

Vergaderjaar 2012–2013

33 400 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013

Nr. 15

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 oktober 2012

Bijgaand stuur ik u, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de stand van zaken van de toezeggingen die door ons zijn gedaan aan de Tweede Kamer. Het betreffen hier toezeggingen waarvan de staatssecretaris of ik hebben aangegeven dat ze nog voor de begrotingsbehandeling zouden worden afgehandeld. Daarbij realiseer ik mij dat dit kabinet zich in een demissionaire fase bevindt. Dat betekent dat ik op een aantal punten een reactie overlaat aan een nieuw kabinet.

1. Wet verplichte GGZ (WvGGZ)

Tijdens het AO Dwang en Drang GGZ van 1 maart 2012 heb ik toegezegd de nota van wijziging voor advisering aan de Raad van State voor te leggen. Vanwege het ingrijpende karakter van de nota van wijziging heeft deze wet enige vertraging opgelopen. De nota van wijziging wordt binnenkort voor advisering aan de Raad van State voorgelegd. Naar ommekomst van de Raad van State is het aan mijn opvolger om de WvGGZ naar uw Kamer te sturen.

2. Samenwerking GGZ en somatiek

Tijdens de begrotingsbehandeling VWS 2012 op 9 november 2011 is gesproken over de samenwerking van GGZ en somatiek. In het Bestuurlijk akkoord met de GGZ d.d. 18 juni 2012 is de afspraak opgenomen dat er een plan van aanpak zal worden opgesteld dat gericht is op het opheffen van de tweedeling en borgen van de relatie tussen somatiek en GGZ. Voor de acties die volgen uit het bestuurlijk akkoord zijn inmiddels afspraken met de veldpartijen gemaakt over welke partij het voortouw neemt. Voor het opstellen van een plan van aanpak gericht op het opheffen van de tweedeling en borgen van de relatie tussen somatiek en GGZ is

afgesproken dat de NVvP dit zal doen. Zij werken nog aan het opstellen hiervan. Daarnaast is de IGZ bezig met thematisch toezicht naar de ketenzorg voor klinische psychiatrische patiënten met ernstige somatische co-morbiditeit.

3. Reactie NZa adviezen

Tijdens het AO zorglandschap van 15 februari 2012 heb ik toegezegd dat er een reactie zal volgen op het NZa rapport over medische laboratoria en de mogelijke besparingen. Deze reactie wordt meegenomen in de brief over diagnostiek die in het voorjaar van 2013 naar de Kamer gestuurd zal worden.

4. Individueel zorgplan

Tijdens het AO afstemming zorg chronisch zieken van 14 maart 2012 is gesproken over het individueel zorgplan. Het principe van het individueel zorgplan is: elke zorgvrager stelt met zorgteam een zorgplan op waarin de gezondheidsdoelen van de zorg worden beschreven en de route om die te realiseren. In de praktijk bestaat er op dit moment een veelheid aan verschillende individuele zorgplannen waaraan diverse partijen werken. Om richting te geven aan de ontwikkeling van individuele zorgplannen en om uniformiteit in opzet en uitgangspunten te bevorderen heeft het Coördinatieplatform onlangs het Raamwerk Individueel Zorgplan ontwikkeld. Hierbij is een subsidieronde mogelijk gemaakt, waarbij het doel is dat ontwikkelaars van individuele zorgplannen hun plannen onderling afstemmen of integreren op basis van het Raamwerk Individueel Zorgplan.

5. NZa en innovatie

Tijdens het AO afstemming zorg chronisch zieken van 14 maart 2012 is gesproken over de beleidsregel Innovatie. Per 1 november treedt de aangepaste beleidsregel Innovatie (kortdurend kleinschalige experimenten) in werking. Om meer expliciete mogelijkheden te scheppen voor wenselijke innovatie is door middel van aanpassingen en aanvullingen bij de beleidsregel innovatie meer ruimte gecreëerd voor wenselijke innovatie. Tevens zijn gesprekken tussen VWS en NZa gevoerd, waarbij procesafspraken zijn gemaakt die moeten leiden tot het sneller mogelijk maken van innovatie bij veldpartijen.

6. Onderzoeken somatische comorbiditeit

Tijdens het VAO van 21 maart 2012 over het overlijden van een psychiatrisch patiënt heb ik toegezegd GGZ NL en de IGZ te vragen hun onderzoeken naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek te vervroegen en uw kamer over de resultaten te informeren.

GGZ NL heeft inmiddels werkwijze en wachtlijsten van Klinisch Intensieve Behandelingsplaatsen (KIB) in de GGZ voor mij in kaart gebracht. Een opname en behandeling in een KIB heeft als doel de verwijzende reguliere GGZ instelling te ontlasten, de ontwrichting op patiëntniveau, teamniveau en organisatieniveau te analyseren en interventies in te zetten die gericht zijn op het opheffen van de ontwrichting. De opvang in deze klinieken is altijd tijdelijk en erop gericht de patiënt zo snel mogelijk weer veilig terug te laten keren naar de verwijzende kliniek en vervolgens naar de samenleving.

Uit de inventarisatie van GGZ NL blijkt dat de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en opname bij de onderzochte KIB's in 2011 tussen 21 en 60 dagen lag. Daarmee liggen de wachttijden van alle onderzochten KIB's ruim onder de Treeknorm voor de GGZ, de maximaal aanvaardbare wachttijden. Het gaat bij deze wachttijden om de periode tussen aanmelding en opname. In de tussentijd vindt er al nauwe samenwerking plaats tussen de reguliere instelling en de KIB om de situatie van de patiënt binnen zijn huidige behandelomgeving te verbeteren. Door deze samenwerking vindt kennisoverdracht plaats en leren medewerkers van reguliere instellingen hoe om te gaan met ontwrichting van de behandelrelatie en hoe deze kan worden voorkomen. Om deze kennisoverdracht verder te bevorderen worden bovendien landelijke KIB-trainingen, trainingen «on the job» en consultaties georganiseerd. Ook onderling werken de vijf KIB's in Nederland nauw samen om het behandeltraject zo optimaal mogelijk te laten verlopen en wachttijden te voorkomen. Er vindt regelmatig overleg plaats, zowel op management- als op coördinatie-niveau. In geval van wachttijden wordt altijd nader bekeken of een patiënt elders sneller terecht kan. Ten slotte ondernemen de KIB's momenteel inspanningen om wachttijden verder terug te dringen. De beschikbare cijfers uit 2012 wijzen op een duidelijke afname van de wachttijden in 2012 ten opzichte van 2011. Zo heeft bijvoorbeeld Inforsa de gemiddelde totale wachttijd tussen aanmelding en opname van 57 dagen in 2011 kunnen terugdringen tot 20 dagen in het eerste kwartaal van 2012. Ik verheug me over bovenstaande resultaten en zal deze ontwikkelingen en initiatieven verder blijven volgen. Op dit moment ziet zij geen aanleiding voor extra inspanningen.

Ook de eerste fase van het thematoezicht «ketenzorg voor psychiatrische patiënten met ernstige somatische comorbiditeit» van de IGZ is recent afgesloten (zie bijlage 1 *) De belangrijkste resultaten uit de eerste fase zijn:

- Samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en GGZ-instellingen zijn zeer divers vormgegeven. Vooral bij grote geïntegreerde GGZ-instellingen is de samenwerking vaak complex georganiseerd. In het vervolg van het thematoezicht berichten alle instellingen of de samenwerking in de keten is geoperationaliseerd en afgestemd, en of er knelpunten zitten die nadere afspraken noodzakelijk maken.
- Psychiatrie in het ziekenhuis lijkt redelijk gewaarborgd. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) onderzoekt hoe de psychiatrie in het ziekenhuis is georganiseerd. Het resultaat wordt in het vervolg van het thematoezicht gekoppeld aan de bevindingen van de IGZ.

In november 2012 begint de IGZ met de tweede fase van dit onderzoek. In het tweede kwartaal van 2013 zal de IGZ alle bevindingen, conclusies en de wijze van handhaving openbaar maken. Op basis van deze uitkomsten zal ik uw Kamer ook conform haar toezegging informeren in hoeverre zij een denktank voor de complexe zorg voor deze mensen noodzakelijk acht.

RVZ advies «Stoornis en Delict»

In mei 2012 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) op verzoek van mij en de minister van VenJ advies uitgebracht over de gevolgen van de invoering van de twee wetsvoorstellen Wet Forensische Zorg (WFZ) en Wet verplichte GGZ (WvGGZ). Het advies is door mij en de minister van VenJ naar de Kamer gestuurd (Kamernummer 25 424 nr. 188). De reactie hierop wordt overgelaten aan een volgend kabinet.

7. Taakherschikking verloskunde

Hierbij informeer ik uw Kamer, zoals beloofd tijdens het algemeen overleg zwangerschap en geboorte van 7 maart 2012, over taakschikking in de verloskunde. Die taakschikking is primair een zaak van de partijen binnen de zorg rond zwangerschap en geboorte. De NVOG (beroepsvereniging gynaecologen) en de KNOV (beroepsorganisatie verloskundigen) zijn reeds enige jaren met elkaar in gesprek hierover. Daaruit is het Eindrapport Klinisch Verloskundigen voortgekomen, dat door beide beroepsgroepen is geaccordeerd. In het rapport wordt de positie van klinisch verloskundigen binnen de wet- en regelgeving beschreven en wordt de rol, plaats en positie van de verloskundige in de tweede- en derdelijns setting uiteengezet. Op dit ogenblik werken de beide beroepsgroepen het document gezamenlijk uit: een leidraad ter beschrijving van de functie en positie van klinisch verloskundigen wordt voor alle ziekenhuizen opgesteld, en een beroeps- en opleidingsprofiel worden beschreven. Ten gevolge op het rapport heeft de NVOG een document opgesteld waarin de minimale vereisten worden vastgesteld waaraan obstetrische professionals, zoals klinisch verloskundigen, in het kader van obstetrische (acute) zorgverlening moeten voldoen.

Naast de gezamenlijke gesprekken over de klinische verloskundige hebben de eerstelijns verloskundigen aangegeven dat zij uitbreiding van een aantal taken van de verloskundige in de eerste lijn zien. De IGZ heeft positief advies gegeven om deze taken te laten uitvoeren door verloskundigen, maar onder een aantal randvoorwaarden zoals het opstellen van richtlijnen en het aantoonbaar maken van bekwaamheid in de handeling. Indien voor 1 januari 2014 aan deze randvoorwaarden wordt voldaan dan kan de aangepaste AMvB per 1 januari 2014 inwerking treden.

In de commissie onderwijs van het College Perinatale Zorg, waarin deze partijen vertegenwoordigd zijn, vindt op dit moment een verkenning plaats naar de mogelijkheden om de opleidingen tot kraamverzorgende, Obstetrie en Gynaecologie – verpleegkundige, verloskundige, gynaecoloog en kinderarts deels in gezamenlijke modules te laten plaatsvinden. Deze verkenning naar betere afstemming tussen de opleidingen in zorg rond zwangerschap en geboorte kan bijdragen aan een goede toekomstige taakverdeling in de verloskunde. Ik verwacht ook dat de ontwikkelingen rond integrale verloskundige zorg, waarvoor experimenten zich nog kunnen aanmelden bij de NZa, een bijdrage kunnen leveren aan mogelijk toekomstige taakherschikking in de zorg rond zwangerschap en geboorte.

8. Stopzetten monitor eigen bijdrage GGZ

Per 1 januari 2012 is de «Eigen Bijdrage Behandeling tweedelijns GGZ» ingevoerd. Tijdens het Algemeen Overleg van 30 juni 2011 heb ik uw Kamer toegezegd om de effecten van de invoering van deze eigen bijdrage te monitoren. Tevens heb ik u, naar aanleiding van de motie Van der Staaij / Bruins Slot (TK 25 424, nr. 123), toegezegd te verkennen of het uitsluiten van kwetsbare groepen van de eigen bijdrage tot de mogelijkheden behoort.

Het eerste tussenrapport heb ik eind september aan uw Kamer aangeboden. In dit tussenrapport wordt benadrukt dat de eerste bevindingen een voorlopig karakter hebben en er een langere meetperiode nodig is om de eerste bevindingen te duiden en in perspectief te plaatsen¹. In het deelakkoord over de begroting van 2013 is opgenomen dat de eigen bijdrage GGZ wordt afgeschaft. Zowel de aanloopperiode van de invoering van de eigen bijdrage als de recente afschaffing leiden beide tot

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 25 424, nr. 189

gedragseffecten waardoor de verkregen data onvoldoende zicht zullen bieden op de daadwerkelijke effecten van de eigen bijdrage. Daarnaast is door het sluiten van het deelakkoord uitsluiting van de eigen bijdrage voor kwetsbare groepen niet langer aan de orde.

Ik acht het daarom niet zinvol om de monitor nog langer voor te zetten en zal deze beëindigen. Daarnaast beschouw ik de moties gerelateerd aan de monitor en eigen bijdrage GGZ¹ als afgedaan.

9. Plan van aanpak agressie in de zorg

Agressie en geweld tegen zorgverleners is onacceptabel en moet worden teruggedrongen. Om die reden heeft de minister in maart 2012 het Actieplan «Veilig werken in de zorg» opgesteld met sociale partners in de zorg, de minister van Veiligheid en Justitie (V&J) en de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Daarbij onderschrijf ik de doelstelling van het programma Veilige Publieke Taak van de minister van BZK om in de periode 2011–2015 agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak per sector, inclusief de zorg, met 25 procent te verminderen. Met het Actieplan wil ik daar samen met alle betrokken partijen onze bijdrage aan leveren voor de zorgsector.

Ik ben verheugd dat, naast alle reeds deelnemende branches en ministeries, ook de ambulancezorg en huisartsen met ons uitvoering willen geven aan de verdere vermindering van agressie en geweld in de zorg. Ambulancezorg Nederland heeft mij per bijgaande brief (bijlage 2) *) nader geïnformeerd over de aanpak van agressie en geweld in de ambulancezorg en de gewenste deelname aan het Actieplan «Veilig werken in de zorg». Ik ben momenteel met hen in overleg over de invulling van aanvullende maatregelen voor de ambulancezorg gedurende de looptijd van het Actieplan.

Samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Vereniging Huisartsenposten Nederland, het Nederlandse Huisartsengenootschap en de Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten leg ik op dit moment de laatste hand aan een set aanvullende maatregelen voor hulpverleners in de huisartsenzorg. Daarvoor stellen wij in de periode 2013–2015 € 300 000 extra beschikbaar aanvullend op de reeds begrote € 6,4 miljoen die wij in de periode 2012–2015 ter beschikking stellen aan sociale partners in de zorg om de maatregelen uit het actieplan te realiseren in samenwerking met het kabinet. Voor hulpverleners in de huisartsenzorg wordt onder andere ingezet op het nemen van preventieve maatregelen, zoals scholing, en het geven van een passende reactie naar de veroorzaker. Ook wordt het gebruik van bestaand anti-agressiebeleid geëvalueerd en verder bevorderd. De beste voorbeelden van aanpakken om agressie en geweld tegen hulpverleners te voorkomen en te bestrijden worden gedeeld met alle huisartsenpraktijken en zorginstellingen in alle regio's van het land. Daarbij wordt aangesloten bij bestaande landelijke en regionale structuren.

Een belangrijk onderdeel van het actieplan is om jaarlijks 100 zorginstellingen te ondersteunen bij de aanpak van agressie en geweld tegen zorgverleners. Daarvoor stellen wij in de periode 2012–2015 € 4 miljoen beschikbaar (jaarlijks € 1 miljoen) van de begrote € 6,4 miljoen. De resterende € 2,4 miljoen wordt ingezet voor de overige maatregelen. Het beoogde tijdpad van de maatregelen is hieronder aangegeven. Conform het actieplan kunnen de maatregelen in drie hoofdlijnen uiteengezet worden.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 25 424, nr. 123 en nr. 143

I Implementatie anti-agressiebeleid in de zorg versterken

Implementatie ondersteunen

- Het vertalen van de algemene normen van het programma Veilige Publieke Taak (VPT) naar de contexten van de verschillende zorgbranches, zodat deze bruikbaar worden bij het ontwikkelen van agressiebeleid op organisatieniveau (eerste helft 2013).
- Jaarlijks externe ondersteuning bieden aan zorgorganisaties bij de (door)ontwikkeling en implementatie van integraal anti-agressiebeleid op organisatieniveau (2012–2015).
- Het ontwikkelen en aanbieden van een quickscan beleid «veilig werken in de zorg» (eerste helft 2013).
- Het ontwikkelen en aanbieden van een kosten/batenmodel voor zorgorganisaties (eerste helft 2013).

Uitwisseling

- Jaarlijks intersectorale regionale bijeenkomsten organiseren ten behoeve van het delen van ervaringen en het uitwisselen van good practices (2013–2015).
- In de zorgbranches zijn en worden tal van goede praktijken ontwikkeld en operationeel. Deze worden jaarlijks nog meer en beter (intersectoraal) gedeeld (2013–2015).
- Good practices worden jaarlijks verzameld en beschikbaar gesteld aan de branches en instellingen (2013–2015).
- Er wordt een coördinatiepunt opgezet waar branchespecifieke kennis wordt verzameld en gedeeld (eerste helft 2013).

Daarnaast wordt ingezet op de communicatie van het actieplan onder de naam: »Veilig werken in de zorg» (2013–2015) en op het uniformeren van de landelijke kengetallen (doorlopend).

II Juridische aanpak veroorzaker agressie

2.1 Zorgverlening staken

- Samen met sociale partners sectorspecifiek in kaart brengen (2013) en actief verspreiden wanneer hulpverleners hun zorgverlening mogen staken in geval van agressie en/of geweld (2013–2015).

2.2 Aangiftebereidheid verhogen

- Er komt een stappenplan om werkgevers in de zorg te ondersteunen bij het formuleren van sector- en/of organisatiespecifieke normen en regels (eerste helft 2013). Dit wordt beschikbaar gesteld aan en gepromoot onder alle werkgevers in de zorg (2013–2015).
- Regionale afspraken tussen zorgwerkgevers, de politie en het Openbaar Ministerie (OM) stimuleren, waarin wordt uitgedragen dat agressie en geweld in de zorg onacceptabel is (doorlopend). Daarbij wordt aangesloten bij de regionale ketenintensivering vanuit programma Veilige Publieke Taak in de diverse politieregio's. In deze ketenintensiveringsregio's, waar ook de politie en het Openbaar Ministerie aan deelnemen, ontmoeten vele zorgpartijen elkaar. De landelijke dekking van deze trajecten wordt vanuit programma Veilige Publieke Taak met een half jaar vervroegd naar medio 2013.
- Beschermd aangifte doen en getuigen in de zorg stimuleren. Tijdens het Algemeen Overleg «Veilig werken in de zorg op 23 mei jongstleden heeft de minister van V&J u toegezegd in 2012 te komen met een regeling voor aangifte onder nummer¹. Over de vorm en de inhoud van deze regeling bent u op 5 september jongstleden door de minister

¹ Kamerstuk 29 282, nr. 155

van V&J per brief separaat geïnformeerd¹.

2.3 Medewerking politie verder verbeteren

- De Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA) over de werkwijze van politie en Openbaar Ministerie bij zaken van agressie tegen medewerkers met een publieke taak, inclusief zorgverleners, zijn in werking getreden op 1 april 2010. Momenteel wordt de naleving van de afspraken geëvalueerd. De planning is de evaluatie van de ELA eind december gereed te hebben. Daarbij is nadrukkelijk aandacht voor de zorgsector. Dit geldt ook voor de tweejaarlijkse monitoring van de ELA op lokaal niveau (2013–2015).
- De ELA wordt aangevuld met de afspraak dat de politie altijd reageert bij verzoeken om assistentie in het geval van agressie en geweldszaken tegen medewerkers met een publieke taak, inclusief zorgverleners (nadat bovengenoemde evaluatie gereed is).

2.4 Relevantie aangifte vergroten

- De afspraak (onder meer opgenomen in de ELA) is dat het OM in afstemming met de politie persberichten uitbrengt over veroordelingen van verdachten (doorlopend).
- Er is dit jaar geïnventariseerd wat er gebeurt met aangiften in de ambulancezorg. Wij hebben ook gesprekken gehad met ambulancemedewerkers. Uit de gesprekken en het onderzoek blijkt dat de informatie richting slachtoffers beter kan. Slachtoffers moeten altijd op de hoogte worden gebracht van wat er met de melding of de aangifte gebeurt. Dit komt ook terug in de evaluatie van de ELA die eind dit jaar beschikbaar is.
- In overleg met het OM wordt gezien hoe de uitleg over een sepot verder kan worden verbeterd richting slachtoffers (doorlopend).
- Stimuleren van het verhalen van schade op de veroorzaker door de werkgever. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de kennis van het expertisecentrum Veilige Publieke Taak en het programma Veilige Publieke Taak (doorlopend).
- Het ministerie van V&J is dit voorjaar gestart met drie verbetertrajecten voor slachtoffers van strafbare feiten. In één van deze verbetertrajecten wordt het schade- en informatieproces opnieuw ingericht, vanuit het perspectief van het slachtoffer. Ook het programma Veilige Publieke Taak is hierbij betrokken. In juni 2012 is vanuit het programma Veilige Publieke Taak in dit kader in samenwerking met het Verbond voor Verzekeraars en het ministerie van V&J een expertmeeting georganiseerd. De resultaten van de expertmeeting worden meegenomen in de hierboven genoemde verbetertrajecten.
- Vergroten van de kennisoverdracht over het verhalen van schade, onder andere door verspreiding van «best practices» binnen zorgorganisaties (doorlopend).
- Voor zover de situatie zich daarvoor leent, wordt gebruik gemaakt van snelrecht (doorlopend).

2.5 Zwaardere straffen

– Jaarlijks volgt het ministerie van V&J in hoeverre officieren van justitie en rechters de hogere strafeisen van de richtlijn van het OM volgen en derhalve daadwerkelijk zwaardere straffen. De Raad voor de rechtspraak doet momenteel onderzoek naar de cijfers over 2011, zowel voor OM als de rechterlijke macht. De minister van V&J zal de cijfers uiterlijk eind november met u delen. In dit onderzoek en vervolgonderzoeken wordt specifiek ingegaan op de zorg.

¹ Kamerstuk 29 282, nr. 168

III Scholing aankomende medewerkers (doorlopend)

Tot slot

In het voorjaar van 2013 wordt u nader geïnformeerd over de voortgang van en de behaalde resultaten met het actieplan. De Inspectie SZW brengt in november 2012 de sectorrapportage zorg en welzijn uit en besteedt daarbij ook aandacht aan agressie tegen zorgverleners. Deze rapportage stuurt zij ook naar de Tweede Kamer. Sectorrapportages verschijnen in principe iedere twee jaar.

10. Uitkomstbekostiging

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 uitkomstbekostiging.

Het op de lange termijn betaalbaar houden van zorg, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit, is voor mij één van de belangrijkste vraagstukken van dit moment. Doelmatigheid is daarbij een sleutelbegrip. Het leveren van doelmatige zorg van (aantoonbaar) hoge kwaliteit moet aantrekkelijker worden dan alleen het leveren van zoveel mogelijk zorg die niet altijd even zinnig en zuinig is. Uitkomstbekostiging, dat wil zeggen bekostiging gericht op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit én kosten, biedt wat mij betreft de mogelijkheid om dit te bereiken. Ik deel de oproep van uw Kamer dan ook van harte om hier de komende jaren stevig op in te zetten.

Hoewel uitkomstbekostiging in Nederland pas een relatief recent fenomeen is, is er internationaal al ervaring mee opgedaan. Om die reden heeft de minister het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) gevraagd om een rapport op te stellen met internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging (zie bijlage 3)*). Het rapport van iBMG bevat een aantal nuttige bouwstenen: naast achttien internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging biedt het rapport een bruikbaar theoretisch kader voor het verder introduceren van uitkomstbekostiging in Nederland.

Het is, gezien de demissionaire status van dit kabinet, aan een volgende minister om met u van gedachten te wisselen over een voldragen plan van aanpak voor de daadwerkelijke invoering van uitkomstbekostiging. Hierbij kan het iBMG rapport worden betrokken.

11. Experimenten in bekostiging

In verschillende debatten is aan de orde gekomen dat in het veld vele initiatieven ontstaan om zorg en ondersteuning in de buurt vorm te geven en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te verlagen. Dit innovatieve klimaat moet zo veel mogelijk worden ondersteund en mag niet worden belemmerd door knellende regelgeving. Gezien de demissionaire status van het kabinet wordt de besluitvorming over het uitvoeren en monitoren van dergelijke initiatieven echter overgelaten aan een volgend Kabinet.

12. Patiëntveiligheid in de ziekenhuizen 2012-2015 en sterftecijfers

Hierbij wordt u geïnformeerd over de stand van zaken patiëntveiligheid en het toezicht door de IGZ. Hiermee kom ik tegemoet aan de toezegging zoals gedaan tijdens het debat van uw Kamer op 25 september 2012.

Het VMS veiligheidsprogramma

Het VMS veiligheidsprogramma loopt officieel per 1 januari 2013 af, maar de activiteiten lopen nog door tot 1 mei 2013. Deze uitloop van het VMS veiligheidsprogramma verloopt budgettair neutraal. Tevens zijn in het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord (BHA)afspraken gemaakt over patiëntveiligheid.

Er is veel gedaan en bereikt de afgelopen jaren, maar desondanks is veiligheid nog niet overal een vanzelfsprekend onderdeel van het primaire proces in de zorg. Ik constateer met partijen dat de gestelde doelen van het VMS programma nog niet zijn bereikt.

Hierover heeft de afgelopen periode intensief overleg plaatsgevonden met de vier partijen van dit programma¹, te weten de brancheorganisaties van de ziekenhuizen en van de professionals.

Zij hebben mij recent geïnformeerd op welke wijze zij elk op eigen wijze patiëntveiligheid in hun specifieke reguliere activiteiten willen borgen. De sector is op dat punt zelf aan zet en professionals, zorgaanbieders en bestuurders worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid in deze. Een volgende Minister zal uw Kamer hierover te zijner tijd informeren.

Toezicht IGZ

De inspectie zal in haar toezicht in de komende jaren specifiek de thema's uit het veiligheidsprogramma die aansluiten bij de IGZ speerpunten toetsen op de mate van implementatie. Daarnaast zal de inspectie expliciet aandacht blijven schenken aan de vorderingen van de ziekenhuizen bij de uitvoering van prospectieve risicoanalyses en bij de implementatie van verbeteringen. Wanneer blijkt dat ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid voor (patiënt)-veiligheid onvoldoende nemen, neemt de inspectie maatregelen.

De IGZ is in overleg met de betrokken partijen om te bezien of de relevante en geschikte indicatoren uit het veiligheidsprogramma op te nemen zijn in de Basisset Ziekenhuizen.

Infectiepreventie maakt een cruciaal onderdeel uit van de patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Daarom zal de IGZ vanaf 2013 een toezichtonderzoek starten naar de wijze waarop ziekenhuizen bijzonder resistente micro-organismen signaleren en verspreiden.

13. Governance

Tijdens de procedurevergadering van 29 februari 2012 heb ik aan uw Kamer toegezegd om een brief te sturen over governance. Met het oog op de demissionaire status van het Kabinet heb ik afgezien van toezending van de notitie over goed bestuur en heb ik besloten dit aan een volgend Kabinet te laten. Een en ander is wel voorbereid.

14. Zorg rondom het levenseinde

Tijdens het debat over grenzen aan de zorg van 28 november 2011 heb ik naar aanleiding van een opmerking van het lid Ganzevoort, aangegeven dat zij zich zou beraden op de vraag op welke wijze een zorginhoudelijke discussie over zinnige zorg georganiseerd kan worden en uw Kamer daarover te informeren. Naar aanleiding van een enquête van de KNMG naar beslissingen rond het levenseinde is er binnen de beroepsgroep een goede discussie ontstaan. In de antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het bericht dat artsen vinden dat ernstig zieke patiënten te lang worden doorbehandeld (2012Z10830) heb ik aangegeven dat het voeren van gesprekken over het naderende levenseinde bij uitstek

¹ NVZ en de NFU, de OMS en de V&VN

een kerncompetentie van artsen is. Ook heeft zij aangegeven dat het vooral een discussie is die in eerste instantie binnen de beroepsgroep moet worden gevoerd. De enquête geeft wel aan dat de insteek die de professional kiest bij het gesprek over het naderende levenseinde wellicht een andere kan zijn dan de insteek van de patiënt en familie. Ik constateer dat sinds het debat van 28 november 2011 de beroepsgroep zelf de discussie is gestart. Ik juich dit initiatief en andere initiatieven over dit onderwerp toe. Additionele initiatieven van 's Rijkswege zijn thans niet opportuun.

15. Stand van zaken Dementie

Tijdens de behandeling van de VWS-begroting op 9 november 2011 heb ik uw Kamer toegezegd de resultaten van het plan «Zorg voor mensen met dementie» toe te zenden. Dit plan was op 17 juni 2008 door mijn ambtsvoorganger aan uw Kamer gestuurd. Dit toegezegde overzicht van resultaten treft u in bijlage 4 *) aan. De vervolgstappen nu dit plan uitgevoerd is, zullen worden opgenomen in het Deltaplan Dementie. Het is aan het nieuwe kabinet om samen met veldpartijen hieraan invulling te geven.

16. Plan van aanpak om meer HBO-verpleegkundigen te interesseren voor de ouderenzorg (Motie Uitslag).

Tijdens het VAO Arbeidsmarktbeleid Zorg van 28 juni jl. is door Kamerlid Uitslag een motie ingediend, waarin de regering gevraagd wordt om in overleg met Actiz en V&VN te komen tot een stimulerend plan van aanpak zodat er meer hoger opgeleide verpleegkundigen aan de slag gaan in de ouderenzorg (Tweede Kamer 2011–2012, 29 282 nr. 156).

Op 15 maart 2012 heeft de staatssecretaris uw Kamer reeds op de hoogte gesteld van de zes trajecten waaraan op dat moment gewerkt werd om de inzet van verpleegkundigen in de ouderenzorg te optimaliseren (Tweede Kamer 2011–2012, 29 282 nr. 151). Voor de beschrijving van deze trajecten verwijst de staatssecretaris naar die brief. Alle trajecten verlopen inmiddels volgens planning. Zo is het nieuwe competentieprofiel van de verpleegkundige gerontologie en geriatrie (VGG) inmiddels vastgesteld en worden de studenten aan de hand daarvan opgeleid. Verder heeft de staatssecretaris de Kamer op 7 juni 2012 met een brief op de hoogte gesteld dat de structurele middelen voor wijkverpleegkundigen (€ 10 miljoen per jaar) via een decentralisatie-uitkering beschikbaar blijven voor de lopende «zichtbare schakelprojecten» (Tweede Kamer, 23 235 nr. 96).

Om na te gaan welke extra trajecten en/of maatregelen gewenst zijn om tot een grotere inzet van verpleegkundigen in de ouderenzorg te komen, is inzicht in de recente ontwikkelingen en in de knelpunten gewenst. Daartoe is in het kader van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn naar de inzet van verpleegkundigen in de ouderenzorg gekeken. Het blijkt dat het aantal medewerkers met een verpleegkundige functie in de periode 2007–2011 is gestegen met ruim 30%, van 45 000 naar 60 000. De stijging voor verpleegkundigen niveau 4 (mbo-niveau) is groter dan bij verpleegkundigen niveau 5 (hbo-niveau), +35% versus +25%. Voor beide groepen geldt dat de stijging beduidend groter is dan voor het verzorgend en sociaalagogisch personeel (+15%), waardoor het aandeel van het verpleegkundig personeel duidelijk gestegen is. Opvallend is verder dat in de intramurale ouderenzorg de stijging zich vooral voordoet bij de verpleegkundigen op niveau 5 en bij de extramurale ouderenzorg de stijging vooral bij de verpleegkundigen op niveau 4.

Daarnaast is in het kader van het stagefonds gekeken naar de gerealiseerde stageplaatsen voor studenten verpleegkunde in de ouderenzorg, als indicator voor de instroom van toekomstig verpleegkundig personeel. Ook hierbij is een duidelijke trend waarneembaar. Ten opzichte van het schooljaar 2009–2010 zijn in het schooljaar 2011–2012 25% meer stages gerealiseerd voor verpleegkundigen in opleiding. Dat geldt zowel voor mbo-verpleegkundigen als hbo-verpleegkundigen. De stijging van het aantal gerealiseerde stageplaatsen voor verzorgenden en helpenden bleef daar met +5% ver bij achter, aangevend dat de instellingen in de ouderenzorg zich ook in de toekomst meer gaan richten op hoger opgeleid personeel.

De bovenstaande ontwikkelingen zijn zeer positief te noemen en de reeds in gang gezette trajecten zullen het waarschijnlijk alleen maar versterken. Dat wil echter niet zeggen dat het nu allemaal in orde is. Er zijn namelijk ook nog enige knelpunten die de groei naar meer verpleegkundigen in de ouderenzorg enigszins vertragen. Studenten, reeds afgestudeerde verpleegkundigen, docenten en onderwijsmanagers, maar ook leidinggevenden en het management van zorginstellingen zijn niet altijd bekend met de kansen en mogelijkheden die de inzet van verpleegkundigen in de ouderenzorg biedt. Dit uit zich onder andere in het feit dat (studerende en pas afgestudeerde) verpleegkundigen toch een voorkeur hebben voor andere zorgsectoren. Daarnaast blijkt het voor te komen dat werknemers met een verpleegkundige opleiding een verzorgende functie in de ouderenzorg uitoefenen¹.

De eerder genoemde zes trajecten geven een belangrijke impuls om meer hoger opgeleide verpleegkundigen in de ouderenzorg te krijgen. Om de genoemde knelpunten nog krachtiger aan te pakken heeft de minister Actiz en V&VN gevraagd om met financiering vanuit VWS gedurende een aantal jaren communicatietrajecten uit te voeren richting alle relevante partijen. Hiermee worden de kansen en mogelijkheden voor verpleegkundigen in de ouderenzorg breder bekend. Samen met de eerder genoemde trajecten biedt deze aanpak voldoende stimulansen om meer verpleegkundigen in de ouderenzorg aan het werk te krijgen. Hiermee heeft de minister uitwerking gegeven aan de motie.

17. Fraude in de AWBZ zorg in natura

Tijdens de begrotingsbehandeling van 2010 hebben de Tweede Kamerleden Venrooy-Van Ark en Uitslag een motie ingediend² waarin zij vragen om onderzoek naar fraude en oneigenlijk gebruik binnen de AWBZ zorg in natura (ZIN). In de programmabrief langdurige zorg van 1 juni 2011 is toegezegd de motie te zullen uitvoeren door het verrichten van een risicoanalyse op fraude in de AWBZ ZIN. Alvorens in te gaan op de risicoanalyse zij het volgende opgemerkt. We weten niet hoe groot de fraude in de AWBZ zorg in natura feitelijk is. We kennen wel het bedrag dat zorgkantoren jaarlijks terughalen aan fraude, maar de indruk bestaat dat dit niet alle fraude is. De NZa en de IGZ ontplooiën momenteel diverse activiteiten om beter grip te krijgen op dit vraagstuk.

Het ministerie is in 2011 gestart met de hiervoor genoemde risicoanalyse en heeft deze inmiddels afgerond. Er is een aantal maatregelen in voorbereiding om de risico's op fraude in de AWBZ ZIN te verminderen. De risicoanalyse is uitgevoerd onder begeleiding van het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) en tot stand gekomen in samenwerking met diverse partijen: CIZ, CAK, zorgkantoren, zorginstellingen, Actiz, VGN, GGZ Nederland, LOC, Platform GGZ, oudervertegenwoordiger gehandicaptenzorg, NZa, IGZ, Belastingdienst, FIOD en ISZW. Nadat de AWBZ «in kaart is» gebracht en verdeeld in een viertal primaire

¹ Voor een deel betreft het werknemers die in het verleden een verpleegkundig diploma hebben behaald en na onderbreking van hun carrière, begonnen zijn als verzorgende. Overigens zijn deze opgeleide verpleegkundigen niet meegeteld bij de eerder genoemde stijging van het aantal medewerkers met een verpleegkundige functie, omdat ze een dergelijk functie niet uitoefenen.

² Kamerstuk 25 657, nr. 43

processen (toegang, zorglevering, bekostiging en toezicht) is nagegaan waar zich risico's op fraude op elk van deze processen voordoen. Deze risico's zijn vervolgens geprioriteerd. De risico's met de hoogste prioriteit zijn in een aantal zogenaamde »Tafel van elf sessiesuitgewerkt en van mogelijke maatregelen voorzien. Van de drie meest kansrijke maatregelen zijn inmiddels de voorbereidende werkzaamheden 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 ClZ kan worden versterkt bij vermoedens van fraude. Tevens is besloten een dergelijke risicoanalyse elke twee jaar te herhalen, zodat hij actueel blijft.

18. Inventarisatie compensatieplicht

Mevrouw Leijten heeft gevraagd naar een inventarisatie van jurisprudentie betreffende de reikwijdte van de compensatieplicht in de Wmo. Dit betreft een analyse van uitspraken van de Centrale Raad van Beroep, de hoogste bestuursrechter in Wmo-zaken. Het is aan een volgend kabinet om een dergelijke inventarisatie aan uw Kamer te zenden en nader over te besluiten naar aanleiding van de bevindingen. In de eerstvolgende evaluatie van de Wmo zal het SCP overigens ook weer ingaan op de compensatieplicht.

19. Anonieme Hulp of afstand

In haar antwoorden van 3 juli 2012 (Kamerstukken II, 29 247, nr. 177) op de vragen van uw Kamer d.d. 15 maart 2012 met nummer 2012Z05172 over de financiering van de Sensororganisaties heeft de staatssecretaris u geïnformeerd over het onderzoek naar Hulp op afstand in Nederland. Zij heeft opdracht gegeven voor dit onderzoek omdat zij volledig inzicht wilde krijgen in de aard en de organisatie van de verschillende soorten anonieme »hulp op afstand« zodat zij mede op basis daarvan een gedegen visie kan formuleren. Hierbij stuurt zij u het op 14 september 2012 afgeronde onderzoek toe (bijlage 5)*). Hiermee voldoet zij tevens aan uw verzoek van 11 oktober 2012 met kenmerk 2012 Z 17 292 om de toegezegde brief inzake de financiering van de Sensororganisaties.

Uit het onderzoek blijkt dat er een breed spectrum is aan organisaties en vormen van hulp op afstand: van luisterend oor via praktische hulp en lotgenotencontact tot daadwerkelijke behandeling bijvoorbeeld via internet. Het aanbod van hulp op afstand is zeer divers en versnipperd. De onderzoekers stellen dat er jaarlijks ca € 19 miljoen omgaat bij organisaties die hulp op afstand bieden en dat een groot deel van die 19 miljoen ook daadwerkelijk betrekking heeft op hulp op afstand. Aan overheidssubsidies is dat ca. € 13 miljoen (Rijk ca € 2 miljoen en provincies ca € 11 miljoen), de overige 6 miljoen is privaat gefinancierd. Er zijn veel vrijwilligers betrokken bij hulp op afstand: 2 600 vrijwilligers op 335 beroepskrachten. De belangrijkste conclusies van de onderzoekers zijn dat het veld versnipperd is, dat organisaties meer kunnen samenwerken en dat er efficiencyvoordelen te bereiken zijn door samenvoeging van organisaties.

Het rapport is besproken met de onderzochte organisaties. Zij waardeerden het feit dat voor het eerst een integraal overzicht beschikbaar is van organisaties op het terrein van anonieme hulp op afstand. Alle organisaties waren het er over eens dat verbeteringen mogelijk waren bijvoorbeeld door meer onderlinge samenwerking. Zij onderschreven het belang van een integrale landelijke visie op anonieme hulp op afstand en een landelijke borging ervan. Gezien de demissionaire

status van het kabinet zal het nieuwe kabinet op basis van de uitkomsten van dit onderzoek een dergelijke visie formuleren. De ontwikkeling van een beleid op anonieme hulp op afstand in overleg met maatschappelijke partijen vraagt tijd. In antwoorden op uw Kamervragen over de financiële situatie bij de Sensoor-organisaties heeft de staatssecretaris u gemeld dat de financiering van Sensoor door provincies nog tot 2014 geborgd is. De plek die de dienstverlening zoals Sensoor biedt, kan innemen in het aanbod van hulp en zorg op afstand maakt onderdeel uit van de eerdergenoemde visie. Deze visie kan richting geven voor het handelen van de betrokken organisaties in de toekomst. Het opstellen van een dergelijke visie is gezien de demissionaire status van het kabinet op dit moment niet aan de orde.

20. Stand van zaken «extra middelen voor de zorg» (Agemagelden)

Naar aanleiding van het begrotingsakkoord dat op 25 mei jl. is gesloten, was de staatssecretaris genoodzaakt het convenant «investeringen langdurige zorg» op te zeggen. De extra middelen zijn voor de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en de Thuiszorg sector behouden gebleven. De monitor (zie bijlage 6*) die begin dit jaar gestart is om de resultaten van de extra investeringen in de intramurale langdurige zorg te volgen, wordt voortgezet. De monitor zal – gegeven de inperking van de extra middelen – betrekking hebben op de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en de Thuiszorg (VVT).

Bijgaand bij deze brief biedt de staatssecretaris u zoals toegezegd de nulmeting van de monitor aan. Deze is in het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn door onderzoeksbureau Panteia uitgevoerd. In deze nulmeting wordt de stand op 31 december 2011, dus voorafgaand aan de extra investering, in kaart gebracht. Het gaat daarbij om het aantal zorgmedewerkers en om het aantal zorgmedewerkers in opleiding. Uit de casestudies die uitgevoerd zijn, blijkt dat de onderzochte instellingen volop bezig zijn om de gestelde doelen te realiseren. Verdere inhoudelijke resultaten komen in 2013 beschikbaar als een vergelijking gemaakt kan worden tussen deze nulmeting en de eerste vervolgmeting met als peildatum 31 december 2013.

21. Werkgroep Autisme

Tijdens het algemeen overleg over de toekomst van de AWBZ van 26 juni 2012 (TK vergaderjaar 2011–12, 30 597, nr 262) heeft de staatssecretaris aangekondigd dat er een werkgroep «vanuit autisme bekeken» in het leven zou worden geroepen. Op 2 oktober 2012 heeft de staatssecretaris deze werkgroep officieel het startsein gegeven. De werkgroep, bestaande uit acht (ervarings)deskundigen, kijkt vanuit het perspectief van mensen met autisme hoe zij met betere zorg en ondersteuning goed kunnen participeren in de samenleving. Het hebben van autisme werkt door op vele levensterreinen waardoor zelfstandig leren, werken, wonen en meedoen in de samenleving voor de 190 000 Nederlanders met autisme soms (heel) moeilijk is. Met meer kennis en begrip in de samenleving en met de juiste begeleiding zijn echter veel knelpunten in het leven van mensen met autisme (en hun naasten) oplosbaar. In de komende maanden gaat de werkgroep knelpunten en verbetermogelijkheden inventariseren, o.a. door breed input te vragen aan mensen met autisme, hun naasten en andere deskundigen. Dit onder meer via social media. Dan start het verspreiden van goede voorbeelden en implementatie van verbetervoorstellen. Eind 2014 presenteert de werkgroep haar eindrapport.

22. Stand van zaken «Meer tijd voor de cliënt algemeen»

Eind maart 2012 heeft de staatssecretaris met uw Kamer tijdens het AO administratieve lasten in de care gesproken over de inzet om de administratieve lasten in de langdurige zorg te reduceren, zoals dat heeft vorm gekregen in het programma «Meer tijd voor de cliënt». Hart van dit programma wordt gevormd door de ca. 700 meldingen over hinderende wet- en regelgeving, zoals die door zorgaanbieders zijn ingediend, en de 28 experimenten met regelarme instellingen, die uit 120 ingezonden voorstellen van zorgaanbieders zijn gekozen. In de Tweede voortgangsrapportage Hervorming langdurige zorg van 24 juni 2012 heeft de staatssecretaris u op de hoogte gesteld van de laatste stand van zaken van de uitvoering van het programma. Graag informeert zij u over de resultaten die vanaf dat moment zijn geboekt. In het kader van de meldingen van hinderende wet- en regelgeving is ook het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) meerdere malen genoemd. Dit document bevat alle verantwoordingsvragen voor de verschillende zorgsectoren. Naar aanleiding van de meldingen is het JMV kritisch doorgelicht op overbodige vragen, hetgeen leidt tot maar liefst een halvering van de uitvraag aan zorgaanbieders. Concreet gaat het om het vervallen van het maatschappelijk verslag, waarvoor de Regeling verslaglegging WTzi wordt gewijzigd. Ook wordt een instrument gebouwd waardoor met één druk op de knop de gegevens van de jaarrekening van de zorginstelling in digiMV kunnen worden geladen en niet meer handmatig hoeven te worden ingevuld. Tevens worden diverse niet (meer) noodzakelijke tabellen in het digiMV geschrapt. Ook zullen de branchelijsten, die nu nog worden uitgevraagd vanuit digiMV, met ingang van het verslagjaar 2013 worden ontkoppeld, waarmee voor de zorgaanbieder helder wordt welke uitvraag noodzakelijk is in het kader van publieke verantwoording en welke uitvraag meeloopt voor de eigen brancheorganisatie. Met ingang van 1 januari 2013 zullen zorginstellingen van deze reductie van administratieve lasten profiteren.

Een relatief groot aantal meldingen ging over de afhandeling van valincidenten en -calamiteiten door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Met ingang van september 2012 is het beleid op dit punt veranderd. In het vervolg dienen zorginstellingen alleen valcalamiteiten aan de Inspectie te melden via een webbased vragenlijst op de website van de Inspectie. Bij valcalamiteiten is sprake van dood of ernstig letsel als gevolg van tekortkomingen in de zorg zoals omschreven in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Daarnaast moeten de valincidenten eens per jaar op geaggregeerd niveau aan de Inspectie worden doorgegeven. De Inspectie betreft dit bij het toezicht.

Er hadden zich meer dan 100 zorgaanbieders gemeld met een voorstel voor het experiment regelarm, 28 daarvan zijn doorgegaan naar de eerste fase. Begin 2012 zijn zorgaanbieders van start gegaan met het experiment regelarme instellingen. Het doel van de experimenten is het verminderen van de administratieve lasten en meer tijd voor de cliënt. In de voortgangsrapportage van juni dit jaar heeft de staatssecretaris aangegeven dat het van belang is om voor de start van het experiment precies helder te krijgen welke regels de zorgaanbieder hinderen bij het dagelijkse werk en welke oplossingsrichting daarvoor in het experiment wordt uitgeprobeerd. De definitieve plannen van alle experimenten zijn inmiddels afgerond. Elke zorgaanbieder heeft een brief van de staatssecretaris ontvangen met daarin een beschrijving van het experiment en de stappen die andere partijen, het CIZ, zorgkantoren, NZa, CVZ, CAK, IGZ zullen zetten om het experiment mogelijk te maken en te faciliteren. Deze brieven worden begin november op de website van Invoorzorg geplaatst. De meeste experimenten starten de uitvoering van het experiment per

1 januari 2013. In de periode tussen nu en de start wordt door alle partijen hard gewerkt aan de voorbereiding. Een aantal van de experimenten is reeds van start gegaan. Het betreft onder andere De Hoven en IJsselheem. We gaan daadwerkelijk van start met uitvoering met 26 zorgaanbieders, omdat voor één zorgaanbieder in feite de doelen reeds bereikt waren, en omdat één aanbieder zich heeft terugtrokken. Na afloop van de looptijd van de experimenten worden alle experimenten geëvalueerd. Dan wordt besloten of en zo ja, hoe de in de experimenten gebleken succesvolle regelarme werkwijzen een landelijke uitrol kunnen krijgen.

23. Assistentie bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL-assistentie) en Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie (Deense Model)

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is door de staatssecretaris verzocht te adviseren over een structurele regeling voor ADL-assistentie per 1-1-2014. Het CVZ zal de uitvoerbaarheid en draagvlak in kaart brengen van een aantal denkbare alternatieven over de vormgeving van een aanspraak op 24-uurs assistentie op afroep voor mensen met een ernstige lichamelijke beperking. In de adviesvraag wordt het CVZ, zoals toegezegd in de voortgangsrapportage van 31 oktober 2011, tevens gevraagd in te gaan op de uitvoeringsaspecten van een model van persoonlijke assistentie (Deens Model). Persoonlijke assistentie kan vanuit oogpunt van veilige dienstverlening een alternatief zijn voor mensen met ademhalingsondersteuning. De assistentie is dan niet, zoals bij ADL-assistentie, beperkt tot de zorg op afroep in en om de woning. Het in de brief van 20 december 2011 aangekondigde onderzoek van de IGZ naar de kwaliteit van zorg in ADL-woningen is in een afrondende fase. De bevindingen van de IGZ zullen met de Kamer worden gedeeld. Zoals toegezegd in de brief van 25 juni jl. zullen per 1-1-2013 de mogelijkheden voor het indiceren van verpleegkundig toezicht voor volwassenen die zijn aangewezen op thuisbeademing worden verruimd. Het gaat per 2013 in de indicatiestelling vooral om verruiming van bestaande mogelijkheden voor indiceren van verpleegkundig toezicht ter ontlasting van mantelzorgers.

24. Onderzoek Stichting Zonnehuizen

In het VAO van 1 december 2011 over Stichting Zonnehuizen heeft de staatssecretaris toegezegd een onderzoek te laten uitvoeren naar de rol van de IGZ, de NZa en het zorgkantoor bij de financiële problemen van Stichting Zonnehuizen. Deze toezegging deed zij voordat het faillissement van Stichting Zonnehuizen een feit werd (op 27 december 2011). Bij deze toezegging heeft de staatssecretaris aangegeven dat ze het onderzoek om efficiencyredenen in eigen beheer wil laten uitvoeren. Inmiddels is dit onderzoek afgerond en hierbij worden de resultaten aangeboden (bijlage 7)*).

Onderzoeksresultaten

In het onderzoeksrapport wordt geconcludeerd dat de IGZ, de NZa en het zorgkantoor hebben gehandeld volgens hun (wettelijke) rollen, taken en verantwoordelijkheden. Ondanks het feit dat de instelling financiële problemen had en uiteindelijk failliet ging, is de continuïteit van zorg niet in gevaar geweest en heeft het zorgkantoor gezorgd voor een terugvalplan voor het geval de continuïteit van zorg wel in gevaar zou komen. Ook is de kwaliteit van de zorgverlening gedurende de financiële problemen bij Stichting Zonnehuizen niet in gevaar geweest.

Het onderzoeksrapport wordt afgesloten met de aanbeveling om ten behoeve van een betere samenwerking tussen de IGZ, de NZa en de zorgkantoren, het samenwerkingsprotocol van de toezichthouders en de zorgkantoren te optimaliseren. Deze aanbeveling sluit goed aan op het bij uw Kamer voorliggende wetsvoorstel¹, waarmee de regels ten aanzien van continuïteit en zorgspecifieke fusietoetsing worden aangescherpt en de opsplitsingsbevoegdheid wordt geregeld.

Zoals in het onderzoeksrapport is beschreven, onderzoekt de curator momenteel de oorzaken van het faillissement en de vraag of er aanleiding bestaat om vorderingen in te stellen tegen de voormalige (interim-)bestuurders van Stichting Zonnehuizen in verband met het ontstaan van het faillissement. Dat is de taak van de curator en daarover kan de staatssecretaris op basis van het voorliggende onderzoeksrapport dus geen conclusie trekken.

Gerelateerde onderwerpen

Naast de reactie op de onderzoeksresultaten, wil de staatssecretaris van de gelegenheid gebruik maken om twee andere punten onder uw aandacht te brengen. Allereerst meldt de staatssecretaris dat zij verheugd is dat het over het algemeen goed gaat met de voormalige Stichting Zonnehuizen, waar nu zorg verleend wordt onder de naam «Zonnehuizen Kind & Jeugd» en «DeSeizoenen». De twee raden van bestuur hebben volgens de IGZ goed zicht op de risico's en pakken problemen actief aan met concrete acties. De ondernemingsraden en cliëntenraden geven aan dat ze vertrouwen hebben in de toekomst. De IGZ is tevreden over de kwaliteit van zorg die geleverd wordt². Dat geldt niet voor de kwaliteit van delen van de huisvesting van Zonnehuizen Kind & Jeugd en daarom continueert de IGZ in ieder geval tot 31 december 2012 het verscherpt toezicht bij deze stichting. Het is aan de bestuurders van Zonnehuizen Kind & Jeugd om de kwaliteit van de huisvesting op korte termijn op een zodanig niveau te brengen dat het verscherpt toezicht kan worden opgeheven.

Ten tweede wordt hier een vraag beantwoord die het lid Bouwmeester de staatssecretaris heeft gesteld heeft tijdens het VAO van 1 december 2011. In dit debat vroeg ze de staatssecretaris een brief te sturen waarin vermeld staat wat er mis is gegaan bij Stichting Zonnehuizen ten aanzien van het toepassen van dwang en drang. Ook vroeg zij om daarbij de stand van zaken weer te geven over het toepassen van dwang en drang bij jeugd in brede zin. Waar het kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking in brede zin betreft, is de staatssecretaris met uw Kamer in gesprek over het wetsvoorstel «Zorg en dwang». Voor wat betreft de voormalige Stichting Zonnehuizen heeft de IGZ in verschillende rapporten aandacht besteed aan de toepassing van dwang en drang. Deze rapporten staan beschreven in de bijlage van het onderzoeksrapport (het chronologisch feitenoverzicht) en zijn beschikbaar op de website van de IGZ.

25. Stand van zaken Monitor pgb 2012

De staatssecretaris heeft uw Kamer toegezegd de effecten van de pgb-maatregelen die op 1 januari jl. zijn ingegaan, nauwgezet te volgen. Daartoe heeft zij, zoals aangegeven in haar brief van 1 december 2011 een monitor ingericht³. Over het beeld in de eerste drie maanden bent u geïnformeerd in de bijlage van die brief van 24 juni 2012.

De pgb-maatregelen van 2012 houden in dat cliënten onder de 10 uur niet meer voor een pgb kunnen kiezen. Uit de monitor blijkt dat deze cliënten passende zorg binnen de zorg natura kunnen vinden. Daarmee is er geen aanleiding om, vooruitlopend op de aangekondigde wijziging per

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 33 253, nr. 2 en 3

² Hiermee voldoe ik aan de motie Leijten TK 2011–2012, 31 839, nr. 150

³ Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 87.

1 januari 2013 vanwege het Begrotingsakkoord 2013, de 10-uurgrens te herzien. Verder blijkt uit de monitor dat tot dusverre het beroep op de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg beperkt blijft tot ruim 400 personen. Het gaat vooral om cliënten met een palliatieve terminale zorg en kinderen en jeugdigen die intensieve verzorging en/of begeleiding nodig hebben. Daarmee is het beroep op deze vergoedingsregeling lager dan verwacht. Daarentegen doen meer cliënten met een indicatie voor verblijf dan verwacht een beroep op de pgb-regeling. De financiële consequentie van deze beide ontwikkelingen is dat er onderbesteding is bij de vergoedingsregeling en dat het pgb-subsidieplafond licht is overschreden. De verwachting van het College voor zorgverzekeringen is dat, gelet op het beschikbare budget voor beide subsidieregelingen gezamenlijk, dit jaar binnen de financiële kaders wordt gebleven.

Daarmee is weliswaar de landelijke commissie Vergoedingsregeling persoonlijke zorg overbodig (deze zal per 1 januari 2013 op houden te bestaan), maar hecht de staatssecretaris er wel aan om de Helpdesk bij Per Saldo, en de daaruit voortvloeiende trajectbegeleiding van individuele cliënten, volgend jaar voort te zetten. Het gaat dan om cliënten met een indicatie van minder dan 10 uur voor alleen de functie Begeleiding, die aangeven geen passende zorg te kunnen vinden.

Op dit moment voeren alle zorgkantoren telefonische gesprekken met cliënten die hun zorg in de vorm van een pgb willen ontvangen of de keuze tussen zorg in natura of pgb nog niet hebben gemaakt. Volgens zorgkantoren voorzien deze gesprekken in een duidelijke behoefte. Deze aanpak zal volgend jaar worden voortgezet. Wat betreft de contractering van zelfstandige zorgverleners (zpz-ers) kan de staatssecretaris u melden dat vanaf 1 januari 2013 zpz-ers in heel Nederland in de AWBZ-thuiszorg in natura aan de slag kunnen. Dit is een belangrijke stap naar een nog beter flexibel aanbod in de thuissituatie. In bijlage 8 *) bij deze brief gaat zij nader in op de bovengenoemde conclusies uit de monitor.

26. Fraudeplan pgb

Op 24 juni 2012 heeft de staatssecretaris u de tweede voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 255) doen toekomen met daarin de pgb-maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013. Als een van de maatregelen om het pgb meer solide te maken heeft zij aangekondigd dit najaar een plan te zullen opstellen voor het intensiveren van de aanpak van pgb-fraude. Hiervoor zijn vanuit het Begrotingsakkoord 2013 voor 2013 en 2014 € 15 mln beschikbaar gesteld. Het is aan een volgend kabinet om tot een nadere invulling van dit plan te komen.

27. Definitie pgb-gefinancierde kleinschalige wooninitiatieven

De staatssecretaris heeft u in het pgb-debat van 4 juli jl. toegezegd om in overleg met de veldpartijen na te gaan of het nodig is de tot op heden gehanteerde definitie van het College voor zorgverzekeringen (van minimaal 5 budgethouders op één GBA-adres) te verruimen. Na instemming van Per Saldo/LSW, VG-platform en ZN zal vanaf 1 januari 2013 van de volgende definitie van een pgb-gefinancierde kleinschalig wooninitiatief worden uitgegaan :

- een geclusterde woonsetting waarbij minimaal 3 en maximaal 26 bewoners een pgb hebben voor minimaal de functies persoonlijke verzorging en Begeleiding individueel en hiervoor door bundeling van pgb's gezamenlijk de zorg inkopen;
- wordt verbleven op één GBA-adres, aaneengesloten GBA-adressen of GBA-adressen in elkaars directe nabijheid (binnen een straal van 100

- meter), waarbij bij meerdere GBA-adressen er altijd gemeenschappelijke ruimten aanwezig moeten zijn waar de bewoners hun huishouding (gedeeltelijk) gezamenlijk voeren;
- situaties van verblijf bij ouders of wettelijke vertegenwoordiging zijn uitgesloten van deze definitie.

Op basis van deze definitie worden de huidige bewoners van deze initiatieven met een pgb vanaf 2013 ontzien bij de stapsgewijze aanpassing van hun pgb aan de tarieven die gelden voor vergelijkbare zorg in natura.

28. Stand van zaken uitwerking Meerzorg

In de voortgangsrapportage van 24 juni 2012 heeft de staatssecretaris verbeteringen aangekondigd in de bekostiging van extreme zorgzwaarte. In de gehandicaptenzorg is voor meerzorg bovenop de hogere zorgzwaartepakketten in 2013 € 171 miljoen beschikbaar. Hiervan maken in de gehandicaptenzorg ruim 2 600 cliënten gebruik.

De basis voor de bekostiging van meerzorg bovenop het zzp is een kwalitatief onderbouwd zorgplan, waarover het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) advies uitbrengt aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor beslist over de meerzorg. Dit is het uitgangspunt voor zowel de zorg in natura als het pgb.

De NZa heeft inmiddels een nieuwe beleidsregel opgesteld, waarbij de bekostiging van de meerzorg herleidbaar is naar de individuele cliënt. Het uitgangspunt van de bekostiging en de declaratie is de weekplanning van de cliënt die is opgenomen bij het zorgplan. ZN en CCE hebben afspraken gemaakt over de advisering over meerzorg en deze afspraken vastgelegd in een protocol.

Vanaf 2013 zal de bestaande pgb-route om meerzorg te krijgen worden aangepast aan de zorg in natura-route. Dit betekent onder meer dat het CCE ook gaat adviseren bij aanvragen van pgb-houders voor meerzorg bovenop het zzp. Het CCE gebruikt hiervoor hetzelfde beoordelingskader als bij de natura meerzorg. Dit betekent onder meer dat het CCE, vanuit het oogpunt van kwaliteit, alleen een positief advies uitbrengt als minimaal twee BIG-geregistreerde zorgverleners bij de zorgverlening zijn betrokken. In de pgb-regeling is de cliënt zelf verantwoordelijk voor verantwoorde zorg. Echter gelet op de complexe problematiek van de cliënten met meerzorg vindt de staatssecretaris het gerechtvaardigd om van deze professionele betrokkenheid uit te gaan. De verdere procedure voor de aanvraag van pgb meerzorg zal in overleg met CVZ, ZN, CCE en Per Saldo worden uitgewerkt.

29. Evaluatie zorgplan

Op 26 maart 2009 is het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg in werking getreden. Artikel 4 van dit besluit vermeldt dat het Kabinet binnen drie jaar na de inwerkingtreding een verslag zendt aan de Staten-Generaal over de doeltreffendheid en de effecten van dit besluit in de praktijk. Dit onderzoek naar de doeltreffendheid en de effecten in de praktijk is inmiddels gaande, en zal naar verwachting eind 2012 dan wel begin 2013 afgerond worden. Na afronding van het onderzoek zal het nieuwe kabinet conform artikel 4 van het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg een verslag aan de Staten-Generaal zenden.

30. Minutenregistratie

Op 17 april 2012 heeft de staatssecretaris naar aanleiding van de motie Kooiman-Leijten over de minutenregistratie in de extramurale zorg (31 765, nr 39) een brief aan uw Kamer gestuurd. In de brief heeft zij aangegeven dat zij de meldingen die over de minutenregistratie in de extramurale zorg zijn binnengekomen in het kader van het traject «Meer tijd voor de cliënt» en de meldingen die zijn binnengekomen bij het meldpunt minutenregistratie zou analyseren. Daarnaast heeft zij aangegeven dat zij in overleg met veldpartijen en cliënten- en ouderen organisaties deze zomer tot een ontwerp zou komen dat, in afwachting van het moment dat we over kunnen gaan op resultaatfinanciering, als landelijk model kan dienen voor de tijdregistratie in de extramurale zorg. Hierbij informeert de staatssecretaris uw Kamer over de voortgang. In bijlage 9 is een uitgebreide beschrijving opgenomen.

In overleg met alle partijen (CAK, CVZ, CIZ, NZa, ActiZ, BTN, ZN, V&VN GGZ-NL, Federatie Opvang, VGN en de cliënten- en ouderen organisaties) is het model «zorgplan = zorgrealisatie» uitgewerkt. Het idee achter het voorstel «Zorgplan = realisatie» is dat cliënt en zorgaanbieder een zorgplan maken. Het zorgplan is toegesneden op de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt (cliëntspecifiek). In het zorgplan wordt vastgelegd wat de doelen van de zorg zijn en op welke wijze deze worden gerealiseerd. De cliënt stemt hier in beginsel mee in. De zorgaanbieder legt vast welke zorgprestaties er nodig zijn om de doelen uit het zorgplan te realiseren. Deze prestaties zijn input voor het declaratieproces en daar hangt het eigen bijdrage proces aan vast. Het CAK leidt de gegevens die benodigd zijn voor de vaststelling van de eigen bijdrage af uit de declaratie.

In het kader van de regelarme experimenten zijn er ca vijf instellingen die volgens het model «zorgplan = zorgrealisatie» gaan werken. Elk experiment kiest hierbij in de uitvoering voor andere accenten. Komende periode willen wij de uitvoering van deze experimenten volgen.

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

*) Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer