

Vergaderjaar 2015–2016

**34 300 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016**

**Nr. 153**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 januari 2016

In mijn brief van 29 juni 2015 (Kamerstuk 29 477, nr. 331) heb ik toegezegd om het **advies over therapietrouw** in het bestuurlijk overleg eerste-lijnszorg te zullen bespreken. Dit bestuurlijk overleg staat voor maart 2016 in de planning. Ter informatie zend ik u hierbij het advies<sup>1</sup>.

In de bijlage vindt u **het verslag van de informele Gezondheidsraad van 24–25 september te Luxemburg**<sup>2</sup>.

Zowel tijdens de begrotingsbehandeling als tijdens het Algemeen Overleg Kwaliteit Loont van 10 december jongstleden heb ik u laten weten dat ik het **overstapeseizoen laat monitoren**. Ik heb u aangegeven dat ik het rapport in de loop van januari verwacht. Inmiddels is gebleken dat de onderzoekers meer tijd nodig hebben voor het verwerken van de gegevens en het opstellen van het rapport. Ik verwacht het rapport nu in de loop van maart aan uw Kamer te kunnen aanbieden.

Op 29 oktober (Kamerstuk 29 282, nr. 239) stuurde ik u een brief over de **invoering van herregistratie voor artsen**. In vervolg hierop heeft overleg met de sector plaatsgevonden. Naar aanleiding hiervan heb ik het voornemen om promotiewerkzaamheden mits beroepsgerelateerd, aan te merken als gelijkgestelde werkzaamheden. De regeling periodieke registratie wet BIG is hierop in aanpassing evenals de beoordelingskaders.

Instellingen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) hadden tot 1 december 2015 de tijd om hun **jaarrekening 2014** te deponeren (Kamerstuk 25 424, nr. 277). Uit cijfers van GGZ Nederland blijkt dat 75 à 80% van de ggz-instellingen die overwegend zorg in het

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Zorgverzekeringswet domein leveren, die deadline hebben gehaald. Een aantal ggz-instellingen is dit nog niet gelukt. Eind november hebben GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) te kennen gegeven dat een van de oorzaken hiervan is, dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders er niet in slagen tot overeenstemming te komen over hoe met een aantal resterende punten om te gaan. Daarop heeft de voorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) medio december vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij elkaar geroepen om op deze punten toch tot snelle, definitieve afspraken te komen op basis van redelijkheid en billijkheid. Gedurende dit proces werd duidelijk dat bij sommige punten de regelgeving zelf dergelijke afspraken in de weg staat. Zonder aanpassing van deze regels zijn deze afspraken niet altijd mogelijk, waardoor de betreffende instellingen hun jaarrekening 2014 niet kunnen deponeren en bovendien ook andere instellingen in financiële problemen kunnen komen.

De NZa heeft mij dit signaal doorgegeven en wil partijen hierin graag faciliteren. Ook ik hecht hieraan. Ik heb daarom besloten de NZa te vragen om de betreffende regels (rond de directe tijd van de hoofdbehandelaar en verblijfsprestaties) met terugwerkende kracht en in afstemming met partijen aan te passen. Met deze aanpassingen zouden zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat moeten zijn om op korte termijn op de resterende punten tot redelijke en billijke afspraken te komen. Ik roep hen hiertoe dan ook op.

In de vierde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg – aanpak fouten en fraude van 29 oktober jl. heb ik uw Kamer toegezegd om rond de jaarwisseling antwoord te geven op nog openstaande **vragen over de conceptbegroting 2016**.<sup>3</sup> Het ging ten eerste om de vraag hoeveel zorgfraudezaken dat momenteel in behandeling is bij het Openbaar Ministerie en welke sectoren het betreft (antwoord op vraag 19), en daarnaast om een specificatie van het aantal signalen dat in 2015 vanuit het Centraal Selectieoverleg Zorg bestuursrechtelijk dan wel strafrechtelijk is opgepakt (aanvulling op het antwoord op vraag 26).

Het OM/FP en de NZa hebben mij geïnformeerd over het aantal fraudesignalen dat in 2015 is voorgelegd in het Centraal Selectieoverleg Zorg (CSO Zorg). In het CSO Zorg wordt onder voorzitterschap van het OM/FP besloten welke zaken in aanmerking komen voor strafrechtelijke afdoening. In 2015 zijn er 22 signalen voorgelegd in het CSO Zorg, waarvan 17 door het OM/FP zijn geaccepteerd voor een strafrechtelijk onderzoek. Van de overige 5 signalen worden er 4 bestuursrechtelijk afgehandeld door de NZa en is er 1 aangehouden in afwachting van meer informatie. De fraudesignalen hebben met name betrekking op de AWBZ (vooral fraude met pgb's) en declaratiefraude. Om de voortgang van de onderzoeken niet te schaden, geeft het OM geen nadere informatie over welke specifieke (sub)sectoren het betreft.

Zoals ik in juni 2015 in de voortgangsbrief financiële arrangementen heb aangekondigd heb ik een evaluatie laten doen van **de uitvoering van de pilot met financiële arrangementen** voor geneesmiddelen. Het eindrapport van die evaluatie is als bijlage bij deze brief meegezonden<sup>4</sup>. Ik zal hier nog inhoudelijk op reageren in de volgende voortgangsbrief financiële arrangementen die u dit voorjaar zult ontvangen.

De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) heeft de eerste rapportage van **de monitor van de Kwaliteitsimpuls ziekenhuizen (KiPZ)** gereed. De monitor geeft een goed beeld van wat er in het eerste jaar bereikt is met de subsidieregeling. Gebleken is dat de ziekenhuis-

<sup>3</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 93.

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

branche vol aan de slag is gegaan met het strategisch opleidingsbeleid en het urgentiegevoel om te investeren in medewerkers is toegenomen. De KiPZ zorgt er ook voor dat opleidings- en personeelsbeleid zich op strategisch niveau verder ontwikkelt en op de agenda staat. De ondernemingsraad (OR) heeft een belangrijke rol, omdat deze moet instemmen met het gekozen beleid rondom investeringen in leerinterventies en doelgroepen medewerkers. Het meest genoemde strategische thema waar ziekenhuizen op inzetten is veiligheid en kwaliteit. Het gaat hierbij veelal om het leveren van zorg conform beroepsstandaarden, het excelleren in kwaliteit en het vergroten van de patiëntveiligheid in een snel veranderende omgeving. Een ander veelvoorkomend thema is management development: het ontwikkelen van leiderschapskwaliteiten en het beter kunnen sturen. Bepaalde strategische thema's vergen in een aantal gevallen nog meer aandacht, zoals digitalisering, E-health en het versterken van het kennisniveau van verpleegkundigen. Verder kunnen evaluatie en monitoring in de organisatie, het concretiseren van beleid en strategische personeelsplanning nog beter worden geborgd. De ziekenhuizen hebben aangegeven hiermee aan de slag te gaan.

Tijdens het Algemeen Overleg NVWA van 10 december 2015 heb ik u toegezegd het **onderzoek naar het gebruik en de waardering van voedselinformatie op de verpakking** toe te zenden. Hierbij doe ik u het rapport toekomen<sup>5</sup>.

Het onderzoek gaat in op het relatieve belang van voedselinformatie op de verpakking ten opzichte van andere factoren die een rol spelen bij de aankoopkeuze van consumenten (zoals smaak, versheid en prijs) en op het gebruik en de waardering van deze informatie door de consument. Een eerste indruk laat zien dat een aanzienlijke groep consumenten geen expliciete mening heeft over (de kwaliteit van) de informatie op verpakkingen. Bij de aankoop van levensmiddelen lijken aspecten als smaak, versheid en prijs een grotere rol te spelen in het aankoopproces. De resultaten van dit onderzoek en de bevindingen van de NVWA bij de handhaving op etikettering van voedingsmiddelen zullen de basis vormen voor een op te stellen «plan van aanpak etikettering». Dit plan van aanpak zal in dit voorjaar aan u worden toegezonden.

Tijdens het Algemeen Overleg NVWA heb ik u tevens toegezegd **nadere informatie te verstrekken over het decontaminatiemiddel Freebac D150** en over de signalen die de NVWA heeft over mogelijk oneigenlijk gebruik van dit middel in de visindustrie.

Freebac D150 is één van de vier middelen op basis van waterstofperoxide die onder de merknaam Freebac worden geproduceerd en vermarkt door de firma Aquamar in Urk. Een andere variant is het ontslijmingsmiddel Freebac-Mucusol. Omroep Gelderland maakte melding van een Nederlandstalige folder over Freebac D150, waarin de toelating van dit middel als decontaminatiemiddel voor vis wordt genoemd. Deze folder is ongedateerd, maar getuige de tekst stamt hij van vóór 2006: in 2006 werd immers Europese wetgeving van kracht die een eind maakte aan de toelating in Nederland van decontaminatie-middelen voor vis. Sindsdien wordt Freebac D150 volgens de fabrikant uitsluitend buiten Nederland verkocht. De indruk dat de NVWA kennis zou hebben van oneigenlijk gebruik van Freebac (of Freebac D150) in de visindustrie, kwam mede voort uit een mededeling van de NVWA op 12 november jl. aan Omroep Gelderland: *«Afgelopen jaar zijn ook bij de NVWA aanwijzingen gevonden dat ook decontaminatiemiddelen worden ingezet, zoals Freebac of verkeerd/ander gebruik van Mucusol»*. In werkelijkheid had de NVWA signalen uit het veld ontvangen dat er mogelijk sprake was van oneigenlijk gebruik van waterstofperoxide; of dit Freebac-Mucusol betrof,

<sup>5</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Freebac D150, één van de andere varianten van Freebac of mogelijk andere formuleringen van waterstofperoxide, is uit de signalen niet goed op te maken. Nader onderzoek van de NVWA in de visindustrie zal duidelijk moeten maken of dergelijk illegaal gebruik inderdaad plaatsvindt en welke middelen dit precies betreft. De NVWA zal optreden tegen illegaal gebruik van waterstofperoxide, ongeacht of dit Freebac in één van de genoemde vormen of andere formuleringen betreft.

In het AO Biotechnologie en Kwekersrecht op 10 april 2014 (Kamerstuk 27 428, nr. 281) is door de Staatssecretaris van Economische Zaken de toezegging gedaan om een **onderzoek van de Europese Commissie over ggo-vrije etikettering** aan uw Kamer toe te sturen. Gezien mijn verantwoordelijkheid voor de etikettering van levensmiddelen stuur ik u hierbij het rapport. Het onderzoek behelst een vergelijking van bestaande nationale etiketteringwetgeving, met als mogelijk doel een voorstel tot harmonisatie van deze wetgeving. De Europese Commissie (EC) stelt in het rapport dat er grote verschillen tussen lidstaten zijn in de scope, de definitie, de voorschriften en de manier waarop de naleving van de etikettering worden gecontroleerd. Daarnaast stelt de EC dat de producten met een ggo-vrij etiket veelal lokaal of nationaal worden verkocht. Mede daarom concludeert de EC dan ook dat er geen noodzaak is om over te gaan tot harmonisatie binnen de Europese Unie. Nederlandse producenten hebben sinds 1997 de mogelijkheid om levensmiddelen te etiketteren als ggo-vrij met de tekst «bereid zonder gentechiek». De voorschriften voor het gebruik van deze tekst zijn vastgelegd in het Warenwetbesluit Nieuwe voedingsmiddelen.

Op 15 december 2015 heeft het Zorginstituut **het rapport Anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten** aan mij aangeboden (de MINT-studie, zie bijlage<sup>6</sup>). In verband met het aflopen van de voorwaardelijke toelating per 1 januari 2016 van deze interventie heeft het Zorginstituut beoordeeld of deze zorg, gelet op de resultaten van het in de periode van voorwaardelijke toelating uitgevoerde onderzoek, voldoet aan «de stand van de wetenschap en praktijk». Het Zorginstituut concludeert op grond van de resultaten van de MINT-studie dat de toevoeging van radiofrequente frequente denervatie (RF) aan het multidisciplinaire oefenprogramma bij de daarvoor geselecteerde patiënten geen klinische relevante meerwaarde heeft op de korte en middellange termijn ten opzichte van het oefenprogramma alleen. Dit betekent dat de behandeling bij de betreffende indicaties niet in het basispakket kan worden opgenomen hetgeen tot gevolg heeft dat de behandeling vanaf 1 januari 2016 niet langer ten laste van de basisverzekering mag worden vergoed.

Gezien de inrichting van het voorwaardelijke toelatingstraject, zijn de resultaten van het effectiviteitsonderzoek aan de hand waarvan het Zorginstituut het standpunt heeft bepaald, niet eerder dan eind 2015 bekend geworden. Patiënten kunnen derhalve pas vanaf het uitbrengen van deze brief geïnformeerd worden over het feit dat uit onderzoek blijkt dat RF-denervatie als pijnbestrijding bij aspecifieke lage rugklachten geen toegevoegde waarde heeft en dat die behandeling daarom vanaf 1 januari 2016 niet meer vanuit de basisverzekering wordt vergoed (zie ook §5.2 van het standpunt). Wel zijn patiënten bij aanvang van het traject erop gewezen dat de behandeling mogelijk per 1 januari 2016 niet meer vergoed zal worden. Voor lopende gevallen wordt voorzien in een afbouwtraject voor patiënten die voor 1 januari 2016 al in een behandeling zaten. Het gaat dan om patiënten die eind 2015 in behandeling zijn bij de medisch specialist, hun eerstvolgende vervolfgafspraak in 2016 hebben en

<sup>6</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

in de verwachting zijn dat zij – afhankelijk van hun pijnklachten – nog met RF-denervatie zullen worden behandeld. Deze afspraak moet de behandelend arts benutten om de patiënt erover te informeren dat uit onderzoek is gebleken dat RF-denervatie als pijnbestrijdingstechniek bij chronische aspecifieke lage rugklachten geen toegevoegde waarde heeft en daarom (mede gezien het invasieve karakter) niet meer vergoed wordt. Als de behandelend arts tot de conclusie komt dat het nog één keer aangewezen is respectievelijk medisch verantwoord is om RF-denervatie aan te bieden, dan valt deze behandeling ook onder het afbouwtraject. Dit kan vooral een rol spelen bij patiënten die reeds jarenlang met RF-denervatie zijn behandeld. De behandelend arts en de patiënt bespreken bovendien welk passend, nieuw behandeltraject verder gevolgd kan worden ter behandeling van de pijnklachten. Op deze manier wordt het traject van voorwaardelijke toelating op een zorgvuldige wijze ten laste van de basisverzekering afgewikkeld.

In de verzamelbrief van 30 oktober 2015 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 15) heb ik aangegeven te verkennen op welk moment de overgang van het huidige naar het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in de nieuwe opzet verantwoord plaats kan vinden. **Het vernieuwde bevolkingsonderzoek** kan op 1 januari 2017 van start gaan. Deze datum is afgestemd met alle betrokken partijen. De continuïteit van het huidige bevolkingsonderzoek blijft gedurende 2016 gewaarborgd.

Hierbij stuur ik u **het rapport «Spoed moet goed»<sup>7</sup>**: indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties» van het Kwaliteitsinstituut (onderdeel van Zorginstituut Nederland) van 16 december 2015 toe. Het bijgevoegde rapport bevat indicatoren en normen met betrekking tot de zorg die binnen het ziekenhuis wordt verleend bij de volgende zes spoedindicaties: heupfractuur, gescheurde buikslagader (aneurysma), acuut hartinfarct, CVA (beroerte), multitrauma (meerdere letsels opgelopen door een ernstig ongeval) en geboortezorg. Omdat de veldpartijen er niet in zijn geslaagd om het gezamenlijk eens te worden over de indicatoren en normen voor vijf van deze spoedindicaties (alle behalve geboortezorg), heeft het Kwaliteitsinstituut in dit traject voor het eerst zijn «doorzettingsmacht» (de wettelijke bevoegdheid om de regie over te nemen) ingezet. Ik vind het positief dat het Kwaliteitsinstituut erin is geslaagd om deze indicatoren en normen vast te stellen en op deze manier een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de spoedzorg. De indicatoren en normen die in dit rapport zijn opgenomen zullen worden meegenomen bij het opstellen van het Kwaliteitskader Spoedzorg, waarin landelijke afspraken zullen staan over hoe de spoedzorg het beste regionaal kan worden georganiseerd. Het kwaliteitskader wordt op dit moment opgesteld. Bij de ontwikkeling zijn 11 veldpartijen betrokken (NPCF, ZN, NHG, LHV, InEen, Ambulancezorg, NVZ, NFU, FMS, SEH-artsen en LNAZ). Het Kwaliteitsinstituut streeft ernaar het Kwaliteitskader Spoedzorg eind 2016 vast te stellen.

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

---

<sup>7</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).