

## 9 Noten

### **Schriftelijke antwoorden van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn vande behandeling van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013 (33400-XVI).**

Noot 1 (zie item 2)

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over onderzoek naar fraude door zorgverzekeraars en zorgaanbieders*

Ik heb u gisteren in mijn brief van 3 december 2012 (kenmerk Z-3145947) laten weten dat Zorgverzekeraars Nederland een expertcommissie heeft ingesteld die onderzoek doet naar mogelijke systeemrisico's bij de toepassing van het overgangsmodel voor de bekostiging van instellingen voor medisch specialistische zorg. Deze expertcommissie is momenteel bezig met haar onderzoekswerkzaamheden. Het betreft een technisch complexe materie, die verdere bestudering behoeft.

Voor de goede orde: de expertcommissie zal de komende tijd onderzoeken of er in de praktijk daadwerkelijk strategisch gedrag heeft plaatsgevonden. Het is te vroeg om te speculeren over mogelijke uitkomsten; fraude is in elk geval nog op geen enkele wijze aangetoond. Mocht er niettemin fraude geconstateerd worden dan zal ik vanzelfsprekend passende maatregelen treffen; de NZa zal daar bij betrokken zijn.

Ik vind het overigens een goede zaak dat de sector dit vraagstuk zelf voortvarend heeft opgepakt nadat signalen over mogelijk strategisch gedrag in eigen kring waren afgegeven. Zoals ik heb aangegeven laat ik op dit moment inventariseren welke mogelijke maatregelen nu reeds genomen zouden kunnen worden om door de expertcommissie in theorie geconstateerde mogelijkheden voor strategisch gedrag te beperken dan wel uit te sluiten. Ook hierbij is de NZa betrokken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over de vraag of de NZa een meldpunt voor frauduleus handelen heeft*

Ja, dat klopt. In artikel 74 van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgelegd dat de NZa een meldpunt heeft voor het ontvangen van gegevens en inlichtingen omtrent feiten en omstandigheden die mogelijk niet in overeenstemming zijn met het bij of krachtens de wet bepaalde. Vermoedens van fraude vallen daar ook onder.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over een meldplicht voor fraude*

Het is belangrijk dat mensen hun vermoedens van fraude ergens kunnen neerleggen en dat die signalen serieus worden opgepakt. Dat kan op diverse plaatsen, bijvoorbeeld bij verzekeraars zelf, bij de NZa of bij de politie. Een meldplicht is echter een stap te ver, dit houdt een verplichting in om vermoedens van fraude te melden. In het algemeen geldt dat een meldplicht grote nadelen heeft zoals overbelasting van de organisaties, die de meldingen

moeten onderzoeken en mogelijke stigmatiserende onderzoeken. Dat maakt een meldplicht niet wenselijk. *Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over de bescherming van klokkenluiders*

Om klokkenluiders beter te beschermen heeft het kabinet op 1 oktober 2012 het Adviespunt Klokkenluiders opgericht. Dit is een onafhankelijk advies- en verwijspunt voor klokkenluiders en is opgericht om klokkenluiders te adviseren en te ondersteunen.

Ook vind ik het belangrijk dat klokkenluiders goed worden beschermd wanneer zij een melding doen bij de IGZ. Mevrouw Sorgdrager heeft onlangs in haar onderzoeksrapport over de IGZ geadviseerd om de huidige werkwijze van de IGZ met betrekking tot klokkenluiders kritisch te bezien op het punt van aansluiting op enerzijds de Model Klokkenluidersregeling Brancheorganisaties Zorg en anderzijds de Klokkenluidersregeling voor overheidspersoneel. Ik wil alle aanbevelingen die de onderzoekers doen zorgvuldig en in samenhang bezien. U ontvangt in februari 2013 een brief met mijn reactie op de onderzoeksrapporten van zowel mevrouw Sorgdrager als de heer Van der Steenhoven.

*Antwoord op de vraag van kamerlid Klever (PVV) over de rapportage over mogelijk frauduleus handelen*

In de brief van 3 december jongstleden (kenmerk Z-3145947) over mogelijk strategisch gedrag van zorgverzekeraars is aangegeven dat de expertcommissie momenteel bezig is met haar onderzoekswerkzaamheden. Het betreft een technisch complexe materie, die uitgebreide bestudering behoeft. De verwachting is dat u de eindrapportage voor 1 april ontvangt.

*Antwoord op de vraag van kamerlid Klever (PVV) en kamerlid Bruins Slot (CDA) over de keuzevrijheid van de patiënt*

De maatregel in het regeerakkoord om naturopolissen te verplichten is bedoeld om de positie van verzekeraars te versterken om selectiever te contracteren. Keuzevrijheid voor de verzekerde blijft bestaan, door jaarlijks de verzekeraar te kiezen die het beste bij hem past. De ene verzekeraar zal selectiever contracteren, de andere wat ruimer. Dat zal ook tot uitdrukking kunnen komen in de premie. Wat wij willen bevorderen is dat verzekerden ook daadwerkelijk gebruik maken van het gecontracteerde zorgaanbod, waar de verzekeraar een goede prijs-kwaliteit verhouding heeft bedongen en dat verzekerden niet zonder zorgvuldige afweging uitwijken naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Overigens hoort hierbij dat de verzekeraars voor de keuzeperiode van de verzekerde (november – januari) helder kenbaar maakt wie wel en wie niet is gecontracteerd, opdat de verzekerde ook goed geïnformeerd een verzekeraar kan kiezen. Ook is het belangrijk dat ziekenhuizen die goed presteren en bijvoorbeeld het ongepast gebruik van zorg terugdringen in plaats van volume te draaien worden ontzien voor het macrobeheersingsinstrument. Momenteel laat ik een aantal verschillende mogelijkheden uitwerken waarlangs deze maatregel kan worden ingevuld. Daarbij wordt de doelstelling bezien die wij met de maatregel beogen – het bevorderen van doelmatige zorginkoop – in de brede context van het wettelijk bestek van de Zorgverzekeringswet. Hierbij worden ook de voorgenomen afschaffing van art 13 Zvw in relatie tot in relatie tot de europees rechtelijke aspecten meegenomen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over de motie Gerbrands over het invoeren van een bestuurderstoets*

Momenteel bestudeer ik verschillende mogelijkheden om de governance in de zorg te versterken (zie ook mijn brief van 31 oktober jl., kenmerk BPZ/ADV-3137720). Ik stuur u komend voorjaar een brief met mijn visie op governance in de zorg. In deze brief ga ik in op verschillende moties en toezeggingen, die tot doel hebben de governance in de zorg te versterken, waaronder de motie Gerbrands over het invoeren van een bestuurderstoets.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over de definitieve cijfers van het budgettair kader zorg*

Het BKZ over het jaar t kan nog tot juni van het jaar t+3 worden bijgesteld. Ik kan dus de definitieve cijfers over 2010 vanaf juni 2013 bekend maken. Tevens zal ik bij de verantwoording over 2012 (in het voorjaar van 2013) een voorlopig beeld geven over 2010 en 2011. De definitieve cijfers over 2011 kan ik dan vanaf juni 2014 geven. Ik vind dit te laat. In het kader van de door mij onlangs ingestelde stuurgroep verbetering informatievoorziening zorguitgaven, zullen met urgentie mogelijkheden worden verkend of de definitieve vaststelling met ten minste één jaar kan worden versneld, als begin. Ook worden andere informatie verbeteringen verkend.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over het plan om een convenant te sluiten met zorgverzekeraars voor het concentreren van spoedeisende hulppos-ten*

Over het in het Regeerakkoord opgenomen convenant met verzekeraars gericht op concentratie van acute zorg is een eerste verkennende bespreking geweest met Zorgverzekeraars Nederland. De passage uit het regeerakkoord sluit aan bij het in september gepresenteerde plan van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en is in lijn met de afspraken uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord Ziekenhuizen om de kwaliteit van de medisch specialistische acute zorg te verhogen door middel van concentratie en specialisatie. Tevens is het in lijn met ontwikkelingen om huisartsenposten (HAP) en SEH's te laten samenwerken. Om de concentratie van de SEH's en de verdere integratie van de SEH's en de HAP's zorgvuldig op te pakken wordt op initiatief van de zorgverzekeraars een landelijk kwaliteitskader voor de SEH-zorg ontwikkeld. Het is de intentie van de zorgverzekeraars om met behulp van dit kader in de toekomst regionaal de SEH-zorg in te kopen. Ik ga in overleg met de zorgverzekeraars om te bezien hoe een en ander kan neerslaan in een convenant.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Klever (PVV) over strategisch gedrag van zorgverzekeraars*

Ik laat, zoals aangekondigd in mijn brief van 3 december 2012 (kenmerk Z-3145947) over mogelijk strategisch gedrag van zorgverzekeraars, op dit moment inventariseren welke mogelijke maatregelen nu reeds genomen zouden kunnen worden om door de ZN ingestelde expertcommissie in theorie geconstateerde mogelijkheden voor strategisch gedrag te beperken dan wel uit te sluiten. Geïntariseerde maatregelen op het terrein van de NZa zullen vanzelfsprekend zo snel mogelijk door de NZa opgepakt worden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Agema (PVV) over het Nibud onderzoek waarin wordt geconstateerd dat 65-*

*plussers koopkrachtverlies hebben als gevolg van maatregelen in de huishoudelijke verzorging*

Ik ben me er zeer van bewust dat de maatregelen gevolgen kunnen hebben, ook voor 65-plussers. Niet uitgesloten kan worden dat de maatregelen leiden tot koopkrachtverlies en dit is voor niemand gemakkelijk.

Op voorhand is moeilijk te zeggen wat de effecten van de maatregelen precies zullen zijn. De maatregelen zoals genoemd in het regeerakkoord worden momenteel verder uitgewerkt in overleg met betrokken partijen.

Er is een aantal redenen om aan te nemen dat het inkomenseffect minder groot zal zijn. Als het aanbod efficiënter wordt georganiseerd, als er andere gemeentelijke voorzieningen worden benut, als gemeenten beter maatwerk kunnen verlenen of mensen afzien van formele zorg en dit in eigen kring organiseren, kunnen inkomenseffecten kleiner zijn. De uiteindelijke inkomenseffecten zullen afhangen van het samenspel van de hierboven beschreven effecten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over het koppelen van gegevens over kwaliteit aan declaraties door zorgaanbieders*

Het koppelen van gegevens over kwaliteit aan declaraties kan op verschillende manieren worden ingevuld. Er zijn verschillende soorten kwaliteitsgegevens. Medische gegevens, ervaringen van cliënten met de zorgverlener (CO-index) en de zogenaamde patiënt reported outcome measures (proms). Daarnaast kan ervoor worden gekozen om de kwaliteit per patiënt te koppelen aan declaraties of de kwaliteit van de aanbieder voor de gemiddelde populatie. Ik onderzoek daarom hoe deze gegevens het beste kunnen worden ontsloten, of toevoegen van de gegevens aan een declaratie nodig is of dat koppeling op een andere wijze kan plaatsvinden en op welke wijze het Kwaliteitsinstituut hierbij een ondersteunende rol kan spelen. De privacy van cliënten en het voorkomen van extra administratieve lasten zijn daarbij belangrijke aandachtspunten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over kostenstijging in de zorg*

De kostenstijging in de zorg is en blijft een belangrijk onderwerp. Immers: ook deze kabinetperiode stijgen de kosten, ondanks alle maatregelen. En dat raakt iedereen. Het is dan ook belangrijk dat premiebetalers en zorggebruikers het hierover hebben.

Ik heb u in juni de publicatie 'De zorg: hoeveel extra is het ons waard?' gestuurd die beoogd deze discussie op gang te helpen. Ik heb ervoor gezorgd dat informatie die inzicht geeft ook beschikbaar is op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl) en Youtube. En iedereen kan over dit onderwerp in discussie op de VWS-Facebook pagina.

Het gegeven dat zoveel mensen mee denken over het tegengaan van verspilling sterkt mij in de gedachte dat heel veel Nederlanders zich verantwoordelijk voelen voor de zorgkosten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) en van het kamerlid Faber (CU) over de stand van zaken kostenoverzicht verzekeraars en kostenbewustzijn.*

Op 11 april dit jaar is een brief over deze materie naar de Eerste en Tweede Kamer gestuurd. In die brief is onder andere de toezegging van zorgverzekeraars opgenomen dat zij op korte termijn, maar in ieder geval in 2013, activiteiten zullen ondernemen om de digitale toegankelijk-

heid (van de kostenoverzichten) uit te breiden dan wel te verbeteren. Inmiddels is diverse malen overleg gevoerd met veldpartijen als Zorgverzekeraars Nederland, de NPCF, NVZ en NFU over het vergroten van het inzicht in kosten. Dit heeft ertoe geleid dat de NPCF inmiddels een enquête heeft uitgezet onder haar leden over kostenbewustzijn waarin wordt gevraagd naar de begrijpelijkheid van de nota's. De NPCF gaat een rapport opstellen naar aanleiding van de uitkomsten van de enquête en daarin zullen actiepunten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden opgenomen. Begin 2013 zal ik dit bespreken met de veldpartijen waarna de actiepunten verder zullen worden uitgewerkt. Ik houd de ontwikkelingen scherp in de gaten en zal u van de voortgang op de hoogte stellen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over het monitoren van ziekenhuizen*

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 11 april 2012 heb ik toegelicht welke acties ziekenhuizen ondernemen om het aantal no shows terug te dringen. Ik heb ook aangegeven dat ik voorzichtig wil zijn met het opleggen van verplichtingen. Het voorkomen van no shows hangt samen met verschillende lokale factoren (profiel van het ziekenhuis, gemiddelde leeftijd en sociaal-economische status van de patiënten). Een succesvolle no show aanpak vergt om die reden maatwerk en verschilt dus sterk per ziekenhuis. Ziekenhuizen moeten zelf bepalen welke aanpak in de eigen situatie het beste werkt en of de kosten opwegen tegen de baten (vermindering van no shows). Ik heb de ziekenhuizen opgeroepen hiermee actief aan de slag te gaan. Mocht dit niet tot concrete acties leiden dan heb ik aangegeven – ook al heeft dat niet mijn voorkeur – zo nodig tot een wettelijke regeling te komen om no shows terug te dringen.

Inmiddels constateer ik dat ziekenhuizen bewust bezig zijn met het terugdringen van het no show-percentage. Ziekenhuizen gebruiken daarbij verschillende methoden, zoals het versturen van een herinnering per sms of email en het in rekening brengen van een no show-tarief. Patiënten worden duidelijk op de hoogte gebracht dat in geval van no show de kosten in rekening worden gebracht. Dit gebeurt door middel van posters en folders. Ook worden patiënten bij het maken van de afspraak hierover actief geïnformeerd.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft enige weken geleden onder haar leden een enquête gehouden naar de ervaringen met no show. De ziekenhuizen die hebben gereageerd, geven een gemiddeld no show-percentage van 3,3%. Daarbij is aangegeven met welke methoden welke resultaten zijn geboekt, zodat best practices kunnen worden gedeeld. Diverse ziekenhuizen geven aan dat terugdringen tot een percentage lager dan 1,5–2% niet haalbaar is.

Gezien de voortvarende aanpak van de no show in het veld zie ik op dit moment geen reden om wettelijke regelingen te treffen.

Ik zal in bestuurlijk overleg van april met veldpartijen nader de stand van zaken inventariseren en uw Kamer daarover rapporteren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over budgettair Kader Zorg* Ik ben geen voorstander van het kantelen van het budgettair kader zorg. De begroting is immers primair een beheersingsinstrument, zoals de heer Mulder terecht opmerkt. De indeling moet te maken hebben met de niveaus waarop direct 'beheerst' wordt.

Wat wel van groot belang is, is om inzicht te krijgen in de kostenopdrijvende effecten. Hiervoor moeten we wel de beschikking hebben over de onderliggende verklarende informatie. De door mij ingestelde stuurgroep verbetering informatievoorziening zorguitgaven moet hieraan met grote prioriteit aandacht besteden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over de houding van de minister tegenover de voorstellen van de commissie Baarsma*

Het advies van de commissie Baarsma komt er op hoofdlijnen op neer dat het risico op overschrijdingen van het budgettair kader zoveel mogelijk aan de voorkant zou moeten worden beperkt, zodat het macrobeheersinstrument daadwerkelijk zal fungeren als ultimum remedium. Dit is een vruchtbare invalshoek. De commissie heeft een aantal aanbevelingen gedaan om tot dit eindperspectief te komen. Het kabinet heeft enkele van die aanbevelingen expliciet overgenomen in het regeerakkoord, zoals het beperken van de basisverzekering tot de naturapolis, het door de NZa laten uitvoeren van een toets op het totaal van de door verzekeraars gecontracteerde zorg en het invoeren van integrale tarieven.

Met een aantal andere aanbevelingen van de commissie Baarsma ben ik volop aan de slag. Zo wordt samen met veldpartijen bezien op welke wijze het contracteerproces versneld zou kunnen worden en wordt vol ingezet op het versnellen van de informatievoorziening. Andere aanbevelingen van de commissie zijn inmiddels gerealiseerd. Zo zullen verzekeraars voor de medisch specialistische zorg en de huidige curatieve GGZ volledig risicodragend worden. Bij de uitwerking van mogelijkheden om in de toepassing van het macrobeheersinstrument te differentiëren naar aanbieders wordt, in overleg met veldpartijen, op korte termijn extern juridisch advies ingewonnen. Daarbij gaat het onder andere op welke wijze in de context van het macrobeheersinstrument een gelijk speelveld voor aanbieders bij de contractering kan worden geborgd.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over het CPB en de inschatting van de effecten van omvangingsmaatregelen*

Ik hecht aan een onafhankelijke, objectieve inschatting van effecten van beleidsmaatregelen. Dat is een rol die terecht bij het CPB belegd is. Het is daarbij inderdaad belangrijk dat het CPB als onafhankelijk adviseur zo transparant mogelijk is over de door haar gehanteerde veronderstellingen.

Op dit moment vindt een beleidsgerichte visitatie van het CPB plaats onder leiding van oud APB-topman Frijns. Aspecten als transparantie en het proces rond Keuzes in Kaart zullen daarbij aan bod komen. Ik zal in het kader van deze visitatie de door de heer Mulder genoemde zaken doorgeven aan mijn collega van EZ.

Het rapport wordt begin volgend jaar afgerond.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over de maatschappelijke discussie over vrijwillig levens-einde*

In Regeerakkoord staat dat de maatschappelijke discussie over vrijwillig levenseinde zal worden voortgezet en dat dit kan leiden tot aanpassing van wet- en regelgeving. Dit geeft blijk van het grote belang dat het kabinet hecht aan dit onderwerp. Ik verwacht dat het maatschappelijk debat onder meer gevoerd zal worden naar aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie van de Euthanasiewet. Aan

het evaluatierapport wordt momenteel de laatste hand gelegd en ik zal uw Kamer dit rapport voor het kerstreces doen toekomen.

Naar aanleiding van het debat op 8 maart 2012 over het burgerinitiatief Uit Vrije Wil heeft uw Kamer mij verzocht om in mijn standpunt op de evaluatie van de Euthanasiewet ook in te gaan op dit burgerinitiatief en het onderwerp vrijwillig levenseinde. Mijn voorstel is dat ik daar ook de door de VVD-fractie gestelde vragen over dit onderwerp bij betrek. In de eerste helft van 2013 zal ik u mijn reactie doen toekomen.

Ik heb recent de Eerste Kamer toegezegd met een brief te komen waarin ik uw Kamer zal informeren over de wijze waarop ik gedurende de kabinetsperiode zal omgaan met het onderwerp «Moet alles wat kan?». Hierbij zal ik ook ingaan op de onderwerpen die VVD-Kamerlid Mulder heeft benoemd: het (te lang) doorbehandelen van patiënten, de kwaliteit van leven in de laatste levensfase, het nagaan wat de wensen van patiënten zijn en de regie bij de behandeling van een patiënt met meerdere aandoeningen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over uitwerking van het regeerakkoord op de onderwerpen mega of regiomaatschappen van specialisten ontmoedigen, convenant concentratie topreferente zorg die door academische ziekenhuizen wordt geleverd en stringent pakketbeheer*

Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het advies van de commissie Meurs ben ik van plan om de NZa begin 2013 te vragen om een uitvoeringstoets ten behoeve van de invoering van integrale tarieven. Hierbij wil ik de NZa tevens vragen in te gaan op denkbare instrumenten om de vorming van mega- of regiomaatschappen te ontmoedigen. Mede aan de hand van deze uitvoeringstoets zal ik tot een nadere uitwerking van de aangekondigde voorname komen.

Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Om concentratie van topreferente zorg te kunnen bereiken moeten keuzes gemaakt worden ten aanzien van de taken en functies die kunnen worden geconcentreerd. Begin 2013 ga ik hierover in gesprek met de betrokken partijen, waaronder de NFU. Op basis van deze gesprekken zal ik een plan van aanpak opstellen en kan ik een verder tijdspad schetsen.

Daarnaast 'stringent pakketbeheer'. Dit onderwerp heeft als doel alleen nog noodzakelijke en (kosten)effectieve zorg te vergoeden uit de basisverzekering. Stringent pakketbeheer omvat een veelheid aan maatregelen op het gebied van het pakketbeheer: noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit, voorwaardelijke toelating en doorlichting van het verzekerde pakket door de onafhankelijke pakketbeheerder. Er vindt overleg plaats met het CVZ over de nadere invulling van deze maatregelen. In de komende periode zal het CVZ zijn rapport 'Pakketbeheer in de Praktijk deel III' uitbrengen. Ook zal het CVZ in het voorjaar van 2013 advies uitbrengen over de vraag hoe het criterium kosten-effectiviteit nader kan worden geoperationaliseerd en hoe dit wettelijk kan worden verankerd. Tevens dient op basis van het Regeerakkoord het instrument 'voorwaardelijke toelating' breder te worden ingezet, waarbij ik extra aandacht vraag voor het aspect van de uitstroom. Er vindt momenteel overleg met het CVZ plaats over een nadere invulling van dit instrument. Ook is er een werkgroep, bestaande uit het CVZ, de NZa, DBC-Onderhoud, ZN, Zon-

Mw en de NPCF die hierover advies uitbrengt. Tenslotte het doorlichten van het pakket. Van het CVZ wordt verwacht dat het onderdelen van het pakket doorlicht en naar aanleiding daarvan adviezen uitbrengt over in- of uitstroom uit het pakket. Ook hierover vindt overleg met het CVZ plaats. Deze maatregelen dienen vanaf 2016 te leiden tot structurele besparingen. Het tijdspad van de uitwerking van de maatregelen t.a.v. de zorg in het Regeerakkoord zal eind januari/ begin februari naar uw Kamer worden gestuurd.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over uit het oog verliezen van signalen over fraude in de Zorg in Natura*

Fraude is onacceptabel in de AWBZ zorg in natura en in het pgb. Er moet met kracht tegen opgetreden worden. Voor het pgb is onlangs een intensieve aanpak in gang gezet. Dat betekent niet dat er geen aandacht naar mogelijke fraude in de zorg in natura uitgaat, integendeel. Ook daar is het van groot belang dat fraude wordt aangepakt. Daarom is samen met veldpartijen een risicoanalyse uitgevoerd naar fraude in de AWBZ zorg in natura. De risico's zijn in kaart gebracht en een aantal maatregelen is in gang gezet om die risico's te verminderen. Het gaat om het vormgeven van 'early warning' door cliëntenorganisaties, het verbeteren van de screening van zorgaanbieders en het onderzoeken hoe de positie van het CIZ kan worden verstevigd bij vermoedens van fraude. Tevens is besloten een dergelijke risicoanalyse elke twee jaar te herhalen, zodat hij actueel blijft.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over fraude in de zorg*

Ja, het fraudeprobleem in de zorg beperkt zich niet tot het pgb. Het is breder en ook andere zorgsectoren hebben ermee te maken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over bedragen binnen pgb-fraude en fraude bij Zorg in Natura*

Zoals opgenomen in de brief 'Aanpak pgb-fraude' die uw Kamer op 2 december j.l. is toegestuurd, is het de inschatting van het Openbaar Ministerie dat zij voor enkele tientallen miljoenen aan pgb-fraudezaken in onderzoek hebben. Het is niet aan te geven om welke bedragen het echt gaat als we het hebben over fraude. Die bedragen zijn immers het resultaat van fraude onderzoeken. Wat we wel weten zijn de bedragen die zorgverzekeraars elk jaar terughalen door hun fraudeonderzoeken. Zo heeft bijvoorbeeld in 2011 van het totale teruggehaalde bedrag van € 7,7 miljoen aan opgespoorde fraude, 65% plaatsgevonden in de Zorgverzekeringswet, 30% in de AWBZ en 5% in de aanvullende verzekering.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over de fundamentele oorzaken van fraude*

De voornaamste fundamentele oorzaak is dat fraudeurs zoeken naar mogelijkheden om zich te verrijken ten laste van de AWBZ. Kwaadwilligen zullen altijd zoeken naar mogelijkheden daartoe. Uit onderzoek is gebleken dat het vooral gaat om frauderende zorgbureaus, frauderende artsen, frauderende budgethouders en frauderende zorginstellingen en combinatie met andere fraude. Daarbij speelt ook indicatiestelling een rol. In de aanpak van de pgb-fraude, zoals vermeld in de brief van 2 december,

wordt op deze punten acties ondernomen om de pgb-fraude aan te pakken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over de uitvoering van de motie Venrooy-Uitslag*  
Deze motie is uitgevoerd door de risicoanalyse op fraude in de AWBZ zorg in natura uit te laten voeren. Over de risicoanalyse en de maatregelen die hieruit voortvloeien is de Kamer geïnformeerd in de brief 'Stand van zaken toezeggingen VWS' op 31 oktober j.l. Daarin is onder andere aangegeven dat de voorbereidende werkzaamheden van de te nemen maatregelen inmiddels zijn gestart. Het gaat om het vormgeven van 'early warning' door cliëntenorganisaties, het verbeteren van de screening van zorgaanbieders en het onderzoeken hoe de positie van het CIZ kan worden verstevigd bij vermoedens van fraude. Tevens is besloten een dergelijke risicoanalyse elke twee jaar te herhalen, zodat hij actueel blijft.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over ondersteuningsbehoefte van hun inwoners*  
Zoals u weet ben ik op dit moment in gesprek met het veld om te komen tot een gezamenlijke visie op de nieuwe langdurige zorg. In aanvulling daarop ga ik met de VNG in gesprek over hoe we via het eerder ingerichte Transitiebureau van VNG en VWS de gemeenten, maar ook aanbieders, cliëntorganisaties en burgers gaan voorbereiden op de decentralisatie van begeleiding en persoonlijke verzorging. Een van de taken van het Transitiebureau is om gemeenten te informeren over cliëntgroepen en hiervoor waar nodig gesprekken te faciliteren tussen gemeenten, aanbieders en burgers. Dit gebeurt onder anderen door het verzamelen en verspreiden van beleidsinformatie over de huidige ondersteuningsbehoefte, maar ook door cliëntprofielen beschikbaar te stellen met ondersteuningsmogelijkheden voor cliënten en bijeenkomsten te organiseren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van 't Wout (VVD) over een tijdschema met de plannen van het Regeerakkoord betreffende Langdurige zorg*  
Ik hecht aan een zorgvuldige uitwerking en uitvoering van de hervorming in de langdurige zorg. Ik wil dit in samenwerking doen met gemeenten, cliëntenorganisaties, verzekeraars en zorgaanbieders. Ik heb hierover reeds met deze partijen gesproken. Ik streef ernaar begin 2013 een hoofdlijnenbrief te zenden, waarin ik tevens een tijdschema zal opnemen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over inkomensafhankelijke premie*  
Door de coalitiepartijen is besloten om af te zien van de invoering van de inkomensafhankelijke premie. Het toch invoeren van een inkomensafhankelijke premie is dus niet aan de orde.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over maatregelen uit het Regeerakkoord die leiden tot minder zorgkosten*  
De voorgenomen maatregelen leiden tezamen tot een lagere groei van de collectieve zorguitgaven. Een beter werkend stelsel leidt tot productiviteitsstijgingen en dus tot lagere tarieven. Ook het preferentie beleid heeft geleid tot sterke verlaging van de kosten van geneesmiddelen om maar een voorbeeld te noemen. Hiermee zorgt het kabi-

net ervoor dat de zorguitgaven beter worden beheerst en op een houdbaar groeipad komen. Daartoe worden ook maatregelen getroffen die bijdragen aan een groter kostenbewustzijn (bijvoorbeeld de eigen betaling voor zelfverwijzers SEH) en daarmee aan gepast zorggebruik.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het Landelijk Schakelpunt (LSP)*  
Over de stand van zaken rond het LSP heb ik u op 4 december 2012 een brief gestuurd. Het LSP wordt niet beheerd door zorgverzekeraars. De verantwoordelijke voor het LSP is de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) en niet de zorgverzekeraar. De VZVZ is opgericht op initiatief van Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). In het doorstartmodel van de VZVZ, zoals ik dat als bijlage bij mijn brief van 19 januari 2012 (Tweede Kamer, Vergaderjaar 2011–2012, 27529 nr. 102) aan uw Kamer heb aangeboden, staat dat: »bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en keuringsartsen geen toegang hebben tot de voorzieningen van het landelijk schakelpunt.« De VZVZ bepaalt in overleg met haar patiënten- en privacyraad welke groepen zorgverleners de gegevens kunnen raadplegen. Het is dan ook niet aan zorgverzekeraars te bepalen wie toegang heeft tot het LSP. Het bericht dat zorgverzekeraars bedrijfsartsen op den duur toegang willen geven tot het LSP is onjuist.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over hoe de fusies van de ziekenhuizen zich verhouden tot zorg dichtbij*

Ik vind het van belang dat de juiste afwegingen worden gemaakt en het evenwicht tussen schaalgrootte, kwaliteit en zorg dichtbij bewaard blijft. Het evenwicht bepaalt de grens ten aanzien van schaalvergroting. Het is in de eerste plaats aan partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) om deze grens te bewaken. Als de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar komt zal de overheid ingrijpen. Dat is ook het uitgangspunt van het wetsvoorstel met betrekking tot de zorgspecifieke fusietoets dat sinds mei jl. in uw kamer ligt. Met de verplichte fusie-effectrapportage uit dit wetsvoorstel zet ik in op beter doordachte fusies die niet alleen in gang gezet worden vanuit financieel perspectief, maar waar ook de kwaliteit en de betrokkenheid van stakeholders (o.a. cliënten en personeel) een belangrijk onderdeel van is. Ik juich het toe dat ziekenhuizen zoeken naar oplossingen die bijdragen aan kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid. Het behalen van kwaliteits- en volumenormenten mag niet als excuus worden gebruikt om schaalvergroting te legitimeren. De Raden van Bestuur van de ziekenhuizen in Zwolle en Harderwijk zijn verantwoordelijk voor de eventuele fusie tussen beide instellingen. Indien men uiteindelijk besluit tot een fusie dan zal de NMa dit toetsen en besluiten of de fusie kan plaatsvinden. Daarnaast zal ik, indien de nieuwe regelgeving ten aanzien van de zorgspecifieke fusietoetsing nog niet van kracht is, de betrokken partijen oproepen vooruitlopend daarop te handelen in de geest van het op handen zijnde wetsvoorstel, conform de afspraak met uw Kamer.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het laten opnemen van Preventieconsult in de basisverzekering*

Als het Preventieconsult als geheel collectief wordt aangeboden, dat wil zeggen aan iedereen, valt het niet onder de basisverzekering. Indien er sprake is van een individu met een verhoogd risico op (het krijgen van) een aandoening kan er wel sprake zijn van verzekerde zorg.

Het 'Preventieconsult cardiometaboolrisico' is een standaard die de huisarts richtlijnen geeft voor het in kaart brengen van het risico op hart- en vaatziekten, type 2 diabetes en nierschade bij mensen vanaf 45 jaar.

Het gaat om risicoselectie via een vragenlijst, gevolgd door – indien nodig – consulten.

Het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) heeft hierover advies uitgebracht. Het actief oproepen van bijvoorbeeld de praktijkpopulatie van een huisarts voor het Preventieconsult valt buiten de Zorgverzekeringswet. Daarom valt het actieve aanbod van het Preventieconsult als geheel niet in het pakket.

Dit laat onverlet dat onderdelen van het Preventieconsult zijn vervat in richtlijnen. Huisartsen kunnen deze toepassen als een burger zich meldt met een risicoprofiel op grond van de vragenlijst. Deze zorg wordt wel vergoed vanuit het basispakket. Hierbij kijkt het CvZ naar de doelmatigheid en effectiviteit en spreekt van 'zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden'.

Toeleiding naar de zorg valt niet onder de Zorgverzekeringswet, maar dat staat andere partijen, zoals GGD'en, gezondheidsfondsen, farmaceuten niet in de weg om een risicogroep te attenderen op het belang van vroege opsporing.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over concurrentie in de thuiszorg*

Ik wil gemeenten veel ruimte geven om huishoudelijke hulp aan te bieden aan hun burgers als dat vanuit de zorg en ondersteuning noodzakelijk is. Kwaliteit van de geboden zorg en ondersteuning vind ik van groot belang, evenals de ruimte om dit in de buurt te organiseren. Concurrentie is geen doel op zich. Een gemeente stelt op basis van een analyse van de lokale situatie, haar visie, de kaders en de kwaliteitseisen vast en het is aan (potentiële) aanbieders om zich hierop te onderscheiden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de verhouding van de keuzes om de thuishulp te schrappen tot het thema zorg dichtbij?*

Mensen willen graag zolang mogelijk thuis blijven wonen en daar, als dit noodzakelijk is, zo dichtbij mogelijk ondersteuning en zorg ontvangen. Gemeenten zijn ook in staat om die zorg en ondersteuning lokaal en op maat te organiseren, door verbindingen te leggen met het sociaal netwerk, lokale initiatieven en voorzieningen. Daarbij merk ik wel op dat het kabinet de thuishulp wil beperken tot degenen die het echt nodig hebben en het niet uit eigen middelen kunnen betalen. Dit brengt onvermijdelijk een versoering met zich mee.

Door de decentralisatie krijgen de gemeenten meer mogelijkheden om tot een integrale aanpak te komen. De oude situatie kan dus niet één op één vergeleken worden met de nieuwe aanpak. Zorg dichtbij is dus andere zorg dan alleen huishoudelijke hulp.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het takenpakket van de wijkverpleegkundige*

In november 2012 heeft de minister van de beroepsvereniging van zorgprofessionals (Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland) het «expertisegebied wijkverpleegkundigen» uitgereikt gekregen. Hierin staat dat de wijkverpleegkundige eerst en vooral een verpleegkundige is. De kern van de beroepsuitoefening is het verlenen van zorg. Daartoe beschikt de wijkverpleegkundige over alle competenties zoals die eerder door de beroepsgroep zijn geformuleerd in het 'beroepsprofiel verpleegkundigen'. In het expertisegebied worden aanvullende competenties voor de wijkverpleegkundige benoemd.

Dit sluit aan bij het Programma Zichtbare Schakel, waaruit blijkt dat zij of hij een rol kan spelen in het signaleren van eenzaamheid en verwaarlozing en het vaststellen van de daadwerkelijke behoefte aan zorg en ondersteuning van mensen en het organiseren daarvan in overleg met alle betrokkenen.

Juist de wijkverpleegkundige kan een rol spelen in het verbinden van cure en care, van formele en informele zorg.

Om te zorgen voor een zorgvuldige uitwerking en uitvoering van de hervorming in de langdurige zorg, is de staatssecretaris hierover in gesprek met gemeenten, cliëntenorganisaties, verzekeraars en zorgaanbieders. Ik streef ernaar hierover begin 2013 een hoofdlijnenbrief aan de Tweede Kamer te zenden. In afwachting van de uitkomsten van deze gesprekken is het voorbarig nu een antwoord te geven op de vraag waar verpleging ophoudt en verzorging begint.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over verkleining van huisartsenpraktijken*

Huisartsen bepalen zelf hoe groot hun praktijk is, door het wel of niet aannemen van nieuwe patiënten. Er zijn daarom ook grote verschillen tussen huisartsen wat betreft het aantal ingeschreven mensen per praktijk. Het is ook mijn ambitie dat huisartsen meer zorg uit de 2delijn overnemen. Bij verzekeraars staat dit ook hoog op de agenda en in het Regeerakkoord staat ook een module medisch specialistische zorg.

Mijns inziens moeten wij de huisartsenpraktijken hiertoe beter equiperen om de organisatie in de eerste lijn te versterken. De maatregelen in het Regeerakkoord leggen ook het fundament voor een sterke eerste- en anderhalvelijnszorg; dicht bij de mensen en met de huisarts in een sleutelrol. Zo is in het Regeerakkoord afgesproken om fors te investeren in wijkverpleegkundigen, oplopend tot € 250 miljoen vanaf 2017. Tevens worden er in het bestuurlijk akkoord GGZ extra middelen vrijgemaakt voor meer praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk en groeit het huisartsenkader 0,5% meer dan de overige sectoren om substitutie te bevorderen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over ouderen, gehandicapten en chronisch zieken die betalingsproblemen hebben met de zorgpremie als gevolg van oplopende zorgkosten*

In de wanbetalersregeling is geregeld op welke wijze moet worden omgegaan met verzekerden die problemen hebben om hun zorgpremie te betalen. Ook zorgverzekeraars zijn gespist op het voorkomen van oplopende premie#achterstand en treffen steeds meer betalingsregelingen om te voorkomen dat mensen in een problemati-

sche schuldsituatie terecht komen. In het wetsvoorstel dat thans wordt voorbereid wordt ook breder en steviger ingezet op preventieve activiteiten. Zoals uw Kamer inmiddels bekend is, loopt er een gezamenlijke pilot van de gemeente Enschede, zorgverzekeraar Menzis en Stadsbank Oost-Nederland en is door BS&F/SocialForce in opdracht van VWS onderzoek uitgevoerd om te bezien op welke wijze zorgverzekeraars, in samenwerking met gemeenten, kunnen komen tot een effectievere aanpak om wanbetaling van zorgkosten, voor iedereen die moeite heeft de zorgpremie te betalen, te voorkomen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over dat artsen of in het ziekenhuis of in een privékliniek zouden moeten werken*

Er zijn mij geen gegevens bekend die er op duiden dat het gecombineerd werken van artsen in een privékliniek en in een ziekenhuis leidt tot veiligheidsrisico's en toename van de kosten. Het combineren van werkzaamheden op meerdere locaties biedt artsen een mogelijkheid om hun ervaring uit te breiden en te onderhouden. Ik zie daarom geen noodzaak om op te leggen dat artsen in een ziekenhuis óf privékliniek werken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over wat er geschrappt gaat worden uit het basispakket en de vraag wat de minister ervan vindt dat er steeds meer VVD-ers opduiken in de zorg.*

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is in 2011 gevraagd voorstellen te doen over ingrepen in het basispakket. Het CVZ brengt de komende periode zijn tweede rapport over lage ziektelast uit. Daarnaast zal het CVZ de komende periode ook rapporteren over de invulling van stringent pakketbeheer. Aan de hand van deze rapporten zal nadere kabinetsbesluitvorming moeten plaatsvinden. Het lidmaatschap van de Eerste Kamer is een parttime functie. Senatoren hebben dan ook doorgaans meerdere andere, al dan niet bestuurlijke functies. Daar pleit ook veel voor, gelet op de wenselijkheid van een brede worteling in de samenleving. De functies die senatoren hebben worden gepubliceerd, opdat volledig transparant is in welke hoedanigheden senatoren aan het maatschappelijk verkeer deelnemen. Het is ook een gangbare praktijk dat senatoren zich doorgaans terughoudend opstellen als het onderwerpen betreft op terreinen waar zij andere functies bekleden. Gelet hierop is er geen bezwaar dat er een senator in de Advies Commissie Pakket (ACP) van het CVZ zit, ook omdat de achtergronden van de overige leden van de ACP zeer divers zijn. Uiteraard was deze benoeming bekend, immers de leden van de ACP worden door de minister van VWS benoemd. Veel senatoren zijn op een of andere wijze werkzaam in of betrokken bij de zorg. Soms omdat ik ze vraag een advies commissie voor te zitten, zoals het advies over de inkomens van medisch specialisten, soms omdat ze daar zelf actief zijn, bijvoorbeeld als voorzitter van een zorgkoepel, lid van een Raad van Bestuur van een zorgverzekeraar of ziekenhuis, of lid van een Raad van Toezicht.

Het is een goede zaak dat naast vele leden van andere politieke partijen, ook steeds meer VVD-ers in de zorgsector actief zijn. Dit is een uitdrukking van hun brede maatschappelijke betrokkenheid. U suggereert daarin automatische betrokkenheid van mij, echter het voorzitterschap van een koepel, Raad van Toezicht of Raad van Bestuur zijn geen functies waar de minister bemoeienis mee heeft.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over dagbesteding en budgetkorting*

Mensen willen graag zolang mogelijk gewoon blijven meedoen. En als er ondersteuning en zorg nodig is, dan willen ze die zo lang als het kan dichtbij huis ontvangen. Daar kunnen mensen werken aan het bereiken van hun eigen levensdoelstellingen, zoals werken, een opleiding volgen, omgaan met andere mensen. Gemeenten zijn in staat om die zorg en ondersteuning lokaal en op maat te organiseren. Gemeenten zullen hierbij nauw samen moeten werken met cliëntenorganisaties, verzekeraars, zorgaanbieders en woningcorporaties om ondersteuning en zorg dichtbij echt mogelijk te maken.

De budgetkorting is nodig om te zorgen dat ook toekomstige generaties gebruik kunnen maken van langdurige zorg indien zij daar vanwege hun beperking voor in aanmerking komen. De budgetkorting is ook realiseerbaar. Dit vergt echter een fundamentele omslag in denken in de langdurige zorg, waarbij maatwerk het uitgangspunt is en de ondersteuningsvraag van mensen centraal staat. Hierbij moet meer verbinding worden gezocht met wat mensen zelf kunnen en beter worden gekeken naar het sociale netwerk en lokale initiatieven.

Ik ben in gesprek met het veld. Ik spreek daarin ondermeer met de CG-Raad/Platform VG, NPCF maar ook met de koepels (o.a. GGZ-Nederland en BTN). Samen met hen en de VNG bespreek ik hoe we deze maatregelen aan de burgers uitleggen en hoe we daarbij de professionals betrekken. Ik sluit daarbij in ieder geval aan bij het programma 'Aandacht voor iedereen' van de cliëntenorganisaties dat op initiatief van het Transitiebureau begeleiding in 2012 is gestart en bij de activiteiten die de koepels voor hun achterban organiseren in overleg met het Transitiebureau begeleiding.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over huishoudelijke verzorging* Ik deel de opvatting dat ondersteuning van mensen met beperkingen een belangrijke bijdrage kan leveren aan het langer thuis kunnen blijven wonen van mensen. Daar waar de zelfredzaamheid ontbreekt dienen mensen hierin ondersteund te worden. Als het eigen sociale netwerk hiervoor onvoldoende mogelijkheden biedt en de eigen (financiële) mogelijkheden om huishoudelijke hulp te organiseren ontbreken is de gemeente aan zet om de noodzakelijke ondersteuning te organiseren. Dat is nu juist de reden dat er een –zij het beperkt- resterend budget voor de gemeenten is voorzien. Daarnaast is er een budget voor gemeentelijke maatregelen voor inkomens ondersteuning.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het niet bezuinigen op dure adviescapaciteit bij zorginstellingen*

Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die zij leveren en voor de wijze waarop zij dat doen. Indien zorgaanbieders het nodig vinden daarbij advies in te winnen omdat zij bijvoorbeeld zelf specialistische kennis ontberen, dan is dat hun eigen keuze. Het in dienst nemen van deskundigen kan behoorlijk duurder uitpakken. Het Kabinet heeft daarbij geen rol.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over een vergelijking tussen Amarantis en zorginstellingen* Net als bij de casus Amarantis zijn er in de zorg de afgelopen jaren ook een aantal casussen geweest waarbij organisaties in (financiële) problemen zijn gekomen, zoals

Meavita, GGZ West Noord Brabant en Zonnehuizen. Mede naar aanleiding daarvan zijn waarborgen voor continuïteit van cruciale zorg ontwikkeld en zijn voorstellen gedaan om de verantwoordelijkheden van zowel het bestuur als de raden van toezicht van zorginstellingen aan te scherpen (Wetvoorstel cliëntenrechten zorg).

Op dit moment worden de verschillende mogelijkheden om de governance in de zorg verder te versterken (zie ook de brief van 31 oktober jl., kenmerk BPZ/ADV-3137720) onderzocht. U ontvangt komend voorjaar een brief met de visie op governance in de zorg.

De casus Amarantis leert ons dat er sprake moet zijn van een adequate governance, een goed intern en extern toezicht, een pro-actieve informatie voorziening en een op de taak toegeruste inspectie. Maar deze casus laat ook zien dat dit alles staat of valt met een transparante bestuurscultuur en verantwoordelijke bestuurders.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de ambitie bij terugdringen sociaal economische gezondheidsverschillen*

De gezondheidsverschillen in Nederland zijn aanzienlijk. Laagopgeleiden leven gemiddeld korter en brengen een groter deel van hun leven in ongezondheid door, vaak met chronische ziekten. De verschillen worden veroorzaakt door een taai stelsel van factoren, waar ook de leef- en werkomstandigheden toe behoren. Simpele oplossingen werken hier niet. Het kabinet wil dit verbeteren door het preventiebeleid op een samenhangende manier te focussen op risicogroepen. Dat zal deels gebeuren door een aantal generieke maatregelen (bijv. het tabaksontmoedigingsbeleid) voort te zetten, omdat deze maatregelen juist effect hebben op die groepen. Deels richten de maatregelen zich op specifieke aandachtsgebieden of op specifieke risicogroepen. Deze mensen zijn via diverse kanalen te bereiken, zowel binnen als buiten de zorg. In de zorg spelen huisartsen en wijkverpleegkundigen een belangrijke rol omdat ze hun preventieve activiteiten, zorg en ondersteuning dicht bij mensen leveren en zo beter kunnen aansluiten bij de leefwereld van de mensen zelf. Ook innovatieve toepassingen, zoals online consulten, kunnen eraan bijdragen om de toegankelijkheid van de zorg te vergroten en op deze manier helpen om specifieke risicogroepen te bereiken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de preventieagenda*

De landelijke nota *Gezondheid dichtbij* (mei 2011) beschrijft de principes voor het beleid voor de komende vier jaar. Deze agenda wordt nu, zowel lokaal als landelijk, verder uitgewerkt en uitgevoerd. De vijf inhoudelijke speerpunten blijven leidend: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Een extra accent ligt op bewegen.

De nota legt veel prioriteit bij preventiebeleid ten aanzien van jongeren. Er is bewust ingezet op integraliteit en slimme bundelingen van leefstijlthema's zoals een koppeling van middelengebruik (alcohol, roken en drugs) en gezond gewicht (voeding, bewegen, letselpreventie). Met het verhogen van de tabaksleeftijdsgrens komt er, wanneer de voorgestelde leeftijdsgrensverhoging voor alcohol wordt aangenomen door de Tweede en Eerste Kamer, één heldere leeftijdsgrens voor tabak en alcohol op 18 jaar. Ook willen we een convenant over preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl met zorgverzekeraars slui-

ten. We zullen bezien of er met ook andere partijen afspraken kunnen worden gemaakt.

We juichen het toe dat de Long Alliantie Nederland het initiatief heeft genomen om een actieprogramma op te stellen, en onderschrijven de concrete doelstellingen die de Long Alliantie Nederland zichzelf hierin heeft gesteld. De aanpak die de Long Alliantie Nederland voorstelt, namelijk één van integrale zorgverlening en een bundeling van krachten, sluit ook aan bij het beleid dat eerder is ingezet op het gebied van chronische zorg. Veel elementen uit de zorgstandaarden astma en COPD zijn terug te vinden in het actieprogramma.

Het actieprogramma sluit ook goed aan bij het beleid rondom stoppen met roken. Naast de volledige vergoeding van hulp bij stoppen met roken en het voornemen de minimumleeftijd voor de verkoop van sigaretten te verhogen van 16 naar 18 jaar, zijn wij voorstander van, en stimuleren zodoende, het rookvrije schoolplein.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over aangemelde projecten voor de regiopilot*

In het veld zijn diverse pilots ontstaan om zorg en ondersteuning in de buurt vorm te geven. Afhankelijk van de zorgvraag in de diverse regio's en de belangstelling van de zorgaanbieders en de verzekeraars, liggen de accenten op verschillende terreinen. Er wordt echter overal fors ingezet op het realiseren van een samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en welzijn op lokaal niveau, en op het voorkomen van onnodig dure zorg (substitutie van Zenaar 1elijn).

Ik wil een aantal van deze pilots monitoren, om inzicht te krijgen in en te leren van de ervaringen die in deze regio's worden opgedaan. Omdat de zorgverzekeraar de zorg moet inkopen is de kans van slagen groter als de zorgverzekeraars de pilot ondersteunt. Daarom heb ik de verzekeraars gevraagd om mogelijke pilots bij ons in te dienen.

De verzekeraars hebben inmiddels 11 mogelijke pilots voorgedragen, waaronder initiatief in Friesland, verspreid over het hele land. In december en begin januari worden gesprekken gevoerd met de voorgedragen pilots. In deze gesprekken wordt achterhaald welke aanpak men precies voor ogen heeft en welke rollen en verantwoordelijkheden verschillende partijen hebben. Eind januari kies ik welke pilots ik ga monitoren. Bij die keuze vind ik het van belang dat de pilots passen binnen de regels en uitgangspunten van het huidige stelsel zoals keuzevrijheid voor de patiënt, mogelijkheden om over te stappen etc.. Tevens wil ik dat de pilots onderscheidend van elkaar zijn en dat er echt uitkomsten (kwaliteit, gezondheid en kosten) gemeten kunnen worden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de ambitie om het aantal vermijdbare sterfgevallen terug te dringen*

Het vergroten van de veiligheid van de zorg staat hoog op de agenda van VWS. Het aantal vermijdbare sterfgevallen in ziekenhuizen was jaren geleden veel te hoog. Dat was aanleiding voor de sector om zich in 2007 onvoorwaardelijk te committeren aan verbetering van de patiëntveiligheid door zich in te zetten voor het beheersen van risico's voor onveilige zorg met behulp van het VMS veiligheidsprogramma (2008-2012). Het VMS veiligheidsprogramma is van de brancheorganisaties van aanbieders en profes-

sionals in de ziekenhuiszorg. VWS heeft dat programma met de afgelopen vier jaar met subsidie ondersteund. Ik ondersteun daarmee de ambitieuze inzet van de sector. Dankzij het VMS programma is er veel ontwikkeld aan kennis, deskundigheid en interventies in de afgelopen jaren. Nu komt het aan op inbedding en borging in de cultuur van de zorg en in de primaire processen van zorginstellingen. Daarvoor zijn aanbieders en professionals zelf verantwoordelijk. Partijen zoals patiënten/consumenten, toezichthouders zoals de IGZ, verzekeraars en schadeverzekeraars ondernemen steeds vaker vanuit hun eigen verantwoordelijkheid concrete initiatieven die de verbetering van veiligheid in de zorg niet-vrijblijvend stimuleren. Een voorbeeld is dat verzekeraars een geaccrediteerd VMS hebben opgenomen in hun inkoopvoorwaarden. Eind 2013 komen de resultaten van het EMGO/Nivel dossieronderzoek dat inzicht moet geven of de doelstelling gehaald is ten aanzien van het terugdringen van vermijdbare schade en sterfte. Ik zal u over deze resultaten te zijner tijd informeren. Overigens is patiëntveiligheid als prioriteit opgenomen in de hoofdlijnenakkoorden met de medisch specialisten en ziekenhuizen/verzekeraars. Dit betekent dat partijen ook na 2012 zich onverminderd blijven inzetten voor patiëntveiligheid.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over opleidingskwaliteit*

Het College van Geneeskundig Specialisten stelt normen aan de opleidingsduur in Nederland. Daarnaast stelt de Europese richtlijn voor erkenning van beroepskwalificaties een minimum eis aan de opleidingsduur. Deze is meestal 1 à 2 jaar korter dan de opleidingsduur in Nederland. Dit is ook de reden dat het kabinet in het regeerakkoord een korting heeft opgenomen, uitgaande van een aanpassing op de opleidingsduur, oplopend tot 180 mln. Ik vind kwaliteit belangrijk en daarom investeer ik reeds hierin via een projectsubsidie aan de KNMG voor modernisering van de opleiding. Het is uit het oogpunt van een adequate inzet van collectieve middelen belangrijk om periodiek te onderzoeken of de opleidingsvergoeding nog adequaat is. Dat geldt overigens niet alleen voor de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Ik ben voornemens om in de komende periode onderzoek naar verschillende publiek gefinancierde (medisch)specialistische vervolgoopleidingen te laten doen. Daarbij zal ook aandacht worden besteed aan de productie die artsen in opleiding tot specialist tijdens hun opleiding leveren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het in overleg met zorgverzekeraars treden over de inrichting van een landelijk en structureel meldpunt waar mensen alle verspilling kunnen melden?*

Verschillende kamerleden vragen om meer te doen met signalen van patiënten en werkenden in de zorg. De hoge respons die eerder dit jaar kwam op het meldpunt verspilling van genees- en hulpmiddelen van het ministerie toont aan dat wat dit betreft veel ideeën leven. Immers, degenen die dagelijks zorg ervaren of verlenen zien vaak mogelijkheden voor een betere en meer doelmatige zorgverlening. Het is belangrijk om aan meldingen van patiënten en werkenden een vervolg te geven. Dat gebeurt ook met de reacties rond genees- en hulpmiddelen, waar samen met partijen een plan van aanpak wordt opgesteld en een platform wordt gevormd.

Uit contacten met Zorgverzekeraars Nederland is inmiddels gebleken dat zij positief staan tegenover het aanpakken van verspilling in de zorg. Over de inrichting van een eventueel meldpunt leven bij Zorgverzekeraars Nederland vragen over de opzet en reikwijdte, bijvoorbeeld als het gaat om meldingen over verspilling die buiten de directe invloedssfeer van zorgverzekeraars liggen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de rol van tolken*

Communicatie is van belang zowel bij het vaststellen van de diagnose als bij de behandeling. Dat neemt niet weg dat patiënten/cliënten (of hun vertegenwoordigers) zelf verantwoordelijk zijn voor het machtig zijn van de Nederlandse taal. Uitgangspunt is dat de patiënt/cliënt zelf dient te zorgen voor de inzet van een tolk indien dat nodig wordt geacht. Afhankelijk van de situatie en de aard van het gesprek kan dit een professionele tolk zijn maar ook een tolk uit het eigen netwerk van de patiënt. Gelet op dit uitgangspunt is de tolkfunctie geen onderdeel van de verzekerde prestaties. Overleg met ZN is daarom ook niet zinvol. Ik zal op verzoek van mevrouw Bouwmeester inventariseren hoe de huidige praktijk zich heeft ontwikkeld en uw kamer daarover berichten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de eigen bijdrage GGZ*

Ik begrijp dat de GGZ-sector de eigen bijdrage ongewenst acht en een handreiking doet om naar slimme alternatieven vanaf 2014 te kijken. Ik wijs er wel op dat er een budgettair beslag van 30 mln gemoeid is met de eigen bijdrage.

Ik ben bereid om met de sector te kijken of deze handreiking voldoende robuust is en de eigen bijdrage kan vervangen. Ik zal uw kamer hierover berichten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over een overzicht van de te nemen maatregelen in de care*

In de care gaat het om de volgende maatregelen:

	2014	2015	2016	2017	struct
<b>Care en Wmo</b>					
Geen aanspraak op begeleiding, 75% van het budget naar gemeenten	-290	-1540	-1565	-1580	-1700
Landelijke invoering intramurale AWBZ		25	-20	-475	-475
Overheveling verpleging naar Zvw				-30	-30
Overheveling langdurige GGZ naar de Zvw				0	0
Extramuraliseren zpz 4	0	0	-35	-70	-110
Verhogen Eigen Bijdrage AWBZ	-30	-40	-50	-50	-50
Intensivering arbeidsmarkt				100	100
Huishoudelijke verzorging beperken (inkomensafhankelijk)	-89	-975	-1.140	-1.140	-1.140
Verplicht hergebruik scootmobiel, etc		-15	-25	-50	-50

Ik hecht aan een zorgvuldige uitwerking en uitvoering van de hervorming in de langdurige zorg. Ik streef ernaar be-

gin 2013 een hoofdlijnenbrief te zenden, waarin ik tevens een tijdsschema zal opnemen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over het verkrijgen van meer inzicht in de kwaliteit zonder administratieve belasting*

Onder meer in het kader van het inkoopproces AWBZ, leveren zorgaanbieders veel informatie over hun zorgaanbod. Deze informatie geeft inzicht in de cliënten die men kan bedienen en de kwaliteit van de zorgaanbieder. Het invullen en aanleveren van deze informatie is echter administratief belastend. In overleg met Zorgverzekeraars Nederland en de branches zal begin 2013 een traject worden afgerond om te bezien op welke wijze de inkoopprocessen kunnen worden geüniformeerd. Hierdoor wordt het inkoopproces vereenvoudigd en de administratieve belasting verminderd.

Vermindering van regeldruk is overigens een specifiek item in het regeerakkoord. Ook voor de zorg geldt dat zorgverlening efficiënter dient te geschieden zonder administratieve rompslomp. Het kabinet gaat daarom ook onverminderd voort met de experimenten regelarme instellingen, die ook gaan over het reduceren van de niet relevante informatie over kwaliteit.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over kleinschalige projecten in de care*

Ik vind het belangrijk dat er voldoende aanbod is dat aan de wensen en behoeften van cliënten tegemoet komt. Uitgangspunt van mijn beleid is dat ik de zorg zo dicht mogelijk om de cliënt heen wil organiseren. Kleinschalige projecten kunnen goed op deze behoefte inspelen. Ik zie het als een taak van zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat er met voldoende aanbod wordt ingespeeld op de behoeftes en wensen van cliënten.

In het kader van de decentralisatie heeft het Transitiebureau begeleiding contact met de branchevereniging kleinschalige zorg en met de Zlto (vereniging voor ondernemers in de groene ruimte). Via de website [www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl), de helpdesk en handreikingen van het Transitiebureau verspreiden we vanuit VWS en de VNG voorbeelden van ondersteuning, ook als het gaat over kleinschalige projecten. Het is vervolgens aan de wethouders van gemeenten om te bezien of en zo ja hoe zij de kleinschalige projecten inzetten voor het uitvoeren van de Wmo.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over de spelregels Eigen Regie, die bij decentralisaties opgesteld moeten worden*

Zoals de heer Van Dijk al aangaf, gebruiken veel gemeenten een keukentafelgesprek om de toegang tot de Wmo te organiseren. Dit is een gesprek tussen gemeenten en haar burgers en diens omgeving, waarmee op een zorgvuldige manier de ondersteuningsbehoefte in kaart wordt gebracht. In dat gesprek staan behoud van de eigen regie, zelfredzaamheid en het oplossend vermogen centraal. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten ondersteunt, met financiële ondersteuning van mijn departement, gemeenten al enkele jaren bij het vormgeven van dat keukentafelgesprek. In het zogenoemde project de Kanteling heeft de VNG hiervoor onder andere een gekantelde modelverordening voor gemeenten uitgebracht, gericht op het uitvoeren van de compensatieplicht. Ook bieden we

in dat project handreikingen, bijvoorbeeld over hoe gemeenten het keukentafelgesprek met nieuwe doelgroepen in het kader van de begeleiding en verzorging het beste kunnen voeren. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de competenties van de gespreksvoerders. Eigen kracht is bij deze instrumenten een terugkerend thema.

Daarnaast richt het programma 'Aandacht voor iedereen' van de gezamenlijke cliëntorganisaties, zich ook op een kanteling en wat dit betekent voor burgers en hun belangenbehartigers. Ik wil daarom geen extra spelregels opstellen, maar gemeenten in samenspel met hun burgers, aan de keukentafel op lokaal niveau, hierover in gesprek laten gaan en daarover afspraken laten maken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) en het kamerlid Dik-Faber (CU) over het waarborgen van het mentorschap in de zorg wil waarborgen?*

Ik vind het van belang dat mensen die geen eigen regie kunnen voeren en geen eigen netwerk hebben, wel kunnen worden ondersteund door onder andere de inzet van mentoren. Omdat mijn ambtsvoorgangers dit ook een belangrijke ontwikkeling vonden, hebben zij het netwerk van mentorschap de afgelopen jaren financieel ondersteund hoewel het ten principale een zaak van veldpartijen is. Opdracht was om zelf voor structurele financiering zorg te dragen. Om het mentorschap structureel te verankeren heeft mijn ambtsvoorganger op zich genomen om partijen bijeen te brengen, opdat zij zorg dragen voor deze structurele financiering. Het is ondanks de positieve intentie van partijen niet gelukt om dit adequaat en tijdig praktisch te regelen. Ik zal er nu, samen met partijen, zorg voor dragen dat er zo spoedig mogelijk een structurele oplossing komt.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over het individueel beoordelen van de ZZP*

Ik heb tijdens het AO contracteerruimte op 15 november aangegeven dat ik vóór 1 maart 2013 een actieplan naar uw kamer zal sturen. In dat actieplan zal ik ook duidelijkheid geven over de wijze waarop ik dit vorm zal geven.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) over de maatregelen om zorg in natura (ZIN) fraude aan te pakken*

Om het inzicht te vergroten in waar zich in de AWBZ zorg in natura risico's op fraude voordoen, is een risicoanalyse uitgevoerd. Hierover is de Kamer geïnformeerd in de brief 'Stand van zaken toezeggingen VWS' op 31 oktober j.l. In deze brief is onder andere aangegeven dat de voorbereidende werkzaamheden van de te nemen maatregelen inmiddels zijn gestart. Het gaat om het vormgeven van 'early warning' door cliëntenorganisaties, het verbeteren van de screening van zorgaanbieders en het onderzoeken hoe de positie van het CIZ kan worden verstevigd bij vermoedens van fraude. Ook is besloten een dergelijke risicoanalyse elke twee jaar te herhalen, zodat hij actueel blijft.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de kwaliteitseisen aan de zorg in private klinieken van plastisch chirurgen*

Particuliere chirurgische klinieken moeten aan dezelfde normen voldoen als ziekenhuizen. Op basis hiervan houdt de Inspectie toezicht op privéklinieken die cosmetische chirurgische ingrepen verrichten. De Inspectie toetst of er sprake is van verantwoorde zorg zoals omschreven in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG. Veldnormen

van de beroepsgroepen vullen in wat onder verantwoorde zorg verstaan wordt.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van Dijk (PvdA) en kamerlid Voortman (GroenLinks) over het aanpakken van de arbeidsmarktgevolgen voor thuishulpen*

De maatregelen uit het Regeerakkoord hebben consequenties voor de arbeidsmarkt in de zorg. Op sommige plaatsen wordt bezuinigd (dagbesteding, huishoudelijke hulp), op andere plaatsen geïntensiveerd (wijkverpleegkundigen), daarnaast is er sprake van autonome groei. Om goed zicht te krijgen op de effecten daarvan hebben sociale partners in de langdurige zorg mij gevraagd om een ArbeidsmarktEffectRapportage op te (laten) stellen. Daar geef ik graag gehoor aan. Daarbij gaat het mij niet alleen om de daadwerkelijke effecten, maar ook hoe daar het beste mee omgegaan kan worden. Mede op basis daarvan kan ik dan ook bezien op welke wijze de € 100 mln voor arbeidsmarktbeleid het beste ingezet kan worden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over substitutie*

In de nu lopende akkoorden met de ziekenhuizen, huisartsen en de GGZ heb ik afspraken gemaakt over substitutie. In het bijzonder heb ik in het akkoord met de huisartsen ten behoeve van substitutie een additionele groei van 0,5% beschikbaar gesteld. Verder heb ik met de huisartsen concrete afspraken gemaakt over het zo klein mogelijk houden van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn, waarbij goede kwaliteit van zorg natuurlijk een randvoorwaarde blijft. Met het opnemen van substitutie in de akkoorden heb ik het onderwerp ook geagendeerd in de overleggen met de veldpartijen.

Daarnaast is substitutie een onderwerp in het regeerakkoord. Hierin is aangegeven dat het vervangen van 2de-lijns zorg door zorg in de 1stelijns, onderdeel zou moeten zijn van beloningsafspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Ook het ontmoedigen van onnodige verwijzingen is opgenomen in het regeerakkoord. Bij het maken van de in het regeerakkoord genoemde nieuwe convenanten zal het onderwerp substitutie derhalve hoog op de agenda staan. Tenslotte wordt in het regeerakkoord een pakket van maatregelen voorgesteld dat het fundament legt voor een structuur van een sterke eerste- en anderhalve#lijnszorg dicht bij de mensen en met de huisarts in een sleutelrol. Deze maatregelen acht ik belangrijk om versnelling van substitutie te realiseren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over de motie Smilde*

De motie Smilde (TK 33 000 XVI, 45) heeft de regering opgeroepen om in overleg met alle partijen te komen tot een breed gedeelde en breed gedragen visie over uitkomstbepaling.

Het op de lange termijn betaalbaar houden van zorg, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit, is één van de belangrijkste vraagstukken van dit moment. Uitkomstbepaling, dat wil zeggen bekostiging gericht op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit én kosten, biedt de mogelijkheid om dit te bereiken. Uitkomstbepaling zal overigens pas daadwerkelijk van de grond komen als kwaliteit (waaronder uitkomsten) meetbaar is. Daarvoor is nodig dat duidelijk is wat goede zorg is en hoe gemeten kan

worden of deze zorg ook daadwerkelijk geleverd is. Ik wil hier de komende jaren stevig op in te zetten.

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) heeft een rapport opgesteld met internationale voorbeelden van uitkomstbepaling. Het rapport van iBMG dat per brief van 31 oktober aan de Tweede Kamer is aangeboden (TK 33400 XVI, 15), bevat een aantal bouwstenen: naast achttien internationale voorbeelden van uitkomstbepaling biedt het rapport een theoretisch kader voor het verder introduceren van uitkomstbepaling in Nederland. iBMG constateert onder andere dat in de afgelopen periode in de verschillende deelsectoren van de curatieve zorg een stevig fundament is gelegd om uitkomstbepaling mogelijk te gaan maken en in de praktijk invulling te gaan geven. In de komende periode zal ingezet moeten worden op het transparant en meetbaar maken van de uitkomsten van zorg, en zal nader uitgewerkt moeten worden op welke wijze de bekostiging meer kan worden geënt op het belonen van uitkomsten.

Ik heb met relevante partijen (NZa, verzekeraars, aanbieders, patiënten, CVZ) afgesproken om de komende periode in kaart te brengen hoe we bekostiging van uitkomsten kunnen bevorderen via het verhogen van de meetbaarheid en transparantie en bezien vanuit de huidige bekostigingsmodellen in de verschillende sectoren. Gegeven de verschillende stadia van ontwikkeling van de sectoren wil ik met partijen inventariseren hoe het op dit moment staat met de bekostiging op basis van uitkomsten. Overigens is het opmerkelijk hoe weinig experimenten er zijn gemeld met uitkomstbepaling als betaald model. Dit zegt ook iets over de complexiteit.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over een kwaliteitsagenda samen met het veld met concrete doelen om verspilling tegen te gaan*

De vraag van mevrouw Bruin Slot naar een kwaliteitsagenda kan op twee manieren worden beantwoord, op de langere en de korte termijn. Wat betreft de langere termijn krijgt het op te richten Zorginstituut Nederland als taak om kwaliteit van zorg te verhogen door de totstandkoming van professionele standaarden te bevorderen. In die standaarden zal nadrukkelijk aandacht worden besteed aan effectief en doelmatig handelen. Om tot een prioritering te komen stelt Zorginstituut Nederland op dit moment in samenspraak met het veld een meerjarenagenda op. In die zin lijkt de door mevrouw Bruin Slot bepleite agenda sterk op de boogde taak van het kwaliteitsinstituut.

Overigens leidt het door mevrouw Bruin Slot voorgestelde communicatietarief tot versnippering van de bekostiging. Het kabinet wil juist naar populatie bekostiging gecombineerd met prestatie afspraken en ketenbekostiging.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over duurzaam inkopen door zorgorganisatie*

Gezamenlijke inkoop en ook een grotere mate van duurzaam inkopen is in ons private zorgstelsel een zaak van partijen zelf. Brancheorganisaties van zorgaanbieders of de beroepsvereniging van inkoopers in de zorg zijn zelf in staat ervaringen uit te wisselen en gezamenlijke stappen te zetten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over verticale integratie*

Op 10 september jl. heb ik een wetsvoorstel ingediend dat verticale integratie verbiedt en zowel de motie als het

huidige en vorige regeerakkoord uitvoert. Het wetsvoorstel verbiedt dat een zorgverzekeraar zeggenschap verkrijgt over een zorgaanbieder en zo de dienst kan uitmaken over wat er binnen de zorgaanbieder gebeurt. Het wetsvoorstel is ongewijzigd.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over waarborgen van zorg in de regio*

Er is wel degelijk oog voor krimp in de regio's. De zorg is een onderdeel van het actieplan bevolkingsdaling. Dit interbestuurlijk actieplan is in 2009 aangeboden aan de Kamer. In het kader van dit actieplan wordt jaarlijks door mijn collega van Wonen en Rijksdienst een voortgangsrapportage bevolkingsdaling aangeboden aan de Kamer. Hiermee wordt de vinger aan de pols gehouden bij de organisatie van de zorg in de krimpregio's. De voortgangsrapportage geeft op dit moment geen aanleiding tot specifiek regionaal beleid.

Ik heb u voorts bij brief van 26 juni 2012 geïnformeerd over de bijeenkomst die heeft plaatsgevonden met de kleine ziekenhuizen uit de krimpregio's. De gedachtewisseling met de ziekenhuizen heeft tot een aantal belangrijke suggesties aan VWS geleid. In de uitvoering van mijn beleid is met deze suggesties rekening gehouden. Hier geldt overigens heel nadrukkelijk ook de zorgplicht van verzekeraars conform de zorgverzekeringwet.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bruins Slot (CDA) over het beschikbaar stellen van een overzicht van gebruik van derivaten in de zorg*

In eerdere antwoorden op schriftelijke vragen over het gebruik van derivaten in de zorg heb ik aangegeven dat de resultaten van de uitvraag die het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) heeft gehouden «later dit jaar» beschikbaar zouden komen. Ik verwacht u volgende week die resultaten te kunnen aanreiken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over het mogelijk maken van meer zorg thuis*

Mensen willen graag zolang mogelijk thuis blijven wonen en daar, als dit noodzakelijk is, zo dichtbij mogelijk ondersteuning en zorg ontvangen. Gemeenten zijn in staat om die zorg en ondersteuning lokaal en op maat te organiseren, door verbindingen te leggen met het sociaal netwerk, lokale initiatieven en voorzieningen, maar ook door te kijken naar de mogelijkheden van mensen om de huishoudelijke hulp zelf te organiseren.

Dit vraagt om fundamentele omslag in het denken. Deze omslag wordt versterkt door de decentralisatie naar gemeenten, zoals het bieden van dagbesteding, begeleiding en verzorging. Hiermee krijgen gemeenten meer mogelijkheden om een integrale aanpak te realiseren die bijdraagt aan het welbevinden van mensen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over geestelijke verzorging/ geestelijke gezondheidszorg wanneer de zorg meer geextramuraliseerd wordt*

Bij extramuralisering wordt de geestelijke verzorging/geestelijke gezondheidszorg niet meer in de kliniek aangeboden maar in een extramurale situatie. Dit kan de thuissituatie zijn van de patiënt of in een ambulante setting. De extramuralisering staat het bieden van adequate geestelijke verzorging/geestelijke gezondheidszorg in die zin niet in de weg.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over de voorkeur aan zorg met een medisch karakter boven zorg zonder medisch karakter en over prioritering in de AWBZ*

De prioriteit voor zorg met medisch karakter hangt samen met de noodzaak de uitgaven in de AWBZ te beheersen en kwaliteit van de zorg te verbeteren. Daartoe dient er een omslag in de langdurige zorg te worden gemaakt. Te vaak is sprake van medicalisering, waarbij bijvoorbeeld een beroep op AWBZ zorg wordt gedaan terwijl het onderliggende vraagstuk, een sociaal vraagstuk betreft zoals eenzaamheid. Deze omslag dient te leiden tot meer positief welbevinden voor mensen/cliënten; zodat zij in staat zijn om hun persoonlijke levensdoelstellingen te vervullen, zoals zelfstandig wonen, werken, participeren. Leidend hierbij is dat mensen zelf of met elkaar, in samenwerking hieraan vorm kunnen geven. Ondersteuning en zorg moet ten dienste hiervan staan, thuis of in een instelling. Zonder de omvang van de noodzakelijke ombuigingen te onderschatten, kan deze nieuwe waardeoriëntatie en het gedrag dat hierbij hoort, helpen de effecten op te vangen.

Uiteraard vindt het kabinet iemand met een blindedarmontsteking niet belangrijker dan iemand met een dwarslaesie. Beiden dienen adequate hulp te krijgen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over het recht hebben op AWBZ*

Het recht op zorg, gekoppeld aan het betalen van een AWBZ premie is niet ongelimiteerd. Zo is er sprake van indicatiestelling en zijn zorgaanpakken vastgelegd. In welk systeem dan ook zal er altijd discussie zijn over de omvang van het recht in het licht van de beschikbare financiële middelen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) over het afschaffen restitutiepolis*

De maatregel in het regeerakkoord om naturopalissen te verplichten is bedoeld om de positie van verzekeraars te versterken om selectiever te contracteren. Wat wij willen bevorderen is dat verzekeren ook daadwerkelijk gebruik maken van het gecontracteerde zorgaanbod, waar de verzekeraar een goede prijs-kwaliteit verhouding heeft bedongen en dat verzekeren niet zonder zorgvuldige afweging uitwijken naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Keuzevrijheid en eigen regie voor de verzekerde blijft bestaan, door jaarlijks de verzekeraar te kiezen die het beste bij hem past. Momenteel laat ik een aantal verschillende mogelijkheden uitwerken waarlangs deze maatregel kan worden ingevuld. Daarbij wordt de doelstelling bezien die wij met de maatregel beogen – het bevorderen van doelmatige zorginkoop – in de brede context van het wettelijk bestek van de Zorgverzekeringwet. Bij de uitwerking wordt de Europeesrechtelijke kant van de zaak betrokken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Keijzer (CDA) en het lid Dijkstra (D66) over dreigende tekorten aan zorgpersoneel*

Om de op termijn dreigende tekorten aan zorgpersoneel aan te pakken, is door vorige kabinetten al het nodige in gang gezet. Dat wordt in deze kabinetsperiode volledig doorgezet. Door de groei van de zorgvraag te beperken en in te zetten op zorginnovaties, wordt het beroep op zorgpersoneel beperkt. Dat voorkomt echter niet dat de vraag naar personeel blijft groeien. De primaire verant-

woordelijkheid voor het werven van personeel ligt bij de zorginstellingen zelf. Het Kabinet ondersteunt dit waar mogelijk en noodzakelijk. Het Kabinet zet daarbij onder andere in op versterken van het regionale arbeidsmarktbeleid, bevorderen van de instroom (via opleidingsfondsen, fonds ziekenhuisopleidingen, opleiden physician assistants/ nurse practitioners en stagefondsen), bevorderen van taakherschikking en loopbaanperspectief, meer ruimte voor professionals.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de overheveling van ziekenhuizen naar de eerste lijn en de toename van wijkverpleegkundigen*

De ziekenhuissector zal ook onder dit kabinet groeien, ondanks dat we een deel van de groei voor deze sector ombuigen naar de eerste lijn. Ook in de ziekenhuizen zullen de komende jaren steeds meer verpleegkundigen werkzaam zijn. Ik schrap nergens banen van verpleegkundigen, maar stuur met dit beleid de groei van de zorg naar de juiste plek.

De populatie van zorgwerkers wordt al intensief gemonitord in het kader van het onderzoekprogramma Arbeid in Zorg & Welzijn. Dit programma wordt voorgezet en de rapportage wordt u jaarlijks toegezonden. Een aparte nulmeting is daarom niet nodig.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de nullijn voor de arbeidsvoorwaarden in de zorg*  
De afgelopen jaren hebben grote groepen medewerkers in de (semi-)collectieve sector hun bijdrage aan het herstel van de overheidsfinanciën geleverd, doordat de groei in arbeidsvoorwaarden afgeremd werd met de zogeheten «nullijn». De medewerkers in de zorg zijn hier tot nu toe uitgezonderd van geweest. Het kabinet acht het redelijk van hen ook een bijdrage te vragen.

Het in het regeerakkoord vastgelegde voornemen behelst het in gesprek gaan met de zorgsector, met als uitgangspunt een meer gelijke behandeling tussen de verschillende onderdelen van de collectieve sector.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de eigen bijdrage GGZ*

In 2012 gelden er eigen bijdragen voor de eerstelijns en tweedelijns GGZ. In 2013 komen als gevolg van het deelakkoord begroting 2013 de eigen bijdragen in de tweedelijns GGZ (behandeling en verblijf) te vervallen en blijft de eigen bijdrage voor de eerstelijns behandeling GGZ bestaan (€ 20 per consult, maximaal € 100 per verzekerde). Om afwenteling van de eerste naar de tweedelijns te voorkomen is in het Regeerakkoord afgesproken om deze eigen bijdrage voor de eerstelijns GGZ budgetneutraal om te zetten naar een procentuele eigen bijdrage voor de gehele GGZ. De opbrengst van de eigen bijdrage eerste lijn wordt op € 30 miljoen geraamd.

Op verzoek van de PvdA zal ik gesprekken voeren met de sector. Ik wijs er overigens op dat er wel een budgettair effect van 30 mln gemoeid is met de eigen bijdrage.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het geven van ruimte voor digitale polissen*

Het verstrekken van digitale polissen is al mogelijk. De wet (Burgerlijk Wetboek) eist dan wel dat verzekeringnemers 'uitdrukkelijke toestemming' moeten geven aan het ontvangen van een digitale polis, de zogenaamde positieve optie. Een verzekeringspolis is een belangrijk bewijs-

stuk. Nu lang nog niet alle mensen met e-mail of internet vertrouwd zijn of daar toegang toe hebben (laag opgeleiden, ouderen) is het verstrekken van uitsluitend een elektronische polis geen aantrekkelijke optie.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de invoering van barcoding om de veiligheid van het gebruik van geneesmiddelen te bevorderen?*

Ik heb de Tweede Kamer bij brief met kenmerk GMT-3117621 van 6 juli 2012 geïnformeerd over uniforme barcoding van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. In mijn reactie heb ik aangegeven dat een uniforme barcoding zeker van grote betekenis kan zijn voor de medicatieveiligheid. Er zijn meerdere internationaal aanvaarde coderingssystemen. Fabrikanten zijn in beginsel vrij om te kiezen uit deze systemen. Veldpartijen moeten dit oppakken. De implementatie van een coderingssysteem vereist een gezamenlijke, internationale en coherente aanpak. Ik heb de verschillende partijen in het veld dringend opgeroepen om voortvarend met uniforme barcoding aan de slag te gaan.

Ik wil in dit verband twee ontwikkelingen niet onvermeld laten:

- Met het van kracht worden van de richtlijn 2011/62/EU, die als oogmerk heeft voorkomen dat vervalste geneesmiddelen in het legale distributiecircuit terechtkomen, moeten gedetailleerde veiligheidskenmerken aangebracht worden op receptgeneesmiddelen (op basis van een risicoanalyse). De desbetreffende wetgeving is nog in voorbereiding en de uitvoeringsregelgeving die op Europees niveau moet worden vastgesteld, is nog niet gereed. Een van de opties om invulling te geven aan de gedetailleerde veiligheidskenmerken is het aanbrengen van een barcoding. Omdat het wetsvoorstel waarmee de implementatie van de richtlijn nog moet worden ingediend en behandeld, kom ik over dit onderwerp nog met de Kamer te spreken.
- Daarnaast wil ik nog onderstrepen dat in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om geneesmiddelen af te leveren in zogenaamde baxterverpakkingen. Ook dit kan een grote verbetering opleveren van de medicatieveiligheid in de dagelijkse praktijk

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het Deltaplan Dementie*

Het veld is bijna gereed met de ontwikkeling van het deltaplan dementie en werkt nu nog hard aan het onderzoeksprogramma. Zoals op 4 december jl. bij brief aan u gemeld, zal ik u het Deltaplan sturen zodra het is voltooid, naar verwachting in januari.

Ik vind het plan een mooi voorbeeld van publiek-private samenwerking. Het plan bevat drie pijlers. Het opzetten van een integrale registratie van mensen met dementie en een e-healthportal voor allen die betrokken zijn bij dementie, als patiënt, naaste of professional. Deze twee pijlers worden naar verwachting gefinancierd door het bedrijfsleven en de zorgverzekeraars.

Voor de derde pijler, het onderzoeksprogramma, voorziet ik co-financiering door overheid en bedrijfsleven. Op deze wijze past dit programma goed in het topsectorenbeleid Life Sciences & Health. Ik wil, naast de mogelijkheden van het topsectorenbeleid, met andere leden van het kabinet (OCW, EZ) bezien hoe wij een bijdrage aan dit onderzoek kunnen leveren. Daarbij onderzoeken wij ook de mogelijk-

heden die Europese programma's op dit gebied zouden kunnen bieden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de rol voor de GGZ bij de integratie van de SEH en HAP*

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) wordt niet betrokken in de samenwerkingsvorm van huisartsenpost (HAP) en Spoedeisende hulp afdeling van ziekenhuizen (SEH). Wat niet wil zegen dat er geen aandacht is voor de GGZ problematiek op HAP en SEH. Er zijn afspraken over opvang, behandeling en doorverwijzing. Ook over alcoholverslaving is kennis aanwezig, bijvoorbeeld in het Medisch Centrum Haaglanden worden er standaard vragen gesteld over alcohol gebruik. Ook is er ten behoeve van acute GGZ opvang onder andere voor de HAP/SEH een richtlijn ontwikkeld voor beoordeling en behandeling van suïcidaliteit. Verder is relevant dat vanuit de koepel van huisartsenposten (VHN) er een initiatief is om te bepalen hoe de samenwerking met de acute GGZ beter kan worden vormgegeven.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het uit het pakket halen van preventie*

Het kabinet heeft ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013 juist preventieve maatregelen in het pakket opgenomen, zoals het stoppen-met-rokenprogramma en dieetadvisering. Dit naast preventie die bijvoorbeeld al als onderdeel van de reguliere huisartszorg ten laste van de zorgverzekering komt.

Dit neemt niet weg dat bij de uitwerking van de maatregelen omtrent stringenter pakketbeheer en lage ziekte last alsnog maatregelen op het terrein van preventie aan de orde kunnen komen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over de voorlichting over de verhoging van de alcoholleeftijd van 16 naar 18 jaar.*

Het kabinet is voorstander van het verhogen van de alcoholleeftijdgrens naar 18 jaar. De fracties van de CU, CDA en de PvdA hebben daartoe dit jaar een initiatiefwetsvoorstel ingediend. De verhoging van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar heeft al de nodige aandacht gehad en die aandacht zal bij de behandeling van het wetsvoorstel alleen maar toenemen. Wanneer dit voorstel door de Eerste en Tweede Kamer is aangenomen, zal ik volgens de regels voor overheidscommunicatie jongeren en hun ouders over de volle breedte informeren over deze leeftijdsgrensverhoging.

Daarnaast blijf ik inzetten op het voorlichten van jongeren via schoolpreventieprogramma's, zoals de Gezonde School en Genotsmiddelen, via internet (alcoholinfo.nl) en het gebruik van social media. Een deel van de jeugdimpuls (€ 6 miljoen) stel ik hiervoor ter beschikking.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over de ratificatie van het VN Verdrag Handicap*

Ik wil in goede afstemming binnen het kabinet voortvarend aan de slag met de ratificatie van het Verdrag. Hiertoe moet een aantal stappen worden gezet. In de eerste plaats moeten de wetsvoorstellen tot goedkeuring en invoering van het Verdrag gereed worden gemaakt. In dat kader wordt er onder andere een kosten-batenanalyse uitgevoerd ten behoeve van de financiële paragraaf van het wetsvoorstel. Dit biedt uw Kamer inzicht

in de financiële consequenties, hetgeen kan worden meegenomen in de oordeelsvorming over het wetsvoorstel. De totstandkoming van de wetsvoorstellen wil ik in nauwe samenwerking doen met het veld. Ik streef ernaar de wetsvoorstellen rond de zomer van 2013 aan de Raad van State voor advies aan te bieden.

Naast dit wetgevingstraject dient ook een implementatieplan te worden opgesteld. Hierin zal worden aangegeven welke maatregelen er als gevolg van de ratificatie genomen worden en binnen welk tijdsbestek dat zal plaatsvinden. Ook dit plan wil ik in samenwerking met het veld opstellen. Dit plan zal ook een plaats krijgen in de memorie van toelichting bij de wet tot goedkeuring van het Verdrag

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over de visie op de rol van de mantelzorgers*

Mantelzorg en vrijwilligers zijn cruciaal om het goed functioneren van de zorg. Ik streef naar een integraal samenhangend pakket met inzet van de mensen zelf, hun sociale netwerk en de overheid. Daarvoor is een omslag in denken nodig.

Gemeenten zijn nu al verantwoordelijk voor een goede ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers. Informele zorg is dan ook een belangrijk onderdeel in het zorgprogramma van het Transitiebureau, om gemeenten daarbij te ondersteunen.

In de door mijn voorganger toegezegde voortgangsrapportage mantelzorg in het voorjaar kom ik hier nader op terug.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de volledige transitie-behandeling voor transgenders*

De verzekerde prestaties in de Zvw omvatten enkel de behandeling van primaire geslachtskenmerken van transgenders, maar niet de behandeling van secundaire geslachtskenmerken. Het gaat hierbij om vergoeding van borstimplantaten en epilatie van lichaamsdelen die geen deel uitmaken van de primaire geslachtskenmerken. Borstimplantaten worden uitsluitend uit het basispakket vergoed voor vrouwen na een borstamputatie. Het implanteren van inwendige borstprothesen is in 2004 tot die indicatie beperkt. Deze uitsluiting geldt dus niet enkel voor transgenders. Het recht op vergoeding van een borstimplantaat is sinds die tijd uitgesloten voor alle vrouwen die geen of nauwelijks borstaanleg hebben. Epilatie van het perineo-scrotaal/vaginaal gebied maakt onlosmakelijk deel uit van correctie van de primaire geslachtskenmerken en daarmee valt deze epilatie onder het verzekerde pakket. Voor de overige epilatie gaat het om secundaire geslachtskenmerken en die behoort niet tot het verzekerde pakket.

Het vergoeden van borstimplantaten en epilatie van de secundaire geslachtskenmerken uitsluitend voor transgenders, zou de groep transgenders bevoorrechten ten opzichte van andere verzekerden voor wie borstimplantaten en epilatie evenmin in het pakket is opgenomen. Dat is een vorm van ongelijke behandeling die niet is te rechtvaardigen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de stand van zaken in de kennisoverdracht van Stivoro naar het Trimbos-instituut in zake tabaksontmoediging*

Het Trimbos-instituut heeft in maart 2012 een eenmalige subsidie gekregen om zich voor te bereiden op de taken op het gebied van tabakspreventie, als integraal on-

derdeel van preventie van middelengebruik. Uw Kamer is medio 2011 al op de hoogte gesteld van het onderbrengen van tabakspreventie bij het Trimbos-instituut, middels antwoorden op vragen van het kamerlid Dijkstra over positief leefstijlbeleid (2010-Z12973). Tijdens het notaoverleg op 5 maart 2012 over de nota Gezondheidsbeleid is het aan de orde geweest. Ook heeft de minister van VWS op 8 juni 2012 geantwoord op de motie Joldersma waarin wordt gevraagd om de borging van de kennis van STI-VORO over tabakspreventie bij het Trimbos-instituut. Inmiddels heeft het Trimbos-instituut kennis opgebouwd en mensen ingewerkt en aangenomen (ook enkele oud-Stivoro medewerkers). Het Trimbos is, met instemming van VWS, verplichtingen aangegaan om direct in januari goed te starten als nationaal kenniscentrum voor tabak. Beide instituten hebben anderhalf jaar gekregen voor de kennisoverdracht.

Activiteiten die Trimbos in 2013 zal gaan uitvoeren betreffen onder meer de tabaksinfolijn, voorlichtingsprogramma's op scholen, de monitoring, het adviseren en informeren van burgers, het delen van wetenschappelijke informatie en het bevorderen van een gezonde leefstijl op het gebied van roken. Op basis van de plannen en op basis van de expertise en werkwijze van het Trimbos-instituut als kennisinstituut op het gebied van middelengebruik en verslaving, hebben wij er veel vertrouwen in dat de tabaksontmoediging goed zal worden uitgevoerd.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over de regulering van de gehele keten van cannabis vanuit de zorg*

Het Nederlandse drugsbeleid rust op twee pijlers, die van de bescherming van de volksgezondheid enerzijds en die van de bestrijding van overlast en criminaliteit anderzijds. De verkoop van softdrugs is al gereguleerd via de coffeeshops (de AHOJG criteria). Het telen van cannabis is verboden op grond van de huidige Opiumwet. Er kan alleen een ontheffing worden gegeven voor het telen van cannabis, als die bestemd is voor de productie van geneesmiddelen. Het telen van cannabis, bedoeld voor de verkoop in coffeeshops, is juist bestemd voor recreatief gebruik. Op grond van internationale verdragen is dat niet toegestaan. Het reguleren van softdrugs, meer in het bijzonder het reguleren van de teelt van cannabis, is dus niet mogelijk op grond van de internationale drugsverdragen (EU en VN) waar ook Nederland aan is gebonden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de schotten tussen verzorging en verpleging*

In de kern is uit hoofde van het Regeerakkoord sprake van een scheiding tussen medische (Zvw) en niet medische zorg en ondersteuning (AWBZ en WMO). Ik vind dat we voorzichtig moeten zijn met het spreken van schotten. Immers, enerzijds is er grote samenhang tussen welzijn, huishoudelijke hulp, begeleiding en verzorging, waar het gaat om ondersteuning van kwetsbare groepen, anderzijds is ook de samenhang met verzorging en verpleging. Dit vereist zorgvuldige uitwerking. Daarom ben ik in gesprek met gemeenten, cliëntenorganisaties, verzekeraars en zorgaanbieders. Ik heb besloten om met deze partijen een permanente bestuurlijke regiegroep te vormen. Ik vind het belangrijk om vooral te streven naar verbinding tussen domeinen. Ik streef ernaar hierover begin 2013 een hoofdlijnenbrief aan de Tweede Kamer te zenden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de verantwoordelijkheid van de dagbesteding in het overgangsjaar*

Uw Kamer heeft mij met de motie Samsom/Zijlstra gevraagd om in overleg met betrokken partijen binnen 6 maanden een oplossing te zoeken voor mensen die in 2014 dagbesteding nodig hebben. Ik heb toegezegd de Kamer hier veel eerder dan binnen zes maanden over te informeren.

Op dit moment voer ik overleg met de vertegenwoordigers van gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over kleinere verpakkingen en goedkoper medicijnen en de terugname van ongebruikte medicijnen en verbandmiddelen*

Ik heb in de zomer een dringend beroep op fabrikanten gedaan om de verpakkingen van genees- en hulpmiddelen te verkleinen omdat te grote verpakkingen verspilling kan veroorzaken.

Bovendien heb ik een enquête uitgezet om ook andere belangrijkste oorzaken van verspilling van genees- en hulpmiddelen in kaart te brengen. Daaruit blijkt dat voor sommige hulp- en geneesmiddelen de verpakkingsgrootte inderdaad verspilling in de hand werkt. Bij geneesmiddelen komt dit deels door te ruime voorschrijfperiodes maar ook door de beperkte mogelijkheden van apothekers om in gevallen waar dat aangewezen is deelafleveringen te verzorgen. Met deelafleveringen wordt ook (het gebrek aan) therapietrouw verbeterd, die ook als een belangrijke verspillingoorzaak gezien wordt.

Ik heb ook een oproep gedaan om doelmatiger voor te schrijven. Met de huisartsen en de medisch specialisten heb ik hier al afspraken over gemaakt in de convenanten. Daarnaast draagt het preferentiebeleid van zorgverzekeraars bij aan het doelmatig gebruik van geneesmiddelen.

Ten aanzien van de terugname van ongebruikte genees- en hulpmiddelen heeft de beroepsgroep van apothekers (KNMP) de huidige normen over het niet mogen herverstrekken van geneesmiddelen zelf vastgesteld. Die normen zijn gebaseerd op het principe dat een eenmaal terhandgesteld geneesmiddel niet meer opnieuw uitgegeven mag worden omdat anders de kwaliteit van het geneesmiddel niet gegarandeerd kan worden.

Indien met nieuwe initiatieven de kwaliteit wel gegarandeerd kan worden verwacht ik dat herverstrekken door de KNMP serieus overwogen wordt. Als voorbeeld wijs ik op het Beste Zorgidee van 2011, georganiseerd door zorgverzekeraar ONVZ. Dat betrof 'Bij de apotheek geretourneerde medicijnen hergebruiken door middel van vacuüm sealen'. Het idee is om voordat medicatie de apotheek verlaat, de medicatie per doosje vacuüm te sealen. Als de medicatie retour komt bij de apotheek kan deze worden teruggenomen, gecrediteerd en hergebruikt. Het idee is zover uitgewerkt dat sealen van de medicijndoosjes en de temperatuurbewaking/-monitoring mogelijk is. Op die manier is zichtbaar of er met het medicament iets gebeurd is en of de temperatuur binnen de gestelde norm is gebleven.

Voor verbandmiddelen geldt in principe geen beperking bij herverstreken, mits te allen tijde goed functionerende, adequate en veilige verbandmiddelen worden afgeleverd. Het is overigens aan de zorgverzekeraars en apothekers om afspraken te maken over de vergoeding van de herverstreking van genees- en verbandmiddelen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het 10-uurs criterium voor begeleiding*

Uit de evaluatie van de pgb-maatregelen 2012 blijkt dat cliënten met minder dan 10 uur zorg passende zorg kunnen krijgen. Dit is gemeld in de brief met toezeggingen van 31 oktober jl.. Zowel inhoudelijk als financieel zie ik geen aanleiding om dit 10-uurscriterium, zoals in het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken, te laten vervallen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over de € 25 mln. extra voor vervoer van en naar de dagbesteding*

De € 25 mln is zonder meer beschikbaar en wordt indien nodig ingezet. In het kader van de maatregelen bij de vervoerstarieven is een bedrag van maximaal € 25 mln. gereserveerd voor compensatie van instellingen die door bijzondere, niet voorziene omstandigheden onevenredig zullen worden geraakt.

Voor zover mij nu bekend hebben meer dan 130 instellingen bij de NZa gemeld dat er bij hen sprake is van dergelijke omstandigheden waardoor zij onevenredig worden geraakt. Ik wacht het oordeel van de NZa hierover af. Aan de hand van dit oordeel worden middelen beschikbaar gesteld.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Bergkamp (D66) over de extramuralisering van de lichte zorgzwaartepakketten en de decentralisatie van begeleiding*

De genoemde maatregelen maken beide onderdeel uit van de hervorming van de langdurige zorg. Mensen willen graag zo dichtbij mogelijk ondersteuning en zorg ontvangen. Gemeenten zijn in staat om die zorg en ondersteuning lokaal en op maat te organiseren, door verbanden te leggen met het sociaal netwerk, lokale initiatieven en voorzieningen.

Tegelijkertijd betekent deze hervorming een ingrijpende verandering, die vraagt om grote zorgvuldigheid, juist om te voorkomen dat groepen tussen wal en schip raken. Het kabinet wil deze hervorming dan ook gezamenlijk met veldpartijen uitvoeren en heeft het initiatief genomen tot een gezamenlijk overleg. Met de betrokken partijen is afgesproken te pogen tot een gezamenlijke visie te komen. Voor dit overleg zijn ook de branchevereniging van opvanginstellingen, de Federatie Opvang, en cliëntenorganisaties uitgenodigd. Op deze wijze is geborgd dat ook aan de genoemde kwetsbare groepen in ruime mate aandacht wordt besteed.

*Antwoord op de vraag van kamerlid Bergkamp (D66) over juiste woningen, woonvormen en woninginnovatie*

Bij de herzieningen van de langdurige zorg, is innovatie cruciaal. Niet alleen in woningen, waarover dit najaar in Eindhoven een groot internationaal congres plaatsvond, maar ook op andere vlakken. Dat wil ik stimuleren. Mijn collega van het Ministerie van Binnenlandse Zaken heeft een actieplan voor ouderenhuisvesting en hierin worden ook de ontwikkelingen in de zorg meegenomen. In het voorjaar 2013 kan de Kamer dat actieplan behandelen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over de samenleving inzicht geven in de kosten van hun zorg.*

Zie het antwoord van het kamerlid Mulder (VVD) over kostenbewustzijn.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over het rookbeleid in de horeca weer handhaven conform de oorspronkelijke bedoelingen van de wet*

De NVWA doet er veel aan om het rookverbod in de horeca intensief te handhaven. De verdubbeling van de boetes, die onlangs is ingevoerd, komt daarbij goed van pas. Ik zal de Tweede Kamer in december informeren over de laatste nalevingscijfers met betrekking tot de rookvrije horeca. Ik kan al wel aangeven dat uit de laatste metingen een voorzichtig positieve trend naar voren lijkt te komen. Ten opzichte van de voorjaarsmeting 2012, lijkt het nalevingsniveau in de cafés waar het rookverbod geldt te stijgen van 51% naar 57%.

Het rookverbod wordt in grote delen van de horeca trouwens goed nageleefd. Het rookverbod wordt bijvoorbeeld zeer goed nageleefd in restaurants, eetcafés en hotels. Het totale percentage horecagelegenheden waar geen rokers aanwezig zijn ligt op 93%. *Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over gehoorschade bij jongeren*

De toename van vermijdbare gehoorschade bij jongeren is verontrustend. Vooral omdat het door de juiste maatregelen te voorkomen was geweest. Vermijdbare gehoorschade is vooral een maatschappelijke verantwoordelijkheid van de muzieksector zelf. Ik heb dit onlangs in antwoord op Kamervragen ook al benadrukt. Het is daarom positief dat de muzieksector samen met de Nationale Hoorstichting al bezig is met de preventie van gehoorschade. Dit gebeurt onder andere via het keurmerk Oorveilig en het Convenant geluidsbeleid muzieklocaties. Het keurmerk en het convenant worden in december 2012 geëvalueerd. Ik verwacht de uitkomsten hiervan begin 2013 te kunnen bestuderen. Op basis van deze evaluatie wil ik in het voorjaar samen met de sector kijken hoe de huidige aanpak van zelfregulering werkt of nadere actie nodig en gewenst is. Daarnaast heb ik het RIVM gevraagd om uit te zoeken om hoeveel jongeren en werknemers het gaat en welke maatschappelijke en gezondheidszorgkosten hiermee gemoeid zijn. Deze cijfers krijg ik in de zomer van 2013. Ik zal u hierover in de zomer van 2013 informeren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) en het kamerlid van der Staaij (SGP) over verbetering van palliatieve zorg voor mensen die aan het einde van hun leven staan en over de besluitvorming rond de ondersteuningsstructuur van de palliatieve zorg.*

De positie van palliatieve zorg zal ik nader bezien in het licht van de afspraken in het Regeerakkoord. Ik streef er naar u begin 2013 een hoofdlijnenbrief te zenden over de hervorming in de langdurige zorg. In dit licht zal ik u nader informeren over verbeteringen in de palliatieve zorg en over de ondersteuningsstructuur palliatieve zorg.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over het uitvoeren van taken als dagbesteding bij gemeenten*

De decentralisatie van taken uit de AWBZ naar gemeenten is een grote operatie die veel van gemeenten vraagt. De financiële taakstelling die met deze decentralisatie gepaard gaat maakt deze decentralisatie voor gemeenten

lastig, maar realiseerbaar. Hiervoor is wel een fundamentele omslag in denken nodig in de langdurige zorg, waarbij maatwerk het uitgangspunt is en de ondersteuningsvraag van mensen centraal staat. Hierbij moet meer verbinding worden gezocht met wat mensen zelf kunnen en beter worden gekeken naar het sociale netwerk en lokale initiatieven.

Dit zal zich moeten vertalen in een passend instrumentarium voor gemeenten om de financiële opgave te realiseren. Hierover ben ik in overleg met ondermeer de VNG via de bestuurlijke regiegroep langdurige zorg.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over het voorkomen dat er in 2014 twee soorten cliënten in de dagbesteding zitten*

Uw Kamer heeft mij met de motie Samsom/Zijlstra gevraagd om binnen 6 maanden in overleg met betrokken partijen een oplossing te zoeken voor mensen die in 2014 dagbesteding nodig hebben. Op dit moment voer ik overleg met de vertegenwoordigers van gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) en het Kamerlid van der Staaij (SGP) over het terugdringen van regeldruk*

Vermindering van regeldruk is een specifiek item in het regeerakkoord. Ook voor de zorg geldt dat zorgverlening efficiënter dient te geschieden zonder administratieve rompslomp. Het kabinet gaat daarom ook onverminderd voort met de experimenten regelarme instellingen. Deze projecten zijn net gestart of zullen in januari 2013 van start gaan en hebben een looptijd van 2 jaar. Het is daarom nog te vroeg om deze projecten al te evalueren. Los van de experimenten kan ook op korte termijn al een aantal resultaten worden verwacht. Zo zal begin 2013 in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en de branches een traject worden afgerond om te bezien op welke wijze de inkoopkosten kunnen worden geüniformeerd. Hierdoor wordt het inkoopproces vereenvoudigd en de administratieve belasting verminderd. Daarnaast is vanaf september 2012 het beleid van de IGZ voor het melden van valincidenten en –calamiteiten door zorgaanbieders veranderd met een aanmerkelijke reductie in de daarmee samenhangende lasten. Ook kan het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording genoemd worden; voor 2013 is de uitvraag substantieel gereduceerd en daarnaast ‘slimmer’ ingericht.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over het bericht dat vrouwen de morele plicht hebben om een kind met Down te laten aborteren*

Prenatale screening naar Down syndroom is bedoeld om ouders een handelingsoptie te geven, niet om zoveel mogelijk kindjes met Down op te sporen. Daarbij wordt het recht op niet weten gerespecteerd en worden aanstaande ouders uitgebreid voorgelicht en zo nodig gecounseld. De beslissing over elke vervolgstap van de screening blijft bij de ouders. Het feit dat slechts een kwart van de zwangeren kiest voor de screening wijst erop dat er voldoende ruimte is voor een eigen keuze. Uit onderzoek blijkt dat veel mensen niet screenen «omdat een kindje met Down syndroom welkom is».

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over een langjarig onderzoek naar abortus*

Eind 2015 wordt dit laatste onderzoek uit het ZonMw programma ‘Verkenning abortushulpverlening’ inderdaad afgerond. De resultaten van dit longitudinaal onderzoek zullen dan ook in het begin van 2016 worden gepresenteerd.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over het bericht dat de helft van de vrouwen in 2005 aan gaf financiële redenen te hebben voor het afbreken van de zwangerschap*

Welke redenen vrouwen in 2012 hadden om over te gaan tot abortus is niet bekend. In de Wet afbreking zwangerschap wordt het aantal abortussen geregistreerd. De wet stelt echter nadrukkelijk dat de vrouw geen reden hoeft op te geven voor haar abortus. Dit wordt dan ook niet geregistreerd.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dik- Faber (CU) over een onderzoek naar de informatieverstrekking rondom de 20 weken echo*

Ik zie geen noodzaak voor een dergelijk onderzoek. Ik besef dat de informatieverstrekking rondom de 20-weeken-echo lastig is. Zorgverleners kunnen vaak niet met zekerheid zeggen hoe ernstig een – prenataal – geconstateerde afwijking is. Dat is een lastige boodschap, hoe zorgvuldig zorgverleners dit ook proberen uit te leggen.

Ik heb er echter vertrouwen in dat zorgverleners hun informatieplicht goed vervullen. Zo is er bijvoorbeeld voor schisis een multidisciplinair zorgplan opgesteld. Hierbij zijn bijvoorbeeld ook klinisch genetici, plastisch chirurgen en psychosociale hulpverleners betrokken. Ouders worden veel breder geïnformeerd dan enkel door de gynaecoloog. De informatie en begeleiding na de diagnose is een taak van de zorgverlener.

Sinds de invoering van de 20-weekenecho zijn de kwaliteitseisen, voor bijvoorbeeld de voorlichting, screening en opleiding, doorlopend aangescherpt. De eisen worden opgesteld binnen het centraal orgaan voor prenatale screening waarin de beroepsgroepen, maar ook patiëntenorganisaties zijn vertegenwoordigd.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over duurzame zorg*

Ik ben erg voor het verlenen van zorg op de juiste plek en het verschuiven van zorg van de tweede naar de eerste lijn is een onderdeel daarvan. Daarom heb ik in de lopende akkoorden voor de tweede lijn een stevige financiële opgave opgenomen van een volumegroei van 2,5% wat een trendbreuk is ten opzichte van eerdere jaren. Tegelijkertijd zet ik in op een volumegroei van de huisartsen van 2,5% en aanvullend 0,5% specifiek ten behoeve van substitutie. Hiermee is er financiële armslag om de doelstelling van zorg dichtbij te realiseren. Dit kan alleen maar slagen als de eerstelijns dit ook organisatorisch aankan. Daarom wordt in het Regeerakkoord een pakket van maatregelen voorgesteld dat het fundament legt voor een structuur van een sterke eerste- en anderhalvelijnszorg met de huisarts in een sleutelrol. Deze ontwikkeling wordt nog versterkt door de intensivering oplopend tot structureel 250 miljoen euro vanaf 2017 voor de inzet van de wijkverpleegkundige in de eerste lijn. Met dit pakket maak ik een duidelijk keuze voor versterking en groei van de eerstelijns. Daarbij heb ik rekening te houden met de mogelijkheden die de eerstelijns heeft om zorg uit de tweede lijn over te nemen gegeven de werklast waarmee de eerstelijns zich nu al geconfronteerd ziet.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over het besteden van 750 mln aan inkomensondersteuning aan gemeenten*

Ik kom naar de Kamer met een voorstel over de intrekking van de WTCG alsmede over de wijze waarop de maatwerkvoorziening vorm gegeven wordt.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over de restitutiepolis*

Zie antwoord op de vraag van het kamerlid Keizer (CDZ) over de restitutiepolis.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over bemiddelingsbureaus met keurmerk*

VWS heeft de ontwikkeling van een keurmerk voor zorgbemiddelingsbureaus gesubsidieerd. Dit is gedaan omdat een keurmerk pgb-houders meer zicht geeft op de kwaliteit van deze bureaus. Het blijft echter de eigen keuze van een bureau of een keurmerk wordt aangevraagd of niet. Daarbij geldt dat vanaf 1 januari 2012 het voornieuwebudgethouders niet is toegestaan de kosten voor bemiddeling te betalen vanuit het pgb. Per 1 januari 2012 mogen bestaande budgethouders uitsluitend gebruik maken van de diensten van een bemiddelingsbureau wanneer deze beschikt over het 'keurmerk bemiddelingsbureaus'. Tot slot, geldt vanaf 1 januari 2012 een verplichte registratie van betrokkenheid van bemiddelingsbureaus door de indicatiestellers van het CIZ/BJZ-en door de zorgkosten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over het verhogen van indicaties door zorginstellingen*

Het is zeer ongewenst dat zorgaanbieders de indicatiestelling aanpassen zonder dat daarover overleg is gevoerd met cliënten en of hun families. Immers, een verhoging van de indicatiestelling betekent dat er een substantiële wijziging is opgetreden in de situatie van de cliënt die ook zijn vertaling dient te krijgen in het zorgplan waarover ook overleg dient te zijn.

Het is technisch mogelijk voor zorgaanbieders een indicatie namens de cliënt aan te vragen, omdat dit aansluit bij de praktijk en de administratieve lasten zo voor de zorgaanbieders en de cliënt zo laag mogelijk houdt bij bijvoorbeeld herindicaties.

Een verhoging van een indicatiestelling werkt niet één op één door in de budgetten van de instelling. Immers, de zorgaanbieder heeft voorafgaand aan het jaar productie-afspraken gemaakt, waarin gewerkt wordt met een zogenaamde casemix van zzp's. Indien structureel en op grotere schaal onterecht te hoog wordt geïndiceerd ontstaat er wel een onterecht beeld over de verzorging van de zorgvraag die dan niet juist is.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over de motie SAPS* sinds 2009 is gekeken naar de mogelijkheden voor energiebesparing en verduurzaming van energie in de zorg. De belangrijkste wijziging sedertdien was de nieuwe bekostiging van de zorginstellingen, waardoor de voordelen van de energiebesparing en verduurzaming rechtsreeks aan de zorginstelling toevallen.

Ik ben van mening dat het in eerste instantie ook aan de instellingen zelf is om energiebesparing te realiseren. Sommige instellingen slaagden zeer goed en namen ongeacht de terugverdientijd alle maatregelen die mogelijk waren, daar waar anderen een duw in de rug nodig hadden.

In de praktijk bleek dat de plannen die instellingen maakten vaak strandden binnen de eigen organisatie, omdat de kennis en kunde ontbrak om maatregelen te beoordelen en uit te voeren. Vanuit Senter Novem en TNO zijn cursussen en projecten opgezet voor AWBZ-instellingen, maar ook voor ziekenhuizen. TNO kijkt dit en volgend jaar bijvoorbeeld naar de mogelijkheden van OK's om energieverbruik terug te dringen. De bedoeling is dat instellingen werden uitgerust met middelen voor praktisch gerichte cursussen. Het Centraal Bureau voor Statistiek wordt gevraagd om jaarlijks een overzicht te maken uit de jaarverslagen hoeveel geld instellingen uitgeven aan onderhoud en energie, zodat daarin een overzicht ontstaat van de beste en slechts presterende groepen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over de waardering van het werk van Hennie en haar collega's in de thuiszorg*

Ik heb grote waardering voor Hennie en andere thuiszorgmedewerkers die hun werk met grote betrokkenheid uitoefenen. Het voorstel om de huishoudelijke hulp te versoberen, en om begeleiding en de verzorging over te brengen naar de gemeenten heeft dus niets te maken met een gebrek aan waardering.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GL) over welke mensen wel zonder zorg kunnen die nu zorg krijgen*

Het regeerakkoord heeft haar voornemen ten aanzien van de huishoudelijke hulp duidelijk geformuleerd: zij wil de huishulp beperken tot degenen die het niet anders kunnen opvangen en het niet uit eigen middelen of met steun van hun familie of sociale netwerk kunnen betalen. Dit brengt ook onvermijdelijk een versobering met zich mee. Burgers zullen in de toekomst voor hun huishoudelijke hulp eerder een beroep moeten doen op hun eigen netwerk.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het sturen van een interdepartementale beleidsbrief over een Actieplan voor mantelzorg in de toekomst, waarin onder meer wordt ingegaan op het compensatiebeginsel en de fiscaliteit?*

Omdat de Hervorming Langdurige Zorg ook gericht is op een andere manier van kijken naar de balans tussen de formele en de informele zorg neem ik het onderwerp integraal mee in deze hervorming. Dat is waar het thuishoort. Daarin wordt ook ingegaan op het compensatiebeginsel.

Voor wat betreft de fiscaliteit het volgende. Fiscale maatregelen liggen niet voor de hand. De financiële kaders zijn krap. Ik denk daarnaast dat mantelzorgers meer geholpen zijn met goede ondersteuning en hulp als het even te veel wordt, dan met fiscale maatregelen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het voorkomen van het door het ijs zakken van mensen zonder sociaal netwerk.*

Ik streef naar een integraal samenhangend pakket met inzet van de mensen zelf, hun sociale netwerk en de overheid. Daarvoor is een omslag in denken nodig. Het gaat om nieuwe solidariteit, samen redzaam. We gaan mensen meer vragen om zelf te doen en/of vaker een beroep te doen op familie en vrienden.

Wanneer iemand geen sociaal netwerk heeft, gaat het er allereerst om te mensen te helpen dat sociale netwerk te

creëren of te vergroten. Gemeenten kunnen daar mensen bij ondersteunen.

Wanneer het echt niet lukt, dan kijken gemeenten samen met de burger wat er nodig is aan ondersteuning. Juist voor die burgers is de Wmo bij uitstek bedoeld.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het versterken van patiënten- en cliëntenorganisaties*

Om de patiënten- en cliëntenorganisaties verder te versterken zijn de volgende acties ingezet:

- De nieuwe financieringssysteem voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties, die op 1 juni 2011 is ingevoerd, stimuleert krachtenbundeling, zowel tussen de 200 patiënten- en gehandicaptenorganisaties als tussen de koepels en de platforms (NPCF, CG-Raad, Platform VG en Landelijk Platform GGz). Hierdoor kunnen zij het geluid van de ervaringsdeskundige krachtiger laten horen. Vanaf 1 januari 2013 starten de eerste vijftien samenwerkingsprojecten die op basis van deze systematiek mogelijk zijn gemaakt.
- Daarnaast wordt via het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut de inbreng van het cliëntperspectief bij professionele richtlijnen geborgd.
- Tenslotte ga ik regelen dat ook cliëntenorganisaties een klacht bij de geschilleninstantie kunnen indienen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het creëren van voldoende draagvlak om de bezuinigingsmaatregelen op huishoudelijke hulp te kunnen doorvoeren?*

Deze maatregel zal veel mensen treffen. Het regeerakkoord heeft haar voornemen ten aanzien van de huishoudelijke hulp duidelijk geformuleerd: zij wil de huishulp beperken tot degenen het niet anders kunnen opvangen en het niet uit eigen middelen of met steun van familie of sociaal netwerk kunnen betalen. Dit brengt ook onvermijdelijk een versobering met zich mee. Juist daarom wil ik deze maatregel uitvoeren in dialoog met het veld en de mensen om wie het gaat.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het risico dat door de bezuinigingen rondom de huishoudelijke hulp groepen doorstromen naar duurdere vormen van hulp*

Het regeerakkoord heeft haar voornemen ten aanzien van de huishoudelijke hulp duidelijk geformuleerd: zij wil de huishulp beperken tot degenen die het niet anders kunnen opvangen en het niet uit eigen middelen of met steun van familie of sociaal netwerk kunnen betalen. Dit brengt ook onvermijdelijk een versobering met zich mee.

Mensen willen graag zolang mogelijk thuis blijven wonen en daar, als dit noodzakelijk is, zo dichtbij mogelijk ondersteuning en zorg ontvangen. Gemeenten zijn ook in staat om die zorg en ondersteuning lokaal en op maat te organiseren, door verbindingen te leggen met het sociaal netwerk, lokale initiatieven en voorzieningen. Dit koppelen aan de door het kabinet voorgenomen beperking van de huishoudelijke hulp, vraagt om een fundamentele omslag in het denken. Deze omslag wordt versterkt door de overheveling van taken naar gemeenten, zoals het bieden van dagbesteding, begeleiding en verzorging. Hiermee krijgen gemeenten meer mogelijkheden om een integrale aanpak te realiseren die bijdraagt aan het welbevinden van men-

sen en aan de mogelijkheden om deze mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over informeren bij gemoedsbezwaarden om te horen welke lessen getrokken kunnen worden in tegengaan van verspilling*

Het vergroten van het kostenbewustzijn is een van de pijlers onder mijn beleid.

Goede adviezen over kostenbewust handelen van zorggebruikers zijn dan ook altijd welkom. Ik zie de suggesties van de heer van der Staaij daarom met belangstelling tegemoet.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over de stand van zaken naar het onderzoek naar de motieven om een abortus te plegen en met de voorlichting over alternatieven*

De resultaten van het longitudinaal onderzoek naar de motieven voor abortus komen in 2016.

Verder worden de richtlijnen abortushulpverlening, met daarin de richtlijn psychosociale hulpverlening, op 14 december aanstaande gepresenteerd door het Nederlands Genootschap van Abortusartsen. In deze richtlijn psychosociale hulpverlening is, indien een vrouw dit wenst, ook aandacht voor het bespreken van alternatieven.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over de jaarrapportage abortus 2011?*

De rapportage zal in februari 2013 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de Kamer worden aangeboden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het vrijmaken van gelden voor de regionale toetsingscommissies voor euthanasie?*

Vanaf 2011 heb ik het secretariaat van de Regionale toetsingscommissies euthanasie de financiële ruimte gegeven voor structurele uitbreiding met 5 fte. Gelijktijdig is ingezet op efficiëntieverbeteringen in het proces waar mogelijk. Hierover staat een toelichting in het jaarverslag 2011 dat recent aan de Kamer is gezonden (33 400 XVI, nr 6).

De evaluatie van de Euthanasiewet die voor het kerstreces aan uw Kamer wordt gestuurd, besteedt ook aandacht aan de organisatie van de Regionale toetsingscommissies euthanasie. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek alsmede de ontwikkeling van het aantal meldingen zal ik bezien of extra maatregelen wenselijk en mogelijk zijn.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over de inzet voor continuïteit van de opvang van tienermoeders*

Zoals in de voortgangsrapportage over geweld in afhankelijkheidsrelaties (33400-XVI, nr. 14) is aangegeven heb ik de VNG en de Federatie Opvang gevraagd advies uit te brengen over een model voor de hulp en opvang aan specifieke groepen vanaf 2015. Uitgangspunt hierbij is een toekomstbestendig systeem, waarbij door gemeenten in samenwerking met de opvang in de toekomst flexibel kan worden ingespeeld op (nieuwe) specifieke groepen die zich aandienen. Het advies heeft ook betrekking op de opvang van tienermoeders. Nadat de VNG en de Federatie Opvang hebben geadviseerd, zal in 2013 en 2014 de nader uitwerking hiervan plaatsvinden. Alles is erop gericht

de opvang van specifieke groepen zorgvuldig over te dragen aan gemeenten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over marketing van tabak*

Alle vormen van reclame en sponsoring zijn al verboden op grond van de Tabakswet. Mogelijk wordt gedoeld op marketing in de vorm van merknamen op en vormgeving van pakjes. Dit komt naar alle waarschijnlijkheid aan de orde bij de komende besluitvorming over de Europese tabaksproductrichtlijn. De Europese Commissie zal op korte termijn een voorstel doen voor het aanpassen van de Tabaksproductrichtlijn. Als het EU-voorstel er ligt zal het kabinet spoedig een standpunt bepalen. Dit zal met uw Kamer worden besproken, conform het behandelvoorboud dat de Kamer heeft gemaakt bij de selectie van Europese prioriteiten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over de motie over natuurspeelplaatsen en het KPMG rapport*

Een uitgebreide reactie ten aanzien van de uitvoering van de motie inzake groene schoolpleinen en natuurspeelplaatsen krijgt u bij de beantwoording van uw Kamer-vragen die u aan mij en de staatssecretaris van OCW op 18 november gesteld heeft. Ik kan aangeven dat wij in gesprekken met gemeenten dit onderwerp, waar gepast, aan de orde stellen. Daarnaast gaan we aan de slag met het stimuleren van groene schoolpleinen. Dit gebeurt in het kader van gezonde en beweegvriendelijke schoolomgeving en sluit aan bij andere activiteiten in het kader van de Gezonde School aanpak. De middelen voor de groene, beweegvriendelijke schoolpleinen komen uit de extra preventiegelden van het Lenteakkoord.

Het KPMG rapport betreft een scenariostudie. De wetenschappelijke basis voor de studie is zeer beperkt. Het belang van de studie ligt met name in de constatering dat een gezonde leefomgeving positieve invloed kan hebben op de gezondheid. Samen met mijn collega van EZ onderzoek ik de mogelijkheid om de wetenschappelijke basis voor deze aannamen te versterken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over het uitgeven van geld aan vuurwerk*  
Vuurwerk valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van I&M. Ik zal de vraag aan haar doorgeleiden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over het meer consumeren van vlees dan het Voedingscentrum adviseert*

Ik wil de gezonde keuze makkelijker maken. Daarvoor zijn goede beschikbaarheid van gezond aanbod en informatie over wat gezond eten is belangrijk. Ik stimuleer het bedrijfsleven producten gezonder te maken. Producenten en aanbieders werken hier gezamenlijk aan. Het Voedingscentrum geeft informatie over wat gezond is en hoe je gezond kan kopen, koken en eten. De informatie van het Voedingscentrum is (onder andere) gebaseerd op de adviezen van de Gezondheidsraad. Daarnaast kan informatie op het etiket helpen om te kiezen voor gezondere producten. Het gezondekeuzelogo 'het Vinkje' is hier een voorbeeld van. Het is uiteindelijk de consument zelf die beslist wat hij eet.

*Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over de praktische invulling van 'zorg en ondersteuning leveren daar*

*waar het doelmatig is en tegen de beste kwaliteit kan worden geleverd'*

Gemeenten worden geheel verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging onder het wettelijk kader van de Wmo.

Gemeenten zijn in staat om deze taken lokaal en op maat te organiseren en de benodigde verbindingen te leggen met het sociale netwerk van de burger en andere lokale initiatieven en voorzieningen. De gemeenten voeren hier toe een «(keukentafel)gesprek» waarin de behoefte van de burger wordt onderzocht en op basis waarvan de gemeente concludeert of de burger behoefte aan ondersteuning heeft en een aanbod doet dat past bij zijn of haar behoefte (maatwerkoplossing).

Gemeenten zullen hiertoe nauw samen moeten werken met cliëntenorganisaties, verzekeraars, zorgaanbieders en woningcorporaties om ondersteuning en zorg dichtbij echt mogelijk te maken.

*Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over de inkomensontwikkeling van een 65-plusser als gevolg van de stapeling van maatregelen in het Regeerakkoord en ontwikkelingen bij de aanvullende pensioenen*

Het kabinet heeft oog voor alle mensen die te maken krijgen met diverse maatregelen die in het RA zijn afgesproken. Voor mij zijn dat de effecten op het terrein van de zorg. Dat neemt niet weg dat in het RA keuzes gemaakt zijn. In de verdere uitwerking van bijvoorbeeld de gemeentelijke maatwerkvoorziening en de hervorming van de langdurige zorg zal ik rekening houden met de effecten op verschillende groepen burgers.

*3Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over Mensen met een laag inkomen krijgen straks steeds minder zorg. Is dat wat het kabinet bedoelt met doelmatig en tegen de beste kwaliteit?*

Het kabinet streeft naar betaalbare zorg met behoud van goede kwaliteit.

*Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over de mogelijkheid om alle medisch specialisten in loondienst te laten gaan*

De commissie Meurs heeft de mogelijkheid van een verplichting van medisch specialisten om in loondienst werkzaam te zijn onderzocht als onderdeel van de inventarisatie van beleidsalternatieven om de inkomens van Nederlandse medisch specialisten meer in lijn te brengen met hun collega's in andere landen. In de brief van 29 november 2012 (kenmerk CZ-3142669) is de kabinetsreactie op het rapport van de commissie verwoord. Volgens de commissie is een dergelijke expliciete verplichting juridisch niet haalbaar. Ook wijst de commissie erop dat een dergelijke rigide maatregel onvoldoende recht zou doen aan de dynamiek van de sector en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd. De commissie stelt dat er diverse inhoudelijk legitieme redenen kunnen zijn om te kiezen voor loondienst dan wel vrije vestiging, maar dat het de overheid niet past om daar centraal voor alle specialisten eenmalig een definitieve keuze in te maken. Wel acht de commissie het wenselijk dat financiële overwegingen minder bepalend zijn bij de keuze tussen vrije vestiging en loondienst dan nu soms het geval is.

De commissie verwacht op lange termijn het meeste van de invoering van (vrije) integrale tarieven. Het kabinet heeft dat advies overgenomen en heeft in het regeerak-

koord aangegeven het rapport van de commissie als leidraad te zullen hanteren bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. In het kabinetstandpunt is aangegeven hoe de stap naar integrale bekostiging praktisch zijn beslag zal kunnen krijgen en aan welke elementen de komende tijd nog een nadere uitwerking zal moeten worden gegeven.

*Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over de vermeende wegbezuiniging van de dagbesteding*

De dagbesteding wordt niet wegbezuinigd. Het kabinet hevelt vanaf 2015 75% van het budget voor begeleiding over naar gemeenten. Het is dan aan gemeenten om te kijken naar wat mensen echt nodig hebben. Zij hebben daarbij de vrijheid om dagbesteding ter ondersteuning aan te bieden of te kiezen voor een andere voorziening die mensen in staat stelt te participeren. Er is een motie (Samsom/Zijlstra) aangenomen die de regering oproept op zoek te gaan naar een oplossing in overleg met betrokken partijen zoals de gemeenten zodat mensen die in 2014 dagbesteding nodig hebben in dat jaar in aanmerking kunnen komen voor adequate ondersteuning.

Ik ben inmiddels in overleg met betrokkenen om te bepalen hoe deze maatregel het beste ingevuld kan worden. Bestaande cliënten behouden in 2014 hun recht op dagbesteding.

*Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over de maatregelen van het kabinet om mantelzorgers te ontlasten*

In de beleidsbrief mantelzorg van mijn voorgangster is het verbeteren van de ondersteuning van mantelzorgers door gemeenten een van de speerpunten. In het transitieprogramma is 'informele zorg' dan ook een belangrijk onderwerp. De eerste stap daarvoor is uitzoeken waar gemeenten en zorg- en welzijnsaanbieders en mantelzorgers behoefte aan hebben.

Het programma 'Goed voor elkaar' loopt eind dit jaar af. Doel van dit programma is het implementeren van de basisfuncties vrijwilligerswerk en mantelzorg bij gemeenten. De evaluatie van dit programma en de uitvraag bij gemeenten en zorgaanbieders vormen de basis voor verdere activiteiten van het Transitiebureau. De handreiking over respijtzorg is bijna beschikbaar. Daarnaast worden/zijn op basis van de beleidsbrief mantelzorg van mijn voorgangster acties uitgewerkt.

Zo wordt bijvoorbeeld de toolkit voor huisartsen aangepast voor de eerste lijnswerkers, zodat professionals in de eerste lijn mantelzorgers herkennen en met hen het gesprek aangaan over eventueel noodzakelijke ondersteuning, en wordt een expertmeeting georganiseerd over voorbehouden handelingen in de zorg.

*Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over de garantie van kwaliteit van zorgtaken bij decentralisaties*

Ik voer met collega Plasterk overleg over de vraag hoe we in het kader van de algemene decentralisatiekaders randvoorwaarden kunnen scheppen. Kwaliteit is daarbij een belangrijk aspect. Ik spreek daar ook in het kader van de hervorming van de langdurige zorg met het veld over. In het kader van het wetgevingsdebat over de decentralisaties zullen wij ook over dit thema nog met elkaar van gedachten wisselen.

*Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over de beleidsvrijheid van gemeenten bij de uitvoering van maatregelen zonder dat dit ten koste gaat van het recht op zorg en mogelijke verschillen tussen de gemeenten*

Gemeenten worden verantwoordelijk voor ondersteuning, begeleiding en persoonlijke verzorging op grond van de Wmo. De Wmo kent geen recht op zorg, maar een compensatieplicht. Over de vormgeving en de reikwijdte van de compensatieplicht voor begeleiding en persoonlijke verzorging zullen wij nog nader met elkaar van gedachten wisselen tijdens de wetsbehandeling van de Wmo.

De compensatieplicht houdt in dat de gemeente aan de burger ondersteuning moet bieden om de beperkingen die hij/zij op een aantal (in de wet vastgelegde) resultaatgebieden ervaart in de deelname aan de samenleving. De burger heeft hiermee een recht op een resultaat. In een «(keukentafel-)gesprek» wordt de behoefte van de burger onderzocht en concludeert de gemeente of de burger behoefte aan ondersteuning heeft en doet een aanbod dat past bij zijn of haar behoefte (maatwerkoplossing). Dit betekent in de praktijk dat er verschillen kunnen ontstaan in geboden voorzieningen aan burgers zowel binnen, als tussen gemeenten.

De compensatieplicht is echter allerminst vrijblijvend. Dit recht kan worden afgedwongen bij de rechter, die integraal kijkt naar het handelen van de gemeente en het te bereiken resultaat. Dus als de burger vindt dat het aanbod van de gemeente onvoldoende compenseert staat de weg naar bezwaar en beroep open voor een onafhankelijke toets.

*Antwoord op de vraag van het lid Krol (50+) over de eenzaamheid van ouderen in relatie tot de maatregelen van dit kabinet*

Daarmee veronderstelt u dat de eenzaamheid onder ouderen gaat toenemen als gevolg van de hervormingen in de zorg, terwijl ik daar op dit moment geen aanwijzingen voor heb. Zoals ik al in de recente antwoorden op uw Kamervragen aangaf is de achterliggende gedachte bij de decentralisatie is om juist gemeenten meer mogelijkheden te geven in het sociale domein. En juist op lokaal gebied gebeurt al veel aan het bestrijden van eenzaamheid.