

## **Samenvatting van de voor de FHI branche mogelijk relevante onderdelen uit de miljoenennota**

### **Budgettair Kader Zorg**

Ten opzichte van de raming uit de Miljoenennota 2017 is de raming van de prijs nationale bestedingen bij het CEP 2017 naar boven bijgesteld. Het BKZ is hierdoor verhoogd met 604 miljoen euro. Het kabinet heeft voor 2018 zorgakkoorden gesloten met de sectoren medisch-specialistische zorg (MSZ), huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, wijkverpleging en paramedische zorg. Ook zijn bestuurlijke afspraken gemaakt met de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Door de gematigde groei die is afgesproken vallen de geraamde zorguitgaven vanaf 2018 280 miljoen euro lager uit. Om de bestuurlijke afspraken voor 2018 tot stand te brengen met een aantal sectoren binnen de Zvw heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor een aantal gerichte intensiveringen, zoals het versterken van het eerstelijns verblijf.

Met ingang van 13 januari 2017 is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg van kracht. In de brief van 13 januari 2017 heeft het kabinet incidenteel 100 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de verpleeghuislocaties waar betere kwaliteit het hardste nodig is. Daarnaast heeft het kabinet bij

Voorjaarsnota besloten om vanaf 2017 structureel 100 miljoen euro beschikbaar te stellen voor de verbetering van de kwaliteit in de verpleeghuizen op basis van het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In de begroting 2018 zijn de kosten voor de volledige invoering van het kwaliteitskader verwerkt. Het uitgangspunt daarvoor is dat instellingen zich ontwikkelen tot de best presterende instellingen. Voor de jaren 2018–2022 geldt een ingroeipad. Dit ingroeipad hangt vooral samen met de beschikbaarheid van personeel en de absorptiecapaciteit van de verpleeghuizen. De bekostiging van de verpleeghuizen wordt aangepast om de ontwikkelopgave naar best presterende instellingen te realiseren. De structurele kosten van het kwaliteitskader komen uit op ruim 2 miljard euro.

De invoering van het kwaliteitskader levert een forse ontwikkelopgave op voor de verpleeghuissector. De instellingen moeten hun bedrijfsvoering aanpassen, zich ontwikkelen tot de best presterende instellingen en voldoen aan de normen voor de personeelssamenstelling. Daarvoor wordt rekening gehouden met een transitie van vier jaar en de bijbehorende transitiekosten van 125 miljoen euro per jaar in de periode 2018 tot en met 2021. Een deel van de transitiekosten (67,5 miljoen euro in 2018 tot en met 2021) wordt ingezet voor arbeidsmarktbeleid. Daarnaast zijn er uitvoeringskosten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Wlz-uitvoerders.

### **Curatieve zorg**

Om de zorguitgaven ook in 2018 te beheersen zijn een reeks afspraken gemaakt met patiënten, zorgverleners en verzekeraars. In deze afspraken staan maatregelen om de kwaliteit en service van de zorg verder te verbeteren. Hiermee is voor een nieuw kabinet de weg geëffend om de zorg betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden. Het hoofdlijnenakkoord voor de medisch-specialistische zorg, dat eind 2017 afloopt, is met een jaar verlengd. Om de kostengroei te beteugelen is voor 2018 een maximum groeipercentage van 1,6 procent afgesproken. Dit is een hoger toegestane groei dan voorgaande jaren. Het extra geld is onder meer nodig om de druk op ziekenhuizen te verlichten als gevolg van de ontwikkeling van nieuwe dure geneesmiddelen en de toeloop van kwetsbare ouderen in de acute zorg. Het is belangrijk dat mensen de juiste zorg krijgen op de juiste plek. Zo richten zorgverzekeraars in overleg met zorgaanbieders regionale loketten in, die huisartsen en ziekenhuizen

snel helpen bij het vinden van een juiste plek voor patiënten. Dergelijke initiatieven moeten leiden tot vermindering van onnodige opname van bijvoorbeeld kwetsbare ouderen in ziekenhuizen en er voor zorgen dat mensen, zodra ze het ziekenhuis kunnen verlaten, de beste zorg krijgen. Dat vraagt om meer bedden in de eerste lijn. Eerstelijnsverblijven bieden onder meer zorg aan mensen die door een ziekte even niet meer thuis kunnen wonen. Zij hoeven dan niet naar het ziekenhuis. Ook voor kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname nog niet terug naar huis kunnen, is een eerstelijnsbed een uitkomst. In 2016 deden ongeveer 28.000 ouderen een beroep op deze vorm van kortdurende zorg. Dat is 5.500 meer dan in 2015. Vanaf 2017 heeft het huidige kabinet 55 miljoen euro vrijgemaakt voor extra bedden en de daarbij behorende organisatie. Hiermee is in totaal 315 miljoen euro beschikbaar voor 2018. Het budget voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de eerste lijn mag in 2018 met 2,5 procent groeien. Ook is extra geld gereserveerd om zorg die nu nog in het ziekenhuis wordt geleverd, waar mogelijk naar de eerste lijn te verplaatsen (75 miljoen euro). Het verminderen van de bureaucratie blijft prioriteit, zodat huisartsen meer tijd hebben voor kwetsbare ouderen en andere patiënten, zorg in achterstandswijken, avond-, nacht- en weekendzorg en samenwerking in de eerste lijn. Ook met andere sectoren zijn afspraken gemaakt over het verminderen van de regeldruk en het verbeteren van de informatievoorziening om samenwerking tussen aanbieders te bevorderen. Kenmerk van de werkwijze is dat vanuit de praktijk wordt aangegeven welke regels weg kunnen of zelfs moeten.

### **Verpleeghuiszorg**

Het kabinet maakt geld vrij voor de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg stelt hogere eisen aan kwaliteit van zorg. Het kwaliteitskader, dat het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) heeft vastgesteld, is sinds 13 januari 2017 van kracht. Het bevat normen voor goede zorg, waaronder normen voor personeel, waarbij kwetsbare ouderen meer centraal staan. Voor ouderen en hun naasten is nu duidelijk wat zij mogen verwachten van de verpleeghuiszorg. Van vrijblijvendheid is geen sprake; verpleeghuizen zullen de komende jaren via een continu leerproces moeten toewerken naar een hogere kwaliteitsstandaard.

Het kabinet heeft in 2017 incidenteel 100 miljoen beschikbaar gesteld voor de verpleeghuizen waar de verbetering van kwaliteit het hardste nodig is. Daarnaast is bij Voorjaarsnota vanaf 2017 structureel 100 miljoen euro vrijgemaakt voor de verbetering van de kwaliteit op basis van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In aanvulling hierop maakt het kabinet vanaf 2018 335 miljoen euro vrij, zodat verpleeghuizen het kwaliteitskader verder kunnen implementeren en het aantal «handen aan het bed» op korte termijn al kan toenemen. De kosten van de implementatie van het kwaliteitskader lopen op tot structureel ruim 2 miljard euro. Omdat verpleeghuizen tijd nodig hebben om goed personeel te werven op de krapper wordende arbeidsmarkt en omdat personeel deels nog opgeleid moet worden, duurt het enkele jaren voordat de uitgaven op het structurele niveau liggen.

Voor de scholing van dit personeel stelt het kabinet over de periode 2017–2021 in totaal 275 miljoen euro beschikbaar. De kosten in 2018 worden gedekt binnen de VWS-begroting. Voor de jaren daarna kan het volgende kabinet besluiten hoe de kosten worden gefinancierd. Het kabinet heeft verder opdracht gegeven om ambtelijk technisch uit te werken hoe de regering de wettelijke bevoegdheid kan krijgen om te toetsen of de (uitzonderlijke) gevolgen van kwaliteitsstandaarden – zoals de uitvoerbaarheid en budgettaire impact – aanvaardbaar zijn. Op dit moment is deze bevoegdheid er niet. Op basis van deze voorstellen kan een volgend kabinet een besluit nemen.

Er komt een nieuwe bekostigingssystematiek die past bij de ontwikkelopgave voor de sector. Het nieuwe kwaliteitskader betekent een ontwikkelopgave voor de verpleeghuissector. Alle verpleeghuizen zullen zichzelf moeten ontwikkelen om meer van het beschikbare budget in te zetten voor zorg en voldoende extra personeel om zo aan de normen te voldoen. Om deze ontwikkeling te stimuleren en te kunnen realiseren zullen de bekostigingsmethodiek en de tarieven zo nodig worden aangepast. De komende jaren zal dit nieuwe model nader worden ontwikkeld, zodat Wlz-uitvoerders hun zorginkoop hierop kunnen gaan baseren.

### **Transparantie**

Onder regie van het Zorginstituut moet voor de helft van de aandoeningen binnen vijf jaar duidelijk zijn welke invloed behandelingen voor deze aandoeningen op het leven kunnen hebben. Zodat mensen weloverwogen kunnen kiezen of zij behandeld willen worden en duidelijk is wat de gevolgen van een behandeling zijn. Om dit te bereiken is het nodig dat patiënten aan hun artsen vertellen wat de resultaten van hun behandeling zijn geweest, zodat andere artsen en patiënten hiervan gebruik kunnen maken. Dit helpt hen om samen te beslissen over de best passende zorg. Internationaal zijn er al instrumenten ontwikkeld om de gevolgen van behandelingen te meten. Deze instrumenten kunnen we in Nederland gebruiken.

In het najaar van 2017 starten we hiervoor een proefproject, zodat de instrumenten vanaf 2018 landelijk gebruikt kunnen worden. Informatie over kwaliteit en uitkomsten van zorg kan onderdeel worden van de meerjarige contracten die verzekeraars afsluiten met zorgaanbieders. Mensen moeten tot slot makkelijker kunnen kiezen uit het polisaanbod van zorgverzekeraars. De NZa gaat daarom scherper toezien op meer helderheid in het aanbod. Zorgverzekeraars moeten hierover informatie bieden, zowel voor hun basispakket als voor de aanvullende polis.

### **Dure geneesmiddelen**

Dure geneesmiddelen zijn toegankelijker en beter betaalbaar als ziekenhuizen en zorgverzekeraars de krachten bundelen. Met onze geneesmiddelenvisie hebben we een plan van aanpak gemaakt en ook op internationaal niveau hebben we het onderwerp geagendeerd. Doel is dat nieuwe medicijnen sneller beschikbaar komen, tegen maatschappelijk aanvaardbare prijzen. Nederland, België, Luxemburg en Oostenrijk werken op dit gebied al samen. Zo worden potentieel belangrijke farmaceutische innovaties in kaart gebracht vóóordat ze op de markt komen. Dit geeft tijdig inzicht in verwachte kosten van geneesmiddelen en biedt mogelijkheden om tijdig (gezamenlijke) prijsonderhandelingen voor te bereiden. Het instrument van de voorwaardelijke toelating wordt aangepast zodat innovatieve zorg eerder onderdeel kan worden van het basispakket.

### **Langdurige zorg en ondersteuning**

Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig en het liefst thuis blijven wonen. Met zorg en ondersteuning die daarop aansluit. Zodat ze zo lang en zo veel mogelijk de regie over hun leven kunnen voeren. Als het thuis niet meer kan, is er plek in een verpleeghuis. Mensen mogen daar verwachten dat de zorg goed en veilig is, zodat ze zich vertrouwd, geborgen en gekend voelen. De bewoners moeten centraal staan in de zorg. Het gaat er om hoe zij hun leven willen leiden. Dat betekent vooral luisteren naar wat mensen nodig hebben en willen en daar samen met de familie de zorg op afstemmen.

Vanaf 2018 komt jaarlijks extra geld beschikbaar voor verpleeghuiszorg. Naar huidige inzichten kan

dit oplopen tot ruim 2 miljard euro per jaar. Dit leidt er mede toe dat vanaf volgend jaar extra mensen in de verpleeghuiszorg aan de slag kunnen. Dit kan ook door kleine contracten van bestaande medewerkers uit te breiden. Hierdoor neemt het aantal extra handen aan het bed snel toe. Met deze maatregel kunnen verpleeghuizen gaan voldoen aan de nieuwe kwaliteitseisen voor verpleging en verzorging zoals opgenomen in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het is primair aan de sector zelf om aan de slag te gaan met de gewenste vernieuwing en te leren van de goede voorbeelden. De nieuwe normen voor goede en liefdevolle verpleeghuiszorg hebben gevolgen voor de wijze van toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toezicht moet zich richten op goede en persoonlijke zorg. Daarover moeten toezichthouders het gesprek aangaan met zorgverleners.

## **Dementie**

Nederland vergrijsd en het aantal mensen met dementie neemt de komende decennia sterk toe. Nu al wordt het aantal mensen met dementie geschat op 270.000. Dit zal binnen twintig jaar toenemen tot ongeveer 500.000 mensen. Zij verliezen langzaam maar zeker de regie over hun eigen leven, worden afhankelijk van partner of kinderen en overlijden uiteindelijk na een periode van intensieve zorg. Dit trekt een zware wissel op het leven van mensen met dementie en hun familieleden.

In het Deltaplan Dementie trekken alle betrokken partijen, zoals de overheid, bedrijfsleven, wetenschappers, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, onderwijsinstellingen en dienstverleners, samen op. Met elkaar gaan we de uitdagingen aan waar de toename van deze ernstige ziekte ons nu en in de toekomst voor stelt. We doen dit onder meer door onderzoek, verbetering van de zorg voor dementerenden, door de samenleving «dementievriendelijker» te maken en internationaal samen te werken en ervaringen uit te wisselen.

## **Verpleging en verzorging**

Met goede ondersteuning thuis en wijkverpleging lukt het steeds beter om mensen in hun eigen huis zo goed mogelijk te ondersteunen en te verzorgen. Om deze zorg dichtbij mensen verder te verbeteren, hebben we een akkoord met alle betrokken partijen in de wijkverpleging gesloten. De wijkverpleging gaat zich nog meer richten op de persoonlijke wensen en behoeften van mensen. Tevens krijgen wijkverpleegkundigen meer ruimte om hun vak uit te oefenen en zich verder te ontwikkelen. Dat maakt hun werk aantrekkelijker.

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdzorg en voor een deel van de zorg en ondersteuning aan langdurig zieken en ouderen. Gemeenten kunnen immers, beter dan de rijksoverheid, nagaan wat mensen daadwerkelijk nodig hebben om een kwalitatief goed leven te leiden. De rijksoverheid blijft daarnaast verantwoordelijk voor de Wet langdurige zorg. Zorgverzekeraars gaan over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, waaronder ook de wijkverpleging valt. In de eerste jaren na de decentralisatie is ingezet op een zorgvuldige overgang van taken, waarbij continuïteit van zorg voorop stond. Nu werken de gemeenten hard om de zorg daadwerkelijk te vernieuwen. Het is zaak dat cliënten de verbeteringen daadwerkelijk gaan merken. Dit vraagt om verdere professionalisering en meer samenwerking tussen zorgverleners in de sociale en medische zorg, onder regie van de gemeenten.

Punt van aandacht is ook dat door de decentralisatie de administratieve lasten hoog zijn opgelopen. Er worden nu voorbereidingen getroffen om deze drastisch te laten afnemen. Daarvoor bereiden we een aanpassing van de wet voor.

## **Innovatie**

Zorg kan niet meer zonder goede en veilige informatie (-uitwisseling) en ondersteunende ICT. Het is aan de overheid om voorwaarden te stellen aan een juiste balans tussen kwalitatief betere zorg door informatie te delen en slimme, technologische vernieuwing aan de ene kant en zeggenschap over gegevens, beveiliging en privacy aan de andere kant. Innovatie en het stimuleren van de inzet van e-health zijn een belangrijk onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden die zijn gesloten met de medisch specialistische zorg en met de geestelijke gezondheidszorg.

E-health helpt mensen makkelijker de regie te voeren over hun leven en gezondheid. Zorg is niet meer per se gebonden aan tijd of plaats, maar kan in de eigen omgeving worden georganiseerd. Patiënten met chronische aandoeningen kunnen met behulp van slimme technologie, zoals beeldschermzorg en domotica, blijven werken en meedoen. En mensen met geestelijke gezondheidsproblemen kunnen soms sneller

online worden geholpen door een professional, zodat ze weer verder kunnen met het dagelijks leven. In de verpleeghuiszorg kan e-health eveneens de kwaliteit van leven van mensen verbeteren. Hoewel face to face contact altijd blijft bestaan, kunnen zorgverleners online vaker contact met patiënten hebben. Dankzij innovatie hebben zorgverleners meer tijd over om patiënten en cliënten aandacht te geven, terwijl de zorg betaalbaar blijft. De bedoeling is dat in 2020 alle Nederlanders digitaal toegang hebben tot hun eigen medische gegevens. Het programma Medmij zorgt ervoor dat iedereen die dat wil, op een veilige en vertrouwde manier kan beschikken over zijn gezondheidsgegevens.

Daarnaast is voor de jaren 2017–2019 in totaal 100 miljoen euro vrijgemaakt voor het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP). Daarmee stimuleren we ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere zorginstellingen de patiënt toegang te geven tot de eigen medische gegevens. Ook met de geestelijke gezondheidszorg is afgesproken te investeren in betere voorziening en uitwisseling van informatie, zowel tussen zorgverleners en hun patiënten als tussen zorgverleners onderling. Om patiënten in de geestelijke gezondheidszorg gemakkelijk inzicht te geven in hun gegevens, is voor 2018 een bedrag van 25 miljoen euro beschikbaar.

## **Cybercrime**

Met de digitalisering verandert ook de criminaliteit. Cybercrime is een reële dreiging voor verschillende sectoren, waaronder de zorg. Om de gegevens en systemen in de zorg beter te beveiligen is er sinds 1 april 2017 een Computer Emergency Response Team voor de zorg (Z-CERT) actief dat helpt bij ICT-incidenten in de zorg. De Z-CERT kan bij cyberincidenten snel in actie komen en deelt kennis om de impact van incidenten, zoals diefstal en gijzeling van patiënt- en personeelsgegevens en verstoring van ICT-systemen, te beperken. VWS ondersteunt dit met een startsubsidie. Tevens hebben wij in juni 2017 het Actieplan (informatie-) beveiliging patiëntgegevens naar de Kamer gestuurd. Het voornaamste doel is om tot een verbetering van de informatiebeveiliging en privacybescherming te komen.

Daarnaast voorziet VWS zorginstellingen van informatie om zich voor te bereiden op de invoering van de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming in 2018 (de AVG vervangt de Wet bescherming persoonsgegevens). De AVG zorgt ervoor dat de bescherming van persoonsgegevens in Europa zoveel mogelijk gelijk is en dat er voldoende waarborgen zijn, zodat burgers nog beter kunnen vertrouwen op beschermde verwerking van hun persoonsgegevens. Wij onderzoeken op dit

moment wat verder nodig is op het terrein van cybersecurity in de zorg om aan deze toenemende dreiging het hoofd te bieden. Het heeft komend jaar prioriteit om samen met de sector de systeem- en gegevensbeveiliging naar een hoger niveau te tillen.

### **VWS monitor**

In 2016 is begonnen met de ontwikkeling van de VWS monitor. Het doel van deze monitor is meer inzicht te krijgen in de gesteldheid van de Nederlandse gezondheidszorg en om duidelijk maken of er reden is voor bijsturing van beleid. De VWS-monitor bevat (maatschappelijke) doelstellingen met indicatoren voor de verschillende levensfasen en heeft een signalerende werking. Via

<https://www.hetzorgverhaal.nl/vws-monitor-2017> is het overzicht te vinden met daarin de meest actuele cijfers en tijdreeksen van de gekozen indicatoren.

De bron voor deze indicatoren is de Staat van VenZ. De keuze van indicatoren vindt daarom plaats in overleg met het samenwerkingsverband voor de Staat van VenZ. Deze begroting bevat, conform de toezegging van het WGO jaarverslag 2016, de VWS-monitor aangevuld met een eerste proeve van enkele referentiewaarden, mede gebaseerd op het advies van de samenwerkende partijen in de Staat van VenZ. Gelet op de demissionaire status van het kabinet is er gekozen voor «referentiewaarden» in plaats van «streefwaarden». Het resultaat van deze eerste proeve is te vinden via <https://www.hetzorgerhaal.nl/vws-monitor-2017>. Aan de hand van enkele indicatorwaarden gerelateerd aan referentiewaarden en trends, kan een indruk worden gegeven hoe het ervoor staat met de Nederlandse gezondheidszorg en de ontwikkeling ten opzichte van de referentiewaarden.

Wat betreft verdere aanpassingen in de monitor voor 2018 is er geen uitgebreide herziening van de monitor in de begroting opgenomen. Het eventueel herformuleren van de doelstellingen, het toevoegen van nieuwe indicatoren en streefwaarden, is aan het volgende kabinet. De cijfermatige invulling van de VWS-monitor is wel geactualiseerd. Daarnaast is aan de samenwerkende partijen in de Staat VenZ gevraagd te reflecteren en te adviseren op de aspecten die zijn benoemd in het «Verslag van de werkgroep verbetering begroting en jaarverslag VWS» van 27 oktober 2016 (TK 31 865 nr. 87). Dit advies wordt in het najaar van 2017 aan de Tweede Kamer verzonden. Daarmee is de basis gelegd voor een verdere verbetering van de VWS monitor.

Een belangrijk onderdeel van de verdere verbetering is de wens om meer de uitkomst van de zorg in kaart te brengen. In 2018 zullen de mogelijkheden worden onderzocht van het toevoegen van geschikte en beschikbare uitkomst-indicatoren; samen met de medisch-specialistische zorg wordt er momenteel gewerkt aan het vergroten van inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg en aan het meer gebruiken van uitkomst-indicatoren («Onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2018» (TK 29 248 nr. 303) respectievelijk «Kwaliteit van Zorg» (TK 31 765 nr. 263). Daarnaast zal worden onderzocht of (uitkomsten van) zorg zinvol kunnen worden gerelateerd aan thema's als arbeidsmarktpositie en gezondheid.

### **Internationale toetsing klinisch geneesmiddelenonderzoek**

Naar verwachting zal in 2018 worden gestart met een gezamenlijke Europese aanpak van toetsing van klinisch geneesmiddelenonderzoek op basis van de in 2014 tot stand gekomen verordening (EU-536/2014). De toetsing zal niet langer door alle lidstaten apart worden uitgevoerd, maar door één rapporterend lidstaat. Deze nieuwe werkwijze zorgt voor meer efficiëntie en Europese

samenwerking, maar vraagt van de rapporterende lidstaat wel een coördinerende rol in het bij elkaar brengen van dossiers vanuit de verschillende lidstaten.

De ambitie is dat in Nederland met de nieuwe werkwijze minimaal hetzelfde aantal klinische studies met geneesmiddelen wordt uitgevoerd als nu al het geval is. Voor multinationale studies die deels in Nederland worden uitgevoerd, wil Nederland voor 25% van deze studies rapporterend lidstaat zijn. Om de huidige vooraanstaande positie van Nederland op het gebied van medisch-ethische toetsing te behouden wordt in 2018 een nieuwe werkwijze opgezet.

De doelstelling is dat de toetsing efficiënt en integraal gebeurt en voldoet aan de eisen die nodig zijn om rapporterend lidstaat te kunnen zijn. De toetsing wordt belegd bij erkende medisch-ethische toetsingscommissies, met ondersteuning vanuit de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO). De CCMO heeft een uitbreiding gekregen van wettelijke taken en bevoegdheden om ook de nieuwe taken onder de Europese Verordening uit te kunnen voeren.

### **Financiering van de regionale centra voor prenatale screening**

De huidige technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de prenatale screening, waardoor het mogelijk is om eerder in de zwangerschap eventuele aandoeningen bij het ongeboren kind op te sporen, maken het belang van goede informatie en goede kwaliteit van counseling steeds groter. Daardoor is ook behoefte aan meer (financiële) sturing. In plaats van financiering vanuit een opslagtarif uit de Zvw, zal financiering vanaf 1 januari 2018 plaatsvinden door middel van een subsidie via de begroting. Aan de subsidieverlening kunnen kwalitatieve en kwantitatieve voorwaarden worden verbonden aan de kwaliteitsbewaking door én de besturing van de regionale centra. Bovendien wordt zo duidelijker onderscheid gemaakt tussen de screeningstaken van de rijksoverheid op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) en de verantwoordelijkheid van zorgverleners ten aanzien van het verlenen van goede zorg aan zwangeren.

### **Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT)**

Tijdens de zwangerschap kan met de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) onderzocht worden of het ongeboren kind mogelijk downsyndroom, edwardsyndroom of patausyndroom heeft. Sinds 1 april 2017 loopt een implementatieonderzoek naar de NIPT als primaire screening in plaats van de combinatietest (CT). Uiterlijk in het voorjaar van 2019 zal worden beslist over het al dan niet opnemen van de NIPT in het basispakket. In afwachting van dit besluit zal in de tussentijd de bekostiging van de NIPT in 2018 en 2019 lopen via een subsidieregeling (€ 26 miljoen per jaar).

### **Subsidieregeling borstprothesen transgenders**

Bij de meerderheid van de man-vrouw transgenders is, ook na hormonale therapie, te weinig borstweefsel aanwezig om een voldoende vrouwelijk profiel te hebben. Transgenders ervaren dit als een ernstige belemmering bij hun transitie. Vergoeding via de Zorgverzekeringswet (Zvw) is niet mogelijk gebleken. Een subsidieregeling voor vergoeding van borstprothesen bij transgenders vanuit emancipatieperspectief heeft als doel om dit probleem weg te nemen (TK 29 689, nr. 832).

### **Onderzoeksinfrastructuur Prinses Maxima Centrum (PMC)**

Om overlevingskansen voor kinderen met kanker te verbeteren is wetenschappelijk onderzoek van cruciaal belang. Om de doelmatigheid en opbrengsten van het onderzoek te verbeteren wordt in 2018 ingezet op het onder één dak brengen van kinderoncologische zorg en hoogwaardig onderzoek. Hiertoe wordt een researchorganisatie opgericht die wordt ondergebracht bij het PMC. Er wordt een

subsidie verleend voor het bekostigen van de research infrastructuur in het algemeen (zoals het bekostigen van een deel van de vaste staf), de preklinische research infrastructuur (zoals de aanschaf van specifieke microscopen die gebruikt kunnen worden voor beeldvorming in cellen, tumoren en organen) en de klinische research infrastructuur (zoals het opzetten en uitbouwen van trialcentrum).

### **Hulpmiddelen**

Kwaliteit loont en dat geldt ook voor hulpmiddelenzorg. Het juiste hulpmiddel bij de juiste patiënt – eenvoudig waar het kan en ingewikkeld waar nodig – is beter voor de patiënt en complicaties kunnen zo worden voorkomen. Dat is doelmatiger en gaat ook verspilling van middelen tegen. Op kleine schaal zijn de besparingen verkend of evident, maar veelal ontbreken harde cijfers over de potentiële baten van goede hulpmiddelenzorg. Zo is meestal niet duidelijk hoeveel zorg in voor de eerste lijn (bijvoorbeeld verpleging) of tweede lijn (behandeling) wordt voorkomen. Voor zorgverzekeraars is deze informatie belangrijk voor een doelmatige zorginkoop.

De onderzoekskosten voor effectmeting (denk onder andere aan diabetes- en stomahulpmiddelen en dieetvoeding buiten het ziekenhuis) worden geraamd op circa € 0,2 miljoen per programma. Uitgaande van circa 15 programma's worden de totale kosten geraamd op 3 miljoen. Met ondersteuning van deze programma's worden de baten zichtbaar en willen we een meer integrale benadering stimuleren die meer op uitkomsten stuur.

### **Zwangerschap en geboorte**

De recente cijfers over de perinatale sterfte laten zien dat er in Nederland sprake is van een dalende trend. De cijfers uit verschillende andere Europese landen laten zien dat een verdere daling van de perinatale sterfte mogelijk is. De komende jaren zal daarom worden ingezet op het doorvoeren van verdere verbeteringen in de geboortezorg. In 2018 is hiervoor in totaal circa € 5,3 miljoen beschikbaar. Een deel hiervan gaat als subsidie naar het College Perinatale Zorg (CPZ) en Perined (de gefuseerde organisatie van de Perinatale Audit Nederland (PAN) en Perinatale Registratie Nederland (PRN) gesubsidieerd. Perined zorgt ervoor dat de afzonderlijke registraties (van de verschillende beroeps-groepen) worden gekoppeld, waardoor een sectorbrede perinatale registratie ontstaat, die mogelijkheden biedt voor onderzoek, vergelijkingen en indicatoren op basis waarvan verbeteringen kunnen worden doorgevoerd. Daarnaast ontvangt Perined middelen voor de perinatale audit. CPZ geeft richting aan de beste geboortezorg voor moeder en kind op basis van de adviezen van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte «Een goed begin»(2010).

Een ander deel wordt beschikbaar gesteld om zorgprofessionals binnen de geboortezorg in staat te stellen hun ICT-infrastructuur patiëntgericht te maken, zodat de patiënt toegang krijgt tot zijn gegevens en deze kan gebruiken voor regie over zijn gezondheid en om digitaal gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals mogelijk te maken. Verder is er voor de periode 2017–2021 € 20 miljoen beschikbaar voor de voortzetting van het ZonMw-programma Zwangerschap en geboorte op basis van de nieuwe onderzoeksagenda «Een gezonde start voor moeder en kind; Integrale zorg rondom zwangerschap en geboorte». De middelen voor dit ZonMw-programma zijn overgeheveld naar artikel 4.

### **Stimuleren E health en versterken inzet ICT ggz**

In de nieuwe afspraken «aanpak wachttijden ggz» (2018) is afgesproken om de inzet van e-health in de ggz te stimuleren en te investeren in informatievoorziening zoals een verbeterde uitwisseling

tussen zorgver-leners en hun patiënt en zorgverleners onderling. Hiervoor is in 2018 en 2019 jaarlijks een bedrag van € 25 miljoen beschikbaar.

### **Doelmatigheid UMC's/Citrienfonds**

Vanaf 2014 is voor een periode van 5 jaar een bedrag van € 25 miljoen beschikbaar gesteld aan de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) voor projecten die een bijdrage leveren aan een duurzame gezondheidszorg. Dit gebeurt in de vorm van een fonds, genaamd het Citrienfonds. De UMC's werken via het Citrienfonds samen met stakeholders aan duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de zorg vanuit hun maatschappelijke rol als innovators van de gezondheidszorg. Door het fonds wordt aan de belangrijkste uitdaging van dit moment gewerkt, namelijk ervoor zorgen dat de kwaliteit van de zorg goed blijft of zelfs nog beter wordt én dat de zorg ook in de toekomst betaalbaar blijft.

In samenpraak met de NFU zijn 5 thema's gekozen: Registratie aan de bron, Naar regionale oncologienetwerken, doen of laten? Terugdringen van onnodige zorg, Sturen op kwaliteit en E-health. ZonMw coördineert dit. In 2020 zal worden geëvalueerd in welke mate de doelstellingen zijn behaald.

### **Experiment Topzorg**

Met het experiment TopZorg subsidieert VWS gedurende de periode 2015–2019 de combinatie van zeer specialistische zorg met wetenschappelijk onderzoek in drie niet-academische ziekenhuizen, namelijk het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg en het Oogziekenhuis Rotterdam. Doel van het experiment TopZorg is om vast te stellen of het meerwaarde biedt om een dergelijke combinatie van zorg en onderzoek ook te faciliteren voor niet-academische ziekenhuizen.

### **Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden**

Het is van belang dat er in grootschalige nieuwbouwlocaties, waar nog niet voldoende patiënten wonen, geïntegreerde eerstelijnszorg wordt aangeboden. Daarom worden gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties contractueel belast met het aanbieden van die zorg bij wijze van dienst van algemeen economisch belang. Dit betekent dat zij de taak hebben om op die locaties geïntegreerde eerstelijnszorg te verlenen en verder te ontwikkelen. Hiertoe zullen zij gedurende de aanlooperperiode (maximaal vijf jaar) subsidie ontvangen. Hiervoor is voor 2018 € 2 miljoen gereserveerd.

### **Kwaliteitsgelden wijkverpleging**

Naast de aandacht voor de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging is er ook een kwaliteitsslag in de wijkverpleging nodig. De ontwikkeling van richtlijnen in de wijkverpleging speelt daarin een belangrijke rol. Naast de € 1 miljoen die hiervoor reeds via ZonMw beschikbaar wordt gesteld, stelt VWS hiervoor in 2018 € 1,4 miljoen en structureel € 1,2 miljoen extra beschikbaar. In 2018 worden deze middelen aangewend voor een intensivering van het reeds bestaande ZonMw-programma.

### **Kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid hulpmiddelen**

Kwaliteit loont en dat geldt ook voor hulpmiddelenzorg. Het juiste hulpmiddel bij de juiste patiënt – eenvoudig waar het kan en ingewikkeld waar nodig – is beter voor de patiënt en complicaties kunnen zo worden voorkomen. Dat is doelmatiger en gaat ook verspilling van middelen tegen. Op kleine schaal zijn de besparingen verkend of evident, maar veelal ontbreken harde cijfers over de potentiële

baten van goede hulpmiddelenzorg. Zo is meestal niet duidelijk hoeveel zorg in voor de eerste lijn (bijvoorbeeld verpleging) of tweede lijn (behandeling) wordt voorkomen. Voor zorgverzekeraars is deze informatie belangrijk voor een doelmatige zorginkoop. De onderzoekskosten voor effectmeting (denk onder andere aan diabetes- en stoma hulpmiddelen en dieetvoeding buiten het ziekenhuis) worden geraamd op circa € 0,2 miljoen per programma. Uitgaande van circa 16 programma's worden de totale kosten geraamd op € 3,2 miljoen. Met ondersteuning van deze programma's worden de baten zichtbaar en willen we een meer integrale benadering stimuleren die meer op uitkomsten stuurt.

### **Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg (MSZ)**

Voor vrijgevestigde medisch specialisten is een subsidieregeling ingesteld om de financiële belemmeringen voor een overstap naar loondienst te verminderen. Dit is een uitvloeisel van het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2014–2017 en de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Op aanvraag wordt 80% van het subsidiebedrag van € 100.000 per specialist uitgekeerd, bij de vaststelling vier jaar na aanvraag het restant van 20%. In 2018 is een bedrag van € 2,7 miljoen beschikbaar.

### **Zorginstituut Nederland: Doorlichten pakket**

In het regeerakkoord Rutte-Asscher is afgesproken dat het Zorginstituut Nederland (ZiNL) jaarlijks een deel van het verzekerd pakket zal doorlichten (stringent pakketbeheer/systematische doorlichting pakket). Hiervoor wordt aan het ZiNL aanvullend budget beschikbaar gesteld ten behoeve van de uitbreiding van personele capaciteit en onderzoek. Voor 2018 is een budget van € 8,8 miljoen beschikbaar. Deze middelen zijn overgeheveld naar artikel 4.

### **Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg**

Op 13 januari 2017 is het nieuwe Kwaliteitskader Verpleegzorg door het Zorginstituut in haar register bijgeschreven. Daarmee is er voor het eerst een alomvattend kwaliteitskader dat duidelijkheid biedt aan cliënten waarop zij mogen rekenen als zij zijn aangewezen op verpleegzorg. Het geeft ook duidelijkheid aan zorgverleners, zorgaanbieders, zorgkantoren en anderen over de zorg die zij moeten bieden aan cliënten. Het jaar 2018 zal in het teken staan van de invoering van het kwaliteitskader. De volledige invoering van het kwaliteitskader zal enkele jaren vergen en stap voor stap gaan. Het is daarbij zaak om oog te hebben voor de fase waarin de zorgaanbieder zich bevindt en de volgorde waarin aan eisen uit het kwaliteitskader moet worden voldaan. Het gaat daarbij om maatwerk in ambitie en realisme zodat het beste resultaat per zorgaanbieder kan worden bereikt.

Naast de aandacht voor het aantrekken voor extra personeel, zal daarbij ook worden ingezet op het intensiveren van het gebruik van e-health, ICT en technologie in de langdurige zorg. Belangrijke stappen met ingang van 2018 zijn dat de zorgaanbieders hun kwaliteitsplan hebben opgesteld, en een kwaliteitsmanagementsysteem hebben ingevoerd. Aan de hand van de kwaliteitsplannen van de zorgaanbieders kan de voortgang van de invoering worden gevolgd en gezien worden wat dit bijvoorbeeld betekent in termen van extra professionals.

### **Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg**

Met de totstandkoming van het Zorgakkoord in april 2013 (TK 33 566, nr. 29) kwamen arbeidsvoorwaardelijke middelen uit de Zvw vrij voor de curesector. In plaats van deze rechtstreeks terug te laten vloeien naar de sector, is met de sector afgesproken deze middelen te oormerken voor opleidingen via de kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg. Doel van de Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg is de ziekenhuizen en UMC's te stimuleren de benodigde investeringen in het

personeel te realiseren, zodat de medewerkers in staat zijn om nu en in de toekomst goede zorg te leveren. De Kwaliteitsimpuls loopt in 2017 af, maar in het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2018 is overeengekomen de kwaliteitsimpuls te verlengen tot en met 2018. In 2018 is hiervoor € 200 miljoen beschikbaar.

### **Verpleegkundige vervolgoedingen in een veranderend zorglandschap**

Steeds vaker wordt complexere zorg verleend buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij de patiënt thuis of bij de huisarts. Deze verandering leidt er toe dat gespecialiseerde verpleegkundigen op steeds meer verschillende plekken in de zorg werken. De opleidingstructuren van (verpleegkundige) vervolgoedingen sluiten nog onvoldoende aan op deze verandering. Veel vervolgoedingen zijn meer gericht op werken in het ziekenhuis en worden meestal ook verzorgd door ziekenhuizen. Om tekorten te voorkomen of te bestrijden gaan we samen met betrokken partijen verkennen hoe de structuur van vervolgoedingen voor professionals die werken buiten het ziekenhuis vorm kan krijgen. In totaal is hiervoor in 2018 € 8 miljoen beschikbaar.

### **Programma Innovatie en Zorgvernieuwing**

De activiteiten zijn gericht op het bereiken van de drie doelstellingen die het kabinet in 2014 heeft geformuleerd ter ondersteuning van de brede maatschappelijke beweging naar meer zelfredzaamheid, meer zelfregie en meer zelfzorg. Voor het bereiken van een verbeterde informatiepositie van burgers, verbeterde informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en brede beschikbaarheid van e-health-toepassingen als telemonitoring, beeld-schermschermzorg en domotica worden door het programma Innovatie en Zorgvernieuwing subsidies verstrekt aan initiatieven die aan deze doelen bijdragen.

Zo vindt in 2018 opnieuw een e-health week (EHW2018) plaats en financiert VWS samen met Zorgverzekeraars Nederland, financiering plaats van het programma MedMij. In dit programma onder voorzitterschap van de Patiëntenfederatie Nederland worden de eisen en standaarden ontwikkeld waaraan digitale persoonlijke gezondheidsomgevingen moeten voldoen, gebruik makend van koploperervaringen uit de praktijk. Totaal is er in 2018 voor het programma Innovatie en Zorgvernieuwing € 11,9 miljoen gereserveerd voor subsidies.

Binnen het programma I&Z worden activiteiten uitgevoerd waarvoor in 2018 aan diverse partijen opdrachten worden verstrekt. Hiervoor is € 1,3 miljoen beschikbaar. Ingezet wordt enerzijds op vergroting van kennis over toepassingsmogelijkheden en nieuwe vormen van zorgorganisatie en anderzijds op het vergroten van de opschalingspotentie van veelbelovende initiatieven. Zo worden in 2018 e-health bijeenkomsten georganiseerd, wordt bijgedragen aan het vergroten van digitale vaardigheden van burgers en zorgprofessionals en worden ervaringsdeskundigen geschoold in het participeren in zorginnovatieprocessen.

Doelstelling is om in 2018 minimaal drie Health Deals te sluiten. Een Health Deal is een samenwerkingsconvenant waar EZ, VWS samen met veldpartijen bestaande drempels in wetgeving, bekostiging en/of adoptie voor kansrijke zorginnovaties wegnemen. Verminderen ervaren regeldruk om de regeldruk bij zorgprofessionals in 2018 verder merkbaar te verminderen zetten we in tenminste vijf sectoren een maatwerk aanpak in, bijvoorbeeld in de ggz, bij apothekers en bij fysiotherapeuten. Hierbij worden door (zorg)professionals aangedragen concrete knelpunten samen met betrokken partijen (bijvoorbeeld zorgaanbieders, verzekeraars, gemeenten, toezichthouders en VWS) aangepakt. Vervolgens wordt met inzichtelijk gemaakt of de aanpak ook daadwerkelijk tot

merkbaar minder regeldruk leidt. Zie voor een nadere toelichting de voortgangsrapportage Merkbaar minder regeldruk van 24 mei 2017 (TK 29 515, nr. 416).

### **Transparantie kwaliteit van zorg**

Het Kwaliteitsinstituut, als onderdeel van het Zorginstituut, heeft met betrekking tot transparantie een belangrijke rol en is daarom gemanda-teerd (Staatscourant 27102, nr. 1) voor het verstrekken van subsidies voor de stimulering van de transparantie over de kwaliteit van zorg (Staatscourant 26926) (€ 5 miljoen).

### **Big data**

In het najaar van 2017 volgt conform eerdere toezeggingen een kamerbrief met visie op big data. In navolging van deze brief is voor 2018 en verder € 1 miljoen beschikbaar om vervolgstappen te zetten. De verwachting is dat daarbij in ieder geval de ethische aspecten van big data en privacy een belangrijke rol zullen spelen.

### **BTW aanpassing**

Er komt een verandering in post a6 Geneesmiddelen.

B. Tabel I, post a.6, komt te luiden:

6. Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Geneesmiddelenwet waarvoor een handelsvergunning is verleend als bedoeld in artikel 1, onderdeel III, van die wet of waarvoor geen handelsvergunning is vereist ingevolge artikel 40, derde lid, onderdelen a tot en met g, van die wet, alsmede voorbehoedsmiddelen, infusievloeistoffen, nierdialyseconcentraten en kennelijk voor geneeskundige doeleinden bestemde inhalatiegassen;

## Uitgaven Genees- en hulpmiddelen

Op basis van de voorlopige realisatiecijfers over 2016 van het Zorginstituut Nederland is de raming van de uitgaven onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) geactualiseerd. Bij de hulpmiddelen is er sprake van een meevaller die met name wordt veroorzaakt door lagere uitgaven aan hoortoestellen, verzorgingsmiddelen en diabetesmateriaal.

## 6.2 Fiscale regelingen 2016–2018

### Extracomptabele fiscale regelingen

Naast de in dit Financieel Beeld Zorg geraamde zorguitgaven, zijn er fiscale regelingen die betrekking hebben op het beleidsterrein van de zorg. De Minister van Financiën is hoofdverantwoordelijk voor de wetgeving en uitvoering van deze regelingen en voor de budgettaire middelen. In onderstaande tabel is ter informatie het budgettaire belang van deze regelingen vermeld. De cijfers zijn ontleend aan de corresponderende bijlage «Fiscale regelingen» in de Miljoenennota. Naast de regelingen die in onderstaande tabel zijn opgenomen, is er ook een aantal Btw-vrijstellingen voor medische zorg, alsmede de teruggaaf van BPM voor bestelauto's voor vervoer van gehandicapte personen. Voor een beschrijving van de regelingen, de doelstelling, de ramingsgrond, een verwijzing naar de laatst uitgevoerde evaluatie en het beoogde jaar van afronding van de volgende evaluatie, wordt verwezen naar de bijlage bij de Miljoenennota «Toelichting op de fiscale regelingen».

**Tabel 20 Fiscale regelingen 2016–2018, budgettair belang op transactiebasis in lopende prijzen (bedragen x € 1 miljoen)<sup>1</sup>**

	2016	2017	2018
BTW Laag tarief geneesmiddelen en hulpmiddelen	1.794	1.830	1.804
MRB Verlaagd tarief bestelauto gehandicapten <sup>2</sup>	15	15	15

<sup>1</sup> [-] = regeling is in dat jaar niet van toepassing; [0] = budgettair belang van de regeling bedraagt in dat jaar afgerond nihil.

<sup>2</sup> MRB = Motorrijtuigenbelasting



<b>Hulpmiddelen (bedragen x € 1 miljoen)</b>							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Stand ontwerpbegroting 2017</b>	<b>1.590,5</b>	<b>1.605,1</b>	<b>1.606,4</b>	<b>1.606,3</b>	<b>1.606,3</b>	<b>1.606,3</b>	<b>1.606,3</b>
Bijstellingen jaarverslag 2016	- 154,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bijstellingen 1 <sup>o</sup> suppletoire begroting 2017	0,0	- 55,9	- 57,5	- 57,7	- 57,9	- 57,9	- 57,8
Bijstellingen ontwerpbegroting 2018	- 1,8	- 1,8	46,4	47,6	47,6	47,5	47,5
<b>Stand ontwerpbegroting 2018</b>	<b>1.434,5</b>	<b>1.547,5</b>	<b>1.595,3</b>	<b>1.596,2</b>	<b>1.596,0</b>	<b>1.595,9</b>	<b>1.596,0</b>

Op deze sector worden de uitgaven voor extramurale hulpmiddelen die verstrekt worden krachtens de Regeling hulpmiddelen geraamd en verantwoord.

#### **Toelichting bijstellingen ontwerpbegroting 2018**

##### **Autonoom**

Actualisering	- 1,8	- 1,8	- 1,8	- 1,8	- 1,8	- 1,8	- 1,8
---------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Op basis van gegevens van het Zorginstituut zijn de realisatiecijfers geactualiseerd.

Toedeling volumegroei 2018			50,5	50,5	50,5	50,5	50,5
----------------------------	--	--	------	------	------	------	------

Dit betreft de uitdeling van de groeiruimte tranche 2018.

##### **Beleidsmatig**

Fysio-/oefentherapie bij artrose van knie en heup			- 1,1	- 1,2	- 1,2	- 1,3	- 1,3
---	--	--	-------	-------	-------	-------	-------

Vanaf 2018 wordt de behandeling van knie- en heupartrose door fysiotherapeuten vanaf de eerste behandeling in het pakket vergoed. Hierdoor zullen de uitgaven voor paramedische zorg toenemen. Door deze substitutie vinden er tegelijkertijd besparingen plaats bij andere sectoren, waaronder de hulpmiddelen.

Overig			- 1,3				
--------	--	--	-------	--	--	--	--