

Vergaderjaar 2010–2011

**32 710 XVI**

## **Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2010**

**Nr. 9**

### **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 8 juni 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft over het jaarverslag 2010 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 32 710 XVI, nr. 1) de navolgende vragen ter beantwoording aan de regering voorgelegd.

Deze vragen, alsmede de daarop 7 juni 2011 gegeven antwoorden, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

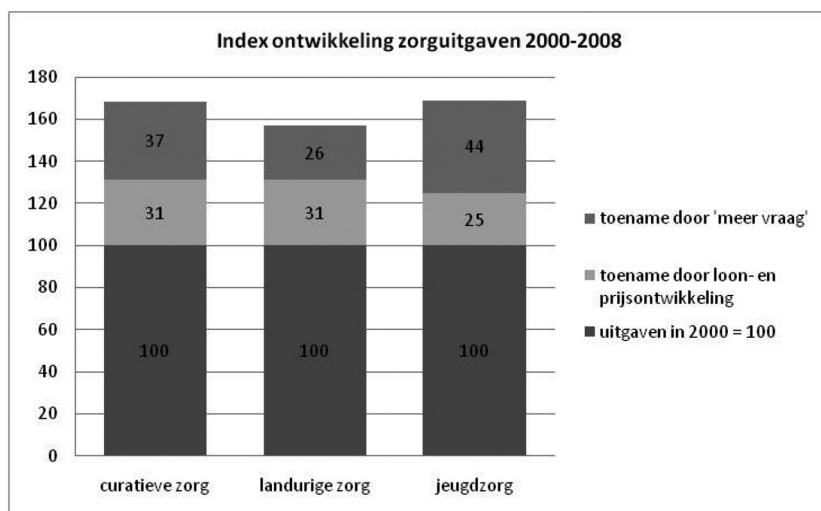
De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

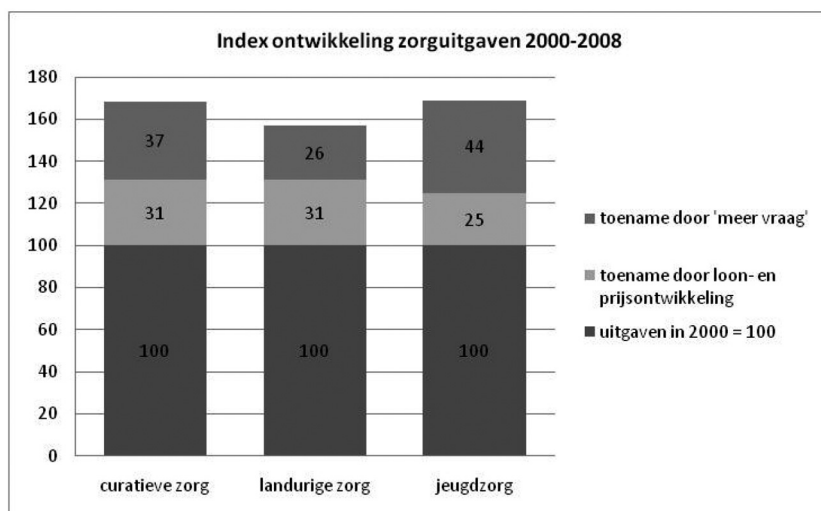
Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), Voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).  
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Tongeren, L. van (GL).

*De vraag naar zorg neemt toe. Kan dit onderbouwd worden met cijfers, uitgesplitst naar curatieve zorg, langdurige zorg en jeugdzorg, waarbij zowel het historisch als internationaal perspectief worden meegenomen? Wat is de overhead van zorginstellingen – uitgesplitst naar curatieve zorg, langdurige zorg en jeugdzorg – zowel in historisch als internationaal perspectief?*

- De «vraag» naar zorg is lastig te vatten in cijfers. De ontwikkeling van de vraag naar zorg behelst namelijk niet alleen de ontwikkeling van het aantal behandelingen bij zorgaanbieders (of het aantal mensen dat gebruik maakt van AWBZ-zorg), maar ook de verandering van het soort behandeling. Daarom wordt als maat voor de ontwikkeling van de zorgvraag vaak de ontwikkeling van de zorguitgaven genomen. Deze uitgavenontwikkeling moet dan worden gecorrigeerd voor de loon- en prijsontwikkeling in de betreffende zorgsector.
- In de onderstaande grafiek is de ontwikkeling van de zorguitgaven (curatieve zorg, langdurige zorg en jeugdzorg) tussen 2000 en 2008 weergegeven. Daarbij zijn de uitgaven in 2000 op 100 gesteld. Tevens is de toename van de uitgaven voor de periode 2000–2008 zichtbaar, opgesplitst in de toename door de loon- en prijsontwikkeling en de toename door «meer vraag» naar zorg.



- Internationale gegevens over de groei van de zorgvraag per sector zijn niet voorhanden. Wel publiceert de OESO cijfers over de gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei van de totale zorguitgaven (als percentage van het BBP). In onderstaande grafiek is voor de periode 2000–2008 de gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven voor een aantal OESO-landen weergegeven.



- Over de overhead van zorginstellingen zijn bij het CBS gegevens beschikbaar over deel van het personeel dat werkzaam is in «overhead en facilitaire functies». Dit is weergegeven in onderstaande tabel. Over de «overhead» jeugdzorg zijn bij het CBS geen gegevens beschikbaar.

**Tabel: personeel werkzaam in «overhead en facilitaire functies» (% totale personeel)**

	2006	2007	2008	2009
Ziekenhuizen	31%	30%	30%	30%
GGZ	25%	24%	25%	24%
Gehandicaptenzorg	16%	15%	15%	15%
Ouderenzorg	23%	26%	25%	24%

2

*Zijn er meer aanmeldingen dan opleidingsplaatsen voor de opleiding voor PA's en VS'en? Zo ja, hoeveel aanmeldingen zijn er?*

Er zijn inderdaad meer aanmeldingen voor de opleiding PA's en VS'en dan opleidingsplaatsen. Uit de Monitor NP-PA 2009–2010 van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) blijkt dat er voor het studiejaar 2009–2010 645 aanmeldingen waren: 445 voor de opleiding VS en 209 voor de opleiding PA. Het aantal aanmeldingen overschrijft dus het aantal beschikbare plaatsen (400).

3

*Er wordt gesproken over een dreigend tekort aan personeel in de zorg. Kan dit dreigende tekort met cijfers worden geduid, uitgesplitst naar curatieve zorg, langdurige zorg en jeugdzorg?*

In de Arbeidsmarktbrief van 4 maart jongstleden<sup>1</sup> is vermeld dat verschillende studies laten zien dat bij ongewijzigd beleid in de komende vijftien tot twintig jaar meer dan 400 000 extra medewerkers nodig zijn in de zorg<sup>2</sup>. Deze prognoses hebben betrekking op de curatieve en de langdurige zorg (inclusief jeugdzorg).

Op dit moment werkt zo'n 38 procent van het zorgpersoneel in de curatieve zorg en zo'n 62 procent in de langdurige zorg. De verwachting is dat de vraag naar personeel in de komende vijftien tot twintig jaar in de beide sectoren zich ongeveer gelijkmatig zal ontwikkelen. Van de 400 000 medewerkers die bij ongewijzigd beleid extra nodig zijn in de zorg is naar verwachting dan ook ongeveer 150 000 toe te rekenen aan de curatieve zorg en circa 250 000 aan de langdurige zorg (inclusief jeugdzorg).

<sup>1</sup> TK vergaderjaar 2010–2011 29 282, nr. 111.

<sup>2</sup> Zorginnovatieplatform (2009) Zorg voor mensen, mensen voor de zorg: arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025; Prismant (2010) De langetermijnvraag naar en het aanbod van personeel in de zorg; H. Erken, P.M. Koot en J. Kuijpers (2010) Arbeidstekorten in de zorg, Economisch Statistische Berichten 95 (2010) 4 598 p. 726–728.

4

*«Wie het slecht doet, merkt dat ook». Wat wordt hier concreet mee bedoeld? Wat merken zorgaanbieders die het slecht doen?*

Zorgaanbieders die het slecht doen, merken dat zorgverzekeraars en patiënten of cliënten geen zorg meer bij hen willen inkopen of ontvangen. Zorgaanbieders kunnen daardoor in financiële problemen komen. Wij zullen niet langer steun verlenen om te voorkomen dat een zorgaanbieder failliet gaat. Dat betekent dus dat zij failliet kunnen gaan als zij het slecht doen.

De overheid waarborgt dat de cruciale zorg wordt doorgeleverd wanneer blijkt dat er na faillissement geen vervangend aanbod is gevonden door de zorgverzekeraars of zorgkantoren (Kamerstukken II, 2010–2011, 32 620, nr. 10).

5

*Kan aangegeven worden welke prioriteiten door het kabinet worden gesteld, in welke volgorde deze staan qua prioriteit, welke meetbare doelen worden gesteld en welke nulwaarden daarbij worden gehanteerd?*

In de brieven «Zorg die werkt» en «Vertrouwen in de zorg» (TK 32 620 nr. 1 & 2) wordt op hoofdlijnen aangegeven waar de komende jaren de ambities van de minister en staatssecretaris liggen. In de VWS-begroting 2012, welke op Prinsjesdag 2011 aan de Staten-Generaal wordt aangeboden, worden de beleidsdoelstellingen voor 2012 nader uitgewerkt.

6

*«Ook een ongezonde leefstijl draagt bij aan een groeiende vraag naar zorg». Waarop is deze uitspraak gebaseerd? Bovendien stellen prof. dr. Johan Polder en prof. dr. Werner Brouwer dat preventie juist niet leidt tot een daling van de totale zorgkosten. Kan de minister hier op reageren?*

Diverse onderzoeken laten zien dat een groot aantal (chronische) ziekten, waaronder diabetes, hart- en vaatziekten en kanker, mede veroorzaakt wordt door een ongezonde leefstijl (roken, overgewicht, ongezonde voeding en alcoholgebruik). De toename van deze ziekten leidt tot een hogere zorgvraag, die door preventie kan worden verminderd, mis deze preventie effectief is.

De bewering van Polder en Brouwer heeft betrekking op de totale zorgkosten over de gehele levensloop en op lange termijn. Die dalen waarschijnlijk niet substantieel door preventie omdat die kosten door andere factoren worden bepaald (bijvoorbeeld duurdere behandelingen) en het feit dat veel kosten op oudere leeftijd het gevolg zijn van dementie. Door preventie leven mensen langer en zal dementie meer voorkomen. Dit geldt overigens ook voor curatieve behandelingen die er voor zorgen dat mensen langer leven. Preventie heeft een grote persoonlijke en maatschappelijke waarde. Mensen leven langer en er kan veel medische ellende worden bespaard. Een betere volksgezondheid draagt bij aan de economische groei (meer arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit) en speelt een belangrijke rol bij de vermindering van kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

7

*Er worden maatregelen genomen die moeten bijdragen aan het verminderen van vermijdbare sterfte, onnodige en dure behandelingen en voorkomen dat extra behandelingen nodig zijn als gevolg van complicaties. Wat is de verantwoordelijkheidsverdeling bij deze maatregelen tussen overheid en veldpartijen?*

De zorgaanbieders zelf zijn en blijven verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg, voor het opstellen van normen, protocollen en richtlijnen en van het naleven ervan.

De sector zelf heeft een ambitieus veiligheidsprogramma opgezet, waarmee de vermijdbare schade en sterfte tussen 2008 en 2012 sterk gereduceerd zal moeten worden.

De overheid is ervoor verantwoordelijk dat de randvoorwaarden aanwezig zijn en de prikkels dusdanig in het systeem zitten om dit mogelijk te maken. Zoals ik uw Kamer al eerder heb laten weten wil ik de tot nu toe afzonderlijke, overheidsverantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en transparantie meer in onderlinge samenhang bezien en bundelen in een kwaliteitsinstituut.

8

*Er is subsidie verleend aan het CBO in het kader van zelfmanagement. Hoeveel geld is verstrekt, welke concrete activiteiten heeft dit opgeleverd, welke doelgroepen zijn bereikt en welke concrete resultaten heeft deze subsidie opgeleverd?*

Er is aan de Stichting Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO in 2008 subsidie verleend voor een bedrag van € 4,2 miljoen voor een actieprogramma zelfmanagement 2008–2012. Eind 2010 is de Stichting failliet gegaan en zijn de werkzaamheden overgegaan naar een nieuwe rechtspersoon CBO B.V. De subsidie en activiteiten worden onder de nieuwe rechtspersoon voortgezet.

Het project wordt inhoudelijk aangestuurd door een Stuurgroep onder leiding van de NPCF, waarin een zevental categorale patiëntenorganisaties zitting hebben. Op deze wijze wordt vanuit patiëntenorganisaties de aansluiting geborgd met andere relevante ontwikkelingen op het gebied van zelfmanagement. Activiteiten zijn gericht op diabetes, depressie, COPD, hartfalen, reuma, spierziekten en oncologische aandoeningen. De kennis, ervaringen, producten en adviezen die het programma oplevert zijn bedoeld voor alle chronische zieken.

Hoewel het programma loop tot medio 2012 zijn er reeds tussenresultaten. Er is een generiek model voor zelfmanagement ontwikkeld en een interventiebox, waarin meer dan honderd interventies staan beschreven. Ziektespecifieke werkgroepen hebben geleid tot een eindrapport waarin voor specifieke ziektecategorieën de stand van zaken, witte vlekken en gewenste vervolgstappen staan beschreven. Kennisdeling vindt ondermeer plaats via [www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com).

Genoemde resultaten en adviezen vormen de basis voor de proefimplementaties, waarmee in maart 2011 is gestart. Instrumenten worden ontwikkeld en/of getest die patiënten kunnen helpen bij zelfmanagement en die professionals toerusten om patiënten te ondersteunen. Specifieke aandacht is er voor financiën, ehealth toepassingen, multimorbiditeit en moeilijk bereikbare groepen. Borging vindt ondermeer plaats via zorgstandaarden en patiëntenversies van richtlijnen. Het programma loopt nog tot medio 2012.

9

*Welk percentage physican assistants en welk percentage nurse practitioners (verpleegkundig specialisten) vinden na hun studie een passende baan in de zorg? Naast deze instroom, wat is de uitstroom uit de zorg van deze beroepsgroepen? Welk deel van de 400 opleidingsplaatsen is voor specialistisch verpleegkundigen, en welk deel voor physican assistants?*

Vrijwel 100% van de physican assistants en verpleegkundig specialisten vinden een vrijwel volledige baan in de gezondheidszorg. Uitstroomcijfers zijn ons niet bekend maar gelet op het feit dat het voor Nederland vrij jonge beroepsgroepen zijn en er vraag naar is, zullen deze niet hoog zijn.

Voor het cohort dat in 2010 van start is gegaan, geldt de volgende verdeling.

Totaal PA	128	32%
Totaal VS	272	68%
Totaal	400	100%

10

*Hoeveel wordt gebruik gemaakt van de nieuwe integrale bekostigingsstructuur voor diabetes, vasculair risicomanagement en COPD ?*

In Nederland zijn tot maart 2010 in totaal 97 zorggroepen opgericht met minimaal één operationeel zorgprogramma. Alle zorggroepen in Nederland hebben een contract voor integrale bekostiging voor het diabetes zorgprogramma. Slechts een aantal zorggroepen heeft integrale bekostiging voor VRM en COPD zorgprogramma's (bron: RIVM, De organisatie van zorggroepen anno 2010). Oorzaak hiervan is ondermeer een moeizame onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bij diabetes is er door experimenten sinds 2007 hiermee al meer ervaring opgedaan.

11

*Wanneer brengt de evaluatiecommissie «Integrale bekostiging chronisch zieken» haar rapportage over de experimenteerfase uit, en wanneer wordt dit naar de Kamer gestuurd?*

In februari jongstleden heeft u de tussenrapportage van de evaluatiecommissie gekregen. Eind 2011 zal de evaluatiecommissie de tweede tussenrapportage uitbrengen. Tenslotte zal zij medio 2012 haar eindrapportage publiceren. Hierover zal ik u dan ook informeren.

De hoofdvragen waar de commissie een antwoord op tracht te geven zijn de volgende:

- In hoeverre worden de beoogde effecten van de invoering van integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken gerealiseerd?
- In hoeverre worden de beoogde randvoorwaarden om de invoering te doen werken gerealiseerd?
- In hoeverre treden al dan niet wenselijke neveneffecten op?

12

*De efficiencyafspraken met de ambulancezorg zijn gekoppeld aan de afspraak dat, in plaats van een aanbestedingsprocedure, elke Veiligheidsregio in Nederland zijn eigen Regionale Ambulancevoorziening (RAV) moet gaan organiseren. Welke Veiligheidsregio's is er nu een RAV (bijgekomen) en in welke Veiligheidsregio ?*

Het aanvankelijke plan was om de vergunningen voor de ambulancezorg via een op aanbesteding lijkende procedure te vergunnen. Dit zou naar verwachting leiden tot efficiencywinst. In de thans voorziene procedure worden bestaande partijen aangewezen om ambulancezorg te verrichten. Om toch de efficiencywinst te realiseren zijn er efficiencyafspraken gemaakt met de sector. Om te kunnen worden aangewezen moet er wel een partij per veiligheidsregio zijn. Dat is nu in 19 van de 25 regio's al het geval, in 6 regio's nog niet.

13 en 14

*De incasso via het CJIB bij personen waar de premie niet (geheel) direct kan worden ingehouden via een bronheffing blijkt lastiger dan verwacht.*

*Waarvoor wordt dit veroorzaakt? Heeft dit geleid tot (voorbereiding) van maatregelen om deze procedure te vereenvoudigen?  
Hoe komt het dat de incasso bij wanbetalers waarbij de premie niet op loon of uitkering kan worden ingehouden lastiger is dan verwacht?*

Uit eerdere signalen van het CJIB is naar voren gekomen dat deze groep wanbetalers, waarbij dus om een of andere reden de bronheffing niet is uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat er geen (vast) inkomen is, omdat het inkomen niet bekend is, of omdat het inkomen niet toereikend bleek, een groep wanbetalers is waarbij incasso bovengemiddeld lastig is. Ook is naar voren gekomen dat bijvoorbeeld het ontbreken van juiste adresgegevens van deze wanbetalers de incasso bemoeilijkt. De uitvoering van de wanbetalersregeling wordt op dit moment geëvalueerd. Ook de incasso-activiteiten zijn onderdeel van het evaluatieonderzoek. Na afronding van het evaluatieonderzoek, naar verwachting in juni, zal ik u na de zomer nader informeren over de uitkomsten van de evaluatie en de vervolgstappen die ik zal nemen.

15

*Hoeveel onverzekerden waren er op 31 december 2010, en hoeveel zijn er op dit moment?*

Het aantal onverzekerden was op 1 mei 2010 volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 136 450. Op 1 mei 2009 waren dat er nog 152 240. De afname van het aantal onverzekerden is mogelijk een gevolg van de doelgroepgerichte voorlichting van Stichting de Ombudsman en de dreiging van de actieve opsporing van onverzekerden. Het kabinet vindt het ongewenst dat mensen zich aan de solidariteit van de Zorgverzekeringswet onttrekken door zich niet te verzekeren. Op 15 maart 2011 is de wet «opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering» in werking getreden, waarmee onverzekerde verzekeringsplichtigen actief worden opgespoord. Het aantal onverzekerden op dit moment is niet onbekend. Het CVZ heeft inmiddels 60 000 onverzekerden opgespoord en aangeschreven.

16

*Kunt u toelichten welke extra maatregelen u neemt om het nog bestaande aantal van 299 000 wanbetalers terug te dringen?*

De uitvoering van de wanbetalersregeling wordt op dit moment geëvalueerd. Ook de incassoactiviteiten zijn onderdeel van het evaluatieonderzoek. Wel heb ik naar aanleiding van signalen geconstateerd dat de uitvoering van de regeling op onderdelen verbeterd kan worden. Na afronding van het evaluatieonderzoek, naar verwachting in juni, zal ik u na de zomer nader informeren over de uitkomsten van de evaluatie en de vervolgstappen die ik zal nemen.

17

*Het is voor de verzekeraar mogelijk om de huisartsenposten te belonen voor extra werk dat daar wordt geleverd. «Dit stimuleert de integratie van spoedeisende hulpposten van ziekenhuizen met huisartsenposten.» Aan welke beloning moet hierbij gedacht worden en komt dit bovenop de reguliere vergoeding voor geleverde werkzaamheden? Op welke wijze stimuleert een beloning voor huisartsenposten de integratie met spoedeisende hulpposten?*

Een belangrijke belemmering voor de samenwerking tussen SEH en huisartsenpost was de beperkte mogelijkheid om huisartsen additioneel te belonen wanneer zij meer werk verrichten. Doordat het maximum uurtarief voor alle huisartsen overal gelijk is, kan er geen differentiatie

plaatsvinden voor huisartsen die drukker en meer diensten gaan doen als gevolg van de samenwerking tussen huisartsenpost en SEH. Het doel van de samenwerking is onder andere het aantal zelfverwijzers op de SEH te verlagen en deze te laten helpen door de huisarts. Hierdoor wordt het rustiger op de SEH, maar krijgt de huisarts het drukker en zal hij/zij meer diensten moeten draaien. De extra mogelijkheid voor verzekeraars om bij een verhoogde werkdruk de huisartsen extra te belonen, maakt het gemakkelijker voor partijen om afspraken te maken over de samenwerking op dit gebied. Zie ook antwoord op vraag 18 en 19.

18

*Hoeveel geïntegreerde spoedeisende hulpposten van ziekenhuizen met huisartsenposten zijn er in Nederland en waar bevinden die zich? Wat was de toename van deze geïntegreerde posten naar aanleiding van de nieuwe bekostiging voor huisartsen die in 2010 is geïntroduceerd? Welk percentage van de verwijzers dat naar de duurdere spoedeisende hulp gaat had kunnen worden geholpen door de huisarts?*

Uit onderzoek van de VNH blijkt dat 72,4 % van de SEH's in 2010 een co-locatie heeft met een huisartsenpost. Hiervan heeft een klein gedeelte de organisatie ook daadwerkelijk geïntegreerd (4%). Een groter gedeelte (19%) heeft echter besloten voor een model waar de huisartsenpost geplaatst wordt voor de SEH, waardoor er geen sprake kan zijn van zelfverwijzers op de SEH.

Eind 2010 is de bekostiging van de ANW-uren voor huisartsen aangepast. Bij een samenwerkingsverband tussen SEH en huisartsenpost, waarbij er sprake is van substitutie van zorg, is het mogelijk om de huisartsenpost additioneel te belonen voor de extra inzet van huisartsen. Er moet dan echter wel sprake zijn van een besparing door de verschuiving van zorg, waardoor deze regeling minstens budgettair neutraal verloopt. Deze maatregel heeft er in eerste instantie voor gezorgd dat trajecten waar een samenwerking tussen de SEH en huisartsenpost was opgestart niet werden beëindigd. Ik verwacht dat deze maatregel op zich zelf niet direct tot een toename van het aantal samenwerkingsverbanden heeft geleid. De bekostiging maakt het slechts beter mogelijk voor verzekeraars en aanbieders om de zorg doelmatiger te organiseren.

Geschat wordt dat het aantal zelfverwijzers op de SEH 56% bedraagt, waarvan 80% huisartsgeneeskundig behandeld kan worden. Exacte gegevens over het huidige aantal zelfverwijzers zijn echter niet voorhanden. De omvang van het aantal verwijzers varieert daarnaast sterk per locatie.

19

*Kunt u een overzicht geven hoeveel middelen in 2010 naar huisartsen en huisartsenposten zijn gegaan ter verbetering van bereikbaarheid en spoedeisende hulp? Kunt u dit uitsplitsen voor huisartsen en huisartsenposten?*

Zorgverzekeraars hebben meer geld beschikbaar gesteld voor de bereikbaarheid van huisartsen door het financieren van de PraktijkPlus module, een verhoging van het inschrijftarief voor praktijken die op verschillende bereikbaarheidsaspecten bovengemiddeld scoren.

Per 1 januari 2010 is het uurtarief dat huisartsen mogen declareren aan een huisartsenpost verhoogd van € 50 naar € 65 (ca. 30%). Hiervoor is € 23 mln beschikbaar gesteld. Deze verhoging is met name ingezet vanwege de beoogde substitutie van ziekenhuizen naar huisartsenposten. Om de huisartsenpost de mogelijkheid te geven om de extra patiëntenstroom (zelfverwijzers) vanuit de 2<sup>e</sup> lijn op te vangen wordt daarbij de mogelijkheid geboden om onder strikte voorwaarden een bandbreedte



bovenop het reguliere uurtarief tot maximaal € 15 te vergoeden aan huisartsen die niet over een eigen praktijk beschikken.

20

*Hoeveel huisartsenposten is Nederland rijk en hoe staat dit in verhouding tot de spoedeisende hulpposten? Liggen alle huisartsenposten in de buurt van een spoedeisende hulppost?*

Er zijn in Nederland ongeveer 130 huisartsenposten en ongeveer 104 SEH's. Voor ongeveer 11,4 % van de SEH's is geen fysieke samenwerking mogelijk (co-locatie) omdat er geen extra huisartsenpost (meer) in het adherente gebied beschikbaar is. Voor de overige SEH's is wel een huisartsenpost aanwezig in het adherente gebied. Van de SEH's heeft 72,4% in 2010 een co-locatie met een huisartsenpost (zie vraag 18).

21 en 23

*«Ziekenhuizen moeten er strenger op toezien dat specialistische zorg wordt verleend op basis van een verwijzing.» Hoe vaak komt het voor dat specialistische zorg wordt verleend zonder verwijzing? Wat is de rol van zorgverzekeraars in deze problematiek?*

*Welke financiële beloning of straf is in de bekostigingsstructuur ingebouwd zodat ziekenhuizen enkel specialistische zorg op basis van een verwijzing verlenen? Is er sprake van een toename van de eerstelijnszorg en een afname van de zorgverlening in de tweede lijn?*

In de Zorgverzekeringswet (art 14, tweede lid) is gesteld dat medisch specialistische zorg (met uitzondering van acute zorg) zonder de in de polisvoorwaarden opgenomen verwijzing niet ten laste van het basispakket van de zorgverzekering mag komen. De zorgverzekeraar mag medisch specialistische zorg alleen vergoeden indien een verwijzing aanwezig is, het is de rol van de zorgverzekeraar om hier bij de declaratie op te letten. Met de NZa is afgesproken om per 1 januari 2012 strenger toe te zien op de registratie van deze verwijzing.

Op dit moment wordt slechts beperkt geregistreerd vanuit welke zorgaanbieder de patiënt wordt verwezen. Per 1 januari 2012 komt, met de hernieuwde eisen voor de registratie van de verwijzer, hier naar verwachting meer inzicht in.

Op basis van de bij VWS bekende realisatiecijfers is er zowel in de eerstelijnszorg als in de tweedelijnszorg sprake van een toename van de uitgaven. In de brief over basiszorg zal worden ingegaan op het voorgenomen beleid om de eerstelijnszorg te versterken en relatief eenvoudige ziekenhuistaken te kunnen verschuiven naar de eerste lijn.

22

*Er is uitvoering gegeven aan het «plan van aanpak palliatieve zorg» en er wordt gestart met een verbeterprogramma vanuit ZonMw op dit terrein. Wat is de samenhang tussen beiden? Waarom is er nog een verbeterprogramma nodig, nadat uitvoering is gegeven aan een plan van aanpak?*

Om de kennis en ervaringen van de afgelopen jaren te borgen in de praktijk, is het nodig om een op implementatie gericht verbeterprogramma (onder regie van ZonMw) uit te voeren. De aanzet voor dit programma is positief ontvangen door het veld. Ik wil u verder graag verwijzen naar mijn brief van 26 mei jl. aan uw Kamer waarin ik u nader informeer over palliatieve zorg. In deze brief ga ik ook in op het ZonMw-verbeterprogramma en de samenhang met het Platform Palliatieve Zorg.

24

*Is het ziekenhuizen wettelijk toegestaan meer financiële beloning aan medisch specialisten toe te kennen dan het bedrag wat onder het beheersmodel is afgesproken en aan de ziekenhuizen wordt uitgekeerd? Vallen medisch specialisten die in een ZBC werken ook onder het totaalbudget voor vrijgevestigd medisch specialisten dat het ministerie van VWS elk jaar vaststelt?*

Ja. Er is geen wettelijk verbod voor ziekenhuizen om meer financiële beloning aan medisch specialisten toe te kennen dan het bedrag wat onder het beheersmodel is afgesproken en aan de ziekenhuizen wordt uitgekeerd.

Ja. Alle vrijgevestigd medisch specialisten vallen onder het beheersmodel. Ook vrij gevestigd medisch specialisten die werkzaam zijn in een ZBC.

25

*Op welke wijze is de cliënt centraal komen te staan door de invoering van de zorgzwaartepakketten? Wordt dit door cliënten ook op deze manier beleefd?*

Met zorgzwaartebekostiging is er sprake van persoonsvolgende bekostiging. Voor iemand die meer of zwaardere zorg nodig heeft, is meer geld beschikbaar. Samen met de zorgaanbieder stemt de cliënt de zorg zoveel mogelijk op zijn behoefte af; de basis hiervoor is het zorgplan. In de eerste jaren na invoering is veel geïnvesteerd in de bedrijfsvoering en het wennen aan het nieuwe systeem. De gezamenlijke cliëntenorganisaties constateren in een cliëntenmonitor dat zorgaanbieders de bedrijfsvoering over het algemeen op orde hebben. Cliënten merken nog niet altijd iets van de invoering. De omslag naar cliëntgericht werken vergt nog veel inspanningen van aanbieder en cliënt. Daarom zal ik in 2011 aanbieders via het programma Werkenmetzfp's verder ondersteunen bij de cultuur-omslag naar cliëntgericht werken. Cliëntenorganisaties Platform VG, NPCF en LPGGz starten met het project «Zorgzwaartepakketten in de praktijk.» Hierin ondersteunen zij cliënten, cliëntenraden en aanbieders bij het onderlinge gesprek over de invulling van de zorg, door middel van het ontwikkelen van goede voorbeelden en organiseren van bijeenkomsten.

26

*Welke kinderziekten hebben zich voorgedaan bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging? Met welke partijen werkt VWS samen aan het verbeteren van de zorgzwaartepakketten? Welke oplossingen zijn in beeld?*

De invoering van de zorgzwaartebekostiging is projectmatig aangepakt onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. De ontwikkeling van de systematiek en de implementatie ervan – beginnend bij de indicatiestelling in ZZP's in juli 2007 tot en met de overstap in de bekostiging – is nauw samengewerkt met de cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van zorgaanbieders, zorgkantoren en ZBO's. Daarbij zijn in overleg met alle betrokken partijen ook tussentijdse wijzigingen/verbeteringen doorgevoerd. Over de wijzigingen tot 1 januari 2011 bent u geïnformeerd in een voortgangsrapportage zorgzwaartepakketten van 5 juli 2010.

Vooraf in de gehandicaptenzorg zijn in de vorige onderhoudsronde (onderhoudsronde 2009 – 2010 t.b.v. de bekostiging in 2011) belangrijke aanpassingen gedaan. Er is een toeslag ingevoerd voor kinderen & jeugdigen in de GHZ. Daarnaast is een nieuwe profiel in de ZZP-reeks geïntroduceerd, VG8 voor meervoudig complexe gehandicapten. In de

V&V is de toeslag voor ademhalingsondersteuning verhoogd en is een toeslag voor Huntington geïntroduceerd. Voor de GGZ zijn in de huidige onderhoudsronde ten behoeve van 2012 de bekostiging van woon werk voorzieningen voor autisten en niet strafrechtelijk forensische cliënten nader onderzocht. De resultaten worden verwerkt in de bekostiging. Het onderhoud aan de zorgzwaartebekostiging krijgt doordat er al meerdere onderhoudsrondes zijn geweest het karakter van regulier onderhoud aan de bekostiging. Er bestaat behoefte bij VWS en veld om voorlopig geen wijzigingen meer aan te brengen in de bekostiging.

27

*In hoeveel gevallen sluit het beroep op zorg in natura niet aan bij het aanbod? Zijn daarin regionale verschillen te ontdekken? Welk factoren spelen een rol bij deze mismatch tussen behoefte en aanbod?*

Het antwoord op de eerste twee vragen is niet bekend. De mismatch tussen behoefte en aanbod is geconstateerd in een op kwaliteit georiënteerd onderzoek, waarin kwantitatieve gegevens ontbraken.

Mogelijke factoren die een rol spelen bij deze mismatch zijn:

- de zorg in natura is niet beschikbaar, zoals bijvoorbeeld bij jeugdigen met psychiatrische problematiek met een indicatie voor begeleiding;
- de zorg is niet op die momenten beschikbaar wanneer daar behoefte aan is;
- de verwachtingen van de cliënt zijn dermate hoog dat de zorg in natura daaraan niet kan voldoen. Uit onderzoek blijkt dat vooral budgethouders hoge eisen stellen aan de zorg. Gekozen wordt voor een pgb om daar meer maatwerk mogelijk is en hulpverleners uit het eigen netwerk zijn in te zetten;
- ook speelt mee dat cliënten niet altijd goed weten welke zorg in natura in de regio beschikbaar is en op grond hiervan denken dat de zorg in natura niet toereikend is.

28

*Het alternatief voor PGB – de zorg in natura – sluit in sommige gevallen onvoldoende aan op de behoefte aan zorg. Wordt dit gebrek aan zorg in natura aangepakt, of blijft men het PGB aanbieden als enige optie? In het laatste geval: welke gevolgen heeft dit voor de PGB-regeling?*

Voor die gevallen waarvoor nog onvoldoende zorg in natura beschikbaar is, dienen zorgkantoren vanwege hun zorgplicht deze zorg te laten ontwikkelen en aan te bieden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de groep jeugdigen met een psychiatrische problematiek.

29

*Hoe verklaart u het enorme verschil tussen de vraag naar pgb en het begrote budget voor pgb in 2010 en hoe vangt u de financiële consequenties hiervan in 2011 op?*

De verwachting was dat als gevolg van de pakketmaatregel begeleiding het aantal budgethouders vanaf 2009 en het daarmee gemoeide pgb-budget zou gaan afnemen. Deze verwachte daling wordt niet in de cijfers van het CVZ teruggezien.

Om de pgb-uitgaven voor 2011 te beheersen zijn de volgende maatregelen genomen:

- De pgb-tarieven voor 2011 zijn niet geïndexeerd.
- Er is met ingang van 2011 een tariefkorting doorgevoerd van 3 procent.
- De toegang tot het pgb is aangescherpt. Geen pgb kan worden toegekend bij surseance van betaling, faillissement of schuldsanering

en bij het niet beschikken over een woonadres. Ook cliënten met een verblijfsindicatie die behandeling in een veelal beschermde setting nodig hebben (het betreft de zzp's lvg 4 en 5, zzp sglvg en zzp GGZ-B), kunnen vanaf 2011 geen pgb meer krijgen.

- De pgb zzp-tarieven voor personen met een verblijfsindicatie die thuis blijven wonen, zijn vanaf 2011 voor nieuwe budgethouders in lijn gebracht met de beschikbare financiële middelen voor personen met hetzelfde zorgprofiel die voor zorg-in-natura kiezen.

30

*Er is geld beschikbaar gesteld om intramurale instellingen in staat te stellen een deel van hun capaciteit om te vormen of uit te breiden in de vorm van kleinschalige woonvoorzieningen. Hoeveel kleinschalige capaciteit is hierdoor beschikbaar gekomen? Heeft deze omvorming per saldo tot een toename of afname van de capaciteit van intramurale instellingen geleid?*

Voor de toekenning van deze middelen is het stimuleringsprogramma kleinschalige zorg uitgevoerd. In dit programma hebben instellingen na toetsing van de haalbaarheid middelen ontvangen voor het realiseren van plaatsen kleinschalige zorg voor mensen met dementie. Het betreft stimuleringsgelden waarbij de verwachting is dat de realisatie van plaatsen na circa 5 jaar compleet is. Op dit moment wordt het programma geëvalueerd, de uitkomsten hiervan zijn nog niet bekend. Een eerste en voorlopige conclusie is dat er met het programma circa 14 000 plaatsen worden gerealiseerd. Hiervan zijn er circa 3 000 plaatsen kleinschalig in de wijk en circa 11 000 plaatsen kleinschalig georganiseerd binnen de grootschalige voorziening. Het is nog niet te zeggen welk deel van de capaciteit een omvorming, dan wel een uitbereiding betreft van instellingen.

31

*Op welke wijze wordt aan het verbeteren van de dekking van de zorgzwaartepakketten van de daadwerkelijke ziektelast van de cliënt?*

De ZZP's zijn gebaseerd op de zorgbehoefte van vergelijkbare cliënten en daarmee een uitwerking van de aanspraken in de indicatiestelling. In mijn antwoord op vraag 26 heb ik beschreven welke wijzigingen in het systeem zijn aangebracht.

Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging is als uitgangspunt genomen dat voor 95–98% van de cliënten het zzp-profiel passend is. Voor de cliënten die meer zorg nodig hebben, zijn toeslagen bovenop het zzp ontwikkeld en is er in de gehandicaptenzorg een regeling extreme zorgzwaarte. Er is een werkgroep aan de slag om invulling te geven aan de motie Wolbert c.s. (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 48) over extreme zorgzwaarte.

32

*Kunt u een beeld schetsen van de toename van het aantal jongeren met psychiatrische problemen dat een beroep doet op voorzieningen van de jeugdzorg, de Zvw en de AWBZ?*

*Jeugdzorg*

Er zijn geen betrouwbare cijfers beschikbaar over het aantal jeugdigen met psychiatrische problemen die gebruik maken van de provinciale jeugdzorg. Dit wordt niet als zodanig geregistreerd. Tevens hoeven de psychiatrische problemen van de jeugdige niet perse de reden van het gebruik van de jeugdzorg te zijn.

## Zvw

In onderstaande tabel is het aantal personen die gebruik hebben gemaakt van de tweedelijns jeugd GGZ in de periode 2005–2009 weergegeven. Dit zijn zowel jeugdigen als hun ouders / verzorgers. De tabel laat een groeispiong zien in de periode 2006–2007, dit is te verklaren doordat in 2007 extra geld beschikbaar is gesteld voor de jeugd GGZ.

Jaar	Aantal jeugdigen in behandeling
2005	180 200
2006	194 400
2007	238 100
2008	248 230
2009	267 716

(Bron: sectorrapportages GGZ Nederland 2009 en 2010. Dit zijn gegevens van lidinstellingen van GGZ Nederland. Daarmee is uitgesloten de zorg die verricht wordt door vrijgevestigde psychiaters en psychologen, op de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en in psychiatrisch universitaire centra (PUC))

## AWBZ

Er zijn geen algemene cijfers beschikbaar van het aantal jeugdigen met psychiatrische problemen dat een beroep doet op de AWBZ. Echter, het overgrote deel van de jeugdigen die gebruik maken van de jeugd-ggz in de AWBZ doet dit via een persoonsgebonden budget (PGB), iets minder dan 90%. In het kader van de grote groei van het PGB gebruik onder jeugdigen, zijn hiervan afgelopen jaren wel gegevens bijgehouden. In onderstaande tabel is het aantal jeugdige budgethouders weergegeven op peildata. Het gaat in deze tabel om gegevens die zijn geëxtrapoleerd op basis van gegevens van UVIT zorgkantoren. De afname van juli 2010 is het gevolg van een stop op het toekennen van PGB's.

Peildatum	Aantal budgethouders (BH)
31-1-2009	25 442
28-2-2009	25 387
31-3-2009	24 907
30-4-2009	25 264
31-5-2009	25 891
30-6-2009	26 032
31-7-2009	27 152
31-8-2009	27 282
30-9-2009	28 861
31-10-2009	29 293
30-11-2009	29 655
31-12-2009	29 006
31-1-2010	28 385
28-2-2010	29 318
31-3-2010	32 933
30-4-2010	33 304
31-5-2010	33 296
30-6-2010	32 544
31-7-2010	32 570
31-8-2010	32 061
30-9-2010	31 572
31-10-2010	31 248
30-11-2010	31 079
31-12-2010	30 604

33

*CIZ heeft zorgaanbieders in de gelegenheid gesteld om een actieve rol te vervullen bij de indicatiestelling. Bleef het CIZ verantwoordelijkheid dragen voor de door zorgaanbieders gestelde indicaties? Heeft deze taakmandatering een effect gehad op de verstrekte indicaties – bijvoorbeeld op de hoogte van de indicatiestelling?*

Van de bij de zorgaanbieder aanwezige kennis over de cliënten in zijn sociale omgeving wordt actief gebruik gemaakt in de fase van het indicatieonderzoek. Zo kan dubbele uitvraag of het vragen naar de bekende weg worden voorkomen, kan het indicatiebesluit sneller worden afgegeven en kan de zorg sneller worden ingezet c.q. voortgezet. Het indicatiebesluit, dat mede gebaseerd is op de uitkomsten van het indicatieonderzoek, wordt afgegeven door het CIZ die daarvoor volledig verantwoordelijk is en blijft. De uitkomsten van het indicatieonderzoek door de zorgaanbieder worden door het CIZ steekproefsgewijs gecontroleerd. Er is tot dit moment geen sprake van een merkbaar effect op de hoogte van de indicatiestelling.

34

*Ruim 200 extra wijkverpleegkundigen zijn aan de slag gegaan in aandachtswijken. Wat heeft deze extra inzet opgeleverd, bijvoorbeeld in termen van gezondheidswinst in deze wijken?*

Op dit moment wordt er een tussenstand gemaakt door Research voor Beleid in samenwerking met ZonMw. Deze rapportage verschijnt in september 2011. Wel kan gezegd worden dat de projecten positief ontvangen worden in het veld, zowel bij professionals als bij de cliënten. Er wordt vanuit ZonMw een registratietool aangeboden, waarbij de cliëntgebonden contacten gemeten worden. De eerste resultaten hierover zijn onlangs bekend gemaakt. Samenvattend kan gezegd worden dat de wijkverpleegkundigen met name ouderen bereiken. Rond de 65% van de cliënten is vrouw en een kleine 30% is allochtoon.

35

*Kunt u het gebruik van de website Regelhulp cijfermatig onderbouwen?*

Het aantal bezoekers van de website Regelhulp is in 2010 gestegen van circa 13 000 per maand naar circa 35 000 per maand.

36

*Het komt voor dat cliënten langer moeten wachten op zorg dan wenselijk is. Wat is de definitie van wenselijk? Hoe hangt dit samen met de treeknormen?*

Uit mijn brief van 2 juli 2010 over de toegankelijkheid van de AWBZ valt af te leiden dat een deel van de cliënten langer moet wachten op zorg dan zij wenselijk vinden.

De praktijk laat zien dat om logistieke redenen het organiseren van de zorg enige tijd kost. Denk aan het vinden van een geschikte zorgaanbieder of accommodatie, het maken van afspraken over de inhoudelijke kant van de zorg, het regelen van capaciteit en dergelijke. Het komt echter ook voor dat een cliënt op vrijwillige basis besluit langer te wachten dan zou hoeven. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer de cliënt een specifieke voorkeur heeft voor een bepaalde zorgaanbieder.

Enige jaren geleden hebben de landelijke vertegenwoordigers van de zorgaanbieders afspraken gemaakt over maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor de zorg. Deze zijn vastgelegd in de zogeheten Treeknormen. Dit is dus een norm voor acceptabele wachttijden, gebaseerd op ervaringen in de praktijk. Ongeveer 85% van de cliënten krijgt zorg binnen

de Treeknormen, hetgeen wil zeggen dat de toegankelijkheid van de AWBZ in het algemeen goed is. De resterende 15% wacht langer dan de Treeknorm. Hiervan wacht een deel op vrijwillige basis (cliënt heeft een sterke voorkeur voor een specifieke zorgaanbieder of is tevreden met de geboden overbruggingszorg of heeft geen behoefte aan zorgbemiddeling) en een deel wacht onvrijwillig. In deze laatste groep vallen de cliënten die als problematisch wachtend zijn gekwalificeerd.

37

*VWS heeft samen met het CAK een voorlichtingscampagne opgezet rondom de Wtcg. Is de doelgroep voldoende bereikt met deze campagne? Wat waren de kosten van deze campagne? Is deze campagne afgerond, of wordt deze nog voortgezet?*

VWS heeft in 2010 verschillende communicatiemiddelen en -activiteiten ingezet om de doelgroep te informeren over de Wtcg. In de eerste plaats is de informatie over de Wtcg ontsloten via één centrale website, [www.wtcg.info](http://www.wtcg.info) (onderdeel van [Rijksoverheid.nl](http://Rijksoverheid.nl)). Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de informatiebehoeften van de doelgroep, is deze website in samenwerking met de patiënten- en cliëntenorganisaties getoetst op gebruiksvriendelijkheid en begrijpelijkheid. Onderdeel van de website is de zogenaamde Wtcg-test, die mensen kunnen invullen om na te gaan of zij mogelijk in aanmerking komen voor een algemene tegemoetkoming. Deze test had betrekking op de tegemoetkoming over het jaar 2009 die eind 2010 is uitgekeerd. Voor de tegemoetkoming over het jaar 2010, die eind 2011 wordt uitgekeerd, is inmiddels een nieuwe versie van de test beschikbaar.

Daarnaast heeft VWS diverse brochures, posters en flyers ontwikkeld. Deze middelen zijn via mailings (digitaal en per post) verspreid aan alle relevante zorgaanbieders (onder andere huisartsen, fysio- en oefentherapeuten, apothekers, ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen), gemeenten en patiënten- en cliëntenorganisaties, zodat deze intermediairs de informatie verder konden verspreiden onder hun cliënten en achterban. Evenals de website zijn de brochures vooraf getoetst op de begrijpelijkheid van het taalgebruik.

Ten slotte is in samenwerking met het CAK en de CG-Raad een landelijke informatiebijeenkomst voor intermediairs georganiseerd, welke goed werd bezocht. Het CAK heeft daarnaast (op aanvraag) in het hele land presentaties gegevens op lokaal georganiseerde informatiebijeenkomsten.

De in 2010 gemaakte kosten voor de communicatie bedragen voor VWS € 330 000,-. In 2011 worden de ontwikkelde communicatiemiddelen (website, brochures, flyers, posters) geactualiseerd. Voor een aantal middelen, te weten de website [www.wtcg.info](http://www.wtcg.info) en de Wtcg-test is dit inmiddels gebeurd. De overige communicatiemiddelen (brochures, posters, flyers) komen op korte termijn beschikbaar en zullen wederom via mailings worden verspreid aan genoemde intermediaire partijen. In overleg met de patiënten- en cliëntenorganisaties wordt bezien of aanvullende initiatieven noodzakelijk zijn.

38

*Kan per doelgroep (dementerende ouderen, personen met meervoudige complexe problematiek en jeugdigen met een licht verstandelijke handicap en aanvullende problemen) worden aangegeven hoeveel mensen moeten wachten op zorg, hoelang zij moeten wachten op zorg en welke tijdelijke oplossingen of alternatieven voor deze mensen beschikbaar zijn? Kan daarbij ook worden ingegaan op eventuele regionale verschillen?*

In mijn brief van 2 juli 2010 staat per doelgroep specifiek aangegeven wat de omvang en samenstelling is van de wachtlijst, gebaseerd op gegevens uit 2008 en 2009.

De totale, problematische, wachtlijst is over de jaren heen min of meer stabiel en ligt in de orde van 5 000 à 6 000 personen. Deze cijfers zijn indicatief en moeten niet àl te absoluut worden genomen. Ondanks landelijke afspraken over het uniform registreren van wachtlijstgegevens, blijken er toch lokale en regionale verschillen te bestaan in interpretatie en toepassing ervan.

Wat de dementerende ouderen betreft en de personen met een meervoudige complexe problematiek, blijkt de wachtlijst wellicht enigszins toe te nemen. Dat hangt samen met de stijging van de vraag. Met betrekking tot de jeugdige licht verstandelijke gehandicapten lijkt zich in 2010 een daling af te tekenen. Dat hangt samen met de regionale aanpak, die sinds vorig jaar wordt toegepast.

Oplossingen liggen op het terrein van het vergroten van de capaciteit van het zorgaanbod door extra middelen (groeiruinimte) toe te kennen, het bevorderen van de doorstroming in de keten en het verbeteren van de informatievoorziening. De intentie van deze maatregelen is dat de omvang van de wachtlijst afneemt en de betrouwbaarheid toeneemt. Het wachtlijstvraagstuk is niet in elke (zorgkantoor)regio hetzelfde. Daarom wordt bij deze maatregelen rekening gehouden met de verschillen die zich regionaal voordoen. De groeiruinimte wordt op basis van een bepaalde verdeelsleutel toegekend aan elke regio. Ook wordt per regio specifiek gekeken naar wat de beste manier is om de wachtlijst zo scherp mogelijk in beeld te krijgen en betrokkenen zo snel als mogelijk een passend zorgaanbod te bieden.

39

*Kunt u uiteenzetten hoe de overheveling van de somatische revalidatiezorg naar de Zvw verloopt?*

Over de wijze waarop de overheveling van de somatische revalidatiezorg naar de Zvw verloopt heb ik op 13 mei jongstleden een brief aan de Tweede Kamer gezonden. (Kamerstukken 2010–2011, 30 597 nr. 184).

40

*De streefwaarde voor een ontwikkeling van AWBZ-uitgaven voor 2011 is € 23,7 miljard. Is deze streefwaarde gebaseerd op een onderliggende berekening waarbij bijvoorbeeld gebruik is gemaakt van raming van de zorgvraag? Zo ja, kan deze berekening aan de Kamer gezonden worden? Zo nee, waarop is deze streefwaarde dan gebaseerd?*

De streefwaarde 2011 van € 23,7 miljard betreft een raming van de gefinancierde langdurige zorg in prijspeil 2010, zoals deze (weliswaar als totaal) in het Financieel Beeld Zorg van de begroting 2011 gepresenteerd staat. De raming is voornamelijk gebaseerd op de (voorlopige) realisatiegegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit en het College voor zorgverzekeringen. De eerste mogelijkheid om de raming 2011 bij te stellen is in de eerste supplettoire begroting 2011, welke in juni aan de Kamer wordt aangeboden.

(x 1 € mld)

<b>Langdurige zorg</b>	<b>23,7</b>
Geestelijke gezondheidszorg AWBZ	1,7
Gehandicaptenzorg	6,4
Verpleging en verzorging	12,9
Persoonsgebonden budgetten	2,2
Bovenbudgettaire vergoedingen	0,1
Subsidies langdurige zorg	0,1



Beheerskosten / diversen AWBZ	0,2
Langdurige zorg onverdeeld	0,0

41

*Een beheerste ontwikkeling van de uitgaven voor de AWBZ blijft een aandachtspunt. Vervolgens wordt het slimmer inrichten en afbakenen van het PGB genoemd als één van de uitdagingen. Gezien de budgetten in de AWBZ lijkt de zorg in natura een grotere uitdaging. Waarom wordt de nadruk gelegd op de pgb-regeling? Waarom wordt niet ingegaan op de uitdagingen die bestaan binnen de zorg in natura? In hoeverre is er zicht op de concrete uitdagingen binnen de zorg in natura in het kader van kostenbeheersing?*

De nadruk wordt gelegd op de pgb-regeling omdat bij deze regeling het merendeel van de overschrijdingen wordt verwacht indien het aantal budgethouders blijft groeien met 1 650 per maand.

Ook bij de zorg in natura is echter sprake van een toenemende kostenontwikkeling. Dit komt onder meer door de demografische groei van de zorgvraag. De inzet is van het kabinet om de totale AWBZ-groei te beperken tot 2,5% per jaar. Naast de pgb-maatregelen worden daarom ook maatregelen voorzien bij de functie begeleiding en zal de IQ-maatregel worden ingevoerd.

Tevens wordt de contracteerplicht intramuraal afgeschaft en zullen zorgkantoren binnen de AWBZ contracteerruimte afspraken maken over de in gebruik name van nieuwe en gewijzigde capaciteit, waardoor onvoorziene kostenstijgingen die zich in het verleden hebben voorgedaan zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen.

42

*Wat zijn de overheidsuitgaven aan preventie de afgelopen 10 jaar? Welke concrete resultaten kunnen worden toegeschreven aan deze uitgaven, bijvoorbeeld in termen van gezondheidswinst en/of afnemende zorgvraag?*

De totale overheidsuitgaven aan preventie zijn niet eenvoudig te berekenen omdat een breed scala aan activiteiten hieronder valt. Uit de meest recente studie van het RIVM blijkt dat er in 2007 13 miljard euro aan preventie is uitgegeven in Nederland. Het merendeel (10 miljard) wordt buiten de zorg uitgegeven (bestrijding luchtverontreiniging en bevorderen van verkeersveiligheid). Aan ziektepreventie (zoals vaccinaties, preventieve medicatie en screenings) is binnen de zorg 2,5 miljard uitgegeven en een half miljard aan gezondheidsbevordering.

Het ministerie van VWS heeft bij benadering vanaf 2006 t/m 2010 gemiddeld € 635 mln. per jaar aan preventie uitgegeven (begrotingsgeld). Hierin zijn gezonde leefstijl, voedsel- en productveiligheid, bescherming tegen infectie- en chronische ziekten en lokaal preventief gezondheidsbeleid meegenomen. Vanwege een verandering in de begrotingssystematiek, zijn deze cijfers pas vanaf 2006 beschikbaar.

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2010 van het RIVM laat zien dat de volksgezondheid in Nederland steeds verbetert. Gezondheid wordt bepaald door een groot aantal factoren waaronder erfelijke aanleg, gedrag, toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg, werk/inkomen, opleiding, woonomgeving en milieu. Op al deze terreinen heeft overheidsbeleid, zij het in meer of mindere mate, invloed. Het is echter niet mogelijk om de expliciete bijdrage van de overheidsuitgaven aan de gezondheidswinst vast te stellen. Voor een aantal specifieke programma's zoals vaccinaties en screenings zijn wel gegevens beschikbaar over gezond-

heidswinst. Ook blijkt uit recente onderzoeken/adviezen, van ondermeer RIVM, RVZ en SER, dat investeren in gezondheid en preventie maatschappelijk veel oplevert.

43

*Wat was de toename van het aantal chronisch zieken, gedifferentieerd naar categorie, in Nederland in 2010? Was dit hoger of lager dan de voorspellingen van het RIVM? In hoeverre werd de arbeidsparticipatie door de verleende zorg verbeterd?*

Schattingen van het aantal mensen met een chronische aandoening worden gebaseerd op zorgregistraties. De meest actuele cijfers zijn door het RIVM weergegeven in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010, daarin zijn schattingen van 2007 verwerkt. Zorgregistraties lopen altijd iets achter in verband met het opschonen van data en dergelijke. Daarnaast is het niet haalbaar en zinvol om ieder jaar een update van de schattingen te geven, aangezien de prevalentie van chronische aandoeningen niet dusdanig fluctueert dat die de nodige extra en kostbare inspanningen rechtvaardigt.

Eerder onderzoek naar de toename van chronisch zieken in vergelijking met schattingen van het RIVM wezen uit dat deze redelijk goed overeenkomen. Dit is voor een groot deel te verklaren doordat een belangrijk deel van de toename is toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking. Ten aanzien van de verbetering van de arbeidsparticipatie in relatie tot de verleende zorg zijn op dit moment nog geen (landelijk) cijfers te geven.

44

*Op welke manier is de zorgzwaartebekostiging verbeterd? Hebben deze verbeteringen gevolgen voor de kwaliteit van de zorg of de efficiëntie/de kosten van de zorg?*

Zie ook het antwoord op vraag 26 voor de wijzigingen in de systematiek van de zorgzwaartebekostiging. De wijzigingen in de bekostiging hebben er voor gezorgd dat de financiering beter aansluit op de zorgvraag van cliënten.

De zorgzwaartebekostiging heeft als belangrijkste voordeel dat zij een eerlijkere verdeling van middelen teweeg brengt, meer inzicht in zorgzwaarte van de cliënt geeft en een stimulans is om de cliënt meer centraal te stellen. De nieuwe vorm van bekostiging leidt tot meer bewustwording en aanbieders professionaliseren de bedrijfsvoering. Doelstelling is een efficiëntere manier van zorg verlenen, met behoud van kwaliteit.

45

*De tekst beschrijft resultaten van het convenant overgewicht. De genoemde punten zijn acties, geen resultaten. Kan alsnog ingegaan worden op de concrete resultaten?*

Met een goede structuur als basis, is er gaandeweg 2010 voortgang geboekt. Dit uit zich in een toename van het aantal betrokken partners. In plaats van 20 partners aan het eind van de vorige convenantsperiode, zijn het er nu 27. Ondanks dat het nog te vroeg in het programma is om nu al echte concrete resultaten te laten zien, noem ik toch enkele positieve resultaten ten aanzien van de EPODE-aanpak en de gezonde schoolkantine. Epode (Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants) biedt een effectieve geïntegreerde lokale aanpak om overgewicht bij kinderen én volwassenen terug te dringen. Stevig politiek draagvlak, publiekprivate samenwerking, sociale marketing, verbinding van preventie met zorg en onafhankelijke wetenschappelijke evaluatie zijn de vijf belangrijkste

peilers van de aanpak. Deze peilers vormen de basis voor de lokale aanpak en vertaalslag.

De inzet op het implementeren van de EPODE-aanpak in gemeenten, (motie Wiegman, TK 2009–2010 31 899, nr. 10) heeft geresulteerd in de deelname van 6 gemeenten in de tweede helft voor 2010.

De inzet op het bereiken van een gezonde schoolkantine (motie Vendrik, TK 2009–2010 31 899, nr. 8) heeft geresulteerd in een resultaat van 90 deelnemende scholen, waar de doelstelling op 75 lag. Meer voorbeelden van activiteiten en resultaten van het Convenant en de specifieke deelconvenanten staan in het openbaar jaarverslag 2010<sup>1</sup> en de landelijke nota gezondheidsbeleid. De aanpak binnen het convenant met al haar partners zorgt voor meer bundeling van interventies en gecoördineerde landelijke en lokale activiteiten.

46

*Wat is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen deelnemende partijen aan het convenant overgewicht? Wat is de verdeling van de kosten tussen genoemde partijen?*

Het Convenant Gezond Gewicht is een samenwerkingsverband van 27 partijen, afkomstig van rijksoverheid, lokale overheden, het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. Binnen het convenant is elke deelnemende partij verantwoordelijk voor een bijdrage aan de doelstellingen en activiteiten van het convenant. De deelnemers hebben door ondertekening van het koepelconvenant en/of een van de deelconvenanten hierover concrete afspraken gemaakt. Naast een financiële bijdrage, kan dit ook een bijdrage in menskracht en overige middelen betreffen. De kosten van de uitvoering van het Convenant bedroegen in 2010 1,18 miljoen euro. De bijdrage van VWS hierin was 740 000 euro.

47

Er is een workshop «eetplezier en beweegkriebels» gegeven. Wat was het doel van deze workshop en hoeveel overheidsgeld is hieraan besteed? Sloot het deelnemersbestand aan op de beoogde doelgroep?

De workshop «Eetplezier en Beweegkriebels» is een interventie gericht op ouders van kinderen in de leeftijd 0 tot 4 jaar en heeft als doel ouders bewust te maken van hun rol bij een gezonde opvoeding van hun kinderen. Kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en voorscholen kunnen de workshop inzetten om ouders te helpen bij het aanleren van een gezonde leefstijl bij hun kinderen. Het materiaal voor het geven van deze workshop is voor € 3,- te bestellen bij het Voedingscentrum. Met kan er voor kiezen een trainer van het NISB in te schakelen. Uit een evaluatie, uitgevoerd door TNO, blijkt dat de workshop aansluit bij de behoefte van de doelgroep. De interventie is opgenomen in de database van het Centrum Gezond Leven en maakt onderdeel uit van een groter programma «Eetplezier en Beweegkriebels scholing». Dit scholingsprogramma is bedoeld voor pedagogisch medewerkers werkzaam in de kinderopvang van 0 tot 4 jaar of nog in opleiding hiervoor. Ten behoeve van het ontwikkelen, uitrollen en evalueren van de scholing «Eetplezier en Beweegkriebels», waar de ouderworkshop onderdeel van uitmaakt, is voor de periode van januari 2010 t/m april 2012 een bedrag van € 443 600 aan subsidie verleend.

---

<sup>1</sup> [http://www.convenantgezondgewicht.nl/download/47/cgg001\\_jaarverslag\\_-\\_definitief.pdf](http://www.convenantgezondgewicht.nl/download/47/cgg001_jaarverslag_-_definitief.pdf)

48

*Welke concrete doelen stelt de regering zich ten aanzien van preventie (o.a. levensverwachting, alcohol- en tabakgebruik, overgewicht)*

Een goede gezondheid levert veel op. Gezonde mensen hebben in het algemeen een betere kwaliteit van leven, kunnen beter voor zichzelf zorgen en doen minder beroep op de zorg. Ook kunnen ze langer en beter participeren in de maatschappij. Het Kabinet streeft dan ook naar een gelijke of hogere levensverwachting dan in voorgaande jaren. Uit de VTV van maart 2010 blijkt dat de vijf speerpunten uit de preventienota 2006 belangrijk blijven om de (volks)gezondheid te verbeteren. Het gaat om roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Het kabinet heeft deze vijf speerpunten onveranderd overgenomen in de Landelijke nota gezondheidsbeleid die op 25 mei jl. aan uw Kamer is aangeboden. We willen wel meer focus aanbrengen door ons in het bijzonder te richten op bewegen.

49

*Kunt u de vorderingen met betrekking tot de Wpg cijfermatig onderbouwen?*

Er zijn geen landelijke cijfers over de voortgang van de implementatie van artikel 5a (Wpg) door gemeenten. Het is in eerste instantie aan de Gemeenteraad om hierop toe te zien en het gemeentelijk beleid te toetsen.

Daarnaast neemt de IGZ het onderwerp mee in het toezicht dat zij houdt op het functioneren van de Wpg. De wijze waarop dit gebeurt, wordt in de jaarplannen van de IGZ geconcretiseerd.

50

*Er wordt gewerkt aan de integratie van twee subsidieregelingen ten behoeve van de hulpverlening op het gebied van seksuele gezondheid. Op welke twee subsidieregelingen heeft dit betrekking? Waarom zijn deze regelingen niet in eerste instantie geïntegreerd?*

Het betreft enerzijds de regeling Aanvullende curatieve soa-bestrijding (ACS) en anderzijds de regeling Aanvullende Seksualiteitshulpverlening voor jongeren (ASH), beide onderdeel van de subsidieregeling Publieke Gezondheid.

De regeling ACS is in 2006 van start gegaan. De regeling is bedoeld om soa onder hoogrisicogroepen snel en gericht op te kunnen sporen en te behandelen. Deze zorg is voor de cliënten gratis en – indien gewenst – anoniem. De regeling ASH is later geïntroduceerd, namelijk in 2008. Via deze regeling kunnen jongeren tot 25 jaar gratis en – indien gewenst anoniem – voor al hun vragen en problemen op het terrein van seksuele gezondheid terecht bij zogenaamde Sense spreekuren, seksualiteitsspreekuren voor jongeren.

Bij de start van de ASH-regeling is besloten eerst te bezien of de regeling zou werken. Integratie met de ACS-regeling op de langere termijn was toen al wel voorzien. Uit een evaluatie is gebleken dat de ASH-regeling werkt. Ook de ACS-regeling is geëvalueerd. Op basis van beide evaluaties heb ik besloten beide voorzieningen in stand te houden. De ACS- en ASH-regeling worden vaak door dezelfde GGD uitgevoerd en uit de praktijk blijkt dat deze zorg door GGD'en vaak al geïntegreerd wordt aangeboden. Daarnaast vullen beide voorzieningen elkaar aan. Daarom heb ik besloten de regelingen te integreren. De aanvullende soa-bestrijding is primair gericht op curatie maar binnen deze soa-consulten wordt ook aan preventie gedaan. De seksualiteitsspreekuren richten zich vooral op preventie maar ook op hulpverlening. Ik

streef ernaar beide regelingen per 2012 te integreren om zo de kwaliteit van zorg verder te verbeteren.

51

*Er zijn streefwaarden vastgesteld voor het aantal opgespoorde soa's. Een gelijkblijvend of toenemend aantal opgespoorde soa's in absolute termen lijkt niet per definitie iets om naar te streven. Wat is het doel van deze indicator?*

Een opgespoorde seksueel overdraagbare aandoening (soa) is het startpunt voor behandeling. Dit is niet alleen van belang voor de individuele patiënt, maar ook voor de volksgezondheid, omdat verdere transmissie van soa's daarmee kan worden voorkomen. Via de subsidieregeling Publieke Gezondheid financiert het ministerie van VWS aanvullende curatieve soa-bestrijding. Hiermee kunnen GGD'en soa onder hoogrisicogroepen snel opsporen en behandelen. De soa-poliklinieken van de GGD'en weten steeds effectiever mensen met een hoog risico op te sporen en te behandelen. We streven ernaar dat het aantal opgespoorde soa in 2011 in elk geval gelijk blijft, of groter is dan in 2009. Dat betekent niet dat we ernaar streven dat er meer soa(besmettingen) zijn, maar wel dat we meer soa vinden (opsporen) en kunnen behandelen zodat verdere transmissie van soa's daarmee kan worden voorkomen. Het gaat dus echt om het vindpercentage.

52

*Hoeveel en welke prestatie-indicatoren zijn er op dit moment te vinden op de website Kiesbeter.nl? Kunt u een overzicht geven van de jaarlijkse ontwikkeling van het aantal kwaliteitsindicatoren op de website Kiesbeter.nl in de periode 2005-heden? Klopt het dat het kabinet geen einddoelstelling heeft hoeveel kwaliteitsindicatoren er deze kabinetsperiode bij moet komen? Hoe komt het noodzakelijke inzicht in de kwaliteit en veiligheid van zorgverleners dan tot stand?*

In 2011 zijn de kwaliteitsgegevens van de ziekenhuizen over 23 aandoeningen gepubliceerd op kiesBeter. In 2010 waren dat er 9 en tot 2009 waren dat er 6.

De kwaliteit van de geleverde zorg moet transparant zijn voor patiënten en zorgverzekeraars om hen in staat te stellen te kiezen voor kwalitatief goede zorg. Ook de service en bejegening door zorgaanbieders moeten inzichtelijk zijn. De veelsoortigheid van de huidige indicatoren belemmert echter een goed inzicht in de kwaliteit van zorg en biedt onvoldoende ondersteuning aan het keuzeproces voor patiënten. Ik blijf bevorderen dat keuze-informatie en toezichtinformatie beschikbaar komt en blijft, maar ik hanteer hierbij als uitgangspunt dat er een beperkte set indicatoren is die zoveel mogelijk onderscheidend zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening, het liefst op uitkomstniveau.

53

*Klopt het dat de Algemene Rekenkamer op 10 juni 2009 al concludeerde dat zelfregulering niet tot het gewenste resultaat heeft geleid, namelijk een gedeelde visie (kwaliteitskaders met indicatoren en normen) op verantwoorde zorg? Zijn veldpartijen nu wettelijke verplicht om veiligheidsnormen duidelijk en herkenbaar mee te nemen bij de richtlijnontwikkeling?*

De belangrijkste conclusie van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen was dat de zelfregulering binnen de zorgsectoren tussen 1996 en 2006 onvoldoende tot kwaliteitskaders met indicatoren en normen heeft geleid.

Inmiddels hebben er verschillende ontwikkelingen plaatsgevonden. Zo zijn er in de ziekenhuissector veiligheidsnormen opgesteld en in juni 2010 aan de Tweede Kamer toegezonden en wordt er in de eerstelijns en curatieve GGZ gewerkt aan het opstellen van veiligheidsnormen. De «richtlijn voor richtlijnen» van de Regieraad en het advies van de commissie richtlijnontwikkeling focussen op heldere normstelling: bij iedere aanbeveling zal expliciet de status vermeld worden (betreft het een minimumnorm, een streefnorm of een overweging). De Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (van de Orde van Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland) zal dit vanaf 2012 als criterium overnemen bij de financiering van nieuwe richtlijntrajecten. Als er evidente normen blijken te ontbreken en/of de norm niet adequaat blijkt kan ik bij AMvB nadere regels vastleggen. In de Wet cliëntenrechten zorg, die aangeboden is aan de Tweede Kamer, is hierover een bepaling opgenomen.

Op deze wijze wordt het mogelijk veiligheidsnormen op flexibele wijze wettelijk te verankeren. In de toekomst is de bevordering van richtlijnen en veiligheidsnormen, wanneer het veld achterblijft, een taak voor het kwaliteitsinstituut. Tot die tijd heeft de IGZ deze taak.

54 en 55

*Wie is verantwoordelijk voor het halen van de doelstelling halvering van de vermijdbare sterfte in schade in de zorgsector? Wat zijn de consequenties als deze doelstelling niet wordt gehaald?*

*De zorgsector wordt door VWS gehouden aan de halvering van vermijdbare sterfte en schade. Hoe gaat VWS dit doen? Zijn er consequenties verbonden aan het niet behalen van deze doelstelling? Is dit een verantwoordelijkheid die de overheid kan waar maken?*

De veldpartijen op het gebied van de ziekenhuiszorg, waarvoor deze doelstelling geldt, en primair natuurlijk de zorgverleners zelf zijn verantwoordelijk. Ik wil deze partijen dan ook onverminderd houden aan hun eigen ambitie om de vermijdbare schade en sterfte eind 2012 met 50% gereduceerd te hebben.

Onlangs heb ik met de partijen van het VMS veiligheidsprogramma (de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) afspraken gemaakt over een intensievere aanpak in de laatste twee jaar van het veiligheidsprogramma. Ik zie het als ieders plicht zich maximaal in te zetten opdat de resultaten van de eindmeting over dossiers van 2011/2012 substantieel lager uit zullen vallen. Ieder vermijdbaar sterfgeval is er namelijk een teveel. Zorgaanbieders die onvoldoende maatregelen nemen om veilige zorgverlening te bieden, kunnen rekenen op handhaving door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

56

*Welk doel wordt gehanteerd ten aanzien van het aantal vermijdbare incidenten in ziekenhuizen en vermijdbare sterfte in ziekenhuizen?*

In 2007 hebben de betrokken veldpartijen op het gebied van ziekenhuiszorg de ambitie uitgesproken om de vermijdbare schade, inclusief de vermijdbare sterfte, met 50% te reduceren ten opzichte van 2004. Door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) is in 2008 het VMS-veiligheidsprogramma gestart, waarmee deze doelstelling in 5 jaar behaald zal moeten worden. Ik wil deze partijen dan ook onverminderd houden aan hun ambitie om de vermijdbare schade en sterfte eind 2012 met 50% gereduceerd te hebben.

57

*Wat is de streefwaarde voor het aantal gevallen van vermijdbare ziekenhuisopname ten gevolge van medicijngebruik? Welke beleidsmaatregelen worden ingezet om het aantal ziekenhuisopnamen ten gevolge van medicijngebruik te verminderen?*

Het streven is erop gericht het aantal gevallen van vermijdbare ziekenhuisopnames ten gevolge van verkeerd gebruik van geneesmiddelen eind 2012 met 30% te verminderen ten opzichte van 2005–2006. Een (tussentijdse) meting zal in het najaar van 2011 verschijnen.

De concrete verbeteringen moeten vooral vanuit het veld zelf komen. Er is een groot scala aan beleidsmaatregelen en ondersteuning van uiteenlopende verbeteringen op het terrein van medicatieveiligheid door VWS ingezet c.q. gefaciliteerd. In het najaar van 2011 zal ik de Kamer over de acties en resultaten nader informeren.

58 en 59

*Is er een verklaring voor de toename van de vermijdbare schade en sterfte ondanks de volgens de IGZ redelijke vooruitgang bij de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen?*

*Hoe verklaart u de stijging van de vermijdbare sterfte en schade in ziekenhuizen, welke in 2008 ten opzichte van 2004 gestegen is? Kunt u aangeven hoe de intensivering van het VMS-programma ertoe zal bijdragen dat de doelstelling om deze vermijdbare sterfte en schade te halveren behaald wordt?*

De tussenmeting van de vermijdbare schade en sterfte door het EMGO/Nivel eind 2010 had betrekking op ziekenhuisdossiers uit 2008. Tussen 2004 en 2008 is al een aantal losse initiatieven ondernomen op het gebied van patiëntveiligheid (zoals Sneller Beter). Het valt mij dan ook tegen dat de cijfers hoger uitvallen dan tijdens het vorige onderzoek over dossiers uit 2004. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring voor het feit dat er nog geen daling in potentieel vermijdbare schade gevonden is, aan dat er een toename is in het aantal complexe patiënten en nieuwe technologische mogelijkheden met extra risico's. Het is ook mogelijk dat artsen en verpleegkundigen steeds opener en kritischer kijken. In het VMS veiligheidsprogramma waar bijna alle ziekenhuizen aan meewerken is gekozen voor een geïntegreerde aanpak die enerzijds inzet op het implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en anderzijds op de inhoudelijke aanpak op 10 hoogrisico thema's. Dit programma is gestart in 2008. De resultaten van deze geïntegreerde aanpak zullen pas bij de volgende meting meer inzichtelijk worden. Over het succes van dit veiligheidsprogramma valt op basis van dit onderzoek dus nog weinig te zeggen.

60

*Wat wilt u veranderen aan de website KiesBeter.nl en op basis van welke criteria beoordeelt u volgend jaar of u de doelstellingen gerealiseerd heeft*

Om beter antwoord te geven op concrete vragen van cliënten over prestaties van de verzekeraar, zorgaanbieder, prijzen en tarieven en ervaringen van andere cliënten met de zorg, is een verbeterslag nodig. Voor 2011 heeft kiesBeter.nl de volgende op de gebruikers gerichte acties gepland:

- Er wordt een duidelijke zoekinstructie opgenomen op de site voor de bezoeker die zoekt naar vergelijkende informatie.
- Er komt een vereenvoudiging van het zoeken door een reductie van het klikpad.

Aanvullend wordt voor de:

- Gehandicaptenzorg: zorginhoudelijke informatie toegevoegd

- Geestelijke gezondheidszorg: zorginhoudelijke informatie toegevoegd
- Fysiotherapeuten: zorginhoudelijke informatie en patiëntervaringen toegevoegd
- Kraamzorg en verloskundigen: zorginhoudelijke informatie, informatie over cliëntervaringen en klantpreferente keuze-informatie toegevoegd
- Farmacie: zorginhoudelijke informatie, informatie over cliëntervaringen en klantpreferente keuze-informatie toegevoegd
- Verbeteren van de gebruikersvriendelijkheid gezorgd.

De uitbreiding is gebaseerd op de gegevens die beschikbaar komen uit het transparantieprogramma Zichtbare Zorg en de ontwikkelde CQ-vragenlijsten. Voor het beoordelen van de gebruikersvriendelijkheid worden consumentenpanels ingezet. Daarmee wordt de aansluiting op de inhoud geborgd.

61

*«De ervaringen van cliënten met AWBZ-zorg moeten zichtbaarder worden.» Cliënttevredenheid is slechts een onderdeel van kwaliteit van zorg. Worden er nog andere aspecten meegenomen bij het bepalen van de kwaliteit van AWBZ-zorg? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?*

In de sector ouderenzorg wordt iedere twee jaar de cliënttevredenheid gemeten. Tevens wordt er ieder jaar de zorginhoudelijke indicatoren gemeten door de zorginstelling. Dit is een verplichte meting, waarvan de uitkomsten worden weergegeven op kiesbeter.nl. De Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt deze gegevens o.a. om te beoordelen of zij bij de betreffende zorginstelling (IGZ) en een bezoek afleggen. De uitkomsten van de IGZ bezoeken worden ook gebruikt om te bepalen wat de kwaliteit van de zorginstelling is.

62

*Hoe vaak heeft de Inspectie in 2010 zelf toezichtsnormen opgesteld, omdat het veld tekort schoot bij het opstellen van veldnormen? Wat verstaat het kabinet onder «het tekortschieten bij het opstellen van veldnormen»? Wanneer is hier precies sprake van?*

Het zorgveld is primair zelf verantwoordelijk voor het ontwikkelen van normen op gebied van kwaliteit en veiligheid van de te leveren zorg. Op basis van afgesproken normen houdt de IGZ toezicht. Mocht tijdens het toezicht blijken dat de afgesproken normen afwezig of ontoereikend zijn voor het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg, dan zal de IGZ een aanbeveling doen om tot nadere normstelling te komen. De verantwoordelijkheid hierbij ligt bij het zorgveld zelf om aanvullende normen te stellen. Eventueel kan de IGZ het ontwikkelen van normen stimuleren, door bijvoorbeeld partijen bij elkaar te brengen en inhoudelijke input te leveren voor werkbare en handhaafbare normen. Er is sprake van «het tekortschieten van het opstellen van een veldnorm», wanneer de zorgsector niet tot een geregisseerde actie kan komen om tot aanvullende normen te komen, ook niet na een eerdere aanbeveling van de IGZ.

De IGZ heeft in 2010 geen eenzijdige normen vastgesteld. Wel is vanuit de IGZ het veld gestimuleerd normen op te stellen. Het gaat hierbij om onder meer medicatieveiligheid en bewegen in Gehandicaptenzorg. In de toekomst ziet de IGZ wel een actievere rol in het stimuleren dan wel vaststellen van veldnormen, onder andere op gebied van bewegen en hygiëne. Wel wordt daar door het veld hard gewerkt aan de ontwikkeling van aanvullende normen. Op gebied van geneesmiddelen en medische technologie vormen wettelijke bepalingen (Europese richtlijnen, wet- en regelgeving) de basis van het kwaliteitskader voor de producenten, waarop de IGZ toezicht houdt. Het veld heeft zelf geen rol in de ontwikkeling ervan.



De mogelijkheid bestaat dat de ontwikkeling van normen voor het zorgveld op termijn wordt opgepakt door het Kwaliteitsinstituut.

63

*In 2010 is informatie over 15 aandoeningen beschikbaar op KiesBeter.nl. Voor hoeveel aandoeningen is het mogelijk de kwaliteitprestaties van zorgaanbieders transparanter te maken? Welke doelstelling heeft de minister? Neemt het huidige kabinet de doelstelling 45b. van het oude kabinet over om voor 80 aandoeningen te kunnen welke kwaliteit ziekenhuizen bieden? Wat is de reden dat de kwaliteitskaart op kiesBeter.nl niet voor elk ziekenhuis beschikbaar is?*

In principe is het mogelijk om voor alle aandoeningen de kwaliteitprestaties transparanter te maken. Ik laat me leiden door de informatiebehoefte van de cliënt / patiënt en streef naar een beperkte set indicatoren die voldoende zegt over uitkomsten, service en bejegening. Het is van belang dat eenduidige informatie wordt opgevraagd die erop is gericht om de kwaliteit van de zorg op een eenduidige en efficiënte manier te meten, waardoor de verantwoordingslasten voor de zorgaanbieders verminderen. De 80 aandoeningen waarover eerder werd gesproken, wil ik daarbij niet meer leidend laten zijn. Het aantal is geen doel op zich. Er is mij veel aan gelegen om veel gerichter te kijken naar indicatoren die ook daadwerkelijk iets zeggen over de uitkomst van zorg.

Alle ziekenhuizen hebben kwaliteitskaarten aangeleverd. ZBC's en privéklinieken hebben de kwaliteitsvragen van ZiZo en IGZ niet altijd ingeleverd.

64

*Is er een correlatie tussen de kwaliteit bij instellingen en het al of niet geven van toestemming tot publicatie van CO-gegevens op kiesbeter.nl? Zo ja welke?*

Er is geen onderzoek gedaan naar de correlatie tussen de kwaliteit bij de instellingen en het niet verlenen van toestemming. Bij Zichtbare Zorg en kiesBeter bestaat niet de indruk dat slecht presterende instelling op deze manier buiten beeld willen blijven. Ik zal kiesBeter.nl vragen om in het vervolg navraag te doen.

65

*Welke streefwaarde wordt gehanteerd ten aanzien van het aantal Wmo-cliënten dat aangeeft dat de Wmo-ondersteuning bijdraagt aan het zelfstandig wonen en meedoen in de samenleving?, c.q. het langer zelfstandig blijven?*

Het betreft hier kengetallen waar – in tegenstelling tot beleidsindicatoren – geen streefwaarden aan worden verbonden. Reden hiervoor is dat er een onvoldoende duidelijk verband gelegd kan worden tussen de inzet vanuit de Wmo en de hoogte van deze kengetallen. Betreffende grootte leent zich goed voor meer diepgaand evaluatieonderzoek. In de eerste evaluatie van de Wmo krijgt dit dan ook aandacht.

66

*Is bekend of alle gemeenten de keuze tussen zorg in natura, pgb of een vergoeding voor alfa-hulp expliciet en zonder vooringenomenheid voorleggen aan burgers? Zijn gemeenten goed op de hoogte van hun plichten?*

Bij de wetswijziging per 1 januari 2010 is in de Wmo de verplichting tot de zogenoemde geïnformeerde toestemming opgenomen. Op grond van artikel 6a zijn gemeenten verplicht hun burgers vooraf in duidelijke en

begrijpelijke bewoordingen te informeren over de consequenties van de keuze voor een individuele voorziening in natura, een persoonsgebonden budget of een financiële tegemoetkoming. Op dit moment wordt een onderzoek uitgevoerd naar de concrete invulling van de geïnformeerde toestemming door gemeenten. De resultaten zijn voorzien medio 2011.

67

*Is bekend hoe vaak het is voorgekomen dat personeel werd overgenomen, omdat een gemeente een andere zorgaanbieder contracteerde? Om hoeveel mensen en fte's ging het in 2010? Welk percentage van de werknemers dat zich in deze situatie bevond heeft op deze manier zijn/haar baan behouden? Welke gevolgen had dit voor hun arbeidsvoorwaarden?*

Recent is door middel van een steekproef onderzoek uitgevoerd naar de werking van de overlegbepaling. In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat deze bepaling in de praktijk werkt. Vrijwel al het personeel wordt door nieuw gegunde aanbieders overgenomen. De meerderheid van de medewerkers gaat hierbij over tegen dezelfde arbeidsvoorwaarden. Uw Kamer wordt op korte termijn nader geïnformeerd over de uitkomsten van dit onderzoek.

68

*Alleen voor mishandeling door professionals wordt een meldplicht ingevoerd. De cijfers – bijvoorbeeld t.a.v. ouderenmishandeling – laten echter zien dat 90% van de gevallen van ouderenmishandeling door een familielid wordt gepleegd en slechts 1% door een professional. Niet alleen komt mishandeling door familieleden veel vaker voor, het ligt bovendien voor de hand dat ouderen nog minder geneigd zijn aangifte te doen tegen een familielid dan tegen een zorgprofessional aangezien er niet alleen een afhankelijkheidsrelatie maar ook een familieband is. Waarom is aan deze cijfers voorbij gegaan bij de keuze voor meldplicht / verplichte meldcode?*

Ik heb in mijn keuze tussen een meldcode of meldplicht ook deze informatie meegewogen. Ik ben desondanks van mening dat een meldcode bij ouderenmishandeling in huiselijke kring het aangewezen instrument is.

Een verplichte meldcode is bewezen effectief. Uit onderzoek<sup>1</sup> blijkt dat een meldcode effectief is (minder handelingsverlegenheid, meer kwalitatief goede meldingen). Ervaringen met een meldplicht in het buitenland (Zweden en Australië) leveren geen bewijs dat een wettelijke meldplicht leidt tot het terugdringen van geweld en mishandeling in afhankelijkheidsrelaties<sup>2</sup>.

Een verplichte meldcode sluit beter aan bij de autonomie van de professional om verantwoorde zorg en ondersteuning te leveren dan een meldplicht. Een meldcode ziet niet alleen op de melding, maar ook op de verantwoordelijkheden die een professional heeft vóór en na een eventuele melding. Bovendien zullen mensen minder snel hulp zoeken als zij weten dat een professional verplicht is om vermoedens te melden.

Een verplichte meldcode veroorzaakt minder administratieve lasten dan een meldplicht. Het hoge aantal ongegronde meldingen (79%) bij een meldplicht leidt tot onnodige overbelasting van het systeem en onnodige stigmatiserende onderzoeken, zonder duidelijke pluspunten voor bescherming van het slachtoffer.

<sup>1</sup> Onderzoek meldcode, door Onderzoeksbureau Veldkamp, 2008.

<sup>2</sup> Harries, M. & Clare, M. (2002). *Mandatory reporting of child abuse: evidence and options*. The University of Western Australia.

Een verplichte meldcode kan rekenen op draagvlak bij professionals. Voor geweld gepleegd door professionals kies ik wel voor een meldplicht.

Wanneer medewerkers hun cliënten mishandelen, raakt dat ten diepste aan het goed functioneren van een instelling en daarmee aan de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. Ik wil voorkomen dat instellingen uit vrees voor aantasting van hun goede naam, afzien van het melden van gevallen van geweld. Dit wil ik doorbreken door een meldplicht. Het melden ervan is cruciaal voor het beschermen van het slachtoffer en het vertrouwen in de zorg.

69

*Kunt u aangeven of het aantal beschikbare bedden in de opvanginstellingen van de Categoriele Opvang Slachtoffers van Mensenhandel toereikend is voor het aantal cliënten dat hier gebruik van wil maken.*

Sinds de start van de «pilot categoriele opvang slachtoffers mensenhandel» is de situatie met betrekking tot de opvang aanmerkelijk verbeterd. Op dit moment is er sprake van een wachtlijst voor eerste opvang van enkele plekken.

Mede op basis van de evaluatie van de pilot bezie, ik samen met de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister voor Immigratie en Asiel, hoe de structurele opvang van slachtoffers van mensenhandel het best vorm gegeven kan worden.

70

*Het Zorginnovatieplatform heeft bijgedragen aan 60 verschillende innovatieve projecten in de zorg. Was overheidsbetrokkenheid bij deze projecten noodzakelijk of waren deze projecten ook tot stand gekomen zonder overheidsbemoeienis? Wat wordt verstaan onder «bijdragen aan»: gaat het hier om een financiële, organisatorische of andere bijdrage?*

Onder bijdragen wordt een financiële bijdrage door middel van subsidies of aanbestedingen bedoeld. Financiering was bedoeld om samenwerkingsverbanden te stimuleren, opschaling van succesvolle initiatieven te bewerkstelligen of nieuwe innovaties op haalbaarheid te toetsen. Doel van de financiering was om veelbelovende projecten te stimuleren, die niet tot stand kwamen in het huidige zorgsysteem. Deze projecten dienen daarbij ook als voorbeeld voor andere projecten en opgedane lessen en ervaringen worden breed gedeeld. Alle projectaanvragen zijn beoordeeld en geselecteerd voor financiering door een onafhankelijke beoordelingscommissie bestaande uit ervaringsdeskundigen uit de zorg. De bijdrage die de innovatie levert aan de verbetering van kwaliteit van zorg en/of bijdraagt aan arbeidsbesparing bij gelijkblijvende kwaliteit van zorg was een belangrijk criterium bij de selectie.

71

*Het programma «In voor zorg» heeft ondersteuning geboden om werkprocessen in de langdurige zorg toekomstbestendig te maken. Wat moet worden verstaan onder «toekomstbestendig»? Heeft dit programma tot zichtbare verbetering geleid? Welke type organisaties heeft aangegeven deel te nemen aan het programma: de organisaties waar verbetering noodzakelijk was of organisaties die al kwalitatief op orde waren?*

Het Programma «In voor zorg» is eind 2009 van start gegaan. «In Voor Zorg!» is nadrukkelijk geen onderzoeksprogramma, het is een programma om effectieve innovaties (ontwikkeld in het veld of eerdere overheidsprogramma's) in te voeren. Inmiddels hebben ca. 170 zorgorganisaties zich aangemeld, het leeuwendeel afkomstig uit de VVT-sector. «In Voor Zorg!» helpt deze organisaties om meer toekomstbestendig te worden. Toekomstbestendigheid betekent beter voorbereid zijn op de opgaven voor de toekomst, namelijk meer cliënten met een zwaardere zorgvraag, een krappere wordende arbeidsmarkt en toenemende maatschappelijke

eisen met betrekking tot cliëntgerichtheid en dienstverlening. Hiertoe worden organisaties ondersteund door het geven van meer ruimte op de werkvloer, waardoor bureaucratie afneemt en er meer arbeidsvreugde ontstaat, invoeren van meer efficiëntere werk- en zorgprocessen (bijvoorbeeld door onnodige handelingen weg te nemen). Ook gaat het om ketenzorg en zorg op afstand.

Bij de organisaties die zich hebben aangemeld gaat het soms om organisaties waarbij sprake is van behoorlijke problemen, soms gaat het om organisaties waarbij de kwaliteit (van zorg en bedrijfsvoering) in de huidige context toereikend is, maar waarbij de visie is dat de opgaven voor de toekomst dusdanig zijn dat een transformatie noodzakelijk is.

72

*Uit de pilot rondom instroom van niet-westerse allochtonen in de arbeidsmarkt zorg is geconcludeerd dat meer gebruik moet worden gemaakt van de aanwezige kwaliteiten bij deze groep. Wat wordt bedoeld met aanwezige kwaliteiten en in welke zin wijken deze aanwezige kwaliteiten af van andere potentiële medewerkers? Hoe kan concreet meer gebruik worden gemaakt van kwaliteiten van potentiële medewerkers?*

Uit de evaluatie van de regionale pilotsover de instroom van allochtone vrouwen in de zorg komt naar voren dat werkgevers er goed aan doen om de werkzaamheden aan te laten sluiten bij de specifieke kwaliteiten en wensen van medewerkers in het algemeen<sup>1</sup>. Dat geldt uiteraard voor alle potentiële medewerkers. Zo kan taakherschikking bijvoorbeeld bevorderen dat de sterke punten van een medewerker het beste tot uiting kunnen komen.

73

*Rondom het opleidingsfonds wordt als uitdaging geformuleerd dat gekomen moet worden tot een eenvoudiger en minder bureaucratisch proces dat betrokkenen meer vertrouwen geeft. Vertrouwen waarin?*

De evaluatie van het opleidingsfonds die in 2010 heeft plaatsgevonden, wees uit – naast zaken die reeds verbeterd waren – dat het verdeelproces rondom het opleidingsfonds gestoeld is op wantrouwen van de betrokken partners ten aanzien van elkaars bedoelingen en daarom voorzien is van stevige controlemechanismes, met een negatief effect op het toewijzingsproces van opleidingsplaatsen en de resultaten van dat proces tot gevolg. De praktijk van de laatste jaren heeft laten zien dat het niet nodig is om het proces op deze basis te blijven inrichten.

In de arbeidsmarktbrief van 4 maart 2011<sup>2</sup> heb ik mijn reactie op de evaluatie geformuleerd en aangegeven welke stappen worden gezet om de gesignaleerde knelpunten weg te nemen.

74

*Wat is het aantal managementplekken in zorginstellingen – uitgesplitst naar curatieve zorg, langdurige zorg en jeugdzorg – weergegeven voor de afgelopen 15 jaar? Idem, voor de kosten van deze managementplekken. Hoe verhouden de aantallen en kosten van managementplekken in de zorg zich tot andere landen?*

Zorginstellingen zijn grotendeels private ondernemingen met een zelfstandige bevoegdheid om het personeelsbeleid in te richten. Wij hebben dan ook geen inzicht in het aantal managementplekken in zorginstellingen en de kosten daarvan.

75

*Hoeveel bestuurders in de zorgsector verdienden in 2010 meer dan vastgelegd in de Beloningscode Bestuurders Zorg (BBZ), waar het*

<sup>1</sup> J.F.I. Klaver en E. Tromp (2010), «Evaluatie regionale zorgpilots – De instroom van allochtone vrouwen in de zorg», Regioplan, Amsterdam.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 29 282, nr. 111.

*maximumsalaris – wegens «omgevings- en risicofactoren» – 248 000 euro is? Hoeveel hiervan zijn in 2010 in dienst gekomen bij hun instelling? Hoeveel bestuurders in de zorgsector verdienden in 2010 minder dan 248 000 euro? Welke redenen zijn door de Raden van Toezicht gegeven om af te wijken van de standaardbeloning van 191 000 euro?*

Zorginstellingen vallen onder de Wet Openbaarmaking uit Publieke middelen gefinancierde Topinkomens (de WOPT). Als een organisatie die onder de WOPT valt één of meerdere functionarissen in dienst heeft (gehad) waarvan in 2010 de totale beloning hoger was dan € 193 000, dan moet deze organisatie de gegevens van betreffende functionaris(sen) (functienaam, dienstverband, beloning 2010 én beloning 2009) in de jaarrekening opnemen. Daarnaast geldt specifiek voor zorginstellingen dat in de jaarrekening inzicht gegeven moet worden in de beloning van alle bestuurders. Al deze informatie komt de komende maanden beschikbaar. Onder regie van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties zal hierover nog dit jaar gerapporteerd worden, waarbij aan de zorgsector een aparte paragraaf gewijd wordt.

76

*Welke concrete «uitdagingen» ziet het kabinet op het gebied van de arbeidsmarkt, en op welke wijze zullen deze worden vertaald naar beleid?*

Zoals aangegeven in de Arbeidsmarktbrief van 4 maart jongstleden is de positie op de arbeidsmarkt voor zorgwerknemers goed<sup>1</sup>. Evenwel zijn er aandachtspunten, zoals de werkdruk en agressie. Daarnaast laten verschillende studies zien dat bij ongewijzigd beleid in de komende vijftien tot twintig jaar minimaal 400 000 extra medewerkers zijn in de zorg. Wij vinden het dan ook belangrijk om nu in actie te komen en niet te wachten tot de personeelsproblemen groter worden dan nodig is. We richten ons daarbij zowel op het beleid dat is uiteengezet in de Arbeidsmarktbrief van 4 maart jongstleden als het plan van aanpak arbeidsmarkt in de zorg dat wij u in het najaar zullen sturen.

77

*Welke aanvullende bevoegdheden voor de Inspectie worden overwogen om kleinschaligheid te bevorderen?*

Naast de in het regeerakkoord aangekondigde zorgspecifieke fusietoets, die door de NZa in overleg met de IGZ zal worden uitgevoerd, zal voor de Inspectie de bevoegdheid worden gecreëerd om uit hoofde van kwaliteitsoverwegingen een zorgaanbieder structurele maatregelen op te kunnen leggen. De facto komt dit neer op het kunnen opleggen van de verplichting om bedrijfsonderdelen af te stoten. Ook deze uitbreiding van bevoegdheden is genoemd in het regeerakkoord. Dit is een zeer ingrijpende maatregel die alleen als ultimum remedium door de Inspectie ingezet zal kunnen worden.

78

*De Wet cliëntenrechten zorg gaat in op het «recht op een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenregeling». Welk aantal en welk percentage patiënten dat in 2010 een klacht over de zorgverlening had was ontevreden met de afhandeling van zijn of haar klacht?*

Op dit moment beschikken we nog niet over gegevens over 2010 die inzicht kunnen verschaffen over het aantal dan wel percentage cliënten dat in 2010 een klacht over de zorgverlening had. Zorginstellingen verantwoordden zich hierover in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording op 1 juni 2011. In de jaardocumenten over 2009 is gemeld dat er ongeveer 5 500 klachten zijn ingediend, dat er ongeveer 4 000 klachten in behandeling zijn genomen en dat er ongeveer 1 750 klachten

<sup>1</sup> TK vergaderjaar 2010–2011 29 282, nr. 111.

gegrond zijn verklaard. Overigens hebben niet alle zorgconcerns deze gegevens ingevuld. Het is niet bekend welk deel van deze klachten wel, en welk deel niet naar tevredenheid is afgehandeld.

Als de klachten- en geschillenregeling zoals voorgesteld in het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg in werking is getreden, kunnen cliënten die ontevreden zijn over de afhandeling van hun klacht zich wenden tot een geschilleninstantie. Het aantal aangemelde klachten per jaar is dan bekend. Hiermee ontstaat de door u gewenste inzichtelijkheid.

79

*Hoe vaak, van de 233 000 nieuwe registraties in het Donorregister, geeft de registrerende aan dat hij of zij zijn organen wel beschikbaar stelt voor orgaandonatie? Bij hoeveel van de 233 000 nieuwe registraties in het donorregister geeft de registrerende aan dat hij of zij zijn organen niet beschikbaar stelt voor orgaandonatie? Hoeveel van de 233 000 mensen kiezen er voor om te registreren dat ze de keuze voor een eventuele orgaandonatie aan nabestaanden /één specifieke persoon laten?*

In totaal heeft het Donorregister in 2010 232 738 registratieaanvragen verwerkt. Dit betrof 155 540 nieuwe registraties (66,8%) en 77 198 keuzewijzigingen (33,2%). Opgesplitst naar keuze ziet dat er als volgt uit:

	Keuze 1 (toestemming)	Keuze 2 (geen toestemming)	Keuze 3 (nabestaanden)	Keuze 4 (specifiek persoon)
Nieuwe registraties	118 514 (76,2 %)	23 919 (15,4%)	11 468 (7,4%)	1 639 (1,1%)
Keuze-wijzigingen	63 681 (82,5%)	8 216 (10,6%)	3 653 (4,7%)	1 648 (2,1%)

80

*Op pagina 34 wordt de campagne succesvol genoemd. Hoeveel van de nieuwe registraties rekent u als direct gevolg van de campagne «Nederland zegt Ja» en hoeveel nieuwe geregistreerde zouden er naar schatting op basis van eerdere ervaringen toegerekend kunnen worden aan de bevolkingsgroei?*

Sinds de start van de campagne «Nederland zegt ja» is het merendeel van de voorlichting en communicatie over orgaandonatie in lijn met de campagnestijl gebracht. Ook voeren we alle communicatieactiviteiten nu veel meer in samenhang uit. Het is daardoor niet mogelijk om een strikt onderscheid te maken tussen registraties die een «direct gevolg» zijn van de campagne en de bevolkingsgroei en de aanwas die er zonder campagne ook zouden zijn.

In 2010 waren er bijna 20% meer nieuwe registraties dan gemiddeld de jaren ervoor (hierbij worden de eenmalige persoonlijke aanschrijvingen in 2007 en 2008 niet meegerekend). Het is belangrijk op te merken dat ook in de voorgaande jaren doorlopend campagne is gevoerd. De toename reken ik dan ook toe aan de positieve effecten van de campagne Nederland zegt Ja.

81

*Wat is de verhouding tussen aantal geregistreerden en aantal succesvolle transplantaties? Hoeveel mensen zijn er Nederland in 2010 overleden terwijl zij op de wachtlijst voor een donororgaan stonden? Hoe verhoudt het aantal overleden patiënten op een wachtlijst voor orgaandonatie in Nederland in 2010 zich tot het aantal overleden patiënten op een wachtlijst voor orgaandonatie in landen als Duitsland, België, Frankrijk, Engeland, Spanje en Portugal?*

Per 30 april 2011 bedroeg het aantal donorgeregistreerden met keuze «JA» 3 273 156 en in 2010 werden 643 transplantaties verricht met een orgaan van een postmortale donor. De door u gevraagde verhouding tussen geregistreerden en transplantaties is 1 op 5 090,44. Daarin blijven de overledenen buiten beschouwing die donor zijn geworden maar die niet in het donorregister stonden. De cijfers over het aantal overleden patiënten op de wachtlijst kan ik u voor 2010 alleen voor Nederland geven, de cijfers van de overige landen zijn nog niet beschikbaar. Ik geef u voor de overige landen de cijfers uit 2009.

	NL	D	B	F	VK	E	P
2010	141						
2009	139	986	106	427	571	180	65
Inwoners in mln.	16,5	81,9	10,8	63,9	61,8	46,75	10,6

82

*Wat wordt bedoeld met «gelijkblijvend potentieel» bij de doelstelling om bij gelijkblijvend potentieel 25 % meer transplantaties te realiseren in 5 jaar? Is er sprake van gelijkblijvend potentieel? En welke verwachtingen heeft u met betrekking tot het realiseren van de doelstelling nu het aantal transplantaties in de tijdsperiode van 2007 (257 postmortale orgaandonoren) 2008 (201 postmortale orgaandonoren) 2009 (215 postmortale orgaandonoren) en 2010 (216 postmortale orgaandonoren) niet of te weinig toe lijkt te nemen?*

Met gelijkblijvend potentieel wordt bedoeld dat het aantal potentiële donoren (overledenen die aan de juiste medische kwalificaties voldoen om donor te worden) gelijk blijft. Door omstandigheden als nieuwe behandelmogelijkheden voor hersenbloedingen, verbeterde verkeersveiligheid en betere arbo-omstandigheden kan het aantal potentiële donoren afnemen. In de ziekenhuizen (momenteel 80) waar dit potentieel wordt gemeten is het potentieel de afgelopen jaren ongeveer gelijk gebleven. Of de doelstelling uit het Masterplan (25% meer postmortale transplantaties in 2013 vergeleken met het gemiddelde van de jaren 2005–2007) haalbaar is hangt af van het succes van de pilots die momenteel in de ziekenhuizen lopen. Ik kom daarop terug in een brief met een actieplan die u binnenkort van mij ontvangt.

83

*Hoe vaak vond er in 2010, 2009, 2008 en 2007 een long-, lever- of niertransplantatie plaats met een levende donor?*

In de tabel staat het aantal nier- en levertransplantaties in 2007, 2008, 2009 en 2010. In het buitenland zijn al longtransplantaties uitgevoerd met longkwabben van levende donoren. In Nederland gebeurt dit momenteel nog niet.

#### **Orgaantransplantaties met levende donoren**

	Nier	Lever	Totaal
2010	471	5	476
2009	417	3	420
2008	413	2	415
2007	360	3	363

84

*Is er al een subsidiekader opgesteld voor het Nationaal Comité 4 en 5 mei om projectsubsidies te verlenen?*

Er zijn door het Nationaal Comité 4 en 5 mei een tweetal kaders voor subsidiëring opgesteld, namelijk het Beleidskader voor subsidiëring Educatie en Voorlichting WO II en het Beleidskader voor subsidiëring reünies en lotgenotencontacten. Beide kaders zijn gepubliceerd op de website van het Nationaal Comité 4 en 5 mei ([http://www.4en5mei.nl/4en5mei/subsidies/educatie\\_en\\_voorlichting](http://www.4en5mei.nl/4en5mei/subsidies/educatie_en_voorlichting) en [http://www.4en5mei.nl/4en5mei/subsidies/reunies\\_en\\_lotgenoten](http://www.4en5mei.nl/4en5mei/subsidies/reunies_en_lotgenoten))

85

*Er wordt gesproken over combinatiefunctionarissen. Is er de afgelopen jaren sprake van onderuitputting, en zo ja, hoeveel en waarom? Hoe dragen combinatiefunctionarissen bij aan de genoemde bevordering van sociale cohesie? Dient de focus van deze functionarissen niet te liggen op kinderen en jongeren meer te laten bewegen?*

De combinatiefuncties zijn vooral name ingesteld met het oog op het stimuleren van een dagelijks sport- en beweegaanbod voor jeugdigen en om sportverenigingen te versterken. Een mooi neveneffect is dat de inzet van deze combinatiefuncties kan bijdragen aan sociale cohesie.

De financiering van deze medewerkers verloopt via de gemeenten; zij bezien op lokaal niveau met lokale partijen waar en op welke manier de combinatiefuncties het beste kunnen worden ingezet. Vanaf het tweede jaar van deelname financiert het Rijk 40% van deze functies en moeten gemeenten 60% cofinanciering realiseren.

Het budget voor 2009 en 2010 is niet uitgeput, ondermeer door de verslechterde financiële situatie van de gemeenten. De onderbesteding bedroeg in 2010 € 4,4 miljoen.

86

*Waarom formuleert de overheid streefwaarden voor de positie van Nederland in de medaillespiegel van de Olympische Zomer- en Winter spelen? Hoe wil de overheid dit sturen? Wat is de verantwoordelijkheid / rol van de overheid in dezen?*

Topsport levert ons niet alleen medailles op, maar ook een «wij-gevoel» en nationale trots. Het geeft mensen plezier, een gevoel van saamhorigheid en het inspireert tot het verleggen van de eigen grenzen. Daarnaast kan topsport een positieve uitstraling hebben richting de breedtesport. Om die reden ondersteunt de overheid de ambitie van de sportsector om tot de beste tien topsportlanden van de wereld te behoren. Het is de verantwoordelijkheid van de sportsector dat deze doelstelling ook daadwerkelijk behaald wordt.

Om deze ambitie te bereiken investeert het kabinet in diverse topsportprogramma's zoals de talentontwikkelingsprogramma's van de sportbonden, de organisatie van topsportevenementen, de inzet van talent- en topcoaches en de financiering van de vier Centra voor Topsport en Onderwijs. Daarnaast ondersteunt de overheid individuele sporters met een A- en HP status door middel van een stipendiumuitkering. Om de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten worden bij de programma's Coaches aan de Top, talentontwikkeling en het evenementenbeleid alleen die sportdisciplines gesubsidieerd waarvan de kans het grootst is dat ze bijdragen aan het realiseren van de top 10 ambitie.



87

*Waarom zijn er geen recentere gegevens beschikbaar over participatie als lid of vrijwilliger bij sportverenigingen dan die van 2007?*

Om redenen van kwaliteit en doelmatigheid wordt de ontwikkeling van de sportdeelname elke vier jaar op dezelfde wijze gemeten door het Sociaal en Cultureel Planbureau. De laatste peiling vond plaats in 2007.

88

*De tekst geeft aan dat vooral jongeren, werknemers en ouderen beter kunnen op het gebied van beweging. Welke mensen vallen niet onder één van deze drie categorieën?*

De op bladzijde 38 vermelde bevolkingsgroepen met minder lichaamsbeweging zijn algemeen geformuleerd. Uit de cijfers in de tweede tabel op bladzijde 36 blijkt dat van de jongeren van 4 tot 17 jaar een lager percentage de voor hen geadviseerde norm haalt dan mensen van 18 jaar en ouder. Uit het op bladzijde 36 aangehaalde Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009, dat eerder aan uw Kamer is gezonden, blijkt dat mensen met een zittend beroep vaker dan gemiddeld bewegingsarmoede hebben. Binnen de categorie ouderen (65 plus) halen vooral de mensen boven 75 jaar minder vaak de geadviseerde norm.

89

*Binnen de langdurige zorg is ingezet op het verbeteren van de werkmethoden van zorginstellingen, zodat meer kwaliteit tegen een lagere prijs wordt geleverd. Heeft deze inzet tot resultaat geleid? Hoe hangt dit samen met de constatering dat er forse overschrijdingen hebben plaatsgevonden binnen de langdurige zorg in 2010?*

Eind 2009 is het programma «In Voor Zorg!» van start gegaan om zorgaanbieders in de langdurige zorg te ondersteunen bij het invoeren van innovaties die hen helpen meer toekomstbestendig te worden. Zie ook het antwoord op vraag 71 met meer informatie. Tot dusverre is een organisatie gereed. Deze organisatie is het gelukt om de «rode cijfers» van de jaren daarvoor om te buigen naar «zwarte cijfers» nu, terwijl de cliëntgerichtheid is toegenomen en de medewerkerstevredenheid is gestegen. Dit is bereikt door een meer doelmatige bedrijfsvoering en meer ruimte op de werkvloer te realiseren. De verwachting is dat in de loop van 2011 en 2012 meer zorgaanbieders in de langdurige zorg dergelijke resultaten zullen boeken. Inmiddels hebben zich ca 170 zorgaanbieders van de in totaal ca 2 000 in de langdurige zorg aangemeld. «In Voor Zorg!» als programma gaat vooral laten zien wat mogelijk is aan kwaliteitsverbeteringen, ontbureaucratisering, meer ruimte voor de professional, slimmere bedrijfsvoering en logistiek bij de deelnemende organisaties die daarmee voorbeelden zijn voor de andere zorgaanbieders in de langdurige zorg. Afhankelijk van de (vrijwillige) deelname aan het programma zal dit effect op de kosten in de langdurige zorg evenredig zijn.

90

*Wat zijn de percentuele budgetoverschrijdingen van de paramedische zorg, ziekenhuizen, medisch specialisten, ZBC's, geneeskundige ggz, zorg in natura door AWBZ instellingen en de pgb's? Wat zijn de redenen voor de overschrijdingen op paramedische zorg, ziekenhuizen, medisch specialisten, ZBC's, geneeskundige ggz, zorg in natura door AWBZ instellingen en de persoonsgebonden budgetten.*

De redenen en de procentuele budgetoverschrijdingen van de paramedische zorg, ziekenhuizen, medisch specialisten, ZBC's, geneeskundige ggz, zorg in natura door AWBZ instellingen en de persoonsgebonden budgetten staan hieronder toegelicht.

#### *Paramedische zorg (€ 113 miljoen / 18%)*

De overschrijding bij de paramedische zorg doet zich voor bij alle sectoren die hieronder vallen: fysiotherapie (€ 90 miljoen), ergotherapie (€ 8 miljoen) en logopedie (€ 14 miljoen). Bij deze sectoren is sprake van een toenemend zorggebruik door toename van de bevolking en een groeiend aantal patiënten. Bij fysiotherapie is een aantal maatregelen genomen (per 1 januari 2011 en per 1 januari 2012, meer consulten voor eigen rekening) om de structurele overschrijdingen terug te dringen. De stijging bij logopedie is een gevolg van meer aandacht voor spraak- en taalstoornissen. Daar komt bij dat huisartsen en schoolartsen steeds vaker doorverwijzen.

Ergotherapie is pas sinds 2005 een verzekerde prestatie en bij relatief veel mensen nog onbekend. Naast de autonome toename kunnen de ingevoerde vrije tarieven een mogelijke oorzaak zijn van de overschrijding.

#### *Ziekenhuizen (€ 384 miljoen / 3%)*

Op basis van cijfers over 2009 over de budgetten van de NZa (A-segment) en CVZ-cijfers over het B-segment is een overschrijding voor de algemene, categorale en academische ziekenhuizen geconstateerd van € 384 miljoen in 2010. Deze overschrijding wordt deels gemitigeerd door de korting op de honorariumtarieven van medisch specialisten. Deze korting is ook van invloed op de inkomsten van ziekenhuizen. Om de overschrijding op de ziekenhuisuitgaven terug te dringen is de NZa verzocht de ziekenhuisbudgetten per 2011 te korten met 314 miljoen.

#### *Medisch specialisten (€ 283 miljoen / 16%)*

In 2010 zijn de eerder geconstateerde overschrijdingen bij de medisch specialisten verder opgelopen; in het voorjaar is de extra overschrijding uitgekomen op € 348 miljoen (bovenop de eerdere € 375 miljoen). In het najaar volgde hierop een neerwaartse bijstelling van € 117 miljoen. Naar aanleiding van de maartcijfers 2011 is de overschrijding weer € 52,4 miljoen hoger uitgekomen. Per saldo komt de overschrijding uit op € 283 miljoen (ten opzichte van de eerder verwerkte € 375 miljoen). De totale overschrijding op basis van de cijfers 2008 en 2009 komt hiermee op circa € 658 miljoen.

De oorzaken voor de overschrijdingen bij de medisch specialisten zijn onder andere gelegen in de te hoog vastgestelde compensatiefactor voor ondersteunende specialisten en de normtijden die niet adequaat bleken. Op verzoek heeft de NZa in 2010 de tariefkortingen gedifferentieerd naar specialismen.

In 2010 is met de Orde van Medisch Specialisten een akkoord bereikt over de kostenbeheersing in de overgangsfase naar volledige prestatiebekostiging, voorzien in 2015. Er is een macrobedrag van circa € 2 miljard afgesproken waarbij de NZa is verzocht om dit budget te verdelen over de ziekenhuizen.

#### *ZBC's (€ 209 miljoen / 93%)*

Bij de ZBC's zijn op basis van de cijfers 2009 forse overschrijdingen naar voren gekomen. Nadat in het voorjaar al een overschrijding van € 132 miljoen is geconstateerd, is deze in het najaar verder opgelopen met € 66

miljoen. Na het verwerken van de maartcijfers 2011 is een verdere toename te zien met € 12 miljoen. De totale overschrijding op basis van de cijfers over 2009 komt hiermee uit op € 209 miljoen.

De grote stijging is het gevolg van de groei van het aantal ZBC's en de toegenomen productie door ZBC's. In 2010 is verder gewerkt aan het maken van afspraken met ziekenhuizen en ZBC's over kostenbeheersing.

#### *Geneeskundige ggz (€ 317 miljoen / 8%)*

De uitgaven in de tweedelijns ggz laten een overschrijding zien van € 317 miljoen. Deze overschrijding is gebaseerd op gegevens van de NZa over de gebudgetteerde instellingen, gegevens van het CVZ over de schadelast van verzekeraars en een onderzoek van Vektis naar de uitgavenontwikkeling bij nieuwe instellingen (begonnen na 2008) en vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten.

#### *Zorg in natura door AWBZ-instellingen (€ 606 miljoen / 3%)*

De tegenvaller bij de zorg in natura wordt met name veroorzaakt door een toename van capaciteit waardoor er meer zorg geleverd is geleverd. Daarnaast bestaat de tegenvaller uit de kosten van de bonus-malusregeling (€ 60 miljoen) en een stijging van de kapitaallasten van instellingen (€ 100 miljoen).

#### *Pgb's (€ 208 miljoen / 11%)*

De vraag naar pgb's groeide in 2010 veel harder dan voorzien waardoor er gedurende het jaar extra middelen ter beschikking zijn gesteld. Die overschrijding is beperkt door het handhaven van het uitgavenplafond vanaf 1 juli 2010.

91, 144, 145 en 146

*Wat zijn de redenen voor de tegenvaller receptregelvergoeding, aflopen transitieakkoord en volume(gebruik) geneesmiddelen van 531,8 miljoen euro in 2010? Welke maatregelen neemt het kabinet om de overschrijding tegen te gaan?*

*Welke maatregelen zijn ingezet ter redressering van de tegenvaller van 531.8 mln. euro ten gevolge van de door de NZa vastgestelde vergoeding per receptregel voor apothekers, de gevolgen van het aflopen van het transitieakkoord geneesmiddelen per 2010 en de verwachte stijging van het gebruik van geneesmiddelen?*

*Hoe is de tegenvaller van 531.8 mln. euro ten gevolge van «de door de NZa vastgestelde vergoeding per receptregel voor apothekers, de gevolgen van het aflopen van het transitieakkoord geneesmiddelen per 2010 en de verwachte stijging van het gebruik van geneesmiddelen» precies verdeeld over de drie genoemde posten? Hoeveel geld is uitgegeven aan het aflopen van het transitieakkoord geneesmiddelen, waarom en op welke grond is dit bedrag aan het transitieakkoord besteed?*

*Kunt u een uitsplitsing geven van de post «Tegenvaller receptregelvergoeding, aflopen transitieakkoord en volume (gebruik) geneesmiddelen» over de verschillende genoemde bestanddelen?*

Zoals aangegeven op pagina 138 van het Jaarverslag VWS 2010 was er geen sprake van een overschrijding, maar juist van een onderschrijding in 2010 van € 155 mln op het extramurale geneesmiddelenkader. Het kabinet hoeft dan ook geen maatregelen te nemen om een overschrijding tegen te gaan.

De tabel op blz. 134 van het Jaarverslag VWS geeft een overzicht van de in 2009 voor 2010 verwachte financiële «plussen en minnen». De in de

VWS-begroting 2010 verwachte hogere uitgaven op het terrein van geneesmiddelen bestonden uit een structurele doorwerking van de verhoging van de receptregelvergoeding door de Nederlandse Zorgautoriteit in 2009 (€ 211 mln) en een verwachte stijging van het aantal geneesmiddelen dat afgeleverd zou worden in 2010 (€ 120,8 mln). Wat het Transitieakkoord betreft ging het om een voorziening van € 200 mln om eventuele prijsstijgingen na afloop van het Transitieakkoord te kunnen redresseren als de verplichting uit het Transitieakkoord om de prijzen niet te verhogen, na afloop daarvan per 01-01-2010 niet meer zou gelden. De verwachte hogere uitgaven zijn geredresseerd binnen het totale pakket aan maatregelen dat in de begroting voor 2010 is gepresenteerd. Op het terrein van geneesmiddelen ging het om geraamde opbrengsten van het preferentiebeleid en het uit octrooi lopen van specialités, het onder de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) brengen van injectables, actualisering van de Wgp en afspraken over doelmatig voorschrijven.

92

*Zijn de tegenvallers op zoveel zorgdomeinen aanleiding geweest om de prognosesystematiek te evalueren?*

- De tegenvallers op de verschillende zorgdomeinen zijn geen specifieke aanleiding geweest om de prognosesystematiek te evalueren.
- De raming van de zorguitgaven (de «prognosesystematiek») is gebaseerd op de raming van de groei van de zorguitgaven die het Centraal Planbureau (CPB) maakt voor de zogenaamde Economische Verkenning. Het kabinet vertaalt deze raming in het Budgettair Kader Zorg voor een nieuwe kabinetsperiode. Daarmee ligt de groei van de (collectieve) zorguitgaven vast voor de gehele kabinetsperiode.
- Wel is het gebruikelijk de prognosesystematiek regelmatig te evalueren. Dit najaar zullen VWS en Financiën in het kader van de zogenaamde «Taskforce Beheersing Zorguitgaven» de systematiek van de raming aan de orde stellen. Daarbij wordt tevens gekeken naar de vertaling van de CPB-raming naar het BKZ. Dit kan aanleiding geven om de prognosesystematiek te herzien.

93

*Welke van de door het vorige kabinet gestelde kabinetsdoelen worden overgenomen cq voortgezet? Welke niet, en waarom niet?*

De kabinetsdoelen zoals geformuleerd in de tabel op pagina 39 tot en met 41 van het jaarverslag van VWS hebben betrekking op de 74 kabinetsdoelstellingen uit het beleidsprogramma «Samen werken samen leven» van het voormalige kabinet Balkenende IV.

In de brieven «Zorg die werkt» en «Vertrouwen in de zorg» (TK 32 620 nr. 1 & 2) wordt op hoofdlijnen aangegeven waar de komende jaren de ambities van de minister en staatssecretaris liggen. In de VWS-begroting 2012, welke op Prinsjesdag 2011 aan de Staten-Generaal wordt aangeboden, worden de beleidsdoelstellingen voor 2012 nader uitgewerkt.

94

Hoeveel van de naar verwachting 30% van de zorgaanbieders die in 2010 nog niet waren aangesloten op het LSP, maar naar verwachting wel in 2011, hebben in 2011 nog recht op subsidie voor al gemaakte kosten voor aansluiting?

Het aantal zorgaanbieders met recht op subsidie dat begin 2011 bezig was met het aansluiten op het LSP bedroeg ruim 2300.

95

*De ongeveer 47 000 extra banen in de zorg die in 2010 zijn gerealiseerd, om hoeveel FTE gaat dat?*

In 2010 zijn 47 000 extra banen gerealiseerd in de sector zorg en welzijn. Dit staat gelijk aan ongeveer 30 000 FTE.

96

*Kunt u een inschatting geven in welk soort functies de 47 000 extra banen in 2010 zijn gerealiseerd?*

Op dit moment is dat nog niet bekend. Eind 2011 komen meer gedetailleerde cijfers over 2010 beschikbaar.

97

*Wanneer kan het standpunt inzake implementatie chlamydia screening worden verwacht?*

Het standpunt zal uiterlijk 1 oktober 2011 worden aangeboden.

98

*Waarom is 79 miljoen euro meer bijgedragen aan baten-lastendiensten dan begroot?*

In de begroting 2010 zijn alleen die bijdragen aan batenlastendiensten opgenomen waarvoor – tijdens het opstellen van de begroting – opdrachten zijn verstrekt of productieafspraken zijn gemaakt. Dit betreft veelal structurele werkzaamheden. Het realisatiecijfer is veel hoger door bijvoorbeeld productiestijgingen en doordat taken die nog niet voldoende zijn uitgekristalliseerd, worden afgerekend op basis van de werkelijke kosten. Enkele belangrijke posten die niet in de begroting 2010 waren opgenomen zijn de werkzaamheden van het CIBG voor het EPD (17 mln) en de bijdragen aan het stimuleringsprogramma Besluit subsidies Investerings Kennisinfrastructuur (ruim 17 mln.) en het innovatieprogramma Life Sciences & Gezondheid (ruim 5 mln.), beide uitgevoerd door Agentschap NL.

99

*Wanneer worden de ontwikkelde indicatoren door de NPCF en de Consumentenbond aan het programma «Zichtbare Zorg» geleverd? Wanneer zal per ziekenhuis de scores op een CQ index via kiesBeter.nl toegankelijk zijn?*

In tegenstelling tot wat vermeld is in het jaarverslag, betreft het een subsidie voor ontwikkeling van klantpreferentie vragen bij de aandoeningen uit het transparantieprogramma Zichtbare Zorg en niet voor het ontwikkelen van CQ-vragenlijsten. De klantpreferenties die zijn en worden ontwikkeld met het subsidiegeld worden jaarlijks tegelijk met de kwaliteitsgegevens van de aandoeningen op Kiesbeter.nl gepubliceerd. Klantpreferenties over de verslagjaren 2009 en eerder staan dus al op kiesBeter.nl. De gegevens over verslagjaar 2010 volgen in augustus.

100

*De uitgaven voor zorgkosten van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zijn ca. 35 mln. euro lager dan verwacht. Kan toegelicht worden waardoor dit veroorzaakt wordt?*

Tot 1 januari 2009 konden zorgaanbieders voor eerstelijnszorg een bijdrage vragen bij de Stichting Koppeling. Omdat de bijdrageregeling voor ziekenhuiszorg en AWBZ-zorg nieuw was, is op basis van verschillende aannames en veronderstellingen een schatting van de kosten gemaakt. Die schatting heeft geresulteerd in een structurele meerjarenraming voor het totaal van de met de regeling gemoeide kosten van circa € 45 miljoen. De kosten van de regeling blijken fors lager dan het

geraamde bedrag aan kosten bij indiening van het wetsvoorstel. Het CVZ geeft aan dat de onderschrijding vooral wordt veroorzaakt door lagere kosten voor zorg in ziekenhuizen, GGZ-instellingen en AWBZ-instellingen. Het betreft drie zorgvormen die vóór de invoering van de wettelijke bijdrageregeling geen beroep konden doen op de regeling van de Stichting Koppeling voor eerstelijnszorg.

101

*In het Jaarverslag 2010 wordt onder het programma «Zorgaanbieders realiseren het door de burger gewenste zorgaanbod» voor 8,317 mln. euro aan mutaties niet gespecificeerd waar het aan besteed is. De post overige mutaties bij de 1e suppletoire begroting was 3,267 mln. euro, bij de 2e suppletoire begroting 4,669 mln. euro en bij de slotwetmutaties 0,381 mln. euro (totaal 8 317 mln. euro). Hoe is dit geld besteed?*

In het jaarverslag van VWS wordt voor de programma-uitgaven per operationele doelstelling het verschil tussen de vastgestelde begroting en de realisatie toegelicht. Dit verschil bestaat uit wijzigingen in beleid en uitvoering. Deels zijn deze mutaties al toegelicht in de 1<sup>e</sup> suppletoire begroting en de 2<sup>e</sup> suppletoire begroting. Deze toelichtingen zijn overgenomen in het jaarverslag.

De wijzigingen die zich na de 2<sup>e</sup> suppletoire begroting hebben voorgedaan (de zogenaamde slotwetmutaties) zijn in het jaarverslag toegelicht.

De mutaties ten opzichte van de vastgestelde begroting die groter zijn dan € 3 miljoen of 3% van het vastgestelde begrotingsbedrag op het niveau van de operationele doelstelling zijn voorzien van een toelichting.

Daarnaast zijn kleinere mutaties toegelicht indien politiek relevant. De rest van de mutaties staat vermeld onder «overige mutaties».

Het bedrag aan overige mutaties ad € 8,317 bestaat uit:

- Het ZON/MW project «Participatie en Gezondheid». Het betreft een bijdrage van het ministerie van SZW (€ 1,5 miljoen) aan het project;
- De toedeling van de OVA-middelen voor 2010 (€ 2,8 miljoen) aan de betreffende operationele doelstelling;
- Bijstelling van de raming van de Fes-projecten, zoals BSIK, Lifelines, Gezond ouder worden (€ 1,7 miljoen);
- Een aantal nieuwe Fes-projecten te weten: Selflearn, Personal safety mobiel en psychotraumatische zelfhulp (€ 1 miljoen);
- Voor het overige betreffen het diverse mutaties van zeer geringe omvang.

102

*Er is 13,2 mln. euro toegekend aan het nieuwe project «Lifesciences en Health» onder beleidsartikel 42. Bij de ontvangsten ziet men een desaldering van het project «Lifesciences en Health» met 13,2 mln. euro, inkomsten voor de VWS begroting. Hetzelfde geldt voor de TI-Pharma gelden. Wat is hier precies gebeurd? Gaat het project niet door? Waarom niet?*

Dit is de weergave van de technische verwerking van de middelen uit het FES (Fonds Economische Structuurversterking) waaruit het Lifesciences and Health project en TI-Pharma worden bekostigd. Tot en met 2010 werden de uitgaven voor deze projecten op de begroting van VWS gedekt door inkomsten uit het FES. Om de uitgaven te kunnen doen moeten de inkomsten vanuit het FES door een desaldering aan het uitgavenbudget worden toegevoegd. In de mutatiestaten is dit terug te zien in het gelijktijdig wijzigen van de uitgaven- en de ontvangstenraming. In het geval van TI-Pharma is er sprake van een verlaging van zowel de uitgaven- als de ontvangstenraming op grond van de hierboven beschreven methodiek.

Dit komt omdat de uitgaven aan TI-Pharma in 2010 lager waren dan oorspronkelijk geraamd. Dit werd veroorzaakt door het aanpassen van de bevoorschotting op grond van de subsidieafrekeningen van eerdere jaren, die lager werden vastgesteld dan toegekend op basis van de gerealiseerde uitgaven.

103

*De uitgave aan de zorgtoeslag is bij de Slotwetmutatie naar boven bijgesteld met 609,8 mln. euro, wat betekent dat de raming van het CPB bij de 2<sup>e</sup> suppletoire niet correct was. Kan de minister een overzicht geven van de definitieve macrobedragen die in de periode 2006–2010 aan zorgtoeslag zijn uitgekeerd.*

De macrobedragen voor de zorgtoeslag staan in onderstaande tabel waarin ook het percentage van definitieve beschikkingen is opgenomen. Deze percentages geven aan dat er nog geringe bijstellingen kunnen plaatsvinden op de definitieve macrobedragen.

Toeslagjaar	Uitgaven (in € mln)	Percentage personen dat een definitieve beschikking heeft ontvangen
2006	2 369,5	99,8 %
2007	2 454,0	99,6 %
2008	3 234,0	95,5 %
2009	3 654,5	86,6 %
2010	4 195,9	-

104

*Er wordt 5,7 mln. euro minder uitgegeven aan opleidingsplaatsen via het opleidingsfonds dan geraamd. Wat is de reden dat er in 2010 minder budget nodig is gebleken om de ontvangen subsidieaanvragen voor opleidingsfondsen te kunnen honoreren? Hoeveel opleidingen hadden hiervoor kunnen worden gesubsidieerd? Hoe zorgt het kabinet dat, gezien de toekomstige arbeidstekorten, deze opleidingen in 2011 wel worden genoten?*

Het budget voor het opleidingsfonds is het maximumbedrag dat voor opleidingen beschikbaar is gesteld en dat mag niet worden overschreden. Het niet-uitgegeven bedrag van € 5,7 mln betreft ca. 0,5% van het totale opleidingsfondsbudget, waarmee het budget vrijwel volledig is besteed. Het budget is gebaseerd op aio's die gedurende het gehele jaar de opleiding volgen. Er is echter met name in de zogenoemde tweede mutatieronde minder budget nodig gebleken doordat van de aio's die hebben gekozen voor een medische vervolgopleiding waarvoor een vooropleiding heelkunde of interne geneeskunde vereist is, reeds ten tijde van de subsidieverlening bekend was dat zij later dan 1 januari 2010 in deze opleiding zouden instromen dan wel hebben gekozen voor een opleidingsinstelling waarvoor volgens de subsidieregeling een lager subsidiebedrag van toepassing is. Dit gegeven is op voorhand in een lager bedrag aan subsidieverlening verwerkt. Het lager uitgegeven bedrag kent derhalve een administratieve reden en was niet op voorhand beschikbaar geweest om meer aio's aan een opleiding te kunnen laten beginnen.

105

*Hoe komt het dat er voor 2,2 miljoen euro te weinig is uitgegeven aan aangegane verplichtingen bij het arbeidsmarktbeleid en opleidings-*

*structuur? Om welke verplichtingen gaat dit, en is er op dit moment wel aan voldaan?*

Dit betreft verplichtingen waarvan eind 2010 al zeker was dat deze tot betaling zouden komen, maar waarvan de betalingen eind 2010 niet meer plaats hebben gevonden. De betalingen hebben inmiddels plaats gevonden.

Het betreft hoofdzakelijk facturen voor werkzaamheden in de laatste maanden van 2010 die pas in 2011 zijn binnengekomen en betaald of waarvan de onderliggende activiteiten een andere verloop hebben gekregen waardoor declaraties later plaats hebben gevonden. Daarnaast gaat het in een enkel geval om subsidieverleningen voor de opleiding tot physician assistant en nurse practitioner. Deze opleidingen starten in september 2010. De formele subsidieverleningen van deze opleiding vinden conform regelgeving pas na deze datum plaats. Wanneer deze verlening na sluiting van de kas in 2010 of begin 2011 verleend wordt, vindt de feitelijke betaling over 2010 met terugwerkende kracht in 2011 plaats.

106

*Waarom kan niet worden aangegeven voor welke opleidingsplaats minder opleidingskosten zijn gemaakt dan geraamd? Wat is de oorzaak van de verschillen tussen opleidingsplaatsen wat betreft kosten en ramingen?*

Met het vaststellen van het toewijzingskader worden de totale landelijke toegestane instroom- en doorstroomaantallen goedgekeurd. In het verdere proces naar de subsidieverlening worden deze aantallen verdeeld over de individuele instellingen.

Niet het aantal personen maar de uiteindelijke invulling van het aantal fte's waarvoor subsidie verleend wordt is bepalend voor de hoogte van de uitgaven. Door het verschil in subsidiebedragen tussen academische en algemene ziekenhuizen en tussen grote en kleinere algemene ziekenhuizen staat vooraf niet vast wat het uiteindelijke subsidiebedrag van één fte toegestane capaciteit is. In de loop van het subsidiejaar komt bovendien informatie over het daadwerkelijke moment van instroom in betreffend jaar en hoeveel uitval plaats heeft gevonden. In de praktijk blijkt dan dat een fte veelal niet een volledig jaar opleiding volgt. De belangrijkste reden daarvoor is dat de instroom verspreid over het jaar plaats vindt. Dit heeft gevolgen voor de uiteindelijk subsidie aangezien het subsidiebedrag is gebaseerd op het volledig gedurende een geheel jaar volgen van de opleiding.

107

*Binnen het budget wanbetalers is sprake van een meevaller van ca. 17 mln. euro door lagere uitvoeringskosten dan geraamd. Wat is de verklaring achter deze lagere uitvoeringskosten? In hoeverre hangen deze lagere uitvoeringskosten samen met lagere opbrengsten (11,9 mln. euro) in het kader van de aanpak wanbetalers?*

Het stuwmeer van wanbetalers is in de periode september 2009 t/m oktober 2010 in behandeling genomen volgens een gefaseerde planning. De verwerking daarvan is zonder noemenswaardige problemen gerealiseerd. De uitvoeringskosten zijn lager uitgevallen omdat een deel van de activiteiten die door alle betrokken uitvoeringsorganisaties waren voorzien, minder werkzaamheden met zich meebrachten. Zo was het aantal telefonische en schriftelijke vragen en het aantal bezwaar- en beroepsprocedures lager dan waarmee rekening was gehouden, daardoor hoefden minder arbeidskrachten te worden ingezet. Daarnaast zijn de incassoactiviteiten van het CJIB (incassotraject, deurwaarder) later op



gang gekomen dan van te voren in de tijdsplanning was voorzien. Dit heeft geleid tot minder incassoactiviteiten.

De latere start van de incassoactiviteiten van het CJIB heeft weliswaar geleid tot minder opbrengsten, maar dit heeft uiteraard ook geleid tot lagere uitvoeringskosten van het CJIB. Afgezien daarvan zie ik geen verband tussen opbrengsten en incassoactiviteiten. Een lagere opbrengst is niet direct gerelateerd aan de inspanningen die uitvoeringsorganisaties verrichten om bronheffing toe te passen of om incassoactiviteiten te plegen. Als een wanbetaler blijkt geen inkomstenbron te hebben of geen verhaal biedt -en dus geen opbrengsten worden gerealiseerd- zijn de kosten voor deze incasso-inspanningen wel gemaakt.

108

*Wat zijn de redenen dat het saldo van de Algemene Kas Ziekenfondswet 5 773,6 mln. euro negatief was? Wat wordt bedoeld met de onvermijdbare factoren in de structuur in het zorgstelsel, en hoe zullen die in de aankomende jaren nog het saldo van de Algemene Kas Ziekenfondswet beïnvloeden? Waarom de Algemene Kas Ziekenfondswet per 2016 opgeheven, en waarom niet eerder?*

Er zijn drie redenen waarom het vermogen van de Algemene Kas Ziekenfonds (AK) fors negatief was. De uitgaven van de AK waren in jaren 2002 tot en met 2005 duidelijk hoger dan de inkomsten. Zowel de nominale premie als de inkomensafhankelijke premie zijn in deze periode verhoogd, maar niet voldoende om de stijging van de uitgaven volledig op te vangen. Een tweede reden was dat de bijdrage die particulier verzekerden betaalden ter compensatie van de oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds, de MOOZ-bijdrage, in 2005 is komen te vervallen. Deze bijdrage werd altijd achteraf geïnd en het werd bij de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet wenselijk geacht dat particulier verzekerden in het eerste jaar van de Zvw naast hun Zvw-premie ook nog een MOOZ-bijdrage over 2005 zouden betalen. De derde reden is de introductie van dbc's in 2005. Dbc's worden anders verantwoord dan de verrichtingentarieven die tot 2004 golden. Dit leidt tot een eenmalige hobbels in de uitgaven en daarmee ook tot belasting van het vermogen van de AK.

Overigens is in de ontwerpbegroting 2006 (in september 2005) reeds aan de Kamer gemeld dat de AK naar toenmalige verwachting een negatief vermogen per ultimo 2005 zou kennen van ruim € 5,5 miljard. Helaas is gebleken dat niet alle verplichtingen en vorderingen van de AK op 1 januari 2010 konden worden afgewikkeld. Het was op dat moment niet mogelijk om alle geldstromen óf volledig af te wikkelen óf de omvang van de resterende geldstromen met volstrekte zekerheid vast te stellen. De belangrijkste reden daarvoor was, dat niet alle benodigde financiële informatie op dat moment beschikbaar was. De verrekeningen van zorgkosten met verdragslanden bijvoorbeeld ijlen nog vele jaren na. Omdat internationaal recht prevaleert boven nationaal recht is de afhandeldingsduur niet met nationale regelgeving te versnellen. Daarnaast lopen er bijvoorbeeld ook nog rechtszaken tegen beslissingen van het College zorgverzekeringen (CVZ). De uitkomst van deze rechtszaken kan van invloed zijn op wat nog benodigd is voor de afwikkeling van de AK. Naar huidige verwachting zal de komende jaren per saldo € 39,9 miljoen nodig zijn voor de afwikkeling van de nog resterende geldstromen. De externe accountant van het CVZ heeft de hoogte van dit bedrag bevestigd. Het bedrag is gereserveerd en opgenomen in het slotsaldo van de AK die inmiddels is opgeheven. Om verdere afwikkeling door het CVZ de komende jaren mogelijk te maken, opent het Ministerie van VWS een aparte bankrekening die wordt gekoppeld aan de rekening-courant bij het Ministerie van Financiën. Het CVZ wordt gemachtigd om over deze

bankrekening te kunnen beschikken. Zowel het CVZ als het Ministerie van VWS zal zich jaarlijks verantwoorden over de afwikkeling. Om de afwikkeling niet tot in lengte van dagen te laten voortduren, wordt in een ministeriële Regeling bepaald dat er vanaf 1 januari 2016 géén geldstromen meer in dit kader worden afgewikkeld. Uitzondering hierop vormen de geldstromen met de verdragslanden. Het is aannemelijk dat de afwikkeling van vrijwel alle geldstromen, behalve die met de verdragslanden, op dat moment ook is afgerond.

109

*Wat wordt precies verstaan onder «onderuitputting door niet tot betaling gekomen verplichtingen en vertragingen projecten BES-eilanden»?*

Door te laat ontvangen facturen en vertraging in projecten door opstartproblemen in 2010, zijn de hiermee samenhangende verplichtingen voor het jaar 2010 niet in 2010 tot betaling gekomen. Het budget voor de BES-eilanden 2010 is daardoor niet geheel uitgeput. Via de eindejaarsmarge is dit budget toegevoegd aan het budget 2011 en wordt het alsnog ingezet ter dekking van de verplichtingen uit 2010.

110

*Hoe verklaart de minister dat er in de 1e suppletoire begroting 30 mln. euro extra, de 2e suppletoire begroting 23 mln. euro extra, en in de Slotwetmutatie 20.4 mln. euro extra wordt ontvangen uit het Opleidingsfonds? Betekent dit dat het ministerie van VWS 75 mln. euro hogere terugontvangsten heeft uit het Opleidingsfonds? Wat is hier de precieze reden voor? Betekent dit niet dat er veel minder mensen worden opgeleid dan geraamd?*

Een opleidende instelling krijgt opleidingsplaatsen toebedeeld. Om deze plaatsen te kunnen invullen worden de middelen voor de bezetting van een volledige fte gedurende het gehele kalenderjaar ter beschikking gesteld. Wanneer achteraf blijkt dat een opleidingsplaats niet fulltime of voor een gedeelte van het jaar is ingevuld, blijft een deel van de middelen onbenut. Deze middelen worden door VWS teruggevorderd aangezien alleen de daadwerkelijk gerealiseerde opleidingsinspanning wordt gesubsidieerd.

De terugontvangsten over 2010 bedragen in totaal 73,4 miljoen. Deze zijn het gevolg van de hiervoor beschreven terugvorderingen bij subsidievaststellingen na afloop van het subsidiejaar waarvoor subsidie is verleend. Dit betekent niet per definitie dat er minder mensen worden opgeleid dan geraamd, maar dat de toegestane capaciteit, uitgedrukt in fte's gedurende een volledig jaar, niet volledig is gerealiseerd.

111

*Wat gebeurt er met de ontvangsten uit de bestuursrechtelijke premie die aan het Zorgverzekeringsfonds worden toegekend? Worden de verzekeraars gecompenseerd voor de wanbetalers die zij in hun bestand hebben?*

De ontvangsten van bestuursrechtelijke premies worden toegevoegd aan het Zorgverzekeringsfonds. Het deel dat betrekking heeft op de opslag in de bestuursrechtelijke premie (30/130ste deel van elke ontvangen euro) wordt gebruikt ter dekking van de kosten van de uitvoering. Verzekeraars krijgen vanaf de zesde maand dat een verzekerde een wanbetaler is een zogenoemde wanbetalersbijdrage. Zij kunnen die bijdrage alleen krijgen als zij hebben voldaan aan de voorwaarden van de wanbetalersregeling en voldoende inspanningen hebben verricht om de nominale premie te innen.

112

*Hoeveel mensen zijn werkzaam via subsidies uit het fonds PGO? Hoeveel mensen zullen ontslagen moeten worden als gevolg van de bezuinigingen op het fonds PGO?*

Op basis van de ons bekende gegevens zijn bij de pgo-organisaties (die op basis van de huidige Subsidieregeling PGO worden gesubsidieerd) rond de 800 beroepskrachten werkzaam. Blijkens de PGO-monitor zijn de inkomensbronnen van de pgo-organisaties op grond waarvan deze krachten kunnen worden bekostigd divers. Belangrijkste inkomensbron voor grote organisaties zijn contributie en lidmaatschapsgelden, voor middelgrote organisaties zijn dat de diverse fondsen en voor de kleine organisaties is subsidie op basis van de Subsidieregeling PGO de belangrijkste inkomensbron. De PGO-monitor constateert verder dat pgo-organisaties er steeds beter in slagen om diverse financieringsbronnen aan te boren. Het valt dan ook niet aan te geven hoeveel mensen via subsidies op grond van de huidige Subsidieregeling PGO werkzaam zijn; evenmin valt aan te geven hoeveel ontslagen het gevolg zullen zijn van de taakstellende bezuiniging uit het Regeerakkoord op de pgo-organisaties. Ten algemene kan slechts worden vastgesteld dat beroepskrachten vooral in dienst zijn bij grotere organisaties en dat deze organisaties in het algemeen minder afhankelijk zijn van subsidies.

113

*Kunt u een nauwkeurige specificatie geven van de subsidies die uit het fonds PGO zijn toegekend?*<sup>1</sup>

Bijgevoegd treft u aan een specificatie van uitgaven 2010 PGO-subsidies.

114

*Hoeveel bezwaren zijn ingediend tegen afwijzing van subsidieaanvragen uit het fonds PGO en in hoeveel gevallen is alsnog subsidie toegekend? Kunt u toelichten op grond waarvan subsidies uit het fonds PGO alsnog zijn toegekend nadat bezwaar was aangetekend? Wilt u dit per concreet geval toelichten?*

Over het subsidiejaar 2010 zijn door Fonds PGO 11 bezwaren ontvangen. Drie bezwaren betroffen projectsubsidies, acht bezwaren betroffen instellingssubsidies. Alle bezwaren zijn ongegrond verklaard. Over de eerste vier maanden van 2011 zijn in totaal 23 bezwaren ontvangen met betrekking tot de instellingssubsidie en 60 met betrekking tot projectsubsidie. De behandeling van deze bezwaren is nog gaande.

115

*Meerkosten in het kader van de herindicaties begeleiding betreffen ruim € 8 mln. Hoeveel meer indicaties hebben extra plaatsgevonden ten opzichte van de raming, waardoor een dergelijk groot bedrag extra noodzakelijk was?*

Vooraf was rekening gehouden met 120 000 herindicaties. Uiteindelijk zijn 131 376 dossiers afgehandeld. Daarnaast bleek dat de herindicaties meer inspanningen vergden dan de werkzaamheden voor het reguliere indicatieproces. Cliënten moesten actief door het CIZ benaderd worden. Bovendien verschilde de aanpak sterk van de normale wijze van indiceren waardoor een aparte projectorganisatie noodzakelijk was. Ook het separaat afhandelen van cliënten jonger dan 18 jaar heeft geleid tot extra kosten.

Al vrij snel na de start van het project bleek dat de beschikbare € 21,4 mln. volstrekt onvoldoende zou zijn om het project tot een goed einde te brengen. Hiervoor zijn de volgende oorzaken te benoemen:

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

- De begroting was uitgegaan van het reguliere proces, waarbij een cliënt zich bij het CIZ meldt. In dit project moest het CIZ echter actief de cliënt benaderen. Voor 120 000 dossiers bleek dit een enorm logistiek proces.
- Het bleek bedrijfsmatig onverantwoord om het project onder te brengen bij het reguliere proces. De projectmatige aanpak verschilde te veel van de normale wijze van indiceren. De normale bedrijfsvoering kwam hierdoor in gevaar.
- Het beschikbaar komen van locaties liep in tijd en geografisch gezien niet gelijk met de behoefte aan locaties die het project had. Er moest aanvullende locaties worden gehuurd en ingericht.
- Bovengenoemde oorzaken hadden tot gevolg dat bij de start van het project al meteen vertraging werd opgelopen. Om de deadline te halen heeft er een flinke opschaling op het gebied van menskracht plaats moeten vinden.
- Veranderingen gaandeweg het project zorgden voor extra kosten. De belangrijkste wijziging was het separaat afhandelen van cliënten jonger dan 18 jaar, hetgeen voor veel extra werk heeft gezorgd.

Bovenstaande items resulteerden in een aanvullende subsidieaanvraag van € 8,1 mln. Het aantal afgehandelde dossiers bedroeg uiteindelijk 131 376. Het aantal afgehandelde herindicatietrajecten bedroeg 122 274. In de begroting is uitgegaan van 120 000 herindicatietrajecten. Het aantal herindicaties is dus slechts deels de oorzaak van de aanvullende subsidieaanvraag.

116

*Hoeveel herindicaties hebben plaatsgevonden i.v.m. de pakketmaatregel begeleiding? Hoeveel meer herindicaties waren dit er dan verwacht? Zijn in 2010 alle benodigde herindicaties gedaan, of worden er in de hierop volgende jaren nog meer herindicaties gedaan i.v.m. de pakketmaatregel begeleiding? Is bekend wat de kosten zijn per herindicatie?*

Het aantal afgehandelde dossiers bedroeg uiteindelijk 131 376. Dat is 11 376 meer (bijna 10%) dan verwacht. Een deel van de herindicaties hebben nog in het voorjaar van 2010 plaatsgevonden. Dit betreft de herindicaties van jongeren onder de 18 jaar. Alle herindicaties in het kader van de pakketmaatregel begeleiding zijn daarom in 2010 afgerond. Door alle extra werkzaamheden bij het herindicatieproces (zie antwoord 115), zijn de totale kosten per herindicatie uitgekomen op ongeveer € 250.

117

*Wat is de reden voor de overboeking van de in 2009 niet bestede middelen op de begroting voor herindicaties? Is er vertraging bij het herindiceren? Hoe groot is die vertraging? Welke acties worden ondernomen om deze eventuele vertragingen op te lossen?*

De overboeking van de niet bestede middelen 2009 was noodzakelijk omdat een deel van de werkzaamheden in 2010 werd uitgevoerd. De opgelopen vertraging bedroeg enkele maanden. Om deze vertraging op te beperken, zijn extra mensen (en middelen) ingezet. Zie ook het antwoord op vraag 116.

118

*Met welke reden werden de middelen voor de uitvoering van de NZa-beleidsregel «Stimulering kleinschalige zorg voor dementerenden» overgeheveld naar de premiemiddelen?*

De middelen ter stimulering van kleinschalige zorg voor dementerenden werden naar de premiemiddelen overgeheveld, omdat uitvoering van de regeling door de NZa de snelste en eenvoudigste manier was om de

middelen daadwerkelijk aan de betreffende instellingen ter beschikking te stellen. De NZa onderhoudt de reguliere financiële relatie met de instellingen, hetgeen ondermeer veel administratieve informatie-uitwisseling met betrekking tot de beoordeling van de rechtmatigheid van aanvragen en de toekenning van middelen overbodig maakt.

Op deze wijze werd invulling gegeven aan de motie Jan de Vries/van Miltenburg (25 424, nr. 90) waarin wordt bepleit de en de administratieve lasten van de regeling ter stimulering van kleinschalige woonvoorzieningen voor de instellingen zo laag mogelijk te houden.

119

*Welke resultaten zijn behaald met het programma van ZonMw «Zichtbare Schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt»? Hoeveel extra wijkverpleegkundigen zijn er bijgekomen?*

Vanaf de start van het project zijn er 95 projecten gehonoreerd, verspreid over ruim 50 gemeenten. De 40 aandachtswijken zijn in alle projecten vertegenwoordigd. In totaal zijn er ruim 300 extra wijkverpleegkundigen bij de uitvoering van deze projecten betrokken. In september 2011 komt de rapportage uit met de tussenstand van het project. Uw Kamer zal hierover worden geïnformeerd.

120

*Hoeveel herindicaties hebben de bureaus Jeugdzorg uitgevoerd? Zijn die allemaal in de daarvoor uitgetrokken tijd uitgevoerd?*

In het overgangsjaar 2010 voor de pakketmaatregel AWBZ 2009 hebben Bureaus jeugdzorg 4 600 herindicaties voor de AWBZ uitgevoerd, binnen de aan de Bureaus jeugdzorg gestelde termijn.

121 en 123

*De raming van de Wtcg is structureel met 53 mln. euro opgehoogd, aangezien er meer mensen in aanmerking komen voor deze regeling dan eerder aangenomen. Hoeveel mensen komen – additioneel – in aanmerking voor deze regeling? Hoe kan het dat deze rechthebbenden niet in de eerdere berekeningen zijn meegenomen?*

*Hoeveel meer mensen komen op grond van hun zorggebruik in aanmerking voor een forfait (Wtcg) dan was verwacht? Is het model waarop de raming is gestoeld wel passend? Worden er stappen ondernomen om dit model aan te passen?*

In de maand oktober heeft het CAK circa 2,05 miljoen beschikkingen verstuurd aan de rechthebbenden op een tegemoetkoming. Dat zijn er ruim 200 000 meer dan bij de totstandkoming van de regeling in 2008 op basis van toen beschikbare gegevens over zorggebruik (over het jaar 2006) werd geraamd. Deze gegevens zijn niet optimaal gebleken, onder andere vanwege de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 en de overheveling van hulp bij het huishouden naar de Wmo in 2007.

Daarnaast is een registratie-effect (kwalitatieve verbetering van de registraties bij de diverse ketenpartijen) opgetreden wat ook heeft geleid tot meer rechthebbenden dan in de eerste ramingen was voorzien. Begin 2010 zijn de ramingen geactualiseerd en in twee stappen bijgesteld. Op basis daarvan is de raming in de 1<sup>e</sup> suppletore wet 2010 structureel verhoogd met € 53 miljoen. De raming is op basis van de werkelijke uitvoeringsinformatie in de 2<sup>e</sup> suppletore wet 2010 nogmaals verhoogd, dit keer met € 30,7 miljoen. Het merendeel van de tegemoetkomingen is in december 2010 uitgekeerd. Het overige deel is aan het begin van 2011 uitgekeerd, omdat iets meer tijd nodig was voor de verwerking van de bankrekeninggegevens. Het bedrag op de begroting 2010 is met het oog hierop bij slotwet weer met € 63,6 miljoen verlaagd. Naar verwachting

komen de totale kosten voor de tegemoetkoming over 2009 uit op circa € 565 miljoen. Het ramingsmodel is nog in ontwikkeling, omdat ook de regeling zelf nog in ontwikkeling is. Dit heeft niet zozeer te maken met de manier waarop wordt gerekend, maar met een bepaalde onzekerheid in de cijfers die aan de berekeningen ten grondslag liggen. Als er nog geen feitelijke gegevens beschikbaar zijn, wordt er gewerkt met steekproeven en aannames en dit brengt nu eenmaal een bepaalde onzekerheid met zich mee. Het verbeteren van de ramingen heeft de continue aandacht van VWS en de ketenpartijen.

122

*Er wordt 6 mln. euro uitgetrokken voor noodzakelijke kosten voor een goede uitvoering van de Wtcg. Dit wordt onder andere besteed met het oog op afbakening van doelgroepen. Echter, hiervoor is reeds 50 mln. euro structureel beschikbaar in het kader van de commissie Linschoten. Waarom is naast deze 50 mln. euro nog aanvullend 6 mln. euro nodig, zeker aangezien de beschikbare 50 mln. euro in 2010 grotendeels onbested blijft?*

Zoals hiervoor in de beantwoording van de vragen 121 en 123 is aangegeven, is de raming voor de tegemoetkoming over het jaar 2009 (die wordt uitgekeerd in 2010) in twee stappen verhoogd met € 83,7 miljoen en is deze in de slotwet 2010 weer verlaagd met € 63,6 miljoen omdat het niet lukte om alle tegemoetkomingen in 2010 uit te keren. De resterende tegemoetkomingen zijn begin 2011 aan de rechthebbenden uitgekeerd. Dit staat los van de verbetervoorstellen van de Taskforce Linschoten. Deze verbeteringen gelden voor de tegemoetkoming over het jaar 2010, die eind 2011 wordt uitgekeerd. De additionele 6 miljoen euro betreft een vergoeding voor de uitvoeringskosten van de nieuwe ketenpartijen die medio 2011 over het jaar 2010 voor een eerste maal gegevens leveren ten behoeve van de Wtcg (gemeenten, bureaus Jeugdzorg). Daarnaast betreft dit een vergoeding voor aanpassingen in de systemen bij diverse partijen als gevolg van deze nieuwe wijzigingen (het CAK, het CIZ en Vektis als bewerker van de gegevens van zorgverzekeraars).

124

*Wat is de reden voor de onderuitputting van het budget mobiliteitsbevordering van thuiszorgmedewerkers? Hoeveel subsidies werden er aangevraagd? Op welke manier wordt deze onderuitputting van het budget aangepakt?*

Er is een 43-tal aanvragen ontvangen voor de subsidieregeling mobiliteitsbevordering. In totaal was € 3 miljoen beschikbaar. De in 2010 resterende middelen zijn – conform de motie Wolbert c.s. (TK 2009/10, 32 123 XVI, nr. 56) – overgeheveld naar het stagefonds.

De resterende middelen in de jaren 2011 en 2012 zijn eerder ingezet ter dekking van financiële VWS knelpunten. Vanaf 2013 worden de middelen waarmee de tijdelijke subsidieregelingen mobiliteitsbevordering en werkgelegenheidsbevordering thuiszorgsector werden gefinancierd gebruikt ter invulling van de VWS-(subsidie)taakstelling.

125

*Hoe vaak werd het mantelzorgcompliment uitgekeerd in 2010? Wat is de reden dat er in 2010 sprake was van onderbesteding van het budget voor het mantelzorgcompliment? Op welke manier wordt voorkomen dat er in het vervolg sprake is van onderbesteding?*

In 2010 zijn 230 693 mantelzorgcomplimenten toegekend. Inclusief de kosten die zijn verbonden aan de uitvoering van de regeling, is van het beschikbare budget een bedrag van € 60,5 mln. benut. De mate van

uitputting van het budget wordt bepaald door het aantal aanvragen en de hoogte van het compliment. In 2010 was er minder onderuitputting van het budget dan in de voorgaande jaren. De toekenningcriteria zijn met ingang van 1 augustus 2009 versoepeld. Dit kan hierbij een rol hebben gespeeld. Mogelijk speelt ook het bekender worden van de regeling een rol. Volgens de laatste inzichten wordt voor 2011 geen onderbesteding verwacht.

126

*Is bekend om welke reden de gemeenten minder subsidies hebben aangevraagd voor dure woningaanpassingen dan dat er beschikbaar was? Waren er minder aanvragen? Vonden de gemeenten andere middelen om woningaanpassingen mee te financieren? Zijn de voorwaarden strenger geworden?*

De «dure woningaanpassingen» in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten konden door gemeenten nog worden gedeclareerd bij het rijk voor beschikkingen die uiterlijk 31 december 2006 zijn afgegeven aan cliënten. Met de invoering van de Wmo zijn de gemeenten met ingang van 1 januari 2007 verantwoordelijk geworden voor de subsidieverlening van de dure woningaanpassingen. Om deze reden beschikte VWS nog tijdelijk over een deel van het budget voor dure woningaanpassingen, de resterende middelen zijn reeds aan de gemeenten beschikbaar gesteld. De gemeenten hebben minder subsidies bij VWS aangevraagd omdat inmiddels bijna alle Wvg toegekende dure woningaanpassingen door VWS zijn afgewikkeld.

127

*Om welke reden hebben minder mensen met het bovenregionaal vervoer gereisd dan dat er budget Valys beschikbaar was? Was er minder behoefte aan bovenregionaal vervoer? Zochten mensen naar alternatieven voor dit bovenregionaal Valysvervoer? Zijn er mensen die afzagen van bovenregionaal vervoer? Is bekend om welke reden dat was?*

Alle pashouders hebben de beschikking over een persoonlijk kilometerbudget (pkb). Met dit budget kunnen pashouders voor een tarief van € 0,18 per kilometer gebruik maken van het taxivervoer. In de overeenkomst die ik heb met Connexxion voor de uitvoering van Valys heb ik de mogelijkheid om jaarlijks de hoogte van de pkb's vast te stellen. Deze vaststelling is gebaseerd op de ontwikkeling van het aantal pashouders, het verbruik van de pkb's en het beschikbare budget. Mijn ambtsvoorganger heeft de kilometerbudgetten voor 2010 vastgesteld op een hoogte 750 en 2 250 kilometer per jaar voor respectievelijk het standaard pkb en het hoog pkb. Met deze hoogte zou over het algemeen voorzien kunnen worden in de behoefte van de pashouders in 2010. Omdat pashouders dit budget naar eigen inzicht kunnen inzetten, is het echter niet mogelijk om het gebruik van Valys precies af te stemmen op het beschikbare budget. In 2009 heeft mijn ambtsvoorganger onderzoek laten uitvoeren naar de redenen van niet-gebruik van Valys en heeft u over de resultaten per brief geïnformeerd (TK 2008–2009, 25 847, nr. 80). De belangrijkste verklaringen voor niet-gebruik liggen vooral – buiten – Valys, zijnde dat deze pashouders beschikken over alternatief vervoer of geen reizen (meer) buiten de regio maken.

128

*Door vertraging van verschillende projecten binnen het nationaal actieplan sport en bewegen is onderuitputting ontstaan. Waardoor is deze vertraging veroorzaakt? Om hoeveel en welke projecten gaat het?*

De vertraging is ontstaan doordat de besluitvorming bij gemeenten over de medefinanciering meer tijd vergde dan was voorzien. Echter, het doel van 100 deelnemende gemeenten is wel bereikt. Hoeveel lokale projecten niet of later zijn uitgevoerd is niet aan te geven omdat in lijn met het principe van single information, single audit gemeenten niet per project verantwoording hoeven af te leggen aan VWS.

129

*Als gevolg van lagere kosten bij de afrekening van allerlei projecten in het kader van de BOS-regeling is incidenteel ruimte ontstaan. Kan dit nader toegelicht worden?*

Het budget voor de BOS-regeling is in 3 tranches verleend als stimuleringsuitkering aan gemeenten. De laatste tranche is in 2006 uitgezet voor meerjarige projecten met een looptijd van 4 jaar. Het beschikbare budget 2010 was hoger dan het benodigde budget 2010 van de in 2006 verleende uitkeringen. Per saldo resulteerde een overschot dat is ingezet bij de 2e suppletoire begroting als dekking voor de VWS brede problematiek.

130

*De apparaatuitgaven voor het programma «Zichtbare Zorg» worden aangewend om de transparantie van de zorg te verbeteren door het uitgeven van subsidies. Dit gaat om een bedrag van 1,7 mln. euro. Kan er een overzicht worden gegeven aan alle kosten die aan het programma «Zichtbare Zorg» worden uitgegeven, inclusief apparaatuitgaven, subsidies, projectgelden, inhuur?*

De uitgaven voor Zichtbare Zorg waren in 2010 totaal € 12,7 miljoen. Hiervan betrof € 1,5 miljoen de inzet van interne (IGZ) medewerkers, € 2,1 miljoen inhuur externen, € 2,5 miljoen subsidies en € 6,6 miljoen projectgelden.

131

*Wat is er precies gedaan met de 3,8 mln. euro voor het IGZ om de ontwikkeling van onderhoud en actualisering van kwaliteitsindicatoren in de verschillende sectoren van de zorg uit te kunnen voeren? Waarom kon dit bedrag niet binnen de eigen begroting van de IGZ gevonden worden?*

Het betreft hier uitgaven voor het programma «Zichtbare Zorg» (ZiZo) welke onderdeel vormen van de totale uitgaven van € 12,7 miljoen (zie antwoord op vraag 130). Middelen hiervoor worden in de regel vanuit beleidsartikelen overgeboekt naar de IGZ alwaar het programmabureau van ZiZo – gelet op de de samenhang met de toezichtstaken van de IGZ – is ondergebracht. De middelen ervan zijn evenwel niet op de begroting van de IGZ geplaatst omdat het programma «Zichtbare Zorg» een onderdeel is van de bredere doelstelling ten aanzien van zorgbrede transparantie.

132

*Hoe is de 4,2 mln. euro boetetaakstelling precies opgebouwd? Hoeveel en waarvoor hebben IGZ en NZa deze boetes uitgedeeld? Waar gaan de boetegelden die de NMa krijgt voor toezicht op de zorgsector precies heen?*

De IGZ heeft in 2010 een taakstelling op ontvangsten van € 0,4 miljoen. Dit betekent dat de IGZ voor € 0,4 miljoen aan boetes moet uitschrijven. Er is door de IGZ in 2010 voor een bedrag van € 845 000 aan boetes in het kader van de geneesmiddelenwet uitgeschreven. Het totaalbedrag aan boetes is voornamelijk uitgeschreven naar aanleiding van overtredingen van regels omtrent publieksreclame en daarnaast enkele keren vanwege



het ontbreken van een geregistreerde apotheker in een apotheek. In totaal zijn acht boetes uitgeschreven.

De boetetaakstelling voor de NZa die door de minister is opgenomen in de aandachtspuntenbrief voor het werkprogramma 2011 bedraagt € 3,8 miljoen. De NZa heeft medio 2010 aangegeven dat, gegeven de hoogte van de boetes die de NZa kan opleggen, deze boetetaakstelling voor de NZa niet haalbaar is. Zo bedraagt de hoogste boete die de NZa tot nog toe (na bezwaar) aan zorgaanbieders heeft kunnen opleggen € 7 000 (eind 2008). De NZa heeft in het jaar 2010 totaal twee boetes opgelegd van € 1 367,11 wegens overtreding van art. 61 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG). In de WVG staat dat de NZa overtredingen maximaal met € 500 000,- kan beboeten, afhankelijk van de overtreding van het artikel, of indien dat meer is, 10% van de omzet van de onderneming in Nederland.

Boeteopbrengsten van de NMa komen ten goede aan 's-Rijks schatkist. Boeteopbrengsten van de NMa staan op de begroting van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie op begrotingsartikel 1. De boeteopbrengsten van de NZa en de IGZ komen ten gunste van artikel 98 op de VWS-begroting.

133

*De Algemene Rekenkamer heeft de minister verzocht uiterlijk 1 oktober 2011 aan de Tweede Kamer te rapporteren over de voortgang van de uitvoering van het verbeterplan. Is de minister voornemens aan dat verzoek te voldoen?*

Ja.

134

*Kunt u per provincie een overzicht geven van de onjuistheden in de opgegeven aantallen voor jeugdbescherming en jeugdreclassering?*

Voor 1 juni van elk jaar leveren provincies de gerealiseerde aantallen van het jaar ervoor. Deze gegevens worden door de bureaus jeugdzorg aangeleverd en zijn voorzien van een goedgekeurde accountantsverklaring. In april 2011 is door de ministeries van VWS en V&J, een bijeenkomst gehouden met de provincies, de grootstedelijke regio's en de betreffende accountants waarin de deelnemers geïnformeerd zijn over de te hanteren definities. Bij één provincie is een afwijking geconstateerd. Op dit moment is in deze zaak sprake van een procedure bij de bezwaarcommissie. Er is nog geen uitspraak gedaan.

135

*Wat doet u om de verantwoording van provincies en grootstedelijke regio's over de Doeluitkering Jeugdzorg te verbeteren?*

Provincies en grootstedelijke regio's hebben een door het IPO ontwikkeld controleprotocol voorgeschreven aan de door hen gesubsidieerde zorgaanbieders. Hierdoor is de verantwoording aan en vervolgens ook door de provincies en grootstedelijke regio's verbeterd.

De verantwoording door provincies en grootstedelijke regio's vindt plaats via de methode van Single Information Single Audit (SISA). Om onduidelijkheden en knelpunten in deze manier van rapporteren op te lossen is in april 2011 een bijeenkomst gehouden met de provincies, de grootstedelijke regio's en de betreffende accountants. Met deze bijeenkomst is er meer duidelijkheid gecreëerd over de werking van de SISA voorschriften en is er anderzijds door de provincies en grootstedelijke regio's bevestigd dat de eerder door hen voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd. Deze resultaten zullen leiden tot een verbeterde verantwoording over 2010.

136

*Welke redenen zijn er dat slechts € 32,3 mln. euro van het totale garantiestellingbedrag van € 500 mln. euro is gebruikt? Welke zorginstellingen hebben een garantie gekregen?*

In het kader van de Garantie Ondernemingsfinanciering Cure worden garanties vertrekt aan zorginstellingen in de cure van 50% van nieuwe bankleningen. Het totale bedrag van de leningen ziet derhalve op een bedrag van € 64,6 mln. Deze leningen zijn verstrekt aan een algemeen en een categoriaal ziekenhuis en aan vier zelfstandige behandelcentra. Het beperkte gebruik kan worden verklaard doordat voor het verstrekken van een banklening een goed businessplan noodzakelijk is. Niet alle aanvragen worden daarom gehonoreerd. Bovendien vraagt het opstellen van een businessplan een langere doorlooptijd. Dit is een belangrijke reden geweest om de regeling te verlengen tot ultimo 2011.

137

*Kunt u inzicht geven in de aan de op pagina 102 vermelde garantstellingen verbonden risico's?*

Het ministerie van VWS is achterborg voor garanties die zijn verstrekt door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Dat wil zeggen dat pas een beroep op het ministerie zal worden gedaan als het WFZ niet aan de garantieverplichtingen jegens een geldgever kan voldoen. Het WFZ beschikt over een risicovermogen van ruim € 200 mln. In het uitzonderlijk geval dat dit vermogen ontoereikend is, doet het WFZ eerst een beroep op de aangesloten deelnemers bij het fonds. Door deze buffers is het risico van de garanties van het WFZ voor VWS beperkt. Voor de Garantie Ondernemingsfinanciering Cure (Go cure) geldt dat banken voor de (gedeeltelijke) garantie een kostendekkende premie betalen aan de staat. Als een zorginstelling niet aan de betalingsverplichting kan voldoen, neemt de staat deze verplichting over. Deze verplichting wordt dan betaald uit de (reserves van) de premie-inkomsten. Als dit onvoldoende is zal VWS het tekort moeten aanvullen. De kans dat een zorginstelling niet aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen, is echter beperkt omdat banken het businessplan van de zorginstelling kritisch zullen beoordelen. De banken dragen namelijk zelf 50% van het risico over de verstrekte lening. Dit leidt ertoe dat niet alle aanvragen voor de Go cure worden gehonoreerd.

138

*Hoe rijmt zich de afboeking van incurant geworden medicinale cannabis met de op dezelfde pagina vermelde hoger dan geraamde verkoop aan apothekers van dat product?*

Cannabis is een natuurproduct dat in vergelijking tot andere geneesmiddelen een beperkte houdbaarheid heeft. Op basis van de resultaten van een houdbaarheidsonderzoek uitgevoerd in 2008 en de raming wordt cannabis besteld en wordt opdracht gegeven om te verpakken. De verschillende variëteiten fluctueren in omzet. De omzet van de variëteit Bedrobinol is licht dalend, die van de variëteiten Bedrocan en Bediol sterk stijgend. De incurante voorraad heeft verschillende oorzaken. Een groot deel van deze voorraad bestond uit verpakkingen van de variëteit Bedrobinol en uit verpakkingen van vóór het houdbaarheidsonderzoek. Daarnaast is een aantal verpakkingen incurant geworden die apothekers niet meer wilden afnemen omdat de houdbaarheid bijvoorbeeld maximaal 3 maanden was.

139, 140, 141 en 142

*Wat is het totale bedrag aan RAK's (Reserve Aanvaardbare Kosten)?  
Welke AWBZ-instelling heeft de grootste RAK en wat is het percentage?  
Welke AWBZ-instelling heeft de kleinste RAK en wat is het percentage?  
Wat is het gemiddelde percentage aan RAK's van AWBZ-instellingen?*

De reserve aanvaardbare kosten wordt niet meer gepubliceerd door de NZa. CBS heeft echter soortgelijke gegevens gepubliceerd. Om de anonimiteit van de individuele instelling te waarborgen wordt er gewerkt in de vorm van een verdeling in groepen van 10 % van de instellingen. Afhankelijk van de hoogte van de solvabiliteit van de instelling worden alle instellingen in een groep van 10% (decielen) gerangschikt. Als solvabiliteit wordt het eigen vermogen als percentage van de totale bedrijfsopbrengsten gehanteerd. Deze kanttekeningen zijn noodzakelijk alvorens uw vragen te kunnen beantwoorden. Het antwoord luidt dus in decielen dat wil zeggen groepen van 10 % van de instellingen. Voor de AWBZ-instellingen leidt dit tot 40,9 % in het hoogste deciel met de hoogste solvabiliteit en tot 4,6% in het laagste debiel met de laagste solvabiliteit. Dit duidt erop dat er grote verschillen in solvabiliteit zijn tussen de instellingen. De gemiddelde solvabiliteit in de AWBZ is 21,2 %.

143

*Kan een overzicht worden gegeven van de opbrengsten van het preferentiebeleid van de afgelopen jaren?  
Welke maatregelen zijn ingezet ter redressering van de tegenvaller van 531.8 mln. euro ten gevolge van de door de NZa vastgestelde vergoeding per receptregel voor apothekers, de gevolgen van het aflopen van het transitieakkoord geneesmiddelen per 2010 en de verwachte stijging van het gebruik van geneesmiddelen?*

Er kan geen exact overzicht worden gegeven van de opbrengsten van het preferentiebeleid de afgelopen jaren. Binnen het BKZ wordt hiervoor een raming van structureel € 400 mln gehanteerd. Een exact overzicht wordt bemoeilijkt door het feit dat preferentiebeleid zich voornamelijk richt op de bruto-prijzen van geneesmiddelen en niet op de prijzen die daadwerkelijk worden betaald en gedeclareerd. Daarnaast is het niet goed mogelijk om precies aan te geven wat de oorzaak is van een prijsverlaging. Vaak zijn er meerdere oorzaken of lopen de oorzaken in elkaar over. Die oorzaken zijn het uit octrooi lopen van geneesmiddelen, het actualiseren van de maximumprijzen en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. De Commissie monitoring van het Transitieakkoord, met vertegenwoordigers van VWS, zorgverzekeraars, apothekhoudenden en de farmaceutische industrie, kwam bij het monitoren van de opbrengst van het Transitieakkoord tot dezelfde conclusie.

147

*Wanneer worden overige geneesmiddelen, waaronder biosimilars, onder de Wgp gebracht ?*

De Wet Publieke gezondheid (Wpg) is in beginsel al van toepassing op overige geneesmiddelen. Er zijn al maximumprijzen vastgesteld voor biologische geneesmiddelen, waaronder biosimilars. Het gaat dan bijvoorbeeld om de zogenaamde «injectables». Op dit moment is een aantal juridische procedures daarover nog niet afgerond en is in verband daarmee een aantal maximumprijzen opgeschort. Naar verwachting zal op korte termijn duidelijkheid ontstaan in deze geschillen.

148

*Waarom is de geraamde opbrengst van het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen lager uitgevallen? Welke maatregelen zijn ingezet en welk effect had elk van de maatregelen?*

De LHV heeft zich naar haar achterban ingezet om doelmatig voorschrijven te bevorderen en heeft met dit doel een Toolkit doelmatig voorschrijven ontwikkeld en breed verspreid. Voor het ontwikkelen van dit instrument was langere tijd nodig dan vooraf werd verwacht. Daarnaast heeft de LHV extra scholing aangeboden op dit terrein. Dit scholingsaanbod loopt ook nog in 2011 door, zodat meer huisartsen kunnen worden bereikt. Hoewel ik er begrip voor heb dat het de nodige tijd vergt om de huisartsen op het gebied van doelmatig voorschrijven nog de nodige stappen te laten zetten en de inzet van de LHV op dit punt waardeer, vind ik het tegelijkertijd belangrijk dat de geraamde opbrengsten worden gehaald. Ik beraad mij daarom over vervolgstappen.

149

*Hoeveel pgb-aanvragen zijn ontvangen en hoeveel van die aanvragen zijn afgewezen in 2010? Wat is de vraag naar pgb's in de eerste maanden van 2011 geweest? Ligt deze vraag hoger of lager dan in 2010?*

In het jaar 2010 is het aantal budgethouders met 2 288 gestegen. De groei is beïnvloed door het handhaven van het pgb-subsidieplafond in de periode 1 juli tot en met 31 december 2010. Er vindt geen registratie plaats van aangevraagde pgb's die worden afgewezen. Wel is vorig jaar het aantal aangehouden aanvragen als gevolg van de toekenningstop geregistreerd. Het betrof ca. 11 000 aanvragen. Met ingang van 2011 hebben deze aanvragers de mogelijkheid gekregen alsnog een pgb aan te vragen.

150

*Op welke gronden zijn pgb-aanvragen niet toegekend? Kunt u de aantallen en categorieën specificeren?*

Deze informatie is niet beschikbaar (zie antwoord op vraag 149).

151

*Hoeveel fraudegevallen met pgb's zijn geconstateerd en om welke bedragen ging het?*

Uit cijfers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) blijkt dat in 2010 voor € 2,1 miljoen aan fraude in de AWBZ is opgespoord. De cijfers zijn niet uitgesplitst naar zorg in natura en pgb. ZN geeft aan dat het grootste gedeelte van de fraude voor rekening komt van de pgb's.

152

*Op welke wijze zal de financiële informatievoorziening versneld en verbeterd worden? Welk concreet doel stelt het kabinet zich hierbij?*

Sinds 1 december 2010 werken de departementen VWS en Financiën nauw samen binnen een Taskforce om de financiële informatievoorziening en de beleidsinformatie te versnellen en te verbeteren. In 2011 is al een versnelling in de aanlevering van de financiële informatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) aan VWS gerealiseerd. Daarnaast zijn de achterstanden over de financiële informatie over de oude jaren al weggewerkt. Binnen de huidige systematiek zijn daarmee de grenzen van de versnelling bereikt. Verdere versnellingen kunnen alleen worden gerealiseerd wanneer het systeem wordt aangepast.

VWS en Financiën onderzoeken in dat kader:

- hoe een verdere versnelling in met name informatie over dbc's te realiseren is;
- hoe een systeem van early warning om eerder te kunnen bijsturen moet worden ingericht voor zowel de Zvw als de AWBZ.
- hoe komt er meer inzicht in de realiteit achter de cijfers: verklarende informatie.

Uiterlijk in het najaar zal ik de Tweede Kamer de resultaten van de Taskforce toesturen.

153

*In welke van de sectoren paramedische zorg, ziekenhuizen, medisch specialisten, ZBC's, geneeskundige ggz, zorg in natura en de persoonsgebonden budgetten is de afgelopen jaren prestatiebekostiging – vergoeding per behandeling aan een zorgaanbieder of behandelaar – geïntroduceerd?*

De invoering van prestatiebekostiging heeft plaatsgevonden in de volgende van de genoemde sectoren:

- In de sector ziekenhuizen is prestatiebekostiging nog niet ingevoerd. De invoering van prestatiebekostiging zal plaatsvinden in 2012. Wel is er vanaf de start van de Zvw sprake van een B-segment met vrije prijzen. Dit B-segment is geleidelijk uitgebreid. De laatste uitbreiding vond plaats per 2009 (van 20% naar 34%). In het B-segment vindt de bekostiging plaats op basis van gedeclareerde dbc's en is sprake van prestatiebekostiging. Het grootste gedeelte van de sector de bekostiging van de sector ziekenhuizen is echter nog gebaseerd op het functioneel budget (FB). Zbc's worden bekostigd op basis van dbc's. Hier geldt in feite voor zowel het A- als B-segment prestatiebekostiging.
- Vrijgevestigd medisch specialisten worden met het invoeren van het normatief uurtarief vanaf 2008 per dbc betaald en is sprake van prestatiebekostiging.
- In de tweedelijns curatieve ggz zijn bij de overgang naar de Zvw per 2008 dbc's ingevoerd. Voor de vrijgevestigde zorgaanbieders en de nieuwe toetreders in de ggz betekent dit dat zij op basis van die dbc's bekostigd worden. Het grootste gedeelte van de tweedelijns curatieve ggz sector wordt echter nog gebudgetteerd.
- In de afgelopen jaren zijn er geen wijzigingen geïntroduceerd in de bekostigingssystematiek van de paramedische zorg. De facto is altijd al sprake geweest van prestatiebekostiging omdat paramedici per verrichting declareren.

154

*De overschrijding van de medisch specialisten is weer met 52,4 mln. euro naar boven bijgesteld. Verwerkt de minister deze overschrijding ook weer in toekomstige in de tariefkortingen?*

Nee. In 2010 was het voornemen om de overschrijdingen bij de medisch specialisten op te vangen met tariefsmaatregelen. Hiervoor is de compensatie voor ondersteunde specialismen aangepast en zijn de tarieven voor de medisch specialisten verlaagd. In totaal heeft de NZa in 2010 en 2011 de tarieven voor 606 miljoen euro gekort. Deze kortingen zijn door de NZa waar mogelijk per specialisme gedifferentieerd. Echter omdat de tariefkortingen voor de langere termijn geen toekomstbestendige maatregelen zijn heb ik sinds mijn aantreden overleg gevoerd met de medisch specialisten en de ziekenhuizen. Met de Orde en de NVZ heb ik afspraken gemaakt over een beheerste uitgavenontwikkeling bij de medisch specialisten: invoering beheersmodel per 1-1-2012. Tegen de achtergrond van die afspraken kunnen met het beheersmodel de

beschikbare middelen eerlijker over specialismen en specialisten worden verdeeld en kan kwaliteit en doelmatigheid beter worden beloond. In deze afspraken is ook een bedrag vastgelegd dat tot en met 2014 voor de honoraria van de vrij gevestigd medisch specialisten beschikbaar wordt gesteld. Dit is opgenomen in de overeenkomst die de Orde, de NVZ op 15 december 2010 hebben opgesteld en die wij onlangs (31 mei 2011) door ondertekening hebben bekrachtigd.

155

*Wat is de reden van een groeiend aantal patiënten in de paramedische zorg buiten de vergrijzing?*

De toenemende vraag naar paramedische zorg is voornamelijk toe te wijzen aan demografische ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld het groeiend aantal patiënten met chronische aandoeningen. Momenteel is er geen inzicht in andere mogelijke verklaringen voor de toename. Voor fysiotherapie is een onderzoek gestart naar de oorzaken van de overschrijdingen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen mogelijk ook verklaringen bieden voor stijgingen bij andere paramedische beroepen.

156

*Is het gebruik van fysiotherapie aantoonbaar afgenomen door het stap voor stap minder vergoeden van consulten door de basisverzekering?*

Nee, het volume blijft stijgen. Verklaringen hiervoor moeten worden gezocht in de richting van demografische veranderingen (o.a. toename chronisch zieken). Daarnaast weten patiënten de fysiotherapeut steeds beter te vinden voor bewegingsapparaat gerelateerde klachten. VWS doet momenteel, samen met het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, onderzoek naar deze en andere mogelijke verklaringen voor de overschrijdingen. Resultaten worden najaar 2011 verwacht.

157

*Wat is de reden dat huisartsen en schoolartsen steeds vaker doorverwijzen?*

Schoolbesturen hebben in toenemende mate de schoollogopedist wegbezuinigd en daarvoor in de plaats huren zij vrijgevestigde logopedisten in om een screening op taal- en spraakstoornissen uit te voeren op hun school. Dit leidt tot een meer nauwkeurige opsporing van spraak- en taalstoornissen, welke voor behandeling door een logopedist in aanmerking komen. De huisarts verwijst deze vervolgens door naar een vrijgevestigd logopedist. De kosten die met behandelingen die hieruit voortvloeien zijn gemoeid komen ten koste van de Zorgverzekeringswet.

158

*Wat is de percentuele stijging van de omzet over de categorieën algemene, categorale en academische ziekenhuizen?*

In het najaar van 2010 heb ik op basis van realisatiecijfers 2009 van de NZa en het CVZ met betrekking tot de ziekenhuizen een overschrijding geconstateerd van € 314 miljoen. Op basis van deze cijfers is de omzet van de ziekenhuizen met 9% gestegen ten opzichte van 2008.

159

*Op basis van de geactualiseerde cijfers, wat was de overschrijding van het budget voor medisch specialisten in de jaren 2008 en 2009? Wat is het vooruitzicht voor 2010?*

De overschrijding over het jaar 2008 op basis van de maartcijfers 2011 is € 525 miljoen. De overschrijding over het jaar 2009 op basis van de maartcijfers 2011 is € 658 miljoen. Op dit moment zijn er nog geen betrouwbare cijfers beschikbaar over het jaar 2010.

160

*Is de minister voornemens in 2015 volledige prestatiebekostiging voor medisch specialisten in te voeren, zonder enige budgettaire begrenzing?*

Het beheersmodel medisch specialisten is een overgangsmoedel. Het voornemen is om met ingang van 1 januari 2015 over te stappen op prestatiebekostiging met integrale tarieven. Dat wil zeggen het honorarium geïntegreerd in de ziekenhuistarieven.

161

*Kan een overzicht gegeven worden van het aantal ZBC's sinds 2006, de omzetten en hun medische specialisatie?*

Hieronder een overzicht van de ontwikkeling van de schadelast van de ZBC's over de periode 2006–2009 op basis van cijfers van het CVZ. Daarnaast ziet u het aantal ZBC's (bron: NZa). De ZBC's houden zich bezig met een breed spectrum van medische specialisaties. Ik heb geen informatie over de medische specialisatie van individuele ZBC's.

**Zelfstandige behandelcentra**

x € 1mln	2006	2007	2008	2009
Totaal uitgaven (cvz cijfers)	95,0	240,3	256,4	409,6
Aantal zbc's		86	112	144

162

*Kan aangegeven worden hoe de structurele overschrijdingen fysiotherapie samen hangen met de invoering van vrije prijzen in de fysiotherapie?*

Structurele overschrijdingen in de fysiotherapie worden niet (meer) veroorzaakt door vrije prijzen. Toen vrije prijzen in 2005 werden geïntroduceerd, trad er wel een stijging op. Veldbreed (NZa, VWS, ZN en KNGF) was men het er indertijd over eens dat het tarief in 2005 te laag was. Nadat het tarief in een paar jaar tijd naar marktconform is bijgesteld, zien we nauwelijks stijging in de kosten per behandeling. De oorzaak van de overschrijdingen is derhalve volume stijging. Verklaringen hiervoor moeten worden gezocht in de richting van demografische veranderingen (o.a. toename chronisch zieken) en in verhoogde tarieven voor fysiotherapeuten die betere kwaliteit leveren. VWS doet momenteel, samen met het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, onderzoek naar deze en andere mogelijke verklaringen voor de overschrijdingen. Resultaten worden najaar 2011 verwacht.

163

*Wat is de reden voor de overschrijding van 317 mln. euro aan tweedelijns ggz-uitgaven? In welke vormen van ggz-zorg zit deze overschrijding precies?*

Uit voorlopige realisatiecijfers van de NZa en het CVZ kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een overschrijding van € 317 miljoen ten opzichte van het in de VWS-begroting beschikbare budget voor curatieve zorg. Dit betreft een overschrijding van zowel de eerstelijns- als de tweedelijns-ggz.

Een deel van deze overschrijding (€ 62 miljoen) was reeds in het voorjaar 2010 geconstateerd (en meegenomen in de 1e en 2e Suppletoire Wet 2010), het restant (€ 255 miljoen) is gebleken uit de in het voorjaar van 2011 ontvangen gegevens en verwerkt in de Slotwet 2010.

De overschrijding in de tweedelijnszorg slaat zowel neer bij ggz zorg geleverd door instellingen als door vrijevestigden. De overschrijding vloeit voort uit een hogere groei dan eerder werd verwacht. Een combinatie van factoren speelt daarbij een rol. Mogelijke verklaringen zijn de combinatie van beschikbaar aanbod van ggz-zorg, de huidige financiële prikkel voor patiënten om te kiezen voor (duurdere) tweedelijnszorg en zorgverzekeraars die in de huidige situatie nog onvoldoende gebruik maken van de ruimte en instrumenten die het stelsel hun biedt. Daarnaast is een meer dan gemiddelde groei bij niet-gebudgetteerde ggz-aanbieders gebleken. Ik beraad mij op passende maatregelen die deze groei kunnen inperken en zal uw kamer hier binnenkort over informeren. Zie verder ook het antwoord op vraag 167.

164

*Hoe is de korting medisch specialisten verdeeld tussen specialisten in loondienst en vrijevestigde specialisten? Hoeveel worden specialisten in loondienst gekort en hoeveel vrijevestigde specialisten?*

Om de overschrijdingen bij de vrij gevestigde medisch specialisten te redresseren zijn de honorariumtarieven van de dbc's gekort. Alle specialisten declareren deze tarieven, zowel de vrij gevestigd medisch specialisten als de specialisten in loondienst. Echter de korting komt ten laste van de vrij gevestigd medisch specialisten , omdat deze specialisten in hun inkomen afhankelijk zijn van de gedeclareerde dbc's. De specialisten in loondienst declareren weliswaar dezelfde gekorte tarieven als de vrij gevestigd medisch specialisten maar zijn hier in hun honorarium niet van afhankelijk. Zij ontvangen hun salaris op basis van de voor hun geldende CAO. De ziekenhuizen die specialisten in loondienst hebben ontvangen hiervoor een bijdrage in hun budget (FB).

165

*Klopt het dat de overschrijding ziekenhuizen in 2009 deels werd veroorzaakt door hogere lonen voor specialisten in loondienst? Als dit niet het geval is, hebben de ziekenhuizen met medisch specialisten in loondienst dan geen onevenredig groot nadeel van de korting op de honorariumtarieven in 2010?*

De hoge honoraria uitgaven in 2009 hebben ook een positief effect gehad op de inkomsten van ziekenhuizen. Ziekenhuizen ontvangen voor de B-dbc's immers de honorariumcomponent als inkomsten. VWS heeft in het bepalen van de korting ziekenhuizen er echter rekening mee gehouden dat de honorariumtarieven reeds werden gekort als gevolg van de overschrijding bij de specialisten. Ziekenhuizen met medisch specialisten in loondienst ondervinden derhalve geen onevenredig nadeel van de korting op de honorariumtarieven in 2010.

166

*Welk bedrag gaat er totaal om in de Wtcg? Hoeveel meer mensen hebben gebruik gemaakt van de regeling dan Vektis in eerste instantie had berekend?*

Zoals bij de beantwoording van de vragen 121 en 123 is aangegeven, hebben ruim 200 000 mensen méér recht op een tegemoetkoming dan waar in 2008 bij de totstandkoming van de Wtcg op werd gerekend. Naar verwachting komen de totale kosten voor de tegemoetkoming over 2009 uit op circa € 565 miljoen.



167

*De uitgaven aan de ggz zijn de afgelopen 10 jaar verdubbeld. Wat zijn de oorzaken hiervan?*

De oorzaken zijn divers van aard. Ze variëren van ontwikkelingen in de samenleving tot het ontbreken van systeemprikkels. In het IBO curatieve GGZ dat vorig jaar aan u is toegezonden wordt hier nader op ingegaan. Ik beraad mij op passende maatregelen die de groei kunnen inperken en zal uw kamer hier binnenkort over informeren.

168

*Kan aangegeven worden wat de jaarlijkse uitgaven aan grensoverschrijdende zorg zijn geweest de afgelopen 10 jaar? Kan de Minister een reactie geven op de stijging van deze uitgavenpost? Toont deze post aan dat het budgettair kader zorg «lek» is?*

De jaarlijkse uitgaven aan grensoverschrijdende zorg staan in onderstaande tabel.

Ten aanzien van de declaraties aan en van het buitenland door het CVZ in het kader van bilaterale verdragen en de Europese Sociale Zekerheidsverordening, merk ik op dat de aan een jaar toegerekende kosten betrekking kunnen hebben op zorg uit voorgaande jaren.

Er kan sprake zijn van een autonome groei van de grensoverschrijdende zorg. Zorgverzekeraars contracteren meer zorg over de grens en geven ook vaker toestemming om niet gecontracteerde zorg in het buitenland te consumeren.

Geplande grensoverschrijdende zorg kan veelal worden gezien als een substituuat van zorg in Nederland. Op grond hiervan constateer ik dat er geen sprake is van een lek.

**Lasten Grensoverschrijdende Zorg (1= € 1 mln.)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Zfw/Zvw</i>	15,5	32,9	35,6	54,6	102,5	165,2	183,6	225,4	276,9	302,7
<i>Verdragspartners Zfw/Zvw</i>	163,5	162,6	230,2	235,8	312,0	228,0	229,2	176,2	213,2	267,4
<i>Totaal curatief</i>	179,0	195,5	265,8	290,4	414,5	393,2	412,8	401,6	490,1	570,1