

Vergaderjaar 2010–2011

**32 500 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011**

**Nr. 13**

### **VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 4 november 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, 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 daarop gegeven antwoorden. Met vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Ferrier, K.G. (CDA), Ham, B. van der (D66), Smeets, P.E. (PvdA), Fng voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Vacature, (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Koolmees, W. (D66), Dekken, T.R. van (PvdA), Ormel, H.J. (CDA), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Sharpe, J.E.J.W. (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Sterk, W.R.C. (CDA), Miltenburg, A. van (VVD), Koşer Kaya, F. (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Neppéus, H. (VVD), Snijder-Hazelhoff, J.F. (VVD), Sap, J.C.M. (GL), Halsema, F. (GL) en Nieuwenhuizen, C. van (VVD).

1

*Wat is het totale bedrag dat in 2010 wordt uitgetrokken voor de ontwikkeling, validatie, en implementatie van alternatieven voor dierproeven, onderverdeeld naar de verschillende posten?*

Ervan uitgaand dat u 2011 bedoelt, kan ik u mededelen dat VWS voor alternatieven voor dierproeven het volgende beschikbaar heeft:

- in totaal € 425 000,- voor het Nationaal Kenniscentrum Alternatieven voor Dierproeven (2011 e.v.). Dit bedrag is samengesteld uit € 350 000,- voor de organisatie zelf, € 25 000,- voor communicatie en € 50 000,- voor bevorderen kennisdeling/coördinatie onderzoek). OCW draagt in 2011 € 170 000,- bij. Het Nationaal Kenniscentrum Alternatieven voor Dierproeven is belast met de taken zoals die in de Kabinetsvisie Alternatieven voor Dierproeven zijn beschreven. Ik verwijs u met name naar het instellingsbesluit, gepubliceerd in Staatscourant 2009, nr. 11552 van 31 juli 2009.
- € 300 000,- voor RIVM-kennisvragen en TNO-doelsubsidie samen (2011 e.v.) ten behoeve van onderzoeksprojecten;
- € 300 000,- voor Dierproeven Begrensd III van ZonMw (t/m 2012 separaat subsidie). In dit onderzoeksprogramma ligt de nadruk op het toepasbaar maken, daadwerkelijk toepassen en verspreiden van alternatieve methoden;
- uit het ZonMw-budget voor «Meer kennis met minder proefdieren» (voorheen ASAT; m.i.v. 1-1-2010 ondergebracht bij ZonMw): in 2011: € 1 000 000,-. *exclusief het subsidiebedrag voor Dierproeven Begrensd III (zie hiervoor). In het programma «Meer kennis met minder proefdieren» gaat het om vernieuwing van de risicobeoordeling; de focus is primair gericht op de «V» van «vervanging».*

Dit betekent dat in totaal € 2 025 000,- beschikbaar is voor 2011.

2

*Kunt u een uitsplitsing geven van de verschillende posten die betrekking hebben op dierproeven en de ontwikkeling, validatie en implementatie van alternatieven voor dierproeven en de verschillende projecten en bijbehorende doelstellingen toelichten?*

Zie antwoord vraag 1.

3

*Kunt u aangeven hoeveel geld wordt geïnvesteerd in de sectoren waarin gewerkt wordt met proefdieren, zoals life sciences, farmaciegewerks en levensmiddelentechnologie? Kunt u uiteenzetten in welke onderzoeksgebieden wordt geïnvesteerd en welk proefdiergebruik daarbij wordt verwacht?*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u korthedshalve naar het antwoord van mijn collega van EZ op vraag 1, door u gesteld in het kader van de Vaststelling van de begrotingsstaat van het Fonds Economische Structuurversterking (FES) voor het jaar 2011. Kenmerk brief EZ: BBR/10145908, d.d. 5 oktober 2010, onderwerp: Beantwoording schriftelijke vragen van het ministerie van Economische Zaken bij de begroting 2011, het jaarverslag 2009 en het jaarverslag FES 2009.

4

*Kunt u uiteenzetten hoeveel geld in 2011 en volgende jaren beschikbaar wordt gesteld voor onderzoek naar de bestrijding van zoonosen? Zo ja, wat is de totale bijdrage die hiervoor is gereserveerd, en waar zijn de onderzoeken op gericht?*

VWS en LNV hebben samen € 3 miljoen beschikbaar gesteld voor het ZonMw-programma Q-koorts dat van 2010 tot 2014 loopt. Verder gaat van de opdracht van VWS aan het RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding in 2011 ongeveer € 3,5 miljoen per jaar naar onderzoek op het gebied van zoönosen. Het gaat daarbij niet alleen om de algemene zoönosen surveillance maar ook om onderzoek naar de bestrijding van specifieke ziekteverwekkers, zoals salmonella, campylobacter, toxoplasmose, onder andere op geleide van de lijst die opgeleverd is door het Emerging Zoönoseprogramma (EmZoo) dat in juni 2010 is afgerond.

Beide departementen dragen daarnaast bij, via het Dutch Wildlife Health Centre (€ 0,7 miljoen), aan monitoring van ziekten in het wild die een mogelijk risico voor mensen kunnen betekenen en, via het Centrum Monitoring Vectoren (€ 0,7 miljoen), aan de monitoring van vectoren die mogelijk ziekten over zouden kunnen brengen.

Ten slotte worden in de komende tijd de aanbevelingen van het EmZoo programma uitgewerkt en geïmplementeerd. Dit wordt samen met het Ministerie van ELI opgepakt (Tweede Kamer, 2010–2011, 29 683, nr. 60). Hierbij worden voor de 18 zoönosen die op basis van EmZoo het grootste risico lijken te vormen zowel de diagnostiek bij de onderzoeksinstituten als de bestrijdingsopties in samenhang met beleid uitgewerkt. De uitwerking op het gebied van samenwerking tussen de veterinaire en de humane kolom is ook afhankelijk van de uitkomst van de evaluatie van Q-koorts. Het rapport daarover van de commissie Van Dijk komt in november uit en aansluitend daarop zal dit aspect als eerste uitgewerkt worden.

5

*Wat is de reden dat de tussenstand betreffende de vermindering van administratieve lasten gemeten onder professionals, instellingen en bedrijven met 5% is afgenomen van 32% naar 27%?*

In de ambitie die het vorige kabinet met betrekking tot de vermindering van administratieve lasten (AL) heeft vastgelegd, is als einddoel een vermindering van de AL van 25 procent aan het einde van de reguliere kabinetsperiode geformuleerd. De percentages waar aan gerefereerd wordt, zijn een tussentijdse opname van het totaal van positieve (afnames) en negatieve (toenames) ontwikkelingen van de administratieve lasten.

In dit specifieke geval heeft het verschil te maken met een toename van de AL die samenhangt met het inzichtelijk maken van geleverde kwaliteit van zorg, nodig voor de doelstelling om de prestaties in de zorg transparant te maken en mede ten behoeve van de veiligheid, de kwaliteit en de keuzevrijheid voor cliënten.

6

*Kunt u een overzicht geven van de precieze maatregelen welke door de val van het kabinet nog niet zijn gerealiseerd?*

Het VWS programma ter vermindering van administratieve lasten (AL) bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft onderdelen waar VWS vanuit regelgeving zelf invloed uitoefent op de realisatie, terwijl VWS bij het tweede onderdeel «volgend» is, omdat andere departementen hier primair verantwoordelijk voor zijn.

Voornaamste maatregelen voor het eerste onderdeel zijn het afschaffen van de voorgeschreven Administratieve Organisatie/Interne Controle bij zorginstellingen, waar € 32 mln. besparing aan AL gerealiseerd kan worden. De tweede maatregel is de integratie van gegevensuitvraag over nacalculatie in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Het niet meer apart uitvragen van deze gegevens levert een besparing op van

bijna € 16 mln. aan AL. Daarnaast is het aanhouden van de parlementaire behandeling van de wijziging van de Drank- en Horecawet (DHW) relevant voor dit dossier. De DHW bevat op zich al weinig administratieve lasten, die door het wetsvoorstel verder worden teruggebracht; bovendien kent de wijziging een aantal elementen waaraan het bedrijfsleven behoefte heeft.

De vermindering van AL waar andere departementen primair verantwoordelijk voor zijn, betreft het dossier vermindering loonheffing. Hier zijn de Ministeries van Financiën en Sociale Zaken primair aan zet om de AL te verminderen. Vanuit de rijksbrede afspraken over de taakstelling zijn de administratieve lasten die dit dossier met zich meebrengt echter wel verdeeld tussen de drie departementen (Financiën en SoZa ieder 40% en VWS 20%). Hierdoor deelt VWS in het belang om de reductie daadwerkelijk te realiseren.

7

*Op basis van welke gegevens concludeert de minister dat de extra groei van de zorguitgaven in 2010 voor € 2,5 mrd. structureel is? Kan de minister een overzicht geven waarin per sector wordt uitgesplitst welke bedragen niet structurele, incidentele BKZ uitgaventoenames waren? Wat zijn de redenen voor deze incidentele toenames?*

Het bedrag van € 2,5 miljard, zoals vermeld op pagina 10, is per abuis niet juist opgenomen in de begroting. Hier had moeten staan € 2 miljard extra uitgavengroei, zoals ook is terug te lezen in de tabel met BKZ-mutaties op pagina 19 (onder het jaar 2010).

Op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ zijn de zorguitgaven 2009 geactualiseerd. Uit deze actualisering volgt per saldo voor 2010 een tegenvaller van € 2 miljard. Deze extra groei van de zorguitgaven in 2010 is structureel van aard. Hierin komen dus geen incidentele BKZ uitgaventoenames voor.

8

*Op welke wijze is de besparing door doelmatiger werken van € 85 mln. geraamd? Uit welke onderdelen bestaat deze raming en welke berekeningswijze is gehanteerd om tot concrete bedragen te komen?*

In de begroting wordt rekening gehouden met de doelmatigheidsmaatregelen stepped care (€ 30 mln in 2011), zorgstandaarden (€ 40 mln in 2011) en veiligheidsmaatregelen (€ 15 mln in 2011).

Voor 2011 wordt voor stepped care uitgegaan van € 30 mln, vanaf 2012 gaat het om € 60 mln structureel. Deze besparing geldt voor de behandeling voor hernia en dotteren met of zonder stentplaatsing. Voor hernia heeft het CVZ een opbrengst berekend van € 25 mln als gevolg van een veel conservatiever scenario voor opereren. Hierbij gaan zij uit van een vast bedrag per patiënt als de helft minder wordt geopereerd. In de begroting is uitgegaan van een behoedzame besparing van € 15 mln structureel.

Voor het dotteren wordt uitgegaan van 35 000 PCI's per jaar. Het CZV gaat ervan uit dat in 1/3 van de gevallen het een stabiele angina pectoris betreft, waarbij een stentplaatsing niet nodig is. Het gaat om een tarief van € 10 000 per behandeling. In de begroting is een behoedzaam bedrag van € 45 mln ingeboekt.

Voor het gebruik van zorgstandaarden wordt uitgegaan van een besparing € 40 mln in 2011 en € 75 mln structureel. De doelstelling van de maatregel is dat er meer conform protocollen en algemene in de sector opgestelde standaarden met bepaalde aandoening een wordt omgegaan. Dit betreft de lagere uitgaven voor de ziekte Parkinson en COPD. Voor Parkinson wordt uitgegaan van de besparing die mogelijk is als gevolg

van het gebruik van ParkinsonNet. Dit betreft de regionale netwerken van een geselecteerd aantal fysiotherapeuten, die speciaal zijn opgeleid voor de behandeling van Parkinsonpatiënten. Hierdoor wordt de zorg voor deze patiënten verbeterd en nemen de kosten aanzienlijk af. Onderzoekers van de universiteit Nijmegen hebben aangetoond dat hiermee een jaarlijkse besparing van ruim € 70 mln mogelijk is (€ 1 440 besparing per jaar \* 50 000 patienten).

Voor COPD is gebruik gemaakt van de resultaten van het onderzoek «werken aan de zorg» waarin de best practice voor COPD zorg is toegelicht. Hierin wordt aangetoond dat patiënten met gestructureerde COPD zorg hebben een ruim twee keer zo kleine kans om te worden opgenomen met de diagnose COPD als patiënten die deze zorg niet krijgen. Ook gebruiken ze bijna anderhalf keer minder antibiotica en Prednison. Dit levert een besparing op van € 200 per patiënt per jaar. Nederland kent 320 000 COPD patiënten, wat neer komt op € 65 mln per jaar. Omdat de implementatie en praktijk waarschijnlijk nog de nodige tijd in beslag zal nemen en de wijzigingen in behandelpraktijk ook moeten leiden tot minder volume en/of aanpassing van tarieven wordt uitgegaan van een behoedzamere besparing.

Voor veiligheidsprogramma's is een bedrag van € 15 mln structureel ingeboekt. Dit bedrag is gebaseerd op de mogelijke besparing van minder post operatieve wondinfecties. Dit bedrag is deels gebaseerd op de prevalentie van het aantal wondinfecties zoals die door het RIVM wordt gemonitord. Het andere deel betreft het mogelijk verbeterpercentage en de mogelijke besparing die Amerikaans onderzoek heeft aangetoond. Bij de uiteindelijk ingeboekte bedragen voor de doelmatigheidsmaatregelen is uitgegaan van een behoedzame raming, met name in 2011.

9

*Wat wordt precies verstaan onder «antidepressiva mogen slechts in beperkte mate worden voorgeschreven»? Onder welke voorwaarden mag er wel of juist geen antidepressiva worden voorgeschreven?*

Ik zal nadere voorwaarden aan de vergoeding van anti-depressiva verbinden. De nadere voorwaarden voor deze geneesmiddelen zullen vanaf 1 januari 2011 luiden:

*uitsluitend voor een verzekerde die op dit geneesmiddel is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard of die voor dit geneesmiddel een medische indicatie heeft waarvoor het geneesmiddel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd, tenzij behandeling met dit geneesmiddel is gericht op stoppen met roken.*

Zie ook antwoord op vraag 20.

10

*Wordt de voorgestelde verhoging van het eigen risico met € 40 in 2012 aangevuld met het reguliere jaarlijkse indexeren van het eigen risico van 2011 waardoor de totale verhoging van het eigen risico hoger dan € 40 komt te liggen?*

Om de begroting 2011 rond te krijgen, zijn door het kabinet onder meer verschillende pakketmaatregelen genomen. Om verdergaande pakketmaatregelen te voorkomen is in plaats daarvan voorgesteld het eigen risico te verhogen. Omdat hiervoor wetswijziging is vereist, kan deze maatregel pas ingaan per 2012.

Het verplicht eigen risico zal 1 januari 2012 met € 40 stijgen. Deze voorgestelde verhoging per 2012 komt bovenop de reguliere jaarlijkse indexering van het eigen risico (van 2011 én van 2012). Die reguliere indexatie zorgt ervoor dat het eigen risico in 2012 zonder de € 40 extra

verhoging € 175 zou bedragen, een verhoging van € 5 ten opzichte van 2011. De totale verhoging in 2012 komt daarmee op € 45.

De verhoging van € 40 heeft zeer beperkte koopkrachteffecten. De standaardpremie is opgebouwd uit de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico voor de gezonde Nederlander. Dit gemiddelde eigen risico neemt toe met ongeveer € 20 in 2012. Deze stijging leidt tot een daling van de nominale premie met ongeveer € 20. Voor de gemiddelde gezonde Nederlander resteert daarmee een koopkrachteffect van € 0.

Daarnaast geldt voor de chronisch zieken en gehandicapten, die voorspelbaar het eigen risico volmaken, de Compensatie Eigen Risico (CER). Met de CER wordt het gemiddelde eigen risico voor deze groep teruggebracht naar het niveau van de gemiddelde gezonde Nederlander. In 2012 zal de CER ongeveer € 20 stijgen ten opzichte van het eigen risico zonder de € 40 verhoging. De € 20 stijging van de CER én de € 20 daling van de nominale premie compenseren hiermee voor deze groep volledig de € 40 stijging van het eigen risico.

Personen die geen CER ontvangen, maar wel (incidenteel) meer zorg gebruiken dan de gemiddelde gezonde Nederlander gaan er € 0 tot € 20 per jaar op achteruit. Personen die minder zorg gebruiken dan de gemiddelde gezonde Nederlander gaan er maximaal € 20 op vooruit.

(Tevens antwoord op vraag 203).

11

*Wat wordt precies verstaan onder flankerend beleid rond de afschaffing van de macronaïcalculatie per 2012? Klopt het dat het ministerie zich bij de besluitvorming baseert op het CPB document no 212 «Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringwet»?*

Het flankerend beleid bij de afschaffing van de macronaïcalculatie per 2012 richt zich op het in stand houden van het (min of meer) gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars. Daarnaast wordt flankerend beleid voorbereid om premiestijgingen, bijvoorbeeld als gevolg van catastroferisico en te late besluitvorming over (pakket) maatregelen, te mitigeren.

Het ministerie heeft kennisgenomen van het CPB document, en baseert zich bij de vormgeving daarnaast op eigen onderzoek (zie ook antwoord op vraag 13).

(Tevens antwoord op vraag 124)

12

*Hoeveel keten-dbc's zijn lopende dit jaar gedeclareerd, uitgespitst naar diabetes en cardiovasculair risicomanagement?*

Ik beschik nog niet/slechts beperkt over actuele informatie m.b.t. het aantal gedeclareerde keten-dbc's. Ten aanzien van contractering is wel actuele informatie beschikbaar. De keten-dbc's van Diabetes en Vasculair Risicomanagement kunnen per 1-1-2010 gecontracteerd worden. Keten-dbc's worden gecontracteerd tussen verzekeraar en zorggroep.

RIVM heeft in 2010 onderzoek gedaan onder zorggroepen. Alle 55 aan het onderzoek deelnemende zorggroepen (van de 97 zorggroepen geregistreerd in maart 2010), gaven aan een keten-dbc voor diabetes te hebben afgesloten met hun preferente zorgverzekeraar. De verzekeraars Agis, CZ, Uvit, Achmea, Menzis en de Friesland sluiten diabetes keten-dbc contracten met zorggroepen in hun eigen verzorgingsgebied. Al deze verzekeraars hebben het overgrote deel van hun eigen verzorgingsgebied «afgedekt» en bij een aantal van deze verzekeraars is de «dekkingsgraad»

100%. Hierdoor hebben al hun verzekerden toegang tot een zorgprogramma bij hun eigen huisarts voor diabetes die bekostigd wordt door middel van keten-dbc contract. De meeste verzekeraars volgen contracten rondom diabetes van preferente zorgverzekeraars mits dit binnen het eigen contracteerbeleid past

Ten aanzien van Vasculair Risicomanagement gaven in begin 2010 twee zorggroepen (van de 55 ) aan een contract voor VRM te hebben afgesloten. Zeventien zorggroepen waren bezig met voorbereidingen voor het afsluiten van een keten-dbc voor VRM. Alleen zorgverzekeraar CZ contracteert zorgprogramma's voor VRM via integrale bekostiging, momenteel voor zes zorggroepen. Menzis en De Friesland zijn voorbereidingen voor het contracteren van VRM via integrale bekostiging gestart en zullen waarschijnlijk vanaf 1 januari 2011 overgaan. Menzis verwacht echter dat veel zorggroepen op deze datum nog niet gereed zullen zijn en dus later dan 1 januari 2011 zullen starten. UVIT is recent enkele proefprojecten gestart om het eigen beleid en randvoorwaarden voor contracteren te ontwikkelen. Agis heeft geen plannen om VRM op korte termijn te gaan contracteren. Achmea en UVIT geven aan op het gebied van VRM niet te zullen volgen.

Het evaluatieonderzoek rondom integrale bekostiging van chronische ziekten, zal ook aandacht besteden aan de aantallen gedeclareerde DBC's.

13

*Welke gevolgen zal de beëindiging van de macronaïcalculatie in de risicoverevening hebben voor de hoogte van de premie? Op welke wijze wordt er voor gezorgd dat de premie betaalbaar blijft voor alle inkomensgroepen?*

De afgelopen maanden is onderzoek uitgevoerd naar de effecten van afbouw van macronaïcalculatie. Uit deze onderzoeken is gebleken dat de afbouw van de macronaïcalculatie niet tot risicoselectie zal leiden (onderzoek Boer&Croon), maar wel tot premiestijgingen (onderzoek PriceWaterhouseCoopers).

PriceWaterhouseCoopers heeft onderzocht dat verzekeraars bij het afschaffen van de macronaïcalculatie (zonder flankerend beleid) rekening zou moeten houden met in ieder geval een eenmalige noodzakelijke toename van de inkomsten van gemiddeld € 56 per premiebetalende verzekerde. Deze toename is opgebouwd uit een stijging van € 26 als gevolg van de verwachte hogere kosten (deze stijging compenseert de inkomsten die verzekeraars eerder via de macronaïcalculatie ontvingen) en een in principe tijdelijke toename van € 30 als gevolg van een (op historische kosten bepaalde) risico-opslag die zorgverzekeraars kunnen gaan hanteren.

Macronaïcalculatie is in 2006 geïntroduceerd omdat macro over- en onderschreidingen van het BKZ niet evenredig neerslaan bij de zorgverzekeraars, maar verschillen naar gezondheidsprofiel. Een zorgverzekeraar met een ongezonde portefeuille heeft bijvoorbeeld meer last van een macro kostenoverschrijding dan een zorgverzekeraar met een gezonde portefeuille. Over- en onderschreidingen leiden tot een aantasting van het gelijke speelveld. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van PWC. PWC becijfert dat zonder macronaïcalculatie verzekeraars met een relatief gezonde populatie eenmalig € 27 per premieplichtige verzekerden extra inkomsten moeten genereren en verzekeraars met een ongezonde populatie tot € 73. Gemiddeld over alle zorgverzekeraars komt dit neer op de genoemde € 56 per premiebetalende verzekerde.

Verwacht mag worden dat ongeveer de helft van de noodzakelijke toename van de inkomsten via de nominale premie verloopt en de andere helft via de inkomensafhankelijke bijdrage.

In principe richt het flankerend beleid zich op het in stand houden van het (min of meer) gelijke speelveld tussen verzekeraars en heeft daarmee een mitigerende invloed op de spreiding van de premiestijging. In het antwoord op vraag 11 en 124 wordt nader ingegaan op overige vormen van flankerend beleid.

De uiteindelijke premieconsequenties zijn afhankelijk van flankerend beleid en de inschatting van zorgverzekeraars.

Door de zorgtoeslag worden huishoudens met lagere en midden inkomens (gedeeltelijk) gecompenseerd voor stijgende premies.

14

*Wat is de stand van zaken ten aanzien van de oprichting van het nationaal kwaliteitsinstituut?*

Zoals omschreven in de brief van mijn voorganger aan de Tweede Kamer van 28 mei wordt de daar voorgestelde houtskoolschets van het kwaliteitsinstituut momenteel verder uitgewerkt. De oprichting van het kwaliteitsinstituut bevindt zich dus in de analysefase. Over de uitkomst van deze analyse zal voor het einde van het jaar door middel van een tussenrapportage aan de Kamer verslag worden gedaan. Ondermeer wordt dan concreet invulling gegeven aan de taken die zij uit zal voeren en de instrumenten die zij daarvoor nodig heeft. In 2011 worden randvoorwaardelijke zaken als wetgeving geregeld, in 2012 wordt begonnen met het ontvlechten van de betreffende organisaties en de bouw van de infrastructuur van de nieuwe organisatie, zodat het instituut in 2013 operationeel kan zijn.

15

*Wat wordt concreet bedoeld met een «serieus geprikkelde en geïnstrumenteerde countervailing power aan de vraagzijde»?*

De zinsnede waar de vraag betrekking op heeft is een in de begroting opgenomen citaat uit het rapport van de Brede heroverweging cure. In dat rapport wordt gesteld dat we met de sturing van ons stelsel zijn blijven steken tussen een door consumentenvoorkeuren gestuurd model van gereguleerde concurrentie en een model van door de overheid gestuurd aanbod.

Als het om de keuze voor het eerste model gaat, stelt het rapport dat op dit moment zorgverleners, zorgverzekeraars en verzekerden elk onvoldoende geprikkeld zijn tot beheersing van de kosten.

Met «countervailing power aan de vraagzijde» worden de zorgverzekeraars bedoeld die in onderhandeling met zorgaanbieders de zorg voor hun verzekerden inkopen. Met «serieus geprikkeld» wordt bedoeld dat de verzekeraars meer risico moeten gaan lopen over hun zorginkoopactiviteiten door een verdere afbouw van enkele ex post correcties die momenteel nog worden toegepast op de jaarlijkse budgettoedeling uit het risicovereveningsfonds. Met «geïnstrumenteerd» wordt bedoeld dat verzekeraars voldoende mogelijkheden hebben om in de onderhandelingen invloed op de prijs en kwaliteit van de aangeboden zorg uit te oefenen; dus geen belemmeringen bij de prijsvorming en beschikbaarheid van kwaliteitsnormen en informatie over de geleverde kwaliteit.

16

*Wat is de wetenschappelijke basis van de opvatting dat met gericht bezuinigen op de terreinen waar zich overschrijdingen voordoen, wordt voorkomen dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg worden aangetast?*

Het kabinet streeft ernaar dat bezuinigen niet ten koste mogen gaan van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. De wetenschap



biedt steeds meer aanknopingspunten voor vormen van «intelligent bezuinigen».

Er bestaat een groot aantal vergelijkende studies die min of meer zonder uitzondering laten zien dat er maar weinig verband bestaat tussen de kosten van een zorgsysteem en zijn prestaties (bijvoorbeeld uitgedrukt in indicatoren op de terreinen van kwaliteit en toegankelijkheid). Een schoolvoorbeeld is de Verenigde Staten: hoge kosten maar toch aanzienlijke gaten in de toegankelijkheid en middelmatige volksgezondheidsuitkomsten (levensverwachting).

Op microniveau bestaan er studies die laten zien dat kwaliteitswinst niet zelden gepaard gaat met lagere kosten. Dit wordt bijvoorbeeld veroorzaakt door het terugdringen van dure complicaties en van onnodige of onzinnige zorg. Uiteraard is er hierbij niet altijd sprake van een één-op-één relatie.

17

*Wat is de verwachte toename van het aantal ongewenste zwangerschappen als gevolg van het schrappen van anticonceptiemiddelen uit het pakket? Hoe hoog zijn de verwachte zorgkosten? Hoe hoog zijn de verwachte overige kosten? (komende 4 jaar)*

Cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wijzen uit, dat sinds 2002 het aantal abortussen (inclusief overtijdbehandelingen) stabiel was en niet beïnvloed lijkt te zijn doordat anticonceptie voor vrouwen boven de 21 jaar niet meer vergoed werd in de periode 2004–2008. Deze gegevens duiden er niet op dat er een drempel bestaat voor de aanschaf van anticonceptiemiddelen, en de verwachting is dus niet dat het aantal ongewenste zwangerschappen zal toenemen.

18

*Wat is de verwachte toename van tandbederf en daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen als gevolg van het verwijderen van mondzorg voor 18–21 jarigen uit het basispakket? Hoe hoog zijn de verwachte zorgkosten (komende 4 jaar)?*

Op basis van het door het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) uitgevoerde onderzoek naar de mondgezondheid van jeugdige verzekerden (Pakketadvies 2010), is er geen reden om aan te nemen dat er een toename zal zijn van tandbederf en daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen bij verzekerenden tussen de 18 en 22 jaar. Uit dit onderzoek blijkt dat de mondgezondheid van deze groep sinds 1987 steeds is verbeterd. Daarnaast gingen de 23-jarigen in 2005 even vaak voor controle naar de tandarts als in 1999. Voor deze groep zat de controle in 1999 wel, en in 2005 niet in het pakket. Er is momenteel dus geen reden om aan te nemen dat de zorgkosten de komende vier jaar zullen toenemen op basis van het uit het basispakket verdwijnen van mondzorg voor 18 tot 22-jarigen.

19

*Wat is de verwachte toename van het aantal valpartijen als gevolg van het verwijderen van mobiliteitshulpmiddelen uit het basispakket? Hoe hoog zijn de verwachte kosten (komende 4 jaar)?*

De Minister heeft het besluit om mobiliteitshulpmiddelen uit het pakket te halen gebaseerd op het jaarlijkse pakketadvies van het CVZ.

Het CVZ geeft in haar advies het volgende aan t.a.v. andere zorgkosten: «het feit dat er geen sprake is van een relatie met een andere te verzekeren prestatie waardoor besparingseffecten meespelen.» Hiermee wordt bedoeld dat het CVZ niet verwacht dat het laten vervallen van de

aanspraak op mobiliteitshulpmiddelen, zal resulteren in hogere zorgkosten op andere terreinen, dus bijv. botbreuken

20

*Wat is het verwachte aantal gebruikers van antidepressiva die zullen afzien van deze medicijnen als gevolg van de beperking van vergoeding uit het basispakket? Wat is het verwachte aantal van deze gebruikers van antidepressiva waarbij de klachten verergeren? Hoe hoog zijn de geschatte zorgkosten die hieraan zijn verbonden? Hoe hoog zijn de geschatte overige kosten die hiermee zijn gemoeid (komende 4 jaar)?*

Ik schat dat 190 duizend van de kleine miljoen patiënten die nu anti-depressiva gebruiken niet meer aanmerking komen voor vergoeding van deze geneesmiddelen. Dit zijn voornamelijk patiënten met een lichte depressie die nu, volgens de richtlijn van de beroepsgroep, ten onrechte behandeld worden met anti-depressiva.

De aanleiding voor deze maatregel is het signaal dat er overbehandeling met anti-depressiva plaatsvindt. De inzet van anti-depressiva is breder dan de plaats die deze geneesmiddelen volgens de registratie en de richtlijnen toegewezen hebben gekregen. Los van het feit dat dit niet tot kwalitatieve goede zorg leidt, leidt deze overbehandeling tot ondoelmatige zorg.

Ik kies er nu voor om de aanspraak op anti-depressiva te beperken zodat de vergoeding status aansluit bij richtlijnen waarin anti-depressiva als behandel mogelijkheid genoemd worden. Dit past in mijn visie om de aanspraak op geneesmiddelen meer te laten aansluiten bij de door de beroepsgroepen opgestelde behandelrichtlijnen over het gebruik van anti-depressiva.

Ik verwacht dan ook niet dat van de nu ongeveer 190 duizend patiënten die nu een anti-depressivum krijgen voorgeschreven voor ondermeer een lichte depressie, de klachten zullen verergeren doordat hun geneesmiddel niet meer vergoed wordt. Immers, de beroepsgroep heeft zelf vastgesteld dat deze groep patiënten niet met een antidepressivum behandeld zou moeten worden.

Ik verwacht dus ook niet dat de zorgkosten zullen stijgen door deze maatregel.

21

*Op welk onderzoek wordt gedoeld bij de stelling dat jongeren tussen 18 en 22 jaar geen extra risico lopen op gebied van de mondgezondheidszorg?*

Hierbij wordt bedoeld het door het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) uitgebrachte Pakketadvies 2010 (vastgesteld op 2-4-2010). Het CvZ heeft beoordeeld of het recht op mondzorg voor verzekerden van 18 tot 22-jarigen past binnen de uitgangspunten van het pakketbeheer en de gewenste eigen verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid. Op basis van het door het CvZ uitgevoerde onderzoek is er geen aanleiding tot zorginhoudelijke bezorgdheid over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor de groep van 18 tot 22 jaar. Het CvZ komt in dit rapport dan ook tot de conclusie dat er op grond van het pakketprincipe «noodzakelijkheid» geen aanleiding is mondzorg voor 18 tot 22-jarigen te rekenen tot de te verzekeren prestaties.

22

*Voor welke beroepen is het stepped care principe uitgewerkt in de richtlijnen, en bij welke nog niet? Wie controleert het de naleving van de richtlijnen ten aanzien van de stepped care benadering?*

Bij stepped care gaat het om een meer uitgebreide toepassing van het principe dat patiënten geen behandelingen krijgen die zwaarder zijn dan strikt noodzakelijk. Een systematische analyse van alle richtlijnen waarin het stepped care principe is uitgewerkt is op dit moment is niet beschikbaar.

Wel zijn er een aantal aandoeningen bekend waarbij het stepped care principe goed toegepast kan worden en waar het ook is uitgewerkt in de richtlijn. Voorbeelden hiervan zijn een meer afwachtcende benadering bij de behandeling van lage rugklachten of bij ontstoken tonsillen bij kinderen. Ook bij de behandeling van goedaardige prostaatvergroting kan het stepped care principe van toepassing zijn. Onderzoek laat zien dat bij deze aandoening veel operaties kunnen worden vervangen door een medicamenteuze behandeling. Dit is nog niet beschreven in een richtlijn. Met de IGZ zullen afspraken gemaakt worden over het toezicht op het naleven van de richtlijnen. Daarnaast zal ik met verzekeraars afspraken maken om er op toe te zien dat instellingen conform stepped care principes werken om daarmee ongewenste overbehandeling te reduceren.

23

*Hoeveel verzekerden van 18 jaar en ouder hebben fysiotherapie of oefentherapie nodig in verband met één van de chronische aandoeningen die vermeld zijn op de zogenoemde «lijst Borst»? Hoeveel behandelingen moesten er in 2010 zelf worden betaald voordat de fysiotherapie ten laste kwam van de zorgverzekering?*

- a. Vektis geeft aan dat het aantal patiënten dat gebruik maakt van fysiotherapie 653 000 betreft, waarvan 60,2% volwassenen chronische patiënten zijn. Dit zijn ruim 393 000 verzekerden.
- b. Fysiotherapiebehandelingen voor patiënten ouder dan 18 jaar worden niet vergoed door de zorgverzekering, tenzij de patiënt een chronische aandoening heeft die voorkomt op de Chronische Lijst (lijst Borst). In dat geval worden alle fysiotherapiebehandeling vanaf de tiende behandeling door de zorgverzekering vergoed, of tot het maximum dat is opgenomen in de Chronische Lijst. Fysiotherapiebehandelingen worden wel vaak (deels) door de aanvullende verzekering vergoed.

24

*Wat is, onderscheiden naar inkomen en huishoudsituatie, het koopkrach-effect van de uitbreiding van het aantal eigen betalingen voor fysiotherapie of oefentherapie voor verzekerden van achttien jaar en ouder met chronische aandoeningen die vermeld zijn op de zogenoemde «lijst Borst»?*

Een pakketverkleining, waarbij het aantal behandelingen voor fysiotherapie of oefentherapie voor verzekerden van achttien jaar en ouder die vermeld staan op de zogenaamde «lijst Borst» wordt verhoogd van 9 naar 12 behandelingen en voor eigen rekening komt, betekent dat de Zvw-uitgaven in 2011 met € 30 mln dalen.

De daling van de uitgaven wordt fifty/fifty verdeeld over de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en nominale premie. Beide dalen met € 15 mln. Als gevolg hiervan daalt de IAB met 0,01%-punt. De nominale premie daalt met € 1,- per jaar. De zorgtoeslag zal voor alle verzekerden met recht op de toeslag eveneens dalen met € 1,-.

Als de pakketverkleining volledig wordt opgevangen in de aanvullende verzekering dan gaat het volledig bedrag over naar de aanvullende verzekering. De kosten voor aanvullende verzekering stijgen dan met € 30 mln (pakketverkleining) plus € 5 mln (verhoging solvabiliteit<sup>1</sup>). De premie voor de aanvullende verzekering neemt hierdoor structureel toe met € 2,50 per persoon per jaar als alle verzekerden een dergelijke verzekering afsluiten. De kosten per persoon worden hoger als minder mensen (de gezonde verzekerden) bereid zijn hiervoor een aanvullende verzekering af te sluiten.

De inkomenseffecten voor de mensen die gebruik maken van deze zorg zijn afhankelijk van het gedrag van verzekerden. Maar voor huishoudens die recht hebben op een zorgtoeslag valt de nominale premiedaling van de Zvw weg tegen de daling van de zorgtoeslag. Deze huishoudens krijgen wel te maken met de premiestijging voor de aanvullende verzekering, die afhankelijk van het aantal volwassenen stijgt met € 2,50 per jaar (een persoonshuishouden), of € 5,00 per jaar (meerpersoonshuishouden).

25

*Ketenzorg dekt slechts een fractie van de kosten volgens onderzoek van het NIVEL. Wat heeft de minister met de uitkomst van dit onderzoek gedaan? Waarom denkt de regering dat ketenzorg toch tot betere zorg en minder kosten zal leiden?*

De uitkomsten van het NIVEL (10 juni 2010) stellen dat het merendeel van de consulten en visites van patiënten in 2008 in 80 huisartsenpraktijken nietsamenhingen met de betreffende chronische ziekte (diabetes, COPD of hartfalen). De uitkomsten van dit onderzoek worden meegenomen in het evaluatieonderzoek rondom integrale bekostiging van chronische ziekten, waar door de Tweede Kamer om is gevraagd.

Veel ouderen of chronisch zieken hebben één of meerdere chronische aandoeningen en/of kampen daarnaast ook met leeftijds specifieke stoornissen. Daardoor is vaak sprake van complexe problematiek, wat speciale eisen stelt aan de deskundigheid van zorgverleners. Bij kwetsbare ouderen is integrale zorg met voldoende oog voor de sociale en maatschappelijke kant extra van belang. Om tot goede integrale zorg te komen speelt, ook hier, de geïntegreerde eerstelijnszorg een sleutelrol. Deze zorg zal zich integraal rond de patiënt moeten organiseren en zal de meerwaarde van de individuele hulpverlening vergroten.

Een belangrijke gedachte is dat investeren in preventie en betere kwaliteit van chronische zorg leidt tot kostenreductie. Integraal uitgevoerde maatwerkzorg leidt naar verwachting tot betere resultaten waardoor dure complicaties kunnen worden voorkomen of uitgesteld en meer mensen actief kunnen blijven op de arbeidsmarkt. Het gaat dus om bundeling en afstemming van zorg. Minder kwantiteit en meer kwaliteit betaalt zich naar verwachting terug. De effecten zullen de komende jaren zichtbaar worden. Een raming van de financiële effecten is nu niet volledig te geven. Omdat ketenzorg gepaard gaat met subsidie van tweede naar eerstelijns brengt dit naar verwachting per saldo positieve financiële effecten met zich mee. als gevolg van doelmatigheid en preventie. Mogelijk helpt deze aanpak tevens om met de komende personeels-schaarste om te kunnen gaan.

26

*Hoe hoog is het bedrag dat naar verwachting structureel kan worden bespaard met het uitbreiden van het basispakket met de eerste negen behandelingen fysiotherapie i.v.m. urine-incontinentie?*

---

<sup>1</sup> De solvabiliteitseisen voor de aanvullende verzekering (24%) zijn hoger dan voor de Zvw (9%).

Zoals in de bijlage bij de brief van 21 juni 2010 (Kamerstukken II 2009/10, 29 689, nr. 303) is vermeld, gaat het om een structurele besparing van netto € 2 mln. per jaar.

27

*Beperking van de vergoeding van zorg kan leiden tot gedragseffecten, zoals het uitstellen van de vraag naar zorg of het verminderen van het gebruik van middelen. Is bij de berekening van de besparingen rekening gehouden met deze gedragseffecten? Zo niet, in hoeverre verwacht de Minister dat de mogelijke gedragseffecten de genoemde besparingen teniet kunnen doen?*

Er is bij de budgettaire verwerking geen rekening gehouden met gedragseffecten van eigen bijdragen en pakketbeperkingen (een pakketbeperking is de facto een 100% eigen bijdrage). Alleen het financierings-effect is budgettair verwerkt. Gedragseffecten kunnen zowel leiden tot additionele besparingen als tot besparingsverliezen. De vraag welk effect (besparing of verlies) domineert is afhankelijk van een aantal factoren. Zo kunnen uitstel- en afstelgedrag leiden tot extra kosten in latere jaren indien het gaat om echt noodzakelijke en effectieve zorg. Indien minder noodzakelijke en minder effectieve zorg wordt geremd zal dit leiden tot besparingen.

In de studie naar gedragseffecten van het *eigen risico* in de Nederlandse situatie waar het CPB zich op baseert (Van Vliet, 2004) is gekeken naar het zorggebruik in meerdere jaren.

Uit dit onderzoek wordt geconcludeerd dat het gedragseffect leidt tot minder zorggebruik, ook op langere termijn. De tweede fase van de evaluatie van het verplicht eigen risico zal nader ingaan op de gedragseffecten van het verplicht eigen risico. Het streven is de tweede fase van de evaluatie begin 2011 af te ronden.

Bij *eigen bijdragen en pakketbeperkingen* in de Zvw is het aannemelijk dat een vergelijkbaar gedragseffect optreedt. Bij eigen bijdragen en pakketbeperkingen kunnen echter verschillende weglekeffecten ontstaan. Onder andere bestaat de mogelijkheid tot herverzekering van eigen bijdragen in de aanvullende verzekering, waardoor de prijsprikkel en het gedragseffect teniet worden gedaan (nb. het verplicht eigen risico kan in principe ook worden herverzekerd, maar in de praktijk komt dit zeer zelden voor). Ook bestaat de mogelijkheid dat zorg verschuift naar verwante vormen van zorg die niet onder een eigen bijdrage vallen. Indien wachtlijsten bestaan zullen gedragseffecten op de korte termijn niet leiden tot lagere uitgaven, maar slechts tot kortere wachtlijsten.

Het is echter nog niet duidelijk of en in welke mate deze effecten zich voordoen.

Vanwege het tot op heden relatief beperkt inzetten van het instrument eigen bijdrage, zijn tot nu toe daarom geen gedragseffecten budgettair verwerkt bij eigen bijdragen in de Zvw. Alleen het financieringseffect van dergelijke maatregelen is budgettair verwerkt.

28

*Hoelang betaalt de zorgverzekeraar op dit moment de nacontroles voor een niertransplantatie en levertransplantatie?*

Nacontroles zijn in de regel levenslang noodzakelijk. Dat geldt zowel voor de donor als voor de ontvanger. De zorgverzekeraars vergoeden deze nacontroles levenslang uit de zorgverzekering.

29

*Hoeveel eenvoudige hulpmiddelen als rollators, krukken, loophulp, looprek, wandelstok en serveerwagen werden er in 2009 en 2010 uitgegeven en gedeclareerd onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en AWBZ?*

Alleen het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft gegevens met betrekking tot hulpmiddelen.

Voor 2010 is nog niet bekend hoeveel verstrekkingen er zijn gedaan in het kader van de Zvw. Verstrekkingen gedaan in het kader van de AWBZ zijn in het geheel niet bekend.

In 2009 was het aantal verstrekkingen van eenvoudige hulpmiddelen als volgt:

63 600 Rollators

6 020 Krukken

1 310 Looprekken

1 010 Loophulpen (met drie of meer poten)

690 Blindentaststokken en

53 Serveerwagens.

30

*Kan aangegeven worden wat de verschillende maatregelen ten aanzien van beperking of stoppen van vergoedingen in de curatieve zorg cumulatief kunnen betekenen voor chronisch zieken, respectievelijk ouderen?*

De maatregelen in de curatieve zorg betreffen mobiliteitshulpmiddelen (€ 21 mln), anticonceptie voor vrouwen ouder dan 21 jaar (€ 32 mln), tandheelkunde 18 – 21 jarigen (€ 100 mln), verhoging eigen bijdragen fysiotherapie (€ 30 mln), beperking vergoeding antidepressiva (€ 20 mln) en een pakketmaatregel extracties door tandheelkundig specialisten (€ 5 mln).

Voor chronisch zieken en ouderen zijn met name de maatregelen op het terrein van de mobiliteitshulpmiddelen (€ 21 mln) en fysiotherapie (€ 30 mln) van belang.

Als deze pakketverkleining wordt opgevangen in de aanvullende verzekering voor het volledige bedrag dan stijgen de kosten voor deze verzekering met € 51 mln (pakketverkleining) plus € 8 mln (verhoging solvabiliteit<sup>1</sup>). De daling van de nominale premie in de Zvw heeft voor mensen met een recht op een zorgtoeslag geen effect. Zij gaan daartegenover wel een extra premie (€ 4,50 per jaar) betalen voor de aanvullende verzekering. De kosten per persoon worden hoger als minder mensen (de gezonde verzekerden) bereid zijn hiervoor een aanvullende verzekering af te sluiten. Hoe de pakketmaatregel uiteindelijk doorwerkt in een aanvullende verzekering is mede afhankelijk van de prijsontwikkeling voor mobiliteitshulpmiddelen. Het is evident dat het uit de collectieve verzekering halen van mobiliteitshulpmiddelen een aanzienlijk prijsdrukkend effect zal hebben en een, momenteel niet bestaande, bloeiende 2<sup>e</sup> handsmarkt op gang zal brengen. Dit zal de premiestijging verder behoorlijk drukken.

31

*Vanaf 2011 worden eenvoudige hulpmiddelen niet langer vergoed. Is onderzocht wat de lange termijn effecten zullen zijn (meer valpartijen, meer botbreuken, meer opnames) en wat dit voor extra kosten met zich meebrengt?*

---

<sup>1</sup> De solvabiliteitseisen voor de aanvullende verzekering (24%) zijn hoger dan voor de Zvw (9%).

Het is niet onderzocht wat de lange termijn effecten zullen zijn. De Minister heeft het besluit om mobiliteitshulpmiddelen uit het pakket te halen gebaseerd op het jaarlijkse pakketadvies van het CVZ. Het CVZ geeft in haar advies het volgende aan t.a.v. andere zorgkosten: «het feit dat er geen sprake is van een relatie met een andere te verzekeren prestatie waardoor besparingseffecten meespelen.» Hiermee wordt bedoeld dat het CVZ niet verwacht dat het laten vervallen van de aanspraak op mobiliteitshulpmiddelen, zal resulteren in hogere zorgkosten op andere terreinen, dus bijv. botbreuken.

32

*Eigen bijdragen worden in principe ingezet vanwege het «remmend effect». De patiënt zal doorverwijzing naar de 2e lijn niet gauw in twijfel trekken, en dus is er door het heffen van een eigen bijdrage in de 2e lijn geen «remmend effect» te verwachten. Heeft de regering naar andere maatregelen gezocht die wel remmend zullen werken? Heeft de regering gekeken naar het aanscherpen van de criteria om door te verwijzen naar de 2e lijn?*

Een eigen bijdrage is een persoonlijke, overigens in NL zeer beperkte, bijdrage aan gebruik van zorg. Door een eigen bijdrage wordt een patiënt zich meer bewust van de kosten van een behandeling. Het is inderdaad zo dat het remmende effect zich voornamelijk voordoet indien in de eerste lijn eigen bijdragen gelden. Dat is overigens niet het geval. De criteria tot doorverwijzen naar de tweedelijns zorg behoren daarnaast tot de professionele autonomie van de behandelaar. In het Interdepartementaal Beleids Onderzoek (IBO) curatieve ggz zijn mogelijkheden onderzocht om de doelmatigheid in de curatieve ggz te verbeteren. Het invoeren van een eigen bijdrage in de tweedelijns ggz is één van de maatregelen uit het IBO. De ggz-cliënt moet nu voor eerstelijns psychologische zorg een eigen bijdrage betalen en voor de curatieve tweedelijns ggz niet. Omdat dit een prikkel is om meer (relatief dure) tweedelijns ggz te gebruiken, heeft mijn voorganger voorgesteld om ook daarvoor een eigen bijdrage in te voeren. Na debat met de Tweede Kamer is echter besloten om in 2011 geen eigen bijdrage in de curatieve tweedelijns ggz in te voeren.

33

*Voor hoeveel vrouwen van boven de 21 jaar, per risicogroep, vormen de kosten van de anticonceptiepil naar schatting een drempel?*

In principe zijn de kosten van de pil voor iedereen betaalbaar. Het bedrag varieert van ongeveer 15 tot 62 euro per half jaar, afhankelijk van de gekozen anticonceptiepil. De bereidheid om dit bedrag te betalen hangt uiteraard van de individuele afweging van de gebruiker af en daar is moeilijk een inschatting van te maken. Cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wijzen echter uit, dat sinds 2002 het aantal abortussen (inclusief overtijdbehandelingen) stabiel was en niet beïnvloed lijkt te zijn doordat anticonceptie voor vrouwen boven de 21 jaar niet meer vergoed werd in de periode 2004–2008. Deze gegevens duiden er niet op dat er een drempel bestaat.

34

*Hoeveel vrouwen van boven de 21 jaar hebben een medische indicatie voor de anticonceptiepil? Voor hoeveel van deze vrouwen zullen, naar schatting, de kosten een drempel vormen?*

Over de grootte van de groep zijn geen cijfers voorhanden. Ook hier geldt echter dat in principe de kosten van de pil voor iedereen betaalbaar zijn,

en dat uit gegevens niet blijkt dat er sprake is van een drempel voor de aanschaf van de pil.

35

*Voor hoeveel mensen zal de invoering van een eigen bijdrage voor tweedelijns ggz naar schatting een drempel vormen? Wat zijn de geschatte zorgkosten als gevolg van het afzien van behandelingen in de tweedelijns ggz? Wat zijn de geschatte overige kosten? (komende 4 jaar)*

Na het VAO van 6 oktober jl. is besloten om in 2011 geen eigen bijdrage in de curatieve ggz in te voeren. Zie ook antwoord op vraag 32.

36

*Hoeveel zorgaanbieders hebben op dit moment een subsidieaanvraag voor aansluiting op het LSP aangevraagd? Wat is het totaalbedrag van alle subsidieaanvragen en welk bedrag had VWS op haar begroting 2010 voor deze post gereserveerd?*

Op 9 oktober 2008 is de «Subsidieregeling LSP» in werking getreden. Het kabinet heeft 45 mln beschikbaar gesteld voor een aansluitsubsidie onder de subsidieregeling LSP. De realisatie van het aantal aansluitingen bleef achter bij de oorspronkelijke raming, dit heeft geleid tot onderuitputting op dit budget in de jaren 2008 en 2009.

De aanvraagperiode voor de subsidieregeling LSP zou aflopen per 31/12/2009. In de begroting 2010 was hiervoor dan ook geen budget gereserveerd. Eind 2009 is de regeling verlengd, met een aanvraagperiode tot 1 juli 2010. Voor de verwachte uitgaven als gevolg van de verlening is toen ook 10 mln aan het budget van het CIBG toegevoegd voor de uitvoering van de subsidieregeling. Op basis van het definitieve aantal aanvragen wordt het uiteindelijke benodigde budget bepaald.

In totaal zijn ruim 5 000 aanvragen ontvangen. Het totaal bedrag van alle subsidieaanvragen is ruim € 35 mln euro.

37

*Worden met de € 9 mln. voor de aanpak babysterfte zowel het college perinatale zorg als de module preconceptiezorg, aanpak achterstandsituaties en kinderwensprekuren gefinancierd? Kan aangegeven worden hoe dit geld wordt verdeeld? Hoeveel procent van de babysterfte wordt met de structurele investering van € 9 miljoen teruggedrongen? Welk bedrag zou benodigd zijn om (vrijwel) alle babysterfte terug te dringen?*

Met jaarlijks deze (circa) € 9 miljoen worden inderdaad alle bovengenoemde activiteiten gefinancierd. Structurele activiteiten zijn het College Perinatale Zorg (CPZ) 0,4 miljoen per jaar, kinderwensconsult 3 miljoen in 2011 oplopend tot 6,8 miljoen per jaar, aanpak achterstandsituaties 1 miljoen per jaar en collectieve preconceptiezorg 0,3–0,1 miljoen per jaar (waaronder subsidieverlening aan het Erfocentrum). Tijdelijke activiteiten (verspreid over enkele jaren) zijn het bekendmaken van het kinderwensconsult bij zowel zorgverleners als publiek (2 miljoen totaal), ontwikkeling van het perinataal webbased dossier (2,5 miljoen totaal) en het onderzoeksprogramma zwangerschap en geboorte (8,1 miljoen totaal). Daarnaast zijn er nog een aantal maatregelen die de beroepsgroepen zelf gaan oppakken, dan wel in het CPZ kunnen worden opgepakt. Te weten onder andere het geboorteplan, de casemanager, het huisbezoek, de bevallende vrouw niet alleen laten, deelname aan Verloskundig Samenwerkingsverband, de landelijke perinatale registratie en de Perinatale Audit, en het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen.



Er is geen wetenschappelijk bewijs waarmee ik kan aangeven in welke mate de tot nu toe genomen maatregelen precies bijdragen aan het terugdringen van de babysterfte, dan wel wat de investering die nog nodig is zal bijdragen aan het terugdringen van de babysterfte. Wel is zeker dat ieder van deze maatregelen, die beschreven staan in het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, een bijdrage zal leveren aan het terugdringen van de babysterfte.

38

*Hoeveel mensen hebben in de afgelopen jaren gebruik gemaakt van «Hallo Wereld» respectievelijk «Kies beter»?*

Voor Hallo Wereld – overigens onderdeel van de J&G begroting – zijn de gebruikersaantallen als volgt:

2008: 316 100

2009: 494 273

2010: 314 600 (bijgewerkt t/m september)

Het aantal gebruikers van KiesBeter.nl neemt jaarlijks toe. De bezoekersaantallen, uitgedrukt in verschillende unieke bezoekers, zijn als volgt:

2006: 1 723 631

2007: 1 930 548

2008: 3 034 280

2009: 4 314 992

2010: 3 421 399 (bijgewerkt t/m september)

39

*Waar worden de speciale kinderwensspreekuren ingericht?*

Het kinderwensconsult wordt in principe verzorgd door de verloskundige of de huisarts, maar kan ook door bijvoorbeeld een gynaecoloog worden gegeven. Een anamnese maakt deel uit van het consult. Indien daartoe aanleiding bestaat, bijvoorbeeld als in de anamnese risicofactoren worden gesignaleerd, kan het algemene kinderwensconsult bij huisarts of verloskundige worden vervolgd met een specialistisch kinderwensconsult.

40

*Op welke wijze wordt de taakstelling van € 287 mln. door de zorgkantoren verdeeld over de verschillende sectoren? Betekent het feit dat zorgkantoren vrij zijn in de verdeling dat er verschil in aanspraak op zorg zal kunnen ontstaan in verschillende regio's?*

De taakstelling wordt door de NZa naar rato van het totale AWBZ budget van de zorgkantoorregio's verdeeld over de zorgkantoren. De middelen worden sinds 2003 niet meer vooraf per sector verdeeld. De aanspraak (recht) op zorg is verankerd in de AWBZ. Zorgkantoren hebben een zorgplicht. Het ontstaan van regionale verschillen in aanspraak is daarom niet realistisch.

41

*Kan aangegeven worden in hoeverre de bonus-malus regeling bij de functies begeleiding en persoonlijke verzorging is toegepast?*

De bonus-malusregeling is toegepast bij alle zorgaanbieders die deze zorgfuncties leveren. Meer dan 90% van de zorgaanbieders heeft aangegeven aan het criterium te hebben voldaan om in aanmerking te komen voor een bonus. Dat wil zeggen dat deze zorgaanbieders gemiddeld maximaal 35% meer zorg hebben geleverd dan het minimum van de geïndiceerde klasse.

42

*Betekent het feit dat exploitatielasten van nieuwe capaciteit, die nu nog afzonderlijk worden vergoed maar vanaf 2011 onder de contracteerruimte worden gebracht, dat er in feite geen groeiruimte bestaat?*

Deze stelling is onjuist. Tot 2011 worden deze kosten gereserveerd buiten de contracteerruimte. Vanaf 2011 is dit onderdeel van de contracteerruimte. De contracteerruimte wordt verhoogd met het bedrag van € 175 miljoen, zodat de netto groeiruimte volledig beschikbaar is voor de groei van de zorgvraag.

43

*Hoe gaat de controle plaatsvinden bij de zelfindicatiestelling AWBZ?*

In een brief van 5 november 2009 (Kamerstukken II 2009/10, 30 597, nr. 116) heeft de voormalige staatssecretaris van VWS de Kamer geïnformeerd over haar voornemens met betrekking tot de vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ. Eén van de onderdelen daarvan betreft het ontwikkelen van vormen van zelfindicatie. Met ingang van 1 januari 2010 is door het CIZ gestart met de mogelijkheid voor cliënten om een digitaal aanvraagformulier in te dienen. De belangstelling onder aanvragers blijkt groot; ruim 600 aanvragers van AWBZ-zorg maken hiervan per week gebruik. Deze aanvragen worden langs de gebruikelijke weg door het CIZ in behandeling genomen. Om zelfindicatie voor cliënten verder uit te bouwen wordt samengewerkt met cliëntenorganisaties en is het ontwikkelen van cliënt- en risicoprofielen ter hand genomen. Naar verwachting zal nog dit jaar een experimenteerteelprogramma worden gestart, waarvan vanzelfsprekend het toetsingsinstrumentarium onderdeel uitmaakt.

44

*Welke vereenvoudigingslag is er nu precies gemaakt in de indicatiestelling?*

In een brief van 5 november 2009 (Kamerstukken II 2009/10, 30 597, nr. 116) heeft de voormalige staatssecretaris van VWS de Kamer geïnformeerd over haar voornemens met betrekking tot de vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ. Ondertussen is het aantal standaardindicaties (SIP's) uitgebreid. Standaardindicaties betreffen een versnelde en gemandateerde werkwijze bij bepaalde veel voorkomende, eenduidige en tijdelijke zorgsituaties. Het betreft eenvoudige aanvragen voor op herstel gerichte of tijdelijke zorg, waarvan de omvang al vaststaat. Hiervoor kan volstaan worden met het beantwoorden van enkele kernvragen (5–9) en is geen volledig onderzoek nodig. Het gaat daarbij zowel om eerste als vervolgaanvragen. Langs digitale weg kan op basis van de kernvragen meteen de inhoud van de indicatie (functie, klasse, activiteiten en geldigheidsduur) worden bepaald. De zorg kan direct worden ingezet, het CIZ geeft formeel het indicatiebesluit binnen twee weken af en toetst deze aanvragen achteraf en steekproefsgewijs. Vanaf april 2010 is de lijst met standaardindicaties uitgebreid tot 29, langs welke weg circa 20% van het totaal aantal aanvragen kan worden afgehandeld. Voorbeeld hiervan is het oogdruppelen na een staaroperatie. Het voornemen bestaat het aantal SIP's nog verder uit te breiden. Met ingang van januari 2010 is het CIZ gestart met taakmandatering aan zorgaanbieders in vervolg op een landelijke voorlichtingscampagne voor zorgaanbieders in het najaar van 2009. Bij taakmandatering wordt door zorgaanbieders in geval van een aanvraag voor een herindicatie een digitaal indicatieadvies aan het CIZ gegeven, dat door het CIZ wordt omgezet in een formeel indicatiebesluit. De zorg kan direct worden ingezet, tenzij het advies binnen de steekproef valt. Dit betekent voor de

zorgaanbieder dat de zorg direct kan worden gecontinueerd. Toetsing vindt steekproefsgewijs plaats. De herindicaties worden in groepen vrijgegeven waardoor eind 2011 naar verwachting 50% van de herindicaties via taakmandaat kan worden afgehandeld. Overigens is daartoe wel een actieve inzet van zorgaanbieders noodzakelijk. Het CIZ zet zich, in samenwerking met Actiz en VGN, in om de deelname van zorgaanbieders aan taakmandatering te stimuleren.

45

*Van hoeveel patiënten worden inmiddels gegevens uitgewisseld via het EPD?*

Het aantal patiënten waarvan medicatiegegevens en huisartswaarneemgegevens worden uitgewisseld via het EPD bedraagt per 1 oktober 2010 2 542 945.

Het aantal opvraagbare dossiers dat via de landelijke infrastructuur kan worden geraadpleegd, bedraagt per 1 oktober 2010 3 280 275. Dit aantal is groter dan het aantal patiënten waarvan medicatiegegevens en huisartswaarneemgegevens kan worden geraadpleegd, omdat zowel de huisarts als de apotheek gegevens van een patiënt kan aanmelden.

46

*Hoeveel zorgverleners zullen naar schatting de komende 4 jaar failliet gaan als gevolg van het aangescherpte inkoopbeleid van de zorgkantoren?*

De zorgkantoren is gevraagd met betrekking tot het prijsniveau differentiatie aan te brengen en daarmee de doelmatigheid van de zorginkoop te vergroten. Ook in 2011 is er echter voor de AWBZ meer geld beschikbaar dan in 2010 om zorg in te kopen. De totale omzet van de zorginstellingen zal dan ook toenemen. Het is niet de verwachting dat het aantal faillissementen zal toenemen onder invloed van het aanscherpte inkoopbeleid. Daarbij is er bij de intramurale zorg in 2011 ook nog sprake van een contracteerplicht. Dit betekent niet dat in 2011 er geen aanbieders zullen zijn die hun zorgleverantie zullen beëindigen. Uit informatie van de Nza is bekend dat jaarlijks 6% van de extramurale zorgverleners (ca. 80 zorgaanbieders) hun AWBZ-activiteiten beëindigd.

47

*Hoeveel bewoners van AWBZ-instellingen zullen naar verwachting onder de zak- en kleedgeldgrens komen te vallen, als gevolg van de invoering van een minimale eigen bijdrage van € 400 per maand?*

Het Centraal Administratiekantoor (CAK) heeft voor het ministerie van VWS gekeken hoeveel mensen op peildatum 14 juli 2010 een eigen bijdrage betalen die lager is dan € 400 per maand, terwijl zij de hoge intramurale eigen bijdrage zouden moeten betalen. Voor deze groep geldt dat zij onder de zak- en kleedgeldgrens komen te vallen als gevolg van de invoering van een minimale eigen bijdrage van € 400 per maand. Het CAK komt op een aantal uit van circa 23 000 cliënten. Het feitelijke aantal zal over een jaar genomen hoger zijn, omdat er gedurende het jaar een nieuwe groep mensen instroomt, die in de oude situatie ook minder dan € 400 per maand zou betalen.

48

*Is bij het vaststellen van de hoogte van de minimale eigen bijdrage voor bewoners van AWBZ-instellingen rekening gehouden met een mogelijke scheiding van wonen en zorg door een volgend kabinet?*

Bij het invoeren van de maatregel was er nog geen sprake van het feit dat het scheiden van wonen en zorg zou worden doorgevoerd. Deze maatregel is opgenomen in het concept regeerakkoord. Bij het invoeren van scheiden wonen zorg zal ook worden gekeken naar de effecten hiervan op het totaal van de eigen bijdrage intramuraal inclusief de minimale eigen bijdrage.

49

*Hoeveel mensen betalen momenteel geen eigen bijdrage? Wat is hun verzamelinkomen?*

*Kan de groep bewoners van een intramurale instelling die op dit moment minder dan € 400 per maand betaalt, worden omschreven? Om welke inkomensgroepen gaat het daarbij? Welke bijdrage wordt nu betaald? Kan worden geduid hoe de koopkracht zich ontwikkelt voor de groep die minimaal € 400 eigen bijdrage moet gaan betalen? Hoeveel mensen van de groep die minimaal € 400 eigen bijdrage moet gaan betalen, hebben te maken met de zak- en kleedgeldgrens?*

Uit gegevens van het CAK valt af te leiden dat nu circa 23 000 mensen een eigen bijdrage onder de € 400 per maand betalen. De eigen bijdrage die deze groep dan betaalt, varieert dus van € 0 tot € 399. Omdat de eigen bijdrage wordt vastgesteld op basis van het verzamelinkomen betekent dit dat deze groep een laag verzamelinkomen heeft. Het is bijvoorbeeld lager dan mensen die een volledige AOW- of een bijstandsuitkering ontvangen. Het gaat dan om bijvoorbeeld mensen die geen volledige AOW-uitkering ontvangen of in de fiscale sfeer een hoge aftrekpost hebben.

Van een specifieke groep mensen die intramuraal verblijft is bekend dat zij van de gemeenten alleen het netto zak- en kleedgeld ontvangen. Deze groep heeft alleen inkomen uit de bijstand. Omdat zij intramuraal verblijven en daarom geen kosten maken voor kost en inwoning ontvangen zij geen volledige bijstandsuitkering, maar een lagere uitkering op het niveau van het zak- en kleedgeld. Het gaat om circa 4 000 mensen. Omdat de redenen voor het lage verzamelinkomen zeer divers en individueel bepaald zijn is het op basis van de voorliggende gegevens niet mogelijk een eenduidig koopkrachtplaatje te schetsen.

50

*Op welke wijze wordt de toegang en controle van het gebruik van pgb's aangescherpt?*

In de brief over de betekenis van de visie van langdurige zorg voor de bekostiging van de AWBZ van 1 februari jl. (kenmerk: DLZ/KZ-2978756) heeft het kabinet aangegeven te streven naar een solide, toekomstbestendig pgb. Dit betekent een gebruik van het pgb dat weer is afgestemd op mensen voor wie het pgb een meerwaarde (namelijk het kunnen voeren van een eigen regie in de zorg) tot stand brengt. Dit is een meerjarig traject, waarbij in 2011 een eerste stap zal worden gezet.

Gelet op het aanscherpen van de toegang geldt het volgende:

- Het voornemen is vanaf 1 januari 2011 geen pgb's meer af te geven aan personen waarbij op basis van individuele omstandigheden bij de cliënt al op voorhand duidelijk is dat het niet wenselijk is dat een pgb als optie beschikbaar is, omdat deze niet beschikt over een vaste verblijfplaats en/of schulden heeft.
- In overleg met de Inspectie wordt bekeken of het gewenst is om pgb's te verstrekken aan personen met een specifieke zorgbehoefte waarbij de kwaliteit van zorg niet tot nauwelijks op verantwoorde wijze met een pgb is in te vullen. Het gaat hierbij om cliënten met een verblijfsindicatie die behandeling in een veelal beschermde setting nodig hebben. Te denken valt aan jeugdige licht verstandelijk gehandicapten

met een indicatie voor besloten opvang in een orthopedagogische centrum.

- In overleg met «Per Saldo», ZN, CVZ en het CIZ wordt bekeken welke maatregelen al in 2011 zijn te nemen. De beleidsinzet is te komen tot een betere screening door het CIZ in die gevallen waarbij onjuistheden in de indicatieaanvraag worden vermoed.
- In overleg met Per Saldo wordt gewerkt aan het verbeteren van de informatievoorziening aan aspirant-budgethouders zodat zij een meer geïnformeerde (en daarmee bewuste) keuze voor het pgb kunnen maken.

Gelet op het aanscherpen van de controle geldt het volgende:

- We zijn in bespreking met ZN en CVZ om te komen tot een betere ondersteuning met daaraan gekoppeld een meer intensieve controle van budgethouders in hun eerste jaar.
- Op dit moment ontwikkelen alle bij de fraude-bestrijding betrokken partijen (o.a. Justitie, NZA, DNB, IGZ, OM SIOD en FIOD) een aanpak hoe de pgb-fraude het best is aan te pakken. De insteek is het voorkomen van fraude, meer in het bijzonder: het ontwerpen van een zodanige uitvoeringsstructuur dat mensen die kwaad willen er niet langer door worden aangetrokken. Naar verwachting komen aan het eind van dit jaar hun voorstellen beschikbaar.
- Op basis een evaluatie van de zorgkantoren van hun controlewerkzaamheden (op basis van het door CVZ opgestelde controleprotocol dat in 2010 voor het eerst wordt gehanteerd) zullen zij hun controles gaan aanscherpen.

51

*Volgens de begroting blijft ondersteuning van mantelzorgers een belangrijk aandachtspunt voor gemeenten. In hoeverre geven gemeenten hieraan de benodigde prioriteit, bijvoorbeeld in hun collegeakkoorden en gelet op de bezuinigingen van de gemeenten? Welke groepen mantelzorgers bereiken de gemeenten met hun ondersteuning en in welke mate?*

Ik heb geen landelijk inzicht in de mate waarin in college-akkoorden en in gemeentelijke bezuinigingsplannen prioriteit wordt gegeven aan mantelzorgondersteuning. Met mijn brief van 5 juli 2010 (Kamerstuk 2009–2010, 30 169, nr. 23) heb ik u geïnformeerd over de nulmeting van de zogeheten basisfuncties mantelzorgondersteuning. De nulmeting geeft een goed beeld van hoe het staat met de mantelzorgondersteuning door de gemeenten aan de hand van een zestal basisfuncties. Conclusie is dat veel gemeenten op de goede weg zijn bij de ontwikkeling of de invoering van de basisfuncties maar dat op veel punten verbetering mogelijk en wenselijk is. Dat geldt met name voor het daadwerkelijk bereiken van de doelgroep. Uit de nulmeting blijkt dat ruim 75% van de gemeenten aandacht heeft voor specifieke doelgroepen. Hierbij gaat het vooral om jongeren (90% van dit aantal), senioren (71%) en bestuursvrijwilligers (46%). Gemeenten werken aan de verdere implementatie van de basisfuncties en worden daarbij ondersteund vanuit VWS.

52

*Hoe ziet de meldcode Huiselijk geweld er precies uit?*

De meldcode is een stappenplan dat professionals helpt om te handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Het stappenplan bestaat uit de volgende vijf stappen:

1. In kaart brengen van signalen;
2. Collegiale consultatie;
3. Gesprek met cliënt;
4. Afwegen van huiselijk geweld of kindermishandeling;

## 5. Beslissen: hulp organiseren of melden.

Deze stappen worden in het basismodel meldcode verder toegelicht. Deze is op [www.meldcode.nl](http://www.meldcode.nl) te downloaden. De meldcode is ook bedoeld voor specifieke vormen van huiselijk geweld zoals ouderenmishandeling, eengerelateerd geweld en vrouwelijke genitale verminking. Via de voorgenomen wet meldcode worden organisaties in gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg, justitie en politie verplicht om over een meldcode te beschikken en het gebruik ervan onder haar medewerkers te bevorderen. Het doel hiervan is om het handelingsrepertoire van professionals bij vermoedens van geweld te verbeteren zodat slachtoffers eerder in beeld komen en hulp ingezet kan worden om erger te voorkomen. Meer praktische informatie over de meldcode is te vinden op de website [www.meldcode.nl](http://www.meldcode.nl).

53

*Waarom zet de regering het Centrum Gezond Leven nog steeds in als instrument ter bevordering van een gezonde leefstijl, terwijl het IGZ zich zeer kritisch heeft uitgelaten over de door het Centrum gehanteerde interventies?*

De IGZ heeft zich niet kritisch uitgelaten over erkende interventies. De IGZ merkt op dat de kwaliteit van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid onvoldoende verbeterd is ten opzichte van vier jaar geleden. Ook constateert de IGZ dat GGD'en er goed in slagen inzicht te geven in de gezondheidssituatie van de bevolking maar dat er nog onvoldoende zicht is op aantal, aard en bereik van interventies gericht op de speerpunten uit de landelijke preventienota. Het Centrum Gezond Leven (CGL) laat een onafhankelijke commissie kwaliteitsoordelen toekennen over leefstijlinterventies. Hiermee scheidt het CGL het kaf van het koren. Mijn voorganger heeft het CGL hier opdracht voor gegeven, juist vanwege geconstateerde tekortkomingen. Inmiddels is er veel verbeterd. Er zijn nu 150 jeugd- en leefstijlinterventies op effectiviteit beoordeeld en erkend en dit aantal groeit. Meer informatie over de erkenningsprocedures, de criteria en de commissie is te vinden op [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl). Verder werkt het CGL, naar aanleiding van de constatering van de IGZ, aan een faciliteit voor GGD'en om het gebruik en bereik van erkende interventies beter te kunnen bijhouden.

54

*Het huidige preventiebeleid kenmerkt zich door het gebruik van niet bewezen effectieve methodes en therapieën. De geschatte effecten van het huidige bereik van de interventies is zeer gering, aldus het RIVM. Wat heeft de regering gedaan om dit te verbeteren, en waarom denkt de regering dat de ingezette instrumenten nu wel effect zullen hebben?*

Het RIVM constateert dat het preventieve gezondheidsbeleid effectiever kan. De effectiviteit van interventies is een belangrijk aandachtspunt binnen het preventiebeleid. In de brief van mijn voorganger van 12 mei 2010 (kamerstuk 22 894, nr. 271) heeft hij een reactie gegeven op onder andere deze constatering van het RIVM. Tevens heeft hij aangegeven dat VWS (met betrekking tot preventie) een robuuste gezondheidsbescherming en ziektepreventie in stand houdt. Daarnaast is er aandacht voor gezondheidsbevordering. In het regeerakkoord is afgesproken dat er € 50 miljoen bezuinigd zal worden op subsidies voor onder andere beïnvloeding leefstijl, anti-roken en patiëntenverenigingen. Dit eeft in combinatie met de beleidsuitgangspunten van dit kabinet reden tot een herijking van het preventiebeleid. Over de uitkomsten daarvan zal ik de Kamer informeren.

55

*In de VWS-begroting 2010 was voor 2011 € 39,4 mln. gereserveerd voor «Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl» (OD 1 van artikel 41) en € 5,5 mln. voor «Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen (OD 4 van artikel 41). In deze begroting worden beide doelstellingen samengevoegd. Klopt het dat er nu € 41,8 mln. gereserveerd is? Hoe komt het dat er minder geld naar deze preventiedoelstelling gaat?*

In de begroting voor 2010 was voor 2011 € 39,4 miljoen opgenomen voor de operationale doelstelling 1 (meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl) en € 5,5 miljoen voor operationele doelstelling 3 (het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen). Dit komt neer op een totaal van € 44,9 miljoen. In de begroting voor 2011 is voor 2011 € 41,8 miljoen beschikbaar voor OD 1 (meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl) waarin OD 3 uit de begroting van 2010 is geïntegreerd. Het verschil komt neer op een totaalbedrag van € 3.1 miljoen. Dit is het gevolg van diverse mutaties op het brede terrein van OD 1. De grootste daarvan zijn overboekingen naar het Centrum Gezond Leven van het RIVM en naar enkele programma's van ZonMw op OD5 van artikel 41. Het is dus niet zo dat er minder geld voor deze doelstelling beschikbaar is, de verdeling is echter anders. Vanuit een gedachte van doelmatigheid die integraal werken bevordert, is het geld via OD5 overgeheveld naar de juiste instanties ter financiering van activiteiten om uitvoering te kunnen geven aan de beleidsdoelstelling.

56

*Er is voor 2011 een hoger budget, € 202 mln., voor de doelstelling «Er is een doelmatig systeem van openbare zorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid» gereserveerd dan in de begroting van 2010 voorzien. Wat is de reden voor deze groei, en welke extra werkzaamheden worden met dit geld uitgevoerd?*

Op deze doelstelling worden onder andere de programma-uitgaven aan ZonMw geraamd. De groei wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de overheveling van budgetten van andere begrotingsartikelen ten behoeve van de ZonMw-programmering. Het betreft onder andere budgetten voor de uitvoering van het Innovatieprogramma Revalidatie en de programma's Zorg voor Beter, Zichtbare Schakel, Vrijwillige inzet en Participatie en Gezondheid.

57

*Er is voor 2011 een hoger budget, € 7,1 mrd., voor de doelstelling «Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg aan» gereserveerd dan in de begroting van 2010 voorzien. Wat is de reden voor het verschil van € 500 mln., welke extra werkzaamheden worden met dit geld uitgevoerd?*

De hogere uitgavenraming op deze operationele doelstelling wordt grotendeels verklaard door bijstellingen van de raming van de uitgaven Zorgtoeslag. Op basis van actuele ramingen van het CPB is de raming voor de uitgaven Zortoeslag in 2011 sinds de opstelling van de ontwerp-begroting 2010 met in totaal € 461 miljoen bijgesteld. Daarnaast is de raming van de Rijksbijdrage Zvw (ten behoeve van kinderen tot 18 jaar) n.a.v. actuele ramingen van het CPB (de MEV) ten opzichte van de raming in de ontwerp-begroting 2010 verhoogd met € 43 miljoen. Deze twee bijstellingen verklaren het verschil van circa € 500 miljoen.

58

*Hoe kan het dat de post Hulpmiddelen op € 1,43 mrd. voor 2011 begroot blijft, eigenlijk hetzelfde bedrag als de raming in de begroting van vorig*

*jaar, terwijl de Kamer besloten heeft tot pakketaanpassing en hulpmiddelen aankomend in mindere mate collectief onder de Zvw vallen?*

De raming van het kader hulpmiddelen is naar aanleiding van de afrekening 2009 (de zogenaamde maart actualisering van de raming) gecorrigeerd met € 18 mln. De reden hiervoor is dat bleek dat de raming in 2008 te voorbarig naar beneden was bijgesteld. Dit is gecorrigeerd. Daarnaast is dit kader bijgesteld voor loon- en prijsbijstelling. Door het niet langer uit het pakket vergoeden van eenvoudige mobiliteitshulp is het kader neerwaarts bijgesteld met ruim € 20 mln. Hierdoor is op totaal-niveau bezien het kader hulpmiddelen nagenoeg gelijk gebleven.

59

*Waarom is de post algemene en categorale ziekenhuizen voor 2011 op € 11,9 mrd. begroot, meer dan € 700 mln. hoger dan vorig jaar? Kan aangegeven worden waar de precieze zorggroei op gebaseerd is en welke aantallen verrichtingen sterk zullen toenemen?*

De post algemene en categorale ziekenhuizen 2011 is in de begroting 2011 hoger dan in de begroting 2010. Dit verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door de in juni 2010 geconstateerde overschrijding van € 549 miljoen op het kader ziekenhuizen. Deze overschrijding was nog niet bekend bij het opstellen van de begroting 2010. De voorgenomen maatregel bij de ziekenhuizen van € 549 miljoen is technisch nog niet op de post algemene en categorale ziekenhuizen verwerkt, zodat het volledige bedrag van de overschrijding tot uitdrukking komt op de post ziekenhuizen. Daarnaast kan het verschil worden verklaard door nominale ontwikkelingen, de loon- en prijsindexering en voor groei beschikbare middelen.

De genoemde bedragen van de post algemene en categorale ziekenhuizen is niet gebaseerd op verwachtingen met betrekking tot het toenemen van specifieke verrichtingen. De verwachte kostenontwikkeling bij ziekenhuizen wordt door VWS gebaseerd op gegevens van de NZa met betrekking tot het A-segment (budgetten) en schadelastgegevens van het CVZ voor het B-segment. Bij de beantwoording van de Kamervragen in verband met de voorhangprocedure met betrekking tot de voorgenomen korting ziekenhuizen voor 2011 is nader ingegaan op mogelijke oorzaken voor de stijgende kostenontwikkeling.

60

*Kunt u een overzicht geven van alle Nederlandse ziekenhuizen en zbc's, hun plaats van vestiging, hun adherentie, hun budget, hun budget per persoon in hun adherentiegebied, aantal eerste polibezoeken, aantal dagverpleging, aantal opnames, en aantal verpleegdagen – zoals het overzicht van Kamervraag 144 voor de VWS-begroting 2004?*

Voor het beantwoorden van de kamervraag 144 in 2004 is gebruik gemaakt van informatie die door zorgaanbieders werd verstrekt op basis van artikel 22 Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Dit artikel is komen te vervallen en opgegaan in de Wet toelating zorginstellingen (WTZI). Mede door het terugdringen van de administratieve lasten is de informatie-uitvraag sterk gereduceerd en is het detailniveau veranderd. Om deze reden is de informatie uit het overzicht uit 2004 voor kamervraag 144 op basis van de huidige informatieverplichtingen niet te reconstrueren.

Wel is het mogelijk om op basis van de budgetparameters van de NZa het volgende overzicht te maken voor de ziekenhuizen: plaats van vestiging, budget per ziekenhuis, aantal eerste polibezoeken, aantal dagverpleging, aantal opnames en aantal verpleegdagen. De NZa beschikt wel over de



adherentiegegevens van individuele ziekenhuizen, maar mogen op grond van wet- en regelgeving deze gegevens niet openbaar maken. Zie bijlage I: Overzicht ziekenhuizen op basis gegevens Nederlandse Zorgautoriteit (2009)<sup>1</sup>.

Voor de Zelfstandig behandelcentra is op basis van de regeling verslaggeving WTZi een overzicht te maken van de volgende elementen: plaats van vestiging, aantal eerste polibezoeken, aantal dagverpleging, aantal opnames en aantal verpleegdagen. ZBC's zijn niet budgetgefinancierd. ZBC's uit het overzicht kunnen deel uitmaken van een zorgconcern zijn dan ook niet als aparte entiteit herkenbaar. Zie bijlage II: Overzicht van Zelfstandig Behandelcentra op basis gegevens Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (2009).<sup>1</sup>

61

*De post geneeskundige GGZ door vrijgevestigden is met 20% verhoogd naar € 189 mln. Wat is de reden voor deze toename, en waar wordt dit op gebaseerd?*

Op deze sector worden zowel de uitgaven voor curatieve eerstelijns GGZ door psychologen als de curatieve tweedelijns GGZ door vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten verantwoord.

In de VWS-begroting 2010 bedroeg de raming voor Geneeskundige GGZ door vrijgevestigden € 157 miljoen en in de begroting 2011 is daarvoor een raming van € 189 miljoen opgenomen. Dit is een toename van € 32 miljoen, die voor € 24 miljoen veroorzaakt wordt door de structurele doorwerking van realisatiecijfers over 2009 van eerstelijns psychologische zorg. Dit hogere niveau hangt samen met het onder het Zvw-pakket brengen van 8 zittingen eerstelijns psychologische zorg.

De resterende € 8 miljoen betreft nominale bijstellingen en de toedeling van nog onverdeelde groei ruimte voor geneeskundige GGZ naar de verschillende deelsectoren.

62

*Er staat een nieuwe post op de begroting: «huisartsen en geïntegreerde eerstelijnszorg». Waarom het verschil met de vorige post «huisartsen en gezondheidscentra»? Zijn de chronische ketendbc's toegevoegd? Welk gedeelte van de hogere begroting wordt veroorzaakt door de ketendbc's?*

De naam voor de post «huisartsen en geïntegreerde eerstelijnszorg» dekt beter de lading van de uitgaven op deze post dan de term «huisartsen en gezondheidscentra». Eerstelijnszorg is zorg die laagdrempelig voor de patiënt bereikbaar, toegankelijk en beschikbaar is. Diverse zorgverleners werken daarbij gestructureerd en geïntegreerd met elkaar samen en maken onderlinge werkafspraken die helder naar patiënten worden gecommuniceerd. Coördinatie en continuïteit van zorg zijn daarbij sleutelbegrippen. Dit kan georganiseerd worden in gezondheidscentra, maar ook door zorgaanbieders die niet onder één dak vertoeven.

Het hogere bedrag dat in de begroting op de post «Huisartsen en gezondheidscentra» staat komt voort uit zowel autonome groei van de zorgvraag als loon- en prijsontwikkeling. De chronische keten-dbc's maken geen onderdeel uit van dit bedrag. Chronische keten dbc's vormen een aparte post op de begroting (zie tabel pagina 18).

63

*De post beheerskosten uitvoeringsorganen Zvw is met € 500 000 (9%) gestegen ten opzicht van vorig jaar. Wat is de reden voor deze stijging?*

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

*Kunt de verwachte extra kosten onderverdelen onder de uitvoeringsorganen Zvw, zoals de NZa?*

De op pagina 18 van de VWS begroting 2011 opgenomen raming van de beheerskosten uitvoeringsorganisaties Zvw (€ 6 miljoen) is afgerond op hele miljoenen euro's. De beheerskosten op pagina 49 (€ 5,6 miljoen) zijn genoteerd in miljoenen euro's met een decimaal achter de komma.

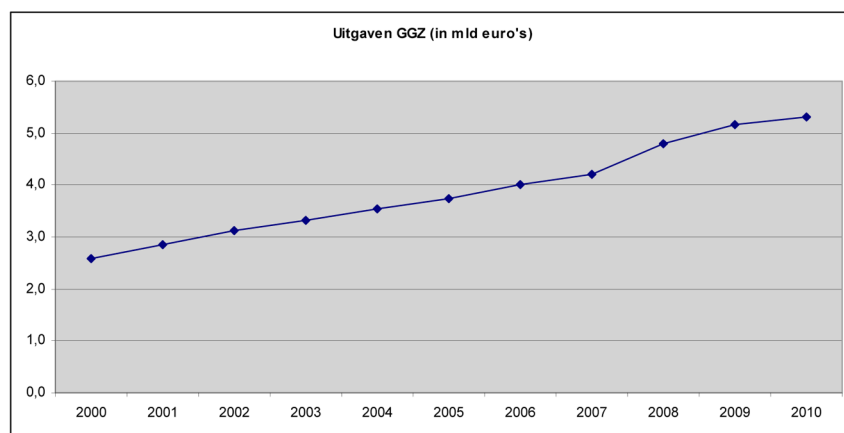
Het verschil tussen beide bedragen wordt verklaard door de verschillende afronding. Er is dus geen sprake van een stijging van de beheerskosten uitvoeringsorganisaties Zvw.

De beheerskosten uitvoeringsorganen Zvw hebben betrekking op uitvoering van de Compensatieregeling Eigen Risico door het CAK.

64

*Hoe hebben de kosten voor de GGZ zich de afgelopen 10 jaar ontwikkeld, met medeneming van de kostenontwikkeling op het moment dat de GGD (deels) ondergebracht werd in de zorgverzekeringswet?*

In de onderstaande figuur staat de ontwikkeling van de GGZ over de afgelopen tien jaar. De curatieve GGZ is in 2008 ondergebracht in de zorgverzekeringswet.



65

*Wat is de verklaring voor de tijdreeks onder het onderdeel r (Beweegkuur opnemen in pakket) in de tabel over de Mutaties in de bruto-BKZ-uitgaven en ontvangsten sinds de ontwerpbegroting 2010? Kan een totaaloverzicht gegeven worden van de middelen die tot en met 2015 beschikbaar zijn voor het opnemen van de beweegkuur in het pakket?*

Oorspronkelijk was ingezet op opname van de Beweegkuur in het verzekerd pakket per 1 januari 2011. Er is besloten om het besluit over de opname van de Beweegkuur in het verzekerde pakket een jaar uit te stellen. Het voor 2011 binnen het BKZ gereserveerde budget van € 9 miljoen is daarom overgeheveld naar de begroting.

De reeks zoals deze is opgenomen vanaf 2012 heeft betrekking op een situatie waarin de Beweegkuur als onderdeel van het verzekerd pakket is opgenomen. (Op basis van ramingen uit het CVZ-advies van 10 augustus 2010 *De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk*)

Deze reeks is een saldo van de kosten van de opname in het verzekerd pakket, de besparingen als gevolg van substitutie en het gezondheids-effect en de reeds binnen het BKZ gereserveerde middelen.

In onderstaande tabel zijn de cijfers opgenomen (bedragen in miljoenen euro's):

	2012	2013	2014	2015
Kosten	80	76	73	69
Besparingen	29 –	46 –	54 –	60 –
Netto-uitgaven	51	30	19	9
Gereserveerd budget	12 –	30 –	30 –	30 –
Saldo	39	0	– 11	– 21

66

*Waar wordt de korting van het Wmo-budget met structureel € 150 miljoen precies toegepast binnen dat budget? Welk beleidsdoel ligt hieraan ten grondslag?*

Het in de vraag genoemde bedrag van € 150 mln wordt in mindering gebracht op het macrobudget Wmo/hulp bij het huishouden. Deze bijstelling vindt plaats, omdat met het oog op een adequaat budget rekening wordt gehouden met een structureel lager niveau voor uitgaven huishoudelijke hulp pgb dan is geraamd.

67

*De post ambulancevervoer is met € 438 mln. voor 2011 € 6,5 mln. hoger dan in de begroting van vorig jaar werd geraamd. Wat is de precieze reden voor dit verschil, en kan de groei naar kostenpost worden uitgespitst?*

De raming voor het jaar 2011 is ten opzichte van de begroting 2010 per saldo verhoogd met € 5,9 miljoen. Het gaat daarbij om verhogingen in verband met de loon- en prijsontwikkeling (€ 6,8 miljoen), de groeiruimte 2010 (€ 4,1 miljoen) en een bedrag van € 8,0 miljoen voor de ouderenregelingen in de ambulancezorg. Al deze bedragen stonden in de begroting 2010 geraamd op de sectoren «Nominaal en onvoorzien» en «Ziekenvervoer onverdeeld». Hier staat een verlaging tegenover ten gevolge van de efficiencytaakstelling ambulances die in deze begroting is toegevoegd. Deze taakstelling bedraagt in 2011 € 13,0 miljoen.

68

*In de brief «programmatische aanpak van chronische ziekten» van 13 juni 2008 zijn de ambities geschetst op het gebied van chronische ziekten in relatie tot de vergrijzing. In hoeverre zijn de inzichten inmiddels gewijzigd, gelet op de meest recente cijfers over de groei van de zorguitgaven en de toegenomen levensverwachting?*

De inzichten zijn niet gewijzigd. Recente cijfers uit het RIVM rapport «Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010» laten zien dat de levensverwachting toeneemt, het aantal Nederlanders met een chronische ziekte groter worden, mensen op steeds jongere leeftijd met een chronische aandoening wordt geconfronteerd en dat de zorguitgaven in een snel tempo stijgen.

Deze cijfers bevestigen de inzichten die aan de «programmatische aanpak ten grondslag ligt» en ondersteunen de noodzaak om de ambities en doelen van de programmatische aanpak te realiseren.

69

*Hoe wordt de als gevolg van integraal gezondheidsbeleid te verwachten gezondheidswinst bij laagopgeleiden uitgedrukt? Wat is de verwachte*

*netto gezondheidswinst bij deze groep wanneer de gevolgen van stijgende individuele zorgkosten zoals de zorgpremie, eigen risico, invoering eigen betalingen enz. worden meegerekend?*

Gezondheidswinst wordt door een diversiteit van factoren bepaald. Naast erfelijke aanleg, gedrag en toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg spelen werkgelegenheid, inkomen, opleiding en woonomgeving een belangrijke rol. Door de complexe interacties van deze factoren is het niet mogelijk vast te stellen wat de specifieke invloed van een enkele factor zoals de stijging van individuele zorgkosten is. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat de effecten van integraal gezondheidsbeleid niet binnen 1 of 2 jaar zichtbaar zijn.

Iedere vier jaar laat het RIVM wel in de VTV zien hoe de gezondheidstoestand, ook van laagopgeleiden, zich ontwikkelt. Op basis daarvan kunnen nieuwe beleidsprioriteiten worden vastgesteld.

70

*Hoe is de ministeriële verantwoordelijkheid voor het beschermen van consumenten tegen onveilige consumentenproducten en levensmiddelen te rijmen met het uitblijven van een reclamecode voor voedingsmiddelen, in het licht van het toenemende aantal kinderen, jeugdigen en volwassenen met overgewicht?*

De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) houdt toezicht op de veiligheid van producten en voeding. De volwassen consument is in eerste aanleg zelf verantwoordelijk voor zijn veiligheid en leefstijl. De rol van de overheid hierbij is vaststelling van veiligheid van voedsel en waren. Die taak wordt serieus opgepakt. Alle voedsel is bij overconsumptie ongezond. Daarin heeft de volwassen consument een eigen verantwoordelijkheid. Voor reclame voor voedingsmiddelen gericht op kinderen geldt het volgende. In de reclamecode is een verbod voor voedingsreclame gericht op kinderen tot zeven jaar opgenomen. In de brief van het vorige kabinet aan de Tweede Kamer van 9 maart 2010 (TK 2009–2010 31 899, nr. 17) is de aangescherpte reclamecode voor voedingsmiddelen, die op 7 januari jl. is aangenomen door de Stichting Reclame Code (SRC), aangegeven. Tevens zijn de stappen van de industrie op het gebied van zelfregulering voor reclame voor voedingsmiddelen gericht op kinderen van 7 tot 12 jaar uiteengezet. Door middel van een onafhankelijk monitoringstraject zal de blootstelling van kinderen tot twaalf jaar aan voedingsreclame worden gevolgd. Zodra medio 2011 de resultaten beschikbaar zijn, wordt u daarover geïnformeerd.

71

*Wat is de verklaring voor het cijfer dat de jaren in goed ervaren gezondheid bij mannen voor 2007 naar 2008 is afgenomen van 64,7 jaar naar 63,7 jaar?*

Bij de totstandkoming van de indicator «jaren in goed ervaren gezondheid» wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten. Het gaat hier ook om de beleving van mensen. Hierdoor kan er enige schommeling tussen jaren zijn die niet direct inhoudelijk kan worden verklaard.

Over de jaren heen is er een stijgende trend waar te nemen van deze indicator. Dit wordt ondersteund door de recentelijk gepubliceerde CBS gegevens over 2009 (d.d. 11 oktober 2010). De gezonde levensverwachting van mannen in 2009 was 65,3 jaar, dit is duidelijk hoger dan de cijfers in 2007 (64,7) en 2008 (63,7).

72

*Waarom zijn de streefwaarden voor 2011 van de gemiddelde levensverwachting en het gemiddelde aantal gezonde levensjaren gelijk aan de cijfers van 2009?*

Het gezondheidsbeleid is erop gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Een veelheid van factoren, waaronder erfelijke aanleg, gedrag, toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg, werkgelegenheid, inkomen, opleiding en de woonomgeving, zijn van invloed zijn op de gezondheid. De expliciete bijdrage van het beleid is derhalve niet eenvoudig op korte termijn in een getal samen te vatten. Een reële verbetering van de absolute levensverwachting wordt over het algemeen pas na een langere termijn zichtbaar. Daarnaast constateert de VTV (maart 2010) over de afgelopen jaren een vrij sterke en overwachte stijging met meer dan twee jaar. Een dergelijke stijging heeft sinds de Tweede Wereldoorlog niet plaatsgevonden. De stijging is ook meer dan in de vorige VTV's werd verwacht. Extrapolatie van een dergelijke stijging zou onverstandig zijn. Vandaar dat het streefgetal voor 2011 genoteerd wordt als «gelijk of groter dan» de levensverwachting in 2009.

73

*Welke doelstellingen heeft het kabinet voor het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, en wat is de kwantitatieve bijdrage van de in te zetten instrumenten en middelen aan het realiseren van deze doelstellingen?*

In mijn brief van 28 juni heb ik aangegeven dat het Kabinet aansluit bij de doelstelling zoals deze in 2001 door de commissie Albeda is geformuleerd: een toename van drie gezonde levensjaren bij laagopgeleiden in de periode 2001–2020.

Gezondheidsverschillen worden door een tal van factoren bepaald. Naast erfelijke aanleg, gedrag en toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg zijn werkgelegenheid, inkomen en de woonomgeving belangrijke factoren. Gezondheidswinst is derhalve slechts haalbaar wanneer er voor een samenhangende aanpak wordt gekozen waarbij de verschillende beleidsterreinen met elkaar verbonden worden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de verantwoordelijkheid voor iemands gezondheid primair bij mensen zelf ligt. De overheid kan slechts gezond gedrag stimuleren, ondersteunen en faciliteren. Daarnaast kunnen ook andere maatschappelijk actoren bijdragen aan het oplossen van gezondheidsverschillen.

74

*Wat is de effectiviteit van de genoemde projectsubsidies? In hoeverre hebben de genoemde projecten bijgedragen aan het verminderen van de problematiek waarop zij gericht zijn? Staat deze bijdrage in verhouding tot de verkregen subsidie?*

Bij de beoordeling van subsidieaanvragen, zowel de aanvragen die bij VWS binnenkomen als de aanvragen die ZonMw beoordeelt, is de verwachte effectiviteit van de voorgenomen activiteiten een belangrijk criterium. Daarbij wordt echter ook gelet op het doel en het karakter van de specifieke activiteiten. Bij genoemde projectsubsidies lopen deze sterk uiteen. Daarom kan niet zonder meer de effectiviteit van genoemde projectsubsidies worden aangegeven. De VTV 2010 laat zien dat de trends in leefstijl niet langer ongunstig zijn. Deze ontwikkeling is mede het gevolg van de activiteiten die met projectsubsidies zijn uitgevoerd.

75

*In hoeverre bestaat er overlap tussen de verschillende projectsubsidies? Is er bijvoorbeeld overlap tussen het Convenant Gezond Gewicht en Overgewicht en voeding?*

Het doel, de aard en het karakter van genoemde projectsubsidies lopen sterk uiteen. De subsidie aan het Convenant Gezond Gewicht richt zich op het vormgeven van een publiek-private samenwerking onder het thema Gezond Gewicht. De projectsubsidies die vallen onder Overgewicht en Voeding betreffen specifieke activiteiten zoals de ontwikkeling van een zorgstandaard overgewicht en obesitas, het stimuleren van een gezonde schoolkantine, ondersteuning van zorg voor borstvoeding, monitoringsonderzoek van overgewicht door het RIVM en het monitoren van voedingsreclame bij kinderen tot 12 jaar.

Vanuit de wens om effectief en integraal te werken is er aandacht voor het voorkomen van overlap en voor versterking van specifieke activiteiten en hieruit voortvloeiende producten. Dit gebeurt bijvoorbeeld ten aanzien van het project Gezonde Schoolkantine; dit wordt door Convenant Gezond Gewicht ondersteund en bij relevante partijen en doelgroepen onder de aandacht gebracht. Gegevens van RIVM onderzoek worden bijvoorbeeld ook ingezet voor de trendmonitor van het Convenant Gezond Gewicht. Uiteraard zal in het licht van de bezuinigingen die ons te wachten staan, het voorkomen van overlap en een efficiënte inzet van middelen een blijvend punt van aandacht zijn.

76

*Welke effect heeft naar verwachting een totaalverbod op alcoholreclame op het drankgebruik onder jongeren?*

Er zijn geen concrete cijfers beschikbaar over het effect van een totaal alcoholreclameverbod op het drankgebruik onder jongeren.

77

*Er wordt gesteld dat het huidige niveau van veiligheid van ons voedsel en onze producten hoog is. Waar is deze stelling op gebaseerd? Als deze stelling onderbouwd kan worden, waarom kan hier dan geen prestatie indicator voor opgenomen worden?*

De stelling dat het huidige niveau van veiligheid van voedsel en producten hoog is, is onder andere gebaseerd op controles (zowel nationaal als import) en onderzoeken door zowel de overheid (VWA, RIVM, Rikilt) als de private sector. Bovenstaande wordt expliciet voor voedselveiligheid bevestigd door de bevindingen uit het RIVM rapport «Ons eten gemeten» dat in opdracht van het Ministerie van VWS in 2004 is geschreven.

Nederlandse en internationale overheden hebben de afgelopen decennia een uitgebreid stelsel van wetgeving, normstelling, certificatie, accreditatie en toezicht tot stand gebracht om de voedsel- en productveiligheid te garanderen en te bevorderen. Ook het aantal veiligheidsmaatregelen dat bedrijven zelf uitvoeren om de voedselveiligheid te optimaliseren is aanzienlijk toegenomen. Het beleid is erop gericht om bedrijven op het domein van de productveiligheid eveneens tot meer van dergelijke investeringen te laten komen. Bovengenoemde (voorzorgs)maatregelen sluiten echter niet uit dat er toch incidenteel problemen kunnen ontstaan.

In het verleden zijn inderdaad prestatie-indicatoren voor het aantal ziektegevallen en infecties ten gevolge van voedsel gebruikt. Hiervan is afgestapt omdat deze indicatoren onbetrouwbaar bleken. De relatie tussen oorzaak en gevolg is in het geval van voedselgerelateerde ziektes vaak

niet direct te leggen. Bovendien is het totale veld bij voedselveiligheid zo breed en complex dat prestatie-indicatoren geen toegevoegde waarde bieden bovenop de beschikbare monitorings- en toezichtsgegevens. Om soortgelijke redenen is in het domein productveiligheid eveneens afgezien van prestatie-indicatoren. Ook hier is de causaliteit tussen de veiligheid van het product en de aard en omvang van gezondheidsschade vaak niet direct te leggen.

78

*Hoeveel harddrugsverslaafden zullen naar schatting afzien van ondersteuning en dagbesteding als gevolg van de invoering van een eigen bijdrage?*

Zoals in de brief van mijn ambtsvoorganger van 4 mei 2010 is meegegeeld, zal de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) met andere cliëntenorganisaties de cliëntervaringen met de pakketmaatregelen AWBZ in beeld brengen door middel van een cliëntenmonitor (Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nr. 133). De NPCF zal daarbij onderzoeken in hoeverre mensen door de invoering van de eigen bijdrage afzien van begeleiding. Omdat de eigen bijdrage bij zorg in natura pas op 21 juni 2010 is ingegaan, kan hierover op zijn vroegst eind 2010 of begin 2011 iets worden gezegd

79

*Hoeveel geld wordt er in 2011 aan het Zon-Mw programma Dierproeven begrensd uitgetrokken?*

Zie antwoord op vraag 1.

80

*Kunt u uiteenzetten hoeveel geld in 2010 en volgende jaren beschikbaar is voor de uitvoering van de agenda en het actieplan naar aanleiding van de programmeringsstudie en de trendanalyse dierproeven?*

De Programmeringsstudie Alternatieven voor Dierproeven is nog niet volledig afgerond. Daarom zijn de agenda en het actieplan naar aanleiding van de programmeringsstudie en de trendanalyse dierproeven nog niet beschikbaar (planning: eind 2010). Hiervoor is max. € 225 000,- voor 2011 en voor 2012 beschikbaar.

81

*Kunt u uiteenzetten hoeveel geld er beschikbaar is voor NKCA in 2011 en de daarop volgende jaren?*

Zie antwoord op vraag 1.

82

*Waarom zijn de streefwaarden voor 2011 voor deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma, voor deelname aan het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en voor het percentage deelname hielprik lager dan de cijfers van 2009? Waarom zijn de streefwaarden 2011 voor opsporing van gonorrhoe en chlamydia niet hoger dan de waarden van 2009?*

Bij programmatische preventie, zoals bij het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek, nodigt de overheid burgers uit om deel te nemen, omdat bewezen is dat er op collectief niveau gezondheidswinst is te halen. Vervolgens kunnen burgers voor zichzelf de afweging maken of ze gebruik maken van dit aanbod. De overheid streeft vanzelfsprekend naar een hoge deelname, omdat dit de

effectiviteit ten goede komt. Maar niet ten koste van de autonomie van burgers (zie kaderbrief screening van 4 juli 2008).

Deelnameverhogende maatregelen worden vooral genomen om drempels weg te nemen (denk aan het aanbieden van een thuistest aan vrouwen die niet deelnemen aan het uitstrijkje) en niet om burgers over te halen. In dit beleid passen geen hoge deelnamepercentages als doelstelling, wel een goed geïnformeerde keuze van de burger om deel te nemen. In de praktijk is de deelname overigens onveranderd goed:

Zo'n 77% van de doelgroep van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker laat eens per vijf jaar een uitstrijkje maken. De deelname aan de hieprikscreening is al jaren onveranderd hoog, te weten 99,9%. De streefcijfers 2011 voor opsporing van gonorrhoe en chlamydia zijn hoger of in elk geval gelijk aan die in 2009. De verwachting is dat het aantal gediagnostiseerde soa's voorlopig zal toenemen. De reden hiervoor is dat er meer testen worden uitgevoerd en daardoor dus meer gevallen gevonden worden.

Bij het RVP is streefwaarde van 95% afkomstig van de WHO. De achterliggende gedachte is dat bij deze vaccinatiegraad voldoende mensen gevaccineerd zijn om de hele bevolking, inclusief niet-gevaccineerden, te beschermen tegen de betreffende infectieziekte. Dit is ook bekend als «kudde-immuniteit».

83

*Is de kosten- en batenanalyse van 2009 betrokken bij het vaststellen van de financiering van tolk- en vertaaldiensten? Zo ja, in welk opzicht? Zo nee, waarom niet?*

In november 2009 is een verkennend onderzoek naar de kosten en baten van tolkdiensten afgerond. De resultaten uit het rapport zijn betrokken bij de nieuwe aanbesteding van de contracten voor de bemiddeling van tolk- en vertaaldiensten en het verder vormgeven van het beleid omtrent deze regeling. Bijvoorbeeld met betrekking tot de annuleringskosten (worden voortaan niet meer vergoed onder deze regeling) en bij het vaststellen van een maximum aan reiskilometers per persoonlijke tolkdienst.

84

*De Rijksbijdrage aan het CVZ wordt aangepast om financiële problemen bij abortusklinieken te voorkomen. Welke problemen voorziet de minister? Hangen deze problemen samen met het verwijderen van de anticonceptiepil uit het basispakket? Op welke wijze draagt een aangepaste regeling bij aan het voorkomen van financiële problemen?*

De inzet van het CVZ op het dossier abortus zal door de aankomende wijziging van de subsidieregeling en de daarmee samenhangende invoer van een code goed bestuur intensiever zijn dan in de voorgaande jaren. Dat is de reden waarom de Rijksbijdrage aan het CVZ wordt aangepast. Aan het CVZ wordt daarmee niet gevraagd financiële problemen te voorkomen bij klinieken. De verantwoordelijkheid voor het financieel management ligt bij de klinieken zelf, niet bij het CVZ. Of zich in de toekomst financiële problemen gaan voordoen is op dit moment dan ook niet bekend. De reden om de huidige regeling aan te passen is gelegen in het feit dat de systematiek onvoldoende aandacht heeft voor goed financieel beleid. Door dit te stimuleren kan de financiële positie van klinieken worden versterkt. De financiering van abortusklinieken hangt overigens op geen enkele wijze samen met de anticonceptiepil. De verdwijning hiervan uit het basispakket houdt dan ook geen verband met de financiële positie van abortusklinieken.



85

*Is bij het verbeteren van de financieringsstructuur van de abortushulpverlening ook overwogen om een eigen bijdrage te vragen van de vrouwen die om abortus vragen? Zo nee, waarom niet?*

De verbetering van de financieringsstructuur is erop gericht de bedrijfsvoering van de klinieken moderner en transparanter te maken. De verandering is niet gericht op de financieringsstructuur van de behandeling.

86

*Wat is precies de inhoud van het programma «Patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg»? Welke stappen zijn hier gezet en welke stappen moeten aankomend jaar nog genomen worden?*

Het programma patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg ook wel het programma «Vanzelfsprekende Veiligheid» genoemd, dat loopt tot 2012, bestaat uit een aantal onderdelen. Een nulmeting heeft informatie opgeleverd over aard en omvang van vermijdbare schade in uiteenlopende beroepsgroepen in de eerstelijnszorg. De Nederlandse eerstelijnszorg is voor cliënten en patiënten in het algemeen veilig. De kans dat een patiënt als gevolg van het zorgproces schade oploopt die vermeden had kunnen worden, is klein. Wel zijn er in alle beroepsgroepen in de eerste lijn zaken aan te wijzen die beter kunnen. Met name de kwaliteit van patiëntendossiers, communicatie tussen zorgverleners, het niet volgen van protocollen en richtlijnen over veiligheid en infectiepreventie maar ook het klinisch redeneren bij diagnostiek, therapiekeuze (met name medicatie) en (onvoldoende) monitoring van het verloop van de aandoening.

Koepel- en brancheorganisaties hebben in 2009 een convenant ondertekend over het invoeren van een systeem om incidenten te melden, op basis daarvan verbeteringen uit te voeren en op de in het onderzoek gesignaleerde thema's te verbeteren. In 2010 heeft de eerste nationale meldweek patiëntveiligheid in de eerste lijn plaats gevonden. Ook zijn er, ter aanvulling op al bestaande middelen, nieuwe, concrete instrumenten ontwikkeld waarmee beroepsbeoefenaren in hun dagelijkse praktijk aan de slag kunnen. Een elftal pilot regio's is al met deze instrumenten aan de slag gegaan in 2010.

Komend jaar wordt er middels het programma Zorg voor Veilig en de inzet van de beroepsgroepen ingezet op het uitrusten van zorgverleners in de eerste lijn met praktische hulpmiddelen (tools), waarmee ze Veilig Incident Melden in gang kunnen zetten en veiligheidsrisico's in hun werkomgeving kunnen aanpakken. Op de website [www.zorgvoorveilig.nl](http://www.zorgvoorveilig.nl) kunt u zien welke activiteiten er allemaal worden ingezet voor deze landelijke uitrol. Daarnaast start er een apart programma voor patiëntveiligheid in de ambulancezorg.

87

*De premie-uitgaven aan ZBC's halveert per 1 januari 2010. Kan de minister dit verklaren?*

Ik ga ervan uit dat wordt bedoeld dat de uitgaven per 2012 halveren. Op basis van realisatiegegevens van het CVZ over 2009 heeft VWS geconstateerd dat er een overschrijding is op de beschikbare middelen voor ZBC's van bijna € 200 miljoen. VWS is voornemens deze overschrijding per 2012 te redresseren middels het nader uit te werken Wet Marktordening Gezondheidszorg instrumentarium in het Wetsvoorstel AIB WMG. Het

doel hiervan is de geconstateerde overschrijding van af 2012 te redresseren

88

*Voor hoeveel aandoeningen kunnen burgers op dit moment de kwaliteit van zorg bekijken op kiesbeter.nl? Ligt het programma Zichtbare Zorg op schema om de streefwaarde van 23 inzichtelijke aandoeningen in 2010 te halen? Waarom is er zo een grote discrepantie tussen de doelstelling van het kabinet om 80 inzichtelijke aandoeningen in 2011 te hebben en de streefwaarde van 23 in 2010? Is de doelstelling van 80 inzichtelijke aandoeningen in 2011 nog steeds realistisch? Wordt de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren door Zichtbare Zorg in 2011 op het ministerie van VWS ondergebracht of bij de IGZ?*

Op dit moment kunnen van 6 aandoeningen informatieproducten worden bekeken op kiesBeter.nl. Aan het eind van het jaar zal dat aantal zijn opgelopen tot 25. Daarmee wordt de streefwaarde gerealiseerd. Het verschil in streefwaarde en kabinetsdoelstelling wordt veroorzaakt door de gefaseerde aanpak waarvoor is gekozen. Er zijn door de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen 4 tranches gedefinieerd; het aantal aandoeningen waarvoor indicatoren worden ontwikkeld loopt per tranche op. In 2010 komen de resultaten van tranche 2 beschikbaar. In 2011 de resultaten van de tranches 3 en 4. Een uitloop naar 2012 wordt niet uitgesloten.

In de eerste helft van 2011 blijft het programmabureau ondergebracht bij de IGZ. De positie van het bureau na 1 juli wordt bezien in de context van de besluitvorming over het Kwaliteitsinstituut.

89

*Waarom wordt het Erfocentrum niet structureel ondersteund?*

Uit het bedrag van € 9 mln. voor de aanpak van babysterfte ben ik voornemens om het Erfocentrum een meerjarige projectsubsidie van maximaal € 175 000 per jaar te verlenen voor het onderhoud, het ontsluiten en het toeleveren van betrouwbare kennis en informatie ten behoeve van professionals en burgers op het terrein van erfelijkheid. Ik heb de intentie om in elk geval tot en met 2013 het Erfocentrum een dergelijke projectsubsidie toe te kennen. Daarna vindt – zoals te doen gebruikelijk met projectsubsidies – een nieuwe afweging in relatie tot de beleidsdoelstellingen van VWS plaats.

90

*De Stichting Perinatale Registratie ontving in 2010 € 1,24 mln. aan instellingsubsidie, het aankomend jaar € 622 000 terwijl € 920 000 was gereserveerd. Heeft de minister overleg met de Stichting over deze korting gehad? Waar is deze korting op gebaseerd, en welke taken zal de stichting moeten afstoten?*

Er is sprake van een verwisseling van bedragen. De Stichting Perinatale Registratie Nederland ontvangt in 2010 een subsidie van € 624 737. Inclusief loon- en prijsindexering is dit overeenkomstig de in eerder jaren verstrekte subsidie. Het genoemde bedrag van € 920 000 is gereserveerd voor de Stichting Perinatale Audit Nederland en is eveneens overeenkomstig het bedrag dat in eerdere jaren is verstrekt (aanvankelijk via het RIVM). Voor de initiële fase is tevens een subsidiebedrag van € 330 000 gereserveerd (optellend tot de genoemde € 1, 24 mln) ten behoeve van trainingen en opleidingen van regionaal werkzame auditfunctionarissen. Inmiddels functioneert de audit echter volledig zonder dat dit bedrag behoefde te worden aangesproken.

91

*Wordt het Nivel Landelijk Informatienetwerk Eerstelijnszorg (LINEL) in 2011 niet meer uitgevoerd?*

Voor de uitvoering van het LINEL is voor de periode 1-7-2010 tot en met 30-6-2013 een subsidie verleend aan het NIVEL van € 3,4 mln. Ik verwijs u hiervoor tevens naar de tabel «Geraamde begrotingsuitgaven» op pagina 52 van de begroting.

92

*Wat is de precieze inhoud van het programma Arbeidsmarktbeleid? Welke stappen zijn het afgelopen jaar gezet en welke stappen moeten in 2011 genomen worden?*

In 2007 is door de toenmalige bewindslieden VWS het actieplan «Werken aan de zorg» opgesteld (kamerstuk 29 282 nr. 46). In dit plan wordt langs drie lijnen (innovatie, instroom en behoud personeel) het arbeidsmarktbeleid van zorginstellingen en sociale partners ondersteund. Daarbij gaat het onder andere om de activiteiten van het ZorgInnovatiePlatform, het starten van het stagefonds, de versterking van het regionale arbeidsmarktbeleid met gerichte subsidies en specifieke projecten vanuit het zorgveld gericht op versterking van het HRM-beleid en het werven en opleiden van specifieke groepen. In de jaren daaropvolgend is hier verder invulling aan gegeven, ook in 2010.

In het kader van het actieplan hebben de toenmalige bewindslieden aan het ZorgInnovatiePlatform (ZIP) advies gevraagd voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek op de langere termijn. Eind 2009 heeft het ZIP advies uitgebracht. Op basis van dit advies is overleg gevoerd met sociale partners. Het resultaat is dat een agenda is opgesteld met als hoofdthema's:

- Opleidingsbeleid;
- Inzetbaarheid personeel;
- Innovaties in de zorg;
- Administratieve lasten
- Afstemming regionaal en landelijk arbeidsmarktbeleid;
- Werven in het buitenland.

Mede op basis van het regeerakkoord zal deze agenda met de sociale partners de komende maanden verder uitgewerkt worden met concrete activiteiten, zodat in de loop van 2011 deze activiteiten in gang gezet kunnen worden

93

*Wat is de opdracht NZa curatieve zorg die voor € 1 mln. op de begroting 2011 staat?*

De opdracht Nza curatieve zorg die voor 1 mln op de begroting 2011 staat betreft het onderzoek ten behoeve van de herijking van de normtijden die voor medisch specialisten in de DBC's zijn opgenomen. De NZa is reeds met dit onderzoek gestart en dit loopt nog door in 2011. De nieuwe normtijden kunnen op zijn vroegst in 2012 worden geïntroduceerd

94

*Hoe komt het dat er € 1,34 mln. aan ZonMW: Regieraad Kwaliteit van Zorg wordt uitgegeven terwijl eerder begroot werd dat er in 2011 € 550 000 zou worden uitgegeven?*

De werkzaamheden van de Regieraad zijn in te delen in ondersteunende werkzaamheden en aanvullend onderzoek. Voor de ondersteunende werkzaamheden is structureel € 0,55 mln geraamd.

Voor aanvullend onderzoek worden jaarlijks incidenteel middelen beschikbaar gesteld. Voor 2011 betreft dat het verschil tussen de € 1,34 mln en de structureel beschikbare middelen.

Dit aanvullend onderzoek gebruikt de Regieraad ter ondersteuning van haar taak om richtlijn-ontwikkeling, -onderhoud en -implementatie te agenderen en te stimuleren. In het werkplan voor 2011 zijn de aandachtspunten voor aanvullend onderzoek voor de sectoren preventie, cure, care opgenomen. Voor preventie is het voorstel om het onderzoek te richten op o.a. infectieziektebestrijding, screening en jeugd. Voor cure is dat o.a. harmonisatie van richtlijnen via de Richtlijn voor richtlijnen, praktijkvariatie en innovatieve technieken. Voor care zijn o.a. perspectief op kwaliteit, toerusten beroepskrachten en veiligheid voorgesteld als onderzoekspunten. Begin 2011 worden exacte onderzoeksopdrachten geconcretiseerd.

95

*Waarom kan pas eind 2010/begin 2011 aangegeven worden wat het aantal vermijdbare incidenten in ziekenhuizen is geweest en hoe hoog de vermijdbare sterfte in ziekenhuizen was in 2008? Waarom betreft de meting dan maar de helft van het aantal dossiers dat in de nulmeting van 2004 betrokken was?*

### **Context van deze vraag**

De meting van het aantal vermijdbare schades in ziekenhuizen wordt vormgegeven binnen het onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid. Het onderzoekscentrum is ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen het NIVEL en het EMGO+ /VUmc. Het project «Monitor Zorggerelateerde schade in Nederlandse Ziekenhuizen» maakt onderdeel uit van het onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid (<http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl>).

### **Nul-meting**

In 2005 en 2006 is door het NIVEL en EMGO het landelijk dossieronderzoek Patiëntveiligheid in Nederlandse Ziekenhuizen uitgevoerd. In 21 ziekenhuizen werden bijna 8 000 dossiers (**uit het jaar 2004**) onderzocht om vast te stellen hoe vaak onbedoelde en vermijdbare zorggerelateerde schade (adverse events) optreedt. Dit was de zogenaamde **nul-meting**.

### **Dossieronderzoek Patientveiligheid in Nederlandse Ziekenhuizen**

Om meer inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling van de aard, ernst, omvang en mate van vermijdbaarheid van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen over een periode van 5 jaar (2009–2013), is een landelijke monitorstudie opgezet. De monitor is een vervolg op de nulmeting uit 2005/2006 en bestaat uit 5 trajecten. Volgens planning zullen voor traject 1 en 2 (patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen zijn dan wel in het ziekenhuis overleden zijn) dossiers uit 2008 en 2011/2012 nader worden onderzocht. In totaal worden per nieuwe meting **4 000** dossiers meegenomen.

In totaal zullen, verdeeld over twee metingen, weer **8 000** dossiers worden onderzocht. Er is voor twee metingen gekozen om een tussenmeting te hebben en mogelijke trends en verschuivingen tijdig vast te kunnen stellen. Dit maakt, indien nodig, bijsturing gedurende het VMS programma mogelijk. Hiermee kunnen ziekenhuizen optimaler worden ondersteund.

*Hoe gaat de doelstelling om de vermijdbare schade in ziekenhuizen in 2012 met 50% te reduceren ooit nog gehaald worden als de nulmeting 30 000 bedroeg en de streefwaarde voor 2011 op 28 500 is gesteld?*

In het beleidsprogramma «Samen werken samen leven» (beleidsprogramma Kabinet Balkenende IV 2007–2011) wordt de streefwaarde van 28 500 genoemd in relatie tot de 1<sup>e</sup> tussenmeting van het herhaalonderzoek NIVEL/EMGO (2010). Dit is een prognose gebaseerd op het theoretisch denkbare verloop.

Het veiligheidsprogramma heeft een looptijd van 5 jaar en eindigt in december 2012. Dan zal de streefwaarde van 50% reductie van vermijdbare schade gehaald moeten zijn. De streefwaarde van 28 500 in 2011 is dan ook niet leidend voor het VMS Veiligheidsprogramma. In de doelstelling van het VMS Veiligheidsprogramma is alleen de lange termijn streefwaarde opgenomen. «*Het VMS Veiligheidsprogramma ondersteunt Nederlandse ziekenhuizen door kennis en een samenwerkingsstructuur aan te bieden zodat ziekenhuizen een **50% reductie** van onbedoelde vermijdbare schade kunnen realiseren.*» De lange termijn streefwaarde van 15 000, zoals deze vermeld staat in de VWS begroting (artikel 42.3.2.), is 50% van de in de nulmeting gemeten 30 000.

*Welke concrete maatregelen zijn en worden genomen om het aantal gevallen van vermijdbare ziekenhuisopname ten gevolge van medicijngebruik te reduceren van 19 000 in 2006 tot 13 300 in 2011? Hoeveel gevallen van ziekenhuisopname zijn er in de afgelopen jaren geweest ten gevolge van geneesmiddelen die nu op de AV-lijst staan?*

Zoals blijkt uit het HARM onderzoek zijn er rondom medicijngebruik verschillende oorzaken die leiden tot vermijdbare ziekenhuisopname. Het probleem is multidisciplinair en betreft de hele keten voor, tijdens en na ziekenhuisopname. De NVZA en onder meer het project «overdracht van medicatiegegevens in de keten» (<http://www.medicatieoverdracht.nl/> (met een groot aantal relevante aanjagers en initiatiefnemers<sup>1</sup>)) hebben hierin een belangrijke rol.

Het Veiligheidsprogramma ondersteunt Nederlandse ziekenhuizen door hen een kennis- en een samenwerkingsstructuur aan te bieden. In dit kader heeft het Veiligheidsprogramma met een team van experts uit de praktijk, twee Thema's uitgewerkt waarin medicatieveiligheid centraal staat (Thema «Medicatieverificatie bij opname en ontslag» en Thema «High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen parenteralia»). Ook het Thema Nierinsufficiëntie heeft medicatie als belangrijk aandachtspunt. <http://www.vmszorg.nl/10-Themas>

De in de bij de Thema's behorende praktijkgidsen beschreven interventies zijn gebaseerd op onder andere richtlijnen, literatuur, nationale «good practices». Ook de in het HARM onderzoek genoemde verbeterpunten én analyses van de Centrale Medicatiefoutenregistratie (CMR), waar fouten met geneesmiddelen van Nederlandse ziekenhuizen worden gemeld, vormden een belangrijke input. De uitkomst van het HARM onderzoek toont aan dat verbetering zeker mogelijk is.

De IGZ houdt toezicht op de voortgang van ondermeer de implementatie van de Thema's. Uit het recente rapport van de IGZ «Ziekenhuizen boeken voortgang met implementatie veiligheidsmanagementsysteem (juli 2010)» blijkt dat «Alle ziekenhuizen conform afspraak aan de slag zijn gegaan met de eerste vier veiligheidsthema's.»

<sup>1</sup> ActiZ, FNT, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, Verenso, VGN, V&VN, VWS.

## **Hoeveel gevallen van ziekenhuisopname zijn er in de afgelopen jaren geweest ten gevolge van geneesmiddelen die nu op de AV-lijst staan?**

VWS beschikt op dit moment niet over deze informatie, wel kan ik melden dat risico's t.g.v. geneesmiddelen die op de AV-lijst staan in het ziekenhuis gesignaleerd kunnen worden door het toepassen van medicatieverificatie bij opname en ontslag (zie praktijkgids Medicatieverificatie) gebaseerd op onder meer de (concept) richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (2008). [http://www.vmszorg.nl/Documents/Tools\\_Extras/Thema's/Medicatieverificatie/20080101\\_praktijkgids\\_medverificatie.pdf](http://www.vmszorg.nl/Documents/Tools_Extras/Thema's/Medicatieverificatie/20080101_praktijkgids_medverificatie.pdf).

Voor informatie rondom de (concept) richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens:

<http://www.nvza.nl/layout/raadplegen.asp?display=2&atoom=10955&atoomsrt=2&actie=2>

98

*Kan de minister een overzicht geven van de activiteiten ter bevordering van orgaandonatie van de afgelopen 3 jaar (2008 t/m 2010)? Wat is de reden voor de grote toename van orgaandonoren in het jaar 2007? Wat is de tussenstand in het aantal orgaandonoren: is er sprake van een stijging in het aantal donoren in de afgelopen jaren? Hoeveel mensen hebben gebruik gemaakt van de subsidie die sinds juni 2009 bestaat om bepaalde kosten voor de donatie van een nier of lever te vergoeden?*

Over de activiteiten ter bevordering van orgaandonatie van de afgelopen 3 jaar heb ik u regelmatig schriftelijk en mondeling geïnformeerd. De activiteiten kwamen in grote lijnen neer op het volgende:

- Financiële ondersteuning van NIGZ-donorvoorlichting en de Nederlandse Transplantatie Stichting voor hun activiteiten op het gebied van donorwerving en donorvoorlichting. Daarnaast is vanaf de zomer van 2007 tot juni 2008 veel energie gestoken in de totstandkoming van het Masterplan orgaandonatie.
- Naast de reguliere activiteiten is vanaf de zomer van 2008 gewerkt aan de implementatie van het Masterplan. Het betreft hier de uitwerking van voorstellen op de 4 domeinen:
  - Voorlichting: Samen met de gezondheidsfondsen en andere betrokken organisaties is een meerjarenstrategie ontwikkeld voor de voorlichting, heeft een aanbestedingsprocedure plaatsgevonden en is de campagne Nederland zegt Ja van start gegaan. Samen met de campagnepartners wordt nu verdere invulling gegeven aan de campagne, die minimaal loopt tot en met 2011.
  - Organisatie van orgaandonatie in de ziekenhuizen: ziekenhuizen aanmoedigen om met voorstellen te komen voor implementatie van de aanbevelingen uit Masterplan. VWS is betrokken bij deze implementatie via de begeleidingscommissie ziekenhuizen van de Coördinatiegroep Orgaandonatie die de voorstellen beoordeelt en suggesties voor verbetering doet. Daarnaast draagt VWS zorg voor verstrekking van de benodigde subsidies voor uitvoering van de verbetervoorstellen en vindt tussentijdse evaluatie van deze voorstellen plaats. Verder is een wetsvoorstel voorbereid dat het treffen van voorbereidende handelingen voor orgaandonatie in ziekenhuizen in meer gevallen mogelijk maakt.
  - Donatie bij leven: Op het gebied van Donatie bij leven is samen met het veld gewerkt aan het wegnemen van onnodige barrières. Hieronder vallen in ieder geval de inwerkingtreding van de subsidieregeling donatie bij leven vanaf juni 2009, een betere en tijdige afstemming tussen transplantatiecentra om de wachttijden te verkorten, aanpassing van de diagnose-behandelcombinaties

(DBC's) zodat de financiering van een levende donatie beter aansluit bij de stappen in de praktijk en de nacontroles die per 1 januari 2011 niet langer onder het verplichte eigen risico vallen. Daarnaast is het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bezig met een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor donoren die ondernemer zijn en niet beschikken over een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Tot slot onderzoekt VWS hoe het gemeenten kan ondersteunen bij het leveren van een adequaat aanbod aan thuiszorg aan donoren na hun ziekenhuisopname.

- Beslissysteem: uitzetten en begeleiden van het door het parlement gevraagde nader onderzoek naar ATS en enige andere varianten op het beslissysteem.

De Nederlandse Transplantatie Stichting ziet geen duidelijk aanwijsbare reden voor de grote toename van het aantal donoren in 2007. Vanaf het begin van het jaar 2007 waren de resultaten goed, het aanbod aan donoren was hoger dan in andere jaren en er werd iets vaker toestemming geven, maar waardoor dat veroorzaakt werd is niet met zekerheid te zeggen. In 2008 waren er 201 donoren, in 2009 215. Het aantal donaties en transplantaties tot en met september 2010 is op dit moment 4% lager dan op datzelfde moment in 2009.

Sinds de inwerkingtreding van de subsidieregeling donatie bij leven in juni 2009 hebben tot en met augustus van dit jaar 395 donoren een subsidieaanvraag ingediend.

Ook zal er zal zo spoedig mogelijk uitvoering worden gegeven aan de motie ingediend door Pechtold tijdens het regeringsverklaringsdebat / APB van 27 oktober jl. (32 417, nr. 33) die opdracht geeft de gemeenten te stimuleren orgaandonatieformulieren te verstrekken bij de afgifte van documenten.

99

*Hoe komt het dat het percentage klinieken waar je binnen drie weken een afspraak hebt de afgelopen jaren is gedaald naar nu een percentage van 74,3%?*

Er zijn vele factoren die een rol spelen bij de toename van wachttijden. Bij iedere zorgaanbieder speelt een complex van externe en interne factoren die van invloed zijn op vraag en aanbod. De verklaring van de toename van wachttijden ligt in de meeste gevallen dan ook op lokaal niveau. Verzekeraars en aanbieders hebben hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Mogelijk speelt bij de daling van het percentage ook een administratief effect. Vanaf september 2008 geldt een strikte definitie voor de bepaling van wachttijden, terwijl daarvoor ziekenhuizen naar eigen inzicht de wachttijd konden opgeven. Een wachttijd van 15 dagen telt nu bijvoorbeeld als drie weken. Ziekenhuizen hadden voorheen de mogelijkheid dit als twee weken te rekenen.

100

*Hoe komt het dat het aantal verwijzingen van de huisarts naar de tweedelij (per 1 000 patiënten) de afgelopen jaren steeds verder is toegenomen tot 200 verwijzingen in 2009? Bij welke aandoeningen wordt er steeds vaker doorverwezen?*

Onderzoek (bron LINH, Nivel) op het gebied van het aantal verwijzingen naar de medisch specialist en GGZ laat een aantal ontwikkelingen zien. Het grootste deel van de verwijzingen betreft heelkundige specialisten met onder andere de chirurgie (17 en 20 per 1 000 patiënten voor

respectievelijk mannen en vrouwen), de KNO-arts (20 per 1 000 patiënten) en de oogheekunde (17 en 20 per 1 000 patiënten).

Het aantal verwijzingen naar interne specialismen (waaronder dermatologie en inwendige geneeskunde) steeg in de periode 2002–2008 van 39,9 naar 49,8 verwijzingen per 1 000 mannen, wat een gemiddelde stijging van 4,0% per jaar inhoudt. Voor vrouwen steeg het aantal verwijzingen van 52,8 naar 66,9 per 1 000 vrouwen (4,1% stijging per jaar).

Bij de neurologie en de psychiatrie wordt een sterke stijging waargenomen (7,7% per jaar voor mannen en 6,0% per jaar voor vrouwen). Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door een toename in verwijzingen naar de psychiatrie. Het aantal verwijzingen naar de psychiatrie steeg in de periode 2002–2008 van 2,7 naar 6,6 per 1 000 ingeschreven patiënten. Tenslotte laat het aantal verwijzingen naar de GGZ een forse stijging zien. In 2002 werden 8,5 per 1 000 ingeschreven patiënten verwezen naar de GGZ, terwijl dit in 2008 was toegenomen tot 15,9 per 1 000 patiënten. Het gaat hierbij om verwijzingen naar de psychiatrie, RIAGG, psycholoog, eerstelijnspsycholoog en het maatschappelijk werk.

Er zijn verschillende redenen mogelijk waarom het aantal verwijzingen van de huisarts naar de tweedelijns GGZ is gestegen. Een oorzaak is dat de vraag naar zorg in zijn algemeenheid toeneemt. Daarbij heeft op dit moment de organisatie van de zorg ten aanzien van psychische problematiek in de eerste lijn nog een ad hoc karakter. Het is niet goed toegerust om de mensen met psychische klachten adequaat op te vangen. Bij de huisarts ligt de aandacht vaak sterk op de somatiek en daardoor krijgen psychische aspecten minder aandacht. Er wordt weinig aandacht besteed aan preventie en vroege interventie van lichtere klachten. De patiënt zou beter betrokken moeten worden bij de zorg voor diens gezondheid, zodat ook de therapietrouw aan de behandeling bevorderd wordt. Een verwijzing naar de tweede lijn kan hiermee in sommige gevallen worden voorkomen.

Tenslotte wijs ik er op dat de huisarts momenteel geen (budgettaire) prikkel heeft om niet door te verwijzen naar de tweedelijns aangezien in de huidige situatie slechts een eigen bijdrage in de eerstelijns GGZ geldt.

101

*Hoe wordt ervoor gezorgd dat de wensen en belangen van patiënten leidend worden in de activiteiten van het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg? In hoeverre kunnen zij hier sturing aan geven en wordt er op ingezet om de informatieverstrekking van het Kwaliteitsinstituut transparant, overzichtelijk en bruikbaar te maken voor patiënten?*

Momenteel wordt een inhoudelijke analyse verricht naar een Kwaliteitsinstituut en wordt verder onderzocht wat de concrete taken en instrumenten van het Kwaliteitsinstituut zijn. Hierbij wordt nadrukkelijk ook aandacht besteed aan het cliëntenperspectief bij het opstellen van de agendering, bij de professionele standaarden als ook bij de transparantie van kwaliteitsinformatie. Hierover heeft mijn voorganger overleg met vertegenwoordigers van de cliënten gehad; de koepels en platforms. Mijn voorganger heeft hen gevraagd om voorstellen te doen. Het vraagstuk is hoe bij het bepalen wat kwalitief goede zorg is, beter wordt geluisterd naar de ervaringen van cliënten. Zowel ZonMw als patiëntenverenigingen doen nader onderzoek op dit punt.

102

*Welke stappen zijn het afgelopen jaar door VWS ondernomen op het gebied van de patiëntveiligheid in de ggz en welke stappen zullen in 2011 worden ondernomen? Wie zitten er allemaal in de pilotgroep? Op basis waarvan wordt besloten het programma wel of niet te verlengen?*



Het Ministerie van VWS heeft voor het jaar 2010 een projectsubsidie verleend aan GGZ Nederland voor het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ ter uitvoering van een aantal speerpunten vermeld in het meerjarenplan Veilige zorg; ieders zorg, Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008 – 2011. In 2011 zal VWS eveneens een projectsubsidie verlenen voor de verdere uitwerking van deze speerpunten. De ggz-instellingen uit de zogeheten pilotgroep zijn; de Breburggroep (Breda), de Symphoragroep (Amersfoort), De Kijvelanden (Poortugaal), het Leo Kannerhuis (Doorwerth), Rivierduinen (Leiden) en GGZ Dimence (Deventer). Het besluit om het programma na afloop te verlengen, is afhankelijk van de behaalde resultaten van het meerjarenprogramma, het beschikbaar zijn van toereikende financiële middelen en de bereidheid van instellingen om te willen blijven participeren

103

*Er wordt een aantal maatregelen gepresenteerd dat er toe moet leiden dat de bovengemiddelde babysterfte in ons land drastisch wordt teruggedrongen. Wat zijn de belangrijkste oorzaken van de bovengemiddelde babysterfte? In hoeverre sluiten de genoemde maatregelen aan bij deze oorzaken?*

De belangrijkste oorzaken van babysterfte zijn vroeggeboorte, ernstig aangeboren afwijkingen, te laag geboortegewicht en zuurstoftekort tijdens de geboorte. Risicofactoren die hiermee samenhangen zijn een eerste zwangerschap, etniciteit, onderliggende ziekte, erfelijke aanleg, ongezonde leefstijl, SOA's, mishandeling, werkstress, leefomgeving. Maar ook de bereikbaarheid en beschikbaarheid van preventieve zorg en curatieve zorg, deskundigheid van zorgverleners en communicatie tussen zorgverleners.

Er is niet één bijzonder risico de oorzaak van de slechte Nederlandse positie, maar een opeenstapeling van verschillende risico's. Verschillen met het buitenland zijn er onder andere op het gebied van leefstijl, Nederlandse vrouwen roken meer, eten ongezond en calorierijk. Maar ook op andere risico's wijkt Nederland af zoals psychische en psychiatrische problemen, werkgerelateerde risico's, leven in een ongezonde buurt, het gebruik van geneesmiddelen en het hebben van een chronische aandoening. Ook de hoge leeftijd van moeders in Nederland speelt een rol. De inrichting van verloskundige zorg ten opzichte van het buitenland is een mogelijke verklaring. De taakverdeling eerste en tweedelijns en de samenwerking tussen deze lijnen speelt daar een rol bij, maar ook eerder in de zwangerschap al in contact met de zorg komen voor advies over bijvoorbeeld foliumzuur gebruik en prenatale screening. De Nederlandse zorg staat bekend als terughoudend en afwachtend wat betreft het doen van interventies.

De maatregelen die ik neem zijn gebaseerd op het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Deze stuurgroep heeft op basis van de analyse van de oorzaken en risicofactoren een aantal maatregelen geadviseerd.

104

*Kan een overzicht worden gegeven van de best practices die via de Beleidsregel Dwang en Drang in de jaren 2005 tot en met 2010 zijn ontwikkeld? Welke hiervan zijn wel en welke niet landelijk ingevoerd?*

In 2006 is € 5 mln ter beschikking gesteld (in eerste instantie voor een periode van drie jaar) voor kwaliteitsverbetering op het gebied van dwang en drang. Vervolgens is de beleidsregel dwang en drang in 2009 en 2010 verlengd.

In die vijf jaar hebben instellingen projecten uitgevoerd waarin verschillende interventies getoetst zijn. Uit de projecten blijkt een substantiele daling van het aantal dwangtoepassingen. Op verschillende momenten zijn de resultaten van de projecten tussen instellingen uitgewisseld. Belangrijke conclusie is dat nu ingezet moet worden op borging (in de MT-lijn en RvB-en) en verspreiding van kennis.

Gezien deze conclusie is aan de NZa gevraagd om voor de verdeling van middelen in de beleidsregel dwang en drang 2011 als voorwaarde op te nemen dat de ingediende projecten betrekking moeten hebben op het *instellingsbreed* implementeren van effectieve alternatieven van dwangtoepassingen door gebruik te maken van good practices op het gebied van bijvoorbeeld: beleid bij binnenkomst van de patiënt op de opnameafdeling (bijvoorbeeld een «eerste 5-minuten gesprek), scholing en deskundigheidsbevordering voor alle medewerkers rondom het voorkomen van separatie en agressie, evalueren van de separatie met de patiënt en binnen het team, signaleringsplannen, goede registratie, inzet ervaringsdeskundigheid, etcetera.

Om uit alle interventies de best practices te destilleren is nu gestart met een visitatie van de verschillende projecten. Alle GGZ instellingen worden geviseerd door twee experts. Deze visitatie moet medio 2011 afgerond zijn.

105

*Wat is de stand van zaken ten aanzien van het ontwikkelen van veldnormen in de ggz, in het bijzonder bij dwang en drang?*

Begin van dit jaar heeft mijn voorganger een Voorstudie laten doen naar de haalbaarheid en de wenselijkheid van een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Uit de voorstudie bleek een duidelijke meerwaarde voor een dergelijke richtlijn. De resultaten van de voorstudie heb ik besproken met verschillende veldpartijen. Hun reacties zijn, weliswaar met de nodige sectorale accenten en nuanceringen, overwegend positief. Gelet op de hoge urgentie van de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor dwangtoepassing in de ggz en de omstandigheid dat de richtlijn van essentieel belang is voor het (overheids)beleid inzake het terugdringen van separaties en andere vormen van dwangtoepassing, heeft mijn voorganger de beroepsgroepen opgeroepen om zo spoedig mogelijk te komen tot de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Ik verwacht binnenkort een concreet plan van aanpak. Veldpartijen hebben aangegeven in de nieuwe multidisciplinaire richtlijn ook de concept veldnorm «IC in de GGZ» mee te willen nemen.

106

*Al sinds 2008 zijn er onderzoeken naar de risico's van medische technologie en apparatuur. Welke concrete maatregelen heeft de regering nu genomen ten aanzien van het onderhoud van apparatuur en installaties in ziekenhuizen? Hoe staat het inmiddels met de verplichte certificering van onderhoudsdiensten?*

Naar aanleiding van het rapport Staat van de Gezondheidszorg «Risico's van medische technologie onderschat» heeft mijn voorganger de Tweede Kamer een plan van aanpak ( Kamerstukken II, 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 154) doen toekomen met daarin een groot aantal maatregelen om de risico's van het gebruik terug te dringen.

Mijn voorganger heeft inmiddels in het wetvoorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg de bevoegdheid opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur voor aan te wijzen categorieën van zorgaanbieders regels te stellen met betrekking tot het gebruik en periodieke kwaliteit- en veiligheidscontroles van bij die AMvB aan te wijzen apparatuur. In het

ontwerp besluit is voorsnog volstaan met de algemene norm dat zorgaanbieders de noodzakelijke waarborgen treffen voor verantwoord gebruik van apparatuur. Daarmee is het veld ruimte geboden om zelf tot een Nederlands Technische Afspraak (NTA) te komen met betrekking tot een verantwoorde uitvoering van het onderhoud van medische technologie in de zorg. Dit proces wordt ondersteund door het NEN. Bij het uitblijven van voldoende voortgang bestaat op grond van het ontwerp besluit de mogelijkheid voor de minister om apparatuur aan te wijzen waarvoor de zorgaanbieder een certificaat van een door de minister aangewezen instantie moet kunnen overleggen.

107

*Waaruit blijkt de genoemde onderbehandeling, overbehandeling en een te groot beroep op de tweedelijns ggz-zorg? Waarop is de stelling gebaseerd dat dit een gevolg is van het ontbreken van goede verbindingen tussen preventie, eerste lijn en de gespecialiseerde ggz?*

Meer dan de helft van de patiënten (56%) met een psychisch probleem in de huisartsenpraktijk krijgt uitsluitend medicatie zonder enige verdere behandeling (Interdepartementaal Beleidsonderzoek GGZ, 2010). Aan circa 31% van de mensen die bij de huisarts komen met psychische klachten wordt alleen huisartsenzorg geboden. De rest (13%) wordt verwezen, waarvan 3% naar de eerstelijns GGZ (eerstelijnspsycholoog, Algemeen Maatschappelijk Werk, Sociaal psychiatrisch verpleegkundige) en 10% naar de tweedelijns (met name naar vrijevestigd psychiater, psychotherapeut of GGZ-instelling).

Bij klachten als somberheid, angst of depressie is veel effectiviteit te behalen bij vroegherkenning en preventie. Vooral bij lichtere manifestaties van psychosociale problemen of depressie liggen er namelijk goede mogelijkheden mensen te ondersteunen om met behulp van eHealth interventies zelf zorg te laten dragen voor hun gezondheid. Dit geldt zowel voor mensen die risico lopen op het ontwikkelen van een psychische aandoening (geïndiceerde preventie), als mensen die reeds gediagnosticeerd zijn voor een psychische aandoening (zorggerelateerde preventie) of mensen die in het verleden een psychische aandoening hebben gehad (terugvalpreventie). Diverse studies in Engeland en Amerika naar actieve interventies in de eerste lijn leiden tot herstel in 50% tot 67% van de gevallen. In een later stadium hoeft hierdoor minder aanspraak gedaan te worden op de (duurdere) zorg.

Kijkend naar de huidige situatie is er sprake van *onderbehandeling* bij patiënten die een zorgbehoefte hebben, maar die niet altijd adequaat ontvangen. Uit onderzoek rondom onderbehandeling blijkt dat de behoefte aan counseling bij 60% van de patiënten met angst en depressie bestaat. Als we kijken of de behoeften van deze patiënten vervuld worden, dan lijkt in 40% van de gevallen deze behoefte niet bevredigd (Prins et al, Journal of Affective Disorders 2009).

Als we kijken naar het aantal patiënten dat medicatie gebruikt, kunnen we ook constateren dat er sprake is van *overbehandeling*, met name is dit het geval bij gebruik van antidepressiva door mensen met niet-ernstige depressie. Een oorzaak van onder- en overbehandeling kan liggen in het niet altijd richtlijnconform werken door zorgaanbieders. Het percentage patiënten dat volgens de richtlijn behandeld wordt, is 47% bij depressie, 38% bij een angststoornis en 50% bij patiënten met zowel angst als depressie (IBO GGZ, 2010).

In de tweedelijns GGZ zit een substantieel deel van patiënten (30%) met milde psychische klachten die beter in de eerstelijns behandeld zouden

kunnen worden. Dit grote beroep op de tweede lijn GGZ is mogelijk een gevolg van het feit dat de eerstelijns (nog) onvoldoende in staat is om (al) deze klanten op te vangen en/of vanwege te snel verwijzen naar de tweedelijns door huisartsen. Indien specifiek wordt gekeken naar depressie, een van de meest voorkomende stoornissen, dan blijkt dat in de tweedelijns GGZ veel mensen worden behandeld met een relatief lichte depressie.

De huidige bekostiging van de GGZ in de eerste lijn stimuleert de samenwerking tussen de verschillende professionals niet. Ondanks dat de meeste patiënten met psychische problemen bij de huisarts aankloppen, heeft de huisarts door de huidige vormgeving van het inschrijftarief (en het lage consulttarief) geen prikkel om voor deze patiënten extra inspanningen te realiseren. Ook is er geen prikkel bij de intramurale GGZ om «goedkopere» zorg te verlenen (de tweedelijns DBCs zijn immers lucratief) of om in te zetten op preventieve zorg of vormen van stepped care. Bovendien bieden de schotten tussen financiering van de eerstelijns psychologen en POH-GGZ geen stimulans om adequaat met elkaar samen te werken.

Daarnaast zorgt ook de vormgeving van de eigen bijdragen in de GGZ een financiële prikkel richting tweede lijn. Voor de eerste lijn geldt een eigen bijdrage van € 10 per zitting en is bovendien de vergoeding beperkt tot acht zittingen, voor de tweede lijn geldt geen eigen bijdrage.

108

*Kan een overzicht worden gegeven van de aanvragen voor een vergunning voor het verrichten van ambulancezorg? Welke partijen hebben per regio een aanvraag ingediend en zijn dit bestaande vervoerders of samenwerkende vervoerders?*

De procedure voor vergunningverlening ambulancezorg door de minister van VWS, in het kader van implementatie van de Wet ambulancezorg, is nog niet gestart.

109

*Is er een structureel overleg met zorgaanbieders, gemeenten (GGD'en) en zorgverzekeraars over de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg om te slagen in selectieve preventie? Welke maatregelen zijn afgelopen jaar genomen?*

Het structureel overleg tussen zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten (GGD'en) moet met name op lokaal niveau plaatsvinden om de plaatselijke gezondheidsproblemen te kunnen signaleren en behandelen. Op landelijk niveau zijn er verschillende activiteiten om deze lokale initiatieven te ondersteunen.

KNMG, LVG en GGD Nederland hebben met het project «*Preventie-therapeutisch overleg: preventiedoelen in de regio*», het initiatief genomen preventie in de eerste lijn en de verbinding met lokaal gezondheidsbeleid gestalte te geven. Het initiatief van het Preventie Toets Overleg (PTO) wordt door VWS ondersteund.

Daarnaast is ten aanzien van selectieve preventie op initiatief van NPCF en met subsidie van VWS door het Nivel de Vraag en Analyse Aanbod Monitor (VAAM) ontwikkelt. De VAAM verschaft in de verwachte vraag naar en aanbod van eerstelijnsgezondheidszorg per regio. De VAAM toont cijfers op gemeente- en postcodeniveau. De verwachtingen zijn gebaseerd op de bevolkingskenmerken van het geselecteerde gebied.

Op landelijk niveau ontwikkelen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland verder een toolkit waarmee de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars een extra impuls kan krijgen. Ook preventie komt in deze toolkit nadrukkelijk aan de orde. De toolkit zal begin 2011 verschijnen.

Overige activiteiten rondom de verbinding tussen de preventieve en curatieve zorg die door VWS actief worden gestimuleerd zijn:

- Werkgroepen binnen het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE). Onder voorzitterschap van VWS zijn twee werkgroepen in dit kader actief. Er worden in 2010–2011 producten opgesteld (zoals Handreikingen) die partijen helpen bij het zoeken van de gewenste verbinding op lokaal en wijkniveau. Speciale doelgroepen of gezondheidsproblemen staan daarbij centraal.
- ZonMw programma's. Binnen meerdere programma's wordt (in opdracht van VWS) specifiek aandacht besteed aan preventie en curatie. Voorbeelden zijn de programma's «Gezond Lokaal Centraal» en «Op één lijn». Bij de ontwikkeling van zorgstandaarden rondom chronisch zieken wordt ook expliciet aandacht besteed aan de link tussen preventie en curatie.

110

*Welke maatregelen worden in 2011 genomen om het ontbreken van goede verbindingen tussen preventie, eerste lijn en de gespecialiseerde zorg tegen te gaan en deze verbindingen te stimuleren?*

Een aantal maatregelen die in de afgelopen jaren genomen worden om zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten op lokaal niveau te ondersteunen bij het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid wordt in 2011 doorgezet (zie vraag 109). Daarbij gaat het om:

- inrichting Preventie Toets Overleg
- Ontwikkeling Vraag Aanbod Analyse Monitor
- Toolkit ZN en VNG
- LOVE-activiteiten
- Programma's in ZonMW verband.

Voorts is van belang dat verzekeraars voldoende worden uitgedaagd om kwalitatief goede zorg in te kopen. Het in een verantwoord tempo afschaffen van de ex-post compensaties voor zorgverzekeraars is daarbij van belang. Daarmee worden zorgverzekeraars geprikkeld om de zorg dicht bij huis te intensiveren en meer aandacht te schenken aan de link tussen preventie en curatie. Hiermee wordt voorkomen dat er te snel naar de (duurdere) tweede lijn wordt doorverwezen.

111

*Er wordt gesproken van een lichtere groep ggz-patiënten die vaak onderbehandeld is? Om hoeveel mensen gaat dit, met welke aandoe-ningen, en welke te lichte behandeling krijgen ze wel aangeboden?*

Meer dan de helft van de patiënten (56%) met een psychisch probleem in de huisartsenpraktijk krijgt uitsluitend medicatie zonder enige verdere behandeling (Integraal Beleidsonderzoek GGZ, 2010). Dit gaat om één miljoen mensen. Uit onderzoek rondom onderbehandeling blijkt dat bij 60% van de patiënten met angst en depressie de behoefte aan counseling bestaat. In 40% van de gevallen lijkt deze behoefte niet bevredigd (Prins et al, Journal of Affective Disorders 2009). Hierbij is echter geen onderscheid gemaakt tussen lichte en zware problematiek. Hoogstwaarschijnlijk kan een aanzienlijk deel van de groep van één miljoen mensen met een kortdurende behandeling in de eerstelijns geholpen worden. De richtlijn depressie geeft dit ook aan.

Aan circa 31% van de mensen die bij de huisarts komen met psychische klachten wordt alleen huisartsenzorg geboden. Het is onduidelijk of bij deze mensen sprake is van onderbehandeling. Bekend is wel dat de huisarts door de huidige vormgeving van het inschrijftarief (en het lage consulttarief) geen prikkel ervaart om voor deze patiënten extra inspanningen te realiseren in de vorm van gesprekken. Met de juiste primaire preventie en een vroege interventie kan 20 tot 30% van de nieuwe gevallen worden vermeden en met een stepped care benadering zelfs 50%. Echter, niet iedereen met psychische problematiek zal direct een behandeling nodig hebben. Bij 60% van deze mensen gaan de klachten namelijk spontaan over. Tot slot is bekend dat bij circa 30% van de cliënten in de tweedelijns GGZ sprake is van relatief lichte problematiek die naar verwachting ook in de eerstelijnszorg kan worden behandeld.

Bij klachten als somberheid, angst of depressie is veel effectiviteit te behalen bij vroegherkenning en preventie. Vooral bij lichtere manifestaties van psychosociale problemen of depressie liggen er namelijk goede mogelijkheden mensen te ondersteunen om met behulp van eHealth interventies zelf zorg te laten dragen voor hun gezondheid. Dit geldt zowel voor mensen die risico lopen op het ontwikkelen van een psychische aandoening (geïndiceerde preventie), als mensen die reeds gediagnosticeerd zijn voor een psychische aandoening (zorggerelateerde preventie) of mensen die in het verleden een psychische aandoening hebben gehad (terugvalpreventie). Uit diverse studies in Engeland en Amerika blijkt dat actieve interventies in de eerste lijn leiden tot herstel in 50% tot 67% van de gevallen. In een later stadium hoeft hierdoor minder aanspraak gedaan te worden op de (duurdere) zorg.

112

*Uit inventarisatie blijkt dat 66,4% van de SEH's met een HAP samenwerken en zich op hetzelfde terrein bevinden – hoeveel SEH's en HAPen zullen dit jaar worden geïntegreerd? Welk bedrag wordt door deze integratie bespaard op de zorgkosten wegens terugdringing van onnodige behandeling van zelfverwijzers door SEH's?*

Bij de integratie van HAP en SEH gaat het vooral om goede samenwerkingsafspraken omtrent triage en de patiëntenstroom. Deze functionele integratie hoeft niet perse te leiden tot een integratie van de rechtspersonen. Het is bovenal de uitdaging om de functies huisartsgeneeskundige acute zorg en acuut medisch specialistische zorg van elkaar te onderscheiden. Het doel hiervan is om de juiste zorg, op het juiste moment en op de juiste plaats te kunnen leveren. Dit leidt tot een duidelijk taakverdeling binnen de acute zorg die bijdraagt aan de kwaliteit en de doelmatigheid van het stelsel. In 2010 heeft de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) het handboek «Samenwerking HAP+SEH» opgesteld, waarin de uitdagingen en oplossingen op dit gebied concreet staan weergegeven.

Op dit moment hebben 76 van de 105 SEH's een huisartsenpost op hetzelfde terrein. Dit is ongeveer 72%. Daarnaast zijn er nog 10 SEH's die plannen hebben om tot samenwerking met een HAP over te gaan.

Van de 76 SEH's zijn er 32 die afspraken hebben gemaakt over triage. Hierbij is niet perse sprake van integratie van rechtspersoon, maar levert wel een integratie op van de (acute) patiëntenstroom. Op dit moment is er in 6 gevallen spraken van een volledig geïntegreerd loket voor triage.

Voor 2011 (en verder) is in de begroting van 2010 een totale besparing opgenomen van 39 miljoen voor het terugdringen van het gebruik van de SEH door zelfverwijzers.

113

*Kan een overzicht worden gegeven van de tekorten op het gebied van gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel nu en de aankomende jaren?*

Op dit moment zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar. Wel blijkt uit onderzoek van Regiomarge dat de opleidingsinspanningen sinds 2002 sterk zijn gedaald. In het kader van het Fonds Ziekenhuis Opleidingen – dat start in 2011 – worden instellingen verplicht relevante gegevens te verstrekken, op basis waarvan de huidige en toekomstige arbeidsmarktsituatie in kaart gebracht kan worden. De ramingen zullen opgesteld worden door een onafhankelijk bureau. De eerste ramingen zijn begin 2012 beschikbaar. Als de ramingen beschikbaar zijn, kan wel een overzicht gegeven worden.

114

*In hoeverre is in 2009 en 2010 gebruik gemaakt van de regeling waardoor zorgaanbieders gecompenseerd worden voor de kosten van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen? Hoe staat dit in verhouding tot de beschikbare € 47,6 mln. in 2011? In hoeverre verwacht de Minister dat dit beschikbare bedrag gebruikt zal worden in 2011?*

Met de op 1 januari 2009 in werking getreden Wet stroomlijning financiering medische noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen die in betalingsonmacht verkeren, is een bijdrage-regeling voor zorgaanbieders in het leven geroepen voor eerstelijns, tweedelijns- en AWBZ-zorg. Omdat de bijdragemogelijkheid voor tweedelijns- en AWBZ-zorg nieuw was, is op basis van verschillende aannames en veronderstellingen een schatting van die kosten gemaakt. Die schatting heeft geresulteerd in een meerjarenraming, inclusief het in de begroting 2011 genoemde bedrag van € 47,6 mln.

Op dit artikel worden alleen die kosten verantwoord die gedurende het begrotingsjaar door CVZ betaald zijn voor de uitvoering van de genoemde regeling. Omdat zorgaanbieders in 2010 nog kosten kunnen declareren die betrekking hebben op het zorgjaar 2009, is nog geen definitief kostenoverzicht te leveren over de daadwerkelijk in 2009 verleende zorg. Dit is onder meer het gevolg van de dbc-systematiek in de ziekenhuiszorg en de geneeskundige GGZ. De tot nu toe in 2009 betaalde kosten voor de uitvoering van deze regeling bedragen € 10,6 miljoen. Daarbij moet worden opgemerkt dat het deel ziekenhuiszorg (€ 14,4 miljoen) van het oorspronkelijke budget van deze regeling voor het jaar 2009 ter grootte van € 45,7 miljoen opnieuw is toegevoegd aan het ziekenhuiskader (beleidsregel dubieuze debiteuren). Voor de kosten van deze regeling voor 2010 kan nog geen definitief bedrag worden genoemd.

Het CVZ heeft aangegeven dat die kosten naar verwachting uitkomen op circa € 16,5 mln. Daarnaast zal bij 2<sup>e</sup> Suppletore Wet opnieuw een deel van de voor ziekenhuiszorg overgehevelde middelen (circa € 15 miljoen) worden teruggeboekt naar het ziekenhuiskader. Met het CVZ zal worden geanalyseerd wat de financieringsbehoefte in 2011 zal zijn. De verwachting is dat de bedragen naar beneden kunnen worden bijgesteld. In welke mate dit zal zijn is nog niet bekend.

Het aantal compensatie-aanvragen voor 2009 is circa 32 000.

115

*Hoeveel compensatieaanvragen voor het verlenen van medische noodzakelijke zorg aan in betalingsonmacht verkerende illegalen en*

*andere onverzekerbare vreemdelingen zijn in 2009 door zorgaanbieders ingediend en om welk totaalbedrag gaat dit?*

Zie antwoord op vraag 114.

116

*Kan precies worden aangegeven wat wordt bedoeld met «Omdat een aantal zorgverzekeraars ten aanzien van de inkoop van geneesmiddelen vanaf januari 2011 uitbreidt, zal een besparing van jaarlijks € 30 mln. op het geneesmiddelenkader optreden.» Gaat het om één of om meerdere verzekeraars? Welke verzekeraars worden bedoeld? wat wordt bedoeld met «de inkoop uitbreidt»? Om inkoop van welke geneesmiddelen gaat het?*

Zorgverzekeraars kopen farmaceutische zorg in bij apotheekhoudenden. Het gaat hierbij om de dienstverlening van apotheekhoudenden en de vergoeding van de inkoopkosten van de aan hun verzekerden afgeleverde geneesmiddelen. Daartoe sluiten zorgverzekeraars contracten met apotheekhoudenden. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om de aanspraak van hun verzekerden (per werkzame stof) te preciseren tot specifiek aangewezen, goedkopere geneesmiddelen (het zogenaamde preferentiebeleid).

Het is gebleken is dat een aantal zorgverzekeraars hun contracten voor het jaar 2011 heeft aangescherpt (ten aanzien van de vergoeding van de door apothekers afgeleverde geneesmiddelen) en dat tenminste één zorgverzekeraar haar preferentiebeleid uitbreidt en een andere zorgverzekeraar voorbereidingen daartoe heeft getroffen. Hiermee beogen zorgverzekeraars hun uitgaven te beheersen en daardoor concurrentievoordeel ten opzichte van andere zorgverzekeraars te verkrijgen wat zich kan uiten in minder hoge zorgpremies.

Met de financiële gevolgen van bovengenoemde aanscherpingen van het beleid van de betrokken zorgverzekeraars is vooraf geen rekening gehouden bij het vaststellen van het financiële kader extramurale farmaceutische zorg 2011. Aangezien het hier om concurrentiële aangelegenheden van zorgverzekeraars gaat en ik wil voorkomen dat mijn uitlatingen deze verhoudingen beïnvloeden, kan ik niet precies aangeven om welke (contractuele) afspraken van welke zorgverzekeraars het gaat en welke geneesmiddelen het precies betreft.

117

*Wat heeft de regering gedaan met het advies van het CVZ over experimentele dbc's, hier is immers dringend behoefte aan?*

In december 2009 heeft het CVZ het rapport «voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakketbeheer» uitgebracht. Hierin adviseert het CVZ de minister van VWS om in aanvulling op bestaande regelingen een regeling te treffen waardoor (innovatieve) zorg tijdelijk kan worden gefinancierd. Het CVZ pleit daarbij voor een subsidieregeling onder de voorwaarde dat de ontbrekende gegevens voor het nemen van een pakketbeslissing worden verzameld. Ik ben voornemens om een regeling te treffen voor experimentele DBC's en zal u zo spoedig mogelijk informeren over de bekostiging en vormgeving.

118

*Welke innovaties zijn sinds 2008 via projecten gestimuleerd door het Zorginnovatieplatform? Hoe hebben zij een bijdrage geleverd aan betere en duurzame zorg voor ouderen? Zijn er metingen gedaan hoe sterk deze projecten de arbeidsproductiviteit in de zorgsector verbeterd hebben?*



Sinds 2008 heeft het Zorginnovatieplatform (ZIP) met vier financiële instrumenten verschillende projecten gestimuleerd. Voor alle projecten gefinancierd door het ZIP geldt dat de innovatie ten goede moet komen aan de versterking van geleverde zorg aan ouderen en/of chronisch zieken. De verschillende financiële instrumenten zijn:

- Zorginnovatievouchers (ZIV). Er zijn in totaal ca. 600 zorginnovatievouchers uitgegeven. Ongeveer 63% van deze vouchers is gebruikt voor een onderzoek waarbij ouderen de doelgroep waren.
- Zorginnovatieprestatiecontracten (ZIPC). Er zijn 21 organisaties aan wie subsidie is verleend om samenwerkingsverbanden binnen de zorg te verkennen. Doel van deze samenwerkingen is altijd het gezamenlijk (door zorgaanbieders en/of MKB) werken aan innovatieplannen. De ANBO is een voorbeeld van een organisatie die subsidie heeft ontvangen.
- Opschalingsprojecten. Negen projecten hebben financiering ontvangen om hun bewezen innovaties op te schalen naar een grotere schaal. De projecten zijn o.a. gericht op eHealth, zorg op afstand, ervaringsdeskundigheid en belevingsgericht werken.
- Experimenteerprojecten. Om veelbelovende ideeën en concepten te onderzoeken en ontwikkelen, heeft het ZIP 27 projecten gefinancierd. Alle 27 projecten zijn gericht op ouderen (55+) en hebben als primair doel een bijdrage te leveren aan het langer thuiswonen van ouderen door preventieve oplossingen. Deze projecten zijn o.a. gericht op beweging, zorg op afstand, domotica, veiligheid in huis, mantelzorg en sociale participatie.

Er is in opdracht van het ZIP een monitoring & effectmeting (M&E) gestart om te volgen in welke mate de gefinancierde projecten bijdragen aan de versterking van geleverde zorg aan ouderen en/of chronisch zieken of de verhoogde effectiviteit van geleverde arbeid. Door de recente start van de projecten zijn er voorlopig nog geen resultaten bekend, de volgende metingen vinden half 2011 en half 2012 plaats.

119

*Kan een overzicht worden gegeven van de publieke organisaties die de afgelopen 5 jaar betrokken zijn bij de kennis- en innovatiestructuur in de zorg, hun verantwoordelijkheden, hun budgetten en hun prestaties?*

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verricht onderzoek, adviseert en ondersteunt de overheid bij de uitdaging onszelf en de omgeving gezond te houden. Belangrijke aandachtsgebieden zijn de infectieziektenbestrijding, bevolkingsonderzoeken, gezondheid en milieu en gezond leven. Belangrijke periodieke producten zijn de Volksgezondheidstoekomstverkenning (over o.a. epidemiologische trends en kosten van ziekten) en de Zorgbalans over de prestaties van de zorg in Nederland. Het jaarbudget voor onderzoek op het terrein van de volksgezondheid bedraagt ca. € 60 mln.

ZonMw: stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. De grote themagebieden zijn:

- wetenschap en innovatie;
- preventie;
- langdurende zorg;
- zorg en samenleving;
- kwaliteit en doelmatigheid.

Zonmw bestrijkt met de programma's die zij op de themagebieden uitzet de gehele kennisketen van fundamenteel onderzoek tot en met implementatie. Het jaar budget bedroeg de afgelopen jaren € 100 – 150 mln. Elk programma wordt na afloop geëvalueerd. Dit najaar wordt ZonMw zelf geëvalueerd op de aspecten doelmatigheid en effectiviteit.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft als belangrijkste taken:

- Het beschrijven van de situatie op sociaal en cultureel terrein in Nederland en de te verwachten ontwikkelingen;
- Het bijdragen aan verantwoorde keuzen van doeleinden en middelen in het sociaal en cultureel beleid en het ontwikkelen van alternatieven;
- Het beoordelen van het gevoerde beleid, speciaal het interdepartementale beleid.

Een aantal terugkerende publicaties zijn het tweejaarlijkse Sociaal en Cultureel Rapport, de tweejaarlijkse De sociale staat van Nederland en het vierjaarlijkse Memorandum quartaire sector. De voor VWS relevante aandachtsgebieden zijn m.n. de domeinen verbonden met de AWBZ en WMO. Het jaarbudget voor het gehele SCP bedraagt ca. € 6 mln.

Het Zorginnovatieplatform (ZIP) is in 2008 opgericht om een positieve impuls te geven aan het versnellen en aanjagen van innovatie in de zorg. Het budget voor dit platform voor de periode 2008–2012 bedroeg € 100 mln.

Het College voor Zorgverzekeraars (CVZ) beheert het basispakket Zvw en AWBZ. Zij zijn verantwoordelijk voor de procedure voor toelating van nieuwe innovaties tot het pakket. Dit is onderdeel van de reguliere werkzaamheden van het CVZ. Hier is geen apart budget binnen de organisatie voor vrijgemaakt.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt regels, budgetten en tarieven vast voor dat deel van de zorg dat is gereguleerd. Tevens stelt de NZa condities voor marktwerking vast, die geheel of gedeeltelijk geliberaliseerd kunnen worden. De NZa heeft vanuit haar wettelijke taken de verantwoordelijkheid om experimenten mogelijk te maken en nieuwe prestatiebeschrijvingen voor innovaties vast te stellen. Dit is onderdeel van de reguliere werkzaamheden van de NZa. Hier is geen apart budget binnen de organisatie voor vrijgemaakt.

DBC-Onderhoud: ontwikkelt en onderhoudt de DBC-systematiek. Het aanmaken van een nieuwe DBC voor innovatieve zorg is de verantwoordelijkheid van DBC-Onderhoud. Dit is onderdeel van de reguliere werkzaamheden van de DBC-Onderhoud. Hier is geen apart budget binnen de organisatie voor vrijgemaakt.

Naast de bovengenoemde instellingen die allen publieke organisaties zijn, zijn er een aantal nationale instellingen (zonder winstoogmerk) die voor een belangrijk deel afhankelijk zijn van overheidssubsidies. Dat betreft het NIVEL, het Trimbos-instituut, VILANS en MOVISIE.

Het NIVEL is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Er vindt toegepast beleidsonderzoek plaats voor beleidsmakers in de gezondheidszorg. Belangrijke data verzamelingen die het NIVEL aanlegt en waarop ze haar onderzoek baseert zijn

- beroepskrachten registraties;
- continue morbiditeitsregistratie peilstations;
- consumentenpanel gezondheidszorg;
- landelijk informatienetwerk huisartsen zorg en paramedische zorg;
- panel verpleging en verzorging;
- nationaal panel chronisch zieken en gehandicapten.

Het jaarbudget van het NIVEL bedraagt ca. € 12 mln, waarvan ca 50% afkomstig van de overheid.

Het Trimbos-instituut zet zich met kennis en innovatie actief in voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid in Nederland en daarbuiten.

Belangrijke producten en programma's zijn:

- het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS);
- NEMESIS-2, (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2) een grootschalige studie naar de psychische gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar;
- het Depressie-initiatief;
- Mentaal Vitaal, een initiatief dat mensen de mogelijkheid geeft om mentaal fit te blijven en, hun weerbaarheid te vergroten. Daarnaast wil Mentaal Vitaal voorkomen dat mensen depressief worden.

Het jaarbudget van het Trimbos-instituut bedroeg in 2009 ca. € 24 mln waarvan ca. 45% afkomstig van VWS.

VILANS is het onafhankelijke kenniscentrum voor langdurende zorg. VILANS is uitvoerder van het VWS-programma Invoorzorg, een stimuleringsprogramma voor organisaties in de langdurige zorg dat helpt toekomstbestendig te worden en moet leiden tot meer klant- en vraaggerichte organisaties. In 2009 bedroeg het jaarbudget ca. € 16 mln waarvan € 6 mln instellingssubsidie.

MOVISIE werkt voor en met overheden, burgerinitiatieven, vrijwilligers- en professionele organisaties met als doel de participatie en de zelfredzaamheid van burgers te bevorderen. MOVISIE verzamelt, valideert, verrijkt en verspreidt kennis over welzijn, zorg en sociale veiligheid. Én adviseert over de toepassing van die kennis. In 2009 bedroeg de omzet meer dan € 19 mln, waarvan ca de helft uit instellings- en opdrachsubsidies van VWS.

120

*Zijn de recente ontwikkelingen rondom MSD te Oss, het sluiten van de onderzoeksafdeling en het daarmee gepaard gaande verlies aan kennis en arbeidskrachten, van invloed geweest op het vaststellen van de investeringsbedragen in projecten ten behoeve van nieuwe medische producten? Zo ja in welk opzicht, zo nee waarom niet?*

Nee. De aankondiging door MSD van massaontslag in Oss dateert van 8 juli 2010. Besluiten over investeringen in projecten ten behoeve van nieuwe medische producten dateren van voor die tijd. Het demissionaire kabinet heeft na 8 juli 2010 geen besluiten over nieuwe investeringen genomen.

121

*Welke maatregelen neemt VWS om de zorginkoop op de verschillende deelmarkten aan elkaar gelijk te trekken? Kunnen deze per deelmarkt worden gespecificeerd?*

De betreffende tekst in de begroting is gebaseerd op de monitor zorginkoop van de NZa<sup>1</sup>. Daarin zet de NZa uiteen dat het tot stand komen van een goede zorginkoopmarkt afhankelijk is van veel factoren. Hierbij moet onder meer worden gedacht aan vrije prijsvorming, het afbouwen van de ex-post compensatie in de risicoverevening, maar er moet ook voldoende kwaliteitsinformatie beschikbaar zijn.

Ik acht het van belang dat verzekeraars hun zorginkoop professionaliseren waarbij zij per zorgsector de zorginkoop optimaliseren. Daarom is het beleid erop gericht goede zorginkoop te bevorderen. De voornemens inzake de invoering van prestatiebekostiging en verdere uitbreiding van het B-segment dragen hieraan bij. Dat geldt ook voor het kabinetsvoornemen om een kwaliteitsinstituut op te richten.

<sup>1</sup> [http://www.nza.nl/104107/105773/Monitor\\_zorginkoop\\_zorgverzekeraars.pdf](http://www.nza.nl/104107/105773/Monitor_zorginkoop_zorgverzekeraars.pdf)

122

*Kan een overzicht worden gegeven van het aantal onverzekerden en wanbetalers sinds de invoering van de Zvw in 2006 tot heden?*

Bij brief van 17 mei 2010 (TK 2009–2010, 29 689, nr. 299) heeft mijn voorganger de VWS-Verzekerdenmonitor 2010 aan het parlement aangeboden. Onderstaande gegevens zijn afkomstig uit de VWS-verzekerdenmonitor 2010.

Onderstaande tabel geeft het aantal wanbetalers op peildatum weer. In deze tabel is opgenomen de schatting van het CBS en het aantal wanbetalers dat bestuursrechtelijke premie is opgelegd.

Na de verwerking van het aantal wanbetalers dat op de datum van inwerkingtreding van de wanbetalerswet reeds een premieachterstand van zes maanden had, wordt het parlement in december 2010 schriftelijk geïnformeerd over de cijfermatige ontwikkelingen.

---

**Aantallen wanbetalers**

	<b>Schatting CBS</b>	<b>Aantal wanbetalers met opgelegde bestuursrechtelijke premie</b>
31 december 2006	190 210	0
31 december 2007	240 250	0
31 december 2008	256 690	0
1 september 2009	304 100	0
31 december 2009	318 460	28 670
31 maart 2010	318 460 <sup>1</sup>	99 474
30 april 2010	318 460	125 180

<sup>1</sup> Het CBS berekent geen tussenstand. Het aantal mensen met een betalingsachterstand (van < 6 maanden premie) bij zorgverzekeraars na melding aan het CVZ van de wanbetalers (van > 6 maanden premie) wordt niet afzonderlijk geregistreerd. Het CBS heeft geen cijfers berekend voor data na 31 december 2009. Daarom wordt de stand van die datum aangehouden.

---

**Peildatum**

**Aantal onverzekerden**

31 december 2005 (Ten tijde van de Ziekenfondswet)	242 000 <sup>1</sup>
1 mei 2006	173 000
1 mei 2007	151 000
1 mei 2008	153 000
1 mei 2009	152 240

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 107.

123

*Kan een overzicht worden gegeven van de ontvangers van de beschikbaarheidsvergoeding in 2011? Aan welke voorwaarden moeten aanvragen voor de vergoeding bij het CVZ voldoen? Wanneer wordt een beschikbaarheidsbijdrage toegekend?*

Met de voorgestelde wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt het mogelijk gemaakt om in specifieke gevallen een beschikbaarheidsbijdrage aan zorgaanbieders toe te kennen. Deze wetswijziging is op dit moment nog in behandeling bij de Tweede Kamer en niet meer per 1 januari 2011 in werking treden.

In de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel is opgenomen voor welke functies/activiteiten zorgaanbieders een beschikbaarheidsbijdrage kunnen aanvragen.

De beschikbaarheidsbijdrage wordt aangevraagd bij de NZa, waarna de NZa ambtshalve de beschikbaarheidsbijdrage vaststelt. Welke voorwaarden daarbij van toepassing zijn, is afhankelijk van de desbetref-

fende functie of activiteit. De NZa legt de hoogte van de bijdrage vast in een beschikking. NZa en CVZ overleggen nog over welke informatie er op de beschikking moet worden vermeld. Met die beschikking kan de zorgaanbieder zich melden bij het CVZ. Het CVZ keert het op de beschikking vermelde bedrag uit aan de zorgaanbieder.

124

*De macronacalculatie in de risicoverevening wordt afgebouwd. Welke maatregelen treft de regering om te voorkomen dat zorgverzekeraars dit risico zullen doorberekenen in hogere zorgpremies?*

Zie antwoord op vraag 11 en 13.

125

*Hoeveel dbc's met een behandeltijd van minder dan 100 minuten werden er de afgelopen jaren jaarlijks door zorgaanbieders gedeclareerd? Hoeveel dbc's met een behandeltijd van meer dan 100 minuten werden er de afgelopen jaren jaarlijks door zorgaanbieders gedeclareerd?*

Het antwoord op deze vraag vergt nader onderzoek, dat helaas niet binnen de antwoordtermijn op de gestelde vragen uitgevoerd kan worden.

126

*Wie beslist of er bij voor aanspraak op hulpmiddelen bij de patiënt sprake is van een functiebeperking?*

De zorgverlener die voorschrijft dat een verzekerde een hulpmiddel nodig heeft, zal daarbij aangeven dat de betrokkene een functiebeperking heeft en in welke mate die functiebeperking aanwezig is. De zorgverzekeraar beslist of het voorgeschreven hulpmiddel voor rekening van de zorgverzekering komt.

127

*Uit onderzoek zou blijken dat er mogelijkheden zijn voor doelmatiger voorschrijven indien huisartsen meer voorschrijven via de eigen richtlijnen. Welk onderzoek wordt hier bedoeld? Via welke richtlijnen schrijven de huisartsen nu voor en wat maakt deze ondoelmatiger dan de «eigen» richtlijnen? Wat houden «eigen» richtlijnen precies in: bestaan deze al of moeten deze nog ontwikkeld worden? In het laatste geval: hoe kan dan nu al ingeschat worden dat deze tot een doelmatigheidswinst leiden?*

Uit ondermeer de benchmark Voorschrijven Huisartsen, ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) (<http://www.medicijngebruik.nl/projecten/benchmark-voorschrijven.html>) blijkt dat huisartsen nog doelmatiger kunnen voorschrijven als zij hun eigen richtlijn beter volgen.

Niet elke huisarts schrijft namelijk volgens de richtlijn voor. Nu kunnen er goede redenen voor een huisarts zijn om af te wijken van de richtlijn, maar bij een goede richtlijn moet de afwijkingen uitzonderingen zijn.

Met «eigen» richtlijnen wordt bedoeld de richtlijnen die zijn opgesteld door het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) of in samenwerking met de NHG als het gaat om multi-disciplinaire richtlijnen.

Zowel uit oogpunt van kwalitatief goede zorg als in het kader van doelmatige zorg vind ik het belangrijk dat huisartsen de beschikking hebben over goede richtlijnen en dat zij die richtlijnen in de dagelijkse praktijk toepassen. De NHG kent al vele goede standaarden, dus veel richtlijnen hoeven niet op nieuw ontwikkeld te worden.

*Verwacht wordt dat inspanningen op het gebied van doelmatig voorschrijven leiden tot een doelmatigheidswinst van € 110 mln. in 2011. Waarop is deze berekening gebaseerd?*

De doelmatigheidswinst is gebaseerd op de schatting hoeveel procent van de patiënten adequaat behandeld kan worden met een generiek (patentloos) geneesmiddel binnen een geneesmiddelengroep. Omdat er sprake is van forse prijsverschillen tussen therapeutisch gelijkwaardige middelen, kan de doelmatigheidswinst ook aanzienlijk zijn, terwijl de patiënt gewoon goede zorg ontvangt.

In de berekening voor de doelmatigheidswinst voor 2011 zijn drie geneesmiddelgroepen specifiek meegenomen, te weten de maagzuurremmers, cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers (ACE-remmers).

In de berekening wordt ervan uitgegaan dat 95% van de defined daily doses (DDD, een maat voor de gemiddelde dagdosering) bij maagzuurremmers een patentloos (generiek) geneesmiddel kan zijn. 80% van de DDD's bij cholesterolverlagers kan een generieke cholesterolverlager zijn. Bij de bloeddrukverlagers is onderscheid gemaakt tussen twee groepen van geneesmiddelen, te weten de ACE-remmers en de A2-antagonisten. In deze berekening is ervan uitgegaan dat 75% van de DDD's een ACE remmer kan zijn (ACE remmers zijn goedkoper dan A2-antagonisten).

Aan de hand van het verschil tussen het huidige (bekende) percentage gebruikers van generieke geneesmiddelen en de hiervoor genoemde streefpercentages is berekend hoeveel personen – via doelmatig voorschrijven – van een duurder naar een goedkoper geneesmiddel kunnen overstappen. Dat aantal personen maal het kostenverschil tussen goedkopere en duurdere geneesmiddelen is de basis van de opbrengstberekening.

De genoemde streefpercentages zijn conservatieve schattingen gebaseerd op behandelrichtlijnen en ervaringen uit de praktijk.

*De korting van € 549 mln. op de ziekenhuizen is door de rechter onrechtmatig bevonden. Zou het, afgezien daarvan, het niet verstandig zijn om het hele financieringstraject van de ziekenhuizen opnieuw te bekijken? Hoe ziet de regering de rol van de zorgverzekeraar in de overschrijding bij de ziekenhuizen?*

In mijn optiek is de huidige wijze van financiering van de ziekenhuiszorg zeker voor verbetering vatbaar. De vigerende duale bekostiging, met als belangrijk onderdeel de functiegerichte budgettering (FB), is namelijk gebaseerd op een beperkt aantal deels productiegebonden parameters die niet altijd de gewenste prikkels bevatten. Ziekenhuizen krijgen nu bijvoorbeeld meer financiële middelen naarmate patiënten meer ligdagen in het ziekenhuis doorbrengen of naarmate er meer patiënten in het ziekenhuis worden opgenomen. Daar gaat niet of nauwelijks een stimulans vanuit om de zorginhoudelijke en logistieke processen rond de patiënt beter op elkaar af te stemmen en zodanig in te richten dat de behandeling van de patiënt zo goed en doelmatig mogelijk plaatsvindt.

Wat echt nodig is, is het direct belonen van kwaliteit en doelmatigheid. Om dat te bereiken is naar mijn overtuiging een omslag nodig van budgetbekostiging naar een bekostigingswijze die daadwerkelijk gestoeld is op deugdelijke zorgproducten en daarmee nauw aansluit op de geleverde zorg. Het beoogde Nationale Kwaliteitsinstituut zal een bijdrage

leveren aan het organiseren van de verbinding tussen de inhoudelijke professionele standaard, de te bekostigen prestaties, de transparantie daarover, en de verzekerde aanspraken.

Er gaan namelijk pas de juiste prikkels uit van de bekostigingssystematiek als die aangrijpt bij datgene wat daadwerkelijk verbeterd moet worden, namelijk de behandeling van de patiënt en zijn of haar aandoening. Een eventuele overgang naar een dergelijke bekostigingssystematiek dient wel op een verantwoorde wijze te gebeuren die voldoende waarborgen biedt voor budgettaire beheersbaarheid.

De zorgverzekeraars hebben een verantwoordelijkheid om de kosten van de ziekenhuiszorg te beheersen door goed te contracteren. De inkoop van zorg is voor zorgverzekeraars een belangrijk middel om aan hun zorgplicht te voldoen, zodat zij hun verzekerden voldoende, bereikbare en kwalitatief goede zorg kunnen garanderen.

Ten aanzien van de verantwoordelijkheid van verzekeraars dient de maatregel bij de ziekenhuizen te worden gezien in de context van het huidige zorgstelsel en de transitiefase waarin dit zich nu bevindt. Ook de wijze waarop verzekeraars financieel aanspreekbaar zijn is daarmee in ontwikkeling. Verzekeraars worden niet volledig gecompenseerd voor de overschrijdingen van het BKZ. De hogere uitgaven die verzekeraars hebben gemaakt moeten verzekeraars (deels) zelf financieren.

De mate waarin verzekeraars compensatie krijgen wordt bepaald door de ex post mechanismen binnen de risicoverevening.

In de afgelopen jaren is de risicodragendheid van verzekeraars toegenomen door het geleidelijk afbouwen van de ex post compensatie. Zo is per 2010 de nacalculatie op de (variabele) ziekenhuiskosten in het A-segment afgenomen van 40% naar 30% en de nacalculatie op B-dbc's afgenomen van 15% naar 0% (Tweede Kamer vergaderjaar 2009–2010 29 689, nr. 276). Met deze toenemende risicodragendheid worden verzekeraars dus ook steeds meer aangesproken op hun rol en de facto «aangeslagen». De komende jaren zal de risicodragendheid verder worden vergroot door verdere afbouw van de ex post mechanismen.

130

*Wat betekent de invoering van het beheersmodel voor het ondernemerschap van de medisch specialisten?*

Deze vraag is ook aan de orde gesteld in het verslag met betrekking tot het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG (Kamerstukken 32 393). Op de vraag zal nader worden ingegaan bij de nota naar aanleiding van het verslag.

131

*Hoe kan in 2011 een maximum gesteld worden aan de vergoedingen uitgekeerd aan medisch specialisten?*

Via het beheersmodel medisch specialisten wordt door NZa op instellingsniveau een maximale kostenvergoeding ten behoeve van de diensten van de vrijgevestigd medisch specialisten vastgesteld. De optelsom van alle door de NZa per instelling bepaalde grenzen mag het totaal van de voor medisch specialisten beschikbare middelen in het BKZ niet overschrijden. Het voornemen om het beheersmodel per 2012 in te voeren is op 28 april jongstleden aan u kenbaar gemaakt. (Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 117).

De beantwoording van uw vragen over dit beheersmodel en de Uitvoeringstoets die de Nederlandse Zorgautoriteit hierover op 25 juni heeft uitgebracht zal op een later tijdstip doch zo spoedig mogelijk plaatsvinden.

132

*Wanneer ontvangt de Kamer een evaluatie van DOT-simulatie in de ziekenhuizen?*

In de motie Van der Veen (TK 29 248, nr. 57) is mij gevraagd om minimaal een keer per halfjaar, een rapportage aan de Tweede Kamer te zenden met daarin gegevens over de prijs- en volumeontwikkelingen in het B-segment, de stand van zaken rondom de kapitaallasten en de stand van zaken rondom de vereenvoudiging van de DBC's. Evaluatie van de DOT-simulatie zal worden meegenomen in deze voortgangsrapportages; de eerstvolgende voortgangsrapportage dbc's zal eind 2010 worden verzonden naar de Tweede Kamer.

133

*Hoeveel zorginstellingen hebben sinds de instelling van de regeling GO Cure een beroep op deze regeling gedaan? Wat is de totale hoeveelheid uitgegeven garanties voor bankleningen?*

In onderstaande tabel is aangegeven dat er 22 passende vragen over toepassing van de GO Cure regeling op bouwfinanciering van curatieve zorginstellingen zijn ontvangen:

	Aantal	Gefinancierd	Go Cure	% Go cure
Algemeen ziekenhuis	11	4	1	25%
Categoriaal ziekenhuis	2	1	1	100%
GGZ	1	0	Nvt	Nvt
ZBC	8	4	4	100%

Er is € 67,8 miljoen aan bankleningen met garanties van de GO Cure voor 50% gefiatteerd.

134

*De pgb-tarieven worden verlaagd. Kan de regering aangeven wat uiteindelijk de hoogte van het pgb-budgetplafond wordt?*

De hoogte van het pgb-budgetplafond is nog niet bekend en is afhankelijk van gegevens van het College voor Zorgverzekeringen over de uitwerking van het handhaven van het pgb-subsidieplafond op 1 juli jl. (o.a. de opbrengst in termen van minder uitgaven voor het pgb in 2010 en het aantal personen op de pgb-wachlijst). De Kamer zal voor de VWS-begrotingsbehandeling nader worden geïnformeerd.

135

*Als er in de Zorgbalans wel indicatoren worden opgenomen voor de langdurige zorg, hoe kan het dat de regering deze niet kan opstellen?*

In de Zorgbalans zijn voor de hele langdurige zorg twee cliëntindicatoren en twee medewerkersindicatoren opgenomen en een aantal zorginhoudelijke indicatoren die alleen de VVT (verpleging, verzorging, thuiszorg) betreffen. De uitkomsten van de meting van deze indicatoren geeft een beperkt beeld van de kwaliteit van de hele langdurige zorg. Mede daarom heeft VWS ervoor gekozen om geen indicatoren op te nemen die de hele langdurige zorg betreffen, maar juist in te zetten op indicatoren die het beste passen bij de verschillende deelsectoren.



Immers, voor elke sector geldt andere (veel) voorkomende problematiek. Het is dan zinvoller om indicatoren te ontwikkelen en te gebruiken die heel specifiek daarop van toepassing zijn. Om enkele voorbeelden te noemen. In de VVT komen voedingsproblemen en huidletsel vaker voor dan in de GZ (gehandicaptenzorg). En in de gehandicaptenzorg juist weer zaken als epilepsie of probleemgedrag. Daarom zijn voor de VVT indicatoren die de voedingssituatie en huidletsel betreffen opgenomen, en voor de GZ juist indicatoren op het gebied van epilepsie en probleemgedrag. Overigens komen in de verschillende sectoren wel enkele vergelijkbare indicatoren voor; bijvoorbeeld het hebben van een actueel zorgplan, en een risicoinventarisatie/signalering op lichamelijk of mentaal welbevinden.

136

*Waarom heeft de regering er niet voor gekozen het pgb wettelijk te verankeren, zoals de Kamer per motie heeft gevraagd, en wel het pgb-tarief te verlagen?*

De motie-Van Miltenburg (32 123-XVI, nr. 147) verzoekt om de aparte PGB-subsidieregeling op te heffen en de PGB's ten laste te brengen van de groeirimte van de AWBZ en daarmee het recht op een PGB in de wet vast te leggen. Aan de Kamer is toegezegd om de wenselijkheid en mogelijkheid van het onder één contracteerruimte brengen van PGB en zorg in natura te bezien. Zoals in de brief over de betekenis van de visie van de langdurige zorg voor de bekostiging van de AWBZ van 1 februari jl. (kenmerk: DLZ/KZ-2978756) aangegeven betekent een wettelijke verankering van het recht op een PGB een aanpassing van de AWBZ en van de Wet marktordening gezondheidszorg. Beide wetten gaan uit van contracten tussen zorgkantoren en aanbieders en het PGB is nu nog geen onderdeel van dit contractuele proces. Omdat met wetwijzigingen de nodige tijd gemoeid zal zijn, kan het onderbrengen in één contracteerruimte niet direct worden doorgevoerd.

Het huidige kabinet zal hieraan verdere uitwerking geven. In het Regeerakkoord is expliciet vastgelegd dat de PGB-subsidieregeling wordt opgeheven en het PGB wettelijk wordt verankerd, met inachtneming van de bestaande financiële kaders.

Het PGB-tarief is van oudsher gebaseerd op 75% van het maximumtarief van zorg in natura (ZIN). Door scherpere onderhandelingen door zorgkantoren bij ZIN is de gemiddelde prijs met 3% gedaald. Analoog hieraan is de prijsmaatregel voor de PGB's genomen.

137

*Kan een nadere toelichting gegeven worden op de reeks «n.v.t.» bij het Plan zorg voor mensen met dementie in de jaren 2011 t/m 2015, bij de premiegerelateerde instrumenten van beleidsartikel 43. Wat zijn de achterliggende bedragen, activiteiten en resultaten?*

De activiteiten uit het beleidsplan «Zorg voor mensen met dementie» worden budgetneutraal uitgevoerd. Belangrijk onderdeel van dit plan is het Programma Ketenzorg Dementie. Hiervoor zijn geen extra middelen beschikbaar gesteld. In 2009 en 2010 was via de beleidsregel «Dementie» bij de NZa € 10 miljoen beschikbaar voor innovatieve zorgprestaties bij dementiezorg. In de aanwijzing contracteerruimte 2011 is dit bedrag opgehoogd naar € 10,5 mln. Het programma wordt uitgevoerd in samenwerking met Alzheimer Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, de VNG en ActiZ. In vrijwel heel Nederland is nu een aanbod van samenhangende dementiezorg. Vanuit het programma, wordt het komende jaar ingezet om ook in regio's waar deze dementiezorg minder van de grond komt, een positieve impuls te geven tot de ontwikkeling van samenhangende dementiezorg.

138

*Hoe kan het dat de prestatieindicatoren voor de inzichtelijkheid op kiesbeter.nl na 3,5 jaar nog steeds niet allemaal gerealiseerd zijn?*

De ontwikkeling van indicatoren doorloopt een aantal stadia: programmeren, definiëren, testen en invoeren, structureel registreren, data verzamelen en bewerken en ten slotte publiceren. De doorlooptijd van zo'n cyclus is anderhalf tot twee jaar en de indicatorontwikkeling wordt vaak in tranches opgepakt. Hierdoor ontstaan er verschillen in voortgang tussen de verschillende sectoren.

Inmiddels staan prestatieindicatoren op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) over zorgverzekeraars (onder andere ervaringen van verzekerden), ziekenhuizen (basisset indicatoren IGZ en aandoeningsspecifieke informatie over ziekenhuizen), verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen (normen voor verantwoorde zorg en ervaringen cliënten).

Door publicatie van een Ministeriële regeling is verantwoording door zorgaanbieders door middel van prestatieindicatoren/normen verantwoorde zorg, die in het kader van het traject Zichtbare Zorg zijn ontwikkeld, verplicht geworden.

In 2012 zullen vrijwel alle prestatieindicatoren in de diverse sectoren ontwikkeld zijn en zullen deze beschikbaar komen op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl). Het valideren van indicatoren en het inrichten van een betrouwbare informatievoorziening zal de eerstkomende jaren nog de nodige tijd en aandacht vragen, ook na 2012.

139

*Wat betekent precies «er wordt gewerkt aan de data-infrastructuur»?*

Met de «data-infrastructuur» wordt de achterkant van het ZiZo-portal bedoeld (<http://www.zichtbarezorg.nl/page/Programma-Zichtbare-Zorg/ZiZo-portal>). De data-infrastructuur biedt de instellingen de mogelijkheid om de gegevens digitaal aan te leveren, waarna de aangeleverde gegevens worden gevalideerd en vergelijkbaar gemaakt.

140

*Hoeveel administratieve lasten brengt het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording met zich mee?*

Zorginstellingen leggen met hun jaarverantwoording niet alleen verantwoording af aan VWS, maar ook aan de IGZ, NZa, CBS, verzekeraars, brancheorganisaties, cliëntenraden, ondernemingsraden en het brede publiek. Door alle verantwoordingsinformatie te bundelen wordt dubbele informatie-uitvraag zoveel mogelijk voorkomen. Wanneer deze bundeling wordt losgelaten, gaan CBS, IGZ, verzekeraars en brancheorganisaties de informatie die zij nodig hebben weer apart uitvragen.

Uit onderzoek van Research voor Beleid uit 2007 blijkt dat de administratieve lasten door de invoering van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) met 59% zijn verminderd van € 43.9 miljoen (2002) naar € 17.9 miljoen (2006). Uit een onderzoek van Berenschot in opdracht van de NZA (Rapport «quick-scan dubbele informatie-uitvraag») blijkt bovendien dat het JMV niet als bijzonder belastend wordt ervaren door het veld. Ook worden wijzigingen in het JMV altijd afgestemd met het veld, waarbij wordt ingegaan op de administratieve lasten voor de zorginstellingen.

141

*Op welke termijn wordt de Kamer geïnformeerd over het early warning systeem?*

De NZa heeft op verzoek van mijn voorganger onderzocht op welke wijze een early warning systeem kan worden opgezet. Zij hebben aangegeven dat het early warning systeem deels kan worden gebaseerd op bestaande bronnen zoals het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording. Op dit moment onderzoeken zij welke indicatoren (en drempelwaarden) bij het early warning systeem passen. De NZa heeft gewezen op het feit dat een wetswijziging nodig zal zijn om het early warning systeem op te kunnen zetten zoals verwoord in de brief Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning (kamerstuk 32 012, nr.1). In hoeverre dit ook nodig zal zijn wanneer de instrumenten en regelgeving om cruciale zorg te borgen zoveel mogelijk gericht zijn op eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, zal ik nader bezien. U ontvangt daarover rond de jaarwisseling een brief van mij.

142

*Hoe worden de belangen van de (chronische) patiënt gewaarborgd, mede gelet op de taakstellende regeerakkoordbezuiniging van € 50 mln. vanaf 2014 op de VWS-subsidies voor onder andere beïnvloeding leefstijl, tabaksontmoediging en patiëntenverenigingen? Hoe wordt deze taakstelling ingevuld, wat is de fasering ervan en welke aanvullende consequenties heeft dit voor de begroting 2011?*

Het recente regeerakkoord bevat taakstellingen op tal van terreinen. Ik zal u zo spoedig mogelijk informeren over de consequenties van deze taakstelling voor de VWS-begroting 2011 en de VWS-subsidies.

143

*Kan de regering aangeven hoe de indicatiestelling wordt gestroomlijnd? In hoeverre verschilt het stroomlijnen van de indicatieprocessen zoals opgenomen in de beleidsagenda voor 2011 met het oude programma stroomlijning indicatieprocessen?*

In 2011 wordt voortgebouwd op de resultaten van het Programma stroomlijning indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid (STIP). Dit programma als zodanig is in september 2009 beëindigd. In een tweetal projecten is hieraan een vervolg gegeven: Regelhulp en Gezamenlijke beoordeling. De webvoorziening Regelhulp helpt ouderen, gehandicapten en langdurig zieken de weg te vinden naar de juiste voorzieningen en organisaties. Naast uitvoeringsorganisaties doen al ruim 300 gemeenten mee en de bekendheid van Regelhulp onder de doelgroep is flink vergroot. Informatie op het terrein van Jeugd & Gezin wordt de komende periode toegevoegd. Op basis van de wensen van de cliënten en in samenwerking met de uitvoeringsorganisaties wordt de voorziening het komende jaar nog verder doorontwikkeld en verbeterd, waarna structurele inbeheername zal plaatsvinden. Het vervolg op het project Gezamenlijke beoordeling krijgt gestalte in ca. 15 lokale initiatieven. Doelstelling daarbij is om de cliënt met een meervoudige hulpvraag sneller en beter te helpen vanuit regionale samenwerkingsverbanden. Organisaties tonen aan de hand van een plan met businesscase aan dat een project daadwerkelijk bijdraagt aan de doelstelling van gezamenlijk beoordelen. De eerste lokale initiatieven starten dit najaar. Eind 2011 zal een evaluatie moeten uitwijzen welke vorm van dienstverlening voor de cliënten effectief is en zich leent voor een bredere landelijke verspreiding.

Het onderdeel Indicatie dossier is uitgemond in een wetstraject (AMvB) waarbij in het Besluit SUWI wordt vastgelegd dat gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wettelijke taak mogen worden

overgedragen van het CIZ en de bureaus Jeugdzorg aan het UWV en de SVB. Deze aanpassing van het Besluit SUWI ligt op dit moment ter advisering voor bij de Raad van State.

144

*De regering merkt op dat de controle op pgb's verbeterd gaat worden in 2011. Kan de regering toelichten hoe dit gaat gebeuren en wat daar de te verwachten gevolgen van zijn? Kan de regering aangeven welke maatregelen zijn genomen om het oneigenlijk gebruik, misbruik en fraude van de pgb-regeling tegen te gaan en op welke termijn verwacht wordt dat het pgb weer solide en zuiver is?*

Gelet op het aanscherpen van de controle geldt het volgende:

- We zijn in bespreking met ZN en CVZ om te komen tot een betere ondersteuning en een meer intensieve controle van budgethouders in hun eerste jaar.
- Op dit moment ontwikkelen alle bij de fraudebestrijding betrokken partijen (o.a. Justitie, NZa, DNB, IGZ, OM SIOD en FIOD) een aanpak hoe de pgb-fraude het best is aan te pakken. De insteek is het voorkomen van fraude, meer in het bijzonder: het ontwerpen van een zodanige uitvoeringsstructuur dat mensen die kwaad willen er niet langer door worden aangetrokken. Naar verwachting komen aan het eind van dit jaar hun voorstellen beschikbaar.
- Op basis van een evaluatie van de zorgkantoren van hun controlewerkzaamheden (op basis van het door CVZ opgestelde controleprotocol dat in 2010 voor het eerst wordt gehanteerd) zullen zij hun controles gaan aanscherpen.

De verwachting is dat met deze maatregelen eerder fraude is op te sporen, c.q. kan worden voorkomen.

Gelet op genomen maatregelen geldt het volgende:

- Het verantwoordingsformulier mag alleen nog door de budgethouder of zijn wettelijke vertegenwoordiger worden ondertekend (geregeld per 1 januari 2009 in de pgb-regeling).
- Betalingen uit het pgb moeten passen binnen de Nederlandse marktomstandigheden (geregeld per 1 januari 2009 in de pgb-regeling).
- Er kunnen alleen bemiddelingskosten worden gedeclareerd die budgethouders maken om de zorg te organiseren; bemiddelingskosten voor de aanvraag en het beheer van een pgb kunnen niet meer worden gedeclareerd (geregeld per 1 januari 2009 in de pgb-regeling).
- Er is op 1 juli 2009 een nieuw controleprotocol van de verantwoordingsformulieren door de zorgkantoren beschikbaar.
- Sinds juli 2009 kan het pgb uitsluitend gestort worden op de rekening van de budgethouder of zijn wettelijke vertegenwoordiger.
- Het CIZ heeft eind februari 2009 een richtlijn opgesteld, die indicatiestellers aangeeft hoe te handelen bij druk van pgb-bureaus om een indicatie af te geven die meer zorg inhoudt dan waar feitelijk behoefte aan bestaat. Deze richtlijn betekent dat alle aspirant-budgethouders, aangemeld via pgb-bureaus, door het CIZ worden gezien.
- Per Saldo en de Stichting de Ombudsman hebben een gedragscode voor pgb-bureaus ontwikkeld. De belangrijkste regel hierin is, dat een pgb-bureau zelf geen zorg mag verlenen. De diensten die het pgb-bureau aanbiedt kunnen dus enkel bestaan uit advies, het verzorgen van de administratie en zorgbemiddeling. Deze gedragscode is een startpunt geweest voor het ontwikkelen van een keurmerk voor pgb-bureaus.

Het toewerken naar een solide pgb is naar verwachting een proces van enkele jaren, waarbij in 2011 een eerste stap zal worden gezet (zie het antwoord op vraag 50).

145

*Kan de regering aangeven hoe vaak de website [www.regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl) wordt bezocht en hoeveel voorzieningen via de website worden aangevraagd?*

De website van Regelhulp wordt steeds meer bezocht. Het aantal unieke bezoekers in september 2010 was 30 577. Het aantal verstuurd formulieren was in dezelfde maand 303. Hiervan zijn 190 formulieren ingediend bij gemeenten, 86 bij het ClZ, 12 bij het UWV en 15 bij UWV Werkbedrijf. Het gaat hierbij niet altijd om het aanvragen van voorzieningen, op deze wijze kan ook contact worden gelegd met de juiste organisatie. Deze informatie is te vinden op [www.programmaregelhulp.nl](http://www.programmaregelhulp.nl).

146

*Waarom zijn er in de tabel Prestatie-indicatoren zo weinig streefwaarden concreet gemaakt?*

De genoemde gegevens zijn vaak bundeling van verschillende onderliggende datasets. De populatie van individuele verpleeg- of verzorgingshuizen, of cliënten die van de thuiszorg gebruik maken, is sterk bepalend voor de prevalentie. Een groot deel van de kwaliteitsindicatoren is outcomegericht. Het vaststellen van streefwaarden past meer in het traject van normering. De slag van indicatoren naar normen is één van de opgaven voor de komende jaren.

Meer specifiek over de score bejegening van cliënten: de scores op dit onderdeel worden grotendeels bepaald door de interactie tussen de cliënt en de zorgmedewerker. Om dit zo goed mogelijk te kunnen duiden is in ieder geval een indicator «ervaren bejegening» opgenomen in de cliëntgebonden kwaliteitsindicatoren. Tevens zijn er indicatoren opgenomen die betreffen de verstrekking van tijdige en juiste informatie, de bereikbaarheid van de zorginstelling etc. Ook deze aspecten kunnen van invloed zijn op de ervaren bejegening.

Tot slot wat betreft de ontwikkeling ketenzorg-indicatoren: voor 2 ziektebeelden zijn deze indicatoren ontwikkeld en is de planning erop gericht om deze in 2011 in te voeren. Voor 2 andere ziektebeelden wordt hard gewerkt om in 2011 in een pilot te bezien of deze indicatoren ook de juiste zijn.

147

*Welke gevolgen heeft de recente WHO-code over het ethisch werven van zorgpersoneel uit derdewereldlanden voor Nederland?*

Nederland is actief betrokken geweest bij de totstandkoming van de Code tijdens de recente World Health Assembly en is verheugd dat deze uiteindelijk is aangenomen. De WHO-code is echter niet verplichtend: het moet gezien worden als een richtlijn en zorginstellingen in Nederland zijn voornamelijk private ondernemingen met een zelfstandige bevoegdheid om personeel te werven. De code kan derhalve niet afdwingen dat zorginstellingen geen personeel werven in landen buiten de EU die zelf met een gebrek aan zorgpersoneel kampen. Toch geeft de code een sterk signaal af om de principes voor het ethisch werven van zorgpersoneel uit ontwikkelingslanden in acht te nemen. Werkgeversorganisaties in de zorg zien de totstandkoming van de code dan ook als een belangrijke ontwikkeling. Momenteel beraden zij zich hoe de code kan worden gekoppeld aan bestaande instrumenten (de zorgbrede governance code en het

keurmerk voor bemiddelingsbureaus van buitenlandse werknemers). Zodra deze koppeling tot stand is gekomen, zijn zorginstellingen gecommiteerd aan de code. Vanuit de overheid zullen we via bestuurlijk overleg en in samenspraak met stakeholders bezien hoe we verder invulling aan de code kunnen geven.

148

*Op welke manier wordt de instroom van jongeren in zorgopleidingen gestimuleerd door de subsidieregeling voor vaccinatie tegen Hepatitis B?*

De instroom van studenten bij zorgopleidingen wordt gestimuleerd door de subsidieregeling vaccinatie stageplaatsen zorg aangezien studenten hierdoor niet langer hun vaccinatie tegen hepatitis B zelf moeten betalen. Daarnaast daalt door deze subsidieregeling de uitstroom van studenten bij zorgopleidingen. Werkgevers zijn verantwoordelijk voor de vaccinatie tegen hepatitis B van hun personeel en stagiair(e)s. Maar veel stages duren slechts drie maanden, terwijl de vaccinatieperiode minimaal zes maanden duurt. Dit bemoeilijkt in het verleden het vinden van stageplekken voor studenten. Het niet kunnen vinden van een stageplek, had uitstroom tot gevolg.

Door de subsidieregeling krijgen onderwijsinstellingen subsidie voor het aanbieden van de vaccinatie. Als gevolg hiervan bieden veel onderwijsinstellingen de eerstejaars studenten bij aanvang van de zorgopleiding vaccinatie tegen hepatitis B aan. Het vinden van een stageplek wordt daardoor niet langer belemmerd, omdat nu wordt voldaan aan de belangrijke voorwaarde van vaccinatie tegen hepatitis B. Dit is dus niet langer een reden voor uitstroom.

149

*Hoeveel mensen werken er in de verpleging en verzorging en hoe is de verdeling qua opleidingsniveau?*

Het exacte aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden in de sector Zorg en Welzijn is niet te geven. Een goede raming is te vinden in RegioMarge 2009. De betreffende raming (geen FTE's) geeft ook een goede indruk van de opleidingsverhoudingen binnen de beroepsgroep. Ook de helpenden en zorghulpen zijn meegerekend.

Opleidingsniveau	Aantal
Hoger	
– HBO niveau 5 verpleegkundige	41 500
Middelbaar	
– MBO niveau 4 verpleegkundige	107 500
– MBO niveau 3 verzorgende	150 200
Lager	
– niveau 2 helpende	36 500
– niveau 1 zorghulp	31 800
<b>Totaal</b>	<b>367 500</b>

150

*Hoeveel mensen werken er in de gehandicaptenzorg en hoe is de verdeling qua opleidingsniveau?*

Het aantal mensen dat in de Gehandicaptenzorg werkt, is niet exact te geven. Een raming, inclusief van de opleidingsverhoudingen in de Gehandicaptenzorg, is te vinden in RegioMarge 2009 (geen FTE's).

Opleidingsniveau	Aantal
Hoger	
– HBO niveau 5 verpleegkundige	2 000
– HBO niveau 5 sociaal pedagogische hulpverlener	11 200
Middelbaar	
– MBO niveau 4 verpleegkundige	13 600
– MBO niveau 3 verzorgende	13 200
– MBO niveau 4 sociaal agogisch werker	26 400
– MBO niveau 3 sociaal agogisch werker	19 000
Lager	
– niveau 2 helpende	8 700
– niveau 1 zorghulp	2 400
Restcategorie	13 100
<b>Totaal</b>	<b>109 600</b>

151

*Hoe zijn de AWBZ-uitgaven per Zorgzwaartepakket (ZZP) verdeeld? Kunt u een overzicht van de opbouw geven?*

Bij de productieafspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders worden in twee rondes productieafspraken gemaakt. De laatste gegevens waarover ik beschik zijn de afspraken uit de maartronde 2010. Deze afspraken kunnen in de novemberronde worden bijgesteld, maar geven wel een goed inzicht in de relatieve verdeling over de diverse zorgzwaartepakketten.

Zorgzwaartepakket	Uitgaven per zorgzwaartepakket. (Gebaseerd op productieafspraken maartronde 2010 in miljarden euro's)	Aandeel in totaal van de uitgaven uit de maartronde 2010
VV1	0,38	3,0%
VV2	0,61	4,8%
VV3	0,57	4,5%
VV4	0,79	6,2%
VV5	2,30	18,1%
VV6	1,09	8,6%
VV7	0,81	6,4%
VV8	0,18	1,4%
VV9	0,65	5,1%
VV10	0,06	0,5%
GGZ1b	0,01	0,1%
GGZ2b	0,03	0,3%
GGZ3b	0,07	0,6%
GGZ4b	0,09	0,7%
GGZ5b	0,16	1,3%
GGZ6b	0,10	0,8%
GGZ7b	0,12	1,0%
GGZ1c	0,05	0,4%
GGZ2c	0,15	1,1%
GGZ3c	0,20	1,6%
GGZ4c	0,12	1,0%
GGZ5c	0,07	0,6%
GGZ6c	0,03	0,2%
VG1	0,06	0,5%
VG2	0,18	1,4%
VG3	0,48	3,8%
VG4	0,42	3,3%
VG5	0,91	7,2%
VG6	0,55	4,3%
VG7	0,70	5,5%
LVG1	0,01	0,1%
LVG2	0,05	0,4%
LVG3	0,09	0,7%

Zorgzwaartepakket	Uitgaven per zorgzwaartepakket. (Gebaseerd op productie- afspraken maartronde 2010 in miljarden euro's)	Aandeel in totaal van de uitgaven uit de maartronde 2010
LVG4	0,04	0,3%
LVG5	0,04	0,3%
SGLVG	0,03	0,2%
LG1	0,02	0,2%
LG2	0,04	0,3%
LG3	0,03	0,2%
LG4	0,07	0,5%
LG5	0,03	0,2%
LG6	0,09	0,7%
LG7	0,06	0,5%
ZGaud1	0,01	0,1%
ZGaud2	0,02	0,1%
ZGaud3	0,03	0,3%
ZGaud4	0,01	0,1%
ZGvis1	0,01	0,1%
ZGvis2	0,01	0,1%
ZGvis3	0,01	0,1%
ZGvis4	0,02	0,1%
ZGvis5	0,04	0,3%
<b>Totaal</b>	<b>12,72</b>	<b>100%</b>

152

*Welke websites zijn op dit moment geopend ten behoeve van de informatievoorziening over dwang?*

Ten behoeve van de informatievoorziening over dwang in de zorg is het informatiepunt «dwang in de zorg» ([www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)) op 11 maart 2010 operationeel geworden.

153

*Op welke grond denkt de regering dat het mogelijk is efficiënter te werken bij het CCE?*

De regering heeft CCE gevraagd haar bedrijfsprocessen meer te sturen op preventie en duurzaamheid en haar opgedane kennis en expertise uit te nutten. Dit heeft geleid tot maatregelen in bedrijfsmatige zin en geeft aanleiding tot herbezinning op positionering van CCE binnen de veranderende AWBZ.

154

*Er wordt gewag gemaakt van «recent ontvangen informatie» waaruit blijkt dat 2011 en 2012 oogstjaren zullen zijn voor verbeterde leefomgeving. Om welke informatie gaat het hier en kan die met ons gedeeld worden?*

Het gaat hier om de gegevens over de afbouw van de onvoldoende scorende privacyplaatsen in de gehandicaptensector en de verpleeghuissector. De gegevens zijn verwerkt in de voortgangsrapportage over de stand van zaken verbetering privacy. U heeft deze inmiddels op 13 oktober jl. ontvangen.

155

*Het kabinet vindt de maatschappelijke kosten van zorg aanvaardbaar als o.a. het beroep op de arbeidsmarkt in overeenstemming is met de*



*mogelijkheden gelet op de concurrentie met andere sectoren in de economie, en als mantelzorgers niet overmatig worden belast. Hoe ziet het kabinet de interactie tussen deze twee randvoorwaarden gelet op de verdubbeling van het aantal dementiepatiënten, die een relatief zware vorm van mantelzorg behoeven? Moet niet explicieter in de overweging betrokken worden dat de inzet van mantelzorgers deels ten koste gaat van het aantal uren dat zij zich kunnen aanbieden op de arbeidsmarkt, en tevens risico's op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid met zich meebrengt?*

Het is van groot belang alert te zijn op de mogelijke spanning tussen arbeidsmarkt en overbelasting van de mantelzorg. Het is overigens niet zo dat (meer) werk en mantelzorg per definitie op gespannen voet staan. Dat verschilt ook per individu. Uit de SCP-publicatie «Iemand moet het doen. Ervaringen van verzorgers van partners» blijkt dat het leiden van een eigen leven naast de zorgtaak – werk, hobby's en sociale contacten – van belang is om isolement te voorkomen.

De maatregelen die zijn opgenomen in de kabinetsbrieven «Voor elkaar» en «Naast en met elkaar» zijn ten eerste erop gericht dat mantelzorgers goede ondersteuning krijgen van de gemeente zodat overbelasting wordt voorkomen. Ten tweede is er Rijksbeleid dat er hoofdzakelijk op is gericht dat mantelzorg en werk zo goed mogelijk kunnen worden gecombineerd. In mijn antwoord op de vragen van het Kamerlid Wolbert van 13 augustus 2010 heb ik uitgebreid aangegeven welke activiteiten op dit terrein worden uitgevoerd.

In de derde plaats is een goed samenspel tussen informele en formele zorg van belang, vooral als er sprake is van zware zorgvragen zoals dementie. Daarbij is uitgangspunt dat mensen tijdig de noodzakelijke (formele) hulp kunnen krijgen, zodat ook op die manier overbelasting van de mantelzorger wordt voorkomen.

Het combineren van werk en zorg is vooral een aangelegenheid die zich primair tussen de sociale partners afspeelt, waarbij VWS en SZW stimuleren dat partijen hun verantwoordelijkheid oppakken door het verschaffen van informatie, het verspreiden van goede voorbeelden en financiële ondersteuning.

156

*Wat is de reactie van het kabinet op het World Alzheimer Report 2010 (zie <http://www.alzheimer-nederland.nl/>), waaruit blijkt dat de kosten van dementie in West-Europa nu al 1,29% BBP meer bedragen als naast de zorgkosten ook de kosten van (de relatief zware) mantelzorg voor mensen met dementie worden meegeteld?*

De zorg voor mensen met dementie is voor hun naasten erg zwaar. Dit blijkt eens te meer uit het World Alzheimer Report 2010. Dit is een van de redenen waarom in het Programma Ketenzorg Dementie wordt ingezet op de verbetering en intensivering van de mantelzorgondersteuning. Dit programma wordt uitgevoerd in samenwerking met Alzheimer Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, de VNG en ActiZ.

157

*Wat zijn de gevolgen van de verruiming van de tariefmarge van 2% naar 6%?*

Met de verruiming van de tariefmarge intramuraal van 2% naar 6% hebben de zorgkantoren meer mogelijkheden om binnen de contracteer-ruimte te differentiëren in de vergoeding van zorgaanbieders. Ik heb nog geen inzicht in de mate waarin de zorgkantoren bij de productieafspraken voor het jaar 2011 daarvan gebruik maken omdat de onderhandelingen daarover nog in volle gang zijn.

De toenmalig Staatssecretaris van VWS heeft begin 2009 de Taskforce verbetering afbakening Wtcg ingesteld. Reden hiervoor was dat reeds bij de behandeling van het wetsvoorstel voor de Wtcg duidelijk was dat er (nog) geen optimale criteria voor het bepalen van de doelgroep voor de Wtcg beschikbaar waren. De Taskforce had als taak om – met inachtneming van de beschikbare € 50 mln. aan budgettaire middelen – aanvullende criteria te ontwikkelen, waardoor een betere afbakening mogelijk te maken is van de groep chronisch zieken en gehandicapten die te maken hebben met (hoge) meerkosten, maar wier zorggebruik op basis van de oorspronkelijke criteria nog geen grond vormde voor toekenning van een tegemoetkoming.

De Taskforce heeft zich samen met medische experts en andere betrokkenen gebogen over de mogelijke verbeteringen in de afbakening van de doelgroep van de Wtcg en heeft op basis hiervan een voorstel geformuleerd. Dit voorstel is in december 2009 integraal overgenomen door het kabinet. Uw kamer is hier middels de tweede Wtcg voortgangsrapportage van 11 december 2009 (Z/M-2977021) over geïnformeerd. De wijzigingen in de afbakening betreffen:

- het verbeteren van de afbakening op basis van Zvw-zorggebruik;
- het betrekken van rolstoelen die worden verstrekt in het kader van de Wmo;
- het betrekken van het persoonsgebonden budget voor huishoudelijke verzorging in het kader van de Wmo;
- het optellen van AWBZ indicaties in uren en dagdelen;
- het betrekken van indicaties voor AWBZ-zorg afgegeven door de Bureaus Jeugdzorg;
- het meerjarig betrekken van hulpmiddeleengebruik;
- het opnemen van de jaarvoorwaarde;
- toepassing van terugwerkende kracht met betrekking tot de verbeteringen in de afbakening op basis van Zvw-zorggebruik en het optellen van AWBZ-indicaties;
- het instellen van een specifieke faciliteit.

In het kader van de voorjaarsbesluitvorming 2010 heeft het kabinet besloten om – gelet op de preciaire budgettaire situatie – af te zien van implementatie van de twee laatstgenoemde voorstellen.

De overige bovengenoemde wijzigingen zijn inmiddels in regelgeving verwerkt (Besluit chronisch zieken en gehandicapten, Staatsblad 2010, 319). Een aantal wijzigingen wordt ook op wetsniveau verankerd. Het voorstel voor wijziging van de Wtcg is in voorbereiding en wordt binnenkort aan uw Kamer gezonden.

Ik ga er van uit dat met de vraag bedoeld wordt: hoeveel mensen die als alfahulp in de thuiszorg in dienst van een cliënt werkten, zijn na de wetswijziging overstapt naar een dienstverband als thuishulp met een thuiszorginstelling? Daar heb ik op dit moment geen gegevens over. In het kader van de uitvoering vande motie-Wolbert over dit onderwerp, is recent een onderzoek gestart naar arbeidsmarkteffecten.

Ik ga er van uit dat de vraag betrekking heeft op de via de Wmo gefinancierde thuiszorg. Het gaat dan om gedecentraliseerd beleid waarbij de gemeenten de primaire verantwoordelijkheid voor de uitvoering dragen. Er zijn geen gegevens beschikbaar om de vraag te kunnen beantwoorden. Gemeenten registreren de toepasselijke cao niet.

161

*Hoeveel geld hebben gemeenten onttrokken aan het Wmo-budget voor andere zaken dan de Wmo?*

Bij de beantwoording van deze vraag gaat de regering er van uit, dat specifiek bedoeld wordt op de uitgaven van huishoudelijke hulp in de Wmo.

Het SCP rapporteert jaarlijks over de realisatie van de feitelijke Wmo-uitgaven aan huishoudelijke hulp van gemeenten in het voorgaande jaar. Uit advies bleek de afgelopen jaren, dat er sprake was van onderbesteding in dit budget. Dit kent diverse oorzaken en laat per gemeente een verschillend beeld zien. Ook in het SCP-advies over het budget 2011 blijkt, dat gemeenten in 2009 € 210 miljoen minder aan huishoudelijke hulp hebben uitgegeven, dan via de integratieuitkering aan gemeenten beschikbaar werd gesteld. Of en waaraan deze incidentele middelen zijn uitgegeven (binnen of buiten het kader van de Wmo) is niet bekend.

162

*Kan de minister naast de gegeven opsomming van doelstellingen van verschillende projecten en organisaties ter ondersteuning van de Wmo ook een oordeel geven over de bijdrage en effectiviteit daarvan?*

Met de genoemde projecten en organisaties zoals het programma Welzijn nieuwe stijl, Beter in Meedoen en de werkplaatsen Wmo ondersteunt VWS de gemeenten in het uitvoeren van de Wmo en het bevorderen van vernieuwing in de uitvoering van de brede Wmo. Uit de evaluatie van de Wmo blijkt dat extra ondersteuning van gemeenten noodzakelijk is. Alle in de begroting 2011 genoemde projecten hangen nauw met elkaar samen en worden uitgevoerd met en ondersteund door de partijen die nauw betrokken zijn bij de Wmo zoals de CG-Raad, VNG en MO-Groep. Aan het einde van de looptijd worden de genoemde projecten en de bereikte resultaten geëvalueerd. Uit de volgende evaluatie van de Wmo, die door het SCP wordt uitgevoerd, zal blijken of gemeenten de Wmo in de volle breedte uitvoeren en hoe gebruikers de ondersteuning op grond van de Wmo waarderen. De resultaten van deze evaluatie verschijnen eind 2013.

163

*Welke vernieuwende methoden zijn in het kader van het project «De kanteling» in ontwikkeling voor mensen met dementie en hun mantelzorgers? Welke van de ontwikkelde methoden zijn geschikt voor mensen met dementie en hun mantelzorgers?*

De Kanteling is een methode om de ondersteuningsvraag van de burger te verhelderen. Daarmee is de methode een alternatief voor indicatiestelling. De Kanteling is namelijk gericht op de omslag van het «afhandelen van een aanvraag» naar een brede intake over wensen en (eigen mogelijkheden) van de aanvrager en zijn of haar omgeving. De methode krijgt zijn plaats in de nieuwe (model)verordening, die gemeenten daartoe hanteren.

In een gesprek «aan de keukentafel» wordt de vraag verhelderd en bezien welke oplossingen mogelijk zijn. De Kanteling richt zich op alle doelgroepen van de Wmo, waaronder mensen met dementie. In de pilots van de Kanteling, die nu in gemeenten plaatsvinden, is specifiek aandacht voor mantelzorgondersteuning. Bij de oplossingen wordt bezien welke

mogelijkheden er zijn voor mensen met dementie zoals bv. Alzheimer-café's, lotgenotengroepen voor mensen met dementie of hun mantelzorgers.

De werkmethoden van de Kanteling richten zich dus ook op mensen met dementie en hun mantelzorgers. De methoden worden ontwikkeld door de landelijke kenniscentra, zoals Movisie en VILANS.

164

*In 2011 zal er onderzoek worden gedaan naar de activiteiten die gemeenten en andere lokale partijen ondernemen om eenzame mensen te bereiken en uit hun isolement te halen. Wanneer ontvangt de Kamer de resultaten van dit onderzoek, en wordt in dit onderzoek specifiek aandacht besteed aan eenzaamheid bij dementie?*

U ontvangt de resultaten van het onderzoek rond de zomer van 2011. Ik heb de onderzoekers gevraagd om specifiek aandacht te geven aan dementie en eenzaamheid.

165

*Hoe heeft de beschikbaarheid van casemanagement bij dementie zich de afgelopen jaren kwantitatief ontwikkeld, en wat zijn de streefcijfers voor de periode 2011–2015? Wanneer is volledige landelijke dekking voor wat betreft de beschikbaarheid van casemanagement bij dementie bereikt, en welke inspanningen en bedragen zijn er nog nodig om een volledige landelijke dekking te bereiken?*

Alle zorgkantoren (concessiehouders/zorgverzekeraars) hebben ketenzorg dementie en daarmee casemanagement in hun inkoopbeleid opgenomen. In alle zorgkantorregio's wordt dementiezorg ingekocht. Bij de zorginkoop 2010 was er nog geen landelijk dekkend aanbod van ketenzorg dementie. Dit aanbod is echter ook afhankelijk van het aanbod dat de zorgaanbieders aan de zorgkantoren offren. De zorgkantoren hebben hierbij een faciliterende rol.

Naar verwachting zullen begin 2011 de gegevens van een kwantitatieve meting naar het aanbod van casemanagement bij dementie beschikbaar zijn. Daaruit kan afgeleid worden welke inspanningen nog nodig zijn om voor iedereen met de diagnose dementie, indien hij/zij dit wenst, een casemanager beschikbaar te hebben.

166

*De streefwaarde voor het aantal mantelzorgers bedraagt 2,6 miljoen in 2011 en  $\geq 2,6$  miljoen op lange termijn. Kan worden geconcretiseerd wat de onderverdeling in het aantal mantelzorgers per aandoening (zoals dementie) is? Welk jaar wordt verstaan onder «lange termijn», wat de precieze streefwaarde in dat jaar is en langs welk tijdpad die streefwaarde bereikt moet worden? Welk beleidsinstrument in welke mate bijdraagt aan het bereiken van de streefwaarde?*

De streefwaarde voorziet niet in een onderverdeling van het aantal mantelzorgers per aandoening. Onder lange termijn versta ik een periode van 5 jaar en langer. Voor die periode is nu het streven dat het aantal mantelzorgers tenminste gelijk blijft en zo mogelijk toeneemt. Voor de verschillende beleidsinstrumenten op dit terrein verwijs ik u naar de beleidsbrieven «Voor elkaar» en «Naast en met elkaar». Het effect per instrument op het aantal mantelzorgers is niet aan te geven.

167

*Met betrekking tot projecten en organisaties op het gebied van mantelzorg. Wordt de doelmatigheid gemeten of beoordeeld? Zo ja, wat zijn de resultaten van meting resp. beoordeling?*

Bij de beoordeling van alle subsidieaanvragen, ook op het terrein van mantelzorg, wordt ex ante de doelmatigheid beoordeeld. Bij de subsidieafrekening van projecten of organisaties wordt bezien of met de beschikbare middelen het beoogde resultaat is bereikt, zoals een handreiking, voorlichtingsmateriaal, het ondersteunen van individuele gemeenten etc. In bijna alle gevallen wordt met de ter beschikking gestelde middelen het beoogde produkt gerealiseerd. Daarnaast vindt periodiek ex post evaluatieonderzoek plaats of met het ingezet beleid van het Rijk het doel is bereikt, i.c. of het doeltreffend en doelmatig is. Een dergelijk onderzoek lag ten grondslag aan de beleidsbrief «Voor elkaar» van oktober 2007.

168

*Op wat voor een manier wordt de ministeriële verantwoordelijkheid ten aanzien van het scheppen van voorwaarden voor topsporters in Nederland precies ingevuld?*

De topsporter staat centraal in het topsportbeleid van de Rijksoverheid. Door de sporter, valide sporters maar ook sporters met een beperking, in staat te stellen te presteren in alle fasen van zijn/haar topsportloopbaan kunnen Nederlanders topprestaties leveren in de internationale wedstrijddarena. Hiermee draagt de Rijksoverheid bij aan de ambitie van de sportwereld om tot de beste tien sportlanden van de wereld te horen. Dit gebeurt door talentontwikkeling-programma's van sportbonden te steunen, de combinatie van topsport en onderwijs te faciliteren via LOOT-scholen en Centra voor Topsport en Onderwijs (CTO's), door een basisbijdrage (stipendium) te financieren voor A-sporters en high potentials (hoog getalenteerden), door de maatschappelijke carrière van topsporters al tijdens de sportloopbaan te bevorderen door sporters een werkplek te bieden binnen de Rijksoverheid, door te investeren in hoogwaardige trainings- en wedstrijdprogramma's, door het laten aanstellen van talentcoaches bij sportbonden en door te investeren in topsportmedisch beleid. Tenslotte ondersteunt de rijksoverheid de werving en organisatie van belangrijke topsportevenementen, wordt er geïnvesteerd in sportinnovaties en wordt er in (inter)nationaal verband gewerkt aan een streng maar rechtvaardig dopingbeleid waarin de rechten van de sporter worden gerespecteerd.

169

*Wat is de exacte betrokkenheid van het ministerie van VWS bij het Olympisch Plan 2028 en hoe zijn de verantwoordelijkheden verdeeld? Wat zijn de gemaakte kosten voor het Olympisch Plan 2028 tot nu toe? Welk gedeelte daarvan is betaald door NOC-NSF en welk gedeelte door het Rijk? Door wie de rest?*

De gezamenlijke inspanningen van het Rijk met betrekking tot het Olympische Plan 2028 zijn geformuleerd in kabinetsstandpunt «Uitblinken op Alle Niveau's» van 2009. De activiteiten waarmee invulling wordt gegeven aan de ambities, worden uitgevoerd door de verschillende departementen. Het ministerie van VWS heeft hierbij een coördinerende rol en is verantwoordelijk voor de invulling van het sportbeleid.

De gemaakte en geraamde kosten van de Rijksoverheid voor het Olympisch Plan 2028 bedragen in de periode 2009–2011 totaal € 3 miljoen per jaar.

Hiervan komt € 2 miljoen voor rekening van het ministerie van VWS, waarvan € 1 miljoen per jaar voor het Program Office Olympisch Vuur en € 1 miljoen voor de Pilots rondom sportevenementen.

Daarnaast investeert het ministerie van EZ jaarlijks € 1 miljoen in Holland branding, toerisme, evenementen en innovatie.

Daarnaast is door de Rijksoverheid € 4,5 miljoen beschikbaar gesteld voor het bid WK Voetbal 2018/2022.

170

*Hoe verlopen de contacten met de gemeenten waarover onder externe contacten wordt gesproken? Wie neemt het initiatief en wordt ook naar effecten gekeken?*

Het sportbeleid van gemeenten is autonoom. In een aantal beleidsprogramma's wordt samengewerkt met (een aantal) gemeenten. In die gevallen worden er bestuurlijke afspraken met de gemeenten gemaakt en worden de effecten van de programma's gemonitord. Voorbeelden hiervan zijn het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en de Impuls Brede Scholen Sport en Cultuur.

171

*Waarom nemen de uitgaven topsport na 2011 af van ca € 43 000 tot € 29000? Zullen er dan toch ook topsportevenementen zijn?*

Het structurele budget voor Sport aan de top bedraagt € 29,5 miljoen. Voor het naar Nederland halen en het organiseren van topsportevenementen is structureel een bedrag van € 5 miljoen per jaar beschikbaar.

Het budget voor 2011 bedraagt € 35 miljoen, waarvan € 5,5 miljoen tijdelijk budget voor: de Multisporthal Papendal (€ 2,5 miljoen), de Pilots rondom sportevenementen (€ 1 miljoen), het Olympisch Plan 2028 (€ 1 miljoen) en Innovatie (€ 1 miljoen).

172

*Waarom is gekozen voor «12 keer per jaar aan sport doen» als prestatie-indicator in plaats van meer frequente sportdeelname?*

Deze prestatie-indicator is, naar aanleiding van de nota «Tijd voor sport» (TK 30 234, nr. 2) en het project «Begroting Nieuwe Stijl» voor het eerst opgenomen in de Begroting 2007. De indicator heeft betrekking op de algemene doelstelling van het sportbeleid en is vooral geselecteerd op basis van beschikbaarheid.

De definitie van «12 maal per jaar» is gebaseerd op de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO) die op advies van het Mulier Instituut sinds 2003 gehanteerd wordt in landelijke en lokale peilingen.

Thans wordt overwogen om in de toekomst de indicator «frequente sportbeoefening» (minstens 40 maal per jaar) te gaan hanteren.

Het streefcijfer voor 2011 (65%) is in 2005 opgesteld op basis van de realisatie over 2003 (60%). Op basis van de ervaring dat de sportdeelname slechts zeer geleidelijk toeneemt en dat de stijging zelfs leek af te zwakken werd een streefcijfer van 65% reëel geacht.

De realisatiecijfers in 2007 lieten een onverwachte stijging zien. Omdat uit de peiling van 2007 niet kan worden afgeleid dat die gunstige ontwikkeling zich zonder meer voortzet, is niet gekozen voor een opwaartse bijstelling van het streefcijfer.

173

*Wat is de gedachte achter de streefwaarde van 65% (van de Nederlandse bevolking dat minimaal twaalf keer per jaar aan sport doet) binnen de tabel «Prestatie-indicatoren» en vindt de regering deze waarde eigenlijk niet veel te laag?*

Zie antwoord vraag 172.

174

*Op pagina 123 onder de paragraaf NASB wordt melding gemaakt van een bedrag van € 15 mln. aan subsidies en uikering. Echter, uit de tabel Geraamde begrotingsuitgaven op pagina 122 blijkt dat er in totaal € 15,035 mln. is begroot. Is het verschil van € 35 000 te verklaren door een afronding van de bedragen?*

Het verschil van € 35 000 is inderdaad het gevolg van een afronding van bedragen.

175

*Kan de minister aangeven hoe het NASB budget over de verschillende aandachtsgebieden is verdeeld? Wie bepaalt de budgetverdeling over de aandachtsgebieden? Wat is het percentage overheadkosten binnen het NASB budget?*

Het NASB budget voor 2011 is als volgt verdeeld:

Impuls NASB (voor wijk, zorg en school): € 12,0 mln.

Sport € 2,5 miljoen

Werk € 0,5 miljoen

Daarnaast is er voor de setting school via operationele doelstelling 2 nog € 1,5 mln. beschikbaar voor de uitvoering van het beleidskader sport, bewegen en onderwijs.

De minister van VWS is verantwoordelijke voor de keuzes die moeten worden gemaakt bij de verdeling van deze gelden. De verdeling van het budget is, na overleg met betrokken beleidspartners, tot stand gekomen bij de nota «Tijd voor sport» (TK 30 234, nr. 2) en het Uitvoeringsprogramma «Samen voor sport» (TK 30 234, nr. 6). Aanvullende middelen voor de Impuls NASB zijn beschikbaar gekomen en verdeeld in de beleidsbrief «De kracht van sport» (TK 30 234, nr. 13).

Binnen het NASB budget zijn geen overheadkosten opgenomen. Wel is binnen het budget van € 12 miljoen een bedrag van ca. € 1,6 miljoen opgenomen voor de ondersteuning van de Impuls NASB. Dit betreft activiteiten als het aanbieden van trainingen, het organiseren van thematische regio-bijeenkomsten, maatwerkadvies richting gemeenten, ondersteuning bij sport- en beweeginterventies en monitoring en evaluatie.

176

*Op welke wijze en aan wie wordt verantwoording afgelegd over de resultaten/effecten van het NASB, en zijn deze resultaten vervolgens openbaar inzichtelijk? Worden de effecten van de investeringen in het NASB uit vorige begrotingsperiodes teruggekoppeld om het huidige investeringsniveau te bepalen?*

De resultaten van de impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen worden gevolgd door jaarlijkse bevraging van de deelnemende gemeenten en door peilingen onder de bevolking. De resultaten zijn openbaar. Op 30 juli 2010 is een brief aan de Tweede Kamer gezonden over de tussentijdse verantwoording (TK 30 234, nr. 29). Bij deze brief is als bijlage tevens het onderzoek met de tussentijdse resultaten van de gemeenten uit de 1<sup>e</sup> tranche toegevoegd. In 2010 zijn 58 gemeenten in de 2<sup>e</sup> tranche gestart met de Impuls.

De deelnemende gemeenten krijgen over een periode van twee jaar een uitkering, waarvan de hoogte wordt bepaald door de omvang van de bevolking. De deelnemende gemeenten investeren daarna zelf voor een volgende periode van twee jaar. De hoogte van de investering is vooraf

vastgesteld en is derhalve niet gekoppeld aan de resultaten van de begrotingsperiode ervoor.

De deelnemende gemeenten kunnen de resultaten natuurlijk wel gebruiken om gedurende het traject de activiteiten aan te passen en daarmee te kiezen voor die interventies die het meest effectief blijken te zijn.

177

*Kan de minister uitleggen wat hij bedoelt met een zogenaamde beweegvriendelijke omgeving?*

Een beweegvriendelijke leefomgeving is een leefomgeving die bewoners uitnodigt om te sporten en bewegen. Het gaat hierbij onder meer om veilige en voldoende fiets- en wandelpaden en bereikbare, toegankelijke en goed onderhouden speelpleinen, trapveldjes, playgrounds en multifunctionele sportaccommodaties. De veiligheid op straat speelt daarbij ook een rol.

Een beweegvriendelijke omgeving stimuleert derhalve een actieve gezonde leefstijl, maakt het mogelijk dat sportieve activiteiten worden georganiseerd die bijdragen aan ontmoeting en sociale binding, versterkt de aantrekkelijkheid van buurten en wijken en bevordert de (sociale) veiligheid in de openbare ruimte.

178

*Op pagina 124 onder de kop, Gezonde Sportbeoefening, stelt de minister dat er voor een bedrag van € 4,3 mln. aan subsidies en opdrachten wordt verstrekt aan diverse instellingen. Kan de minister aangeven welke instellingen dit zijn, en kan hij tevens inzichtelijk maken wie verantwoordelijk is voor de keuzes die moeten worden gemaakt bij de toewijzing van deze gelden aan de zogenaamde diverse instellingen?*

Het beleid op dit terrein is opgenomen in de nota «Tijd voor sport» (TK 30 234, nr. 2). Een belangrijke rol is daarbij toegekend aan het verbeteren van de kwaliteit van sportgeneeskunde en het opleiden van voldoende goed gekwalificeerde sportartsen. Ook het voorkomen van sportblessures en het verzamelen en verspreiden van kennis en informatie is hierbij van belang.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de keuzes die worden gemaakt bij de toewijzing van deze gelden. Subsidies en opdrachten worden onder meer verstrekt aan de Vereniging voor Sportgeneeskunde, het Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen, de Stichting Beroepsopleiding tot Sportarts, TNO Kwaliteit van Leven en Synovate/Interview NSS.

179

*Waarom is er in 2012 geen (nul euro) budget beschikbaar voor emancipatie en integratie via sport?*

In het kader van de taakstelling binnen de VWS-begroting is het budget voor emancipatie en integratie in 2012 ingeleverd. Dit wil niet zeggen dat sport geen grote bijdrage kan leveren en levert aan beide doelstellingen.

180

*Uitgaande van de hoogste post binnen de begroting van beleidsartikel 46, dit betreft de post «Decentralisatie-uitkering» (p.125) met een bedrag van € 21,334 mln., en de uiteenzetting van wat de «Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur» precies inhoudt op blz. 126, wat bedoelt het Kabinet precies als het men het heeft over professionals in combinatiefuncties, en*



*hoeveel van deze professionals worden betaald uit de beschikbare € 21,334 mln.?*

De decentralisatie-uitkering «Impuls brede scholen, sport en cultuur» heeft als doel om in 2012 in totaal 2 250 fte's aan combinatiefuncties te realiseren. Uit een meting naar aantallen gerealiseerde functies is gebleken dat in 2009 in totaal 695 fte's zijn gerealiseerd.

Een combinatiefunctionaris is in dienst bij één werkgever, maar is werkzaam voor tenminste twee sectoren (sport, onderwijs en/of cultuur). Zo kan een combinatiefunctionaris deels werkzaam zijn als vakleerkracht bewegingsonderwijs en deels werkzaam zijn als jeugdcoördinator bij een sportvereniging.

De sportvereniging haalt met een combinatiefunctionaris een professionele kracht binnen waarmee ook de vrijwillige inzet in een vereniging wordt ondersteund. Hierdoor worden sportverenigingen versterkt en zijn ze niet alleen in staat om de eigen leden te bedienen, maar richten zich ook op het onderwijs, de naschoolse opvang, de wijk en/of op groepen die in verhouding minder aan sport deelnemen.

181

*Is er al zicht op de effecten van het programma buurt, Onderwijs en Sport, of zal de evaluatie geheel nieuw zijn?*

Er is zicht op de effecten, omdat recentelijk de resultaten van het onderzoek bekend zijn geworden. De Tweede Kamer zal op korte termijn hierover worden geïnformeerd. De Buurt Onderwijs Sport (BOS)-impuls heeft samen met de Breedtesportimpuls in grote mate bijgedragen aan het verbeteren van de gemeentelijke sportinfrastructuur en het verhogen van de sportparticipatie. Er is in gemeenten een grotere samenhang ontstaan in het sportbeleid. Uit de monitor blijkt dat gemeenten projecten lokaal zeer verschillend invullen. Hierbij zijn het aanbieden van activiteiten op wijkniveau succesvoller dan activiteiten die voor een hele stad worden georganiseerd.

182

*De naam van de post Sportiviteit en respect (€ 2,694 mln.) lijkt pleonastisch, aangezien sportiviteit per definitie respect op het veld impliceert. Wat moet hierbij worden voorgesteld?*

Sportiviteit en respect richt zich zowel op het gedrag op het veld als daar buiten, dus ook langs de lijn, op de tribune, in de kleedkamer en in de bestuurskamer.

Onder de post Sportiviteit en respect vallen onder meer:

- Het programma Samen voor Sportiviteit en Respect
- Het programma Masterplan Arbitrage
- Subsidie voor de voorkoming en aanpak van seksuele intimidatie

Van het budget gaat in 2011 € 0,8 miljoen naar het programma Samen voor Sportiviteit en Respect en € 1,3 miljoen naar het programma Masterplan Arbitrage.

183

*Wat bedoelt de minister met het versterken van sportverenigingen met het oog op hun maatschappelijke functies? M.a.w. wat doen deze zogenaamde professionals in combinatiefuncties nu precies?*

Zie antwoord op vraag 182.

184

*Kan de minister aangeven in welke posten op de begroting beleidsartikel 46 de € 2,5 mln. subsidie NOC\*NSF is terug te vinden? Komt dit bedrag boven op de € 21,334 mln. ten behoeve van het programma Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur?*

De subsidie van € 2,5 miljoen aan NOC\*NSF voor het Versterken van sportverenigingen is in de tabel met geraamde begrotingsuitgaven opgenomen in de post voor georganiseerde sport.

Deze subsidie is niet gekoppeld aan de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur. Dat neemt niet weg dat sterke sportverenigingen wel bij kunnen dragen aan het succes van de Impuls.

185

*Hoe is het totale budget van € 2,694 mln. verdeeld over het Masterplan Arbitrage en het programma Sportiviteit en Respect?*

Zie antwoord op vraag 182.

186

*Waar is de hoogte van de subsidie (van afgerond € 4,7 mln.) aan het Mulier instituut van afhankelijk? Worden er ten aanzien van de resultaten/prestaties van dit instituut doelstellingen geformuleerd die gekoppeld zijn aan de hoogte van de subsidie?*

Het genoemde bedrag is het totaalbudget voor Kennis en Informatie. Daaruit worden onder meer subsidies verstrekt aan het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en het Mulier Instituut.

Het NISB ontvangt een jaarlijkse instellingssubsidie. Hiervoor is in 2011 € 3,6 miljoen beschikbaar.

Het Mulier Instituut ontvangt een meerjarige projectsubsidie op basis van een concreet werkprogramma. De daadwerkelijke hoogte van de subsidie is gekoppeld aan de inhoud van het werkprogramma.

Daarnaast is een gering deel van het budget bestemd voor incidentele subsidies en opdrachten ter verwerving en verspreiding van kennis en informatie over het sportbeleid.

187

*Wat gebeurt er internationaal door Nederland om bij de dopingcontroles meer rekening te houden met de internationale privacyregels?*

Over de spanning tussen de regels van antidoping en privacy vindt regelmatig overleg plaats tussen de Raad van Europa en WADA. In de delegatie van de Raad van Europa spelen de Nederlandse Rijksoverheid alsmede de Europese Commissie een actieve rol. Bereikte resultaten zijn een privacy-standaard van WADA en overeenstemming over bewaartermijnen van persoonlijke informatie. Tevens wordt in de discussie voortgang geboekt over de transfer van persoonlijke gegevens en over meer proportionaliteit in de antidopingregels.

188

*Aangezien beleidsartikel 46 per definitie geen ontwikkelingshulpdoelstellingen kan bevatten, kan de minister aangeven wat de beleidsdoelstelling is van deze € 1,5 mln. subsidie op de post Nederlandse sport- en ontwikkelingssamenwerking, M.a.w. wat krijgen we ervoor terug?*

De genoemde € 1,5 mln. betreft ODA-geld dat door het ministerie van BuZa aan de begroting van VWS is toegevoegd ten gunste van de

uitvoering van het beleid uit de beleidnotitie «Een kans voor open doel: de kracht van sport in ontwikkelingssamenwerking». De nadruk ligt op het stimuleren van actieve deelname van kansarme groepen (jongeren, meisjes, vrouwen en gehandicapten) in een tiental ontwikkelingslanden aan goed begeleide sportactiviteiten. Deze sportactiviteiten richten zich op maatschappelijke doeleinden zoals emancipatie, gezondheid en educatie. Dit programma loopt van 2008 t/m 2011.

189

*Op welke wijze zou het mogelijk zijn om de prestaties van de Nederlandse gehandicaptentopsport meer in de pas te laten lopen met de klasseringen van de «reguliere» topsporters?*

Om de prestaties van topsporters met een beperking te vergroten, is de toename van de sportparticipatie van deze groep een belangrijke voorwaarde. Een omvangrijke basis in de breedtesport voedt namelijk ook de topsport.

Daarnaast is het van belang dat de sportbonden meer inzetten op talentontwikkeling voor topsporters met een beperking. Hierbij is het niveau en de beschikbaarheid van coaches onder andere een aandachtspunt. Ook innovatie levert een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de prestaties van topsporters met een beperking.

190

*Wat is de schatting van de regering ten aanzien van de extra middelen die nodig zullen in binnen de begroting van 2011 in het geval de FIFA besluit de organisatie van het WK Voetbal aan Nederland en België toe te wijzen? Wat zijn de gemaakte kosten voor het WK-bid (2018 of 2022) tot nu toe? Welk gedeelte daarvan is betaald door de KNVB en welk gedeelte door het Rijk? Door wie de rest?*

De werkzaamheden van de bidorganisatie, in samenwerking met de rijksoverheid, gemeentebesturen van de vijf speelsteden en overige partners van de bidorganisatie concentreren zich tot 2 december 2010 op het overtuigend presenteren van de inhoud van het «bid».

Indien de organisatie van het WK in 2018 of 2022 op 2 december daadwerkelijk aan Nederland en België zou worden toegewezen, dan zal gestart worden met het opstellen van plannen en begrotingen. Als dat gevolgen blijkt te hebben voor de begroting 2011, dan zal besluitvorming daarover betrokken worden bij de Voorjaarsnota 2011.

Door de Bidorganisatie is bij de overheden van Nederland en België een verzoek tot financiële steun ingediend voor de voorbereiding en het opstellen van het bid WK voetbal 2018/2022. De totale kosten werden begroot op € 15 miljoen. Door de Nederlandse overheid is een bedrag van € 4,5 miljoen beschikbaar gesteld. Door Belgische overheid is eveneens een bijdrage beschikbaar gesteld. De overige kosten komen voor rekening van de beide voetbalbonden en hun commerciële partners.

191

*Zullen, ervan uitgaande dat in de begroting 2011 voornamelijk geen enkel bedrag staat gereserveerd voor de kosten voor 2011 gerelateerd aan de mogelijke organisatie van het WK-Voetbal in 2018 of 2020, en in de toelichting hierop enkel gezegd wordt dat in het geval de FIFA zou besluiten de organisatie aan Nederland en België toe te wijzen, de eventuele gevolgen voor de begroting 2011 bij de besluitvorming rondom de Voorjaarsnota worden betrokken? Indien wij op 2 december 2010 daadwerkelijk het WK krijgen toegewezen, heeft de minister dan al nagedacht uit welke posten binnen de huidige begroting van VWS deze*

*extra financieringsbehoefte zal worden gedekt, en is het mogelijk dat de dekking uit de algemene middelen of andere begrotingen zal worden gefinancierd?*

Zie antwoord op vraag 190.

192

*Is er ook aandacht voor oud-topsporters ter vermijding van het zogeheten zwarte gat?*

De Rijksoverheid wil een optimaal topsportklimaat realiseren waarbij de topsporter in alle fasen van zijn/haar topsportloopbaan ondersteund wordt. Dus ook in de laatste fase waarin de topsporter de topsportcarrière beëindigt en de overstap wil maken naar een maatschappelijke carrière. Om het zogenoemde «zwarte gat» te voorkomen is het belangrijk dat sporters al tijdens de topsportcarrière werkervaring opdoen om zich voor te bereiden op een carrière na de sport. Door middel van het project «Goud op de werkvloer» bieden diverse werkgevers flexibele banen aan voor topsporters, waarbij de werkzaamheden worden aangepast aan de trainingsarbeid van de sporter. De Rijksoverheid is ook één van deze werkgevers. Op dit moment zijn er drie topsporters werkzaam bij de Rijksoverheid.

193

*Binnen de post Talentontwikkeling wordt op pagina 130 verwezen naar een investering in een hoogwaardig topsportcentrum op Papendal van € 2,5 mln., is dit bedrag een bijdrage uit de begroting 2011 en wat zijn de totale projectkosten? Voor welk bedrag is het ministerie van VWS verplichtingen aangegaan, en wanneer wordt het nieuwe sportcentrum opgeleverd?*

De Rijksoverheid is bereid te investeren in de Multisportthal Papendal, omdat het een uniek initiatief is. De Multisportthal draagt bij aan de versterking van het Nationale Sportcentrum Papendal als hoogwaardig topsportcentrum voor sporters, coaches, medische begeleiding en innovatie. Tevens krijgt Papendal de verantwoordelijkheid om kennis en kunde uit te dragen binnen Nederland. Papendal, en meer specifiek ook de Multisportthal, zal vooral trainingscentrum zijn en geen wedstrijdarena.

Het ministerie van VWS heeft toegezegd maximaal 2 x € 2,5 miljoen te investeren in de Multisportthal Papendal voor de jaren 2010 en 2011. Dit bedrag komt uit het sportbudget van de VWS begroting. De gemeente Arnhem, de Provincie Gelderland, NOC\*NSF en een aantal private partijen leveren ook een bijdrage. De totale projectkosten bedragen € 18,7 miljoen. De multisportthal wordt in het 2<sup>e</sup> kwartaal van 2012 opgeleverd.

194

*Kan de minister een indicatie geven voor hoeveel topsporters er ruimte is binnen het zogenaamde Stipendiumregeling en onkostenvergoeding budget van € 5,6 mln.?*

Binnen het budget van € 5,6 miljoen is ruimte om ca. 350 full-time A-topsporters en High potentials van een Stipendium te voorzien.

Als gevolg van de invoering van de toets voor het voltijdsprogramma, is het aantal stipendia de afgelopen jaren lager geweest dan geraamd. In de periode 2007–2009 zijn er gemiddeld ca. 325 volledige stipendia uitgekeerd. De financiële ruimte die daardoor is ontstaan, wordt ingezet voor de onkostenvergoeding van A- en B-topsporters.

195

*Het budget voor de IGZ neemt af van € 53 760 000 mln. in 2009 naar € 47 391 000 mln. in 2011 en € 42 228 000 mln. in 2015. Is dit een bezuiniging op de Inspectie? Welke taken gaat de Inspectie minder uitvoeren?*

De gesignaleerde verschillen in de budgetten ontstaan door de wijze van de financiering van het tijdelijke project zichtbare zorg (ZiZo), waarbij in de loop van het begrotingsjaar incidentele middelen aan het initiële budget van ZiZo worden toegevoegd. Het niveau van het budget voor de IGZ voor 2015 is vooralsnog indicatief voor het structurele budget voor de IGZ. Er is derhalve geen sprake van een vermindering van IGZ taken of een bezuiniging op de Inspectie.

196

*In hoeveel jaarverslagen is de beloning van bestuurders te vinden? Wat is de gemiddelde beloning?*

Over de beloning van de bestuurders van zorginstellingen maakt VWS ieder jaar een analyse. Die wordt eind van ieder jaar naar de Kamer gestuurd, gezamenlijk met de rapportage over de WOPT (wet openbaarmaking publiekgefinancierde topinkomens) van de minister van BZK. De analyse over de jaarverslagen-2009 wordt op dit moment uitgewerkt.

197

*Wat levert een maximering van de beloning op de Balkenendenorm op?*

Deze vraag kan nu niet worden beantwoord. Er zijn nog geen actuele data om er berekeningen mee uit te voeren.

Over de beloning van de bestuurders van zorginstellingen maakt VWS ieder jaar een analyse. Die wordt echter aan het eind van ieder jaar naar de Kamer gestuurd, gezamenlijk met de rapportage over de WOPT (wet openbaarmaking publiekgefinancierde topinkomens) van de minister van BZK. De aan de rapportage ten grondslag liggende analyse kan pas aan het einde van ieder jaar worden uitgevoerd wanneer alle inkomensgegevens uit de jaarverslagen zijn verwerkt. Deze vraag zal bij de komende analyse worden betrokken.

198

*Hoeveel zorginstellingen hebben gekozen voor een beperkt verslag?*

Dat gegeven zou moeten blijken uit de jaarlijkse analyse van de jaarverslagen op het punt van de beloning van de bestuurders van zorginstellingen. Die wordt eind van ieder jaar naar de Kamer gestuurd, gezamenlijk met de rapportage over de WOPT (wet openbaarmaking publiekgefinancierde topinkomens) van de minister van BZK. De analyse over de jaarverslagen-2009 wordt op dit moment uitgewerkt. Daarom is het gevraagde gegeven nu nog niet bekend.

199

*Kan voor de Rijksinstelling Almata onderscheid worden gemaakt naar kosten per behandelplek en doelmatigheid tussen de behandelplaatsen aan wal en die op de beide opleidingsschepen?*

De rijksinstelling Almata wordt op dit moment gefinancierd op basis van het aantal plaatsen. Daarin wordt geen onderscheid gemaakt tussen behandelplaatsen aan wal en op een opleidingsschip.

200

*Op basis van welke overweging komt de regering tot de verhoging van het Budgettair Kader Zorg van € 6 mrd. hoger in 2015 dan de stand was op de ontwerp VWS-begroting 2015? Hoe verhoudt dit getal zich tot het bedrag dat het CPB noemt in de Macro-economische verkenning? Hoe is de regering omgegaan met de door de CPB genoemde eigen betalingen (o.a. eigen risico van € 775) met het bepalen van het BKZ?*

In de stand van «Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerp-begroting 2010» is nog geen rekening gehouden met de normaal optredende volume- en prijsstijgingen van 2014 op 2015 (goed voor in totaal bijna € 3,5 miljard). In de begroting 2010 was immers nog geen stand voor 2015 opgenomen en daarom is in eerste instantie uitgegaan van dezelfde stand als in 2014.

In de regel actualisering zorguitgaven zijn alle mee- en tegenvallers geboekt. Dit leidt tot per saldo een tegenvaller van ruim € 2,3 miljard.

Daarna volgen de maatregelen en beleidsaanpassingen die optellen tot een opbrengst van bijna € 2,8 miljard.

De tegenvallers zijn in 2015 kleiner dan de opbrengst van de maatregelen om de tegenvallers uit eerdere jaren te compenseren (intertemporele compensatie)

Daarnaast is de Macro-Economische Verkenning 2011 van het CPB verwerkt. Dat is terug te vinden in de bijna € 3,2 miljard macro loon- en prijsbijstelling. In deze post zit ook een kleine bijstelling van de volume-groei op basis van de meest recente MLT. Hierbij is gecorrigeerd voor de door het CPB veronderstelde hogere eigen betalingen (o.a. eigen risico van € 775). Deze zijn dus niet overgenomen waardoor het BKZ hoger uitvalt.

Per saldo tellen deze posten (+3,5 + 2,3 – 2,8 + 3,2) inclusief de kadermutaties (-0,1) op tot € 6,1 miljard.

201

*Kan toegelicht worden hoe het aanpassen van zorgstandaarden voor meer samenhang van zorg zorgt, en waarom dit besparingen op uitgaven aan de ziekte van Parkinson en voor COPD mogelijk maakt?*

Zorgstandaarden beschrijven de norm voor goede zorg vanuit een patiënt met een chronische ziekte. De zorgstandaard gaat uit van een integrale benadering van de aandoening. Dat betekent dat het behandelplan van de patiënt wordt uitgevoerd door een multidisciplinair zorgteam waarbij goede verbindingen kunnen worden gelegd tussen de 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn en dwars door de schotten wordt gewerkt. Dit geeft meer samenhang van de zorg en draagt bij aan betere afstemming tussen de zorgverleners. Het voorkomt daarmee onnodige (herhaling van) diagnostiek en te snelle doorverwijzing naar duurdere 2<sup>e</sup> lijnszorg.

Voor Parkinson bestaat nog geen zorgstandaard, maar wordt wel integrale zorg in netwerkverband geboden. Daarbij wordt gebruik gemaakt van goed toegankelijke expertise vanuit het netwerk met als gevolg dat er eerder sprake is van optimale zorg en onnodige of inefficiënte behandelingen kunnen worden verminderd. Bij COPD is wel sprake van een zorgstandaard en kan integrale zorg rondom de patiënt worden geboden op basis van goede samenwerking en afstemming. Verwacht wordt dat er efficiënter en dus kosten besparend kan worden gewerkt. Het voorbeeld van «Parkinsonnet» in Nijmegen heeft bijvoorbeeld aange-

toond dat er op landelijk niveau tientallen miljoenen kunnen worden bespaard door goede samenwerking.

202

*Wat is de oorzaak van de te lage raming eigen betalingen in de AWBZ van € 37 mln.?*

Tussen de eigen bijdrage WMO en de eigen bijdrage AWBZ geldt een anti-cumulatie beding. Dit betekent dat voor mensen die zowel een eigen bijdrage WMO als een eigen bijdrage AWBZ betalen, de betaalde eigen bijdrage WMO in mindering wordt gebracht op de te betalen eigen bijdrage AWBZ. De te lage raming eigen betalingen AWBZ hangt samen met hogere eigen bijdragen WMO dan waarmee rekening is gehouden.

203

*Waarom is nu al gekozen voor een verhoging van het eigen risico van € 40 extra per 2012? Welke alternatieven zijn overwogen? Welke koopkrachteffecten heeft deze verhoging?*

Zie het antwoord op vraag 10.

204

*Hoe moet bijvoorbeeld een volume van € 63,4 mln., een nominaal van € 692,6 mln. en een technisch van € 75 mln. in de Gezondheidszorg in Tabel 4 gelezen en geïnterpreteerd worden?*

Tabel 4 in het FBZ kan als volgt gelezen en geïnterpreteerd worden: Het volume van € 63,4 miljoen is met name het saldo van de jaarlijkse autonome volumeontwikkeling (de zogenaamde groeiruimte) van de zorguitgaven, de tegenvallers van de actualisering van de zorguitgaven 2009 en hun doorwerking naar latere jaren en de daarbij behorende kostenbepalende maatregelen. De resultaten van de actualisering en de getroffen maatregelen zijn terug te vinden in de tabel met BKZ-mutaties op pagina 19 en 181.

Het nominaal van € 692,6 miljoen betreft voornamelijk de jaarlijkse aanpassing van de uitgaven aan loon- en prijsontwikkeling in 2010. Daarnaast zijn in 2010 door het kabinet Balkenende IV incidenteel middelen beschikbaar gesteld ter stimulering van de bouw in de zorg. Het bedrag onder technisch van € 75 miljoen betreft onder andere mutaties tussen de drie uitgavenkaders. Dat zijn de mutaties tussen het Budgettair Kader Zorg (BKZ), het kader rijksbegroting in enge zin (RBG-eng) en het kader sociale zekerheid en arbeidsmarkt (SZA), de zogenaamde ijklijnmutaties.

205

*Klopt het dat als de geactualiseerde inschatting van de hoogte van de nominale premie door de Belastingdienst/toeslagen wordt ontvangen de hoogte van de uitgekeerde zorgtoeslag hierop wordt aangepast, omhoog of omlaag?*

De zorgtoeslag wordt gebaseerd op een raming van de standaardpremie, die wordt bepaald als de verzekeraars hun premie bekend hebben gemaakt.

De hoogte van de standaardpremie is de geraamde gemiddelde nominale premie voor een individuele polis die de verzekerde in het berekeningsjaar voor een zorgverzekering moet betalen, verhoogd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde die geen compensatie eigen risico ontvangt naar verwachting in het berekeningsjaar betaalt aan verplicht eigen risico.

De zorgtoeslag die vanaf december wordt uitgekeerd, houdt rekening met deze standaardpremie en met een inschatting van het inkomen van de verzekerde.

Bij de invoering van de Wet op de Zorgtoeslag was er oorspronkelijk voor gekozen om bij een verschil van meer dan € 25,- tussen de geraamde premiekosten en het werkelijke gemiddelde van de nominale premies de standaard voor de zorgtoeslag meteen bij ministeriële regeling aan te passen (2 x per jaar).

Dat leidde dan vervolgens tot bijstelling van de zorgtoeslag.

Wegens een ondoelmatige belasting voor de Belastingdienst is ervoor gekozen de procedure tot vaststelling van de standaardpremie tot één moment in het jaar te beperken. Gekozen is voor vaststelling op 1 december. Dan zijn 80% tot 90% van de nominale premies zo goed als bekend, zodat een reële inschatting kan worden gemaakt van de werkelijke premie.

206

*Is de gemiddelde jaarlijkse premiekorting die collectieve polissen afdwingen in 2011 49 euro, waardoor deze wordt opgenomen als correctie in de berekening van zorgtoeslag?*

De 49 euro betreft een raming van de gemiddelde premiekorting in collectieve polissen.

Maatgevend voor de zorgtoeslag is de standaardpremie.

De hoogte van de standaardpremie is de geraamde gemiddelde nominale premie voor een individuele polis die de verzekerde in het berekeningsjaar voor een zorgverzekering moet betalen, verhoogd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde die geen compensatie eigen risico ontvangt naar verwachting in het berekeningsjaar betaalt aan verplicht eigen risico.

Bij de vaststelling van de standaardpremie wordt dus geen rekening gehouden met de collectiviteitskorting. Bij het bepalen van de gemiddelde nominale premie voor alle verzekerden wordt wel rekening gehouden met de collectiviteitskorting bij collectieve contracten. Om van de nominale premie tot de standaardpremie te komen dient de nominale premie dus gecorrigeerd te worden voor de collectiviteitskorting.

207

*Wat is het totale bedrag in de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK)? Hoeveel procent van het totale vermogen van zorginstellingen bedraagt de RAK? Hoe heeft de RAK zich de afgelopen 10 jaar ontwikkeld?*

De NZa verstrekt gegevens in de publicaties Monitor Vermogen Zorgaanbieders, die de periode 2005–2008 beslaan. Deze monitors presenteren het eigen vermogen van zorgaanbieders, dat de som is van het kapitaal, het collectief gefinancierd gebonden vermogen en het niet-collectief gefinancierd vrij vermogen.

Per instelling ging het om de volgende bedragen in euros:

	Care	Cure
2005	3,2 mln.	11,4 mln.
2006	4,4 mln.	13,7 mln.
2007	4,6 mln.	17,5 mln.
2008	5,0 mln.	19,5 mln.

De Reserve Aanvaardbare Kosten is in de care circa 35% en in de cure circa 15% van het eigen vermogen. Het Budgettair Kader Zorg steeg van



€ 41,8 mld in de begroting 2005 naar € 51,3 mld in die van 2008. Dat betekent dat de stijging van het eigen vermogen groter is dan die van het BKZ. Deze extra toename van het eigen vermogen is onder meer te verklaren doordat instellingen meer verantwoordelijkheid zijn gaan dragen. Hierbij kan gedacht worden aan clientvolgende bekostiging, de invoering van DBC's en meer eigen verantwoordelijkheid voor de gebouwen.

208

*Hoeveel zou de premie van de AWBZ moeten stijgen om geen tekort te hebben? Wanneer is de AWBZ-premie voor het laatst aangepast? Hoeveel procent zou de premiestijging moeten zijn wanneer ook de derde schijf voor 10 procent mee gaat doen?*

De premie voor de AWBZ moet in 2011 met 0,6%-punt extra worden verhoogd om lastendeckend te zijn. Om de premie ook in latere jaren lastendeckend te houden, zijn ook in latere jaren extra premieverhogingen noodzakelijk. De lastendenkende premie voor de AWBZ zou in 2015 dan 2,1%-punt extra bedragen.

De AwbZ premie is de laatste keer voor het jaar 2007 aangepast.

Als de derde schijf 10% van de uitgaven voor de AWBZ gaat dekken, daalt de premie in de eerste en tweede belastingschijf met 0,95%. Het tarief voor de derde belastingschijf (belasting plus premie) stijgt met 5,2% punt.

Afhankelijk van de wijze waarop de aanpassingen in de AWBZ-premies worden gecompenseerd via de belastingtarieven kan een en ander gepaard gaan met forse koopkrachteffecten.

**Tabel Premie AWBZ als derde schijf 10% van de uitgaven dekt.**

	Exclusief 3 <sup>e</sup> schijf	Inclusief 3 <sup>e</sup> schijf	mutatie
Procentuele premie	12,15%	11,20%	- 0,95%
Extra verhoging lastendeckend	0,50%	0,50%	0%
Lastendeckende premie	12,65%	11,70%	- 0,95%
Derde schijf 10% lasten AWBZ			
Verhoging derde schijf		5,2%	+ 5,2%

209

*Kunt u reageren op koopkrachtplaatjes uit het onderzoek van NIBUD in opdracht van de Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad?*

De koopkrachtplaatjes van NIBUD laten twee dingen zien. Ten eerste zijn er de effecten die een gevolg zijn van de afschaffing van de Buitengewone Uitgavenregeling. Een van de maatregelen was het verlagen van de vermenigvuldigingsfactor voor 65-minners. In 2009 was deze factor 2,13 en is om de effecten te spreiden in twee stappen verlaagd. In 2010 was de vermenigvuldigingsfactor verlaagd naar 1,77 en vanaf 2011 bedraagt deze structureel 1,4. Ten tweede zijn er een aantal maatregelen in de zorg voor het komende jaar genomen waardoor ook chronisch zieken een negatief inkomenseffect zullen hebben. Deze maatregelen zijn genomen om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Juist voor chronisch zieken en gehandicapten is dit van groot belang. Alles afwegende ben ik van mening dat de effecten verdedigbaar zijn.