

Vergaderjaar 2013–2014

33 750 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014

Nr. 13

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 23 oktober 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

De vragen zijn op 3 oktober 2013 voorgelegd. Bij brief van 22 oktober 2013 zijn ze door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

Met de vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

Vraag 1

Kan aangegeven worden welke behandelingen sinds 2006 jaarlijks (met en zonder politieke besluitvorming) zijn toegevoegd aan het basispakket, en welke behandelingen in die periode uit het basispakket zijn gehaald? Wat is het partiële effect van deze aanpassingen van het pakket op de premie voor het basispakket geweest? Hoe verhoudt dit partiële effect zich tot de totale ontwikkeling van de zorgpremie?

Antwoord 1

Wat betreft de wijzigingen in de medisch-specialistische zorg dient te worden opgemerkt dat de omschrijving van het verzekerde pakket in de Zvw het mogelijk maakt dat het verzekerde pakket de medisch-inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen volgt. Hierdoor stromen nieuwe effectieve interventies en zorgvormen «automatisch» het basispakket in. Daar tegenover staat dat verouderde interventies en zorgvormen die in de medische praktijk niet meer worden toegepast «automatisch» uit het basispakket verdwijnen, omdat deze niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Omdat deze «automatische» in- en uitstroom in veel gevallen niet plaatsvindt op basis van uitspraken van het College van zorgverzekeringen (CVZ), is het niet mogelijk hiervan een volledig beeld te geven. Omdat ook het financiële beslag van de «automatische» in- en uitstroom niet bekend is, is het niet mogelijk het effect ervan op de premie aan te geven. Wel is het zo dat binnen de budgettaire kaders (groei)ruimte gereserveerd wordt voor de effecten op de uitgaven van de in- en uitstroom.

Bijgaand een overzicht van de wijzigingen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) die op basis van politieke besluitvorming hebben plaatsgevonden (tabel 1). Deze wijzigingen betreffen zowel uitbreidingen als inperkingen van het basispakket. Overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Zvw worden gerekend als uitbreidingen van het basispakket. Bij de inwerkingtreding van de Zvw per 2006 vormde het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondswet zoals dat daarvoor gold, het uitgangspunt voor het basispakket. Per 2007 zijn geen wijzigingen in het basispakket doorgevoerd op basis van politieke besluitvorming; dat is voor het eerst per 2008 gebeurd. Daarnaast heeft de financiering van de medisch specialistische opleidingen een effect op de nominale premie. De kosten van medisch specialistische opleidingen zijn in de jaren 2007 en 2008 naar de begroting overgeheveld, wat uit dien hoofde in totaal tot een premiedaling van € -24 per verzekerde heeft geleid. In 2013 zijn de opleidingen weer overgeheveld van de begroting naar premiefinanciering. Het partiële effect hiervan op de premie 2014 is € +40 per verzekerde.

Het totale effect van de partiële aanpassingen van het basispakket over de jaren 2006–2014 is door volume- en nominale ontwikkelingen over de verschillende jaren lastig optelbaar. Desondanks is het totale premie-effect bij benadering bepaald. **Dit effect bedraagt per saldo € +160 per verzekerde** (inperking: € -25 per verzekerde; uitbreiding: € +185 per verzekerde)¹. Dit is dus het effect als gevolg van politieke besluitvorming over aanpassingen van het verzekerde pakket. Dit staat los van de automatische in- en uitstroom uit het verzekerde pakket. De effecten daarvan lopen mee met de jaarlijkse groei ruimte. **Het gesaldeerde effect van de overheveling van de opleidingskosten is € +16 euro per verzekerde.**

¹ Er is rekening gehouden met het feit dat de bedragen die gemoeid zijn met de uitbreidingen van het basispakket voor de helft worden gefinancierd via de nominale premie en voor de helft via de inkomensafhankelijke premie (50/50-regeling).

De totale ontwikkeling van de nominale premie over de jaren 2006–2014 bedraagt € +520² per verzekerde (gemiddelde jaarlijkse stijging: 5,7%). Circa een derde van de premiestijging heeft betrekking op het effect van de aanpassingen van het basispakket.

Tabel 1 Overzicht aanpassingen basispakket 2007–2014

Jaar	Aanpassing	in/uit basispakket
2007	geen aanpassingen basispakket	–
2008	Jeugd tandheelkunde	in pakket
	Anticonceptie	in pakket
2009	Overheveling geneeskundige ggz	in pakket
	Slaapmiddelen	uit pakket
	Cholesterolverlagers	uit pakket
	Verruiming dieetadvisering	in pakket
2010	Hulpmiddelen	uit pakket
	Dyslexie	in pakket
2011	Acetylcysteïne	uit pakket
	Antidepressiva	uit pakket
2012	Jeugd tandzorg	uit pakket
	Extracties	uit pakket
	Anticonceptie	uit pakket
	Fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen	uit pakket
	Bekkenfysiotherapie urine-incontinentie	in pakket
	Fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen	uit pakket
	Fysiotherapie, beperking chronische lijst	uit pakket
2013	Maagzuurremmers	uit pakket
	Stoppen met roken	uit pakket
	Dieetadvisering	uit pakket
	Aanpassingsstoornissen	uit pakket
	Dieetadvisering	in pakket
	Mobiliteitshulpmiddelen	uit pakket
	Overhevelingen uitleenhulpmiddelen	in pakket
	Redressiehelm	uit pakket
	Vruchtbaarheidsbehandelingen	uit pakket
	Paracetamol/codeïne	uit pakket
2014	Overheveling geriatrische revalidatiezorg	in pakket
	Stoppen met roken	in pakket
	geen aanpassingen basispakket	–

Behalve de hiervoor genoemde wijzigingen in het basispakket tot en met 2014, zijn per 2015 wijzigingen in het basispakket voorzien als gevolg van de invoering van de Jeugdwet en de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ). De invoering van de Jeugdwet heeft tot gevolg dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor verzekerden tot 18 jaar uit de Zvw naar de gemeenten wordt overgeheveld. Zoals ook in de brief van 25 april 2013 over Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) is beschreven, gaan de extra-murale verpleging en de intramurale ggz met behandeling over van de AWBZ naar de Zvw. Op basis van de huidige inzichten leiden deze overhevelingen per saldo tot een premie-effect van € +50 euro per verzekerde in 2015.

Vraag 2

Kan gereageerd worden op de berichtgeving rondom de tandartstarieven en premies voor aanvullende verzekeringen: de tarieven zouden veel beperkter zijn gestegen dan de premies voor aanvullende verzekeringen; bovendien zou de dekking in de aanvullende verzekeringen zijn verslechterd?

² Dit is het verschil tussen de nominale premie inclusief eigen betalingen van 2014 en van 2006. De premie en eigen betalingen (exclusief no-claim teruggave) 2006: 937 euro per verzekerde (Bron: NZa Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008). De geraamde premie en eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico 2014: 1.458 euro per verzekerde (bron: Begroting VWS 2014).

Antwoord 2

Zorgverzekeraars zijn zelf verantwoordelijk voor de inrichting en samenstelling van hun aanvullende verzekeringen. Er bestaat een grote verscheidenheid aan aanvullende verzekeringen op het terrein van de mondzorg wat betreft omvang, samenstelling en wel of niet deel uitmakend van een breder verzekeringspakket. Dat past bij de vrijheid die verzekeraars hebben om zich op het terrein van de aanvullende verzekeringen competitief op de markt te bewegen. Als minister kan en wil ik daar niet in treden. Het is aan de consument zelf om te bepalen of hij of zij een aanvullende verzekering afsluit en indien ja, voor welk pakket hij of zij kiest.

Vraag 3

Wat is het totale volume aan geïnde contributies voor sportende jeugd (tot en met 18 jaar) in Nederland in het jaar 2013?

Antwoord 3

Er wordt geen centrale administratie bijgehouden van contributies voor sportverenigingen uitgesplitst naar leeftijd. Op basis van oudere cijfers over ledenaantallen van NOC*NSF en jaarcontributies uit verschillende bronnen lopen de schattingen voor 2013 uiteen van € 156 miljoen tot € 185 miljoen.

Vraag 4

Wat is het totale volume aan sportsubsidies voor jeugd (tot en met 18 jaar) in Nederland in het jaar 2013?

Antwoord 4

Er zijn vanuit de Rijksoverheid geen gegevens beschikbaar over het totale volume aan sportsubsidies voor de jeugd in Nederland. Vanuit het ministerie van VWS worden via de Sportimpuls middelen beschikbaar gesteld voor mensen die nog niet of nauwelijks sporten. In 2013 is voor € 8,5 miljoen (van het totale € 13 miljoen) aan subsidies toegekend voor projecten die zich (gedeeltelijk) richten op jongeren tot 23 jaar. Daarnaast richt een groot deel van de buurtsportcoaches zich op de jeugd (totale budget buurtsportcoaches is voor 2014 € 58,4 miljoen, in 2013 is € 55,2 miljoen uitgegeven aan de buurtsportcoaches).

Vraag 5

Hoeveel euro geeft de Rijksoverheid gemiddeld per jaar uit aan sport- en bewegingssubsidies? Hoeveel euro is in 2013 uitgegeven aan sport- en bewegingssubsidies? Hoeveel euro staat er begroot voor 2014 voor sport- en bewegingssubsidies? Mocht er een verschil zijn tussen deze twee bedragen, kan de regering dat verschil verklaren? Zo nee, kan de regering aangeven waarom niet?

Antwoord 5

Zoals blijkt uit de tabel Budgettaire gevolgen van beleid in artikel 6 van de VWS-begroting, is het budget voor subsidies voor sport en bewegen circa € 65 miljoen per jaar. De bedragen voor 2013 en 2014 zijn ook vrijwel aan elkaar gelijk, waarbij moet worden opgemerkt dat het budget voor de Sportimpuls 2013 (zijnde € 11,1 miljoen) is overgeheveld naar artikel 4 van de VWS-begroting.

Vraag 6

Hoe ziet u de toekomst van de financiering van de sport in Nederland? Is er als gevolg van de voorgenomen legalisering van online kansspelen en de bezuinigingen binnen gemeenten kans dat het budget voor de sport in Nederland vermindert? Zo ja, wordt deze eventuele financiële tegenvaller

voor de sport (deels) opgevangen door het Rijk? Zo ja, op wat voor manier wordt dat gedaan? Zo nee, kan de regering aangeven waarom niet?

Antwoord 6

Het is niet uitgesloten dat er wijzigingen optreden in de financiering van de sport als gevolg van bezuinigingen binnen gemeenten en van de legalisering van online kansspelen. De voorgenomen legalisering van online kansspelen moet nog definitief vorm krijgen in het kabinet. Bij de vormgeving is het zaak dit risico te minimaliseren. Voor het opvangen van financiële tegenvallers door de Rijksoverheid is evenwel geen ruimte.

Vraag 7

Waarom zijn er zo veel subsidies meerjarig juridisch vastgelegd?

Antwoord 7

Van meerjarige juridische verplichtingen is sprake bij subsidies voor projecten met een looptijd van meer dan een jaar. Over subsidies aan instellingen wordt jaarlijks beschikt. In de begroting is het verplichtingen-niveau voor de verschillende begrotingsartikelen wel meerjarig geraamd bij ongewijzigd beleid.

Vraag 8

Zijn er subsidies die door het Budgettair Kader Zorg worden verstrekt? Is er een overzicht wat voor subsidies dit zijn?

Antwoord 8

Onder het BKZ valt een aantal subsidies. Het betreft hier de AWBZ-gerelateerde subsidies:

- Persoonsgebonden budgetten AWBZ
Met een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen mensen die door ziekte, handicap of ouderdom zorg nodig hebben, zelf zorg inkopen. Er is een pgb voor zorg op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekost(AWBZ) en voor zorg uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- Subsidies MEE-instellingen
Het College zorgverzekeringen wijst, op basis van door het College zorgverzekeringen vast te stellen nadere regels inzake spreiding en behoefte, MEE-organisaties aan die in aanmerking komen voor instellingssubsidies. Op aanvraag worden per kalenderjaar instellingssubsidies verleend voor laagdrempelige, onafhankelijke en betrouwbare cliëntondersteuning ten behoeve van hun cliënten. Dit betreft verzekerden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap al dan niet veroorzaakt door een chronische ziekte of een beperking uit het autistisch spectrum, hun ouders, andere verwanten, verzorgers of vertegenwoordigers.
- Financiering van abortusklinieken.
Abortussen worden vergoed vanuit een AWBZ-subsidieregeling. Voor de exploitatie van benoemde abortusklinieken kan een instellingssubsidie worden verleend.
- Beschikbaarheidsbijdrage
Met het instrument beschikbaarheidsbijdrage uit de Wmg kan de NZa beschikbaarheidsbijdragen toekennen voor specifiek aangewezen vormen van zorg. De vormen van zorg die in aanmerking kunnen komen zijn vastgelegd in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg. De minister legt vervolgens in een aanwijzing aan de NZa vast voor welke specifieke vormen van zorg beschikbaarheidsbijdragen verleend kunnen worden. De beschikbaarheidsbijdragen worden betaald door het CVZ uit het Zorgverzekeringsfonds of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Voorbeelden hiervan zijn de beschikbaarheidsbijdrage

voor (medisch) vervolgoopleidingen en die ten behoeve van de continuïteit van zorg.

Vraag 9

Kan een update gegeven worden van het financiële overzicht van de maatregelen op pagina 55 van het Regeerakkoord?

Antwoord 9

Hieronder is een update opgenomen van het financiële overzicht van de maatregelen van pagina 55 van het Regeerakkoord. Voor een toelichting op de specifieke maatregelen verwijs ik u naar het Financieel Beeld Zorg (FBZ) van de VWS begroting. Hierbij zij opgemerkt dat uitsluitend maatregelen zijn meegenomen die betrekking hebben op de maatregelen uit het regeerakkoord.

Zorg	2013	2014	2015	2016	2017	struct.
Cure						
33	Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg/GGZ naar 2,0%; huisartsen naar 2,5% <i>Hoofdlijnenakkoorden d.d. 16 juli 2013</i>		- 355	- 760	- 1.175	- 1.175
		- 250	- 500	- 750	- 1.000	- 1.000
34	Honoraria medisch specialisten		- 100	- 100	- 100	- 100
35	Harmoniseren duur vervolgoopleidingen <i>Beperken instroom/harmoniseren opleidingsduur</i>		20	10	10	- 180
			- 9	- 15	- 35	52 ¹
36	Concentratie topreferente zorg (IBO rapport)		- 70	- 70	- 70	- 70
37	Stringenter pakketbeheer ²	3	3	- 75	- 225	- 225
38	Schrappen eigen bijdrage GGZ en liggeld ziekenhuizen; nieuwe eigen bijdrage GGZ	145	145	145	145	145
39	Intensivering wijkverpleegkundige		50	100	250	250
40	Dekking intensivering wijkverpleegkundige uit Zvw budget tweede lijn		- 50	- 100	- 250	- 250
41	<i>Afschaffen zorgtoeslag wv lasten</i> ³	0	0	0	0	0
42	<i>Invoering inkomensafhankelijke zorgpremie en terugsluis zorgtoeslag wv lasten</i>	0	0	0	0	0
43	<i>Besparing uitvoeringskosten zorgtoeslag</i>	0	0	0	0	0
44	<i>Eigen bijdrage zelfverwijzers SEH (€ 50)</i>	0	0	0	0	0
45	<i>Invoering inkomensafhankelijk eigen risico</i>	0	0	0	0	0
Care						
46	Maatregelen begeleiding en PV ²	0	- 1.540	- 1.565	- 1.580	- 1.700
47	Beperken intramurale zorg kern-AWBZ	0	0	- 45	- 500	- 500
48	Overheveling extramurale verpleging naar Zvw (5%)				- 30	- 30
49	Overheveling langdurige GGZ naar de Zvw				0	0
50	Extramuraliseren ZZP 4 <i>Verzachten extramuraliseren</i> ⁴	0	30	130	280	300
51	Verhogen intramurale eigen bijdrage AWBZ	- 57	- 57	- 57	- 57	- 57
52	Ontschotten Jeugdzorg		- 40	- 100	- 150	- 150
53	Schrappen eigen bijdrage Jeugdzorg		70	70	70	70
54	Intensivering arbeidsmarkt zorg				100	100
55	Beperken huishoudelijke hulp (40%) <i>Verzachten korting huishoudelijke hulp (40%)</i> ⁴	0	- 975	- 1.140	- 1.140	- 1.140
			510	530	530	530
56	Verplicht hergebruik scootmobiel/rolstoel etc. in Wmo		- 15	- 25	- 50	- 50
Inkomensregelingen						
57	Maatwerkvoorziening inkomenssteun chronisch zieken en gehandicapten	45	654	704	706	706
58	Wtcg afschaffen		- 540	- 619	- 623	- 623
59	Regeling specifieke zorgkosten wv uitgaven		- 36	- 42	- 42	- 42
	wv lasten		- 450	- 450	- 450	- 450
60	CER afschaffen	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200

¹ Dit bedrag is betrokken bij de zorgafspraken d.d. april 2013

² Het gaat hier om het bruto-bedrag (=exclusief in- en uitvoeringskosten).

³ Maatregelen 41-45 hebben geen doorgang gevonden.

⁴ Deze verzachting is gedekt vanuit de zorgafspraken uit april 2013.

Vraag 10

Kan in één tabel weergegeven worden welke bezuinigingen er op de langdurige zorg af komen ten gevolge van het regeerakkoord en het zorgakkoord?

Antwoord 10

In de brief van 9 juli jl. aan de Tweede Kamer over de voortgang van de Hervorming Langdurige Zorg (Kamerstuk 30 597, nr. 368) is een volledig overzicht opgenomen van de maatregelen uit het regeerakkoord en het zorgakkoord. Voor de volledigheid treft u dit overzicht nogmaals aan.

Totaaloverzicht maatregelen langdurige zorg 2014–2018 (in mln euro)

	2014	2015	2016	2017	2018
Maatregelen begeleiding en PV	0	- 1.607	- 1.607	- 1.622	- 1.632
Beperken intramurale zorg kern					
AWBZ	0	0	- 45	- 500	- 500
VP naar Zvw	0	0	0	- 30	- 30
Extramuraliseren ZZP 4	0	0	- 35	- 70	- 75
Verzachten extramuralisering	0	30	130	280	300
Eigen bijdrage AWBZ	- 30	- 40	- 50	- 50	- 50
Intensivering arbeidsmarkt zorg	0	0	0	100	100
Beperken huishoudelijke hulp (40%)	0	- 465	- 610	- 610	- 610
Beperken uitgaven scootmobiel	0	- 15	- 25	- 50	- 50
ILO-Care	- 60	- 215	- 314	- 245	- 249
Tariefmaatregel care	- 160	- 200	- 200	- 250	- 250
Contracteerruimte 2014 en pgb	- 330				
Incid. compensatie gem (extram. ZZP)	54				
Beleggen groeimiddelen care		0	- 10	- 160	- 180
totaal care sec	- 526	- 2.512	- 2.766	- 3.207	- 3.226

Uit het overzicht is op te maken dat de uitgaven langdurige zorg in de periode 2014–2018 met € 3,2 miljard worden verlaagd. Structureel zal dit oplopen tot circa € 3,4 miljard.

In 2017 zal het niveau van de uitgaven evenwel grosso modo op hetzelfde peil zijn als in 2013.

Vraag 11

Hoeveel medewerkers werken er in totaal in de zorg, zowel in fte als in absolute aantallen? Kan dit uitgesplitst worden per sector?

Antwoord 11

Aantal werknemers en fte (x 1.000) in zorg en jeugdzorg (2012)	Academische ziekenhuizen	Overige ziekenhuizen	Verpleeg& verzorging	Thuiszorg	Gehandicaptenzorg	ggz	Overige Jeugdzorg	Totaal Zorg en Jeugdzorg
aantal werknemers (x 1.000) ¹	66	207	264	158	165	81	142	1.114
aantal fte (x 1.000) ¹	56	157	174	89	120	66	105	765

¹ exclusief kinderopvang en Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening exclusief 60.000 alfa-hulpen (= 20.000 fte)

Bron: Panteia/SEOR/E'til; Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

Vraag 12

Hoeveel medewerkers werken er in totaal in patiënt-/cliëntgebonden functies in de zorg, zowel in fte als in absolute aantallen? Kan dit uitgesplitst worden per sector?

Antwoord 12

Aantal cliëntgebonden werknemers en fte (x 1.000) in zorg en jeugdzorg (2012)	Academische ziekenhuizen	Overige ziekenhuizen	Verpleeg & verzorging	Thuiszorg	Gehandicap-tenzorg	ggz	Overige zorg	Jeugd-zorg	Totaal Zorg en Jeugdzorg
aantal cliëntgebonden werknemers (x 1.000) ¹	47	164	202	138	140	65	112	26	893
aantal cliëntgebonden fte (x 1.000) ¹	39	123	135	74	102	53	83	22	604

¹ exclusief kinderopvang en Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening exclusief 60.000 alfa-hulpen (= 20.000 fte)

Bron: Panteia/SEOR/E'til; Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

Vraag 13

Hoeveel medewerkers zijn er in de niveaus 1 tot en met 5? Kan dit uitgesplitst worden per niveau?

Vraag 15

Wat is de overhead in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 13 en 15

Aantal medewerkers naar niveau (x 1.000) in de zorg en jeugdzorg (2012) ¹	Academische ziekenhuizen	Overige ziekenhuizen	Verpleeg& verzorging	Thuiszorg	Gehandicap-tenzorg	ggz	Overige zorg	Jeugd-zorg	Totaal Zorg en Jeugdzorg ²
niveau 5 (x 1.000)	6,5	24,5	12,5	12,5	36,0	24,0	26,5	16,0	159,0
niveau 4 (x 1.000)	10,5	67,5	31,0	14,0	61,5	19,0	16,5	2,0	221,0
niveau 3 (x 1.000)	1,5	8,5	114,5	55,0	22,5	4,0	11,0	1,0	218,5
niveau 2 (x 1.000)	0,0	1,0	18,5	10,0	1,5	0,0	1,0	0,0	32,0
niveau 1 (x 1.000)	0,0	1,0	3,5	44,0	1,5	0,0	0,5	0,0	50,5
Overig cliënt gebonden personeel (x 1.000)	28,0	61,5	22,0	3,0	16,0	18,0	56,5	6,5	211,5
Overhead: niet cliënt gebonden personeel (x 1.000)	19,0	43,0	62,0	20,0	24,5	15,5	29,5	6,5	220,5
Overhead in %	29%	21%	24%	13%	15%	19%	21%	20%	20%
Totaal personeel (x 1.000)	65,5	206,5	264,0	158,0	164,5	81,0	141,5	32,0	1.113,5

¹ exclusief kinderopvang en Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening exclusief 60.000 alfa-hulpen (= 20.000 fte)

² onder overhead wordt verstaan: werknemers in algemene, administratieve, hotel-, terrein- en gebouwgebonden functies

Bron: Panteia/SEOR/E'til; Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

Vraag 14

Wat is het gemiddelde salaris van medewerkers in de zorg, uitgesplitst naar de niveaus 1 tot en met 5?

Antwoord 14

Bruto maandsalaris	Min.	Max.
HH niveau 1 (fwg 10, VVT)	€ 1.411	€ 1.577
Helpende zorg en welzijn niveau 2 (fwg 25–30, VVT)	€ 1.691	€ 2.271
Verzorgende niveau 3 (fwg 35, VVT)	€ 1.785	€ 2.455
verpleegkundige niveau 4 (fg 45, ZKH)	€ 2.005	€ 2.873
verpleegkundige niveau 5 (fg 50–55, ZKH)	€ 2.185	€ 3.664

Bron: uit verschillende meest recente CAO's (VVT = verpleging, verzorging en thuiszorg; ZKH = ziekenhuizen van NVZ) excl aanloop-schalen, vakantietoelage, eindejaarsuitkering, onregelmatigheidstoelage, bonussen, etc...

Vraag 16

Hoeveel zorgbestuurders verdienen meer dan de Balkenendenorm?

Antwoord 16

De Wnt (wet normering topinkomens) is per 1 januari 2013 ingegaan. De cijfers over dat eerste Wnt-jaar komen in de loop van 2014 beschikbaar via de jaarverslagen van de zorgaanbieders over 2013.

Eind 2012 is de laatste rapportage over de inkomensgegevens van bestuurders van zorginstellingen aan de Tweede Kamer aangeboden. Dat ging om de inkomens over 2011. In dat jaar verdiende 18% van de bestuurders meer dan de 130% van het huidige ministersalaris (= de Wnt-norm). Bij een totaal van 1.179 bestuurders komt dat uit op 212 bestuurders.

Vraag 17

Hoeveel plekken in verzorgingshuizen zullen er in 2014 minder ingekocht worden ten opzichte van 2012?

Antwoord 17

In de brief hervorming langdurige zorg en ondersteuning (TK 30 169, nr. 28) heeft de staatssecretaris aangegeven dat er in 2014 naar verwachting ongeveer 15.500 cliënten zijn uitgestroomd uit ZZP VV 1 t/m 3, die niet worden vervangen door nieuwe cliënten met een licht ZZP. Zorginstellingen kunnen zich richten op het leveren van zorg aan de zware doelgroepen of zich richten op het verhuren van appartementen aan cliënten gecombineerd met het leveren van extramurale zorg. De staatssecretaris heeft nog geen inzicht in de zorginkoop 2014; deze is momenteel in volle gang.

Vraag 18

Hoeveel bestuurders van zorgverzekeraars verdienen meer dan de vastgestelde beloningscode?

Antwoord 18

De zorgverzekeraars vallen pas sinds 1 januari 2013 in het tweede regime van de wet normering topinkomens. Dit is het regime van de sectorale beloningsnorm. In 2014 komen de jaarverslagen van zorgverzekeraars uit over verslagjaar 2013. Dan wordt duidelijk hoe de werkelijke beloningen liggen ten opzichte van de sectorale beloningsnorm.

Vraag 19

Hoeveel mantelzorgcomplimenten zijn er het afgelopen jaar uitgedeeld?

Antwoord 19

In 2012 zijn er 377.313 mantelzorgcomplimenten uitgekeerd.

Vraag 20

Hoeveel opvangplekken zijn er voor meisjes die het slachtoffer zijn geworden van pooierboys?

Antwoord 20

- Bij Fier Fryslân worden in de programma's Asja 1 en 2, 16 opvang- en behandelplekken geboden speciaal voor meisjes/jonge vrouwen die slachtoffer zijn van mensenhandel.
- De vrouwenopvang en de instellingen voor provinciale jeugdzorg en jeugdzorg^{plus} bieden behandeling aan voor deze categorie slachtoffers van mensenhandel. Minderjarige slachtoffers verblijven meestal in de jeugdzorg, terwijl meerderjarige slachtoffers in de vrouwenopvang verblijven. Dat zijn evenwel geen speciale «plekken» voor genoemde slachtoffers.

- Hoeveel opvang- en behandelplekken precies bezet worden door slachtoffers van mensenhandel is niet bekend.

Vraag 21

Hoeveel zwerfjongeren telt Nederland, en hoeveel opvangplekken zijn er voor deze zwerfjongeren?

Antwoord 21

Het meest recente telonderzoek naar het aantal zwerfjongeren is in 2011 uitgevoerd. Het op basis daarvan geschatte aantal zwerfjongeren in 2010 bedroeg ongeveer 8.000 op jaarbasis en per dag ongeveer 3.600.

Veruit de meeste zwerfjongeren slapen bij vrienden, familie of bekenden. Uit bovengenoemd telonderzoek blijkt dat er dat jaar in de 24-uursopvang 365 plaatsen beschikbaar waren specifiek voor zwerfjongeren tot 23 jaar. Navraag bij Federatie Opvang leert dat het aantal opvangplekken sinds dat jaar niet wezenlijk is veranderd.

Vraag 22

Hoeveel gemeenten hebben bezuinigd op het (preventief) jeugdbeleid en hoeveel hebben gemeenten bezuinigd?

Antwoord 22

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het (preventieve) jeugdbeleid en bekostigen dit uit eigen middelen. Er vindt geen verantwoording aan het kabinet plaats over de besteding van deze middelen, waardoor mij niet bekend is of en in welke mate bij gemeenten bezuinigd is op het (preventief) jeugdbeleid.

Vraag 23

Hoeveel zorgverleners zijn in 2013 ontslagen vanwege bezuinigingen, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 23

Wij houden de arbeidsmarkteffecten van onze agenda voor de zorg nauwlettend in de gaten. Momenteel wordt samen met sociale partners de eerste arbeidsmarkteffectrapportage opgesteld. Niet bekend is hoeveel zorgverleners in 2013 zijn ontslagen vanwege bezuinigingen. Dit wordt niet centraal geregistreerd. Wij zullen u de arbeidsmarkteffectrapportage, samen met onze arbeidsmarktbrief, zo snel mogelijk toesturen.

Vraag 24

Hoeveel moet de GGD'en en haar verschillende afdelingen bezuinigen, en hoe gaan zij deze bezuinigingen invullen? Kunt u zowel een bedrag als een percentage aangeven?

Antwoord 24

Ik kan deze vraag niet beantwoorden. De gemeenten zijn eigenaar van de GGD'en en daarmee verantwoordelijk voor het financiële beleid en de keuzes die daarbinnen worden gemaakt. Controle vindt plaats door de gemeenteraden van de aangesloten gemeenten. Daar ga ik niet over. Het Rijk is alleen systeem verantwoordelijk.

Vraag 25

Wat zijn de gevolgen van de rekenfout van uw ministerie, waardoor er afgelopen jaar 2,65% bezuinigd moest worden, waar V en J wel een dekking voor vond en VWS niet?

Antwoord 25

De bezuiniging was aanleiding voor een debat in de Kamer. De Kamer heeft vervolgens de motie-Ypma (Kamerstuk 33 400 XVI en Kamerstuk 33 400 VI, nr. 31) aangenomen. Daarin wordt het kabinet verzocht om de begrotingsgefinancierde sectoren voor de loonkostenindexering op gelijke wijze te behandelen als de premiegefinancierde sectoren. Voor de jeugdzorg, die door VWS wordt bekostigd, is die motie in de begroting 2014 uitgevoerd waardoor de problematiek in 2014 niet meer speelt.

Vraag 26

Hoeveel patiënten kwamen in 2012 en 2013 in de zorg terecht via e-health toepassingen? Is dat een stijging of daling?

Antwoord 26

Er is geen overzicht van de mate waarin patiënten in de zorg terechtkomen via e-health toepassingen. Ik heb dit jaar voor het eerst laten monitoren hoeveel er gebruik wordt gemaakt van bepaalde toepassingen van ICT, zoals ik onlangs ook aan uw Kamer heb gemeld (TK 27 529, nr. 126). Uit deze monitor, uitgevoerd door NIVEL en Nictiz, blijkt dat er nog weinig gebruik wordt gemaakt van e-health toepassingen. De komende jaren zal ik deze monitor doorzetten, zodat mogelijke trends zichtbaar worden.

Vraag 27

Hoe zien de wachtlijsten eruit in de AWBZ, uitgesplitst naar de afzonderlijke sectoren, zoals de ggz?

Vraag 199

Hoeveel mensen (overzicht per sector) staan er momenteel op een wachtlijst in de langdurige zorg?

Antwoord 27 en 199

Per sector is de wachtlijst (actief wachtend, langer dan Treeknorm, geen zorg) als volgt:

Sector	Aantal wachtenden
Verpleging en verzorging	120
Gehandicaptenzorg	110
Geestelijke gezondheidszorg	90
Totaal	320

Voor de laatste stand van de wachtlijst verwijs ik u naar mijn brief (Kamerstuk 30 579, nr. 374) die ik 24 september aan uw Kamer heb verstuurd. Deze brief gaat vergezeld van een bijlage met wachtlijstcijfers per sector en per prestatie. Tevens is de duur van de wachttijd in klassen aangegeven.

Vraag 28

Hoe zien de wachtlijsten eruit bij zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de Zorgverzekeringswet?

Antwoord 28

Wachttijdontwikkeling GGZ-instellingen

De NZa maakt op geaggregeerd niveau gebruik van wachttijdgegevens die gegenereerd worden door de nadere regel publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ. Er komen 211 zorgaanbieders voor in de wachttijdgegevens.

Gemiddelde aanmeldings- en behandelingswachtijd (in weken) per circuit (2010)

Circuit	Aanmelding	Behandeling
Jeugd	7,0	7,6
Volwassenen	4,6	4,6
Ouderen	2,7	4,0
Verslavingszorg	2,5	4,6

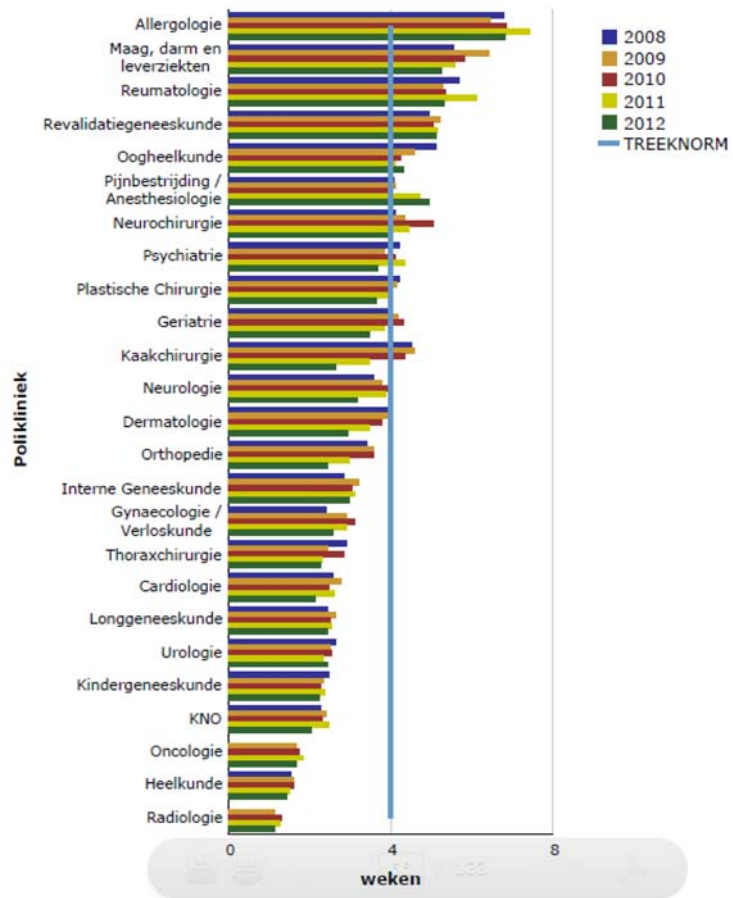
Bron: Desan

In de monitor schetste de NZa dat de wachttijden bij kinder- en jeugd GGZ lang zijn. Dit is ondanks de groei in productieafspraken voor kinder- en jeugd GGZ. Wel zijn er initiatieven om de wachttijden terug te dringen. De NZa beschikt niet over actuele wachttijdgegevens.

Voor de wachttijden in de tweedelijns curatieve GGZ zijn geen nieuwe gegevens beschikbaar ten opzichte van de monitor GGZ 2010.

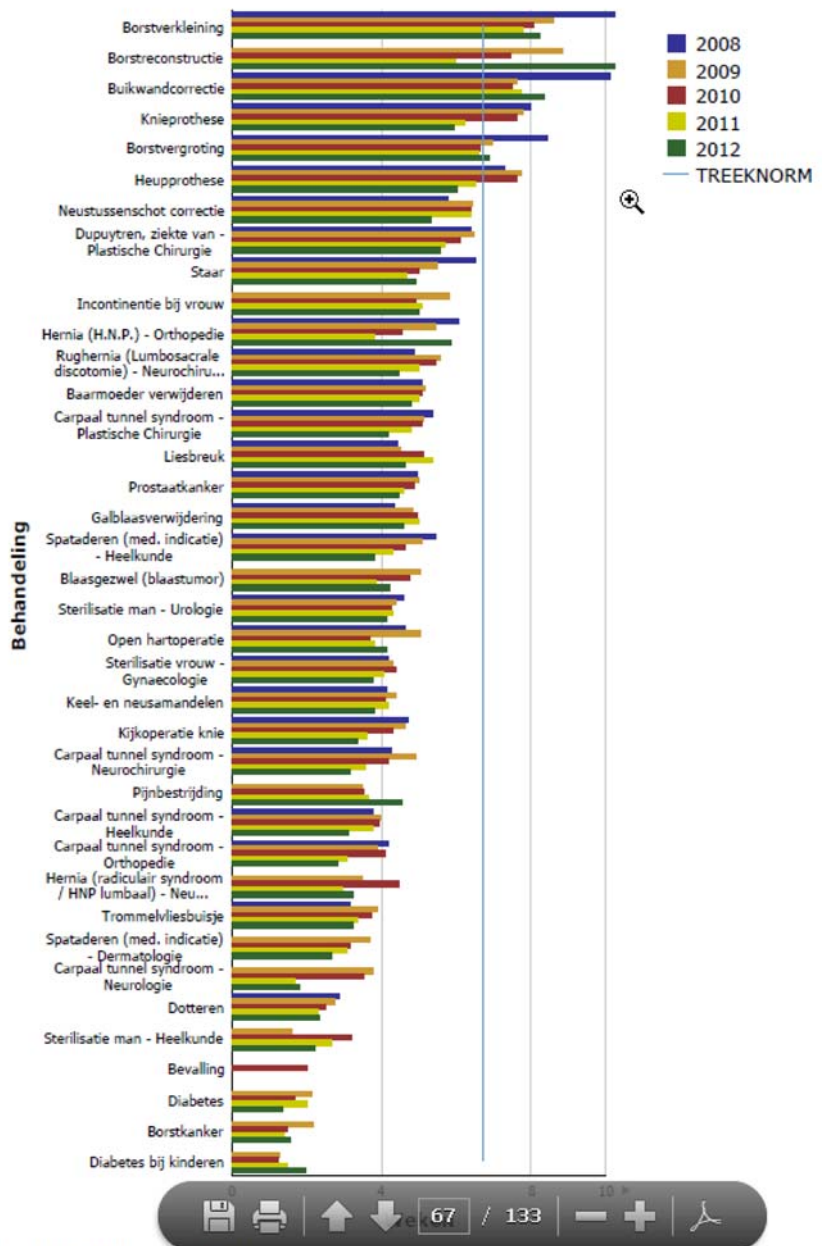
Wachttijdontwikkeling Ziekenhuizen en ZBC's

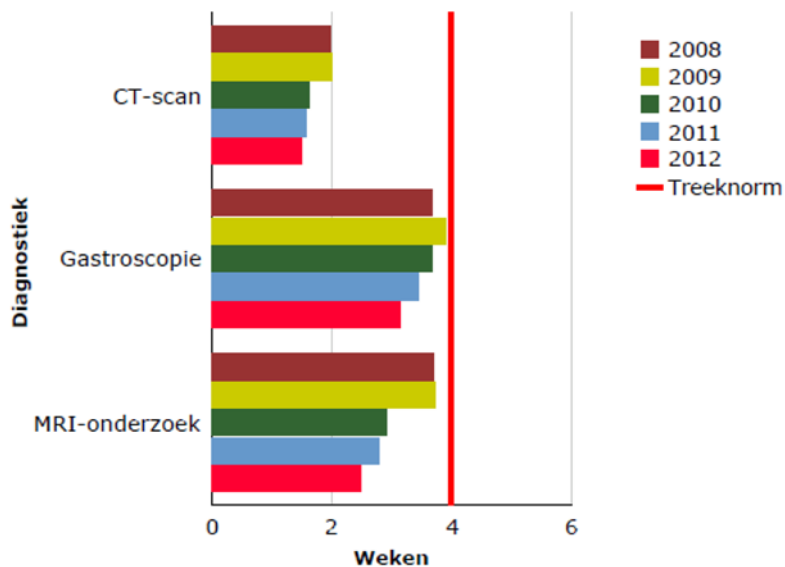
Ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra en de tweedelijns GGZ-instellingen zijn wettelijk verplicht de wachttijden te melden op hun eigen website. Deze gegevens worden verzameld door Mediquest en gebruikt door de NZa voor de marktscans. De NZa rapporteert jaarlijks in de marktscan over de landelijke ontwikkeling in de wachttijd polikliniek, behandeling en diagnostiek.



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

De NZa gaf aan dat patiënten veelal binnen de Treeknorm van vier weken voor polikliniekbezoek geholpen kunnen worden als ze naar een andere aanbieder gaan. De spreiding van wachttijden tussen aanbieders is namelijk erg groot.





Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Vraag 30

Zijn er zorgaanbieders die erg laat hun declaraties doen bij verzekeraars? Zo ja, welke en wat is daarvan de reden?

Antwoord 30

Ik heb geen inzicht in het aantal zorgaanbieders dat laat declareert, maar ten algemene wil ik hier het volgende over zeggen.

In de overgang van de budgetsystematiek naar prestatiebekostiging hebben aanbieders van medisch-specialistische zorg te maken gehad met complicerende factoren in de contractering. Dit heeft er in geresulteerd dat verzekeraars en zorgaanbieders vaak eerst afspraken hebben gemaakt over de totale contractwaarde om daarna afspraken te maken over de tarieven van individuele DOT-zorgproducten. Hierdoor is de declaratie bij sommige zorgaanbieders later op gang gekomen. Dit heeft bij zorgaanbieders overigens niet geleid tot liquiditeitsproblemen, doordat zorgverzekeraars afspraken maken over bevoorschotting.

Desalniettemin is een versnelling van het declareren van belang, mede met het oog op de versnelling van de informatievoorziening. Hierover heb ik in mijn brief «eerste tussenrapportage verbetering informatievoorziening zorguitgaven» van 4 juli 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 254) aangegeven welke maatregelen hiervoor worden genomen.

Vraag 31

Hoeveel onderzoeken zijn er gedaan door externe bureaus de afgelopen 5 jaar?

Vraag 32

Door wie zijn de afgelopen 5 jaar externe onderzoeken uitgevoerd, en hoeveel geld was daarmee gemoeid?

Antwoord 31 en 32

De administratieve systemen van VWS zijn niet zodanig ingericht dat deze vraag kan worden beantwoord. «Onderzoek door externe bureaus» is geen aparte uitgavencategorie in de administratie en kan door de complexiteit van het systeem niet op korte termijn volledig en uitputtend worden opgeleverd.

Daarbij komt dat per 1 januari een nieuw administratief systeem in gebruik is genomen en tegelijkertijd de inrichting van de administratie is aangepast aan de eisen van Verantwoord Begroten. Er is dus sprake van een trendbreuk tussen de jaren voor 2012 en vanaf 2012.

Vraag 33

Hoeveel mensen werken er in totaal bij organisaties, gelieerd aan de overheid in de zorg, graag uitgesplitst naar het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie jeugdzorg, het RIVM, de NZa, het CIZ, het CVZ, e.d., en hoe is het verloop?

Antwoord 33

In het navolgende overzicht is de huidige bezetting in fte van het kerndepartement, de inspecties, raden, SCP, baten/ lastendiensten en de zorg ZBO's opgenomen inclusief een vergelijking met de bezetting een jaar geleden (peildatum eind augustus). Voor de ZBO's is gebruik gemaakt van de cijfers uit de jaarverslagen van de betreffende organisaties over 2011 en 2012 en betreft het dus de standen aan het eind van het kalenderjaar. Het cijfer voor het CAK in 2011 is een benadering.

De projectdirectie ALT is samengesteld uit medewerkers van het voormalige NVI en een aantal onderdelen, waaronder het facilitair bedrijf, die voorheen bij het RIVM zaten. Het betreft hier dus geen personele intensivering.

	aantal fte eind augustus 2013	aantal fte eind augustus 2012	verloop
VWS kerndepartement	1.037,0	1.028,9	8,1
Projectdirectie ALT	157,4	0,0	157,4
IGZ	513,5	512,5	1,0
IJZ	48,9	51,9	- 2,9
Inspecties totaal	562,5	564,4	- 1,9
SCP	88,1	88,8	- 0,7
GR	46,6	47,3	- 0,7
CCMO	18,1	17,4	0,6
RVZ	19,9	21,7	- 1,8
raden en SCP totaal	172,7	175,2	- 2,6
ACBG	267,8	256,5	11,3
CIBG	222,0	210,8	11,2
RIVM	1.354,7	1.485,0	- 130,3
NVI		38,1	- 38,1
Rijksinrichting Almata	209,4	229,3	- 19,9
de Lindenhorst	69,3	78,4	- 9,1
Baten-lastendiensten totaal	2.123,2	2.298,2	- 174,9
CVZ	353,0	340,0	13,0
Nza	252,0	249,0	3,0
ZonMW	142,0	139,0	3,0
CAK	734,0	607,0	127,0
CIZ	1.204,0	1.311,0	- 107,0
ZBO's totaal	2.685,0	2.646,0	39,0
Totaal	6.737,8	6.712,7	25,1

Vraag 34

Zijn er mensen bij organisaties, gelieerd aan de overheid in de zorg, graag uitgesplitst naar het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie jeugdzorg, het RIVM, de NZa, het CIZ, het CVZ e.d. die meer verdienen dan een minister? Zo ja, bij welke organisatie komt het voor, en om hoeveel organisaties gaat het?

Antwoord 34

Per 1 januari 2013 is de wet Normering Topinkomens in werking getreden. Binnen VWS en bij de door VWS gefinancierde ZBO's voldoen alle medewerkers en bestuurders aan de in de wet opgenomen norm ten aanzien van de maximale hoogte van de bezoldiging (de Balkenendenorm).

Vraag 35

Met hoeveel gemeenten is er contact geweest over de Wmo in 2012 en 2013? Welke gemeenten betreft het, en waarover ging het contact?

Antwoord 35

Er is vanuit VWS in 2012 en 2013 op veel verschillende manieren met een groot aantal medeoverheden contact geweest over de volle breedte van de Wmo en de decentralisatie van taken. Ik vind de betrokkenheid en samenwerking met gemeenten in de voorbereiding namelijk van groot belang.

Vraag 36

Met hoeveel gemeenten is er contact geweest over de jeugdzorg in 2012 en 2013? Welke gemeenten betreft het, en waarover ging het contact?

Antwoord 36

In het jaar 2012 en in het jaar 2013 tot nu toe heeft het Transitiebureau Jeugd met veel gemeenten contact gehad over verschillende onderwerpen. Er is hiervan geen gespecificeerd overzicht beschikbaar. Bijna dagelijks is er contact met gemeenten via de helpdesk jeugd, contacten met accountmanagers, bijeenkomsten van het netwerk van gemeentelijke transitie managers, afstemming met gemeenten in werkgroepen en informatiebijeenkomsten en presentaties in het land.

Vraag 37

Hoeveel overlegtafels over (toekomstig) beleid zijn er op het ministerie georganiseerd.? Waarover ging het, en welke organisaties waren aanwezig? Welke partijen van de overlegtafels zijn gesubsidieerd door VWS?

Vraag 194

Kunt u een overzicht geven van congressen en reizen waaraan ambtenaren in 2012 deelnamen in het buitenland? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven? Kunt u hierbij aangeven wat het doel was van deze congressen en reizen?

Vraag 195

Hoe vaak werden reizen en congressen geheel of gedeeltelijk bekostigd door externe partijen? Door wie werden de reizen waar ambtenaren aan deelnamen of hun verblijven bekostigd en wat was de bijdrage?

Antwoord 37, 194 en 195

VWS streeft een open manier van beleidsvorming na, waarbij alle relevante partijen worden betrokken en worden gehoord, teneinde een beleid te realiseren dat daadwerkelijk oplossing biedt voor de uitdagingen waarvoor we staan. Naast VWS zijn er andere belangrijke spelers op het brede terrein van de zorg, die onderdeel moeten uitmaken van de beleidsontwikkeling.

Een aantal van de manieren waarop we deze aanpak concreet invulling geven komen terug in bovenstaande vijf vragen: met behulp van verschillende vormen van overleg, deelname aan congressen en werkbezoeken in binnen- en buitenland. Wij vinden het van groot belang dat de ambtenaren van VWS op deze manier te werk gaan, hetgeen als de

«core business» van hen kan worden beschouwd. Deze werkwijze vergroot de kans op maatschappelijk gedragen beleid en als dat niet mogelijk blijkt is in ieder geval duidelijk wat bijvoorbeeld uitvoeringsproblemen zijn of waar bezwaren liggen en welke argumenten er spelen. Een en ander gebeurt op een zo doelmatig en doeltreffend mogelijke manier, binnen de daarvoor vooraf vastgestelde financiële kaders. Zoals eerder al aan de Tweede Kamer (bij brief van 17 juni 2013, Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 152) is gemeld «is het VWS beleid om alle uitnodigingen aan zowel bewindslieden als ambtenaren zorgvuldig af te wegen op basis van nut en noodzaak van aanwezigheid. Afwegingen die gemaakt worden, hebben onder andere betrekking op de relatie met het beleid, het programma, de kwaliteit van de inleiders en sprekers en eventuele deelname uit het zorgveld, maar ook reisafstand en kosten spelen een rol.»

Er is op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden op welke wijze het beleid wordt gemaakt, welke overleggen hiervoor zijn gevoerd, welke congressen worden bezocht of welke werkbezoeken worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord.

Vraag 38

Hoe vaak is er gesproken met Kamerleden en politieke partijen? Wanneer was dat, met wie en waarover?

Antwoord 38

Zie de onderstaande tabel, betreft ambtelijke contacten met Kamerleden en/of politieke partijen in 2013.

Ambtenaar	Fractie	Datum	Aard van het contact	Onderwerp
Wetenschappelijk Medewerker RIVM	D66	29-01-2013	e-mail	Een nadere toelichting aangaande «fijnstof».
RIVM	SP	30-01-2013	e-mail	Aanvraag voor gesprek over preventie.
Bureau Bestuursondersteuning IGZ	VVD	25-02-2013	e-mail/bezoek	(kennismakings-)bezoek.
Beleidsmedewerker directie Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA)	CDA	03-04-2013	telefonisch contact	Klinisch technoloog.
Beleidsmedewerker directie Markt en Consument (MC)	D66	04-04-2013	Gesprek	Winstuitkering.
Topmanager IGZ	Cie V&J	17-04-2013	gesprek	Over het onderzoeksrapport «Het overlijden van Alexander Dolmatov».
Middenmanager RIVM.	SP	26-04-2013	Gesprek	Preventie.
Wetenschappelijk Medewerker RIVM	SP	26-04-2013	gesprek	Preventie.
Manager Centrum infectieziektebestrijding (CIb) RIVM	VVD	Mei 2013	Telefonisch contact	Infectieziekten bestrijding.
Beleidsmedewerker RIVM Bureau Directieraad / Cluster Advies	PvdD	24-06-2013	mail	Informatie «Hinder, bezorgdheid en woontevredenheid in Nederland, Inventarisatie verstoringen 2008» ter voorbereiding op onderwerp in Kamer.

Vraag 39

Welke kosten zijn gemoeid met het uitvoeren van besnijdenissen op medische indicatie? Om welke aantallen kinderen en volwassenen gaat het jaarlijks? Klopt het dat het tot 1 juli 2013 nog wel werd vergoed via een gedoogroute? Bent u bereid besnijdenissen op medische indicatie te vergoeden?

Antwoord 39

Deze zorg wordt aangeboden in zelfstandige behandelklinieken, algemene ziekenhuizen en universitair medische centra. De prijzen van besnijdenissen zijn vrij. Er is sprake van een aanzienlijke bandbreedte die begint

rond de € 265 en eindigt boven de € 1.500. Sinds 2005 is besnijdenis onverzekerde zorg.

Er zijn aangaande de declaratie van circumcisie hiermee strijdige instructies verstrekt. Daarmee kan het beeld van een gedoogroute opgeroepen zijn. Aan deze onduidelijke situatie is per 1 juli 2013 een eind gemaakt.

De reden waarom besnijdenis in 2005 uit de basisverzekering is verwijderd, is omdat deze ingreep zeer vaak om niet medische (religieuze) redenen werd uitgevoerd en desondanks toch ten laste van de basisverzekering werd gedeclareerd. De beroepsgroep urologen geeft aan dat een medische indicatie zeldzaam is. Dit speelde ook bij ooglidcorrecties die eveneens vaak een niet medische (cosmetische) reden hadden. Er gaat hier een belangrijk signaal uit naar de beroepsgroep, namelijk dat [citaat, brief VWS 2005] «niet aannemelijke of oneigenlijke argumentaties om te bereiken dat de behandeling toch door de verzekering vergoed wordt» tot uitsluiting van de basisverzekering kan leiden. Om die reden ben ik niet bereid om dat besluit 8 jaar na dato te herzien. Wel vind ik het van belang dat de beroepsgroep heldere richtlijnen opstelt.

Vraag 40

Hoe ziet de minister de toekomst van het Erfocentrum? Welke subsidie heeft de minister voor deze instelling voor de komende jaren in gedachte?

Antwoord 40

Er is steeds meer bekend over de erfelijkheid van ziekten en ook steeds meer mogelijk door de snelle ontwikkeling van DNA-technologie. Informatie over erfelijkheid en genetica is niet alleen inhoudelijk complex, maar ook ethisch. Om verantwoorde keuzes te maken is goede, onafhankelijke en begrijpelijke voorlichting essentieel. Omdat mensen met een kinderwens vaak nog niet in zorg zijn kan niet alle verantwoordelijkheid bij de zorgverleners neergelegd worden. Het Erfocentrum kan hierbij een belangrijke aanvullende rol spelen. Ik ben dan ook van plan de financiering van dit centrum structureel te regelen. Ik zal u hierover binnenkort informeren.

Vraag 41

Hoeveel AWBZ-locaties zijn er, uitgesplitst per grondslag?

Antwoord 41

Bekend is dat er circa 2.000 locaties zijn in de V&V (bron: horizonline TNO). De uitsplitsing per grondslag is niet in een overzichtsvorm beschikbaar. Van de andere sectoren (ggz en gehandicaptenzorg) werden centraal geen locaties bijgehouden.

Vraag 42

Stand van zaken is dat nagedacht wordt over te plannen overleg met zorgkantoren en zorgverzekeraars. Waarom is dit overleg niet allang gevoerd? (Kamerstuk 31 839, nr. 305 motie van 4 juli)

Antwoord 42

In de brief over de kaders AWBZ 2014 van 12 juni 2013 is de Kamer geïnformeerd over de contacten van de staatssecretaris met Zorgverzekeraars Nederland.

Met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft de staatssecretaris gesprekken gevoerd, waarbij de positie van nieuwe aanbieders door aan de orde is gesteld. ZN heeft toegezegd dat de zorgkantoren nieuwe zorgaanbieders een reële kans op een contract zullen bieden. Overigens

dient deze op zijn beurt wel aan te tonen dat hij kwalitatief goede zorg kan leveren, in een leemte voorziet en een toegevoegde waarde heeft bovenop het bestaande aanbod.

Inmiddels hebben de gesprekken geleid tot een gewijzigde tekst in de zorginkoopgids en blijft de staatssecretaris dit onderwerp bij de zorgverzekeraars aan de orde stellen.

Vraag 43

In de begroting VWS wordt verwezen naar de stapelingsmonitor van het ministerie van SZW. In verband met het afschaffen van de Wtcg, CER, TSZ kan de koopkrachtpositie van mensen met een chronische ziekte of handicap fors achteruit gaan. Met name voor de doelgroep die geen recht heeft op tegemoetkomingen vanuit de bijzonder (inclusief categoriale) bijstand. Kan duidelijkheid worden verschaft over welke kosten die nu via de Wtcg, CER, TSZ gecompenseerd worden komen per 1 januari 2014 niet meer voor compensatie in aanmerking?

Antwoord 43

In het herfstakkoord (begrotingsafspraken 2014) is afgesproken dat de fiscale regeling inclusief de TSZ in gewijzigde vorm blijft bestaan en dat de Wtcg en CER worden vervangen door een maatwerkvoorziening. Dit betekent dat de CER (compensatieregeling chronisch zieken voor het verplichte eigen risico) eind van dit jaar voor de laatste keer wordt uitgekeerd. De rechten voor de Wtcg (niet nader gedefinieerde compensatie voor meerkosten) worden voor de laatste keer opgebouwd in 2013 en dus voor de laatste keer uitgekeerd eind 2014. Via de CER en Wtcg wordt dus niet langer forfaitair een vergoeding voor verborgen kosten gegeven, omdat de groep chronisch zieken niet goed is af te bakenen. De gemeenten krijgen € 268 miljoen voor maatwerk waarmee gericht compensatie geboden kan worden voor kosten die chronisch zieken hebben via de Wmo of de individuele bijzondere bijstand.

Vraag 44

Acht u het denkbaar dat het eigen risico de komende jaren omlaag kan vanwege ontwikkelingen als substitutie, scherpere inkoop en remgelddefecten in tijden van crisis?

Antwoord 44

De genoemde ontwikkelingen dragen bij aan de beheersing van de uitgaven in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Desondanks is de verwachting dat de Zvw uitgaven ook de komende jaren nog zullen stijgen. Het verplicht eigen risico houdt in beginsel gelijke tred met de ontwikkeling van de kosten in de Zvw.

Vraag 45

De gezondheidszorg is productiever geworden waardoor meer zorg voor dezelfde euro premie wordt geleverd. Kan dit gespecificeerd worden? Is hierbij rekening gehouden met de miljarden euro's die niet aan zorg besteedt zijn door fraude, verspilling, bonussen, winsten en buffers?

Antwoord 45

In opdracht van de Taskforce Beheersing zorguitgaven, wiens rapport «Naar beter betaalbare zorg» u is aangeboden op 15 juni 2012, is onderzoek verricht naar de productiviteit in de zorg. Het daaruit volgende rapport «Productiviteitswinst in de zorg: who gets what, when and how?» is u met het rapport van de Taskforce Beheersing zorguitgaven toegezonden. Bovendien zijn de conclusies uit het rapport over productiviteitswinst verwerkt en omgezet in aanbevelingen in het rapport van de Taskforce Beheersing zorguitgaven.

Uit het onderzoek in opdracht van de Taskforce blijkt dat de productiviteit met name vanaf de tweede helft van het afgelopen decennium steeds sterker is toegenomen. Dit geldt vooral voor de curatieve zorg. In de langdurige zorg neemt de productiviteit ook toe, maar is het totaalbeeld meer diffuus. Een definitieve uitspraak over de productiviteit in de langdurige zorg kan op basis van het beschikbare onderzoek nog niet worden gegeven. Wel is aannemelijk dat een verdere verschuiving naar extramurale zorg tot verdere productiviteitswinst leidt.

U vraagt ook naar het effect van onder andere fraude en verspilling op de productiviteit van de zorg. In de studies over productiviteit is de totale input meegenomen, inclusief eventuele verspilling. Als we fraude en verspilling terugdringen is meer zorg mogelijk voor dezelfde euro premie. Onnodige kosten voorkomen door verspilling terug te dringen is absoluut noodzakelijk. Dat geldt ook voor fraude, elke euro die onrechtmatig wordt besteed is er één te veel. In het plan van aanpak zorgfraudebestrijding dat op 16 september jl. aan uw Kamer is gestuurd, is aangegeven welke maatregelen zijn en worden genomen om zorgfraude beter te voorkomen, op te sporen en te bestraffen. Naar de omvang van zorgfraude wordt momenteel onderzoek gedaan door de NZa. Een uitgebreide rapportage met de resultaten van het Meldpunt Verspilling in de zorg is op 27 september jl. aan uw Kamer gestuurd. In deze brief is tevens verslag gedaan van de stand van zaken bij de overige activiteiten van het Programma Verspilling in de zorg en over te nemen vervolgstappen. Maar ondanks deze aspecten is in de curatieve zorg de productiviteit dan behoorlijk gestegen.

Vraag 46

Wat zijn de doelstellingen van de taskforces voor de thema's fraude, verspilling en patiëntveiligheid?

Antwoord 46

De doelstelling van de Taskforce Integriteit Zorgsector (zorgfraudebestrijding) is vastgelegd in het afgesloten convenant tussen de NZa, IGZ, Belastingdienst, OM, FIOD, I-SZW, ZN, CIZ en VWS. Het doel van het samenwerkingsverband is het versterken van de integriteit van de zorgsector door samenwerking tussen de convenantpartners te stimuleren, te coördineren en te vergroten door het uitwisselen van informatie en het uitwisselen van kennis, inzicht en vaardigheden. De beoogde versterking van de integriteit van de zorgsector wordt gerealiseerd door middel van de preventieve, civielrechtelijke, bestuursrechtelijke, tucht-rechtelijke en strafrechtelijke aanpak van bedreigingen van de integriteit van de zorgsector. Daartoe leveren de convenantpartners specifieke bijdragen die hiervoor noodzakelijk zijn.

De doelstelling van het Programma Aanpak verspilling in de zorg is het voorkomen van onnodige of te hoge kosten die niet noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening. Het programma wil samen met het veld op basis van de meldingen die binnenkomen via het landelijk Meldpunt Verspilling en overige signalen van cliënten, patiënten, mantelzorgers en zorgverleners concrete acties oppakken om de ervaren verspilling in de zorg terug te dringen. Acties die ondernomen worden dragen uiteraard bij aan de doelstelling van het programma.

De drie themaprojecten (langdurige zorg, curatieve zorg en genees- en hulpmiddelen) zijn in de fase van het vaststellen van actieplannen waar zij zich de komende tijd op zullen toelagen.

De taskforce patiëntveiligheid kent twee lijnen:

1. Het stimuleren van veldpartijen om hun verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van de veiligheid van zorg via de diverse veiligheidsprogramma's in de zorg.
2. De maatregelen die wij als bewindslieden zelf doorvoeren om de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de patiënt te waarborgen.

De doelstelling van de taskforce is het centraal stellen van de patiënt in vraagstukken omtrent kwaliteit en veiligheid. Dit omvat de volgende subdoelstellingen:

- Vergroting van de transparantie over kwaliteit van zorg door kwaliteitgegevens en praktijkvariatie openbaar te maken;
- Een samenhangende, tijdige uitvoering van de beleidsagenda patiëntveiligheid, zoals aan de Kamer is gepresenteerd op 11 juni 2013 (Kamerstuk 33 497, nr. 9) en besproken op 17 juni 2013 (Kamerstuk 33 497, nr. 10);
- Samen met veldpartijen afspraken maken gericht op concrete maatregelen en acties gericht op verbetering van kwaliteit en veiligheid;
- Professionalisering van het bestuur en toezicht in zorginstellingen door regelgeving op dit vlak aan te scherpen;
- Laagdrempelige en effectieve klachtafhandeling en een verbetering van de bewijspositie van de patiënt door verbetering in de wetgeving ter zake.
- Scherper toezien en handhaven door de IGZ.

Daarnaast biedt het Zorgloket dat wij oprichten een betere begeleiding aan burgers met klachten over de zorg, waarbij de oplossing zoveel mogelijk wordt gelegd bij de zorgaanbieders en patiënten. Ook publiceert het jaarlijks een klachtbeeld waarmee het Zorgloket een bijdrage levert aan de transparantie (over patiëntveiligheid) in de zorg.

Vraag 47

Op welke manier wordt toepassing van ICT en e-health gestimuleerd, die bij de substitutie van medisch-specialistische zorg naar huisartsenzorg een belangrijke rol zal spelen, en hoe zorgt de minister ervoor dat deze toepassingen op een juiste manier, met betrouwbare meetinstrumenten, worden gemeten?

Antwoord 47

In het onderhandelaarsakkoord met de eerste lijn is opgenomen dat er zal worden overgegaan naar meer multidisciplinaire zorg, in samenwerkingverbanden en met verbindingen naar andere sectoren van de zorg. Daarvoor biedt e-health kansen. Ook zijn partijen in de akkoorden overeengekomen om nieuwe prestaties voor o.a. e-health te ontwikkelen, teneinde het zelfmanagement van de patiënt te versterken en de toepassing van ICT in de zorg een impuls te geven. De inzet van e-health oplossingen biedt bovendien veel kansen bij het realiseren van substitutie. De ontwikkelingen in het gebruik van e-health moeten echt nog veel sneller gaan. Alle partijen zullen hun bijdrage moeten leveren om te zorgen dat dit gebruik op het gewenste niveau komt. Hiervoor ga ik de komende periode met de ondertekenaars van de onderhandelaarsakkoorden het gesprek aan.

In zijn algemeenheid is het primair mijn verantwoordelijkheid om te zorgen dat wet- en regelgeving en het bekostigingssysteem daarbij niet in de weg zullen staan van het gebruik van e-health. De zorgverlener is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Daarbij hoort ook de inzet van e-health toepassingen. Het is dan ook niet aan mij om te zorgen voor metingen en het borgen van de betrouwbaarheid van de gebruikte meetinstrumenten.

Vraag 48

Op welke wijze zal de winst behaald worden die mogelijk is door middel van gezondheidsbevordering, voorkomen van chronische aandoeningen als gevolg van een ongezonde leefstijl en gezonder leven met een chronische aandoening?

Antwoord 48

Gezondheid is belangrijk voor de kwaliteit van het leven van mensen en een vitale samenleving heeft baat bij een gezonde bevolking. Een gezonde leefstijl en adequate gezondheidszorg, waarmee de gezondheid op peil kan worden gehouden, dragen in belangrijke mate bij aan een gezonde Nederlandse economie. Maar bovenal hebben mensen zelf baat bij preventie in de zin van gezonde leefstijl.

Mensen met een gezonde leefstijl hebben een grotere kans langer te leven en langer gezond te blijven, zijn langer beschikbaar voor de arbeidsmarkt en kunnen gedurende een langere periode een bijdrage leveren aan de maatschappij.

In het Nationaal Programma Preventie (NPP) wordt aangegeven op welke wijze deze winst kan worden behaald.

Vraag 49

In hoeverre wordt er vanuit de eerste lijn al uitvoerig doorverwezen naar e-health toepassingen? Worden deze toepassingen door zorgverzekeraars bekostigd? Licht implementatie van e-health toepassingen op schema?

Antwoord 49

Er wordt op dit moment nog beperkt gebruik gemaakt van, of doorverwezen naar, e-health toepassingen. Of e-health toepassingen door zorgverzekeraars bekostigd worden, hangt af van het type toepassing. E-health is een containerbegrip dat vele toepassingen van ICT omvat, van het maken van online afspraken tot volledige online behandelprogramma's. Daar waar e-health toepassingen reguliere zorg vervangen (of aanvullen), is bekostiging uit premiemiddelen gewoon van toepassing. Bijvoorbeeld bij een e-mail- of videoconsult of e-health programma's ter aanvulling op fysieke consulten («blended care») in de ggz. Daarnaast ben ik in het recent gesloten onderhandelaarsakkoord eerste lijn met partijen overeengekomen om nieuwe prestaties voor o.a. e-health te ontwikkelen. Dit om het zelfmanagement van de patiënt te versterken en de toepassing van ICT in de zorg een impuls te geven.

In de e-health monitor 2013 die ik recent naar uw kamer heb gestuurd (Kamerstuk 27 529, nr. 126), valt op te maken dat er nog flinke stappen gezet moeten worden bij het gebruik van e-health. Er blijven momenteel belangrijke kansen onbenut. Zo blijkt uit het onderzoek dat zorggebruikers zelden digitaal toegang kunnen krijgen tot hun eigen dossier en dat ze nauwelijks gebruik maken van zelfmanagement tools. Ook bij de digitale uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners, zowel binnen als tussen zorginstellingen, valt veel te winnen. De komende periode zal ik, mede naar aanleiding van de onderhandelaarsakkoorden, samen met veldpartijen bespreken hoe we de toepassing van e-health in de praktijk kunnen stimuleren. Ik zal naar aanleiding daarvan ook de nodige maatregelen nemen.

Vraag 50

Waaruit blijkt dat concentratie van acute zorg de kwaliteit verbeterd?

Antwoord 50

De normen voor het verlenen van verantwoorde zorg vloeien voort uit de richtlijnen en protocollen zoals die door de verschillende beroepsgroepen worden vastgesteld. Daarbij kan ook het volume van het aantal behande-

lingen dat een professional of een team van professionals uitvoert medebepalend zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Meer volume leidt immers tot meer ervaring bij de uitvoering van een bepaalde behandeling door de betreffende arts of tot een beter op elkaar ingespeeld team. In dergelijke gevallen kan concentratie van de betreffende zorg, zowel electief als acuut, een randvoorwaarde zijn voor betere zorgverlening. Een voorbeeld hiervan is de concentratie van traumazorg waarvoor in Nederland 11 traumacentra zijn aangewezen en waarin het aanbod van deze zorg is geconcentreerd. Een ander voorbeeld is de concentratie van PCI-zorg (dotteren) in een beperkt aantal centra. De insteek vanuit de beroepsgroep bij deze concentratie was het verbeteren van de kwaliteit.

Vraag 51

Fraudebestrijding is een cruciale taak van zorgverzekeraars. Waarom zijn de kosten voor fraudebestrijding niet voor rekening van de zorgverzekeraars?

Antwoord 51

De zorgverzekeraars hebben een belangrijke taak bij de bestrijding van fraude. Onlangs heeft u van mij de «Eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding: plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg³» (plan van aanpak) ontvangen. Daarin staan diverse maatregelen die door zorgverzekeraars worden opgepakt om de kwaliteit van de declaraties te verbeteren en fraude te voorkomen. De kosten die zorgverzekeraars daarvoor moeten maken dragen ze zelf. Een deel van de kosten voor de fraudebestrijding komt dus ten laste van de zorgverzekeraars. Ook bij de zorgaanbieders ligt een belangrijke verantwoordelijkheid rond het bestrijden van fraude en de zorg voor correcte declaraties. Waar in het plan van aanpak maatregelen zijn benoemd die door zorgaanbieders worden opgepakt om kwalitatief hoogwaardige declaraties aan te bieden, liggen de kosten bij de zorgaanbieders.

Vraag 52

Welke opbrengst zal de fraudebestrijding de komende jaren behalen? Hoe gaat de opbrengst besteed worden? Zal dit resulteren in premieverlaging?

Vraag 54

Is aan de het aanvalsplan fraude een budgettaire opbrengst gekoppeld? Zo ja, hoe groot is deze? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 52 en 54

De omvang van fraude in de zorg is onbekend. Daarom heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een onderzoek te doen naar de omvang van fraude in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en een analyse van de mogelijke fraudegevoelige aspecten in het financieringssysteem, en de mogelijke reparaties daarvan. Op 12 september heeft de Tweede Kamer hierover een brief (Kamerstuk 28 828, nr. 49) ontvangen.

De opbrengsten uit fraudebestrijding bestaan uit twee onderdelen. Enerzijds komen deze tot uiting in lagere zorguitgaven. De fraudeaanpak maakt het daardoor mede mogelijk de in de hoofdlijnenakkoorden afgesproken lagere groei van de zorgkosten te behalen. Het lagere groeipad is verwerkt in de begroting van VWS en zal ook doorwerken in de vaststelling van de nominale premie. Anderzijds bestaan deze uit de opbrengst van opgelegde boetes door de NZa. Overigens staat in de bijlage bij deze brief (28 828 nr. 49) vermeld dat

³ Kamerstuk 28 828, nr. 50

«Bij de verkenning naar opsporingsdienst voor de zorg wordt het voorkómen van versnippering van de opsporingsfunctie als één van de uitgangspunten gehanteerd. Ook wordt er een business case van de voorgenomen uitbreiding van de opsporingsdienst voor de zorg gemaakt. Zodra deze gereed is zullen wij uw Kamer nader informeren». In afwachting van de uitkomst van de verkenning naar nut en noodzaak van een opsporingsdienst voor de zorg wordt reeds extra geïnvesteerd in capaciteit bij de Inspectie-SZW. Voor de eventuele op te richten opsporingsdienst voor de zorg geldt dat besluitvorming plaatsvindt op basis van een businesscase. Hierbij wordt ook gekeken naar de ervaringen die de intensivering van de activiteiten bij de Inspectie-SZW opleveren.

Vraag 53

Welke opbrengst wordt verwacht van het programma Verspilling in de Zorg? Hoe gaat de opbrengst besteed worden?

Antwoord 53

Om verlaagde uitgavengroei te realiseren zet de zorgsector care en cure extra in op maatregelen die de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg verbeteren. Recent is met ziekenhuizen, medisch specialisten, ggz, huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties overeengekomen dat het groeipercentage van de zorguitgaven wordt teruggebracht naar 1,5 procent in 2014 en 1 procent per jaar van 2015 tot en met 2017. Voor huisartsen geldt dat ze daarbovenop 1 procent in 2014 en 1,5 procent in 2015–2017 krijgen als zij aantoonbaar zorg uit de tweede lijn opvangen. Deze verlaging van de groei levert per saldo een besparing op die oploopt tot € 1 miljard vanaf 2017. Mede door het tegengaan van verspilling, fraude, onnodige bureaucratie en door het scherper duiden en toepassen van aanspraken in de Zvw zullen partijen in staat zijn om efficiënter te werken en doelmatiger zorg te verlenen, opdat de groei binnen de afgesproken percentages blijft zonder dat het de zorg raakt of wachtlijsten veroorzaakt

Vraag 55

Waarop zijn de bedragen van € 5 en 10 miljoen, die het kabinet beschikbaar heeft gesteld voor fraudebestrijding, gebaseerd? Hoe verhouden deze bedragen zich tot de budgettaire opbrengst van het aanvalsplan?

Antwoord 55

Het kabinet stelt extra middelen beschikbaar, omdat het kabinet belang hecht aan een intensivering van het toezicht, de fraudebestrijding en de opsporing. De inzet van de middelen vindt u in eerste aanleg in het actieplan tegen fraude en zal nader worden ingevuld.

Vraag 56

Waarom worden nieuwe toetreders binnen vier weken gecontroleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, en waarom niet eerder? Waaruit bestaat de controle precies?

Antwoord 56

Op dit moment houdt de IGZ toezicht op nieuwe toetreders met een hoog risico. Daarbij toetst de IGZ of nieuwe toetreders voldoen aan de wettelijke vereisten en randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Ik heb u eerder toegezegd dat de IGZ alle nieuwe toetreders binnen vier weken zal inspecteren. Ik heb gekozen voor een termijn van vier weken omdat er pas op kwaliteit en veiligheid getoetst kan worden als een nieuwe toetreders daadwerkelijk functioneert en cliënten behandelt. Op de uitwerking hiervan kom ik terug in mijn wetsvoorstel Goed Bestuur, die ik komend voorjaar aan uw Kamer zal toesturen.

Vraag 57

Is er met huisartsen overleg over het terugdringen van administratieve lasten, zodat zij meer tijd kunnen overhouden om hun grotere rol binnen een meer geïntegreerde eerstelijnszorg te vervullen?

Antwoord 57

Ja, dat overleg vindt plaats. Daarnaast heb ik een brief ontvangen van de Verenigde Eerstelijns Organisaties (VELO) over de mogelijkheden die de sector ziet om administratieve lasten te verminderen, onder meer door Actal onderzoek hiernaar te laten doen. Ik heb hen uitgenodigd voor een overleg op korte termijn om daarbij te bezien hoe we dit kunnen aanpakken. Met partijen vind ik dit een belangrijk onderwerp, dat om die reden ook is opgenomen in de inhoudelijke agenda bij het recent afgesloten akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017.

Vraag 58

Hoe komt het dat er zoveel niet onderscheidende kwaliteitscriteria en kwaliteitseisen zijn ontstaan dat hier de bezem doorgehaald moet worden? Wie waren hiervoor verantwoordelijk, en wie had hier toezicht op?

Antwoord 58

De afgelopen jaren hebben organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorg verzekeraars gezamenlijk gewerkt aan het opstellen van indicatorensets in het programma Zichtbare Zorg. Zij zijn en blijven verantwoordelijk voor zowel het maken van afspraken over wat goede zorg is als over hoe gemeten kan worden of die geleverd is.

Bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren is gebleken dat het ontwikkelen van goede indicatoren die daadwerkelijk iets zeggen over kwaliteit van zorg complex is. Een aantal van de door de veldpartijen ontwikkelde indicatoren was niet altijd betrouwbaar en valide, maar leverde wel administratieve lasten op voor de zorgaanbieders. De partijen hebben daarom zelf al kritisch gekeken naar de sets en deze waar mogelijk aangepast. Daarnaast wordt het Kwaliteitsinstituut als onderdeel van het Zorginstituut Nederland (het huidige College voor Zorgverzekeringen) opgericht. Dit kwaliteitsinstituut is gevraagd bestaande meetinstrumenten te toetsen en meetinstrumenten die bijvoorbeeld niet valide zijn te schrappen. De opgebouwde kennis over het maken van onderscheidende indicatoren is door het Kwaliteitsinstituut bovendien gebruikt voor het opstellen van een concept toetsingskader dat de partijen kunnen gebruiken bij het ontwikkelen van nieuwe indicatoren. Het toetsingskader draagt daarmee bij aan de totstandkoming van een beperktere, maar wel meer onderscheidende, set indicatoren.

Vraag 59

Waarom hanteert het kabinet geen afrekenbare doelen als het gaat om het verhogen van de patiëntveiligheid en het verlagen van vermijdbare sterfte?

Antwoord 59

Het kabinet hanteert wel degelijk afrekenbare afspraken en doelen als het gaat om patiëntveiligheid, zoals het publiceren van sterfecijfers en het beschikken over een extern getoetst veiligheidsmanagementsysteem. De overheid heeft de taak om enerzijds de randvoorwaarden te scheppen voor veilige zorg zoals via wetgeving op het gebied van kwaliteit van zorg, klacht en tuchtrecht, het toezicht en het zorgloket. Anderzijds maakt de overheid afspraken met partijen in de medisch specialistische zorg, de ggz en de eerstelijns over de wijze waarop zij in de praktijk vorm en inhoud geven aan hun aanpak van veilige zorg. Deze aanpak is geenszins

vrijblijvend. Als blijkt dat partijen hun verantwoordelijkheid niet nemen treft de overheid maatregelen. Nu bijvoorbeeld blijkt dat een deel van de ziekenhuizen niet op eigen initiatief transparant is over sterftecijfers, ga ik vanuit de overheid sturen op publicatie ervan.

Vraag 60

Welke verbeteringen worden als gevolg van de afspraken in het hoofdlijnenakkoord doorgevoerd op het punt van kwaliteitsindicatoren in de curatieve zorg ten opzichte van het programma Zichtbare Zorg?

Antwoord 60

In alle sectorakkoorden zijn afspraken gemaakt om stappen te zetten in de (door)ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Zo is voor de medisch specialistische zorg afgesproken dat partijen een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda zullen opstellen waarin kwaliteitsindicatoren binnen het verband van overkoepelende thema's als gepast gebruik, zinnige en zuinige zorg en richtlijnconform handelen een plaats zullen krijgen. In de eerstelijnszorg zijn partijen overeengekomen dat, ter ondersteuning van het functioneren van het nieuwe bekostigingssysteem en om kwaliteit en doelmatigheid goed en verantwoord te kunnen benchmarken en bekostigen, indicatoren worden ontwikkeld die op een verantwoorde manier resultaten en prestaties van kwalitatief goede zorg benoemen. In de ggz ten slotte is een start gemaakt met een kwaliteitsprogramma voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren. Partijen komen binnen dat programma tot een plan van aanpak met betrekking tot richtlijn-, zorgstandaard- en zorgpadontwikkeling, waaronder protocollering en toegang tot de zorg.

Deze afspraken zullen de komende tijd hun beslag gaan krijgen.

Speerpunt in alle sectoren is het systematisch doorlichten van richtlijnen en protocollen. Dit moet leiden tot een aanscherping en betere duiding wanneer zorg nuttig en noodzakelijk is en hoe deze zorg op gepaste wijze dient te worden verleend en het zal een solide basis opleveren voor het (door)ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Het Kwaliteitsinstituut (i.o) zal de rol van het programma Zichtbare Zorg voortzetten voor wat betreft de ontwikkeling van indicatoren. Het Kwaliteitsinstituut krijgt expliciet daarbij de opdracht om kritisch te zijn op de onderscheidendheid en hoeveelheid met het oog op de administratieve lasten en te voorkomen dat er een overload aan informatie komt waar niemand wat mee kan. De geschetste activiteiten die voortvloeien uit de akkoorden kunnen zo dus van belang zijn en een plaats krijgen in de (vervolg) activiteiten vanuit het Kwaliteitsinstituut.

Vraag 61

Hoe wordt de privacy gewaarborgd bij het delen van informatie tussen het op te richten Zorgloket en de IGZ?

Antwoord 61

De medewerkers van het Zorgloket krijgen een geheimhoudingsplicht. Naar analogie van de bescherming van de privacy bij de IGZ zal een passende voorziening voor de medewerkers van het Zorgloket worden getroffen. Voorts heb ik, zoals ik in het debat over de kabinetsreactie op de IGZ-rapporten heb toegezegd, advies gevraagd over het direct openbaar maken van meldingen, klachten en signalen die bij de inspectie worden gedaan. Op basis van het advies dat ik hierover zeer recent heb ontvangen, zal ik besluiten hoe ik dit in de toekomst vorm wil geven en uw Kamer hierover per brief informeren.

Vraag 62

In hoeverre klopt het dat de taken voor toezicht op preventie in kleinere mate zullen worden ingevuld door het IGZ omdat er vaak een te klein handhavingskader aanwezig is, bijvoorbeeld omtrent health checks? Aan welke oplossingen wordt gedacht?

Antwoord 62

Het toezicht van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) richt zich de komende jaren op incidenten en grootste risico's en in mindere mate op preventie. Ik heb de Kamer hierover geïnformeerd met mijn brief van 17 februari jl. Toezicht op preventie beperkt zich tot populatieniveau. Daarbij wordt de IGZ overigens niet beperkt door te kleine handhavingskaders. Op het gebied van preventie voert de IGZ toezichtactiviteiten uit op het terrein van 1) infectieziektebestrijding (met name de antibioticaresistentie problematiek), 2) de crisisbeheersing (in samenwerking met de Inspectie Veiligheid en Justitie – IVenJ) en ontwikkelt zij thans 3) een nieuw toezichtkader in verband met de nieuwe Wet op de Jeugdhulp en de WMO (de IGZ werkt daarbij samen met andere relevante inspectie zoals de Inspectie Jeugdzorg).

Vraag 63

Is het definitieve Nationaal Programma Preventie inmiddels vastgesteld? Wat zijn de prioriteiten en staan deze in verhouding met aankomende VTV 2014? Is het budget toereikend om deze prioriteiten te vervullen? Hoe zit het met de borging van activiteiten? Richt het programma zich vooral op uitvoering of deels ook op onderzoek? Hoe worden de resultaten van het programma vastgesteld en geëvalueerd?

Vraag 133

Worden in de uitwerking van het Nationaal Programma Preventie ook concrete doelen gesteld? Zo ja, welke?

Antwoord 63 en 133

Het Nationale Programma Preventie is u enkele dagen geleden aangeboden. Het document gaat onder meer in op de prioriteiten, doelstellingen en werkwijze en geeft daarmee antwoord op deze vragen.

Vraag 64

Op welke manier is ZonMW betrokken bij patiëntveiligheid, en hoe wordt in 2014 het ZonMW programma «Veiligheid in de Zorg» vormgegeven?

Vraag 65

Op welke manier is ZonMW betrokken bij patiëntveiligheid, één van de prioriteit van dit kabinet, en hoe wordt in 2014 het ZonMw programma «Veiligheid in de Zorg» vormgegeven?

Antwoord 64 en 65

In 2005 is het ZonMw programma Patiëntveiligheid gestart. De tussentijdse evaluatie van het programma en de verkenning van de mogelijkheden voor een vervolg op het programma onderstreepte de behoefte bij de professionele praktijk en de consumenten van een vervolg op het terrein van onderzoek en ontwikkeling op het gebied van patiëntveiligheid. Het ministerie van VWS heeft ZonMw daarom eind 2008 opdracht gegeven om een vervolg op het programma Patiëntveiligheid te ontwikkelen. Dat programma is gestart in 2010 en loopt officieel tot en met 2014. Een aantal deelprojecten zal nog doorlopen in 2015 en 2016.

Het ZonMw programma «veiligheid in de zorg» focust op:

- De implementatie van bewezen effectieve methoden voor bestuurders.

- Met name voor dit onderdeel lopen nog verschillende projecten, zie hieronder.
- Een onderzoek naar de mate van implementatie van de projecten en tools van het eerste programma «Patiëntveiligheid».
- Dit onderdeel heeft een rapportage opgeleverd van succes en faalfactoren als resultaat uit het eerste ZonMw programma patiëntveiligheid.
- De kennis over patiëntveiligheid goed beschikbaar maken voor de praktijk van de zorgverlening.
- Voor dit onderdeel is een rapport opgeleverd.

In 2014 lopen ondermeer de volgende projecten en komen tot een afronding:

- Onderzoek naar het effect van zogenaamde Executive Walkrounds (bestuurders maken een rondgang op de werkvloer) op de aandacht voor patiëntveiligheid op de werkvloer. Het project wordt uitgevoerd in de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg.
- Onderzoek naar de effectiviteit van checklisten ten behoeve van het operatieve proces, met name SURPASS look-a-likes, alsmede de bruikbaarheid voor interne toetsing en besluitvorming door bestuurders en leidinggevendenden.
- Een project dat beoogt meer inzicht te geven in de meerwaarde van gestructureerd dossieronderzoek en multidisciplinaire feedback bijeenkomsten voor het sturen op en verbeteren van de patiëntveiligheid door bestuurders in zorginstellingen.
- Een project waarin wordt onderzocht welke activiteiten bestuurders in de verpleging, verzorging en thuiszorg kunnen ondernemen om op effectieve wijze te kunnen sturen op cliëntveiligheid.

Vraag 66

Een van de prioriteiten binnen patiëntveiligheid is standaardisatie, normering en transparantie van onder andere sterftcijfers omdat deze cruciaal zijn bij het verbeteren van kwaliteit en veiligheid. Op welke manier gaat het kabinet ervoor zorgen dat het meten van gegevens en de instrumenten waarmee deze metingen worden gedaan voorhanden en betrouwbaar zijn?

Vraag 67

Op welke manier gaat u ervoor zorgen dat het meten van patiëntveiligheidsgegevens, zoals sterftcijfers en de instrumenten waarmee deze metingen worden gedaan, voorhanden en betrouwbaar zijn?

Antwoord 66 en 67

De afgelopen jaren heeft de sector zelf het voortouw genomen bij de invoering en het gebruik van standaarden voor onder andere kwaliteit en veiligheid. Gezien het belang van het gebruik van standaarden ben ik het Programma Informatiehuishouding op Orde (PrIO) gestart met als doel te werken aan een samenhangend geheel van afspraken, standaarden en voorzieningen: een informatiestelsel. Ik zal u binnenkort schriftelijk informeren over dit programma.

Daarnaast is het relevant op te merken dat ik veel belang hecht aan transparantie van kwaliteit waaronder sterftcijfers. De sector heeft zelf het initiatief genomen voor een valide meetinstrument voor de berekening van sterftcijfers. Het CBS treedt hierbij op als onafhankelijke partij om de berekening objectief uit te voeren. Inmiddels maakt overgrote deel van de ziekenhuizen gebruik van dit instrumentarium om sterftcijfers te berekenen en te publiceren. Ondanks deze mogelijkheden heeft een klein deel van de ziekenhuizen dit nog niet gebruikt, of publiceert

geen sterftcijfers. Ik heb daarom de NZa gevraagd te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de publicatieplicht rond sterftcijfers per 1 januari 2014 wettelijk verplicht te stellen. Naast de NZa zal het Kwali-teitsinstituut een coördinerende rol vervullen rond het voorhanden en beschikbaar stellen van het instrumentarium om kwaliteit te meten.

Vraag 68

Het kabinet is voornemens het thema «moet alles wat kan» maatschap-pelijk te agenderen en de maatschappelijke discussie hierover verder te brengen; op welke wijze wil het kabinet dat doen? Welke doelstelling heeft het kabinet op dit terrein?

Antwoord 68

Het vraagstuk Moet alles wat kan? speelt op vele, verschillende beleids-terreinen en wordt actief betrokken bij de beantwoording van beleids-vragen die VWS-breed voorliggen. Zo is de Eerste Kamer per brief op 28 juni jl. (Kamerstuk 32 393, nr. G) geïnformeerd over enkele lopende trajecten waarin professionals en burgers betrokken worden bij het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg. Verdere voorbeelden zijn trajecten over gepaste zorg, demedicalisering, *shared decision making* en kostenbewustzijn. Daarnaast wil het kabinet de ontwikkelingen rondom dit thema actief volgen, zoals ondermeer via het project «Moet alles wat kan?» van ZonMw, het project «passende zorg in de laatste levensfase» van de KNMG en activiteiten vanuit VitaValley volgend uit het rapport Over(-)Behandelen – Ethiek van de zorg aan kwetsbare ouderen. De Eerste- en Tweede Kamer kunnen begin volgend jaar een brief verwachten met een overzicht van de lopende trajecten en activiteiten en een inhoudelijke inkadering van het thema.

Vraag 69

Wanneer beoogt het Deltaplan Dementie de eerste resultaten op te leveren waarvan de praktijk direct kan profiteren? In hoeverre speelt onderzoek naar het voorkomen en/of vertragen van dementie een rol in het plan?

Antwoord 69

Het Deltaplan Dementie is gericht op de patiënt van vandaag en de patiënt van morgen. Dat geldt voor alle drie de onderdelen van het plan: het Zorgportaal, het Nationaal register en het onderzoeks- en innovatiepro-gramma Memorabel. Daarover is tijdens het Algemeen Overleg op 22 mei 2013 uitgebreid met u over gesproken (Kamerstuk 25 424, nr. 217). Inmiddels staat voor Memorabel bij ZonMW de eerste oproep voor projectideeën open, op vier thema's:

- Oorsprong en mechanisme van de ziekte
- Diagnostiek
- Behandeling en preventie
- Doelmatige zorg en ondersteuning

Het verantwoord opzetten en uitvoeren van onderzoeks- en innovatiepro-jecten kost tijd. In dit geval moeten we er rekening mee houden dat, ook bij kortlopende projecten, het ten minste twee tot drie jaar duurt voordat bredere toepassing van de resultaten, mede met inzet van het zorgportaal, kan leiden tot verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met dementie.

Voorstellen voor onderzoek naar het voorkomen en/of vertragen van dementie kunnen vooral worden verwacht op grond van het eerste thema en het derde thema. Daarin zal het Nationaal register ook een belangrijke rol gaan spelen.

Vraag 70

In 2013 heeft VWS een campagne gestart in verband met de leeftijdsverhoging. Het uitgangspunt van de campagne is het veranderen van de sociale norm, namelijk dat je niet rookt of drinkt onder de 18 jaar.

- a. Hoe lang zal deze campagne door VWS ondersteund worden om voldoende effectief te kunnen zijn voor het veranderen van de sociale norm?
- b. Kan de staatssecretaris aangeven hoeveel budget er beschikbaar is voor crossmediale campagnes ná 2014?
- c. Kan de staatssecretaris aangeven of VWS zich ook inzet voor eenzelfde campagne na het 18e jaar?
- d. Klopt het dat de alcoholindustrie uit het campagneoverleg is gestapt? Hoe is de tabaksindustrie hierbij betrokken?

Vraag 71

Kunt u aangeven hoeveel budget er beschikbaar is na 2014 voor crossmediale campagnes voor het ontmoedigen van het roken en drinken van alcohol?

Vraag 72

Kunt u aangeven of VWS zich inzet voor campagnes om het roken en drinken van alcohol te ontmoedigen na het achttiende jaar?

Antwoord 70, 71 en 72

November 2013 start VWS een sociale norm campagne. Doel hiervan is de norm te versterken dat het normaal is als je voor je 18^e niet drinkt en rookt. Aanvankelijk komt alleen het onderwerp alcohol aan bod in de campagne. Zodra de Eerste en Tweede Kamer hebben ingestemd met het wetsvoorstel om de leeftijdsgrens voor tabak te verhogen naar 18 jaar, zal ook het onderwerp tabak worden toegevoegd aan de campagne.

Afhankelijk van het verloop van de behandeling in de Eerste Kamer is het ook nog mogelijk dat de campagne direct met beide onderdelen kan starten.

Het veranderen en verstevigen van een sociale norm kost de nodige tijd. Het is daarom de intentie van de staatssecretaris om de campagne ook na 2014 voort te zetten. Verwacht wordt dat er na 2014 minder massamediale componenten nodig zullen zijn. De inspanningen na 2014 en het daarvoor te reserveren budget worden betrokken bij de opstelling van de begroting 2015.

De alcoholindustrie is wel betrokken bij de campagne. Zowel de Vereniging Nederlandse Brouwers, de Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA) als Spirits.nl zijn vertegenwoordigd in de door VWS breed samengestelde klankbordgroep. De alcoholindustrie heeft echter wel aangegeven haar huidige logo «geen 16 geen druppel» niet te willen vervangen door het beeldmerk dat voor de sociale norm campagne wordt ontwikkeld. Reden hiervoor is dat de campagne gericht is op de sociale norm voor alcohol én tabak, en zij niet geassocieerd willen worden met het product tabak. De alcoholindustrie beraadt zich op dit moment op welke wijze zij het «geen 16 geen druppel» logo gaan aanpassen cq. vervangen.

De tabaksindustrie is niet betrokken bij de campagne.

De tabaksdetailhandel heeft aangegeven ook gebruik te maken van campagne materialen.

De staatssecretaris is niet voornemens een aparte campagne te ontwikkelen die gericht is op volwassenen. Het beleid met betrekking tot volwassenen is echter wel gericht op tabaksontmoediging en verantwoord alcoholgebruik. Voor volwassenen is er betrouwbare informatie

beschikbaar over preventie van tabak en schadelijk alcoholgebruik op bijvoorbeeld via de website en een aantal informatielijnen van het Trimbos-instituut.

Vraag 73

Gaat het samenvoegen van de RMO en de RVZ gepaard met afslanking van de capaciteit? Wie heeft de regie bij de samenvoeging of vindt de samenvoeging plaats onder nieuw bestuur?

Antwoord 73

Het doel van het samenvoegen van RMO en RVZ is het creëren van een nieuwe raad met een op de eisen van de toekomst toegesneden taak, die veel meer intersectoraal gedefinieerd is. Synergiewinst is hierbij het doel. De samenvoeging van RMO en RVZ gaat dan ook niet gepaard met een taakstelling. De samenvoeging van de secretariaten vindt plaats in een goed overleg van de huidige algemeen secretarissen van RMO en RVZ, ondersteund door een adviseur bedrijfsvoering van VWS.

Vraag 74

Hoe kunnen burgers de regie krijgen en verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen behandeling als ze door het aanscherpen van artikel 13 juist worden beperkt in hun keuzevrijheid?

Antwoord 74

Dat mijn voorstel tot aanpassing van artikel 13 burgers beperkt in hun keuzevrijheid is een misvatting. Mijn voorstel geeft de zorgverzekeraars de mogelijkheid betere zorg in te kopen, Hij zal juist rekening moeten houden met de wensen van zijn verzekerden. Die zullen qua keuzevrijheid al te beperkte polissen niet op prijs stellen. En kiezen voor andere polissen of andere verzekeraars. Met de door mij voorgestelde wijziging van artikel 13 krijgen burgers op het moment waarop ze over de prolongatie van hun verzekering moeten besluiten inzage in welke zorg de verzekeraars hebben gecontracteerd. Daarmee krijgt de keuzevrijheid daadwerkelijk inhoud. Verzekerden kunnen de regie nemen door de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars goed te vergelijken en op basis daarvan een keuze te maken voor een zorgverzekeraar en het daarbij behorende gecontracteerde zorgaanbod. Ook binnen het gecontracteerde zorgaanbod kunnen verzekerden zelf nog keuzes maken en daarin eigen regie nemen. Daarnaast blijft de keuze voor een restitutiepolis ook mogelijk.

Vraag 75

Hoe gaat u zorgverleners ondersteunen bij het toepassen van ICT en e-health?

Antwoord 75

Er liggen grote kansen voor de toepassing van e-health in de zorg. Bijvoorbeeld voor de patiënt om beter voor zichzelf te zorgen: mensen moeten de mogelijkheid krijgen om de regie en verantwoordelijkheid te pakken voor hun eigen behandeling. Dit geeft mensen de gelegenheid om langer onafhankelijk te blijven. E-health is tevens een belangrijk instrument om de professional te ondersteunen en bij te dragen aan het verlagen van de werkdruk, maar ook om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De ontwikkelingen in het gebruik van e-health moeten echt nog veel sneller gaan. Daarom heb ik samen met veldpartijen het thema ook nadrukkelijk opgenomen in de recent gesloten onderhandelaarsakkoorden.

Ik reken het tot mijn verantwoordelijkheid om te zorgen dat er geen belemmeringen in ons stelsel zijn om e-health toe te passen. Zo dient er bijvoorbeeld ruimte te zijn in de bekostiging van e-health en mag wet- en

regelgeving niet beperkend werken. Daarnaast ondersteun ik, via de subsidie aan Nictiz, dat er kennis en expertise beschikbaar is voor de ontwikkeling en implementatie van standaarden. Bovendien zie ik het als mijn rol om goede voorbeelden eruit te lichten, partijen bij elkaar te brengen en kansrijke initiatieven actief te ondersteunen.

De komende periode zal ik, samen met veldpartijen, bespreken hoe we de toepassing van e-health in de praktijk kunnen stimuleren en welke maatregelen ik zal nemen om de ontwikkeling te versnellen.

Vraag 76

Kunt u aangeven waar de middelen voor transgenderzorg zijn ondergebracht, en hoeveel middelen er voor deze zorg beschikbaar zijn?

Antwoord 76

De middelen voor transgenderzorg worden niet apart geoormerkt of gelimiteerd. Binnen de curatieve zorg zijn middelen gekoppeld aan de aanspraak in de basisverzekering op het veranderen van de primaire geslachtskenmerken en voor transgenders met stoornissen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg gelden aanspraken zoals gedefinieerd in de basisverzekering voor de ggz. Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. Ook de academische component, die bestemd is voor topreferente zorg en onderzoek, wordt door UMC's gebruikt om zorg aan transgenders te bieden en deze zorg verder te ontwikkelen. Voor zover het om ondersteuning gaat, komen de gemeenten in beeld die de Wet Maatschappelijke ondersteuning uitvoeren.

Vraag 77

Er zijn afspraken gemaakt met zorgaanbieders en branchepartijen over een duidelijke zorgnota. Wat is de huidige stand van zaken? Waar moet aan gedacht worden bij de toezegging dat mensen in de loop van 2014 een duidelijke zorgnota krijgen? Krijgen alle Nederlanders al een dergelijke nota? Zo nee, op welke termijn kan dit wel het geval zijn?

Antwoord 77

Ik acht het met het oog op de betaalbaarheid van groot belang dat verzekerden beter in staat worden gesteld om de declaraties van zorgaanbieders te kunnen controleren. Daarom heb ik met zorgverzekeraars afgesproken dat wat betreft de medisch- specialistische zorg de zorgnota in de eerste helft van 2014 zal worden verbeterd met de informatie die zij nu al via de zorgdeclaratie ontvangen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het specialisme waar een patiënt is geweest en de geregistreerde diagnose. In de tweede helft van 2014 volgt er een uitbreiding van de zorgnota met de uitgevoerde zorgactiviteiten (dit geldt voor declaraties van dbc-zorgproducten geopend vanaf 1 juni 2014). De zorgnota van ggz-zorg wordt verbeterd door de informatie op de nota in 2014 uit te breiden met onder andere de zorgvraagzwaarte indicator, de verwijzer, en de tijd per behandeling en per behandelaar (waarbij onderscheid wordt gemaakt in hoofd- en medebehandelaren). Met veldpartijen is afgesproken dat ook de diagnose zal worden toegevoegd aan de zorgnota. In verband met de noodzakelijke privacytoets komt deze in 2015 op de factuur als de privacytoets met een positief advies wordt afgelegd. Ten algemene zullen zorgverzekeraars verzekerden meer gaan wijzen op de mogelijkheden om de zorgnota in te zien. Dit kan in de «mijnomgeving» en op verzoek op papier. Dit vraagt ook om een betere toelichting bij de zorgnota. Bijvoorbeeld over de werking van het dbc-systeem. Dit hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk opgepakt.

De Kamer ontvangt binnenkort de voortgangsbrief «kostenbewustzijn» waar in ik nader zal ingaan op de geplande verbeteringen.

Vraag 78

Zijn er ten aanzien van de duidelijke zorgnota ook afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over een helder declaratieoverzicht? Zo ja, wat is de inhoud van deze afspraken? Zijn er afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over signalen van verzekerden over foute declaraties van zorgaanbieders? Zo ja, welke?

Antwoord 78

Zie ook het antwoord op vraag 77.

Met zorgverzekeraars is afgesproken dat zij nagaan in hoeverre de bestaande procedures rondom de melding van onjuiste declaratie duidelijk zijn voor de verzekerde. Waar dit nodig is zullen zorgverzekeraars de procedures verbeteren. Tevens zal uit de procedure moeten blijken dat de zorgverzekeraar het eerste aanspreekpunt is voor de verzekerde. Dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar de regie neemt in het beantwoorden van de vraag danwel het afhandelen van de klacht omtrent een onjuiste declaratie en zo nodig hierover namens de verzekerde contact opneemt met de zorgaanbieder, om op die manier te voorkomen dat de verzekerde van «het kastje naar de muur» wordt gestuurd. Er zullen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook afspraken worden gemaakt over samenwerking zodat klachten of vragen over declaraties op een goede manier worden afgehandeld.

Vraag 79

Hoe komt het dat nog steeds niet alle ziekenhuizen een gecertificeerd VMS hebben?

Antwoord 79

Op twee na, hebben alle ziekenhuizen op dit moment een certificaat volgens de IGZ. Een van de ziekenhuizen die op dit moment nog niet gecertificeerd is zal naar verwachting binnen afzienbare periode ook gecertificeerd zijn en het andere ziekenhuis staat onder verscherpt toezicht van de IGZ.

De veiligheidsnorm (NTA8009:2011) geldt voor alle organisaties voor medisch specialistische zorg ziekenhuizen in Nederland dus ook voor de zelfstandige behandelklinieken die lid zijn van de brancheorganisatie ZKN. De VMS eisen zijn officieel per 1 januari 2013 onderdeel van het ZKN keurmerk.

Dat betekent dat de zelfstandige behandelklinieken vanaf januari in 2013 geaudit worden op de VMS eisen willen zij hun lidmaatschap van ZKN kunnen continueren. ZKN ondersteunt de klinieken met het behalen van het VMS met haar ZKN veiligheidsprogramma en krijgt hiervoor subsidie gedurende de looptijd van het programma (1 april 2012 – 1 april 2015). Jaarlijks wordt iedere aangesloten kliniek opnieuw getoetst aan de normen van het ZKN-keurmerk.

Vraag 80

Welke rol ziet de minister voor de andere partijen in de eerste lijn naast de huisarts om de beoogde doelen in het hoofdlijnenakkoord, waaronder substitutie, te realiseren? Op welke manier worden andere partijen in de eerste lijn betrokken worden bij de uitwerking van het hoofdlijnenakkoord?

Antwoord 80

Bij de totstandkoming van het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 zijn naast de huisartsen (via de Landelijke Huisartsen Vereniging) ook

vertegenwoordigers van Landelijke Organisatie voor Keten zorg, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, de Vereniging Huisartsenposten Nederland en Zorgverzekeraars Nederland betrokken. Zij hebben alle een rol bij het realiseren van de doelen in het akkoord. Bij de uitwerking van de inhoudelijke agenda van het akkoord hebben deze partijen het initiatief genomen om op korte termijn plannen van aanpak op te stellen en daarbij actief relevante andere eerstelijnsaanbieders te betrekken, zoals apothekers, psychologen, verpleegkundigen en paramedici.

Vraag 81

Kunt u een integraal financieel overzicht geven voor de periode 2014–2017 van alle maatregelen die voortvloeien uit de afspraken gemaakt in de Hoofdlijnenakkoorden voor de medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord 81

Onderstaande tabel geeft een overzicht van alle maatregelen (zowel ombuigingen als intensiveringen) die te herleiden zijn naar de Hoofdlijnenakkoorden medisch-specialistische zorg, ggz en huisartsenzorg van 16 juli 2013. Opgemerkt dient te worden dat zowel maatregelen zijn opgenomen waartoe al eerder is besloten en onderdeel waren van het regeerakkoord Rutte-Verhagen (bijvoorbeeld de governance ziekenhuizen) of Rutte-Asscher (bijvoorbeeld de beperking van de groei van autonome groei naar 2% bij de medisch-specialistische zorg en ggz en 2,5% bij de huisartsenzorg) als additionele afspraken (zoals de beperking van de groei naar 1,5% in 2014 en 1% vanaf 2015 en de substitueruimte voor huisartsen van 1% in 2014 en 1,5% in latere jaren).

Voor een nadere toelichting van de maatregelen kan verwezen worden naar het Financieel Beeld Zorg in de VWS-begroting 2014 (pagina 171–175, 211, 217–222, 234–239 en 281).

Maatregelen in relatie tot de Hoofdlijnenakkoorden (* € 1 mln)	2014	2015	2016	2017
Neerwaartse bijstelling groei t.o.v. RA Rutte-Asscher	- 250	- 500	- 750	- 1.000
Bijstelling honoraria medisch specialisten (RA Rutte-Asscher)		- 100	- 100	- 100
Transitie integrale tarieven		50	50	50
Dekking intensivering wijkverpleegkundigen (RA Rutte-Asscher)		- 50	- 100	- 250
Substitutie huisartsenzorg	25	62	100	139
Oploop maatregelen (RA Rutte-Verhagen)				- 40
Governance ziekenhuizen (RA Rutte-Verhagen)			- 30	- 65
Doelmatig voorschrijven medisch specialisten	- 7			
Patiëntenparticipatie	3	3	3	3
Totaal	- 229	- 535	- 827	- 1.263

Vraag 82

In relatie tot het hoofdlijnenakkoord dat met de huisartsen is gesloten krijgen de huisartsen er 1,5% (2015–2017) bij als zij aantoonbaar zorg uit de tweede lijn opvangen en voorkomen wordt dat mensen naar duurdere 2e lijn wordt doorverwezen. Hoe wordt dit precies gemeten en wordt ook gemeten of de zorg van voldoende kwaliteit is?

Vraag 313

Hoe wil de minister het inzichtelijk maken dat aantoonbaar substitutie heeft plaatsgevonden?

Antwoord 82 en 313

Om aan te tonen dat er daadwerkelijk zorg wordt verschoven van de tweede lijn naar de eerste lijn is in het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 afgesproken dat partijen gezamenlijk een substitutiemonitor ontwikkelen die hierin inzicht moet geven. Zorgverzekeraars Nederland heeft het initiatief genomen om, in overleg met de betrokken partijen uit de eerste en de tweede lijn, een voorstel voor deze substitutiemonitor te maken. Het uitgangspunt is dat voorafgaand aan een jaar, op basis van (lokale en regionale) afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over te substitueren zorg, een beeld kan worden gekregen van de omvang van de substitutie. Vervolgens wordt er na afloop van een jaar op basis van de realisatiecijfers (CVZ met medewerking van VEKTIS) inzicht gekregen in hoeverre de gemaakte afspraken zijn gerealiseerd.

Vraag 83

In de eerste lijn komt een nieuw bekostigingssysteem waarmee er ruimte komt voor het belonen van gezondheidsuitkomsten. Hoe wordt dit concreet vormgegeven?

Vraag 286

Welke indicatoren voor gezondheidsuitkomsten zijn er ontwikkeld? Welke criteria worden hierbij gehanteerd?

Antwoord 83 en 286

De ruimte in het nieuwe bekostigingsmodel betekent dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen afspraken te maken over het belonen van (gezondheids)uitkomsten via nog nader uit te werken prestaties, die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal gaan vaststellen. Om partijen op weg te helpen is in het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 afgesproken dat partijen, onder regie van de NZa, voor 1 maart 2014 een beperkt aantal nieuwe prestaties ontwikkelen op het vlak van doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek, service en bereikbaarheid. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) werkt, samen met zorgverzekeraars en de NZa, aan de ontwikkeling van indicatoren bij deze prestaties. Het is niet verplicht om deze prestaties te contracteren, maar wanneer partijen besluiten om over deze thema's afspraken met elkaar te maken, dan gebeurt dat aan de hand van de ontwikkelde prestaties. Daarmee wordt uniformiteit beoogd, hetgeen helderheid schept zowel voor aanbieders als zorgverzekeraars. Daarnaast staat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij om ook over andere thema's afspraken te maken om uitkomsten te belonen.

Vraag 84

Wat zijn de populatiegebonden kenmerken waar de bekostigingssystematiek gebruik van gaat maken?

Vraag 278

Hoe wordt het nieuwe bekostigingssysteem uitgewerkt dat gebruik maakt van populatiegebonden kenmerken als indicatie van zorgbehoefte, en wanneer moet dat tot stand zijn gekomen?

Antwoord 84 en 278

Binnen de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zullen in het eerste segment de huidige kenmerken van leeftijd en achterstandswijken (op basis van postcode) worden behouden voor differentiatie van het inschrijftarief. Daarnaast laat ik – mede ten behoeve van de vormgeving van het tweede segment – onderzoek doen naar populatiekenmerken die van invloed zijn op de zorgvraag van een patiënt. De uitkomsten van dit onderzoek verwacht ik in januari 2014. De NZa zal de periode tot maart 2014 gebruiken om samen

met partijen de hoofdlijnen van het nieuwe bekostigingsmodel nader uit te werken. De uitkomsten van het onderzoek naar populatiekenmerken dienen hiervoor mede als input. De NZa zal mij hierover in het voorjaar adviseren. Ik streef ernaar om op basis van dit advies hierna zo spoedig mogelijk duidelijkheid te geven over de precieze invulling van de bekostigingssystematiek per 2015.

Vraag 85

Waarom wordt de concentratie en specialisatie van SEH's gekoppeld aan bekostiging en niet aan kwaliteit?

Antwoord 85

Concentratie en specialisatie van SEH's wordt door zorgverzekeraars opgepakt aan de hand van een «kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg» (januari 2013), die door de gezamenlijke zorgverzekeraars als uitgangspunt wordt genomen. Zorgverzekeraars onderscheiden verschillende medisch complexe spoedeisende zorgstromen met daarnaast een organisatiemodel voor de basis spoedzorg (HAP/ SEH). Dit betekent dat concentratie en specialisatie door zorgverzekeraars, die verantwoordelijk zijn voor het contracteren van de zorg, wel degelijk ook wordt gekoppeld aan kwaliteit. In het verlengde daarvan wordt gewerkt aan het wegwerken van knelpunten in de bekostiging en een mogelijk nieuwe bekostiging om de integratie van SEH-zorg en HAP-zorg te ondersteunen.

Vraag 86

Welke maatregelen neemt de minister om het tekort aan medisch personeel, zowel verpleegkundigen als geriatrisch oncologen, op te vangen en personeel goed op te leiden, zodat zij de juiste zorg kunnen geven aan de oudere kankerpatiënt?

Antwoord 86

Er is mij, en ook de relevante verenigingen, op dit moment geen tekort bekend aan medisch personeel in de zorg aan de oudere kankerpatiënten. Dit geldt zowel voor verpleegkundigen als geriatrische oncologen. Meer in het algemeen geldt dat de volgende instrumenten in het bepalen van de capaciteit van de opleidingen voor deze beroepsbeoefenaren aan de orde zijn.

Het Capaciteitsorgaan raamt periodiek de aantallen op te leiden internisten. Binnen de opleiding interne geneeskunde bestaat een differentiatie medische oncologie van 18 maanden, die een verdiepingsstage geriatrische oncologie van 6 maanden kent. De raming van aantallen internisten is opgebouwd uit de behoefte aan de onderliggende differentiaties en verdiepingen. De adviezen van het Capaciteitsorgaan worden door VWS vastgesteld en gelden als uitgangspunt voor het aantal op te leiden internisten in het Opleidingsfonds voor de medische vervolgoedingen. Zorginstellingen ontvangen een beschikbaarheidsbijdrage voor het opleiden van oncologie verpleegkundigen. Per gediplomeerde krijgen zorginstellingen een vergoeding. Het Capaciteitsorgaan komt eind 2014 met ramingen van de opleidingsbehoefte van gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel, waaronder de oncologie verpleegkundigen.

Vraag 87

Kunt u in het kader van de hoofdlijnenakkoorden aangeven wat de verklaring is van de afgelopen jaren minder sterk gestegen zorgvraag-groei? Kunt u, indien dit niet het geval is, aangeven op basis waarvan u heeft besloten om te komen tot de aangegeven groeipercentages?

Antwoord 87

Verschillende partijen hebben inmiddels aangegeven er van uit te gaan dat de zorgvraag in 2012 en 2013 minder sterk is gestegen dan in voorgaande jaren. Ik heb daar kennis van genomen, maar tegelijkertijd moet ik wel vaststellen dat ik nog niet beschik over definitieve realisatiecijfers over deze jaren. Of de veronderstelde teruggang van de zorgvraag zich ook daadwerkelijk in de uitgaven zal materialiseren en of partijen binnen de budgettaire kaders zijn gebleven staat dus nog helemaal niet vast.

Ik vind het daarom te vroeg om te speculeren over eventuele verklaringen voor de vermoede beperking van de zorgvraaggroei. Wel is het zo dat de inhoudelijke agenda die in de akkoorden is neergezet ten aanzien van onder meer gepast gebruik, het terugdringen van praktijkvariatie en verspilling, concentratie en spreiding en substitutie naar de eerste lijn daadwerkelijk vorm begint te krijgen. Partijen hebben elkaar vanuit die vaststelling gevonden in de inzet voor een verdere verlaging van de uitgavengroei. Deze lagere uitgavengroei van macro 1,0% zal grosso modo aansluiten bij de demografische groei in Nederland. Bovendien kan het verhogen van het eigen risico ook bijdragen aan lagere zorgvraag. Daarnaast doen we momenteel onderzoek. De definitieve cijfers daarvan zijn pas in 2015 beschikbaar.

Vraag 88

Kunt u aangegeven wat het betekent voor de patiëntenzorg als de groei van de zorgvraag in het komende jaar de beoogde maximale groei van 1,5% overstijgt?

Antwoord 88

Laat ik ten eerste vaststellen dat de genoemde 1,5% een landelijk maximum groeipercentage is. In afspraken tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders is er voor de zorguitgaven, afhankelijk van bijvoorbeeld een afwijkende lokale of regionale zorgvraag, differentiatie op de inkoop van zorg mogelijk.

Ik heb geen aanleiding te veronderstellen dat partijen niet uit de voeten zouden kunnen met deze maximale landelijke groei van de uitgaven. Het is aan partijen om de groei van de zorgvraag binnen de beschikbare middelen te accommoderen. Daarvoor hebben partijen diverse mogelijkheden om de zorgvraag binnen de afgesproken financiële kaders op te vangen door bijvoorbeeld efficiënter te werken of meer te focussen op gepast gebruik en zinnige en zuinige zorg. Op die manier kunnen partijen meer en betere zorg leveren binnen het beschikbare budget (het maximale groeipercentage betreft het budget en niet over de feitelijk verleende zorg). Hoe dan ook geldt dat de in het akkoord gemaakte afspraken verzekeraars niet vrijwaren van hun wettelijke zorgplicht. Partijen hebben daarnaast expliciet afgesproken zich tot het uiterste inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen. De groei van het percentage is gelijk aan de demografische ontwikkeling. Ik ben derhalve van mening dat daling van het volume zonder wachtlijstenooploop mogelijk moet zijn.

Vraag 89

Kunt u aangeven hoe u de afgesproken ontwikkeling van de zorguitgaven in het hoofdlijnenakkoord gaat monitoren?

Antwoord 89

Voor wat betreft de informatievoorziening over de uitgaven in de medisch-specialistische zorg verwijs ik ten eerste naar mijn eerste tussenrapportage van 4 juli jl. over verbetering van de informatievoorziening over de zorguitgaven (Kamerstuk 29 248, nr. 254). Daarin zijn voor de medisch-specialistische zorg maatregelen aangekondigd zoals verkorting van de maximale dbc-duur, stroomlijning van de administratieve processen, harmonisatie van de verschillende uitgavenbegrippen, het monitoren van de informatie uit de contracten, het inzichtelijk maken van het onderhanden werk, het ontsluiten van de declaratie-informatie met behulp van Zorgprisma en het koppelen van de diagnose volgens ICD-10 aan de declaratie. Deze voorstellen leveren een bijdrage aan de versnelling van de informatie over de uitgaven in de medisch specialistische zorg, aan de monitoring en aan de verklaring van de ontwikkelingen in de uitgaven.

Ook de NZa heeft een belangrijke rol bij de monitoring. In genoemde brief heb ik tevens aangegeven dat ik de NZa de opdracht heb gegeven om de informatie over door verzekeraars en aanbieders afgesloten contracten op te vragen, te analyseren en mij hierover te rapporteren. Deze informatie kan het startpunt voor de monitoring vormen. Het eerste jaar zullen nog geen conclusies kunnen worden verbonden aan de contractinformatie, maar na verloop van tijd zal deze informatie beter kunnen worden geïnterpreteerd. Daarnaast rapporteert de NZa in de jaarlijkse marktscans over (onder andere) het beloop van de uitgaven en de wachtlijsten.

Aanvullend hierop vindt er overleg plaats met de bij het akkoord betrokken partijen om te bezien of de bij elke partij aanwezige informatie mogelijk benut kan worden voor monitoring van de ontwikkeling van de uitgaven in relatie tot de in het akkoord gemaakte financiële afspraken.

Vraag 90

Kunt u aangeven wat de reden is om grensoverschrijdende uitgaven in lijn te brengen met de overige sectoren? Kunt u aangeven om welk type zorg dit gaat; electief of acuut? Als het merendeel van de grensoverschrijdende uitgaven betrekking heeft op spoedeisende zorg gedurende werk of vrije tijd, die een logisch gevolg is van het vrij verkeer van personen – ligt het volgens u dan voor de hand om ondanks de toegenomen mobiliteit toch op 1% uitgavengroei te sturen? Kunt u aangeven of dat überhaupt mogelijk is gelet op de Europese regelgeving rond de vrijheid om gezondheidszorg te ontvangen in de hele EU?

Antwoord 90

De snelle stijging van de uitgaven is niet in lijn met het kabinetsbeleid, waarin een zeer beheerste groei van de Nederlandse zorguitgaven centraal staat. Daarom is het van belang meer inzicht te krijgen in de oorzaken van de stijgende uitgaven aan grensoverschrijdende zorg en om welke zorg het gaat. Momenteel is dit nog onduidelijk. In september 2013 is een IBO naar grensoverschrijdende zorg gestart. Dit IBO probeert zoveel mogelijk informatie over de grensoverschrijdende zorg en de stijgende uitgaven daaraan te achterhalen. In 2014 wordt dit IBO afgerond. Het kabinet zal naar aanleiding van het IBO een standpunt innemen.

Vraag 91

Welk aandeel binnen het «succesvolle beleid» geneesmiddelen neemt het preferentiebeleid in, hoeveel is bespaard door preferentiebeleid?

Antwoord 91

Het aandeel van het preferentiebeleid is slechts bij benadering aan te geven. Uit de marktscan van de NZa d.d. februari 2013 blijken de opbrengsten sinds de start van het preferentiebeleid cumulatief op te tellen tot € 1,2 miljard. Dit komt overeen met het antwoord wat eerder op Kamervragen van mw Bouwmeester (PvdA) over de gevolgen van het preferentiebeleid medicatie (Aanhangsel Handelingen II 2012/13, nr. 570) is aangegeven: Tot welke besparingen het preferentiebeleid precies heeft geleid is lastig aan te geven omdat de (bruto-)prijzen voor geneesmiddelen ook door andere beleidsmaatregelen worden beïnvloed. Volgens Zorgverzekeraars Nederland (met als bron Informatiecentrum Vektis) hebben de zorgverzekeraars door het toepassen van preferentiebeleid voor geneesmiddelen in de periode van 2008 tot en met 2010 de maatschappij € 1,115 miljard bespaard. De opbrengst van het preferentiebeleid loopt op. Enerzijds omdat er in de loop der jaren meer geneesmiddelen onder het preferentiebeleid zijn gebracht en anderzijds omdat de afzet van die geneesmiddelen (het volume) is toegenomen, nam ook het effect van het preferentiebeleid toe.

Vraag 92

Kan een overzicht gegeven worden van de binnen het geneesmiddelenbeleid afgesloten convenanten met het veld?

Antwoord 92

De vanaf 2004 binnen het geneesmiddelenbeleid afgesloten convenanten met het veld zijn: het geneesmiddelenconvenant 2004, het geneesmiddelenconvenant 2005, het geneesmiddelenconvenant 2006/2007 en het zogenaamde Transitieakkoord 2008/2009.

Vraag 93

Wat is de financiële omvang van de financiële arrangementen? Wat zijn de resultaten van de pilots tot nu toe?

Antwoord 93

Op dit moment is sprake van een financieel arrangement bij de antistollingsmedicatie NOACs en van een financieel arrangement bij de geneesmiddelen voor Pompe en Fabry.

Deze financiële arrangementen beogen te waarborgen dat de macrokosten van deze tot het basispakket toegelaten geneesmiddelen binnen aanvaardbare grenzen blijven. De fabrikanten van de geneesmiddelen verbinden zich aan een lagere geneesmiddelprijs en/of aan restitutie van kosten indien een vooraf bepaald kostenbedrag overschreden wordt. Omdat deze afspraken van invloed kunnen zijn op de prijsstelling van de geneesmiddelen in andere landen zijn de fabrikanten uitsluitend bereid tot deze arrangementen indien de financiële gegevens van het arrangement vertrouwelijk blijven.

Om deze reden kan ik geen specifieke informatie verschaffen over de omvang van de arrangementen anders dan ik eerder heb verstrekt. Over de NOACs heb ik in mijn brief van 12 november 2012 vermeld dat de kostenbesparing, afhankelijk van het gerealiseerde volume, kan oplopen tot enkele tientallen miljoenen euro's. Over het arrangement bij de middelen voor de ziekte van Pompe en Fabry heb ik in mijn brief van 3 oktober 2013 vermeld dat het gaat om een substantiele kostenbesparing.

Vraag 94

Wordt bij het doorlichten van het pakket door het CVZ ook gekeken naar de gevolgen, waaronder maagbloedingen, vanwege het niet meer vergoeden van de maagzuurremmers?

Antwoord 94

De systematische doorlichting van het pakket richt zich op de zorg die op dit moment in het pakket zit. Het doel van de doorlichting is om gepast gebruik te stimuleren en potentiële besparingen in beeld te brengen. De doorlichting richt zich dus niet op zorg die niet of niet meer in het pakket zit.

Wel heb ik u toegezegd, onder meer in het debat met uw Kamer over patiëntveiligheid in juni van dit jaar, dat ik een nieuwe herhaalstudie zal laten uitvoeren naar medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames. Zoals aangegeven wil ik in het kader van dit onderzoek het mogelijke effect van de pakketmaatregel ten aanzien van maagzuurremmers meenemen. Voor dit onderzoek wil ik gebruik maken van gegevens uit 2014. Ik zal de opdracht voor het uitvoeren van deze studie dan ook in 2014 verstrekken.

Vraag 95

Waarom wordt het voortbestaan van de restitutiepolis in het basispakket gekoppeld aan de aanscherping van artikel 13 van de Zvw? Kunnen de voor- en nadelen hiervan toegelicht worden?

Antwoord 95

De premies voor in natura verzekerde zorg zijn in het algemeen lager dan de premies voor zorg die is verzekerd op basis van vergoeding van kosten (restitutie). Uit doelmatigheidsoverwegingen was in het Regeerakkoord het voornemen opgenomen om de Zorgverzekeringswet te beperken tot in natura verzekerde zorg (in het basispakket zit wat medisch noodzakelijk is en in de aanvullende verzekering de extra's). Dit vindt zijn oorsprong in het advies van de Commissie-Baarsma. Conform het hoofdlijnenakkoord zien we hiervan af. De aanscherping van artikel 13 is heel belangrijk omdat verzekeraars moeten inkopen op kwaliteit en prijs. Als ze verplicht worden niet gecontracteerde zorg te vergoeden zorgt dit niet alleen voor een financiële weglek maar ontnemt het ook het zicht op kwaliteit. In het hoofdlijnenakkoord zijn ook afspraken gemaakt over de verbetering van de kwaliteit. Daarnaast heeft de verzekerde recht op betere informatie over waarvoor hij verzekerd is en waarvoor niet.

Vraag 96

Kunt u aangeven wat u in het kader van het pakket gaat doen tegen een te ruim voorschrijfgedrag, bijvoorbeeld buiten het indicatiegebied of bij doelgroepen/patiënten bij wie de effectiviteit minder sterk is?

Antwoord 96

Ten aanzien van het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen is in het recent afgesloten bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014 -2017 afgesproken dat huisartsen jaarlijks structureel € 50 miljoen zullen besparen.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), DBC-Onderhoud, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Regieraad Kwaliteit van Zorg, Zorgonderzoek Nederland (ZonMw) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) hebben de handen ineengeslagen om ongepast gebruik zichtbaar te maken én te bestrijden. Zij hebben daartoe in 2011 het convenant gepast gebruik afgesloten. Door vroegtijdig acties op het gebied van verzekering,

financiering, toezicht, richtlijnen, onderzoek en informatievoorziening af te stemmen, verwachten de initiatiefnemers de komende tijd goede resultaten te boeken. De rol van het CVZ hierbij vind ik belangrijk omdat het van het grootste belang is dat zorg die in het verzekerde pakket zit alleen wordt toegepast als patiënten daar redelijkerwijs op aangewezen zijn. Zo kan een breed pakket betaalbaar gehouden worden. Het eveneens bij CVZ ondergebrachte kwaliteitsinstituut heeft tot taak gekregen te bevorderen dat professionele standaarden tot stand komen die (onder andere) de indicatiegebieden voor bepaalde zorgvormen helder omschrijven. Het opstellen van professionele standaarden blijft in eerste instantie de rol van de professionals en het kwaliteitsinstituut zal die rol alleen overnemen als dat niet anders kan.

Vraag 97

Wat wordt verstaan onder «relatief lichte zorgvragen»? Waar ligt de grens tussen relatief licht en zwaar? Waaruit blijkt dat relatief lichte zorgvragen nog te vaak behandeld worden vanuit een medisch perspectief?

Antwoord 97

Er is geen definitie van het begrip «relatief lichte zorgvraag», net zo goed als de grens tussen licht en zwaar niet precies is aan te geven. Met deze passage in de brief over de houdbaarheid van de langdurige zorg werd met name aandacht gevraagd voor het feit dat er in de langdurige zorg soms onvoldoende wordt gekeken naar de «vraag achter de vraag», en het feit dat de inzet van de zorg primair is gericht op het opheffen van het gebrek. Om een voorbeeld te noemen: wanneer iemand hulp vraagt bij het douchen, kan dat zijn omdat er sprake is van herstel na een operatie. In dat geval is de zorgvraag duidelijk. Het kan echter ook een ouder iemand betreffen die al een aantal malen in huis is gevallen wegens afnemende stabiliteit. Achter deze zorgvraag gaat waarschijnlijk de angst schuil om nog een keer te vallen, zeker in de badkamer. De zorgvraag kan dan worden opgelost door drie maal per week iemand langs te sturen die de persoon in kwestie onder de douche wast. Daarmee wordt een handeling overgenomen en «het gebrek» opgelost. Wanneer het gaat om iemand die eigenlijk nog in staat is om zichzelf te douchen of wassen, zou de zorg ook gericht kunnen zijn op het opnieuw zelfstandig maken van de persoon in kwestie door de angst bespreekbaar te maken en met behulp van bijvoorbeeld ergotherapie nieuwe vaardigheden aan te leren, eventueel in combinatie met een hulpmiddel. De inzet van de zorg is in dat geval gericht op het weer veilig en zelfstandig kunnen douchen.

Hierboven is geïllustreerd dat in de zorg het handelingsperspectief nu vooral is gericht op het wegnemen van «medische gebreken». Daardoor staat niet (per definitie) de kwaliteit van leven of het behoud van welbevinden centraal. Een en ander kan zelfs leiden tot vergroting van afhankelijkheid, in plaats van het vergroten van de zelfredzaamheid en weerbaarheid van de burger. De kwaliteitsverbetering die de staatssecretaris met de houdbaarheid van de langdurige zorg nastreeft, gaat er vanuit dat professionele zorg nodig is om een zo normaal mogelijk leven te blijven leiden. Door de inzet van professionele zorg wordt een zo groot mogelijk welbevinden bereikt, waarbij een zinvol bestaan en aandacht voor mogelijkheden voorop staan.

Vraag 98

Hoe kan het dat «de (financiële) mogelijkheden van de mensen zelf of hun sociale omgeving onvoldoende worden benut» als de eigen bijdrage inkomensafhankelijk is?

Antwoord 98

De eigen bijdrage is een directe bijdrage van de zorgontvanger. Het is daarmee een waardevolle bijdrage aan de betaalbaarheid van het zorgstelsel, maar het is van belang om vanuit een breder perspectief te kijken naar de zorgvraag van de burger. Dan is ook de inzet van mensen de sociale omgeving van de cliënt van belang.

Vraag 99

«De AWBZ heeft sinds haar introductie een sterke groei doorgemaakt.» Kan aangegeven worden wat er bij de introductie van de AWBZ precies onder de AWBZ viel? Kan vervolgens, vanaf de introductie tot en met 2013, per jaar weergegeven worden wat er aan de AWBZ werd toegevoegd, dan wel uit de AWBZ werd gehaald? Kan daarbij aangegeven worden hoeveel geld ermee gemoeid was op het moment van toevoeging aan dan wel verwijdering uit de AWBZ?

Antwoord 99

Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste wijzigingen in de afgelopen 45 jaar in de AWBZ-aanspraken. Tevens is gevraagd naar de bijbehorende budgettaire effecten. Gegeven de periode (45 jaar) waar de vraag betrekking op heeft, is het niet mogelijk binnen de beschikbare tijd op het gevraagde detailniveau te antwoorden. Wel is het mogelijk om de groei van de AWBZ-uitgaven vanaf 1972 weer te geven.

In de AWBZ is opgenomen:

Per 1 januari 1968	<ul style="list-style-type: none">– verblijf in ziekenhuizen (waaronder een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen) vanaf het tweede jaar;– verblijf in verpleeginrichtingen;– verblijf in inrichtingen voor zwakzinnigen.
Per 1 april 1968	<ul style="list-style-type: none">– verblijf in inrichtingen voor zintuiglijk gehandicapten.
Per 1 januari 1970	<ul style="list-style-type: none">– verblijf in de medische kinderdagverblijven.
Per 1 januari 1971	<ul style="list-style-type: none">– plaatsing in een medisch kleuterdagverblijf;– verblijf in Het Dorp.
Per 1 januari 1973	<ul style="list-style-type: none">– plaatsing in een dagverblijf voor gehandicapten.
Per 1 januari 1974	<ul style="list-style-type: none">– het vaccinatieprogramma– het onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten.
Per 1 januari 1976	<ul style="list-style-type: none">– verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor lichamelijk gehandicapten;– verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor zintuiglijk gehandicapten– verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor zwakzinnigen.
Per 1 januari 1980	<ul style="list-style-type: none">– hulp vanwege een kruisorganisatie.
Per 1 januari 1982	<ul style="list-style-type: none">– hulp door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).
Per 1 januari 1987	<ul style="list-style-type: none">– (ambulante) zorg aan visueel gehandicapten.
Per 1 januari 1989	<ul style="list-style-type: none">– onderzoek bij zwangeren naar het vóórkomen van hepatitis-B virus;– verblijf in een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW);– hulpmiddelen;– eerste jaar psychiatrisch ziekenhuis/psychiatrische afdeling;– niet-klinische psychiatrische hulpverlening AWBZ;– poliklinische psychiatrische deeltijdbehandeling.
Per 1 januari 1992	<ul style="list-style-type: none">– farmaceutische zorg;– paramedische zorg;– het erfelijkheidsonderzoek;– de audiologische hulp;– revalidatiezorg.
Per 1 januari 1997	<ul style="list-style-type: none">– thuiszorg (samenvoeging van hulp door een kruisorganisatie met de vanaf 1989 uit AFBZ gesubsidieerde gezinsverzorging).
Per 1 januari 1998	<ul style="list-style-type: none">– flexibilisering van de aanspraak op geestelijke gezondheidszorg waardoor zorg onder de aanspraken werden gebracht die tot die tijd gesubsidieerd werd uit het AFBZ op grond van de subsidieregeling voor zorg op maat geestelijke gezondheidszorg.

In de AWBZ is opgenomen:

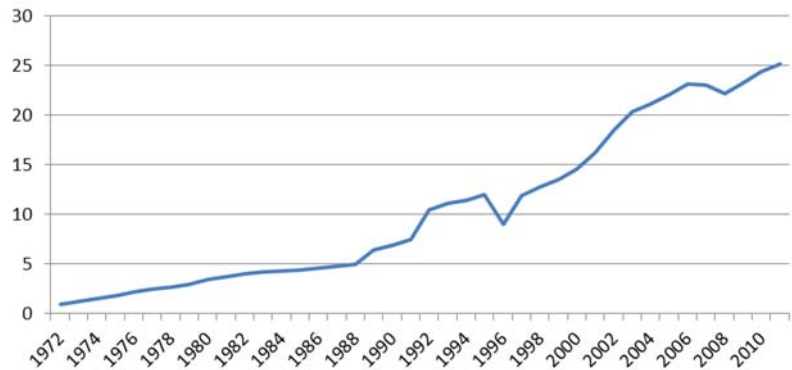
Per 1 januari 1999	<ul style="list-style-type: none">– zorg door een sociaal pedagogische dienst;– flexibilisering van de aanspraak op verstandelijk gehandicaptenzorg waardoor zorg onder de aanspraken werden gebracht die tot die tijd gesubsidieerd werd uit het AFBZ op grond van de subsidieregeling voor zorg op maat verstandelijke gehandicaptenzorg en op grond van de subsidieregeling intensieve begeleiding bij het zelfstandig wonen en bevordering doorstroming.
Per 1 januari 2001	<ul style="list-style-type: none">– zorg door een verzorgingshuis (vanaf 1997 gesubsidieerd uit AFBZ)– flexibilisering van de aanspraak op verpleging en verzorging waardoor zorg onder de aanspraken werden gebracht die tot die tijd gesubsidieerd werd uit het AFBZ op grond van de subsidieregeling voor zorg op maat verpleging en verzorging en op grond van de subsidieregeling budgettaire neutrale substitutie en zorgvernieuwend projecten verpleging en verzorging
Per 1 januari 2002	<ul style="list-style-type: none">– flexibilisering van de aanspraak op lichamenlijk en zintuiglijk gehandicaptenzorg waardoor zorg onder de aanspraken werden gebracht die tot die tijd gesubsidieerd werd uit het AFBZ op grond van de subsidieregeling budgettaire neutrale substitutie zorg voor zintuiglijk gehandicapten en op grond van de subsidieregeling gezinsbegeleiding auditief gehandicapten. Daarnaast werd begeleiding aan volwassen auditief gehandicapten onder de aanspraak gebracht waarvoor tot die tijd de instelling Sint Michielgestel en de Stichting O&M te Gouda gefinancierd werden uit de Welzijnswet 1994.
Per 1 januari 2006	<ul style="list-style-type: none">– doventolkzorg
Per 1 januari 2012	<ul style="list-style-type: none">– tijdelijke aanspraak ADL-assistentie (ADL-assistentie werd tot die tijd gesubsidieerd uit het AFBZ)

Uit de AWBZ is verwijderd:

Per 1 januari 1980	<ul style="list-style-type: none">– hulp vanwege een kruisorganisatie.
Per 1 januari 1989	<ul style="list-style-type: none">– verblijf in de medische kinderdagverblijven;– plaatsing in een medisch kleuterdagverblijf.
Per 1 januari 1992	<ul style="list-style-type: none">– hulpmiddelen;– farmaceutische zorg;– paramedische zorg;– erfelijkheidsonderzoek;– audiologische hulp;– revalidatiezorg.
5. Per 1 januari 2003	<ul style="list-style-type: none">– onderzoek bij zwangeren naar dragerschap van het hepatitis-B-virus.
6. Per 1 januari 2005	<ul style="list-style-type: none">– dieetadvisering.
7. Per 1 januari 2007	<ul style="list-style-type: none">– huishoudelijke verzorging.
8. Per 1 januari 2008	<ul style="list-style-type: none">– eerste jaar verblijf in een psychiatrische instelling;– behandeling in verband met een psychiatrische aandoening;– ondersteunende begeleiding in verband met een somatische of psychosociale grondslag wordt beperkt.
9. Per 1 januari 2009	<ul style="list-style-type: none">– persoonlijke verzorging en begeleiding in verband met een psychosociale grondslag.– Prenatale zorg.
10. Per 1 januari 2013	<ul style="list-style-type: none">– geriatrische revalidatie;– verpleegartikelen (bruikleen hulpmiddelen).

Zoals in de bijlage bij de brief over de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning is aangegeven, zijn de uitgaven gestegen van € 275 miljoen bij aanvang naar € 25,1 miljard in 2011. De reële zorguitgaven stijgen sinds het begin van deze eeuw met circa 4,3% per jaar. Dit is bijna drie keer zoveel als de structurele economische groei.

Figuur: Ontwikkeling AWBZ-uitgaven vanaf 1972 (in mld. euro's; bron CBS)



Vraag 100

Welke kosten brengt het bezuinigen op de huishoudelijke hulp precies met zich mee? Hoe is tot dit bedrag gekomen?

Antwoord 100

De korting van € 89 miljoen in 2014 uit het Regeerakkoord op het budget voor huishoudelijke hulp is ongedaan gemaakt. In 2015 is de korting verzacht met € 510 miljoen en vanaf 2016 en verder zal de verzachting ten opzichte van het Regeerakkoord € 530 miljoen bedragen.

	2014	2015	2016	2017	2018
Korting Regeerakkoord	- 89	- 975	- 1.140	- 1.140	- 1.140
Verzachting	89	510	530	530	530
Bijgestelde korting	0	- 465	- 610	- 610	- 610

Met het beperken van het budget voor de huishoudelijke hulp is dus een besparing gemoeid van € 610 miljoen structureel. De transitiekosten bij aanbieders en gemeenten die samenhangen met deze maatregel worden niet door ons gemeten.

Vraag 101

Wanneer vindt er onderzoek plaats welke zorgvraag en zorgomvang onder de kern-AWBZ valt, en welk financieel kader daarvoor nodig is?

Antwoord 101

Een nieuwe wet gaat de huidige AWBZ vervangen. De werknaam van die wet is de Wet Langdurige Intensieve Zorg (Wet LIZ). Doelgroep van de nieuwe wet zijn ouderen en mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen.

Het CIZ bepaalt op basis van toelatingscriteria of iemand al dan niet tot de nieuwe wet behoort. Bij de totstandkoming van de toegangscriteria zijn reeds verschillende veldpartijen en experts betrokken. In grote lijnen gaat het bij de afbakening van het recht op zorg vanuit de nieuwe wet LIZ om mensen die zodanige beperkingen hebben dat zij een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dit kan het gevolg zijn van fysieke of zware regieproblemen.

Deze criteria zijn in september als onderdeel van de concept wet geconsulteerd. Geconsulteerde partijen hebben hierbij reactie kunnen geven op de criteria. Nadere uitwerking van de criteria op basis van de consultaties

vindt de komende tijd plaats. Welk financieel kader hiermee gemoeid is maakt daar onderdeel van uit. Indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer, inclusief de toegangscriteria, is voorzien voor het vierde kwartaal van 2013.

Vraag 102

Wat is het verwachte aantal mensen met indicatie ZP 5 en ZP 7 in 2014? Hoeveel mensen met deze indicatie hebben een plaats in een zorginstelling gehad tussen 2010 – 2013? Is hier sprake van een toename, en hoe is dat te verklaren?

Vraag 103

De meest kwetsbare mensen houden recht op een plaats in een zorginstelling die onder de kern-AWBZ valt. Kunt u een inzicht geven in het verwachte aantal mensen met dementie dat in 2014 aanspraak zal maken op een plaats in een zorginstelling? Is hier sprake van een toename t.o.v. andere jaren? Zo ja, hoe verklaart u deze toename?

Vraag 262

Hoeveel mensen met dementie maken in de jaren 2012–2014 aanspraak op intramurale AWBZ-gefinancierde V&V-zorg, en welke bedragen en groeipercentages zijn hiermee gemoeid

Antwoord 102, 103 en 262

Aan het eind van het vierde kwartaal van 2012 hebben 80.245 personen een indicatie voor zorg met verblijf met een psychogeriatrische aandoening als dominante grondslag. Voor 2013 is nog geen exact cijfer bekend. In de voorgaande jaren zien we een trend van afnemende groei. Of deze ontwikkeling zich verder doorzet hangt af van verschillende factoren. Enerzijds komen er steeds meer ouderen met dementie die op enig moment een beroep kunnen en/of zullen doen op zorg in een instelling. Dit is demografisch te verklaren.

Anderzijds is de trend dat mensen met dementie steeds langer thuis kunnen en willen worden verzorgd. Dit is onder meer te verklaren door de grotere aandacht voor verzorging en ondersteuning thuis en voor ketenzorg dementie.

In onderstaande tabel is voor 4 peilmomenten over de periode 2009–2012 het aantal personen weergegeven met een verblijfsindicatie met een psychogeriatrische aandoening als dominante grondslag.

Aantal personen met indicatie zorg met verblijf en grondslag psychogeriatrisch op peildatum

Jaar	Aantal personen	Groei per jaar in %
2009	70.585	
2010	74.300	5,3
2011	77.485	4,3
2012	80.245	3,6

Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl

Peildatum is 2^e vrijdag van november 2012.

Er is geen een-op-een-relatie tussen het aantal verblijfsgeïndiceerde personen met een psychogeriatrische grondslag en het aantal plaatsen dat bekostigd wordt voor dementiezorg. Cliënten kunnen er immers voor kiezen om thuis te blijven wonen met extramurale zorg of een pgb. Het aantal plaatsen en de uitgaven voor intramurale dementiezorg kunnen als volgt worden benaderd. De meeste mensen met een dominante grondslag PG worden geïndiceerd voor een zorgzwaartepakket 5 VV (in 2012: 68%). De andere personen met PG worden vooral geïndiceerd voor

een ZZP 4 VV of ZZP 7 VV. Van de personen met een ZZP 4 VV heeft ruim 40% de dominante grondslag PG.

Op basis hiervan kunnen het aantal plaatsen en de directe uitgaven voor intramurale dementiezorg bij benadering als volgt worden weergegeven.

Aantal plaatsen en uitgaven van intramurale dementiezorg per jaar

	Aantal plaatsen	Groei per jaar in %	Uitgaven x € 1 miljoen	Groei per jaar in %
2010	62.070		3.534	
2011	65.546	5,6	3.777	6,9
2012	68.992	5,3	4.337	14,8

Bron: NZa

2010–2011 betreft realisatie; 2012 betreft budgetafspraken.

Het betreft de som van ZZP 4 VV (40%) + ZZP 5 VV + ZZP 7 VV, als benadering voor intramurale dementiezorg. Het aantal plaatsen is berekend als aantal dagen/365.

De uitgaven zijn exclusief toeslagen op de ZZP's en kapitaallasten.

Ook hier zien we een afnemende groei van het aantal plaatsen. De sterke groei van de kosten in 2012 weerspiegelt de extra middelen die in dat jaar ter beschikking zijn gekomen voor de langdurige zorg.

Vraag 104

Kunt u een integraal overzicht geven van alle bij de hervorming van de langdurige zorg betrokken budgetten, inclusief de huidige Wmo, de op de verschillende onderdelen toegepaste kortingen en de na de hervorming resterende budgetten voor de verschillende wetten (Zvw, kern-AWBZ, nieuwe Wmo)?

Antwoord 104

De bij de hervorming van de langdurige zorg betrokken budgetten betreffen de AWBZ-zorguitgaven van ruim € 27 miljard in 2015 en Wmo uitgaven in het kader van de huishoudelijke verzorging (€ 1,4 miljard in 2015). Dit zijn de bedragen zonder ombuiging.

De AWBZ-zorguitgaven zullen worden verdeeld over de kern AWBZ, Wmo en jeugdwet. Daarbij worden de ombuigingen, die in het antwoord op vraag 10 zijn weergegeven, in mindering gebracht. Het merendeel van de huidige AWBZ-uitgaven (circa € 17 miljard) blijft dan achter in de kern AWBZ, ruim € 1 miljard verschuift naar de jeugdwet. De overige € 7 miljard is beschikbaar voor de Wmo en de Zvw, waarbij de exacte verdeling wordt beïnvloed door de keuze voor de positionering van de extramurale persoonlijke verzorging. Hierover zult u binnenkort nog afzonderlijk worden geïnformeerd.

Voor de huishoudelijke verzorging in de Wmo is in 2015 een bedrag van circa € 1 miljard beschikbaar.

Vraag 105

Kan een overzicht gegeven worden van de ondersteuning die aan betrokken partijen gegeven zal worden tijdens het overgangsjaar bij de overheveling van taken naar de decentrale overheid? Welke concrete doelen worden gesteld bij deze ondersteuning?

Antwoord 105

Gemeenten, aanbieders, verzekeraars en cliënten- en patiëntenorganisaties worden ter voorbereiding op de decentralisatie ondersteund. Doel van de ondersteuning is te zorgen dat deze partijen klaar zijn om vanaf 2015 adequate ondersteuning te bieden aan de mensen die dat nodig hebben.

Op dit moment wordt gewerkt aan een transitieplan hervorming langdurige zorg. Dit plan ontvangt uw Kamer binnenkort. De wijze van ondersteuning vanuit het Rijk en in samenwerking tussen VWS en VNG via het TransitieBureau Wmo komt daarin aan de orde.

Vraag 106

Welke rol spelen gemeenten precies in de voorbereiding van wetgeving? Welke macht hebben zij?

Antwoord 106

Ter uitvoering van de motie Slob c.s.⁴, waarin de Kamer de regering heeft opgeroepen om bij de uitwerking van het regeerakkoord de sociale partners en organisaties in het binnenlands bestuur, de zorg en het onderwijs actief te betrekken, heeft de regering ook bij de voorbereiding van het wetsvoorstel inzake de Wmo met de VNG, met vele individuele gemeenten en met uiteenlopende sociale partners gesproken.

Dit past, wat betreft de betrokkenheid van gemeenten, ook in de afspraken die het Rijk, provincies en gemeenten hebben gemaakt om de onderlinge verhoudingen in goede banen te leiden. Deze regels zijn vastgelegd in de Code interbestuurlijke verhoudingen van de minister van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties.

Deze afspraken bevatten een wederzijds verplichting, namelijk dat overheden elkaar informeren over nieuwe beleidsvoornemens die een andere overheid raken, zodat die overheid haar beleid desgewenst tijdig kan aanpassen.

Hier volgt uit dat de concept regelgeving en het financiële kader dat daarbij past, wordt voorgelegd aan de VNG, die in de gelegenheid wordt gesteld een advies uit te brengen.

Vraag 107

Wordt het budget voor «beschermd wonen» met of zonder korting overgeheveld naar de gemeenten? Indien dit met korting is, hoe hoog is deze korting en welk percentage van het totaalbedrag is dit?

Antwoord 107

«Beschermd wonen» is onderdeel van de langdurige intramurale ggz die nu is ondergebracht in de AWBZ. Op het over te hevelen budget langdurige intramurale ggz is in het regeerakkoord geen korting voorzien.

Vraag 108

Hoe zal de afweging tussen kwaliteit en individuele keuzevrijheid bij de inzet van een pgb worden gemaakt? Op welke wijze zal worden voorkomen dat strenge kwaliteitseisen het gebruik van het pgb onnodig inperken?

Antwoord 108

Als een pgb is toegekend is de budgethouder verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en de inzet van het pgb. Op basis van het bewustekeuze-gesprek en het budgetplan gaat, voordat een budget wordt toegekend, het zorgkantoor in dialoog met de budgethouder om te bezien of aannemelijk is dat zorg en ondersteuning die door de budgethouder wordt ingeschakeld van goede kwaliteit is. Het is niet de bedoeling met strenge kwaliteitseisen het gebruik van het pgb onnodig in te perken. Wel wordt beoogd dat zorgkantoor en budgethouder in onderling overleg een goede weging maken die erop gericht is dat de cliënt de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft.

⁴ Kamerstuk 33 410, nr. 19.

Vraag 109

Waarom moet zorg en ondersteuning via het pgb goedkoper zijn dan via zorg in natura?

Antwoord 109

Voornaamste reden is dat met het pgb niet de kosten hoeven te worden gemaakt die komen kijken bij een reguliere instelling, met name overhead.

Vraag 110

Kan per sector in de langdurige zorg aangegeven worden van welk banenverlies de regering uitgaat? Welke doelen worden er gesteld om het banenverlies zoveel mogelijk te beperken?

Antwoord 110

De staatssecretaris houdt de arbeidsmarkteffecten van de agenda voor de langdurige zorg nauwlettend in de gaten. Momenteel wordt samen met sociale partners de eerste Arbeidsmarkteffectrapportage Langdurige Zorg opgesteld. Deze zal in oktober naar de Kamer worden gestuurd, vergezeld van de visie op de arbeidsmarkt in de zorg en een uiteenzetting van het arbeidsmarktbeleid.

Vraag 111

Er gaat € 14 miljoen naar het programma «In voor Zorg» om werkprocessen in te richten op de toekomst, kennis te bundelen en praktische ondersteuning te bieden. Kan een overzicht gegeven worden van de concrete doelstellingen gesteld worden bij dit programma?

Antwoord 111

Het programma In voor zorg! heeft tot doel zorgorganisaties in de langdurige zorg te ondersteunen bij het inrichten van hun werkprocessen met het oog op de toekomst. Concreet bundelt het programma bestaande kennis en biedt het organisaties praktische ondersteuning in hun eigen veranderingstraject op vier thema's te weten: bedrijfsvoering, ketenzorg, professionals en zorg op afstand. Deze verandertrajecten hebben tot doel om met minder mensen meer zorg te kunnen bieden bij gelijkblijvende of stijgende kwaliteit. Per verandertraject worden op basis van de individuele situatie bij de zorginstelling concrete doelstellingen geformuleerd, waarbij verbeteringen op onder andere de terreinen van kwaliteit, personeel of financiën dienen te worden gerealiseerd. De resultaten van deze verandertrajecten zijn alle te vinden op de website van het programma (www.invoorzorg.nl). Dat de doelstellingen worden gerealiseerd blijkt uit de aansprekende resultaten en de vele deelnemers die in het programma participeren.

Vraag 112

Wat zullen de koopkrachteffecten zijn voor de mensen die hun inkomensregelingen verliezen? Kan dit uitgesplitst worden naar 2014, 2015, 2016, 2017 en structureel?

Antwoord 112

In het herfstakkoord is afgesproken dat de fiscale regeling inclusief de TSZ in afgeslankte vorm wordt gehandhaafd. De budgettaire beslag voor de fiscale regeling bedraagt € 438 mln, waardoor er voor het gemeentelijk maatwerk € 268 mln beschikbaar is. De afschaffing blijft dus beperkt tot de CER en de Wtcg -tegemoetkoming. In onderstaande tabel zijn de in 2014 verwachte inkomenseffecten getoond die het gevolg zijn van de afschaffing van deze twee regelingen. De tabel laat zien dat het aandeel huishoudens dat er meer dan 5% op achteruit als gevolg van het afschaffen van de CER-uitkering en de algemene tegemoetkoming beperkt is (circa 1%). Voor meer dan 80% van de getroffen huishoudens blijft het

inkomenseffect beperkt tot maximaal 2%. In de getoonde effecten is geen rekening gehouden met het eventuele maatwerk van gemeenten.

Tabel. Inkomenseffecten in % besteedbaar inkomen als gevolg van het afschaffen van de CER-uitkering en de algemene tegemoetkoming, naar huishoudinkomen (exclusief de populatie in instellingen)

	< -10%	- 10 tot -5%	- 5 tot -2%	- 2 tot 0%	Totaal	Aantallen (x 1.000)
minimum	1%	2%	38%	59%	100%	200
minimum – modaal	0%	1%	26%	73%	100%	1.020
modaal – 1,5x modaal	0%	0%	3%	97%	100%	380
1,5x – 2x modaal	0%	0%	1%	99%	100%	210
2x – 3x modaal	0%	0%	0%	100%	100%	170
> 3x modaal	0%	0%	0%	100%	100%	80
Totaal	0%	1%	17%	82%	100%	2.060

Bron: berekeningen SZW o.b.v. microsimulatiemodel Micros

Vraag 113

Hoeveel geld houden mensen in een instelling maandelijks gemiddeld over na het betalen van de eigen bijdrage? Hoe hoog is dit bedrag in 2014 en in 2015?

Antwoord 113

In de brief «Samenhang Wetsvoorstellen» d.d. 10 september 2013 (TK 31 706, nr. 60), wordt er ingegaan op de inkomenseffecten van de wijzigingen op de intramurale eigen bijdrage en de overige wijzigingen ten aanzien van de CER en de Wtcg.

In bijlage 2 worden de inkomsten en uitgaven van verschillende intramurale groepen huishoudens op een rij gezet. Er wordt aangegeven wat het vrij besteedbaar inkomen is nadat de eigen bijdrage en andere vaste lasten, zoals bijvoorbeeld verzekeringen zijn betaald. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt tussen het systeem voordat alle wijzigingen zijn ingevoerd en nadat alle wijzigingen zijn ingevoerd, zoals de vereenvoudiging van de systematiek van de eigen bijdrage en het afschaffen van de CER en de Wtcg.

Uit deze bijlage blijkt dat iemand met alleen AOW in 2013 € 166 vrij te besteden had en na alle wijzigingen uitkomt op € 132. Een Wajong-er heeft in 2013 gemiddeld € 216 te besteden, na de wijzigingen komt hij uit op € 172, Voor een niet-Wajonger bedragen deze bedragen respectievelijk € 128 en € 154. Een specifieke groep betreft mensen met alleen een bijstandsuitkering die intramuraal zijn opgenomen. Zij ontvangen alleen een uitkering ter hoogte van het zak- en kleedgeld, maar betalen ook geen eigen bijdrage AWBZ. Voor deze groep bedraagt het vrij besteedbaar inkomen onder de oude systematiek € 85 en onder de nieuwe systematiek € 52.

Het grootste deel van de intramurale populatie heeft een inkomen op of rond het minimum. Voor hen geldt het hierboven geschetste beeld. Voor mensen met een (iets) hoger inkomen zal het vrij besteedbaar inkomen (iets) hoger liggen.

In 2014 en 2015 worden thans geen grote beleidswijzigingen verwacht ten opzichte van het beeld dat hierboven is geschetst. Het vrij besteedbaar inkomen zal zich dan ook in deze jaren op een gelijksoortig niveau bevinden.

Vraag 114

Gemeenten en aanbieders van zorg en welzijn moeten betere ondersteuning aan mantelzorgers bieden. Welke concrete doelstellingen heeft het kabinet hier aan zichzelf gesteld? Welke middelen gaan ingezet

worden om gemeenten en aanbieders te stimuleren tot betere ondersteuning te komen? Hoe wordt de betere ondersteuning gemeten?

Antwoord 114

Gemeenten zijn al verantwoordelijk voor de ondersteuning van mantelzorgers. Dit is in prestatieveld 4 van de huidige Wmo opgenomen. Ze hebben daar nu ook al middelen voor in het gemeentefonds.

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg (Kamerstuk 30 597, nr. 296) geeft de staatssecretaris de doelstellingen van de hervorming aan. «Meer voor elkaar zorgen» is er daar een van. Goede ondersteuning van mantelzorgers is daarvoor van belang.

In de brief Versterken, Verlichten en Verbinden van 21 juli jl. over de informele zorg (Kamerstuk 30 169, nr. 28) geeft de staatssecretaris aan wat zijn plannen zijn. Zo wordt de positie van de mantelzorger in het wetsvoorstel Wmo nadrukkelijker in de wet verankerd. In de transitie wordt specifiek aandacht besteed aan informele zorg (bijvoorbeeld via de handreiking respijtzorg gericht op het verlichten van mantelzorgers) en met de veldpartijen is de staatssecretaris bezig een agenda op te stellen over informele zorg gericht op het versterken en verlichten van mantelzorgers en het verbinden van de formele en informele zorg.

Daarnaast wordt in het wetsvoorstel Wmo voorzien in de verplichting voor gemeenten om in hun verordening te regelen op welke wijze mantelzorgers jaarlijks een blijk van waardering ontvangen. Het huidige budget voor het mantelzorgcompliment zal worden toegevoegd aan het deelfonds sociaal domein van het gemeentefonds. De VNG gaat samen met Mezzo een handreiking opstellen over de wijze waarop de waardering door gemeenten kan worden vormgegeven.

Mantelzorg is een onderdeel van de SCP-evaluatie van de Wmo.

Daarnaast wordt op dit moment gezien hoe de monitoring van de doelstellingen (waaronder «meer voor elkaar zorgen») van de Hervorming van de langdurige zorg vorm krijgt.

Vraag 115

Op pagina 22 van de begroting VWS wordt aangegeven dat het kabinet uitvoering geeft aan aanbevelingen van de Commissie Samson, zoals hulp aan slachtoffers van seksueel misbruik en het scheppen van waarborgen om seksueel misbruik in de jeugdzorg te voorkomen. Kunt u aangeven welke budgettaire gevolgen zijn verbonden aan het uitvoeren van deze aanbevelingen? Kunt u aangeven of daarbij alleen aandacht is voor het tijdig herkennen van situaties van misbruik of ook voor de preventie van misbruik? Op welke manier is dit opgenomen in het budget?

Antwoord 115

De inzet van het kabinet richt zich op het zoveel mogelijk voorkomen van misbruik. Daarnaast moet misbruik dat plaatsvindt tijdig herkend worden en opgevolgd worden door passende acties. Overigens gelden beide benaderingen ook voor andere vormen van kindermishandeling.

Aan deze aspecten wordt aandacht gegeven naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie-Samson. Veel van de benodigde verbeteringen worden doorgevoerd in het kader van al lopende trajecten, zoals de verdere professionalisering van de jeugdzorg en de aanpak kindermishandeling. Verder worden verbeteringen bereikt door de inspanningen van anderen, zoals Jeugdzorg Nederland.

Gezien deze benadering om acties op diverse terreinen in te bedden, is het niet goed mogelijk nauwkeurig te schetsen wat de budgettaire gevolgen zijn voor het uitvoeren van de aanbevelingen van de commissie-Samson. De direct aan het uitvoeren van de aanbevelingen van de commissie-Samson te koppelen budgettaire gevolgen voor het ministerie

van VWS bedragen in 2014 naar verwachting circa € 2,5 miljoen. Dit betreft de budgettaire gevolgen van de financiële regelingen en het pakket van hulp en steun voor slachtoffers.

Vraag 116

Kunt u een integraal overzicht geven van alle bij de decentralisatie van de jeugdzorg betrokken budgetten, uitgesplitst naar begroting, de daarop toegepaste kortingen en de resterende budgetten die uiteindelijk naar de gemeenten zullen worden overgeheveld?

Antwoord 116

In de meicirculaire 2013 is voor 2015 een macrobudget opgenomen van afgerond € 3,3 miljard. Wij zijn tot dit bedrag gekomen door het macrobudget van afgerond € 3,6 miljard te corrigeren voor een aantal punten zoals:

- De efficiëncytaakstellingen van de kabinetten Rutte I en II (€ 120 miljoen in 2015, naar € 300 miljoen in 2016 en uiteindelijk € 450 miljoen vanaf 2017). (Dit is 3,3% op het totale budget in 2015).
- Enkele meer recente beleidsmaatregelen zoals:
 - de korting op de AWBZ begeleiding en persoonlijke verzorging en de pgb-maatregel (ook wel tien-uursmaatregel genoemd) (dit is 6% op het totale budget in 2015)
 - maar ook enkele plussen, zoals het zorgakkoord (relevant is de jeugd ggz) en de groei (dit is een plus van 2,5% op het totale budget in 2015).
- Overigens gaan de genoemde kortingen op het budget gepaard met een daling van het zorggebruik voorafgaand aan of in 2015.
- De genoemde plussen en minnen leiden ertoe dat het budget in 2015 6,8% lager is dan het budget in 2012 (Zvw en AWBZ) en 2014 (begroting). Als een gemeente de korting zou toepassen per sector dan betekent dit voor:
 - De nu begrotingsgefinancierde zorg (dat is jeugdbescherming, jeugdreclassering, jeugdzorg^{Plus} en jeugdhulp (BJZ)) een korting van 3,3%
 - Voor de Jeugd ggz in de Zvw een plus van 7,7%
 - En voor de AWBZ voor jeugdigen een korting van 20%.
- Uit enkele regio's is het signaal gekomen dat zij van mening zijn dat hun minder geld is toebedeeld in de voorlopige toedeling dan zij verwacht hadden. Momenteel wordt geanalyseerd waar deze verschillen vandaan komen. Wanneer daar aanleiding toe is zullen in de definitieve toedeling correcties worden doorgevoerd.

Vraag 117

Brengen de opbrengsten van het eigen risico op wat was verwacht?

Antwoord 117

Uit de verticale ontwikkeling van de Zvw-uitgaven en -ontvangsten, in tabel 6 op bladzijde 171 van het Financieel Beeld Zorg Begroting 2014, blijkt dat er geen tegenvallers optreden in de ontvangsten in het kader van het eigen risico in 2012 en 2013. Voor de jaren 2014 en verder is de verwachte opbrengst naar boven bijgesteld door een herijking van het ramingsmodel voor het eigen risico, de verwerking van de regeerakkoordmaatregelen van het kabinet Rutte-Asscher en de alternatieve invulling van de lage ziektelastmaatregel.

Vraag 118

Wat wordt de verwachte opbrengst van het eigen risico volgend jaar?

Antwoord 118

In de tabel «Ontvangsten Zorgverzekeringswet» op bladzijde 210 van het Financieel Beeld Zorg Begroting 2014 is aangegeven dat voor 2014 een opbrengst van het eigen risico van € 3.098 miljoen wordt verwacht.

Vraag 119

Hoeveel mensen hebben zorg gemeden vanwege het eigen risico?

Vraag 122

Welk verband bestaat er tussen het mijden van zorg en de inkomensgroep, waartoe iemand behoort?

Vraag 123

In hoeverre is de daling van het ziekenhuisbezoek toe te wijden aan de verhoging van het eigen risico?

Vraag 125

Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2012 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord 119, 122, 123 en 125

De vragen lopen vooruit op de uitkomsten van de onderzoeken die ik laat doen om mogelijke zorgmijding als gevolg van de recente verhoging van het verplicht eigen risico in beeld te brengen.

Het is mijn voornemen om u binnenkort de uitkomsten van de enquête onder verzekerden toe te sturen.

Tevens laat ik een onderzoek doen naar de effecten van de recente verhoging van het verplicht eigen risico op basis van de daadwerkelijk verleende zorg. De uitkomsten van dit onderzoek zijn pas later beschikbaar, omdat de benodigde data pas lopende dit jaar en volgend jaar beschikbaar komen. Voor zo'n onderzoek zijn gegevens nodig over de zorg zoals deze gedeclareerd is door zorgverleners. In het voorjaar van 2014 kan ik u naar verwachting een eerste rapportage sturen over de ontwikkeling van het zorggebruik in de eerstelijnszorg. Vanwege de lange doorlooptijd van dbc's kan ik u in de loop van 2015 over de ontwikkeling van het zorggebruik in de tweede lijn informeren.

Vraag 120

Hoeveel mensen hebben hun gehele eigen risico opgemaakt?

Antwoord 120

Het ministerie van VWS raamt het aandeel personen dat het verplicht eigen risico in de Zvw in 2013 vol maakt op circa 54% van het totale aantal verzekerden van 18 jaar of ouder.

Vraag 121

Hoeveel mensen hebben een deel van hun eigen risico opgemaakt, en hoe ziet dat deel er dan uit?

Antwoord 121

Het ministerie van VWS raamt het aandeel personen dat het verplicht eigen risico in de Zvw in 2013 niet geheel vol maakt op circa 46% van het totale aantal verzekerden van 18 jaar of ouder. Het gemiddelde eigen risico voor deze groep bedraagt circa € 83.

Vraag 124

Wat zijn de uitvoeringskosten die gemoeid zijn met de uitvoering van het eigen risico?

Antwoord 124

Uit de in 2011 uitgevoerde evaluatie van het verplicht eigen risico blijkt dat de uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars in verband met het verplicht eigen risico in 2009 € 40 miljoen bedroegen (TK 29 689, nr. 325).

Vraag 126

Welke waren de landelijke uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars inzake het treffen van betalingsregelingen in 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 en 2012? Is hier een trend in te herkennen? Zo ja, kunt u deze verklaren?

Vraag 190

Hoeveel mensen hadden in 2012 een betalingsregeling met hun zorgverzekering? Hoeveel waren dat er in 2007, 2008, 2009, 2010, 2011?

Antwoord 126 en 190

Deze gegevens zijn bij het ministerie niet bekend.

Ook het aantal mensen dat een betalingsregeling heeft is bij het ministerie niet bekend.

Vraag 127

Hoe verhoudt de verlaging van de zorgtoeslag zich tot de verhoging van de zorgtoeslag uit 2012, waarmee de verhoging van het eigen risico werd gecompenseerd?

Antwoord 127

In 2012 is besloten tot een verhoging van de zorgtoeslag met ingang van 2014, onder andere in verband met de verhoging van het eigen risico. Die stijging bedroeg voor een alleenstaande met het minimumloon € 222. Als gevolg van de maatregelen van eerdere kabinetten en de maatregel van dit kabinet om de standaardpremie vanaf 2014 vast te stellen inclusief de collectiviteitkorting daalt de zorgtoeslag voor deze alleenstaande, uitgaande van de premiedaling van € 24 zoals geraamd in de VWS begroting circa € 80. Als de door de verzekeraars bepaalde premiedaling groter uitpakt, daalt de zorgtoeslag ook meer.

Vraag 128

Hoe pakt neerwaartse bijstelling van de zorgtoeslag met € 320 miljoen uit voor individuele gezinnen? Kan worden voorgerekend hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt?

Antwoord 128

De aanpassing van de zorgtoeslag maakt deel uit van het totale koopkrachtpakket zoals dat is gepresenteerd in de begroting van SZW. In bijlage 4 van de begroting van SZW wordt het generieke inkomensbeeld gepresenteerd met inbegrip van de aanpassing van de zorgtoeslag voor achttien standaardhuishoudens.

In onderstaande tabel is opgenomen de hoogte van de zorgtoeslag voor de achttien voorbeeldhuishoudens, zoals ook gepresenteerd in de begroting van SZW.

Actieven:

Alleenverdiener met kinderen

modaal

674

2 x modaal

Tweeverdieners

modaal + ½ x modaal met kinderen

2 x modaal + ½ x modaal met kinderen

modaal + modaal zonder kinderen

2 x modaal + modaal zonder kinderen

Alleenstaande

<i>Actieven:</i>	
minimumloon modaal	977
2 x modaal	
Alleenstaande ouder	
minimumloon modaal	977
<i>Inactieven:</i>	
Sociale minima	
paar met kinderen	1.879
alleenstaande	977
alleenstaande ouder	977
AOW (alleenstaand)	
(alleen) AOW	977
AOW +10000	540
AOW (paar)	
(alleen) AOW	1.864
AOW +10000	952

Vraag 129

Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar minder zorgtoeslag gehad? Wat was de daling van de zorgtoeslag uitgesplitst in verschillende inkomensgroepen?

Antwoord 129

De invoering van de maatregelen (vermogenstoets, afbouw voor hogere inkomens en compensatie lagere inkomens met het oog op het hoger eigen risico) van het Lenteakkoord per 1 januari 2013 heeft verschillende gevolgen gehad:

- Bij de jaarwisseling 2012–2013 zijn 145.000 toeslagen gestopt als gevolg van de invoering van de vermogenstoets zorgtoeslag.
- Daarnaast hebben circa 1 miljoen huishoudens minder toeslag gekregen.
- Circa 4 miljoen huishoudens hebben een verhoging ontvangen ten opzichte van 2012 onder andere als gevolg van de compensatie van het hoger eigen risico met € 115,-.

Na de definitieve toekenningen ontstaat een goed beeld hoeveel rechthebbenden zorgtoeslag 2013 ontvangen en wat de daling van de zorgtoeslag is uitgesplitst naar verschillende inkomensgroepen en wat het budgettaire beslag is.

Bron: Belastingdienst 23 november 2012

Vraag 130

Welke middelen zijn uitgetrokken voor het implementeren van de aanbevelingen uit de beleidsdoorlichting voor Aanvullende Seksuele Gezondheid? Vanuit welke post wordt dit gefinancierd?

Antwoord 130

Zodra de beleidsdoorlichting afgerond najaar 2014 is (najaar 2014), wordt u hier verder over geïnformeerd.

Vraag 131

Op pagina 34 wordt gesproken over het basispakket jeugdgezondheidszorg. Kunt u aangeven welke wijzigingen u doorvoert in 2014 in dit pakket en is dit in lijn met uw voornemen, zoals verwoord tijdens het algemeen overleg Preventie, om meer aandacht te besteden aan jongeren tussen de 14 en 19 op het gebied van veilig vrijen en weerbaarheid? Zijn hiervoor ook middelen aangewend?

Antwoord 131

De wijzigingen die de staatssecretaris zal doorvoeren in het basispakket jeugdgezondheidszorg zijn in lijn met wat is aangegeven tijdens het AO Preventiebeleid. In zijn brief van 25 juni 2013 (Kamerstuk 31 839, nr. 297) heeft de staatssecretaris aangegeven dat hij in het basispakket van de JGZ onder andere het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding wil versterken. Het gaat dan bijvoorbeeld om voorlichting op het gebied van voeding, slapen, veiligheid, opvoeden, veilig vrijen, weerbaarheid en leefstijl. Het basispakket zal geborgd worden in de Wet Publieke Gezondheid en naar verwachting officieel per 1 januari 2015 van kracht worden via het extra contactmoment voor jongeren vanaf 14 jaar door de JGZ kan extra aandacht worden besteed aan vragen en/of gezondheidsrisico's die spelen bij adolescenten. De staatssecretaris heeft hiervoor vanaf 2013 jaarlijks € 15 miljoen extra beschikbaar gesteld aan gemeenten. Ook zal hij dit extra aanbod voor adolescenten in het kader van de JGZ borgen via het basispakket, in lijn met wat is aangegeven tijdens het AO Preventiebeleid.

Vraag 132

Wat is de opdracht van de evaluaties op het gebied van oorlogsgetroffenen en de herinnering aan WO II (Comité 4 & 5 mei en de SVB)? Wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de resultaten van deze evaluaties?

Antwoord 132

Met ingang van 1 januari 2011 is de Sociale Verzekeringsbank (SVB) – naast zijn reguliere sociale verzekeringstaken – op grond van de Wet uitvoering wetten voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen (Wuvo) belast met de uitvoering van genoemde wetten. De SVB doet dat in nauwe samenwerking met het zelfstandig bestuursorgaan de Pensioen- en Uitkeringsraad.

De opdrachtformulering voor de evaluatie van de SVB in 2014 is nog niet beschikbaar. Geëvalueerd wordt of de nieuwe taken naar tevredenheid worden uitgevoerd door de SVB. Op dit moment blijkt overigens uit de gegevens van het reguliere toezicht dat de klanten zeer tevreden zijn en dat de uitvoering van de oorlogswetten bij de SVB in goede handen is.

De evaluatie van het Nationaal Comité 4 en 5 mei is uit praktische overwegingen gecombineerd met een door het Nationaal Comité 4 en 5 mei zelf gewenste uitvoeringstoets. De opdracht is met name gericht op de vraag of het Comité voldoende is toegerust om de taken uit te voeren die zij van het kabinet heeft gekregen en op de vraag of de wijze waarop invulling wordt gegeven aan deze taken voldoende bijdraagt aan het behalen van de beleidsdoelstelling van het kabinet: het levend houden van de herinnering aan de Tweede Wereldoorlog en blijvend betekenis geven aan het verhaal van die oorlog. Het resultaat van de evaluaties zal de staatssecretaris delen met de Tweede Kamer.

Vraag 134

Hoeveel budget is gereserveerd voor preventie door vergroening van de leefomgeving? Welke meetbare doelen moeten in 2014 gerealiseerd zijn met betrekking tot preventie door het vergroenen van de leefomgeving?

Antwoord 134

Vergroening van de leefomgeving is een lokale verantwoordelijkheid. Ik heb geen inzicht in de plannen en daarbij behorende budgetten van gemeenten. Daarover gaat de Gemeenteraad. Wel stimuleer ik samen met het ministerie van Economische Zaken onderzoek naar de relatie tussen natuur en gezondheid. Hiervoor is € 370.000 (€ 70.000 van EZ en € 300.000 van VWS) beschikbaar binnen het Nationaal Programma Preventie.

Er zijn op dit moment geen meetbare doelen geformuleerd. Het ontbreekt daarvoor nog aan voldoende wetenschappelijk inzicht in de relatie tussen groen en gezondheid. Gezondheid wordt namelijk beïnvloed door een veelheid aan factoren. Niet alleen de leefomgeving, maar ook erfelijke aanleg, gedrag, werkgelegenheid, inkomen en opleiding hebben invloed. Het is dus moeilijk om het effect van één van de factoren te kwantificeren. Onderzoek van RIVM/Alterra poogt inzicht te geven in de onderliggende principes. Ook moet er rekening mee worden gehouden dat de effecten van vergroening niet binnen 1 of 2 jaar zichtbaar zijn.

Vraag 135

Wanneer verwacht u de Kamer te informeren over het onderzoek van het RIVM en Alterra naar de positieve relatie tussen groen en gezond? 34
Wanneer verwacht u de Kamer te informeren over het onderzoek van het RIVM en Alterra naar de positieve relatie tussen groen en gezond?

Antwoord 135

Het onderzoek van het RIVM en Alterra wordt uitgevoerd in 2013 en 2014. De eindrapportage verwacht ik in het eerste kwartaal van 2015. Ik stuur dit rapport dan zo spoedig mogelijk naar de Kamer.

Vraag 136

Hoe wilt u de baten (betere volksgezondheid, lagere kosten voor zorgverzekeraars) die voortvloeien uit investeringen in groen door gemeenten terug laten vloeien naar de investerende gemeenten?

Antwoord 136

Gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de lokale groenvoorziening. Daarbij investeren ze vaak samen met private partijen. Niet alleen vanuit het oogpunt van gezondheidsverbetering maar ook vanuit andere maatschappelijke doelen. De verdeling van kosten en baten van groenvoorzieningen is een lokale zaak waarover gemeenten en andere partijen, zoals zorgverzekeraars, afspraken kunnen maken. Het onderzoek van RIVM en Alterra kan hiervoor in een later stadium input geven omdat daaruit meer kennis komt over de relatie tussen groen en gezondheid.

Vraag 137

De middelen voor het Nationaal Preventie Programma beschikbaar zijn geraamd op € 8,6 miljoen. Hoe ziet de verdeling van de middelen eruit; hoeveel wordt uitgegeven aan het bevorderen van een gezonde leefstijl en hoeveel aan ander zaken op het gebied van preventie? Kan een overzicht worden gegeven?

Vraag 140

Het kabinet geeft aan in het najaar van 2013 het Nationaal Preventie Programma te sturen aan de Kamer; de middelen die daarvoor beschikbaar zijn worden geraamd op € 8,6 miljoen.

- a) Kan inzichtelijk worden gemaakt hoeveel besteed wordt aan het bevorderen van een gezonde leefstijl, in het bijzonder aan tabaksontmoediging?
- b) Kunt u een overzicht geven waar de middelen voor 2013 aan besteed zijn?
- c) Kunt u aangeven wat uw (lange termijn) ambities zijn op het gebied van preventie op de volgende gebieden:
 - Roken: percentage jeugd en volwassenen?
 - Alcohol: percentage binge drinken, en algemeen volwassenen en jeugd?
 - Bewegen: percentage jeugd en volwassen dat beweegnorm haalt?
 - Voeding: percentage jeugd en volwassen dat de gezonde voeding richtlijn volgt?

- Overgewicht: percentage jeugd en volwassenen met overgewicht?

Antwoord 137 en 140

Het Nationale Programma Preventie (NPP) is u enkele dagen geleden aangeboden, inclusief een financiële bijlage. Dit laatste document geeft antwoord op de gestelde vragen. De in de begroting voor 2014 genoemde € 8,6 miljoen is niet het totale budget voor het NPP, maar is gereserveerd voor zowel de uitvoering van de landelijke nota gezondheidsbeleid als voor het NPP. Een aantal van de hiermee te financieren activiteiten is opgenomen in de financiële bijlage, voor een ander deel betreft het reguliere activiteiten op het terrein van het gezondheidsbeleid.

Vraag 138

Welke bedragen zijn gemoeid met de preventie van schadelijk middelengebruik, onderverdeeld in alcohol, drugs en tabak voor de jaren 2012, 2013 en 2014, en waar wordt dit aan besteed?

Vraag 139

Waarom wordt het budget om schadelijk middelengebruik te voorkomen gehalveerd? Wat zal er geschrapt worden of niet worden uitgevoerd door de bezuiniging?

Vraag 141

In de begroting VWS 2013 is een bedrag van € 6,8 miljoen voorzien voor preventie van schadelijk middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) voor het jaar 2014. In de begroting VWS 2014 is dit bedrag gedaald naar € 3,3 miljoen. Kunt u aangeven waardoor deze daling van het budget voor preventie van o.a. roken wordt veroorzaakt?

Vraag 142

In de begroting VWS 2014 staat daarnaast een bedrag van € 1,7 begroot voor preventie van schadelijk middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) voor het jaar 2013, voor 2014 is dit bedrag € 3,3 miljoen. Kan de staatssecretaris aangeven wat hij meer gaat doen op het gebied van preventie van schadelijk middelengebruik?

Antwoord 138, 139, 141 en 142

Op het terrein van preventie van schadelijk middelengebruik is als gevolg van het Regeer- en Gedoogakkoord van het kabinet-Rutte I een korting opgenomen op budget voor leefstijlactiviteiten. Daartegenover staat een intensivering via de Jeugdimpuls en de intensiveringsmiddelen uit het Begrotingsakkoord 2013 (voorjaar 2012).

De voornaamste reden voor de daling van de middelen voor preventie van schadelijk middelengebruik na 2013 betreft de in het Regeer- en Gedoogakkoord van het kabinet-Rutte I opgenomen korting op budget voor leefstijlactiviteiten. Deze korting is gerealiseerd via een herziening van het leefstijlbeleid op basis van de uitgangspunten uit de landelijke gezondheidsnota «Gezondheid dichtbij». Deze bezuiniging is zoveel mogelijk opgevangen door een meer integrale aanpak van preventie van middelengebruik te realiseren en daarmee een efficiëncyslag (o.a. door alle taken op het gebied van preventie van middelengebruik te bundelen bij één organisatie, namelijk het Trimbos-instituut). Een andere reden voor de daling in 2014 is dat bijvoorbeeld de subsidie aan het Partnership Vroegsignalering Alcohol na 2013 stopt.

Een onderverdeling in budgetten tussen preventie van alcohol, drugs en tabak kan de staatssecretaris u niet geven aangezien we zijn overgegaan op een integrale benadering van middelengebruik.

Het huidige budget voor preventie van schadelijk middelengebruik wordt voor een groot deel besteed aan subsidie aan het Trimbos-instituut. Voor 2014 staat hiervoor een bedrag gereserveerd voor € 2,6 miljoen. In 2013 is dit bedrag € 3,3 miljoen, in 2012 was dit € 1,7 miljoen.

Het Trimbos instituut verricht met zijn subsidiegelden onder meer activiteiten op het gebied van:

- Het schoolprogramma De gezonde school en genotmiddelen (alcohol, drugs en tabak);
- Het programma Uitgaan Alcohol en Drugs (in 2014 wordt dit omgevormd tot het programma Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen);
- Het Partnership Vroegsignalering Alcohol (waaronder het project inzake de alcoholpoli's voor jongeren) (t/m 2013);
- De informatielijnen op het gebied van alcohol, drugs en tabak;
- Het Landelijk Steunpunt Preventie.

Buiten bovenstaande preventieprogramma's die gericht zijn op middelengebruik, worden er ook preventieactiviteiten op dit terrein gefinancierd via de Jeugdimpuls en intensiveringmiddelen op basis van het Begrotingsakkoord 2013 (voorjaar 2012). In 2012 is VWS een driejarig programma gestart om een gezonde leefstijl van de jeugd te bevorderen via scholen en door de inzet van social media. Deze «Jeugdimpuls», die wordt gecoördineerd door het Centrum Gezond Leven en wordt uitgevoerd door relevante gezondheids- en onderwijspartners, omvat een bedrag van in totaal € 6 miljoen. Dit budget wordt onder andere ingezet ten behoeve van preventie van schadelijk middelengebruik.

Daarnaast wordt vanuit de intensivering bestrijding van overgewicht bij kinderen (totaalbedrag € 26 miljoen) ook ingezet op een gezonde leefstijl van de jeugd. Preventie van schadelijk middelengebruik wordt ook in deze intensivering meegenomen.

Het in de begroting 2013 weergegeven bedrag van € 6,8 miljoen was budget bestemd voor de gehele subsidie aan Trimbos (inclusief bijvoorbeeld budget voor curatieve zorg). Het bedrag van € 3,3 miljoen dat staat opgenomen in de begroting 2014 betreft subsidiebudget voor Trimbos voor alleen het onderdeel preventie van middelengebruik.

Het verschil tussen het bedrag van € 1,7 miljoen voor preventie van schadelijk middelengebruik voor 2013 en € 3,3 miljoen voor 2014 kan grotendeels worden verklaard door een herschikking van activiteiten tussen de onderdelen «preventie van schadelijk middelengebruik» en «verslavingszorg».

Vraag 143

Kunt u aangeven wat uw terugdringambities zijn voor 2025 op het gebied van preventie ten aanzien van: het percentage jeugd- en volwassenroken, het percentage alcoholgebruikers, het percentage jeugd- en volwassenen met overgewicht, en wat uw ambities zijn op het gebied van preventie van roken, alcohol, bewegen, voeding en overgewicht?

Antwoord 143

Het is de ambitie van de staatssecretaris om het percentage jeugd- en volwassenrokers, het percentage jeugdige alcoholgebruikers en schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen verder terug te dringen. Daarnaast is het zijn ambitie om de stijgende trend in het aantal volwassenen en kinderen met overgewicht en obesitas te keren. In het Nationaal Programma Preventie, dat enkele dagen geleden is toegezonden, wordt hierop in gegaan.

Vraag 144

Valt onder het bevorderen van gezond voedsel ook het ontmoedigen van het eten van dierlijke eiwitten?

Antwoord 144

De adviezen over gezond eten, zoals het Voedingscentrum die geeft via bijvoorbeeld de Schijf van Vijf, bevatten niet expliciet het advies om het eten van dierlijk eiwit te ontmoedigen. Het eten van teveel verzadigd vet wordt wel ontraden. In vlees en zuivel, bronnen van dierlijk eiwit, zit verzadigd vet. In de adviezen zijn richtlijnen opgenomen over hoeveel daarvan (maximaal) te eten.

Vraag 145

Kunt u specificeren op welke wijze het budget «gezonde voeding en gezond gewicht» in 2014 en 2015 wordt ingevuld?

Vraag 146

Kunt u een overzicht geven waar de middelen voor «gezonde voeding en gezond gewicht» in 2013 aan zijn besteed?

Antwoord 145 en 146

In 2013 zijn de middelen voor gezonde voeding en gezond gewicht besteed aan de activiteiten uit het prioriteitenplan 2013 van het Voedingscentrum (gezonde start, gezond opgroeien, gezond volwassen worden en gezond productaanbod), de instellingssubsidie voor het Voedingscentrum, het Convenant Gezond Gewicht (inclusief Jongeren Op Gezond Gewicht), het Partnerschap Overgewicht Nederland en extra inzet op reeds bestaande activiteiten vanuit de extra middelen die met het Begrotingsakkoord 2013 structureel beschikbaar zijn gekomen voor het tegengaan van overgewicht bij kinderen (inzet op onder andere JOGG, Gezonde Schoolkantine, de Gezonde School Aanpak en de Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl).

Overgewicht en ongezonde voeding zijn complexe problemen en zijn gebaat bij een langdurige en integrale inzet. De activiteiten in 2014 en 2015 zullen daarom niet in grote mate verschillen van de huidige inzet: de staatssecretaris wil in 2014 en 2015 drempels die een gezonde en actieve leefstijl in de weg staan wegnemen en mensen positief stimuleren om bewuste en gezonde leefstijlkeuzes te maken. Echter, hij wil dit actief samen met andere partners oppakken: zowel in het kader van het Nationaal Programma Preventie, als in de reguliere trajecten. Om tot een structurele en integrale aanpak op gezondheidsbevordering te komen, is samenwerking nodig. Daarom betreft de staatssecretaris, naast de hierboven genoemde partijen als het Convenant Gezond Gewicht en het Voedingscentrum, ook andere ministeries en partijen uit andere sectoren om gezamenlijk in te zetten op een gezonde voeding en gezond gewicht. Een voorbeeld is de gezamenlijke ambitie van de PO-, VO- en MBO Raad om in 2016 850 vignetten gezonde school in het onderwijs te hebben behaald en daarnaast een gezond voedingsaanbod in alle mbo-scholen.

Vraag 147

Kunt u aangeven welke opdrachten er voor 2014 gereserveerd staan voor «gezonde voeding en gezond gewicht»?

Antwoord 147

Het gaat hier om middelen (€ 90.000,-) die gereserveerd staan om in te zetten op extra communicatie over etikettering in het kader van voeding en voedselveiligheid en extra ondersteuning voor het Netwerk Herformulering Productaanbod ten behoeve van kennisdeling en samenwerkingsafspraken op het gebied van herformulering.

Vraag 148

Kunt u een verklaring geven waarom er vanaf 2015 geen budget meer is voor opdrachten voor «gezonde voeding en gezond gewicht»?

Antwoord 148

Er zijn momenteel geen financiële middelen gereserveerd voor *opdrachten* ten aanzien van gezonde voeding en gezond gewicht. Belangrijke beleidsprioriteiten zoals het Convenant Gezond Gewicht en JOGG lopen via *subsidies*. Voor subsidies op het thema «gezonde voeding en gezond gewicht» staat wel budget gereserveerd vanaf 2015.

Vraag 149

Kunt u aangeven welk percentage jeugd en volwassenen de richtlijn «gezonde voeding» volgt?

Antwoord 149

De richtlijn bestaat uit verschillende adviezen, onder andere consumptie van zout en verzadigd vet beperken, voldoende groente, fruit, volkoren producten en vis eten.

Uit de Voedselconsumptiepeiling (VCP, RIVM) is bekend dat voor de verschillende adviezen globaal 0 tot 30% van de mensen er aan voldoet, variërend per leeftijdsgroep en geslacht.

Uit onderzoek van het Voedingscentrum is tevens bekend dat ruim 40% van de volwassenen de intentie heeft iets aan het voedingspatroon te verbeteren.

Vraag 150

Kunt u het percentage jeugd en volwassen aangeven dat de beweegnorm haalt?

Antwoord 150

In 2012 bedraagt het percentage volwassenen (ouder dan 18 jaar) dat aan de beweegnorm voldoet 70%. In dat jaar voldoet 50% van de jeugd (4 tot en met 17 jaar) aan de beweegnorm voor die leeftijdscategorie. Zie tabel op blz. 100 van de begroting 2014.

Vraag 151

Kunt u aangeven wat het percentage jeugd en volwassenen is dat met overgewicht kampt?

Antwoord 151

In 2012 had van de volwassenen (≥ 20 jaar) 47,9% overgewicht (inclusief obesitas). Voor de kinderen (2 – 20 jaar) bedroeg dit percentage 13,2% (inclusief obesitas).

Vraag 152

Wat verklaart de stijging van de post «subsidies beleid medische ethiek» in 2014 en vervolgens weer een daling in de daarop volgende jaren?

Antwoord 152

Het gaat hier onder andere om (tijdelijke) subsidies in het kader van het beleid gericht op medisch-wetenschappelijk onderzoek, zoals de ontwikkeling van een Multidisciplinaire richtlijn over Klinisch Interventie onderzoek Ouderen en de ontwikkeling van een richtlijn Zorgvuldigheids-criteria rondom onderzoek bij kinderen. Daarnaast wordt subsidie verstrekt ter stimulering van de ontwikkeling van een Landelijk Netwerk Klinische Ethiek.

Het zwaartepunt van de werkzaamheden en daarmee de financiering van de hierboven vermelde subsidies liggen in 2014.

Vraag 153

Wat verklaart de daling van de bijdragen aan het CIBG in 2014?

Antwoord 153

In 2013 is er sprake van een eenmalige stijging die wordt veroorzaakt door een investering in de nieuwbouw van de applicatie KIDS 2.0 voor de Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting. Met deze applicatie worden de donorgegevens in het kader van de Wet Kunstmatige bevruchting geregistreerd. Vanaf 2014 zitten de bijdragen weer op het regulier niveau.

Vraag 154

Wat verklaart de enorme stijging van de bijdragen aan de CCMO in 2014?

Antwoord 154

Het betreft hier informatie gegeven op pagina 36 van de Vaststelling van de begrotingsstaten voor VWS. In de tabel bij de Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek (CCMO) staat onder de kolom 2013 het bedrag «185», dit moet zijn «1.685». Feitelijk gaat de CCMO in 2014 juist omlaag (naar 1.613). Het gaat dus om een kleine maar hinderlijke verschrijving.

Dat het CCMO minder ontvangsten heeft is een vertaling van de algemene, rijksbrede bezuinigingsmaatregelen om te komen tot een meer compacte rijksoverheid. Het betreft met name een budgettaire krimp op materiële en personele lasten van de centrale commissie.

Vraag 155

Op welke manier gaat het kabinet de extra capaciteit van de NVWA voor de handhaving bij de leeftijdsverhoging van tabak inzetten omdat het budget wordt beperkt met € 700.000?

Vraag 156

Het kabinet heeft het voornemen om de leeftijd voor tabak te verhogen van 16 naar 18 jaar. Eerder is aangegeven dat handhaving van de verhoging van leeftijd moeilijk lijkt te zijn als het gaat om deze leeftijdsverhoging en dat er daarom extra capaciteit wordt ingezet door de NVWA. Het budget daalt echter van € 7,8 miljoen naar € 7,1 miljoen. Op welke manier gaat het kabinet de extra capaciteit van de NVWA inzetten en op welke manier wordt een goede handhaving gegarandeerd, ondanks een beperkter budget?

Antwoord 155 en 156

Naast de inzet van extra capaciteit voor handhaving bij leeftijdsverhoging van tabak is er sprake van een daling van het budget van de NVWA in verband met de overgang per 1 januari 2013 van het toezicht in het kader van de Drank- en Horecawet naar de gemeenten. Om de overgang goed te laten verlopen heeft de NVWA gemeenten in 2013 nog ondersteund bij deze nieuwe taak. Een en ander heeft met ingang van 2014 per saldo een vermindering van het budget tot gevolg.

Vraag 157

Kunt u aangeven op welke wijze het bedrag van € 40,5 miljoen bestemd voor de NVWA voor de voedselveiligheid wordt ingevuld?

Antwoord 157

Het bedrag van € 40,5 miljoen heeft betrekking op het VWS-aandeel in het toezicht op voeding en voedselveiligheid. Omdat de begroting van de NVWA voor 2014 nog niet beschikbaar is, betreft het een voorlopige raming van de inzet. Daar komt bij dat ik naar aanleiding van de recente

publiciteit rondom de NVWA met de staatsecretaris van Economische Zaken en met de NVWA in gesprek ben over de inzet in 2014 en verder. Het toezicht is binnen de NVWA bij meerdere domeinen ondergebracht. De belangrijkste domeinen op het terrein van voeding en voedselveiligheid zijn:

- Horeca en Ambachtelijke productie (circa € 18 miljoen)
De NVWA houdt binnen dit domein toezicht op de voedselveilige productie van eet- en drinkwaren bij bedrijven die voedsel direct aan consumenten leveren. Het betreft horecaondernemingen, ambachtelijke producenten, zorginstellingen en retailbedrijven.
- Industriële Productie (circa € 10 miljoen)
Het toezicht richt zich binnen dit domein op de voedselveiligheid, de hygiëne, de kwaliteitsborging (HACCP) en de microbiologische criteria. Ook handhaaft de NVWA op de wettelijke limieten voor contaminanten, residuen van bestrijdingsmiddelen en de aanwezigheid van genetisch gemodificeerde organismen in levensmiddelen en de juiste etikettering van levensmiddelen om de consument te informeren. De bedrijven waarbij het toezicht wordt uitgevoerd, betreffen levensmiddelenproductiebedrijven, importeurs, handelskantoren, opslag-, transport- en distributiebedrijven.
- Microbiologie (circa € 7 miljoen)
Dit domein betreft pathogene micro-organismen en alimentaire zoonosen en loopt door alle schakels van de voedselproductieketen heen. Het richt zich op het gezondheidsrisico voor de consument door mogelijke blootstelling aan ziekmakende micro-organismen (pathogenen) in levensmiddelen als gevolg van besmette producten.
- Bijzondere eet- en drinkwaren (circa € 3 miljoen)
Dit domein bestrijkt een breed werkterrein variërend van producten als sondevoeding tot ayurvedische kruidenpreparaten. Samenstelling van de producten (dosering en soort van ingrediënten) en juiste etikettering zijn onderwerp van toezicht.

Vraag 158

Kunt u aangeven op welke wijze het bedrag van € 12 miljoen bestemd voor de NVWA voor de productveiligheid wordt ingevuld?

Antwoord 158

De capaciteit van de NVWA op het gebied van de productveiligheid wordt risicogebaseerd ingezet. Het gaat om een breed terrein met verschillende vormen van sectorale Europese wetgeving (bijvoorbeeld cosmetica, speelgoed, laagspanning, machines, gastoestellen, textiel, enz.). Daarnaast wordt gehandhaafd op specifieke Nederlandse wetgeving (tatoeages, attractie- & speeltoestellen). Omdat veel producenten en leveranciers producten produceren en verhandelen die onder verschillende wetgevende kaders vallen, doet de NVWA bij productveiligheid bij voorkeur aan bedrijfsgericht toezicht. De meeste capaciteit wordt gestoken in de 1000 bedrijven waarbij in het verleden het grootste nalevingstekort is geconstateerd. Daarnaast wordt een deel van de capaciteit besteed aan reactieve handhaving, kennisopbouw en klantinteractie. Twintig procent van de capaciteit bij productveiligheid wordt besteed aan het behandelen en afhandelen van klachten en meldingen over producten met een gevaar voor de consument. Deze klachten worden gemeld door consumenten en/of handhavende instanties in het buitenland. Tenslotte wordt een (klein) deel van de middelen besteed aan specifieke projecten zoals afstemming van handhavingsactiviteiten met exporterende landen (China) en productgerichte samenwerkingsprojecten met andere lidstaten.

Vraag 159

Kunt u aangeven welke financieringsstromen bestemd voor de NVWA onder «overig» vallen?

Antwoord 159

De post «overig» heeft betrekking op overkoepelende taken, zoals het onderzoek in het kader van risicobeoordeling, dat voor een belangrijk deel in opdracht van de NVWA wordt uitgevoerd door het RIVM, en de werkzaamheden van de Inlichtingen- en Opsporingsdienst.

Vraag 160

Kunt u aangeven hoeveel fte er in 2014 en 2015 voor de NVWA is gebudgetteerd voor de preventie en controle op voedselinfecties?

Antwoord 160

Alle medewerkers van de NVWA die werken op het terrein Voedselveiligheid zijn met hun werkzaamheden, zoals inspecties, monsteronderzoeken, handhavingscommunicatie, betrokken bij de preventie en controle op voedselinfecties. Het aantal fte bij de door VWS gefinancierde domeinen bedraagt in 2014: circa 335 (exclusief overhead en exclusief eventuele intensivering).

Het aantal fte voor 2015 kan pas worden ingevuld als de begroting van dat jaar bekend is.

Vraag 161

In de tabel wordt aangegeven hoe het aantal verloren gegane gezonde levensjaren door voedselinfecties zich ontwikkelt; kan ingegaan worden op de cijfers waaruit blijkt dat voor bijna alle micro-organismen een stijging te zien is van het aantal verloren gezonde levensjaren? Kan hierbij ingegaan worden op de oorzaken van deze stijging en de effectiviteit van de maatregelen die de afgelopen jaren op dit gebied zijn genomen?

Antwoord 161

Het aantal gevallen van voedselinfecties vertoont altijd een grillig verloop. Een deel van de verschillen tussen de jaren 2009 en 2011 kan worden verklaard met deze normale schommelingen. Daarnaast is het aantal inwoners van Nederland in 2011 met gemiddeld 1% gestegen ten opzichte van 2009 en is de bevolking gemiddeld iets ouder geworden (het aantal 65-plussers is in deze periode met 5% toegenomen). Ook dit verklaart een deel van de in de tabel vermelde stijgingen. Het belangrijkste verschil tussen de jaren 2009 en 2011 is een stijging van de ziektelast die wordt veroorzaakt door *Campylobacter* spp. (+160 DALY). Door deze bacterie veroorzaakte ziektegevallen vertonen, na een aanvankelijke daling in het begin van deze eeuw, een stijgende trend sinds 2003. Overigens blijkt uit de voorlopige cijfers van 2012 dat het aantal ziektegevallen door *Campylobacter* is gedaald. Het ministerie van VWS werkt momenteel, in nauwe samenwerking met het ministerie van EZ en het bedrijfsleven, aan een nieuw beleid om het risico voor *Campylobacter*infecties ten gevolge van vers pluimveevlees terug te dringen. De Tweede Kamer zal hierover voor het eind van dit jaar nader worden geïnformeerd.

Naast de stijging door *Campylobacter* was er ook een stijging van het aantal DALY's voor *Listeria* (+60 DALY) en norovirus (+50 DALY). Voor beide toenames zijn, anders dan het eerder genoemde grillige verloop, geen specifieke oorzaken aan te duiden.

Het RIVM presenteert later dit jaar een volledige analyse van de ziektelast door voedselinfecties in 2012.

Vraag 162

Gaat er een vijfde preventieprogramma van ZonMw van start en wat zullen hierin de prioriteiten worden? Komt de nadruk op onderzoek of op uitvoering? Hoe verhoudt zich dit tot het Nationaal Programma Preventie?

Antwoord 162

Er komt een vijfde preventieprogramma bij ZonMw. De prioriteiten van dit programma vloeien voort uit de speerpunten van het Nationaal Programma Preventie: preventie in de zorg, gezondheidsbescherming en gezondheid in de wijk, op het werk en op school. Het programma richt zich zowel op onderzoek als op uitvoering. Relevante veldpartijen worden bij de concrete invulling betrokken.

Vraag 163

Kunt u aangeven wat de verloren gezonde levensjaren ten gevolge van voedselinfecties door ESBL, E.coli en MRSA zijn?

Antwoord 163

Het is op dit moment niet mogelijk om de ziektelast van ESBL en MRSA in de vorm van Disability-adjusted life years (DALY's) uit te drukken. Voor ESBL is het namelijk nog niet duidelijk welk deel van de infecties bij de mens is toe te schrijven aan besmet voedsel. Hiervoor is dit jaar onder het Topsectorenbeleid een onderzoeksproject gestart. Voor MRSA zijn er geen aanwijzingen dat het via voedsel wordt overgedragen naar de mens. De infecties bij de mens zijn toe te schrijven aan direct contact met dieren die MRSA-bacteriën bij zich dragen.

Bij de beoordeling van de veiligheid van levensmiddelen duidt de aanwezigheid van E.coli-bacterie op fecale bezoedeling. Van de E.coli-bacterie bestaan veel verschillende varianten. Het merendeel is een onschuldige bewoner van de darm van mens en dier. Daarnaast zijn er ziekteverwekkende varianten, waarvan de STEC (Shiga-toxine producerende E. coli) de belangrijkste is in relatie tot voedselveiligheid. In de tabel wordt de ziektelast van de meest voorkomende variant van de STEC-soorten, O157, vermeld, te weten een daling van 4 Daly (60 in 2009 en 56 Daly in 2011). Het RIVM werkt momenteel aan een schatting van de ziektelast van andere varianten van de STEC bacterie. Zodra hier betrouwbare gegevens over zijn, zullen deze in de VWS begroting komen te staan.

Vraag 164

Wat zijn de (tussentijdse) resultaten van de uitvoeringspilot voor het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker? Hebben deze resultaten consequenties voor de invoering van het landelijke bevolkingsonderzoek per 2014? Wordt er in de informatiematerialen voldoende aandacht besteed aan personen met lage gezondheidsvaardigheden? Is er in het veld al consensus bereikt over de klinische validiteit van de FOB-Gold test die ingezet zal gaan worden in het landelijke bevolkingsonderzoek? Zal de FOB-Gold nog met de OC-Sensor worden vergeleken in de Nederlandse populatie en hoe zal dit worden vormgegeven?

Antwoord 164

De uitvoeringspilot is op 2 september jl. gestart. Het is te vroeg om (tussentijdse) resultaten te kunnen melden. De pilot is in de eerste plaats bedoeld om het systeem te testen. Daar zijn al enkele (technische) verbeterpunten geconstateerd en doorgevoerd. Zo bleek dat, ondanks alle aandacht die vooraf is besteed aan de communicatie voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden, er toch groepen zijn die de gebruiksaanwijzing van de test niet goed hadden begrepen. Er wordt nu een extra

opdracht uitgezet om de informatie voor deze groepen verder te verbeteren. Deze punten staan de start per 1 januari aanstaande niet in de weg. In het veld is consensus over de start van het bevolkingsonderzoek met de FOB Gold. Vanaf het begin van het bevolkingsonderzoek zal in een veiligheidsmonitor bewaakt worden of de test ook in een bevolkingsonderzoeksetting voldoet aan de eisen die we hebben gesteld. Daarnaast laat ik, zoals ik in mijn reactie op het Gezondheidsraadadvies meedeelde, een vergelijkend onderzoek naar de verschillende ontlastingstesten (GOLD en OC-Sensor) meelopen gedurende de gefaseerde invoering van het bevolkingsonderzoek.

Vraag 165

Wat wordt er, nu een landelijke chlamydia-screening niet zal worden geïmplementeerd, gedaan voor het bereiken van hoogrisicogroepen die hun weg onvoldoende weten te vinden naar soa-onderzoek?

Antwoord 165

Op grond van de subsidieregeling aanvullende seksuele gezondheidszorg kunnen hoogrisicogroepen zich gratis en anoniem laten testen bij de GGD'en. Daarnaast zijn dit jaar vanuit de GGD'en verschillende initiatieven met digitale hulpverlening en online testen gestart. Onder begeleiding van ZonMw zal onderzoek worden gedaan naar de werkzame elementen in deze initiatieven. Op deze manier ontstaat meer zicht op de effectiviteit van deze vormen van hulpverlening en kan de digitale hulpverlening nog verder verbeterd worden.

Vraag 166

Kunt u toelichten welk onderdeel van de € 40,8 miljoen voor het Centrum Infectieziektebestrijding wordt ingezet voor het bevorderen van seksuele gezondheid?

Antwoord 166

Voor activiteiten in 2014 rond de surveillance en onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen, en voor de coördinatie op de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid is binnen het budget van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) een bedrag van circa € 2,4 miljoen gereserveerd.

Daarnaast verleent het CIb subsidie aan verschillende instituten die zich inzetten voor de bevordering van seksuele gezondheid, zoals Soa Aids Nederland en Rutgers WPF. Totaal betreft dit een bedrag van € 9,4 miljoen die apart onder subsidies Ziektepreventie in de begroting zijn opgenomen.

Voor de volledigheid moet vermeld worden dat het budget voor de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid die door 8 GGD en wordt uitgevoerd, voor 2014 is begroot op € 30,3 miljoen. Ook deze post is als aparte geldstroom in de begroting opgenomen.

Vraag 167

In hoeverre besteedt het Trimbos Instituut in haar voorlichting over schadelijk middelengebruik aandacht aan de Shisha-pen? In hoeverre nemen scholen zelf maatregelen?

Antwoord 167

Het Trimbos-instituut heeft in mei 2013 een factsheet over de shisha-pen gepubliceerd. In augustus is een update van deze factsheet verschenen⁵. De factsheet is voor een ieder kosteloos te downloaden van de website van het Trimbos-instituut. Daarnaast heeft het Trimbos-instituut vanuit het programma «Publieksinformatie» via het internet (rokeninfo.nl) en de sociale media informatie verspreid over de shisha-pen en zijn er vragen over het product beantwoord via telefoon en mail via de Roken Infolijn. De factsheet is ook geplaatst op de website van het voorlichtingsprogramma «De gezonde school en genotmiddelen» voor professionals (dgsg.nl). De contact-personen van dit programma zijn hierover geïnformeerd. Professionals die op school aandacht willen besteden aan de shisha-pen worden doorverwezen naar de factsheet. Het is aan de school om hier al dan niet aandacht aan te besteden.

Vraag 168

Hoe gaat het met overgewicht onder kinderen/jongeren en in welke orde heeft het Convenant Gezond Gewicht en JOGG bijgedragen aan reductie van overgewicht onder kinderen/jongeren? Kunnen deze initiatieven een succes genoemd worden?

Antwoord 168

In 2012 had van de jeugd (2 – 20 jaar) 13,2% overgewicht (inclusief obesitas).

Overgewicht is een complex probleem met vele factoren: een zaak van lange adem. De gemeenten die als eerste met de JOGG-methode zijn begonnen zijn nu ongeveer 3 jaar aan de slag, en daar zien we dat de aanpak effectief is. Eerste positieve resultaten zijn te zien in Utrecht, Zwolle, Dordrecht en Rotterdam. Concreet is het percentage basisschoolkinderen met overgewicht in de eerste JOGG-gemeente Zwolle gedaald van 12,1% in 2009 naar 10,6% in 2012. Ook de «Doe ff Gezond-aanpak» in Dordrecht werpt zijn vruchten af: het overgewicht van de leerlingen van de Doe ff Gezond-scholen is in 2012 gedaald ten opzichte van 2011. Bij de meest zuivere vergelijking (scholen én leerlingen die beide meetjaren meededen) is daar het overgewicht met 3,1% gedaald (van 41,7% naar 38,6%).

Van belang is nu dat naast de inmiddels 31 JOGG-gemeenten meer gemeenten integraal en structureel werk gaan maken van gezondheidsbevordering: JOGG is ten aanzien van overgewichtbestrijding hier een werkende duurzame aanpak voor.

Vraag 169

Hoe wordt de bijdrage van € 3,3 miljoen aan het Trimbos Instituut verdeeld over de diverse taakstellingen van het instituut? Mag het Trimbos Instituut de subsidie naar eigen inzicht verdelen? Zijn de taken van het Trimbos Instituut veranderd ten opzichte van het jaar 2013, toen het instituut nog € 7,9 miljoen aan subsidie ontving?

Antwoord 169

Het Trimbos-instituut dient jaarlijks een subsidieverzoek in bij VWS voor de instellingssubsidie. De (voorgenomen) activiteiten in de subsidie worden uitvoerig beschreven en zijn budgetten hier aan gekoppeld. De toegekende budgetten mogen niet naar eigen inzicht verschoven worden zonder toestemming van de subsidieverlener. De taken van het Trimbos-instituut zijn niet wezenlijk veranderd ten opzichte van 2013. Zie voor een

⁵ Trimbos-instituut, Nationaal Expertisecentrum Tabaksonthouding. Factsheet Shisha-pen (update). Augustus 2013. Beschikbaar via: http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/alcohol-en-drugs/af/~media/files/gratis%20downloads/af1226%20factsheet%20shishapen%20aangepast_v2.ashx

beschrijving van de taken en de financiële middelen (en de bijbehorende korting) van Trimbos-instituut het antwoord op vraag 138 en 139.

Vraag 170

Kunt u aangeven hoeveel er binnen de subsidies bevordering gezonde leefstijl jeugd gaat naar «Bewegen en gezonde leefstijl», «de impuls gezonde leefstijl jeugd» en «het programma Gezonde Schoolpleinen»? Wat is de stand van zaken van het Programma Gezonde Schoolpleinen?

Vraag 171

Hoeveel budget is er gereserveerd voor het stimuleren van groene schoolpleinen? Hoeveel groene speelplaatsen wilt u realiseren in 2014?

Antwoord 170 en 171

De Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl (SBGL), de Jeugdimpuls Gezonde Leefstijl en het programma Gezonde Schoolpleinen zijn reeds lopende trajecten (sinds respectievelijk 2012 en 2013). Deze programma's worden gesubsidieerd vanuit andere subsidies zoals «Gezonde Voeding en Gezond Gewicht» of via het ministerie van OCW. De financiële middelen «bevordering gezonde leefstijl jeugd» waar u op doelt, kent in 2014 een extra inzet van € 400.000,- op deze reeds bestaande trajecten. De middelen zullen ter beschikking komen aan de gezamenlijke ondersteuning van scholen om in te zetten op een gezonde leefstijl via www.gezondeschool.nl. Vanaf 7 oktober kunnen scholen via deze portal ondersteuning aanvragen. Deze ondersteuning wordt gezamenlijk uitgevoerd door het RIVM Centrum Gezond Leven (de Jeugdimpuls) en de PO-, VO- en MBO Raad (de Onderwijsagenda SBGL).

In 2013 worden 22 aanvragen gehonoreerd, op basis van 150 aanmeldingen die vanuit de netwerken van 17 regionale GGD'en, Jantje Beton, IVN en de onderwijsraden naar voren zijn gekomen. In het voorjaar van 2014 komt er een nieuwe, open ronde voor scholen om een aanvraag te doen voor ondersteuning bij het verwezenlijken van een gezond schoolplein met een regionale uitstraling. In deze ronde kunnen 48 aanvragen worden gehonoreerd.

De scholen bij wie de aanvraag gehonoreerd wordt, verbinden zich aan een traject van 12 tot 18 maanden en gaan intensief aan de slag met het schoolplein. De scholen krijgen professionele begeleiding van Jantje Beton, IVN en de lokale GGD. Dit is nodig om er voor te zorgen dat aan een aantal criteria wordt voldaan (zoals de functie van het schoolplein in de openbare ruimte, leerling- en ouderbetrokkenheid, het beheer van het groen, het behalen van een Vignet Gezonde School, de samenwerking met de gemeente en het beweegvriendelijk en rookvrij maken van het schoolplein).

De ontwikkeling, aanleg en de inrichting van schoolpleinen is in de meeste gevallen een verantwoordelijkheid van gemeenten. Het onderhoud van bestaande schoolpleinen is meestal een verantwoordelijkheid van de scholen of de schoolbesturen. Daarnaast kunnen private partners een rol hierin spelen. Deze verantwoordelijkheden kan en wil VWS niet overnemen.

In de beantwoording van vraag 170 wordt uiteengezet welk programma er loopt vanuit VWS, in samenwerking met OCW, op de verwezenlijking van gezonde schoolpleinen (Een van de uitgangspunten is dat de schoolpleinen bij voorkeur ook beschikbaar moeten zijn voor de overige kinderen in de wijk, waarmee ook gesproken kan worden over gezonde speelplaatsen). In 2014 is voor dit programma € 1,6 miljoen gereserveerd.

Vraag 172

Investeert het ministerie van Economische Zaken eveneens in groene speelplaatsen, groene schoolpleinen, preventie door een groene leefomgeving en in het bijzonder in het programma gezonde schoolpleinen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 172

Ten aanzien van speelnatuur en groen in de buurt investeert het ministerie van Economische Zaken (EZ) indirect in het stimuleren van de aanleg en het beheer van meer speelbossen, speelnatuur en groene plekken. De rol van EZ is veelal gericht op het verspreiden van kennis, stimuleren van «good practices» en begeleidend onderzoek, via onder meer programma's van Natuur en Milieu Educatie en Leren voor Duurzame Ontwikkeling. Voor de komende jaren is het onderwerp speelnatuur en groene speelplaatsen onderdeel van het nieuwe programma DuurzaamDoor dat juli jl. in de Tweede Kamer is besproken. In het programma DuurzaamDoor gaat circa € 4 miljoen/jr. Rijksbijdrage om, aangevuld met € 4 miljoen aan cofinanciering van andere overheden en private middelen. Hierbinnen zal circa € 1,0 miljoen ten goede komen aan (kennisactiviteiten over) groene schoolpleinen.

Vanwege de reeds aangegane verplichtingen en afspraken met andere overheden en programmastructuur wordt niet direct bijgedragen aan het programma Gezonde Schoolpleinen. In de concrete uitwerking bij realisatie van lokale initiatieven of het programmeren van netwerken, kennisactiviteiten en COP's kan worden samengewerkt met onderdelen van en actoren uit DuurzaamDoor.

Vraag 173

Kunt u de stijging van het aantal rokers in 2012 verklaren? Wordt er voor 2014 een daling of een stijging van het aantal rokers verwacht omdat het aantal is gestegen in 2012?

Antwoord 173

Het is mogelijk dat er een verband is met het beperken van de vergoeding van stoppen met roken zorg. Zorgverzekeraars zagen een stijging in gebruik van stopondersteuning in 2011, het jaar waarin naast begeleiding ook medicatie bij stoppen met roken vergoed werd. In 2012 is de vergoeding voor de medicatie geschrapt en nam het gebruik van stopondersteuning af. Met ingang van 2013 is de vergoeding voor de medicatie weer opgenomen in de basisverzekering.

Er zijn veel maatregelen in gang gezet om het roken te ontmoedigen. Zo wordt de leeftijdsgrens voor het verkopen van tabak verhoogd naar 18 jaar, wordt medicatie bij stoppen met roken hulp weer vergoed, wordt een campagne gestart om de sociale norm rond niet roken onder de 18 te verstevigen en gaat ook het rookverbod weer gelden voor de gehele horeca. Hoewel de staatssecretaris niet kan voorspellen wat de invloed van deze maatregelen is op het aantal rokers, verwacht hij dat het aantal rokers hierdoor gaat afnemen.

Vraag 174

Kunt u verklaren waarom het percentage niet-rokers is gedaald van 76% in 2011 naar 74% in 2012? Wat zijn uw verwachtingen over het jaar 2013? Welk streefpercentage heeft u om het aantal niet-rokers in 2014 te vergroten? Hoe wilt u deze doelstelling in 2014 realiseren en welke middelen zijn daarvoor beschikbaar?

Antwoord 174

Het is mogelijk dat er een verband is tussen de daling van het aantal niet-rokers en de vergoeding van stoppen met roken zorg. Zorgverzekeraars zagen in 2011 een stijging in gebruik van stop ondersteuning. In dit jaar werd naast begeleiding ook medicatie bij stoppen met roken vergoed. In 2012 is de vergoeding voor de medicatie geschrapt en nam het gebruik van stopondersteuning af. In 2013 is dit wel weer onderdeel van de basisverzekering, in combinatie met begeleiding. Ook is per 1 januari 2013 de accijns op tabak flink verhoogd. Mede door deze maatregelen wordt in 2013 een stijging van het aantal niet-rokers verwacht.

De staatssecretaris heeft veel maatregelen in gang gezet om het roken verder te ontmoedigen. Zo wordt de leeftijdsgrens voor het verkopen van tabak verhoogd naar 18 jaar, worden daarbij de boetes voor het niet naleven van de leeftijdsgrens verhoogd, wordt een campagne gestart om de sociale norm rond niet roken onder de 18 te verstevigen gaat ook het rookverbod weer gelden voor de gehele horeca. Ook zal de staatssecretaris extra capaciteit vrijmaken voor het toezicht door de NVWA op de rookvrije horeca en de naleving van de leeftijdsgrens voor tabak. Hoewel de staatssecretaris niet kan voorspellen wat de invloed van deze maatregelen is op het aantal rokers, verwacht hij dat het aantal rokers hierdoor gaat afnemen.

De staatssecretaris kan niet exact aangeven hoeveel budget specifiek beschikbaar is voor tabakspreventie aangezien er nu een integrale benadering is van preventie op het gebied van middelengebruik: alcohol, drugs en tabak. Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik wordt voor een deel besteed aan subsidie aan het Trimbos-instituut. Voor 2014 staat hiervoor een bedrag gereserveerd van € 2,6 miljoen. Daarnaast is in 2014 voor de campagne over niet roken en drinken onder de 18 jaar € 1,1 miljoen beschikbaar. De kosten voor de inzet van het tabaksteam van jongere toezichthouders van de NVWA, vanaf 2014, bedragen € 1,3 miljoen per jaar.

Ook worden preventie activiteiten gefinancierd via de Jeugdimpuls en intensiveringmiddelen. In 2012 is VWS een driejarig programma gestart om een gezonde leefstijl van de jeugd te bevorderen via scholen en door de inzet van social media. Deze «Jeugdimpuls», die wordt gecoördineerd door het Centrum Gezond Leven en wordt uitgevoerd door relevante gezondheids- en onderwijspartners, omvat een bedrag van in totaal € 6 miljoen. Dit budget wordt onder andere ingezet ten behoeve van preventie van schadelijk middelengebruik. Daarnaast wordt er vanuit de intensivering bestrijding van overgewicht bij kinderen (totaalbedrag € 26 miljoen) ook ingezet op een gezonde leefstijl van de jeugd. Preventie van schadelijk middelengebruik wordt ook in deze intensivering meegenomen.

Vraag 175

Tot wanneer loopt het onderzoek Translationeel Adult Stamcelonderzoek? Waarom wordt dit onderzoek in opdracht van en met middelen van het ministerie uitgevoerd?

Antwoord 175

Het programma Translationeel Adult Stamcelonderzoek (TAS) loopt door tot in 2022. Het programma is een uitvloeisel van de afspraak in het Coalitieakkoord 2007 om het – perspectiefrijke – onderzoek naar behandelingsmogelijkheden met gebruikmaking van (volwassen) lichaamsstamcellen krachtig te stimuleren. Tot het instellen en uitvoeren van het TAS-programma is in 2008 door de toenmalige staatssecretaris van VWS opdracht gegeven aan ZonMw. Het merendeel van de voor het

programma benodigde middelen is opgenomen in de VWS-begroting. Voor het programma worden ook middelen ingebracht via de Roadmap Regeneratieve Geneeskunde van de Topsector Life Sciences & Health (Ministerie van Economische Zaken) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Vraag 176

Op welke manier gaat het kabinet in 2014 innovatie in de curatieve zorg op het gebied van patiëntveiligheid stimuleren, welke concrete resultaten worden hiermee beoogd, hoe wordt de samenwerking tussen bedrijven (met name MKB) en universiteiten gestimuleerd, en op welke manier wordt aandacht besteed aan de meetbaarheid van de effecten van deze innovaties?

Antwoord 176

Innovaties en technologie bieden grote kansen om de zorg te verbeteren en ook om patiëntveiligheid te vergroten. Die kansen moeten worden gecreëerd en benut.

Kennis en ondernemerschap zijn belangrijke ingrediënten die samen moeten komen. Het is vooral aan partijen zelf om elkaar te vinden, krachten te bundelen, initiatieven te ontplooien en kansen die er zijn te benutten. Verder wordt samenwerking tussen bedrijven (met name MKB) en kennisinstellingen in de sector Life Sciences & Health gestimuleerd door het topsectorenbeleid van de overheid.

Innovaties op het gebied van medische technologie zoals videomonitoring op operatiekamers worden niet direct door de overheid gestimuleerd of gefinancierd. Het is de taak van zorginstellingen om zelf te bepalen welke hulpmiddelen zij willen inzetten om patiëntveiligheid te bevorderen. De zorgverlener is namelijk verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg.

Vraag 177

Welke resultaten zijn al behaald met de financiering van de familie- en vertrouwenspersonen in ggz-instellingen, en welke resultaten worden er op korte termijn verwacht? Op welk moment wordt de Kamer geïnformeerd over de borging?

Antwoord 177

De Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP) die in 2010 is opgericht moet ervoor zorgen dat er een landelijke dekking is voor familievertrouwenspersonen (fvp) binnen de ggz-instellingen. De familievertrouwenspersoon wordt voor 50 procent door de ggz-instelling en voor 50 procent door de LSFVP gefinancierd. In 2012 zijn 54 samenwerkings- detacheringsovereenkomsten met ggz-instellingen gesloten over de inzet van een fvp. De LSFVP blijft zich inzetten om met ggz-instellingen waar nog geen fvp'en aan verbonden zijn samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten (prognose 2013: 85 ggz-instellingen in totaal).

Er is ook een landelijke telefonische advies- en hulplijn beschikbaar voor familieleden en naasten die geen toegang hebben tot een fvp via hun ggz-instelling of die nog niet in contact zijn met een ggz-instelling. De bereikbaarheid van de telefonische advies- en hulplijn is uitgebreid naar volledige kantooruren.

Medio 2013 is de LSFVP gestart met het werven van regionaal werkende familievertrouwenspersonen. De verwachting is dat landelijke dekking van fvp-dienstverlening door middel van bijstand door een fvp of door de advies- en hulplijn in 2014 is gerealiseerd.

De dienstverlening van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen (Stichting PVP) is primair gericht op patiënten die intramuraal in de ggz verblijven en op de ambulante patiënten die met een dwangmaatregel worden geconfronteerd.

Het recht van patiënten op ondersteuning door een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) is vastgelegd in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz). Om ggz-patiënten met vragen en klachten over de ggz te ondersteunen, worden patiëntenvertrouwenspersonen door de Stichting PVP in ggz-instellingen in Nederland geplaatst. Het gaat om 55 PVP-en. Daarnaast is er ook een telefonische helpdesk waar ggz-patiënten voor vragen en advies over hun rechtspositie naar toe kunnen bellen of e-mailen. Naast face-to-face en telefonische dienstverlening zal ook digitale dienstverlening tot het dienstenpakket van de Stichting PVP gaan behoren.

In het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ), die de Wet bopz gaat vervangen, blijft het recht op een patiëntenvertrouwenspersoon bestaan. Het wetsvoorstel Verplichte ggz voorziet eveneens in het hebben van een familievertrouwenspersoon (fvp) voor ggz-instellingen. De nota van wijziging behorende bij het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg is recent (30 september 2013) aan de Tweede Kamer aangeboden (Kamerstuk 32 399, nr. 10).

Vraag 178

Patiëntveiligheid heeft prioriteit bij dit kabinet. Waarom wordt de subsidie voor patiëntveiligheid curatieve zorg dan afgebouwd tot nul? Welke doelstellingen zijn behaald waardoor deze afbouw verantwoord is? Hoe worden de resultaten van innovaties in de curatieve zorg gemeten? Op welke wijze wordt patiëntveiligheid ook gestimuleerd, bevorderd en gefinancierd door innovaties zoals videomonitoring op operatiekamers? Op welke manier wordt de circa € 0.8 miljoen besteed die het kabinet in 2014 uittrekt voor patiëntveiligheid in de curatieve zorg, welke concrete resultaten worden hiermee beoogd, en op welke manier wordt aandacht besteed aan technologische innovatie gericht op de patiëntveiligheid?

Antwoord 178

Het vergroten van kwaliteit en veiligheid staat inderdaad al jaren hoog op de agenda en dat blijft zo. Ik verwijs voor concrete doelstellingen die zijn behaald naar mijn beleidsagenda patiëntveiligheid die ik op 11 juni 2013 aan uw Kamer heb gepresenteerd.

De afgelopen vier jaar hebben veldpartijen in de curatieve zorg (1^e lijn, 2^e lijn en ggz) en overheid gezamenlijk ingezet op landelijke programma's om de zorg veiliger en beter te maken. De overheid heeft met subsidiegelden fors geïnvesteerd om zaken te helpen ontwikkelen.

Dankzij deze programma's staat patiëntveiligheid hoog op de agenda van alle betrokken partijen. Er is voorlopig genoeg kennis ontwikkeld en er zijn methodieken en instrumenten beschikbaar gekomen die essentieel zijn om goed en veilig te kunnen werken. Daarmee is een eerste maar belangrijke stap gezet.

Wat er nu moet gebeuren is dat deze kennis en bewezen effectieve instrumenten ook echt worden ingezet en toegepast in dagelijkse zorgprocessen en in de cultuur van werken van iedereen die voor en met patiënten werkt. Dat realiseer je niet met subsidies van de overheid. Uit het overleg dat ik met de partijen voer blijkt dat zij zich hiervan terdege bewust zijn. Zij geven ook de komende jaren hoge prioriteit aan patiëntveiligheid als ruggengraat van hun kwaliteitsbeleid. Ik heb daar veel vertrouwen in.

Zoals ik heb aangegeven in mijn antwoord op vraag 49 over de taskforce patiëntveiligheid onderneem ik zelf ook diverse activiteiten om de patiëntveiligheid te stimuleren, anders dan via subsidies.

Het bedrag van € 0,8 miljoen wordt aan projecten besteed die gericht zijn op het ondersteunen van de sector bij het leren van incidenten, het verbeteren van medicatieveiligheid en het implementeren van instrumenten.

NIVEL monitor schade in ziekenhuizen

Het NIVEL voert na verschijnen van het eindrapport in november 2013 nog een aantal verdiepende activiteiten uit aan de hand van de verzamelde data die de sector in de toekomst kunnen helpen bij het monitoren van zorggerelateerde schade bij specifieke doelgroepen, zoals kwetsbare ouderen en bij het gebruik van elektronische patiëntendossier.

Het landelijk veiligheidsprogramma ZBC's

Het landelijke veiligheidsprogramma in de sector zelfstandige behandelklinieken loopt in de periode 1 april 2012 t/m 31 maart 2015. Het doel is om de sector te ondersteunen en te motiveren bij het verbeteren van patiëntveiligheid. Opbrengst is een extern getoetst veiligheidsmanagementsysteem bij alle aangesloten behandelklinieken.

Transmuraal Incident Preventie Programma, gericht op het leren van incidenten in overdracht tussen 1^e en 2^e lijn.

Het project richt zich op het omgaan met incidenten die zich voordoen tijdens het zorgproces tussen de huisarts en specialist. Doel van het project is bijdragen aan een landelijke richtlijn met handvaten voor gebruik in de praktijk.

Project medische overdracht spoedopname

Het betreft een High 5's project. High 5's is opgericht door de WHO om 5 onderwerpen op het terrein van patiëntveiligheid in 5 jaar tijd met 5 landen te verbeteren. Inmiddels nemen 10 landen deel. Het project heeft als doel verbetering (50% reductie) van «Medicatieoverdracht bij spoedopnamen» bij patiënten boven 65 jaar.

Het doel van bovenstaande projecten is om zorgverleners en zorginstellingen concrete ondersteuning te bieden zodat zij in de praktijk van hun dagelijks werk de zorg voor patiënten veiliger kunnen maken. Daarbij zullen mogelijk technologische hulpmiddelen als instrument ingezet worden. Het gebruik en de toepassing van technologische innovatie is in deze projecten geen doel op zich.

Vraag 179

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de pilot landelijk register implantaten?

Antwoord 179

Het is van belang dat bij de ontwikkeling van het door de overheid geregelde en beheerde implantaten basisregister zoveel mogelijk aangesloten wordt op in het veld bestaande registers. Dit om dubbel werk te voorkomen en de administratieve lasten voor het veld niet onnodig te verzwaren. De verwachting is dat nog voor het eind van dit jaar een pilot van start gaat om praktijkervaring op te doen met de beschikbare informatie in bestaande registers en de mogelijke koppeling hiervan naar een implantaten basisregister. Met een aantal belangrijke veldpartijen heeft hierover constructief overleg plaatsgevonden en dit wordt voortgezet.

De uitkomsten van de pilot en de vastgelegde functionele eisen worden gebruikt bij de technische uitwerking van het geautomatiseerde systeem

voor het implantatenregister. Daarbij is het van belang dat dit systeem solide wordt gebouwd en bestendig is voor de toekomst. De ontwikkeling van het implantaten basisregister vindt plaats in nauw overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en belanghebbende veldpartijen.

De verscheidenheid aan mogelijke functionele doelstellingen van het implantaten basisregister is expliciet teruggebracht tot traceability: het herleidbaar maken van de persoon aan een implantaat (en omgekeerd). Voor deze traceability is een volledige vulling van het register noodzakelijk voor risicovolle implantaten. Om deze volledigheid te bevorderen is het noodzakelijk dat wetgeving wordt ontwikkeld om de verplichting tot het leveren van registratiegegevens expliciet te regelen.

Vraag 180

Blijkt uit de HARMstudie of het niet meer vergoeden van maagzuurremmers een effectieve maatregel is geweest?

Antwoord 180

De Harmstudie is uitgebracht in 2006 en is uitgevoerd op basis van de gegevens in 2004. De meest recente studie naar geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnames heb ik u begin 2013 aangeboden. Ook de gegevens op basis waarvan deze laatste studie is uitgevoerd, gaan langer terug in de tijd (2005–2008). Het (mogelijke) effect van de maatregel op het aantal geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames is daarmee niet meegenomen in de uitkomsten. Bij een nieuwe herhaalstudie zal ik dit punt meenemen.

Vraag 181

Op welke wijze stimuleert u transparantie en standaardisatie van zorgprocessen en zorguitkomsten en hoe wordt ervoor gezorgd dat er voldoende meetinstrumenten zijn om deze processen te stimuleren?

Antwoord 181

Het ontwikkelen van afspraken over wat goede zorg is en hoe gemeten kan worden of deze geleverd is, is en blijft de gezamenlijke verantwoordelijkheid van organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik stimuleer dat partijen deze verantwoordelijkheid daadwerkelijk blijven nemen door het Kwaliteitsinstituut als onderdeel van Zorginstituut Nederland op te richten. Dit kwaliteitsinstituut zal, met inbreng van veldpartijen, een meerjarenagenda voor de ontwikkeling van standaarden en meetinstrumenten vaststellen. Wanneer partijen niet of niet tijdig de standaard en/of het meetinstrument aanbieden kan het Kwaliteitsinstituut de Adviescommissie Kwaliteit de opdracht geven om een standaard te laten ontwikkelen. De veldpartijen verliezen daarmee hun directe invloed op de ontwikkeling van afspraken over wat goede zorg is. Op deze manier wordt het veld geprikkeld de eigen verantwoordelijkheid te blijven nemen. Zorgaanbieders worden daarnaast verplicht om gegevens over de meetinstrumenten aan het Kwaliteitsinstituut te leveren. Het Kwaliteitsinstituut i.o. heeft de opdracht om op basis van die gegevens de kwaliteit van zorg inzichtelijk en goed vindbaar te maken. Ik heb het Kwaliteitsinstituut i.o. daarbij de opdracht meegegeven die informatie ook voor laaggeletterden zo goed mogelijk toegankelijk te maken. Het wetsvoorstel dat de taken van het Kwaliteitsinstituut regelt ligt momenteel ter behandeling in de Eerste Kamer.

Vraag 182

Wat zijn de verwachtingen t.a.v. het voortzetten van de subsidie voor de Nederlandse Transplantatie Stichting na 2014? Hoe zit het met deze subsidie tijdens het jaar van evaluatie in 2015?

Antwoord 182

Activiteiten die Nederlandse Transplantatie Stichting uitvoert zijn van belang in het kader van mijn beleid op het gebied van orgaandonatie. De evaluatie wordt uitgevoerd om eventuele aandachtspunten in het uitvoeren van de taken en in de wijze van aansturen van de Nederlandse Transplantatie Stichting te kunnen signaleren. Daarbij wordt ook gekeken of er verbeteringen in doeltreffendheid en doelmatigheid mogelijk zijn. Ik ben voornemens de Nederlandse Transplantatie Stichting in 2015 te blijven subsidiëren.

Vraag 183

Waarom stijgt de subsidie aan NICTIZ in 2014? Hoeveel van deze subsidie besteedt het NICTIZ aan het LSP? Waarom is de subsidie aan NICTIZ opgenomen als structurele subsidie?

Antwoord 183

De subsidie aan Nictiz is in 2014 niet gestegen. Ook in 2013 was het beschikbare subsidiebedrag € 5 miljoen. Echter een bedrag van circa € 831.000 is gefinancierd vanuit de opgebouwde egaliseringsreserve van Nictiz.

Nictiz heeft haar werkzaamheden rondom het LSP afgestoten. De tak van Nictiz die zich hiermee bezig hield, het Servicecentrum, is per maart 2013 formeel opgegaan in de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ).

Vraag 184

Waarom stijgen de uitgaven aan zorg voor illegalen en andere onverzekerde vreemdelingen in 2014? Wordt nog overwogen een eigen bijdrage in te voeren voor illegalen en onverzekerde vreemdelingen die in Nederland gratis zorg consumeren?

Antwoord 184

De raming voor de uitgaven voor zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen laat een stijging zien omdat het CVZ voorziet dat enerzijds het zorggebruik zal stijgen en anderzijds rekening is gehouden met lichte prijsstijgingen. Daarnaast wordt er in de raming mee rekening gehouden dat naarmate de regeling meer bekend is, meer illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen de weg naar zorgverleners weten te vinden.

Apotheken en ziekenhuizen zijn gecontracteerd. Daarnaast heeft het CVZ overeenkomsten gesloten met andere zorgverleners, zoals AWBZ-instellingen, ggz-instellingen, hulpmiddelenleveranciers, eerste-lijnspsychologen, ambulance- en ziekenvervoer.

In beginsel dient een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling de kosten van geleverde zorg zelf te betalen. Slechts in die gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal op de patiënt, zijn eventuele particuliere verzekeraar of op een andere voorziening mogelijk blijkt, kan de zorgaanbieder, onder voorwaarden, een beroep doen op de bijdragemogelijkheid die de wet biedt. Vanaf 2014 wordt bij de aanbesteding van contractering van apotheken als uitgangspunt gehanteerd dat van de onverzekerbare vreemdeling per receptregel een minimum eigen betaling van € 5,00 gevraagd wordt.

Vraag 185

Bent u bekend met het initiatief van de kwaliteitskring zorg die in het rapport «better in(vestements), better out(comes)» aanbevelingen doen voor stimulering van innovatieve zorgprojecten?

Antwoord 185

Ik ben bekend met het initiatief. De KwaliteitsKring Zorg is een denktank met vertegenwoordigers afkomstig van verschillende publieke en private partijen. Zij doen voorstellen om te komen tot stimulering en bredere implementatie van innovaties.

Inmiddels zijn er meerdere gesprekken gevoerd met de initiatiefnemers. De komende periode ga ik verder na welke mogelijkheden er bestaan om via ZonMw programmering verbinding te leggen met mijn beleid rondom innovatie.

Vraag 186

Wat is de stand van zaken ten aanzien van het gezamenlijke early warning systeem van cliëntenorganisaties? Wanneer is er een systeem dat in de praktijk gebruikt kan worden? Hoe gaat dit systeem eruit zien?

Antwoord 186

In oktober 2013 worden subsidies verstrekt aan LOC, De Klokkeluiders, NOOM, Per Saldo en LPGGZ om gezamenlijk een pilotonderzoek uit te voeren. In het pilotonderzoek richt elke organisatie een loket in. De loketbeheerder communiceert met de melder en maakt daarbij gebruik van een gezamenlijk ontwikkelde handleiding. Vermoedens van fraude worden door de organisaties gezamenlijk uitgewerkt tot behandelbare casuïstiek. Hierbij wordt een protocol gebruikt dat is opgesteld samen met de organisaties die sanctionerend tegen fraude moeten optreden. Tijdens het pilotonderzoek worden methoden uitgeprobeerd om de verschillende doelgroepen van de organisaties te stimuleren vermoedens van fraude te melden.

Het pilotonderzoek wordt eind augustus 2014 afgesloten. Aan de hand van een evaluatie wordt beoordeeld hoe de aanpak in de praktijk werkt en of ze op een bredere schaal kan worden toegepast.

Vraag 187

Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie? Kunt u de ontwikkeling van het aantal mensen dat een bestuursrechtelijke moet betalen nader toelichten? Welke invloed heeft de stijging van het eigen risico hierop?

Antwoord 187

Op 1 oktober jl. waren er volgens het CVZ ruim 319.000 wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime.

Vraag 188

Kunt u een trendmatig overzicht geven hoeveel mensen sinds de invoering van het zorgstelsel in 2006 een bestuursrechtelijke premie moeten betalen? Kunt u een overzicht geven per jaar?

Vraag 189

Hoeveel mensen betalen sinds de invoering van het zorgstelsel in 2006 de bestuursrechtelijke premie? Kunt u dit uitsplitsen over 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 en 2012?

Antwoord 188 en 189

Vanaf de invoering van de wanbetalersregeling (in 2009) zijn de volgende aantallen wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime

opgenomen. De opgenomen cijfers geven de aantallen per ultimo van het betreffende jaar weer⁶. Over 2013 per ultimo september.

	2010	2011	2012	2013
Aantal wanbetalers	267.058	304.226	300.270	319.000
Aantal onverzekerden	–	59.750	40.203	28.515

In de derde regel van de tabel worden over dezelfde jaren de aantallen feitelijk onverzekerden weergegeven die bij het CVZ in een fase van aanschrijving of boeteoplegging zitten.

De Wet Opsporing onverzekerde verzekeringsplichtigen is op 15 maart 2011 in werking getreden. Door het tijdsverloop in het systeem van aanschrijven en boete-oplegging (in totaal circa 12 maanden), gevolgd door een jaar verblijf in het bestuursrechtelijk premieregime na ambts-halve aanmelding, wordt pas zes maanden na beëindiging van het bestuursrechtelijk premieregime zichtbaar of deze mensen als wanbetaler weer bij het CVZ terecht komen. Dat is dus voor het eerst per oktober 2013. Deze groep zal door het CVZ apart worden gemonitord, maar gegevens zijn nu nog niet beschikbaar.

Vraag 191

Wat is het budget dat beschikbaar is voor onderhoudswerkzaamheden van de dbc-systematiek in 2015?

Antwoord 191

Voor de onderhoudswerkzaamheden van de dbc-systematiek is in 2015 een bedrag van € 10,4 miljoen beschikbaar.

Vraag 192

Welke concrete doelstellingen stelt deze regering voor zichzelf op het gebied van participatie van mensen met een lichamelijke beperking, lichte of matige verstandelijke beperking en ouderen op de gebieden het NIVEL in de participatiemonitor meet? Hoe moeten deze doelgroepen in 2017 scoren op deze gebieden?

Antwoord 192

De regering stelt zich tot doel dat de participatie van mensen met een beperking daar waar dit mogelijk is, toeneemt ten opzichte van nu. Het kabinetsbeleid is erop gericht randvoorwaarden te creëren om dit te bewerkstelligen. Dit uit zich in een nieuw beleid voor de langdurige zorg en ondersteuning, voor jeugd maar ook op terreinen van onderwijs en werk en inkomen. Samenhang in beleid voor mensen met beperkingen in de uitvoering daarvan moet een belangrijke bijdrage leveren aan het vergroten van de mate van participatie. Met de voorgenomen ratificatie van het VN Verdrag Handicap, een afspraak uit het Regeerakkoord, wil het kabinet verdere stappen zetten richting een inclusieve samenleving, waaraan mensen met een beperking zelfstandiger deel kunnen nemen.

De participatie van de genoemde groepen wordt gemonitord, met behulp van de participatiemonitor van het NIVEL. Het is aan de regering om op basis van de landelijke resultaten te bezien of aanvullende beleidsmaatregelen nodig en mogelijk zijn. Het is primair aan de gemeenten om, mede op basis van lokale informatie over participatie, lokaal zo nodig maatregelen te treffen.

⁶ Over 2009 zijn geen representatieve cijfers beschikbaar in verband met opstartfase.

Vraag 193

Hoe komt het dat mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking relatief weinig gebruik maken van het openbaar vervoer? Is het openbaar vervoer in voldoende mate toegankelijk voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking? Welk beleid voert u om de toegankelijkheid van het openbaar vervoer voor deze groepen te vergroten?

Antwoord 193

De participatiemonitor laat zien dat er een klein verschil in het gebruik is waar te nemen tussen het gebruik van OV door de algemene bevolking en de mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. Onlangs heeft de staatssecretaris een onderzoek laten uitvoeren waarover hij u in zijn brief van 5 juli 2013 (Kamerstuk 25 847, nr. 117), verslag heeft gedaan. Daarin kwam onder meer de vraag aan de orde hoe mensen gestimuleerd kunnen worden om meer gebruik van het OV te maken. Een kwalitatieve analyse van het onderzoeksrapport laat zien dat er een veelheid van factoren een rol speelt, die maken dat mensen al of niet met het OV gaan reizen. Hierbij is echter geen onderscheid gemaakt tussen de door u genoemde groepen en de algemene bevolking. Genoemde factoren (o.a. ervaren drempels, de beschikbaarheid van alternatieven, de complexiteit van en de bekendheid met OV en de prijs) zullen voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking in sterkere mate een rol spelen bij de keuze om met het OV te gaan.

De fysieke toegankelijkheid van het OV wordt elk jaar beter, als gevolg van de programma's die hiervoor lopen. Echter, met het louter (fysiek) toegankelijk maken van het OV zijn nog onvoldoende voorwaarden gecreëerd om mensen met een beperking meer gebruik te laten maken van het openbaar vervoer. Uit een recent onderzoek dat de staatssecretaris heeft laten uitvoeren (zie mijn brief van 5 juli 2013, Kamerstuk 25 847, nr. 117) blijkt dat naast de fysieke toegankelijkheid ook de zogenaamde «mentale toegankelijkheid» een barrière is om gebruik te maken van het OV. Daarvoor zijn flankerende maatregelen nodig. I&M, VWS en BZK zijn, om hieraan vorm te geven, in samenspraak met belangengroeperingen, vervoerders en decentrale overheden een onderzoek gestart dat moet uitmonden in concrete diensten en producten die kunnen bijdragen aan de verbetering van de toegankelijkheid in de OV-keten als geheel.

Vraag 196

Wanneer zullen rapportages van de monitor van de transitie in de langdurige zorg naar de Kamer komen? Welke momenten worden hiervoor gekozen en waarom?

Vraag 197

«Er wordt veel geïnvesteerd in een zorgvuldige transitie». Wat wordt er precies geïnvesteerd, en hoeveel kost dit?

Antwoord 196 en 197

Momenteel is de staatssecretaris in overleg met alle betrokken partijen (vertegenwoordigers van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties) een meerjarig transitieprogramma aan het opstellen. Dit najaar zal de staatssecretaris dit transitieprogramma naar de Kamer sturen met daarin een uitwerking van de monitor van de transitie.

Vraag 198

Hebben gemeenten nog voldoende tijd voor de voorbereiding op de hervorming van de langdurige zorg als er pas in oktober 2014 een transitieplan beschikbaar komt?

Antwoord 198

Ja. Gemeenten zijn hiermee overigens al aan de slag. Dit transitieplan komt overigens dit najaar beschikbaar en niet in oktober 2014.

Vraag 200

Wanneer moeten alle gemeenten een cliëntervaringsonderzoek uitvoeren in het kader van horizontale verantwoording in de Wmo? Worden gegevens van de onderzoeken openbaar gemaakt?

Antwoord 200

Het college stelt jaarlijks een onderzoek in onder cliënten van de gemeente, die enige vorm van maatschappelijke ondersteuning hebben ontvangen, en publiceert jaarlijks voor 1 juli de uitkomsten hiervan. Op basis van de door de gemeente verstrekte gegevens wordt een rapportage opgesteld, waarin de gegevens van de gemeenten worden vergeleken. Dit biedt inzicht aan gemeenten in hun eigen prestaties ten opzichte van andere gemeenten om van elkaar te leren en het horizontaal verantwoordingsproces te ondersteunen. De rapportage zal openbaar worden gemaakt.

Vraag 201

Wat zijn de concrete doelstellingen die de regering zich stelt bij de overleggen met relevante veldpartijen, sectoren, werkgevers- en werknemersorganisaties over de ratificatie van het VN-verdrag Handicap?

Antwoord 201

Met de voorgenomen ratificatie van het VN-verdrag Handicap beoogt de regering een impuls te geven aan de (progressieve) verwezenlijking van een inclusieve samenleving. Dit doet een beroep op alle daarbij betrokken partijen. Om de verantwoordelijkheden duidelijk te beleggen en nadere afspraken te maken over de tenuitvoerlegging van het Verdrag zal de staatssecretaris binnenkort overleggen met relevante veldpartijen, sectoren, werkgevers- en werknemersorganisaties.

Vraag 202

Kan een overzicht van wachtlijsten in de AWBZ gegeven worden wanneer mensen met overbruggingszorg ook meegerekend worden?

Antwoord 202

Op de site van het CVZ (www.zorgregistratie.nl) staat informatie over de omvang en samenstelling van de wachtlijst. Het betreft de stand van 1 september jl. Daarbij worden de volgende categorieën onderscheiden:

- Actief wachtend, langer dan de Treeknorm, geen zorg: 320 personen (dat is de kern van de wachtlijst);
- Actief wachtend, langer dan de Treeknorm, met overbruggingszorg: 840 personen;
- Wenswachtend: 26.300 personen.

Maandelijks actualiseert het CVZ deze informatie.

Vraag 203

Hoeveel mensen staan er langer dan 4 weken, maar korter dan de Treeknormen, op een wachtlijst voor AWBZ-zorg? Om hoeveel mensen gaat het als ook de mensen met overbruggingszorg hierin meegenomen worden?

Antwoord 203

De rapportages die de Kamer van de staatssecretaris heeft ontvangen zijn zo ingericht dat zij uitgaan van de Treeknorm van 6 weken. Cliënten die langer wachten dan die norm worden als wachtend geregistreerd. Daarbij

wordt de volgende indeling gehanteerd: wachttijd van 6 – 13 weken, 3 – 6 maanden, 6 – 12 maanden, langer dan 12 maanden.

De staatssecretaris beschikt niet over een rapportage die gebaseerd is op een indeling van 4 – 6 weken. Tot op heden wordt er altijd gekeken naar de mate waarin de Treeknorm wordt overschreden.

Via de site van het CVZ is wachtlijstinformatie te raadplegen per zorgaanbieder. De staatssecretaris heeft het CVZ gevraagd of het mogelijk is om op hun site het systeem zo in te richten dat de duur van de wachttijd meer specifiek te raadplegen is.

Vraag 204

Waarom wordt een taskforce ingesteld om de betrouwbaarheid en informatie van wachtlijsten in de AWBZ te verbeteren?

Antwoord 204

Eind vorig jaar bestond er twijfel over de betrouwbaarheid van de wachtlijstcijfers. Om die reden kon de staatssecretaris uw Kamer in december 2012 slechts summiere cijfers verstrekken (Kamerstuk 30 597, nr. 277). Omdat de staatssecretaris deze situatie niet acceptabel vond, heeft hij destijds een taskforce ingesteld met als doel het opschonen van de wachtlijstregistraties van zorgkantoren en zorgaanbieders. Zoals de staatssecretaris in zijn brief van 24 september (Kamerstuk 30 579, nr. 374) heeft vermeld, zijn de wachtlijstregistraties inmiddels op orde.

Vraag 205

Ten behoeve van welke organisaties worden de «subsidieregeling palliatieve zorg» en «kwaliteitsverbetering palliatieve zorg» ingezet?

Vraag 207

Wat is de inhoud en wat zijn de doelstellingen van het programma «Kwaliteit palliatieve zorg? Tot wanneer loopt dit programma?

Vraag 399

Wie kan aanspraak maken op de «regeling palliatieve terminale zorg»?

Antwoord 205, 207 en 399

De Regeling palliatieve terminale zorg is gericht op het verstrekken van een tegemoetkoming aan organisaties voor vrijwillige palliatief terminale zorg. De coördinatie van de inzet van vrijwilligers in de palliatief terminale zorg wordt gesubsidieerd. Het kan daarbij gaan om palliatief terminale zorg in de thuissituatie of in een zelfstandig hospice. Daarnaast voorziet de regeling in het verstrekken van een tegemoetkoming in de huisvestingslasten voor zelfstandige hospices.

Het subsidieplafond voor de vrijwillige palliatieve zorg bedraagt € 15,51 miljoen. De regeling wordt elk jaar uitgevoerd en met deze middelen zijn in 2012 8.747 cliënten en hun naasten ondersteund

Ten slotte voorziet de regeling in een subsidieverstrekking aan organisaties die zorg dragen voor de coördinatie van (landelijk dekkende) netwerken palliatieve zorg.

Met de middelen voor «kwaliteitsverbetering palliatieve zorg» worden aanbieders van palliatieve zorg ondersteund om de kennis en ervaring die in de afgelopen jaren is opgedaan, uit te rollen én te borgen op de werkvloer. Hiertoe is eind mei 2012 een ZonMw-verbeterprogramma gestart dat met enthousiasme is ontvangen. Het programma loopt tot en met 2016.

Het programma kent de volgende thema's:

- Versterken van de eigen regie van de cliënt en diens naasten, waardoor de patiënt kan sterven op de plaats van zijn of haar voorkeur;
- Bevorderen van een cultuuromslag gericht op een geleidelijke overgang van de fase waarin het accent op genezing ligt naar de fase waarin het accent op behoud van kwaliteit van leven ligt;
- Bevorderen van de samenwerking tussen professionals, vrijwilligers en mantelzorgers;
- Stimuleren van deskundigheid en het gebruik van consultatiemogelijkheden, gericht op pro-actief handelen, pijnbestrijding en met specifieke aandacht voor psychosociale en spirituele zorg.

Het vroegtijdig inzetten van palliatieve zorg is een belangrijk speerpunt van het programma, waarbij het ook gaat om een verbreding van palliatieve zorg naar andere aandoeningen dan kanker.

Tot op heden zijn vijftien goede voorbeelden geselecteerd door een onafhankelijke commissie. Het kan hierbij gaan om bestaande richtlijnen maar bijvoorbeeld ook om trainingen, gericht op de verspreiding van deze kennis en inzichten (website: www.goedevoorbeeldenpalliatievezorg.nl). De implementatie van de richtlijn palliatieve sedatie is één van deze goede voorbeelden.

Zeventien projecten zijn in volle gang en eenzelfde aantal projecten zal binnenkort van start gaan. Om de kennis goed te verspreiden wordt samengewerkt met Agora, IKNL en beroepsgroepen zoals het NHG, V&VN en Verenso.

Het NIVEL is onlangs gestart met de evaluatie van het verbeterprogramma. Hierin zal blijken, aan de hand van de kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg, in hoeverre verbeteringen zijn gerealiseerd door de verbeterprojecten. Zonodig wordt het programma aangepast. De eerste resultaten van dit onderzoek zullen eind 2013/begin 2014 bekend zijn. In het programma is ten slotte ook ruimte voor het toetsen van de zorgmodule voor palliatieve zorg, die in november aanstaande is afgerond.

Vraag 206

Zou het, gezien de huidige spreiding van kennis en financiering aangaande palliatieve zorg, (en sedatie) niet efficiënter zijn dit te bundelen?

Antwoord 206

De kennis en inzichten die in de afgelopen jaren in de palliatieve zorg zijn opgedaan, is versnipperd. Daarom is eind mei 2012 het ZonMw-verbeterprogramma palliatieve zorg gestart. Dit programma draagt er aan bij, door implementatie van goede voorbeelden, om deze kennis -en ervaringen- breed te verspreiden en te borgen op de werkvloer. Het kan hierbij gaan om bestaande richtlijnen – zoals de richtlijn voor palliatieve sedatie – maar ook om trainingen, gericht op de verspreiding van deze kennis en inzichten (zie website: www.goedevoorbeeldenpalliatievezorg.nl). Dit programma zal ook bijdragen aan een meer efficiënte organisatie van palliatieve zorg, mede omdat de zorgmodule voor palliatieve zorg in dit programma wordt getoetst. De zorgmodule vormt een kader voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering van de zorgverlening aan patiënten met een chronische aandoening, in de laatste levensfase.

Palliatieve zorg wordt verleend in verschillende situaties: in de thuissituatie, in ziekenhuizen, in verpleeghuizen en hospices. De financiering kent hierdoor verschillende financieringsstromen. Het karakter van palliatieve zorg is generalistisch: zorgverleners als huisartsen en verpleegkundigen, en instellingen als verpleeg- en verzorgingshuizen alsmede ziekenhuizen, moeten de kennis en kunde in huis hebben om goede

palliatieve zorg te kunnen verlenen. Deze zorg wordt zo dichtbij als mogelijk is, georganiseerd. De primaire hulpverleners vervullen een spilfunctie gericht op een zo goed mogelijke ondersteuning met zorg in de thuissituatie.

Vraag 208

Raakt het programma «Meer tijd voor de cliënt» aan het DOT doorbehandelen en de mogelijkheid meer tijd in te ruimen voor het gesprek met patiënt?

Antwoord 208

Het programma «Meer tijd voor de cliënt» had als doelstelling om de administratieve lasten in de langdurige zorg te verminderen. Daardoor besteden zorgprofessionals minder tijd aan administratieve rompslomp en houden zij meer tijd over voor de directe zorg aan de cliënt. Het mes snijdt daardoor aan beide kanten: cliënten ontvangen meer zorg en zorgprofessionals kunnen meer voldoening uit hun werk halen. Dit programma heeft geen directe relatie met DOT doorbehandelen.

Vraag 209

Hoeveel van het budget om de transitiekosten (€ 37 miljoen) bij decentralisatie te compenseren wordt ingezet voor het oplossen van knelpunten voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld mensen met dementie?

Antwoord 209

VWS is continu in overleg met cliëntorganisaties, aanbieders en gemeenten om de ontwikkelingen in de transitie naar gemeenten te volgen. In deze gesprekken is ook aandacht voor cliëntgroepen die bij deze transitie mogelijk om extra ondersteuning vragen. Zo is de staatssecretaris voor mensen met dementie in overleg met Alzheimer Nederland op basis van een onderzoek door Vilans naar de benodigde ondersteuning aan gemeenten. Dat onderzoek loopt nog.

Daarnaast is eerder door het Transitiebureau Wmo (VWS-VNG) samen met cliëntorganisaties, gemeenten en aanbieders in kaart gebracht welke specifieke groepen er zijn en welke ondersteuning bij de transitie naar gemeenten nodig is. Hiervoor zijn ondersteuningsproducten uitgebracht, bijvoorbeeld over signalering en coördinatie van zorg en ondersteuning voor specifieke groepen. Deze ondersteuning maakt deel uit van de transitiekosten waarvoor het kabinet de gemeenten (extra) middelen beschikbaar heeft gesteld. De staatssecretaris zal de transitie de komende tijd in samenwerking met het veld nauwlettend blijven volgen.

Vraag 210

Waardoor wordt de toename van het aantal verstrekte mantelzorgcomplimenten verklaard?

Antwoord 210

Het betreft een open einde regeling, met als grondslag voor het verkrijgen van een mantelzorgcompliment een extramurale AWBZ-indicatie die langer geldig is dan een jaar.

In 2012 heeft volgens de SVB 76% van de rechthebbenden daadwerkelijk een mantelzorgcompliment ontvangen. Dat betekent dat niet alle rechthebbenden een aanvraag doen. De bekendheid van de regeling is wel toegenomen.

Voorzichtigheidshalve wordt rekening gehouden met een hogere respons in 2014, mede als gevolg van het extramuraliseringsbeleid. Dan wordt verwacht dat 78% van de gerechtigden een mantelzorgcompliment krijgt uitgekeerd.

Vraag 211

Heeft u onderzoek gedaan naar de effectiviteit en waardering van het mantelzorgcompliment door zorgbehoevenden en mantelzorgers? Zo ja, wat waren hiervan de uitkomsten?

Antwoord 211

Nee, de staatssecretaris heeft geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit en waardering van het mantelzorgcompliment door zorgbehoevenden en mantelzorgers.

Wel heeft Mezzo bij haar eigen mantelzorgpanel een vragenlijst afgenomen. Daaruit blijkt, dat meer dan de helft van de respondenten het beschouwt als erkenning van het feit dat ze mantelzorgers zijn en dat ongeveer 60% van de respondenten het ervaart als waardering voor de mantelzorgtaken die ze uitvoeren. Aan de andere kant zijn er de mensen die niet in aanmerking komen voor het mantelzorgcompliment, omdat de zorgvrager geen langdurige extramurale indicatie heeft, en die dat als onrechtvaardig beschouwen.

De grondslag voor het mantelzorgcompliment vervalt per 1 januari 2015. De waardering voor mantelzorgers wordt dan een taak voor gemeenten, zoals in het wetsvoorstel Wmo wordt opgenomen. Het budget voor het mantelzorgcompliment wordt op dat moment toegevoegd aan het deelfonds sociaal domein van het gemeentefonds.

Vraag 212

In 2013 wordt de hoogte van het kilometerbudget verhoogd. Na het verzamelen van meer uitvoeringsgegevens wordt de hoogte van het kilometerbudget voor 2014 later dit jaar vastgesteld. Wanneer wordt hier precies duidelijkheid over gegeven?

Antwoord 212

VWS zal de hoogte van het persoonlijk kilometerbudget voor 2014 in november bekendmaken.

Vraag 213

Waardoor wordt de stijging van het aantal pashouders voor Valys verklaard? Hoe kan het dat gelijktijdig met de stijging van het aantal pashouders voor Valys, het percentage dat daadwerkelijk reist daalt? Wat zegt dit over de verstrekking van passen?

Antwoord 213

De stijging van het aantal pashouders is te verklaren doordat de Valyspas een onbeperkte geldigheidsduur heeft. Hierdoor kunnen mensen als pashouder geregistreerd blijven, terwijl zij hier feitelijk geen behoefte (meer) aan hebben.

Na verloop van tijd zal een deel van de pashouders over alternatief vervoer beschikken of geen reizen meer buiten de regio maken. Het dalende percentage van het daadwerkelijk gebruik geeft aan dat een steeds grotere groep van het totaal aantal pashouders geen gebruik (meer) maakt van het Valysvervoer. In de nieuwe Valysvoorziening die per 1 januari 2014 ingaat is reeds opgenomen dat de uitvoerder een periodieke controle gaat uitvoeren om de geldigheidsduur van de Valyspas te beperken.

Vraag 214

Welke organisatorische wijzigingen zullen er bij het CIZ gaan plaatsvinden door de wijzigingen in het beleid de komende jaren?

Antwoord 214

De herziening van de langdurige zorg heeft tot gevolg dat het CIZ een majeure transitie dient door te voeren. Immers, als gevolg van de

decentralisaties zal de werklast van het CIZ fors afnemen. Daarnaast vraagt de indicatiestelling in het kader van de nieuwe AWBZ om een andere dienstverlening. Zo zullen- zo is thans het voornemen- geen indicaties meer door middel van taakmandaat worden gesteld en al het onderzoek door het CIZ dient in persoon plaats te vinden.

Momenteel is de staatssecretaris in overleg met het CIZ over de programmatische aansturing van de transitie. Naar aanleiding hiervan zal ook een herzien financieel meerjarencader worden opgesteld. Na indiening van de nieuwe AWBZ zal ik u hierover op de hoogte brengen.

Vraag 215

Wordt er binnen de implementatie van de professionele standaarden ook aandacht besteed aan kanker? Zo ja, hoe?

Vraag 216

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) levert een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van nieuwe interventies gericht op de zorg voor en ondersteuning van kwetsbare ouderen. Vanaf 2008 zijn 73 projecten gestart, 16 projecten worden afgerond in 2014. VWS trekt € 3 miljoen uit voor de overdracht van kennis en ervaring die voortkomen uit de projecten gefinancierd uit het NPO

- a. Is er binnen het budget van deze € 3 miljoen ook aandacht voor kanker en ouderen? Zo nee, welke andere projecten heeft het ministerie opgestart om aandacht te besteden aan dit belangrijke thema?
- b. Wordt er binnen de implementatie van de professionele standaarden ook aandacht besteed aan kanker?

Vraag 217

Is er binnen het budget van € 3 miljoen voor de overdracht van kennis en ervaring uit projecten uit het NPO ook aandacht voor ouderen?

Vraag 218

Wordt er binnen de implementatie van de professionele standaarden ook aandacht besteed aan kanker?

Antwoord 215, 216, 217 en 218

Kanker bij ouderen is een complexe problematiek omdat op hoge leeftijd als regel meerdere aandoeningen en gebreken spelen. Dit vereist andere afwegingen bij de keuze van de behandeling en de inrichting van de zorg. In het Nationaal Programma Ouderenzorg is veel ervaring opgedaan met nieuwe methodes en werkwijzen om de wens van de oudere leidend te laten zijn bij de uitvoering van het zorgproces. Het ligt in de rede bij het vervolg van het NPO juist bij die projecten met betrekking tot de aansturing van de complexe zorg, actief op zoek te gaan naar verbindingen met initiatieven gericht op ouderen met kanker.

Voor het laatste deel van de vraag, betreffende andere projecten van het ministerie, wordt verwezen naar het antwoord op de vragen 266 en 267.

Vraag 219

Hoeveel kwaliteitsindicatoren moeten zorgaanbieders bijhouden? Welke kwaliteitsindicatoren zijn verplicht? Hoe krijgen zorgaanbieders feedback op de aangeleverde indicatoren? Hoe krijgen burgers en zorgverzekeraars inzicht in kwaliteitsindicatoren? Hoeveel fte's in de zorg houden zich bezig met het aanleveren van kwaliteitsindicatoren? Waaruit bestaan de onnodige administratieve lasten van kwaliteitsindicatoren?

Antwoord 219

Zorgaanbieders houden voor diverse doelen indicatoren bij. Zo gebruiken zij zelf indicatoren voor het verbeteren van zorg. Zorgverzekeraars gebruiken die indicatoren soms ook of vragen extra indicatoren op in het kader van zorginkoop. Aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz), gehandicaptenzorg (GZ), kraamzorg (KZ), verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) en ziekenhuiszorg (ZKH) moeten daarnaast verplicht kwaliteitsindicatoren aanleveren voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Na inwerkingtreding van het wetsvoorstel dat de taken en bevoegdheden van het Kwaliteitsinstituut regelt, dienen zij deze indicatoren aan het Kwaliteitsinstituut aan te bieden. De set bestaat uit indicatoren die organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf gezamenlijk hebben ontwikkeld en vastgesteld. Op dit moment gaat het om 399 indicatoren die zorgaanbieders verplicht moeten aanleveren (30 voor ggz, 31 voor GZ, 14 voor KZ, 24 voor VVT en 300 verdeeld over 44 aandoeningen voor ZKH).

Bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren is gebleken dat het ontwikkelen van goede indicatoren die daadwerkelijk iets zeggen over kwaliteit van zorg complex is. Een aantal van de door de veldpartijen ontwikkelde indicatoren was niet altijd betrouwbaar en valide, maar leverde wel administratieve lasten op voor de zorgaanbieders. De partijen hebben daarom zelf de afgelopen jaren al kritisch gekeken naar de sets en deze waar mogelijk aangepast. Daarnaast is dit Kwaliteitsinstituut i.o. expliciet gevraagd bestaande meetinstrumenten te toetsen en meetinstrumenten die bijvoorbeeld niet valide zijn te schrappen.

De aangeleverde kwaliteitsdata zijn openbaar, zorgaanbieders kunnen deze dus als feedback gebruiken om zichzelf te vergelijken met andere aanbieders. Ook zorgverzekeraars en cliënten kunnen dat doen. Dit kwaliteitsinstituut krijgt daarnaast expliciet de taak om kwaliteit inzichtelijke te maken als keuze-informatie voor cliënten.

Er wordt aan aanbieders niet gevraagd hoeveel fte zij besteden aan het aanleveren van kwaliteitsindicatoren.

Vraag 220

Welke budgetten zijn beschikbaar voor het versterken van seksuele educatie c.q. voor een sluitende aanpak van kindermishandeling in het Caribisch gebied?

Antwoord 220

Seksuele educatie in het Caribisch gebied valt onder de verantwoordelijkheid van de Openbare Lichamen van de drie eilanden die deel uitmaken van het land Nederland (Bonaire, Sint Eustatius en Saba) en bij de drie zelfstandige landen binnen het Koninkrijk (Sint Maarten, Curaçao en Aruba) onder de verantwoordelijkheid van de betreffende regeringen. De Openbare Lichamen worden daarbij ondersteund door GGD Den Haag. VWS heeft een overeenkomst afgesloten met de GGD Den Haag om de Openbare Lichamen onder andere over de organisatie van seksuele educatie te adviseren. Met de overeenkomst is € 1,2 miljoen gemoeid. Aangezien dit adviestraject nog niet is afgerond, is nog niet bekend hoeveel van de € 1,2 miljoen is besteed aan het onderwerp seksuele educatie. Voor de drie zelfstandige landen zijn bij VWS geen budgetten beschikbaar voor dit onderwerp.

Bij VWS zijn er voor de drie Openbare Lichamen geen afzonderlijk geormerkte budgetten beschikbaar voor een sluitende aanpak van kindermishandeling. Naast de hiervoor genoemde ondersteuning van de GGD Den Haag is er bij VWS voor de jeugdzorg en gezinsvoogdij ruim

circa € 4,8 miljoen op jaarbasis beschikbaar. Uiteraard wordt in de besteding van deze middelen ook rekening gehouden met activiteiten en zorg/hulpverlening in het kader van het bestrijden of voorkomen van kindermishandeling. Het is echter niet mogelijk daarbij een specifiek bedrag aan dit onderwerp toe te rekenen. Voor de drie zelfstandige landen zijn bij VWS geen budgetten beschikbaar voor dit onderwerp.

Vraag 221

Voor de subsidie voor stageplaatsen in de zorg is € 110 miljoen structureel beschikbaar. Hoe verhoudt dit zich tot het instellen van een numerus fixus bij hbo-opleidingen Verpleegkunde?

Antwoord 221

Het aantal studenten dat de opleiding tot hbo-verpleegkundige wil volgen is de laatste jaren flink gestegen. Het aantal stageplaatsen dat voor deze studenten is gerealiseerd is meegegaan in deze ontwikkeling. Hierdoor daalde het normbedrag vanuit het stagefonds per stageplaats. Met het ophogen van het subsidieplafond van € 99 miljoen naar € 110 miljoen wordt het normbedrag weer opgehoogd.

Daarnaast willen we benadrukken dat kwalitatief goede stages een onmisbaar onderdeel zijn van de opleiding tot verpleegkundige. De hogescholen die een numerus fixus willen invoeren geven aan niet het risico te willen lopen dat studenten aan hun instelling niet kunnen slagen omdat er onvoldoende stageplekken zijn. Een hogeschool mag dit soort afwegingen en beslissingen zelf maken en is verantwoordelijk voor haar eigen keuzes.

Over het algemeen vinden we dat hogescholen goed in staat zijn om afspraken te maken met zorginstellingen (o.a. over stageplaatsen) in de zogeheten werkveldadviescommissies. Deze commissies dienen ervoor te zorgen dat de goede aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt in hun regio geborgd blijft en dat er een goede verhouding bestaat tussen het aantal stageplaatsen en het aantal studenten, alsook een goede verhouding tussen het aantal studenten / afgestudeerden en de behoefte op de arbeidsmarkt. Het is in ieders belang dat studenten voldoende aantal stage-uren kunnen volgen en dat ze niet worden opgeleid voor de werkloosheid.

Vraag 222

Waarom wordt er tussen 2013 t/m 2017 € 219,7 miljoen weggehaald uit de AWBZ ter compensatie extramuralisering ZZP's en hiervan in 2013 en 2014 maar € 68,7 miljoen gegeven aan gemeenten? Waarvoor wordt het resterende bedrag ingezet?

Antwoord 222

Het resterende bedrag wordt ingezet voor compensatie van het ministerie van BZK voor de extra kosten voor de huurtoeslag (die meerjarig is toegekend en waarvan de bedragen oplopen doordat steeds meer mensen langer thuis blijven wonen). In het antwoord op vraag 337 is dit nader uitgewerkt.

Vraag 223

Uit de uitgave Kanker en ouderen van KWF Kankerbestrijding, gepubliceerd voorjaar 2013, blijkt dat er op dit moment weinig onderzoek wordt verricht naar therapieontwikkeling bij deze doelgroep. Wordt er specifiek geïnvesteerd in onderzoek naar kanker bij ouderen en het voorkomen van mogelijke co-morbiditeit? Wat doet u specifiek om de investeringen in onderzoek naar kanker bij ouderen en mogelijke co-morbiditeit te bevorderen?

Antwoord 223

Op vele wijzen, onder andere in de recente uitgave Kanker en ouderen van KWF Kankerbestrijding wordt aandacht gevestigd op het belang van kennisontwikkeling omtrent kanker bij ouderen. Ik heb in die publicatie het belang daarvan zelf ook onderschreven. De overheid ondersteunt via subsidies en de academische component de onderzoekers die daar meer inzicht in moeten verschaffen. Daarbij is het verkrijgen van inzicht in de behandeling van ouderen met multipole aandoeningen een generiek vraagstuk dat ook buiten de oncologie relevant is. Binnen de oncologie is het van belang om experimenten zodanig op te zetten dat resultaten ook generaliseerbaar zijn naar ouderen. Het is aan niet aan de overheid om de precieze focus van het onderzoek dat daartoe leiden moet in detail in te kleuren. Dat moeten de onderzoekers bepalen. Er lopen op dit moment gesprekken over te nemen initiatieven over de toekomstige inrichting van oncologische zorg in Nederland. Bij deze initiatieven zijn ook KWF Kankerbestrijding en VWS betrokken. De precieze focus van de oncologische zorgagenda wordt overigens niet door mij maar in het veld zelf bepaald.

Vraag 224

Hoeveel kinderen ontvangen momenteel een vorm van jeugdzorg? Kan dit uitgesplitst worden naar de vorm van jeugdzorg die het kind ontvangt? Hoeveel kinderen ontvangen meerdere vormen van jeugdzorg tegelijkertijd? Welk bedrag is in 2014 in zijn totaliteit gemoeid met de jeugdzorg? Hoe is dit onderverdeeld per vorm van jeugdzorg?

Antwoord 224

In de SCP publicatie «terecht in de jeugdzorg» (SCP januari 2013) is over dit onderwerp het volgende opgenomen: «In zijn totaliteit maakt (...) 7,5% van de 0–17 jarigen gebruik van jeugdzorg. 1,9% van de 0–17 jarigen is cliënt in meer dan een sector (...).»

Dit betekent dat circa 25% van de cliënten in de jeugdzorg tegelijkertijd gebruik maakt van jeugdzorg uit verschillende sectoren.

In onderstaande tabel uit *jeugdmonitor.cbs.nl* (bron SCP 2013) zijn de meest recente cijfers voor het gerealiseerde gebruik van jeugdzorg, exclusief jeugdzorg^{plus}, opgenomen.

Cijfers voor Jeugdzorg^{plus} hebben betrekking op 2012 en zijn afkomstig van de jeugdzorg^{plus} plaatsingsmonitor (7-5-2013).

Onderwerpen Nederland	2010–2011*
Totaal AWBZ-jeugdzorg	82.400
AWBZ-Zorg aan jeugd zonder verblijf	75.040
AWBZ-Zorg aan jeugd met verblijf	7.360
Totaal Zvw-jeugdzorg	248.305
Jeugd-ggz eerste lijn	60.540
Jeugd-ggz tweede lijn zonder verblijf	196.105
Jeugd-ggz tweede lijn met verblijf	3.960
Totaal Provinciaalgefinancierde jeugdzorg	99.450
Totaal Jeugd en opvoedhulp	65.565
Alleen ambulante zorg (J&O)	31.690
Verblijf accommodatie deel/volgtijd (J&O)	15.570
Verblijf pleegzorg (J&O)	18.305
* cijfers over ggz gaan over 2010, de rest 2011	
*Jeugdzorg plus (realisatiecijfer 2012)	1.617

Op de VWS begroting 2014 is circa € 1.410 miljoen opgenomen voor jeugdzorg.

Van dit bedrag is circa € 1.230 miljoen opgenomen voor provinciale jeugdzorg. Voor jeugdzorg^{plus} (jeugdzorg in gesloten setting) is circa 180 miljoen opgenomen.

Vraag 225

Op pagina 90 van de begroting VWS is er een beschikbaar budget voor preventief en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid van € 6.836 miljoen voor 2014. Kunt u aangeven welk bedrag wordt gereserveerd voor de uitvoering van het preventief handelen? Betekent dit dat u met deze middelen inzet op het voorkomen van seksueel misbruik?

Wat zijn de resultaten geweest van de subsidies, opdrachten en bijdragen voor preventief en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid? Welke resultaten verwacht u in 2014?

Antwoord 225

Het gehele bedrag wordt gereserveerd voor subsidies voor de uitvoering van preventief en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid en niet voor het voorkomen van seksueel misbruik. Uitgaven op dit laatste terrein worden verantwoord binnen subsidies Zorg voor Jeugd.

De beschikbare budgetten voor subsidies (€ 6,9 miljoen) en opdrachten (€ 1,4 miljoen) voor preventief en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid zijn in 2013 tot op heden ingezet voor onderstaande activiteiten.

Subsidies:

- Participatie (€ 0,6 miljoen)
- NJR, de Nederlandse Jeugdraad, krijgt een instellingssubsidie voor het uitvoeren van zijn kerntaken; het bevorderen van jongerenparticipatie en een stem geven aan jongeren. NJR adviseert de overheid over het beleid dat betrekking heeft op de leefwereld van jongeren in Nederland. Daarnaast krijgt het NJR projectsubsidie voor het mogelijk maken van een aantal concrete projecten, zoals het Nationaal Jeugddebate dat jaarlijks in de Tweede Kamer plaatsvindt en de Jong Lokaal Bokaal, een prijs voor de gemeente die het beste jeugdbeleid heeft.
- Resultaat van deze activiteiten is een grotere betrokkenheid en inbreng van jongeren bij het beleid en een betere aansluiting van het beleid op de leefwereld van jongeren.
- Kinderrechten (€ 0,2 miljoen)
- Nederland heeft het VN-Kinderrechtenverdrag getekend en bekrachtigd. Eén van de verplichtingen die het Kinderrechtenverdrag met zich mee brengt voor staten die partij zijn, is het op ruime schaal bekendheid geven aan de aard en inhoud van het verdrag onder kinderen, jongeren en volwassenen. Hiertoe krijgt het Kinderrechtencollectief, een coalitie van kinder- en kinderrechtenorganisaties zoals UNICEF en Defence for Children, een subsidie om informatie te geven over het Kinderrechtenverdrag. Het subsidie wordt ondermeer ingezet voor het opzetten en onderhouden van een website over kinderrechten, www.kinderrechten.nl, waarop informatie wordt gegeven over de inhoud van het Verdrag. Resultaat van dit subsidie is een grotere bekendheid van de inhoud van het VN-Kinderrechtenverdrag bij kinderen, jongeren en volwassenen.
- Kennisontwikkeling (€ 5,6 miljoen)
- Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken en heeft tot doel deze kennis te verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden. Het NJI voert hiertoe onderzoeksprojecten uit, ontwikkelt kennis, methoden, instrumenten en richtlijnen voor professionals, ondersteunt de implementatie van kennis en voert opleidingsactiviteiten uit.
- Europees jeugdprogramma (€ 0,4 miljoen)
- Het Nederlands Jeugdinstituut voert in Nederland het EU-jeugdprogramma «Youth in Action» uit.

Opdrachten:

- Jeugdmonitor (€ 0,3 miljoen)
- De jeugdmonitor laat de situatie van de jeugd zien aan de hand van indicatoren die het brede jeugdveld bestrijken, te weten de domeinen

jongeren en gezin, gezondheid en welzijn, onderwijs, arbeid, veiligheid en justitie. De gegevens zijn opgeslagen in een jeugddatabase en in een database voor gemeenten (de lokale jeugdspiegel). Daarnaast verschijnt jaarlijks een publicatie waarin de situatie van de jeugd wordt beschreven, afwisselend voor het landelijk en regionaal niveau. CBS krijgt jaarlijks de opdracht tot uitvoering en doorontwikkeling van de jeugdmonitor.

- Verder zijn er middelen beschikbaar gesteld in 2013 in de vorm van opdrachten voor het stimuleren van diverse ontwikkelingen op het preventieve jeugdterrein zoals demedicaliseren, jongerenparticipatie, vechtscheidingen, ouderbetrokkenheid, kinderrechten, beroepsontwikkeling in het sociale jeugddomein, weeskinderen, mantelzorg in gezinnen met kwetsbare kinderen en opvoedondersteuning voor aanstaande ouders.

In 2014 verwacht de staatssecretaris tenminste in subsidiesfeer en opdrachtsfeer weer resultaten te boeken binnen de genoemde thema's in de VWS begroting 2014, Artikel 5 Jeugd, pagina 92:

- Kennisontwikkeling
- Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken en heeft tot doel deze kennis te verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden. Het NJI voert hiertoe onderzoeksprojecten uit, ontwikkelt kennis, methoden, instrumenten en richtlijnen voor professionals, ondersteunt de implementatie van kennis en voert opleidingsactiviteiten uit.
- Participatie
- Jongerenparticipatie en talentontwikkeling zijn de kerntaken van NJR (de landelijke vereniging van jongerenorganisaties). Bij NJR werken jongeren aan (media)campagnes en projecten voor hun leeftijdgenoten. NJR geeft jongeren de kans om te laten zien wie ze zijn en wat ze kunnen. Ook adviseert NJR overheden en andere organisaties over jeugdbeleid.
- Kinderrechten
- Het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind vormt de basis van het jeugdbeleid. Op grond van artikel 42 van het Verdrag worden activiteiten gesubsidieerd die de rechten van kinderen algemeen bekend maken.
- Jeugdmonitor
- De jeugdmonitor laat de situatie van de jeugd zien aan de hand van indicatoren die het brede jeugdveld bestrijken, te weten de domeinen jongeren en gezin, gezondheid en welzijn, onderwijs, arbeid, veiligheid en justitie. De gegevens zijn opgeslagen in een jeugddatabase en in een database voor gemeenten (de lokale jeugdspiegel). Daarnaast verschijnt jaarlijks een publicatie waarin de situatie van de jeugd wordt beschreven, afwisselend voor het landelijk en regionaal niveau.

Uiteraard worden jaarlijks nadere afspraken met subsidieontvangers en opdrachtnemers gemaakt over de invulling van hun activiteiten.

Vraag 226

Wat moet worden verstaan onder de «compensatie besparingverlies AKW/WKB»?

Antwoord 226

In het oorspronkelijke wetsvoorstel «Verbetering positie pleegouders» (TK 32 529) werd voorgesteld het recht op uitkeringen op grond van de Algemene Kinderbijslagwet (AKW) en de Wet Kindgebonden budget (WKB) te laten vervallen als een kind uit huis wordt geplaatst. De gecalculeerde besparing op de uitkeringslasten zou vervolgens worden

ingezet ter verhoging van de pleegvergoeding. Op jaarbasis bedroeg de gecalculerde besparing op de uitkeringslasten € 18,16 miljoen.

Mede namens de minister van SZW is de Kamer op 20 december 2011 (Kamerstuk 32 529, C) per brief geïnformeerd dat het verhogen van de pleegvergoeding door middel van het beëindigen van het recht op de AKW en de WKB niet haalbaar is. Dit betekent dat de ingeboekte maatregel teruggedraaid moet worden. De eerder voorziene besparing op de uitkeringslasten bij SZW is na de ontvlechting van Jeugd en Gezin geparkeerd op de begroting van VWS. Het bedrag voor 2014 en verder dient daarom door VWS naar SZW overgeboekt te worden.

Vraag 227

Uit welk begrotingsonderdeel wordt de financiering van forensisch pediatrisch onderzoek naar kindermishandeling in 2014 geregeld? Welke voorwaarden zijn aan de financiering gesteld en zijn de potentiële aanbieders hierover reeds geïnformeerd?

Op welke wijze wordt het budget voor forensisch pediatrisch onderzoek naar kindermishandeling structureel in de wet verankerd?

Antwoord 227

De bijdrage voor het FPKM in 2014 wordt gefinancierd uit artikel 5. Een voorwaarde is dat de subsidie tijdelijk is en eindigt per 1 januari 2015 met het oog op de decentralisatie van de jeugdzorg. De aanbieder is hiervan op de hoogte.

Vraag 228

Gesteld wordt dat een te grote groep jongeren vanuit de jeugdzorg moeilijk aan de slag komt en te snel in de Wajong terecht komt. Om hoeveel jongeren gaat het? Is bekend of deze groep groter of kleiner is geworden ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 228

Er is sprake van een te grote groep jongeren die niet op eigen kracht hun weg in de samenleving vinden. Dat uit zich bijvoorbeeld in jongeren die vanuit de jeugdzorg moeilijk aan de slag komen en te snel in de Wajong terecht komen.

In de begroting van SZW (Kamerstuk 33 750 XV, nr. 2) staat dat de instroom in de Wajong hoger is dan de uitstroom. Daar is ook terug te vinden dat het aantal personen met een Wajong-uitkering in 2014 op 247.000 geraamd wordt; een stijging van 20.000 in vergelijking met 2012 (bron: tabel 4.2 Kerncijfers Wajong).

Vraag 229

Wat zijn de resultaten geweest van de bijdragen aan ZBO/RWT ZonMw met betrekking tot het programma «Effectief werken in de jeugdzorg»? Welke resultaten verwacht u in 2014?

Antwoord 229

Het ZonMw programma Effectief werken in de jeugdsector heeft als missie: het vergroten, bundelen en uitdragen van kennis over het bevorderen van de psychosociale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen die bruikbaar is voor de (huidige) sectoren jeugdgezondheidszorg, lokaal preventief jeugdbeleid en/of cliënten op het snijvlak van geïndiceerde jeugdzorg/jeugd-ggz/jeugd-lvb. De kennis die het programma oplevert ondersteunt de kwaliteit van zorg in het huidige en nieuwe stelsel voor de zorg voor jeugd. Het programma heeft een looptijd van medio 2012 tot en met 2019. Het programma kent vier programmaliijnen (kind en gezin, beroepsbeoefenaren, hulpmiddelen en organisaties).

Momenteel is binnen de programmalijn «kind en gezin» het eerste onderdeel kennisontwikkeling innovatieve methodieken (programmalijn 1b) gestart. Eind 2013 starten circa 10 onderzoeken naar de werkzaamheid van (innovatieve) methodieken die bijdragen aan het versterken van de eigen kracht van kinderen en gezinnen. Daarnaast zijn 20 projecten gehonoreerd voor het beschrijven en (theoretisch) onderbouwen van eigen-krachtmethodieken. Eind 2014 zullen de beschrijvingen van deze eigen-krachtmethodieken beschikbaar komen. De resultaten van de onderzoeken naar de werkzaamheid van methodieken van de eigen kracht zullen vanaf eind 2015 beschikbaar komen.

Binnen programmalijn «organisatie» (4C) is het onderdeel «Ondersteuning en evaluatie multidisciplinaire aanpak kindermishandeling» gestart.

ZonMw ondersteunt en onderzoekt in samenwerking met adviesbureau Van de Bunt de meerwaarde van de multidisciplinaire aanpak van kindermishandeling. Zes regionale initiatieven werken mee aan dit onderzoek. Dit gebeurt in opdracht van de ministeries van VWS en VenJ, naar aanleiding van het Actieplan aanpak kindermishandeling «Kinderen Veilig» (2012–2016). Eerste bevindingen zijn in mei 2013 in een tussenrapportage gepubliceerd. De eindrapportage van het onderzoek volgt in 2014.

Vraag 230

Wat zijn de meetbare resultaten geweest van de subsidies, opdrachten en bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken voor JeugdzorgPlus? Welke meetbare resultaten verwacht u in 2014?

Antwoord 230

VWS heeft met DVO (Dienst Vervoer en Ondersteuning) een convenant waarin is vastgelegd dat DVO het beveiligde vervoer verzorgd naar en tussen jeugdzorg^{plus} instellingen voor jongeren met een machtiging gesloten jeugdzorg. DVO (onderdeel van V&J) ontvangt jaarlijks € 3,1 miljoen van VWS (vastgelegd in het convenant) om deze taken uit te kunnen voeren. Het resultaat is dat jeugdigen met een machtiging gesloten jeugdzorg veilig vervoerd kunnen worden naar en tussen jeugdzorg^{plus} accommodaties.

VWS betaalt het ministerie van OCW jaarlijks € 8.000,- per capaciteitsplaats gesloten jeugdzorg als bijdrage in de extra kosten die gemoeid zijn met onderwijs in een gesloten accommodatie. De overige kosten komen regulier ten laste van de begroting van OCW. Het resultaat is dat de jeugdigen die geplaatst zijn in een accommodatie voor gesloten jeugd onderwijs ontvangen.

Vraag 231

Hoe ziet de verdeling van de € 18,5 miljoen eruit die beschikbaar is voor de voorbereiding op de decentralisatie van de jeugdzorg?

Antwoord 231

Voor de dekking van invoeringskosten is het beschikbare bedrag als volgt verdeeld: € 7,75 miljoen voor gemeenten, € 2,4 miljoen voor het IPO en provincies en € 8,35 miljoen voor het transitiebureau van VNG en Rijk en de transitiecommissie onder opdrachtgeverschap van IPO, VNG en Rijk.

Vraag 232

Welke garanties en mogelijk financiële garanties van de Rijksoverheid zijn nodig voor het bidboek om vier voetbalwedstrijden in het kader van het Europees Kampioenschap voetbal 2020 van de UEFA naar Amsterdam te halen. Zo nee, wanneer kan de regering daar wel meer informatie over geven?

Antwoord 232

In de komende periode zal de KNVB in samenwerking met de gemeente Amsterdam en de directie van de Arena Amsterdam een bid voorbereiden. Het bidboek moet uiterlijk 25 april 2014 worden aangeleverd. Op basis hiervan zal de UEFA in september 2014 een besluit nemen over toewijzing aan de dertien speelsteden voor het EK in 2020. Voor door de Rijksoverheid te leveren garanties zijn de modelgaranties voor sportevenementen het uitgangspunt. Uw Kamer zal tijdig worden geïnformeerd over het definitieve pakket van bijdragen en garanties dat de Rijksoverheid voornemens is te leveren in het kader van het voorgenomen bid.

Vraag 233

Kan de regering verklaren waarom het budget van «passend sport- en beweegaanbod» voor 2013 in de begroting van 2013 begroot is op € 86,5 miljoen terwijl de huidige verwachting over 2013 gesteld is op € 27,7 miljoen? Zo nee, kan de regering aangeven waarom niet?

Antwoord 233

Het lagere bedrag voor 2013 heeft te maken met een tweetal overboekingen.

De middelen voor de aanstelling van buurtsportcoaches binnen de gemeenten zijn bij 1e suppletoire 2013 overgeboekt naar het Gemeentefonds op de BZK-begroting. Voor 2013 betrof dit per saldo € 44,3 miljoen. De middelen voor de uitvoering van de Sportimpuls 2013, zijnde € 11,1 miljoen, zijn bij 1e suppletoire 2013 overgeboekt naar artikel 4 Zorgbreed Beleid binnen de VWS-begroting.

Vraag 234

Wanneer komt er inzicht in de mate waarin de Sportimpuls leidt tot een structureel hoger aantal sportende personen? Komt er inzicht in welke mate dit personen zijn die oorspronkelijk te weinig bewegen?

Vraag 235

Welke meetbare resultaten worden in 2014 verwacht van de Sportimpuls voor lokale sportaanbieders? Welke meetbare resultaten zijn er afgelopen jaar geboekt?

Antwoord 234 en 235

Dit najaar komen de eerste tussenresultaten van de Sportimpulsprojecten uit de eerste ronde beschikbaar. Deze projecten zijn in september 2012 van start gegaan en hebben een looptijd van twee jaar. Over deze tussenresultaten wordt gerapporteerd in de voortgangsbrief van het programma Sport en Bewegen in de Buurt die dit najaar aan de Tweede Kamer verzonden wordt. Eind 2014 is informatie beschikbaar over de resultaten van de afgeronde Sportimpulsprojecten uit de eerste ronde. Er wordt onder andere gerapporteerd over het aantal personen dat na afloop van het Sportimpulsproject (structureel) is blijven sporten en bewegen. Ook komt informatie beschikbaar over de inhoud van de projecten en over de samenwerkingsverbanden binnen de projecten. Alle Sportimpulsprojecten richten zich op mensen die te weinig sporten en bewegen.

Vraag 236

Kan de minister verklaren waarom het budget van de «stipendiumregeling» voor 2013 in de begroting van 2013 begroot is op € 7,8 miljoen terwijl de huidige verwachting over 2013 gesteld is op € 9,9 miljoen? Zo nee, kan de minister aangeven waarom niet?

Antwoord 236

Door de stijging van het aantal (met name gehandicapte) topsporters dat recht heeft op het stipendium bleek het bedrag van € 7,8 miljoen per jaar,

dat bij begroting 2013 was voorzien, onvoldoende is om te kunnen voldoen aan de bestaande afspraken over de inkomensvoorziening voor topsporters. Om te voorkomen dat er jaarlijks een knelpunt optreedt waarvoor incidenteel een oplossing moet worden gezocht, heeft de regering besloten in 2013 € 2,1 miljoen extra beschikbaar te stellen voor de stipendiumregeling. Vanaf 2014 is jaarlijks € 2 miljoen extra beschikbaar.

Vraag 237

Kan de minister verklaren waarom er een groot verschil zit tussen het begrote budget voor topsportevenementen over het jaar 2013 in de begroting van 2013 (€ 8,8 miljoen) en in de begroting van 2014 (€ 5,8 miljoen)? Kan de minister dit verschil verklaren? Zo nee, waarom niet? Kan de minister aangeven waarom de € 0,8 miljoen die toegevoegd zou worden aan het budget voor topsportevenementen als gevolg van het amendement Huizing c.s. niet in het begrote budget terug te vinden is? Zo nee, kan de minister aangeven waarom niet?

Antwoord 237

Voor de jaren 2013 en 2014 was tijdelijk extra budget beschikbaar voor topsportevenementen. Op basis van de topsportevenementenkalender bleek dat de nadruk van de organisatie van evenementen in latere jaren ligt. Daarom is besloten tot een deel van de voor 2013 en 2014 niet gebruikte middelen beschikbaar te maken voor topsportevenementen in latere jaren. Daartoe zijn, bij 1^e suppletoire begroting 2013, middelen uit 2013 en 2014 doorgeschoven naar de periode 2015 tot en met 2017. Het bedrag van € 0,8 miljoen uit het amendement Huizing c.s. is aan het budget voor topsportevenementen toegevoegd.

Vraag 238

Welke prioriteit heeft de regering met het aanpakken van doping? Waarom is de subsidie voor de dopingautoriteit verlaagd? Waarom zijn de inkomsten uit de lotto voor de dopingautoriteit verlaagd? Gaat de regering extra subsidie verstrekken aan de dopingautoriteit om de ingezette projecten af te ronden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 238

Er dient vervolg gegeven te worden aan de verplichte regels die zijn vastgelegd in de World Anti-Doping Code van de World Anti Doping Agency (WADA). Dit gebeurt door financiering van VWS aan de Nederlandse Dopingautoriteit en het betalen van contributie aan de WADA. De Dopingautoriteit zet de instellingsubsidie en de financiering vanuit de lotto middelen (via NOC*NSF) in voor het uitvoeren van dopingcontroles in de georganiseerde sport en voor preventieve taken in de (on)georganiseerde sport. Daarnaast heeft de Dopingautoriteit in 2013 een aantal specifieke projecten ingezet op het gebied van vernieuwende dopingopsporingsmethoden (zoals biomedisch paspoort en indirecte opsporing en bewijsvoering).

Door middel van een amendement heeft uw Kamer in 2013 eenmalig € 0,2 miljoen extra budget voor dopingbestrijding vrij gemaakt. Met die middelen is voor 2013 een projectsubsidie verstrekt aan de Dopingautoriteit. De instellingssubsidie aan de Dopingautoriteit is in 2014 gelijk aan 2013 (€ 1,2 miljoen).

De Algemene Vergadering van NOC*NSF heeft op 14 mei 2013 besloten tot het verlagen van het Bestedingsplan Sportagenda. Dit vanwege sterk teruglopende inkomsten van uit de kansspelen (Lotto). Alle onderdelen (rubrieken) in het Bestedingsplan zijn voor 2014 met 5% gereduceerd. Deze generieke korting heeft dus zowel betrekking op Sportparticipatie,

Topsport als Sportinfrastructuur. De specifieke bijdrage voor anti-dopingbeleid, hetgeen een bijdrage aan de activiteiten van de Dopingautoriteit betreft, is door de 5%-maatregel teruggebracht van € 1.000.000 in 2013 naar € 950.000 voor 2014.

Vraag 239

Waarom kan er in het overleg met opsporingsinstanties geen persoons- en zaakgebonden informatie gewisseld worden?

Waarom verleen de officier van justitie geen toestemming aan de Marechaussee voor het staande houden en doorzoeken aan de grens op het gebied van doping?

Antwoord 239

De Officier van Justitie heeft de leiding over het opsporingsonderzoek. Tijdens het onderzoek kan de Officier van Justitie opsporingsambtenaren opdracht geven om van bepaalde dwangmiddelen, zoals doorzoeken gebruik te maken. De Officier van Justitie zal dat slechts doen als er een redelijk vermoeden van schuld van het plegen van een strafbaar feit is, zoals het illegaal invoeren van geneesmiddelen of andere stoffen die als doping kunnen worden gebruikt.

Vraag 240

Wordt er in het wetsvoorstel over doping een wettelijke basis gecreëerd voor het uitwisselen van persoonsgebonden informatie tussen de overheid en de dopingautoriteit? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 240

In het voorgenomen wetsvoorstel wordt een wettelijke basis gecreëerd op basis waarvan een bepaalde groep sporters (top-niveau) verplicht wordt om aan een dopingcontrole mee te werken. De wenselijkheid hiervan vloeit voort uit een advies van het College Bescherming Persoonsgegevens waarin het aangeeft dat er een wettelijke grondslag nodig is voor de verwerking van de persoonsgegevens van een sporter in het kader van dopingcontroles.

Ik ben van mening dat de opsporing van de handel in doping voldoende en op adequate wijze uitgevoerd wordt door de bestaande opsporingsinstanties. De Dopingautoriteit behoeft hiertoe niet geoutilleerd te worden en moet mijns inziens een onafhankelijke privaatrechtelijke stichting blijven zonder opsporingsbevoegdheden. Een publiekrechtelijke taak en daaraan verbonden de bevoegdheid om op te sporen en bestuurlijke sancties op te leggen, zou gezien de geringe omvang van de doelgroep (de 20.000 sporters die opereren op de hoogste wedstrijdniveaus) buitenproportioneel zijn

Vraag 241

Hoeveel buurtsportcoaches zijn er op dit moment aangesteld? Hoeveel van het budget van VWS voor het aanstellen van buurtsportcoaches in 2013 is inmiddels uitgegeven?

Hoe succesvol is het instellen van buurtsportcoaches? Tot welke resultaten leidt de inzet van buurtsportcoaches? Is er sprake van effectmeting ten aanzien van de buurtsportcoaches? Zo ja, wat is de netto-effectiviteit van de buurtsportcoaches? Zo nee, waarom is deze effectmeting er niet? Kan de minister aangeven wanneer deze effectmeting gehouden zal worden en wanneer de resultaten daarover bekend zullen zijn?

Antwoord 241

Het instellen van buurtsportcoaches is zeer succesvol. In 2013 doen 377 van de 408 gemeenten mee aan de Brede impuls combinatiefuncties/ buurtsportcoaches. Daartoe draagt het Rijk in 2013 € 55,2 miljoen (40%) bij en zorgen de gemeenten lokaal voor € 82,8 miljoen (60%) cofinan-

ciering. Met deze middelen kunnen in 2013 totaal 2.670,6 fte aangesteld worden. Eind 2013 vindt de volgende monitor van het daadwerkelijk aantal aangesteld buurtsportcoaches plaats. De resultaten daarvan komen in de loop van 2014 beschikbaar.

Buurtsportcoaches zijn combinatiefunctionarissen met als specifieke opdracht het organiseren van een sport- en beweegaanbod in de buurt en het maken van een verbinding tussen sport- en beweegaanbieders en andere sectoren zoals zorg, welzijn, jeugdzorg en kinderopvang en onderwijs. Er is altijd sprake van een combinatie met sport en bewegen. Deze professionals zijn bij uitstek degenen die sportief en respectvol gedrag uitdragen en het kinderen kunnen aanleren. Buurtsportcoaches kunnen jongeren en buurtbewoners meer betrekken bij sportactiviteiten en het creëren van een veilige sportomgeving.

In opdracht van het ministerie van VWS doen het Mulier Instituut en Kennispraktijk voor sport, onderwijs & gezondheid een studie naar processen en effecten van de inzet van combinatiefunctionarissen en buurtsportcoaches.

Dit najaar verwacht ik de resultaten van dit onderzoek. Uw Kamer wordt spoedig daarna van de uitkomsten op de hoogte gesteld.

Vraag 242

Wat zijn de meetbare resultaten geweest van de subsidies voor verantwoord sporten en bewegen? Welke meetbare resultaten verwacht u in 2014?

Antwoord 242

De ondersteuning van de sportgezondheidszorg leidt jaarlijks gemiddeld tot 7 extra sportartsen die hun opleiding afronden; de 55 sportmedische instellingen voldoen alle aan de gestelde kwaliteitseisen; de kwaliteitsborging vindt ook op persoonsniveau plaats; de voorlichtingssite www.sportzorg.nl heeft het keurmerk Zegelgezond en heeft hoge scores van vakexperts (rapportcijfer 8,9).

De activiteiten van de betrokken organisaties in 2013 zijn nog niet afgerond. Een innovatie is een *app* voor enkeltraining ter preventie van ernstige verstuiking.

Over de resultaten van het gevoerde beleid voor verantwoord sporten is gerapporteerd in 2011 ter gelegenheid van de Beleidsdoorlichting Sport (Kamerstuk 32 772, nr. 1). Daaruit valt onder meer af te leiden dat het risico op een sportblessure gestaag is afgenomen, maar ook dat de daling niet verder lijkt door te zetten in recentere jaren. De cijfers uit het TNO-Trendrapport Bewegen en Gezondheid (2010/2011) dat u onlangs is toegezonden geven aan dat het aantal sportletsels onder jongeren lijkt te stijgen. De cijfers over 2013 zijn nog niet bekend. Het kabinet streeft naar het terugdringen van de sportblessures en de gevolgen ervan onder meer door intensievere samenwerking tussen de Stichting VeiligheidNL, de Vereniging voor Sportgeneeskunde, NOC*NSF en de sportbonden. Het kabinet hanteert geen kwantitatieve doelen op dit gebied.

Vraag 243

Wat zijn de meetbare resultaten geweest van de subsidies en opdrachten voor Kennis en innovatie? Welke meetbare resultaten verwacht u in 2014?

Antwoord 243

Kennis en innovatie leveren diverse resultaten op in de vorm van publicaties, opleidingen, interventies, projecten en producten. Mijn inzet is dat kennis en innovatie rendement opleveren voor zowel de topsport en breedtesport.

Enkele voorbeelden van resultaten die dit jaar zijn of worden geleverd:

- de doorontwikkeling van een database met (erkende) sport- en beweeginterventies bij het NISB, waarmee professionals en vrijwilligers in de sportpraktijk meer handvatten krijgen om «evidence based» te kunnen werken;
- de uitvoering van projecten van het Onderzoeksprogramma Sport via ZonMw, NWO/Geesteswetenschappen en STW;
- de onlangs gelanceerde portal www.sportopdekaart.nl (onderdeel van de zorgatlas), waarmee beschikbare gegevens over sport en bewegen door het RIVM worden ontsloten;
- het Trendrapport bewegen en gezondheid van TNO, u reeds toegezonden bij brief van 5 september, waarin o.a. de gevolgen van blessures en sedentair gedrag⁷ worden aangekaart;
- de tweede editie van Sportsatellietrekening van het CBS en de HAN (Hogeschool Arnhem-Nijmegen), waarmee de bijdrage van de sport aan de economie is berekend; deze editie wordt u binnenkort toegezonden;
- de uitkomsten van de Vrijtijdsomnibus van het SCP, die ook nog dit najaar beschikbaar komen;
- het evaluatierapport van sportinnovatie in de periode 2006–2013, waarin o.a. de resultaten van de programma's van Innosport worden beschouwd. Ook dit rapport ontvangt u nog dit najaar.

In 2014 is een nieuwe Rapportage Sport voorzien van het SCP. In dit gezaghebbende periodieke overzichtsrapport voor de sport worden inzichten uit onderzoek en monitoring van de afgelopen jaren gebundeld en toepasbaar gemaakt voor de praktijk.

Vraag 244

Vallen Indonesische slachtoffers tot 27 december 1949 ook onder de definitie van het Comité 4 & 5 mei van Nederlanders die zij herdenken?

Antwoord 244

Het Nationaal Comité heeft in een memorandum geformuleerd wie worden herdacht: *«Tijdens de Nationale Herdenking op 4 mei herdenken we allen – burgers en militairen – die in het Koninkrijk der Nederlanden of waar ook ter wereld zijn omgekomen of vermoord sinds het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog, in oorlogssituaties en bij vredesoperaties.»* In de toelichting daarop wordt geschreven dat het bij de Nationale Herdenking niet gaat om de daders of buitenlandse slachtoffers, maar nadrukkelijk om de Nederlandse slachtoffers. Nederlandse slachtoffers die vielen tijdens de Japanse bezetting en de dekolonisatie die daarop volgde vallen binnen het kader van de Nationale Herdenking.

Vraag 245

Welke ontwikkelingen op het terrein van zorg- en dienstverlening en herinnering aan WO II behoeven volgens het kabinet monitoring en eventueel bijsturing? Wat wordt dan verstaan onder bijsturing?

Antwoord 245

Het kabinet is verantwoordelijk voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg en dienstverlening aan de eerste generatie oorlogsgetroffenen WO II en van de herinnering aan de oorlogperiode door de verschillende (private en publieke) uitvoeringsorganisaties. De om demografische redenen teruglopende omvang van de doelgroep en daarmee het kleiner wordend organisatorisch draagvlak voor de instellingen, zorgen voor risico's. Het kabinet houdt daarom de vinger aan de pols en stimuleert en faciliteert zo nodig samenwerkingsinitiatieven bij de uitvoeringsorgani-

⁷ Onder sedentair gedrag wordt gedrag verstaan met een erg laag energieverbruik, zoals televisie kijken, computeren, zitten op school of op het werk en liggen.

saties. Recente voorbeelden zijn de samenwerking tussen de Pensioen- en Uitkeringsraad en de Sociale Verzekeringsbank bij de uitvoering van de wetten voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen per 1 januari 2011 en die tussen Pelita enerzijds en De Basis en Arq anderzijds per 1 januari 2014.

Vraag 246

Voor de zorg- en dienstverlening aan verzetsdeelnemers is tot 2018 jaarlijks € 6.806.000 beschikbaar. Hoeveel mensen maken nog gebruik van deze voorziening, en wat is het te verwachten verloop?

Antwoord 246

Het voor de zorg- en dienstverlening aan verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen genoemde bedrag stelt VWS via het instrument van de subsidie aan de Stichtingen Pelita, Joods Maatschappelijk Werk, de Basis, 1940–1945 en Cogis. Deze subsidie is doelgroepgerelateerd en niet persoonsgerelateerd. Voor de berekening van de afname van de doelgroep en in het verlengde daarvan de berekening van de verlaging van de beschikbare subsidie maakt VWS gebruik van informatie van de SVB en het CBS. Deze berekeningen gaan uit van het aantal personen dat een tegemoetkoming ontvangt op basis van de wetten voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen. Het gaat in 2013 om in totaal 7.411 mensen. Het gemiddeld verloop bedraagt voor de periode 2014 tot en met 2016 6% per jaar.

Vraag 247

Welke taken voeren de PUR en de Stichting Administratie Indonesische Pensioenen uit bovenop de SVB?

Antwoord 247

De taakverdeling tussen Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) is geregeld in de artikelen 4 en 6 van de Wet uitvoering wetten voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen (Wuvo). Die komt er kortweg op neer dat de PUR beschikkingen geeft op nieuwe eerste aanvragen voor een pensioen of uitkering en beleidsregels vaststelt, waaraan ook de SVB zich bij haar taakuitoefening dient te houden. Ook adviseert de PUR de SVB over beschikkingen waarbij niet op basis van de door de PUR geformuleerde beleidsregels beslist kan worden.

De SVB geeft beschikkingen op basis van de Wuvo die niet aan de PUR zijn opgedragen. Het gaat met name om de aanvragen voor bijzondere voorzieningen. De SVB is ook belast met de brede voorbereiding en uitvoering van de beschikkingen die door de PUR (en de SVB zelf) zijn gegeven.

De Stichting Administratie Indonesische Pensioenen (SAIP) is een zelfstandig bestuursorgaan waar de minister van BZK primair voor verantwoordelijk is. Voor het ministerie van VWS voert de SAIP in opdracht de Algemene Oorlogsongevallenregeling (AOR) uit. Op basis van deze regeling worden vergoedingen en uitkeringen verstrekt aan Nederlandse burgers die tussen 8 december 1941 en 1 februari 1954 oorlogslletsel hebben opgelopen in voormalig Nederlands-Indië. In verband met de daling van het aantal gerechtigden is VWS samen met BZK een onderzoek gestart om de uitvoering van de AOR over te dragen aan de PUR/SVB.

Vraag 248

Wat is de status t.a.v. het overdragen van de taken van stichting Pelita die het kabinet voornemens is door te voeren? Welk bedrag behoudt de stichting Pelita en welk bedrag wordt overgedragen naar stichting De Basis?

Antwoord 248

In nauwe afstemming tussen Pelita en VWS is vastgesteld dat er bij ongewijzigd beleid risico's zullen gaan ontstaan voor de continuïteit en kwaliteit van de hulpverlening aan de Indische doelgroep. Om dit te voorkomen is in de afgelopen periode gezamenlijk gewerkt aan een herpositionering van Pelita per 1 januari 2014: het maatschappelijk werk (6,4 fte) wordt met bijbehorend budget overgedragen naar De Basis te Doorn en Pelita zal per diezelfde datum met de overblijvende taken (sociale dienstverlening en de wettelijke sociale rapportagetaak) onderdeel gaan uitmaken van Arq (zie antwoord op vraag 300). Op deze manier zal de dienst- en zorgverlening aan de Indische doelgroep voor de langere termijn zijn gewaarborgd. De bedragen worden bekend als de subsidies van Pelita en de Basis worden vastgesteld. Op dit moment heeft VWS van beide instellingen nog geen subsidieaanvraag ontvangen.

Vraag 249

Wordt de SARSR ook bekostigd binnen de post zorg- en dienstverlening? Zo ja, voor welk bedrag?

Antwoord 249

De SARSR wordt bekostigd uit de post Bijdragen aan ZBO's en RWT's. De bijdrage in 2013 bedraagt € 44.536,-.

Vraag 250

Hoe zal de privatisering van de twee JeugdzorgPlus-instellingen Almata en De Lindenhorst uitwerken? Worden dit nieuwe instellingen of zullen ze overgenomen worden door een huidige instelling?

Antwoord 250

De jeugdzorg^{plus} instelling Almata bestaat uit twee vestigingen. Deze vestigingen van Almata zijn ontvlochten. De vestiging in Den Dolder fuseert met de jeugdzorg^{plus} instelling De Lindenhorst in Zeist. Zowel de fusieorganisatie Almata/Lindenhorst als de vestiging van Almata in Ossendrecht worden hierna geprivatiseerd. De privatisering houdt in dat bestaande instellingen of organisaties de twee jeugdzorg^{plus} instellingen zullen overnemen.

Vraag 251

Hoe wordt de CPB-raming vertaald naar de uitgavenplanning van de verschillende zorgsectoren?

Vraag 256

Kan het verschil aangegeven worden tussen de hoogte van de raming van het CPB en die door VWS over de afgelopen tien jaar? Waarom valt de VWS raming altijd hoger uit dan die van het CPB? Kan uitgebreid worden toegelicht op welke wijze de CPB-raming wordt vertaald naar de uitgavenplanning van de verschillende zorgsectoren?

Antwoord 251 en 256

De geraamde ontwikkeling van de BKZ-uitgaven in de VWS-begroting wordt onderscheiden naar de oorzaak van de ontwikkeling:

- Nominaal (N);

- Beleidsmatig (B), hieronder zijn opgenomen de intensiveringen (waaronder autonome groeiruumte) en maatregelen;
- Mee- en tegenvallers (M), waaronder de actualisering van de zorguitgaven op basis van cijfers CVZ en NZa;
- Technisch (T), waaronder budgetneutrale verschuivingen.

De CPB-raming is van invloed op de nominale ontwikkeling en op de autonome groeiruumte als onderdeel van de beleidsmatige ontwikkeling. Technische ontwikkelingen in de uitgaven en mee- en tegenvallers in de begroting worden onafhankelijk van het CPB door VWS geraamd. Tot slot zijn er beleidsmatige mutaties (naast de autonome groeiruumte) waarvan het CPB beoordeelt of ze deze al dan niet meeneemt in haar raming.

De nominale ontwikkeling heeft betrekking op de stijging van de zorguitgaven door loon- en prijsstijgingen. Het CPB raamt de ontwikkeling van lonen en prijzen op landelijk niveau. VWS vertaalt de CPB-raming door naar de afzonderlijke zorgsectoren via een raming van de loon- en prijsgevoeligheid van de uitgaven per sector.

De autonome groeiruumte wordt gebaseerd op de geraamde groei van de zorguitgaven in de meest recente middellange termijn raming van het CPB vóór de verwerking van de financiële effecten van het Regeerakkoord. Voor de huidige kabinetsperiode is dat de juniraming 2012 van het CPB. Ook hiervoor geldt dat het CPB een raming maakt van de ontwikkeling van de uitgaven op landelijk niveau, die door VWS wordt vertaald naar een raming van de autonome groeiruumte op sectorniveau. Deze doorvertaling gebeurt op basis van een raming van de gevoeligheid van de uitgaven per sector voor onder meer demografische ontwikkelingen en trendmatige ontwikkelingen uit het verleden. De totale beschikbare groeiruumte per sector wordt bepaald door de autonome groeiruumte en de budgettaire effecten van beleidsmaatregelen, zoals de afspraken in de recent gesloten hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg.

De voorgaande toelichting geeft aan dat de VWS-raming van het budgettaire kader alleen globaal vergelijkbaar is met de CPB-raming van de zorguitgaven omdat deze ramingen een andere systematiek, een ander detailniveau en een ander doel hebben. Een meerjarige vergelijking van de ramingen van VWS en van het CPB is om die reden ook niet beschikbaar. Ervaring leert wel dat de raming van VWS niet altijd hoger is.

Vraag 252

Welke pogingen onderneemt het ministerie om de beschikbare informatie over zorg en zorguitgaven (verschillende definities, indeling en of perioden) beter aan te laten sluiten bij het BKZ?

Antwoord 252

In mijn brief van 29 november 2012 (Kamerstuk 29 248, nr. 243) bent u geïnformeerd over de instelling van een stuurgroep tot verbetering van de informatievoorziening over de zorguitgaven. De taak van die stuurgroep is voorstellen te doen tot versnelling van het beeld over de uitgaven over een jaar, verbetering van de monitorfunctie gedurende het jaar en een verbetering van verklarende informatie over de waargenomen uitgavenontwikkeling.

In de brief van 4 juli 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 254) heb ik gerapporteerd over de werkzaamheden en de bereikte resultaten tot nu toe. Ten aanzien van de versnelling van het beeld over de uitgaven heb ik de NZa opdracht gegeven de maximale duur van een dbc te verkorten van 365 dagen naar 120 dagen. Daarmee wordt een versnelling van 8 maanden gerealiseerd. Op dit moment wordt de haalbaarheid van andere voorstellen onderzocht,

bijvoorbeeld de mogelijkheid om een uniform begrip voor de uitgaven te hanteren voor VWS, verzekeraars en instellingen voor de toepassing van het BKZ, de toepassing van het Macro Beheersinstrument en de risico-verevening.

Voor de monitoring van de uitgaven wordt nu voor de ggz informatie over de contracten tussen instellingen en verzekeraars aan VWS verstrekt, waardoor al aan het begin van het jaar een indicatie beschikbaar komt over de te verwachten uitgaven. Onderzocht wordt of een dergelijk systeem ook voor de medisch specialistische sector kan worden ingevoerd.

Ten aanzien van het verkrijgen van verklarende informatie over de zorguitgaven loopt nu een test om die informatie via Zorgprisma te benaderen. De test geldt voor de sectoren ggz, medisch-specialistische zorg en de huisartsen. Wanneer de test positieve resultaten oplevert, worden meer sectoren ontsloten.

Vraag 253

Kan de eigen bijdrage AWBZ (€ 1,9 miljard) uitgesplitst worden naar eigen bijdrage intramurale AWBZ en eigen bijdrage extramurale AWBZ?

Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage voor intramurale AWBZ?

Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage voor extramurale AWBZ?

Wat zal de gemiddelde eigen bijdrage voor intramurale AWBZ-zorg in 2014 zijn?

Wat zal de gemiddelde eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg in 2014 zijn?

Wat zal de gemiddelde eigen bijdrage voor Wmo-zorg in 2014 zijn?

Antwoord 253

Van het totaal aan eigen bijdragen betreft circa € 1,8 miljard de eigen bijdrage intramuraal en circa € 0,1 miljard de eigen bijdrage AWBZ-extramuraal.

Medio 2012 betaalden circa 270.000 mensen een eigen bijdrage intramuraal. Het aantal mensen dat medio 2012 een eigen bijdrage AWBZ extramuraal betaalde ligt op circa 320.000 mensen. Het aantal mensen dat gedurende het jaar een eigen bijdrage betaalt ligt hoger, omdat veel mensen slechts voor een deel van het jaar een eigen bijdrage betalen.

Uitgaande van een totaal aan opbrengsten van € 1,8 miljard eigen bijdrage intramuraal (optelling van zowel de hoge als lage intramurale bijdrage) en een aantal van rond de 270.000 mensen wordt de gemiddelde eigen bijdrage in 2014 geraamd op rond de € 6.600 op jaarbasis.

Over inkomenseffecten van de wijzigingen zijn ten aanzien van de intramurale eigen bijdrage in 2014 is er een brief aan de Tweede Kamer gestuurd «Samenhang Wetsvoorstellen» d.d. 10 september 2013 (Kamerstuk 31 706, nr. 60).

In 2012 was de totale opbrengst van de eigen bijdragen voor de extramurale AWBZ, rekening houdend met de Wtcg-korting circa € 0,12 miljard. Medio 2012 waren er circa 320.000 mensen die een eigen bijdrage betaalde voor de extramurale AWBZ. De gemiddelde eigen bijdrage komt in 2012, uit op een bedrag van tussen de € 355 en € 365 per jaar. De gemiddelde eigen bijdrage in 2014 zal iets hoger uitkomen omdat dan de vermogensinkomensbijtelling dan is geëffectueerd, die tot een hogere eigen bijdrage leidt.

In 2012 was de totale opbrengst van de eigen bijdragen WMO, rekening houdend met de Wtcg-korting circa € 0,16 miljard. Medio 2012 waren er circa 500.000 mensen die een eigen bijdrage betaalde voor de WMO. De gemiddelde eigen bijdrage komt in 2012, uit op een bedrag van tussen de

€ 315 en € 325 per jaar. De gemiddelde eigen bijdrage in 2014 zal iets hoger uitkomen omdat dan de vermogensinkomensbijtelling is geëffectueerd.

Vraag 254

Op basis van welke gegevens baseert het kabinet de raming van het BKZ? Hoe actueel zijn de gegevens waarop de omvang van het BKZ wordt vastgesteld?

Antwoord 254

Aan het begin van een kabinetsperiode wordt de ontwikkeling van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) vastgelegd voor de komende vier jaren. Gedurende de kabinetsperiode wordt het kader in beginsel alleen aangepast voor de jaarlijkse prijsstijging. Hiervoor wordt de CPB-raming van de prijsindex van de nationale bestedingen (pNB) gebruikt.

Het BKZ is bij aanvang van de huidige kabinetsperiode gebaseerd op de autonome ontwikkeling van de zorguitgaven in de juniraming 2012 van het CPB, gecorrigeerd voor de budgettaire effecten van beleidsmaatregelen uit het regeerakkoord.

Sinds de start van het kabinet is de raming van het BKZ geactualiseerd op basis van de besluitvorming van het kabinet in het voorjaar en in de zomer van 2013. Deze is opgenomen in de ontwerpbegroting 2014.

Vraag 255

Kan een overzicht gegeven worden van de definitieve realisaties van het BKZ van de afgelopen jaren en kunnen daarbij de oorzaken voor de afwijking van de raming worden aangegeven?

Antwoord 255

Na het verschijnen van de definitieve VWS-jaarverslagen kunnen er nog aanpassingen in de cijfers plaatsvinden op basis van nieuwe leveringen van het CVZ. In bijlage 5 van de ontwerpbegroting 2014 is een overzicht opgenomen van de historische ontwikkeling van de BKZ- uitgaven en ontvangsten zoals gemeld in de diverse VWS-jaarverslagen en de naar huidige inzichten actuele VWS-stand. De laatste levering over 2010 is ontvangen in juni 2013. Het totaal aan zorguitgaven over 2010 en de jaren daarvoor staat stil en zal niet meer wijzigen.

Zoals uit bijlage 5 blijkt, hebben de belangrijkste wijzigingen voor de jaren 2004–2012 na de definitieve VWS-jaarverslagen plaatsgevonden in de jaren 2011 (- € 0,5 miljard), 2010 (€ 0,9 miljard) en 2008 (€ 0,8 miljard).

- De bijstelling tussen het jaarverslag en miljoenennota 2014 voor het jaar 2011 bedraagt circa – € 0,5 miljard. De belangrijkste bijstellingen zijn de medisch specialistische zorg (- € 370 miljoen) en de genees- en hulpmiddelen (- € 60 miljoen).
- De bijstelling tussen het jaarverslag en miljoenennota 2014 voor het jaar 2010 bedraagt circa € 0,9 miljard. De belangrijkste bijstellingen zijn de medisch specialistische zorg (€ 390 miljoen), de geneeskundige ggz (€ 250 miljoen), de genees- en hulpmiddelen (- € 130 miljoen) en de zorg in natura (€ 380 miljoen).
- De bijstelling tussen het jaarverslag en miljoenennota 2014 voor het jaar 2008 bedraagt circa € 0,8 miljard. De belangrijkste bijstellingen zijn de medisch specialistische zorg (€ 600 miljoen), geneeskundige ggz (€ 85 miljoen) en de multidisciplinaire zorg verlening (€ 75 miljoen).

Vraag 257

Betekent het feit dat sprake is van een onderschrijding van het BKZ oplopend van € 260 miljoen in 2013 tot € 757 miljoen in 2017 dat het BKZ te hoog is vastgesteld?

Antwoord 257

In de Startnota van het kabinet-Rutte-Asscher (Kamerstuk 33 400, nr. 18) is de vertaling van de financiële afspraken uit het regeerakkoord opgenomen. Daarin zijn ook de nieuwe uitgaven- en inkomstenkaders vastgelegd als gevolg van de maatregelen uit het regeerakkoord en de macro-economische doorwerking daarvan. Deze zijn gebaseerd op de macro-economische ramingen van het Centraal Planbureau (CPB). Het CPB gaat in haar ramingen uit van de op dat moment meest actuele beschikbare budgettaire cijfers.

De onderschrijding op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) is toe te schrijven aan de maatregelen en gemaakte afspraken die in de aanloop naar de ontwerpbegroting 2014 zijn getroffen. Deze maakten dan ook geen onderdeel uit van de ramingen zoals destijds opgesteld door het Centraal Planbureau. Er kan dan ook niet worden gesteld dat het BKZ te hoog is vastgesteld.

Vraag 258

Zou het BKZ, gezien het feit dat dankzij preferentiebeleid, verlopen van octrooi en WGP het niet als een verrassing komt dat de geneesmiddelenkosten structureel lager uitvallen, lager vastgesteld kunnen worden? Zo ja, hoeveel? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 258

De raming voor de uitgaven aan geneesmiddelen binnen het BKZ houdt rekening met de door het CVZ uitgebrachte ramingen en realisatiecijfers. Op basis van die cijfers is in de VWS-begroting 2014 een neerwaartse ramingsbijstelling geneesmiddelen verwerkt, die met de recente afspraken over de rijksbegroting 2014 is aangescherpt. De raming voor geneesmiddelen wordt op basis van nieuwe inzichten periodiek geactualiseerd.

De laatste actualisatie van de realisatiecijfers geeft een mogelijke extra meevaller over het jaar 2013 aan. Op basis van de eerste voorlopige realisatiecijfers houd ik rekening met lagere uitgaven voor geneesmiddelen over 2013. Nadere inzichten over de omvang en oorzaken hiervan worden meegenomen bij de totstandkoming van de voorjaarsnota 2014.

Vraag 259

Zou de rekenpremie lager vastgesteld kunnen worden wanneer het BKZ lager was vastgesteld? Zo ja, hoeveel lager zou de rekenpremie kunnen zijn als bij het vaststellen van het BKZ rekening was gehouden met de lagere kosten voor geneesmiddelen en hoeveel lager als rekening was gehouden met de afspraken in het regeerakkoord?

Antwoord 259

De rekenpremie voor jaar t wordt vastgesteld rekening houdend met de raming van de zorguitgaven in jaar t uit de begroting voor jaar t. Indien de meevaller van € 0,6 miljard bij de geneesmiddelen al bekend zou zijn geweest tijdens het opstellen van de begroting 2013, dan zou de rekenpremie circa € 20 lager zijn vastgesteld. Het regeerakkoord bevatte geen bezuinigingen voor 2013. Wel was in het regeerakkoord het vervallen van eigen bijdragen met ingang van 2013 verwerkt. De rekenpremie 2013 zou circa € 10 hoger zijn vastgesteld als ten tijde van de begroting 2013 al bekend zou zijn geweest dat de eigen bijdragen zouden worden geschrapt.

Vraag 260

Wat betekent de herijking van de uitgavenkaders concreet? Zijn de kaders na de MEV nu zo vastgesteld, dat per saldo geen onder- of overschrijding

resteert? Wat betekent dit voor de flexibiliteit binnen het BKZ voor het opvangen van mogelijke toekomstige mee- of tegenvallers?

Antwoord 260

Na de augustusbesluitvorming 2013 resteerde een onderschrijding van het BKZ. Met de herijking zijn de kaders zodanig vastgesteld dat per saldo geen over- of onderschrijding resteert. Concreet betekent dit dat voor eventuele toekomstige tegenvallers zal moeten worden omgebogen en dat niet meer kan worden teruggegrepen op de eerdere onderschrijding.

Tabel 1 Kadertoets BKZ 2013–2017 (bedragen x € 1 miljoen)

	2013	2014	2015	2016	2017
BKZ kaderstand ontwerpbegroting 2014	65.774	68.866	69.172	71.518	73.674
Netto-BKZ-uitgaven stand ontwerpbegroting 2014	65.514	67.826	69.018	70.960	72.917
Onderschrijding BKZ	- 260	- 1.040	- 154	- 558	- 757
Herijking kader		1.040	154	558	757
Nieuwe kadertoets		0	0	0	0

Vraag 261

Welke factoren zorgen ervoor dat de realisatiecijfers in de zorg nog enige jaren na-ijlen?

Antwoord 261

Er zijn diverse factoren die er toe leiden dat de realisatiecijfers in de zorg nog enige tijd na-ijlen. In de medisch-specialistische zorg en de ggz leidt het dbc-systeem ertoe dat pas ver na het aflopen van het jaar de definitieve uitgaven kunnen worden vastgesteld. Een dbc wordt altijd toegerekend aan het jaar waarin de dbc is geopend. Na opening kan een dbc maximaal één jaar openstaan. Een dbc die in december 2012 is geopend, wordt op zijn laatst gesloten in december 2013, maar moet wel worden toegerekend aan de uitgaven 2012. Na sluiten van die dbc in december 2013 moet de dbc worden gedeclareerd, gecontroleerd door de verzekeraar en betaald door de verzekeraar. Ook dat proces vergt enige tijd. Daarna wordt de betaalde dbc door de verzekeraar in de driemaandelijke rapportage aan het CVZ aangeleverd. Het CVZ voert een plausibiliteitscontrole uit op de levering door de verzekeraar en verstrekt vervolgens de – al dan niet door de verzekeraar bijgestelde opgave – aan VWS. Met het gehele traject is veel tijd gemoeid. Die tijd neemt alleen nog toe wanneer een dbc ergens in dat traject van declareren en betalen wordt afgekeurd en de route opnieuw moet doorlopen.

Ten aanzien van de uitgaven die in de eerste lijn worden gedaan, wordt de na-ijling van de realisatiecijfers veroorzaakt doordat ook daar de uitgaven worden gekoppeld aan het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Zo wordt bijvoorbeeld een rekening voor een behandeling in 2010 die een fysiotherapeut in 2012 indient, toegerekend aan het jaar 2010. Ook het afkeuren van declaraties en opnieuw betaalbaar stellen leidt tot vertraging.

Ten slotte wil ik als voorbeeld de declaraties uit het buitenland noemen. Die declaraties worden vaak met veel vertraging door het betreffende land gedeclareerd en leiden dus ook tot een vertraging in de realisatiecijfers. Het voorgaande leidt er toe dat in juni 2013 het beeld over de uitgaven in 2010 voor het laatst wordt bijgesteld. Maar ook daarna komen nog mutaties binnen die op 2010 betrekking hebben. Die mutaties worden betrokken bij het beeld over 2011.

De door mij ingestelde Stuurgroep Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven ontwikkelt voorstellen om de informatievoorziening over de zorguitgaven fors te versnellen en te verbeteren. Ik heb de Kamer bij brief

van 4 juli 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 254) op de hoogte gesteld van de voortgang van de Stuurgroep.

Vraag 263

Welke daling in pgb's (in aantallen versterkte pgb's en bedragen) verwacht de minister door het beleid in 2014 t.o.v. 2013?

Antwoord 263

In juli 2013 hadden 123.174 mensen een pgb in het kader van de AWBZ. Daarnaast hebben circa 63.000 mensen een pgb in het kader van de Wmo. (Bron: PM)

Vraag 264

Hoeveel personen maken gebruik van huishoudelijke verzorging vanuit de Wmo?

Vraag 324

Hoe wordt de daling van 1,4% in het aantal verstrekt uren huishoudelijke hulp in 2012 verklaard?

Antwoord 264 en 324

Het aantal personen met huishoudelijke verzorging in 2012 betreft 445.425. Gemeenten hebben op grond van de Wmo beleidsvrijheid om invulling te geven aan lokaal beleid. Ook kunnen gemeenten dit beleid wijzigen. Dit kan – los van de autonome ontwikkelingen – leiden tot herindicatie van het aantal uren huishoudelijke verzorging dat wordt verstrekt.

Vraag 265

Hoeveel personen hebben persoonlijke verzorging nodig?

Antwoord 265

Op 9 november 2012 hadden 267.105 mensen een indicatie voor persoonlijke verzorging, afgegeven door het CIZ.
Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl

Vraag 266

Hoeveel mensen hebben een pgb?

Antwoord 266

In juli 2013 hadden volgens opgaaf van het CVZ 123.174 mensen een pgb in het kader van de AWBZ.
Daarnaast hadden volgens het CAK tot en met juni 2013 79.812 mensen een pgb in het kader van de Wmo.

Vraag 267

Hoeveel mensen hebben een VPT?

Antwoord 267

De staatssecretaris heeft geen gegevens over het precieze aantal personen met een volledig pakket thuis (vpt). Uitgaande van 1,4 miljoen verpleegdagen ontvangen circa 3.800 personen in 2012 zorg op basis van het vpt.

Vraag 268

Hoeveel personen maken gebruik van vervoer van en naar dagbesteding?

Antwoord 268

Wij schatten dat dit ongeveer 85.000 personen zijn op basis van de aantallen vervoersbewegingen en aantallen pgb-ers met een vervoersindicatie (bronnen: NZa en Uvit-zorgkantoren).

Vraag 269

Hoeveel personen maken gebruik van Valysvervoer, leerling-vervoer en zittend ziekenvervoer?

Antwoord 269

Onlangs heeft de staatssecretaris een onderzoek laten uitvoeren waarover hij u in zijn brief van 5 juli 2013 (Kamerstuk 25 847, nr. 117), verslag heeft gedaan. Hierin wordt een inschatting gemaakt van het gebruik van de verschillende vormen van doelgroepenvervoer.

Hieruit volgt dat circa 171.000 personen (o.b.v. cijfers 2012) gebruik maken van het Valysvervoer. Circa 81.000 leerlingen maken gebruik van leerlingenvervoer en circa 115.000 personen van het zittend ziekenvervoer.

Vraag 270

Hoeveel verzorgingshuizen zijn in 2013 gesloten door de maatregel om zpp 1 en 2 te extramuraliseren?

Hoeveel personeel is in 2013 ontslagen door de maatregel om ZZP 1 en 2 te extramuraliseren?

Hoeveel bewoners hebben (gedwongen) moeten verhuizen door de maatregel om ZZP 1 en 2 te extramuraliseren?

Antwoord 270

Tussen 1980 en 2010 is het aantal plaatsen in verzorgingshuizen afgenomen van 150.000 naar 84.000 (terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde periode ongeveer in verdubbeld). De trend van het langer thuis wonen is daarmee al langer zichtbaar en zorginstellingen hebben zich hier ook op kunnen voorbereiden. In de brief hervorming langdurige zorg en ondersteuning (Kamerstuk 30 169, nr. 28) heeft de staatssecretaris aangegeven dat er in 2013 naar verwachting ongeveer 4.100 cliënten zullen uitstromen uit ZZP VV 1 en 2, die niet worden vervangen door nieuwe cliënten met een licht ZZP. Dit aantal kan niet vertaald worden in een vermindering van het aantal verzorgingshuizen. Zorginstellingen kunnen zich richten op het leveren van zorg aan de zware doelgroepen of zich richten op het verhuren van appartementen aan cliënten gecombineerd met het leveren van extramurale zorg.

Het beleid om de lichtere zorgzwaartepakketten voor nieuwe cliënten te extramuraliseren sluit aan op een trend van langer thuis wonen die al langer zichtbaar is en waarop instellingen zich al langer hebben kunnen voorbereiden. Zorginstellingen die geconfronteerd worden met een afnemende vraag kunnen zich richten op het leveren van zorg aan de zware doelgroepen of zich richten op het verhuren van appartementen aan cliënten gecombineerd met het leveren van extramurale zorg. Daarnaast geldt dat de maatregel geleidelijk wordt ingevoerd. Het is om deze redenen niet mogelijk het extramuraliseren van de lichtere zorgzwaartepakketten te vertalen in aantallen ontslagen in 2013.

Bestaande cliënten met ZZP 1 en 2 behouden recht op verblijf in een instelling. Wel kan het zo zijn dat bij nieuwbouw, renovatie en sloop cliënten (tijdelijk) moeten verhuizen. Het langer thuis wonen is een trend die al langer zichtbaar is en waarop instellingen zich hebben voorbereid. Ook in het verleden is sprake geweest van het verhuizen van cliënten bij renovatie en (ver)nieuwbouw. De maatregel van het extramuraliseren van de lichte ZZP's zorgt er voor dat instellingen zich versneld voorbereiden op een toekomst waarin mensen langer thuis blijven wonen.

Vraag 271

Kan een overzicht worden gegeven van de effecten van het korten van de contracteerruimte in de AWBZ per zorgkantoor? Hoeveel zorg kunnen zij concreet minder inkopen?

Wat houdt de korting op de contracteerruimte in 2014 voor de AWBZ precies in? Hoe zal dit worden vormgegeven? Welke effecten heeft dit voor de inkoop van zorg? Zullen hierdoor wachtlijsten gaan ontstaan?

Antwoord 271

Het gaat in de eerste plaats om een korting van € 265 miljoen. Op de contracteerruimte, die zowel door een lagere prijsafpraak als door minder inkoop van volume gerealiseerd kan worden. Ten tweede worden de maximumtarieven ZZP en extramurale verpleging door de NZa met circa 1% verlaagd. Ten slotte vindt een verlaging van de contracteerruimte plaats omdat er geen instroom in V&V ZZP 1,2 en 3 en de VG en ggz ZZP 1 en 2 meer plaats kan vinden. Het hangt van het inkoopgedrag van zorgkantoren af in hoeverre dit gevolgen heeft voor het volume. De staatssecretaris heeft geen aanwijzingen dat hierdoor wachtlijsten zullen ontstaan. Voor de actuele stand van de wachtlijst wordt verwezen naar het antwoord op vraag 27.

De gevraagde gegevens staan in de onderstaande tabel.

Zorgkantoornaam	Maatregel verlaging contracteerruimte	Korting tarieven ZZP's en extramurale VP	Extramuraliseren lage ZZP's
Groningen	€ 11.007.119-	€ 5.901.700-	€ 5.890.722-
Friesland	€ 13.155.416-	€ 6.380.291-	€ 5.029.966-
Drenthe	€ 9.508.476-	€ 5.615.557-	€ 5.263.288-
Zwolle	€ 9.109.185-	€ 4.825.657-	€ 3.370.260-
Twente	€ 12.517.744-	€ 6.041.569-	€ 5.796.692-
Stedendriehoek	€ 6.956.268-	€ 5.392.259-	€ 3.119.290-
Middel-IJssel	€ 2.531.789-	€ 2.053.162-	€ 1.708.019-
Arnhem	€ 17.161.247-	€ 8.892.342-	€ 9.277.532-
Nijmegen	€ 7.922.077-	€ 5.430.858-	€ 4.234.123-
Utrecht	€ 23.377.564-	€ 11.142.046-	€ 9.093.921-
Flevoland	€ 3.612.755-	€ 2.576.183-	€ 1.056.609-
»t Gooi	€ 6.022.814-	€ 3.523.680-	€ 3.190.460-
Noord-Holland-Noord	€ 8.475.342-	€ 5.415.145-	€ 5.197.657-
Kennemerland	€ 5.515.859-	€ 4.454.363-	€ 4.114.324-
Zaanstreek/Waterland	€ 4.088.182-	€ 2.330.452-	€ 2.341.565-
Amsterdam	€ 9.166.977-	€ 5.976.493-	€ 6.040.888-
Amstelland/Meerlanden	€ 2.776.522-	€ 2.099.474-	€ 2.192.010-
Zuid-Holland-Noord	€ 7.872.386-	€ 5.870.695-	€ 4.503.068-
Haaglanden	€ 10.009.236-	€ 6.374.629-	€ 7.133.434-
Delft/Westland/Oostland	€ 3.418.548-	€ 2.928.859-	€ 2.529.137-
Midden-Holland	€ 2.772.378-	€ 1.634.077-	€ 1.898.852-
Rotterdam	€ 11.634.031-	€ 6.511.096-	€ 6.114.827-
Nieuwe Waterweg Noord	€ 2.519.639-	€ 1.566.317-	€ 1.747.095-
Zuid-Hollandse Eilanden	€ 4.783.078-	€ 3.483.609-	€ 2.627.941-
Waardenland	€ 7.302.162-	€ 3.651.136-	€ 3.199.697-
Zeeland	€ 6.546.483-	€ 4.086.348-	€ 3.519.994-
West-Brabant	€ 12.405.536-	€ 6.711.012-	€ 6.504.066-
Midden-Brabant	€ 5.538.688-	€ 4.602.249-	€ 4.681.968-
Noordoost Brabant	€ 8.682.701-	€ 6.523.852-	€ 5.955.795-
Zuid Oost-Brabant	€ 9.388.611-	€ 6.434.743-	€ 4.512.336-
Noord-Limburg	€ 8.000.080-	€ 4.968.768-	€ 3.249.124-
Zuid-Limburg	€ 11.221.105-	€ 6.601.378-	€ 4.905.340-
Totaal	€ 265.000.000-	€ 160.000.000-	€ 140.000.000-

Vraag 272

In hoeverre is de informatie waarop de NZa en het CVZ de omvang van de gerealiseerde zorguitgaven vaststellen actueel? Kan aangegeven worden wanneer welke informatie van welk jaar gebruikt wordt?

Vraag 304

Kunt u aangeven of, naast de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de eerste lijn, ook andere zorgaanbieders extra financiële ruimte krijgen om zorg van de tweede lijn over te nemen? Zo ja, welke sectoren onderscheidt u dan? Zo nee, waarom niet? (p. 169)

Wanneer kunt u de definitieve realisatiecijfers 2012 van de curatieve ggz en medisch-specialistische zorg geven?

Antwoord 272 en 304

De informatie over de uitgaven zoals die door het CVZ aan VWS wordt verstrekt is gebaseerd op de meest recente standen, zoals die bij de verzekeraars bekend zijn. Ook de NZa levert informatie over de zorguitgaven. Door een groot aantal factoren (zie het antwoord op vraag 261) duurt het enige tijd voordat de informatie definitief is.

Door het CVZ worden vier keer per jaar nieuwe gegevens geleverd over de uitgaven.

In oktober 2013 wordt een beeld geleverd op basis van eerste twee kwartalen van 2013, over het jaar 2012 en over het jaar 2011. In december 2013 wordt op basis van de eerste drie kwartalen een voorlopig beeld van 2013 geleverd en het bijgestelde beeld over de jaren 2012 en 2011. In maart 2014 komt het beeld op basis van vier kwartalen 2013 en het bijgestelde beeld over de jaren 2012 en 2011. In juni 2014 krijgen we het beeld over het jaar 2013 op basis van de door de accountant gecontroleerde jaarstaten van de verzekeraars en het bijgestelde beeld over de jaren 2012 en 2011. Dit is het laatste moment waarop 2011 wordt bijgesteld.

De NZa levert over de curatieve ggz twee keer per jaar een beeld over de uitgaven, namelijk in januari en oktober. In januari heeft de levering betrekking op de laatste drie afgelopen jaren, dus in januari 2014 over 2011, 2012 en 2013. De levering in oktober heeft op dezelfde jaren betrekking. Het oudste jaar (in oktober 2014 is dat 2011) staat bij die levering vast. Het een na oudste jaar (in oktober 2014 is dat 2012) zal in de daaropvolgende leveringen (januari en oktober) nog slechts beperkt worden gewijzigd.

De NZa levert ook gegevens over de uitgaven in het kader van de AWBZ en wel in de maand februari. De levering heeft betrekking op productieafspraken in het dan lopende jaar, productieafspraken o.b.v. herschikking in het afgelopen jaar, nacalculatie van de realisatie in het jaar daarvoor en definitieve realisatie van het jaar daarvoor. De uitgaven over het jaar 2011 staan dus in februari 2014 vast.

Voor de definitieve realisatiecijfers van de curatieve ggz wordt gebruik gemaakt van gegevens van Vektis en de leveringen door het CVZ en de NZa. De definitieve realisatiecijfers 2012 voor het BKZ van de medisch-specialistische zorg worden door het CVZ geleverd in juni 2015. Die cijfers worden dan in september 2015 in de begroting 2016 gepubliceerd.

Vraag 273

Betreft nr. 3 Acute middenoorontsteking, lijmoor, functiestoornis van de buis van eustachius, behandeling op de polikliniek bij de top 5 dbc's personen jonger dan 65 ook zaken die in de eerste lijn behandeld kunnen worden?

Antwoord 273

Het is van belang om, zowel vanuit oogpunt van kwaliteit als kosten, de zorg op de juiste plek te leveren. Indien professionele zorg nodig is, zal deze waar mogelijk in de eerste lijn worden geleverd en waar nodig zal de

patiënt gericht worden doorverwezen naar de medisch-specialistische zorg. Deze ambitie heeft dan ook de nodige (financiële) ruimte gekregen in de onlangs gesloten onderhandelaarsakkoorden.

Als gaat om deze specifieke zorgvraag dan vindt de conservatieve behandeling reeds in de eerste lijn plaats met neusdruppels, antibiotica en pijnstillers. Op het moment dat de eerste lijn er niet meer uitkomt wordt er doorverwezen naar de KNO-arts voor bijvoorbeeld het plaatsen van oorbuisjes.

Vraag 274

Waarom missen de cijfers voor 2012 van de nrs. 24, 25, 32 en 34 in tabel 5?

Antwoord 274

Bij het opstellen van de tabel is gewerkt met de op dat moment laatst bekende gegevens:

De gegevens over dbc's (nr. 24 en 25) van het jaar 2012 zijn niet opgenomen, omdat de doorlooptijd van een dbc op dit moment tot een jaar na opening kan zijn. Er zijn al wel gegevens over het jaar 2012 beschikbaar, maar deze zijn nog onvolledig. Er zou een vertekend beeld ontstaan.

De laatst bekende cijfers bij het opstellen van de tabel waren – zoals ook in de voetnoten bij de tabel vermeld – voor nummer 32 de CBS cijfers «ggz in kaart gebracht 2011» en voor nummer 34 de NZA «Marktscan en beleidsbrief ggz 2013». Daarin zijn alleen cijfers voor 2011 opgenomen.

Vraag 275

Eén op de drie mensen met kanker heeft behoefte aan professionele behandeling door gespecialiseerde psychologen in psycho-oncologische centra. Op welke manier wordt de financiering van deze centra in 2014 gegarandeerd?

In hoeverre is het belang van deze psychico-oncologische centra meegenomen in de onderhandelingsresultaten ggz?

Antwoord 275

Voor zover het gaat om behandelingen van psychische stoornissen, en voor zover de gepleegde psychologische interventies voldoen aan «de stand van de wetenschap en de praktijk,» valt de zorg geleverd door psycho-oncologische centra, of door andere aanbieders die deze zorg bieden, binnen het verzekerde pakket voor de geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg wordt ook in 2014 vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. Sinds de invoering van prestatiebekostiging in de geestelijke gezondheidszorg is er geen sprake meer van gegarandeerde budgetten. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht ten aanzien van hun verzekerden, maar kunnen zelf bepalen bij welke zorgaanbieders ze de zorg voor hun verzekerden inkopen. Behandeling van oncologische patiënten met psychische stoornissen hoeft niet alleen in psycho-oncologische centra plaats te vinden. Aangezien de contracteringsonderhandelingen voor 2014 nog lopen is niet te zeggen of zich veranderingen voor doen in de contractering van de psycho-oncologische centra. De grootste verandering die in 2014 plaatsvindt in de bekostiging van de curatieve ggz is de invoering van de generalistische basis ggz. Eenvoudige ggz behandelingen worden niet langer bekostigd met dbc's, maar met vier op zorgzwaarte gebaseerde producten. Ook de psycho-oncologische centra zullen hier in 2014 mee te maken krijgen.

De in het onderhandelaarsresultaat gemaakte inhoudelijke en financiële afspraken zijn van belang voor alle zorgaanbieders die opereren binnen de geestelijke gezondheidszorg, dus ook voor de psycho-oncologische

centra. De inhoudelijke agenda van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst ggz 2013–2014 wordt voortgezet gedurende de looptijd van het nieuwe akkoord, inclusief de – voor de psycho-oncologische centra relevante – wens om de tweedeling tussen somatiek en psychiatrie op te heffen. Zo wordt er een plan van aanpak opgesteld voor versterking van de ziekenhuispsychiatrie.

Vraag 276

Kan de minister de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda van het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg voor de begrotingsbehandeling aan de Kamer doen toekomen?

Antwoord 276

In het akkoord medisch specialistische zorg is afgesproken dat partijen uiterlijk 1 november 2013 een gezamenlijke kwaliteits- en doelmatigheidsagenda zullen opstellen. Afgesproken is dat de Orde van Medisch Specialisten hierbij het voortouw zal nemen. Ik hecht groot belang aan totstandkoming van de agenda, aangezien deze een zeer belangrijke bijdrage zal leveren aan de feitelijke implementatie van de in het akkoord afgesproken doelstellingen. Inmiddels vinden er diverse overleggen plaats tussen de betrokken partijen om uitvoering te geven aan deze afspraak.

Zodra de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda gereed is en door de bij het hoofdlijnenakkoord betrokken partijen vastgesteld zal ik deze de Tweede Kamer doen toekomen.

Vraag 277

Wat wordt er bedoeld met de verdere versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn in het onderhandelaarsresultaat eerste lijn? Wat bedoelt de minister met regionale ondersteuningsorganisaties zoals bedoeld in het onderhandelaarsresultaat eerste lijn?

Antwoord 277

Gezien de veelheid en diversiteit aan zorgaanbieders in de eerstelijns, in combinatie met de toenemende zorg die op de eerste lijn af komt, is het wenselijk om lokaal en regionaal samenwerking te bevorderen tussen de organisaties. Door samenwerking te bevorderen kan de professionalisering en slagkracht van de eerstelijns verder worden versterkt. We zien dat dit bij zorggroepen op het gebied van de chronische zorg in de afgelopen jaren al tot stand is gekomen. Hierbij wordt er gezamenlijk zorg gedragen voor de inkoop, het kwaliteitsbeleid en de vertaling van protocollen en richtlijnen naar de praktijk. Daarnaast is er een landelijk dekkend netwerk van 17 Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en), die ondersteuning en advisering bieden aan eerstelijns zorgverleners die willen samenwerken in de eerste lijn.

In het akkoord is afgesproken dat partijen gezamenlijk bezien hoe deze samenwerking en organisatiegraad versterkt kan worden. Dat kan ook in netwerken. We schrijven niet van bovenaf voor hoe, maar bevorderen wel multidisciplinaire ketenzorg.

Vraag 279

Hoe wordt de financiering van preventie ingericht zoals bedoeld in het onderhandelaarsresultaat eerste lijn?

Antwoord 279

Binnen het nieuwe bekostigingsmodel zullen meer prikkels zijn voor preventie door de eerste lijn. Dit geldt voor zover deze binnen de basisverzekerde zorg valt. In het eerste segment is sprake van de basisvoorziening huisartsenzorg, waarbij – zoals dit nu ook het geval is – de huisartsenzorg de geïndiceerde preventie toepast conform richtlijnen

en standaarden. In het tweede segment rondom de multidisciplinaire zorg is er sprake van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie met name bij mensen die al één of meer chronische aandoeningen hebben. Tot slot is er in het derde segment sprake van beloning op het gebied van (gezondheids)uitkomsten, waar verzekeraar en aanbieder afspraken over kunnen maken.

Vraag 280

Welke vragen wil de minister op het gebied van de mededinging vooral uitwerking naar aanleiding van het onderhandelaarsakkoord eerste lijn?

Antwoord 280

Ten aanzien van mededinging in relatie tot het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) mij schriftelijk bevestigd dat zij ten aanzien van de definitieve tekst van het akkoord op voorhand «*geen duidelijke mededingingsbezwaren ziet*». Verder geeft de ACM mee dat het voor haar van belang is dat bij de verdere uitwerking van het akkoord geen maatregelen worden genomen die de vrijheid van huisartsen en zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden (verder) beperkt. Ook wil de ACM niet dat patiënten bij de verdere uitwerking worden beperkt in hun vrije artskeuze. De ACM heeft aangeboden om mee te kijken bij de uitwerking van de inhoudelijke agenda van het akkoord. Tevens is de ACM bereid om, mochten er na het uitwerken van inhoudelijke thema's vragen zijn over de verenigbaarheid van bepaalde initiatieven met de mededingingspraktijk, aan betrokken partijen guidance te geven in de vorm van een informeel gesprek of een informele zienswijze.

Uitgangspunt is en blijft dat samenwerking in het belang van de patiënt moet dienen (betere zorg, betere service, betere afstemming). Zolang dat het geval is, is samenwerking gewenst.

Vraag 281

Wat betekent het feit dat in alle onderhandelaarsakkoorden een inspanningsverplichting is aangegaan in plaats van een resultaatverplichting vanwege de wettelijke zorgplicht voor de financiële soliditeit en haalbaarheid van alle onderhandelaarsakkoorden? Welke alternatieven zet de minister in op het moment dat het beoogde lagere groeipercentage niet gehaald is?

Antwoord 281

De ondertekenende partijen hebben in de akkoorden afgesproken zich tot het uiterste in te spannen voor het realiseren van een beperking van de landelijke uitgavengroei. Die afspraken laten onverlet dat de wettelijke zorgplicht blijft gelden. Om die reden wordt in de akkoorden verwezen naar een inspanningsverplichting in plaats van een resultaatverplichting.

Ik zie verder geen aanleiding om vooruit te lopen op het niet halen van de in de akkoorden overeengekomen financiële doelstellingen. Mochten zich onverhoopt overschrijdingen voordoen dan kan uiteindelijk het macrobeheersinstrument ingezet worden om deze te redresseren.

Vraag 282

Waarom is in het onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg niet opgenomen dat de Orde ook in samenwerking met de NVZ een campagne «verstandig kiezen» opzet?

Antwoord 282

De campagne «verstandig kiezen» is gericht op richtlijnconform handelen en bevindt zich op dit moment in een ontwikkelingsfase in samenwerking met ZonMw, de NFU en de NPCF. Het akkoord borgt dat acties van

verschillende partijen, waaronder deze campagne, bij elkaar worden gebracht in de kwaliteit- en doelmatigheidsagenda. Langs deze weg zal de NVZ ook betrokken worden bij het realiseren van de genoemde agenda.

Vraag 283

Wat wordt bedoeld met de opmerking in het onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg dat «partijen afspreken dat zij uiterlijk 1 juli 2014 hebben onderzocht hoe dure zorgvoorzieningen op een beheerste wijze geïntroduceerd kunnen worden waarbij rekening wordt gehouden met een bestaand instrumentarium, zoals de WMBV? Aan welke dure voorzieningen wordt hier specifiek gedacht? Welke knelpunten bestaan er dit moment een beheerste introductie? Welke dure voorzieningen zijn afgelopen jaren niet op een beheerste wijze geïntroduceerd?

Antwoord 283

Met deze opmerking wordt bedoeld dat bezien zal worden of het wenselijk en mogelijk is sommige relatief dure voorzieningen in de medisch-specialistische zorg op een of andere wijze beheerst(er) te introduceren. De relatief kostbare operatierobot is hiervan een mogelijk voorbeeld. Het vergunningensysteem in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) is een voorbeeld van het huidige instrumentarium. Sommige voorzieningen zijn op dit moment, overigens uit kwalitatief oogpunt, onderworpen aan het vergunningenregime op basis van de Wbmv, zoals de orgaantransplantaties. Bij de uitwerking van het onderhandelaarsresultaat zullen we nader bezien of ook andere instrumenten denkbaar zijn, die naast zorgen voor kwaliteitsverbetering ook leiden tot beperking van het volume. De Wbmv is daarvoor nu niet geschikt. Een en ander wordt ook beoordeeld op negatieve en positieve gevolgen en op juridisch haalbaarheid.

Vraag 284

Hoe wordt gegarandeerd dat verzekeraars zich daadwerkelijk zullen inzetten om aanvullende afspraken te maken over substitutie van de tweede naar de eerste lijn? Welke prikkel c.q. sanctie bestaat daartoe?

Antwoord 284

De zorgverzekeraars hebben zich in de recent afgesloten akkoorden gecommitteerd aan het aantoonbaar realiseren van substitutie. Afgesproken is dat daarvoor een monitoringsinstrument wordt ontwikkeld. Naast deze bestuurlijke toezegging zijn verzekeraars financieel geprikkeld om substitutie te realiseren omdat de kosten per verzekerde in de eerstelijns meestal lager zijn dan in de tweede lijn. Daarnaast zal door de substitutieafspraken de zorg dichterbij huis kunnen worden gebracht met een betere kwaliteit. Hier zullen de meeste verzekerden positief tegenover staan. Tevreden verzekerden zijn ook een prikkel voor een zorgverzekeraar. Kortom, ik heb ik er vertrouwen in dat de substitutie tot stand komt.

Vraag 285

Hoe worden populatiekenmerken in kaart gebracht? Hoe wordt omgegaan met mensen die niet aan de kenmerken voldoen maar wel tot de populatie behoren? Welke omvang gaat een populatie krijgen? Staat populatiebepaling nieuwe toetreders niet in de weg? Hoe wordt met innovatie omgegaan binnen populatiebepaling?

Antwoord 285

Op dit moment laat ik onderzoek doen naar welke populatiekenmerken van invloed zijn op de zorgvraag van een patiënt. De uitkomsten van dit onderzoek verwacht ik in januari 2014. De uitwerking van de populatiekenmerken in relatie tot de bekostiging zal hierna verder vorm krijgen. Het

begrip populatiegebonden bekostiging wordt op verschillende manieren uitgelegd. Wat in alle ideeën over populatiegebonden bekostiging overeenkomt, is dat bepaalde kenmerken van een groep mensen (bijvoorbeeld demografische gegevens, epidemiologie, sociale index) effect hebben op de zorgvraag van die groep, en dat dergelijke kenmerken daarom een plek moeten krijgen in de wijze waarop zorg wordt ingekocht, geleverd en bekostigd. Omdat het om verschillende soorten populatiekenmerken zal gaan, is de omvang van de populatie ook niet op voorhand vast te stellen. Bij de verdere uitwerking van het bekostigingsmodel wil ik bezien of populatiekenmerken zowel ex ante moeten worden gebruikt bij de bekostiging van basiszorg en multidisciplinaire zorg, als mogelijk ook ex post bij de beloning van gezondheidsuitkomsten van de populatie. Omdat ook de risicoverevening populatiekenmerken kent, wordt ook gekeken naar stapeling van deze prikkel en ongewenste bijwerkingen (bijvoorbeeld voor de populatie die deze kenmerken niet heeft). Het bekostigingsmodel kent vrije ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken en biedt daarmee alle mogelijkheden voor innovatie en nieuwe vormen van zorg.

Vraag 287

Wie heeft de regie bij de substitutie van de tweede naar de eerste lijn?

Vraag 294

Waarom is de minister niet betrokken bij de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over wat onder gewenste substitutie wordt verstaan?

Antwoord 287 en 294

Substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn vindt plaats onder regie van de zorgverzekeraars, in overleg met betrokken partijen uit de tweede en de eerste lijn. De zorgverzekeraars maken met betrokken partijen afspraken over de inkoop van zorg. De minister van VWS is niet betrokken bij de contractering van zorgaanbieders door zorgverzekeraars. Dat neemt niet weg dat ik wel betrokken ben bij de ontwikkeling van de monitor om substitutie inzichtelijk te maken. Om aan te tonen dat er daadwerkelijk zorg wordt verschoven van de tweede lijn naar de eerste lijn is in het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 afgesproken dat partijen gezamenlijk een substitutiemonitor ontwikkelen die hierin inzicht moet geven. Zorgverzekeraars Nederland heeft het initiatief genomen om, in overleg met de betrokken partijen uit de eerste en de tweede lijn (waaronder ook VWS), een voorstel voor deze substitutiemonitor te maken. Het uitgangspunt is dat voorafgaand aan een jaar op basis van (lokale en regionale) afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over te substitueren zorg een beeld kan worden gekregen van de omvang van de substitutie. Vervolgens wordt er na afloop van een jaar op basis van de realisatiecijfers (CVZ met medewerking van VEKTIS) inzicht gekregen in hoeverre de gemaakte afspraken zijn gerealiseerd.

Vraag 288

Hoe passen aanneemsommen in het beleid van selectieve zorginkoop?

Antwoord 288

Zorgverzekeraars bepalen zelf hun beleid over het type afspraken dat zij willen maken met zorgaanbieders. Zo zijn er zorgverzekeraars die volume- en prijsafspraken maken en zorgverzekeraars die lumpsummen of aanneemsommen afspreken. Dergelijke keuzes zijn een invulling van de wijze van zorginkoop door zorgverzekeraars en daarmee een vorm van selectieve zorginkoop. De recente beweging richting aanneemsommen is mede ingegeven door de transitie in de sector. Door gebruik te maken van aanneemsommen creëerden verzekeraars en ziekenhuizen op hoofdlijnen

duidelijkheid vooraf over de te realiseren omzet. Naast de omzet worden in het kader van de aanneemsommen vaak ook aanvullende afspraken gemaakt over kwaliteit en/of over specifieke zorgvormen. Daarmee wordt selectieve zorginkoop meer concreet ingevuld. Aanneemsommen hebben ook enkele nadelen. Het is aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieder om die te ondervangen en om de afweging te maken al dan niet met aanneemsommen te werken.

Vraag 289

In hoeverre zijn ZBC's betrokken bij de afspraken over contractering en aanpassing van artikel 13 van de Zvw? Hoeveel ZBC's hadden in 2012 en 2013 een contract met zorgverzekeraars? Wat is de verwachting voor 2014?

Antwoord 289

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de brancheorganisatie van zelfstandige behandelcentra, is als ondertekenende partij van het hoofdlijnenakkoord medisch- specialistische zorg vanzelfsprekend nauw betrokken bij de in het akkoord gemaakte afspraken over de contractering, waaronder het bewaken van een gelijk speelveld in de contractering en het versnellen van de contracteercyclus in het licht van de voorgenomen aanpassingen van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

De NZa rapporteert over de contracteergraad van ZBC's in de jaarlijkse marktscans medisch-specialistische zorg. De marktscan over 2013 is recent en heeft u inmiddels ontvangen. Vooruitlopend daarop heeft de NZa mij gemeld dat in 2012 circa 280 ZBC's zijn gecontracteerd en in 2013 vooralsnog circa 250 (voorlopige cijfers tot en met juli 2013). Aangezien de contractering voor 2014 nog in volle gang is en individuele verzekeraars hun eigen inkoopstrategie hebben, kan ik geen verwachting voor de contracteergraad van ZBC's in 2014 geven.

Vraag 290

Wat zijn de gevolgen van de populatiebepaling voor specifieke doelgroepen, waaronder mensen voor dementie?

Antwoord 290

In het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg komt met name in het tweede segment meer nadruk te liggen op multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg. Op dit moment staat nog niet vast hoe de kenmerken een plek krijgen in het model en welke effecten dit voor specifieke doelgroepen kan hebben. Het is van belang dat bij bepaalde zorgvragen en aandoeningen naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Verder gaat het in het tweede segment om zorg die programmatisch vormgegeven wordt en waarvoor een ondersteuningsstructuur wenselijk is. Ik verwacht dat de zorg die op deze manier geleverd wordt beter aansluit bij de zorgvraag van de patiënt, dan wanneer deze zorg monodisciplinair wordt aangeboden. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te bepalen voor welke groepen, bijvoorbeeld mensen met dementie, een dergelijke aanpak aangewezen is.

Vraag 291

Welke zijn de «betrokken» partijen in de farmacie die gaan werken aan een toekomstbestendige, meer innovatieve en samenhangende zorg?

Antwoord 291

De partijen zijn:

- De Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Pharmacie (KNMP)
- De Landelijke huisartsenvereniging, apothekhoudende afdeling (LHV)

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- De Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland (Nefarma)
- De Bond van Groothandelaren in het Pharmaceutisch Bedrijf (Bgp-harma)
- De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)
- De Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin),
- De Nederlandse vereniging van ziekenhuisapothekers (NVZA)
- De Nederlandse vereniging van poliklinische farmacie (NVPF)
- De Consumentenbond
- De Nederlandse apothekers coöperatie (Napco)
- De Stichting Dienstapotheken Nederland (SDN)
- De Associatie van Ketenapotheken (ASKA)
- De Landelijke vereniging van georganiseerde eerste lijn (LVG)

Vraag 292

Het nieuwe bekostigingsmodel op basis van populatiekenmerken zal in 2015 ingaan. Vallen de farmaciekosten ook onder de populatiebekostiging? Aan welke andere populatiekenmerken denkt de minister?

Antwoord 292

Mijn intentie is om te onderzoeken of het per 2015 mogelijk is om de farmaceutische zorg aan te laten sluiten op het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg, met name waar het gaat om het leveren van multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken. Hierover wordt gesproken in het Bestuurlijk Overleg Farmacie, geïnitieerd naar aanleiding van het rapport van de verkeners Rinnooy Kan en Reibestein over de extramurale farmacie.

Ik laat onderzoek doen welke kenmerken van invloed zijn op de zorgvraag van een patiënt. De uitkomsten van dit onderzoek verwacht ik in januari 2014. De NZa zal de periode tot maart 2014 gebruiken om samen met partijen de hoofdlijnen van het nieuwe bekostigingsmodel nader uit te werken. De uitkomsten van het onderzoek naar populatiekenmerken dient hiervoor mede als input.

Vraag 293

Als het nieuwe bekostigingsmodel op basis van populatiekenmerken ingevoerd wordt, op welke manier wordt rekening gehouden met de knip tussen verzorging en begeleiding (waaronder dagbesteding) en verpleging? Wat zijn de gevolgen hiervan voor o.a. de financiering van wijkverpleegkundigen en casemanagers?

Antwoord 293

Voor verpleging en verzorging die straks overgaat naar de Zvw, waaronder de wijkverpleegkundige zorg, gaat gelden dat deze onder één aanspraak zal vallen. De uitwerking van deze aanspraak zal, conform toezegging, vóór 1 december aan de Kamer worden verzonden. Het CVZ is gevraagd om bij de uitwerking van de aanspraak ook rekening te houden met de taken die een casemanager uitvoert. De bekostiging die gaat gelden per 1 januari 2015 zal betrekking hebben op de hele aanspraak.

De aansluiting van de wijkverpleegkundige op het sociale domein is van groot belang. Wijkverpleegkundige zorg kan alleen succesvol worden ingezet als verzekeraars, gemeenten en zorgverleners afspraken maken over de invulling ervan. Daarnaast worden de gemeenten financieel in staat gesteld te investeren in sociale wijkteams zodat de noodzakelijke verbinding tussen zorg en welzijn in de wijk wordt gemaakt. In de toekomstige bekostiging zal ruimte worden geboden voor de beloning van uitkomsten. Op die manier is het ook mogelijk om de

benodigde samenwerking tussen de beide domeinen te belonen, alsook die met de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Vraag 295

Het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zal extra financiële ruimte krijgen om zorg van andere sectoren over te nemen (substitutie). Ook andere zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals fysiotherapeuten, zullen als gevolg van substitutie met een stijgende vraag naar zorg worden geconfronteerd.

- Op welke manier zullen de meerkosten van deze zorgaanbieders worden bekostigd?
- Is de minister voornemens om hier een voorziening voor te treffen?
- Is de minister op de hoogte van de mogelijkheid om met voorwaardelijke aanspraken van bijvoorbeeld fysiotherapeuten substitutie van de tweede naar de eerste lijn te kunnen realiseren? Zo ja, wordt dit concept verder uitgewerkt?

Antwoord 295

De budgettaire kaders van andere zorgaanbieders in de eerste lijn kennen elk hun eigen groeiruumte. Op welke wijze de groeiruumte, die doorgaans voor een kabinetsperiode van vier jaar wordt vastgesteld, wordt uitgedeeld naar deelsectoren verschilt per sector. In de sectoren in de curatieve zorg waar sprake is van een akkoord waarin afspraken zijn gemaakt over een bepaald groeipercentage, zoals de huisartsen- en multidisciplinaire zorg, ggz en medisch-specialistische zorg, is de groeiruumte meerjarig conform de duur en afgesproken percentages uit het akkoord toegedeeld aan de deelsectoren. In sectoren waarop geen meerjarig akkoord van toepassing is wordt doorgaans jaarlijks de groeiruumte in jaar t (in dit geval 2013) uitgedeeld in de begroting van t+1. Dat is bijvoorbeeld aan de orde bij de kraamzorg, verloskundige zorg, dieetadvisering, paramedische zorg, tandheelkundige zorg en zieken- en ambulancevervoer. Voor zover andere eerstelijns zorgaanbieders zorg leveren als onderdeel van ketenzorg gelden de afspraken die in het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 zijn gemaakt. Voor het overige zijn er geen aanvullende afspraken gemaakt en voorzieningen getroffen die additioneel zijn ten opzichte van de reguliere systematiek van de verdeling van groeiruumte.

De voorwaardelijke toelating is bedoeld voor behandelingen waarover onvoldoende gegevens zijn om ze in het pakket te kunnen opnemen. Dat speelt niet bij fysiotherapie, waardoor voorwaardelijke toelating daar geen optie is.

Vraag 296

In 2014 wordt het nieuwe bekostigingsmodel op basis van populatiekenmerken en ruimte voor het belonen van (gezondheids)uitkomsten voor de eerste lijn verder uitgewerkt. (pag. 169)

- Welke stappen worden er in 2014 gezet om het bekostigingsmodel te realiseren?
- Op welke manier worden de zorgaanbieders in de eerste lijn betrokken bij het ontwikkelen van het nieuwe bekostigingsmodel?
- Kan de minister toelichten welke rol er is voor de diverse eerstelijns zorgaanbieders, zodat een integrale aanpak kan worden gerealiseerd?

Antwoord 296

Ik laat onderzoek doen naar welke kenmerken van invloed zijn op de zorgvraag van een patiënt. De uitkomsten van dit onderzoek verwacht ik in januari 2014. De NZa zal de periode tot maart 2014 gebruiken op samen met partijen de hoofdlijnen van het nieuwe bekostigingsmodel nader uit te werken. De uitkomsten van het onderzoek naar kenmerken dient hiervoor mede als input. Het advies van de NZa over de bekostigingssys-

tematiek verwacht ik in maart 2014. Ik streef ernaar om op basis van dit advies zo spoedig mogelijk duidelijkheid te geven over de precieze invulling van de bekostigingssystematiek per 2015. Zowel via de klankbordgroep van het onderzoek populatiekenmerken als via de (technische) overleggen van de NZa worden relevante partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en brancheorganisaties) betrokken.

Vraag 297

Een ziekte of ongeval komt meestal onverwacht. Hoe kan een verzekerde dan van te voren een zorgverzekeraar kiezen met gecontracteerde aanbieders van zijn of haar keuze?

Antwoord 297

Zonder dat deze verzekerden precies weten welke ziekte of welk ongeval ze krijgen kan het juist zinvol zijn om, ingeval zich iets voordoet, vooraf kennis te nemen van de ziekenhuizen en andere zorgaanbieders die de verzekeraar heeft gecontracteerd. Verzekeraars hebben een zorgplicht. Dat betekent dat zij voor al hun verzekerden voldoende zorg van kwalitatief goed niveau moeten hebben ingekocht voor het hele scala aan zorg waar men krachtens de Zvw recht op heeft en voor zover die in natura is verzekerd.

Vraag 298

De post overige mutaties loopt op tot ruim € 1,5 miljard in 2015, 2016 en 2017. Kan dit worden toegelicht?

Vraag 333

De post overige mutaties loopt op tot ruim €-1,7 miljard in 2015, 2016 en 2017. Kan dit worden toegelicht?

Vraag 343

Kan een uitsplitsing worden gegeven van de post «overige mutaties»?

Antwoord 298, 333 en 343

Deze posten zijn het saldo van verschillende mutaties. De belangrijkste mutaties betreffen de onderstaande overhevelingen van de AWBZ naar de Zvw, zoals afgesproken in het regeerakkoord. De exacte bedragen voor de overhevelingen zijn overigens nog niet definitief vastgesteld.

- De overheveling van de langdurige ggz naar de Zvw van € 1,0 miljard.
- De overheveling extramurale verpleging naar de Zvw van € 0,6 miljard.

De uitgaven van de AWBZ dalen hierdoor met 1,6 miljard en die van de Zvw nemen met eenzelfde bedrag toe.

Vraag 299

Wat is de exacte invulling van de ramingsbijstelling geneesmiddelen?

Antwoord 299

Actief en scherp inkoopbeleid van zorgverzekeraars, het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en uitbreidingen van de toepassing van de Wet geneesmiddelenprijzen hebben ertoe geleid dat de uitgaven aan geneesmiddelen lager uitvallen dan waarvan eerder is uitgegaan. De onderschrijving is niet specifiek uit te splitsen naar individuele posten.

De raming voor de uitgaven aan geneesmiddelen binnen het BKZ houdt rekening met de door het CVZ uitgebrachte ramingen en realisatiecijfers. De verwachting is dat de volumestijging de komende jaren zal doorzetten, maar op korte termijn nog zal kunnen worden gedempt door de ontwikkeling van de prijzen. In eerdere ramingen was uitgegaan van een sterkere volume- en prijsontwikkeling.

Vraag 300

Uit cijfers van het CVZ blijkt dat de onderschrijding op geneesmiddelen wordt veroorzaakt door uitbreiding van het preventiebeleid van verzekeraars en door lagere prijzen. Kan de minister dat verdiepen naar de toekomst? Welk effect is het sterkst?

Geeft de onderschrijding van ruim € 600 miljoen op het farmaciebudget aan dat de huidige maatregelen rond farmacie goed werken?

Antwoord 300

Actief en scherp inkoopbeleid van zorgverzekeraars, het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en uitbreidingen van de toepassing van de Wet geneesmiddelenprijzen zijn voorbeelden van oorzaken van de lagere prijzen. De onderschrijding kan niet specifiek uitgesplitst worden naar individuele posten. Hoe de toekomstige ontwikkeling zal zijn is mede afhankelijk is van lastig in te schatten ontwikkelingen in het buitenland (die via de Wet geneesmiddelenprijzen doorwerken in de prijzen in Nederland) en het gedrag van bijvoorbeeld zorgverzekeraars en geneesmiddelenfabrikanten; met name of zorgverzekeraars het preferentiebeleid continueren of uitbeiden en hoe geneesmiddelenfabrikanten reageren op het preferentiebeleid.

De onderschrijding geeft inderdaad aan dat de huidige maatregelen rond farmacie goed werken. Het geneesmiddelenbeleid gaat uit van een eenduidige en consistente visie, in lijn met de uitgangspunten en verantwoordelijkheidsverdeling in het zorgstelsel. Door een samenhangend geheel van maatregelen, onder andere door het mogelijk maken van preferentiebeleid van zorgverzekeraars, de invoering van vrij onderhandelbare tarieven apothekhoudenden, het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en de werking van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP), zijn de zorguitgaven beduidend lager dan geraamd en beheersbaar. Nieuwe (dure) geneesmiddelen vragen en krijgen aandacht. Deze vaak unieke geneesmiddelen zijn meestal niet onderhevig aan prijscompetitie, hebben hoge prijzen en ook de doelmatige plaats in de behandeling is aanvankelijk nog niet bekend. Bij deze middelen kunnen partijen behoefte hebben aan handvatten voor doelmatige inzet en prijsbeheersing.

Om die reden ontwikkel ik voor die middelen nieuwe instrumenten, zoals voorwaardelijke toelating en financiële arrangementen. Dit zijn maatwerk-instrumenten die op het niveau van het betreffende product worden toegepast.

Vraag 301

Zijn op basis van de huidige cijfers rond farmacie in uw ogen aanvullende maatregelen nodig?

Antwoord 301

Aanvullende maatregelen zijn mijns inziens niet nodig gezien de ontwikkeling van de uitgaven. De raming voor geneesmiddelen wordt op basis van nieuwe inzichten periodiek geactualiseerd. Rekening houdend met de cijfers over 2012 en de ramingen van het CVZ is in de begroting 2014 een neerwaartse ramingsbijstelling verwerkt.

De laatste actualisatie van de realisatiecijfers geeft een mogelijke extra meevaller over het jaar 2013 aan (die rekening houdend met de ramingsbijstelling voor de jaren 2014 en verder nog geen aanleiding geeft tot een structurele aanpassing).

Vraag 302

Waarom zijn de uitgaven voor de grensoverschrijdende zorg zoveel toegenomen?

Hoe groot is het bedrag dat aan grensoverschrijdende zorg binnen en buiten Europa wordt verdeeld?

Antwoord 302

Momenteel is onvoldoende duidelijk waarom de uitgaven aan de grensoverschrijdende zorg zoveel zijn toegenomen. CVZ geeft het wegwerken van achterstanden aan als een mogelijke verklaring. In september is een IBO naar grensoverschrijdende zorg gestart. Dit IBO doet onder andere onderzoek naar de oorzaken van de stijgende uitgaven aan grensoverschrijdende zorg. Het wordt in 2014 afgerond.

De uitgaven aan grensoverschrijdende zorg zijn op basis van de huidige beschikbare data niet te verdelen naar binnen Europa en buiten Europa. Hopelijk kan hier na afronding van het IBO grensoverschrijdende zorg meer over worden gezegd. Wel kan er een onderverdeling worden gemaakt naar grensoverschrijdende zorg die binnen- en buiten het macroprestatiebedrag (mpb) valt. Dit zijn dus de kosten die respectievelijk door Zvw-verzekerden (binnen mpb) en door verdragsgerechtigden en buitenlandse verzekerden zijn gemaakt. Voor 2014 worden de kosten van grensoverschrijdende zorg binnen mpb geraamd op € 467 miljoen en de kosten van grensoverschrijdende zorg buiten mpb op € 318 miljoen.

Vraag 303

Betekent het doelmatiger inkopen van het incontinentiemateriaal dat mensen ook minder incontinentiemateriaal krijgen?

Antwoord 303

Doelmatiger inkopen van zorg door zorgverzekeraars houdt in dat er voor de verzekerde voldoende en kwalitatief goed incontinentiemateriaal tegen het economisch meest gunstige tarief wordt ingekocht.

Vraag 304

Kunt u aangeven of, naast de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de eerste lijn, ook andere zorgaanbieders extra financiële ruimte krijgen om zorg van de tweede lijn over te nemen? Zo ja, welke sectoren onderscheidt u dan? Zo nee, waarom niet? (p. 169)
Wanneer kunt u de definitieve realisatiecijfers 2012 van de curatieve ggz en medisch-specialistische zorg geven?

Antwoord 304

Voor zover andere eerstelijns zorgaanbieders de zorg leveren als onderdeel van ketenzorg voor chronisch zieken gelden de afspraken die in het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 zijn gemaakt voor hen. Voor het overige zijn er geen extra afspraken gemaakt.

In de aanwijzing tijdelijke verdaging toepassing macrobeheersmodel medisch-specialistische zorg van 20 september 2013 (Stcrt. 2013, 26846) is bepaald dat de mbi-afrekening met betrekking tot de realisatie van het jaar 2012 eind 2014 plaatsvindt. De kamer is hierover geïnformeerd met mijn brief van 25 april 2013 (Kamerstuk 32 620, nr. 83).

De definitieve realisatiecijfers 2012 van de curatieve ggz kunnen eind 2014 worden gegeven. De reden hiervan is dat een dbc in de cggz maximaal een jaar kan openstaan. Voor een cliënt die bijvoorbeeld december 2012 met een zorgtraject begint, wordt een dbc geopend. Indien het een langdurig zorgvraag betreft, wordt de desbetreffende dbc in december 2013 gesloten. Vervolgens wordt deze dbc gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Voordat alle dbc's gedeclareerd zijn gaat er enige tijd overheen, waardoor de definitieve realisatiecijfers eind 2014 gegeven kunnen worden. In het kader van het project informatie versnelling wordt

momenteel gekeken hoe deze gegevens sneller gedeclareerd kunnen worden en hoe deze sneller beschikbaar kunnen komen.

Vraag 305

Wanneer wordt bekend hoeveel buitenlanders gebruik maken van de Nederlandse zorg?

Antwoord 305

Het is op dit moment niet mogelijk om aan te geven hoeveel buitenlanders gebruik maken van de Nederlandse zorg, omdat dit niet wordt gemonitord.

In het kader van het IBO grensoverschrijdende zorg wordt getracht meer inzicht te krijgen in het vraagstuk buitenlanders die voor zorg naar Nederland komen. Naar verwachting zullen de resultaten van dit IBO in mei 2014 bekend worden.

Vraag 306

Kan uitgelegd worden wat wordt verstaan onder «korte termijn», waar gesteld wordt dat de volumestijging geneesmiddelen op korte termijn nog gedempt zal kunnen worden door de ontwikkeling van de prijzen?

Vraag 312

In de begroting wordt aangegeven dat volumestijgingen in de extramurale geneesmiddelen de komende jaren zal doorzetten maar op korte termijn zal worden gedempt door de ontwikkeling van de prijzen. In de huidige raming wordt uitgegaan van een zodanige groei dat er aanleiding is voor een raambijstelling. Kan een uitgebreide toelichting op dit punt worden gegeven? Wat betekent bijvoorbeeld «op korte termijn», en over welke volumegroei van extramurale geneesmiddelen gaat het dan?

Antwoord 306 en 312

De verwachting is dat het gebruik van geneesmiddelen de komende jaren onveranderd zal blijven stijgen als gevolg van de demografische ontwikkeling. Het CVZ gaat uit van een structurele volumestijging voor extramurale geneesmiddelen van ongeveer 5% per jaar.

Sinds zorgverzekeraars preferentiebeleid en een actief en scherp inkoopbeleid zijn gaan voeren zijn de prijzen van veelgebruikte geneesmiddelen scherp gedaald. De prijsverlagingen zijn versterkt door de werking van de Wet Geneesmiddelenprijzen en het uit octrooi lopen van geneesmiddelen met een grote omzet.

De uitgaven voor extramurale geneesmiddelen zijn per saldo de afgelopen jaren gestabiliseerd. Naar verwachting zullen de volumestijgingen nog enkele jaren kunnen worden beperkt door prijsdalingen. Doordat veel geneesmiddelen met een grote omzet (de zogenaamde blockbusters) al uit octrooi zijn of binnen een paar jaar uit octrooi zullen lopen, zal er na die periode geen groot neerwaarts effect op de uitgaven zijn van de daaruit voortvloeiende prijsverlagingen. Daarnaast worden steeds meer geneesmiddelen voor (kleine) specifieke groepen van patiënten ontwikkeld.

Vraag 307

Kan een overzicht gegeven worden van de geneesmiddelen waarvan in 2013 en 2014 het octrooi verloopt?

Antwoord 307

Zoals in de antwoorden op de vragen 175 en 176 naar aanleiding van het Jaarverslag en de Slotwet van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2011 (Kamerstuk 33 240 XVI, nr. 6) is aangegeven, is het meestal niet duidelijk wanneer een geneesmiddel helemaal octrooivrij is. Er kunnen immers meerdere octrooien op een geneesmiddel of op de

fabricagewijze rusten; er gelden aanvullende beschermingscertificaten; en er is sprake van een gesloten dossierperiode waardoor generieke varianten nog niet op de markt kunnen komen.

Daarnaast worden tal van juridische procedures gevoerd ten aanzien van octrooibeschermtng. Een specifieke lijst is niet beschikbaar.

Vraag 308

Kan uitgebreid en cijfermatig worden onderbouwd waarom een ramingsbijstelling van € 150 miljoen voor 2014 en € 300 miljoen vanaf 2015 noodzakelijk is, terwijl de geneesmiddelen uitgaven structureel zijn gedaald en preferentiebeleid, WGP en uit octrooi lopen van geneesmiddelen duidt op kostenverlaging?

Antwoord 308

Uit uw vraag maak ik op dat u uitgaat van een opwaartse ramingsbijstelling.

In de VWS-begroting 2014 is aangegeven dat in de huidige raming voor 2014 en 2015 wordt uitgegaan van een zodanige groei dat er aanleiding is voor een ramingsbijstelling. Hiermee wordt bedoeld dat de lagere groeiverwachting aanleiding geeft voor een neerwaartse ramingsbijstelling.

Vraag 309

Wordt onderzocht of de structurele toename van grensoverschrijdende zorg het gevolg is van afnemende kwaliteit of toegankelijkheid in Nederland?

Antwoord 309

In het IBO grensoverschrijdende zorg wordt onder andere onderzocht wat de stijging van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg veroorzaakt. Hierbij zullen zoveel mogelijk factoren die invloed kunnen hebben worden meegenomen. Kwaliteit en toegankelijkheid kunnen van invloed zijn op de beslissing om in het buitenland zorg af te nemen, dus ook dit wordt onderzocht.

Vraag 310

Hoe wordt de volumestijging van de intramurale geneesmiddelen opgevangen binnen de groeiruimte medisch-specialistische zorg?

Vraag 311

Welk groeipercentage voor intramurale geneesmiddelen is aangehouden in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord?

Antwoord 310 en 311

Voor intramurale geneesmiddelen geldt net als voor de andere zorg vallend onder het Hoofdlijnenakkoord het afgesproken groeipercentage van 1,5% in 2014 en 1% voor 2015 tot en met 2017. Voor een aantal naar de geneeskundige zorg overgeheveldde middelen, zoals de TNF-alfaremmers, (dure) oncolytica, groeihormonen en fertiliteitshormonen is bij de overheveling rekening gehouden met een afwijkend groeipercentage.

Vraag 314

De bijstelling van de raming van de geneesmiddelen wordt deels gebruikt voor dekking van de besparing door stringent pakketbeheer; waarvoor wordt deze bijstelling nog meer gebruikt? Waar zou de bijstelling nog voor gebruikt kunnen gaan worden? Kan de bijstelling gebruikt worden om extra kosten op te vangen ten gevolgen van financiële arrangementen?

Antwoord 314

De bijstelling van de raming van de uitgaven voor geneesmiddelen wordt ingezet voor het bezuinigingspakket van in totaal € 6 miljard (€ 300 miljoen, genoemd in tabel op pagina 171) en stringent pakketbeheer (€ 20 miljoen, in tabel op pagina 171 onderdeel van «overige mutaties»). De bedrijfsvoeringskosten die betrekking hebben op het onderhandelingsbureau zijn binnen de begroting van VWS ingepast; de begroting is hiervoor opgehoogd ten laste van het Budgettair Kader Zorg (ijklijnmutatie).

De financiële arrangementen zorgen niet voor extra kosten maar beogen geld binnen het BKZ op te leveren.

Vraag 315

Hoe bent u van plan de taakstelling op stringent pakketbeheer van structureel € 300 miljoen in te vullen?

Antwoord 315

Zoals in de begroting opgenomen, is de besparingsopdracht van circa € 300 miljoen in verband met stringent pakketbeheer al gedeeltelijk ingevuld met eerdere pakketingrepen en een bijstelling van de raming van de geneesmiddelen.

De resterende besparing van € 225 miljoen zal worden ingevuld door de systematische doorlichting van het pakket. Ik heb u hierover geïnformeerd met mijn brief van 30 september jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 476). Met het plan dat het CVZ daarvoor voor ogen heeft, heb ik er vertrouwen in dat het mij ruim voldoende voorstellen kan aanreiken om tot een goede invulling van die besparing te komen.

Vraag 316

Wanneer komt er meer duidelijkheid over de bekostiging van de wijkverpleegkundige?

Hoeveel van de € 200 miljoen die beschikbaar is voor de wijkverpleegkundigen gaat er naar verwachting naar in- en uitvoeringskosten?

Antwoord 316

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is gevraagd om een uitvoeringstoets over de bekostiging van de extramurale verpleging (waaronder de wijkverpleegkundige) en samenhangende verzorging in de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2015. Veldpartijen zijn inmiddels over de opties voor de inrichting van de toekomstige bekostiging geconsulteerd. Half november zal de NZa het advies opleveren. Ik streef ernaar de voorhang voor een nieuwe bekostiging voor de zomer 2014 aan uw Kamer te versturen. Hierop volgend zal ik de NZa een aanwijzing geven, op basis waarvan uiterlijk 1 juli 2014 de beleidsregels met daarin de prestaties en mogelijke tarieven bekend worden maakt.

Op dit moment is nog geen inschatting te maken hoeveel van de € 200 miljoen naar in- en uitvoeringskosten zal gaan. Uitgangspunt is dat de € 200 miljoen wordt ingezet voor de zorgverlening door de wijkverpleegkundige. Momenteel wordt bezien hoeveel geld nodig is om opleidingen vorm te geven die noodzakelijk zijn om verpleegkundigen de benodigde bijscholing te geven, en extra wijkverpleegkundigen op te leiden.

Vraag 317

Betekent de in het regeerakkoord afgesproken maatregel om de honoraria voor medisch specialisten te verlagen (€ 100 miljoen) dat er ook een maximum honoraria voor medisch specialisten komt, en op welk bedrag wordt het maximum honorarium van een medisch-specialist vastgesteld? Wat wordt het gemiddeld honorarium van een medisch specialist?

Hoe groot is het bedrag voor de honoraria van medisch specialisten, en voor welke periode wordt geld vrijgemaakt om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren?

Antwoord 317

De genoemde maatregel van € 100 miljoen is vanaf 2015 verwerkt in het totale samengevoegde macrokader voor instellingen van medisch-specialistische zorg en vrijgevestigd medisch specialisten.

Ik ben, zoals ook in het regeerakkoord aangekondigd, voornemens om vanaf 2015 integrale tarieven in de medisch specialistische zorg in te voeren. In die systematiek maken ziekenhuizen en specialisten onderling afspraken over de honoraria. Er worden vanaf 2015 geen aparte honorariumtarieven meer door de NZa vastgesteld en van maximumhonoraria is geen sprake.

Vraag 318

Kunt u preciezer aangeven waar de dekking voor de intensivering wijkverpleegkundige binnen de medisch-specialistische zorg en curatieve ggz wordt gevonden? Zo neen, wanneer kunt u dit dan wel aangeven?

Antwoord 318

In de beschikbare reeksen, zoals opgenomen in de bestuurlijke akkoorden medisch-specialistische zorg en ggz, is de dekking die samenhangt met de intensivering wijkverpleegkundige macro taakstellend verwerkt. Het is aan de veldpartijen om hier invulling te geven en binnen het beschikbare kader te blijven.

Vraag 319

De maatregel werelddekking zorg buiten de EU uit het basispakket wordt niet in 2014 gerealiseerd. Voor wanneer is realisatie van deze maatregel voorzien?

Antwoord 319

Het streven is erop gericht het wetsvoorstel, waarin de beperking van de werelddekking wordt geregeld, op 1 januari 2015 in werking te doen treden. De indiening van het wetsvoorstel geschiedt evenwel niet eerder dan nadat ik helderheid heb verkregen over de meningsvorming betreffende de verenigbaarheid van internationale regelingen met nationaal beleid inzake aspecten van sociale zekerheid.

Vraag 320

Hoeveel gemeenten hebben in 2013 bezuinigd op de huishoudelijke verzorging?

Antwoord 320

Deze informatie is mij niet bekend, want dit wordt niet centraal geregistreerd.

Vraag 321

Hoeveel mensen hebben in 2013 minder uren huishoudelijke verzorging gekregen?

Antwoord 321

Deze informatie is op dit moment niet beschikbaar, want 2013 is nog niet afgelopen. Na afronding van een zorgperiode kunnen zorgaanbieders nog 6 weken gegevens bij het CAK aanleveren. De verwachting is dat eind februari 2014 een representatief overzicht van het aantal mensen en uren huishoudelijke verzorging over 2013 door het CAK kan worden opgeleverd.

Vraag 322

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in 2013 gekort in hun loon?
Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in 2013 ontslagen?

Antwoord 322

Deze informatie is mij niet bekend, want dit wordt niet centraal geregistreerd. Daarnaast geldt dat de hoogte van de lonen in deze sector zijn vastgelegd in de CAO Verpleeg- en Verzorgingstehuizen en Thuiszorg en dat bij situaties waarin een wijziging van arbeidsvoorwaarden aan de orde kan zijn, de afspraken nagekomen moeten worden zoals die in deze CAO staan.

Wel houdt de staatssecretaris de vinger aan de pols als het gaat om de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Om de gevolgen voor de arbeidsmarkt van de in het Regeerakkoord opgenomen maatregelen voor de AWBZ, Wmo en Jeugdzorg goed in kaart te brengen laat de staatssecretaris op verzoek van sociale partners momenteel een Arbeidsmarkt-effectrapportage (AER) uitvoeren. Op basis van de uitkomsten van de AER zal bezien worden welke aanvullende maatregelen van arbeidsmarktbeleid gewenst zijn en eventueel ingezet kunnen worden. Hierover zal de staatssecretaris de Kamer in het najaar informeren.

Vraag 323

Hoe groot is het tijdsverloop tussen het moment waarop de NZa de productieafspraken van partijen ontvangt en de verwerking daarvan in de budgetten en de bevoorschotting/declaraties van de instelling en welke mogelijkheden zijn er om dit tijdsverloop te verminderen?

Antwoord 323

Het gaat hier om twee processen. Zorginstellingen en zorgkantoren maken productieafspraken en die worden voor 1 november voorafgaand aan het jaar waarop zij betrekking hebben of in november van dat jaar bij de NZa ingediend.

Over de bevoorschotting van de productie maken zorgkantoren met instellingen afspraken op basis van administratieve regels over percentages voorschot per maand.

Als de productieafspraken gedurende het jaar verhoogd worden kan het zorgkantoor het voorschot ook meteen verhogen voordat de afspraken in november van het lopend jaar naar de NZa gaan. Dit is aan het zorgkantoor.

Vraag 325

Hoeveel zorgzwaartepakketten zijn er in totaal? Kunnen per zorgzwaartepakket de aantallen worden genoemd?

Hoeveel intramurale plaatsen zijn er in de AWBZ? Kan dit uitgesplitst worden naar V&V, GHZ en ggz?

Antwoord 325

In onderstaande tabel treft u het aantal personen aan die door het CIZ zijn geïndiceerd met een geldige indicatie ultimo 2011. Het gaat om 341.800 personen, waarvan nog 6.500 personen een oude verblijfsindicatie hebben in functies en klassen. Deze indicaties zijn aangevraagd voor 1 juli 2007. Het aantal personen met een zorgzwaartepakket bedraagt dus ca. 335.300.

Zorgzwaartepakket	Aantal personen (ultimo 2011)
ZZP 1 VV	7.205
ZZP 2 VV	25.335
ZZP 3 VV	23.455

Zorgzwaartepakket	Aantal personen (ultimo 2011)
ZZP 4 VV	30.710
ZZP 5 VV	51.685
ZZP 6 VV	19.270
ZZP 7 VV	10.530
ZZP 8 VV	1.915
ZZP 9 VV	19.350
ZZP 10 VV	930
ZZP 1 VG	1.715
ZZP 2 VG	8.140
ZZP 3 VG	17.870
ZZP 4 VG	10.190
ZZP 5 VG	13.230
ZZP 6 VG	13.550
ZZP 7 VG	9.625
ZZP 8 VG	1.080
ZZP 1 LVG	325
ZZP 2 LVG	1.790
ZZP 3 LVG	3.235
ZZP 4 LVG	1.680
ZZP 5 LVG	505
ZZP 1 SGLVG	490
ZZP 1 LG	995
ZZP 2 LG	1.810
ZZP 3 LG	2.855
ZZP 4 LG	4.225
ZZP 5 LG	1.805
ZZP 6 LG	4.720
ZZP 7 LG	1.370
ZZP 1 ZG auditief	370
ZZP 2 ZG auditief	450
ZZP 3 ZG auditief	605
ZZP 4 ZG auditief	360
ZZP 1 ZG visueel	435
ZZP 2 ZG visueel	160
ZZP 3 ZG visueel	285
ZZP 4 ZG visueel	320
ZZP 5 ZG visueel	220
ZZP 1B ggz	55
ZZP 2B ggz	355
ZZP 3B ggz	1.460
ZZP 4B ggz	1.600
ZZP 5B ggz	3.480
ZZP 6B ggz	1.150
ZZP 7B ggz	1.420
ZZP 1C ggz	1.215
ZZP 2C ggz	6.120
ZZP 3C ggz	13.910
ZZP 4C ggz	5.970
ZZP 5C ggz	3.210
ZZP 6C ggz	530
Oude indicatie ZMV-AWBZ	6.530
Totaal AWBZ-Zorg met verblijf	341.805

Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl

Het aantal intramurale plaatsen kan worden benaderd door het gerealiseerd aantal verpleegdagen te delen door 365. Per sector ontstaat dan voor 2011 het volgende beeld:

	Verpleegdagen (x1.000)	Plaatsen (x1.000)
ZZP V&V	57.471	158
ZZP ggz	28.220	77
ZZP GHZ	9.775	27
Totaal	95.466	262

Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl

Vraag 326

Hoeveel zorgzwaartepakketten zijn er per grondslag; ggz, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg?

Antwoord 326

In totaal zijn er 53 zorgzwaartepakketten. Er zijn 10 pakketten in de verpleging en verzorging, 30 pakketten in de gehandicaptenzorg en 13 pakketten in de ggz.

De ZZP-systematiek kent de volgende sectoren met bijbehorend aantal pakketten:

Sector	aantal
VV	10
VG	8
LVG	5
SGLVG	1
LG	7
ZG-auditief	4
ZG-visueel	5
ggz-B	7
ggz-C	6
Totaal	53

Voor uitgebreide beschrijvingen van de zorgzwaartepakketten wordt u verwezen naar:

<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgzwaartebekostiging/regelgeving/prestaties/>

Vraag 327

Wat is de actuele prijs voor ZZP's en hoe zit deze eruit per grondslag? Hoe zijn de prijzen van zorgzwaartepakketten de afgelopen jaren veranderd? Kunt u een historisch overzicht geven van de prijsontwikkeling van ZZP's?

Antwoord 327

Er zijn per grondslag meerdere prijzen afhankelijk van de zorgzwaarte. Voor de actuele prijzen op grond van beleidsregel CA-300-569 wordt u verwezen u naar de website van de NZa: <http://www.nza.nl/>

In alle jaren is er de ophoging geweest vanwege de reguliere OVA. In 2011 zijn de ZZP-prijzen in de gehandicaptenzorg verlaagd om middelen voor een toeslag voor zorg aan gehandicapte kinderen te genereren. Dit was een budgettair neutrale verschuiving van middelen. In 2012 zijn de ZZP-tarieven in alle sectoren met 4,8% verhoogd als gevolg van de extra middelen uit het regeerakkoord Rutte-Verhagen. In 2013 zijn de extra middelen voor ZZP-tarieven gehandhaafd in de sectorverpleging en verzorging, maar gekort in de sectoren gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. In 2014 vindt een generieke verlaging van de maximum ZZP- tarieven van circa 1% plaats.

Vraag 328

Kan worden aangegeven hoe de ontwikkeling van het aantal personen met een indicatie zich verhoudt tot demografische ontwikkelingen?

Antwoord 328

Zowel het aantal personen met een AWBZ-indicatie als het aantal inwoners stijgt. Het aantal personen met indicatie stijgt sneller, ook als we rekening houden met de vergrijzing. We zien namelijk dat het aandeel

personen met een AWBZ-indicatie binnen alle leeftijdsklassen enigszins toeneemt.

Leeftijd	2009 ¹	2010 ¹	2011 ¹	2009 ¹	2010 ¹	2011 ¹
	aantal	aantal	aantal	%	%	%
Totaal leeftijd	664.120	733.605	767.795	4,0	4,4	4,6
Jonger dan 18 jaar	46.480	51.290	49.105	1,3	1,5	1,4
18 tot 65 jaar	222.440	255.465	273.090	2,1	2,4	2,6
65 tot 80 jaar	132.870	145.365	152.690	7,0	7,5	7,5
80 jaar of ouder	262.325	281.485	292.905	39,9	41,5	42,0

¹ Betreft voorlopige cijfers

Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl

Vraag 329

Kan er een overzicht gegeven worden van de tariefverlaging voor intramurale zorgzwaartepakketten per ZZP?

Antwoord 329

Het percentage waarmee het maximumtarief wordt verlaagd is gelijk voor alle zorgzwaartepakketten. Het percentage bedraagt circa 1%.

Vraag 330

Kan er een overzicht van de tariefverlaging van het pgb gegeven worden voor de intramurale zorg?

Antwoord 330

Een in 2013 toegekend pgb zonder budgetgarantie gebaseerd op een indicatie met verblijf (ZZP), is in 2014 gelijk aan 2013. Voor alle pgb's geldt dat er in 2014 niet wordt geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkeling.

Mensen die op 31 december 2012 een pgb ZZP hadden hebben veelal een ophoging van dit pgb in de vorm van budgetgarantie. Deze budgetgarantie wordt de komende jaren afgebouwd. In 2014 wordt als gevolg van deze afbouw het budget met maximaal 10 procent verlaagd.

Twee groepen budgethouders zijn uitgezonderd van de afbouw van de budgetgarantie. Het gaat om budgethouders die op 31 december 2012 in een pgb-gefinancierd wooninitiatief woonden (circa 20% van alle verblijfsgeïndiceerden) en om budgethouders met een zogeheten «oude» budgetgarantie. Bij het laatste gaat het om budgethouders die als gevolg van de invoering van de systematiek in 2007 een lager pgb zouden zijn uitgekomen. In totaal hebben circa 5500 budgethouders deze budgetgarantie gekregen.

Vraag 331

Welke gevolgen heeft de overheveling van AWBZ-middelen naar de Wmo/gemeenten voor de financiering en beschikbaarheid van activiteiten die gericht zijn op mensen met dementie?

Antwoord 331

Met de hervorming van de langdurige zorg verdwijnen de extramurale AWBZ-functies. Wie ondersteuning en zorg nodig heeft krijgt die zoveel mogelijk dichtbij – in de eigen leefomgeving – door gemeenten en zorgverzekeraars aangeboden. Deze ondersteuning en zorg zijn gericht op zelfredzaamheid van mensen en versterken hun zelfstandigheid. De gemeenten worden verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen en krijgen daarvoor budget.

Voor mensen met dementie die nu ondersteuning in de thuissituatie ontvangen, zullen bericht krijgen van de veranderingen en uitgenodigd worden door hun gemeente. De gemeente zal dan samen met hen en met hun naasten bespreken welke ondersteuning nodig is.

Vraag 332

Kunt u aangeven wat de kosten zijn van het laten vervallen van het 10-uurscriterium voor nieuwe gevallen?

Antwoord 332

De kosten voor het laten vervallen van het 10 uurscriterium voor nieuwe gevallen worden geraamd op circa € 25 miljoen in 2014. Het structurele effect van nieuwe instroom onder de 10 uur bedraagt in 2015 € 50 miljoen.

Daarnaast ontstaat het effect dat mensen die in 2012 of 2013 geen pgb konden krijgen omdat ze onder de grens van 10 uur bleven, dat alsnog kunnen aanvragen. Het geraamde effect daarvan is voor 2014 € 50 miljoen.

De totale kosten worden geraamd op € 75 miljoen in 2014 en € 100 miljoen in 2015 (structureel).

Vraag 334

Waar komt de «Meeropbrengst RA: intramurale eigen bijdrage» precies vandaan? Hoe kan het dat de intramurale eigen bijdrage zoveel hoger is dan verwacht?

Antwoord 334

De in tabel 9 op pagina 183 opgenomen post «Meeropbrengst RA: intramurale eigen bijdrage» betreft het saldo van opbrengsten en meeruitgaven van de volgende maatregelen:

Afschaffen van de Wtcg-korting intramuraal;

- Afschaffen van de aftrek voor de fiscale Wajong en ouderentoeslag;
- Correctie budget maatwerkvoorziening inkomenssteun chronisch zieken en gehandicapten vanwege intramurale cliënten;
- Afschaffen van de aftrekpost van € 381 bij de berekening van de hoge in-tramurale eigen bijdrage; Afschaffen van de 2% bijtelling bij de hoge intramurale eigen bijdrage.

De opbrengsten van de maatregel in het Regeerakkoord zijn hoger dan verwacht en kunnen daarom ingezet worden voor de verzachting.

Vraag 335

Hoe kan het dat het afschaffen van de Wtcg een extra € 180 miljoen oplevert? Was de opbrengst van het afschaffen van de Wtcg niet al meegenomen bij het afschaffen van de inkomensregelingen?

Antwoord 335

Het betreft hier de opbrengst van de korting op de extramurale eigen bijdrage AWBZ/Wmo, ook wel de Wtcg-korting genoemd. Deze opbrengst staat volledig los van de opbrengst van de afschaffing van de algemene tegemoetkoming Wtcg.

Het afschaffen van de Wtcg-korting op de extramurale eigen bijdrage is dan ook een andere maatregel dan het afschaffen van de algemene tegemoetkoming Wtcg. Het afschaffen van de Wtcg-korting op de extramurale eigen bijdrage levert € 180 miljoen aan extra AWBZ-ontvangsten op, zoals opgenomen in Tabel 9 op p. 183.

De besparing van het afschaffen van de algemene tegemoetkoming Wtgc is verwerkt onder het kopje «Mutatie Wtgc (begroting VWS)» in Tabel 12 op p. 190.

Vraag 336

Hoeveel levert het extramuraliseren van de lage zorgzwaartepakketten netto op? Hoe is dit bedrag precies opgebouwd?

Antwoord 336

In 2014 zijn de besparingen netto € 50 miljoen. De besparingen worden gerealiseerd doordat nieuwe cliënten in plaats van dure intramurale zorg goedkopere extramurale zorg ontvangen.

In de berekening van de netto besparingen is rekening gehouden met lagere inkomsten uit eigen bijdragen, compensatie van gemeenten voor extra uitgaven in de Wmo en met extra kosten voor de huurtoeslag.

Vraag 337

Waarom is de compensatie extramuraliseren voor gemeenten in 2014 hoger dan in 2015?

Hoe zijn de genoemde bedragen compensatie extramuraliseren opgebouwd? Welk deel is structureel en welk deel is incidenteel?

Antwoord 337

In 2013 en 2014 zijn incidenteel bedragen toegevoegd aan het gemeentefonds in het kader van het extramuraliseren van de lichtere zorgzwaartepakketten. Voor 2015 en latere jaren wordt de compensatie van gemeenten meegenomen in de bedragen die worden overgeheveld naar de gemeenten in het kader van alle hervormingen van de langdurige zorg.

De compensatie voor extramuraliseren ZZP's bestaat uit twee onderdelen: compensatie van het ministerie van BZK voor de extra kosten voor de huurtoeslag (die meerjarig is toegekend en waarvan de bedragen oplopen doordat steeds meer mensen langer thuis blijven wonen) en een incidentele compensatie van gemeenten in 2013 en 2014 voor extra uitgaven in de Wmo.

Doordat de compensatie van gemeenten vanaf 2015 niet in deze cijfers is verwerkt, zijn de bedragen in 2014 hoger dan in 2015.

Bedragen in € miljoen	2013	2014	2015	2016	2017
Compensatie gemeenten voor extra uitgaven Wmo	15	53,7	pm	pm	pm
Compensatie BZK ivm extra kosten huurtoeslag	3,9	15,2	31,3	45,0	55,6
Totaal compensatie extramuraliseren ZZP's	18,9	68,9	31,3	45,0	55,6

Vraag 338

In 2012 is er meer capaciteit in gebruik genomen dan verwacht. Hierdoor zijn de kapitaallasten hoger uitgekomen dan begroot. Hoe worden kapitaallasten toegevoegd aan de begroting?

Antwoord 338

Op basis van de realisatiecijfers van de afgelopen jaren en prognoses van de bouw, worden de ramingen onder het kopje zorg in natura meerjarig bijgesteld.

Vraag 339

De tariefkorting AWBZ is geen structurele maatregel. Hoe gaat voorkomen worden dat zorgkantoren per 2015 deze korting toch blijven hanteren?

Antwoord 339

Het gaat hier om een AWBZ korting extramurale zorg 2014. Vanaf 2015 wordt de extramurale zorg overgeheveld naar gemeenten en zorgverzekeraars en spelen zorgkantoren geen rol meer. Het is aan de dan verantwoordelijke partijen om nieuwe afspraken te maken met zorgaanbieders.

Vraag 340

Kan er een overzicht gegeven worden van de onderdelen waaruit de opbrengst van € 429 miljoen uit de incidentele loonontwikkeling bestaat?

Antwoord 340

Deze opbrengst bestaat niet uit onderdelen. In het zorgakkoord is afgesproken om het op nul zetten van de vergoeding voor de incidentele looncomponent in de ova (overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling) niet alleen voor de jaren 2016 en 2017 te laten gelden, maar al vanaf 2014. Door af te spreken om daar 0% van te maken, valt de eerdere reservering voor deze post vrij (zie ook TK 33 566, nrs. 29 en 37).

Vraag 341

Hoe verhoudt de additionele besparing van € 150 miljoen op de Jeugdzorg zich tot het bedrag van € 73 miljoen in tabel 9 op bladzijde 183?

Antwoord 341

De additionele korting van € 150 miljoen wordt zowel over de begroting (hoofdstuk 16) als het budgettair kader zorg (de AWBZ) verdeeld.

	2015	2016	2017
Begroting (H16)	25	56	77
BKZ (AWBZ)	15	44	73
Totaal	40	100	150

In tabel 9 staat achter «ontschotten Jeugdzorg» het deel van de additionele korting dat bij de AWBZ neerslaat. Er is sprake van een oploop vanaf 2015, vanaf 2017 zijn de bedragen structureel.

Vraag 342

Hoe wordt de meeropbrengst van de vermogensbijtelling ingezet tot verzachting van deze maatregel?

Is de meeropbrengst van de vermogensinkomensbijtelling structureel of zal deze de komende jaren gaan afnemen?

Antwoord 342

De verzachting van de vermogensinkomensbijtelling betekent dat cliënten die nog niet de AOW-gerechtigde leeftijd hebben en in een AWBZ-instelling verblijven, per 1 januari 2014 een extra vrijstelling van € 10.000 krijgen bij het bepalen van de eigen bijdrage. Deze verzachting levert € 17 miljoen lagere opbrengsten aan eigen bijdrage op.

Daarnaast zal voor alle cliënten die AWBZ-zorg ontvangen of een individuele Wmo-voorziening worden geregeld dat uitkeringen voor letselschade en bepaalde eenmalige uitkeringen niet meetellen bij het vermogen in box 3 van de inkomstenbelasting. Dit gebeurt met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2013. Gezien het geringe aantal mensen dat

hier onder valt zal het financiële effect van deze verzachting nagenoeg nihil zijn.

Er wordt van uitgegaan dat deze meeropbrengsten een structureel karakter hebben.

Vraag 344

Wat is de financiële dekking van de € 89 miljoen waarmee de bezuiniging op de huishoudelijke verzorging voor volgend jaar ongedaan gemaakt wordt?

Antwoord 344

Bij augustusbesluitvorming is ervoor gekozen om in het verlengde van het «6 miljard pakket» de in het regeerakkoord opgenomen korting van € 89 miljoen op het Wmo budget terug te draaien. De dekking hiervoor is gevonden in lager dan voorziene uitgaven voor grensoverschrijdende zorg.

Vraag 345

Wat houdt de intensivering arbeidsmarkt zorg precies in? Wat moet worden verstaan onder de het feit dat voor de dienstverlener in beginsel dezelfde sociale rechten gaan gelden als de gewone werknemer?

Antwoord 345

De aangehaalde passage is de tekst van punt 54 uit het regeerakkoord. Het gaat hier om medewerkers die werken op basis van de regeling dienstverlening aan huis. De regeling wordt op dit moment bekeken door de commissie-Kalsbeek. De rapportage van die commissie kan (financiële) consequenties hebben voor de zorg die via deze regeling wordt verleend. In het regeerakkoord is daarom € 100 miljoen gereserveerd per 2017. In het zorgakkoord is gesteld dat het in de rede ligt hierbij een verbinding te leggen met het sectorplan voor de transitiefase van de arbeidsmarkt in de zorg, bedoeld om mensen die hun baan dreigen kwijt te raken via mobiliteit, om- her- en bijscholing aan de slag te houden.

Vraag 346

Welke rechtstreekse uitgaven zijn er van het Zorgverzekeringsfonds? Wat komt vaker voor: uitgavenstijging bij de zorgverzekeraars of stijging van rechtstreekse uitgaven van het Zorgverzekeringsfonds?

Antwoord 346

De volgende rechtstreekse uitgaven zijn er vanuit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf):

- Grensoverschrijdende zorg
- Beschikbaarheidsbijdragen (opleidingen, academische zorg, kapitaallasten academische functie, garantieregeling kapitaallasten ziekenhuizen, overige beschikbaarheidsbijdragen curatieve zorg (o.a. traumazorg, brandwondenzorg, spoedeisende hulp)

De vraag of uitgavenstijgingen zich vaker voordoen bij de rechtstreekse uitgaven vanuit het Zvf of bij de uitgaven van zorgverzekeraars is niet eenduidig te beantwoorden. Zowel bij de rechtstreekse uitgaven (zoals bij grensoverschrijdende zorg) als bij de uitgaven van zorgverzekeraars is jaarlijks sprake van een stijging als gevolg van nominale of autonome ontwikkelingen en/of afgesproken (volume)groei.

Vraag 347

Wat is de toegevoegde waarde van het AFBZ indien het saldo gewoon meetelt in het EMU-saldo? Waarom is het niet erg dat het AFBZ een groot tekort heeft als de andere onderdelen van de overheid een overschot kennen?

Antwoord 347

De sociale verzekeringen kennen in Nederland van oudsher een fonds. Een strikte noodzaak daartoe is er niet.

In het EMU-saldo, dat is gebaseerd op EU-regels, tellen alle onderdelen van de overheid mee. Voor het EMU-saldo is het dus om het even of het Rijk een tekort heeft van 3% en alle andere onderdelen een saldo van nul hebben, of dat het AWBZ-fonds een tekort heeft van 3% en alle andere onderdelen inclusief het Rijk een saldo van nul hebben. In beide gevallen is het EMU-saldo – 3%.

Omdat het AFBZ al de nodige jaren doet aan schatkistbankieren (het AFBZ houdt zijn geld aan in de schatkist en kan daar ook rood staan), maakt de rente die hierover betaald moet worden ook geen verschil voor de betaalbaarheid.

Vraag 348

Kan een meerjarig overzicht (verder terug dan 2012 in tabel 18 op bladzijde 202) worden gegeven van de ontwikkeling van het exploitatiesaldo en de (negatieve) vermogenspositie van het AFBZ? Telt de schuld van het AFBZ mee voor de staatsschuld?

Antwoord 348

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Exploitatiesaldo AFBZ	- 0,1	0,4	1,1	- 3,3	- 2,7	- 2,4	- 4,5	- 4,1	- 3,0
Vermogen AFBZ	0,2	0,6	- 0,5	- 3,8	- 6,5	- 8,9	- 13,4	- 17,5	- 20,5

De schuld van het AFBZ telt mee voor de berekeningen van de EMU-schuld.

Vraag 349

In 2012 en 2013 is er meer premie betaald dan nodig was voor het dekken van de kosten. Het is niet langer nodig om een positief exploitatiesaldo in het fonds te hebben. Hoe wordt dit geëffectueerd en zichtbaar gemaakt?

Antwoord 349

Nu er geen overschot meer nodig is in het ZVF worden de uitgaven van het fonds circa € 1 miljard hoger vastgesteld (door de bijdrage aan verzekeraars te verhogen) en de inkomsten circa € 1 miljard lager (via een lagere inkomensafhankelijke bijdrage). De hogere bijdrage aan verzekeraars maakt het mogelijk de rekenpremie lager vast te stellen.

Vraag 350

Waarom wordt er gesteld dat verzekeraars een «deel van de meevaller in uitgaven over 2012 en 2013» hebben teruggegeven? Ze hebben toch alleen een minder hoge opslag gevraagd omdat geen extra reservering meer nodig was? Hoe kan onderscheiden worden wat er nu wel of niet aan extra inkomsten naar verzekeraars is gegaan, en welk deel er «teruggegeven» wordt?

Antwoord 350

De verzekeraars hebben in 2013 een lagere opslagpremie gevraagd dan in 2012 en ook lager dan verwerkt in de begroting 2013. In de begroting 2013 was al een flinke daling van de opslagpremie verwerkt, omdat verzekeraars minder reserves hoefden op te bouwen. Waarom de verzekeraars de premie 2013 lager hebben vastgesteld dan geraamd in de begroting is niet bekend. Uit informatie van verzekeraars valt op te maken dat die lagere premie deels samenhangt met het feit dat verzekeraars uitgaven van een lagere uitgavenraming dan VWS in de begroting 2013.

Vraag 351

Hoe hoog zou die opslag op de premie kunnen zijn als alleen de € 0.05 miljard beheerskostenstijging in de opslag verwerkt zou worden en, gezien de enorme overreserveringen, geen extra inkomsten voor reservevorming?

Antwoord 351

In de begroting is rekening gehouden met een resultaat van de verzekeraars in 2014 van € 0,25 miljard. Indien de verzekeraars met een resultaat van nul rekenen bij het bepalen van hun premie, dan komt de premie circa € 20 lager uit.

Vraag 352

Op welke manier zou een maximum aan de hoogte van de opslag gesteld kunnen worden, afhankelijk van behaalde resultaten, actuele ontwikkelingen, stand van de reserves enz.?

Antwoord 352

Zorgverzekeraars bepalen zelf de hoogte van hun nominale premie. Dit geldt ook voor de opslagpremie, welke daar een onderdeel van is. Mij staan geen middelen ter beschikking om in te grijpen in de premiestelling.

De premiestelling is een van de belangrijkste elementen waarop de zorgverzekeraars met elkaar concurreren. Direct ingrijpen hierop hindert de concurrentie. Het strookt niet met het op concurrentie gebaseerde zorgstelsel.

Vraag 353

Waarom wordt gesteld: «In verband met de continuïteit van de sector is het opportuun dat zorgverzekeraars meer reserves hebben dan de minimale eis van de DNB»? Wat is dan de waarde van de solvabiliteitseis? Betekent dit dat de overheid verzekeraars stimuleert om meer reserves aan te houden, terwijl dat volgens de DNB niet strikt noodzakelijk is?

Antwoord 353

Het is opportuun dat zorgverzekeraars meer reserves aanhouden dan de minimale solvabiliteitseis, omdat DNB intervenueert op een niveau dat – afhankelijk van het risicoprofiel van de zorgverzekeraar – ligt boven deze eis. DNB heeft verschillende interventie-instrumenten die afhankelijk van de situatie kunnen worden ingezet. De solvabiliteitsratio waarbij DNB intervenueert en het instrument dat daarvoor kan worden ingezet, verschilt dus per zorgverzekeraar. Dit preventieve toezicht is nodig: wanneer wordt afgewacht totdat het aanwezige solvabiliteitsniveau zakt tot onder het vereiste niveau, is het mogelijk te laat om nog in te kunnen grijpen. Zorgverzekeraars wachten de interventies van DNB niet af, maar proberen hun solvabiliteit boven het niveau te houden waarop de DNB intervenueert.

Vraag 354

Op basis van welke gegevens stelt DNB de solvabiliteitseisen vast? Beschikt DNB wel over alle data van zorgverzekeraars? Hoe kan dat aangezien verzekeraars pas laat gegevens aan kunnen leveren en de cijfers in de zorg jaren na-ijlen?

Hoe verhoudt de dekkingsgraad bij zorgverzekeraars zich tot de eisen van DNB?

Wat was de solvabiliteitseis bij de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006?

Antwoord 354

De solvabiliteitseisen zijn in de Europese verzekeringsrichtlijnen vastgelegd. Gelet op de marges geboden in deze richtlijnen is in de Wet Financieel Toezicht de mogelijkheid geboden om rekening te houden met het risicomitigerende effect van het risicovereeningsstelsel. De wettelijke solvabiliteitseis voor zorgverzekeraars wordt binnen de marges van de Europese richtlijnen vastgesteld door de minister van Financiën. DNB adviseert de minister over de hoogte van de wettelijke solvabiliteitseis. DNB beschikt over de benodigde gegevens over premie-inkomen en schadelast van zorgverzekeraars om tot een gegrond advies te kunnen komen, waarbij ook wordt geanticipeerd op na-ijlende cijfers.

Bij (zorg)verzekeraars is er geen sprake van een dekkingsgraad, maar van een solvabiliteitsratio. Dit is de verhouding tussen de aanwezige en de vereiste solvabiliteitsmarge. Voor de gehele basiszorgverzekeringssector bedraagt de solvabiliteitsratio 190% per ultimo 2012, op basis van cijfers uit te voorjaar 2013.

De solvabiliteitseis was in 2006 8%.

Vraag 355

Wanneer is er sprake van oversolvabiliteit bij zorgverzekeraars? Waarom wordt de volledige oversolvabiliteit niet ingezet om de premie te verlagen?

Antwoord 355

Er is sprake van overschot op de wettelijk vereiste solvabiliteit wanneer de aanwezige solvabiliteit hoger is dan de wettelijk vereiste solvabiliteit.

Een overschot op de wettelijk vereiste solvabiliteit kan niet volledig worden ingezet om de premie te verlagen. Immers, een gedeelte van dit overschot wordt door de zorgverzekeraars gebruikt om de aanwezige solvabiliteit boven het niveau te houden waarbij DNB intervenieert. Het nut hiervan is in het antwoord op vraag 430 toegelicht. Daarnaast houden de zorgverzekeraars bij de bepaling van hun solvabiliteitspositie rekening met toekomstige ontwikkelingen. Zo zal de overheveling van een gedeelte van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2015 de vereiste solvabiliteit verhogen. Hetzelfde zou kunnen door nieuwe Europese regelgeving over solvabiliteit (Solvency II) waar op dit moment aan wordt gewerkt. Voor een individuele zorgverzekeraar is dit afhankelijk van zijn eigen risicoprofiel. Dat verschilt dus per zorgverzekeraar.

Vraag 356

Wat betekent de groei van de rechtstreekse betaling vanuit het Zorgverzekeringsfonds met ruim € 0,3 miljard voor de stijging van de nominale premie?

Antwoord 356

De stijging van de rechtstreekse uitgaven met circa € 0,35 miljard leidt tot een stijging van de nominale premie met € 15 en een stijging van de inkomensafhankelijke bijdrage met 0,05%-punt.

Vraag 357

Hoe groot is het eigen vermogen van de gezamenlijke zorginstellingen op dit moment? Kan dit worden uitgesplitst naar instellingen in de curatieve zorg, langdurige zorg en ondersteuning? Hoeveel was dat in 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 en 2012?

Antwoord 357

In het antwoord (d.d. 29-08-2013) op schriftelijke vragen van het lid Kooiman (SP) (Aanhangsel Handelingen II 2012/13, nr. 3112) is voor het antwoord op een dergelijke vraag verwezen naar de overzichten die accountantsbureaus, sectororganisaties, CBS en anderen jaarlijks maken op basis van openbare jaarverslagen.

Vraag 358

Wat wordt verstaan onder de dbc-hobbel?

Antwoord 358

In 2013 is de geriatrische revalidatiezorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

Voor zorgkantoren in de AWBZ geldt dat de financiële afrekening is gebaseerd op basis van zorg geleverd in een kalenderjaar.

Voor zorgverzekeraars in de Zvw geldt echter financiering op basis van een schadelastjaar: alle zorg die in 2013 is gestart en eventueel doorloopt naar het jaar daarna wordt toegerekend aan het jaar waarin de dbc is geopend.

Voor een soepele overgang is afgesproken dat zorg die (in de AWBZ) in 2012 is begonnen maar doorloopt in 2013 voor het deel dat doorloopt in 2013 voor rekening komt van de zorgverzekeraar in de Zvw. Zorgverzekeraars worden daarom in 2013 geconfronteerd met een incidentele opwaartse bijstelling. Dit incidentele effect is aangeduid als dbc-hobbel.

De verzekeraars zijn voor de hobbel gecompenseerd via een eenmalig hogere bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds, waardoor de dbc-hobbel geen premieconsequenties heeft.

Vraag 359

Welke gevolgen heeft de toenemende werkloosheid voor de opbrengsten van de IAB 2014?

Antwoord 359

De verwachte stijging van de werkloosheid in 2014 heeft geen gevolgen voor de opbrengst van de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) in 2014. Bij de vaststelling van het premiepercentage voor de IAB wordt rekening gehouden met de door het CPB geraamde inkomensontwikkeling in 2014. Die wordt mede bepaald door de verwachte ontwikkeling van de werkgelegenheid.

Vraag 360

Is de indexering van het eigen risico wel nodig?

Antwoord 360

Artikel 19, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) bepaalt dat het bedrag van het verplicht eigen risico jaarlijks dient te worden geïndexeerd. Deze jaarlijkse indexering is dus wettelijk voorgeschreven en voor een eventuele afwijking daarvan is wetswijziging noodzakelijk.

Vraag 361

Belastingen, kinderbijslag, lonen van ambtenaren worden allemaal niet geïndexeerd voor inflatie. Waarom het eigen risico wel?

Antwoord 361

Indexatie van belastingschijven, kinderbijslag en ambtenarensalarissen wordt in 2014 achterwege gelaten omdat dit bijdraagt aan het terugdringen van het begrotingstekort.

Niet indexeren van het eigen risico terwijl de zorguitgaven naar verwachting wel zullen stijgen in 2014 zorgt daarentegen voor een groter tekort op de rijksbegroting. Het eigen risico in de Zvw wordt daarom op de gebruikelijke manier geïndexeerd, zoals voorgeschreven in artikel 19 van de Zorgverzekeringswet.

Vraag 362

Hoe hebben de reserves van de verzekeraars zich jaarlijks ontwikkeld? Kan een overzicht hiervan worden gegeven van de verzekeraars in totaliteit, en de afzonderlijke verzekeraars vanaf 2004?

Antwoord 362

Aanwezige solvabiliteit zorgverzekeraars totaal (in miljoenen euro's)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Basisverzekering</i>	4.123	4.086	3.761	4.633	4.886	5.324	6.684
<i>Basisverzekering plus aanvullende verzekering</i>	5.528	5.606	5.327	6.607	7.122	7.656	9.005

(Bron: DNB)

Cijfers over de jaren 2004 en 2005 heeft DNB niet beschikbaar. De cijfers van de afzonderlijke zorgverzekeraars over 2010, 2011 en 2012 worden in het antwoord op vraag 363 gegeven.

Vraag 363

Hoe groot is het deel van het eigen vermogen dat stamt uit de tijd dat zorgverzekeraars publieke instellingen waren? Kunt u uw antwoord toelichten?

Hoeveel eigen vermogen hebben zorgverzekeraars op dit moment? Kan naast het totaal een overzicht worden gegeven per zorgverzekeraar?

Antwoord 363

Om de voormalige ziekenfondsen bij de start van de nieuwe Zorgverzekeringswet in dezelfde (concurrentiële) uitgangspositie te brengen als de zorgverzekeraars die toen al actief waren op de particuliere markt, was wettelijke geregeld dat de voormalige ziekenfondsen in 2006 bij invoering van de Zvw, het op dat moment onder de Ziekenfondswet opgebouwde vermogen konden behouden. Het ging om een bedrag van € 1,3 miljard. Voorwaarde hiervoor is dat de rechtsopvolger van het ziekenfonds niet binnen 10 jaar na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet een winstoogmerk in zijn statuten opneemt.

Aanwezige solvabiliteit zorgverzekeraars individueel 2011, 2011 en 2012 (in miljoenen euro's)

<i>Basisverzekering plus aanvullende verzekering</i>			
	2010	2011	2012
Achmea	2.482	2.730	2.932
ASR	78	82	111
CZ	1.416	1.506	2.017
De Friesland	201	224	272
DSW/Stad Holland	207	233	307
ENO	46	54	60
Menzis	785	827	1.049
ONVZ	204	227	263
VGZ	1.544	1.583	1.736
Zorg en Zekerheid	160	189	259

<i>Basisverzekering plus aanvullende verzekering</i>			
	2010	2011	2012
Totaal	7.122	7.656	9.005

(Bron: DNB)

Vraag 364

Hoeveel winst verwacht de minister volgend jaar bij de zorgverzekeraars?

Antwoord 364

In de begroting wordt voor 2014 uitgegaan van een exploitatiesaldo van € 250 miljoen. Ik kan geen verwachting uitspreken over de daadwerkelijke winst die zorgverzekeraars gaan behalen over 2014. Hierbij spelen factoren als opbrengsten uit beleggingen, de hoogte van de opslagpremie en een resultaat op zorguitgaven ook een rol.

Vraag 365

Bestaan er plannen om bij zorgverzekeraars de winstuitkering in te voeren? Hoe ver gevorderd zijn die plannen?

Antwoord 365

Indien uw Kamer in deze vraag doelt op winstuitkeringen aan aandeelhouders, dan kan ik u melden dat ik geen signalen heb ontvangen dat zorgverzekeraars dergelijke plannen hebben. Zorgverzekeraars zouden wettelijk gezien wel winst aan aandeelhouders mogen uitkeren, maar ze hebben vrijwel allemaal gekozen voor een coöperatievorm. Deze vorm brengt met zich mee dat het eigen vermogen en de winst in de zorgsector blijft en dat er geen sprake is van winstuitkering. Ik heb geen signalen dat verzekeraars voornemens zijn om hun rechtsvorm te wijzigen zodanig dat aan aandeelhouders uitkeerbare winst mogelijk wordt.

De wijze waarop wordt omgegaan met winsten, voor zover deze niet bestemd zijn voor het in stand houden van een voldoende solvabiliteitsmarge, is een aangelegenheid van de zorgverzekeraars zelf. Dit hangt onder andere af van de huidige reservepositie, de financiële resultaten van de zorginkoop, de kosten van de bedrijfsvoering en eigen inschattingen van de toekomstige ontwikkeling van de solvabiliteitseisen. Zorgverzekeraars hebben toegezegd geen onnodig hoge reserves aan te houden. Dit voornemen kan resulteren in een lagere premie. Dit is al gebeurd met de premie 2013.

Vraag 366

Hoe hoog was het deel van de solvabiliteit dat werd opgebracht door het publieke ziekenfonds en hoe hoog was het deel dat werd opgebracht door private zorgverzekeraars?

Antwoord 366

De solvabiliteit van de zorgverzekeraars die in 2006 de basiszorgverzekering uitvoerden bedroeg € 4,1 miljard (zie antwoord op vraag 362). Hiervan werd een bedrag van € 1,3 miljard (zie antwoord op vraag 362) opgebracht door het publieke ziekenfonds. De rest van het bedrag (€ 3,8 miljard) werd opgebracht door private zorgverzekeraars.

Vraag 367

Kan worden aangegeven wat sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 de jaarlijks verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen is geweest?

Antwoord 367

In onderstaande tabel is de ontwikkeling van de eigen betalingen in de Zvw aan het eigen risico en de eigen bijdragen weergegeven als percentage van de totale Zvw-uitgaven.

Aandeel eigen betalingen in Zvw-uitgaven

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitgaven aan eigen risico en eigen bijdragen als % van de totale Zvw-uitgaven	6%	6%	4%	4%	4%	4%	5%	7%

Bij de invoering van de Zvw in 2006 lag het percentage eigen betalingen op 6% van de totale Zvw-uitgaven. Met het afschaffen van de no-claim regeling in 2008 daalde het percentage eigen betalingen naar 4%. Met de verhogingen van het eigen risico in 2012 en 2013 – bovenop de reguliere indexatie – is het aandeel van de eigen betalingen binnen de Zvw gestegen naar 7%. Om de toegankelijkheid tot zorg te borgen is de extra verhoging van het eigen risico in 2013 met € 115 via de zorgtoeslag volledig gecompenseerd voor de laagste inkomens.

Vraag 368

Hoe verhoudt de winst van de zorgverzekeraars van € 1,4 miljard zich tot de ontwikkeling zorguitgaven van € 45 in 2013 met betrekking tot de premieontwikkeling? Klopt het dat de «winst» van zorgverzekeraars feitelijk bestaat uit een verhoging van de nominale premie?

Antwoord 368

De premie stijgt van 2013 op 2014 met € 45 in verband met de ontwikkeling van de zorguitgaven van 2013 op 2014. Dit heeft geen relatie met de winst van verzekeraars in 2012.

Verzekeraars kunnen alleen een positief resultaat behalen op de zorgverzekering als de inkomsten uit de nominale premie, opbrengsten uit beleggingen, eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico en de bijdragen uit het zorgverzekeringsfonds, hoger zijn dan de uitgaven aan de zorg en bedrijfsvoering.

De «winst» ontstaat met name doordat de gerealiseerde zorguitgaven lager zijn dan de ramingen ten tijde van de premievaststelling.

Vraag 369

Naar welk bedrag is het bijdrageplichtig inkomen bijgesteld, en welk bedrag was het daarvoor? Hoe vindt de totstandkoming van het bijdrageplichtig inkomen plaats?

Antwoord 369

Het CPB raamt jaarlijks het bijdrageplichtig inkomen. Vorig jaar werd dit geraamd op € 306,0 miljard en dat is door het CPB neerwaarts bijgesteld op € 303,5 miljard.

Vraag 370

Van welk percentage naar welk percentage is de stijging van de inkomensafhankelijke bijdrage van circa 0,05 procentpunt?

Antwoord 370

Van 7,45% naar 7,5%.

Vraag 371

Wat zijn de gemiddelde lasten voor de financiering van de zorg voor een volwassene met bijstand, 1x modaal, 2x modaal en 3x modaal?

Antwoord 371

In onderstaande tabel is voor de hierboven gevraagde inkomens aangegeven wat totaal aan zorg wordt uitgegeven (inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de AWBZ-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de AWBZ. Een deel van de zorguitgaven wordt uit belastingen betaald (onder andere rijksbijdrage Zvw & AWBZ, BIKK, Zorgtoeslag, deel van het Opleidingsfonds, Wmo, Wtcg en BES). Verondersteld is dat deze kosten gefinancierd worden uit de directe (60%) en indirecte belasting (40%). Bij de gepresenteerde getallen moet in ogenschouw worden genomen dat de uitgaven aan zorg als percentage van het inkomen weliswaar afloopt met het oplopen van het inkomen, maar dat de belastingen navenant oplopen.

Tabel 1. Uitgaven zorg in euro's per jaar en 2014

Bruto inkomen	bijstand	1x modaal	2x modaal	3x modaal
Inkomensafhankelijke bijdrage	1.095	2.424	4.848	7.272
Nominale premie	1.226	1.226	1.226	1.226
Gemiddeld eigen risico	235	235	235	235
Zorgtoeslag	- 978	0	0	0
Netto premie	483	1.461	1.461	1.461
Premie AWBZ	1.847	4.088	4.220	4.220
minus aandeel heffingskorting netto	- 718	- 1.348	- 855	- 591
	1.129	2.740	3.365	3.629
Directe belasting	350	774	1.549	2.323
Indirecte belasting	240	491	848	1.165
Totaal inclusief IAB	3.297	7.890	12.070	15.850
Als percentage bruto inkomen	23%	24%	19%	16%

Vraag 372

Wat zullen naar verwachting de lasten per volwassene aan zorg zijn in 2015, 2016 en 2017?

Antwoord 372

De raming van de lasten per volwassene bedragen naar huidige zeer voorlopige inschatting circa € 5.500 in 2015. Voor de jaren 2016 en 2017 worden geen grote mutaties verwacht.

Vraag 373

Vallen onder de post eigen betalingen in figuur 3 zowel het eigen risico van de Zvw als de eigen bijdragen in de AWBZ? Zo nee, kan dit inzicht dan alsnog worden geboden? Zo ja, kan nog een uitsplitsing worden gegeven?

Antwoord 373

In de post eigen betalingen zijn zowel de eigen bijdragen AWBZ (€ 145), het eigen risico Zvw (€ 232) als de eigen bijdragen Zvw (€ 2) meegenomen.

Vraag 374

Wat veroorzaakt het verschil tussen de netto-BKZ uitgaven jaarverslag in 2010 (58 667) en netto-BKZ actuele stand 2010 (59 503)?

Antwoord 374

De bijstelling tussen het jaarverslag en miljoenennota 2014 voor het jaar 2010 bedraagt circa € 0,9 miljard. Deze bijstelling heeft plaatsgevonden op basis van nieuwe leveringen van met name het CVZ over het jaar 2010.

De belangrijkste bijstellingen zijn de medisch specialistische zorg (€ 390 miljoen), de geneeskundige ggz (€ 250 miljoen), de genees- en hulpmiddelen (- € 130 miljoen) en de zorg in natura (€ 380 miljoen).

Een belangrijk deel van deze bijstelling is toegelicht in de ontwerpbegroting 2012, pagina 180. De laatste levering over 2010 is ontvangen in juni 2013. Het totaal aan zorguitgaven over 2010 zal daardoor niet meer wijzigen.

Vraag 375

In de meeste tabellen is sprake van «groeiruimte», zoals bijvoorbeeld bij kraamzorg, verloskundige zorg en dieetadvisering; waar komt deze groeiruumte vandaan. Kan dat voor iedere deelsector die in een tabel is weergegeven worden aangegeven? Is er een relatie tussen deze groeiruumte en de gesloten akkoorden? Kan dat voor iedere deelsector die in een tabel is weergegeven worden aangegeven? Is er een inhoudelijke noodzaak voor deze groeiruumte?

Antwoord 375

Aan het begin van een kabinetsperiode wordt de groeiruumte van het budgettair kader zorg (BKZ), uitgesplitst naar Zvw en AWBZ-uitgaven vastgesteld. De groeiruumte is gebaseerd op ramingen van het CPB ten aanzien van de autonome ontwikkeling van de zorguitgaven. De groeiruumte is bestemd om de verwachte stijging van de zorguitgaven als gevolg van demografische en technologische ontwikkelingen te accommoderen.

Op welke wijze de groeiruumte, die doorgaans voor een kabinetsperiode van vier jaar wordt vastgesteld, wordt uitgedeeld naar deelsectoren verschilt per sector. In de sectoren in de curatieve zorg waar sprake is van een akkoord waarin afspraken zijn gemaakt over een bepaald groeipercentage, zoals de huisartsen- en multidisciplinaire zorg, ggz en medisch-specialistische zorg, is de groeiruumte meerjarig conform de duur en afgesproken percentages uit het akkoord toegedeeld aan de deelsectoren. In sectoren waarop geen meerjarig akkoord van toepassing is wordt doorgaans jaarlijks de groeiruumte in jaar t (in dit geval 2013) uitgedeeld in de begroting van t+1. Dat is bijvoorbeeld aan de orde bij de kraamzorg, verloskundige zorg, dieetadvisering, paramedische zorg, tandheelkundige zorg en zieken- en ambulancevervoer. Ten aanzien van de genees- en hulpmiddelen is de uitdeling van de groeiruumte tot en met 2015 verwerkt. Beschikbaarheidsbijdragen worden vastgesteld door de NZa. Voor zover daar sprake is van groeiruumte, is dat meerjarig verwerkt.

Vraag 376

Wanneer je $p \cdot q$ doet, dan stijgt de prijs van kraamzorg omdat het aantal geboorten afneemt. Waarom stijgen de kosten dan sneller dan het afgesproken groeipad?

Antwoord 376

In de kraamzorg wordt- net als in de overige zorgsectoren- rekening gehouden met een stijging van lonen en prijzen (nominale ontwikkeling) en groeiruumte (volume-groei) op basis van de macrogroeiraming van het CPB uit de MLT. De daadwerkelijke groei kan als gevolg van verschillende invloeden voor iedere sector anders uitpakken. Dit blijkt dan uit de realisatiecijfers. Voor de kraamzorg is er in 2012 sprake geweest van lagere groei dan geraamd, onder invloed van het lagere aantal geboorten. De onderschrijding die hierdoor optrad (€ 11,4 miljoen) is structureel verwerkt.

Vraag 377

In hoeverre valt psycho-oncologische zorg onder het DOT-systeem?

Antwoord 377

Zoals aangegeven in antwoord op vraag 275 valt deze zorg, voor zover het gaat om behandelingen van psychische stoornissen, en voor zover de gepleegde psychologische interventies voldoen aan «de stand van de wetenschap en de praktijk,» onder de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Deze wordt niet bekostigd op basis van het DOT-systeem. Zorg bij psychische of psychosociale problemen valt echter niet onder het verzekerde pakket. Bij alle somatische ziekten, en dus ook kanker, maakt aandacht voor de psychosociale aspecten van die ziekte evenwel deel uit van het leveren van verantwoorde zorg. Deze somatische zorg is onderdeel van de medisch-specialistische somatische zorg, die wordt bekostigd op basis van het DOT-systeem.

De medisch psycholoog is binnen de medisch-specialistische somatische zorg geen poortspecialist, maar biedt veelal ondersteuning in een multidisciplinaire setting. Hij is deskundig op het gebied van het omgaan met lichamelijke klachten en ondersteunt de poortspecialist bij de behandeling van somatische ziekten, zoals bij oncologische zorgvragen. De inzet van de medisch psycholoog kan onderdeel uitmaken van een dbc-zorgproduct en is in de administratie zichtbaar door eigen te registreren verrichtingen, zoals «psychotherapiecontact» en «consultaties – multidisciplinair overleg». Zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen vervolgens afspraken maken over de bekostiging van psychologische zorg in ziekenhuizen door een plus te doen op de prijs van het betreffende dbc-zorgproduct.

Vraag 378

Welke wetten moeten nog door de Kamer om de gebudgetteerde bezuiniging van € 100 miljoen te realiseren in 2016?

Antwoord 378

Geen. De maatregel governance die oploopt tot € 100 miljoen in 2018 is taakstellend verwerkt in het beschikbare macrokader voor instellingen voor medisch-specialistische zorg en vrijgevestigd medisch specialisten zoals afgesproken in het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017.

Vraag 379

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de forse groei van de overige curatieve zorg? Welke onderdelen van de overige curatieve zorg zorgden voor deze forse groei? Hoe wil de minister beter inzicht krijgen in de achterliggende oorzaken van deze forse groeitrend?

Antwoord 379

Het kader overig curatief bevat vanaf 2012 voornamelijk de huisartsenlaboratoria. Mogelijk hangt de groei van deze sector samen met substitutie vanuit de tweedelij. De afgelopen jaren is het kader eerstelijnsdiagnostiek gegroeid doordat eerstelijnsdiagnostische centra (EDC's) meer zorg zijn gaan leveren voor huisartsen, verloskundigen en in het kader van de ontwikkeling chronisch zieken. Eerstelijnsdiagnostische centra zijn mijns inziens cruciaal voor zinnige en zuinige zorg. Het beïnvloedt namelijk 670% van de medische besluitvorming. Ik heb mijn beleid rondom eerstelijnsdiagnostiek op 12 maart 2013 uiteengezet in een voorhangbrief. Daarin heb ik aangegeven dat per 2014 maximumtarieven worden ingevoerd voor EDC's om een gelijk speelveld in de sector van te bevorderen. Daarnaast zet ik een onderzoek uit naar de effecten van adequate eerstelijnsdiagnostiek. Aan de hand van de resultaten van dat onderzoek kan een bekostigingssystematiek ontwikkeld worden die ondersteunend werkt voor deze sector. Dit zal ik in nauwe betrokkenheid doen met de NZa. Ik zal u in het tweede kwartaal van 2014 informeren over de resultaten van dit onderzoek.

Vraag 380

Waarom is er vanaf 2013 € 38 miljoen te veel overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw?

Antwoord 380

Bij de overheveling is op basis van productieafspraken 2011 rekening gehouden dat 90% van de productieafspraken overgeheveld zou worden naar de Zvw. Op basis van realisatiecijfers 2012 is gebleken dat realisatiecijfers lager zijn uitgekomen dan het overgehevelde bedrag. De NZa heeft geadviseerd (in haar advies over de Contracteerruimte 2013 in de AWBZ) om € 38 miljoen terug over te hevelen naar revalidatiezorg binnen de AWBZ. Daarom wordt het teveel overgehevelde bedrag nu alsnog gecorrigeerd.

Vraag 381

Waarom worden er incidenteel middelen overgeheveld van de geriatrische revalidatiezorg naar het zittend ziektevervoer? Welke grondslag is er om dit geld incidenteel over te hevelen?

Antwoord 381

Wat betreft financiering van vervoer binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) wordt de tijdelijke overgangssituatie met één jaar verlengd, in afwachting van het advies dat het CVZ op eigen initiatief uit zal brengen over zittend ziekenvervoer. In dat advies zal het CVZ ook de geriatrische revalidatiezorg meenemen. Dit is zoals gemeld is in de kamerbrief over de Geriatrische Revalidatiezorg (Kamerstuk 30 597, nr. 366).

In 2013 liep de financiering van vervoer binnen de GRZ via het vangnet. Het vangnet is ingesteld om mogelijke systeemrisico's, in verband met de overheveling van de GRZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2013, voor zorgaanbieders af te dekken. Aangezien het vangnet in 2014 is losgelaten is gekozen om dit in 2014 vanuit de regeling zittend ziekenvervoer te financieren. Het bedrag dat in 2013 gemoeid was met GRZ vervoer wordt daarom incidenteel overgeheveld naar de regeling zittend ziekenvervoer.

Vraag 382

Hoeveel mensen die voor langere periode pijnstillers slikten gebruikten in 2012 geen maagzuurremmers? Hoeveel was dat in 2008, 2009, 2010 en 2011?

Antwoord 382

Bij de pakketmaatregel van de maagzuurremmers is een uitzondering gemaakt voor chronische gebruikers. Patiënten die maagzuurremmers voor chronisch gebruik (langer dan zes maanden) nodig hebben, krijgen deze dus nog steeds vergoed. Ik heb daarom geen reden om te veronderstellen dat chronische gebruikers om financiële redenen afzien van het gebruik van maagzuurremmers.

Op basis van cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen heeft het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) onlangs gerapporteerd dat er in 2012 ten opzichte van 2011 een afname is in het gebruik van maagzuurremmers van 4% bij risicopatiënten, dus patiënten die NSAIDs als pijnstiller voorgeschreven krijgen. In 2011 was het percentage 73% (ongeveer 330.000 gebruikers), en dat is gedaald tot 69% (ongeveer 280.000 gebruikers). Uit deze cijfers blijkt dat ook in de situatie waarin deze middelen wel vergoed werden, een relatief grote groep patiënten geen gebruik maakt van maagzuurremmers. Er spelen hier kennelijk ook andere factoren dan financiële.

Vraag 383

Hoeveel mensen zijn in 2012 in het ziekenhuis opgenomen met een maagbloeding? Hoeveel waren dat er in 2008, 2009, 2010 en 2011? In hoeveel van deze gevallen was er een verband met het niet gebruiken van maagzuurremmers?

Antwoord 383

Ik heb u bij brief van 12 februari 2013 (Kamerstuk 29 477, nr. 226) geïnformeerd over de laatste inzichten met betrekking tot het aantal geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnamen. Ik heb u daarbij tevens het rapport «Acute ziekenhuisopnames die mogelijk zijn gerelateerd aan geneesmiddelbijwerkingen» doen toekomen. De studie bestrijkt de periode 2005–2008, over de periode 2008–2010 is nagegaan in welke mate cruciale aanbevelingen uit eerdere studies (waaronder het toevoegen van een maagbeschermer) inmiddels worden nageleefd. Uit de studie bleek dat het aantal ziekenhuisopnamen licht dalend is. De redenen van mogelijke vermijdbaarheid bleken verreweg nog steeds ongewenste geneesmiddelencombinaties (33%), het niet toevoegen van een beschermend middel en een verkeerde dosering en contra-indicaties te zijn. Hoewel duidelijk naar voren kwam dat de aanbeveling om bij een verhoogde kans op maagdarmbloedingen, maagbescherming toe te dienen, veel meer in de praktijk wordt opgepakt, is tegelijkertijd het toevoegen van deze maagbescherming in specifieke gevallen, ook een van de drie aanbevelingen van het eerdergenoemde rapport.

Ik heb op dit moment geen recentere cijfers tot mijn beschikking. Wel heb ik aangegeven dat ik in het kader van een nieuwe herhaalstudie naar medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames, dit aspect wil meenemen.

Vraag 384

Heeft de heroverweging rond lage ziektelast nog gevolgen voor de pakketbeslissing rond de maagzuurremmers?

Antwoord 384

De pakketbeslissing ten aanzien van maagzuurremmers was onderdeel van de bezuinigingen waartoe bij de opstelling van de Begroting 2012 is besloten. De belangrijkste reden om tot deze pakketbeslissing over de maagzuurremmers over te gaan was de betaalbaarheid van deze middelen. Vanwege de lage kosten kunnen maagzuurremmers voor eigen rekening komen van de patiënt. De heroverweging rond lage ziektelast heeft geen gevolgen voor de pakketbeslissing rond de maagzuurremmers.

Vraag 385

Hoe wordt het afschaffen van de eigen bijdrage in de eerstelijns ggz gedekt?

Antwoord 385

De hiermee gepaard gaande budgettaire derving (van naar schatting € 30 miljoen) wordt gedekt doordat verzekeraars dit in hun onderhandelingen betrekken zodat dit per saldo wordt ingepast in het bestaande ggz-kader (Kamerstuk 25 424, nr. 205).

Vraag 386

Waarom is de schuif bij ggz-instellingen van AWBZ naar de Zvw structureel € 15 miljoen?

Antwoord 386

De NZa heeft de berekeningswijze van de toe te rekenen kapitaallasten gewijzigd voor die zorgaanbieders die zowel ggz in de AWBZ als in de Zvw leveren. Naar aanleiding daarvan is er in 2013 incidenteel € 15

miljoen overgeheveld, in afwachting van meer definitieve cijfers. Deze cijfers zijn inmiddels beschikbaar via de NZa (het bedrag blijft € 15 miljoen), waardoor nu het bedrag structureel overgeboekt kan worden.

Vraag 387

Hoeveel wordt van 2011 tot en met 2015 overgeheveld vanuit het begrotingsgefinancierde deel naar het premiegefinancierde deel, en welke bedragen zijn vanuit de 50/50 regel genoodzaakt?

Antwoord 387

De financiering van de uitgaven voor medisch-specialistische vervolgoopleidingen is met ingang van 2013 gewijzigd van begrotingsfinanciering in premiefinanciering en de financiering van de uitgaven inzake het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) wordt met ingang van 2014 gewijzigd van begrotingsfinanciering in premiefinanciering. Daarbij is de uitvoering ervan overgeheveld naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

De gewijzigde financiering heeft betrekking op onderstaande bedragen (excl. loon- en prijsbijstelling). Van deze bedragen wordt de helft opgebracht via de inkomensafhankelijke bijdrage en de helft via nominale premies.

Bedragen in € miljoen	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Med. spec. vervolgoopl. Zvw	998	1027	1037	1009	1052	1052
Med.spec. vervolgoopl. AWBZ	26	26	26	26	26	26
FZO	0	147	150	151	151	155

Nb. Dit zijn de oorspronkelijk overgehevelde bedragen exclusief de loon- en prijsbijstelling tranche 2013. Daarom wijken de bedragen voor 2014 iets af van de factsheet BKZ-uitgaven en -ontvangsten op bladzijde 7 in de begroting.

Vraag 388

Kunt u aangeven hoe de genoemde besparingen van € 128 miljoen en € 180 miljoen in het kader van de verkorting van de opleidingsduur voor medisch specialisten zich verhouden?

Antwoord 388

Aan de ambitie uit het regeerakkoord van het kabinet Rutte-Asscher om een taakstelling van € 180 miljoen te realiseren is in overleg met betrokken partijen gekomen tot een invulling waarbij de regelgeving zodanig wordt aangepast dat excellente aiOS hun individuele opleidings-traject sneller kunnen doorlopen. Hierbij kan worden gedacht aan een betere benutting van het schakeljaar, verruiming in het verlenen van vrijstellingen en het sneller kunnen doorstromen indien de vereiste competenties zijn bereikt. Deze invulling draagt bij aan het verkorten van het aantal jaren van publieke bekostiging en leidt tot een besparing van structureel € 56 miljoen. Daarnaast is overeengekomen de instroom in de medisch-specialistische vervolgoopleidingen structureel met 100 plaatsen te verminderen. Dit betreft een technische correctie op eerdere instroom-ramingen en levert een besparing van structureel € 72 miljoen op. In totaal levert deze invulling een besparing op van structureel € 128 miljoen. Het restant van de taakstelling van structureel € 52 miljoen is betrokken bij de (zorg)akkoorden en de verwerking ervan in de rijksbegroting 2014.

Vraag 389

Waarom fluctueert het bedrag aan inkomsten Zvw tussen 2012 en 2016?

Antwoord 389

De verwachte ontvangsten Zvw in de ontwerpbegroting 2014 stijgen van € 1.945 miljoen in 2012 naar € 3.365 miljoen in 2016. Er is in de tussenliggende jaren geen sprake van – verwachte – fluctuaties in de vorm van tussentijdse dalingen van de opbrengst.

Vraag 390

Hoe kan het dat de eigen bijdrage AWBZ tot 2018 toe zal nemen, terwijl het aantal mensen dat gebruik maakt van de AWBZ juist drastisch af zal nemen?

Antwoord 390

Op zich is de constatering juist dat de eigen bijdrage AWBZ in de toekomst lager zal zijn. In de huidige reeks zijn echter nog alle eigen bijdrage, ook voor die onderdelen die straks overgaan naar de WMO en Zvw hierbij opgeteld. Als de besluitvorming rondom de Hervorming Langdurige Zorg definitief zijn zal bij de overheveling ook de bijhorende eigen bijdrage worden overgeheveld en gaan de opbrengsten van de eigen bijdrage AWBZ dalen.

Vraag 391

Hoeveel geld is er in 2014 beschikbaar voor ketenzorg dementie binnen de geormerkte middelen in de aanwijzing Contracteerruimte AWBZ?

Antwoord 391

In 2014 is een bedrag van € 15,5 miljoen beschikbaar voor ketenzorg dementie binnen de geormerkte middelen in de aanwijzing Contracteerruimte AWBZ.

Vraag 392

Wat houdt het positieve saldo op de post «nominaal en onverdeeld AWBZ» precies in? Zijn dit middelen die vrij kunnen worden besteed?

Antwoord 392

De post nominaal en onverdeeld bevat nog niet aan de deelsectoren uitgedeelde groeiruimte, loon- en prijsbijstellingen en het saldo van intensiveringen of maatregelen. Het betreft vooral middelen die nodig zijn om de verwachte groei van de uitgaven op te vangen. Deze middelen staan gereserveerd op de post «nominaal en onverdeeld» omdat binnen de contracteerruimte geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende deelsectoren. De verdeling van de middelen vindt plaats op basis van het inkoopbeleid van de zorgkantoren waarbij rekening gehouden wordt met de geïndiceerde zorg. Op pagina 245 van de begroting wordt dit kort toegelicht.

Vraag 393

In 2012 was sprake van een onderschrijding van € 25,6 miljoen bij het Rijksvaccinatieprogramma: bijna 25% van totale budget. Toch stijgt het absolute begrotingsbedrag. Wat is hiervan de oorzaak? Is sprake van vaccinatiemijding?

Welke mee- of tegenvaller wordt in 2013 op het Rijksvaccinatieprogramma verwacht?

Antwoord 393

De hoogte van de uitgaven zit de laatste jaren rond de € 105 miljoen.

De onderschrijding van het Rijksvaccinatieprogramma op de AWBZ wordt met name veroorzaakt door:

- De verhoging van het totaalbudget met € 10 miljoen door toevoeging van het budget voor de vaccinatie Hepatitis B voor alle kinderen. Door

de opname van deze vaccinatie in 2012 en doordat de realisatiecijfers in de zorg nog enige jaren na-ijlen is deze post nog niet volledig tot besteding gekomen.

- De verhoging van het totaalbudget door de toevoeging van het budget voor de HPV-vaccinatie met € 6 miljoen, terwijl de kosten van deze vaccinatie in 2012 nog via de begroting liepen.
- Lagere inkooprijzen van vaccins in de aanbesteding. Dit biedt geen garanties voor nieuwe aanbestedingen.

Het betreft in geen geval vaccinatiemijding. Het percentage van deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma zit al jaren rond de 95%.

In 2013 is er mogelijk een meevaller. Doordat ik nog geen inzicht heb in de doorwerking van de kosten van de toegevoegde vaccinaties en eventuele fluctuaties in de vaccinatieprijzen bij nieuwe aanbestedingen is de hoogte van deze meevaller nog niet bekend.

Vraag 394

Wil de minister een afschrift van de brief sturen die zij op 19 juni 2013 naar het CVZ heeft gestuurd?

Antwoord 394

Zie bijlage vraag 394.

Vraag 395

Wanneer verwacht de minister duidelijkheid te hebben over de invulling van het begrip «sociale context»?

Antwoord 395

Sociale context is een breed begrip en omvat veel zaken in de relatie zorgaanbieder / cliënt. Tijdens de parlementaire behandeling van wetsvoorstel Kamerstuk 33 253⁸ in de Tweede Kamer heb ik aangegeven dat aspecten die van belang zijn in het kader van de sociale context in ieder geval zijn: bij je partner blijven en levensbeschouwing. Daarnaast ben ik samen met de NZa tot de conclusie gekomen dat ook de geografische ligging van de zorginstelling een aspect van belang kan zijn in het kader van de sociale context. Zodra de Eerste Kamer dit wetsvoorstel heeft aangenomen en het wetsvoorstel kracht van wet heeft, zal de NZa op mijn verzoek het begrip sociale context in een beleidsregel nader uitwerken. Ik zal u – mede ook ter uitvoering van de motie Bruins Slot⁹ – alsdan direct rapporteren over deze nadere duiding van het begrip sociale context.

Vraag 396

Hoe staat met de uitvoering van het voornemen in de brief van 14 februari 2013 (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 135) over het gebruik van duurzame energie e.d. bij sportverenigingen, en is het mogelijk om een stand van zaken voor het wetgevingsoverleg sport aan de Kamer te sturen?

Antwoord 396

AgentschapNL heeft in samenwerking met VWS en NOC*NSF een onderzoek uitgevoerd naar de toepassing van duurzame energie bij sportverenigingen. Binnenkort zult u hierover een brief ontvangen.

Vraag 397

Waarom staat de toezegging naar aanleiding van de aangehouden motie Bruins Slot over de verbetering van de solvabiliteitspositie (Kamerstuk

⁸ Dit is het wetsvoorstel, waarmee de regels ten aanzien van continuïteit en zorgspecifieke fusietoetsing worden aangescherpt en de opsplitsingbevoegdheid wordt geregeld.

⁹ Kamerstuk 33 253, nr. 49

29 689, nr. 435) niet bij de toezeggingen, en wanneer komt de brief naar de Kamer met de uitvoering van de toezegging, nu de plannen voor de langdurige zorg al enige tijd in de Kamer liggen?

Antwoord 397

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg die naar verwachting deze maand naar de Kamer wordt gestuurd, wordt antwoord gegeven op de vraag die in de motie Bruins Slot (Kamerstuk 29 689, nr. 435) wordt gesteld.

Vraag 398

Waarom staat de toezegging aan mevrouw Bruins Slot, gedaan tijdens het plenair debat over de Inspectie voor de Gezondheidszorg van 14 maart 2013, niet bij het overzicht dat de minister van VWS de IGZ de beroepsbepkende afspraken van disfunctionerende beroepsbeoefenaren die zien op het uitschrijven uit het BIG-register uit te zoeken, openbaar te maken en vervolgens te publiceren? Hoe staat het met de uitvoering van deze toezegging?

Antwoord 398

Op dit moment werkt de IGZ aan het verzamelen van de gegevens. Daarbij vraagt de IGZ ook informatie uit bij bijvoorbeeld oud-inspecteurs, zoals besproken in het debat van 14 maart 2013. Ik verwacht, conform mijn toezegging, de Kamer nog in 2013 hierover te kunnen informeren.

Vraag 400

Acht de minister de lichte stijging t.b.v. de subsidie «donatie bij leven» voldoende daar er een voortdurende stijging is van donatie bij leven?

Antwoord 400

In de raming voor de subsidieregeling donatie bij leven wordt rekening gehouden met een stijging van de kosten in verband met het stijgende aantal donoren. In dat licht is de raming ten opzichte van vorige jaren al naar een hoger niveau gebracht. Jaarlijks wordt op grond van de verstrekte bedragen de raming herijkt.

Vraag 401

Welke exacte subsidiebedragen zijn er aan welke organisaties toegekend? (a)

Welke organisaties aan wie subsidies worden verstrekt, treden met dat geld zelf op als subsidieverstrekker? Welke specifieke doelen uit de aanvraag zijn gehonoreerd en waarom? (b)

Aan welke organisaties verstrekken de in de vorige vraag genoemde organisaties subsidie, wat is de hoogte van de verstrekte subsidies? Welke specifieke doelen uit de aanvraag zijn gehonoreerd en waarom? (c)

Welk deel van de toegekende subsidies gaat naar andere overheden? Zijn deze gelden geormerkt en zo ja, waarvoor? Hoeveel van deze gelden worden door andere overheden aan derde partijen middels subsidie verstrekt? (d)

Ten aanzien van de vorige twee vragen: voor welke tijdsspanne zijn/worden er juridische verplichtingen aangegaan m.b.t. subsidieverstrekingen? (e)

Welke controlemethodiek gebruikt het ministerie aangaande het behalen van doelen? Hoe en hoe vaak vinden evaluaties plaats? (f)

Welke functie binnen het ministerie beslist uiteindelijk over de toekenning van een subsidie en hoe ziet het traject vòòr toekenning van een subsidie er uit? (g)

Welke subsidies lopen in 2013 af en worden niet meer geprolongeerd en waarom? (h)

Welke subsidies lopen in 2013 af en worden wel geprolongeerd en waarom? (i)

Welke maatregelen zijn en worden er binnen het ministerie genomen met betrekking tot verduurzaming en klimaat? Wat zijn de kosten van deze maatregelen (j)?

Antwoord 401

Ik vind het belangrijk dat de procedures voor subsidieaanvraag en -toekenning binnen het ministerie van VWS transparant, toegankelijk en eenduidig zijn voor mogelijke aanvragers en belanghebbenden. Wanneer een subsidieaanvraag wordt ingediend dan wordt deze beoordeeld op een aantal factoren, waarvan de belangrijkste zijn of de voorgenomen activiteiten goed aansluiten bij het kabinetsbeleid en of de kosten en maatschappelijke baten van de voorgenomen activiteiten goed tot elkaar in verhouding staan. De organisatie dient hiertoe een goed activiteitenplan en een deugdelijke begroting aan te leveren. Bij sommige regelingen gelden afspraken met een P*Q-systematiek. Alvorens een aanvraag in te dienen kan bij medewerkers van het ministerie van VWS om informatie over de subsidiemogelijkheden gevraagd worden. Beslissingen over de toekenning van een subsidie worden onder mijn verantwoordelijkheid genomen. Bepaalde ambtenaren hebben mandaat om namens mij te beschikken over subsidieaanvragen krachtens de Mandaatregeling VWS (<http://wetten.overheid.nl/BWBR0007923>) (g). Aan elke subsidiebeschikking ligt een beleidskader of een afzonderlijke beleidsmatige afweging ten grondslag, en op basis van deze afweging worden project- en instellingssubsidies verleend en afgewezen en wordt besloten een subsidierelatie al dan niet te prolongeren (h, i). Op het moment van schrijven is het traject voor verlening van instellingssubsidies voor 2014 in volle gang (h, i, a). De tijdsperiode van juridische verplichtingen die voortvloeien uit een subsidiebeschikking hangt van de subsidiebeschikking af: over subsidies aan instellingen wordt jaarlijks beschikt, bij projectsubsidies lopen de juridische verplichtingen gelijk met de looptijd van het project, maximaal vier jaar (e). Pas op het moment van vaststelling, als de organisatie verslag heeft uitgebracht van zijn activiteiten, kosten en baten, neem ik een beslissing over het definitieve bedrag dat ik aan de organisaties toeken (a).

Subsidieregelingen worden met enige regelmaat geëvalueerd op doelmatigheid en doeltreffendheid, zoals ook in bijlage 4 van de VWS-begroting 2014 wordt aangegeven. In bijlage 5 van de VWS-begroting vindt u een overzicht van geplande en afgeronde evaluaties waarin ook de subsidieregelingen van VWS worden betrokken (f).

In beginsel is het niet wenselijk dat organisaties die subsidie ontvangen zelf subsidie gaan verstrekken en hierbij inhoudelijke afwegingen maken: dit leidt tot de ongewenste vorming van een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO). Een gesubsidieerde organisatie kan wel opdrachten verstrekken aan derden. Er bestaan instellingen die gemandateerd zijn om namens mij subsidie te verstrekken, deze verstrek ik echter zelf geen subsidie (b, c).

VWS verstrekt geen subsidie aan medeoverheden. Wanneer gemeentes een bijdrage ontvangen voor uit te voeren beleid of taken gebeurt dit via het Gemeentefonds of door middel van een Rijksbijdrage (d).

Binnen het ministerie van VWS gelden wat betreft verduurzaming en klimaat de afspraken die Rijksbreed op dit gebied zijn gemaakt. Zo wordt de CO₂-uitstoot van het vliegverkeer dat namens het ministerie van VWS plaatsvindt gecompenseerd, en bij renovaties worden energiebesparende maatregelen uitgevoerd wanneer deze binnen vijf jaar worden terugverdiend. VWS voert op dit gebied geen eigen beleid: voor meer informatie verwijs ik u graag naar de Rijksgebouwendienst (Rgd) en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), dat de Rijksbrede kaders voor de bedrijfsvoering vaststelt (j).

Vraag 402

Hoe groot is het bedrag van de kaderregeling VWS subsidies 2014 dat al juridisch verplicht is? Waarom is het bedrag in 2014 aanzienlijk hoger ten opzichte van 2013 en 2015?

Antwoord 402

Het proces van subsidieverlening is op het moment van schrijven gaande. Daarom is moeilijk vast te stellen welk deel van de begrote subsidiemiddelen die onder de Kaderregeling VWS-subsidies vallen op dit moment juridisch verplicht is. Naar mate er in het najaar meer aanvragen voor 2014 worden afgehandeld komt dit totaalbedrag scherper in beeld.

In de begroting 2014 is in de bijlage subsidies een totaalbedrag van € 561 miljoen begroot onder de Kaderregeling VWS-subsidies, een stijging van € 2 miljoen ten opzichte van 2013. Dit is een relatief beperkte toename. De terugloop in 2015 is mede het gevolg van de neerwaartse bijstelling van de instellingssubsidie aan het CIZ met € 20 miljoen door beleidswijzigingen in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg.

Vraag 403

Op welke wijze wordt de Nationale Hoorstichting betrokken bij het behalen van de ambitie voor het voorkomen van gehoorschade en op welke wijze ondersteunt de minister het werk van de Nationale Hoorstichting?

Antwoord 403

De Nationale Hoorstichting is op het gebied van de preventie van gehoorschade door lawaai een belangrijke partner van het ministerie van VWS. In 2013 heeft de Nationale Hoorstichting subsidie ontvangen van VWS en SZW. De Nationale Hoorstichting wordt één van de partijen van het convenant ter preventie van gehoorschade door harde muziek dat het ministerie van VWS, waarbij de staatssecretaris het convenant zal tekenen, met de muzieksector in het najaar van 2013 wil afsluiten.

Vraag 404

Waarom duurt de rapportage Sport drie jaar?

Antwoord 404

De laatste Rapportage Sport dateert van eind 2010. De frequentie van verschijnen van de Rapportage Sport van het SCP is teruggebracht van ongeveer eenmaal per 2 jaar naar eenmaal per 4 jaar. In 2014 zal er een nieuwe Rapportage Sport verschijnen. Tussentijds brengt het SCP een beperkte factsheet uit.

Vraag 405

Waarom is er een paragraaf parlementaire cijfers opgenomen?

Antwoord 405

Wij achten het van belang om transparant te communiceren over de werkzaamheden van het ministerie. Het weergeven van de parlementaire cijfers is hier een onderdeel van.