
16 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 voor 2012 (33000-XVI).

Noot 1 (zie item 3)

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over het compenseren van de overschrijdingen door de huisartsen

Meer inzicht in de realisatie kan tot aanpassingen leiden, of het nu gaat om economische cijfers, de belastingen of de zorg. Het ligt echter niet in de lijn der verwachting dat huisartsen een tariefsmaatregel eerder als rechtvaardig zullen beschouwen wanneer de cijfers eerder definitief zijn. Er wordt op dit moment echter wel hard gewerkt om de aanlevering van financiële gegevens te verbeteren en deze sneller beschikbaar te hebben.

In de voorhangbrief Tariefkortingen eerste lijn van 10 juni 2011 (kenmerk CZ/FBI-3068069) is vermeld dat het mogelijk is dat de hoogte van de overschrijding als gevolg van actualisatie van gegevens nog zal wijzigen. Op basis van de geactualiseerde gegevens is – voor wat betreft de huisartsenzorg – een lagere overschrijding te constateren. Op basis van deze geactualiseerde gegevens wordt de tariefsmaatregel dan ook naar beneden bijgesteld met € 20 miljoen. Door deze aanpassing wordt op een rechtvaardige manier uitvoering gegeven aan hetgeen staat beschreven in de voorhangbrief.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over de besparingen in de care

Er is geen enkele aanleiding om te veronderstellen dat de besparingen in de care niet kunnen worden gerealiseerd.

Antwoord op de vragen van de kamerleden Van der Veen (PvdA) en Wolbert (PvdA) over de wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige speelt een belangrijke rol bij de samenwerking tussen de verschillende zorg- en hulpverleners in de eerste lijn. Juist omdat de wijkverpleegkundige raakvlakken heeft met zowel preventie, de langdurige zorg, de curatieve zorg en de ondersteuning die wordt geleverd vanuit de gemeente, is het 'dossier' wijkverpleegkundige een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over de geschatte meerkosten door de eigen bijdrage in de GGZ

Het aantal cliënten in de tweedelijns GGZ is de afgelopen jaren met ongeveer 10% per jaar gestegen, terwijl het totale aantal mensen met een psychische stoornis niet stijgt. Het is redelijk dat mensen die gebruik maken van de GGZ daaraan financieel bijdragen. Door middel van de eigen bijdrage wordt daarnaast gestimuleerd dat mensen een goede afweging maken of ze echt zorg nodig hebben in de tweede lijn, of dat ze in de eerste lijn beter terecht kunnen.

Daarnaast is de vormgeving van de eigen bijdrage voor behandeling in de GGZ aanmerkelijk verzacht ten opzichte van de maatregelen in het Regeerakkoord. In het Regeerakkoord was nog sprake van een eigen bijdrage die kon oplopen tot € 425 per behandeling. Nu is de eigen bijdrage gemaximeerd op € 200 per patiënt per jaar. Mensen die onvrijwillig op basis van de wet BOPZ worden opgenomen of in een crisis verkeren, of waarbij de aanleiding voor zorg 'bemoeizorg' is, worden uitgesloten van de eigen bijdrage. Ook jeugd tot 18 jaar is uitgesloten van het betalen van een eigen bijdrage. Daarnaast worden de effecten van de eigen bijdrage zorgvuldig gemonitord.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over het voor eigen rekening nemen van fysiotherapie

De verzekerde moet zelf afwegen of hij fysiotherapie die niet uit het basispakket vergoed wordt voor eigen rekening neemt, of dat hij daarvoor een aanvullende verzekering wil afsluiten. De ervaring van de afgelopen jaren leert dat een groot deel van de volwassen bevolking een aanvullende verzekering heeft met fysiotherapie.

Stoppen omdat het te duur wordt is dan ook niet aan de orde.

Het is aan verzekeraars om te beslissen of zij fysiotherapie, waarvan de werkzaamheid niet is aangetoond, in de aanvullende verzekering opnemen. Dit geldt overigens ook voor de mogelijkheid om de eerste 20 behandelingen te herverzekeren. Zij maken voor de aanvullende verzekeringen de afweging tussen welke vergoedingen zij bieden en de gevolgen die dat heeft voor de premie. Dit met het oog op voldoende draagvlak voor de aanvullende verzekeringen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wolbert (PvdA) over arbeidsvoorwaarden voor laagstbetaalden in de zorg, de verplegenden en verzorgenden

Er zijn twee aspecten in deze vraag waar op zal worden ingegaan:

1. dat de verplegenden en verzorgenden de laagstbetaalden in de zorg zijn;
2. dat de staatssecretaris van VWS over de arbeidsvoorwaardenvorming zou gaan.

Ad 1. In de zorg werken niet alleen verplegenden, verzorgenden en medisch specialisten. In de zorg tref je een breed palet aan functies aan, waar ook een breed spectrum aan beloningen tegenover staat: van FWG-schaal 5 t/m FWG-schaal 80 (FWG=functiewaardering gezondheidszorg). Binnen dat spectrum zijn de verplegenden en verzorgenden niet de laagstbetaalden maar de modalen.

Ad 2. In het regeerakkoord is expliciet neergelegd dat de arbeidsvoorwaardenvorming in de zorg niet financieel beknut wordt. Daar blijft dus een marktconforme ontwikkeling mogelijk. De arbeidsvoorwaarden worden verder in de zorg, net als in de rest van de privaatrechtelijke sectoren, in CAO-overleg ingevuld door sociale partners, werkgeversorganisaties en vakbonden. Een CAO kan daarna alleen van kracht worden wanneer de achterbannen van beide zijden hebben ingestemd met het onderhandelaarsakkoord.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wolbert (PvdA) over de topinkomens in de zorg

Als staatssecretaris sta ik uiteraard achter het voorstel voor een normeringswet dat het kabinet begin dit jaar bij de Tweede Kamer heeft ingediend (TK 32 600). Ik ondersteun de minister van BZK bij zijn inbreng in de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel richting Kamer.

Verder draag ik, waar ik kan, uit dat bestuurders en toezichthouders in de zorg een maatschappelijk verantwoord inkomen moeten afspreken. Bovendien heb ik, ondermeer recentelijk in antwoord op schriftelijke vragen uit de Kamer, een beroep gedaan op zittende bestuurders om hun inkomen te heroverwegen in het licht van de huidige inzichten over maatschappelijk verantwoord belonen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wolbert (PvdA) over het algemeen verbindend verklaren van de CAO Thuiszorg

Het verzoek om de CAO Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg algemeen verbindend te verklaren is op 21 september jl. door betrokken partijen bij de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ingediend. Het verzoek is in behandeling genomen en zal volgens de geldende procedure worden afgehandeld.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-van Ark (VVD) over innovaties in de zorg

Veel innovaties in de langdurige zorg worden niet gehinderd door bureaucratische barrières en kunnen nu al worden toegepast. Via 'In Voor Zorg!' is een kennisplatform ontwikkeld waarbij de innovaties in de zorg verzameld worden en gratis en breed worden bekend gemaakt.

Daarnaast worden via het experiment regelarme instellingen bureaucratische barrières in beeld gebracht. Het veld heeft 680 meldingen gedaan van regels die aangepakt kunnen worden. Met een zo groot mogelijk aantal zorgaanbieders zullen afspraken worden gemaakt om te experimenteren met minder regels.

Naast het wegnemen van de bureaucratische barrières wordt met de sector verkend hoe innovaties kunnen worden gestimuleerd.

Antwoord op de vragen van de kamerleden Venrooy-Van Ark (VVD) en Gerbrands (PVV) over het overhevelen van alle AWBZ hulpmiddelen naar de Zvw

In de brief «Hulpmiddelen beter geregeld» van 1 juni 2011 is het voornemen om per 2013 het aantal loketten voor hulpmiddelen van drie (AWBZ, Wmo en Zvw) naar twee (Zvw en Wmo) terug te brengen aan de Kamer toegelicht. Daar-in staan ook de argumenten om twee regelingen in stand te houden.

De Kamer heeft kennis genomen van de brief en er heeft tot nu toe geen debat over plaatsgevonden. Als er in de Kamer wensen leven om de AWBZ-hulpmiddelen niet naar de WMO, maar naar de Zvw over te hevelen, is er uiteraard de bereidheid om daarover met de Kamer een overleg te voeren.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-Van Ark (VVD) over het aanspreekbaar zijn van zorgverzekeraars vanaf 2013 op de zorg voor hun individuele verzekerden

Zoals aangegeven in de «Programmabrief langdurige zorg» (Kamerstukken II, 2010/11, 30 597, nr. 186) die op 1 juni 2011 naar uw Kamer is gestuurd, is het uitgangspunt van het kabinet dat de zorgverzekeraars de inkoop van zorg zelf ter hand nemen. Denkbaar is dat zorgverzekeraars tijdelijk (gedeelten van) de AWBZ, binnen de mededingingsrechtelijke kaders, op basis van het representatiemodel zullen inkopen. Het wetsvoorstel dat de uitvoering van de AWBZ koppelt aan de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, is aan de Raad van State voorgelegd voor advies. Na ommekeer van het advies van de Raad van State zal het wetsvoorstel zo spoedig mogelijk worden aangeboden aan de Tweede Kamer en kunnen worden behandeld. Het streven is erop gericht dat dit begin 2012 kan plaatsvinden.

Antwoord op de vraag van de kamerleden Venrooy-Van Ark (VVD) en Van der Staaij (SGP) over de efficiencykorting op de functie cliëntondersteuning

Als staatssecretaris hecht ik net als de Kamer veel belang aan de functie cliëntondersteuning. De begroting dwingt, gelet op de huidige economische situatie, tot het maken van keuzes. Dit heeft ook geleid tot mijn keuze om MEE hierin een bijdrage te laten leveren.

Door toekenning groei ruimte AWBZ en vergoeding voor loon- en prijsontwikkeling bedraagt de feitelijke korting voor MEE in 2015 slechts 3% (€ 5,5 mln.) van het totale budget (€ 181 mln.). Deze korting is naar onze mening te realiseren zonder aantasting van kwaliteit en kwantiteit van de hulpverlening.

In overzicht:

	2012	2013	2014	2015	2016
Stand begroting 2011	181,1	181,1	181,1	181,1	181,1
Mutaties:					
Aanvullende subsidiekorting		-10,0	-10,0	-10,0	-10,0

Efficiencykorting MEE (1,5 % oplopend tot 6%)	-3,0	-5,0	-8,0	-11,0	-11,0
Groeiruimte subsidies MEE-instellingen 2012–2015	4,1	8,5	13,1	15,5	15,5
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4
Totaal mutaties	6,5	-1,1	0,5	-0,1	-0,1
Stand begroting 2012	187,6	180,0	181,6	181,0	181,0

Naast de cliëntondersteuning door MEE heb ik uiteraard aandacht voor een zachte landing van de decentralisaties van het Regeerakkoord. Momenteel voert het Transitiebureau overleg met gemeenten en MEE over hun rol bij de decentralisatie van de begeleiding. Zo zal bezien worden of er sprake zal zijn van extra hulpvragen van cliënten waarvoor het budget van het transitiebureau moet worden aangesproken.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-Van Ark (VVD) over tyltyscholen.

Een tyltyschool is een school voor speciaal onderwijs aan meervoudig, dat wil zeggen zowel lichamelijk als verstandelijk gehandicapte kinderen. Deze scholen vallen onder de wet- en regelgeving van het ministerie van OCW zoals die geldt voor het speciaal onderwijs. Het kan voorkomen dat een leerling in de klas meer zorg nodig heeft dan de tyltyschool zelf kan bieden; in dat geval is er vanuit de AWBZ-indicatie van de leerling aanvullende zorg tijdens onderwijs mogelijk. In dat geval heeft de tyltyschool via deze leerling ook te maken met de AWBZ-regelgeving. De vraag waar combinaties van wet- en regelgeving tot problemen leiden is niet eenduidig te beantwoorden omdat veel afhangt van de afspraken die de school maakt over de inzet van aanvullende zorg met ouders en zorginstellingen. In het licht van het bovenstaande zal in overleg met de collega's van OCW worden bezien of het maken van een dergelijk overzicht mogelijk en zinvol is.

Een medisch kinderdagverblijf is een instelling voor dagbehandeling van jonge kinderen, veelal in de leeftijd van 2–7 jaar, met vermoedelijk een normale begaafdheid maar wel met ernstige ontwikkelingsmoeilijkheden, bijvoorbeeld ten gevolge van een lichamelijke ziekte of een ernstige vroeggeboorte, of met zware gedragsproblemen. Het medisch kinderdagverblijf combineert dagopvang, onderzoek en behandeling en richt zich zowel op het kind als op de ouders. Wat wet- en regelgeving betreft, kunnen medische kinderdagverblijven onderdeel zijn van de provinciale jeugdzorg, de gemeentelijke Wmo en/of de AWBZ. Een medisch kinderdagverblijf kan afspraken maken met een school voor speciaal onderwijs in geval er daar kinderen, eenmaal leerplichtig, kunnen instromen.

Het feit dat organisaties met meerdere wet- en regelgeving te maken hebben, hoeft er op zich niet toe te leiden dat in de praktijk kinderen tussen wal en schip vallen. Voor zover op dat punt samenwerking tussen instellingen te kort schiet, kan het nieuwe stelsel voor jeugdzorg ertoe bijdragen deze problemen te verminderen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-Van Ark (VVD) over de werkwijzen en organisatie van de complexe zorg.

Zoals beschreven in de brief van 31 oktober jl. is het beleid inzake de extreme zorgzwaarte gericht op korte en lange termijn. De lange termijn is de «denktank complexe zorg», die begin 2012 met een tussenrapportage gaat komen. Daarin worden nadrukkelijk de werkwijzen en organisatie van de complexe zorg beschouwd. Aan de hand van deze rapportage zal de staatssecretaris zich hierop beraden. Een belangrijke vraag is bijvoorbeeld of de huidige spreiding/concentratie van complexe zorg gewenst is.

Op de korte termijn zal het CCE worden gevraagd bij de aanvragen voor toeslagen nauwkeurig te letten op de resultaten die geboekt worden met de ingezette middelen. Is de cliënt beter af? Zijn de ontwikkelingsdoelen gehaald? Is de werkwijze evidence-based? Hoe is de organisatie van de instelling als het gaat om complexe zorglevering: is er genoeg expertise en ervaring bij de instelling? Door deze vragen te stellen en ook de discussies te laten voeren, wil ik ook het lerend vermogen van het veld stimuleren. Er zal worden bewerkstelligd dat de ingezette middelen effectief zijn en bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

Voor het eind van het jaar zal de IGZ een rapport uitbrengen over cliënten die in een vergelijkbare situatie zitten als deze jongen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-Van Ark (VVD) over de vragen die bij gemeenten leven over de toegenomen aantallen indicaties in 2010.

Ja, de vragen die hierover bij gemeenten leven zijn bekend. Dit is onderwerp geweest van bestuurlijk overleg met de VNG. Momenteel worden samen met de VNG de financiële afspraken uit de bestuursafspraken technisch verder uitgewerkt. In februari 2012 is er meer duidelijkheid over het over te hevelen bedrag. In de meicirculaire 2012 van het gemeentefonds wordt aan gemeenten duidelijkheid gegeven over het budget per gemeente.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-Van Ark (VVD) over het betrekken van alle relevante ministeries en veldpartijen bij het gemeenschappelijke plan t.b.v. de cliëntondersteuning.

Ja, het is inderdaad van belang om te komen tot een plan voor een meer integrale cliëntondersteuning en dus zullen de daarbij relevante ministeries en veldpartijen worden betrokken bij het opstellen daarvan.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-Van Ark (VVD) het voeren van gemeenten van zelfstandige inkomenspolitiek

De Wmo gaat in artikel 4 lid 2 uit van de gedachte, dat bij het bepalen van de voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning een gemeente, conform het compensatiebeginsel, rekening houdt met de persoonskenmerken, de be-

hoeft en de capaciteit van de aanvrager om uit het oogpunt van kosten zelf in maatregelen te voorzien. De gemeente kan vervolgens bepalen of aan betrokkene voor de voorziening een eigen bijdrage wordt gevraagd.

De Wmo gaat uit van een individuele toetsing per cliënt en staat niet toe dat gemeenten in hun verordening een inkomensgrens instellen, waarboven geen aanspraak op een voorziening gemaakt kan worden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-Van Ark (VVD) over het meewegen van de kwetsbaarheid van slachtoffers in het opleggen van de straf.

Bij de uitvoering van het actieplan 'Ouderen in veilige handen' wordt nauw samengewerkt met het ministerie van Veiligheid en Justitie. Daarbij is ook de kwetsbare positie van het slachtoffer aan de orde gekomen. Deze kwetsbare positie is een omstandigheid die in het concrete geval door het openbare ministerie en de rechter – binnen de wettelijke strafmaxima voor de misdrijven waar lid Venrooy van Ark (VVD) op doelde – wordt meegewogen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy-Van Ark (VVD) over het terugdringen van onvrijwillige zorg bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking.

Het instellen van de Denktank is slechts één van de maatregelen om onvrijwillige zorg bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking tot een minimum te beperken. Ons beleid hieromtrent is gebaseerd op drie pijlers: aanscherpen van wetgeving (via het wetsvoorstel zorg en dwang), verbeteren van het toezicht (niet alleen repressief maar ook stimulerend) en cultuurverandering. Die cultuurverandering krijgt o.a. gestalte via 'Zorg voor beter' trajecten als «Maatregelen op Maat» en «Ban de Band». Aan die trajecten hebben vele tientallen instellingen meegedaan, wat er toe heeft geleid dat professionals zich (meer) bewust worden van de problematiek en dat aantal en intensiteit van de vrijheidsbeperkingen zijn afgenomen; 30 % minder vrijheidsbeperkingen bij de aan deze trajecten deelnemende instellingen. Nog niet alle instellingen hebben deze lessen uit het Zorg voor beter traject al ingevoerd in hun organisatie en dat leidt soms tot verschillen tussen instellingen bij het toepassen van onvrijwillige zorg. We zullen instellingen blijven wijzen op hun verantwoordelijkheid om verbetermogelijkheden ook te implementeren in hun organisatie en we zullen hen daarbij ook blijven ondersteunen via Zorg voor beter.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over het breed toegankelijk maken van de resultaten van de onderzoeken van zorguitgaven door het Centraal Planbureau en de Sociaal Economische Raad.

Wij vinden het met de heer Mulder van belang dat meer bekend wordt wat de zorg kost en zullen de SER en het CPB vragen om de stukken toegankelijk en voor iedereen leesbaar te presenteren. Begin volgend jaar komt er een in toegankelijk Nederlands geschreven document over de houdbaarheid van de gezondheidszorg.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over rechten en tegenprestaties in de zorg.

Ook in de zorg horen bij rechten voor cliënten plichten of verantwoordelijkheden. Bij het recht op goede zorg, dat wij een cruciaal recht voor cliënten vinden, hoort dat cliënten de zorgverlener naar beste weten informatie geven en meewerken. In het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg is dat ook zo geregeld. Het betalen van een premie geeft geen recht op alle mogelijke zorg en onverantwoord gedrag. Gepast gebruik van zorg is ook een plicht! Zinnig en zuinig.

Verzekeraars en aanbieders hebben een rol om cliënten te informeren, maar cliënten blijven zelf verantwoordelijk. Cliënten en bezoekers van zorginstellingen en zorgverleners dienen zich aan de gangbare omgangsvormen te houden. In het uiterste geval kan de zorgrelatie beëindigd worden en kunnen bezoekers worden geweerd en kan schade worden verhaald. In tweezijdige algemene voorwaarden maken organisaties van cliënten en zorgaanbieders gezamenlijk afspraken over rechten en plichten, bijvoorbeeld over het no show tarief. Bij de invoering van de Wet cliëntenrechten zorg zal ook aandacht worden besteed aan de verantwoordelijkheden van cliënten.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over de mogelijkheid om de handelrelatie bij herhaaldelijke agressie tegen zorgverleners stop te zetten en zorgverleners op deze mogelijkheid wijzen, onder andere door opname hiervan in het actieplan agressie in de zorg.

Geweld tegen zorgverleners is ontoelaatbaar. Zorgverleners verdienen extra bescherming en steun om ervoor te zorgen dat zij hun belangrijke werk voor onze samenleving ongehinderd kunnen uitvoeren. Om die reden komt er een actieplan agressie in de zorg. Momenteel wordt daaraan de laatste hand gelegd met sociale partners in de zorg en het programma Veilige Publieke Taak (VPT) van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Als onderdeel van het actieplan wordt, in samenwerking met het programma VPT, een handreiking voor de zorg ontwikkeld. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de mogelijkheden om de dienstverlening te staken als gevolg van herhaaldelijk agressief gedrag van de cliënt.

Daarnaast is in de Wet cliëntenrechten zorg de mogelijkheid opgenomen voor de zorgaanbieder om de zorgrelatie te beëindigen bij bepaalde omstandigheden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over no-show tarief.

Het no-show-tarief voor de ziekenhuiszorg wordt niet meer door de overheid gereguleerd. Het staat de zorgaanbieders dus vrij om zelf te bepalen of er een no-show-tarief is en wat de hoogte daarvan is en is daarmee dus uitdrukkelijk een zaak tussen aanbieder en cliënt.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over het uit het basispakket halen van alle preventieve maatregelen gericht op leefstijl.

In de recent verschenen nota «Gezondheid dichtbij», staat letterlijk geschreven dat als het om leefstijl gaat de overheid mensen een eigen verantwoordelijkheid hebben.

De zorg kan daarbij helpen, sterker nog, het is gewenst is dat er binnen de zorg niet alleen aandacht voor behandeling van ziekten is maar ook voor preventie. (p32)

Het is dus gewenst dat als zorgverleners iemand in de spreekkamer krijgen die een duidelijk hoog gezondheidsrisico loopt, mede als gevolg van een ongezonde leefstijl, de betrokkene op de gevolgen van die leefstijl wijst en een aanzet kan geven om de patiënt de kennis te geven hoe zijn levensstijl te veranderen is. Het is belangrijk dat mensen die door hun slechte levensstijl evidente gezondheidsrisico's lopen daar de kennis over krijgen en suggesties hoe deze levensstijl te veranderen. Het is uiteraard aan de betrokkene zelf om hier wel of geen gebruik van te maken.

De Zvw dekt het risico van de behoefte aan zorg. Van die behoefte kan ook sprake zijn als men nog niet ziek is maar een hoog risico heeft ziek te worden. Men heeft dus recht op Zvw verzekerde preventieve zorg als er sprake is van een persoonlijke indicatie van een hoog gezondheidsrisico. Aanvullend criterium dat aan de preventieve zorg wordt gesteld is dat deze conform de stand van wetenschap en praktijk is. (onderwerp van NHG/CBO richtlijnen).

Als de Zvw spreekt over zorg zoals huisartsen, etc plegen te bieden, betekent dat, dat het tot de normale zorgverlening van de genoemde beroepsgroep behoort en dus verantwoorde zorg is. Het betekent niet dat alleen de huisarts etc die zorg mag verlenen. De aanspraken in de Zvw zijn functioneel omschreven. Dat betekent dat ook anderen dan de huisarts etc dezelfde zorg kunnen bieden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over het tegengaan van claimend gedrag.

De zorgverzekeraar vergoedt in de praktijk een second opinion.

Een verzekerde heeft alleen aanspraak op zorg die is opgenomen in het basispakket voor zover hij daarop naar aard en inhoud redelijkerwijs is aangewezen. Dit geldt ook voor een second opinion of andere redenen voor onderzoek en diagnosestelling door medisch-specialisten. Met de VVD is de minister de mening toegedaan dat onnodige zorg moet worden voorkomen en niet ten laste van de basisverzekering moet komen. Een third opinion behoeft, behoudens in zeer uitzonderlijke situaties, ook niet vergoed te worden. De zorgverzekeraar kan daarop handhaven.

Antwoord op de vraag van de kamerleden Mulder (VVD) en Dijkstra (D66) over het verplichten van houders van een naturapolis naar gecontracteerde aanbieders te gaan.

Artikel 13 Zvw regelt dat de verzekerde recht heeft op een vergoeding, als hij, als houder van een naturapolis, toch naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat.

Het VVD-voorstel om houders van een naturapolis te verplichten naar gecontracteerde aanbieders te gaan zou impliceren dat artikel 13 geschrapt zou worden.

Voor zorg in Nederland zou dat kunnen. Echter, op grond van Europees recht moet wel een vergoeding geregeld zijn voor in het buitenland (EU) genoten zorg. Dat is onder de nieuwe patiëntenrichtlijn verruimd.

Wij begrijpen de achterliggende gedachte van de heer Mulder, namelijk dat daardoor ook echt alleen gecontracteerde zorg wordt geleverd met een naturapolis en daarmee de selectieve zorginkoop nog meer betekenis gaat krijgen.

Het voorstel zal nader worden bestudeerd en de Kamer zal daarover bericht ontvangen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over het uit het basispakket halen van voorspelbare uitgaven.

Vorig jaar is tijdens de begrotingsbehandeling de motie Agema c.s. aangenomen (TK 32 500 nr. 53), waardoor de rollator in het basispakket is gebleven. Hiermee heeft de Tweede Kamer helder gemaakt dat de rollator onderdeel is en moet blijven van het basispakket. Het voornemen is dus niet voorstellen terzake te doen. Voor de langere termijn zijn dit suggesties die meegenomen kunnen worden in de afwegingen om de zorg voor de langere termijn betaalbaar te houden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over de effectiviteit van medische behandelingen.

Op 20 juni hebben College voor Zorgverzekeringen, KNMG, NPCF, DBC Onderhoud, Regieraad, NZa, ZONMW en Zorgverzekeraars Nederland een convenant gesloten gericht op het terugdringen van ongepast gebruik van medische behandelingen. Deze partijen hebben 14 concrete gevallen geïdentificeerd waar gepaster gebruik van zorg mogelijk is.

Het op te richten kwaliteitsinstituut zal daarnaast in overleg met beroepsgroepen onderwerpen oppakken waarbij de bewezen meerwaarde van behandeling ter discussie staat. Hierbij zal het kwaliteitsinstituut vooral een aanjagende rol vervullen.

Verder lopen er de onderzoeksprogramma's van ZONMW waarbinnen de beroepsgroepen zelf specifieke vragen rond effectiviteit van behandelingen kunnen onderzoeken. De afgelopen jaren is veel werk verzet om meer zorg van bewezen waarde te leveren.

Ook het CVZ beoordeelt systematisch het basispakket op wetenschappelijk aangetoonde effectiviteit van de behandeling.

Bij al deze onderwerpen is er sprake van intensieve betrokkenheid van bestuursorganen en beroepsgroepen om de gestelde doelen – conform de suggesties van de heer Mulder – te realiseren.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over EPD.

Het is te betreuren dat er op dit moment onvoldoende financiële steun blijkt te zijn voor een private doorstart van het LSP. Het gebruik van het LSP biedt belangrijke waarborgen ten aanzien van privacy en beveiliging van de gegevensuitwisseling. Deze waarborgen zijn een voorwaarde voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Tegelijkertijd heeft de Eerste Kamer de regering met de motie Tan verzocht alles te doen wat in haar vermogen ligt om verdere beleidsinhoudelijke, financiële en organisatorische medewerking aan de ontwikkeling van het Landelijk Schakelpunt te beëindigen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de tariefkorting op de huisartsenzorg.

Goede begeleiding van oudere patiënten is een belangrijke taak van zowel huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde, zowel nu als in de toekomst. Juist bij deze zorg is de samenwerking tussen verschillende zorgverleners zoals de eerstelijns, de thuiszorg, specialisten ouderengeneeskunde van belang. Hierbij is taakherschikking noodzakelijk en kan bijvoorbeeld de consultatie van de specialist ouderengeneeskunde de huisartsenexpertise aanzienlijk verstevigen.

Op de betreffende brief aan de staatssecretaris is namens de minister op 25 oktober een antwoord verstuurd. In de beantwoording van deze brief is aangegeven dat de tariefkorting niet als een «afstraffing» van de inzet van de huisartsen gezien moet worden, maar als een maatregel om het zorgstelsel financieel houdbaar te houden. In het budgettair kader voor de huisartsen blijft echter nog voldoende ruimte over om te investeren in de zorg.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de bezuiniging op huisartsenzorg.

De tariefsmaatregel is gebaseerd op de structurele overschrijding van het huisartsenkader in 2009 en 2010, een overschrijding van het kader voor geïntegreerde eerstelijnszorg in 2010 en het niet realiseren van de taakstelling op doelmatig voorschrijven. Op basis van de geactualiseerde cijfers van het College voor zorgverzekeringen is uw Kamer onlangs gemeld dat de overschrijding naar beneden is bijgesteld. Hierdoor zal de tariefsmaatregel worden verlaagd van € 132 miljoen naar € 112 miljoen.

In het budgettair kader voor de huisartsenzorg blijft echter nog voldoende ruimte over om te investeren in de zorg, mede omdat er de afgelopen jaren extra budget ter beschikking is gesteld voor de uitbreiding van de praktijkondersteuning. Ook het aantal huisartsen is gegroeid en er is geld beschikbaar voor de uitbreiding van het aantal huisartsen in opleiding. Ook is te constateren dat het aantal opleidingsplaatsen van praktijkondersteuners van doktersassistenten afgelopen jaren een stijgende lijn kent.

Antwoord op de vragen van het kamerlid Leijten (SP) over de verkleining van het basispakket.

De pakketverkleiningen betreffen zorg die naar de mening van het kabinet voor eigen verantwoordelijkheid van de burgers zelf kan komen. Ook gaat het bij langdurige fysiotherapie om zorg waarvan de effectiviteit niet bewezen is voor de aandoeningen die van de chronische lijst zijn geschrapt.

Het gaat om een relatief beperkt deel van het pakket en om relatief beperkte kosten. Daarom wordt de stelling van mevrouw Leijten niet gedeeld.

De verzekerden moeten goed afwegen of zij de zorg die niet meer uit de zorgverzekering vergoed wordt, voor eigen rekening nemen of dat zij daarvoor een aanvullende verzekering willen sluiten. Het is goed als mensen daar bij stil staan. Of zij zich aanvullend verzekeren is aan hen.

In het algemeen verzekeren Nederlanders zich uitgebreid, ook via een aanvullende verzekering. Verzekerden zijn er op gewezen dat zij er verstandig aan doen goed na te gaan welk risico zij zelf voor eigen rekening kunnen nemen. Mensen worden tevens geadviseerd om goed te vergelijken tussen de verschillende verzekeraars op inhoud en op prijs.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de noodzaak van het eigen risico.

Ja, een verplicht eigen risico is echt nodig. Het gaat hier niet om een belasting op ziek zijn, het eigen risico is een instrument om de collectief betaalde zorg beheersbaar te houden en het kostenbewustzijn van de burger te vergroten. Voor chronisch zieken en gehandicapten is er een compensatieregeling eigen risico.

Antwoord op de vragen van het kamerlid Leijten (SP) en Dijkstra (D66) over het schrappen van preventieve maatregelen tegen obesitas en aan roken gerelateerde gezondheidsproblemen uit het basispakket.

In de nota Gezondheid dichtbij is geschreven dat gezondheid weliswaar iets van mensen zelf is maar dat de zorg daarbij kan helpen, sterker nog, dat het gewenst is dat er binnen de zorg niet alleen aandacht voor behandeling van ziekten is maar ook voor het behandelen van de gezondheid en preventie. (p32)

Wij achten het gewenst dat als zorgverleners iemand in de spreekkamer krijgen die een duidelijk hoog gezondheidsrisico loopt, mede als gevolg van een ongezonde leefstijl, zij de betrokkene wijzen op de gevolgen van die leefstijl en advisering en begeleiding aanbieden om in die leefstijl verandering aan te brengen. Het is uiteraard aan de betrokkene zelf om hier wel of geen gebruik van te maken. In veel gevallen is de concrete zorgvraag het vertrekpunt («dokter help mij af te vallen/van het roken af te komen» etc.)

Dat betekent niet dat van mensen geen enkele bijdrage en inzet mag worden verwacht. Begeleiding bij stoppen met roken blijft verzekerde zorg, maar eventuele medicatie bij stoppen met roken moet men zelf betalen. Die kosten verdienen mensen overigens snel terug doordat zij niet meer roken.

De algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten zoals huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden blijft verzekerde zorg. Ook de meer specialistische dieetadvisering door de diëtist blijft verzekerd als die wordt gegeven in het kader van ketenzorg ten behoeve van diabetes of cardiovasculair risico. Wanneer iemand in andere gevallen dieetadvies wil, is hij daarvoor bij de diëtist aan het juiste adres. Dit advies valt echter niet binnen het basispakket. Ook hier wordt dus een eigen bijdrage en inzet verwacht.

Door de forse inzet op sport en bewegen in de buurt, zoals verwoord in de Landelijke nota en Beleidsbrief Sport 'Sport en Bewegen in Olympisch Perspectief', wil de minister mensen ondersteunen om letterlijk en figuurlijk in beweging te komen voor een gezonde leefstijl.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de behandeling van HIV.

HIV zorg wordt net als andere vormen van ziekenhuiszorg gefinancierd via DBC-zorgproducten. In de huidige situatie valt HIV zorg onder de WBMV. In 2012 is dat ook nog het geval. In 2013 vervalt vanwege de invoering van prestatiebekostiging en het verdwijnen van het FB de aan de WBMV gelieerde bekostigingsparameter voor deze HIV zorg. In over-

leg met de sector wordt gezien hoe in deze nieuwe situatie vanaf 2013 de kwaliteit van deze zorg het beste geborgd kan worden, onder andere via investering in kwaliteitssystemen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de inhuur van externen.

Het ministerie van VWS heeft in 2010 voor € 5,9 miljoen aan advieswerkzaamheden besteed. Dit beslaat organisatie- en formatieadvies en beleidsadvies. De totale uitgaven aan inhuur van externen in 2010 was € 64 miljoen.

Over 2011 verwacht het departement een substantiële reductie in de inhuur van externen te hebben gerealiseerd in de orde van € 20 miljoen. De minister wil die dalende lijn ook doorzetten in de komende jaren.

VWS heeft geen inzicht in de uitgaven van zorginstellingen aan externen en adviesbureaus. Dat is de eigen verantwoordelijkheid van partijen in de zorg.

Antwoord op de vragen van het kamerlid Leijten (SP) over zorgverzekeraars.

Over reserves bij de zorgverzekeraars:

De zorgverzekeraars hebben ondermeer geld op de plank omdat ze moeten voldoen aan solvabiliteitseisen. Zeker wanneer we zorgverzekeraars meer risico laten dragen, zal dat uitwerken in hogere solvabiliteitseisen. Dit is geld dat is gereserveerd om –indien de verzekeraar in de problemen komt– toch de zorg voor verzekerden te kunnen betalen.

Over de topinkomens bij de bestuurders van de zorgverzekeraars:

Het beleid ten aanzien van de inkomens van bestuurders van zorgverzekeraars heeft het kabinet in het voorstel voor een normeringswet neergelegd (TK 32.600). Dat wetsvoorstel bespreekt de Kamer op dit moment met de indiener, de minister van BZK.

Over het invoeren van een zorgverzekeraarsbelasting:

Belastingheffing zit niet in de VWS-portefeuille. Maar als wij naar uw fiscale voorstel kijken dan lijkt dat niet uitvoerbaar. Zo'n specifieke belasting kan op zorgvuldigheidsgronden niet worden opgelegd. Ook gaat de begrotingsdiscipline uit van een scheiding van inkomsten en uitgaven. En tot slot zou het afnemen de solvabiliteit van de verzekeraars in gevaar kunnen brengen.

De zorgverzekeraars hebben ondermeer geld op de plank omdat ze moeten voldoen aan solvabiliteitseisen. Zeker wanneer we zorgverzekeraars meer risico laten dragen, zal dat uitwerken in hogere solvabiliteitseisen.

Het beleid ten aanzien van de inkomens van bestuurders van zorgverzekeraars heeft het kabinet in het voorstel voor een normeringswet neergelegd (TK 32.600). Dat wetsvoorstel bespreekt de Kamer op dit moment met de indiener, de minister van BZK.

Antwoord op de vragen van de kamerleden Leijten (SP) en Gerbrands (PVV) over het hergebruiken van hulpmiddelen en verspilling van medicijnen.

Zorg moet zo zinnig en zuinig mogelijk zijn. Daar hoort bij dat verspilling zoveel mogelijk wordt tegengaan. Dat is primair een taak voor zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders binnen het stelsel. De minister vindt het geweldig dat er zo goed is meegedacht met de mogelijkheden om het beter te doen.

Medische hulpmiddelen worden op grond van de AWBZ, Wmo of Zvw doorgaans in eigendom of in bruikleen verstrekt. De zorgverzekeraar of gemeente kiest voor een verstrekking in bruikleen als het hergebruik van een hulpmiddel economisch rendabel is. Zo zal een rolstoel (Wmo) of infuus pomp (Zvw) meestal herverstrekt kunnen worden. Als de herverstrekkingskosten, zoals de kosten voor transport, opslag en onderhoud, groter zijn dan de nieuwwaarde, worden hulpmiddelen (zoals rollators) meestal in eigendom verstrekt. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben in beginsel afspraken over hulpmiddelen als verzekerden van zorgverzekeraar wisselen of verhuizen. Mogelijk kunnen die afspraken en de uitvoering ervan nog wel een tandje beter. Beide zullen door de minister actief onder de aandacht van de zorgverzekeraars en de gemeenten worden gebracht.

Wat geneesmiddelen betreft biedt de voortschrijdende techniek nieuwe mogelijkheden tot verzegelen en een verantwoorde heruitgifte. De gedachte dat zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en apothekers samen kijken welke geneesmiddelen zich hiervoor lenen, wordt door de minister ondersteund. Het gaat namelijk wel om dure technieken. De introductie van vrije tarieven biedt in principe de mogelijkheid dat apotheekhoudenden en zorgverzekeraars hierover goede afspraken kunnen maken. Overigens ontslaat dit artsen niet van de verplichting om doelmatig en afgemeten hoeveelheden voor te schrijven. Dit punt zal bij de verschillende partijen onder de aandacht worden gebracht.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het niet dubbel mogen declareren van een ziekenhuisbed.

In de regels van het functioneel budget (FB) voor ziekenhuizen is vastgelegd op welke wijze de verschillende parameters, zoals verpleegdagen, in rekening gebracht mogen worden. Een verpleegdag is een in rekening te brengen kalenderdag, die deel uitmaakt van de periode vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname, mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur, en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een in rekening te brengen kalenderdag. Het kan dus inderdaad voorkomen dat een bed op dezelfde dag door twee patiënten wordt bezet en tweemaal in rekening kan worden gebracht. Bij het bepalen van de hoogte van de FB (parameter) vergoedingen is overigens rekening gehouden met dergelijke situaties. De invoering van prestatiebekostiging en daarmee de afschaffing van het FB maakt automatisch een einde aan deze mogelijkheid.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over bestuurders, bewoners en personeel van zorginstellingen.

De bestuurder van een zorginstelling is er voor de zorg en de bewoner. En gelukkig zetten de meeste bestuurders zich ook in om hun werk zo goed mogelijk te doen.

Het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg versterkt de positie van de cliënt in deze dialoog. Zowel in zijn individuele relatie als in collectieve zin: de cliëntenraad krijgt meer invloed op de kwaliteit en cliëntgerichtheid van de zorg en

aspecten die het dagelijks leven raken. Tegelijkertijd is het bestuur eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en moet de zorgverlener goede zorg leveren aan de cliënt.

Met het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg, dat u op korte termijn kunt verwachten, krijgt de dialoog tussen de individuele cliënt en de zorgverlener – resulterend in het zorgplan – een wettelijke basis waardoor het voor cliënten makkelijker wordt om afspraken te maken en naleving hiervan af te dwingen.

Vraag van het kamerlid Leijten (SP) over onterechte rekeningen aan bewoners van instellingen.

Wij vinden het van belang dat er wordt opgetreden bij onterechte betalingen. Er wordt nu tegen opgetreden, de instellingen die overtredingen begaan worden aangepakt. De NZa heeft een meldpunt ingesteld. Bij geconstateerde overtredingen handhaaft de NZa en maakt de naam van de overtredende instelling bekend. De motie van de SP verzoekt de regering de NZa te verplichten toe te zien op de terugbetaling van onterechte rekeningen door instellingen. Er is geen wettelijke bevoegdheid voor de NZa om handhavend op te treden tegen het niet terug betalen. De NZa wijst in de (voorgenomen)aanwijzingen de aanbieder wel op de wettelijk verplichting op basis van het burgerlijk wetboek om terug te betalen.

Als de aanbieder niet terugbetaalt, heeft de cliënt het recht een klacht in te dienen bij de instelling of, nadat de instelling in verzuim is, een rechtszaak te starten. Hierbij kan de cliëntondersteuning krijgen bij het LOC, zorgkantoren en het Juridisch Steunpunt.

Wij willen graag met het LOC afspreken hoe wij cliënten en cliëntenraden hierop kunnen attenderen en zo nodig helpen.

Vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de zorgroutes.

De rode draad in het beleid van de staatssecretaris is om de stem van de cliënt en de zorgmedewerker een prominente plaats te geven in de zorg.

In de brief over het experiment regelarme instellingen is ingegaan op de motie van mw. Leijten over de afschaffing van de minutenregistratie zowel intra- als extramuraal. Aangegeven is dat tijdregistratie extramuraal samenhangt met de berekening van de eigen bijdrage van de cliënt. Ook is aangegeven dat er intramuraal geen plicht is tot tijdregistratie, en dat de zorgroutes zoals deze gebruikelijk zijn bij sommige zorgaanbieders, de keuze van de zorgaanbieders zelf zijn. Deze zorgaanbieders kiezen daarvoor zodat duidelijkheid over de werkverdeling ontstaat. Intramurale tijdregistratie afschaffen zou een wettelijk verbod vergen. De staatssecretaris niet bereid tot een dussdanige ingreep in de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de organisatie van goede zorg. En, zoals ik in de brief over het experiment regelarme instellingen is aangegeven, voert de staatssecretaris de motie uit door aan te geven dat er door de overheid geen plicht is opgelegd aan de intramurale zorg tot tijdregistratie.

Overigens worden voorbeelden van hoe de organisatie van de zorg met zo min mogelijk administratieve lasten reeds in beeld gebracht en verspreid (www.werkenmetZZPs.nl).

Vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de AWBZ-premie.

De AWBZ-premie maakt deel uit van het fiscale stelsel. Daarin bestaat er een bruto AWBZ-premie (12,15% van het belastbaar inkomen in de eerste en tweede schijf). Deze bedraagt maximaal ongeveer € 330 in de maand per persoon (voor een persoon met een modaal of hoger inkomen). In het fiscaal stelsel bestaan er ook heffingskortingen. Die kortingen worden in mindering gebracht op de totale af te dragen belastingen en premies in de eerste en tweede schijf. Het bedrag dat feitelijk wordt betaald aan AWBZ-premie is dan ook lager dan € 330 per maand.

Deze lagere bedragen zijn ook gemeld in het vorige week verstuurde antwoord op de schriftelijke vragen (524 tot en met 530).

Blijkens die antwoorden betaalt een tweepersoonshuishouden tussen de € 640 en € 4800 per jaar aan AWBZ-premie, ofwel tussen de € 50 en € 400 per maand voor twee personen.

Bij het beoordelen van die cijfers moet worden gerealiseerd dat een deel van de AWBZ-uitgaven wordt gedekt via de Bijdrage in de Kosten voor Kortingen (BIKK). Dat is een rijksbijdrage van circa € 5 miljard die gefinancierd wordt uit belastingen, ofwel ongeveer een derde van de zorguitgaven die via belastingen wordt gefinancierd. De totale bijdrage via belastingen belooft volgens het antwoord op de genoemde vragen € 800 voor huishoudens op het minimum oplopend tot duizenden euro's voor hoge inkomens.

Voor een huishouden met een twee maal modaal inkomen bedraagt de netto AWBZ-premie circa € 3700 per jaar en de belasting ter dekking van de BIKK circa € 1000. Samen betaalt dit huishouden dus circa € 4700 per jaar. Dit vinden wij een substantieel bedrag. Dat geldt nog meer voor de ruim € 14.000 die dit huishouden totaal aan zorg besteedt, naast een fors bedrag aan belasting ter dekking van andere collectieve voorzieningen. De € 14.000 zal de komende jaren gegarandeerd stijgen. Wij pogen de groei van de zorguitgaven te beheersen, om te voorkomen dat die € 14000 heel veel hoger wordt.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over betrokkenheid van de patiëntenorganisaties bij het onderzoek van de SER naar de houdbaarheid van het zorgstelsel.

We hebben de SER om advies gevraagd, juist om ook deze maatschappelijke groepen te betrekken bij de oplossing van het probleem van de betaalbaarheid in de zorg. De SER bepaalt zelf wie zij daarbij verder betrekken. Ik zal uw vraag aan de SER voorleggen en hen vragen of zij de patiëntenorganisaties actief willen betrekken.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over uitkomstfinanciering.

Het perspectief van outcomefinanciering wordt gedeeld door dit kabinet. Voorwaarde hiervoor is dat er standaarden met concrete uitkomstmaten beschikbaar zijn. Die zijn er nu nog onvoldoende. Het Kwaliteitsinstituut krijgt een be-

langrijke aanjagende rol om tot standaarden te komen. Het Kwaliteitsinstituut zal samen met het veld (cliënten, verzekeraars, aanbieders) een meerjarenprogramma opstellen op basis waarvan vervolgens de ontwikkeling naar outcome-bekostiging aan meer concrete tijdlijnen worden verbonden. Langs deze weg is het op termijn mogelijk volgende stappen te zetten in de bekostiging, bijvoorbeeld het niet langer vaststellen van prestatiebeschrijvingen. Ook de RVZ heeft in dit verband een aantal concrete voorstellen gedaan. In de reactie op het RVZ-advies kom hierop worden teruggekomen. Overigens is er ook nu al veel beweging in de goede richting. Er zijn veel initiatieven op het vlak van selectieve inkoop. Daarmee wordt de weg geplaveid voor een logische vervolgstap: zorgcontractering en bekostiging op basis van resultaten in termen van te bereiken gezondheidsdoelen. In de reactie op het RVZ advies zal nader worden ingegaan op een stappenplan met bijbehorend tijdspad.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over maatwerk voor kwetsbare groepen in de GGZ.

Wij zijn het met u eens dat de effecten van beleid op kwetsbare groepen goed moeten worden meegenomen in de besprekingen die er zijn met veldpartijen. Daarbij wordt momenteel ook een monitor uitgezet naar het effect van de eigen bijdrage op zorgmijding bij kwetsbare groepen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over belemmeringen bij het gezamenlijk behandelen van lichamelijke en geestelijke klachten.

Gezondheid is altijd een samenspel tussen lichaam en geest. Dat betekent dat beide niet verwaarloosd mogen worden in de zorg aan patiënten.

Bij tweedelijns somatische zorg, waar de lichamelijke klachten van een patiënt voorop staan, kan consultatie van psychische hulpverlening bekostigd worden binnen de ziekenhuis DBC's. Zodra er sprake is van een psychiatrische stoornis kan een op zichzelf staande behandeling hiervoor gedeclareerd worden binnen de DBC GGZ-systematiek.

Zo kan binnen het huidige stelsel verantwoorde zorg geleverd worden aan patiënten met psychische én somatische klachten. Er zijn nog wel mogelijkheden voor verbeterde samenwerking en doelmatigheidswinst. Hierover zal worden overlegd met de veldpartijen.

Het is de verantwoordelijkheid van professionals om goede afspraken te maken over samenwerken en ketenzorg. Verzekeraars kunnen hier bij inkoop van zorg ook extra aandacht aan besteden. Vooralsnog worden er geen belemmeringen voorzien voor verzekeraars en aanbieders.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over kwaliteit en doelmatigheid van medische hulpmiddelen.

Voor implantaten (zoals bij orthopedie, pacemakers, stents etc.) wordt door de betrokken beroepsgroep, onder toezicht van wetenschappelijke verenigingen, een registratie bijgehouden. Deze registratie is bedoeld voor het registreren van aantallen en vergelijken van uitkomsten van verschillende behandelprocedures.

Er zijn geen standaardcriteria bij beroepsgroepen om voor het ene of het andere product te kiezen. De medisch specialist hanteert meestal een EBM (Evidence Based Medicine) behandelrichtlijn waarop de keuze voor een bepaald medisch hulpmiddel met een gewenste functionaliteit (eigenschap) gebaseerd wordt. Deze functionaliteiten (gewenste eigenschappen) zijn bepalend voor de variëteit aan medische hulpmiddelen die door het ziekenhuis (zorginstelling) worden ingekocht.

De verantwoordelijkheid voor de inkoop van medische hulpmiddelen ligt primair bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Het is aan hen om goede zorg te leveren tegen een goede prijs. Zij moeten beoordelen of de prijs die betaald wordt voor medische hulpmiddelen redelijk is. Ziekenhuizen hebben er bovendien belang bij om goed op de prijs te letten omdat zij die doorberekenen in de DBC-prijzen die zij afspreken met de zorgverzekeraars. Aangezien de zorgverzekeraars de komende jaren meer risico gaan dragen over deze ziekenhuiskosten zullen zij naar verwachting steeds scherper gaan letten op de prijs en de kwaliteit van de behandelingen. De NMa heeft een studie uitgezet naar de structuur en de werking van de medische hulpmiddelenmarkt; VWS is daarbij betrokken. Als uit de studie blijkt dat er mededingingsrechtelijk zaken misgaan in de medische hulpmiddelenmarkt, kan de NMa ingrijpen.

Antwoord op de vragen van de kamerleden Smilde (CDA) en Wiegman (CU) over de stand van zaken rond de zorg in Caribisch Nederland.

Mevrouw Smilde heeft gevraagd naar de stand van zaken rond de zorg in Caribisch Nederland en mevrouw Wiegman heeft gevraagd hoe we de ontwikkelingen rond de zorg gaan monitoren. Op woensdag 9 november heeft minister Donner een uitgebreide reactie op de notitie van mevrouw Ortega aan de Kamer gezonden. In de bijlage bij die brief is een uitgebreide stand van zaken rond de aanpak van de verbeteringen van de zorg op de eilanden opgenomen. Minister Donner formuleert in zijn brief kort hoe het staat met alle verbetertrajecten op de eilanden: «We zijn weliswaar nog niet waar we zijn moeten, maar we zijn ook allang niet meer waar we vertrokken». Dat gaat zeker ook op voor de zorg. Er is al veel in gang gezet, er is bijvoorbeeld een zorgverzekering met een goed pakket voor iedereen, maar er zijn zeker ook opstartproblemen in de uitvoering.

Vaak heeft communicatie hierin een belangrijke rol. Ook daar zal de komende tijd extra aandacht worden besteed.

Al deze inspanningen om de zorg op de eilanden voor alle bewoners te verbeteren worden samen met de lokale zorgaanbieders vormgegeven.

Het monitoren van de zorg wordt gedaan door het Zorgverzekeringskantoor. Mede daarom wordt er momenteel een adequaat ICT systeem gebouwd. Daarnaast is er periodiek overleg tussen VWS de eilandbesturen en de zorgaanbieders op de eilanden.

In de bijlage van de recente brief van minister Donner is een aantal voorbeelden van problemen en hoe deze worden of zijn aangepakt terug te vinden. Hieronder zijn enkele ontwikkelingen aangegeven:

- Medicijnen waren heel duur en vaak niet goed op voorraad aanwezig. Nu zijn medicijnen veel goedkoper en wel voldoende beschikbaar.
- Jeugdzorg was zeer beperkt beschikbaar. Op Bonaire en Sint Eustatius zijn CJG's in functie en op Saba wordt in 2012 een CJG in het brede school project van OCW ondergebracht.
- Aan naschoolse opvang is op alle drie de eilanden nu vorm en inhoud gegeven. Dat was voor de transitie nauwelijks aanwezig.
- Het ziekenhuis op Bonaire had voor de transitie maar zeer beperkte medisch specialistische functies. Nu zijn door middel van samenwerking met VU-AMC er een kinderarts, een gynaecoloog, een internist, een neuroloog, en een psychiater beschikbaar.
- Nierdialyse patiënten op Bonaire moeten nu een aantal malen per week van het eiland af voor dialyse. Voor het eind van 2011 is er nierdialyse beschikbaar op Bonaire.
- Bij medische uitzendingen zijn er uitvoeringsproblemen, met name rond de dagvergoedingen voor de begeleiding. Deze worden door het zorgverzekeringskantoor op korte termijn opgelost. De vergoedingen worden op zeer korte termijn door het ZVK voor Sint Maarten verhoogd, en het verstrekken van vergoedingen per cheque wordt voor door de eilandbesturen aan te wijzen cliënten weer mogelijk gemaakt. De uitvoering door het ZVK waarbij alleen zorg bij gecontracteerde instellingen wordt vergoed gaf ook aanleiding tot onvrede. VWS heeft de eilandbesturen toegezegd de voor het beleidskader medische uitzendingen eerder gemaakte afwegingen en criteria nog in november 2011 toe te lichten.
- Het ZVK heeft inmiddels een protocol opgesteld, in overleg met de huisartsen, om de medische uitzendingen beter te laten verlopen. De voortgang hierop wordt de komende maanden gemonitord.
- De klachtenafhandeling door het ZVK en (soms) de bejegening van patiënten was nog niet op orde. In overleg en afstemming met het ZVK wordt inmiddels gewerkt aan een goed werkende klachtenprocedure en een cursus klantenbejegening voor het personeel.
- De publieke gezondheidszorg was voor de transitie maar zeer beperkt aanwezig op de eilanden. In januari gaat, gefinancierd door VWS, een grote Nederlandse GGD op alle drie de eilanden aan de slag om de eilandbesturen te helpen de publieke gezondheidszorg en GHOR op het gewenste niveau te brengen.
- Een grote Nederlandse GGZ instelling gaat de psychiatrische zorg, zorg voor verslaafden en voor (licht)verstandelijk gehandicapte cliënten op de eilanden vormgeven. Uiteraard in nauw samenwerking met de betrokken partijen op de eilanden. Voor de transitie werd er voor deze zorg op de andere eilanden gesteund.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over de stand van zaken omtrent het ontwikkelen van nieuwe antibiotica.

De ontwikkeling van antibiotica is een taak van de farmaceutische industrie. Overheden kunnen deze geneesmiddelen niet zelf ontwikkelen, maar deze bedrijven wel stimuleren om antibiotica te ontwikkelen.

In het kader van het Priority Medicines rapport hebben VWS en EL&L middelen ter beschikking gesteld voor een onderzoeksprogramma bij ZonMw (€ 14 miljoen) dat als doel heeft het terugdringen van resistentie én het doen van onderzoek naar nieuwe antibiotica.

In de Europese kaderprogramma's is antibioticaresistentie eveneens een belangrijk onderwerp. De Europese Commissie is in 2009 verzocht met voorstellen te komen om de ontwikkeling van nieuwe antibiotica te bevorderen. Nederland heeft deze initiatieven onvoorwaardelijk gesteund. Concrete voorstellen van de EC zijn er nog niet, al wordt er gedacht aan stimulering via extra financiële middelen voor wetenschappelijk onderzoek en via extra beloningsmaatregelen voor farmaceutische bedrijven die erin slagen daadwerkelijk een nieuw antibioticum op de markt te brengen. Nederland neemt daarnaast deel aan een samenwerkingsverband (het *Joint Programming Initiative*) tussen een aantal Europese landen om wetenschappelijk onderzoek meer op elkaar af te stemmen. Dit initiatief is in 2010 van start gegaan.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over het scherp houden van de zorgverzekeraar op inkoop van kwaliteit.

De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Dat wil zeggen dat de NZa er op toe ziet dat door de zorgverzekeraars kwalitatieve, bereikbare en tijdige zorg wordt geleverd en dat de zorg tijdig en voor de juiste hoeveelheid wordt vergoed. De NZa heeft in mei 2011 een beleidsregel ofwel toezichtskader opgesteld, waarin duidelijk wordt welke normen de NZa met betrekking tot de zorgplicht hanteert. Onder andere is de norm opgenomen dat de zorgverzekeraar zorg aanbiedt die van 'goede kwaliteit' is. Daarnaast is de norm opgenomen dat de zorgverzekeraar consequenties moet verbinden aan het contract met een zorgaanbieder die naar het oordeel van de IGZ onvoldoende kwaliteit levert (bijv. beëindigen van het contract of

verbeterafspraken maken). De NZa verwacht daarnaast van de zorgverzekeraars dat zij ook de kwaliteitsnormen in acht nemen, zoals deze ontwikkeld worden door Zichtbare Zorg of door het veld zelf, bijvoorbeeld door wetenschappelijke beroepsverenigingen. Overigens hanteren alle zorgverzekeraars bij de zorginkoop kwaliteitsnormen, een aantal zorgverzekeraars hebben het initiatief genomen om daar bovenop eigen ontwikkelde normen toe te passen, zoals CZ bij borstkankerzorg.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over een bestuurlijk akkoord voor de eerste lijn.

De besprekingen over een bestuurlijk akkoord voor de eerste lijn zijn inmiddels gestart. De inhoudelijke agenda van de staatssecretaris en de minister, zoals beschreven in de brief Zorg en ondersteuning in de buurt, komt grotendeels overeen met de ideeën en ontwikkelingen in het veld. Dit biedt veel mogelijkheden om te komen tot goede, gedragen afspraken voor de komende jaren, zowel inhoudelijk als financieel.

Ketenzorg wordt ook expliciet genoemd in de beleidsbrief en zal ook onderdeel moeten vormen van de afspraken, want de zorg voor chronisch zieken is inderdaad essentieel.

Helaas was de LHV afwezig. De LHV wordt daarom nogmaals uitgenodigd om ook deel te nemen aan toekomstige besprekingen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over het bevorderen van samenhang in de implementatie van de decentralisatietrajecten naar gemeenten.

De minister van BZK volgt in algemene zin de uitvoering van de bestuursafspraken in overleg met VNG en IPO. Waar het de doelgroep jeugd betreft, worden de decentralisaties afgestemd in het zogenoemde 'Magenta-overleg' van de betrokken bewindspersonen van VWS, SZW, OCW, BZK en VenJ. In afstemming met de G4 en de G3 worden enkele gemeenten geselecteerd om meerjarig te volgen hoe de verschillende decentralisatietrajecten uitwerken bij specifieke groepen in de samenleving. Ook een overkoepelende informatievoorziening aan gemeenten maakt deel uit van de afstemming.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over woonvernieuwingen in de zorg.

De minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) heeft in juli van dit jaar «de monitor investeren voor de toekomst (TK 2010 – 2011, 32 847, nr. 2)» aan uw Kamer aangeboden. Deze monitor gaat in op de opgave voor wat betreft de totstandkoming van huisvesting voor ouderen en mensen van beperkingen. Geschikte huisvesting voor ouderen en mensen met beperkingen kan tot stand komen via nieuwbouw, verbouwing van bestaande woningen en voor huurwoningen ook via efficiëntere woningtoewijzing. Binnen de woningen kan meer gebruik worden gemaakt van domotica-toepassingen. Het ministerie van VWS participeert in dit kader in het Europese programma Ambient Assisted Living (AAL) dat er op is gericht ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te wonen, ook als ze last krijgen van lichamelijke en/of geestelijke beperkingen.

Op lokaal niveau moet worden bekeken welke woningen en andere voorzieningen nodig zijn. Via de prestatieafspraken met woningbouwcorporaties kunnen gemeenten invloed uitoefenen op hetgeen door de woningbouwcorporaties aan de woningvoorraad wordt toegevoegd.

De AWBZ-regeling zorginfrastructuur heeft in de afgelopen jaren mogelijkheden geboden om verzorgd wonen te stimuleren om daarmee mensen in staat te stellen om langer zelfstandig te blijven wonen. Deze regeling wordt op dit moment geëvalueerd. Over de uitkomsten daarvan zullen wij de Tweede Kamer informeren.

Per 2014 wordt begonnen met het scheiden van wonen en zorg voor de lichtere zorgzwaartepakketten. Meer zeggenschap voor de cliënten of hun vertegenwoordigers en inzicht in de kosten van woonruimtes betekent dat zorgverleners en instellingen zich veel meer de vraag moeten stellen of hun aanbod wel goed aansluit bij de vraag en wensen van hun cliënten.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over de stand van zaken omtrent het nader aanscherpen van het verschil tussen niveau 4 (mbo) en niveau 5 (hbo) verpleegkundigen.

De stand van zaken omtrent het nader aanscherpen van het verschil tussen niveau 4 (mbo) en niveau 5 (hbo) verpleegkundigen is als volgt.

V&VN heeft een subsidiebijdrage gekregen van VWS voor de ontwikkeling van nieuwe beroepsprofielen voor de verpleegkundigen en verzorgenden. Bij de subsidietoekenning heeft VWS aan V&VN meegegeven aandacht te besteden aan de verduidelijking van de mbo- en hbo-verpleegkundigen.

Het project Verpleegkundigen en verzorgenden 2020 zal komend voorjaar met uitkomsten komen. V&VN heeft hierover uw kamer maandag 7 november een brief gezonden. In deze brief heeft V&VN op onderdelen de uitkomsten van het project alvast gepresenteerd.

VWS herkent de aandacht voor het onderscheid tussen mbo- en hbo verpleegkundigen in de onderdelen van de uitkomsten van het project van V&VN. VWS zal na afloop van het project op het geheel van de uitkomsten reageren.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over het gebruikmaken van de expertise van de VAR.

Het kabinet steunt het voorstel van het CDA. Invloed van professionals op het beleid van een zorginstelling om de zorg te verbeteren is van belang. Om deze reden heeft het kabinet via subsidies gestimuleerd dat professionals en verzorgenden meer invloed hebben gekregen. Een voorbeeld van een dergelijk traject is Excellente Zorg.

Het is de bedoeling dat in de verantwoording van de zorginstellingen het item Verpleegkundige of Verzorgende Adviesraad (VAR) opgenomen gaat worden. In 2012 zal worden gemeten in hoeverre dit ook daadwerkelijk het geval is. Wat

betekent dat zorginstellingen in de langdurige zorg voor het eerst in 2013 in hun jaarverslag in zullen gaan op het item adviesraden. Daar kunnen bestuurders hun voordeel mee doen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over het borgen van het cliëntenperspectief.

In de huidige situatie betrekken zorgkantoren reeds cliënten (vertegenwoordigers en –organen) bij de zorginkoop in de AWBZ. Het kabinet vindt deze ontwikkeling, waarbij cliënten steeds intensiever worden betrokken bij de zorginkoop, van groot belang en wil de invloed van consumenten een wettelijke basis bieden, net als in de Zvw. Deze bepaling is onderdeel van het wetsvoorstel Uitvoering AWBZ door Zorgverzekeraars voor eigen verzekerden (UAZ), dat het kabinet op 26 september naar de Raad van State heeft gezonden voor advies.

In overleg met zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties zal worden gezien hoe de uitvoering van de wettelijke bepaling zo kan worden ingevuld dat deze tegemoet komt aan de maatschappelijke wensen. Zorgverzekeraars hebben overigens al nadrukkelijk aangegeven zorginkoop ook in de nieuwe situatie samen met cliëntenorganisaties te willen invullen.

Als zij dit niet naar tevredenheid doen, kunnen verzekerden straks ook ‘stemmen met de voeten’ en (met mededeling van de Zvw-verzekering) overstappen naar een andere verzekeraar.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over het plaats geven van oa de verpleeghuisarts in de anderhalvelijnszorg.

Het idee dat de specialistische kennis van ouderengeneeskunde (verpleeghuisartsen) buiten de traditionele verpleeghuizen, thuis en in het verzorgingshuis voor ouderen met een intramurale indicatie moet kunnen worden ingezet, wordt door ons onderschreven.

Dit past ook in de lijn van het beleid zoals dit onder meer ook wordt geschetst in de brief «Zorg en ondersteuning in de buurt». Hierin is aangegeven dat wij graag zien dat meer medisch specialisten gaan samenwerken met eerstelijns partijen om de zorg zoveel mogelijk in de buurt van de patiënt aan te bieden. Daarnaast vinden wij het van belang dat goede inhoudelijke afstemming plaatsvindt tussen zorgverleners, daar sluit dit voorstel op aan.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de effectiviteit van medische behandelingen.

Op 20 juni hebben College voor Zorgverzekeringen KNMG, NPCF, DBC Onderhoud, Regieraad, NZa, ZONMW en Zorgverzekeraars Nederland een convenant gesloten gericht op het terugdringen van ongepast gebruik van medische behandelingen. Deze partijen hebben 14 concrete gevallen geïdentificeerd waar gepaster gebruik van zorg mogelijk is.

Het op te richten kwaliteitsinstituut zal in overleg met beroepsgroepen onderwerpen oppakken waarbij de bewezen meerwaarde van behandeling ter discussie staat. Hierbij zal het kwaliteitsinstituut vooral een aanjagende rol vervullen.

Verder lopen er de onderzoeksprogramma's van ZONMW waarbinnen de beroepsgroepen zelf specifieke vragen rond effectiviteit van behandelingen kunnen onderzoeken. De afgelopen jaren is veel werk verzet om meer zorg van bewezen waarde te leveren.

Bij al deze onderwerpen is er sprake van intensieve betrokkenheid van bestuursorganen en beroepsgroepen om de gestelde doelen – conform de suggesties van de heer Mulder (vraag 4.09) – te realiseren.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de groei ruimte van huisartsen.

Met verzekeraars, instellingen in de ziekenhuiszorg en medisch specialisten zijn bestuurlijke afspraken gemaakt over een beheerste uitgavengroei. Deze beheerste uitgavenontwikkeling betreft een trendbreuk met de ontwikkeling van de uitgaven in de afgelopen jaren.

Voor de huisartsen geldt in 2012 een 'pas op de plaats' na een periode waarin de uitgaven telkens groter waren dan het gereserveerde budget inclusief de ruimte voor groei. Vanaf 2013 zal er weer ruimte zijn voor financiële groei. Het is echter wel wenselijk om hier ook eerst bestuurlijke afspraken over te maken.

In de toekomst kan groei ruimte voor de medisch specialisten en ziekenhuiszorg in bredere zin beschikbaar komen voor de huisartsenzorg. Als voor verzekeraars duidelijk is dat de zorg doelmatiger in de eerste lijn wordt uitgevoerd is er geen reden waarom zij hun inkoop hier niet op aanpassen. Partijen dienen hierover met elkaar in overleg te treden.

In het hoofdlijnenakkoord met ziekenhuizen en verzekeraars is ook opgenomen dat wanneer substitutie leidt tot daadwerkelijke verschuiving van productie naar de eerste lijn, aanpassing kan plaatsvinden van het financiële ziekenhuiskader. Hierover zal vooraf overleg met de sector gevoerd moeten worden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het opnemen van kostenbewust zijn in het curriculum van de opleidingen.

VWS vindt kostenbewustzijn ook een belangrijk aspect in de beroepsuitoefening van artsen en daarmee ook van belang voor de opleiding. In het 'Raamplan artsopleiding 2009' van de Nederlandse Federatie van Universitair medisch centra (NFU) is hiervoor ook aandacht. Binnen het thema organisatie gezondheidszorg en kwaliteitszorg is als specifieke competentie: 'kennis van en inzicht in de financiering van de gezondheidszorg' opgenomen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het regelen dat een aanbieder pas een contract met een zorgverzekeraar krijgt als deze aantoont dat deze goede kwaliteit voor een schappelijke prijs levert.

Wij nemen aan dat de vraag betrekking heeft op de stand van zaken met betrekking tot het uitvoeren van patiëntregistraties als voorwaarde voor zorgcontractering. Het gaat om patiëntregistraties gericht op zorg met (dure) specialisti-

sche geneesmiddelen om zo de toepassing en uitkomsten (kwaliteit en kosten) van die zorg in instellingen meer inzichtelijk te maken.

De NZa gaat onderzoeken in hoeverre aanbieders en zorgverzekeraars hier zelf komen tot afspraken met betrekking tot de zorgcontractering. Als dit niet door toedoen van partijen zelf tot stand komt, en dit de zorginkoop belemmert, zal de NZa bezien in hoeverre hier de overheid verplichtingen kan en moet stellen. Het onderzoek van de NZa moet nog beginnen. De Tweede Kamer wordt hier binnen enkele maanden nader over geïnformeerd. Het onderzoek zal in beginsel beperkt blijven tot registraties bij zorg met dure specialistische geneesmiddelen. Het zal niet ook andere zorgvormen betreffen. Dat sluit niet uit dat de uitkomsten van het onderzoek wel relevant kunnen zijn voor andere zorgvormen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het vervolgen van de meldactie 'Zuinig met Zorg' van de NPCF.

Het is van belang dat er in de samenleving breed aandacht is voor de houdbaarheid van de zorg en dat de ideeën van cliënten betrokken worden bij mogelijke oplossingen. De SER wordt daarom verzocht om ook cliëntenorganisaties te consulteren bij haar advies. Verondersteld mag worden dat de uitkomsten van de meldactie dan door de NPCF worden ingebracht.

Het is aan de NPCF om te bepalen of zij het opportuun acht om de meldactie 'Zuinig met Zorg' te vervolgen. De NPCF ontvangt volgend jaar een instellingssubsidie van ca. 1,4 mln. euro waarmee zij onder meer dit soort initiatieven kan realiseren.

We zijn het eens dat dit een mooie en betekenisvolle actie van de NPCF is.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het betalen van patiëntenorganisaties via de zorgverzekeringspremie.

Wij vinden financiering vanuit de begroting van VWS meer geschikt dan financiering uit premiemiddelen. Uit een onderzoek van de CG-Raad zou blijken dat de premieverhoging hiertoe neerkomen op een verhoging van € 0,80 per maand, dus € 9,60 per jaar. Wij vinden het onverantwoord om de premiebetaler, die al met kostenstijgingen wordt geconfronteerd, verder op kosten te jagen. Daarbij zijn premiemiddelen voor het leveren van zorg, cliëntenorganisaties leveren geen zorg.

Een andere financieringsbron voor cliëntenorganisaties geeft geen antwoord op de vraag hoe middelen verdeeld moeten worden en wie hierover beslist. In onze visiebrief van 25 mei heb ik precies aangegeven voor welke functies en activiteiten cliëntenorganisaties een financiële bijdrage kunnen verwachten. Er zijn echter vormen van financiering door zorgverzekeraars die wel passend zijn, en die steeds meer plaatsvinden. Zo onderscheiden verzekeraars zich door het wel of niet vergoeden van de contributie van een cliëntenorganisatie in de aanvullende verzekering en vergoeden verzekeraars diensten van cliëntenorganisaties die zij aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars leveren. Het gaat dan om incidentele bijdragen vanuit de verzekeraars of aanbieders en niet om een structurele koppeling aan premiegelden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de eigen verantwoordelijkheid en de verhoging van de eigen betalingen.

Dit kabinet geeft wel degelijk vorm aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen.

Zo heeft het kabinet het besluit van het vorig kabinet om het eigen risico te verhogen overgenomen. Daarnaast worden er in de GGZ komend jaar verschillende eigen bijdragen ingevoerd, die D66 overigens niet heeft gesteund.

Een verdere verhoging van eigen bijdragen dan wel het eigen risico, zoals D66 bepleit, ligt niet in de planning.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het doen van onderzoek naar de effecten van eigen bijdragen en deze toe te spitsen op de eerstelijns.

Dit kabinet heeft recent de evaluatie van het verplicht eigen risico naar de Tweede Kamer gestuurd en in 2007 is de no-claim geëvalueerd. Daarnaast zullen de effecten van de eigen bijdrage in de GGZ komende jaren geëvalueerd worden.

Het kabinet evalueert dus al op regelmatige basis de effecten van eigen betalingen.

Invoering van eigen betalingen in de eerstelijns is op dit moment niet aan de orde. Daarnaast is wel eerder onderzoek gedaan door het CPB. Onderzoek naar eigen betalingen specifiek in de eerstelijns lijkt op dit moment daarom onnodig. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven zal nader in gaan op de voor- en nadelen van het instrument eigen betalingen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over oneigenlijk gebruik van zorg.

Het oneigenlijk gebruik van zorg op de SEH moet inderdaad worden beperkt. Hiertoe wordt op dit moment een aantal maatregelen overwogen. Het meest wenselijke is een intensieve samenwerking tussen huisarts en SEH bij de triage. Door de verantwoordelijkheid van de triage niet bij maar vóór de SEH te leggen, zal het aantal onterechte zelfverwijzers aan de poort van de SEH fors afnemen. De patiënt wordt meteen naar het juiste loket verwezen.

Daarnaast wordt een eigen betaling ingevoerd voor zelfverwijzers naar de SEH. Hoe dit vorm te geven, hangt af van juridische aspecten, maar ook uitvoeringsaspecten, zoals wie moet bepalen of er sprake is van oneigenlijk gebruik. De eigen betaling is gepland in te gaan in 2013.

Naast de samenwerking tussen de HAP en SEH en de eigen bijdrage voor onterechte zelfverwijzers wordt ook de invoering van één prijs voor dezelfde prestatie overwogen, ongeacht de aanbieder die deze levert.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het toerusten van gemeenten om de begeleiding over te nemen

Samen met de VNG hebben wij een Transitiebureau opgericht om gemeenten, aanbieders en cliëntorganisaties te ondersteunen bij de voorbereiding op de decentralisatie van de extramurale begeleiding. Het Transitiebureau faciliteert het lokale transitieproces, zodat gemeenten per 1 januari 2013 voldoende zijn toegerust om de extramurale begeleiding te kunnen organiseren. Hiertoe ontwikkelt het Transitiebureau een gereedschapkit met onder andere handreikingen, factsheets en informatiebijeenkomsten. Over de invulling van de activiteiten van het Transitiebureau wordt regelmatig overlegd met landelijke organisaties van zorg- en welzijnaanbieders, patiënten/cliënten en andere betrokkenen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het opnemen van een verwijsplicht in de Euthanasiewet.

Een wettelijke verwijsplicht zal geen oplossing bieden voor het werkelijke probleem, want dat doet geen recht aan de complexiteit van het gesprek tussen patiënt en arts over een euthanasiewens. Waar het om gaat is dat een euthanasiewens van een patiënt zeer serieus wordt genomen. Van zowel arts als patiënt vraagt dit dat zij tijdig, voor de euthanasiewens actueel is, met elkaar in gesprek gaan over de mogelijkheden die de arts kan bieden rond het levenseinde. Met een dergelijk gesprek kunnen veel misverstanden en verkeerde verwachtingen worden voorkomen. Als dat gesprek tijdig plaatsvindt heeft een patiënt desgewenst ook nog de mogelijkheid zich tot een andere arts te wenden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de niet-reanimerenpenning.

Wij zijn het eens dat toegang tot de niet-reanimerenpenning niet mag afhangen van het lidmaatschap van een vereniging. In de brief aan uw Kamer heeft onze ambtsvoorganger feitelijk aangegeven dat geen enkele natuurlijke persoon of rechtspersoon het alleenrecht kan claimen op het vervaardigen en uitbrengen van een niet-reanimerenpenning. Het staat in ons recht eenieder vrij initiatieven te ontplooiën teneinde faciliteiten te bieden voor het vastleggen van wilsverklaringen. Bijvoorbeeld in de vorm van het vervaardigen en op verzoek verstrekken van niet-reanimerenpenningen.

Gezien de aard van de niet-reanimerenpenning, als zijnde een overeenkomst ex Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), zien wij de verstrekking hiervan niet als taak van een overheid.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over een alternatief voor het macrobeheersinstrument van NZ.

De NZa heeft onlangs een uitvoeringstoets opgeleverd over een mogelijk alternatief voor het macrobeheersinstrument. Samenvattend constateert de NZa dat het alternatieve voorstel op dit moment een aantal belangrijke praktische en juridische bezwaren oproept. Het voorstel van NZ draait om het verbinden van financiële consequenties aan het (wel of niet) contracteren van zorg binnen de beschikbare middelen. Daar is tijd voor nodig, en gezien het krappe tijdschema tot 1 januari 2012 en de nog lopende onderhandelingen over de contractering acht de NZa het specifieke voorstel van NZ niet haalbaar voor 2012. Voor 2013 is het wel de bedoeling om een gedifferentieerd MBI te ontwikkelen.

Zoals in de schriftelijke beantwoording naar aanleiding van het VSO ten aanzien van het hoofdlijnenakkoord en macrobeheersinstrument naar voren komt wordt voor 2012 de generieke toepassing van het macrobeheersinstrument in stelling gebracht.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Agema (PVV) over het onderbrengen van de Stuurgroep Ondervoeding in het Kwaliteitsinstituut.

De subsidie aan de Stuurgroep Ondervoeding eindigt per 31 december 2011. De stuurgroep heeft goed werk verricht. Het ligt niet voor de hand om een tijdelijke stuurgroep als deze onder te brengen bij het Kwaliteitsinstituut. Wel ligt het op de weg van het kwaliteitsinstituut om te bevorderen dat die goede resultaten een slag verder worden gebracht. Bijvoorbeeld door te stimuleren dat ze worden ondergebracht in de professionele standaarden dan wel door de best practices op het gebied van opsporing, preventie en behandeling van ondervoeding als gevolg van ziekte helpen te verspreiden en implementeren in de dagelijkse zorgpraktijk. Overigens kan het Kwaliteitsinstituut gebruik maken van externe deskundigen zoals de leden van de stuurgroep.

Antwoord op vragen van de kamerleden Gerbrands (PVV) en Smilde (CDA) over het invoeren van barcodes bij zowel de geneesmiddelen als bij de hulpmiddelen.

Op zowel genees- als hulpmiddelen staan op dit moment reeds barcodes. Deze zijn bedoeld voor productidentificatie en dragen daardoor in bepaalde mate bij aan de patiëntveiligheid. Het zijn echter geen codes die gebruikt kunnen worden voor tracking en tracing en ook niet voor het bestrijden van vervalsingen. Ook barcodes kunnen worden vervalst. Op de suggestie van mevrouw Smilde dat er in andere landen systemen bestaan waar wij ons voordeel mee zouden kunnen doen, komt de minister op een later moment terug. Daarvoor moet nadere informatie worden ingewonnen.

Voor het bestrijden van vervalsingen is het van belang dat er deze zomer een nieuwe Europese richtlijn is vastgesteld ter bestrijding van vervalste geneesmiddelen. Deze richtlijn verplicht o.a. tot het invoeren van geavanceerde methoden voor het volgen van geneesmiddelen vanaf de grondstofproducent tot aan de groothandel.

Met betrekking tot het onderhoud aan medische apparatuur kunnen wij melden dat de NVZ, NFU en de OMS een convenant in afrondend stadium hebben opgesteld dat o.a. over het onderhoud nadere waarborgen biedt. De Kamer wordt hierover binnenkort nader geïnformeerd.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Gerbrands (PVV) over het inzetten van multidisciplinaire teams door de IGZ.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) maakt al gebruik van multidisciplinaire inspectieteams die onder andere bestaan uit inspecteurs en toezichtmedewerkers met een ruime verpleegkundige achtergrond en inspecteurs met een technische achtergrond die het onderhoud van medisch technologische apparatuur controleren.

Met de extra middelen die de IGZ vanaf 2012 ontvangt worden ondermeer extra inspecteurs en inspectiemedewerkers aangetrokken. Het aannemebeleid van de IGZ is primair gericht op het aannemen van mensen die aantoonbaar ruime ervaring hebben in de zorgsector. Daaronder bevinden zich ook verpleegkundigen die een carrièrestap willen maken.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Gerbrands (PVV) over het verkrijgbaar zijn van eenvoudige zelfzorggeneesmiddelen bij de drogist.

In het kader van de lage ziektelast exercitie die het CVZ uitvoert, worden alle behandelingen die hieronder kunnen vallen, ook de farmaceutische behandelingen, meegenomen. In maart 2012 komt de minister hierover met een standpunt naar de Tweede Kamer.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over cliëntgebonden financiering.

Het regeerakkoord bevat belangrijke stappen om bij de bekostiging van de AWBZ uit te gaan van de kosten die verbonden zijn aan de cliënt.

- *Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars*, betekent dat bij de zorginkoop synergieprikkelers ontstaan voor de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn in de positie om samenhang aan te brengen tussen de zorg die wordt betaald ten laste van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.
- *De bekostiging in de AWBZ is in wezen al cliëntvolgend*. De zorgaanbieders in de AWBZ worden betaald voor de geïndiceerde zorg (bijvoorbeeld ZZPs). Dit is een transitie, die de afgelopen jaren is ingezet. Daarbij wordt ook overgegaan op het declareren van de individuele zorgkosten
- Dit regeerakkoord bepaalt ook dat in de langdurige zorg de overstap van handelingsfinanciering naar *resultaatfinanciering* gemaakt zal worden. Bekostiging van de resultaten in plaats van de handelingen zoals nu, maakt het voor zorgaanbieders makkelijker om de organisatie van de zorg meer cliëntgericht te maken, ook over de schotten heen. Het geeft daarenboven zorgverzekeraars aangrijpingspunten om daadwerkelijk in te kopen op resultaat binnen de AWBZ. Thans wordt verkend hoe die resultaten het best gedefinieerd kunnen worden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over een extra aanmoediging om weer voor de zorg te kiezen.

Het kabinet staat hier positief tegenover. Een deel van de beroepsbeoefenaren heeft al een brief over de invoering van herregistratie ontvangen. In de brieven aan de beroepsgroepen die nog geen brief hebben gekregen zal de voorgestelde aanmoediging om weer voor de zorg te kiezen worden opgenomen. Een half jaar voor het verlopen van de BIG-registratie krijgen alle geregistreerden wederom een brief waarin het verlopen van de registratie wordt aangekondigd. Ook in deze brieven zal de suggestie van mevrouw Voortman (GroenLinks) worden meegenomen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over het samenwerken van zorgaanbieders en niet meer per verrichting te financieren, maar op aandoeningen.

Zorg op de juiste plek moet centraal staan. Dit betekent dat kwalitatief goede zorg moet worden geleverd tegen de laagste kosten. Om dit per patiënt en aandoening te kunnen bepalen is het noodzakelijk dat huisartsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders intensief met elkaar samenwerken en afspraken maken. In de praktijk gebeurt dit al bij verschillende aandoeningen. In 2010 is dit beleid gestimuleerd door de introductie van de integrale bekostiging van drie chronische aandoeningen. Medio 2012 zal de evaluatiecommissie chronisch zieken haar advies geven over integrale bekostiging en de effecten, bijvoorbeeld op de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen. Op basis daarvan zal aangegeven worden (of en) hoe verder gewerkt zal worden aan integrale bekostiging van de ketenzorg. Verder wordt de NZa gevraagd in 2012 uitvoeringstoetsen uit te brengen over de bekostiging van integrale zorg respectievelijk 'zorg op de juiste plek' en substitutie.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over het onderbrengen van de middelen van Sensoor zorg in een geoormerkt budget bij VWS.

Sensoor verleent al 53 jaar goede dienstverlening met de inzet van vele vrijwilligers. Dit verdient grote waardering. Het probleem van Sensoor wordt door VWS serieus genomen. VWS wil Sensoor dan ook ondersteunen bij het zoeken naar een oplossing. Dit is onlangs in een gesprek met het bestuur van Sensoor aangegeven. Voor een oplossing worden onder meer gesprekken gevoerd met IPO en VNG. De zorgen zijn begrijpelijk en de staatssecretaris staat open voor mogelijke oplossingen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over Over het op termijn de ouderenzorg onderdeel laten zijn van de Zvw.

Het kabinet deelt niet de visie van de CU-fractie dat op termijn de ouderenzorg onderdeel zou moeten zijn van de ZVW. Wel is dit kabinet van mening dat een heroriëntatie dient plaats te vinden op de inhoud van de AWBZ aanspraken. Tegen deze achtergrond zal bijvoorbeeld de begeleiding worden overgedragen naar gemeenten en de geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw. De staatssecretaris deelt de mening van de CU-fractie dat dit proces zorgvuldig ter hand moet worden genomen en niet kan wachten tot het feitelijke overdrachtsmoment. Onder meer om deze reden is het transitiebureau overheveling begeleiding opgericht.

De CU-fractie geeft tevens aan een voorstander te zijn van het inbrengen van extra elementen als zorgsparen en aanvullende verzekeringen. Binnen de AWBZ acht het kabinet dit ongewenst, omdat aan zorgsparen een groot aantal uitvoeringstechnische belemmeringen zijn verbonden en aanvullende verzekeringen ingaan tegen het karakter van de AWBZ.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over betere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Er moet beter samengewerkt worden tussen de eerste en tweede lijn en er moet duidelijk zijn wie wat doet. Dubbel of overbodig onderzoek en behandeling moet worden voorkomen.

Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken over welke zorg in de eerste lijn en in de tweede lijn wordt geleverd. Zorg moet op de juiste plek geleverd worden: waar deze kwalitatief goed is en geboden wordt tegen de laagste kosten.

Na de rapportage van de evaluatiecommissie integrale bekostiging medio 2012 en de uitvoeringstoets van de NZa over de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg zal aangegeven worden of en op welke wijze verder gewerkt zal worden aan de mogelijkheden voor ketenzorg.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) Over betere afstemming tussen de eerste en tweede lijn bij bijvoorbeeld de integrale bekostiging van de ketenzorg.

Uitgangspunt is doorgaans dat de overschrijding wordt geredresseerd in de sector waar de overschrijding zich heeft voorgedaan. Dit geldt ook voor overschrijdingen in de ziekenhuiszorg. Voor de overschrijding op basis van 2009 is een budgetkorting doorgevoerd. Deze is ook verwerkt in het kader voor ziekenhuiszorg in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord en de begroting van VWS. Dat geldt ook grotendeels voor de overschrijding op basis van 2010. Met verzekeraars en aanbieders zijn afspraken gemaakt om maatregelen te nemen om binnen het beschikbare kader te blijven. Indien er binnen de ziekenhuiszorg te veel zorg wordt geleverd kan dit leiden tot overschrijdingen in deze sector. Voor de ziekenhuiszorg geldt het macrobeheersingsinstrument (MBI) als ultimatum remedium. Het principe van 'de vervuiler betaalt' blijft dus van toepassing op sector niveau. Met betrekking tot de ziekenhuiszorg geldt voor 2012, mocht het toch nodig zijn om het in te zetten, dat het MBI generiek over instellingen wordt verdeeld. Voor 2013 wordt, mocht het toch nodig zijn, in samenwerking met partijen, gezocht naar mogelijkheden om het MBI gedifferentieerd in te zetten.

Door de overstap van budget- naar prestatiebekostiging krijgen zorgaanbieders en verzekeraars ook meer ruimte om per DBC afspraken te maken over degressieve tarieven. Daarbij kunnen verzekeraars ook kijken naar de geldende tarieven in de eerstelijnszorg.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over een advies van het CVZ over de financiering van anonieme hulpverlening.

Met de tijdelijke maatregel is tegelijkertijd ruimte gecreëerd om voor zover mogelijk te komen tot een structurele oplossing. Het is belangrijk dat hier een oplossing voor komt en het zou mooi zijn als het CVZ daar een bijdrage aan kan leveren. Daarom kan het CVZ gevraagd worden of zij hier mogelijk een oplossing voor zien. Anonieme zorg maakt echter geen onderdeel uit van de zorgverzekering aangezien de geleverde zorg niet tot het individu herleidbaar is. Het CVZ adviseert juist doorgaans over het standaard zorgpakket. De minister zal het CVZ vragen of zij hierover ook een advies willen geven.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over het aanpassen van de term «abortus hulpverlening» in «hulp bij ongewenste zwangerschap».

De term 'abortus hulpverlening' in de begroting beslaat alle hulpverlening die betrekking heeft op zwangerschapsafbreking en de hulpverlening bij het tot stand komen van de beslissing een zwangerschap al dan niet af te breken. De term is daarmee breder dan alleen 'hulp bij ongewenste zwangerschappen'. Het gaat over alle zwangerschappen die eventueel worden afgebroken. De Wet afbreking zwangerschap kent namelijk geen onderscheid tussen gewenste en ongewenste zwangerschappen. De term abortus hulpverlening kan dan ook niet versmald worden tot alleen 'hulp bij ongewenste zwangerschappen'.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over de financieringsstructuur en opleiding van hulpverleners met betrekking tot abortushulpverlening.

Over de wijzigingen in de financieringsstructuur van abortusklinieken zal de Kamer nog dit jaar worden geïnformeerd.

De opleiding tot verbetering van de psychosociale counseling is klaar en de meeste hulpverleners zijn inmiddels op training geweest. Een klein deel volgt nog dit jaar. Verder zal in 2012 de richtlijn abortushulpverlening klaar zijn.

Zowel de wijzigingen in de financieringsstructuur als de opleiding hebben specifiek betrekking op de abortushulpverlening.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over voorlichting over het gebruik van foliumzuur.

Voorlichting over het gebruik van foliumzuur is onderdeel van de totale preconceceptievoorlichting, wij gaan hier geen losse activiteiten voor ontwikkelen. De preconceceptievoorlichting omvat onder andere een brochure Zwanger die het RIVM dit jaar heeft ontwikkeld samen met relevante beroepsgroepen. Hierin staat informatie voor mensen die zwanger willen worden of het al zijn. Deze brochure is beschikbaar via zorgprofessionals. Daarnaast is via de online Centra voor Jeugd en Gezin informatie beschikbaar.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over de eerstelijnszorg.

Bij de versterking van de eerste lijn staat het belang van de patiënt voorop. Mensen willen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen en in de eigen omgeving kunnen functioneren. Een goed toegankelijke basiszorg van hoge kwaliteit, is daarvoor een belangrijke voorwaarde. Patiënten moeten van deze zorg op aan kunnen.

Tegelijkertijd neemt de zorgvraag en het aantal chronisch zieken toe. De uitgaven stijgen en om de zorg ook in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden is het nodig om in te grijpen. Iedereen draagt daarin bij, het is niet eerlijk om de rekening alleen bij de burger neerleggen. Dit geldt ook voor de eerstelijnszorg.

Een tariefskorting is natuurlijk vervelend. Het kan ingrijpende gevolgen hebben voor individuele aanbieders. Echter, de eerstelijnszorg kan ook nog beter en tegelijkertijd efficiënter worden georganiseerd. De ambities voor de zorg in de buurt blijven daarom ook voorop staan. Daarnaast is 2012 slechts een 'pas op de plaats' om de overschrijdingen uit het verleden terug te halen. Daarna is er weer ruimte voor groei in het budget. Hierover moeten wel goede afspraken worden gemaakt met de sector. De besprekingen over bestuurlijke afspraken zijn inmiddels gestart.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over cliëntenorganisaties.

Het kabinet hecht belang aan cliëntenorganisaties. Dit wordt op verschillende manieren tot uitdrukking gebracht. In deze tijden van krapte blijft er structureel een budget beschikbaar van € 23 miljoen per jaar. Daarnaast worden cliëntenorganisaties zo gepositioneerd dat zij hun invloed kunnen versterken, bijvoorbeeld bij het Kwaliteitsinstituut.

Uit de evaluatie naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van de in 2010 geldende Subsidieregeling PGO is gebleken dat cliëntenorganisaties meer kunnen bereiken met minder middelen als zij hun krachten bundelen en meer samenwerken. In de kabinetsvisie op cliëntenorganisaties van 25 mei 2011 is aangegeven hoe dat wordt gestimuleerd.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over de dreigende overbelasting van vrijwilligers en de subsidie deskundigheidsbevordering bij vrijwilligers.

Voor het eind van het jaar wordt een beleidsbrief over mantelzorg en vrijwilligerswerk aan de Tweede Kamer gestuurd. Daarin wordt onder meer ingegaan op overbelasting van mantelzorgers. Over deskundigheidsbevordering wordt het volgende opgemerkt.

Het Beleidskader landelijke deskundigheidsbevordering vrijwilligers was niet doeltreffend. Slechts een zeer beperkt aantal landelijke vrijwilligersorganisaties kwam voor subsidie in aanmerking. Bovendien betrof het grootste deel van de gehonoreerde aanvragen deskundigheidsbevordering van lokaal werkende vrijwilligers. Dat is een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Die verantwoordelijkheid is in de Wmo vastgelegd (prestatieveld 4). Met de invoering van de Wmo hebben de gemeenten daarvoor, via het gemeentefonds, circa € 5 miljoen structureel ontvangen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over de eigen bijdrage GGZ.

Het signaal van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hierover is bekend. Zij wijzen op problemen in de uitvoering van de eigen bijdrage voorverblijf en vragen om uitstel van deze eigen bijdrage. Zoals onlangs aan Zorgverzekeraars Nederland is gemeld, blijft de invoering van de eigen bijdrage voor verblijf gehandhaafd. Wel wordt met de veldpartijen breed overleg gevoerd om tot een meerjarige ggz-aanpak te komen voor de periode na 2012. Hierbij komen ook de mogelijke toekomstige uitvoeringsmodaliteiten van de inning van de eigen bijdrage aan de orde.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over inzicht in de effecten van substitutie van zorg.

Er zijn verschillende acties in gang gezet. Om op landelijk niveau inzicht te krijgen is een koppeling van gegevens van meerdere partijen (RIVM, CBS en Vektis) nodig. Met deze partijen zal worden verkend hoe het vereiste inzicht kan worden verkregen. Uit verkennend onderzoek van het RIVM blijkt overigens dat het berekenen van het substitutiepoteentieel idealiter per aandoening moet gebeuren en afhankelijk is van de regionale situatie.

Zorgverzekeraars beschikken daarnaast over de volledige gegevens per patiënt over alle sectoren van de behandeling en de daarbij behorende kosten. Zij kunnen nagaan op welke manier de gang van de patiënten door het zorgcircuit verloopt. Met hen zal daarom ook worden gesproken of en welke cijfers voor publiek gebruik beschikbaar zijn.

Tot slot is ook in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord ziekenhuizen vastgelegd dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich zullen inspannen om te substitueren. Via een mogelijk bestuurlijk akkoord met de eerste lijn wordt ook geprobeerd afspraken te maken over substitutie van zorg.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het in kaart brengen van de effecten van de eigen bijdrage in 2012 bij de GGZ.

Op dit moment wordt met de sector gesproken over de toekomstagenda van de GGZ voor 2013 en verder. Daarbij wordt ook verkend wat de mogelijke alternatieve besparingen kunnen zijn voor een eventuele verlaging van de eigen bijdrage in 2013. U zult tijdig ingelicht worden zodra er overeenstemming is met partijen. Tot slot wordt momenteel ook een monitor uitgezet naar effecten van de eigen bijdrage op zorgmijding bij de kwetsbare groepen. Die resultaten worden volgend jaar bekend.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over keuzevrijheid van de cliënt en specifieke doelgroepen in relatie tot de overheveling van begeleiding naar de Wmo.

Binnenkort wordt het voorstel tot wijziging Wmo in de Tweede Kamer ingediend. Tijdens deze wetsbehandeling zal nader worden ingaan op de waarborgen voor cliënten die de gewijzigde wet biedt.

Als het gaat om specifieke groepen dan is de afgelopen maanden onderzocht of voor bepaalde cliëntgroepen die begeleiding nodig hebben, specifieke maatregelen nodig zijn. Hiertoe is, samen met de VNG, intensief gesproken met verschillende patiënt- en cliëntorganisaties, (brancheorganisaties van) aanbieders en gemeenten. De Tweede Kamer ont-

vangt op zeer korte termijn het verslag van deze gesprekken. Op basis van dit verslag zullen door het transitie bureau voor de gemeenten handreikingen gemaakt worden die gemeenten ondersteunen bij het uit te voeren beleid. Op die manier wordt er zorg voor gedragen dat ook deze groepen adequaat ondersteund worden.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over de invulling van de subsidieverlening voor cliëntenorganisaties.

Bij de subsidieverlening voor cliëntenorganisaties zijn de maatschappelijke verankering, de betrokkenheid van vrijwilligers en de geefbereidheid van de achterban als volgt door ons meegenomen:

- Maatschappelijke verankering komt tot uiting doordat cliëntenorganisaties gesubsidieerd worden voor het hebben en uitwisselen van ervaringskennis. Goede wortels hebben in de doelgroep en daarmee dus een maatschappelijke verankering, is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde.
- Het meeste werk binnen cliëntenorganisaties wordt verzet door de vele vrijwilligers die hierin actief zijn. Er zijn middelen beschikbaar om de cliëntenorganisaties en vrijwilligers hierbij te ondersteunen. Een vorm van deze ondersteuning is bijvoorbeeld het trainen en begeleiden van vrijwilligers.
- Ten slotte wordt de geefbereidheid van de achterban meegewogen in de subsidieverlening. Er is een minimale bijdrage van € 25 vastgesteld die de leden bereid moeten zijn te geven voor de activiteiten van de organisaties om in aanmerking te komen voor subsidie. Het ledenaantal weegt echter niet mee in de hoogte van de subsidie. Aangezien sommige aandoeningen of beperkingen veel voorkomen, kunnen deze organisaties makkelijker aanvullende financiering vinden dan organisaties voor aandoeningen of beperkingen die weinig voorkomen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over een kabinetsreactie op het rapport van de commissie-De Jong.

Uw Kamer ontvangt voor het einde van dit jaar de kabinetsreactie en de voorgenomen maatregelen. In de reactie wordt ook ingegaan op de structurele financiering van de opvang van specifieke groepen slachtoffers, waaronder de tienermoeders. Hierover is op dit moment overleg met de Federatie Opvang en de VNG.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over aandacht aan kinderpornografie bij de aanpak van kindermisbruik.

In de beleidsreactie van 28 oktober jongstleden op het rapport kinderpornografie van de Nationaal Rapporteur Mensenhandel hebben de minister van Veiligheid en Justitie en de staatssecretaris van VWS aangegeven dat onderdelen als preventie, vroegsignalering, hulpverlening en nazorg met betrekking tot kinderpornografie verder zullen worden uitgewerkt in het Actieplan aanpak kindermishandeling. De nadruk zal bij de uitwerking liggen op digitaal bewustzijn en hulpverlening aan slachtoffers van kinderpornografie. Het Actieplan aanpak kindermishandeling wordt eind november naar de Tweede Kamer gestuurd.