake is van een zorgverzekeraarskartel en of we dat kunnen openbreken.

Ik ben het niet eens met de opvatting dat er sprake zou zijn van een zorgverzekeraarskartel en voor het openbreken daarvan bestaat dus geen aanleiding.

De Autoriteit Consument en Markt heeft zowel de taak toe te zien op naleving van het kartelverbod als de taak om concentratietoezicht uit te voeren. Fusies en overnames boven bepaalde drempelbedragen moeten altijd gemeld worden bij en behandeld worden door de ACM. Bovendien is in de beleidsregel 'Concentraties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars' bepaald dat de ACM bij een beslissing

over een mededeling over een voorgenomen concentratie van zorgverzekeraars in ieder geval een aantal zorgspecifieke aspecten betreft. Deze zorgspecifieke aspecten zijn: De verbinding tussen de polismarkt en de inkoopmarkt, de mogelijkheden voor toetreding van zorgverzekeraars en de rol van kleine zorgverzekeraars, de differentiatie van de polismarkt en coördinatie-effecten. Op de zorgverzekeringsmarkt opereren 23 zorgverzekeraars, vallend onder tien concerns. Jaarlijks verliezen de vier grootste concerns samen marktaandeel en neemt het gezamenlijke marktaandeel van de kleinere concerns toe (zie de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017 van de NZa). Ook is afgelopen jaar een nieuwe zorgverzekeraar toegetreden tot de markt. Er is dus voldoende dynamiek op de zorgverzekeraarsmarkt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over het afschaffen van het eigen risico door af te zien van de invoering van het tweeschijvenstelsel.

Het kabinet kiest ervoor om het eigen risico te bevroren op € 385, niet om het eigen risico af te schaffen. Het eigen risico draagt bij aan de beheersing van de collectieve zorguitgaven en borgt het draagvlak voor ons solidaire zorgstelsel. Het eigen risico financiert een deel van de zorgkosten en zonder eigen risico zouden de zorgkosten stijgen doordat mensen minder zich bewust zijn van de kosten. Het kabinet vindt het belangrijk dat de zorg voor iedereen betaalbaar blijft. Daarom neemt het kabinet een reeks aan gerichte maatregelen om de stapeling van eigen betalingen te beperken. Het bevroren van het eigen risico op 385 euro is er daar één van. Andere maatregelen zijn lagere eigen bijdragen Wmo en Wlz.

Daarnaast kiest het kabinet ervoor om een tweeschijvenstelsel in te voeren. Hierdoor dalen de lasten op arbeid voor huishoudens sterk. Bovendien maakt dit de fiscale behandeling van verschillende types huishoudens evenwichtiger doordat het minder van belang wordt of het inkomen in een huishouden met één persoon of met twee personen verdiend wordt. In het regeerakkoord staan tevens belastingmaatregelen die met name ten goede komen aan de lagere inkomens, zoals het verhogen van de maximale algemene heffingskorting.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) of mensen die maandelijks een factuur ontvangen de betaalbaarheid van de zorg ervaren en hoe rechtvaardig het is dat de premiebetaler ziet dat verzekeraars winst maken.

We leven in ons land langer dan vroeger. Dat is natuurlijk heel goed, maar als we met meer ouderen zijn, hebben we ook meer zorg nodig. Ziektes waar mensen vroeger aan dood gingen, kunnen nu goed worden behandeld. Mensen moeten dan wel vaak jarenlang of zelfs een leven lang medicijnen gebruiken, soms voor meerdere ziektes tegelijk. De waarde van een mensenleven is oneindig, maar het budget niet. Bovengenoemde ontwikkelingen hebben uiteraard effect op de zorgkosten en daarmee op de premie die mensen maandelijks betalen.

Als verzekeraars een positief resultaat behalen gaat dat of naar de reserves of wordt dit ingezet voor een lagere premie. Beide is in het belang van de premiebetaler. De afgelopen 5 jaren hebben verzekeraars circa 6 miljard teruggegeven aan hun verzekerden.