

BIJVOEGSEL

Schriftelijke antwoorden van de de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2020 (35300-XVI)**.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en 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 menselijke maat in het zorgstelsel.

De zorg draait juist om mensen en hun welbevinden. Mensen hebben recht op goede zorg. Dat kan alleen als de mens centraal staat. De menselijke maat is dus een belangrijke pijler. Het is dan ook niet voor niks dat we uitkomsten van goede zorg ook steeds meer willen uitdrukken in hoe die zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de mensen die de zorg ervaren.

De manier waarop we onze zorg organiseren moet altijd tot doel hebben dat deze is toegesneden op de behoeften van mensen die deze zorg ontvangen. Die zorg moet tegelijkertijd toegankelijk zijn voor iedereen en betaalbaar blijven voor de toekomst. De contourennota, maar ook bijvoorbeeld de schets over de acute zorg zal ingaan op die organiseerbaarheid.

Wij zijn ervan overtuigd dat we bij de invulling van die opgave niet zonder de inzichten en ervaringen kunnen van patiënten en ontvangers van zorg en ondersteuning en hun naasten. Er ligt ook een belangrijke uitdaging om het beleid op alle niveaus in de zorg in te richten met substantiële inbreng van ervaringsdeskundigen. Niet praten over, maar *met* de mensen over wie het gaat. Dat doen wij als bewindspersonen via ons veelvuldig contact met de mensen waar het over gaat. Dat doen wij op het ministerie waar we bij het maken van beleid heel intensief spreken met ervaringsdeskundigen en mensen die werken in de zorg. Maar ook doen we dat door samen beslissen centraal te zetten, het mogelijk maken dat ervaringsdeskundigen vaker zorg kunnen leveren in de GGZ en dat we veel investeren in de kwaliteit van de zorg aan inwoners van verpleeghuizen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over wanneer de aanrijtijden voor de ambulances wél worden gehaald.

De wettelijke norm is dat de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) in ten minste 95% van de A1-meldingen onder normale omstandigheden een ambulance binnen 15 minuten na aanneming van de melding ter plaatse hebben. Op dit moment werk ik met de sector aan verbetering van de kwaliteit van de ambulancezorg, waar de responstijden onderdeel van zijn. Ik heb met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het actieplan ambulancezorg afgesproken. Het plan bevat verbeteringen waarmee ambulancezorg efficiënter kan worden ingezet en waarmee de opleiding en inzet van personeel in de regio's gestroomlijnd wordt. Door meer flexibiliteit in de bekostiging van ambulancezorg, ook onderdeel van het actieplan, wordt het makkelijker om maatwerk te leveren in de regio's. De sector ontwikkelt tevens een kwaliteitskader ambulancezorg, waarin wordt toegewerkt naar zorgnormen, waardoor de 15-minutennorm onderdeel wordt van een breder palet aan kwaliteitsnormen. Immers: kwaliteit is meer dan tijd.

De NZa heeft mij laten weten dat de inspanningen van RAV's en zorgverzekeraars er nog niet in resulteren dat de gemiddelde responstijd verbetert (Kamerstukken 2019/20, 29 247, nr. 291). Reden om het toezicht onverminderd stevig voort te zetten. Daarbij zal de NZa komend jaar ook verder samenwerken met de IGJ, zodat wordt gewaarborgd dat de inspanningen om de norm te halen niet alleen

wordt bekeken vanuit de zorgplicht van verzekeraars maar ook de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg dienen. Het uiteindelijke doel is te komen tot een blijvende algehele verbetering van de ambulancezorg. Daar blijf ik samen met de toezichthouders en partijen hard aan werken.

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 ontwikkeling van de zorgkosten in de context van de ontwikkeling van het BBP.

Het is belangrijk de groei van de zorguitgaven in de context van economische ontwikkelingen moet worden gezien. Als de zorguitgaven even snel groeien als het BBP dan is er inderdaad geen probleem. De stijging van de zorguitgaven knellen echter op de lange termijn als deze de verwachte economische groei geruime tijd overstijgen. Andere collectieve uitgaven zoals onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid, worden dan verdrongen. Dit laatste blijkt uit het Trendskenario van het RIVM.

In het door RIVM opgestelde Trendskenario stijgen de reële zorguitgaven tot 174 miljard euro in 2040. Deze toename van de reële zorguitgaven met gemiddeld 2,9 procent per jaar in de periode 2015-2040 betekent dat de zorguitgaven in 2040 zijn verdubbeld ten opzichte van 2015. Het aandeel van de zorguitgaven als percentage van het BBP neemt in het trendskenario toe van 12,7 procent in 2015 naar 16,4 procent in 2040. Dit is gebaseerd op een veronderstelde groei van het BBP van 1,8 procent per jaar.

Antwoord van 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 inspraak van mensen zelf bij preventieakkoord en BIG II.

In het kader van het Nationaal Preventieakkoord is gesproken met tal van maatschappelijke organisaties en vertegenwoordigers van professionals die het belang van hun patiënten en cliënten behartigen. Partijen als Boink (Ouders in de kinderopvang), diabetesvereniging, de Nederlandse diabetes federatie, de fietsersbond, het wandelnet en de Stichting special heroes nemen deel aan de thematafels en hebben het akkoord getekend.

In het kader van het wetsvoorstel BIG II heb ik, de minister voor Medische Zorg en Sport, verpleegkundigen uitgebreid gesproken én opvattingen opgedaan via werkbezoeken, voorlichtingsbijeenkomsten en de gebruikelijke internetconsultatie. Daarnaast heb ik gesproken met de vertegenwoordigers van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, NU'91, werkgevers- en werknemersorganisaties, waarbij zij aangeven dat ze hun achterban op veel verschillende manieren consulteren. Voor het (eventuele) vervolgtraject heb ik deze bovengenoemde partijen en ook het actiecomité BIG II in overgang - bestaande uit verpleegkundigen - uitgenodigd voor een gesprek.

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 waarom het beeld wordt geschetst dat de zorgkosten moeten worden aangepakt terwijl de zorgkosten minder hard zijn gestegen dan voorspeld.

De zorgkosten zijn inderdaad minder hard gestegen dan geraamd. Dat komt ook doordat dit kabinet, samen met partijen in de zorg, werk maakt van het niet harder dan nodig laten stijgen van de zorguitgaven. Ondanks al deze inspanningen zijn dit decennium de zorguitgaven alsnog met jaarlijks circa 2,7% gestegen, terwijl het BBP gedurende dezelfde periode met jaarlijks 2,4% is gestegen.

De behoefte aan zorg zal naar verwachting in de toekomst verder oplopen en de zorguitgaven stijgen volgens diezelfde verwachtingen sneller dan de groei van de economie. Dat is problematisch, omdat andere overheidsuitgaven en persoonlijke uitgaven worden verdrongen. Dat is op de lange termijn niet betaalbaar en organiseerbaar. Wij kaarten deze ontwikkelingen aan in het belang van goede zorg nu en in de toekomst. Wij willen de zorg organiseerbaar en betaalbaar houden ook voor onze kinderen en kleinkinderen.

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 het onderzoek van het SCP waaruit blijkt dat 75% van de bevolking vindt dat meer geld moet worden uitgegeven aan de zorg.

In Nederland kunt u rekenen op goede zorg. In ons land willen we samen klaarstaan voor mensen met gezondheidsproblemen. Dat zien wij ook terug in de door mevrouw Agema aangehaalde studie burgerperspectieven van het SCP. Er gaat ook steeds meer geld naar de zorg. Komend jaar stijgen de zorguitgaven naar € 88 miljard. Dat is € 3 miljard meer dan dit jaar. Over de gehele kabinetsperiode gaan we uit van een stijging van de zorguitgaven van € 15 miljard.

Wij herkennen in dezelfde studie echter ook dat de bevolking zich zorgen maakt om de kosten van de zorg. En dat kunnen wij ons voorstellen. Een gemiddelde volwassen Nederlander betaalt nu via premies en belastingen al € 5.528 mee aan onze gezamenlijke zorg. Die rekening gaat in de toekomst verder oplopen en we willen tegelijkertijd – blijkt ook uit dezelfde studie van het SCP – ook geld overhouden voor goed onderwijs, de bestrijding van armoede of een veilig Nederland. En mensen willen natuurlijk ook ruimte houden voor hun eigen uitgaven, zoals woonkosten, kleding of studie.

We staan voor grote uitdagingen in Nederland om de zorg ook in de toekomst organiseerbaar en betaalbaar te houden. Wij voelen ons daarbij gesteund door een bevolking die keer op keer aangeeft dat de zorg erg belangrijk is. We nemen nu al diverse maatregelen om de uitdagingen het hoofd te kunnen bieden.

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 organiseerbaarheid van de zorg.

We signaleren dat we in Nederland voor een enorme uitdaging staan om de zorg ook in de toekomst organiseerbaar en betaalbaar te houden, juist in belang van mensen. We nemen daarom talrijke maatregelen om de uitdagingen het hoofd te kunnen bieden. Te denken valt aan de vijf afgesloten hoofdlijnenakkoorden en de reeks van programma's die concrete knelpunten aanpakken, zoals de programma's

Juiste Zorg op de Juiste Plek, Langer Thuis, Innovatie en Zorgvernieuwing, Werken in de Zorg en het Nationaal Preventieakkoord. Ook pakken we op tal van andere terreinen knelpunten op en nemen we concrete maatregelen. Denk daarbij aan de extra middelen voor verpleeghuiszorg, de aanpak van wachtlijsten en een betere organisatie van de wijkverpleging. Wat op korte termijn kan, doen we op korte termijn. Wat meer nodig is om de zorg toekomstbestendig te maken, pakken we op in de contourennota die voor het zomerreces van 2020 gereed moet zijn.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over administratieve medewerkers en patiëntcontact.

Dit beeld klopt voor de UMCs. In 2017 had 46% een cliëntgebonden functie en 54% een niet cliëntgebonden functie. Het aandeel cliëntgebonden functies is in andere branches veel hoger. In de huisartsenzorg is dit bijvoorbeeld 91%. Het aandeel cliëntgebonden functies hangt ook samen met de kenmerken van de betreffende sector. UMCs hebben naast de zorg, ook een belangrijke onderwijs- en onderzoeksfunctie. Hiermee samenhangend heeft bijna een kwart van het personeel dus ook een niet cliëntgebonden functie, maar gericht op onderwijs en onderzoek. Overigens draagt het verminderen van administratief personeel niet persé bij aan het terugdringen van het tekort aan zorgpersoneel. Sterker nog, minder administratief personeel kan ertoe bijdragen dat zorgpersoneel meer tijd kwijt is aan administratieve taken, waarmee het tekort aan zorgpersoneel alleen maar groter wordt.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over de stijging van de gemiddelde overhead in instellingen voor langdurige zorg van 13% naar 16% en over de extra ruimte voor handen aan het bed die ontstaat bij het terugdringen van de gemiddelde overhead tot het niveau van de best presterende instellingen (7% overhead).

Zoals ik heb aangegeven in de tweede voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis heb ik de NZa opdracht gegeven om de komende jaren de overstap te maken van de huidige met gemiddelde kosten onderbouwde tarieven naar tarieven die onderbouwd zijn met de kosten van de 'best presterende instellingen'. Van best presterende instellingen is bekend dat ze met de huidige middelen meer zorgverleners beschikbaar hebben. Hierbij speelt ook overhead een rol. Het wil niet altijd zeggen dat een heel lage overhead per definitie leidt tot een 'best presterende instelling'. Zo dragen investeringen in goede ICT en functies die het primair proces ontlasten van administratieve handelingen bij aan het optimaal functioneren van het primair proces (en dus extra handen aan het bed), maar deze uitgaven worden wel tot de overhead gerekend. Samen met de veldpartijen zal de NZa onderzoeken wat de best presterende instellingen zijn en hierbij kijken naar alle onderdelen van een organisatie. Op grond van het advies van de NZa zal ik vervolgens bezien op welke wijze de kosten van deze instellingen (stapsgewijs) het uitgangspunt kunnen worden voor alle verpleeghuizen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over het voorstel om de verpleeghuistarieven samen te voegen tot één tarief, met het oog op het verlagen van de administratieve lasten door de verlaging van het aantal herindicaties.

Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 11 oktober jl. (Kamerstukken 2019/20,

31765, nr. 451) heb ik het CIZ en het CBS om uitvoerige informatie gevraagd om de gevolgen van het samenvoegen van de zorgzwaartepakketten tot één tarief goed te kunnen beoordelen.

Uit de ontvangen informatie leid ik af dat het stoppen met herindiceren in verband met een gewijzigde zorgbehoefte en het hanteren van één tarief slechts een beperkte vermindering van administratieve lasten oplevert, terwijl er tegelijkertijd ongewenste financiële effecten voor instellingen en risico's voor de toegankelijkheid van zwaardere zorg optreden. Dit heb ik in de genoemde brief nader toegelicht.

De vermindering van administratieve lasten is beperkt, omdat het aantal herindicaties in de Wlz relatief beperkt is. In dit licht is ook van belang dat het CIZ afgelopen zomer is gestart met de uitrol van de nieuwe werkwijze «CIZ versnelt». Deze werkwijze zal in 2020 worden bestendigd, waardoor het CIZ in de loop van 2020 95% van de digitale aanvragen van zorgaanbieders – mits de aanvragen volledig zijn – binnen zeven werkdagen afhandelt. De administratieve lasten zullen daardoor dus reeds verder dalen. Hier staat tegenover dat voor de circa 10% van de instellingen waar overwegend zwaardere cliënten zijn opgenomen de consequenties van één landelijk tarief groot zouden zijn, omdat zij financieel nadeel ondervinden van één landelijk tarief. De toegankelijkheid of kwaliteit van zorg van de zwaarste groepen cliënten in de instelling zou hiermee in het gedrang komen. Dat is niet gewenst.

Op basis van deze informatie heb ik de conclusie getrokken dat het niet wenselijk is om de verpleeghuistarieven samen te voegen tot één tarief.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over een halvering van de huishoudelijke zorg.

Deze beslissing tot besparing op de huishoudelijke hulp is door het vorige kabinet genomen in het licht van de totale financiële opgave volgend op de crisis. Voor Wmo-gebruikers was in 2015 een overgangsrecht van toepassing.

Uit de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein over de jaren 2016, 2017 en 2018 komt een beperkte daling van het aantal gebruikers van huishoudelijke hulp met circa 3% (tussen 2016 en 2018) naar voren. Daarbij hebben gemeenten in toenemende mate ook hulp bij het huishouden via algemene voorzieningen georganiseerd. Het aantal mensen dat daarvan gebruik maakt is op landelijk niveau niet beschikbaar. We hebben geen indicaties dat deze zijn verminderd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over dat een deel van de E33-meldingen bij de politie van personen met verward gedrag gaat over mensen met dementie die langer thuiswonen.

De politie begon in 2011 'incidenten personen met verward gedrag' apart te registreren. Deze zogenaamde E33-code is geen diagnose maar een registratie van meldingen van personen die verward gedrag vertonen, zonder dat zij een strafbaar feit plegen. Mensen met verward gedrag is een brede doelgroep. Het kan gaan om mensen met dementie, mensen met psychosociale problemen of een verstandelijke beperking en mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Het is een zeer diverse groep waarvan het grootste deel niet gevaarlijk is of overlast veroorzaakt en die ondersteuning en zorg nodig heeft. Hier wordt door alle partijen in de regio's hard aan gewerkt. Ik, de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heb in mijn brief van 5 juli 2019 (Kamerstukken 2018/19, 23 345, nr. 128) aangegeven samen met BZK, JenV en de VNG in te zetten op de ondersteuning van met name een groep van ca. 5700 personen die binnen deze E33-groep zorgt voor de meeste meldingen. Dat heeft tijd nodig maar er is al veel gebeurd, met name in het verbeteren van samenwerking tussen partijen die elkaar eerder onvoldoende wisten te vinden.

Ik, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heb zeker ook aandacht voor mensen met dementie die langer thuis wonen. In 2020 eindigt het Deltaplan Dementie met de daaraan verbonden programma's voor onder andere dementieonderzoek en verbetering van zorg. Op dit moment werk ik aan een vervolg op deze programma's. Verdere verbetering van persoonsgerichte dementiezorg door brede implementatie van bewezen zorgconcepten is daar een onderdeel van. Medio november 2019 informeer ik uw Kamer per brief over de hoofdlijnen van het dementiebeleid vanaf 2021.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over het verkorten van de wachtlijsten in de verpleeghuissector.

In mijn brief van 18 oktober 2019 (Kamerstukken 2019/20, 31 765, nr. 453) heb ik de korte termijn aanpak van de wachtlijsten in de verpleeghuiszorg beschreven. Eén belangrijke maatregel is dat ik het beschikbare kader 2019, op grond van het advies van de NZa, structureel met € 190 miljoen heb verhoogd. Daarnaast heb ik incidenteel € 60 miljoen beschikbaar gesteld om ervoor te zorgen dat er voldoende ruimte in het systeem beschikbaar is en dat zorgkantoren en zorgaanbieders het vertrouwen voelen de benodigde zorg te blijven bekostigen en leveren. Dit komt bovenop de € 410 miljoen die ik halverwege 2019 beschikbaar heb gesteld. In totaal heb ik het Wlz-kader 2019 dus met € 660 miljoen verhoogd. De totale groei ruimte in 2019 komt daarmee uit op € 950 mln. Voor 2020 heb ik van de gereserveerde herverdelingsmiddelen a € 200 miljoen bij aanvang al direct € 130 miljoen beschikbaar gesteld om onzekerheid over het budget 2020 te beperken.

Ik heb zorgkantoren met klem verzocht om dit extra budget te gebruiken om de wachtlijsten aan te pakken. Het relatief kleine aantal mensen dat als actief wachtend geregistreerd staat (ruim 1700), is reeds goed in beeld bij de zorgkantoren. De zorgkantoren gaan de omvangrijke groep niet-actief wachtenden (ruim 16000 mensen) actiever benaderen met als doel scherper in beeld te krijgen wat hun behoeften zijn en hoe zij geholpen kunnen worden met zorgbemiddeling. Daarbij is het van belang dat de NZa haar toezicht versterkt op de zorgkantoren waar het gaat om het nakomen van hun zorgplicht en de aanpak van de wachtlijsten.

Voor de overige korte termijn acties verwijs ik naar mijn brief van 18 oktober jl. Voor de langere termijn heb ik aangekondigd dat ik in december van dit jaar met een brief kom waarin de bouwopgave voor de komende 5 tot 20 jaar – zowel landelijk als regionaal – in kaart wordt gebracht. Over deze opgave zal ik onder andere in overleg treden met mijn collega van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en met de corporaties.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) hoe de minister aankijkt tegen het gegeven dat er € 2 miljard is vrijgemaakt voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, maar dat de afspraken daarover niet worden behaald doordat het aantal bewoners harder groeit dan de kosten.

In mijn brief over "Korte termijnacties wachtlijstaanpak verpleeghuiszorg" van 18 oktober jl. (Kamerstukken 2019/20, 31765, nr. 453) heb ik aangegeven dat de verpleeghuizen voor twee opgaven staan. Enerzijds de realisatie van het kwaliteitskader en anderzijds de realisatie van voldoende plaatsen voor het toenemende aantal cliënten in de verpleeghuiszorg. Ik heb daarbij aangegeven dat het belangrijk is dat voor beide opgaven voldoende middelen beschikbaar zijn. In verband met het groeiende aantal cliënten heb ik daarom, los van de € 2,1 miljard voor het kwaliteitskader, in 2019 een extra bedrag van in het totaal € 660 miljoen beschikbaar gesteld, waarvan € 600 miljoen structureel en € 60 miljoen incidenteel. Daarmee kunnen volumeontwikkelingen worden opgevangen en extra plaatsen worden gefinancierd voor mensen op de wachtlijst.

Daarnaast is het kwaliteitsbudget beschikbaar waarmee de verpleeghuizen de vervolgstappen kunnen zetten om het kwaliteitskader te implementeren. Hiervoor zijn over het jaar 2019 op basis van kwaliteitsplannen van de verpleeghuizen door de zorgkantoren afspraken gemaakt voor een bedrag van € 583 miljoen, zoals ik heb gemeld in de tweede Voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis (Kamerstukken 2018/19, 31765, nr 411). Voor 2020 is een kwaliteitsbudget beschikbaar van € 1.100 miljoen. Via de derde Voortgangsrapportage zal ik de Kamer eind november informeren over de uitvoering van de plannen in 2019.

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 of de Juiste Zorg op de Juiste Plek een alternatief is om de handdoek in de ring te gooien.

Integendeel. Het vertrekpunt voor de Juiste Zorg op de Juiste Plek is om het functioneren van mensen centraal te zetten en niet zozeer hun ziekte. Het gaat om het bevorderen, het behoud of het herstel van functioneren van mensen in de brede zin van het woord. Dit impliceert een verschuiving van focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Kern van de beweging is voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg met als doel die zorg toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden. De beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek is noodzakelijk om de zorg in de toekomst te kunnen blijven organiseren en betalen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over *7 treden van ouderenzorg*.

Ik herken het geschetste beeld over het afbreken van een goed georganiseerd systeem niet. De hervorming van de langdurige zorg is ingezet om de langdurige zorg ook in de toekomst betaalbaar, organiseerbaar en van hoge kwaliteit te houden.

De evaluatie van de Hervorming van de Langdurige Zorg door het Sociaal en Cultureel Planbureau laat zien dat we hier goede stappen in hebben gezet. Dit laat onverlet dat op een aantal vlakken nog verbetering nodig en mogelijk is; de aan

de vernieuwing ten grondslag liggende bedoelingen worden nog niet altijd en overal gerealiseerd. Samen met partijen uit het veld en cliëntorganisaties ben ik dagelijks bezig de ouderenzorg voor iedereen merkbaar beter te maken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over het omvallen van streekziekenhuizen door de 0% volumegroei in 2022.

We kunnen de ogen niet kunnen sluiten voor de kostenstijgingen in de zorg. Met elkaar staan we voor de uitdaging om kwalitatief goede zorg toegankelijk en betaalbaar te houden in Nederland. De 0% groei die we in de medisch-specialistische zorg in 2022 hebben afgesproken is daarom een noodzakelijk streven. Het is goed dat we daar in de akkoorden afspraken over hebben gemaakt.

In alle hoofdlijnenakkoorden hebben de betrokken partijen zich gecommitteerd aan de ontwikkeling richting de Juiste Zorg op de Juiste Plek en de bijbehorende financiële afspraken. We willen zorg waarin de mens centraal staat en dat vraagt om een andere organisatie van zorg en ondersteuning.

Deze transitie is een hele opgave die van alle betrokken partijen tijd en aandacht vraagt, ik realiseer mij ten eerste dat dit ook voor de partijen in de medisch-specialistische zorg geldt. Dat daarbij knelpunten optreden is onvermijdelijk, maar ik heb er vertrouwen in dat dit akkoord ervoor zorgt dat alle partijen dit gezamenlijk oppakken. In een recent bestuurlijk overleg is hier ook over gesproken. Alle partijen hebben toen aangegeven achter alle elementen (zowel inhoudelijk als financieel) van het hoofdlijnenakkoord te staan. Dit is ook van groot belang, want we hebben elkaar nodig om de afspraken voor elkaar te krijgen. De komende tijd moeten we als partijen goed met elkaar in gesprek blijven over de uitdagingen waar partijen in dit kader voor staan.

Van groot belang bij de transitie van de zorg is dat dit proces zorgvuldig verloopt. Vorig jaar zijn het ziekenhuis MC Slotervaart in Amsterdam en de MC IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland onverwacht failliet gegaan en ik heb al vaker aangegeven, dat ik zoiets op deze manier nooit meer wil meemaken. Ik vind het belangrijk dat partijen in de regio tijdig nadenken over de zorgvraag en het zorgaanbod in de regio, en de vraag hoe het zorgaanbod in de regio er in de toekomst uit moet zien, en daar dan ook conclusies aan verbinden wat betreft het aanbod van zorg en ondersteuning. Op deze manier kunnen aanpassingen tijdig gedaan worden. Ik pak zelf natuurlijk ook mijn rol om ervoor te zorgen dat dit zorgvuldig gebeurt. Zo heb ik in de hoofdlijnenakkoorden afspraken gemaakt over de regiobeelden die gemaakt worden zodat veranderingen in het zorglandschap ons niet overkomen maar dat we hierop voorbereid zijn. Ook heb ik het beleid rondom zorgaanbieders in financiële problemen – waaronder het systeem van vroegsignalering, 'early warning' genoemd – aangescherpt (TK 2019/20, 32 620, nr. 235). Verder wil ik beter zicht krijgen op de gewenste spreiding van de acute (ziekenhuis)zorg. De Gezondheidsraad zal mij adviseren over een eventuele heroverweging van de 45 minuten-norm. Ik werk aan de totstandkoming van de amvb acute zorg, waarin het gesprek over voornemens tot wijziging in het aanbod van de acute zorg centraal staat. En ik kom in het voorjaar van 2020 met een houtskoolschets van de acute zorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over hoe het stelsel van medisch-specialistische zorg er volgens de PVV uit zou moeten zien.

Mijn streven is dat patiënten waar mogelijk zorg dichtbij ontvangen. Soms is het vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg nodig dat zij verder reizen. Kortom: de juiste zorg op de juiste plek.

Een voorbeeld hiervan is, zoals ik ook in mijn brief aan de Kamer over de maatschappelijke rol van universitair medische centra (umc's) (TK 2018/19, 33 278, nr. 8) heb aangegeven, dat ik van de umc's verwacht dat de niet-complexe zorg zoveel mogelijk overgedragen wordt naar bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen, poliklinische centra en anderhalvelijns centra waardoor zorg nabij de patiënt gegarandeerd kan blijven worden. Daarmee verdwijnt de niet-complexe zorg waar het kan uit de umc's, waarbij ik het van belang vind dat er aandacht moet zijn voor regionale verschillen.

Ook in de houtskoolschets acute zorg zal ik aandacht besteden aan de organisatie van de complexere versus minder complexe zorg.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over een voltijdsbonus: een bonus voor medewerkers die een kwartaal voltijds werken.

Het betreft een idee dat vergelijkbaar is met dat van de vakantiebonus dat bij een vragenuur d.d. 1 oktober 2019 aan de orde kwam. Ik heb toen aangegeven dat ik dergelijke suggesties om de organiseerbaarheid te vergroten interessant vind om verder te verkennen en zal betrekken in het overleg met werkgevers in de zorg, om daar verder over te spreken. Je ziet ook dat het aanbieden van grotere contracten al een expliciet aandachtspunt is op de CAO-tafel. Zo wordt in het onderhandelaarsakkoord van de CAO VVT dat er nu ligt de mogelijkheid voor contractuitbreiding meer gestimuleerd. Ik vind dat een heel positieve ontwikkeling.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over of loonsverhoging een goede reden is voor stijging van zorgkosten.

Ja. Via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) stelt VWS ieder jaar extra geld beschikbaar voor arbeidsvoorwaardenontwikkeling binnen de zorg. Hiermee stelt VWS voldoende middelen beschikbaar om qua arbeidsvoorwaarden te kunnen concurreren met de markt, want de OVA-systematiek is gebaseerd op ontwikkeling van arbeidskosten in de marktsector. Voor het jaar 2019 gaat het om circa 1,7 miljard euro. Bij de zorgverzekeringswet gaat het daarbij om circa 46% van de premiestijging in 2019. Loonsverhoging is daarmee een goede reden voor stijging van de zorgkosten. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in de Hoofdlijnenakkoorden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Agema** (PVV) over de hinder die medisch specialisten ondervinden bij nieuwe initiatieven.

Ik vind het goed dat medisch specialisten nieuwe initiatieven ontplooiën buiten de muren van het ziekenhuis, wanneer deze ten goede komen aan betere en doelmatige zorg voor de patiënt. Als medisch specialisten hinder ondervinden voor wenselijke initiatieven, moeten we de hinder uiteraard proberen weg te nemen. Afhankelijk van het soort initiatief, wordt hier al veel op ondernomen. Bijvoorbeeld via verplaatsing van zorg, dicht bij huis, als onderdeel van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. En wanneer er knelpunten zijn in de bekostiging, kan er in sommige gevallen ruimte worden gecreëerd in de bekostiging via verschillende experimenteerartikelen in de regelgeving van de NZa. Daarbij verwacht ik van verzekeraars dat zij goede initiatieven stimuleren met adequate bekostiging en waar mogelijk congruent gedrag. Dit is een terugkerend onderwerp in de gesprekken die ik met de HLA-partijen heb.

Een concurrentiebeding is een afspraak tussen werkgever (zoals het ziekenhuis) en een medisch specialist. Ik vertrouw erop dat ziekenhuizen open staan voor initiatieven als dat de zorg ten goede komt. Dat de inspectie nieuwe initiatieven langs de gangbare kwaliteitsmaatstaven legt, lijkt me vanzelfsprekend. Kortom, mijns inziens is er al veel mogelijk zo lang partijen het gesprek met elkaar aangaan.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over het controleren van gezondheidsapps en hiervoor middelen vrij te maken.

Ik ben het met u eens dat gebruikers moeten weten wat betrouwbare gezondheidsapps zijn. In de voortgangsrapportage Innovatie en Zorgvernieuwing van 19 juni 2019 en als reactie op de initiatiefnota preventie en technologie heb ik gemeld dat diverse partijen - zoals patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, het National eHealth Living Lab (NeLL) en GGD's - verkennen hoe beschikbaarheid en gebruik van onafhankelijke, betrouwbare gezondheidsinformatie door een bundeling van krachten kan worden gestimuleerd. Een gerichte investering kan dit proces verder bevorderen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over de ambitie ten aanzien van waardegedreven zorg en samen beslissen.

Waardegedreven zorg is zorg die er echt toe doet voor een patiënt. Medisch-inhoudelijk, maar natuurlijk ook passend bij de persoonlijke situatie van de patiënt. De in het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019-2022 gemaakte afspraken inzake Uitkomstgerichte zorg en Zorgevaluatie en Gepast gebruik zijn gericht op het stimuleren en verder verbeteren van waardegedreven zorg. Informatie over uitkomsten van zorg en het betrekken daarvan bij het gesprek tussen behandelaar en patiënt (Samen beslissen) is daarbij van groot belang. In het programma Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022 wordt daarom gewerkt aan het verbeteren van de positie van de patiënt in het zorgproces langs vier inhoudelijke lijnen: i) het in kaart brengen van de uitkomsten van behandelingen voor patiënten, ii) ervoor te zorgen dat patiënten en professionals samen beslissen over passende behandelopties, iii) het centraal stellen van de patiënt in de organisatie en financiering van zorg en iv) de informatie van en voor de patiënt eenvoudig op de juiste plek beschikbaar te hebben. Daarnaast wordt binnen het programma gewerkt aan het stimuleren van gedragsveranderingen die nodig zijn om de waarde van zorg voor de patiënt centraal te stellen (veranderaanpak).

Voor de stand van zaken van dit programma verwijs ik u naar de voortgangsrapportage van dit programma die ik uw Kamer op 5 juli jongstleden heb doen toekomen (Kamerstukken 2018/2019, 31 476, nr. 28). De voortgangsrapportage beschrijft de acties en de resultaten van het afgelopen jaar en de wijze waarop de samenwerking met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg is georganiseerd. Tevens beschrijft de voortgangsrapportage welke ambities en resultaten voor het komend jaar op de agenda staan. Met de uitvoering van de in de VWS-begroting 2020 genoemde werkplannen is inmiddels gestart.

Daarnaast wordt in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) nauw samengewerkt door de ondertekenaars van het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019 – 2022 om ervoor te zorgen dat zorgevaluatie over vijf jaar integraal onderdeel is van het reguliere zorgproces binnen de medisch specialistische zorg. Dit houdt in dat het onbekende wordt geëvalueerd en bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd. Het doel van het programma ZE&GG is daarmee dat de patiënt de bewezen beste zorg krijgt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over een inventarisatie van bewezen (kosten)effectieve digitale innovaties en e-health-toepassingen.

Opschaling van (kosten)effectieve digitaal ondersteunde zorg is een essentiële randvoorwaarde voor het realiseren van de beweging naar de Juiste Zorg op de Juiste plek. Die opschaling verloopt momenteel minder snel dan wenselijk en nodig is. Voorstellen om daar meer tempo in te brengen verwelkom ik. Ik hoop dan ook dat de onlangs door Zorgverzekeraars Nederland ingestelde Taskforce Zorgcommunicatie en Digitale Zorg daar een bijdrage aan gaat leveren. Een inventarisatie zoals bedoeld kan die Taskforce, maar ook zorgaanbieders en patiënten van dienst zijn; ik sta dan ook positief tegenover het verzoek.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over het overstappen van zorgverzekering.

Afgelopen overstapeseizoen is circa 7% van de verzekerden daadwerkelijk overgestapt. Dit percentage is vrijwel het hoogste sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Sinds 2006 is ongeveer de helft van de Nederlanders minstens een keer overgestapt. Overstappen is geen doel op zich. Het is vooral van belang dat verzekerden een polis hebben die bij hen past en dat zij zich vrij voelen om over te stappen, zonder daarbij onnodige belemmeringen te ervaren. Naast de mensen die daadwerkelijk overstappen, oriënteert ongeveer 20% zich om te wisselen van zorgverzekeraar. Vergelijkingsites kunnen behulpzaam zijn in dit oriëntatieproces.

De onderzoeken van de NZa naar de vergelijkbaarheid en de vindbaarheid van (keuze)informatie laten zien dat alle elementen aanwezig zijn voor verzekerden om informatie te vinden. Zo voldoen de zorgverzekeringskaarten aan de eisen, komen de zorgverzekeraars de transparantieplichting na als het om collectiviteiten gaat en is de informatievertrekking door vergelijkingsites over het algemeen goed. Ondanks de inspanningen van zorgverzekeraars vinden verzekerden in de praktijk nog niet alle belangrijke (polis)informatie. Ik vind het positief dat de NZa uitgebreid aandacht heeft besteed aan de vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie. Transparantie houdt wat mij betreft in dat informatie niet alleen volledig en juist is, maar ook vindbaar en begrijpelijk. De

NZa constateert dat zorgverzekeraars inspanningen verrichten voor het doorlopend verbeteren van de informatieverstrekking, maar dat deze inspanningen voor een aantal onderwerpen nog niet de gewenste verbetering van de vindbaarheid van polisinformatie heeft opgeleverd (Kamerstukken 2018/19, 29 689, nr. 965). Daarom doet de NZa op dit moment vervolgonderzoek naar de vindbaarheid van informatie. Ik zal dit onderzoek zodra het gereed is aan u toesturen.

Sommige groepen zorggebruikers lijken ondervertegenwoordigd als het om overstappen gaat. Ik ben een onderzoek gestart omdat ik meer wil weten over waarom deze groepen nu niet overstappen en of zij belemmeringen ervaren. Ik verwacht u in het voorjaar van 2020 te kunnen informeren over de uitkomsten van dit onderzoek.

Zorgverzekeraars, maar ook andere aanbieders van zorgverzekeringen zoals collectiviteiten en assurantietussenpersonen, zijn nu aan zet om te zorgen voor een kleiner en onderscheidend polisaanbod. Het polisaanbod voor 2020 zal worden gemonitord en de resultaten worden met u gedeeld.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over hoe de verzekerde het beste kan kiezen op kwaliteit en waar de verzekerde terecht kan voor advies over een keuze van de zorgverzekeraar.

Ik vind het belangrijk dat verzekerden zo goed mogelijk geïnformeerd worden over de meest passende zorg en de meest geschikte zorgaanbieder. Om verzekerden goed te kunnen laten kiezen op kwaliteit, moet er op een laagdrempelige manier inzicht zijn in de kwaliteit van het zorgaanbod en moeten zorgverzekeraars de ingekochte zorg per polis duidelijk weergeven. Aan welke kwaliteitsinformatie verzekerden precies behoefte hebben, was niet goed bekend. Daarom heb ik een onderzoek laten uitvoeren door onderzoeksbureau Kantar Public. Hierover heb ik u op 26 april 2019 geïnformeerd (Kamerstukken 2018-2019, 29 689, nr. 983).

Uit het onderzoek blijkt dat verzekerden willen dat de zorgverzekeraar informatie over de kwaliteit van zorg geeft. Zij zien de zorgverzekeraar na de huisarts als de meest aangewezen partij om informatie te verstrekken over de kwaliteit van zorg. De voorkeur gaat hierbij uit naar een gedetailleerd overzicht op de website van zorgverzekeraars met informatie van alle zorgaanbieders over hoe ze scoren op verschillende criteria. Het onderzoek van Kantar Public biedt zorgverzekeraars een goede basis om hun informatieverstrekking en inkoopactiviteiten beter te laten aansluiten bij de behoeften van verzekerden. Het ministerie van VWS spreekt met de zorgverzekeraars over het opvolgen van het Kantar-onderzoek. Zorgverzekeraars ondernemen al verschillende acties om verzekerden te adviseren over de kwaliteit van het zorgaanbod. Zo hebben zij speciale afdelingen (de zogenoemde zorgadvies-afdelingen) ingericht, waar verzekerden bijvoorbeeld terecht kunnen voor advies bij de keuze van een zorgaanbieder. Ook bieden zorgverzekeraars via deze afdelingen hulp bij het regelen van zorg, tips voor het voorbereiden van een gesprek met een zorgaanbieder en preventieadvies. Elke verzekeraars stelt voor elke polis een zorgverzekeringskaart op waar de belangrijkste kenmerken van de polis worden vermeld. Elke zorgverzekeringskaart is op dezelfde wijze opgebouwd en helpt zo de verzekerde bij hun keuze voor een goed passende polis.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over mantelzorg.

Vanuit het programma Langer Thuis zet ik in op het verbeteren van de ondersteuning van mantelzorgers. Dat doen we nu via diverse pilots (logeerzorg, social trials, In voor mantelzorg) en een campagne volgend jaar. Mijn ambitie is om alle lopende acties naar een hoger plan te brengen en ik kom dan ook begin 2020 met een nationale agenda 'Ontzorg de Mantelzorg'. Van de middelen die vanuit het regeerakkoord beschikbaar zijn gesteld voor Versteving respijtorg en dagopvang (€ 35 miljoen deze kabinetsperiode) wil ik samen met werkgeversorganisaties, MantelzorgNL, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, onderwijsinstellingen en (mantelzorg)professionals afspraken maken over een collectief gedeeld niveau van bejegening en ondersteuning van mantelzorgers. Daarin is uiteraard ook aandacht voor ouders van gehandicapten. Ook in het programma Volwaardig leven is er aandacht voor naasten van kinderen met zeer ernstige verstandelijke meervoudige beperking (ZEVMB) en ondersteunen we de werkgroep 'Wij zien je wel', waarin mensen met een beperking en naasten via pilots beter worden ondersteund door de inzet van een specialistische cliëntondersteuning.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over het aanleggen van voorraden en de afhankelijkheid van medicijnen in derde landen.

Binnenkort ontvangt uw Kamer het rapport van Gupta Strategists over het vergroten van de voorraden en mijn reactie daarop. Volgende week (woensdag 6 november) zal dit in het AO geneesmiddelenbeleid verder aan de orde komen. Ik ben het met u eens dat het aanleggen van extra voorraden niet genoeg is. Naast nationale maatregelen is het nodig dat ook op Europees niveau gezamenlijk gekeken moet worden hoe we de oorzaak van het geneesmiddelentekort kunnen aanpakken. Het gevaar bestaat inderdaad dat we te afhankelijk worden van de productie van (grondstoffen voor) geneesmiddelen, de productie is nu geconcentreerd in derde landen. Dit grensoverschrijdende probleem vergt een gezamenlijke Europese aanpak. Ik zal daar ook bij de nieuwe Eurocommissaris aandacht voor vragen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over het aanmerken van medicijnen als vitaal belang.

Geneesmiddelen kunnen inderdaad van levensbelang zijn voor patiënten, daarom is het belangrijk dat we zowel het probleem van geneesmiddelentekorten aanpakken maar ook aandacht besteden aan hoge prijzen van geneesmiddelen die een belemmering vormen voor de toegang. Dat vraagt ook om een Europese aanpak om de oorzaken van de geneesmiddelentekorten daadwerkelijk aan te pakken. Samen met andere landen moeten we de kwetsbaarheden van de productie van (grondstoffen van) geneesmiddelen in kaart brengen en oplossingen aandragen, in het belang van de patiënt. Ik zal dit ook bespreken met de nieuwe Eurocommissaris.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over beschikbaarheid grondstoffen en productiecapaciteit in Europa.

De geneesmiddelentekorten zijn een grensoverschrijdend probleem dat samen met andere landen in kaart gebracht en aangepakt moet worden. Eerder heb ik dat ook al kenbaar gemaakt bij de huidige Europese Commissie. Ook de beoogd Commissaris heeft gezegd dat Europa – op dit punt - een wereldleider moet zijn. Europa mag niet te afhankelijk worden van andere werelddelen als het gaat om productie van medicijnen. Zodra de nieuwe Commissaris in functie is, zal ik dit ook met haar bespreken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over het tegengaan van verspilling van medicijnen.

Na een uitgebreid programma tegen verspilling in de zorg zijn partijen in het veld nu zelf aan de slag met het tegengaan van verspilling van medicijnen. Uiteraard heeft dat ook nog steeds mijn aandacht. Het komt aan de orde in programma's als doelmatig voorschrijven en medicatieveiligheid. Zo zijn er initiatieven ontplooid om de verpakkingsgrootte aan te passen en kleinere hoeveelheden geneesmiddelen per keer mee te geven aan patiënten, zodat minder geneesmiddelen "over blijven". Het is wel belangrijk om in het oog te blijven houden dat het in sommige gevallen duurder is om medicijnen terug te nemen en opnieuw aan een patiënt te verstrekken. Soms is het een keuze tussen verspilling van medicijnen of hogere kosten. Ook de veiligheid van medicijnen moet hierbij goed in het oog worden gehouden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over PharmaSwap.

Ik vind PharmaSwap een aansprekend initiatief, het is wel de bedoeling dat hun activiteiten juridisch kloppen en dat de veiligheid gegarandeerd is. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is dit initiatief op die punten nader aan het bestuderen. Het is goed dat er door apothekers wordt nagedacht over slim en zuinig omgaan met medicatie om verspilling te voorkomen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over het in kaart brengen van de trends ten aanzien van meer gepersonaliseerd gebruik van geneesmiddelen en medische techniek en de effecten daarvan voor toelatings- en vergoedingsprocedures en zorguitgaven.

De afgelopen 15 jaar is het begrip gepersonaliseerde geneeskunde (personalised medicine: 'gezondheidszorg op maat') een bekend begrip geworden. In bredere zin slaat gepersonaliseerde geneeskunde op het betrekken van alle individuele kenmerken van een persoon in de preventie, opsporing en behandeling van aandoeningen.

Gepersonaliseerde geneeskunde belooft voordelen te bieden, zoals een behandeling op maat met betere resultaten en minder bijwerkingen. Toch blijkt kennis uit wetenschappelijk onderzoek helaas niet altijd eenvoudig toe te passen in de praktijk. Onze gezondheidszorgsystemen worden inderdaad op de proef

gesteld, met vragen als: Hoe kunnen we gepersonaliseerde geneeskunde inzetten zonder concessies te doen aan zorgvuldig onderzoek naar werkzaamheid, effectiviteit en veiligheid (kleinere patiëntengroepen) of de privacy van mensen te schaden? Hoe houden we het betaalbaar bij toename van het aantal 'persoonlijke' behandelingen die vanwege hun kleine toepassingsgebied heel erg duur dreigen te zijn?

Ik ben dan ook met de heer Veldman benieuwd naar de toekomstige resultaten van het veelsoortig (inter)nationale onderzoek naar mogelijkheden hoe gepersonaliseerde geneeskunde kan helpen bij het realiseren van duurzame gezondheidszorg. Inclusief de gevolgen daarvan voor onze markt- en vergoedingsprocedures.

In het Regeerakkoord heeft het kabinet aangekondigd op nationaal en Europees niveau samen te werken voor innovaties in de curatieve zorg, zoals Personalised Medicine. Ik ben dan ook verheugd dat gepersonaliseerde geneeskunde onder andere een belangrijk uitgangspunt is bij het realiseren van duurzame gezondheidszorg zoals geformuleerd in het NFU-rapport Nationaal Plan, Onderzoeksagenda naar Sustainable Health. Dat het programma Personalised Medicine van ZonMw al een bijdrage levert aan de verdere ontwikkeling van dit multidisciplinaire vakgebied. En dat ook de taskforce 'route Personalised Medicine' van de Nationale Wetenschapsagenda diverse thema's heeft geïdentificeerd. Ook in Europa hebben we gepersonaliseerde geneeskunde op de agenda bij het innovatieprogramma van Horizon 2020.

Specifiek voor de vergoedingskant geldt dat het Zorginstituut, zoals eerder in een technische briefing aan uw Kamer toegelicht, continue werkt aan het actueel houden van hun werkwijze en het aansluiten op nieuwe ontwikkelingen. Ook heb ik dit onderwerp meegenomen in de Kaderwetevaluatie van het Zorginstituut. Onderdeel van deze Kaderwetevaluatie is de vraag: "In hoeverre speelt het Zorginstituut bij het uitvoeren van zijn rol als pakketbeheerder in op de nieuwe ontwikkelingen, zodat de wijze van beoordeling en pakkettoelating voldoende waarborgen dat ook in de toekomst effectieve innovatieve geneesmiddelen het pakket instromen?". Over de scope van de evaluatie van het Zorginstituut in het kader van de Kaderwet zbo's, waarbinnen de bovenstaande vraag, heb ik u recent per brief geïnformeerd (Kamerstukken 2019/20, 33147, nr. 9). Eind 2020 informeer ik u over de uitkomsten van deze evaluatie.

Doordat al deze initiatieven nog vol in ontwikkeling zijn, is het nog te vroeg om volledig gevolg te kunnen geven aan de vraag van Kamerlid Veldman. Maar al deze ontwikkelingen hebben zeker mijn aandacht. Ik zal hier dus niet in één geheel op reageren maar zal de kamer van deze ontwikkelingen op de hoogte houden.

Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het lid **Laan-Geselschap** (VVD) naar een bredere experimenteerstatus voor innovatieve projecten die bijdragen aan het verbeteren van de zorg, zodat experimenten genoeg ruimte, tijd en flexibiliteit krijgen.

Het komt helaas nogal eens voor dat veelbelovende experimenten het niet tot reguliere zorg brengen. Soms blijken daarbij de middelen of de beschikbare tijd te krap te zijn geweest. Niet zelden is ook een oorzaak dat voorafgaande en tijdens het experiment onvoldoende aandacht is besteed aan de wijze waarop na afloop van het experiment inbedding in de reguliere zorg zou kunnen plaatsvinden. Ook zijn niet altijd alle stakeholders in voldoende mate betrokken. Bestaande regelingen, zoals de Innovatie-impuls gehandicaptenzorg, het

experimenteerartikel in de WLZ en de beleidsregel Innovatie van de NZa zijn behulpzaam bij het invullen van deze randvoorwaarden. Niet alleen door de borging van de innovatie te stimuleren, ook door te bevorderen dat anderen ervan kunnen leren. Het heeft dan ook mijn voorkeur om het verbeteren van de overgang van experimenten naar reguliere zorg te zoeken in goede samenwerking tussen alle betrokkenen en zoveel mogelijk duidelijkheid vooraf te organiseren over de follow-up na afloop van het experiment.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over verduidelijking van de contourennota.

In de contourennota willen we verdergaande voorstellen presenteren om er voor te zorgen dat mensen ook in de toekomst zeker kunnen blijven van goede zorg en ondersteuning als zij dat nodig hebben. Dat is nodig, want we zien dat er sprake is van stijgende vraag naar zorg maar toenemende krapte in het aanbod van zorg. Dat komt doordat we steeds meer zorg nodig hebben en gelukkig ook steeds betere zorg kunnen leveren, maar er daarvoor tegelijkertijd minder mensen beschikbaar zijn om die zorg te leveren. Daarmee komen de organiseerbaarheid en de betaalbaarheid van ons zorgstelsel onder druk te staan.

Dat betekent geenszins dat we nu stilzitten. Waar we kunnen nemen we nu al concrete maatregelen om deze knelpunten aan te pakken. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de vijf afgesloten hoofdlijnenakkoorden en de reeks van programma's, zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek, Langer Thuis, Innovatie en Zorgvernieuwing, Nationaal Preventieakkoord en Werken in de Zorg. En ook voor knelpunten op andere terreinen geldt: wat we op korte termijn kunnen doen, pakken we op. Er zal echter meer nodig om de zorg toekomstbestendig te maken, juist in het belang van mensen. Met de contourennota wil het kabinet, samen met partijen uit de zorg en andere betrokkenen, inventariseren wat nog meer kan worden gedaan en welke maatregelen nodig zijn om dat te bereiken. Het streven is de contourennota voor het zomerreces naar uw Kamer te sturen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over intensief optrekken met de minister van Binnenlandse Zaken rond toekomstige woonvormen voor ouderen.

Ik ben het geheel eens dat wij actie moeten ondernemen om woonvormen voor ouderen te realiseren. Samen met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heb ik in de brief over Langer Thuis - Wonen en Zorg van 18 oktober jl. onze gezamenlijke aanpak uiteengezet.

In de kern is onze aanpak als volgt: een heldere lokale visie per gemeente op wonen en zorg, met een strakke opgave in beeld van de transformatie en nieuwbouw (hoeveelheid en type woningen), benodigde voorzieningen in de wijk en een uitvoeringsplan. Lokaal bestaat het beste zicht op de wensen, de samenstelling van de doelgroep en de mogelijkheden in de omgeving. Landelijk stimuleren en ondersteunen wij dit proces.

In de brief kondigen wij aan dat de Taskforce Wonen en zorg eind dit jaar met een plan van aanpak komt en naar een landelijk akkoord ter ondersteuning van haar aanpak streeft. Verder hebben wij een ondersteuningsteam Wonen en zorg hebben ingericht dat elke gemeente kan helpen bij het realiseren van haar visie, plannen en opgaven. Wij bieden ondersteuning met data over het aanbod. De bouw van huizen voor ouderen kan meeprofiteren van de boost aan de woningmarkt van € 2 miljard die beschikbaar is gesteld voor het bouwen van

betaalbare woningen alsmede van de heffingsvermindering voor nieuwbouw in de verhuurderheffing.

Tot slot pas ik, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de stimuleringsregeling Wonen en Zorg per 1 januari 2020 aan zodat de toegankelijkheid wordt vergroot en meer initiatieven in aanmerking komen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over het activeren van Young elderly persons.

Uit onderzoek van I&O Research in opdracht van dagblad Trouw komt naar voren dat er momenteel een grote groep is, de zogenaamde Young Elderly Persons die zich onvoldoende voorbereiden op hun oude dag. Dit is een probleem want we weten dat in de nabije toekomst door personeelstekorten, krapte op de woningmarkt en het afnemend aantal beschikbare mantelzorgers de ondersteuning en zorg voor ouderen nog meer onder druk zal komen te staan. Als ouderen dus zelf geen voorbereidingen treffen, dan treft dat ons uiteindelijk allemaal.

De Raad van Ouderen heeft op mijn verzoek advies uitgebracht over 'voorbereiden op ouder worden'. Ik heb dit op 30 juni aan de Kamer toegestuurd (Kamerstukken 2018/19, 31 765, nr. 425). De Raad is met mij van mening dat ouderen, wanneer ze dit kunnen, ook een eigen verantwoordelijkheid hebben als het gaat om het voorbereiden op ouder worden. Er is een brede maatschappelijke beweging nodig die leidt tot nadenken over ouder worden en hoe je je daarop kunt voorbereiden. Overheden, maatschappelijke organisaties, private partijen en ouderenorganisaties hebben hierin ook een rol. Momenteel ben ik met diverse partijen in gesprek om ideeën te genereren over hoe wij tot zo'n brede gezamenlijke aanpak rond bewustwording kunnen komen en wat nog kan worden toegevoegd op alle informatie en initiatieven die reeds beschikbaar zijn.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over concrete acties om wachtlijsten aan te pakken.

In mijn brief van 18 oktober 2019 (TK 2019/20, 31 765, nr. 453) heb ik de kortetermijnaanpak van de wachtlijsten in de verpleeghuiszorg beschreven, waarin ik nader inga op de meeste actuele cijfers (actief en niet-actief) wachtenden. Eén belangrijke maatregel is dat ik het beschikbare kader 2019, op grond van het advies van de NZa, structureel met € 190 miljoen heb verhoogd. Daarnaast heb ik incidenteel € 60 miljoen beschikbaar gesteld om voldoende ruimte in het systeem beschikbaar houden en dat zorgkantoren en zorgaanbieders het vertrouwen voelen de benodigde zorg te blijven leveren en bekostigen. Dit komt bovenop de € 410 miljoen die ik halverwege 2019 beschikbaar heb gesteld. In totaal heb ik het Wlz-kader 2019 dus met € 660 miljoen verhoogd en is er in 2019 € 950 mln meer beschikbaar dan in 2018.

Voor 2020 heb ik van de gereserveerde herverdelingsmiddelen a € 200 miljoen bij aanvang al direct € 130 miljoen beschikbaar gesteld om onzekerheid over het budget 2020 te beperken. Ik heb zorgkantoren met klem verzocht om dit extra budget te gebruiken om de wachtlijsten aan te pakken. De NZa versterkt haar toezicht op de zorgkantoren waar het gaat om het nakomen van hun zorgplicht en de aanpak van de wachtlijsten. Voor de overige korte termijn acties verwijs ik

naar mijn brief van 18 oktober jl. Voor de langere termijn heb ik aangekondigd dat ik in december van dit jaar met een brief kom waarin de bouwopgave voor de komende 5 tot 20 jaar – zowel landelijk als regionaal – in kaart wordt gebracht. Over deze opgave zal ik onder andere in overleg treden met het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties vanwege een mogelijke rol voor corporaties.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) hoe de extra middelen voor het kwaliteitskader in 2020 worden besteed in het licht van de bestuurlijk afspraken tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ActiZ over de richtlijn dat 85% van het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg moet worden ingezet voor extra zorgpersoneel.

In de bestuurlijke afspraken tussen ZN en ActiZ voor het kwaliteitsbudget 2020 is de richtlijn van 85% - 15% voor individuele zorgorganisaties gehandhaafd. Dat betekent dat het uitgangspunt blijft dat 85% van het kwaliteitsbudget bestemd is voor de inzet van extra zorgpersoneel en dat 15% breder kan ingezet worden, gericht op verbetering van de kwaliteit in lijn met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Tegelijkertijd heeft de ervaring met de kwaliteitsplannen 2019 geleerd dat er ruimte moet zijn om in individuele gevallen maatwerk te kunnen leveren. De regels voor het kwaliteitsbudget 2019 bleken op onderdelen te strak, hetgeen via de afspraken voor 2020 wordt gerepareerd.

Voor 2020 geldt dat de richtlijn 85% - 15% het uitgangspunt blijft en dat zorgkantoren in bijzondere gevallen op basis van een goed onderbouwd plan, hiervan af kunnen wijken. De mogelijkheid voor maatwerk wordt hierbij vergroot. Dit kan op macroniveau tot een andere uitkomst leiden dan 85% - 15%. In 2019 was dat beperkter mogelijk, doordat ook op landelijk niveau door de zorgkantoren werd gestuurd op de verhouding 85% - 15%.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over de vraag welke bestuurlijke afspraken precies zijn gemaakt tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ActiZ over de verhouding 85%-15% en wie deze controleert.

In de bestuurlijke afspraken tussen ZN en ActiZ is het volgende vastgelegd over de verhouding 85%-15%. "Voor zorgorganisaties geldt de richtlijn 85%-15% voor inzet van het kwaliteitsbudget. Voor het kwaliteitsbudget betekent dit dat 85% van deze middelen bestemd is voor de inzet van extra zorgpersoneel; 15% van deze middelen kan breder ingezet worden, gericht op verbetering van de kwaliteit in lijn met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg".

Voor 2020 geldt dat de richtlijn 85%-15% het uitgangspunt blijft en dat zorgkantoren in bijzondere gevallen op basis van een goed onderbouwd plan, hiervan af kunnen wijken. Dit kan op macroniveau tot een andere uitkomst leiden dan 85%-15%. De zorgaanbieder motiveert de afwijking in de aanvraag en het zorgkantoor toetst vervolgens deze aanvraag. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is leidend bij de beoordeling van de aanvraag. Dit betekent dat de zorgkantoren beoordelen of een andere inzet van middelen noodzakelijk is voor het toegroeien naar de vereisten in het kwaliteitskader.

De NZa houdt toezicht op de uitvoering van het inkoopbeleid door de zorgkantoren en daarmee op de bestuurlijke afspraken.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over de vraag of het loslaten van de richtlijn 85%-15% op landelijk niveau voor het kwaliteitsbudget ook betekent dat deze middelen voor bijvoorbeeld nieuw- of verbouw mogen worden ingezet.

De verruimde mogelijkheden voor maatwerk bij de richtlijn 85%-15% veranderen niets aan de bestedingsdoelen van het kwaliteitsbudget. De richtlijn blijft dat 85% is bestemd voor de inzet van extra zorgpersoneel en dat 15% kan worden ingezet voor andere investeringen, mits deze noodzakelijk zijn voor de realisatie van het kwaliteitskader. Op voorhand is niet uitgesloten dat deze middelen worden ingezet als bijdrage aan de financiering van nieuw- of verbouwprojecten, maar slechts indien daarmee knelpunten om het kwaliteitskader te realiseren worden opgelost. Daarbij moet het gaan om een knelpunt dat een zorgaanbieder niet vanuit zijn bestaande vergoeding voor het zorgzwaartepakket (zpz) kan oplossen. Binnen het integrale zpz-tarief is namelijk reeds een vergoeding voor nieuwbouw, verbouw en instandhouding van het vastgoed opgenomen (de zogenoemde normatieve huisvestingscomponent). Het zorgkantoor zal toetsen of de voorgestelde investeringen voldoen aan deze voorwaarden en of deze ten laste van het kwaliteitsbudget mogen worden gebracht.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) hoe het gaat met de benutting van het kwaliteitsbudget. Of het klopt dat er € 840 miljoen op de plank zou blijven liggen en/of we kunnen meten dat dit geld goed terecht komt en de kwaliteit van de zorg verbetert?

Het bericht dat er € 840 miljoen van de kwaliteitsmiddelen niet zou worden uitgegeven klopt niet. Ik heb de Kamer eerder geïnformeerd dat dit bericht in Trouw van februari jl. niet is gebaseerd op feiten, maar op de opinie en verwachtingen van een beperkt aantal zorgfinanciers (Kamerstukken 2018/19, 31 765, nr. 364). De extra middelen voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg blijven allesbehalve op de plank liggen, maar worden ingezet om het kwaliteitskader te realiseren. Ik heb de Tweede Kamer hier eerder over geïnformeerd via de tweede Voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis (Kamerstukken 2018/19, 31 765, nr 411). Op basis van de kwaliteitsplannen van de verpleeghuizen voor 2019 hebben de zorgkantoren per 1 april jl. een kwaliteitsbudget toegekend van € 583 miljoen. Daarmee is praktisch het volledig beschikbare budget voor 2019 van € 600 miljoen toegekend en hebben de zorgkantoren nog € 17 miljoen achter de hand gehouden voor mogelijke nieuwe aanbieders gedurende het jaar of voor aanbieders. De verpleeghuizen brengen jaarlijks een kwaliteitsverslag uit, waarmee kan worden gemonitord of het kwaliteitsplan is gerealiseerd. Via de derde Voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis zal ik de Tweede Kamer dit najaar nader informeren over de uitvoeringsgegevens van het kwaliteitsbudget 2019.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over de route naar een drempelloos 'flexibel verpleeghuis'.

In de praktijk zien we steeds meer diversiteit van aanbod ontstaan. De Wet langdurige zorg (Wlz) biedt al mogelijkheden om op flexibele wijze zorg en toezicht anders te organiseren en te bekostigen, via leveringsvormen modulair pakket thuis, persoonsgebonden budget (in voorbereiding vanaf 2020 al dan niet

in deeltijdverblijf thuis afwisselend verpleeghuis) en vooral het volledig pakket thuis. Een gang naar een traditioneel verpleeghuis wordt dus door het opkomen van alternatieven steeds minder vanzelfsprekend. Als een opname in een Wlz-instelling onvermijdelijk is, is uiteraard van groot belang dat de cliënt zo min mogelijk last heeft van een domeinovergang. Daarom werk ik aan een soepele overgang van thuis naar verpleeghuiszorg. Dat wordt mede geschetst in het onlangs naar de Kamer verzonden rapport van Vilans (Kamerstukken 2019/20, 31 765, nr. 438).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over het inzetten van de middelen van de Stimuleringsregeling voor Wonen en Zorg voor verpleeghuiscapaciteit.

Voor kleinschalige bewonersinitiatieven en sociale ondernemers is financiering vaak een probleem. De Stimuleringsregeling wonen en zorg richt zich specifiek op deze groepen. Ik ben nog niet tevreden over het gebruik van de stimuleringsregeling. Er zijn inmiddels 15 aanvragen voor de initiatieffase ontvangen van in totaal 215.000 euro. Hiervan zijn er 4 toegekend, 2 afgewezen en nog 7 in behandeling.

In de praktijk bleek de regeling tegen verschillende knelpunten aan te lopen, welke zijn uiteengezet in de brief van 18 oktober jl. met het onderwerp Langer Thuis – Wonen en zorg, die ik u samen met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heb doen toekomen. De regeling zal per 1 januari 2020 worden aangepast zodat de toegankelijkheid wordt vergroot en meer initiatieven kunnen worden gefinancierd, onder meer voor bewoners die een Volledig Pakket Thuis, Modulair Pakket Thuis en PGB hebben. Met de aanpassing van de regeling voeren we de motie Segers/Laan-Geselschap (Kamerstukken 2018/19, 31765, nr. 450) uit. Ik beoog dat deze wijzigingen zullen leiden tot een stijging van het aantal aanvragen in 2020. Het budget hiervoor blijft beschikbaar.

Voor de capaciteit van verpleeghuizen stel ik voldoende middelen beschikbaar in het kader van de Wet Langdurige Zorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over het opstellen van brieven en materialen door zorgverzekeraars en zorgkantoren in begrijpelijke taal.

Ja, het is belangrijk dat verzekeraars en zorgkantoren, ondanks de vaak complexe materie, op een begrijpelijke manier (op B1-niveau) communiceren met hun verzekerden. Alle verzekerden hebben hier baat bij, en voor laaggeletterden en mensen met een beperking neemt dit belangrijke drempels weg. Verzekeraars maken hier al actief werk van.

Uit gesprekken met individuele verzekeraars blijkt dat zorgverzekeraars richtlijnen hanteren voor het schrijven op B1-niveau en hun medewerkers hierin trainen. Ook gebruiken zorgverzekeraars animaties en/of video's om complexe onderwerpen, zoals het eigen risico, uit te leggen. Ook testen zorgverzekeraars hun informatiemateriaal onder hun eigen klanten door bijvoorbeeld adviespanels. Daarnaast wordt eraan gewerkt om de zorgverzekeringskaarten voor 2021 op B1-taalniveau te krijgen. Ik zal bij zorgverzekeraars en zorgkantoren benadrukken dat zij in hun communicatie met verzekerden aandacht hebben voor begrijpelijke taal. Ik zal daarbij aangeven dat het belangrijk is dat zij daartoe contact zoeken met de doelgroep en kennisinstellingen (zoals Pharos en de Stichting Lezen en

Schrijven).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over het gesprek over euthanasie tussen de huisarts en de patiënt.

Ik onderstreep het belang van het tijdig spreken over het levenseinde, waaronder over euthanasie. Ook ben ik mij ervan bewust dat dit gesprek moeilijk kan zijn, voor zowel de patiënt, de arts als voor naasten. Omdat het belangrijk is dat de patiënt nadenkt over zijn wensen rond het levenseinde en dat de arts en naasten van deze wensen weten, stimuleer ik om het gesprek over de laatste levensfase tijdig te voeren. Dit gebeurt onder andere via mijn campagne over palliatieve zorg. Daarnaast subsidieer ik de Coalitie van Betekenis tot het Einde. Deze samenwerking tussen acht organisaties met verschillende achterbannen zet zich in om het gesprek over de laatste levensfase te stimuleren. Ook financiert het ministerie van VWS via ZonMw onderzoek naar Advance Care Planning, het nadenken over de wensen voor en het maken van keuzes rond de laatste levensfase. Het ministerie van VWS zal ZonMw verzoeken om Advance Care Planning en het gesprek over het levenseinde tussen de huisarts en patiënt mee te nemen in het vervolg op het programma Palliantie, waarin de nadruk ligt op implementatie van goede voorbeelden in de praktijk. Ten slotte heeft het ministerie van VWS de informatie over 'levenseinde en euthanasie' op de website van Rijksoverheid herzien, zodat deze zowel vollediger als begrijpelijker is. Dit kan patiënten helpen een beeld te krijgen van de mogelijkheden in de Nederlandse wetgeving.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over het beschikbaar stellen van de kennis en kunde van het Expertisecentrum Euthanasie.

Het Expertisecentrum Euthanasie biedt consultatie bij euthanasieverzoeken en nascholing over euthanasie aan. Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen om te voorzien in voldoende scholing en consultatie. De expertise van het Expertisecentrum Euthanasie is daarbij van toegevoegde waarde, zeker voor de complexe categorieën van euthanasieverzoeken. Het is aan het Expertisecentrum om zijn diensten aan te bieden aan huisartsen die daar behoefte aan hebben.

Naast het Expertisecentrum bieden ook andere organisaties nascholing of consultatie aan voor (huis)artsen. Zo biedt het Nederlands Huisartsen Genootschap nascholing aan. Consulten kunnen tevens gevraagd worden aan artsen van het Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN)-programma van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Een arts kan een SCEN-arts benaderen voor het wettelijk verplichte consult door een onafhankelijke arts, maar ook ter advies in het onderzoeken van een euthanasieverzoek.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Laan-Geselschap** (VVD) over hoe artsen kunnen worden ondersteund om in gesprek te gaan met ouderen, om samen te beslissen hoe zij de laatste fase zo gelukkig mogelijk zijn.

Ik onderschrijf volledig dat samen beslissen van groot belang is bij ouderen. Juist bij ouderen spelen vragen over de consequenties van een behandeling. En of behandelingen passen bij wat ouderen belangrijk vinden in deze fase van hun leven. Kun je na de behandeling nog thuis wonen? Wat betekent het voor mantelzorgers? Wat zijn de risico's van een operatie en wil ik die nemen? Ook hebben ouderen vaker meerdere aandoeningen. Het is van belang dat voor elke behandelaar helder is wat de persoon zelf wil en hoe de behandeling bijdraagt aan het realiseren van die levensdoelen. Zorg is daarmee, zeker voor ouderen, steeds meer een samenspel van verschillende zorgverleners.

In het programma Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022 ondersteunen we met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg patiënten en professionals om hierover het gesprek te voeren. We brengen in kaart wat behandelingen opleveren, ook in termen van kwaliteit van leven van patiënten (keuzehulpen). Uiteindelijk wordt die "uitkomstinformatie" in de spreekkamer benut om te bespreken hoe "patiënten zoals jij" (*patients like me*) een behandeling hebben ervaren en wat het voor hen heeft opgeleverd. Ook voor ouderen zal hieruit blijken wat een behandeling specifiek voor hen als oudere betekent. Daarnaast zet het programma in op het verankeren van samen beslissen in opleidingen voor zorgverleners, in zorgstandaarden, en het bieden van overzicht van keuzehulpen. Met een nieuwe campagne brengen we samen beslissen onder de aandacht van een breed publiek, inclusief ouderen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Veldman** (VVD) over het voorstel van de VVD en D66 om extra middelen beschikbaar te stellen voor slimme zorg.

Indien ik in lijn met het door VVD en D66 ingediende amendement het begrip slimme zorg in deze vraag mag interpreteren als 'expertzorg' voor oncologische aandoeningen dan deel ik de opvattingen van VVD en D66 dat patiënten goed moeten worden ondersteund bij de keuzes die zij moeten maken over hun behandeling. Daarbij is inzicht in wat goede zorg is van groot belang. En moet rekening worden gehouden met zaken die voor de betreffende patiënt echt belangrijk zijn in zijn of haar situatie. Ik onderschrijf daarmee het door deze partijen ingediende amendement.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over beschikbaarheid van en investering in straatadvocaten en cliëntondersteuners.

Het kabinet investeert in deze kabinetsperiode € 55 miljoen in cliëntondersteuning. Gelet op de verantwoordelijkheid van gemeenten voor cliëntondersteuning op grond van de Wmo 2015, wordt in de aanpak cliëntondersteuning gewerkt met koplopergemeenten. Doel hiervan is dat een grote groep gemeenten intensief aan de slag gaat om goed lokaal beleid te maken met betrekking tot de functie cliëntondersteuning. Binnen de aanpak cliëntondersteuning is aandacht voor specifieke doelgroepen zoals voor jongeren én volwassenen met zware of complexe problematiek, die gebruik maken van maatschappelijke opvang.

Daarnaast is vanuit de aanpak cliëntondersteuning € 500.000 beschikbaar gesteld voor cliëntondersteuning ten behoeve van de pilots van het actieprogramma dak- en thuisloze jongeren. Cliëntorganisaties die deze doelgroep vertegenwoordigen kunnen samen met koplopergemeenten bezien hoe cliëntondersteuning voor deze kwetsbare doelgroep kan worden verbeterd en hiervoor een concreet voorstel indienen. Hiervoor is in het kader van het koplopertraject financiële ondersteuning beschikbaar.

Zoals aangekondigd in mijn brief van 17 september (Kamerstukken 2019/20, 29325, nr. 102) kom ik dit najaar met een plan om het aantal daklozen terug te dringen. Ik betrek de inzet van cliëntondersteuners en andere belangenbehartigers bij dit plan.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over waarom preventie en preventief werken in de Wmo 2015, opvang en ggz niet hoger op de agenda staat en hoe schotten in het brede sociale stelsel weggehaald kunnen worden.

Dit onderwerp staat hoog op de agenda van het ministerie van VWS. Gemeenten stellen op grond van de Wmo 2015 een beleidsplan op, waarin aandacht wordt besteed aan preventie en vroegsignalering. Ook is het voorkomen en vroegsignaleren van problemen zoals schulden en psychische problemen één van de thema's uit de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang. In dit kader heeft het ministerie van VWS subsidie verstrekt aan de Federatie Opvang, met als doel dat vanuit de opvang schulden eerder gesignaleerd en aangepakt worden. Ook werken zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren toe naar een sluitend samenwerkingsnetwerk op de thema's preventie, ggz en ouderenzorg. Daarnaast zijn in het hoofdlijnenakkoord ggz afspraken gemaakt over hoe ervaringsdeskundigen een rol kunnen spelen in vroegsignalering en de toeleiding naar zorg.

Ten aanzien van (ervaren) schotten in het brede sociale stelsel merken wij op dat gemeenten lokaal voldoende mogelijkheden hebben om integrale ondersteuning en zorg te bieden aan kwetsbare mensen. Er zijn geen wettelijke belemmeringen om budgetten samen te voegen omdat de middelen voor het sociaal domein in de algemene uitkering van het Gemeentefonds zitten. Er zijn verschillende programma's en initiatieven die als doel hebben om integrale ondersteuning en zorg te stimuleren, zoals het programma eenvoudig maatwerk, het traject uitwisseling persoonsgegevens en privacy (UPP) en het Programma Maatwerk multiprobleemhuishoudens (getrokken vanuit het ministerie van SZW).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over wat hij op korte termijn doet voor kwetsbare ouderen die thuis wonen en in verpleeghuizen.

Naar aanleiding van de motie-Ellemeet/Bergkamp is met de deelnemende partnerorganisaties uit het programma Langer Thuis besproken dat voor het komende jaar een 'werkagenda' van knelpunten zal worden vastgesteld waarop met voorrang zal worden ingezet (Kamerstukken 2019/20, 31 765, nr. 439.). Ik verwacht u hierover begin 2020 te kunnen informeren. Ik betrek daarbij ook de ideeën om te komen tot een 'Nationale agenda Ontzorg de mantelzorgers'.

Daarnaast heb ik, zoals toegezegd, u voor de begrotingsbehandeling mede namens mijn collega van Binnenlandse Zaken een brief gestuurd, waarin ik de aanvullende actie heb verwoord op het terrein van wonen en zorg.

Voor de korte termijn zal ik via subsidies, kennisdeling en pilots onder het programma Langer Thuis partijen in staat te stellen om te komen tot praktische oplossingen voor knelpunten die optreden bij samenwerking in de wijk tussen professionals, in de regio tussen gemeenten en zorgverzekeraars, op de 'rotondes van de zorg' tussen aanbieders zoals bijvoorbeeld met de regionale coördinatiefuncties gericht op tijdelijk verblijf.

Voor de verpleeghuiszorg heb ik in mijn brief van 18 oktober jl. een aantal maatregelen aangekondigd gericht op het op korte termijn wegwerken van wachtlijsten in de verpleeghuiszorg (Kamerstukken 2019/20, 31 765, nr. 453).

In het programma Thuis in het Verpleeghuis heb ik een reeks van maatregelen aangekondigd die de kwaliteit van de verpleeghuiszorg verbeteren. Er wordt meer personeel aangenomen, verpleeghuizen worden ondersteund bij kwaliteitsverbetering, de geleverde kwaliteit wordt transparant, de challenge verpleeghuizen van ZN start in januari. Later dit jaar informeer ik uw Kamer in de derde voortgangsrapportage over de actuele stand van zaken.

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 **Ellemeet** (GL) over het meenemen van leerpunten uit Scandinavische landen in de Contourennota en de verdere planning daarvan.

Daar waar er evidente goede voorbeelden zijn van hoe het in het buitenland is geregeld, bijvoorbeeld in Scandinavische landen, nemen we die mee. Ons streven is de Contourennota voor het zomerreces naar uw Kamer te sturen. Dat is gezien de complexiteit al een ambitieuze planning. Eerder een versie sturen lijkt moeilijk haalbaar, maar wij kunnen u wel toezeggen u in het vroege voorjaar te informeren over de stand van het denken bij de Contourennota.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars, gezamenlijke financiering inkoop.

Essentieel bij ondersteuning en zorg voor kwetsbare ouderen is dat professionals van elkaar weten wat ze doen, dat de mantelzorger dit weet en dat er aandacht is voor wat de oudere zelf kan doen. Ik zie op verschillende plekken in het land dat deze teams er al zijn of opgezet worden. Zo zou het moeten gaan: op initiatief van zorg- en hulpverleners, gesteund door zorgverzekeraars en gemeenten en samen met de ouderen.

Om ervoor te zorgen dat professionals als één team vanuit het sociaal én medisch domein kunnen samenwerken moeten randvoorwaarden op orde zijn. Zoals tijd, organisatie, gegevensuitwisseling en financiering. Ik vind het belangrijk dat gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars regionaal samenwerken om een goede aansluiting van ondersteuning en zorg faciliteren en knelpunten op de rotondes van de zorg samen aan te pakken. Gemeenten en zorgverzekeraars maken afspraken op basis van een gedeeld databeeld van de stand van zaken en

de ontwikkeling van de gezondheid, zorg en welzijn in de regio. Als deze data er nog niet is, zorgen ze ervoor dat het beeld gemaakt wordt.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben in maart 2019 een landelijk dekkende samenwerkingsstructuur aan mij aangeboden om afspraken te kunnen maken over (de financiering van) ouderenzorg, preventie en de ggz. Inzet is om de samenwerking te organiseren volgens de indeling van de 31 zorgkantorregio's. Zorgverzekeraars hebben inmiddels aangegeven welke verzekeraar in welk gebied aanspreekpunt is. Gemeenten laten voor het einde van het jaar weten wie hun regionale aanspreekpunten zijn. In januari 2020 zal een eerste 0-meting van de stand van zaken van de samenwerking plaatsvinden. Dit bespreek ik ook met hen.

Ik ondersteun deze beweging lokaal ook via ZonMw subsidies om netwerken ondersteuning en zorg voor thuiswonende ouderen te faciliteren. Dit jaar zijn al 200.000 ouderen hiermee bereikt. Vanuit de juiste zorg op de juiste plek is subsidie beschikbaar voor procesbegeleiding bij regionale samenwerking en het ontwikkelen van een databeeld. Landelijk hebben partijen (o.l.v. van InEen) het stappenplan "kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk" gemaakt, over wát de zorg voor kwetsbare ouderen betekent en hóe deze zorg kan worden geboden.

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) over het monitoren van de vertegenwoordiging van verpleegkundigen in Raden van Bestuur van zorginstellingen.

Het door het ministerie van VWS monitoren van de vertegenwoordiging van verpleegkundigen in Raden van Bestuur van zorginstellingen brengt extra administratieve lasten met zich mee. Dat willen wij niet op ons geweten hebben. Tegelijkertijd onderschrijven we het belang van inspraak en (mede)zeggenschap door verpleegkundigen. Hierover staan bijvoorbeeld bepalingen in het kwaliteitskader verpleeghuizen en in de governancecode zorg. Ook onderschrijven we dat het bestuur aan kracht kan winnen als daar zorgprofessionals in zitten en vinden we het een goed idee om meer transparant te maken hoe het daarmee gesteld is. We willen daarbij niet alleen kijken naar verpleegkundigen in Raden van Bestuur, maar ook naar andere praktijkervaringen die de stem dan de verpleegkundigen in het management van de instellingen goed laat horen. We willen samen met de NVZD (de beroepsvereniging van zorgbestuurders) en de NVTZ (de beroepsvereniging van interne toezichthouders in de zorg) bezien hoe we dit het beste kunnen doen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over waarom het zo lastig is om het accent te verleggen van zorg en ziek zijn naar gezondheid?

Om het accent te verleggen is een structurele verandering van de leefstijl van mensen en het handelen van zorgprofessionals en financiers nodig. Dat is niet eenvoudig. Dit kabinet heeft met de nadruk op preventie het accent op het gezond zijn en blijven van mensen hoog in het vaandel staan en zet concrete stappen om het accent daadwerkelijk te verleggen. Wij noemen het Nationaal

Preventieakkoord dat inzet op een aanpassing van de leefstijl om roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik te verminderen. Met het programma Kansrijke Start worden kwetsbare gezinnen ondersteund zodat kinderen een goede start kunnen hebben en gezond en veilig kunnen opgroeien.

Tot slot willen wij het traject Preventie in de zorg noemen dat als doel heeft om meer preventieve interventies en leefstijladvies en -behandelingen in het zorgstelsel te verankeren. Preventie in de zorg richt zich op vier plausibel (kosten)effectieve interventies: valpreventie, de verwijzing door de huisarts naar het sociaal domein (welzijn op recept), de ketenaanpak bij overgewicht bij kinderen en leefstijlinterventies bij diabetes. Ook zijn we hard bezig om de implementatie van de GLI te versnellen. Zo voert VWS onder andere implementatie-overleggen met relevante stakeholders, waar knelpunten ten aanzien van het GLI aanbod, declaraties, accreditatie en herregistratie, informatieverstrekking en zorginkoop worden geïnventariseerd en opgelost. Ook werken we aan een kaartje waarop het GLI aanbod in de regio inzichtelijk is en welke GLI programma's door de verzekeraar van de verzekerde worden vergoed. Op initiatief van de staatssecretaris is op 14 oktober jongstleden een inspirerende bijeenkomst georganiseerd waarin het uitwisselen van goede voorbeelden en ervaringen centraal stond.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over het openstellen van de deuren en activiteiten van verpleeghuizen voor thuiswonende ouderen.

Het openstellen van de deuren en activiteiten voor thuiswonende ouderen door verpleeghuizen is grotendeels al staande praktijk. Bewoners uit de wijk kunnen bijvoorbeeld terecht in het restaurant om samen te eten, samen te kaarten of samen koffie te drinken in de ontvangstruimte van een verpleeghuis.

Daarnaast bieden verschillende verpleeghuiszorgaanbieders ook dagbesteding aan voor ouderen thuis of kunnen thuiswonende ouderen bij het verpleeghuis terecht om bijvoorbeeld hun kleding te laten wassen.

Inzet is tevens dat ouderen met een Wlz-indicatie ook via logeren binnen het modulair pakket thuis en deeltijdverblijf langer thuis kunnen blijven wonen in plaats van een definitieve overgang naar het verpleeghuis.

Ten slotte wil ik verkennen of investeringen vanuit het Wlz-domein kunnen worden gedaan in het sociale domein waardoor mensen langer thuis kunnen wonen en bedden in het verpleeghuis "leeg" blijven.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over investeringen in valpreventie.

Valpreventie is een preventieve interventie waarvan we weten dat die kostenbesparend is. Toch zijn valpreventiecurcussen nog niet landelijk beschikbaar voor iedereen die een hoog risico heeft op vallen. Via het programma 'preventie in het zorgstelsel' verkent het ministerie van VWS op dit moment de haalbaarheid van landelijke implementatie en duurzame financiering van valpreventie en de wijze waarop verzekeraars en gemeenten hierbij kunnen samenwerken. In het voorjaar verwachten wij meer helderheid te hebben over wat nodig is om valpreventie landelijk beschikbaar te maken. Overigens kunnen

verzekeraars nu al vanuit de eigen middelen investeren in valpreventiecurssussen. Daarnaast vergoeden verschillende verzekeraars valpreventiecurssussen nu via de aanvullende verzekering.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over of en hoe zij preventie centraal willen stellen in de zorg.

Wij ondersteunen het pleidooi van mevrouw Ellemeet om preventie meer centraal te stellen in de zorg van harte. Om het accent te verleggen naar gezondheid is een structurele verandering van de leefstijl van mensen en het handelen van de zorgprofessionals en financiers nodig. Dat is niet eenvoudig. Dit kabinet heeft met de nadruk op preventie het accent op het gezond zijn en blijven van mensen hoog in het vaandel staan en zet concrete stappen om het accent daadwerkelijk te verleggen. Ik noem het Nationaal Preventieakkoord dat inzet op een aanpassing van de leefstijl om roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik te verminderen. Met het programma Kansrijke Start worden kwetsbare gezinnen ondersteund zodat kinderen een goede start kunnen hebben en gezond en veilig kunnen opgroeien.

Tot slot wil ik het traject Preventie in de zorg noemen dat als doel heeft om meer preventieve interventies en leefstijladvies en -behandelingen in het zorgstelsel verankeren. Het traject richt zich op vier plausibel (kosten)effectieve interventies: valpreventie, de verwijzing door de huisarts naar het sociaal domein (welzijn op recept), de ketenaanpak bij kinderen met overgewicht en leefstijlinterventies bij diabetes. Ook zijn we hard bezig om de implementatie van de gecombineerde leefstijl (GLI) te versnellen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over het oormerken van een percentage van het zorgbudget voor preventie.

Bij preventie is vaak het probleem dat de kosten voor de baten uitgaan, of dat de partij die investeert niet dezelfde is als de partij die de baten geniet. Daar kan ik op voorhand geen percentage op vastpinnen. Het is mijn doel deze impasses te doorbreken en daarmee een veel substantiëlere plaats voor (effectieve) preventie in het zorgstelsel te realiseren.

Juist daarom kies ik voor een interventiegerichte aanpak. De komende periode wordt van vier bestaande, effectieve interventies (valpreventie, welzijn op recept, aanpak overgewicht bij kinderen en leefstijlinterventies bij diabetes), in kaart gebracht waarom ze zo moeizaam landelijk van de grond komen.

Mocht blijken dat geld hiervoor de reden is, dan wil ik met partijen tot passende oplossingen komen. De manier waarop en wie, wat zou moeten betalen moeten we tijdens deze trajecten verder uitzoeken. Daar wil ik niet op vooruitlopen. Volgend voorjaar zal ik u hierover nader rapporteren.

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) over e-health en het laten bloeien en sterven van duizenden bloemen.

Ten aanzien van de vele apps zijn diverse partijen - zoals patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, het National eHealth Living Lab (NeLL) en GGD's - aan het verkennen hoe een 'keuzehulp' kan worden

vormgegeven zodat het voor de burger helder is welke apps onafhankelijke, betrouwbare gezondheidsinformatie bieden. Tevens ondersteunen wij het Health Innovation Initiative (Hii) Holland. Hii Holland gaat zich richten op begeleiding van veelbelovende innovaties naar de patiënt, het pakket en de adoptie in de praktijk, en functioneert als een filter voor kansrijke en serieuze initiatieven. Daarnaast hebben wij in antwoord op een vraag van de VVD aangegeven positief te staan tegenover het maken van een inventarisatie van bewezen (kosten)effectieve digitale innovaties en e-healthinterventies.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over of er geen scherpere afspraken gemaakt kunnen worden over preventie in de akkoorden met de sector, zo dat de vergoeding van deze inzet geen probleem meer is.

In de hoofdlijnaakkoorden (medische specialistische zorg, wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg en paramedische zorg) is benadrukt dat er zowel in de opleiding als in de uitvoeringspraktijk van alle professionals in de zorg en ondersteuning meer aandacht moet zijn voor preventie, leefstijl en vroegsignalering. Via de hoofdlijnaakkoorden kunnen echter geen afspraken worden gemaakt over wat wel of geen verzekerde zorg is en wat verzekeraars vanuit het basispakket aan hun verzekerden mogen vergoeden. Wat wel kan is dat verzekeraars en gemeenten in de regio's afspraken over de financiering van preventie maken. Overigens is in de samenwerkingsagenda van Zorgverzekeraars Nederland en de VNG preventie een van de onderwerpen waarop zij de samenwerking zoeken en kijken hoe verzekeraars en gemeenten gezamenlijk kunnen investeren in preventie.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ellemeet** (GL) over CO2 footprint van de zorg.

De verduurzamingsopgave ligt er voor iedereen. Ook de zorgsector. Zorgprofessionals willen aan de slag met de verduurzamingsopgave, omdat de kwaliteit van zorg en de verduurzamingsopgave elkaar versterken. Juist ook voor het welzijn van patiënten en cliënten. Het gaat daarbij niet alleen om CO2-reductie, maar ook circulair werken, medicijnresten die in het water terecht komen en een zorgomgeving met gezond eten en veel groen.

Rond de 200 organisaties in de zorg hebben daarom met ondertekenen van de Green Deal duurzame zorg afgesproken daar wat aan te doen. Waaronder ook de brancheorganisaties NFU, NVZ, Actiz, GGZ-Nederland en VGN. Belangrijk onderdeel van de verduurzamingsopgave is het terugdringen van het energieverbruik en de CO2 uitstoot. Slecht voor het klimaat én de portemonnee. Om die reden richten we ons op een klimaatneutrale zorgsector in 2050. Dit sluit aan op het klimaatakkoord.

De ambitie op CO2 is vertaald in een sectorale routekaart voor de cure en care. Op basis van deze routekaarten wordt er onderzoek gedaan naar investeringsopgave voor zorginstellingen in de komende decennia.

Zorginstellingen maken op basis van een met de sector ontwikkelde handleiding voor eind 2020 een routekaart om hun vastgoed te verduurzamen. Afhankelijk van de technische en financiële mogelijkheden en de keuzes van de gemeenten

die samenhangen met de wijkgerichte aanpak zal er een steeds duidelijker beeld ontstaan van de kosten en kansen die de zorgsector heeft om haar Co2-uitstoot te verminderen. Deze inzichten bieden de bestuurders van de zorginstellingen handelingsperspectief.

Met het programma duurzame zorg, waaronder ook het Expertisecentrum Duurzame Zorg, ondersteunt VWS samen met de branche-organisaties de zorginstellingen en zorgprofessionals met kennis en waar nodig financiële middelen uit de klimaatenvelop. Dit is een gezamenlijk programma van VWS, de zorgsector en andere stakeholders in de zorg. Uiteraard ook in goed overleg met de collega's van de ministeries van BZK, IenW, EZK.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over het opleiden van voormalig daklozen.

Keer op keer geven (ex-)daklozen aan dat ze vooral behoefte hebben of hadden gehad aan iemand die 'naast' hen staat. Ik vind het dan ook waardevol en prijzenswaardig wanneer ervaringsdeskundigen zich in willen zetten om mensen die nu in een kwetsbare positie verkeren, zeker wanneer zij dak- en thuisloos zijn, te ondersteunen. Ik zou graag zien dat veel méér mensen, niet alleen ervaringsdeskundigen, zich op deze manier inzetten voor deze groep. Ik span mij daarom in om de inzet van ervaringsdeskundigen te versterken.

In het kader van de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang zal een 'Vliegende Brigade ervaringsdeskundigheid' worden ondersteund. Deze Vliegende Brigade bestaat uit een groep van ervaringsdeskundige experts die gemeenten, cliënt- en familie-initiatieven en andere betrokken partijen ondersteunt om het perspectief van ervaringsdeskundigen en hun kennis goed te benutten. Hierbij zal ook aandacht zijn voor het op een goede manier toerusten van ervaringsdeskundigen. In het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren zetten (ex-)dak- en thuisloze jongeren zich actief in, waarbij zij tegelijkertijd op alle levensgebieden worden ondersteund. Zoals aangekondigd in mijn brief van 17 september (Kamerstukken 2019/20, 29325, nr 102) kom ik dit najaar met een plan om het aantal daklozen terug te dringen. Ik betrek uw voorstel hierbij, omdat ik het grote belang van de inzet van ervaringsdeskundigen deel.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over wat hij vindt van het project "Onder de pannen".

Het project "Onder de pannen" klinkt als een goed initiatief. Het vinden van een eigen woonruimte is één van de zaken die geregeld moet worden om te zorgen dat een dakloze weer snel op eigen benen kan staan. Mede gezien de krapte op de woningmarkt sta ik positief tegenover dit soort innovatieve projecten, waarbij gemeenten slim gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn. Ik sta dan ook sympathiek tegenover dit project. De term barmhartigheidsbonus spreekt me aan. Zoals aangekondigd in mijn brief van 17 september (Kamerstukken 2019/20, 29325, nr. 102) kom ik dit najaar met een plan om het aantal daklozen terug te dringen. Ik wil dit betrekken bij de nadere uitwerking van dit plan. Daarvoor moet ik wel eerst een verkenning uitvoeren met gemeenten en mijn collega's van SZW en BZK naar de effecten van de toepassing van een dergelijke maatregel. Ik verwacht u hier begin 2020 over te kunnen informeren.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over het verzoek om tijdelijk 100 extra opleidingsplekken Ggz-psychologen/ klinisch-psychologen.

Het ministerie van VWS heeft de afgelopen jaren voor de opleiding tot gezondheidszorg-psycholoog (GZ) meer instroom gefaciliteerd dan het door het Capaciteitsorgaan geadviseerde maximum, mede in het kader van het hoofdlijnenakkoord ggz.

Het huidige aantal vacatures bedraagt 950. Dit jaar stromen ruim 700 Gezondheidszorg-psychologen uit de opleiding en ook in de jaren daarna verwachten we een forse instroom van ongeveer 900 afgestudeerde GZ-psychologen per jaar. Met deze aantallen wordt een evenwicht bereikt en wordt het potentiële reservoir voor de vervolgoopleidingen tot klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog aangevuld. Ook gaat het bij GZ-psychologen om een relatief jonge beroepsgroep met daardoor een relatief lage uitstroom uit het beroep.

Het Capaciteitsorgaan is van, voor en door het veld. Deze raming is dus ook van partijen (beroepsgroep, instellingen, verzekeraars) en de beste schatting van de benodigde capaciteit. Juist om te voorkomen dat één partij de koers bepaalt, is voor deze tripartiete constructie gekozen.

Ik zie dan ook geen reden om nu meer opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen beschikbaar te stellen, gelet op de te verwachten forse uitstroom uit de opleiding in de komende jaren en het feit dat nu extra opleiden het acute probleem niet oplost. Ook is het zo dat voor de opleiding tot klinisch psycholoog het huidige aantal beschikbare opleidingsplaatsen al niet kan worden opgevuld bij gebrek aan voldoende kandidaten.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over waar (zelfredzame) daklozen terecht kunnen en wat het Kabinet doet aan de toename van het aantal daklozen.

Op grond van de Wmo 2015 moeten gemeenten passende ondersteuning bieden aan mensen die niet zelfredzaam zijn. Het klopt dat het aantal daklozen de laatste tien jaar fors is gestegen. De afgelopen periode heb ik met betrokken partijen gewerkt aan het terugdringen van het aantal daklozen via het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren en de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Gezien de cijfers van het CBS is meer nodig om deze ontwikkeling te keren. Ik heb CBS gevraagd nader onderzoek te doen naar de toename van het aantal daklozen in de afgelopen jaren. Dit onderzoek is naar verwachting eind 2019 beschikbaar.

Zoals ik u in mijn brief van 17 september jl. (TK 2019/20, 29325, nr. 102) heb gemeld, komt het Kabinet met een plan om het aantal daklozen terug te dringen. Om dit te kunnen realiseren is een samenhangend pakket aan maatregelen nodig. Wonen, financiële bestaanszekerheid, schuldenaanpak, opleiding, toeleiding naar werk en zorg en begeleiding – al deze aspecten zijn van belang. Gegeven het feit dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor preventie, begeleiding en opvang van daklozen en de diversiteit per regio is het belangrijk dat gemeenten met relevante lokale en regionale partners integrale plannen maken. Dit najaar informeer ik uw Kamer nader over de aanpak.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over extra investeringen in ambulante begeleiding binnen de Wmo 2015.

Ambulante begeleiding is vaak essentieel voor mensen die doorstromen vanuit beschermd wonen naar een reguliere woonplek. Centrumgemeenten krijgen momenteel het budget voor beschermd wonen en maken met gemeenten in de regio afspraken over de besteding van dit budget. Als mensen doorstromen vanuit beschermd wonen naar een reguliere woonplek, dan kan het budget voor beschermd wonen ook ingezet worden voor ambulante begeleiding. Bij de overheveling van de taak beschermd wonen naar de gemeente is op het budget niet bezuinigd. Een extra investering in deze specifieke vorm van hulp is daarom op dit moment niet opportuun.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over de inzet om het VN-verdrag handicap na te leven.

Het is inderdaad belangrijk dat mensen met een beperking merkbaar minder drempels gaan tegenkomen die het meedoen in de weg staan. Niet alleen omdat wij het VN- verdrag hebben ondertekend, maar ook omdat wij er baat bij hebben dat de samenleving voor iedereen toegankelijk is. Daarom coördineer ik namens het kabinet de uitvoering van het programma *Onbeperkt meedoen!*, dat voor deze kabinetsperiode acties en maatregelen bevat het VN-verdrag handicap te implementeren.

Voor de zomer heeft u de voortgangsrapportage over dit programma ontvangen (Kamerstukken 2018/19, 24 170, nr. 192). Deze rapportage laat zien dat een beweging op gang komt naar een meer toegankelijke samenleving. Zo zijn er bijvoorbeeld steeds meer koploper-gemeenten die lokaal werk maken van het VN-verdrag. Ook zijn er mooie maatschappelijke initiatieven, onlangs nog terug te zien in de Week van de Toegankelijkheid: een videotour in gebarentaal van het Rijksmuseum en de inzet van het Best Kept Secret festival om ook voor mensen met een beperking een toegankelijk festival te zijn. De komende jaren is er nog veel werk aan de winkel. Daar staan gemeenten, het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties gezamenlijk voor aan de lat.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over hoever hij is met het ontschotten van wetgeving tussen bijvoorbeeld de Wmo en Participatiewet in het licht van de implementatie van het VN-verdrag handicap.

Het is belangrijk dat iedereen zich naar vermogen kan ontwikkelen en kan meedoen op de voor hem of haar best passende plek. Voor mensen in de dagbesteding die potentie hebben zich te ontwikkelen richting beschut of betaald werk, is het niet vanzelfsprekend de stap ook daadwerkelijk te zetten. Een soepele overgang is zeer belangrijk. Zij ervaren nog te vaak schotten tussen dagbesteding en beschut werk. Ik werk daarom in het kader van Simpel Switchen – waarin de ervaren schotten worden aangepakt - nauw samen met de staatssecretaris Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Zo is recentelijk de handreiking 'Simpel switchen van dagbesteding naar werk' van de Programmaraad (VNG, Divosa, UWV en Cedris) gelanceerd en gaan wij, staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, laten onderzoeken welke

oplossingen bijdragen aan de soepele overgang van dagbesteding naar werk. Over de genomen stappen en de stappen die nog gezet worden, wordt u voor de begrotingsbehandeling van Sociale Zaken en Werkgelegenheid door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid schriftelijk geïnformeerd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over de bereidheid van de minister om samen met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap te kijken naar mogelijkheden voor financiering op maat van mensen die vanuit dagbesteding en beschut werk een praktijkgerichte leerlijn willen volgen.

Om de overgang van dagbesteding naar (beschut) werk te versoepelen is de functie en brancheopleiding Woonhulp gecreëerd door middel van jobcarving (taken uit bestaande functies halen). Vanuit het programma 'Volwaardig Leven – voor de gehandicaptenzorg en complexe zorg' ga ik in aanvulling op de Woonhulp, ook een praktijkopleiding ontwikkelen voor drie nieuwe sectoren: de groenvoorziening, logistiek en facilitaire dienstverlening. Vervolgens stel ik deze praktijkopleiding open voor 500 cliënten met een verstandelijke beperking. Dit traject wordt samen met de VGN en de betreffende sectoren opgepakt, zodat mensen met een beperking ook in deze sectoren een passende werkplek kunnen vinden. Uiteraard vindt een evaluatie plaats en wordt gemonitord op de effecten. Daarin zal ik meenemen in hoeverre de financiering van het volgen van deze opleidingen vanuit de dagbesteding een knelpunt is.

Daarnaast werk ik met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan het bieden van kansen aan mensen met een beperking om zich te ontwikkelen. Hiertoe doen VGN en ActiZ mee aan de pilots 'praktijkleren met de praktijkverklaring in het mbo'. Hierover wordt u voor de begrotingsbehandeling van Sociale Zaken en Werkgelegenheid door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geïnformeerd.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Renkema** (GL) over de Juiste Zorg op de Juiste plek en meerjarencontracten.

Ik vind de Juiste Zorg op de Juiste Plek een belangrijke beweging en zet daar ook vol op in. Daarbij probeer ik zorgverzekeraars en ziekenhuizen onder meer te helpen om te komen tot een gezamenlijke visie op de regionale ontwikkelingen in de zorg en tot een succesvolle aanpak. Ik denk dat het goed is als zij hierover meerjarige afspraken maken. Dit biedt betere kansen om te investeren en de opbrengsten daarvan, die vaak wat langer op zich laten wachten, eerlijk te delen. Maar een meerjarig contract is geen absolute voorwaarde voor een succesvolle aanpak van de juiste zorg op de juiste plek. De omstandigheden kunnen in elke regio verschillen en daarom moeten de partijen zelf beoordelen welke aanpak het beste past. Maatwerk is hierbij het devies. Overigens zou ik partijen ook niet kunnen dwingen op meerjarig met elkaar in zee te gaan. Echter, ik constateer wel dat er steeds meer langjarige contracten worden gesloten, dat de lengte van de contracten toeneemt en dat de afspraken steeds meer onderwerpen omvatten.

Zoals u weet, vind ik dat de specialist ouderengeneeskunde (SO), en ook de arts verstandelijk gehandicapten (AVG), een belangrijke rol kunnen vervullen in het versterken van de artsenfunctie in de eerste lijn. Daarom wordt per 2020 hun

inzet in de eerste lijn ook mogelijk gemaakt in de Zorgverzekeringswet. Signalen over problemen met contractering rond deze specifieke situaties zijn mij bekend, tegelijkertijd lopen de gesprekken rond contractering van zowel de SO als de AVG nog. Op landelijk niveau zijn betrokken partijen (Zorgverzekeraars Nederland en beroepsverenigingen) in overleg over de contractering. Het ministerie van VWS volgt dit proces nauwlettend.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over het in gesprek gaan met de sector over investeren in opleiden en echte innovaties zoals anders werken.

Dat gesprek voeren wij zeker en zeer regelmatig met de sector. Het is van groot belang dat zorgmedewerkers zo worden opgeleid dat ze de juiste vaardigheden hebben om goed om te gaan met een veranderende zorgvraag en de mogelijkheden die er zijn om nog effectievere zorg te leveren. Wij zijn dan ook met veldpartijen in gesprek over hun visie op toekomstbestendig opleiden. Maar ook als mensen hun opleiding hebben afgerond zal er aandacht moeten blijven voor een leven lang leren. Goed werkgeverschap en een sterker HR beleid zijn hiervoor belangrijke voorwaarden. Hierop zetten we de komende periode stevig in met het Actieprogramma Werken in de Zorg. We hebben € 50 miljoen extra beschikbaar gesteld voor het SectorplanPlus tot een totaal van € 420 miljoen. Hiermee kunnen werkgevers extra scholing bieden en extra investeren in het behoud van medewerkers.

We zien veel goede voorbeelden van samenwerking tussen opleidingen en zorginstellingen gericht op innovatiever opleiden. Denk hierbij aan de Zorg Innovatie Centra door heel Nederland. Of de ontwikkeling van praktijkroutes in Zeeland en Friesland waarmee studenten hun mbo opleiding volgen in een zorgorganisatie.

Of het programma voor huidige medewerkers van 's Heerenloo dat erop gericht is om de digitale vaardigheden van medewerkers te vergroten. Dit initiatief is, onder andere met steun van VWS, uitgegroeid tot een coalitie Digivaardig in de Zorg. We delen goede voorbeelden en organiseren diverse bijeenkomsten voor zorgorganisaties. Het kabinet steunt dit ook financieel. Zoals met het SectorplanPlus (€ 420 miljoen), de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (jaarlijks circa € 200 miljoen), en de kwaliteitsgelden voor de verpleeghuiszorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over of de minister in gesprek met de ziekenhuizen kan zorgen dat de richtlijn ondervoeding overal wordt geïmplementeerd.

Het gebruik van richtlijnen, zoals de richtlijn ondervoeding, is een verantwoordelijkheid van zorgverleners. Met het rapport van de Stuurgroep Ondervoeding 'Voedingsconcepten in de Nederlandse ziekenhuizen' uit 2016 (in opdracht van VWS) is in kaart gebracht hoe ziekenhuizen in Nederland hun voedingszorg regelen. Uit de hoge respons en de antwoorden in de enquêtes en interviews blijkt dat alle ziekenhuizen goede voeding erg belangrijk vinden. De stuurgroep, een vertegenwoordiging van inhoudelijk deskundigen op het gebied van ondervoeding, coördineert samenwerking tussen partijen en initieert activiteiten om ondervoeding te verminderen, in het bijzonder bij kinderen, chronisch en acuut zieken en ouderen. Ik spreek met de stuurgroep over het borgen van ontwikkelde kennis en tools op het gebied van ondervoeding in de structurele zorg en ondersteuning. Daarbij zal ik ook spreken over strategieën die ziekenhuizen helpen om hier voldoende aandacht voor te hebben.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) of de minister bereid is onderzoek te doen naar het effect van meer uren diëtetiek voor kinderen met overgewicht.

Net als mevrouw Van den Berg vind ik het belangrijk dat overgewicht en obesitas bij kinderen wordt aangepakt. Het ministerie van VWS zet daarom in op een brede ketenaanpak van overgewicht bij kinderen. De ondersteuning en zorg van kinderen met overgewicht vraagt om goede samenwerking tussen kind en gezin en al die verschillende zorg- en hulpverleners, zoals jeugdverpleegkundigen, huisartsen, kinderartsen, diëtisten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, opvoedkundig adviseurs, jeugdhulpverleners, psychologen, buurtsportcoaches en aanbieders van interventies. Diëtetiek is dus een van de onderdelen die terugkomt in de ketenaanpak.

Zoals de staatssecretaris van VWS in zijn brief van 5 juli 2019 (Kamerstukken 2018/19, 32793, nr. 403) al aankondigde, volgt het ministerie de ontwikkelingen hieromtrent, als onderdeel van de interventiegerichte aanpak van het Programma Preventie in het Zorgstelsel, nauwgezet. Daarbij worden ook de knelpunten voor landelijke implementatie in kaart gebracht en worden deze voor zover mogelijk weggenomen. Ik zal hierbij expliciet aandacht vragen voor de omvang van het aantal uren zorg, zoals gevraagd voor mevrouw Van den Berg.

Een extra apart onderzoek naar het effect van meer uren diëtetiek voor kinderen vind ik niet nodig. In het voorjaar van 2020 zal de staatssecretaris van VWS, uw Kamer informeren over de stand van zaken.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over de toename van het aantal daklozen en de acties die de staatssecretaris onderneemt.

Het aantal daklozen is de afgelopen jaren fors gestegen. De afgelopen periode heb ik met betrokken partijen gewerkt aan het terugdringen van het aantal daklozen via het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren en de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Gezien de cijfers van het CBS is meer nodig om deze ontwikkeling te keren. Ik heb CBS gevraagd nader onderzoek te doen naar de toename van het aantal daklozen in de afgelopen jaren. Dit

onderzoek is naar verwachting eind 2019 beschikbaar.

Zoals ik u in mijn brief van 17 september jl. (TK 2019/20, 29325, nr. 102) heb gemeld, komt het Kabinet met een plan om het aantal daklozen terug te dringen. Om dit te kunnen realiseren is een samenhangend pakket aan maatregelen nodig. Wonen, financiële bestaanszekerheid, schuldenaanpak, opleiding, toeleiding naar werk en zorg en begeleiding – al deze aspecten zijn van belang. Gegeven het feit dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor preventie, begeleiding en opvang van daklozen en de diversiteit per regio is het belangrijk dat gemeenten met relevante lokale en regionale partners integrale plannen maken. Dit najaar informeer ik uw Kamer nader over de aanpak.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over de acties die de staatssecretaris neemt om de 90.000 personen met onbegrepen gedrag op te vangen, waarvoor nu doorgaans de politie wordt gebeld.

Allereerst is het ook voor personen met verward gedrag van groot belang dat we als samenleving meer oog krijgen voor elkaar en dat er plek is voor iedereen. Het RIVM heeft uitgezocht dat de 80.000 meldingen in 2018 te herleiden waren tot 34.000 unieke personen. We weten inmiddels dat binnen deze meldingen van de politie over mensen met verward gedrag een kleinere groep van 5700 personen voor de meeste E33 meldingen zorgt.

Ik wil dat we iedereen een kans geven om zichzelf te zijn met alle kwetsbaarheden en dat we ons daar niet voor hoeven te schamen of dit moeten verbloemen. Hiervoor loopt de landelijke campagne 'Hey het is oke'.

Vanaf 2015 is door het aanjaagteam en het Schakelteam personen met verward gedrag hard gewerkt aan het bevorderen van een goed werkende aanpak voor personen met verward gedrag. Via een stimuleringsprogramma bij Zonmw, dat tot 2020 loopt, is jaarlijks € 16 mln beschikbaar. Op dit moment lopen daar meer dan 300 pilots om uit te proberen wat écht werkt voor deze doelgroep.

Een goed werkende aanpak voor kwetsbare personen, waaronder personen met verward gedrag moet op regionaal (of lokaal) niveau worden georganiseerd. Daar moet het gebeuren. Er bestaat geen eenduidige aanpak voor personen met verward gedrag aangezien bij deze doelgroep geen sprake is van een eenduidige problematiek. De groep personen met verward gedrag is een brede doelgroep. In deze groep zitten onder andere mensen met dementie, mensen met psychosociale problemen of een verstandelijke beperking en mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Ik wil benadrukken dat het grootste deel van de groep personen met verward gedrag niet gevaarlijk is of overlast veroorzaakt. Zoals ik in mijn brief van 5 juli 2019 (Kamerstukken 2018/19, 23 345, nr. 128) heb aangegeven zet ik met BZK, JenV en de VNG in op de ondersteuning van juist deze groep. Dat heeft tijd nodig. Ik hoor soms wel eens ongeduld over dat het te lang duurt. Ik snap dat, maar ik realiseer me ook dat er in de regio's ongelofelijk veel moest gebeuren. En er is ook al veel gebeurd, met name in het verbeteren van samenwerking tussen partijen die elkaar eerder onvoldoende wisten te vinden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over de wenselijkheid van een onderzoek naar het benodigde aantal extra plekken voor mensen met dubbelproblematiek in de gehandicaptenzorg.

Een belangrijk onderdeel van mijn programma 'Volwaardig leven' is het realiseren van voldoende passende plekken in de gehandicaptenzorg voor alle cliënten in de allermoeilijkste situaties. Heel vaak betreft dit cliënten met dubbele of driedubbele problematiek. Daarvoor komen er crisis- en ondersteuningsteams in alle regio's en 100 extra plekken in de complexe zorg.

Zorgkantoren inventariseren nu in elke regio de cliënten die in complexe situaties zitten en waarvoor op dit moment een echt passende plek ontbreekt. Ook wordt geïnventariseerd welke zorgaanbieders extra plekken voor deze groep cliënten willen en kunnen neerzetten. Een flink aantal zorginstellingen blijkt daartoe bereid en deze instellingen worden gevraagd een plan in te dienen om die extra plekken zo snel mogelijk te realiseren. Begin 2020 zullen de gezamenlijke zorgkantoren de inventarisatie van alle cliënten zonder passende zorgplek vergelijken met alle ingediende plannen en dan zullen zij een selectie maken van de plannen die het beste antwoord geven op wat er nu nog ontbreekt aan passende plekken. Ik zal de Kamer over deze inventarisatie en de plannen voor de extra plekken in het voorjaar informeren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over het verplicht stellen van praktijkonderzoek naar effectiviteit en bijwerkingen van dure medicijnen, behandelingen en medische hulpmiddelen.

Ik ben het helemaal eens met het CDA dat er meer aandacht nodig is voor de effectiviteit en bijwerkingen van (zowel dure als goedkope) geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en implantaten. Ik blijf mij daar sterk voor inzetten. Het gaat mij echter te ver om praktijkonderzoek verplicht te stellen. Als geen twijfel bestaat over de effectiviteit, doelmatige inzet, en er geen signalen zijn van (onverwachte) bijwerkingen, zie ik ook geen reden voor extra onderzoek.

Voor wat betreft geneesmiddelen is bij de behandeling van de Wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen een motie van CDA en GroenLinks aangenomen die vraagt om bij opname van medicijnen in het basispakket meer aandacht te hebben voor de effecten van geneesmiddelen in de praktijk, door structureel meer in te zetten op evaluatie hiervan in de praktijk. Dit zie ik als ondersteuning van mijn beleid. Denk aan mijn afspraken met partijen uit de medisch-specialistische zorg om op grotere schaal te gaan evalueren, waaronder de inzet op het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en de ZonMw-programma's Goed Gebruik Geneesmiddelen en ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek.

Voor wat betreft medische hulpmiddelen, waaronder implantaten, komt er door nieuwe Europese wetgeving in de toekomst meer aandacht voor post market surveillance. Hierdoor zal er meer informatie beschikbaar komen over de effectiviteit en bijwerkingen van medische hulpmiddelen in de praktijk.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over het laten verrichten van onderzoek door Gupta Strategists naar mogelijkheden om in Europa generieke geneesmiddelen weer zelf te maken.

Ik vind het belangrijk dat we naast nationale maatregelen om tekorten op te lossen ook de oorzaken van geneesmiddelentekorten aanpakken. Steeds meer landen worstelen met tekorten aan geneesmiddelen, los van welk bekostigingssysteem een land hanteert. Dat komt omdat de laatste decennia de kwetsbaarheid van de keten van de geneesmiddelenproductie is toegenomen. Ook de vraag naar geneesmiddelen neemt wereldwijd toe. Het probleem moet op Europees niveau in kaart worden gebracht en aangepakt, samen met andere landen. Een onderzoek naar productie in Europa wil ik niet alleen vanuit Nederland doen. Wel heb ik al eerder kenbaar gemaakt bij de huidige Europese Commissie dat we dit probleem gezamenlijk moeten oppakken. Ook de beoogd Commissaris heeft gezegd dat Europa een wereldleider moet zijn en niet te afhankelijk zou moeten zijn van andere werelddelen als het gaat om productie van medicijnen. Zodra de nieuwe Europese Commissie is geïnstalleerd ga ik dit met nadruk bespreken met de nieuwe Commissaris.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over het verbeteren van de implementatie van resultaten uit evaluatieonderzoek.

In mijn Kamerbrief van 11 oktober jongstleden over het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek [Kamerstukken II 2018/19, 29248, nr. 318] heb ik aangegeven dat een belangrijk speerpunt van mijn beleid is dat er onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen én dat deze onderzoeksresultaten zo snel mogelijk geïmplementeerd worden in de praktijk.

Ik wil rechtzetten dat er tot op heden nog geen evaluatieonderzoek gedaan wordt. Binnen de kaders van het huidige programma ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek, maar ook bijvoorbeeld het Citrienfonds, wordt er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelingen. Zoals uit de evaluatie van het ZonMw-programma DoelmatigheidsOnderzoek wel is gebleken valt er op het vlak van implementatie van onderzoeksresultaten nog veel winst te behalen.

Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik heeft als doel op onder meer dit punt regie te nemen. De ondertekenaars van het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019-2022, het Zorginstituut Nederland en ZonMw werken nauw samen om ervoor te zorgen dat zorgevaluatie over vijf jaar integraal onderdeel is van het reguliere zorgproces binnen de medisch specialistische zorg. Dit houdt in dat het onbekende wordt geëvalueerd en bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd.

Ik kijk uit naar de acties die gedaan worden om de implementatie te bevorderen. De eerste resultaten van het programma worden verwacht in de eerste helft van 2020 en ik heb toegezegd uw Kamer na de zomer van 2020 te informeren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over het verbeteren van de kwaliteit van zorg door een leercultuur te stimuleren en het aansluiten bij onderzoek oncologie.

Eén van de speerpunten van mijn beleid is dat er gewerkt wordt aan kwalitatief hoogwaardige zorg. Daarom is het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik ook gestart. Het programma beoogt naast het doen van het benodigde onderzoek naar behandelingen ook zorg te dragen voor een verander- en leercultuur en neemt hiervoor de regierol op zich. Zo is een uitgangspunt van het programma dat zoveel mogelijk relevante zorgverleners meewerken aan onderzoeken waardoor het *not invented by me* syndroom ondervangen wordt.

Ik ben er voorstander van dat zoveel mogelijk ziekenhuizen betrokken zijn bij het onderzoek om de inclusie van patiënten te vergroten en versnellen. Hierdoor komen onderzoeksresultaten sneller beschikbaar. Ik zal het thema van de lerende cultuur als belangrijk punt inbrengen in de overleggen ten behoeve van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over het belang dat richtlijnen breed gedragen zijn, ook door aanpalende beroepsgroepen.

Wij zijn het eens met het CDA dat richtlijnen breed gedragen moeten zijn. Dit gaat niet alleen om de actuele stand van wetenschap en praktijk maar ook hoe deze tot stand komen. Richtlijnen moeten tripartiet (zorgprofessionals, zorgverzekeraars en patiënten) tot stand komen en vastleggen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt, waarbij rekening dient te worden gehouden met de persoonlijke wensen en situatie van patiënten. Ook onderschrijven wij het belang van een meer gezamenlijke programmering en synergie in de ontwikkeling van kwaliteitsrichtlijnen die kan rekenen op de steun van betrokken partijen. Wij voeren deze gesprekken niet zelf, maar stimuleren dit door het ZonMw programma Kwaliteitsgelden. Dit programma ziet op een beweging naar een meer gezamenlijke programmering en synergie alsmede de totstandkoming van multidisciplinaire richtlijnen. Deze beweging is dus al op gang gebracht. Ik zal ZonMw vragen mij in 2020 over de voortgang van deze beweging te rapporteren en ik zal daar dan ook met tripartiete partijen over spreken.

Ten slotte heeft het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik als doel om de kwaliteitscyclus van agenderen, evalueren en implementeren van zorgevaluatieonderzoek te verbeteren. Dit draagt bij aan de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijnen en daarmee van de geleverde zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Ik informeer u over de voortgang van het programma in de loop van volgend jaar zoals ik in mijn brief 'Programma zorgevaluatie en gepast gebruik' van 11 oktober 2019 (Kamerstukken 2019/20, 29248, nr. 3181) heb gemeld.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over overleg in de regio om het zorgaanbod af te stemmen op de zorgvraag.

In de hoofdlijnenakkoorden hebben partijen aangegeven dat zij regiobeelden zullen opstellen. Idee achter de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek is dat

het aanbod steeds beter op de vraag wordt afgestemd, waarbij het functioneren van de inwoner van de regio centraal staat. Er zijn nu al prachtige voorbeelden van overleg in de regio dat wel goed loopt, bijvoorbeeld zoals in geval van toekomstbestendige zorg in Friesland. Vanuit een convenant werd het programma 'sociaal-medische eerstelijns' opgezet. Gemeente en zorgverzekeraar werkten hierin samen om de zorg te ontschotten. Dit resulteerde bijvoorbeeld in afspraken met huisartsen, ziekenhuizen en thuiszorg. Wij verwachten dat de regiobeelden in de periode van nu tot en met het eerste kwartaal komend jaar beschikbaar zullen komen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij hebben bepaald welke twee verzekeraars per regio primair aan zet zijn en dat als partijen er samen niet uitkomen, zij het voortouw pakken bij de totstandkoming van de regiobeelden. We staan dus aan het begin van deze beweging, niet aan het eind.

De regiobeelden zullen daarnaast een rol spelen bij het opstellen van de Contourennota. Daarbij zal ook aandacht worden besteed aan eventuele verdergaande maatregelen (zoals de door mevrouw Van den Berg genoemde doorzettingmacht) om het zorgaanbod en de zorgvraag zo nodig beter op elkaar af te stemmen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over Het CDA wil dat het voor iedereen helderder wordt waar zij terecht kunnen voor acute huisartsenzorg. In landen als Denemarken, Zweden en Wales heeft men goede ervaringen met een dergelijk nummer naast 112. Is de minister bereid om te onderzoeken of er één landelijk huisartsenspoednummer zou kunnen komen?

Ook ik vind het belangrijk dat mensen weten waar ze naartoe moeten. Bij een levensbedreigende situatie is het helder dat je 112 belt, maar wat doe je als het net iets minder acuut is? Ik zal voor de houtskoolschets acute zorg bekijken of er een vorm van zorgcoördinatie kan komen, een soort van verkeerstoren, waarbij je voor niet levensbedreigende acute zorg naar één nummer belt waar gekeken wordt wat je nodig hebt, of je thuis kan blijven, of er iemand naar je toe komt of dat je naar de spoedpost moet komen. Ik zal hierbij ook de ervaringen uit het buitenland meenemen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over de vraag of hij bereid is in overleg te gaan met gemeenten (bijvoorbeeld de VNG) om afspraken te maken hoe speeltuinen ook voor kinderen met een beperking toegankelijk moeten worden.

Ik ben zeker bereid in overleg te treden en heb dit ook al gedaan. De VNG werkt in het kader van de implementatie van het VN-verdrag handicap aan een extra impuls voor gemeentelijke initiatieven die onbeperkte deelname van inwoners met een beperking bevorderen. Zoals ik u voor de zomer 2019 in de eerste voortgangsrapportage over het programma heb laten weten, organiseert de VNG daarbij onder meer thematische leernetwerken (Kamerstukken 2018/19, 24 170, nr. 192). Zo werkt de Speeltuinbende nu met enkele gemeenten aan een Handreiking Samen Spelen voor gemeenten. Speelplekken wordt daarbij overigens breder bekeken dan alleen speeltuinen. Ook voor andere speelplekken, zoals een plein met een voetbalveldje, is van belang dat het thema toegankelijkheid op de kaart staat.

Daarnaast ben ik met verschillende partijen, waaronder de op televisie gekozen

minister van Gehandicaptenzaken Rick Brink, in gesprek over de manier waarop we de aandacht voor samen spelen verder kunnen versterken.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over innovatieve maatregelen.

Met partijen zijn eerder afspraken gemaakt in de Hoofdlijnenakkoorden over de inzet van innovatieve zorgvormen, e-health, zorgevaluatie en gepast gebruik. De organisatiekant van opschaling van e-health ondersteunen we met een groot aantal impulsen zoals de vouchers van de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), de SET-regeling, de Vliegwielen-coalitie, de Health Innovation School en de vraagbaak Zorgvoorinnoveren.

Daarnaast is in het antwoord op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over het controleren van gezondheidsapps aangegeven dat we positief zijn over een inventarisatie van effectieve e-health-toepassingen. Deze inventarisatie kan behulpzaam zijn voor zorgaanbieders en patiënten en voor de zorgverzekeraars.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over de wachtlijstproblematiek en de bestemming van de extra middelen.

Het beschikbare kader 2019 heb ik structureel met € 190 miljoen verhoogd. Daarnaast heb ik incidenteel € 60 miljoen beschikbaar gesteld, waardoor er voldoende ruimte in het systeem beschikbaar is en zorgkantoren en zorgaanbieders het vertrouwen voelen de benodigde zorg te blijven bekostigen en leveren.

De middelen worden over de zorgkantorregio's verdeeld op basis van de regionale zorgvraag, opdat de middelen terecht komen daar waar de tekorten zich voordoen. Ik heb zorgkantoren verzocht deze middelen aan te wenden, zodanig dat de productieafspraken worden uitgebreid bij de zorgaanbieders waar dit nodig is. Hierdoor komen de middelen op de juiste plek en worden de wachtlijsten aangepakt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over het contracteren van de specialist ouderengeneeskunde in de 1^e lijn.

Zoals u weet, vind ik dat de specialist ouderengeneeskunde (SO), en ook de arts verstandelijk gehandicapten (AVG), een belangrijke rol kunnen vervullen in het versterken van de artsenfunctie in de eerste lijn. Daarom wordt per 2020 hun inzet in de eerste lijn ook mogelijk gemaakt in de Zorgverzekeringswet.

Signalen over problemen met contractering zijn mij bekend, tegelijkertijd zitten partijen (zowel de SO als de AVG) in deze periode volop in de contracteringsgesprekken. Op landelijk niveau zijn betrokken partijen (Zorgverzekeraars Nederland en beroepsverenigingen) in overleg over het contracteringsproces. Het ministerie van VWS volgt dit proces nauwlettend.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over de mogelijkheid om een verplicht co-schap arts verstandelijk gehandicapten (AVG) in te stellen.

Momenteel stromen te weinig basisartsen door naar de opleiding voor arts verstandelijk gehandicapten. De inhoud van het curriculum voor de studie geneeskunde is een verantwoordelijkheid van opleiders en de beroepsgroep. Het curriculum is bedoeld om studenten op te leiden tot competente basisartsen en niet zozeer om instroomaantallen van specifieke vervolgopleidingen te verhogen.

Als de beroepsgroep en de opleiders het wenselijk vinden dat er voor bepaalde onderwerpen in de studie geneeskunde verplichte co-schappen worden opgenomen (bijvoorbeeld een co-schap in een instelling voor mensen met een beperking, of een co-schap op het terrein van de ouderengeneeskunde), en dit ook in overeenstemming is met het raamplan voor de studie geneeskunde, dan lijkt ons dat heel positief. Ik, de minister voor Medische Zorg en Sport, zal dit bespreken met de UMC's, die verantwoordelijk zijn voor de studie geneeskunde.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Slootweg (CDA) of de minister de vragen die begin oktober zijn gesteld over de toegang tot huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking wil beantwoorden.

Ja, dat wil ik. De door u gestelde Kamervragen zijn separaat verzonden.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over de betrokkenheid van jongeren bij activiteiten rond 75 jaar vrijheid.

Er gebeurt veel voor jongeren vanwege de viering van 75 jaar vrijheid. De vijf nationale evenementen die het Nationaal Comité 4 en 5 mei organiseert kennen een programma voor een breed publiek; in de programmering wordt goed gelet op de aansluiting bij jongeren.

De prachtige, waardige start in Terneuzen wordt gevolgd door de herdenking door heel Nederland van de holocaustslachtoffers in januari. In april 2020 start de maand van de vrijheid. De Nationale Herdenking van de slachtoffers van de Japanse bezetting van Nederlands-Indië vindt plaats op 15 augustus 2020. Op 24 oktober 2020 wordt afgesloten met de viering van de oprichting van de Verenigde Naties, dan 75 jaar geleden. Ook vinden ontmoetingen plaats tussen o.a. bewindspersonen en leerlingen van het VMBO en MBO, waarin gesproken wordt over de betekenis van 75 jaar vrijheid.

De educatieprojecten 75 jaar vrijheid (waarvoor ik ruim € 2 miljoen beschikbaar heb gesteld) zijn verdeeld over alle schooltypen. Naast de educatiegelden is er de extra impuls van € 15 miljoen voor onder andere musea. Bij de beoordeling van de aanvragen geldt dat het actief betrekken van jongeren een pré is.

Er wordt ook nagedacht over de wijze waarop het verhaal van WOII op een goede en aantrekkelijke manier aan jongeren kan worden doorgegeven. Binnen de genoemde € 15 miljoen die het Mondriaanfonds gaat verdelen, is ruimte voor vernieuwende presentatietechnieken die jongeren aanspreken. Het

Mondriaanfonds zal een vertegenwoordiging van jongeren opnemen in de commissie die adviseert over de verdeling van deze middelen. Voorts betreft het Nationaal Comité 4 en 5 mei MBO-studenten bij de productie van het jaarlijkse magazine 4free.

SER Mantelzorg en werkvloer (steeds meer werknemers een mantelzorgrol)
Is de minister bereid om de SER te vragen om vervolgadvisie te vragen op een werkende combinatie, met als enige thema mantelzorg en de SER daarbij te vragen hoe bedrijven en organisaties zich kunnen voorbereiden op het feit dat steeds meer werknemers mantelzorgtaken zullen vervullen en hoe zij die werknemers kunnen en willen ondersteunen?

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over een SER-advies over mantelzorg.

Ik ben bereid de SER te vragen een vervolgadvisie op te stellen over werk en mantelzorg naar aanleiding van het advies uit 2016 over de Werkende Combinatie. Ik zal dit financieren met de middelen die vanuit het regeerakkoord beschikbaar zijn gesteld voor Versteving respijt zorg en dagopvang (€ 35 miljoen in deze kabinetsperiode). Ik betrek daar graag ook de werkzaamheden van de Stichting Werk en mantelzorg bij, die bezig is met het mantelzorgvriendelijk maken van werkgevers, onder andere via CAO's. Er zijn nu al in 6 sectoren afspraken en er volgen er meer. Verder organiseren de Sociale Partners via de Stichting van de Arbeid de komende maanden hoorzittingen over werk en mantelzorg om werkgevers beter toe te kunnen rusten voor betere ondersteuning van werkende mantelzorgers. Ook deze uitkomsten zou ik graag willen betrekken bij het SER-advies.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over de extra middelen en de verdeling over de zorgaanbieders.

Het beschikbare kader 2019 heb ik structureel met € 190 miljoen verhoogd, waarvan € 60 miljoen bestemd is voor het soepel laten verlopen van het contracteerproces (de manoeuvreerruimte). Daarnaast heb ik incidenteel € 60 miljoen beschikbaar gesteld, waardoor er voldoende ruimte in het systeem beschikbaar is en zorgkantoren en zorgaanbieders het vertrouwen voelen de benodigde zorg te blijven bekostigen en leveren.

De middelen worden over de zorgkantorregio's verdeeld op basis van de regionale zorgvraag, opdat de middelen terecht komen daar waar de tekorten zich voordoen. Ik heb zorgkantoren verzocht deze middelen aan te wenden, zodanig dat de productieafspraken worden uitgebreid bij de zorgaanbieders waar dit nodig is. Hierdoor komen de middelen op de juiste plek en worden de wachtlijsten aangepakt.

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 **Slootweg** (CDA) over zorgconstructies die onwenselijk zijn en/of de maatregelen, zoals de nieuwe Wtza, met betrekking tot de Raad van Toezicht wel voldoende zijn.

De eis van een onafhankelijk intern toezichthouder in de Wtza is gelijk aan die van de huidige Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Onder de WTZi en straks Wtza zijn al verbeteringen mogelijk en gewenst. Het CIBG is bezig met het opstellen van beleidsregels, zodat er beter getoetst kan worden op de onafhankelijkheidsvraag bij de aanvraag van een toelating. Verder zijn de IGJ en de NZa bezig met het aanpassen van hun toezichtkader, zodat er meer duidelijkheid komt over wat de overheid van het optreden/functioneren van de interne toezichthouder verwacht. Ten slotte willen we met de NVTZ in overleg op welke wijze we het intern toezicht verder kunnen professionaliseren. In onze brief van 9 juli jl. (Kamerstukken 2018/19, 35 000 XVI, nr. 133) zijn nog meer maatregelen genoemd gericht op een integere en professionele bedrijfsvoering waaronder wetgeving ter versterking van het toezicht.

Wij willen dat de IGJ en de NZa in de toekomst ook kunnen optreden bij twijfels over de gepastheid van bepaalde bedrijfsstructuren of (een vermoeden van) belangenverstrengeling. Daartoe werken we aan wettelijke normen om een verscheidenheid aan onwenselijke (financiële en organisatorische) constructies tegen te kunnen gaan, waarbij tegelijkertijd ruimte blijft voor gedragingen die de zorg verbeteren. Zo schrijft de Governancecode Zorg voor dat ieder vorm van persoonlijke bevoordeling of belangenverstrengeling binnen een zorgorganisatie moet worden vermeden. Maar als zorgaanbieders zich daar niet aan houden, kunnen de IGJ en de NZa kunnen nu alleen ingrijpen als er risico's zijn voor de kwaliteit van zorg, of als er sprake is van onrechtmatige declaraties. Wij willen de externe toezichthouders de wettelijke handvatten geven om rechtstreeks te kunnen handhaven op een integere en professionele bedrijfsvoering.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over het stellen van voorwaarden bij zorginkoop door zorgkantoren en gemeentefonds om een daling in administratieve lasten te bewerkstelligen.

ZN stelt ten behoeve van de Wlz-zorginkoop de kaders vast waaronder Wlz-uitvoerders zorg inkopen bij Wlz-zorgaanbieders. Zorgaanbieders met lagere administratie- en coördinatiekosten ontvangen dezelfde prijs als zorgaanbieders met hogere administratie- en coördinatiekosten. Wat zij "overhouden", mogen zij behouden. In die zin worden zorgaanbieders met lage administratieve lasten al beloond. Het ligt meer in de rede de "zwakkere broeders" in deze te ondersteunen door ZN/zorgkantoren te stimuleren in het inkoopbeleid op te nemen dat er door hen in de dialooggesprekken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder expliciet aandacht gaat worden besteed aan het verlagen van de administratieve lasten- en coördinatiekosten. Daarnaast om minder goed presterende aanbieders op dit punt in contact te brengen met beter presterende aanbieders. Ik ga in gesprek met de sector om met betrekking tot de beperking van administratieve lasten goede voorbeelden op te halen van zorgaanbieders. In aanvulling hierop zij opgemerkt dat ik de NZa opdracht heb gegeven om een integrale vergelijking uit te voeren zodat de komende jaren de overstap gemaakt kan worden van de huidige met gemiddelde kosten onderbouwde tarieven naar tarieven die onderbouwd zijn met de kosten van de 'best presterende instellingen'. Daarbij wordt gekeken naar alle onderdelen van een organisatie, ook naar de kosten voor overhead. De gemeenten zijn vrij in de besteding van middelen uit het gemeentefonds. Er is in het algemeen een prikkel om administratieve lasten te verminderen. Omdat het een belangrijk thema is, na de decentralisatie van de Wmo naar gemeenten, bespreekt VWS dit in het overleg met gemeenten en aanbieders in het informatieoverleg sociaal domein. In dat overleg worden afspraken gemaakt

over standaardisatie van het berichtenverkeer tussen aanbieders en gemeenten om zo de administratieve lasten terug te dringen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over de effecten van stapelingen van maatregelen en administratieve lasten op mensen met een chronische aandoening.

Bij de uitvoering van het actieplan (ont)regel de zorg hebben de minister voor Medische Zorg en Sport, de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ik al een aantal acties uitgevoerd om de administratieve lasten voor mensen met een chronische beperking te verminderen. Dit heeft geleid tot een aantal concrete resultaten, zoals de afspraken die met de VNG zijn gemaakt over het verminderen van het aantal kortdurende beschikkingen in de Wmo2015, zoals toegezegd aan het lid Hermans en het lid Kerstens. Daarnaast heeft de minister voor Medische Zorg en Sport afspraken gemaakt met zorgverzekeraars dat voor mensen met een chronische aandoening vanaf 1 januari 2020 nog maar één keer de diagnose vastgelegd hoeft te worden. De verklaring waarin die diagnose staat vastgelegd blijft eeuwigdurend geldig. Alle zorgverzekeraars zullen dezelfde lijst en voorwaarden hanteren voor deze chronische aandoeningen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Slootweg** (CDA) over het een jaar lang volgen van een aantal mensen met een beperking en gezinnen.

Deze werkwijze wordt reeds in de praktijk toegepast. Zo zijn er in het kader van het programma Volwaardig leven vijf pilots specialistische cliëntondersteuning ingericht waarin uiteindelijk 450 cliënten en gezinnen twee jaar worden ondersteund en gevolgd. Het gaat om mensen die forse problemen ervaren bij het regelen en organiseren van de zorg. Vanuit de bredere aanpak cliëntondersteuning vinden er tevens trajecten bij gemeenten plaats om de cliëntondersteuning te verbeteren. Naast het verbeteren van de cliëntondersteuning, levert dit ook informatie op die betrokken (zorg)organisaties en overheden kan helpen om het regelen van ondersteuning en zorg te verbeteren.

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 **Slootweg** (CDA) over de versterking van eisen voor nieuwe leden van de RvT.

De eis van een onafhankelijk intern toezichthouder in de Wtza is gelijk aan die van de WTZi. Onder de huidige WTZi en straks Wtza zijn al verbeteringen mogelijk en gewenst. Het CIBG is bezig met het opstellen van beleidsregels, zodat er beter getoetst kan worden op de onafhankelijkheidsvraag bij de aanvraag van een toelating. Verder zijn de IGJ en de NZa bezig met het aanpassen van hun toezichtkader Goed Bestuur, zodat er meer duidelijkheid komt over wat de overheid van het optreden/functioneren van de interne toezichthouder verwacht. Ten slotte wil ik met de NVTZ in overleg op welke wijze we het intern toezicht verder kunnen professionaliseren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van den Berg** (CDA) over dat het aantal polissen nog niet is afgenomen.

Tijdens de vorige begrotingsbehandeling heeft mevrouw Van den Berg een motie ingediend om te controleren of verzekeraars het juiste doen in het kader van het polisaanbod (Kamerstukken 2018/19, 35000 XVI, nr. 32). Die motie is aangenomen en voer ik uit. Conform die motie wordt begin 2020 gemonitord of het polisaanbod kleiner is geworden en/of polissen meer van elkaar verschillen. Er is bewust gekozen voor begin 2020 om het nieuwe aanbod van polissen af te wachten en de effecten te kunnen zien van een andere inzet van collectiviteiten. Over enkele weken maken verzekeraars hun aanbod weer bekend en ik verwacht dat verzekeraars laten zien dat zij stappen zetten en dat het aantal polissen zal dalen. Ik streef er naar om u de resultaten voor het zomerreces toe te sturen.

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) over aanpassingen van het zorgstelsel.

In de beleidsagenda bij de begroting is toegelicht dat we voor een enorme uitdaging staan om de zorg organiseerbaar te houden. De vraag naar zorg neemt toe, terwijl het aantal mensen dat de zorg kan leveren afneemt. Zoals in de beleidsagenda is toegelicht, neemt het kabinet veel verschillende en gerichte maatregelen om voor patiënt en cliënt te waarborgen dat zij kunnen beschikken over goede zorg en ondersteuning. Daarbij worden ook maatregelen genomen om excessen in het marktdenken in de wijkverpleging, de langdurige zorg en het sociaal domein aan te pakken (Kamerstukken 2018/19, 31 765, nr. 428). Daarnaast werken wij aan een contourennota waarmee we ingaan op verdere maatregelen die nodig zijn om de zorg, ook in de toekomst, organiseerbaar te houden. Het streven is deze contourennota voor het zomerreces aan uw Kamer te sturen.

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) over de woorden van de minister van VWS over de ingewikkeldheid van het zorgstelsel en eventuele aanpassingen.

In de beleidsagenda in de begroting hebben wij onze gezamenlijke visie toegelicht. We staan voor grote uitdagingen om het zorgstelsel toekomstbestendig te maken en daarom nemen we als kabinet een reeks van maatregelen. Momenteel bezien we welke maatregelen nog meer nodig zijn om de toekomstbestendigheid van ons zorgstelsel te waarborgen en het streven is hierover een contourennota voor het zomerreces van 2020 naar uw Kamer te sturen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Hijink** (SP) over de zorgplicht en keuzevrijheid onder de Zvw, naar aanleiding van het verzekerd zijn in Twente bij het Zilveren Kruis.

Deze situatie is niet kenmerkend voor de Zorgverzekeringwet (Zvw). Juist het ziekenfondstijdperk kenmerkte zich door lange wachttijden en patiënten die niet

terecht konden bij de door hen gekozen zorgaanbieders. Met de invoering van de Zvw hebben de zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht en wordt toegezien op de naleving van deze zorgplicht. Zodra de toezichthoudende NZa meent dat de zorg niet binnen een redelijke tijd en reisafstand beschikbaar is (de Treeknormen), zal zij de betreffende zorgverzekeraar hierop aanspreken. Deze moet dan meer zorg inkopen of zorgen voor wachtlijstbemiddeling. Overigens kan een verzekerde altijd voor een restitutiepolis kiezen en daarmee heeft de verzekerde de vrijheid om naar elke zorgaanbieder van zijn keuze te gaan. Overigens is er in de aangehaalde casus van de Twentse ziekenhuizen nog wél plaats voor verzekerden van het Zilveren Kruis bij het Medisch Centrum Twente. Dit ziekenhuis heeft aangegeven beschikbaar te zijn voor deze verzekerden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Hijink** (SP) over de bereidheid om de Algemene Rekenkamer toegang te geven tot de verzekeraars.

Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de wijze waarop de zorgverzekeraars financiële middelen op grond van de Zvw aanwenden, bewust uitgezonderd van het toezicht door de Algemene Rekenkamer. Zorgverzekeraars zijn privaatrechtelijke organisaties die ruimte moeten hebben om te concurreren op hun inkoop. Via de inkoop voldoen zorgverzekeraars aan hun wettelijke zorgplicht. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en daarmee dus ook op de nakoming van de zorgplicht. Ik kom dus niet uit bij de Algemene Rekenkamer als toezichthoudende organisatie, maar bij de NZa. Zo hebben we het geregeld. Ik voel geen aandrang om dat op een andere manier te organiseren.

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) over wat dit kabinet de medewerkers in de gehandicaptenzorg te bieden heeft.

In het actieprogramma Werken in de Zorg presenteren wij, de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport, een zorgbrede aanpak gericht op professionals.

Specifiek voor de gehandicaptenzorg zet ik, de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, in het programma Volwaardig leven in op goed toegeruste professionals in de gehandicaptenzorg en investeer ik in de zichtbaarheid van de sector. Zo ben ik in april 2019 samen met de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en in overleg met beroepsorganisaties gestart met een arbeidsmarkttafel voor de gehandicaptenzorg om de meest urgente knelpunten aan te pakken. Bij de uitwerking van oplossingen worden professionals betrokken en de initiatiefnemers van het manifest *Wij willen gezien worden*. Ook verstrek ik subsidie aan beroepsverenigingen om een ambassadeurstraject op te zetten dat professionals opleidt om het vak van begeleiders in de gehandicaptensector te vertegenwoordigen en om de diversiteit aan beroepsgroepen zichtbaarder te maken. De betrokken beroepsorganisaties ontwikkelen daarnaast in samenwerking met de VGN een handreiking, om zowel in teams als binnen zorginstellingen de optimale personeelssamenstelling te kunnen bespreken. En ook in deze sector ligt een stevige loonsverhoging in de nieuwe CAO in het verschiet.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Hijink** (SP) over of het kabinet bereid is om de tekorten in de jeugdzorg en de Wmo te dichten.

De signalen van gemeenten over ervaren tekorten in de jeugdhulp en de Wmo zijn bij mij bekend.

Het kabinet heeft dit voorjaar voor de komende drie jaar extra financiële middelen aan gemeenten beschikbaar gesteld voor jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Om te kunnen bepalen of, en zo ja in welke mate, gemeenten structureel extra middelen ter uitvoering van de Jeugdwet nodig hebben, heeft het kabinet met VNG afgesproken dat er in het najaar van 2020 een onderzoek is afgerond. Het Rijk en de gemeenten hebben daarnaast geconcludeerd dat naast extra geld ook een betere organisatie van de Jeugdhulp nodig is om de beloften van de Jeugdwet in te kunnen lossen. De bestuurlijke afspraken zijn gemaakt om regie, sturing en samenwerking in de jeugdhulp te verbeteren. Deze leiden dit najaar, voor het WGO Jeugd op 18 november, tot nadere voorstellen aan de Tweede Kamer.

Voor wat betreft de Wmo zijn dit voorjaar ook extra financiële middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten voor het realiseren van de ambities uit het hoofdlijnenakkoord ggz. Het bedrag loopt op van € 50 miljoen in 2019 tot € 95 miljoen in 2022 en wordt daarna structureel. Bovendien stijgt het gemeentefonds fors in deze kabinetsperiode.

Ook zijn signalen van gemeenten bekend over dat de invoering van het abonnementstarief zou leiden tot een extra toestroom naar Wmo-voorzieningen en hogere uitgaven. Dit is in zekere zin een beoogd effect, mogelijk dat mensen die voorheen zorg meden als gevolg van de hoogte van de eigen bijdrage zich nu wel melden. Via de monitor abonnementstarief, die in afstemming met de VNG en cliëntenorganisaties is ontwikkeld, wordt bezien of er ook sprake is van een hoger dan geraamde extra toestroom en anderszins onbeoogde effecten. Voor een goede analyse is het belangrijk om deze resultaten af te wachten om te beoordelen of aanvullende maatregelen nodig zijn. In november worden de eerste resultaten van de monitor verwacht en zal ik het gesprek hierover met de VNG aan gaan. Hierbij zal de kamerbrede motie (Kamerstukken 2018/19, 35 093, nr. 17) worden betrokken waarbij de regering is verzocht, om aan de hand van de uitkomsten van de monitor in samenspraak met gemeenten maatregelen te treffen als blijkt dat er sprake is van knelpunten die zijn ontstaan bij een deugdelijke uitvoering van het abonnementstarief door gemeenten.

Voor gehele sociale domein geldt dat op de korte termijn, naar aanleiding van motie Segers c.s. (Kamerstukken 2019/20, 35 093, nr. 17) en motie Özütok (Kamerstukken 2018/19, 35 200 VII, nr. 12) binnen de huidige systematiek wordt gekeken of maatregelen genomen kunnen worden om schommelingen in het gemeentefonds te voorkomen of te dempen. De lopende evaluatie van de normeringssystematiek kan hier op de lange termijn aan bijdragen. Hierbij wordt ook gekeken naar meer stabiliteit. Tot slot wordt de verdeling van het sociaal domein herijkt. Dit moet leiden tot een verbeterde verdeling per 2021 die beter aansluit bij de taken en achtergronden van een specifieke gemeente. Uiteraard zijn de gemeenten zelf bij deze trajecten nauw betrokken.

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) over de brief die recent is verzonden aan voormalige zorgmedewerkers, terwijl een aantal jaren geleden zoveel mensen hun baan juist hebben verloren.

Onder de 3.000 mensen die de brief hebben gekregen, zullen ook mensen zijn die hun baan hebben verloren door ontslag, of mensen die heel bewust hebben gekozen om te stoppen met hun baan in de zorg. Deze brief is ook nadrukkelijk een pilot. Op basis van een evaluatie zullen we bepalen of we de brief breder zullen verspreiden.

Tegelijkertijd zijn er op dit moment veel kansen om – voor wie daarin wel interesse heeft, om opnieuw aan het werk te gaan in de zorg. Het doel van deze brief is om deze mensen daarop te attenderen en ze goed te ondersteunen bij het zetten van deze stap. Dat gebeurt via de website her.ontdekdezorg.nl en het telefoonnummer 088-0182888. Hiermee kunnen mensen in contact komen met iemand uit de eigen regio die kan helpen met specifieke vragen.

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) over of er ruimte is voor 5% salarisverhoging in de zorg?

Werknemers in de zorg doen belangrijk en verantwoordelijk werk. Daar mag, of beter gezegd, daar moet ook een fatsoenlijke beloning tegenover staan. Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stellen wij jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar. Deze overheidsbijdrage is gebaseerd op CPB-cijfers over de arbeidskostenontwikkeling in de markt (contractloonontwikkeling, incidentele loonkostenontwikkeling, ontwikkeling sociale lasten werkgevers). Voor 2019 bedroeg deze bijdrage ongeveer € 1,7 miljard. Sociale partners in de zorg kunnen daarmee afspraken maken over goede arbeidsvoorwaarden. En dat doen ze ook. Zo is bijvoorbeeld in de GGZ een loonsverhoging van 8,1% afgesproken over een periode van 2,5 jaar en onlangs is in de VVT een onderhandelaarsakkoord met een loonsverhoging van 6,5% over 2 jaar gesloten.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Hijink** (SP) over het voorstel om de €5 miljoen voor functiedifferentiatie uit te geven aan de ondersteuning van oud-verpleegkundigen die weer terug willen in de zorg.

De €5 miljoen wordt besteed aan een reeds gestart onderzoek naar functiedifferentiatie. Dit onderzoek staat los van het voorstel voor wet BIG2. De centrale vraag van het onderzoek gaat over de kwaliteitseffecten van functiedifferentiatie voor verpleegkundigen.

Daarbij geldt dat verpleegkundigen nadrukkelijk in het onderzoek worden betrokken. Het onderzoek wordt bovendien uitgevoerd door een onderzoeksgroep die bestaat uit promovendi, waarvan een groot deel zelf verpleegkundige is.

Er zijn bovendien alternatieven om herintreders te ondersteunen opnieuw als verpleegkundige aan de slag te gaan. Steeds meer organisaties bieden opleidingsmogelijkheden. Mensen kunnen voor specifieke vragen hierover, of voor

hulp om kansen te vergroten ook terecht bij een contactpunt in de eigen regio.

Zorgorganisaties kunnen gebruik maken van verschillende subsidiemogelijkheden. Met SectorplanPlus is €420 miljoen beschikbaar voor scholing van nieuwe medewerkers. De extra middelen voor verpleeghuizen kunnen ook ingezet worden voor scholing. Voor ziekenhuizen is jaarlijks €200 miljoen beschikbaar voor scholing met de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Hijink** (SP) over de signalen dat er in de nacht te weinig personeel aanwezig is.

Het is bekend dat verpleeghuizen meer zorgpersoneel nodig hebben om zorg van goede kwaliteit te kunnen leveren. Daarom investeert dit kabinet € 2,1 miljard extra in de verpleeghuiszorg zodat de zorgaanbieders aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg kunnen voldoen. De in dat kader opgenomen personeelsnorm heeft betrekking op zowel de zorg overdag als gedurende de nacht. Recente cijfers laten zien dat er in de verpleeghuiszorg ook daadwerkelijk meer personeel per cliënt beschikbaar komt. In de derde voortgangsrapportage van het programma Thuis in het Verpleeghuis die ik uw Kamer later dit jaar toestuur, ga ik daar nader op in.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Hijink** (SP) over € 40 mln extra vrijmaken voor zorgbuurthuizen.

De huidige Stimuleringsregeling voor wonen en zorg staat open voor initiatiefnemers die een zorgbuurthuis willen realiseren. Er hebben zich echter tot op heden geen initiatiefnemers gemeld met een projectaanvraag die specifiek de kenmerken heeft van een zorgbuurthuis. De regeling zal per 1 januari 2020 worden aangepast zodat de toegankelijkheid wordt vergroot en meer initiatieven kunnen worden gefinancierd. Ik beoog dat deze wijzigingen zullen leiden tot een stijging van het aantal aanvragen in 2020. Bovendien is, gegeven de actuele uitputting van de huidige regeling, geen sprake van directe noodzaak tot extra budget.

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) over wat de minister gaat doen om zorgverleners meer toekomst te bieden.

Goed werk vraagt om goede arbeidsvoorwaarden. Het kabinet stelt ieder jaar geld beschikbaar voor loonontwikkeling in de zorg. De 1,7 miljard die we in 2019 extra beschikbaar stellen, biedt ruimte aan sociale partners om goede afspraken te maken in cao's.

Goed werkgeverschap is belangrijk. Dat betekent goede contracten en aandacht voor werkdruk en ontwikkeling. Een sterk HR beleid is hiervoor een belangrijke randvoorwaarde. Hierop zetten we de komende periode stevig in.

We hebben 50 miljoen extra beschikbaar gesteld voor het SectorplanPlus tot een totaal van 420 miljoen. Hiermee werkgevers kunnen scholing bieden, en vanaf nu ook extra investeren in het behoud van medewerkers. Betrokkenheid van

medewerkers is als het gaat om behoud van groot belang. Daarom steunen we een programma van CNV en VenVN dat zich juist hierop richt. We zien dat goed werkgeverschap en het behoud van medewerkers nog wel wat sterker opgepakt kan worden in de regio's. Binnenkort start het Regioteam dat hierbij gaat helpen.

Ook voor mensen die hun opleiding hebben afgerond is het belangrijk om zich te blijven ontwikkelen. Het kabinet biedt financiële ondersteuning. Naast het reeds benoemde SectorplanPlus, zijn dit bijvoorbeeld de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (jaarlijks circa 200 miljoen), en de kwaliteitsgelden voor de verpleeghuiszorg.

We zien veel goede voorbeelden. Denk aan Tante Louise die onder andere met behulp van technologie het werk van de medewerkers ondersteunt. Of de verschillende zorg innovatie centra waar zorg en onderwijs samenwerken om de zorg en het werken in de zorg te verbeteren. Of het programma voor huidige medewerkers van 's Heerenloo dat erop gericht is om de digitale vaardigheden van medewerkers te vergroten. Dit initiatief is, onder andere met steun van VWS, uitgegroeid tot een coalitie Digivaardig in de Zorg. Met het Actielearnetwerk delen we goede voorbeelden en organiseren diverse bijeenkomsten voor zorgorganisaties.

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) over of het rechtvaardig is dat hoge inkomens 10% van hun inkomen kwijt zijn aan zorgkosten en lage en middeninkomens 20%.

Uit het – op 29 oktober jl. verzonden gecorrigeerde – antwoord op schriftelijke vraag nummer 18 bij de begroting blijkt dat lage en middeninkomens circa 20% van hun inkomen kwijt zijn aan zorgkosten, alleenstaanden met een hoog inkomen 10% en tweeverdieners met een hoog inkomen circa 17%.

Het gaat hier om bijdragen als percentage van het inkomen. In absolute zin (hoeveel euro's) betalen midden inkomens meer dan lage inkomens en hoge inkomens meer dan lage- en middeninkomens. Zo betaalt een 3 x modaal tweeverdienershuishouden in euro's 5 keer zo veel als een huishouden met minimumloon (circa € 18.000 versus € 3.500). Lage inkomens worden ontzien via de zorgtoeslag. Bij de meeste huishoudentypen betaalden lage inkomens relatief nog nooit zo weinig als nu. Ook is het aandeel van hun inkomen dat zowel huishoudens met lage en modale inkomens betalen aan zorg de laatste jaren afgenomen (ook als gecorrigeerd wordt voor de overheveling van Wmo en Jeugdzorg).

Deze aandelen resulteren uit de financieringsstructuur van de Nederlandse collectieve uitgaven. In Nederland worden de uitgaven aan de sociale zekerheid en de zorg gefinancierd met heffingen die vooral worden opgebracht door lage en middeninkomens, terwijl de uitgaven op de rijksbegroting in belangrijke mate worden opgebracht uit belastingen die vooral neerslaan bij hoge inkomens. De loon- en inkomstenheffing kent over de eerste en tweede schijf (tot circa € 35.000) een belastingtarief van 9,7% in 2020, terwijl het voor hoge inkomens (boven de € 70.000) 49,5% bedraagt.

Hoge inkomens dragen daardoor relatief minder bij aan de zorg dan lage inkomens, maar relatief meer aan onder meer onderwijs en defensie. Of de

verdeling van heffingen rechtvaardig is valt dus alleen te bezien door alle belastingen en premies integraal te bekijken. In onze ogen is er dan sprake van een rechtvaardige lastenverdeling.

Bovendien willen wij hier benadrukken dat we een zeer solidair gezondheidsstelsel hebben: "Gezond betaalt mee voor ziek"

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Hijink** (SP) over het al dan niet uitvoeren van hun plan voor een alternatieve financiering van de zorg.

Het kabinet is niet voornemens dit plan van de SP uit te voeren. In de eerste plaats is er geen positief effect op de zorguitgaven. Sterker, de zorguitgaven stijgen met circa € 700 mln.

De belangrijkste effecten zitten echter in de verdeling van de kosten. Bedrijven gaan € 1,9 mld meer betalen. Lage inkomens gaan minder betalen en hoge inkomens meer. Het kabinet maakt een andere afweging. We zijn solidair met lage inkomens, maar vinden ook dat werk moet lonen. Daarbij is ons zorgstelsel al zeer solidair. Zo geven we volgend jaar fors meer uit voor de zorg, maar hoeven alleenstaande minima minder te betalen. Dat bedrag is zelfs lager dan vóór de invoering van de Zvw.

Daarnaast is de Zvw-premie al een klein onderdeel van de zorgkosten. De gemiddelde volwassene betaalt in 2019 € 5.458. De Zvw-premie is daarvan slechts € 1.384. De rest loopt nu al via belastingen of inkomensafhankelijke premies. De Zvw-premie verder verlagen is ongewenst, want door een Zvw-premie van enig niveau wordt voor mensen duidelijk dat de zorg niet gratis is. Dit kostenbewustzijn vindt het kabinet belangrijk, met name vanwege de opgave om de zorg betaalbaar te houden. Ook werken we in een stelsel met concurrerende verzekeraars. Die verzekeraars concurreren onder andere op de premie. Het is in het plan enigszins onduidelijk of de nominale premie blijft bestaan (op een lager niveau) of vervalt. Indien deze vervalt, is concurrentie praktisch onmogelijk.

Ten slotte zorgt het voorstel voor inkomenseffecten die het kabinet niet wenselijk acht. Sommige huishoudens gaan er wel tot 15% op achteruit met dit plan. Daarnaast gaat van de huishoudens die circa twee keer het wettelijk minimumloon verdienen, meer dan een kwart erop achteruit.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over de miljarden die we overhouden op de VWS-begroting en waarom we die niet besteden aan de problemen in de zorg.

In de afgelopen jaren is er sprake geweest van lagere zorguitgaven dan het maximum dat is vastgelegd in het plafond voor de zorguitgaven.

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. De NZa ziet toe op de naleving van deze zorgplicht en houdt de vinger aan de pols ten aanzien van de wachtlijsten en wachttijden.

Voor de burger leiden deze lagere uitgaven tot een lagere zorgpremie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over waarom er niet wordt geluisterd naar mensen die zelf zorg nodig hebben.

Ik ben het met de leden van de SP-fractie eens dat het belangrijk is te luisteren naar mensen die zorg nodig hebben en naar hun ervaringen en inzichten. Wij zijn ervan overtuigd dat we bij de invulling van de opgaven waarvoor we in de zorg staan niet zonder die inzichten en ervaringen kunnen. Er ligt ook een belangrijke uitdaging om het beleid op alle niveaus in de zorg in te richten met substantiële inbreng van ervaringsdeskundigen. Niet praten over, maar *met* de mensen over wie het gaat. Dat doen wij als bewindspersonen via ons veelvuldig contact met de mensen waar het over gaat. Dat doen wij op het ministerie waar we bij het maken van beleid heel intensief spreken met ervaringsdeskundigen en mensen die werken in de zorg. Maar ook doen wij dat bijvoorbeeld door samen beslissen centraal te zetten, het mogelijk maken dat ervaringsdeskundigen vaker zorg kunnen leveren in de GGZ, via "Wij zien je wel", met de klankbordgroep volwaardig leven, door te investeren in de kwaliteit van de zorg aan inwoners van verpleeghuizen. En zo zijn er nog tal van andere voorbeelden te noemen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over het beschermen van huisartsen in het zoeken naar zorg voor patiënten met een acute zorgvraag.

Het is belangrijk dat huisartsen niet onnodig veel tijd kwijt zijn om te weten te komen waar zij patiënten naar kunnen doorverwijzen. Een voorbeeld hiervan zijn kwetsbare ouderen die gebaat zijn bij een kortdurende zorg of kortdurend verblijf (bijvoorbeeld Eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg). De regionale coördinatiepunten verblijf moeten erin voorzien dat de verwijzer, dus bijvoorbeeld de huisarts, één centraal aanspreekpunt kan raadplegen om inzicht te krijgen in de beschikbare plekken in de regio. Zo kunnen zorgaanbieders in de regio voor hun patiënten de juiste vrije plek voor verblijf vinden.

Qua acute bedden capaciteit in het ziekenhuis: ik heb het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), de koepel van de ROAZen, gevraagd het initiatief te nemen tot het introduceren van een systeem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen over beschikbare capaciteit in de acute ziekenhuiszorg. De meldkamer ambulancezorg kan deze informatie bijvoorbeeld gebruiken om de ambulance naar de instelling met de best beschikbare capaciteit te sturen. Naar aanleiding daarvan oriënteren de regio's zich op het invoeren van een regionaal systeem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen over actuele beschikbare (spoedzorg)capaciteit en daarmee verdere sturing op drukte en capaciteit mogelijk te maken. Er worden verschillende mogelijke oplossingen onderzocht. LNAZ heeft mij laten weten dat er naar verwachting eind dit jaar een beslissing genomen kan worden over welke oplossing uitgewerkt kan worden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over ver reizen voor neusprothesen.

Ik kan me goed voorstellen dat dit voor mevrouw W. uit Oostburg een ingrijpende situatie is. Ik ken de situatie van mevrouw W niet; dat maakt het lastig om te

reageren. Op basis van de vraag kom ik tot het volgende.

Indien er sprake is van een medische noodzaak worden afzonderlijk gemaakte prothesen om het gezicht te bedekken of een gedeelte daarvan, zoals neus en oorschelpen, uit de ZVW vergoed. In de polisvoorwaarde van de zorgverzekeraar staat aangegeven in welke gevallen welke vergoeding geldt. Mevrouw W. geeft aan dat zij 75% vergoed heeft gekregen. Deze situatie kan ontstaan als een verzekerde naar een zorgaanbieder gaat waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft.

Voor wat betreft de reisafstand wil ik opmerken dat dit een zeer specialistische behandeling is waarvoor specifieke kennis en expertise nodig is die slechts op weinig plaatsen beschikbaar is. Het lijkt mij dat bij een dergelijk ingrijpende interventie de expertise belangrijker is dan de bereikbaarheid dichtbij.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) op de vraag wat de minister vindt van de afwijzing bijzondere bijstand van tandzorg omdat de tandarts geen contract heeft met verzekeraar van patiënt. En op de vraag of de tandarts niet in het basispakket hoort (ook voor volwassenen).

Gemeenten voeren beleid om mensen in de bijstand te ondersteunen bij bijzondere kosten, zoals zorg aan een gebit. Zij kunnen daarvoor afspraken maken met een verzekeraar over een gemeentelijke collectieve polis en/of bijzondere bijstand verstrekken.

Als gemeenten afspraken maken over een collectieve polis voor minima, worden er vaak ook afspraken gemaakt om het aantal eigen betalingen te beperken, denk aan het eigen risico of eigen bijdragen.

Bij kunstgebitten geldt een eigen bijdrage. Een gemeente kan ervoor kiezen om dit af te dekken in de aanvullende verzekering, waardoor ofwel de premie stijgt voor verzekerden, ofwel de gemeentelijke bijdrage. Een gemeente kan ook kiezen voor een polis waarbij niet alle zorgverleners zijn gecontracteerd (naturapolis). De consequentie daarvan is dat een verzekerde een deel van de kosten zelf moet betalen als deze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. In de situatie waar de heer Van Gerven op doelt, heeft de gemeente blijkbaar afspraken gemaakt om de eigen bijdrage voor gebitten te vergoeden uit de aanvullende verzekering. Maar de consequenties van de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgverlener is niet gedekt. Indien een inwoner gebruik heeft gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, is een gemeente niet verplicht om bijzondere bijstand te verstrekken, omdat er een voorliggende voorziening is geboden.

Als de tandarts geen contract heeft, dan zou hij dat op grond van eisen die de NZa stelt aan informatieverstrekking door zorgaanbieders van te voren hebben moeten melden aan de patiënt en deze op de financiële consequenties daarvan hebben moeten wijzen. Dan kan de patiënt voorafgaand aan de behandeling een afgewogen keuze maken. Als de tandarts dat niet gedaan heeft dan kan de patiënt bezwaar maken tegen de eigen betaling bij de tandarts en indien nodig bij de SKGZ.

Een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij een naturapolis is onderdeel van ons stelsel. De gemeente heeft in dit geval voor haar collectieve verzekering dus blijkbaar gekozen voor een naturapolis. Bij een naturapolis is het de bedoeling dat patiënten gebruik maken van gecontracteerde zorg. Als een verzekerde met een naturapolis toch gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg

dan mag de zorgverzekeraar de vergoeding daarvoor lager vaststellen. Indien gekozen wordt voor een restitutiepolis is er geen beperking bij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.

De zorgverzekeraar heeft zorgplicht. Dat betekent dat de zorgverzekeraar voor zijn verzekerden met een naturapolis voldoende zorg moet inkopen. Als een verzekerde zorg nodig heeft en moeite heeft met het vinden van een zorgverlener dan dient de zorgverzekeraar daarvoor te bemiddelen.

In de Kamervragen van 24 juni 2019 heb ik geantwoord dat volwassenen een eigen verantwoordelijkheid hebben voor de verzorging van hun gebit en daarbij hoort dat zij regelmatig naar de tandarts gaan. Die eigen verantwoordelijkheid was ook de onderliggende gedachte bij de beslissing in 1995 om een groot deel van de tandheelkundige zorg voor volwassenen uit het ziekenfondspakket te verwijderen. Deze lijn is met de komst van de Zorgverzekeringswet (Zvw) doorgezet. Daarnaast heb ik vorig jaar tijdens de behandeling van de begroting van VWS en op 10 april 2019 tijdens het Algemeen Overleg Zorgverzekeringswet aangegeven, niet bereid te zijn om de mondzorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder in het Zvw-pakket op te nemen. Indien voor verzekerden van 18 jaar of ouder vergelijkbare mondzorg in het Zvw-pakket zou worden opgenomen als voor verzekerden jonger dan 18 jaar, dan zouden de Zvw-uitgaven met bijna € 2 miljard toenemen. Die rekening moeten we dan gezamenlijk betalen (wat neerkomt op ongeveer € 150 euro per verzekerde per jaar).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over de vraag of het kabinet wetgeving voorbereidt om het vergoedingspercentage bij niet-gecontracteerde zorg nog verder te verlagen dan wel geheel af te schaffen.

In de Hoofdlijnenakkoorden wijkverpleging en GGZ is door partijen een groot aantal maatregelen afgesproken om de contractering in de zorg te bevorderen. Een van de afspraken was dat als het aandeel niet-gecontracteerde zorg ondanks de inspanningen niet daalt, verdergaande aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken. In mijn brief van 9 november 2018 jl. (Kamerstukken 2018/19, 29 689, nr. 941) en mijn brief van 25 oktober jl. (Kamerstukken 2019/20, 29 689, nr. 1030) heb ik u over de aanleiding, de inhoud en de planning met betrekking tot het wetsvoorstel geïnformeerd. In laatstgenoemde brief heb ik aangegeven dat het de bedoeling is dat de wetswijziging de *mogelijkheid* biedt om voor bepaalde (deel)sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan verzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. Dat is nu nog niet aan de orde. Op 18 oktober jl. heb ik het advies van de Raad van State over het wetsvoorstel ontvangen. Ik streef naar indiening van het wetsvoorstel bij uw Kamer voor het einde van het jaar.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over de opname van mondzorg in het basispakket voor volwassenen.

In de Kamervragen van 24 juni 2019 (Aanhangsel van de Handelingen, vergaderjaar 2018-2019, nr. 3193) heb ik geantwoord dat volwassenen een eigen verantwoordelijkheid hebben voor de verzorging van hun gebit en daarbij hoort

dat zij regelmatig naar de tandarts gaan. Die eigen verantwoordelijkheid was ook de onderliggende gedachte bij de beslissing in 1995 om een groot deel van de tandheelkundige zorg voor volwassenen uit het ziekenfondspakket te verwijderen. Deze lijn is met de komst van de Zorgverzekeringswet (Zvw) doorgezet. Daarnaast heb ik vorig jaar tijdens de behandeling van de begroting van VWS en op 10 april 2019 tijdens het Algemeen Overleg Zorgverzekeringswet aangegeven, niet bereid te zijn om de mondzorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder in het Zvw-pakket op te nemen. Indien voor verzekerden van 18 jaar of ouder vergelijkbare mondzorg in het Zvw-pakket zou worden opgenomen als voor verzekerden jonger dan 18 jaar, dan zouden de Zvw-uitgaven met bijna € 2 miljard toenemen. Die rekening moeten we dan gezamenlijk betalen (wat neerkomt op ongeveer € 150 euro per verzekerde per jaar).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over winstuitkering door medisch-specialistische bedrijven.

Het is toegestaan dat medisch-specialistische bedrijven winst uitkeren. Dit is de vergoeding die de medisch specialisten binnen het medisch-specialistisch bedrijf ontvangen voor de arbeid die zij inbrengen. Het is aan ziekenhuisbestuurders om in de samenwerkingsovereenkomst met hun medisch-specialistisch bedrijf afspraken te maken over een passende vergoeding voor de geleverde zorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over hoe hoog de inkomens zijn die medisch specialisten ontvangen.

In zijn algemeenheid is niet te zeggen hoeveel inkomen vrijgevestigde medisch specialisten ontvangen. Zij verenigen zich binnen een ziekenhuis in een medisch-specialistisch bedrijf (msb) en nemen op verschillende manieren hierin deel, bijvoorbeeld via een eigen B.V. of als maat in een maatschap. Afhankelijk van de gehanteerde structuur zijn er verschillen in de hoogte en de samenstelling (winstdeling, salaris, dividend) van hetgeen een specialist ontvangt. CBS-cijfers over 2016 laten qua inkomen een bedrag zien tussen de €129.200 en €181.000, afhankelijk van welke structuur sprake is. Deze bedragen zijn niet zonder meer te vergelijken met een salaris van een specialist in loondienst, omdat het hier gaat om respectievelijk een uitkering uit een eigen B.V. (waarvan de hoogte tot op zekere hoogte zelf kan worden bepaald) en een winstaandeel (waarvan nog kosten moeten worden afgetrokken).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over de bereidheid in te grijpen in de salarissen van medische specialisten.

Nee, ik ben hiertoe niet bereid. Het is aan ziekenhuisbestuurders om in de samenwerkingsovereenkomst met hun medisch-specialistisch bedrijf afspraken te maken over een passende vergoeding voor de geleverde zorg. Ook bij medisch specialisten in loondienst is het immers aan partijen zelf om hieruit te komen. Daarnaast moet de discussie wat mij betreft niet gaan over de wijze waarop medisch specialisten zich organiseren en de daarbij behorende salarissen, maar moet het gaan over het belang van het bieden van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor de patiënt. Hier kan gelijkgerichtheid - het gezamenlijke belang om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden - van het ziekenhuis en de

medisch specialist aan bijdragen. Ik vind dat partijen ongeacht het gehanteerde governance-model en ongeacht de hoogte van het salaris zich hiervoor moeten inspannen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over het open staan voor het oprichten van een onderzoeksfonds geneesmiddelen.

Vanuit het ZonMw programma Goed Gebruik Geneesmiddelen worden al sinds 2012 studies gefinancierd zoals de heer van Gerven noemt. De financiering van dit ZonMw programma komt van de VWS-begroting. Een belangrijk uitgangspunt van het ZonMw programma is ook dat het doelmatigheidswinsten dient op te leveren. Middels het onderzoek wordt uitgezocht of het geneesmiddel gepaster kan ingezet worden, waardoor besparingen (=doelmatigheidswinsten) mogelijk worden. En dit gebeurt ook, zoals ook blijkt uit de evaluatie van het programma in 2017. Verder wordt ook door Voorwaardelijke Toelating onderzoek mogelijk gemaakt om te komen tot een beter inzicht in de effectiviteit, in wat de juiste plek van het geneesmiddel in de behandeling is en of het geneesmiddel pakketwaardig is. Wat de heer van Gerven voorstelt gaat een stuk verder in de zin dat de overheid een grotere rol in het geneesmiddelenonderzoek neemt (fase III onderzoek), dat daarmee ook grotere risico's gelopen worden op niet succesvolle onderzoeken en dat mede daardoor ook vele miljoenen (waarschijnlijk meer dan 100 miljoen) nodig zullen zijn om een dergelijk revolverend fonds te vullen. Ook de uitvoeringsaspecten van een dergelijk fonds zijn zeer complex. Deze aspecten gezamenlijk maken het nu niet aantrekkelijk om een dergelijk fonds in te richten. Ik blijf me inzetten om de prijzen van met name dure geneesmiddelen tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau terug te brengen. Daar wil ik mijn energie vol op richten. Ik zal uiteraard ook geneesmiddelenonderzoek naar gepast gebruik van het geneesmiddel in de praktijk blijven stimuleren door het ZonMw programma te blijven financieren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over Pakketbezuiniging paracetamol, vitamines, mineralen over of de minister deze beslissing wil terugdraaien?

Ik ben niet van plan deze beslissing terug te draaien. De pakketmaatregel waarbij paracetamol, vitamines en mineralen zijn uitgestroomd is per 1-1-2019 ingegaan met een beoogde besparing van € 35 miljoen. Ik heb toegezegd de gevolgen van de pakketmaatregel te laten monitoren door Nivel, met speciale aandacht voor substitutie. De Monitor is in juni 2020 gepland. Los hiervan heb ik signalen ontvangen van zorgverzekeraars over forse stijging in gebruik van vitamine D in week- en maandosering, terwijl de dagdosering vitamine D per 1-1-2019 is uitgestroomd. Ik vind dit een zorgwekkende ontwikkeling, want het roept de vraag op of hier sprake is van onnodig gebruik van hogere sterkten. Ik ga gesprekken aan met betrokken partijen zoals voorschrijvers, apothekers en zorgverzekeraars over dit signaal. Verder wacht ik de Nivel Monitor af.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over de vraag of de besparing van € 700 miljoen op de begeleiding bij de overheveling van de AWBZ naar de gemeenten kan worden teruggedraaid.

Voor het corrigeren van de vanaf 2015 aan gemeenten voor begeleiding op grond van de Wmo 2015 toegekende middelen is naar mijn inzicht, op basis van de mij bekende signalen en de beschikbare informatie, geen aanleiding. Gemeenten hebben destijds bij de gewijzigde verantwoordelijkheidsverdeling op basis van de aantallen cliënten waarvoor zij de verantwoordelijkheid kregen, de instrumenten en de middelen ontvangen die nodig waren voor de uitvoering van deze wettelijke opdracht.

Signalen vanuit gemeenten over mogelijke, groter dan geraamde effecten van de introductie van het abonnementstarief hebben mijn volle aandacht. Het is op dit moment te vroeg conclusies te kunnen trekken over de effecten van het abonnementstarief voor het aantal meldingen van ondersteuningsvragen bij gemeenten. In mijn brief van 19 december 2018 heb ik uw Kamer gemeld dat onderzoeksbureau Significant een door de VNG, gemeenten, cliëntenorganisaties en VWS gedragen opzet voor de monitor heeft uitgewerkt (Kamerstukken 2018/19, 29 538, nr. 281). De voorgestelde onderzoeksopzet is op 21 november 2018 in bestuurlijk overleg met de VNG besproken en akkoord bevonden. Met de eerste deelrapportage die naar huidig inzicht in november a.s. wordt opgeleverd, kan naar verwachting al wel een eerste kwalitatief beeld van de effecten van de invoering van het abonnementstarief (voor maatwerkvoorzieningen) over de eerste maanden in 2019 worden gegeven. Na oplevering van de eerste deelrapportage is eind november een bestuurlijk overleg voorzien, waarin ik met VNG goed wil kijken naar de eerste kwalitatieve beelden. Ik zal uw Kamer in december 2019 informeren over de eerste deelrapportage en over de resultaten van het bestuurlijke gesprek hierover met de VNG.

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 **Van Gerven** (SP) over wat het kabinet nu, na twee jaar, halverwege de rit heeft bereikt.

In de beleidsagenda van de begroting en de eveneens op Prinsjesdag aan de Tweede Kamer aangeboden VWS-monitor wordt aan de hand van verschillende indicatoren een beeld geschetst van de staat van de volksgezondheid en de zorg in Nederland. Naast de begroting en de VWS-monitor wordt gedurende het jaar ook een aantal voortgangsrapportages naar aanleiding van de (actie) programma's, evaluaties en beleidsdoorlichtingen op alle deelterreinen aan de Kamer gestuurd ter verantwoording van het VWS-beleid. Hierin wordt een beeld geschetst van de resultaten op de verschillende prioriteiten van dit kabinet.

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 **Van Gerven** (SP) over een andere kijk op zorg, niet vanuit geld, maar vanuit de patiënt.

De zorg draait altijd om mensen en hun welbevinden. Dat was, is en blijft zo. Mensen hebben recht op goede zorg. Dat kan alleen als de mens centraal staat. Het is dan ook niet voor niks dat we uitkomsten van goede zorg ook steeds meer willen uitdrukken in hoe die zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de mensen die de zorg ervaren. Daarnaast willen wij samen beslissen het uitgangspunt maken van het gesprek tussen patiënten en professionals op basis van vertrouwen. Ook hiermee onderstrepen we het belang dat wij hechten aan het inrichten van de zorg vanuit de patiënt. De manier waarop we onze zorg organiseren moet altijd tot doel hebben dat deze is toegesneden op de behoeften van mensen die deze zorg ontvangen. Die zorg moet tegelijkertijd toegankelijk zijn voor iedereen en betaalbaar blijven voor de toekomst.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over wat de minister gaat doen om het vak kraamverpleegkundige te redden.

Er lopen meerdere acties om bij te dragen aan kwalitatief goede kraamzorg geleverd door voldoende kraamverzorgenden (actieprogramma Werken in de Zorg en de subsidieregeling Sectorplanplus). Daarnaast ondersteunen we de sector om te komen tot kraamzorg op maat, dat wil zeggen een doelmatige en beter onderbouwde inzet van het aantal uren kraamzorg zodat het beter aansluit bij de behoefte van de kraamvrouw. Verder ondersteunen we de kraamzorg in het digitaal uitwisselen van gegevens. Tot slot voert de NZa een kostenonderzoek uit naar de tarieven kraamzorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Gerven** (SP) over winstuitkering door en transparantie van medisch-specialistische bedrijven.

Het is toegestaan dat medisch-specialistische bedrijven winst uitkeren. Dit is de vergoeding die de medisch specialisten binnen het medisch-specialistisch bedrijf ontvangen voor de arbeid die zij inbrengen. Ik vind dat medisch-specialistische bedrijven, net als andere zorgorganisaties, transparant moeten zijn over hun bedrijfsvoering. Met de aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders wordt de verantwoordingsplicht uitgebreid naar alle zorgaanbieders, tenzij uitgezonderd bij algemene maatregel van bestuur. Bij de verdere uitwerking van deze algemene maatregel van bestuur wordt bekeken of de verantwoordingsplicht daarmee ook zou moeten gelden voor medisch-specialistische bedrijven.

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 **Bergkamp** (D66) hoe we de zorg financieel houdbaar krijgen.

Met ons beleid zetten we verschillende stappen om de zorg financieel houdbaar te krijgen. In de Hoofdlijnenakkoorden (HLA) zijn bijvoorbeeld afspraken gemaakt over een beheerste groei op de korte termijn en is het streven uitgesproken om de

kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei. In deze akkoorden hebben de betrokken partijen zich gecommitteerd aan meer samenwerking in de regio, preventie en technologische innovaties zoals e-health.

Daarnaast zijn verschillende trajecten gestart om oplossingen te verkennen voor de toekomstige betaalbaarheid van de zorg. Zo is er aan de SER een verkenning gevraagd naar de gevolgen van de stijgende zorgkosten op economie, arbeidsmarkt en solidariteit. Tevens is aan de WRR gevraagd naar wetenschappelijke inzichten om de zorguitgaven op lange termijn betaalbaar te houden. Naar verwachting komt de WRR eind 2020 / begin 2021 met hun inzichten. Ook is er een commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen ingesteld om te adviseren over wat nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en de betaalbaarheid van de zorg. Het kabinet zelf zal komend jaar een contourennota opstellen ter bespreking in de Kamer. De nota zal ingaan op wat er nodig is om de organiseerbaarheid en betaalbaarheid van de (voor)zorg en ondersteuning te verbeteren. Bij de contourennota zullen we gebruik maken van de inzichten van verschillende lopende onderzoeken en verkenningen door externe partijen.

Daarnaast hebben politieke partijen de gelegenheid gekregen om maatregelen door te laten rekenen door het CPB bij het traject Zorgkeuzes in Kaart (ZiK). Ook start het kabinet met de ambtelijke exercitie Brede Maatschappelijke Heroverwegingen. Een van de 16 onderwerpen binnen dit traject is 'een toekomstbestendig zorgstelsel'.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over wat de burger merkt van de actieprogramma's van de minister van VWS die thans lopen.

In de afgelopen twee jaar ben ik, samen met de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en sport, met onder andere zorginstellingen en professionals voortvarend aan de slag gegaan met het uitwerken van het regeerakkoord. Met de actieprogramma's en diverse andere trajecten blijven we werken aan toegankelijke en betaalbare zorg die merkbaar beter wordt voor mensen, nu en in de toekomst. Dat merken burgers ook nu al. In de verpleeghuiszorg is meer personeel per cliënt beschikbaar en werknemers geven vaker aan voldoende tijd voor de verzorging van de cliënt te hebben. En door de minutenregistratie in de wijkverpleging te verbannen, zijn er steeds minder wijkverpleegkundigen die hier nog mee moeten werken. Door afname van administratieve lasten is er meer tijd voor zorg. Op het gebied van jeugd heeft het kabinet wettelijk mogelijk gemaakt dat pleegkinderen standaard tot 21 jaar in hun pleeggezin en gezinshuis kunnen verblijven. Voor nog meer concrete voorbeelden wil ik u verwijzen naar de voortgangsrapportages die uw Kamer periodiek ontvangt over alle actieprogramma's.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Raemakers** (D66) over de "later-zorg" voor overlevenden van kinderkanker en of hij bereid is om hierover met zorgverzekeraars in gesprek te gaan.

Goede nazorg na kinderkanker is uiteraard van belang en de Later-poli kan daarin een belangrijke rol vervullen. De intensiteit van deze controles en tot welke

leeftijd deze noodzakelijk zijn hangt af van de ziektegeschiedenis en de behandelingen die een patiënt heeft gehad. Ook bij deze nacontroles is doelmatigheid een aandachtspunt. Het is de rol van zorgverzekeraars om dit aspect mee te nemen bij hun zorginkoop. In mijn overleg met de verzekeraars wil ik hun opvattingen graag horen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Raemakers** (D66) over de bereidheid om de continuous glucose sensor alsnog los/separaat te laten onderzoeken.

Ik ben bereid het Zorginstituut te vragen om dit te onderzoeken nadat het standpunt over de Flash Glucose Monitoring (FGM) is uitgebracht. Zoals ik u in mijn brief (Kamerstukken 2018/19, 32805, nr. 84) van 11 juli jl. heb gemeld, onderzoekt het Zorginstituut nu eerst of FGM ook een (kosten)effectief alternatief is voor alle diabetespatiënten die insulineafhankelijk zijn en nu nog vingerprikken. De FGM en rt-CGM (real time Continuous Glucose Monitoring) wordt al enige tijd voorgeschreven en vergoed voor alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. De keuze voor FGM of rt-CGM wordt door de behandelend medisch specialist op basis van de bestaande indicatie en in samenspraak met de patiënt gemaakt. Op basis van eenvoudig waar het kan, ingewikkeld waar nodig, wordt eerst gekeken of FGM technologie voldoet of dat CGM medisch noodzakelijk is omdat een CGM immers tweemaal duurder is dan een FGM. Het betrokken veld werkt nu aan actualisatie van de kwaliteitsstandaard die zorgprofessionals gaat helpen bij de keuze voor rt-CGM of FGM voor alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. De Nederlandse Diabetesfederatie (NDF) is initiatiefnemer en verwacht voor einde van dit jaar deze kwaliteitsstandaard af te ronden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Raemakers** (D66) over het alvast vrijmaken van gelden voor klinische trials naar hersteloperaties voor vrouwelijke genitale verminking.

In de aangenomen motie Raemakers/Sjoerdsma (TK 2018/19, 35 000 XVI, nr. 47) is verzocht om het Zorginstituut te vragen in overleg met de betrokken beroepsgroepen advies te geven op welke wijze een klinische trial kan worden vormgegeven zodra de concept-Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking definitief is vastgesteld. Ik zal deze motie uitvoeren.

Van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is vernomen dat de planning is dat deze leidraad rond 1 november wordt geautoriseerd, daarmee definitief is en waarschijnlijk kort daarna zal worden gepubliceerd. Vervolgens zal contact worden opgenomen met het Zorginstituut. In deze fase dat de leidraad nog niet definitief is en dat het Zorginstituut er nog niet op heeft kunnen reageren, is het reserveren van gelden voor een klinische trial nog niet opportuun. Zodra het Zorginstituut zijn opvatting heeft kunnen geven zal ik uw Kamer informeren nader informeren over het vervolg inclusief het vormgeven van een klinische trial. Ik hoop u hierover meer te kunnen melden in het kader van de voorjaarsnota 2020.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Raemakers** (D66) over wat de minister gaat doen om "samen beslissen" en transparantie in de zorg te stimuleren.

In het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019-2022 heb ik met partijen in het zorgveld afspraken gemaakt over een programma Uitkomstgerichte Zorg. De acties in dat programma zijn gericht op het transparant maken van kwaliteit van zorg in termen van uitkomsten van zorg en op het ondersteunen en stimuleren van het proces van Samen beslissen door patiënt en zorgverlener. Over de inhoud en de voortgang van dat programma verwijs ik u naar de voortgangsrapportage die ik uw Kamer op 5 juli jongstleden heb doen toekomen (Kamerstukken 2018/2019, 31 476, nr. 28).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over de pilots die betrekking hebben op het integrale pgb en het gezins-rgb, maar hoe kunnen we dit nu verder stimuleren met als doel goed landelijk uitrollen?

Ik heb uw Kamer op 18 december 2018 (Kamerstukken 2018/19, 25 657, nr. 303) en 28 oktober 2019 (Kamerstukken 2019/20, 25 627, nr. 325) geïnformeerd over de voortgang van het experiment integraal budget. Op korte termijn wordt gestart met experimenten in acht gemeenten (Alphen aan de Rijn, Dalfsen, Den Haag, Leiden, Meppel, Nieuwegein, Roermond en Rotterdam). Deze gemeenten zijn aangewezen in de AMvB integraal pgb. Gedurende de looptijd van het experiment wordt per gemeente en per deexperiment onderzocht of sprake is van een beter hulpaanbod voor de hulpvrager(s), sprake is van een efficiëntere inzet van publieke middelen en in hoeverre sprake is van ervaren administratieve lasten.

Momenteel ben ik bezig met de aanbesteding van het evaluatieonderzoek. Uw Kamer wordt geïnformeerd over de tussenresultaten (de 1-meting) in het najaar van 2020 en de uitkomsten van het experiment in het najaar van 2021 (eindrapport). Op basis hiervan wordt een besluit genomen of en op welke manier het integraal pgb en/of het gezins-rgb in wet- en regelgeving worden vastgelegd.

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 het onderzoeken van invoering van PGB in Caribisch Nederland en de Kamer daarover te informeren.

Op dit moment is er inderdaad geen pgb in Caribisch Nederland. De zorg is op Caribisch Nederland anders georganiseerd dan in Europees Nederland.

De kleinschaligheid van het gebied bevordert al de klantgerichtheid, waarbij per persoon wordt besproken welke ondersteuning nodig is en op welke wijze deze het beste kan worden geleverd.

Ik heb geen signalen ontvangen dat het pgb een antwoord zou zijn op een zorgvraag. Het zorgsysteem in Caribisch Nederland, de maatschappelijke ondersteuning en de jeugdzorg zijn nog in ontwikkeling. Het introduceren van het pgb in dit stadium lijkt me alles overziend niet opportuun.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over het verzoek voor een realisatieplan om de eerdere onderzoeken over verbeterpunten bij de verstrekking van hulpmiddelen te realiseren, stimulering van de regionale inkoop en een landelijk kader waarin duidelijk wordt gemaakt wie, wanneer en waar verantwoordelijk is en wat normale

termijnen zijn van levering.

In mijn brief aan uw Kamer van 17 oktober jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn voorgenomen acties (Kamerstukken 2019/20, 32 805, nr. 85). Dinsdag 29 oktober is de eerste bestuurlijke tafel hulpmiddelen bij elkaar gekomen. Alle betrokken partijen – die ik ook in mijn brief heb genoemd – waren aanwezig en hebben hun commitment uitgesproken om snel tot substantiële verbetering van de verstrekking van hulpmiddelen te komen.

Het in mijn brief aangekondigde actieplan zal duidelijk maken welke verbetermaatregelen nodig en mogelijk zijn, wie dit oppakt en wanneer. Andere trajecten die op het terrein van hulpmiddelen al gestart waren zullen in het plan worden betrokken. Het inmiddels operationele actieteam heeft onder andere als taak om de mogelijkheid van een landelijk normenkader te verkennen en met voorstellen te komen. Hierbij wordt gedacht aan landelijke, door betrokken partijen gedeelde normen over bijvoorbeeld maximale wachttijden en standaarden voor communicatie. Het plan wordt vervolgens uitgevoerd.

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 regie in de regio n.a.v. zijn uitspraken in het programma Buitenhof op zondag 27 oktober jl.

Om de uitdagingen waar we in de zorg voor staan het hoofd te kunnen bieden is meer regie nodig. De toenemende zorgvraag en krapte in het aanbod kan niet door één of enkele zorgaanbieders of zorginkopers worden opgelost. Meer samenwerking en regie is daarom nodig, zodat wordt voorkomen dat de toegankelijkheid in het gedrang komt. Die regie ontbreekt nog te vaak, met name als het gaat om zorg tussen de verschillende domeinen die we in ons zorgstelsel kennen.

Een voorbeeld is preventie. Risico's op ziekten en aandoeningen, zoals dementie, kunnen worden beperkt door een aanpassing van de leefstijl. Toch worden nog te weinig preventieve afspraken gemaakt. Een oorzaak daarvan kan zijn dat de baten van preventie niet terecht komen bij degene die de kosten van preventie draagt. Meer regie kan ervoor zorgen dat er wel goede afspraken komen in de regio. Met de contourennota inventariseren we welke knelpunten partijen in de regio ervaren en die ervoor zorgen dat de noodzakelijke samenhang niet tot stand komt. Ook zullen we in de contourennota concrete oplossingsrichtingen aandragen om in uw Kamer te kunnen bespreken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Raemakers** (D66) over de beperkte inzet van de transformatiegelden.

Uit de monitor transformatiegelden van de NZa blijkt dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars inderdaad nog slechts beperkt gebruik maken van de beschikbare gelden om het verplaatsen, voorkomen en vervangen van ziekenhuiszorg te financieren.

De beweging van de Juiste Zorg op de Juiste Plek is al volop op gang. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen geven aan dat zij wel afspraken maken in het kader van de juiste zorg op de juiste plek maar dat ze hier niet altijd de transformatiegelden voor hoeven in te zetten. Ik heb aan de NVZ en ZN gevraagd

om met elkaar in gesprek te gaan om te kijken hoe de inzet volgend jaar meer en beter kan. Ik verwacht dat door beide partijen stappen gezet worden om de transformatiegelden meer in te zetten. De NZa zal de monitor herhalen op basis van definitieve contracten, met 1 april 2020 als eerstvolgende peildatum.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over het moment waarop het experiment gesloten coffeeshopketen start.

Uitgaande van de mede op basis van het advies van de adviescommissie ingeschatte voorbereidingstijd van minimaal een jaar, is de planning erop gericht dat binnen deze kabinetsperiode het besluit wordt genomen om de overgangsfase te starten. Vanaf de overgangsfase zijn de in het kader van het experiment geproduceerde producten te koop in de deelnemende coffeeshops. Of dit ook daadwerkelijk het geval zal zijn, is afhankelijk van diverse factoren, zoals de voortgang bij de totstandkoming van de wet- en regelgeving en de snelheid waarmee aangewezen telers kunnen voorzien in hennep en hasjes van voldoende kwaliteit en in voldoende diversiteit. Indien mogelijk zal bespoediging van het proces worden bevorderd, mits daarmee geen afbreuk wordt gedaan aan de noodzakelijke zorgvuldigheid die in dit proces ook moet worden betracht.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over hoe het zit met de uitwerking van de moties als het gaat over medicinale cannabis?

Ik heb ZonMw de opdracht gegeven om de onderzoeken naar medicinale cannabis te hosten. Nog dit jaar worden de onderzoeksvoorstellen door ZonMw bekend gemaakt zodat onderzoekers erop kunnen inschrijven. Daarnaast heeft de Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN) een onderzoeksvoorstel ingediend bij ZonMw. Het ging om een onderzoeksvoorstel naar de werking van medicinale cannabis bij kinderen met ernstige epilepsie. Dit voorstel is door ZonMw afgekeurd omdat het onderzoek niet voldeed aan de door ZonMw gestelde wetenschappelijke eisen. Het Bureau medicinale cannabis (BMC) helpt SEIN bij het alsnog van de grond krijgen van een goed onderzoeksvoorstel. Naast het programma bij ZonMw lopen er ook nog andere onderzoeken o.a. bij de Universiteit van Wageningen en een vervolgonderzoek bij het Leids Universitair Medisch Centrum.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over de social trial dementie experimenten.

In 2018 en 2019 heb ik van uit mijn programma Langer Thuis € 2 mln beschikbaar gesteld voor de uitvoering van de social trial experimenten. Deze middelen bleken nodig voor het opstarten van trials in vier gemeenten. Het idee was meer gemeenten te betrekken om ook regionale verschillen en grootte van steden mee te kunnen nemen. Ik steun het idee om in nog een aantal andere, verschillende gemeenten de sociale benadering van dementie te onderzoeken.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over stand van zaken cliëntondersteuning dak- en thuislozen.

Het kabinet investeert in deze kabinetsperiode € 55 mln in cliëntondersteuning. Gelet op de verantwoordelijkheid van gemeenten voor cliëntondersteuning op grond van de Wmo 2015, wordt in de aanpak cliëntondersteuning gewerkt met koplopergemeenten. Doel hiervan is dat een grote groep gemeenten intensief aan de slag gaat goed lokaal beleid te maken met betrekking tot de functie cliëntondersteuning. Binnen de aanpak cliëntondersteuning is aandacht voor specifieke doelgroepen zoals voor jongeren én volwassenen met zware of complexe problematiek, die gebruik maken van maatschappelijke opvang.

Daarnaast is vanuit de aanpak cliëntondersteuning € 500.000 beschikbaar gesteld voor cliëntondersteuning ten behoeve van de pilots van het actieprogramma dak- en thuisloze jongeren. Cliëntorganisaties die deze doelgroep vertegenwoordigen kunnen samen met koplopergemeenten bezien hoe cliëntondersteuning voor deze kwetsbare doelgroep kan worden verbeterd en hiervoor een concreet voorstel indienen. Hiervoor is in het kader van het koplopertraject financiële ondersteuning beschikbaar.

Zoals aangekondigd in mijn brief van 17 september (Kamerstukken 2019/20, 29325, nr. 102) kom ik dit najaar met een plan om het aantal daklozen terug te dringen. Ik betrek de inzet van cliëntondersteuners en andere belangenbehartigers bij dit plan.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over de toename van het aantal daklozen en de toepassing van de landelijke toegankelijkheid.

Het aantal daklozen is de afgelopen jaren fors gestegen. De afgelopen periode heb ik met betrokken partijen gewerkt aan het terugdringen van het aantal daklozen via het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren en de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Gezien de cijfers van het CBS is meer nodig om deze ontwikkeling te keren. Ik heb CBS gevraagd nader onderzoek te doen naar de toename van het aantal daklozen in de afgelopen jaren. Dit onderzoek is naar verwachting eind 2019 beschikbaar.

Zoals ik u in mijn brief van 17 september jl. (TK 2019/20, 29325, nr. 102) heb gemeld, komt het Kabinet met een plan om het aantal daklozen terug te dringen. Om dit te kunnen realiseren is een samenhangend pakket aan maatregelen nodig. Wonen, financiële bestaanszekerheid, schuldenaanpak, opleiding, toeleiding naar werk en zorg en begeleiding – al deze aspecten zijn van belang. Gegeven het feit dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor preventie, begeleiding en opvang van daklozen en de diversiteit per regio is het belangrijk dat gemeenten met relevante lokale en regionale partners integrale plannen maken. Dit najaar informeer ik uw Kamer nader over de aanpak.

Uit onderzoek in 2018 bleek dat de landelijke toegankelijkheid nog niet in alle gemeenten goed was geborgd. De 26 gemeenten waar meerdere mystery guests in 2018 geen toegang kregen tot de maatschappelijke opvang, heb ik gevraagd om een bestuurlijke reactie. Ook ben ik dit voorjaar met de desbetreffende wethouders in gesprek gegaan. Elf van deze gemeenten heb ik gevraagd een plan van aanpak in te dienen, omdat uit de mystery guest onderzoeken uit 2017 en 2018 bleek dat meerdere mystery guests geen slaapplek kregen. Op basis van de gesprekken en ontvangen informatie heb ik het vertrouwen dat gemeenten de landelijke toegankelijkheid nu beter toepassen. Begin 2020 wordt opnieuw

onderzocht hoe het uitgangspunt van landelijke toegankelijkheid in de praktijk wordt toegepast. Ik informeer de Kamer over de uitkomsten.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Raemakers** (D66) over financiële borging van AYA-zorg.

Dit verzoek betreft twee zaken. Allereerst betreft AYA-zorg in principe verzekerde zorg. Dit zal dus beschikbaar blijven, via contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast zal ik het verzoek dat het AYA-zorgnetwerk (als platform) ook voor de toekomst beschikbaar zal blijven, onder de aandacht brengen van de instellingen die de regionale AYA-netwerken hebben opgericht (umc's met het NKI). Ik zal daarbij benadrukken dat van hen in deze iets extra's verwacht mag worden. Zij dienen, vanwege hun bijzondere positie door toekenning van de Beschikbaarheidsbijdrage Academische Zorg, hun publieke infrastructuur in te zetten om de (financiële) continuïteit van activiteiten zoals het AYA-zorgnetwerk te waarborgen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over de voortgang van Langer Thuis en wat de minister anders gaat doen zodat mensen het gaan merken.

Naar aanleiding van de motie Ellemeet/Bergkamp is met de deelnemende partnerorganisaties besproken dat voor het komende jaar een 'werkagenda' van knelpunten zal worden vastgesteld waarop met voorrang zal worden ingezet. Ik verwacht u hierover begin 2020 te kunnen informeren. Ik betrek hierbij ook de ideeën om te komen tot een 'Nationale agenda Ontzorg de mantelzorgers'.

Naast deze extra stappen ga ik voor de korte termijn door om met subsidies, kennisdeling en pilots partijen in staat te stellen om te komen tot praktische oplossingen voor knelpunten die optreden bij samenwerking in de wijk tussen professionals, in de regio tussen gemeenten en zorgverzekeraars, op de 'rotondes van de zorg' tussen aanbieders zoals bijvoorbeeld met de regionale coördinatiefuncties gericht op tijdelijk verblijf.

Tot slot heeft uw Kamer mij in het kader van de actielijn Wonen en zorg binnen Langer Thuis aangespoord tot meer actie op het terrein van woonvormen voor ouderen. Ik heb u hierover voor de begrotingsbehandeling mede namens mijn collega van Binnenlandse Zaken op 18 oktober jl. een Kamerbrief gestuurd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over de grote uitdagingen op het gebied van de vergrijzing in 2040?

Ik heb met het oog op de langere termijn de commissie Toekomst Zorg voor Thuiswonende ouderen (TZTO) gevraagd te adviseren wat nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en de betaalbaarheid van de zorg. Uitgangspunt van de commissie is de motie Bergkamp (Kamerstukken 2017-/18, 34 775 XVI, nr. 86). De commissie zal naar verwachting eind dit jaar het advies opleveren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de Mantelzorg informatiebox.

Er zijn circa 4,4 mln mantelzorgers in Nederland. We hebben deze mensen en hun mantelzorg hard nodig. Als via goede informatieverschaffing het risico op overbelasting bij mantelzorgers significant kan worden beperkt, wil ik een informatiebox voor mantelzorgers zeker overwegen. Tegelijkertijd zal niet iedereen hier behoefte aan hebben. Daarom wil ik eerst met een beperkte oplage van circa 60.000 boxen het animo peilen en dit graag betrekken bij de landelijke campagne mantelzorg die volgend jaar start. Bovendien zou de inhoud van de informatiebox niet enkel landelijk bepaald moeten worden, maar voor een deel ook door regionale en/of lokale partijen, zoals zorgverzekeraars en gemeenten. Het slagen van dit idee is dan ook afhankelijk van de bereidheid van al deze partijen samen te willen werken aan de inhoud van deze box.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over Waarom geen groepsgebonden pgb?
Bij ouder- en wooninitiatieven zou een groepsgebonden budget een uitkomst kunnen bieden voor dat deel waar sprake is van gezamenlijke kosten. Het scheelt gelddruk.

Een zorgvraag wordt gebaseerd op een persoonlijke indicatie/beoordeling en per zorgvrager kan dan het persoonsgebonden budget worden toegekend. Essentieel daarbij is de regie van de cliënt over zijn eigen budget. Op dit moment kennen we in het pgb geen groepsgebonden pgb.

Ik heb onlangs opdracht gegeven tot het laten verrichten van twee onderzoeken over het bundelen van pgb's. Het eerste onderzoek gaat over de implicaties van het bundelen van pgb's ten aanzien van de kwaliteit, rechtmatigheid en administratieve lasten. Daaruit kan naar voren komen dat er in de praktijk al door middel van bundeling van pgb's gezamenlijk zorg wordt ingekocht en wat de voor- en nadelen hiervan zijn. Het tweede onderzoek over het eenduidiger financieren van kleinschalige wooninitiatieven, onderdeel van dit onderzoek is de wooninitiatieven-toeslag waarmee onder andere de huur van de gezamenlijke ruimte (mits daarin zorg wordt geleverd) kan worden bekostigd. Ik verwacht dat deze onderzoeken de voor- en nadelen van het werken met pgb's die van toepassing zijn op groepen scherp in beeld brengen. Over de resultaten van de onderzoeken informeer ik uw Kamer in maart 2020.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Bergkamp** (D66) over het maken van afspraken met het Zorginstituut en Ergotherapie Nederland over activiteiten die verricht moeten worden zodat het Zorginstituut een nieuw advies kan geven.

Ik zal inderdaad een gesprek organiseren met Ergotherapie Nederland en het Zorginstituut om te inventariseren welke stappen nodig zijn voor een eventueel nieuw pakketadvies. Ik verwacht dat deze activiteiten (grotendeels) kunnen plaatsvinden binnen de uitvoering van de recent gemaakte bestuurlijke afspraken paramedische zorg, die ook door Ergotherapie Nederland zijn ondertekend. Een van de pijlers van deze afspraken is een ZonMw-programma paramedische zorg. Hiervoor is de komende jaren €10 miljoen beschikbaar. Het Zorginstituut en ZonMw zijn reeds goed aangehaakt bij (de uitvoering van) de bestuurlijke afspraken, zodat er goede afstemming plaatsvindt over lopende en geplande

activiteiten.

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 waarom er pas in 2021 een onderzoek van de NZa is, wat er in de tussentijd kan gebeuren en hoe omgegaan kan worden met de signaalfunctie van kraamverzorgenden.

De NZa voert op dit moment een kostenonderzoek kraamzorg uit. We hechten waarde aan een zorgvuldig uitgevoerd onderzoek zodat er passende max tarieven worden vastgesteld. Als uit het kostenonderzoek blijkt dat de tarieven kraamzorg herijkt moeten worden dan worden de nieuwe tarieven voor 1 juli 2020 vastgesteld. De tarieven kraamzorg gaan dan gelden per 1 januari 2021. Op dit moment kunnen zorgverzekeraars en kraamzorgorganisaties voor extra innovatie en kwaliteitsdoeleinden gebruik maken van de ruimte van 10 procent boven op het maximum tarief (de max-max tarieven).

Verder ondersteunen we de sector via het Actieprogramma Werken in de Zorg, de subsidieregeling Sectorplanplus, het programma babyconnect (digitaal gegevensuitwisseling) en we ondersteunen de sector om te komen tot kraamzorg op maat.

De kraamzorg heeft een belangrijke signalerende functie zowel op het gebied van de gezondheid van moeder en kind als het signaleren van sociale problematiek. Deze moeten we behouden. In de preventieagenda voor de geboortezorg hebben geboortezorgprofessionals beschreven hoe ze hier vorm aan geven. Ook speelt de kraamzorg een rol in het programma Kansrijke start. Juist omdat zij bij de mensen thuis 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 het voorstel om het aanbieders in de zorg mogelijk te maken om cao-afspraken na te komen en loonsverhogingen ook echt uit te betalen door stevige afspraken voor doorberekening daarvan in de tarieven en beter toezicht daarop.

Om een marktconforme arbeidskostenontwikkeling mogelijk te maken stelt het kabinet jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) ter beschikking.

Daartoe verhoogt het kabinet de macro-budgettaire kaders en gereguleerde tarieven met deze bijdrage.

Het is vervolgens aan zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten) om in onderhandelingen met zorgaanbieders tot nadere tariefafspraken te komen. Onderdeel hiervan zijn ook afspraken voor de hoogte van de vergoeding voor de loonkostenontwikkeling.

In de hoofdlijnenakkoorden worden als onderdeel van een bredere set afspraken ook afspraken gemaakt over de opbouw van tarieven. Zo is in het hoofdlijnenakkoord ggz het volgende afgesproken met elkaar: "In de onderdelen van de ggz waar sprake is van gecontracteerde zorg en van loondienst van medewerkers wordt de OVA zichtbaar en volledig doorvertaald in de prijzen.". Partijen kunnen elkaar op deze afspraken aanspreken.

Daarnaast geldt voor de Wmo 2015 de Amvb reële prijs, waarin de verplichting voor gemeenten om een reëel tarief op basis van vaste kostprijselementen - waaronder het loon van de in te zetten medewerkers volgens de cao - te vergoeden, nader wordt geëxpliciteerd. Indien er een twijfel ontstaat over een juiste toepassing van de AMvB reële prijs is het primair aan de gemeenteraad om haar controlerende rol te pakken. In het geval dat een gemeente en een aanbieder niet tot overeenstemming komen over een vraagstuk ten aanzien van de uitvoering van de AMvB reële prijs, kan men zich in gezamenlijkheid wenden tot de Geschillencommissie Sociaal Domein.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kerstens** (PvdA) over of de minister kan zorgen dat het geld van de wijkverpleging (circa € 200 mln), dat is overgebleven bij verzekeraars, zichtbaar beschikbaar komt voor de zorg.

Deze middelen zijn reeds beschikbaar voor de wijkverpleging en zichtbaar in het kader. Over de financiële kaders zijn heldere afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord wijkverpleging. Over de periode 2015-2019 is er een groei in de uitgaven van bijna € 3 miljard in 2015 naar zo'n 4 miljard in 2019. De onderschrijding in 2018 (circa € 200 mln.) is niet structureel in mindering gebracht in het kader voor de wijkverpleging voor 2019 en verder. Daarbovenop mag de sector als geheel in de periode 2019-2022 jaarlijks nog verder groeien.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten zorgen dat hun verzekerden tijdig passende zorg ontvangen. Zij dienen daarvoor voldoende zorg in te kopen. De NZa controleert of dat ook gebeurt. Op basis van de eerste voorlopige inzichten in 2019 is er voldoende ruimte in het kader en zijn er verder geen signalen dat de verzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kerstens** (PvdA) over het mogelijk maken dat de specialist ouderengeneeskunde aan de slag kan in de wijk.

Zoals u weet, vind ik dat de specialist ouderengeneeskunde (SO), en ook de arts verstandelijk gehandicapten (AVG), een belangrijke rol kunnen vervullen in het versterken van de artsenfunctie in de eerste lijn. Daarom wordt per 2020 hun inzet in de eerste lijn ook mogelijk gemaakt in de Zorgverzekeringswet.

Het is aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieders om de inzet van SO en AVG praktisch mogelijk te maken. Op landelijk niveau zijn betrokken partijen (Zorgverzekeraars Nederland en beroepsverenigingen) in overleg over het contracteringsproces. Het ministerie van VWS volgt dit proces nauwlettend.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kerstens** (PvdA) over extra geld voor mantelzorgers.

Vanuit het regeerakkoord is tijdens deze kabinetsperiode € 35 mln beschikbaar gesteld voor Versteving respijt zorg en dagopvang. Vanaf 2022 is hier jaarlijks € 5 mln voor beschikbaar. Met deze middelen is al veel in gang gezet voor de komende jaren: we gaan de bewustwording van mantelzorgers vergroten door o.a. een landelijke campagne, we gaan de administratieve lasten voor

mantelzorgers verminderen, we stimuleren bedrijven en (gemeentelijke) organisaties om mantelzorg vriendelijker te zijn. En we zitten verder in op cao-afspraken over mantelzorg met de sociale partners. Tot slot lopen er diverse pilots over logeerszorg en de sociale benadering van dementie.

Ik wil de resultaten van alle ingezette acties afwachten voordat we extra geld inzetten voor mantelzorgondersteuning.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kerstens** (PvdA) over het uittrekken van extra geld voor casemanagers dementie.

Casemanagers dementie zijn van enorme waarde voor mensen met dementie, mantelzorgers en professionals. Daarom werk ik met verschillende veldpartijen aan diverse acties om de toegankelijkheid en kwaliteit van casemanagement dementie te vergroten.

Casemanagement dementie maakt onderdeel uit van de wijkverpleging. In de periode 2019-2022 mag deze sector jaarlijks groeien. Op basis van de eerste voorlopige inzichten is mijn beeld dat het huidige kader 2019 voldoende ruimte heeft.

Uit de inkoopmonitor wijkverpleging 2019 blijkt dat zorgverzekeraars individueel casemanagement inkopen via de aanspraak wijkverpleging.

Uit het HHM rapport uit augustus 2018 blijkt ook dat de voornaamste oorzaken waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement dementie geen verband houden met beschikbaarheid van financiële middelen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kerstens** (PvdA) over het naar voren halen van de evaluatie van het abonnementstarief.

Ik neem aan de heer Kerstens met de evaluatie van het abonnementstarief doelt op de resultaten van de monitor abonnementstarief eigen bijdragen Wmo 2015. Het is op dit moment te vroeg conclusies te kunnen trekken over de effecten van het abonnementstarief voor het aantal meldingen van ondersteuningsvragen bij gemeenten. In mijn brief van 19 december 2018 heb ik uw Kamer gemeld dat onderzoeksbureau Significant een door de VNG, gemeenten, cliëntenorganisaties en VWS gedragen opzet voor de monitor heeft uitgewerkt (Kamerstukken 2018/19, 29 538, nr. 281). De voorgestelde onderzoeksopzet is op 21 november 2018 in bestuurlijk overleg met de VNG besproken en akkoord bevonden. Bij de opzet van de monitoropzet is geconstateerd dat het niet mogelijk is eerder dan in september 2020 een eerste, meer volledige en betrouwbare kwantitatieve analyse van de effecten van het abonnementstarief op te leveren; een groot deel van de kwantitatieve informatie over 2019 komt pas in 2020 beschikbaar. Daarbij treedt de wetswijziging waarmee een groot deel van de algemene voorzieningen onder het abonnementstarief wordt gebracht, eerst op 1 januari 2020 in werking. Met de eerste deelrapportage die naar huidig inzicht in november a.s. wordt opgeleverd, kan naar verwachting al wel een eerste kwalitatief beeld van de effecten van de invoering van het abonnementstarief over de eerste maanden in 2019 worden gegeven. Na oplevering van de eerste deelrapportage is een bestuurlijk overleg voorzien, waarin ik met VNG goed wil kijken naar de eerste kwalitatieve beelden. Ik zal uw Kamer in december 2019 informeren over de eerste deelrapportage en

over het bestuurlijke gesprek dat ik hierover met de VNG zal voeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kerstens** (PvdA) over zorgcowboys, bijvoorbeeld in de Wmo (inclusief beschermd en begeleid wonen).

In onze brief van 9 juli jl. over investeringsmogelijkheden in de zorg hebben wij maatregelen aangekondigd die gericht zijn op een integere en professionele bedrijfsvoering van zorgaanbieders en het externe toezicht hierop (Kamerstukken 2018/19, 35 000-XVI, nr. 133). Deze zullen waar relevant en mogelijk niet alleen gelden voor de verzekerde zorg (Zvw en Wlz), maar ook in het sociaal domein (jeugdhulp en Wmo).

Ook verwijs ik naar onze brief van 17 oktober jl. over de maatregelen die wij nemen om te bevorderen dat geld dat bedoeld is voor de zorg daadwerkelijk wordt besteed aan zorg. Daarbij is in het programmaplan Rechtmatige Zorg 2018 – 2021 opgenomen dat we de controle en handhaving door gemeenten versterken. Sinds 2015 wordt door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een ondersteuningsprogramma ten behoeve van gemeenten uitgevoerd. Het doel van dit programma is het faciliteren van kennisopbouw door gemeenten op het gebied van fraudepreventie, controle en handhaving bij de uitvoering van de Jeugdwet en de Wmo 2015. We verstrekken daarvoor jaarlijks een subsidie aan het Kenniscentrum Handhaving en Naleving van de VNG (KCHN). Voorts zal de IGJ komend jaar, samen met gemeentelijke toezichthouders, zich in het bijzonder richten op het kwalitatieve toezicht op beschermd wonen instellingen (RIBW'S).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kerstens** (PvdA) over meer aandacht besteden aan oudere migranten die thuis wonen.

Oudere migranten vormen een groeiend aandeel van de ouderenpopulatie. Ik betrek dan ook de oudere migranten, via Noom, bij het Pact voor Ouderenzorg en haak hen aan bij de uitvoering van programma's Eén tegen Eenzaamheid en Langer Thuis. Bovendien zijn de oudere migranten, opnieuw via Noom, vertegenwoordigd in de Raad voor Ouderen.

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 **Kerstens** (PvdA) over extra geld voor de mensen in de zorg.

Werknemers in de zorg doen belangrijk en verantwoordelijk werk. Daar mag, of beter gezegd, daar moet ook een fatsoenlijke beloning tegenover staan. Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stellen wij, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar. Voor 2019 bedroeg deze bijdrage ongeveer € 1,7 miljard.

Sociale partners in de zorg kunnen daarmee afspraken maken over goede arbeidsvoorwaarden. En dat doen ze ook. Bijvoorbeeld in de GGZ is een loonsverhoging van 8,1% afgesproken in 2,5 jaar tijd en recent in de VVT via een onderhandelaarsakkoord met een loonsverhoging van 6,5% in 2 jaar tijd.

In meerjarig perspectief zie je ook terug dat de loonstijgingen in de zorg in de pas lopen met die in de markt (gemiddeld 2,1% contractloonontwikkeling in de zorg versus 2,0% in de markt over de periode 2000 tot en met 2018).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over wie ter verantwoording geroepen kan worden als kraamverzorgenden drie jonge gezinnen op één dag moeten ondersteunen.

Ik hecht er waarde aan dat er kwalitatief goede kraamzorg geleverd kan worden door voldoende kraamverzorgenden. Het is aan zorgverzekeraars om voldoende kraamzorg in te kopen. Daarnaast is het aan de werkgever om te zorgen voor goede arbeidsvoorwaarden en een fijne werkomgeving, zodat kraamverzorgenden op een effectieve en goede wijze worden ingezet. Het kabinet stelt ieder jaar geld beschikbaar voor loonontwikkeling in de zorg. De € 1,7 miljard die we in 2019 voor de gehele zorgsector extra beschikbaar stellen, biedt ruimte aan sociale partners om goede afspraken te maken in cao's. Voor de ontwikkeling van medewerkers hebben we voor deze periode € 420 miljoen beschikbaar gesteld via het Sectorplanplus.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over dat de verpleegkundigen van Slotervaart die nu in het OLVG West werken nu met lege handen staan, terwijl ze een fatsoenlijk salaris verdienen.

Werknemers in de zorg doen belangrijk en verantwoordelijk werk. Daar mag, of beter gezegd, daar moet ook een fatsoenlijke beloning tegenover staan. Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stel ik jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar. Deze overheidsbijdrage is gebaseerd op CPB-cijfers over de arbeidskostenontwikkeling in de markt (contractloonontwikkeling, incidentele loonkostenontwikkeling, ontwikkeling sociale lasten werkgevers). Voor 2019 bedroeg deze bijdrage ongeveer € 1,7 miljard. Sociale partners in de zorg kunnen daarmee afspraken maken over goede arbeidsvoorwaarden. En dat doen ze ook. Zo is in de GGZ een loonsverhoging van 8,1% afgesproken over een periode van 2,5 jaar en onlangs is in de VVT een onderhandelaarsakkoord met een loonsverhoging van 6,5% over 2 jaar gesloten. Ik ben geen partij in de onderhandelingen in de ziekenhuizen en kan en wil daarop geen invloed uitoefenen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over waarom het Slotervaart ziekenhuis is omgevallen en het handelen van de regering.

De Onderzoekscommissie faillissementen ziekenhuizen (commissie Van Manen) doet onderzoek naar de gang van zaken rond het faillissement van het MC Slotervaart ziekenhuis en de rol die de betrokken partijen daarbij hebben gespeeld. De commissie brengt naar verwachting in december haar rapport uit. Ook de Onderzoeksraad voor Veiligheid doet onderzoek naar de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Ook hierbij is de verwachting dat het eindrapport in december zal worden gepresenteerd. Beide rapporten zullen met de uw Kamer worden gedeeld.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over het oprichten van een fonds - mede gefinancierd door de geneesmiddelen industrie (% omzet storten) - om onderzoek te financieren naar de juiste behandeling voor mannen en vrouwen om over- en onderbehandeling te voorkomen.

Ik ben het met mevrouw Ploumen eens dat gender en gezondheid brede aandacht verdient. Sinds drie jaar loopt het ZonMw Kennisprogramma Gender en Gezondheid. Dit programma richt zich op 12 thema's ten behoeve van het verkleinen van de kennisachterstand over m/v-verschillen in gezondheid en zorg. Geneesmiddelen is één van de twaalf thema's. Het programma heeft de noodzaak van aandacht voor sekse en gender in al het gezondheids(zorg)onderzoek (mede) geagendeerd. Het is van belang dat binnen toekomstig onderzoek op een goede manier aandacht wordt besteed aan relevante verschillen tussen vrouwen en mannen. Binnen het Kennisprogramma is nadrukkelijk ingezet op het verbinden en delen van kennis. Dit moet primair een plaats krijgen in de opleidingscurricula. Het vaststellen daarvan is een verantwoordelijkheid van de UMC's (artsenopleiding) en van de wetenschappelijke verenigingen (specialistische vervolgopleidingen en postacademisch onderwijs). Ook in Europees verband is er financiële steun voor onderzoek waarbij aandacht wordt besteed aan sekse en gender. Gezien de beschreven ontwikkelingen acht ik een additioneel fonds als gevraagd niet nodig.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over het afschaffen van het eigen risico.

Het kabinet is niet bereid om het eigen risico af te schaffen. Met het eigen risico financieren we een deel van de zorgkosten en dragen we bij aan het kostenbewustzijn van mensen. Als het eigen risico zou worden afgeschaft, moeten de opbrengsten van het eigen risico van € 3,2 miljard elders opgehaald worden. Hierdoor zal de nominale premie met zo'n € 250 per persoon stijgen. Daarnaast leidt het afschaffen van het verplicht eigen risico ertoe dat mensen meer gebruik gaan maken van zorg, waardoor de zorguitgaven met € 0,7 miljard extra stijgen. Het kabinet vindt het belangrijk dat de zorg voor iedereen betaalbaar blijft. Daarom is in het regeerakkoord afgesproken dat het eigen risico bevroren wordt, als onderdeel van een pakket aan gerichte maatregelen om de stapeling van zorgkosten te beperken in de Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg en Wet maatschappelijke ondersteuning.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over samenwerking in de curatieve zorg.

Samenwerking en marktwerking sluiten elkaar niet uit. Er zijn veel mogelijkheden om samen te werken, ook in een systeem met marktprikkels. Met de Juiste Zorg op de Juiste Plek wordt volop ingezet op samenwerking, niet alleen binnen de domeinen maar ook over de domeinen heen. Om de beweging van de Juiste Zorg op de Juiste Plek te ondersteunen werkt de Autoriteit Consument en Markt (ACM) bovendien aan een beleidsregel. Hiermee wordt onnodige angst weggenomen dat met samenwerking mededingingswetgeving wordt overtreden en wordt samenwerking bevorderd.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over wie er ingrijpt als de spoedeisende hulp niet meer goed bereikbaar is voor iedereen.

Als minister ben ik verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg, net zoals ik ervoor verantwoordelijk ben dat de zorg in Nederland kwalitatief goed en betaalbaar is.

Voor de toegankelijkheid van SEH-zorg is de zogenaamde 45 minuten-norm van belang. Een SEH mag niet sluiten als er daardoor meer mensen zijn die in spoedgevallen met een ambulance niet binnen deze norm (een modelmatige spreidingsnorm) naar een SEH kunnen worden gebracht. Volgens het bereikbaarheidsmodel van het RIVM kan 99,8% van de inwoners van Nederland binnen 45 minuten per ambulance naar een SEH worden gebracht (TK 2018/19, 29 247, nr. 290). Dit is overigens nooit 100% geweest; toen deze norm werd opgenomen in de beleidsregels bij de Wtzi heeft de toenmalig minister van VWS aangegeven dat in 2003 ruim 98% van de bevolking binnen deze norm een SEH kon bereiken, en dat acute ziekenhuiszorg in Nederland dus zeer goed bereikbaar was. Daarmee werd geaccepteerd dat een kleine 2% van de bevolking (bijvoorbeeld de inwoners van de Waddeneilanden) niet binnen 45 minuten een SEH-afdeling kon bereiken. Doel van de Wtzi was om ervoor zorgen dat dit percentage de jaren erna niet zou stijgen. Zie TK 2005/06, 27 659, nr. 71).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt namens mij toezicht op de toegankelijkheid van de zorg. De NZa heeft de afgelopen periode onderzoek gedaan de toegankelijkheid van de afdelingen voor spoedeisende hulp (SEH's), gelet op signalen over SEH-stops. Ik heb de Kamer recent de uitkomsten van dit onderzoek toegestuurd (TK 2019/20, 29 247, nr. 291). Daaruit concludeerde de NZa dat de acute zorg in Nederland voldoende toegankelijk is. De SEH's in de 4 regio's die consequent stops registreren zijn gemiddeld in 97% van de tijd toegankelijk. Daarmee doelt de NZa overigens op de tijd waarin er geen SEH-stop was; patiënten in levensbedreigende situaties kunnen namelijk altijd bij de meest geschikte SEH terecht.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over het wijzigen van de wet om de ACM een aanwijzing te kunnen geven om actiever onderzoek te doen naar de farmaceutische industrie.

De ACM noemt de prijzen van geneesmiddelen reeds als één van haar prioriteiten. Ik begrijp van de ACM dat zij haar werkzaamheden binnen de farmaceutische sector heeft versterkt. Op dit moment is zij bezig met een handhavingsverzoek over de prijsstelling voor het geneesmiddel CDCA van Leadiant. Ook heeft de ACM recent de concurrentie door biosimilars op de markt voor reumagenesmiddelen (TNF-alfaremmers) onderzocht. De ACM heeft mij verder laten weten dat zij een aantal andere concrete zaken in de farmaceutische sector onderzoekt. Het gaat hierbij onder meer over zaken op het gebied van mogelijk excessieve prijzen en over mogelijke uitsluiting van concurrenten. Daarnaast werkt de ACM aan een evaluatie naar de effectiviteit van haar leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen die ziekenhuizen en zorgverzekeraars informeert over ruimte en mogelijkheden voor het vergroten van hun slagkracht bij de gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen. Ik zie dan ook geen aanleiding om de wet te wijzigen zodat ik de ACM deze aanwijzing kan geven.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over een versnelde invoering van neutrale verpakkingen en een verbod op reclame e-sigaret.

Onderzoek van het RIVM concludeert dat het gebruik van e-sigaretten schadelijk is voor de gebruiker en schadelijke effecten kan hebben voor omstanders. Daarom is in het preventieakkoord opgenomen dat in 2022 ook neutrale verpakkingen voor e-sigaretten worden ingevoerd. De voorbereiding van deze maatregel vergt tijd. Het is namelijk zo dat - in tegenstelling tot neutrale verpakkingen voor sigaretten en shag - er niet kan worden aangesloten bij bestaande internationale wetgeving, omdat geen enkel ander land nog neutrale verpakkingen heeft ingevoerd voor de e-sigaret.

Wat betreft het reclameverbod voor e-sigaretten: in Nederland hebben we een strikt reclameverbod voor tabaksproducten én voor de e-sigaret. Daarnaast is in het preventieakkoord afgesproken dat er per 2021 een uitbreiding van het reclameverbod in en aan speciaalzaken komt. Om dit te regelen moet de wet worden aangepast. Dat vergt ook tijd en daarom is eerdere invoering van de uitbreiding van het reclameverbod niet haalbaar.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over een tekort aan kraamverzorgenden en een onderzoek naar de tarieven en vraagt of de minister kan toezeggen dat er een overgangsregeling voor 2020 voor kraamverzorgenden komt.

De NZa voert een kostenonderzoek uit. Als uit het kostenonderzoek blijkt dat de tarieven kraamzorg herijkt moeten worden dan gelden de nieuwe tarieven per 1 januari 2021. Op dit moment kunnen zorgverzekeraars en kraamzorgorganisaties voor extra innovatie en kwaliteitsdoeleinden gebruik maken van de ruimte van 10 procent boven op het maximum tarief (de max-max-tarieven). Het is dus mijns inziens niet nodig en logisch om de hoogte van de tarieven tussentijds bij te stellen of een overgangsregeling in te stellen.

Overigens ben ik bekend met de zorgen van de sector. Ik ben hiermee samen met de sector aan de slag gegaan. Het kabinet stelt ieder jaar geld beschikbaar voor loonontwikkeling in de zorg. De € 1,7 miljard die we in 2019 zorgbreed extra beschikbaar stellen, biedt ruimte aan sociale partners om goede afspraken te maken in cao's. Goed werken in de kraamzorg gaat niet alleen over salaris, maar ook over goede roosters, werktijden die passen bij de privésituatie en mogelijkheden om te kunnen ontwikkelen. Voor de ontwikkeling van medewerkers hebben we voor deze periode zorgbreed € 420 miljoen beschikbaar gesteld via het Sectorplanplus.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over of er dit jaar € 25 miljoen vrijgemaakt kan worden voor doktersassistenten in regio's waar de nood het hoogst is.

De uitdaging op het gebied van arbeidsmarkt voor de huisartsenzorg is mij bekend. Ik vind het belangrijk dat iedereen in Nederland toegang heeft tot de huisarts. Samen met de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werk ik aan het terugdringen van de personeelstekorten in de hele sector zorg en welzijn. We intensiveren de scholingsimpuls SectorplanPlus met € 50 miljoen extra (daarmee komt voor de gehele looptijd € 420 miljoen euro beschikbaar) en we verbreden deze subsidie voor de inzet voor behoud. Met het

Stagefonds (€ 112 miljoen per jaar) ondersteunen we werkgevers in het bieden van stages. Voor beide regelingen geldt dat deze ook beschikbaar zijn voor de doktersassistent.

Vorig jaar heb ik samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) door Nivel en Prismant onderzoek laten doen naar de arbeidsmarktsituatie in de huisartsenzorg en in kaart laten brengen in welke regio's het mogelijk gaat knellen. Als vervolg hierop heb ik samen met de LHV een plan van aanpak opgesteld met vervolgacties gericht op het aantrekkelijk maken van het huisartsenvak en het aanbod van huisartsenzorg te verhogen. Samen met de LHV ga ik momenteel na hoe wij in aanvulling op deze acties verdere ondersteuning kunnen bieden aan de lokale partijen in die regio's waar de krapte in de huisartsenzorg het grootst is. Zo gaat het ministerie van VWS samen met de LHV vanaf begin 2020 zelf naar deze regio's om daar ter plekke met de betrokkenen verder te verkennen wat de problematiek is en naar passende oplossingen te kijken voor de betreffende regio. Het beschikbaar stellen van € 25 miljoen voor doktersassistenten vind ik nu niet passend.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over optreden door de NZa als het niet goed gaat.

In ons zorgstelsel is het aan zorgaanbieders en zorginkopers om samen de zorg in de regio te organiseren binnen door de overheid gestelde publieke randvoorwaarden. Op de naleving daarvan wordt toegezien door verschillende toezichthouders, zoals de IGJ en de NZa. Die treden op waar nodig. In de houtschoolschets acute zorg zal worden ingegaan op hoe de acute zorg er in de toekomst uit kan zien. Een nieuwe organisatie van de acute zorg kan niet zonder ook na te denken over een financieringsvorm die daar goed bij past en de NZa zal hier uiteraard goed bij worden betrokken. Daarnaast zal in de contourennota, die wij voor de zomer van 2020 aan uw Kamer willen sturen, worden ingegaan op de toekomstbestendigheid van het zorgstelsel en ook hierbij zal aandacht zijn voor de rollen en bevoegdheden van toezichthouders. Hieronder valt ook de NZa.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over hoe de NZa toezicht houdt op de contracten van zorgverzekeraars met zorgaanbieders.

NZa houdt geen toezicht op de inhoud van de contracten. Dat is privaat en concurrentieel. Wel mag een zorgverzekeraar alleen kosten in de risicoverevening inbrengen die voortkomen uit Zvw-verzekerde zorg. De NZa ziet hier wel op toe (rechtmatigheidstoezicht). Ook krijgt de zorgverzekeraar alleen een vereveningsbijdrage voor deze zorg.

Mocht zorg dus niet meer als verzekerde zorg (geen pakket) kunnen worden aangemerkt (bijvoorbeeld niet wetenschappelijk bewezen) en de zorgverzekeraar vergoedt deze zorg toch, dan is hij "een dief van zijn eigen portemonnee" en verzwakt hij zijn concurrentiepositie. De zorgverzekeraar doet er dus goed aan om in het contract op te nemen dat de zorgaanbieder alleen de meest doelmatige en kwalitatief beste zorg levert. Dit is goed voor de verzekerde (zorg van hoge kwaliteit) en voor de zorgverzekeraar (lagere kosten, wat weer leidt tot een lagere premie).

Verder wil ik benadrukken dat een belangrijk speerpunt van mijn beleid is dat er

onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen én dat de onderzoeksresultaten zo snel mogelijk geïmplementeerd worden in de praktijk. Dit heb ik ook benadrukt in mijn brief van 11 oktober over het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek (Kamerstukken II 2018/19, 29248, nr. 318).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over een brancherapport over de zorgverzekeraars.

Eén van de kerntaken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezicht op de zorgverzekeraars. De NZa kijkt daarbij onder andere naar het functioneren van de zorgverzekeraars en de zorgverzekeringmarkt.

De rol en meerwaarde van zorgverzekeraars komt onder andere aan de orde in de jaarlijkse monitor op de zorgverzekeringmarkt. Hierin monitort de NZa de trends en ontwikkelingen rondom zorgverzekeraars, polissen, inkomsten, uitgaven en resultaten en verzekerden. Dit doet de NZa om in kaart te brengen hoe het staat met de betaalbaarheid, toegankelijkheid, solidariteit en transparantie op de zorgverzekeringmarkt. Ook houdt de NZa toezicht op de uitvoering van zorgplicht door zorgverzekeraars. Daarnaast brengt de NZa periodiek het Samenvattend Rapport uit over de Zorgverzekeringwet; de eerstvolgende staat gepland voor het voorjaar van 2020. Zoals gebruikelijk wordt u over deze rapporten geïnformeerd. Gezien de rapporten die de NZa al uitbrengt, zie ik geen toegevoegde waarde om de NZa een aanwijzing te geven om een brancherapport op te stellen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over de anticonceptiepil in het basispakket van de Zorgverzekeringwet.

In 2010 heeft de voorloper van het Zorginstituut Nederland, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) geoordeeld dat bij het gebruik van anticonceptiemiddelen die gebruikt worden als voorbehoedsmiddel, géén sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg maar van een behoefte aan family-planning. Om deze reden adviseerde het CVZ om anticonceptieve middelen voor deze doeleinden uit te laten stromen. Dit pakketadvies is destijds niet geheel overgenomen. Vanaf 2011 zijn anticonceptiemiddelen uit het basispakket gehaald voor vrouwen vanaf 21 jaar. Deze maatregel werd nodig geacht om overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg te beperken. Daarbij is de politieke keuze gemaakt om anticonceptie tot 21 jaar niet uit het pakket te halen om zo bij te dragen aan het voorkomen van ongewenste tienerzwangerschappen.

Zoals ook aangegeven tijdens het Algemeen Pakketoverleg van juni van dit jaar en in mijn recente antwoorden op vragen van mevrouw Ploumen, gaat het in geval van de anticonceptiepil om geringe kosten van gemiddeld minder dan € 5 per maand. Deze kosten kunnen voor eigen rekening komen. Bovendien wordt de pil vaak vergoed uit de aanvullende verzekering en dus zonder toepassing van het verplicht eigen risico. Ik zie daarom geen reden om de anticonceptie voor vrouwen vanaf 21 jaar weer in het basispakket op te nemen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over de mogelijkheid om fabrikanten te verplichten openheid te geven over de prijsopbouw van geneesmiddelen.

Ik hecht groot belang aan transparantie over geneesmiddelenprijzen. Transparantie is geen doel op zich. Het is een middel om enerzijds inzicht te krijgen in de structurele oorzaken voor hoge prijzen van (bepaalde) geneesmiddelen, anderzijds om met die informatie een maatschappelijke afweging te kunnen maken of de uitgaven aan een individueel geneesmiddel gerechtvaardigd en verantwoord zijn. Met andere woorden betalen we een eerlijke prijs voor zo'n middel.

Het afdwingen van prijstransparantie kent de nodige haken en ogen. Waar een verplichting leidt tot een fabrikant die niet levert in Nederland is de patiënt de dupe. Wat ik nu al wel kan doen is het mogelijk consequenties verbinden aan het niet gehoor geven aan een verzoek om transparantie. Fabrikanten die niet transparant zijn en hoge prijzen vragen zal ik publiekelijk aanspreken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. En bij zeer hoge prijzen van geneesmiddelen of een hoog kostenbeslag kan onvoldoende openheid uiteindelijk een rol spelen bij mijn afweging om een geneesmiddel al dan niet te vergoeden.

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 **Ploumen** (PvdA) of het kabinet het ermee eens is dat regie gevoerd moet worden zodat zorg voor iedereen toegankelijk is.

Betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg zijn twee van de drie pijlers waarop ons hele zorgstelsel is gebaseerd. Ons beleid is juist gericht op het voor iedereen toegankelijk houden van de zorg, zowel financieel als geografisch. Daar waar in de praktijk iets knelt, onderzoeken we de knelpunten en de mogelijke oplossingen en treffen we maatregelen. Tegelijk moeten we openstaan voor de houdbaarheid op langere termijn en ervoor blijven zorgen dat mensen niet tussen wal en schip vallen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Ploumen** (PvdA) over dat geneesmiddelen onderzoeksvoorstellen alleen gesubsidieerd mogen worden als man/vrouw-verschillen meegenomen worden?

Ik vind het van belang dat binnen onderzoek op een goede manier aandacht wordt besteed aan relevante verschillen tussen vrouwen en mannen. Het ZonMw Kennisprogramma Gender en Gezondheid heeft de noodzaak van aandacht voor sekse en gender in al het gezondheids(zorg)onderzoek (mede) geagendeerd. Waar bij het Kennisprogramma nadrukkelijk is ingezet op het verbinden en delen van kennis, ga ik er vooralsnog vanuit dat de betrokkenen - waar zinnig - ook zonder algemene verplichting aandacht besteden aan het belang van man/vrouw-verschillen bij gezondheids(zorg)onderzoek.

Zo laat het CBG alleen medicijnen toe als deze voldoende zijn onderzocht bij de doelgroep. Is bijvoorbeeld de helft van de diabetespatiënten vrouw, dan is de vuistregel dat de onderzoeksgroep ook voor ongeveer de helft uit vrouwen bestaat. Dit principe geldt ook voor bijvoorbeeld leeftijd en afkomst. Onderzoek van de EMA en het CBG naar recente registraties van geneesmiddelen laat dan ook zien dat vrouwen inmiddels goed vertegenwoordigd zijn in klinisch geneesmiddelenonderzoek.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) over het voorstel brede pilot van gezonde basisschool voor de toekomst

Ik volg het initiatief van de Gezonde Basisschool van de Toekomst van de provincie Limburg met belangstelling en zal op korte termijn met de initiatiefnemers in gesprek gaan. Het initiatief wordt op dit moment niet door de Rijksoverheid gefinancierd, maar door de provincie Limburg. Eind 2020 vindt de eidevaluatie plaats. Naast de inhoudelijke effectiviteit is het van belang om de kosten en praktische uitvoerbaarheid in beeld te brengen. Op dit moment wacht ik de uitkomsten af alvorens ik beslis of een nader onderzoek naar de kosten en praktische uitvoerbaarheid wenselijk is. Ik heb u hier over geïnformeerd in mijn brief van 18 oktober 2019 (TK32793, nr. 420).

Het programma 'De gezonde school' heeft een bredere oriëntatie en richt zicht naast voeding en sport en bewegen ook op onder andere relaties en seksualiteit, fysieke veiligheid en mediawijsheid. Dit programma wordt gefinancierd door de ministeries van VWS, OCW en LNV samen.

Het programma Jong Leren eten van het ministerie van LNV heeft tot doel jongeren meer structureel in aanraking te laten komen met informatie en activiteiten over voedsel en ze te leren gezonde en duurzame keuzes te maken. De activiteiten en subsidies van dit programma sluiten nauw aan op die van de Gezonde School.

Het programma Nu Niet Zwanger (NNZ) richt zich op een heel andere doelgroep, namelijk vrouwen en mannen in de vruchtbare leeftijd waarbij sprake is verhoogde kwetsbaarheid door een opeenstapeling van problemen. Deze mannen en vrouwen zijn veelal al in beeld bij meerdere hulpverleningsinstanties. Dit programma wordt op dit moment landelijk uitgerold. Het ministerie van VWS verstrekt hiervoor een subsidie aan de GGD GHOR. Vanuit die subsidie worden gemeenten financieel ondersteund met een startsubsidie voor de implementatie van Nu Niet Zwanger, daarnaast wordt er van gemeenten ook een eigen bijdrage verwacht.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) over een register ontstaansgeschiedenis van kinderen verwekt via een donor en binnenlandse en buitenlandse adoptie, zodat kinderen die informatie kunnen terugzoeken als die wens er is.

Op 12 juli jl. stuurde de minister voor Rechtsbescherming de kabinetsreactie op het advies van de Staatscommissie Herijking ouderschap aan uw Kamer (Kamerstukken 2018/19, 33.836, nr. 45). Daarin heeft hij de visie van het kabinet uiteengezet op het recht op informatie over de ontstaansgeschiedenis. Het kabinet zal de registratie van gegevens over de ontstaansgeschiedenis uitbreiden. Er komt één herkenbaar centraal punt waar kinderen en andere betrokkenen die op zoek zijn naar afstammingsinformatie terecht kunnen voor toegang tot beschikbare gegevens. Hier zouden in ieder geval donorgegevens, gegevens over een draagmoeder of anonieme geboortemoeder, binnenlandse en buitenlandse adoptiegegevens en andere eventueel beschikbare gegevens over biologische afstamming moeten kunnen worden opgeslagen.

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 **Dik-Faber** (CU) over het beter in de opleidingen en bijscholing verankeren van Samen beslissen.

Eén van de lijnen van het programma Uitkomstgerichte zorg richt zich op Samen Beslissen. Eén van de acties in die lijn Samen Beslissen is gericht op het verankeren van Samen Beslissen in de opleiding. De partijen van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg hebben hiertoe een gezamenlijk werkplan opgesteld. Voor de zomer van 2020 zijn hierin de eerste stappen gezet. In de voortgangsrapportage van het programma die ik u in juli (Kamerstukken 2018/19, 31476, nr. 28) stuurde is deze aanpak terug te vinden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) over een amendement betreffende mogelijke overheidsfinanciering voor de opleiding tot arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde (IGT)

In de regel werken artsen Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde (IGT) eerst in het buitenland en keren zij daarna terug naar Nederland. Een klein aantal blijft als AIGT werkzaam bij Universitaire Medische Centra en bij het opleidingsinstituut. Hun rol is met name het doorgeven van kennis, maar er is geen sprake van structurele systematische kennisoverdracht.

Mede naar aanleiding van aandacht van de media en de Kamer voor het ontbreken van financiering van deze opleiding is aan GGD GHOR Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gevraagd om zich uit te spreken over de noodzaak van artsen IGT voor de zorg in Nederland. Het RIVM ziet meerwaarde van de arts IGT als bron van informatie. De overige partijen wijzen erop dat kennis en behandeling van uitheemse infecties in Nederland reeds is belegd bij andere zorgverleners zoals de artsen infectieziektebestrijding en curatieve artsen. De arts IGT speelt hier geen grote rol in.

De NVZ en de NFU zijn ook niet bereid om opleidingsmiddelen beschikbaar te stellen voor de opleiding tot arts IGT. Ik wijs erop dat de 'tropenartsen' in opleiding het theoriedeel van hun opleiding zelf betalen. In dienst bij de ziekenhuizen waar zij het praktijkdeel volgen, dragen zij substantieel bij aan de zorgproductie van deze ziekenhuizen en compenseren zij zodoende grotendeels de opleidingskosten van de ziekenhuizen.

De gestructureerde kennisoverdracht van in het buitenland opgedane kennis heeft wel relevantie voor de Nederlandse gezondheidszorg. Daarom zou ik dit willen stimuleren door middel van een verhoging van de bestaande subsidie die naast deze gestructureerde kennisoverdracht uitsluitend dient te worden aangewend als een bijdrage in de kosten van de AIO's voor het volgen van de opleiding en als bijdrage in de kosten van het opleidingsinstituut.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) over duurzaamheid in de opleidingen en de hoofdlijnenakkoorden, of de zorgsector een beroep kan doen op subsidies voor energiebesparing, en hoe de zorgsector kan bijdragen aan de circulaire economie.

Ik ga niet over de invulling van de opleidingen, maar ik kan wel nagaan in hoeverre de verduurzamingsopgave onderdeel uitmaakt van de opleidingen en opleidingsinstituten stimuleren hierover na te denken. Hier ligt een behoefte. We zien veel interesse bij studenten en jonge artsen voor dit onderwerp. Zorginstellingen geven aan dat tijdens sollicitatiegesprekken regelmatig wordt gevraagd naar de verduurzamingsmaatregelen van de zorginstelling. Verder is van belang dat dit jaar en de komende jaren in het kader van de Green Deal Duurzame Zorg tal van nascholings- en trainings- en andere leeractiviteiten worden uitgevoerd op het gebied van verduurzaming. VWS ondersteunt deze activiteiten samen met andere departementen.

Voor wat betreft de hoofdlijnenakkoorden. Er ligt een onvermijdelijke verduurzamingsopdracht voor de komende decennia en daarmee ook een investeringsopgave. De investeringsopgave wordt onderzocht. Het ligt voor de hand dat dit onderdeel uitmaakt van de toekomstige financiële afspraken met het veld. Op de vorm daarvan kan ik nu niet vooruitlopen.

Bij het onderzoeken van de investeringsopgave worden ook alle beschikbare subsidieregelingen betrokken, zoals de Stimulering Duurzame Energieproductie (SDE+) en Investeringssubsidie Duurzame Energie (ISDE) die ook beschikbaar zijn voor de zorgsector. Daarbij worden ook de voorwaarden bekeken en de eventuele belemmerende factoren voor de zorg.

Over de bijdrage aan de circulaire economie. Eén van de pijlers uit de Green Deal 'Duurzame Zorg' is gericht op het stimuleren en verder ontwikkelen van circulair werken in de zorg. Zorgprofessionals geven aan afval te willen verminderen. Dit jaar is met steun van het ministerie van VWS een initiatief gestart van de inkooporganisatie Intrakoop en de vereniging van inkopers om de inkoop van duurzame producten in de zorg te stimuleren. Het ministerie van VWS wil het circulair werken verder stimuleren door samen met de sector een plan van aanpak op te stellen voor zorgspecifieke producten, zoals incontinentiemateriaal en disposables in de OK. Hierbij wordt ook gekeken naar internationale samenwerking en de geleerde lessen, zoals uit Zweden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) om in gesprek te gaan met vruchtbaarheidsklinieken en mijn Deense ambtgenoot, om ervoor te zorgen dat de waarborgen die de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb) biedt in Nederland, ook in Europees verband gerespecteerd worden.

Nederlandse klinieken moeten zich houden aan de eisen die de Wdkb stelt, ook als gebruik wordt gemaakt van buitenlandse donoren. Wanneer vrouwen in Nederland behandeld worden met Deense donorzaad gelden dezelfde eisen als voor behandeling met zaad van Nederlandse donoren: sociale, fysieke en persoonsidentificerende gegevens moeten binnen 24 weken na de behandeling verstrekt worden aan de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting (Sdcb) en het kind kan vanaf het 16e levensjaar de persoonsidentificerende gegevens opvragen bij de Sdcb. Bovendien zijn de klinieken gehouden aan de Nederlandse norm dat donorzaad bij maximaal 12 vrouwen mag worden gebruikt, wat in de

praktijk neerkomt op maximaal 25 kinderen per donor. Dat geldt ook voor gebruik van zaad van een buitenlandse donor binnen Nederland. Na inwerkingtreding van de voorgenomen wijziging van de Wdkb wordt hierop toezicht gehouden door de Sdkb. Ik kan echter niet voorkomen dat het buitenlandse zaad ook in andere landen wordt gebruikt. Wensouders dragen hierin mijns inziens ook zelf een verantwoordelijkheid richting hun kinderen.

Omdat de Wdkb dezelfde waarborgen biedt bij gebruik van Nederlands donorzaad en buitenlands donorzaad zie ik geen reden om hierover met Deense vruchtbaarheidsklinieken of mijn Deense ambtgenoot in gesprek te gaan.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) over de financiering van de zorg voor mensen die op Intensieve Neurorevalidatie zijn aangewezen.

Ook mensen met niet-aangeboren hersenletsel die na een coma worden behandeld in een verpleeghuissetting moeten de zorg krijgen die zij nodig hebben. Het gaat om een betrekkelijk kleine groep cliënten met een complexe zorgvraag. In september van dit jaar heb ik naar aanleiding van het KPMG-advies over expertisecentra in de langdurige zorg de commissie-Leerink ingesteld. Deze commissie heeft de opdracht om tot een goede kennisinfrastructuur te komen voor een aantal specifieke groepen, waaronder deze groep. Ook heb ik aan de NZa advies gevraagd over de noodzakelijke bekostiging. Zowel van de commissie als van de NZa wordt eind van het jaar een advies verwacht. Ik heb reeds toegezegd de Kamer nader te informeren zodra deze adviezen er zijn. Ik zal dan expliciet aandacht aan deze groep besteden.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) over ontwikkeling concept van de Gezonde Basisschool van de Toekomst in Limburg.

Ik volg het initiatief van de Gezonde Basisschool van de Toekomst van de provincie Limburg met belangstelling en zal op 18 november met de initiatiefnemers in gesprek gaan. Het initiatief wordt op dit moment niet door de Rijksoverheid gefinancierd, maar door de provincie Limburg. Eind 2020 vindt de eindevaluatie plaats. Naast de inhoudelijke effectiviteit is het van belang om de kosten en praktische uitvoerbaarheid in beeld te brengen. Op dit moment wacht ik de uitkomsten af alvorens ik beslis of een nader onderzoek naar de kosten en praktische uitvoerbaarheid wenselijk is. Ik heb u hier over geïnformeerd in mijn brief van 18 oktober 2019 (TK32793, nr. 420).

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) of de staatssecretaris in het Trimbos-onderzoek ook het toevoegen van smaakjes wil meenemen.

In het plenaire debat over de maatregelen uit het preventieakkoord heb ik toegezegd de schadelijkheid van de e-sigaret te laten onderzoeken. Daarom heb ik het Trimbos gevraagd om een stand van zaken van de wetenschap te geven over onder meer de schadelijkheid van de elektronische sigaret. Het Trimbos-instituut zal de effecten van de zoete smaakjes – bijvoorbeeld als het gaat om de aantrekkelijkheid van de e-sigaret voor jongeren – daarin meenemen. Deze wetenschappelijke stand van zaken zal ik voor het einde van het jaar met uw Kamer delen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) over de brandbrieven en signalen uit het veld over de toename van het aantal dak- en thuislozen.

Ik spreek regelmatig met partijen zoals de G4-gemeenten en het Leger des Heils, ook over de signalen die zij recent hebben afgegeven. Het zijn belangrijke signalen die mijn collega's in het kabinet en ik heel serieus nemen. De signalen bevestigen mij in de urgentie om tot de recent aangekondigde kabinetsbrede aanpak te komen als aanvulling op het huidige beleid. U geeft daarnaast terecht aan dat het gaat om een kabinetsbrede aanpak. Wonen, financiële bestaanszekerheid, schuldenaanpak, opleiding, toeleiding naar werk en zorg, en begeleiding – al deze aspecten zijn van belang en zal ik meenemen in dit plan.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (ChristenUnie) over de opvang van daklozen in de winter.

Het is belangrijk dat mensen die opgevangen moeten worden ook daadwerkelijk een plek krijgen in de maatschappelijke opvang. Dat geldt zeker in de koude wintermaanden. Tijdens een bestuurlijk overleg in juli jl. heb ik gesproken met gemeenten over de opvang tijdens de winter. Op mijn verzoek heeft de VNG een uitvraag gedaan onder gemeenten. Daaruit blijkt dat alle gemeenten of een winterkouderegeling hebben, of de opvang het hele jaar openstellen voor daklozen. Ik heb geen signalen dat gemeenten de winterkouderegeling dit jaar niet (volledig) toepassen. Diverse gemeenten, bijvoorbeeld de gemeente Amsterdam, hebben mij onlangs verzekerd dat de winterkoudeopvang ook dit jaar goed geregeld is.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Dik-Faber** (CU) over ondersteuning van de eilanden met de implementatie van het VN-verdrag inzake rechten van personen met een handicap in Caribisch Nederland en welk tijdspad hierbij kan worden gehanteerd.

Het ministerie van VWS ondersteunt Caribisch Nederland met de implementatie van het verdrag. We hebben gekozen voor een getrapte aanpak, waarin eerst de problemen in de praktijk worden opgepakt, voordat eventuele wijzigingen in wet- en regelgeving in beeld komen. In de afgelopen jaren hebben de openbare lichamen plannen ingediend zodat zij zelf hun prioriteiten stellen en daar uitvoering aan kunnen geven.

De schaal van de eilanden en de lokale omstandigheden vereisen een geheel andere aanpak dan in Europees Nederland. In Caribisch Nederland is er bijvoorbeeld geen openbaar vervoer, maar is bijvoorbeeld ook het aantal mensen met speciale vervoersbehoeften klein. Dit rechtvaardigt een meer individuele aanpak. Op Saba, Sint Eustatius en Bonaire zullen mensen met een beperking zoveel mogelijk individueel worden benaderd om te bekijken wat ze nog nodig hebben om mee te kunnen doen in de samenleving. Het ministerie van VWS en de openbare lichamen trekken hierin gezamenlijk op. Ik blijf in gesprek met de eilanden over implementatie van het Verdrag, maar de nadruk ligt op het daadwerkelijk een verschil maken in de levens van mensen met een beperking.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Esch** (PvdD) over wat mensen in de buurt van geitenhouderijen van de bewindspersonen kunnen verwachten voor hun gezondheid en toekomst.

Uit het onderzoek Veehouderij en Gezondheid Omwonenden (VGO) is gebleken dat omwonenden rond geitenhouderijen een verhoogde kans hebben op longontsteking, zoals in oktober vorig jaar aan uw Kamer is bericht. In het studiegebied was in 2016 sprake van 18,7 nieuwe diagnoses per duizend inwoners, ofwel 1,87% kans om longontsteking te krijgen. Mensen die in het VGO-gebied binnen een straal van twee kilometer van een geitenhouderij wonen, hebben op grond van de uitkomsten van deze studie 0,47% extra kans, ofwel opgeteld 2,34% kans om longontsteking te krijgen. De oorzaak van dit verhoogde risico is nog onbekend. In opdracht van de ministeries van VWS en LNV wordt hier momenteel vervolgstudie naar verricht. Doel van dit VGO 3 is om de oorzaak van de gevonden signalen van verhoogde longstekingen rond geitenbedrijven te onderzoeken. Wanneer de oorzaak bekend is kunnen mogelijk maatregelen genomen worden om de gezondheidsrisico's te verkleinen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Esch** (PvdD) over wanneer het expertisecentrum Q-koorts wordt opgericht.

Met Q-support heb ik afgesproken dat zij gedurende haar projectperiode de functie van één loket voor patiënten, gemeenten en zorgaanbieders blijft vervullen. Hierover heb ik de Kamer op 12 juli jl. geïnformeerd in een voortgangsrapportage (Kamerstukken 2018/19, 25 295, nr. 71). We bekijken nu gezamenlijk hoe de uiteindelijke borging van de zorg voor deze specifieke doelgroep kan plaatsvinden, wie de regiefunctie voor patiënten op zich neemt, en op welke wijze de begeleiding en ondersteuning voor patiënten, zorgaanbieders en gemeenten vormgegeven kan worden. Daarbij wordt ook bekeken hoe samenwerking van zorgprofessionals kan worden ondersteund. Overigens is er ook een Q-koorts expertisecentrum bij het Radboud UMC waar veel kennis is opgebouwd over de behandeling van Q-koorts patiënten en waar Q-support mee samenwerkt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Esch** (PvdD) over een studie waaruit blijkt dat 8000 kinderen in Nederland astma hebben als gevolg van grote stikstofconcentraties in de lucht.

Luchtverontreiniging is de grootste oorzaak van milieugerelateerde ziektelast en kan inderdaad leiden tot astma. Zowel stikstofoxiden uit verbrandingsprocessen als ammoniak uit veehouderijen spelen een rol. De staatssecretaris van IenW is coördinerend bewindspersoon op luchtkwaliteit en werkt aan het Schone Lucht Akkoord. Het ministerie van VWS is hier ook bij betrokken. Het Schone Lucht Akkoord heeft tot doel te komen tot een gezondheidswinst van luchtverontreiniging met 50% in 2030 ten opzichte van 2016 (Kamerstukken 2018/19, 30 175, nr. 339) en is daarmee ook belangrijk om te voorkomen dat kinderen astma krijgen.

In de kabinetsreactie op het rapport van de commissie-Remkes d.d. 4 oktober 2019 (Kamerstukken 2019/20, 32 670, nr. 167) is ook de gezondheidskant van de stikstofproblematiek benoemd en wordt aangegeven dat de hoeveelheid stikstof voor onze gezondheid omlaag moet. Alle maatregelen gericht op het verlagen van de stikstofuitstoot leveren dus ook direct gezondheidswinst op.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Esch** (PvdD) of voor een gezonde leefomgeving een integraal preventiebeleid nodig is en dat verschillende departementen de handen ineenslaan en bronmaatregelen nemen met het oog op de intensieve veehouderij.

Wij, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van VWS, vinden het van groot belang dat werk gemaakt wordt van de gezonde leefomgeving. Zowel met het oog op de ziektelast vanuit het milieu, als de kansen die de leefomgeving kan bieden voor preventie. Het is aan de ruimtelijke departementen (de ministeries van IenW, LNV, EZK en BZK), provincies en gemeenten om gezondheidsbeschermende maatregelen te nemen als ruimtelijke ontwikkelingen leiden tot ziektelast. Hierop werken wij ook samen met de andere ministeries waar nodig, bijvoorbeeld in de stuurgroep Leefomgeving. Daarnaast hebben decentrale overheden de wettelijke taak om op het ruimtelijk domein een gezonde leefomgeving te bevorderen. Zij kunnen hiervoor zowel de instrumenten van de Omgevingswet als de expertise van de GGD'en benutten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Esch** (PvdD) over het wegnemen van drempels om huisdieren mee te nemen naar het verpleeghuis.

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. Het gezelschap van huisdieren is belangrijk voor mensen en het is goed als zij hun huisdier kunnen meenemen als ze verhuizen naar het verpleegtehuis. Dit kan stress en bezorgdheid verminderen en activiteiten als wandelen en zorgen voor dieren bevorderen. Uiteraard moeten daarbij ook gezondheids- en veiligheidsrisico's in de gaten worden gehouden. Ik heb een paar maal met de brancheorganisatie ActiZ over deze materie gesproken. Er zijn verpleeghuizen die op een aansprekende manier huisdieren inzetten om het leven van ouderen aangenamer te maken. Van geval tot geval zal moeten worden bekeken wat mogelijk en wenselijk is. Goede voorbeelden zal ik inventariseren zodat anderen dit kunnen navolgen. Dit wordt gedaan via Waardigheid en Trots op locatie. Zie: www.waardigheidentrots.nl/dieren-in-het-verpleeghuis/.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over dat bij de overdracht van de taken sprake was van meteen een enorme bezuiniging en dat dit de eerste fout was.

Bij de decentralisatie is bezien voor welke mensen de verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning werd gedecentraliseerd naar gemeenten; gemeenten hebben de instrumenten en middelen ontvangen die daarbij nodig werden geacht. De oorspronkelijke taakstellingen uit het Regeerakkoord uit 2012 zijn in verschillende stappen substantieel verzacht. Ik doel dan op de verzachtende maatregelen, extra middelen die aan het gemeentefonds zijn toegevoegd naar aanleiding van het Zorgakkoord 2013, het VNG-akkoord 2013, het Begrotingsakkoord 2014 en recent de Voorjaarsbesluitvorming 2019.

Het kabinet heeft dit voorjaar voor de komende drie jaar extra financiële middelen aan gemeenten beschikbaar gesteld voor jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Om te kunnen bepalen of, en zo ja in welke mate, gemeenten

structureel extra middelen ter uitvoering van de Jeugdwet nodig hebben, heeft het kabinet met VNG afgesproken dat er in het najaar van 2020 een onderzoek is afgerond. Het Rijk en de gemeenten hebben daarnaast geconcludeerd dat naast extra geld ook een betere organisatie van de Jeugdhulp nodig is om de beloften van de Jeugdwet in te kunnen lossen. De bestuurlijke afspraken zijn gemaakt om regie, sturing en samenwerking in de jeugdhulp te verbeteren. Deze leiden dit najaar, voor het tijdstip van het Wetgevingsoverleg Jeugd op 18 november, tot nadere voorstellen aan de Tweede Kamer.

Voor wat betreft de Wmo zijn dit voorjaar ook extra financiële middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten voor het realiseren van de ambities uit het hoofdlijnenakkoord ggz. Het bedrag loopt op van € 50 miljoen in 2019 tot € 95 miljoen in 2022 en wordt daarna structureel.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over het domeinoverstijgend indiceren door de wijkverpleegkundige, ook voor de Wmo en de Wlz.

Ik vind het belangrijk dat mensen passende zorg en ondersteuning krijgen en dat hun cliëntreis zo soepel mogelijk verloopt. Het moet daarbij niet uitmaken uit welk domein iemand deze zorg en ondersteuning krijgt. De ontwikkeling van samenwerking in de wijk richting een herkenbaar en aanspreekbaar team kan hier zichtbaar aan bijdragen.

De Wmo 2015 kent momenteel al een artikel waarmee een wijkverpleegkundige gemandateerd kan worden om zorg en ondersteuning voor een cliënt vast te stellen (artikel 2.6.3 van de Wmo 2015). Er zijn dus momenteel geen juridische belemmeringen om de wijkverpleegkundige voor de Wmo te laten indiceren. Partijen zullen tot goede praktische afspraken over de samenwerking moeten komen. Er zijn voorbeelden van gemeenten waar geëxperimenteerd is of wordt met indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Ik volg die voorbeelden met interesse.

De indicatiestelling voor de Wlz wordt door het CIZ uitgevoerd. Bij dat indicatieproces speelt de wijkverpleegkundige geen rol. Ik hecht aan de onafhankelijke, deskundige en uniforme wijze waarop het CIZ de indicatiestelling uitvoert, zodat het recht op toegang tot de Wlz onafhankelijk getoetst wordt. Het CIZ heeft in de afgelopen periode gewerkt aan het verminderen van administratieve lasten en versnelling van het proces van de indicatiestelling.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over de overgang van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) en het verschil in de eigen bijdragen.

De signalen dat cliënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen vanuit de Wmo de overgang naar de Wlz zouden uitstellen, uitsluitend vanwege het verschil in de hoogte van de eigen bijdragen, zijn mij bekend. Het is echter niet zo dat een cliënt altijd een veel hogere bijdrage moet betalen bij de overgang naar de Wlz. Van de thuiswonende Wlz-cliënten betaalt 70% voor het modulair pakket thuis of persoonsgebonden budget de minimale eigen bijdrage van € 23,40 per maand. Dit is een verschil van circa € 4,- per maand met het abonnementsstarief in de Wmo. Dat neemt niet weg dat er ook cliënten zijn die met een groter verschil

geconfronteerd worden bij de overgang naar de Wlz. De commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen is gevraagd in zijn advies aandacht te besteden aan dit onderwerp. Eind 2019 brengt de commissie advies uit.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50Plus) over de financiële situatie van jeugdzorginstellingen.

Het kabinet heeft in de voorjaarsnotabesluitvorming 2019 € 1020 miljoen extra uitgetrokken voor de uitvoering van de Jeugdwet (€ 420 mln in 2019, € 300 mln in 2020 en € 300 mln in 2021). Rijk en gemeenten hebben geconcludeerd dat naast extra geld ook een betere organisatie van de jeugdhulp nodig is om de beloften van de Jeugdwet in te kunnen lossen. We hebben daarom bestuurlijke afspraken gemaakt om de regie, sturing en samenwerking in de jeugdhulp te verbeteren, zodat kinderen met complexe problemen op tijd passende hulp krijgen en jeugdprofessionals meer tijd kunnen besteden aan hulp en begeleiding in plaats van administratie. We willen de jeugdhulp nader ordenen zodat helder is op welk schaalniveau (lokaal, regionaal, bovenregionaal en landelijk) jeugdhulpaanbieders inkoopafspraken kunnen maken. Dit geeft meer stabiliteit aan jeugdhulpaanbieders en leidt ook tot vereenvoudiging van inkoopprocedures. Ik zal de Kamer tijdig vóór het WGO Jeugd van 18 november informeren over onze plannen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over het uniformeren van de inkoopprocedures bij de gemeenten.

Na de decentralisatie in het sociaal domein zijn het de gemeenten die verantwoordelijk zijn voor de inkoop van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Ik onderken dat dit voor zorgaanbieders die met meer dan één gemeente te maken hebben veel administratieve lasten met zich brengt. Via het Programma inkoop en aanbesteden sociaal domein, dat ik gezamenlijk met gemeenten en zorgaanbieders heb opgezet, zijn verschillende acties in gang gezet om hier verlichting te bieden, bijv. door het opstellen van modelbepalingen over standaardkwesties. Er zijn daarbij nog verbeteringen mogelijk. Het overgaan tot verplicht uniformeren van inkoopprocedures past niet goed bij de gemeentelijke beleidsvrijheid zoals die is tot stand gekomen na de decentralisatie. Ik voeg hieraan toe dat nationale maatregelen ter bestrijding van de bureaucratie van het aanbesteden tijdelijk nodig zijn zolang de Europese aanbestedingsrichtlijn niet is herzien en de problematiek dus voortduurt. Ik blijf van mening dat de Europese aanbestedingsrichtlijn ten aanzien van opdrachten voor diensten op het gebied van het sociaal domein moet worden geëvalueerd en aangepast. Aanbestedingsregels die Europees breed werken lenen zich niet goed voor het verkrijgen van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede lokale zorg. Ik berichtte uw Kamer daarover uitgebreid in mijn brief van 17 maart 2019 (Kamerstukken 2018/19, 31 839, nr. 631). Ik blijf mij daarvoor inzetten.

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

Ik zie de urgentie en ben het er mee eens dat wij actie moeten ondernemen om woonvormen voor ouderen te realiseren. Samen met de minister van

Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heb ik in de brief over Langer Thuis - Wonen en Zorg van 18 oktober jl. onze gezamenlijke aanpak uiteengezet. In de kern is onze aanpak als volgt: een heldere lokale visie per gemeente op wonen en zorg, met een duidelijke opgave in beeld van de transformatie en nieuwbouw (hoeveelheid en type woningen), benodigde voorzieningen in de wijk en een uitvoeringsplan. Lokaal bestaat het beste zicht op de wensen, de samenstelling van de doelgroep en de mogelijkheden in de omgeving. Landelijk stimuleren en ondersteunen wij dit proces. In de brief kondigen wij aan dat de Taskforce Wonen en zorg eind dit jaar met een plan van aanpak komt en naar een landelijk akkoord ter ondersteuning van haar aanpak streeft. Verder hebben wij een ondersteuningsteam Wonen en zorg ingericht dat gemeenten kan helpen bij het realiseren van haar visie, plannen en opgaven. Dit doen wij door ondersteuning te bieden met data over het aanbod, zodat de bouw van huizen voor ouderen kan meeprofiteren van de boost aan de woningmarkt vanuit de 2 miljard euro die beschikbaar is gesteld voor het bouwen van betaalbare woningen alsmede van de heffingsvermindering voor nieuwbouw in de verhuurderheffing. Tot slot pas ik de stimuleringsregeling Wonen en Zorg per 1 januari 2020 aan zodat de toegankelijkheid wordt vergroot en meer initiatieven in aanmerking komen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over geld om concepten voor woonvormen voor ouderen te kunnen ontwikkelen.

In de brief van 18 oktober jl. die ik u samen met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heb toegestuurd, heb ik aangegeven wat wij doen om woonvormen voor ouderen te ontwikkelen. In deze brief hebben wij aangegeven dat het Rijk de woningmarkt een boost geeft door € 1 mld beschikbaar te stellen voor het bouwen van betaalbare woningen (sociale huur, middenhuur en goedkope koopwoningen) in een kwalitatief goede leefomgeving voor starters en mensen met een middeninkomen. Daarnaast is een heffingsvermindering voor nieuwbouw in de verhuurderheffing aangekondigd. De bouw van huizen voor ouderen kan van beide maatregelen meeprofiteren, mits voldaan wordt aan de voorwaarden.

Daarnaast heb ik aangegeven dat ik de stimuleringsregeling Wonen en Zorg per 1 januari 2020 aanpas zodat de toegankelijkheid wordt vergroot en meer initiatieven in aanmerking kunnen komen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over het doen van een onderzoek naar het opnemen van mondzorg voor ouderen vanaf de pensioengerechtigde leeftijd.

De mondgezondheid van (kwetsbare) ouderen is een belangrijk onderwerp. Het is positief dat mensen steeds vaker hun eigen gebit houden, maar dit brengt ook risico's met zich mee voor de mondgezondheid. Uit onderzoek is echter gebleken dat andere factoren dan vergoeding een rol spelen bij kwetsbare ouderen die niet (meer) naar de tandarts gaan. Daarnaast speelt bij het gezond houden van de mond de dagelijkse verzorging een grote rol. Deze taak ligt niet primair bij de mondzorgprofessional maar bij de oudere zelf, de mantelzorger of de zorgverlener. Voor een betere mondgezondheid van (kwetsbare) ouderen zal dus breder moeten worden ingezet dan alleen de preventieve mondzorg bij de tandarts of mondhygiënist. Hiervoor lopen verschillende trajecten.

Naast het ambitietraject dat de NZa is gestart, wordt op dit moment door veldpartijen samengewerkt binnen de Stichting 'De Mond Niet Vergeten' om de mondzorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie te verbeteren. Ook hebben

veldpartijen initiatief genomen om in een 'ronde tafel' samen te werken aan de verbetering van de mondzorg voor kwetsbare ouderen. Ik zie meer waarde in het opvolgen en waar nodig samenbrengen van die trajecten dan nu een breed onderzoek toe te zeggen, om na te gaan wat de kosten en baten zijn om mondzorg te vergoeden vanaf de pensioengerechtigde leeftijd.

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 of zaken als de hoofdlijnakoorden, een voorgestelde inventarisering van de regiobeelden en dergelijke voldoende zijn om malafide zorgaanbieders te weren uit de zorg. En zo niet, wat wel goede maatregelen zouden zijn.

De zorg mag geen plek zijn voor fraudeurs en zelfverrijking. Om malafide zorgaanbieders te weren uit de zorg zijn meerdere maatregelen nodig. We zien namelijk in de casuïstiek dat het probleem zich in de volle breedte van zorgverlening voordoet, daarom zijn ook maatregelen nodig die gericht zijn op de volle breedte van zorgverlening. In onze brief van 17 oktober jl. hebben we u geïnformeerd over de maatregelen die we nemen (Kamerstukken II, 2018/19, 32 620, nr. 238). In deze brief gaan we onder andere in op de maatregelen die we nemen tegen belangenverstrengeling, excessieve winsten, 'schimmige' constructies, zorgaanbieders die steeds opnieuw de fout ingaan en voor de verdere uitbreiding en inrichting van de Wtza-vergunning.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) om te investeren in preventie en dementie.

De professionals wijzen in de brief op de potentie van preventie. Het daadwerkelijk effect is echter afhankelijk van veel meer factoren dan alleen het stimuleren van een bepaalde leefstijl. Internationaal wordt daarom veeleer gesproken over het verminderen van risico's van dementie. Wel zijn wij het met de auteurs eens dat meer aandacht voor het voorkomen van dementie, inclusief onderzoek naar hoe de risico's op dementie te verkleinen en het ziekteproces te remmen, nodig is. Preventie van dementie maakt een belangrijk deel uit van het onderzoeksprogramma Memorabel en er is dan ook budget beschikbaar voor dergelijk onderzoek.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over dat bij het testen van nieuwe medicijnen er meer aandacht moet komen voor het vrouwenlichaam.

We besteden inmiddels al veel aandacht aan verschillen tussen mannen en vrouwen waar het geneesmiddelen betreft.

Uit klinische ervaring weten we dat patiënten niet allemaal op dezelfde manier op een behandeling reageren. Bij de ontwikkeling en toepassing van geneesmiddelen is het belangrijk rekening te houden met eventuele subpopulaties. Waar duidelijk wordt dat sekseverschillen bij de behandeling van belang zijn, biedt dat ook mogelijke aangrijpingspunten voor de ontwikkeling en meer specifieke toepassing van geneesmiddelen voor een bepaalde subpopulatie.

Voordat medicijnen op de markt komen, testen de fabrikanten de werking en de

veiligheid hiervan. Het CBG laat alleen medicijnen toe als deze voldoende zijn onderzocht bij de beoogde doelgroep. Is bijvoorbeeld de helft van de diabetespatiënten vrouw, dan is de vuistregel dat de onderzoeksgroep ook voor ongeveer de helft uit vrouwen bestaat. Dit principe geldt ook voor bijvoorbeeld leeftijd en afkomst.

Onderzoek van de EMA en het CBG naar recente registraties van geneesmiddelen laat zien dat vrouwen inmiddels goed vertegenwoordigd zijn in klinisch geneesmiddelen-onderzoek. Het CBG volgt de effecten en bijwerkingen van medicijnen en deelt de kennis die het oplevert. Als er aanleiding voor is, kan het advies voor gebruik van een medicijn worden aangepast.

Sinds 3 jaar loopt het ZonMw Kennisprogramma Gender en Gezondheid. Dit programma richt zich op 12 thema's ten behoeve van het verkleinen van de kennisachterstand over m/v-verschillen in gezondheid en zorg. Het programma heeft de noodzaak van aandacht voor sekse en gender in al het gezondheids(zorg)-onderzoek geagendeerd.

Het is van belang dat ook binnen toekomstig onderzoek (ook als dat niet binnen het Kennisprogramma Gender en Gezondheid wordt uitgevoerd) op een goede manier aandacht wordt besteed aan relevante verschillen tussen vrouwen en mannen.

Binnen het Kennisprogramma is nadrukkelijk ingezet op het verbinden en delen van kennis.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over de vergoeding van hulp bij afbouwen van medicatie.

Ik vind het belangrijk dat patiënten verantwoord kunnen afbouwen en dat de zorg zo doelmatig mogelijk is. De kwestie rond de vergoeding van afbouwmedicatie gaat echter niet over financiële impact, maar over het gebrek aan bewijs voor de wijze van afbouwen. Het multidisciplinair document over afbouwen van antidepressiva – van KNMP, NHG, NVvP en MIND – stelt namelijk dat er nog weinig wetenschappelijk onderzoek is naar de manier van afbouwen. De beroepsgroep is hier nu aan zet, maar ik wil onderzoek naar de wijze van afbouwen stimuleren. Daarom organiseer ik op 21 november 2019 een brede rondetafelbijeenkomst, waar we met elkaar kunnen bezien welk aanvullend onderzoek nodig is en hoe we dit van de grond kunnen laten komen. Dit onderzoek leidt hopelijk tot meer handvatten voor de beroepsgroep en tot meer duidelijkheid over wie baat heeft bij speciale afbouwmedicatie.

Voor het verantwoord afbouwen van zware opioïde pijnstillers werken verantwoordelijke beroepsgroepen samen met betrokkenheid van patiënten aan een passend afbouwprotocol. Aangepaste doseringsvormen zijn hierbij niet nodig. De verwachting is dat dit protocol begin 2020 in de praktijk kan worden toegepast.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Sazias** (50PLUS) over het bestempelen van de spoedeisende hulp tot een Niet-Economische Dienst van Algemeen Belang.

Het is van groot belang dat iedereen de zekerheid heeft en houdt over de beschikbaarheid van acute zorg, dag en nacht. Waarbij het belangrijk is dat de

kwaliteit gegarandeerd blijft. Eerder heb ik aangekondigd dat ik een houtskoolschets acute zorg naar de Kamer zal sturen waarin ik schets hoe de acute zorg er in de toekomst uit kan zien en gefinancierd kan worden. De positionering en wijze van financiering van de spoedeisende hulp in ziekenhuizen zal ik hierin meenemen.

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 oppakken van de verantwoordelijkheid van de ministers om te voldoen aan de verplichtingen die voortvloeien uit het recht op gezondheid.

Het recht op gezondheid wordt in het dagelijks spraakgebruik gemakkelijk in de mond genomen. Een dergelijk recht waarop men rechtstreeks aanspraken kan baseren bestaat echter niet. Wel komt in de Nederlandse Grondwet en in internationale verdragen het recht op (goede) gezondheidszorg voor. Zo bepaalt artikel 22 van de Grondwet: *De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.* Wij zijn gebonden aan de opdracht en de plichten die voortvloeien uit dat fundamentele grondrecht op gezondheidszorg. Sterker nog, op tal van manieren geven wij inhoud aan deze verantwoordelijkheid. Zo dragen wij verantwoordelijkheid voor de vele tientallen wetten in ons land waarin het grondrecht op gezondheidszorg is uitgewerkt. Het grondrecht gaat verder en vraagt ook om uitwerking in de praktijk; het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg is daar een uitdrukking van. Het stelsel geeft er ook blijk van dat wij geen monopolist zijn in onze verantwoordelijkheid voor het recht op gezondheidszorg. Uiteraard hebben wij de wettelijke stelselverantwoordelijkheid, maar binnen het stelsel zijn er verschillende rollen toebedeeld aan partijen zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, professionals en patiënten. In het licht van onze grondrechtelijke opdracht brengen wij actief verbeteringen aan om de gezondheidszorg steeds aan te laten sluiten bij de ontwikkelingen in de wetenschap en de maatschappij. In het verlengde daarvan komen wij ook met voorstellen om de organiseerbaarheid van de zorg te verbeteren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van der Staaij** (SGP) over het Deltaplan Dementie.

Het Deltaplan Dementie en de daaraan verbonden programma's eindigen in 2020. De evaluatie van het Deltaplan bevindt zich in de afrondende fase. De uitkomsten zullen daarna door de onderzoekers met het bestuur van het Deltaplan besproken worden. Op dit moment werk ik aan een dementieaanpak vanaf 2021. Verdere verbetering van persoonsgerichte dementiezorg door brede implementatie van bewezen zorgconcepten is daar een onderdeel van. In november wordt de Kamer geïnformeerd over de hoofdlijnen van het vervolg van het Deltaplan.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van der Staaij** (SGP) hoe we voorkomen dat het programma Langer Thuis vastloopt.

Ter inleiding op deze vraag schetste het Kamerlid Van der Staaij dat het aantal mensen dat zorg nodig heeft toeneemt, het aantal mantelzorgers afneemt, dat geschikte woningen moeilijk te vinden zijn, woningaanpassingen soms moeilijk te realiseren zijn en dat er lange wachttijden voor het verpleeghuis zijn. Dit zijn precies de redenen waarom ik met het programma Langer Thuis inzet op een betere samenwerking tussen ondersteuning uit de Wmo en zorg vanuit de Zvw, soepeler overgangen tussen thuis en tijdelijk verblijf buitenshuis, betere overgang

tussen thuis en het verpleeghuis, adequate ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers en meer geschikte woonvoorzieningen voor ouderen.

Dat neemt niet weg dat wij ook op de langere termijn zorg en ondersteuning moeten kunnen bieden aan thuiswonende ouderen. Daarom heb ik de Commissie Toekomst Zorg voor thuiswonende ouderen gevraagd te adviseren wat nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en de betaalbaarheid van de zorg. Uitgangspunt van de commissie is de motie Bergkamp (Kamerstukken 2017/18, 34 775 XVI, nr. 86). De commissie is gevraagd eind dit jaar te rapporteren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van der Staaij** (SGP) over de gaten die er vallen in bijvoorbeeld de palliatieve thuiszorg en nachtzorg.

Ik vind palliatieve zorg een belangrijk onderdeel van de zorg. De laatste levensfase moet met aandacht en goede zorg en ondersteuning worden omgeven.

Zowel de cliënt, als ook de roostermakers, transferverpleegkundigen en huisartsen moeten kunnen rekenen op tijdige inzet van zorg. In het kader van het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging wordt met veldpartijen gewerkt aan oplossingen, bijvoorbeeld op het gebied van arbeidsmarkt en bevorderen contracteren. Eerder heb ik al afgesproken met zorgverzekeraars dat de palliatieve zorg uitgezonderd wordt van budgetplafonds, zodat dat de bekostiging van palliatieve zorg geen belemmering is. De monitor contractering wijkverpleging 2019 laat zien dat zorgverzekeraars deze afspraak nakomen.

Zorgverzekeraars hebben naar aanleiding van het onderzoek 'controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden' van de NZa een terugkoppeling gehad over wat goed gaat en welke aandachtspunten er nog zijn. Hiermee zijn zij aan de slag.

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 **Van der Staaij** (SGP) over het schrappen van overbodige regels in elke gemeente, in elke zorgorganisatie en in elk team.

Het is ons streven dat op iedere zorgwerkvloer in het land het gesprek over regeldruk gevoerd wordt, en dat zorgverleners de ruimte ervaren om dat gesprek aan te gaan. Regeldruk komt immers vaak voort uit verplichtingen die niet landelijk gelden, maar in een zorginstelling zelf zijn bedacht. Wij sporen zorginstellingen aan om het gesprek hierover te faciliteren en op zoek te gaan naar wat zij zelf kunnen doen om de regeldruk te verminderen, en we moedigen zorgverleners aan om het onderwerp bespreekbaar te maken en zelf het initiatief te nemen hiermee aan de slag te gaan. Hulp, advies en ondersteuning van het ministerie van VWS daarbij is beschikbaar voor iedere zorginstelling en iedere zorgverlener die dat op prijs stelt. Daartoe zetten we onder meer de [Ont]Regelbus en de speciaal adviseurs regeldruk in het sociaal domein en in de medisch specialistische zorg in en organiseren we schrapessies in instellingen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van der Staaij** (SGP) over de planning van de contourennota.

Het streven is de contourennota voor het zomerreces naar uw Kamer te sturen. Dat is gezien de complexiteit van de vraagstukken een erg ambitieuze planning. Eerder een versie sturen lijkt moeilijk haalbaar, maar wij kunnen u wel toezeggen u in het vroege voorjaar te informeren over de stand van het denken bij de contourennota.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van der Staaij** (SGP) over het verdiepen van kennis zorg voor mensen met dementie.

De opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden bieden speciale modules dementiezorg, die regelmatig worden aangepast aan nieuwe inzichten voor deze zorg.

In 2020 eindigt het Deltaplan Dementie met de daaraan verbonden programma's voor onder andere dementieonderzoek en verbetering van zorg. Binnen het programma Dementiezorg voor Elkaar werken professionals aan de verbetering van dementiezorg. Ook in verschillende andere programma's, zoals Langer Thuis, Een tegen Eenzaamheid en Thuis in het Verpleeghuis, is nu al aandacht voor verbetering van de zorg voor mensen met dementie. Op dit moment werk ik aan een dementieaanpak vanaf 2021. Verdere verbetering van persoonsgerichte dementiezorg door brede implementatie van bewezen zorgconcepten is daar een onderdeel van. U ontvangt de hoofdlijnen van een nieuwe aanpak in november.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van der Staaij** (SGP) over de campagne van de Week van het Leven en of ik bereid ben deze actie over te nemen en op te schalen en via een landelijke campagne de alternatieven voor abortus een heel jaar lang onder de aandacht te brengen.

De keuze waar een vrouw en haar eventuele partner voor staan bij een onbedoelde zwangerschap kan grote impact hebben op het leven. Het is dan ook van belang dat goede ondersteuning beschikbaar is. Daarbij moet de vrouw goed geïnformeerd worden over de (mogelijke) gevolgen van haar keuze alsook over de alternatieven. Om zorgvuldigheid van de besluitvorming te waarborgen, stelt de wet eisen aan de inhoud van dit gesprek.

Indien daarvoor aanleiding is, bijvoorbeeld omdat de vrouw twijfelt over haar keuze, verwijst de huisarts of de abortusarts haar door naar hulpverleners die keuzehulpgesprekken aanbieden. Er zijn afspraken gemaakt in het Zevenpuntenplan Onbedoelde Zwangerschappen over de financiering en kwaliteit van deze keuzehulpaanbieders. Daarnaast komt er een informatiepunt waar vrouwen die onbedoeld zwanger zijn terecht kunnen voor (verdere) informatie. Ook via dit informatiepunt kan doorverwezen worden naar aanbieders van keuzehulpgesprekken.

Ik ben van mening dat hiermee adequate en toereikende ondersteuning beschikbaar is voor onbedoeld zwangere vrouwen. Ik zie dan ook geen noodzaak voor een dergelijke landelijke campagne op dit specifieke punt. Overigens start in december wel een campagne om diverse doelgroepen te informeren over bewust anticonceptiegebruik en de consequenties van een onbedoelde zwangerschap.

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 **Van der Staaij** (SGP) over hoe je actieplannen bijstuurt.

Goede monitoring van actieplannen moet er juist aan bijdragen flexibel in te kunnen spelen op actuele ontwikkelingen. Bijvoorbeeld het actieprogramma Werken in de Zorg. Met de tweejaarlijkse monitoring via het CBS volgen we nauwgezet de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg. Daarnaast volgt de Commissie Werken in de Zorg de ontwikkelingen en de aanpak in de regio's. Ook hebben we zeer regelmatig contact over arbeidsmarktontwikkelingen met het veld. De signalen die we daaruit hebben gekregen, wijzen in dezelfde richting. Er is meer aandacht voor behoud en anders werken nodig. Dit is voor ons ook de aanleiding geweest om met het Actieprogramma veel meer focus hierop te leggen. Kortom, met goede monitoring en goed en regelmatig contact met het veld zorgen we ervoor dat we het programma kunnen bijsturen waar nodig.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van der Staaij** (SGP) over het betrekken van grijze literatuur bij de monitoring van actieprogramma's.

Het is belangrijk de met de actieprogramma's beoogde effecten periodiek te meten. Het is daarbij van belang oog te hebben voor de beschikbare informatiebronnen. In veel actieprogramma's gaat het vooral om de vraag of de betreffende mensen, cliënten of professionals, ook daadwerkelijk merken dat verbetering optreedt. Dat kunnen we periodiek uitvragen zodat eventuele bijsturing mogelijk wordt. Maar ook losse, spontane signalen van stakeholders die betrokken zijn bij deze programma's (gemeenten, aanbieders en cliënten), niet-wetenschappelijke publicaties en mediaberichten verdienen ook zeker onze aandacht. Ik ontvang zeer regelmatig signalen en interessante praktijkvoorbeelden die betrekking hebben op de voortgang van actieprogramma's, bijvoorbeeld tijdens de vele werkbezoeken en (bestuurlijke) overleggen. Deze betrek ik waar mogelijk en relevant bij de

voortgangsrapportages over de actieprogramma's die ik aan uw Kamer stuur.

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 **Kuzu** (DENK) over of de minister het echt zover laat komen dat personeel in de zorg moet gaan staken om te krijgen wat ze verdienen.

Werknemers in de zorg doen belangrijk en verantwoordelijk werk. Daar mag, of beter gezegd, daar moet ook een fatsoenlijke beloning tegenover staan. Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stelt het kabinet jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar. Deze overheidsbijdrage is gebaseerd op CPB-cijfers over de arbeidskostenontwikkeling in de markt (contractloonontwikkeling, incidentele loonkostenontwikkeling, ontwikkeling sociale lasten werkgevers). Voor 2019 bedroeg deze bijdrage ongeveer € 1,7 miljard. Sociale partners in de zorg kunnen daarmee afspraken maken over goede arbeidsvoorwaarden. En dat doen ze ook. Zo is in de GGZ een loonsverhoging van 8,1% afgesproken over een periode van 2,5 jaar en onlangs is in de VVT een onderhandelaarsakkoord met een loonsverhoging van 6,5% over 2 jaar gesloten. Wij zijn geen partij in de onderhandelingen in de ziekenhuizen en kunnen en willen daarop geen invloed uitoefenen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over actie die hij onderneemt bij de elf ziekenhuizen die als kritiek uit de benchmark zijn gekomen.

De NZa heeft mij laten weten dat het rapport van accountants- en adviesorganisatie BDO voor hen geen verrassingen bevat. De ziekenhuizen die in het BDO-rapport een onvoldoende scoren voor hun financiën zijn in beeld bij de NZa en de betrokken zorgverzekeraars.

BDO maakt voor haar analyse gebruik van cijfers over 2018. Voor alle elf ziekenhuizen geldt dat in overleg met relevante partijen inmiddels wordt gewerkt aan een passende oplossing voor financiële problemen. Zo heeft een deel van de ziekenhuizen in de loop van 2019 meerjarenafspraken gesloten met verzekeraars. Als op enig moment blijkt dat partijen er onderling niet uit lijken te komen, escaleert de NZa naar het ministerie van VWS.

Voor alle elf de ziekenhuizen geldt dat er in overleg met relevante partijen wordt gewerkt aan een passende oplossing voor de financiële problemen. Op het moment dat partijen hier onderling niet uit lijken te komen meldt de NZa dat bij VWS. Dit brengt mij in positie om tijdig regie te nemen en risico's voor de geboden patiëntenzorg uit te sluiten. Een voorbeeld hiervan zijn de bestuurlijke afspraken die ik dit voorjaar heb gesloten rond het Maasziekenhuis Pantein.

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 **Kuzu** (DENK) over een doelstelling voor het verminderen van de administratieve lastendruk.

Onze doelstelling is om de regeldruk die zorgverleners en patiënten/cliënten ervaren merkbaar te verminderen. Samen met alle betrokken partijen werken we daar in het programma [Ont]Regel de Zorg aan. In dat programma staan allerlei concrete maatregelen die tot die vermindering moeten leiden. Wij geloven minder

in het nut van een kwantitatieve doelstelling à la "50% minder regels" of iets van die strekking. Ervaringen uit het verleden wijzen uit dat zo'n soort doelstelling leidt tot een boekhouding op zich en daarmee juist afleidt van het oplossen van de concrete knelpunten waar mensen in hun dagelijkse praktijk tegenaan lopen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over de handelswijze van zorgverzekeraars bij de contractering.

De laatste jaren is er veel aandacht geweest voor het contracteerproces in de zorg. Naar aanleiding van klachten van zorgverleners in de eerstelijnszorg heb ik samen met partijen ingezet op het verbeteren van het contracteerproces. Er zijn dan ook verbeteringen zichtbaar, maar het kan ook altijd nog beter. Ik blijf aandacht houden voor het verbeteren van het contracteerproces. De NZa monitort het contracteerproces in verschillende zorgsectoren en rapporteert daarover. De rapportages over de monitors die de NZa heeft uitgevoerd naar het contracteerproces in diverse sectoren zijn net voor de zomer naar de Tweede Kamer gestuurd.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over de stijging van de zorgpremie met € 400 in de negen jaar tussen 2010 en 2019 en over de premiestijging in 2020.

De zorgpremie is van 2010 tot 2019 gestegen van € 1095 naar € 1384. Een stijging van € 289, ofwel 2,6% per jaar. Voor 2020 raamt VWS de zorgpremie op € 1421. De stijging van 2010 tot 2020 wordt daarmee € 326. Gemiddeld is dat ook 2,6% per jaar.

De zorgtoeslag, die lagere inkomens compenseert voor de premiestijging, is in de genoemde tien jaar nog meer gestegen dan de premies. Personen met een minimuminkomen betaalden in 2010 gemiddeld aan premie en eigen risico (minus de zorgtoeslag) samen € 527. Dat bedrag komt in 2020 uit op € 392. Personen met een laag inkomen zijn de laatste tien jaar dus minder gaan betalen.

Dit is ook het geval in 2020. Van 2019 op 2020 stijgt de zorgpremie in de raming van VWS met € 37 (2,7%). Voor huishoudens met een minimuminkomen daalt hetgeen zij zelf moeten betalen aan premies en eigen risico (minus de zorgtoeslag) van € 419 naar € 392.

Kortom, de zorgpremies stijgen, maar het kabinet zorgt er via een stijging van de zorgtoeslag voor dat personen met een laag inkomen daarvoor worden gecompenseerd.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over de premiestijging bij DSW die twee maal zo hoog is als door VWS geraamd.

Bij DSW stijgt de premie van 2019 op 2020 met € 77. Daarmee komt de premie bij DSW uit op € 1416 per jaar. Dat is lager dan de VWS raming van € 1421. Of de gemiddelde premie van verzekeraars hoger uitkomt dan geraamd door VWS zullen we nog moeten afwachten.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) of gezien de premiestijging van DSW gezegd kan worden dat de premiestijging wordt gecompenseerd door de verhoging van de zorgtoeslag.

De systematiek van de zorgtoeslag werkt zodanig dat personen met een minimuminkomen in een jaar een bepaald bedrag moeten betalen (uitgaande van de gemiddelde premie en het gemiddeld eigen risico). In 2020 is dat bedrag € 392. De NZa berekent nadat alle verzekeraars hun premie bekend hebben gemaakt de feitelijke gemiddelde premie. De hoogte van de zorgtoeslag wordt gebaseerd op deze feitelijke gemiddelde premie. Als de gemiddelde premie en het gemiddeld eigen risico hoger zijn, dan wordt dat meerdere vergoed via de zorgtoeslag. Deze systematiek zorgt er dus ook voor dat als de feitelijke premiestijging € 10 hoger uitkomt dan door VWS geraamd, de zorgtoeslag ook € 10 hoger uitkomt dan door VWS geraamd in de begroting.

De zorgtoeslag wordt dus gebaseerd op de *gemiddelde* premie van alle verzekeraars. Mensen die kiezen voor een verzekeraar die een hoger dan gemiddelde premie rekent zullen iets meer betalen, mensen die kiezen voor een verzekeraar met een lager dan gemiddelde premie iets minder.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over het actief inzetten van cultuursensitieve zorg waardoor de zorg aansluit bij de behoeften van groepen personen met een diverse achtergrond.

Mijn gezondheidsbeleid richt zich op alle inwoners van Nederland. Groepen patiënten met een diverse achtergrond maken hier onderdeel van uit. Bij deze groepen zijn soms specifieke medische zorgvraagstukken aanwezig die voor zorgverleners, zorginstellingen, gemeenten en andere professionals van belang zijn om in hun praktijk mee te nemen. Zij moeten zich hier bewust van zijn. Cultuursensitieve zorg speelt daarin een belangrijk rol.

Ik zet in op praktijkgerichte activiteiten daar waar het onder meer de zorg voor ouderen met een diverse achtergrond betreft. Dit is aangegeven in de tweede voortgangsrapportage 'Thuis in het verpleeghuis'. Zo wordt bijvoorbeeld door het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) een leidraad voor cultuurspecifieke verpleeghuiszorg ontwikkeld. Deze leidraad is bedoeld om zorgaanbieders in staat te stellen voldoende en op de juiste wijze rekening te houden met cultuurspecifieke situaties. Tijdens het VAO verpleeghuiszorg van 7 maart jl. is door mevrouw Ellemeet een motie ingediend, die is aangenomen. Deze motie strekt ertoe de leidraad aan het programma Thuis in het Verpleeghuis toe te voegen. Cultuurspecifieke zorg staat voor zorg en welzijn waarin erkenning en aandacht is voor de sociaal-culturele en historische achtergrond van ouderen met een migratieachtergrond. Dit is onderdeel van persoonsgerichte zorg in de verpleeghuisaanpak.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over onderzoek door organisaties als Pharos en NOOM.

Ik ben reeds uit de onderzoekstand. Dit heb ik aangegeven in de tweede voortgangsrapportage 'Thuis in het verpleeghuis'. Door het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) wordt een leidraad voor cultuurspecifieke verpleeghuiszorg ontwikkeld. Deze leidraad is bedoeld om

zorgaanbieders in staat te stellen voldoende en op de juiste wijze rekening te houden met cultuurspecifieke situaties. Tijdens het VAO verpleeghuiszorg (7 maart jl.) is door mevrouw Ellemeet een motie ingediend, die is aangenomen. Deze motie strekt ertoe de leidraad aan het programma Thuis in het Verpleeghuis toe te voegen.

Cultuurspecifieke zorg staat voor zorg en welzijn waarin erkenning en aandacht is voor de sociaal-culturele en historische achtergrond van ouderen met een migratieachtergrond. Dit is onderdeel van persoonsgerichte zorg in de verpleeghuisaanpak. NOOM zal de leidraad uitwerken door ter voorbereiding een klankbordgroep te formeren van organisaties die bijdragen aan de ontwikkeling ervan. In de ontwikkelfase worden aan de hand van doelen de methoden bepaald die de knelpunten zichtbaar en zo mogelijk meetbaar kunnen maken. Om dit mogelijk te maken heeft VWS een subsidie aan NOOM verstrekt van € 246.340.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over de bereidheid om blijvend aandacht te geven aan cultuursensitieve zorg en een experiment op te starten. Dit maakt onderdeel uit van persoonsgerichte zorg.

In de tweede voortgangsrapportage 'Thuis in het verpleeghuis' heb ik aangegeven dat door het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) een leidraad voor cultuurspecifieke verpleeghuiszorg wordt ontwikkeld. Om dit mogelijk te maken heeft VWS een subsidie aan NOOM verstrekt van € 246.340.

Deze leidraad is bedoeld om zorgaanbieders in staat te stellen voldoende en op de juiste wijze rekening te houden met cultuurspecifieke situaties. De leidraad wordt in de praktijk getoetst en gevalideerd. Door de leidraad te valideren kan de leidraad blijvend aandacht vragen voor cultuurspecifieke zorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over het onder de aandacht brengen van cultuursensitieve zorg bij gemeenten

Binnen gemeenten en zorginstellingen wordt het belang van het inzetten van cultuursensitieve zorg erkend. Kennis over cultuursensitieve zorg is beschikbaar voor kwaliteitsrichtlijnen. Er zijn praktische handreikingen en instrumenten gericht op groepen met een diverse achtergrond beschikbaar. Het is aan de gemeenten, beroepsgroepen en zorgorganisaties om hier aandacht en invulling aan te (blijven) geven. Daar waar de diversiteit in gesprekken naar voren komt, blijf ik partijen wijzen op het inzetten op cultuursensitieve zorg en de beschikbare kennis en inzichten op dit gebied ook te benutten. Ik acht dit voor nu voldoende.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over het opnemen van cultuursensitieve zorg in wettelijke eisen voor de kwaliteit van zorg en zorginstellingen.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) definieert het begrip 'goede zorg' nu al zo dat goede zorg cliëntgericht is en ook is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Ook regelt de wet dat de cliënt met respect behandeld moet worden. Daarmee biedt de wet al voldoende verankering voor cultuursensitiviteit.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over het instellen van een verbod op lachgas.

Ik deel uw zorgen rondom recreatief gebruik van lachgas. Dit onderwerp is ook aan de orde geweest tijdens de eerste termijn van het Algemeen Overleg Verslavingszorg/Drugsbeleid van 10 oktober jl. waarvan op 7 november aanstaande de tweede termijn is.

Naar aanleiding van de berichtgeving van het Nationaal Vergiftigingen Informatiecentrum is het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) dit voorjaar om een risicobeoordeling gevraagd. Deze beoordeling vormt, zoals eerder aangegeven, de grondslag voor landelijke maatregelen en vraagt gezien het karakter van lachgas om een zorgvuldige benadering. Een nationale aanpak is veel slagvaardiger dan een Europese richtlijn. Om die reden heb ik het CAM om een risicobeoordeling gevraagd en geen lobby in Europa gestart. Een risicoanalyse van het CAM is de gebruikelijke route bij de beoordeling van nieuwe drugs. Uw Kamer is eerder door mij geïnformeerd dat ter voorbereiding op de uitkomsten van de risicobeoordeling verschillende beleidsopties worden onderzocht. Uiteraard worden in die voorbereiding ook verschillende juridische vraagstukken behandeld. Eerder is uw Kamer ook toegezegd u voor het Kerstreces inhoudelijk te informeren. Tot slot zijn er parallel aan de risicobeoordeling van het CAM al verschillende acties ingezet om tot een betere preventieboodschap voor lachgas te komen (Kamerstukken-II, 2019-2020, nr. 242; Kamerstukken-II, 2019-2020, nr. 243)

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Kuzu** (DENK) over de zorgen ten aanzien van etnische profilering van thuiszorginstellingen.

Natuurlijk vinden we ook dat thuiszorginstellingen die eerlijk en goed hun werk doen, in staat moeten zijn om dat zonder problemen te kunnen blijven doen. Maar de zorg mag geen plek zijn voor fraudeurs en zelfverrijking. Daarom nemen we maatregelen om het net te sluiten rond frauduleuze aanbieders. Dit doen we onder andere met het Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg. Dit wetsvoorstel zorgt er voor dat verschillende partijen, waaronder toezichthouders, opsporingsdiensten, zorgverzekeraars en gemeenten, signalen over vermoedens van fraude beter gaan uitwisselen zodat fraude gericht aangepakt kunnen worden. Gegevens worden alleen uitgewisseld op basis van een concreet signaal van een vermoeden van fraude. Etniciteit is geen indicator van fraude en daarop kan dan ook geen profilering plaatsvinden.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over de mogelijkheid van een garantie dat verloskundige zorg en kraamzorg in de regio beschikbaar blijft.

Het is de taak van zorgverzekeraars om te zorgen dat er voldoende verloskundige zorg en kraamzorg is ingekocht in de regio. Daarnaast draag ik, samen met de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij aan het voldoende opleiden en ontwikkelen van personeel via het actieprogramma Werken in de Zorg en de subsidieregeling Sectorplanplus.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over de mogelijkheid tot opname van

lactatiezorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

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. Soms heeft de JGZ een lactatiekundige in dienst met als doel JGZ artsen en JGZ verpleegkundigen in de organisatie te ondersteunen bij de uitvoering van hun functie als het gaat om borstvoedingsvragen. Tevens is voor de ondersteuning bij borstvoeding de multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding (TNO, 2015) opgesteld voor zorgverleners van JGZ (o.a. verloskundigen, kraamverzorgenden en verpleegkundigen) die mede te maken hebben met ouders van gezonde zuigelingen die borstvoeding (willen) geven. Deze richtlijn geeft praktische en uniforme aanbevelingen aan zorgverleners bij het informeren, stimuleren en adviseren van deze ouders. Dit alles is gericht op een optimaal verloop van het borstvoedingsproces. Informatie en lichte ondersteuning op het gebied van borstvoeding is onderdeel van de JGZ. Het ligt dan ook niet voor de hand om deze zorg bij de JGZ weg te halen. Te meer daar de moeder met haar kind toch al bij het consultatiebureau komt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over de stand van zaken van het vergoeden van lactatiekundige zorg.

Kamerlid Van Kooten-Arissen vraagt naar de stand van zaken met betrekking tot de motie Dik-Faber over lactatiekundige zorg beter inbedden in de jeugdgezondheidszorg (Kamerstukken II 2018/19 35000 XVI, nr. 54). In reactie op dezelfde vraag heb ik in de brief van 18 oktober 2019 (Kamerstukken II 2019/20 35000 XVI, nr. 10) aangegeven dat in opdracht van het ministerie van VWS momenteel onderzoek wordt gedaan naar borstvoeding. Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de factoren die ervoor zorgen dat moeders eerder stoppen met borstvoeding geven dan zij zelf zouden willen, én om verbeterpunten te formuleren om deze factoren te verminderen. De resultaten van dit onderzoek komen wat later dan ik op 18 oktober aangaf. Ik verwacht de resultaten eind november van dit jaar.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over de mogelijkheid tot het afschaffen van de eigen bijdrage voor de poliklinische bevalling.

Als er sprake is van een medische indicatie voor een poliklinische bevalling, geldt er geen eigen bijdrage. Bij het ontbreken van een indicatie wordt een beroep gedaan op ziekenhuisfaciliteiten terwijl daar geen medische noodzaak voor bestaat. Het volledig vergoeden van medisch niet noodzakelijke zorg zet de solidariteit onder druk en is daarom niet gewenst. Ik ben dan ook niet van plan deze eigen bijdrage af te schaffen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over de vergoeding van glucose metingen.

De Flash Glucose Monitoring (FGM) en rt-CGM (real time Continuous Glucose Monitoring) wordt al sinds 2017 voorgeschreven en vergoed voor alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. De keuze voor FGM of rt-CGM wordt door de behandelend medisch specialist op basis van de bestaande indicatie en in samenspraak met de patiënt gemaakt.

Ik ben bereid het Zorginstituut te vragen om CGM te onderzoeken wanneer het standpunt over de Flash Glucose Monitoring (FGM) is uitgebracht. Zoals ik u in mijn brief van 11 juli jl. (Kamerstukken 2018/19, 32805 nr. 84) heb gemeld, is eerst extra onderzoek door het Zorginstituut nodig om te bepalen of FGM ook een (kosten)effectief alternatief is voor alle diabetespatiënten die insulineafhankelijk zijn en nu nog vingerprikken. Het Zorginstituut verwacht eind dit jaar met een standpunt te komen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over screening op baarmoederhalskanker bij transgenders.

Op 1 juli 2014 is een wetswijziging in werking getreden die het makkelijker maakt om in de geboorteakte de vermelding van het geslacht te wijzigen. Omdat hiermee ook de gegevens veranderen in het BRP (Basisregistratie Personen, voorheen GBA) heeft dit ook consequenties voor het wel of niet ontvangen van uitnodigingen voor de bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker en borstkanker. De screeningsorganisaties ontvangen namelijk vanuit het BRP de gegevens, op basis waarvan de uitnodigingen worden verstuurd. Omdat het risicoprofiel voor mannen of vrouwen met een transgender achtergrond mogelijk anders is doordat zij vaak langdurig onder medische zorg staan of hebben gestaan en ingrijpende behandelingen ondergaan hebben, krijgen zij het advies om het nut van deelname te bespreken met huisarts of specialist. Op basis hiervan kunnen zij de keuze maken om zich aan- of af te melden bij de screeningsorganisatie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over het meenemen van huisdieren is als volgt.

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. Ik heb een paar maal met de brancheorganisatie ActiZ over deze materie gesproken. Er zijn verpleeghuizen die op een aansprekende manier huisdieren inzetten om het leven van ouderen aangenamer te maken. Tegelijkertijd begrijp ik dat het niet mogelijk is om alle wensen met betrekking tot huisdieren te vervullen. Zo maakt het bijvoorbeeld uit om welk type dier het gaat, wat het effect is op de andere bewoners, of de huisvestingssituatie geschikt is en of de cliënt of zijn omgeving zelf voor het huisdier kunnen zorgen. Van geval tot geval zal moeten worden bekeken wat mogelijk en wenselijk is.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over de mogelijkheid tot een impuls van het Rijk voor onderzoek naar hersenstamkanker bij kinderen.

Ik ben uiteraard voorstander van goed onderzoek naar de beste behandeling van

ziekten, zodat de beste zorg voor de patiënt geleverd kan worden. Daarom stel ik bijvoorbeeld via de Beschikbaarheidsbijdrage Academische Zorg vanaf 2020 middelen ter beschikking aan onder andere het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie (PMC). Ik vind het van belang dat het PMC een zorgvuldige afweging maakt aan welke vormen van kinderkanker deze middelen worden besteed.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over glucose sensors en preventie

De Flash Glucose Monitoring (FGM) en rt-CGM (real time Continuous Glucose Monitoring) wordt al enige tijd voorgeschreven en vergoed voor alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. De keuze voor FGM of rt-CGM wordt door de behandelend medisch specialist op basis van de bestaande indicatie en in samenspraak met de patiënt gemaakt.

Voor het kabinet is preventie een belangrijk middel om het risico op diabetes te verkleinen. Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van dit type diabetes. In het Nationaal Preventieakkoord zijn diverse maatregelen afgesproken om overgewicht te bestrijden en bewegen te bevorderen (dit laatste in combinatie met het Sportakkoord). Verder wordt er hard gewerkt aan de implementatie van de Gecombineerde Leefstijlinterventie. Om de kennis over effectieve interventies te vergroten, financiert het ministerie van VWS het onderzoeksprogramma leefstijlgeneeskunde bij ZonMW. Ook komt de Gezondheidsraad met een advies over de effecten van voeding bij cardiometabole aandoeningen (waaronder diabetes). De staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ik zijn daarom van mening dat de kansen hier juist worden benut.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid **Van Kooten-Arissen** (vKA) over of gegarandeerd kan worden dat verloskundige zorg en kraamzorg in de regio beschikbaar blijft, wat gedaan kan worden om verloskundigen en kraamverzorgsters te ondersteunen en wat gedaan kan worden aan de bekostiging en eventueel in financiële steun.

Het is de taak van zorgverzekeraars om te zorgen dat er voldoende verloskundige zorg en kraamzorg is ingekocht in de regio.

De NZa voert een kostenonderzoek uit naar de tarieven in de kraamzorg. Als uit het kostenonderzoek blijkt dat de tarieven herijkt moeten worden dan gelden de nieuwe tarieven per 1 januari 2021. Op dit moment kunnen zorgverzekeraars en kraamzorgorganisaties voor extra innovatie en kwaliteitsdoeleinden gebruik maken van de ruimte van 10 procent boven op het maximum tarief (de max-max-tarieven).

Overigens ben ik bekend met de zorgen van de sector. Er worden diverse acties ingezet. Het kabinet stelt ieder jaar geld beschikbaar voor loonontwikkeling in de zorg. De € 1,7 miljard die we in 2019 voor de gehele zorgsector extra beschikbaar stellen, biedt ruimte aan sociale partners om goede afspraken te maken in cao's. Goed werken in de kraamzorg gaat overigens niet alleen over salaris, maar ook over goede roosters, werktijden die passen bij de privésituatie en over ontwikkel mogelijkheden. Voor de ontwikkeling van medewerkers in de gehele zorg is daarnaast voor deze periode 420 miljoen beschikbaar gesteld via het

Sectorplanplus. Daar kunnen ook kraamverzorgenden gebruik van maken.
