

Vergaderjaar 2008–2009

**31 924 XVI**

## **Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008**

**Nr. 5**

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

Vastgesteld 9 juni 2009

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, heeft de navolgende vragen over het Jaarverslag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008 (XVI) (31 924 XVI, nr. 3) aan de regering voorgelegd.

De regering heeft deze vragen beantwoord bij brief van 4 juni 2009.

De vragen en antwoorden zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consensulder (SP). Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

1

*Kunt u aangeven welke posten in het jaarverslag betrekking hebben op dierproeven, het ontwikkelen van alternatieven voor dierproeven en/of de uitvoering van de kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven? Kunt u aangeven hoeveel op deze posten is uitgegeven voor dierproef-gerelateerde zaken?*

De activiteiten met betrekking tot het ontwikkelen van alternatieven voor dierproeven zijn voornamelijk ondergebracht bij de operationele doelstelling «Voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten (41.2)». De voornaamste activiteiten in 2008 zijn:

- Assuring Safety without Animal Testing (ASAT) Dit project is gericht op een het testen van stoffen en geneesmiddelen zonder dierproeven: € 800 000
- ZonMw Dierproeven begremsd II. Dit betreft onderzoek gericht op alternatieven voor dierproeven alsmede de validatie, standaardisatie en implementatie van alternatieve methoden: € 100 000
- Onderzoek informatiebehoefte ten behoeve van communicatie-activiteiten: € 25 000
- Onderzoek op initiatief van TI Pharma naar de wetenschappelijk basis en de praktijk van dierproeven in geneesmiddelenonderzoek: € 400 000

2

*Kunt u aangeven welke patiëntenorganisaties in 2008 zijn gefinancierd, met welk doel en welke bedragen hiermee gemoeid waren?*

In de bijlage vindt u het overzicht van de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties die in 2008 gesubsidieerd zijn.<sup>1</sup>

3 en 4

*Kunt u toelichten wat de laatste stand van zaken is met betrekking tot de uitwerking van de kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven?*

*Kunt u toelichten wat de laatste stand van zaken is met betrekking tot de financiering van het N(K)CA?*

De stand van zaken van de kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven (Tweede Kamer, 2007–2008, 30 168, nr. 4) is als volgt:

- De internationale werkconferentie over 3V alternatieven heeft van 5 tot 7 februari 2009 plaatsgevonden in Utrecht.
- De interdepartementale stuurgroep en werkgroep zijn ingesteld.
- De programmeringsstudie alternatieven voor dierproeven bij ZonMw loopt en resultaten daarvan worden in 2010 verwacht.
- Het Nationaal Kennis Centrum Alternatieven voor dierproeven (NKCA) zal nog deze zomer worden ingesteld. Het NKCA wordt ondergebracht bij het RIVM en is een samenwerkingsverband met de Universiteit van Utrecht. De financiering loopt zoals in de kabinetsvisie is aangekondigd. Na de installatie zal het NKCA de verdere uitwerking van de kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven oppakken.

5 en 6

*Is de regering van oordeel dat een rechtmatigheidsonderzoek naar de Zorgverzekeringswet en de AWBZ beter door de NZa dan door Algemene Rekenkamer kan worden uitgevoerd? Zo ja, waarom?*

*Hoe wordt een rechtmatige uitvoering van de wettelijke zorgverzekeringen door de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders vastgesteld door het kabinet nu de ARK met enige spijt heeft vastgesteld dat zij daarin gezien artikel 121 wettelijk geen taak heeft? Welke taak zou de ARK daarin alsnog kunnen vervullen*

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

Het rechtmatigheidsonderzoek naar de Zvw is een wettelijke taak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op grond van art. 16 Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg).

Het rechtmatigheidstoezicht op de Zvw behelst het houden van toezicht op een goede uitvoering van de Zvw, oftewel de naleving van de publieke randvoorwaarden, zoals de acceptatieplicht en het verbod op premie-differentiatie. Daarbij hoort ook het benodigde toezicht in het kader van de vereveningsbijdrage.

Daarnaast heeft de NZa op grond van art. 16 Wmg de wettelijke taak toezicht te houden op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Het toezicht op de goede werking van het zorgstelsel is in één hand gelegd, bij de NZa. De zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt beïnvloeden elkaar namelijk sterk. In een dergelijke complexe situatie is een sectorspecifieke, integrale benadering in het toezicht noodzakelijk. Daarom is gekozen voor één markttoezichthouder, de NZa.

De NZa zendt jaarlijks voor 1 november aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een samenvattend rapport over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving door de zorgverzekeraars in het voorafgaande kalenderjaar. De Minister van VWS zendt dit rapport door aan beide kamers der Staten-Generaal.

De Rekenkamer heeft op grond van de Comptabiliteitswet 2001 de bevoegdheid te controleren of de NZa haar toezichtstaak in deze goed vervult. Dit is een sluitend systeem, ik zie geen reden hierin verandering aan te brengen.

7

*Ligt de vermindering van de administratieve lasten op schema? Welke meetbare tussentijdse doelen zijn er voor 2008, 2009 en 2010 gesteld?*

De vermindering ligt op schema. Op 18 november 2008 (Tweede Kamer vergaderjaar 2008–2009, 29 515, nr. 271) is de Tweede Kamer geïnformeerd over de VWS aanpak, met daarin de maatregelen en het effect voor de (vermindering van) administratieve lasten. De beoogde vermindering van ruim 26 procent, zoals dat op dat moment is gemeld, is inmiddels toegenomen met zes procent tot ruim 32 procent. U bent hier recentelijk door de staatssecretarissen van Economische Zaken en Financiën over geïnformeerd.

8

*Is het reëel te verwachten dat alle ziekenhuizen eind 2009 conform het veiligheidsmanagementsysteem werken?*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in het eerste kwartaal van 2009 onderzoek gedaan naar de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem in 24 Nederlandse ziekenhuizen. Hierbij is de IGZ uitgegaan van de «basiselementen voor 2008» die door veld zelf zijn vastgesteld en op dit moment tenminste geïmplementeerd zouden moeten zijn. Het onderzoek van de IGZ wijst uit dat dit op het merendeel van de punten ook gebeurt, maar dat verdere inspanningen van instellingen nodig zijn om de risico's op onveilige zorg goed te beheersen. Een voorbeeld hiervan zijn prospectieve risicoanalyses, die in praktijk nog moeilijk uit te voeren blijken. Het rapport van de IGZ zal u zo spoedig mogelijk worden toegezonden.

9

*Kabinetsdoelstelling 45a had als prestatie-indicator dat in 2008 100% van de ziekenhuizen werkt met het veiligheidsmanagement systeem VMS. Deze doelstelling is blijkbaar verplaatst naar 2009 en vervangen door genoemde prestatie-indicatoren. Deze zijn in de begroting 2008 niet als prestatie-indicator opgenomen. Vanwaar deze verandering?*

Met de partijen van het veiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig» (de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van medisch specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) heb ik eind 2008 afgesproken dat de ziekenhuizen begin 2009 door de IGZ getoetst zullen worden op de implementatie van het VMS.

Hierbij blijft gelden dat de «basiselementen voor 2008», zoals die door het veld zelf in overleg met de IGZ zijn bepaald, geïmplementeerd zouden moeten zijn. De verandering zit hem vooral in het moment waarop toetsing mogelijk was. Zie ook mijn antwoord op vraag 8.

10

*Hoeveel procent deelname aan zichtbare zorg op kiesbeter.nl verwacht u in 2009?*

Per sector verschilt de stand van zaken. In de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg zal het percentage zorgaanbieders met kwaliteitsindicatoren op kiesBeter.nl in 2009 naar verwachting tenminste 94% zijn. Voor de overige sectoren wachten wij nog op de aanlevering door zorgaanbieders om een goede inschatting te kunnen maken van het percentage zorgaanbieders met kwaliteitsindicatoren op kiesBeter.nl.

Vanwege de verantwoording van de kwaliteitsindicatoren in het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording verwacht ik dat het merendeel van de zorgaanbieders hun kwaliteitsindicatoren zullen aanleveren. Vervolgens worden deze op kiesBeter.nl gepubliceerd. De stand per sector is als volgt:

- Ziekenhuizen: de eerste aandoeningsspecifieke indicatorensets zijn ontwikkeld en getest. De invoering is begin 2009 gestart. De kwaliteitsdata komen publiek beschikbaar.
- GGZ: voor de gehele 2e lijns GGZ-sector is een set kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en ingevoerd (deze indicatoren hebben onder meer betrekking op verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt, eenzijdige beëindiging van de behandeling tegen het advies van de behandelaar en continuïteit bij verandering van zorgsoort, insluiting en dwangmedicatie en wachttijd tot start behandeling). De kwaliteitsdata worden openbaar via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording over 2008;
- Verpleging, Verzorging en Thuiszorg: 94% van de zorgaanbieders maakt gebruik van de zorginhoudelijke indicatoren. 59% van de zorgaanbieders heeft de cliëntervaringen gemeten (CQ index, eens per twee jaar verplicht). Van laatstgenoemde heeft 80% aangegeven dat de score voldoende is (tussen 3 en 4, schaal 1–4). De kwaliteitsdata worden inmiddels gepubliceerd op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
- Gehandicaptenzorg: de zorginhoudelijke indicatoren zijn ontwikkeld en getest. Invoering begint naar verwachting vanaf 2009. Afgesproken is dat de kwaliteitsdata publiek beschikbaar komen.

Overigens is kiesBeter.nl niet geheel afhankelijk van de resultaten van Zichtbare Zorg; bijvoorbeeld ook de basisset indicatoren ziekenhuizen van de IGZ wordt op kiesBeter.nl gepubliceerd.

11

*Kan inzicht worden gegeven in het aantal cliënten van de zorgaanbieders in de AWBZ dat een voldoende geeft voor de kwaliteit van zorg?*

59% van de zorgaanbieders in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg heeft de cliëntervaringen gemeten (CQ index, eens per twee jaar verplicht). Hierbij heeft 80% van de cliënten aangegeven dat de score voldoende is (tussen 3 en 4, schaal 1–4). De uitkomsten van de genoemde metingen van cliëntervaringen worden inmiddels gepubliceerd op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

12

*Wordt de aanwezigheid van geestelijke verzorgers in instellingen ook opgenomen op [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl) en wordt hier ook naar gekeken voor uitvoering van doelstelling 45 c? Zo nee, op welke wijze wordt hier aandacht aan besteed?*

Binnen de verpleging, verzorging en thuiszorg worden instellingen verzocht om aan te geven of zij geestelijke verzorging aan de cliënt bieden en in welke geloofs- en/of levensovertuiging deze zorg wordt geleverd. Deze gegevens worden op [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl) gepubliceerd.

Doelstelling 45c is erop gericht dat cliënten 90% van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg geven. Daarbij kan de aanwezigheid van geestelijke verzorgers in instellingen voor bepaalde cliënten een rol spelen.

13

*Kunt u voorbeelden geven van de verbeteringen op langere termijn die u op basis van cliëntervaringsmetingen wilt aanbrengen in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?*

Voor de langdurige ggz wordt thans gewerkt aan de ontwikkeling van een (CQ)vragenlijst. De beantwoording hiervan gaat cliëntervaringsgegevens opleveren. Op dit moment is nog niet aan te geven tot welke concrete verbeteracties dit aanleiding zal geven.

14

*Waarom wordt gesteld dat het kabinet ten aanzien van doelstelling 45c op koers ligt terwijl er alleen kwaliteitsindicatoren zijn ontwikkeld en er nog geen gegevens bekend zijn ten aanzien het percentage cliënten dat zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende geeft voor de kwaliteit van de zorg?*

Het verbeteren van het percentage cliënten dat zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende geeft voor de kwaliteit van de geleverde zorg begint bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg door de zorginstellingen. Zorginstellingen zijn hiervoor primair verantwoordelijk. Vanuit dit perspectief is kabinetsdoelstelling 45c ingevuld door een eenduidig kwaliteitskader te ontwikkelen op basis van zorginhoudelijke als cliëntervaringsindicatoren (CQ-index), waarin zowel kwantitatief als kwalitatief vergelijkingen gemaakt kunnen worden tussen de verschillende zorginstellingen in de AWBZ-zorg. Het instrumentarium om de kwaliteit van zorg in instellingen en cliëntervaringen te meten zijn tijdig gereed gekomen. Alleen in de gehandicaptenzorg wordt momenteel nog gewerkt aan de ontwikkeling van een nieuw cliëntervaringsinstrument (1x in 3 jaar afnemen).

In de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) is een eerste meting gehouden naar zowel de zorginhoud als de ervaringen van cliënten. In deze sector wordt 1x per 2 jaar een cliëntervaringsmeting verricht. In 2009 zal voor de gehandicaptenzorg de eerste meting naar zorginhoud worden uitgevoerd.

De uitkomsten van de genoemde metingen van cliëntervaringen worden gepubliceerd op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

15

*Wat is de aard van de klachten van de overige cliënten (10%) die ontevreden zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg door zorgaanbieders in de AWBZ?*

De resultaten van de eerste meting van de normen verantwoorde zorg, die gehouden is onder de zorgaanbieders van verpleging, verzorging en thuiszorg geven qua cliëntervaringen de volgende verbeter- en aandachtspunten aan:

- inspraak en overleg van het zorgplan,
- informatievoorziening,
- maaltijden (intramuraal),
- verbeteren van veiligheid woon/leefomgeving,
- dagbesteding en participatie,
- samenhang in de zorg.

16

*Op welke wijze dragen de voor de caresector ontwikkelde kwaliteitsindicatoren bij aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg? Zijn er al verbetering geboekt?*

Doordat in toenemende mate kwaliteitsindicatoren beschikbaar komen in de caresector kunnen bestuurders beter gaan sturen op kwaliteit en veiligheid, kunnen cliënten beter kiezen tussen zorgaanbieders, kunnen zorgkantoren beter inkopen en kan de IGZ beter toezicht houden. Ik verwacht dat de kwaliteit van zorg hierdoor zal verbeteren. Verbeteringen ten gevolge van de beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren zullen echter pas na enige jaren zichtbaar kunnen worden.

De stand van zaken in de caresector is als volgt: De sector verpleging, verzorging en thuiszorg, heeft in Nederland de toon gezet met de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, waarmee in 2005 is gestart. 94% van de zorgaanbieders maakt gebruik van de zorginhoudelijke indicatoren. 59% van de zorgaanbieders heeft de cliëntervaringen gemeten (CQ index, eens per twee jaar verplicht). Van laatstgenoemde heeft 80% aangegeven dat de score voldoende is (tussen 3 en 4, schaal 1-4). De kwaliteitsdata worden inmiddels gepubliceerd op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

In de gehandicaptenzorg zijn de zorginhoudelijke indicatoren ontwikkeld en getest. Invoering begint naar verwachting de komende maanden. Afgesproken is dat de kwaliteitsdata publiek beschikbaar komen. In 2009 wordt een – op deze sector toegespitst – instrument ontwikkeld om cliëntervaringen te meten (gebaseerd op de CQ-index). De eerste resultaten hiervan zullen via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2009 zichtbaar zijn, welke in 2010 openbaar wordt.

Voor de gehele 2e lijns GGZ-sector is een set kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en ingevoerd (deze indicatoren hebben onder meer betrekking op verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt, eenzijdige beëindiging van de behandeling tegen het advies van de behandelaar en continuïteit bij verandering van zorgsoort, insluiting en dwangmedicatie en wachttijd tot start behandeling). De kwaliteitsdata worden openbaar via

het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording over 2008, welke in 2009 openbaar wordt.

17

*Waarom heeft maar 30% van de ziekenhuizen kwaliteitsgegevens aangeleverd voor de eerste set van 10 aandoeeningen (welke er op termijn 80 moeten worden)? Verwacht het kabinet dat dit bij de overige aandoeeningen beter zal gaan? Denkt het kabinet dat de doelstelling van 80 aandoeeningen waarvan de kwaliteit zichtbaar is op kiesBeter.nl gehaald gaat worden, gezien het erg lage tempo? Wat wordt verstaan onder «een extra inzet plegen» om voor de 80 aandoeeningen kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen? Wie is de aangewezen persoon of instantie die deze inzet gaat plegen?*

De eerste aandoeeningsspecifieke indicatorensets voor de ziekenhuizen zijn ontwikkeld en getest. De invoering is begin 2009 gestart. De kwaliteitsdata komen publiek beschikbaar. De aanlevering door 30% van de ziekenhuizen betrof de testfase.

Onder «extra inzet plegen» wordt bedoeld dat in de ziekenhuissector alle betrokken partijen momenteel hard werken aan ontwikkeling en implementatie van indicatoren (naast de 80 aandoeeningen, o.a. IGZ-basisset en veiligheidsindicatoren). Daarnaast wordt een deel van de indicatoren weliswaar in een andere sector ontwikkeld (care, 1e lijn, GGZ), maar worden deze ook uitgevraagd in ziekenhuizen. In 2011 zal voor ruim 80 onderdelen van ziekenhuiszorg (IGZ basisset, veiligheidsnormen, aandoeeningsgerichte indicatoren, indicatoren vanuit andere sectoren) kwaliteitsinformatie op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) beschikbaar zijn. Het kabinet verwacht deze doelstelling gehaald zal worden.

18

*Kan er een onderscheid komen tussen de implementatie van kwaliteitskaders in de verschillende sectoren (VVT, GZ en GGZ) in de langdurige zorg? Zijn er sectoren die niet op schema liggen?*

Niet alle sectoren hebben hetzelfde tempo. Wel liggen ze op schema. Binnen de verpleging, verzorging en thuiszorg is afgelopen jaar een 2e meting gehouden. De gegevens worden in juli 2009 gepubliceerd. Binnen de gehandicaptenzorg is er een vertraging opgetreden bij de voorbereidingen van de opstart van de meting. Deze vertraging heeft geen gevolgen voor de einddatum waarop de meetperiode wordt afgesloten en voor aanlevering van de resultaten voor het jaardocument. De publicatie van het jaardocument maatschappelijke verantwoording voor de sector staat nog steeds gepland in juli 2010.

Voor de geestelijke gezondheidszorg is in 2008 een derde meting gehouden. De eerste meting vond plaats in 2006. In september 2009 komt de rapportage beschikbaar waarin de vergelijking tussen de verschillende meting beschreven staat.

19

*Kabinetsdoelstelling 45c had als prestatie-indicator voor 2008, dat 80% van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende krijgen voor kwaliteit van zorg met een streefwaarde van 90% voor de lange termijn. De indicator voor implementatie van kwaliteitskaders, zoals nu genoemd komt niet voor in begroting 2008. Vanwaar deze wijziging? Wat is het percentage van de zorgaanbieders dat een voldoende krijgt voor de kwaliteit van zorg?*

In de begroting wordt een 4 tal prestatie indicatoren genoemd, waarvan het «Percentage instellingen dat volgens oordelen van cliënten/bewoners een voldoende scoort voor de kwaliteit van zorg er één is. Hier wordt

aangegeven dat de streefwaarde voor 2008 80% is en de lange termijn streefwaarde 90%. Er is dus geen sprake van een wijziging. Op dit moment is er voor de sector verpleging, verzorging en thuiszorg en voor een deel van de gehandicaptenzorg per instelling de cliënttevredenheid bekend (en openbaar via [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)). Een geaggregeerd oordeel is nog niet te geven.

20

*Is de geschillencommissie al werkzaam en is deze dusdanig zichtbaar en bekend dat daar al klachten en geschillen binnen komen?*

De geschillencommissie Zorginstelling is sinds 1 juni 2008 ingesteld. Dit is kenbaar gemaakt aan de zorginstellingen, patiënten- en cliëntenorganisaties en de organisaties die mensen met een klacht ondersteunen. Er zijn tot nu toe 63 klachten bij deze commissie aangemeld. Er waren meer cliënten die een klacht wilden aanmelden, maar deze klachten konden nog niet in behandeling worden genomen omdat de zorginstelling waarop de klacht betrekking had niet was aangesloten. Deze aansluiting is op dit moment nog vrijwillig. In het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg is opgenomen dat *alle* zorgaanbieders zich bij een geschilleninstantie moeten aansluiten.

21

*Kan de uitvoering van de motie Willemse-van der Ploeg (31 746, nr. 5) de realisatie van kabinetsdoelstelling 45d versnellen? Hoe bevordert u dat?*

De uitvoering van de motie Willemse-van der Ploeg (onafhankelijk budget cliëntenraden) en kabinetsdoelstelling 45d (wettelijk vastgestelde – en bij de cliënt bekende – rechten en plichten) dragen ieder op eigen wijze bij aan het achterliggende doel om de positie van de cliënt in de zorg te verbeteren en de cliënt meer centraal te stellen in de zorg. Ik bevorder dit door het overleg tussen organisaties van cliëntenraden en zorgaanbieders over financiering van cliëntenraden en medezeggenschap in het algemeen te faciliteren. Daarnaast zet ik me er voor in om het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg zo snel mogelijk af te ronden. Het wordt deze zomer ter advisering voorgelegd aan de Raad van State.

22

*Hoe kan gesteld worden dat ten aanzien van kabinetsdoelstelling 45a voor prestatie-indicatoren voor 2008 is bereikt wat is aangegeven, terwijl de concrete prestatie die geleverd moet worden halvering van de vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg is en pas in 2010 duidelijk wordt of er enige verandering is ten opzichte van de nulwaarden? Kan een garantie gegeven worden dat per 2012 halvering van vermijdbare schade in ziekenhuizen is bereikt?*

De IGZ houdt tussentijds toezicht op de voortgang van het veiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig». In 2008 zijn de volgende concrete tussendoelstellingen bereikt: 82 ziekenhuizen participeren actief in het veiligheidsprogramma; op de eerste vier thema's zijn verbeterinterventies en indicatoren uitontwikkeld en ziekenhuizen gaan hierop registeren; de ziekenhuizen zijn hard op weg met implementatie van het VMS en zijn bezig met registratie van de Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) en hebben de ambitie deze per 2010 openbaar te maken. De eerste cijfers over de reductie van vermijdbare schade en sterfte zullen eind 2010/begin 2011 beschikbaar komen. Vijf jaar na de start van het veiligheidsprogramma zal bekeken worden of de einddoelstelling van 50% behaald is. De cijfers komen halverwege 2013 beschikbaar. Deze doelstelling wordt door alle betrokken partijen erg serieus genomen. Garanties zijn uiteraard niet te geven.



23

*Welke extra inzet zal gepleegd worden en door wie, om voor de beoogde 80 aandoeeningen kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, te registreren en kwaliteitsinformatie beschikbaar te stellen?*

Onder «extra inzet plegen» wordt bedoeld dat in de ziekenhuissector alle betrokken partijen momenteel hard werken aan ontwikkeling en implementatie van indicatoren (naast de 80 aandoeeningen, o.a. IGZ-basiset en veiligheidsindicatoren). Daarnaast wordt een deel van de indicatoren weliswaar in een andere sector ontwikkeld (care, 1e lijn, GGZ), maar worden deze ook uitgevraagd in ziekenhuizen. In 2011 zal voor ruim 80 onderdelen van ziekenhuiszorg (IGZ basiset, veiligheidsnormen, aandoeningsgerichte indicatoren, indicatoren vanuit andere sectoren) kwaliteitsinformatie op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) beschikbaar zijn. Het kabinet verwacht deze doelstelling gehaald zal worden.

24

*Waarom zijn er minder thuisplaatsen voor palliatieve zorg en bestaat er de neiging dit bij zorginstellingen onder te brengen?*

Ten opzichte van de referentieperiode in 2007 zijn er in 2008 28 cliënten minder geholpen in de thuissituatie, een teruggang van 0,6%. In de thuissituatie is er echter geen sprake van een gelimiteerd aantal zorgplaatsen. Palliatieve zorg in de thuissituatie wordt gerealiseerd in de eigen woonomgeving wanneer de cliënt hier behoefte aan heeft en er voor de hulpvraag geschikte vrijwilligers beschikbaar zijn. De minimale teruggang van 0,6% is niet gevolg van het aantal beschikbare zorgplaatsen. Mijn beleid is erop gericht palliatieve en terminale zorg integraal onderdeel te laten zijn van de zorg zodat deze zorg adequaat en kwalitatief goed kan worden verleend op de plaats waar dit wenselijk is voor de cliënt. Dit kan zijn in een zorginstelling, thuis, een bijna-thuis-huis of een hospice. De cliënt heeft hierin een vrije keuze.

25

*Welke projecten worden nog opgepakt in het kader van verbeteren en versterken van palliatieve zorg?*

In het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg, dat op 15 april 2008 naar de Tweede Kamer is verzonden, zijn thema's benoemd, ter verbetering en versterking van de palliatieve zorg. De thema's zijn begin 2009 uitgewerkt door het Platform Palliatieve Zorg. De hieruit voortvloeiende projecten – zie hieronder – starten op korte termijn.

- Een project binnen het thema Kwaliteit en Transparantie is gericht op het verbeteren van de afstemming van palliatieve zorg tussen de zorgaanbieders. Daarnaast is er een project gericht op de scholing van de vrijwilliger in het palliatieve veld. Bovendien wordt het informeren van het algemene publiek over palliatieve zorg beter vorm gegeven.
- Binnen het thema Onderwijs en Deskundigheidsbevordering start een project dat borgt dat verzorgenden, verpleegkundigen en artsen, deskundig zijn op het terrein van palliatieve zorg. Hiermee wordt een goede afstemming van de zorg op de wensen en behoeften van patiënten en hun naasten gerealiseerd.
- Voor wat betreft Financiering en Organisatie wordt onderzocht hoe afstemming van taken, producten en diensten van palliatieve organisaties kan worden verbeterd. Hierbij is aandacht voor financiering.

Naast deze thema's start het project «Palliatieve Zorg kan beter» dat ontwikkelde instrumenten voor kwaliteitsverbetering implementeert. Vanaf de zomer van 2009 kunnen zorginstellingen de recent ontwikkelde zorginhoudelijke indicatoren gebruiken voor kwaliteitsverbetering.

26

*Waarom duurt het tot eind 2009 voor de Kamer het wetsvoorstel Patiëntenrechten ontvangt, gezien de brief hierover in het voorjaar van 2008?*

Op 23 oktober 2008 hebben de staatssecretaris en ik met Uw kamer overlegd over onze voorstellen om de positie van de cliënt in de zorg te verbeteren. Een belangrijk onderdeel daarvan is het voornemen om te komen tot een Wet cliëntenrechten zorg. Het kost tijd om vijf wetten in te richten vanuit het perspectief van de cliënt en deze tegelijkertijd te harmoniseren en te moderniseren. Bovendien heeft veelvuldig overleg met veldpartijen plaatsgevonden. Dit kost ook tijd, maar levert ook een beter en meer gedragen wetsvoorstel op. Wij hebben in het wetgevingsproces steeds gezocht naar een evenwicht tussen zorgvuldigheid en snelheid. Ik leg het wetsvoorstel deze zomer ter advisering voor aan de Raad van State.

27

*Zijn 182 organisaties die subsidies hebben ontvangen niet heel veel, juist omdat zij dit geld gekregen hebben voor de versterking en professionalisering van hun organisatie? Om hoeveel geld gaat dit totaal?*

Om te zorgen dat patiënten en cliënten een centrale, sterke positie hebben in stelsels van zorg en ondersteuning, zijn sterke organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen (pgo) nodig die hun werk voor en namens hun achterban kunnen voorzetten en die zich tegelijkertijd verder kunnen ontwikkelen.

Er is een grote verscheidenheid aan aandoeningen, ziekten en beperkingen. In het pgo-veld is hierdoor ook een grote diversiteit aan organisaties ontstaan. Wij respecteren deze diversiteit.

In 2008 konden alle pgo-organisaties die een instellingssubsidie ontvingen, tevens op basis van de Tijdelijke regeling ontwikkelings-subsidie 2008, in aanmerking komen voor een ontwikkelingsdeel van € 30 000. Vanaf 2009 wordt dit ontwikkelingsdeel gecontinueerd onder de Subsidieregeling PGO. Het ontwikkelingsdeel stelt organisaties in staat zich te professionaliseren op een manier die aansluit bij de desbetreffende organisatie.

In 2008 hebben in totaal 192 organisaties een aanvraag voor een ontwikkelingsdeel ingediend. Hiervan zijn 182 subsidieaanvragen gehonoreerd, met een totaal bedrag van € 5 260 752. Negen aanvragen zijn afgewezen, één aanvraag werd tussentijds ingetrokken. Twintig organisaties hebben om hun moverende redenen geen aanvraag ingediend.

28

*Kabinetsdoelstelling 48 wordt niet specifiek genoemd in begroting 2008. Wat waren de prestatie-indicatoren voor het aantal zorgplaatsen palliatieve zorg, zo is niet te controleren of de doelstellingen zijn behaald.*

De prestatie indicator voor het aantal zorgplaatsen palliatieve zorg is als volgt geformuleerd in de kabinetsdoelstelling 48: «meer zorgplaatsen te ontwikkelen voor palliatieve en terminale zorg, door de subsidieregeling palliatieve terminale zorg». Het uitgangspunt hierbij is een evenwicht tussen het aanbod en de behoefte aan palliatieve zorg.

29

*Waarop is de conclusie gebaseerd dat het kabinet voor doelstelling 45 op koers ligt? Is voor ons zo niet te controleren.*

De conclusie dat VWS voor kabinetsdoelstelling 45 op koers ligt komt voort uit de gerealiseerde tussendoelstellingen voor 2008. Een overzicht van de tussendoelstellingen voor kabinetsdoelstelling 45 is door het ministerie van Algemene Zaken gepubliceerd op de website [www.minaz.nl](http://www.minaz.nl).

30

*Welke indicatoren worden er gemeten voor het programma «Veilige Zorg»? Welke ambities heeft de minister met het programma «Veilige Zorg»? Welke einddoelen wil hij bereiken?*

Zie ook mijn antwoord op vraag 22. Met het programma «Voorkom schade, werk veilig» richten de betrokken veldpartijen zich op verbeteracties op tien belangrijke zorginhoudelijke thema's en de implementatie van het veiligheidsmanagement-systeem (VMS). Hiermee moet in vijf jaar (2008 t/m 2012) de vermijdbare sterfte en schade in de ziekenhuizen met de helft gereduceerd worden. Dit is de einddoelstelling van het programma.

Tussentijds wordt echter zowel door de betrokken veldpartijen als door de IGZ de voortgang gemonitord. Hiervoor wordt gekeken naar zorginhoudelijke indicatoren die voor de tien thema's zijn vastgesteld, naar stappen in de VMS-implementatie en naar de resultaten van een cultuuronderzoek dat ziekenhuizen zelf uitvoeren. De exacte prestatie-indicatoren die hiervoor gebruikt worden, kunt u vinden in de Gids Monitoren VMS Veiligheidsprogramma 2009 en op de website [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl). Ook zal ik met een herhaling van het dossieronderzoek de reductie van vermijdbare schade en sterfte tussentijds laten meten. Deze cijfers zullen eind 2010/begin 2011 beschikbaar komen.

31

*Wil de staatssecretaris op KiesBeter.nl ook een mogelijkheid maken om instellingen te vergelijken?*

Het is op dit moment al mogelijk om op Kiesbeter.nl instellingen op basis van de normen voor verantwoorde zorg met elkaar te vergelijken.

32

*Voor het programma Sneller Beter zijn geen specifieke doelen gesteld die voor ons meetbaar en controleerbaar zijn. Op welke indicatoren is de beleidsconclusie gebaseerd?*

Het programma «Sneller beter» maakt geen deel uit van het beleidsprogramma van dit kabinet. Wel vormde het programma «Sneller beter» een belangrijke basis om het ingezette beleid ten aanzien van de veiligheid en kwaliteit van de ziekenhuiszorg te faciliteren. In november 2008 is door het NIVEL een evaluatierapport gepubliceerd van het programma «Sneller beter», waarin de resultaten van verbeterprogramma's bij ziekenhuizen ten aanzien van patiëntveiligheid zijn geanalyseerd. Daarom zijn de uitkomsten van het programma «Sneller beter» in het jaarverslag over 2008 vermeld.

33

*In het jaarverslag is te lezen dat het verbetertraject zal bijdragen aan een daling van de prevalentie van decubitus met zes procent. In de prestatie-indicatoren zien we percentages van 2 procent en een daling van 3%. Wat zijn de juiste gegevens in dezen?*

Eén van de instellingen die aan de verbetertrajecten Zorg voor Beter heeft meegedaan is erin geslaagd om het percentage decubitus met 6% terug te dringen. Het genoemde percentage betreft dus de mogelijke daling van

het percentage decubitus. Dit percentage is hoger dan het percentage van de prestatie-indicator voor alle instellingen gezamenlijk.

34

*Kunt u aangeven wat het regisseren van de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren door het programmabureau «Zichtbare zorg» precies inhoudt en welke verdere rol de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hierbij speelt, specifiek in die gevallen waar werkelijkheid en gewenste kwaliteit ver uiteen lopen?*

Het programmabureau Zichtbare Zorg regisseert de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Zichtbare Zorg ondersteunt stuurgroepen waarin per sector stakeholders van o.a. patiënten/consumenten, professionals, de inspectie en zorgaanbieders zijn samengebracht. De stuurgroepen ontwikkelen per sector kwaliteitsindicatoren. Zichtbare Zorg ondersteunt de stuurgroepen op materieel, inhoudelijk en financieel vlak. Daarbij draagt ze zorg voor een consistente en coherente aanpak over de sectoren. Daarnaast zet Zichtbare Zorg zich in om de kwaliteit van de indicatoren en de gemeten kwaliteit te optimaliseren.

Veldpartijen zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. De IGZ gebruikt de informatie uit de indicatoren om haar gefaseerd toezicht vorm te geven. De verdere ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren is een continue proces. De werkelijke kwaliteit van geleverde zorg wordt overigens niet direct alleen gemeten aan de hand van kwaliteitsindicatoren, maar door nader onderzoek bijvoorbeeld ook met behulp van inspectiebezoeken.

35

*Waarom wordt in de verbetertrajecten als doel gesteld afname met 20% ten aanzien van ondervoeding, ten aanzien van valpreventie 30% en ten aanzien van de prevalentie van decubitus 6% en geen nieuwe gevallen? Waar zijn deze percentages op gebaseerd? Zijn deze percentages het uiterst haalbare of kan de ambitie groter zijn?*

Aan de verbetertrajecten op deze thema's hebben instellingen deelgenomen die deze goede resultaten (afname ondervoeding, vallen en decubitus) hebben behaald. Daarom wordt bij de verbetertrajecten deze afnamepercentages als doelstelling van het verbetertraject genoemd. De genoemde percentages zijn haalbaar, zoals blijkt uit ervaringen uit afgeronde verbetertrajecten. Uiteraard is het altijd mogelijk om de lat hoger te leggen, maar je kunt de vraag stellen of instellingen en zorgprofessionals niet meer gebaat (motivatie) zijn met het streven naar realistische doelen.

36

*Welke andere prestatie-indicatoren zullen worden gemeten? Zijn van alle prestatie-indicatoren nulwaarden bekend?*

De indicatoren uit het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg zijn leidend in het proces. De zorginhoudelijke indicatoren worden jaarlijks en cliëntervaringen (1x 2 jaar voor de verpleging, verzorging en thuiszorg; 1 x 3 jaar voor de gehandicaptenzorg) gemeten. De 1ste meting Verpleging, Verzorging en Thuiszorg is de nulmeting. Voor de Gehandicaptenzorg is nog geen nulwaarde bekend (dit komt in juni 2010 in het jaardocument maatschappelijke verantwoording 2009). Binnen de Geestelijke Gezondheidszorg is de eerste meting in 2006 verricht.

37

*Zijn de aangegeven effecten over het programma «Sneller Beter» te positief gekleurd gezien het feit dat slechts 70% van de deelnemende zieken-*

*huizen (20% van alle Nederlandse ziekenhuizen) gegevens heeft aangeleverd en het NIVEL niet aan geeft dat er dan in de regel een oververtegenwoordiging van positieve resultaten is? Waarom zijn deze kanttekeningen niet geplaatst?*

Het NIVEL geeft in haar evaluatie aan dat de uitkomsten van Sneller Beter met enige terughoudendheid geïnterpreteerd moeten worden. Het NIVEL verwijst hierbij naar een eerdere rapportage, die heeft aangetoond dat er sprake was van enige oververtegenwoordiging van positieve resultaten. Of dit ook het geval is met de resultaten zoals opgenomen in het Jaarverslag, is echter niet met zekerheid te zeggen. Het was beter geweest als de door het NIVEL aangegeven terughoudendheid in het Jaarverslag was aangegeven.

38

*Wat is de prevalentie medicijnincidenten in respectievelijk 2007, 2008 en 2011?*

Uit de 1e meting van de normen verantwoorde zorg uit 2007, werd in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg een gemiddeld percentage gemeten van 8%. De percentages van de meting van 2008 is nog niet bekend, dit wordt vermeld het jaardocument maatschappelijke verantwoording 2008 dat in juli 2009 wordt gepubliceerd. Er is voor de komende jaren geen streefpercentage genoemd.

Voor de gehandicaptenzorg komen de cijfers van de 1e meting in het jaardocument maatschappelijke verantwoording 2009 dat in juli 2010 gepubliceerd wordt.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt er geen meting van medicijnincidenten gedaan.

39

*Wat is de prevalentie valincidenten in respectievelijk 2007, 2008 en 2011?*

Uit de 1e meting van de normen verantwoorde zorg is binnen de sector verpleging en verzorging in 2007 een percentage van 11% gemeten en voor de thuiszorg 12%. De resultaten van 2008 wordt in het jaardocument maatschappelijke verantwoording 2008 in juli 2009 gepubliceerd. Er zijn geen streefwaarde genoemd voor de komende jaren. Voor de sector gehandicaptenzorg komen de eerste cijfers in het jaardocument maatschappelijke verantwoording 2009 in juli 2010.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt er geen meting van valincidenten gedaan.

40

*Waarom zijn de doelstellingen van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg niet gewoon nul voor Prevalentie Decubitus en Prevalentie Voedingstoestand?*

Een percentage van 0% behalen is niet reëel. Cliënten worden in sommige gevallen in zorg genomen met voedingsproblemen en decubitus. De zorgaanbieder zal dit signaleren en de zorg aan de cliënt aanpassen op de problematiek. De zorgaanbieder heeft daarnaast te maken met de eigen wil van de cliënt in de laatste levensfase, wat kan inhouden dat de cliënt niet meer wilt eten; dit met drang opleggen is niet in alle situaties gepast.

41

*Welke kwaliteitsindicatoren wil de staatssecretaris beschikbaar hebben op kiesBeter.nl? Vindt de staatssecretaris niet dat alle instellingen deze beschikbaar moeten maken?*

Alle kwaliteitsindicatoren die worden ontwikkeld in het kader van de normen Verantwoorde Zorg komen publiek beschikbaar via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De verplichting tot verantwoorden via dit Jaardocument geldt voor alle instellingen. Vervolgens komen de kwaliteitsindicatoren op kiesBeter.nl beschikbaar.

42

*Voor welke doelen worden de prestatie-indicatoren niet gehaald (beleidsconclusie pagina 19)?*

De beleidsconclusie heeft betrekking op de voortgang van de kabinetsdoelstellingen 45 en 48. Voor de meeste prestatie-indicatoren ligt VWS op koers. Wel is erkend dat in de komende periode belangrijke stappen genomen moeten worden om op koers te blijven. Ook is met betrekking tot doelstelling 45a een tussenstap voor 2008 niet volledig behaald, maar dit zal naar verwachting geen directe gevolgen hebben voor het behalen van de doelstelling de vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg te halveren in 2012. De tussenstap die niet volledig is behaald betreft het aantal ziekenhuizen dat in 2008 is aangesloten op de Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) (Doel: 80. Resultaat: 69). Dit heeft vooral een technische oorzaak. Wel heeft de expertgroep HSMR, waaraan de betrokken veldpartijen deelnemen, de ambitie de HSMR van alle ziekenhuizen per 2010 openbaar te maken. Eind 2009 zal de expertgroep met een advies komen over de bruikbaarheid van de HSMR voor kwaliteitsvergelijking tussen ziekenhuizen.

43

*Wordt de prestatie-indicator met betrekking tot de bruto-schadelast in 2011 gehaald, mede gezien de schadelast in 2007 en 2008?*

De vermelde bruto-schadelast van de curatieve zorg in 2011 (€ 34 miljard) betreft het financiële kader voor de zorguitgaven Gezondheidszorg in de Begroting 2009 (pagina 184 VWS-begroting 2009). Vooralsnog is er geen reden te veronderstellen dat deze prestatie-indicator niet gehaald zou worden.

44

*Zijn er op dit moment aanwijzingen dat liberalisering van de prijzen en uitbreiding van het B segment leidt tot een efficiëntere en goedkopere zorg van betere kwaliteit? Zo ja welke?*

Verzekeraars hebben in het B-segment een grotere prikkel om scherp in te kopen. In de voortgangsrapportage DBC's, die ik naar aanleiding van de motie Van Veen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 57) zeer recent naar de Kamer heb gestuurd, ga ik uitgebreid in op de meest actuele informatie over de ontwikkelingen in het B-segment, waaronder de ontwikkelingen op het gebied van prijs en kwaliteit.

Uit de jaarlijkse Monitor Ziekenhuiszorg van de NZa blijkt dat de prijsontwikkeling over het deel van het B-segment dat sinds 2005 vrije prijzen kent, gedurende de periode tot en met 2008 over het algemeen lager is geweest dan in het A-segment.

Verder blijkt dat de introductie van het B-segment al gedurende een aantal jaar leidt tot een toenemende aandacht voor kwaliteit bij de contractonderhandelingen. De stijgende aandacht voor kwaliteit komt met name tot uiting in het opvragen en gebruiken van kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen door zorgverzekeraars en de betrokkenheid van medisch adviseurs bij de onderhandelingen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit werken aan een uniforme set kwaliteitsindicatoren, waardoor de daadwerkelijke kwaliteitsontwikkeling de komende jaren transparanter moet worden.

45

*Waarom is de doelstelling voor het aantal onverzekerden niet gespecificeerd dan het niveau in 2007? Betekent dit dat één wanbetaler minder al betekent dat de kabinetsdoelstelling gerealiseerd is? Streefwaarde van het aantal onverzekerden was voor 2008 < 250 000. Waar komt die enorme stijging tot bijna 280 000 vandaan en waarom is het niet gelukt om dit aantal omlaag te krijgen? Gaat het hierbij om mensen die de zorgpremie niet willen of niet kunnen betalen? Waarop is de veronderstelling dat het aantal wanbetalers in de aankomende jaren weer zal stijgen gebaseerd? Hoeveel onverzekerden waren er eind 2008 voor de Zorgverzekeringswet? Hoeveel wanbetalers waren er eind 2008 voor de Zorgverzekeringswet? Is dit in overeenstemming met de doelstellingen van het kabinet? Wat waren/zijn de streefcijfers van het kabinet voor het aantal onverzekerden en wanbetalers in 2008, 2009, 2010, 2011? Waarom is de kabinetsdoelstelling dat het aantal wanbetalers in 2011 hoger is dan gerealiseerd dan in 2008? Zijn de ambities hier niet veel te laag?*

In de beantwoording maken wij onderscheid tussen wanbetalers en onverzekerden.

#### *Wanbetalers*

Uit de cijfers van het CBS blijkt dat het aantal wanbetalers is gestegen tot 279 520. Er is geen onderzoek gedaan naar de vraag waarom mensen hun premie niet betalen.

Om het aantal wanbetalers terug te dringen hebben verzekeraars al vrij snel na de invoering van de Zorgverzekeringswet maatregelen op basis van het wanbetalers-protocol genomen. Hun incasso-inspanningen worden, naarmate de achterstand toeneemt, geïntensiveerd. Omdat het probleem van wanbetaling met dit stringente incassobeleid van de verzekeraars nog niet structureel is opgelost ligt op dit moment het wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering ter behandeling in de Eerste Kamer, zodat het aantal wanbetalers in de komende jaren kan worden teruggedrongen. De schatting is dat het aantal wanbetalers snel zal afnemen, in de eerste jaren met 50 000 per jaar.

#### *Onverzekerden*

De streefwaarde voor het aantal onverzekerden was voor 2008 < 230 000. Uit voorlopige cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat er op 1 mei 2008 171 280 onverzekerden waren. Het streven is om het aantal onverzekerden verder omlaag te brengen. De regering vindt het namelijk ongewenst dat mensen zich aan de solidariteit van de Zorgverzekeringswet kunnen onttrekken door zich niet te verzekeren. Daarom wordt een wetsvoorstel voorbereid om onverzekerde verzekeringsplichtigen actief op te sporen.

De ministerraad heeft er op 15 mei jl. mee ingestemd dat het wetsvoorstel waarmee onverzekerden door middel van bestandskoppeling actief zullen worden opgespoord, beboet en uiteindelijk ambtshalve verzekerd voor advies aan de Raad van State wordt gezonden.

Voordat de wet in werking treedt, worden uitgebreide voorlichtingsactiviteiten ingezet om specifieke groepen te bereiken.

46

*Spelen de voorziene nieuwe Wet forensische zorg en het concept van de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg in de verdere ontwikkeling van de sluitende ketenzorg voor de aanpak van psychische klachten een rol, en op welke wijze zal hierin door de ministeries van VWS en Justitie worden samengewerkt?*

Sluitende ketenzorg is een van de leidende principes bij het schrijven van de wetsvoorstellen voor de WCZ, de Wet zorg en dwang (voor de pggv sector), de wet Forensische zorg en de Wet verplichte ggz. Bij de eerste twee wetten is het ministerie van VWS penvoerder, bij de twee laatste wetten is dat het ministerie van Justitie. De voortgang en samenhang tussen al deze wetsvoorstellen wordt dan ook regelmatig door de betrokken bewindslieden besproken en daar waar mogelijk en noodzakelijk worden de wetsvoorstellen steeds geharmoniseerd.

47

*Met welk percentage is de vraag om kortdurende ggz toegenomen ten opzichte van afgelopen jaar en met welke vragen komen mensen terecht bij de kortdurende ggz? Wat is de prognose voor volgend jaar voor wat betreft het aantal aanvragen kortdurende ggz?*

Bij het opstellen van de VWS-begroting voor 2008 is € 65 miljoen geraamd aan uitgaven in de EPZ maar de uitgaven EPZ hebben geen afzonderlijk kader binnen de geneeskundige ggz. Een uitsplitsing kan daarom niet gemaakt worden. Het is aan verzekeraars en aanbieders om op lokaal niveau aan de vraag naar eerstelijns en tweedelijns ggz te voldoen.

Ten aanzien van de (hulp)vragen die de eerstelijnspsycholoog in zijn werkzaamheden worden voorgelegd, is het volgende van belang.

De eerstelijns gezondheidszorg wordt gekenmerkt door laagdrempelige toegang tot de hulp, aandacht voor sociale omstandigheden en vitale relaties van de cliënt, kortdurende interventies, kennis van de zogenaamde sociale kaart en intensieve samenwerking met andere eerstelijns disciplines.

Dit leidt ertoe dat een prognose voor 2009 niet te maken is.

48

*Kunt u aangeven hoe de verdeling per leeftijdscategorie is van mensen die niet zwaar drinken?*

Leeftijd: 12 tot 18 jaar	96,0
Leeftijd: 18 tot 25 jaar	76,5
Leeftijd: 25 tot 35 jaar	86,3
Leeftijd: 35 tot 45 jaar	92,3
Leeftijd: 45 tot 55 jaar	89,2
Leeftijd: 55 tot 65 jaar	90,6
Leeftijd: 65 tot 75 jaar	93,2
Leeftijd: 75 jaar of ouder	97,2

Bron is: Periodiek Onderzoek Leefstijl Situatie (POLs), Centraal Bureau voor de Statistiek.

49

*Steeds meer kinderen hebben meervoudige problemen. Kunt u aangeven op welke manier de samenwerking in de zorg voor jeugd tussen de disciplines ggz, verslaving, lvg en reguliere jeugdzorg wordt gestimuleerd en geborgd?*

Op het terrein van samenwerking in de zorg voor jeugd worden stappen voorwaarts gezet. Voorbeelden zijn de zorgadviesteams die rondom de



meeste scholen actief zijn, en waarin professionals van diverse sectoren vertegenwoordigd zijn om problematiek bij een jeugdige integraal te beoordelen. Daarnaast wordt het kader integraal indiceren geïmplementeerd. Uw kamer is onlangs geïnformeerd over de voortgang hiervan (TK 31 839, nr. 4).

In het veld zullen partijen moeten zorgen voor intersectorale zorgprogramma's. Deze zijn in toenemende mate in ontwikkeling. Zo heeft het NJI in opdracht van de MO-groep en GGZ NL een beschrijving gegeven van tien samenwerkingsverbanden tussen provinciale jeugdzorg en jeugd-ggz<sup>1</sup>. De huidige wetgeving staat het ontstaan van dergelijke samenwerking niet in de weg. Het gaat erom elkaar in de samenwerking te vinden. Omdat ik van mening ben dat het belangrijk is dat er meer intersectorale programma's beschikbaar komen, laat ik een onderzoek uitvoeren naar de succes- en faalfactoren bij het tot stand komen van intersectoraal zorgaanbod<sup>2</sup> voor jeugdigen. Tevens zullen in dit onderzoek aanbevelingen worden gedaan om het ontstaan van intersectorale programma's te bevorderen. Deze aanbevelingen zullen zowel gericht zijn op wat het aanbieders en bestuurders kunnen doen om meer intersectoraal aanbod tot stand te laten komen, als op wat de overheid kan doen om het tot stand komen van intersectoraal aanbod te stimuleren. Op basis van deze aanbevelingen kunnen wij bezien welke initiatieven er aanvullend ondernomen kunnen worden. Daarnaast zal ik in mijn standpunt over de werking van het stelsel aandacht hebben voor het tot stand komen en het borgen van intersectoraal aanbod.

50

*Hoeveel kinderen met meervoudige problematiek kunnen inmiddels terecht bij een instelling die zich richt op meerdere problemen tegelijk, waarbij er gezinsgericht/ systeemgericht wordt gewerkt?*

Ik kan niet zeggen hoeveel kinderen met meervoudige problematiek inmiddels geholpen kunnen worden met een intersectoraal zorgaanbod. Wel kan ik aangeven dat binnen één van de vormen van intersectoraal aanbod, de multifunctionele centra<sup>3</sup>, er inmiddels ongeveer 300 behandelplaatsen gerealiseerd zijn.

51

*Hoe is de integratie van de kapitaallasten in de dbc's verlopen? Wat is de huidige stand van zaken m.b.t. de kapitaallasten in de dbc's? Welke problemen vragen nog om een oplossing?*

Naar aanleiding van de voorstellen van de commissie Havermans over de integratie van kapitaallasten in de DBC's is de beleidsregel «overgangsregeling kapitaallasten vergoeding ziekenhuizen» vastgesteld door de NZa. Begin dit jaar bleek dat de toepassing van de beleidsregel in de praktijk bij zorgverzekeraars en ziekenhuizen veel vragen heeft opgeroepen. Dit zou volgens veldpartijen de belangrijkste oorzaak zijn van het laat op gang komen van de onderhandelingen over het B-segment.

<sup>1</sup> «Meer dan de som der delen; voorbeelden van succesvolle samenwerking tussen de jeugdzorg en de jeugd-ggz» (A. Kalsbeek en M. Zwicker, NJI, 2009)

<sup>2</sup> In het onderzoek is intersectoraal aanbod gedefinieerd als aanbod dat ontstaat vanuit geïndiceerde zorg in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg (inclusief gesloten jeugdzorg), jeugd-ggz, zorg voor licht verstandelijk gehandicapten, justitiële jeugdinrichtingen en (speciaal) onderwijs.

<sup>3</sup> Multifunctionele centra bieden zorg aan licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychiatrische stoornissen.

Hierover is gesproken met de betrokken brancheorganisaties van ziekenhuizen en zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Ook heeft de NZa een uitgebreide aanvullende circulaire uitgegeven waarin de toepassing van de beleidsregel uit de doeken wordt gedaan voorzien van de nodige voorbeelden.

Inmiddels blijkt uit onderzoek dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars in staat zijn binnen afzienbare tijd alsnog contracten te sluiten. Een ziekenhuis geeft aan de afspraken met alle betrokken verzekeraars te hebben afgerond.

52

*In welke landen van de westerse wereld worden eveneens de kapitaal-lasten volledig geïntegreerd in de tarieven zoals in Nederland?*

Ik beschik helaas niet over een actueel overzicht van de wijze waarop de kapitaallasten van ziekenhuizen in andere, min of meer vergelijkbare, landen worden bekostigd. Een goede vergelijking is gezien de sterk verschillende systemen van bekostiging en de daarmee samenhangende verhouding tussen partijen niet zonder meer te maken.

53

*Is in 2008 een voorschot gegeven door zorgverzekeraars aan GGZ-aanbieders? Zo ja, hoe vaak? Hoe is de stand van zaken met betrekking tot de bevoorschotting van GGZ-zorgaanbieders? Doen alle zorgverzekeraars nu aan bevoorschotting? Waarom is het noodzakelijk om de bevoorschottingsafspraken in de GGZ ook voor 2009 te laten gelden?*

Omdat op voorhand duidelijk was dat door de invoering van DBC's financieringsproblemen zouden kunnen ontstaan heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) per 1 januari 2008 een beleidsregel vastgesteld, die het mogelijk maakt om financieringskosten bij zorgverzekeraars die niet willen bevoorschotten in rekening te brengen. Deze beleidsregel is verlengd voor 2009. Naar aanleiding van signalen dat het gebruik van deze mogelijkheid om liquiditeitsproblemen te voorkomen voor zowel instellingen als vrijgevestigden stroef verliep, is bestuurlijk afgesproken dat alle zorgverzekeraars zo nodig voorschotten verstrekken. Er zijn op dit moment nog geen cijfers bekend over hoe vaak hier in 2008 gebruik van is gemaakt.

De beleidsregel geldt formeel nog steeds als tijdelijk tot en met 31 december 2009, omdat het hierbij gaat om leveringsvoorwaarden waarover de partijen bij voorkeur zelf met elkaar afspraken maken. DBC Onderhoud heeft na intensief overleg met partijen een compromisvoorstel rond deeldeclaraties in voorbereiding, dat onder voorbehoud van technische haalbaarheid per 2010 ingevoerd zou kunnen worden. Er vindt op dit moment overleg plaats over de (wijze van) verdere bevoorschotting.

54

*Wat is de voortgang met betrekking tot de vereenvoudiging en verbetering van de dbc-systematiek? Is het mogelijk hier prestatie-indicatoren aan te koppelen, zoals bijvoorbeeld een daling van het aantal dbc's aan het eind van een tijdsperiode, zodat de voortgang door de Kamer gecontroleerd kan worden?*

In het nieuwe DBC-systeem worden de huidige DBC's, waarvan er momenteel zo'n 30 000 in gebruik zijn, vervangen door minder dan 3 000 DBC-zorgproducten. Deze zorgproducten zijn beter medisch herkenbaar, uniform en kosten- en werklathomogeen. De invoering van de nieuwe zorgproducten zal in fases plaatsvinden. Vanaf juli 2009 zullen ziekenhuizen starten met het registreren van de nieuwe zorgproducten. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een goede analyse maken van mogelijke financiële consequenties en waar nodig kunnen nog verbeteringen in de systematiek worden aangebracht. In 2010 zal het declareren nog plaatsvinden op basis van de huidige DBC's. Per 1 januari 2011 zal er gedeclareerd worden op basis van de nieuwe zorgproducten. De reductie van het aantal DBC's naar 3000 zorgproducten zal plaatsvinden wanneer er gedeclareerd gaat worden op basis van de nieuwe zorgproducten.

55

*Wanneer krijgen zowel de instellingen als de Kamer inzicht in de integrale*

*tarieven, zodat er zo spoedig mogelijk zekerheid ontstaat dat kan bijdragen aan de voortgang van het bouwprogramma?*

Voor de zomer van 2009 zal ik de Tweede Kamer een brief sturen waarin ik, op basis van een advies terzake van de Nederlandse Zorgautoriteit, de uitgangspunten die gehanteerd zullen worden bij de bepaling en berekening van de kapitaallastcomponent aangeef. Die kapitaallastcomponent wordt volgend jaar in de tarieven van de zorg (de zorgzwaartepakketten) geïntegreerd. Vanaf 2011 zullen die integrale tarieven worden geïntroduceerd. Juist met het oog op een gestage voortgang van de bouw van zorginstellingen is het van belang dat instellingen en banken zicht krijgen op deze materie. Ik zal mij in de brief van voor de zomer nog niet kunnen uitspreken over de inhoud van de overgangsregeling die van kracht zal zijn bij de introductie van de integrale tarieven. Daarover buigt de NZa zich nog. Bovendien zal verder worden gegaan met de bepaling van de exacte hoogte van de huisvestingscomponent, de koppeling daarvan aan de ZZP's etc.

56

*Streefwaarde van de beheerste ontwikkeling AWBZ-uitgaven langdurige zorg was voor 2008 20.2 miljard. Uitgekomen is op 21.1 miljard. Is bekend wat de oorzaak van deze stijging is?*

De stijging van de uitgaven is deels het gevolg van de nominale bijstelling voor loon- en prijsontwikkelingen. Dit is een normale aanpassing van de raming.

Anderzijds was er sprake van een overschrijding van de uitgaven voor de exploitatie van nieuwe capaciteit, die niet op dat niveau geraamd was.

57

*Klopt het dat de normering voor kleinschalig wonen dusdanig is aangepast, dat de doelstelling van 1500 plaatsen in 2008 is behaald?*

Nee, dit is niet het geval. Uit ervaringen van instellingen blijkt dat voor het realiseren van kleinschalige woonvormen in de wijk een aantal van 24 cliënten met een zware zorgvraag in het algemeen inhoudelijk en financieel een goede omvang is. Deze norm is opgenomen in het Uitvoeringsbesluit WTZi en is bij het beoordelen van het behalen van der doelstelling 2008 toegepast. De norm is bij de wijziging van de beleidsregels WTZi van 9 juli 2007 verruimd van 12 naar 24 plaatsen, zoals aangekondigd in mijn brief aan de Kamer van 31 mei 2007 «Zorg voor ouderen: om de kwaliteit van het bestaan» (TK 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146). Een afwijkende norm zou bovendien leiden tot extra administratieve lasten voor instellingen die kleinschalig wonen willen realiseren.

58

*Is de beoogde afbouw van meerpersoonskamers in de langdurige zorg nog realistisch? Zo ja, waarom?*

Uit de stand van zaken zorghuizen blijkt dat de sector grote inspanningen heeft geleverd bij de afbouw van de meerbedskamers. De betrokken instellingen verdienen daarvoor een groot compliment. Tegelijk zijn er ook instellingen waar ik mij zorgen maak over de voortgang. Daarom zijn deze instellingen in 2009 door ambtenaren van mijn departement bezocht en hierop aangesproken. In mijn binnenkort aan uw Kamer te zenden voortgangsbrief over de stand van zaken van de privacy zal ik u nader informeren over de oorzaken van de vertraging en welke maatregelen ik zal nemen om de gestelde termijn van 1 januari 2011 zoveel te halen. In het aanvullend coalitieakkoord (TK 2008–2009, 31 070, nr. 24) zijn aanvullende middelen beschikbaar gekomen ter stimulering van de bouw o.a. in

verpleeghuizen. Deze middelen ga ik vooral inzetten als stimulans voor het wegwerken van de meerbedskamers. In de u eerder toegezegde voortgangsrapportage zal ik uw Kamer ook daarover informeren.

59

*Wat is de goede verhouding tussen de verschillende woonvormen?*

De doelstelling is dat op termijn een derde van de capaciteit als kleinschalig wonen beschikbaar is. Deze doelstelling is gebaseerd op de verhouding waarin kleinschalig wonen beschikbaar is in de gehandicaptenzorg. De exacte invulling van deze verhouding vindt plaats in het lokale en regionale overleg tussen aanbieders, verzekeraars en (toekomstige) cliënten. Er mag een reële keuzemogelijkheid voor de cliënt verondersteld worden wanneer, net als in de gehandicaptenzorg, een derde van het aantal plaatsen voor mensen met een zwaardere vorm van dementie als kleinschalige zorg wordt aangeboden.

60

*Wie voert de controle naar de besteding van pgb-middelen uit? Op welke wijze krijgt deze vorm?*

De pgb-houders verantwoorden de uitgaven die zij ten laste van het pgb brengen aan het zorgkantoor met behulp van het verantwoordingsformulier. Budgethouders met een jaarbudget van minder dan € 5000 dienen éénmaal per jaar een dergelijk formulier in en met een hoger jaarbudget gebeurt dat tweemaal per jaar. Zorgkantoren controleren alle verantwoordingsformulieren globaal en een 5% intensief. De controle geschiedt aan de hand van een door het CVZ opgesteld controleprotocol. Ten onrechte opgevoerde kosten worden door het zorgkantoor teruggevorderd.

61

*Op welke wijze wordt onnodige bureaucratie vermeden als er sprake is van meer controle naar de besteding van pgb-middelen?*

Er hoeft niet noodzakelijkerwijs sprake te zijn van meer controle naar de besteding van de pgb-middelen, maar wel van een betere controle. Aan een verbetering van de controle wordt op dit moment gewerkt door CVZ en door ZN, samen met andere betrokkenen zoals Per Saldo. Het is de bedoeling de huidige controlesystematiek aan te scherpen, zoals eerder gemeld in mijn brief van 7 januari 2009 (30 577, nr. 46), door onder andere beter gebruik te maken van risicoanalyse. Het aangepaste controleprotocol zal voor de verantwoordingsronde van de eerste helft van 2009 beschikbaar zijn.

62

*Wat wordt verstaan onder noodzakelijke zorg bij een pgb?*

Onder noodzakelijke zorg bij een pgb wordt hetzelfde verstaan als bij naturazorg. De indicatiesteller indiceert de verzekerde zorg waarop de verzekerde is aangewezen, dit is noodzakelijke zorg. Als de verzekerde kiest voor de leveringsvorm pgb, dan kan hij zelf de zorg waarop hij is aangewezen inkopen.

63

*Hoeveel tijd is er in 2008 bespaard op de werkvloer met het verminderen van de bureaucratie? Hoeveel minder formulieren zijn er in 2008 in te vullen op de werkvloer?*

Het kabinet heeft bij de aanpak van administratieve lasten, zoals deze al gedurende enige jaren loopt, gekozen om de administratieve lasten (en de vermindering daarvan) volgens een uniforme methodiek in beeld te brengen. Kern van deze methodiek is dat berekend wordt hoeveel tijd een uitvoerend functionaris op jaarbasis besteedt aan (de uitvoering van) een wettelijke verplichting. Er bestaat geen overzicht van de gevraagde gegevens die betrekking hebben op de zorgaanbieders, de daarbij in dienst zijnde medewerkers en de aldaar gehanteerde formulieren. Wel – hiervoor verwijs ik ook naar de vragen 7, 79 en 80 – loopt VWS op schema om de administratieve lasten aan het eind van deze kabinetsperiode met minimaal 25 procent te hebben verminderd.

64

*Waar zijn de cijfers op gebaseerd dat er als gevolg van het rookverbod in de horeca 1 procentpunt minder rokers zijn?*

In 2008 rookte 27% van de Nederlanders van 15 jaar en ouder. In 2007 lag dit percentage nog op 28% (ongewijzigd sinds 2004). Deze cijfers zijn gebaseerd op het Continu Onderzoek Rookgewoonten dat TNS NIPO jaarlijks uitvoert in opdracht van STIVORO. In 2008 is er dus voor het eerst sinds de daling in 2004 weer een daling van het percentage rokers geweest met 1 procentpunt. Dit is mede het gevolg van activiteiten die in 2008 hebben plaatsgevonden, te weten:

- verhoging van de accijns op tabaksproducten per 1 juli 2008;
- een massamediale campagne gericht op stoppen met roken;
- de invoering van de rookvrije horeca, sport en kunst/cultuur.

65

*Waar komt de aanzienlijke daling van de streefwaarde van de levensverwachting in goed ervaren gezondheid vandaan?*

Er is geen aanzienlijke daling van de streefwaarde in goed ervaren gezondheid, maar een andere presentatie. In de begroting 2008 is de streefwaarde uitgedrukt in een percentage en in de verantwoording 2008 is deze uitgedrukt in het absolute aantal jaren.

66

*Wat is de oorzaak van de kleinere stijging van het aantal niet-rokers?*

De stijging van het aantal niet-rokers is in 2008 niet kleiner dan in voorgaande jaren. Integendeel: in 2008 is er dus voor het eerst sinds de stijging in 2004 weer een stijging van het percentage niet-rokers geweest met 1 procentpunt (van 72% naar 73%). Zie verder het antwoord op vraag 64.

67 en 68

*Wat waren de uitgaven aan preventie in 2006 en 2007 zowel in absolute zin als in % van het budgettair kader zorg? Wat waren de uitgaven aan preventie in 2008 zowel in absolute zin als in % van het budgettair kader zorg?*

*Wat is de te verwachten ontwikkeling wat betreft uitgaven aan preventie in 2009–2010–2011?*

Op beleidsartikel 41: Volksgezondheid van de begroting van VWS worden begrotings- en premie-uitgaven gedaan ten behoeve van preventie. Deze bedroegen in 2006 € 618,2 miljoen, in 2007 € 667,6 miljoen en in 2008 € 715,4 mln. Dit is ca. 1,4 % van het Budgettair Kader Zorg.

De uitgaven voor preventie bedragen in 2009 € 710,4 miljoen, in 2010 € 741,4 miljoen en in 2011 € 782,4 miljoen.

69

*Is het effect dat de rookvrije horeca zou kunnen hebben op het percentage niet-rokers meegenomen in de lager bijgestelde prestatie-indicator? Zo ja, hoe verklaart u dit lagere percentage? Met hoeveel is de streefwaarde bijgesteld? Zijn er nog meer streefwaarden bijgesteld?*

De rookvrije horeca heeft samen met enkele andere maatregelen effect op het percentage rokers in Nederland (zie de antwoorden op vragen 64 en 66). Dit effect is niet meegenomen in de naar beneden bijgestelde prestatie-indicator voor 2009. De streefwaarde is bijgesteld van 80% niet-rokers in 2010 naar >72% niet-rokers in 2009.

70

*Hoeveel bedden in de jeugdverslavingszorg en jeugddetox zijn er inmiddels van de extra 300 toegezegde plekken in gebruik?*

In totaal zijn 260 extra klinische behandelplaatsen toegewezen. Op het moment van toewijzing waren er 36 klinische behandelplaatsen voor jeugdige verslaafden beschikbaar. Door de beperkte beantwoordingstijd heeft nog geen volledige inventarisatie kunnen plaatsvinden. In elk geval zijn 120 plaatsen (5x24) nog niet gerealiseerd. Realisatie daarvan is vanwege nieuwbouw in de loop van dit jaar en volgend jaar te verwachten.

71

*Welke budgettaire kosten per jaar zijn gemoeid met de opname in het zorgverzekeringswetpakket van integrale stopondersteuning voor rokers?*

Verzekeraar Agis heeft op mijn verzoek een proef uitgevoerd met het vergoeden van ondersteuning bij stoppen met roken. Deze proef vond plaats in de provincie Utrecht. Alle Agis-verzekerden in de provincie Utrecht kregen het aanbod om gedurende een half jaar, zonder kosten voor de verzekerde zelf, ondersteuning te gebruiken bij stoppen met roken. Regioplan voerde het onderzoek naar de proef uit. Op basis van de resultaten van deze proef schatten Agis en Regioplan dat de kosten voor opname van ondersteuning bij stoppen met roken in de basisverzekering op jaarbasis tussen de € 14 miljoen en € 23 miljoen zullen liggen. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), dat mij recent heeft geadviseerd over opname van ondersteuning bij stoppen met roken in de basisverzekering, schat de kosten in op € 20 miljoen tot € 33 miljoen.

72

*Welk gedeelte valt nu al onder het basispakket en wat zijn de extra budgettaire kosten?*

Voor wat betreft de budgettaire kosten verwijs ik u naar het antwoord op vraag 71. In het CVZ rapport «Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg?» dat op 30 juni 2008 uitkwam, staat welke interventies bij het stoppen met roken nu reeds te verzekeren prestaties zijn. Het CVZ concludeert dat alle rokers geïndiceerd zijn voor begeleiding bij het stoppen met roken, zodra zij de arts consulteren en aangeven te willen stoppen met roken. Het CVZ geeft aan dat de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden en die conform de stand van de wetenschap en praktijk is, onderdeel te verzekeren prestaties van de Zvw valt. Concreet gaat het dan om:

- korte interventies, zoals de eenmalige korte stopadviezen in een gebruikelijk zorgcontact in de eerste of tweede lijn;
- intensieve vormen van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel) bij stoppen met roken, bestaande uit een

serie van ten minste vier contacten van tenminste tien minuten in tijdsbestek van één tot enkele maanden.

- farmacotherapeutische interventie in de vorm van nortriptyline bij het stoppen met roken.

Verder merkt het CVZ op dat de geneeskundige zorg door eerstelijnspsychologen in de Zvw is beperkt tot acht zittingen per jaar. Uitgesloten van de verzekerde farmaceutische zorg zijn de nicotinevervangende zelfzorgmiddelen (pleisters, tabletten en kauwgom), bupropion (ZybanR) voor de indicatie stoppen met roken en varenicline (ChampixR).

73

*Wat zijn de te verwachten opbrengsten in termen van maatschappelijke winst en minder zorguitgaven?*

Het vergoeden van ondersteuning bij stoppen met roken leidt tot significant meer stoppogingen, tot een groter gebruik van ondersteuning (SMR) bij stoppogingen en tot meer geslaagde stoppogingen (ook na 12 maanden), dus tot meer ex-rokers. Doorgerekend naar de Nederlandse situatie zou het vergoeden kunnen leiden tot zo'n 100 000 tot 140 000 extra stoppers per jaar. Het RIVM heeft uitgerekend dat (huisarts)begeleiding in combinatie met nicotinevervangende middelen of medicijnen (bupropion) in totaal 92 000 tot 140 000 levensjaren oplevert, wat overeenkomt met 80 000 tot 120 000 QALY's (gezonde levensjaren). SMR levert op korte termijn een besparing van de zorgkosten op als wordt gekeken naar de aan roken gerelateerde ziekten. Het RIVM becijferde in 2005 dit bedrag op een besparing van in totaal € 300 miljoen tot € 450 miljoen. Worden ook de zorgkosten verdisconteerd die gemaakt worden in de gewonnen levensjaren dan kost SMR tussen de € 13 500,- en € 16 600,- per QALY<sup>1</sup>. Daarmee is ondersteuning bij stoppen met roken volgens de gebruikelijke maatstaf (< € 20 000,- per QALY) een kosteneffectieve interventie.

74

*Het CVZ geeft in zijn advies van april 2009 aan dat de stopondersteuning kosteneffectief is, wat zijn dan de afwegingen van de minister voor budgettaire inpasbaarheid?*

In de Kaderbrief 2007- 2011 met de visie op gezondheid en preventie (24 september 2007) heb ik gemeld dat ik meer preventie in het basispakket wil opnemen. Ik zou u in dat kader informeren of en onder welke voorwaarden meer preventieve zorg onder de dekking van de zorgverzekering kan worden gebracht. Daarbij heb ik aangegeven dat ik het, naast de budgettaire mogelijkheden, van belang acht dat er heldere indicatieprotocollen zijn en dat preventieve interventies kosteneffectief zijn. Kosteneffectiviteit is dus een van de voorwaarden. Hieraan voldoet ondersteuning bij stoppen met roken naar het oordeel van het CVZ. Ook zijn er op het gebied van ondersteuning bij stoppen met roken onder meer op basis van de CBO-richtlijn «Behandeling van tabaksverslaving» heldere indicatieprotocollen. Tot slot dient opname van ondersteuning bij SMR ook inpasbaar te zijn in het budgettair kader voor de komende jaren. Ik zal de Kamer daar te zijner tijd nader over informeren.

75

*Waarom is de kabinetsdoelstelling voor het percentage niet-rokers ouder dan 15 jaar niet concreter gemaakt dan meer dan 72%, temeer dit in 2008 al is gerealiseerd? Verwacht de minister het komend jaar een daling van het aantal rokers? Waarom is er geen percentage opgenomen voor 2011?*

<sup>1</sup> RIVM, cost effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in The Netherlands, 260601003, 2005.

Zie hiervoor het antwoord op vraag 69. Voor het komend jaar hoop ik op een verdere daling van het percentage rokers. Mogelijk dat de maatre-

gelen uit 2008 nog een langere doorwerking hebben op het aantal succesvolle stoppogingen.

Voor wat betreft 2011 is geen doelstelling opgenomen. Het betreft hier immers de beleidsverantwoording 2008. Ik zal in het kader van de begroting 2010 op een eventuele doelstelling voor latere jaren terugkomen.

76

*Klopt de prestatie-indicator voor de beweging die mensen krijgen wel, de «beweegkuur» geldt immers voor mensen met obesitas, dat staat los van het aantal volwassen Nederlanders dat voldoet aan de beweegnorm?*

De beweegkuur is één van de instrumenten die ingezet worden om voldoende Nederlanders aan het bewegen te krijgen. De opgenomen prestatie-indicator geldt voor het algemene doel en niet voor dit specifieke instrument.

77

*Welk percentage meisjes heeft een volledige HPV-vaccinatie ontvangen? Komt er een inhaalmogelijkheid voor meisjes die vanwege medische of andere redenen niet hebben deelgenomen aan de eerste HPV vaccinatie-ronde maar wel tot de doelgroep behoorden?*

Op dit moment heeft nog niemand een volledige HPV-vaccinatie ontvangen. De HPV-vaccinatie bestaat namelijk uit 3 prikken. De eerste prik was in maart, de 2e prik wordt momenteel gezet en de 3e prik volgt na de zomer.

Het opkomstcijfer voor de 1e prik was 49%.

In augustus wordt er een brief gezonden naar de meisjes die de eerste HPV-vaccinatie hebben gemist, waarbij ze alsnog worden opgeroepen om zich te laten vaccineren.

78

*Waarom zijn er geen prestatie-indicatoren opgenomen voor 2008 wat betreft het aantal mensen dat deelneemt aan het Rijksvaccinatieprogramma en het Griepvaccinatieprogramma?*

De prestatie-indicatoren over 2008 wat betreft het aantal mensen dat deelneemt aan het Rijksvaccinatieprogramma en het Griepvaccinatieprogramma zijn niet in het jaarverslag 2008 opgenomen, omdat deze prestatie-indicatoren nog niet bekend zijn. De realisatiecijfers over 2008 komen in het najaar van 2009 beschikbaar. In het beleidsverslag is de realisatie 2007 opgenomen, omdat dat het meest actuele cijfer is, dat beschikbaar is.

79

*Kan de minister aangeven wat de onderbouwing is van de besparing van € 1,49 miljoen in administratieve lasten in het afgelopen jaar?*

In 2008 is er geen sprake geweest van een besparing, doch van een toename van de administratieve lasten van € 1,49 miljoen. Het betreft hier de toename van administratieve lasten binnen de Warenwet door de implementatie van een rechtstreeks werkende Europese verordening.

Dat er in 2008 geen besparing heeft plaatsgevonden, heeft een aantal oorzaken. Meest belangrijke is dat het kabinet 2008 gebruikt heeft om een doorstart in de aanpak van administratieve lasten vorm te geven. Hierdoor is er meer nadruk komen te liggen op de merkbaarheid van de te nemen maatregelen en is naast administratieve lasten ook nadrukkelijk aandacht gekomen voor de kwaliteit van de dienstverlening van de overheid en andere elementen van regeldruk.



Dit past uitstekend bij de inzet van VWS, te meer daar in de vorige kabinetsperiode al een substantiële vermindering van administratieve lasten heeft plaatsgevonden (ca. € 650 miljoen – bijna 23 procent van de gemeten administratieve lasten per ultimo 2002). VWS heeft de doorstart gebruikt om een aantal ontwikkelingen uit de vorige kabinetsperiode voort te zetten en nieuwe maatregelen te nemen. De effecten van deze maatregelen zullen in het tweede deel van deze kabinetsperiode een positief effect op de administratieve lasten sorteren, waardoor nog eens een merkbare vermindering van de administratieve lasten van ca. 32 procent gerealiseerd zal worden. Hiermee ligt de aanpak op schema (zie ook vraag 7).

80

*Is het realistisch te verwachten dat er in 2011 € 106,2 miljoen besparing op de administratieve lasten is, als er in 2008 € 1,49 miljoen gerealiseerd is? Hoe is de minister voornemens deze verhouding te realiseren?*

Ja. Zoals reeds aangegeven bij vraag 79, is in 2008 geen besparing gerealiseerd, maar heeft door een rechtstreeks werkende Europese verordening een toename met dit bedrag plaatsgevonden. Voorzien was dat in het begin van deze kabinetsperiode slechts een beperkte bijdrage aan het reductiepercentage op VWS-terrein kon worden gerealiseerd. In mijn brief van 18 november 2008 (Tweede Kamer vergaderjaar 2008–2009, 29 515, nr. 271), heb ik uiteengezet op welke wijze VWS zich inzet om de administratieve lasten in deze kabinetsperiode te verminderen. In de recente kabinetsbrief aan de Tweede Kamer over de voortgang van het regeldrukprogramma (voortgangsrapportage regeldruk bedrijven, mei 2009) is vermeld dat het reductiepercentage op VWS-terrein ten opzichte van november 2008 is gestegen van 26,2 naar 32,2 procent.

81

*Is de prestatie-indicator voor het aantal aansluitingen op het EPD gerealiseerd? De beleidsconclusie is niet te controleren. Hoeveel geld is er bijvoorbeeld uitgegeven aan de invoering van het EPD en wat was de daaraan gekoppelde doelstelling?*

In de laatste voortgangsrapportage over de invoering van het EPD, d.d. 25 maart 2009, is gemeld dat bijna 100 zorgaanbieders zijn aangesloten op het landelijk EPD. De kosten van het landelijke EPD bedragen sinds 2006 91 miljoen euro. Dit wordt gefinancierd uit het budget dat structureel beschikbaar is voor ICT in de zorg binnen de begroting van VWS. De hieraan gekoppelde doelstelling is de kwaliteit in de zorg te verbeteren door ICT in de zorg te ontwikkelen en te implementeren. Over de invoering van het EPD wordt de Tweede Kamer via kwartaalrapportages op de hoogte gehouden.

82

*Welke concrete initiatieven die zijn aangedragen bij het ZorgInnovatiePlatform worden in de zorg gebruikt, oftewel wat is tot nu toe de meerwaarde geweest?*

Het Zorginnovatieplatform heeft inderdaad in zijn eerste jaar vele innovatieve zorgconcepten mogen ontvangen. Dit gebeurde ondermeer via subsidieverzoeken en brieven, via het zorgevent van het Innovatieplatform in mei 2008, en via de eigen ZIP-website. Er is op moment nog geen zicht op de status van al deze initiatieven. Daarvoor is het nog te vroeg. Deze zomer wordt het financieel instrumentarium van het ZIP gelanceerd. Gekoppeld aan dat financieel instrumentarium zit constante monitoring en evaluatie. In 2011 wordt een algehele evaluatie opgeleverd.

83

*In de paragraaf over vernieuwing zorgconcepten en innovatie wordt met geen woord gerept over de innovatie-dbc's, kan de minister hier meer informatie over geven, hoe staat het met de innovatie-dbc's en zijn hier prestatie-indicatoren aan te verbinden?*

Het DBC-systeem als zodanig is er op gericht om innovaties mogelijk te maken, overigens zonder dat hier DBC's voor gewijzigd hoeven te worden. Op die wijze wordt bijgedragen aan het blijvend vernieuwen van de gezondheidszorg.

Er zijn de afgelopen periode diverse activiteiten ondernomen door veldpartijen en VWS die gericht zijn op het bevorderen van een snellere opname van innovaties in DBC's en andere betaalde zorgprestaties. Hiervoor zijn twee mogelijkheden: opname van innovaties in het DBC-systeem en de NZa-beleidsregel «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties».

*Opname van innovaties in het DBC-systeem*

Het eerste traject omvat een aanmeldingstraject van 6 maanden waarin innovaties opgenomen worden in bestaande DBC's, danwel nieuwe DBC's ontwikkeld worden. Dit traject, waarbij DBC-Onderhoud, het CVZ en de NZa betrokken zijn, is recentelijk aanzienlijk verkort. Door gebruik te maken van een Quick Scan is na 4 weken duidelijk of er een vervolgtraject in gang kan worden gezet. Tot november 2008 zijn voor dit traject 24 nieuwe aanmeldingen geregistreerd.

*NZa-beleidsregel «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties»*

De tweede mogelijkheid is het verkrijgen van een tijdelijke betaaltitel onder de beleidsregel van de NZa. Hiermee kunnen zorgverzekeraars na het gezamenlijk met een zorgaanbieder indienen van een aanvraag, tot maximaal 3 jaar betalen voor een nieuwe zorgprestatie. Op deze wijze kunnen innovatieve zorgprestaties sneller ter beschikking komen van de patiënt. Tot november 2008 zijn 144 zogenaamde «experimenten» gecontracteerd onder de beleidsregel. Daarnaast zullen ZonMw, NZa en CVZ in het tweede kwartaal van 2009 een gezamenlijk voorlichtingsloket rondom zorginnovaties openen, de ZorgInnovatieWijzer. Dit loket beantwoordt vragen over onderzoek, zorginnovatie en vernieuwing op bijvoorbeeld wettelijk gebied, om zorgvernieuwers zo de weg naar bestaande regelingen te wijzen.

84

*Zijn er prestatie-indicatoren voor het programma «ICT based solutions for prevention and management of chronic conditions»?*

Ja, deze zijn formeel vastgelegd in de bijlage bij de overeenkomst tussen de Europese Commissie en de AAL Associatie, de organisatie die door de deelnemende landen is opgericht om op Europees niveau het AAL programma uit te voeren en te coördineren.

De deelnemende staten hebben zich verplicht tot het versterken van de integratie van het Ambient assisted living (AAL) programma in de nationale programma's. De indicatoren zijn gerelateerd aan efficiency en integratie van het programma in de nationale programma's. Voor een tussentijdse en eindbeoordeling van het AAL-programma worden de volgende indicatoren gebruikt: efficiency, wetenschappelijke integratie, management integratie, financiële integratie, stimuleren van investeringen en nationale inspanningen, verbeteren van samenhang van onderzoek en

ontwikkeling in Europa, significante economische en sociale voordelen en bijdrage aan relevante beleidsdoelen.

85

*Waarom is de prestatie-indicator voor het percentage van de beroepsbevolking werkzaam in de AWBZ-zorg zo vaag gehouden?*

Deze indicator geeft aan dat het percentage van de beroepsbevolking dat in 2007 en 2008 werkzaam was in de AWBZ-zorg respectievelijk 7,5 en 7,6 procent bedroeg. Voor het jaar 2011 is dit percentage gesteld op kleiner dan 8% van de beroepsbevolking in plaats van een percentage op een of meerder cijfers achter de komma. Dit vloeit voort uit het gegeven dat, ondanks dat de raming voor 2011 is gebaseerd op trendmatige ontwikkelingen, deze met de nodige onzekerheden is omgeven. Er doen zich namelijk continu ontwikkelingen voor aan zowel de aanbodzijde als de vraagzijde van de arbeidsmarkt. Een exacter percentage zou dan ook schijn-nauwkeurigheid geven. Het gaat bij deze indicator vooral om het weer-geven van de trend en niet zozeer om het streven naar een exact per-centage.

86

*Welke belemmeringen zijn er om mensen in tijden van recessie om te scholen naar de zorgsector?*

Vele aspecten spelen een rol bij het omscholen van mensen naar de zorg-sector in tijden van recessie. Enerzijds betreft dit elementen als het hebben van een voor de zorg relevante opleiding en werkervaring. Banen in de zorg vereisen meestal een gedegen opleiding die enkele jaren duurt. Dit kan een belemmering voor mensen vormen om zich om te scholen, temeer als zij een huishouden financieel deels of volledig dienen te onderhouden. Anderzijds spelen fysieke, emotionele en geestelijke kenmerken van het werk een rol. De sector zorg en welzijn wijkt sterk af op een aantal arbeidsomstandigheden. Met name de mentale belasting is groter dan elders. Naast de capaciteit om met dergelijke fysieke, emotionele en geestelijke kenmerken om te gaan, is de intrinsieke motivatie om in de zorg te werken cruciaal. Onvoldoende gemotiveerd personeel is ten slotte eerder geneigd de zorg te verlaten ten tijde van hoogconjunctuur. Gelukkig zien we dat bij het huidig personeel de intrinsieke motivatie en werktevredenheid zeer hoog is. Al deze aspecten kunnen een belemme-ring vormen om mensen in tijden van recessie om te scholen naar de zorgsector, maar nemen niet weg dat de recessie in potentie mogelijk-heden biedt voor extra instroom van personeel in de zorg. Het kabinet zet hiervoor extra middelen in. Belangrijk aspect hierbij is dat de vraag vanuit de zorg leidend is en er goede regionale afstemming plaatsvindt, waar-door de juiste scholing en begeleiding kan worden geboden.

87, 107 en 135

*Wat is de bron waarin de meer dan 6000 extra zorgmedewerkers gevonden kunnen worden?*

*Kan het kabinet een overzicht geven van de inzet van de extra «handen aan het bed»?*

*Kan worden aangetoond of het geld voor de 5000 tot 6000 extra verpleeg-kundigen en verzorgenden werkelijk tot zoveel extra handen aan het bed heeft geleid? Zo ja, in welke mate? Zo nee, waarom niet?*

Vanaf 2007 zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor meer handen aan het bed in de ouderenzorg. Structureel is daarvoor € 248 miljoen beschikbaar gekomen om circa 5 à 6000 verplegenden en verzorgenden extra aan te stellen en daardoor de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Deze personeelsuitbreiding komt daarmee bovenop de groei van het personeel

als gevolg van de toenemende zorgvraag, waar ook de nodige financiële ruimte voor beschikbaar is gesteld.

Op basis van het rapport Regiomarge 2008 kan geconcludeerd worden dat de extra groei daadwerkelijk gerealiseerd is. De gegevens voor 2008 berusten deels op een raming, maar geven wel een actueel inzicht. Door deze gegevens voor 2008 te vergelijken met de vergelijkbare gegevens voor 2006 (in Regiomarge 2007), wordt inzicht verkregen in de personele groei. Als we ons beperken tot het verplegend, verzorgend en agogisch personeel op de niveaus 3, 4 en 5, (dat zijn immers de personeelscategorieën waar het om gaat) blijkt dat deze categorieën gezamenlijk gestegen zijn van 103 000 naar 116 000. Een stijging van ruim 12 procent. Rekening houdend met de groei van het personeel als gevolg van de toenemende zorgvraag (circa 3 procent per jaar), blijft er een groei van het verplegend, verzorgend en agogisch personeel over van ruim boven de 6000.

88

*Kan concreet worden aangegeven op welke wijze, met welke specifieke maatregelen geprobeerd is de diversiteit in het personeelsbestand in de zorg te vergroten? Kan bij iedere maatregel aangegeven worden welk resultaat de maatregel heeft gehad? Hoe was de verhouding tussen werknemers in de zorg van autochtone respectievelijk allochtone afkomst en hoe is deze, na de projecten en maatregelen, nu?*

Als aanvulling op initiatieven van de sociale partners en individuele instellingen heeft VWS regionale en lokale proefprojecten gericht op het werven van allochtonen vrouwen ontplooid. In de volgende steden en regio's zijn projecten gestart welke zich met name richten op het werven en opleiden van allochtone vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Leiden, Zoetermeer, Gouda, Flevoland, Zwolle, Deventer, Enschede, Groningen en Eindhoven. Het gaat echter niet alleen om het werven, maar ook om het behouden van werknemers van allochtone afkomst. Daarvoor is een volledig intercultureel personeelsbeleid in zorginstellingen noodzakelijk. Om dergelijk beleid te stimuleren worden twee projecten in de gehandicaptenzorg door ons ondersteund: Interculturalisatie van ActiZ en VGN en een speciaal project door Stichting Dichterbij en 's-Heeren Loo.

De meeste regionale en lokale projecten welke subsidies ontvangen van VWS lopen tot eind 2009. Een aantal gaat door tot en met 2011. In dit stadium is het nog te vroeg om uitspraken te doen over behaalde resultaten. De proefprojecten zijn gericht op het opdoen van ervaringen met betrekking tot het werven van medewerkers met een allochtone afkomst. Als deze ervaringen in kaart zijn gebracht kan hiervan worden geleerd en kunnen projecten worden opgeschaald. Voor de verhouding tussen autochtone en allochtone werknemers verwijs ik u naar de arbeidsmarktbrief 2008 en de verwijzing die daar in staat naar het RWI-rapport<sup>1</sup>. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 828, nr. 71)

89

*Waaraan is de overige € 8,8 miljoen van het beschikbare budget voor de arbeidsmarktgevolgen Wmo besteed?*

Voor de arbeidsmarktgevolgen Wmo was in 2008 een bedrag van € 40 miljoen beschikbaar. Dit bedrag is als volgt besteed:

- € 22,2 miljoen is verleend aan subsidies voor om-, her- en bijscholing (€ 6,7 miljoen) tariefcompensatie (€ 15 miljoen) en voor het in dienst nemen van alfhulpverleners (€ 0,5 miljoen) De subsidie is verleend aan 59 thuiszorginstellingen (zie ook het antwoord op vraag 90).
- € 9 miljoen. is éénmalig toegevoegd aan het stagefonds.

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 828, nr. 71.

- € 1 miljoen is verleend als subsidie aan het MobiliteitsCentrum Thuiszorg en bestemd aan uitvoeringskosten voor de subsidieregeling
- € 7,8 miljoen is bij slotwetmutatie teruggevloeid naar het Ministerie van Financiën.

90

*Hoeveel van de 9000 medewerkers in de thuiszorg zijn behouden voor de zorg?*

In het jaarverslag VWS 2008 wordt gemeld dat 59 thuiszorginstellingen subsidie hebben aangevraagd voor her- en bijscholing. Daarvan hebben meer dan 9000 medewerkers geprofiteerd. De her- en bijscholing had tot doel medewerkers voor de thuiszorg te behouden.

Het exacte aantal (van de 9000 medewerkers) dat voor de thuiszorg is behouden is niet bekend. Uit de afrekening van de subsidies die thans plaatsvindt zal worden opgemaakt hoeveel medewerkers daadwerkelijk her- & bijscholing hebben ontvangen. Dat is een eerste indicatie. In de tweede plaats heeft het MobiliteitsCentrum Thuiszorg aangegeven dat in 2008 slechts 290 mensen in de thuiszorg ontslagen zijn.

91

*Op basis van welke controleerbare cijfers is geconcludeerd dat de doelstellingen behaald zijn op het gebied van arbeidsmarktbeleid?*

Het arbeidsmarktbeleid wordt primair gevoerd door zorginstellingen en sociale partners. Het beleid van VWS is hier ondersteunend aan. Gezien deze verantwoordelijkheidsverdeling, zijn concrete cijfers die de resultaten van het arbeidsmarktbeleid van VWS aantonen niet voorhanden. Een aantal indicatoren is er wel. Tussen 2002 en 2007 is het aandeel werknemers in de sector zorg en welzijn gegroeid met gemiddeld 2,9 procent. Economiebreed bedroeg de groei 0,7 procent. Voor aanvullende cijfers verwijs ik u naar onze arbeidsmarktbriefjes. Ten slotte is het van belang om te constateren dat er diverse succesvolle projecten zijn die deels zijn afgerond en deels nog lopen. Als aansprekend voorbeeld hiervan geldt het stagefonds, dat een kwalitatieve en kwantitatieve impuls heeft gegeven aan het aanbieden van stageplaatsen. Voor een overzicht van alle projecten verwijs ik u ook naar de arbeidsmarktbriefjes van VWS.

92

*Is het kabinet op koers gezien de streefwaarde van 2,4 miljoen mantelzorgers in 2008? Waarom zijn de prestatie-indicatoren voor mantelzorgers zo vaag gehouden? Hoe weegt het kabinet een grote onderbesteding van de middelen voor het mantelzorgcompliment? Is al bekend of de streefwaarde van 42% te bereiken is?*

*Hoeveel mantelzorgers telde Nederland in 2008?*

*Hoeveel bedrijven in Nederland voeren een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid? Wat is de uiteindelijke doelstelling van het kabinet?*

*Waarom wordt de € 34 miljoen voor het mantelzorgcompliment niet ingezet voor mantelzorgondersteuning op een andere wijze?*

*Is er controle op de € 32 miljoen die naar het Wmo-budget voor mantelzorg is gegaan? Is het geld daadwerkelijk aan mantelzorg besteed?*

Volgens het CBS waren er in 2008 2,6 miljoen mensen die langdurig en/of intensief mantelzorg verleenden. Daarmee is het kabinet op koers wat betreft het aantal mantelzorgers.

De prestatie-indicator voor mantelzorg is aldus geformuleerd, omdat de factoren die van invloed zijn op het aantal mantelzorgers (aantal alleenstaanden, geografische afstand, aantal netwerken waarin men participeert) zich niet goed laten voorspellen en beïnvloeden. Daarbij komt dat

het geven van een hogere prestatie-indicator de indruk wekt dat de inzet van de huidige mantelzorgers niet voldoende zou zijn. Die indruk zou ik zeker niet willen wekken.

De onderbenutting van het budget voor het mantelzorgcompliment kan onder meer worden toegeschreven aan de voorwaarden die worden gesteld om voor een compliment in aanmerking te komen. Ook verliep de uitvoering van de regeling nog niet optimaal. Ik verwijs u naar mijn brief over dit onderwerp: Kamerstukken II 2007/2008, 301 691, nr. 17. Op dit moment wordt gewerkt aan een regeling die meer mantelzorgers voor een compliment in aanmerking doet komen.

Voor het antwoord op de vraag of het al bekend is of de streefwaarde van 42% te bereiken is verwijs ik naar vraag 93.

Er is niet bekend hoeveel bedrijven een mantelzorg vriendelijk personeelsbeleid voeren. Bij de evaluatie van de beleidsbrief «Voor elkaar» zal worden nagegaan wat het effect is van de bondgenootschappen die thans individueel worden afgesloten. Zoals in de beleidsbrief «Voor elkaar» wordt aangegeven, streeft het kabinet ernaar vraag en aanbod van mantelzorg met elkaar in evenwicht te houden en overbelasting van mantelzorgers te voorkomen.

In 2007 is eenmalig een bedrag van € 32 miljoen toegevoegd aan het algemene deel van het Wmo-budget voor mantelzorgondersteuning. Dat was een eenmalige aangelegenheid, aangezien dit zich niet verhoudt tot de regels van het stringente begrotingsbeleid. Gemeenten zijn vrij in de besteding van deze middelen en leggen aan de gemeenteraad verantwoording af over de besteding van het Wmo-budget. In opdracht van VWS is overigens wel meerdere malen een quick scan uitgevoerd onder alle gemeenten om te bezien of gemeenten de middelen inzetten voor mantelzorg. Hierop is door nagenoeg alle gemeenten gereageerd. Van de toegekende € 32 miljoen is ruim € 10 miljoen reeds besteed. Hiervan is € 8,5 miljoen besteed aan mantelzorg. Voor € 19,4 miljoen bestaan concrete plannen voor de besteding; de gemeenten geven aan dat deze middelen voor mantelzorgondersteuning worden aangewend.

93

*Is het kabinet op koers gezien de streefwaarde van vrijwilligers in 2008?*

Door het CBS is vastgesteld dat de doelstelling voor 2008 (42%) is gerealiseerd. De streefwaarde in 2011 is meer dan 42%. De komende jaren wordt – zoals in de Beleidsbrief «Voor Elkaar» is aangegeven – daarom flink geïnvesteerd in de ondersteuning van vrijwilligers. Onder meer door de versterking van gemeentelijk vrijwilligersbeleid (via een implementatietraject van zogeheten basisfuncties vrijwilligerswerk), de stimulering van het werknemersvrijwilligerswerk, de vrijwilligersverzekering en ondersteuning van vrijwilligers in de zorg.

94

*Hoeveel gevallen van ongelijke behandeling op grond van een handicap op werkgebied en het beroepsonderwijs zijn er in 2008 geregistreerd, in behandeling genomen en afgehandeld?*

De Commissie Gelijke Behandeling heeft haar jaarverslag 2008 nog niet vastgesteld. Op verzoek heeft de Commissie aangegeven dat in 2008 50 verzoeken om een oordeel op grond van vermeende ongelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte zijn ontvangen. In 2008 zijn 60 verzoeken om een oordeel, waarbij de grond handicap of chronische ziekte een rol speelde, behandeld. Hierbij moet worden aangetekend dat een deel van deze verzoeken eerder dan in 2008 is ingediend. Van deze

60 verzoeken hebben uiteindelijk 20 in een oordeel geresulteerd. De behandeling van de overige verzoeken is o.a. afgerond als gevolg van geslaagde mediation, intrekking door de klager of wegens niet-ontvankelijkheid. Tenslotte zijn in 2008 per email of telefoon 222 vragen gesteld die als hoofdthema de grond handicap of chronische ziekte hadden. Het is om redenen van privacybescherming bij de registratie niet vast te stellen welke vragen uiteindelijk resulteren in een verzoek om een oordeel.

95

*De doelstelling van het aantal Valyspashouders dat ook daadwerkelijk reist is 55,6%. Dat is een forse daling ten opzichte van 2007 en is ver onder de streefwaarde voor 2008. Wat is hiervan de oorzaak? Hoe kan er dan gesteld worden dat het kabinet op koers ligt?*

*De prestatie indicatoren 2007, 2008 en 2011 met betrekking tot het «aantal Valyspashouders dat daadwerkelijk reist» zijn verschillend weergegeven. Zijn zij wel onderling zonder meer vergelijkbaar?*

*Welke verbeterafspraken m.b.t. Valys hebben geleid tot minder klachten? Om wat voor soort klachten betreft het precies? Kunt u met cijfers aangeven hoe de kwaliteit van Valys is verbeterd in 2008 en het aantal klachten is afgenomen? Kan de kwaliteitsverbetering door Connexxion leiden tot een contractverlenging?*

Het percentage pashouders van het totaal aantal pashouders dat in 2008 gereisd heeft met Valys is afgenomen van 63,5% naar 55,6%. Deze percentages zijn onderling goed vergelijkbaar, doordat ze op dezelfde wijze zijn berekend. Er zijn verschillende mogelijke oorzaken van deze daling, waardoor een daling ook niet persé als iets negatiefs gezien moet worden. Zo zou het kunnen zijn dat pashouders alternatieve vervoersmogelijkheden hebben, bijvoorbeeld als gevolg van het in toenemende mate toegankelijk openbaar vervoer. Om de precieze redenen van dit niet-gebruik te achterhalen, laat ik hier op dit moment onderzoek naar doen. Ik zal u op korte termijn informeren over de uitkomsten van dit onderzoek.

Eind 2007 zijn er diverse verbeterafspraken met Connexxion gemaakt die geleid hebben tot een verbetering van de kwaliteit van Valys. Zo heeft Connexxion haar onderaannemers aangesproken wat geleid heeft tot een verbetering van de stiptheidscijfers. Ook is de klachtenprocedure aangescherpt en zijn in regio's waar relatief veel klachten vandaan kwamen aanvullend nieuwe vervoerders gecontracteerd. De meeste nog resterende klachten hebben betrekking op de stiptheid en de duur van de ritten. Ook de klanttevredenheid is in 2008 fors toegenomen. Ik zal u op korte termijn uitgebreid informeren over deze klanttevredenheid en de kwaliteit van Valys in het algemeen.

Op dit moment ben ik me aan het beraden over een eventuele contractverlenging. Het spreekt voor zich dat de huidige kwaliteit van het Valysvervoer een belangrijke rol speelt bij dit besluit.

Het Valysvervoer vormt slechts een deel van het beleid om te komen tot gelijke behandeling van mensen met een handicap. Ook de uitbreiding van de Wet gelijke behandeling naar het hele onderwijs en wonen is hier bijvoorbeeld een belangrijk onderdeel van en laat zien dat het Kabinet met dit beleid op koers ligt.

96

*Wat is de reden voor het gegeven dat nog niet 100% van de gemeenten een of meerdere Wmo-beleidsplannen heeft vastgesteld? Hoe gaat u zorg dragen voor een bereik van 100% in 2009?*

In de eerste tussenrapportage van het SCP met betrekking tot de evaluatie WMO staat dat 94% van de gemeenten een formele visie heeft opgesteld ten aanzien van het Wmo beleid. Dit betrof een meting in januari 2008 over het jaar 2007 en was daarmee relatief kort na invoering van de Wmo. Zeer recent heeft SCP een nieuwe meting over het jaar 2008 uitgevoerd. De eerste bevindingen wijzen erop dat het percentage richting de 100% gaat. Het definitieve percentage komt terug in het eindrapport Wmo-evaluatie.

97

*Wat is de stand van zaken met betrekking tot de projecten die gericht zijn op het verzamelen van oorlogsdokumentatie uit de Tweede Wereldoorlog en van het project van Indisch Platform?*

Het programma Erfgoed van de Oorlog ligt goed op koers. Momenteel worden ca. 130 projecten uitgevoerd, die gericht zijn op het behoud van erfgoedmateriaal WOII, het vergroten van de toegankelijkheid ervan en het realiseren van toepassingen met behulp van erfgoedmateriaal voor een breed publiek. De projecten belichten zowel «nationale» thema's als meer regionale of lokale gebeurtenissen. De meeste projecten komen eind 2009 tot een resultaat. Voorbeelden van resultaten die nu al te zien zijn: [www.wo2online.nl](http://www.wo2online.nl), [www.buchenwald.nl](http://www.buchenwald.nl) en [www.scholtenhuis.nl](http://www.scholtenhuis.nl). Het erfgoedportaal Nederlands-Indië zal onder de naam [www.indieinoorlog.nl](http://www.indieinoorlog.nl) in de 2e helft van 2009 worden gepresenteerd. Aan Erfgoed van de Oorlog werken veel verschillende erfgoedbeherende instellingen, waaronder archieven, musea en herinneringscentra mee. Een volledig overzicht van alle resultaten van het programma Erfgoed van de Oorlog kan de Tweede Kamer na afronding van het programma tegemoet zien.

98

*In welke fase bevindt zich de samenwerking tussen de PUR en de SVB?*

In het algemeen overleg met de Tweede Kamer op 12 november 2008 is uitvoerig gesproken over mijn voornemen om per 1-1-2011 het uitvoeringsbestel voor oorlogsgetroffenen te wijzigen en de taken voor het cliëntbeheer over te hevelen van de Pensioenen Uitkeringsraad (PUR) naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Na dit debat is eind november 2008 een projectorganisatie gestart met deelname van VWS, SZW, PUR en SVB die in enkele maanden een gemeenschappelijk Plan van Aanpak heeft ontwikkeld. Inmiddels is de uitvoering van het plan van aanpak voortvarend ter hand genomen en zijn in hoofdlijnen de volgende punten als stand van zaken te noemen:

- Het wetsontwerp voor de wijziging van het uitvoeringsbestel van de wetten voor oorlogsgetroffenen is – na nauwe samenwerking met SZW – dezer dagen voor advies aangeboden aan de Raad van State. Het wetgevingstraject zal inclusief de parlementaire behandeling naar verwachting medio 2010 kunnen worden afgerond.
  - De SVB heeft voorstellen voor de inrichting van de SVB-afdeling voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen ontwikkeld en deze voorstellen zijn aan de ondernemingsraad van de SVB voorgelegd.
  - De PUR heeft – gezamenlijk met SVB -voorstellen gedaan voor de afbouw en overdracht van het PUR-personeelsbestand en het Sociaal Plan voor het betrokken personeel en hierover wordt overleg gevoerd met de vakbonden en wordt de PUR-ondernemingsraad geraadpleegd.
- Met al deze stappen komt het moment in zicht waarbij een fase van kwartier – maken begint bij de SVB en bij de PUR nieuwe stijl.



*Heeft het kabinet geen andere stappen dan de regeling preïmplementatie genetische diagnostiek en de maatregelen omtrent orgaandonatie gezet op het gebied van ethiek in 2008?*

Jawel, ik noem enkele voorbeelden.

*Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen:*

- In november 2008 is de brochure Medisch-wetenschappelijk onderzoek: algemene informatie voor de proefpersoon verzonden aan veel instellingen en een aantal patiëntenorganisaties. De brochure is een groot succes en is reeds (licht aangepast) herdrukt.
- Een wetsvoorstel ter wijziging van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek is in 2008 aan de Kamer gezonden en de nota naar aanleiding van het verslag is opgesteld (en op 6 januari 2009 aan de Kamer gezonden)

*Stamcellen*

- Het ZonMw programma «Translationeel adult stamcelonderzoek» is ingesteld. Voor het totale programma is € 22,4 miljoen beschikbaar gesteld.

*Embryowet:*

- Het voorstel ter wijziging van de Embryowet inzake verlenging van het tijdelijk verbod op speciaal tot stand brengen van embryo's voor onderzoek is in werking getreden.
- Het onderzoek naar mens-dier-combinaties is uitgezet bij de Universiteit Nijmegen. Inmiddels is dit onderzoek een heel eind op streek.
- Na overleg met de NVOG is het traject ingezet om een modelprotocol morele contra-indicaties bij het inzetten van vruchtbaarheids-technieken op te stellen.

*Euthanasie:*

- Via het ZonMw programma Ethiek en Gezondheid is een onderzoek uitgezet naar de bekendheid van palliatieve sedatie en van de zorgvuldigheidscriteria bij euthanasie.

*De streefwaarde van het aantal donoren voor 2008 was 250. Behaald aantal: maar 201. Wat is met de begrote € 3,3 miljoen gebeurd die was gereserveerd voor donorwerving?*

Er is in 2008 € 3,3 miljoen subsidie verleend aan de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Deze subsidie is aangewend voor de bekostiging van donatiefunctionarissen en regionaal teamleiders, voor 24-uursdiensten van de NTS, voor voorlichting en kennisvergroting bij zorgverleners en voor het coördineren, ondersteunen en monitoren van de donorwerving in ziekenhuizen.

Uit gegevens van de IC's van 79 ziekenhuizen blijkt dat het lagere aantal donoren in 2008 is veroorzaakt door een afname van het aantal potentiële donoren en een toename van het aantal weigeringen door nabestaanden.

*Waarom is in het beleidsverslag niet aangegeven hoeveel het percentage bedraagt van de Nederlandse bevolking dat in 2008 aan de bewegingsnorm voldoet en hoeveel bedraagt dit percentage?*

Het percentage van de Nederlandse bevolking dat in 2008 voldoet aan de beweegnorm is niet in het Jaarverslag 2008 opgenomen, omdat dit percentage nog niet bekend is. De realisatiecijfers over 2008 komen in het

najaar van 2009 beschikbaar. Indien de cijfers tijdig worden opgeleverd dan zullen deze opgenomen worden in de ontwerp Begroting 2010.

In het beleidsverslag is de realisatie 2007 opgenomen, omdat dat het meest actuele cijfer is.

102

*Het aantal combinatiefuncties blijft achter bij de prestatie-indicator in 2012. Wat is de reden van de achterstand en kan worden aangegeven hoeveel combinatiefuncties er in 2008 zijn ingevuld? Op welk termijn en op welke wijze beoogt u de achterstand in te halen? Wanneer wordt de Kamer schriftelijk hierover ingelicht?*

De Impuls Brede Scholen, Sport & Cultuur is in 2008 van start gegaan met 30 gemeenten uit de G31. Uit de tussenmeting aan het einde van het eerste jaar is gebleken dat het aantal gerealiseerde functies achterblijft ten opzichte van de in de bestuurlijke afspraken afgesproken aantallen. Er zijn 184 fte gerealiseerd in plaats van de afgesproken 375 fte.

Met alle achterblijvende gemeenten zijn gesprekken gevoerd en daarbij zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop de opgelopen achterstand wordt ingelopen. Uit deze gesprekken blijkt dat de deelnemende gemeenten het eerste jaar nodig hadden als opstartfase om combinatiefunctionarissen te werven, aan te stellen, in te bedden in de organisatie en om structureel cofinanciering te realiseren.

Inmiddels is bij de meeste gemeenten een sterke groei waarneembaar van de aantallen combinatiefunctionarissen en de verwachting is dat bij eerste tranche gemeenten de achterstand in 2009 grotendeels is ingelopen.

Jaarlijks wordt bij gemeenten gemeten hoeveel combinatiefunctionarissen zijn aangesteld. Over de uitkomsten wordt de Kamer geïnformeerd.

103

*Bestaat er voldoende draagvlak onder de veldpartijen bij het oprichten van de CTO's?*

*Is de onderwijstijd voor leerlingen die verbonden zijn aan een CTO nog wel haalbaar i.v.m. de trainingsintensiteit van 20 uur per week?*

*Welke extra inspanningen moeten de betrokken scholen leveren om dit voor de leerlingen mogelijk te maken?*

Bij de veldpartijen bestaat in principe voldoende draagvlak voor het doorontwikkelen van het concept van CTO's en het oprichten daarvan. Dat blijkt uit de ervaringen tot nu toe met de partijen die in de vier aangegeven locaties bij een CTO betrokken zijn.

Er bestaat wel enige zorg bij met name de scholen voor voortgezet onderwijs van wie leerlingen op het CTO geplaatst zijn. Het gaat dan om de betrokken LOOT-scholen die naar wegen zoeken om de extra belasting die het trainen en sporten met zich meebrengt goed te kunnen combineren met een verantwoord onderwijsaanbod. Dit aspect is op dit moment onderwerp van overleg tussen de betrokken partners.

104

*Waarom is de kabinetsdoelstelling over de positie van Nederland in de topsport landenklassering zo vaag gehouden? Waarom spreekt hier geen verdere ambitie uit dan al is gerealiseerd?*

Het kabinet steunt het streven van de sportsector om Nederland te laten horen bij de Top-10 landenklassering van de internationale sportwereld. Dit is een ambitieuze doelstelling. Hiervoor tellen namelijk de Nederlandse prestaties op WK's en de (para)Olympische Spelen mee. In de topsport is

sprake van grote internationale competitie en concurrentie. Op de medaillespiegel van de Olympische Zomerspelen 2008 staat NL op de 12e plaats, op de medaillespiegel van de Olympische Winterspelen 2006 staat NL op 10e plaats en op de ranglijst van WK's staat NL op de 9e plaats. Hieruit blijkt dat er wel degelijk een uitdaging ligt in het Nederlandse streven om bij de beste 10 topsportlanden ter wereld te behoren.

105

*De AWBZ zorg laat een overschrijding zien van ruim € 211 miljoen. Als oorzaak wordt de toenemende vraag naar langdurige zorg genoemd. Kan de «toenemende vraag» worden uitgesplitst naar diverse doelgroepen?*

De toename van de vraag is niet toe te wijzen aan een sector, maar was voor alle doelgroepen aanwezig. De toename wordt vooral veroorzaakt door gestegen exploitatielasten van nieuw in gebruik genomen capaciteit. Dit komt omdat de bouw van kleinschalige woonvormen door de groeiende populariteit sneller beschikbaar komt.

106

*Wat is de reden voor de sterke afwijking in financieel belang ten opzichte van geraamd 2009 bij het aspect kwaliteit en veiligheid, een prioriteitsaspect?*

Voor het geraamde bedrag in 2008 zijn een aantal activiteiten gefinancierd in het kader van het programma veilige zorg, zoals het ontwikkelen van verbeterinterventies op zorginhoudelijke thema's, het ontwikkelen van materiaal en het ondersteunen van individuele instellingen. De kosten van deze activiteiten zijn te hoog geraamd.

108

*Klopt het dat er geen stijging van het PGB is geweest in 2008 en kunt u dit nader toelichten?*

Nee dit klopt niet. Ook in het jaar 2008 is een stijging te zien van het aantal budgethouders van 90 000 naar 109 000. Dat komt neer op een gemiddelde maandelijkse groei van ca. 1600 budgethouders.

109

*Kunt u uiteenzetten waar de € 80,3 miljoen onder doelstelling 2 van beleidsartikel 41 aan besteed is en welke posten hieronder vallen? Kunt u een nadere specificering geven van de uitgaven onder doelstelling 6 van beleidsartikel 41?*

Het bedrag van € 80,3 miljoen onder doelstelling 2 valt uiteen in de volgende bedragen:

- bijdrage aan de VWA € 76,2 miljoen
- bijdrage aan andere diensten € 0,4 miljoen (o.a. CBG en CJIB)
- Voedingscentrum € 1,8 miljoen
- Senternovem (project ASAT-alternatieven dierproeven) € 0,9 miljoen
- Andere projecten € 1 miljoen.

De totale uitgaven voor doelstelling 6 in 2008 waren € 14,5 miljoen. De belangrijkste uitgavenposten zijn

- CVZ: Rijksbijdrage financiering abortusklinieken € 11,4 miljoen.
- CIBG: Uitvoeringstaken Medische Ethiek € 1,5 miljoen.
- Overige projecten Medische Ethiek € 1,6 miljoen.

(o.a. Maatschappelijk verantwoord innoveren, Verbetering Abortushulpverlening én Ethiek, onderwijs en bestuur).

110

*Met het amendement-Schermers bij de begroting 2008 (21 200 XVI, 24) is extra geld toegevoegd aan de pijnkenniscentra. Is dit bedrag volledig tot besteding gekomen en zo ja hoe?*

De Pijnkenniscentra (PKC's) zijn organisatorisch en financieel gezien onderdeel van de universitair medische centra (umc's) in Groningen, Rotterdam, Nijmegen en Maastricht. Met de uitvoering van het amendement zijn de beschikbaar gestelde middelen toegevoegd aan het budget van de betreffende umc's. Aangezien dit ongeoormerkt gebeurt, kan niet één op één worden vastgesteld of betreffende middelen tot besteding zijn gekomen.

111

*In hoeverre is de doelstelling «zorgaanbieders bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket van noodzakelijke zorg aan» te rijmen met het feit dat het aantal onverzekerden is gestegen?*

Er lijkt hier sprake van een misverstand. Uit voorlopige cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat er op 1 mei 2008 171 280 onverzekerden waren. Het aantal onverzekerden in 2008 valt aanzienlijk lager uit dan eerder gepubliceerde cijfers over het aantal onverzekerden in 2006 (240 000) en 2007 (231 000). Het CBS heeft aangegeven dat een aantal zorgverzekeraars, als gevolg van aanloopproblemen in de aanlevering voor de jaren 2006 en 2007, een te laag aantal bij hen ingeschreven verzekerden tegen ziektekosten gerapporteerd hebben, hetgeen heeft geleid tot een overschatting van het aantal onverzekerden in beide jaren. Het CBS gaat nader onderzoek doen naar de omvang van deze onderregistratie. De uitkomsten zullen naar verwachting leiden tot een neerwaartse bijstelling van de gepubliceerde aantallen onverzekerden over 2006 en 2007. De herziene cijfers zullen naar verwachting rond 1 augustus beschikbaar zijn.

112

*Hoe is de bijstelling van € 12 miljoen voor LSP tot stand gekomen?*

In de loop van 2008 is duidelijk geworden dat het beroep dat in 2008 op de subsidieregeling LSP zou worden gedaan minder hoog zou uitkomen dan geraamd. Bijgevolg is de raming van het naar verwachting benodigde bedrag met € 12 miljoen naar beneden bijgesteld tot € 3 miljoen.

113

*Hoeveel zullen de opleidingsziekenhuizen nog terug (moeten) betalen?*

Bij de subsidievaststelling over enig jaar wordt bepaald in hoeverre de voorschotten die de opleidingsziekenhuizen in dat jaar hebben ontvangen gerechtvaardigd zijn op basis van het uiteindelijk door hen daadwerkelijk opgeleide deel van het bij subsidieverlening maximaal toegekende aantal op te leiden FTE's. Exacte cijfers over terug- of bijbetalingen zijn dus niet vooraf te bepalen, maar komen pas beschikbaar nadat de definitieve hoogte van de subsidies over een jaar zijn vastgesteld.

114

*Hoe kan het zijn dat de evaluatie Wet inzake bloedvoorziening als afgerond wordt beschouwd in 2008, nu het een wettelijk vereiste is dat jaarlijks een evaluatie plaatsvindt?*

Artikel 25 van de Wet inzake bloedvoorziening bepaalt het volgende: onze minister binnen 5 jaar na de inwerkingtreding van de wet en vervolgens telkens na vier jaar, aan beide Kamers der Staten-Generaal een verslag

over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de wet. In oktober 2003 is de eerste evaluatie gezonden en in februari 2008 de tweede evaluatie. Aangezien een volgende (derde) evaluatie pas vier jaar na de tweede evaluatie dient plaats te vinden, wordt op dit moment de evaluatie als afgerond beschouwd.

115 en 119

*Waarom bedragen de kosten van 100 000 indicaties extra 1/5 van het oorspronkelijke totaal bedrag voor 850 000 indicaties?*

*Kan de staatssecretaris uitleggen waarom de extra indicaties bovenop de geraamde indicaties meer kosten; kostprijs € 160,- i.p.v. € 150,- per indicatie?*

Het CIZ wordt naar aanleiding van een activiteitenplan gesubsidieerd. Het bedrag van € 128 miljoen gold daarbij aanvankelijk meerjarig als uitgangspunt. Als gevolg van het stijgen van het aantal aanvragen voor een indicatie AWBZ was het noodzakelijk om dit bedrag op te hogen tot € 152 miljoen. Deze ophoging was noodzakelijk door meerproductie en door noodzakelijke investeringen voor activiteiten in verband met de efficiencytaakstelling. De extra middelen hebben daarom niet specifiek betrekking op 100 000 extra indicaties. Wel is bij het bedrag van € 152 miljoen uitgegaan van een geraamd aantal van 950 000 indicaties AWBZ. In de begroting VWS voor 2008 werd immers op pagina 82 al uitgegaan van een prognose voor 2007 van 959 040 indicaties AWBZ.

116

*Hoeveel mensen hadden in 2008 de indicatie Activerende Begeleiding?*

*Hoeveel kinderen onder de 12 jaar hadden in 2008 een indicatie Activerende Begeleiding?*

*Hoeveel jongeren van 12 tot 18 jaar hadden in 2008 een indicatie voor Activerende Begeleiding?*

In het jaar 2008 heeft het CIZ 40 053 indicatiebesluiten afgegeven voor extramurale zorg met activerende begeleiding in uren. Daarvan waren er 11 543 afgegeven aan personen jonger dan 12 jaar oud, en 4720 voor verzekerden tussen de 12 en 18 jaar.

In het jaar 2008 heeft het CIZ 9856 indicatiebesluiten afgegeven voor extramurale zorg met activerende begeleiding in dagdelen. Daarvan waren er 6930 afgegeven aan personen jonger dan 12 jaar oud, en 956 voor verzekerden tussen de 12 en 18 jaar.

Het exacte aantal unieke cliënten (geïndiceerd door het CIZ of door de Bureaus Jeugdzorg) met een indicatie voor activerende begeleiding is niet bekend.

117

*Hoeveel mensen hadden in 2008 de indicatie Ondersteunende Begeleiding?*

*Hoeveel kinderen onder de 12 jaar hadden in 2008 een indicatie Ondersteunende Begeleiding?*

*Hoeveel jongeren van 12 tot 18 jaar hadden in 2008 een indicatie voor Ondersteunende Begeleiding?*

In het jaar 2008 heeft het CIZ 174 922 indicatiebesluiten afgegeven voor extramurale zorg met ondersteunende begeleiding in uren. Daarvan waren er 7887 afgegeven aan personen jonger dan 12 jaar oud, en 4203 voor verzekerden tussen de 12 en 18 jaar.

In het jaar 2008 heeft het CIZ 96 943 indicatiebesluiten afgegeven voor extramurale zorg met ondersteunende begeleiding in dagdelen. Daarvan waren er 3815 afgegeven aan personen jonger dan 12 jaar oud, en 1568 voor verzekerden tussen de 12 en 18 jaar.

Het exacte aantal unieke cliënten (geïndiceerd door het CIZ of door de bureaus jeugdzorg) met een geldige indicatie voor ondersteunende begeleiding is op dit moment niet bekend.

118

*Wat is de verklaring voor de toename van de begroting van het CIZ ten bedrage van € 24 miljoen? Wat zijn de kosten van één indicatie bij het CIZ?*

*Waarom waren er 950 000 indicaties van het CIZ in 2008? Hoe verwacht het kabinet de toekomstige groei, omdat er weer herindicaties zullen plaatsvinden?*

*Is de kasschuif CIZ in overeenstemming met de begrotingsregels? Hoe zeker is de besparing die zich voordoet in de jaren 2010 en 2011 en hoe degelijk is dus deze kasschuif?*

- In voorgaande jaren gold het bedrag van € 128 miljoen in de begroting meerjarig als vertrekpunt voor de instellingssubsidie van het CIZ. In 2008 is aan het CIZ, op basis van een activiteitenplan waarin het aantal indicatiebesluiten was geraamd op 950 000, een bedrag van in totaal € 152 miljoen aan instellingssubsidie ter beschikking gesteld. Deze stijging in de begroting wordt veroorzaakt door meerproductie en door noodzakelijke investeringen en activiteiten die verband houden met de efficiency-taakstelling uit het coalitieakkoord (kosten gaan voor de baat).
- Het geraamd aantal aanvragen voor een indicatie AWBZ was gesteld op 950 000. Uit de realisatiegegevens van het CIZ over 2008 is gebleken dat het totaal aantal gerealiseerde indicatiebesluiten 979 916 bedraagt, waarvan 834 692 positieve indicatiebesluiten. De verwachting is dat als gevolg van de pakketmaatregel AWBZ, die met ingang van 2009 van kracht is geworden, de groei in het aantal aanvragen voor een indicatie AWBZ kan worden teruggedrongen.
- De kasschuif is in overeenstemming met de begrotingsregels. De beoogde besparing is onder meer afhankelijk van het effect van de pakketmaatregel, zoals deze met ingang van 2009 van kracht is geworden en van de vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ dat door het CIZ ter hand is genomen en waarover de Kamer eerder bij brief d.d. 7 juli 2008 is geïnformeerd (Kamerstukken II 2007/08, 26 631/30 597, nr. 268).

120

*Kan er een verklaring worden gegeven waarom er bij de kwaliteitsprojecten op het terrein van cliëntenondersteuning minder aanvragen zijn ontvangen dan van te voren was ingeschat?*

Al enige tijd terug heb ik cliëntenorganisaties en MEE gevraagd om met een gezamenlijk voorstel te komen voor cliëntondersteuning, in relatie tot zorgzwaartebekostiging. Over het voorstel, dat ik onlangs heb ontvangen, ga ik zo spoedig mogelijk met de betrokken partijen in gesprek. De ondersteuning van cliënten is overigens wel versterkt door onder meer projecten bij het CIZ (zie mutaties 2e suppletore wet 2008) en extra middelen voor het programma stroomlijning indicatieprocessen dat het doen van een aanvraag voor cliënten aanzienlijk vergemakkelijkt.

121 en 122

*Hoe wordt voorkomen dat er zich opnieuw een forse onderuitputting voordoet op de operationele doelstelling kwalitatief goede zorg? Waarom wordt er met de overschrijding in de AWBZ van € 211 miljoen toch minder aan kwaliteit uitgegeven?*

Een groot deel van de onderbesteding is veroorzaakt door een aanpassing in de planning van een aantal kwaliteitsprogramma's bij ZonMW. Met ZonMW zijn afspraken gemaakt over het verdere verloop van deze programma's en de besteding van beschikbare middelen.

Ten aanzien de middelen voor het stimuleren van kleinschalig wonen is een beleidsregel in voorbereiding die in 2009 operationeel wordt. Besteding van de hiervoor bestemde middelen wordt hierdoor mogelijk gemaakt. Mede op basis van het bovenstaande is de verwachting dat de forse onderbesteding van 2008 zich in 2009 niet zal herhalen. De overschrijding in de AWBZ van € 211 miljoen heeft overigens geen relatie met de onderbesteding van de kwaliteitsgelden die deel uitmaken van de begrotingmiddelen van VWS.

123

*Zijn de middelen voor sport die naar het gemeentefonds gaan geoormerkt?*

De middelen die voor Sport naar het Gemeentefonds gaan zijn geoormerkt, omdat het decentralisatie-uitkeringen betreft.

124

*Is het bedrag dat gemoeid is met de Wubo met deze bijstelling blijvend naar beneden bijgesteld?*

Bij eerste en tweede suppletore wet worden de ramingen voor de uitgaven voor de oorlogswetten bijgesteld op basis van de meest actuele gegevens van de Pensioen- en uitkeringsraad (PUR). De bijstelling kan zowel opwaarts als neerwaarts zijn. Het laatste ligt meer voor de hand gezien de demografische ontwikkeling.

125

*Wat is de verklaring dat het beheer en toezicht op het stelsel het afgelopen jaar zo sterk gestegen is, namelijk met € 14 miljoen?*

De NZa heeft van de FIOD-ECD toezichtstaken op de naleving van de Wmg overgedragen gekregen. Met deze overdracht zijn 15 fte en € 1,1 miljoen gemoeid. Bovendien is de NZa voor extra werkzaamheden en kosten gecompenseerd ter hoogte van € 1,1 miljoen. De totale mutatie ten behoeve van de NZa is daarmee € 2,2 miljoen.

Het CVZ is in 2008 gestart met het plan Programma ontwikkeling uitvoeringstaken (POU). Dit betreft een standaard ICT-applicatie waarmee het CVZ de verschillende uitvoeringstaken (o.a. illegalen, wanbetalers, onverzekerden, buitenlandgerechtigde) kan uitvoeren. Door deze investering kan het CVZ:

- de bovengenoemde uitvoeringsregelingen efficiënter en kwalitatief beter uitvoeren en
  - de opgelegde personele en financiële taakstellingen invullen.
- Het CVZ heeft voor POU een bijdrage van € 8,7 miljoen ontvangen.

Het CVZ ontving als tactisch beheerder van de AWBZ brede zorgadministratie (AZR) een bijdrage van € 2,3 miljoen. In de AZR worden op cliëntniveau elektronisch gegevens uitgewisseld tussen ketenpartijen (het

indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder). De totale mutatie ten behoeve van het CVZ is daarmee € 11 miljoen.

Bovendien zijn de vier zorg-zbo's gecompenseerd voor loonbijstelling (€ 2,9 miljoen). Naast bovenstaande bijdragen zijn de beheerskostenbegrotingen van de vier zbo's voor de taakstelling uit het regeerakkoord Balkenende IV gekort voor een bedrag van in totaal € 2 miljoen.

126

*Kunt u verklaren waarom er zoveel vacatures bij de Inspectie Jeugdzorg niet zijn ingevuld en wat betekent dit voor de kwaliteit van het toezicht?*

In december 2007 heeft de Inspectie jeugdzorg een formatie-uitbreiding van 10 FTE's + het hierbij horende budget ontvangen. Deze 10 FTE's zijn onder te verdelen in 5 FTE's voor de inspectie jeugdzorg en 5 FTE's voor het bureau Integraal Toezicht Jeugdzaken dat nu onder de IJZ ressorteert. De invulling van de vacatureruimte heeft veel tijd in beslag genomen; de kwaliteitseisen langden hoog. Sommige kandidaten die door de eerste sollicitatie ronden heen zijn gekomen, zijn alsnog afgefallen op basis van de uitkomsten van assessments. Dit heeft ertoe geleid dat de eerste nieuwe inspecteurs per 1-8-2008 pas in dienst zijn getreden en dat per 1-1-2009 de laatste vacante ruimte definitief is ingevuld.

De vertraging in het aannemen van nieuwe inspecteurs heeft geen effect gehad op de kwaliteit van de inspectie.

127

*Hoe voorkomt u dat alle aandacht voor het project Subsidies nieuwe stijl afleiden van de noodzakelijke verbeteringen in het beheer van de lopende subsidies?*

In het project Subsidies Nieuwe Stijl is gekeken op welke wijze wij onze subsidiepraktijk verder kunnen verbeteren. Met deze aanbevelingen gaan wij nu verder in een vervolgpriject. Dit project heeft meerdere doelen, onder andere om het subsidieproces te uniformeren en te stroomlijnen. In dit vervolgpriject wordt dan ook juist gewerkt aan het verder verbeteren van het subsidiebeheer.

128

*Wat betekent het liquiditeitoverschot bij ZonMw voor het bereiken van de beleidsdoelstellingen? Waarom lost u dit op door een vermindering van het voorschot en niet door scherpe afspraken over het uitvoeren van de beoogde beleidsdoelen en programma's?*

Het liquiditeitsoverzicht bij ZonMw zegt niet zo zeer iets over de realisatie van de beleidsdoelstellingen. Het heeft te maken met het uitgavenverloop bij ZonMw. De betalingen door ZonMw vonden later plaats dan oorspronkelijk was voorzien. Vermindering van de bevoorschotting ligt dan ook in de rede vanuit een doelmatige aanwending van de beschikbare rijksmiddelen. De uitvoering van de programma's wordt door VWS gedurende de loop van het jaar nauwgezet gevolgd via een vooraf met ZonMw afgesproken planning & controlcyclus.

129

*Ligt het ministerie van VWS op koers met de invulling van de personele taakstelling? In 2008 zou de afbouw in het kader van de reorganisatie Rijksdienst 1/8e van het totaal bedragen, zo is overeengekomen. Is deze taakstelling behaald?*



In 2007 is naar aanleiding van het oorspronkelijke taakstellingsplan een eerste fte-kader opgesteld. De personele groei in 2007 is aanleiding geweest om extra maatregelen te treffen bij de agentschappen en zbo's; de groei heeft voornamelijk ook daar plaats gevonden. Hiermee is een nieuw meerjarig fte-kader ontstaan.

De ontwikkeling van de omvang van het departement en de binnen het beleidsdomein actieve zbo's laat een gematigd positief beeld zien. In totaal is het ministerie van VWS (inclusief de onderdelen die vanuit het ministerie die werkzaam zijn voor het programmaministerie) eind 2008 meer dan 200 fte kleiner geworden ten opzichte van de situatie eind 2007. Hierbij is rekening gehouden met toegestane groei en overdracht van taken en personeel aan andere departementen. VWS zat daarmee onder het eigen kader dat moet leiden tot het eindplaatje voor 2011. Hiermee is voldaan aan het afgesproken ritme voor 2008 (1/8e) en is tegelijkertijd een deel van de eerdere groei ingelopen. Dat geeft vertrouwen dat de afspraken over de uiteindelijke afbouw in 2011 ook kunnen worden nagekomen.

130

*Hoe hoog is het risicovermogen van het Waarborgfonds voor de zorgsector op dit moment en is de obligoverplichting van 3% voldoende op dit moment?*

Per ultimo 2008 bedroeg het risicovermogen € 175,6 miljoen. Het WfZ stelt zich tegenover geldgevers garant voor de betaling van rente en aflossing van geborgde leningen. Als extra zekerheid om aan deze voorwaardelijke verplichting te kunnen voldoen, kan het WfZ in noodgevallen een beroep doen op de obligoverplichting van de deelnemende zorginstellingen. Deze «obligoverplichting» heeft de vorm van tijdelijke renteloze leningen van deelnemers aan het WfZ. Het opvraagbare obligo is maximaal 3% van het restant geborgde leningen van elke deelnemer afzonderlijk en bedraagt per 31 december 2008 in totaal € 231,1 miljoen. De som van risicovermogen en oproepbare obligo's bedroeg € 406,7 miljoen (5,3% van de restschuld). Het obligo kan door het WfZ worden opgevraagd bij de deelnemers als het risicovermogen van het WfZ is gedaald tot 0,25% van het restant geborgde leningen per 31 december van het laatst verstreken kalenderjaar. Ultimo 2008 bedroeg het risicovermogen 2,3% van de restschuld van langlopende leningen en kasgeldleningen. Er is nog nooit beroep gedaan op het vermogen van het WfZ en het obligo is dus nog nooit opgevraagd. Een obligoverplichting van 3% is momenteel voldoende.

131

*Is inmiddels meer duidelijk over de precieze oorzaken van de overschrijding van de specialistenuitgaven? Hoeveel miljoen bedraagt de overschrijding van de specialistenuitgaven?*

*Zijn de overschrijdingen voor de salarissen van medisch specialisten uit te splitsen? Wanneer kunnen de resultaten voor nader onderzoek worden verwacht?*

Op basis van schadelastgegevens van verzekeraars (CVZ) houdt VWS rekening met een overschrijding bij de (vrijgevestigd) medisch specialisten van circa € 450 miljoen. Het ministerie van VWS is met verschillende partijen in overleg om meer duidelijkheid te krijgen over de omvang en oorzaken van de overschrijding.

- VWS heeft via Europese aanbesteding een onderzoek uitgezet naar de honorariaontwikkeling bij medisch specialisten op basis van verschillende databronnen. Dit onderzoek moet dit najaar worden afgerond.
- In opdracht van VWS en ZN voert Vektis een onderzoek uit naar de

schadelastontwikkeling van 2007 op 2008 op basis van de declaratie bestanden van verzekeraars.

- De Nza gaat in haar monitor Ziekenhuiszorg in op de honorariumontwikkeling bij medisch specialisten op basis van het DIS en de lumpsumgegevens. Deze monitor is gepubliceerd op de Nza website: [http://www.nza.nl/7113/10083/Monitor\\_Ziekenhuiszorg.pdf](http://www.nza.nl/7113/10083/Monitor_Ziekenhuiszorg.pdf)
- DBC-Onderhoud doet op basis van het DIS en verschillende Ziekenhuisinformatiesystemen een onderzoek naar de ondersteuners compensatie.
- In opdracht van VWS en de Nza is Caggemini gevraagd een herberekening uit te voeren op de normtijden.
- De Orde van Medisch Specialisten heeft haar leden laten enquêteren over de honorariumontwikkeling van 2007 op 2008 door Mazars Accountants en Belastingadviseurs.

132

*Kan inzicht worden gegeven in het gebruik van de anticonceptiepil in 2008, en hoe verhoudt zich dit gebruik zich tot de jaren daarvoor?*

In onderstaande tabel is zowel het aantal gebruikers van de anticonceptiepil als de uitgaven aan de anticonceptiepil weergegeven over de periode 2005–2008.

	2005	2006	2007	2008*
<b>Gebruikers</b>	1 776 104	1 782 090	1 781 209	1 737 010
<b>Uitgaven</b>	61 057 488	60 378 711	68 000 667	63 687 843

\* Bron: SFK-database m.u.v. gebruikers 2008, deze zijn afkomstig uit de GIP-databank  
Deze cijfers zijn nog voorlopig.

133

*Kan precies aangegeven worden op welke gegevens de aannahme van de besparing ten gevolge van de invoering van het normatief uurtarief voor medisch specialisten was gebaseerd? Welke inzichten hebben geleid tot de overtuiging dat de beoogde besparing niet wordt gehaald? Hoe en door wie wordt onderzocht waarom de besparing niet is gehaald? Wanneer worden de resultaten van dit onderzoek aan de Kamer gezonden? Welke maatregelen zijn of worden genomen, nu blijkt dat er een overschrijding heeft plaatsgevonden bij medisch specialisten?*

Bij verwerking van de besparing in de begroting is ervan uitgegaan dat als gevolg van de invoering van het normatief uurtarief een besparing zou worden gerealiseerd. Het macro neutrale uurtarief in het B-segment was tot 2008 € 147,50. Op basis van de onderhandelingen met de Orde is een normatief uurtarief van € 132,50 afgesproken, ingaande per 2008. Dit verschil rechtvaardigde om een veronderstelde besparing in te boeken.

Op basis van schadelastgegevens van het CVZ houdt VWS vooralsnog rekening met een overschrijding bij de (vrijgevestigd) medisch specialisten van circa € 450 miljoen. VWS is met verschillende partijen in overleg om meer duidelijkheid te krijgen over de omvang en oorzaken van de overschrijding.

Begin juli, zodra Vektis, DBC-Onderhoud, Caggemini, de Nza en de Orde hun onderzoeken hebben afgrond zal ik de Kamer informeren over de resultaten van alle tot dan toe beschikbare resultaten. De voorgestelde maatregelen bij de medisch specialisten zullen een dezer dagen per (voorhang)brief aan de Kamer worden voorgelegd.

134

*In hoeverre hebben de geneesmiddelenconvenanten aantoonbaar gezorgd voor kwaliteitsverbetering, doelmatigheidsbevordering en meer keuzevrijheid voor de patiënt?*

De geneesmiddelenconvenanten, met als laatste het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009, zijn bedoeld om de voorwaarden te scheppen waaronder kwaliteitsverbetering, doelmatigheidsbevordering en meer keuzevrijheid voor de patiënt tot stand kunnen komen. In eerste instantie zijn de convenanten gericht op het normaliseren van de prijzen voor geneesmiddelen: het vervangen van kortingen en bonussen door structurele prijsverlagingen. Aanvankelijk door middel van vrijwillige prijsverlagingen en nu door interventies van zorgverzekeraars zoals het preferentiebeleid. Het preferentiebeleid in zijn verschillende vormen, is de eerste echt effectieve interventie van zorgverzekeraars die onnodige hoge prijzen voor geneesmiddelen omlaag heeft gebracht. De patiënt betaalt fors lagere prijzen voor geneesmiddelen met precies dezelfde kwaliteit en de uitgaven voor farmaceutische zorg stijgen, zoals eerder meegedeeld, alleen al door het Transitieakkoord met ongeveer € 1,4 miljard minder. Er is dus sprake van een enorme doelmatigheidsslag.

Wat de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening betreft, merk ik op dat de tariefstructuur voor apothekhoudenden per 1 januari 2009 flexibel is gemaakt en meer mogelijkheden biedt om betere zorg voor patiënten te belonen. Daarvan wordt steeds meer gebruik gemaakt. (Bijvoorbeeld het initiatief Pillen & Praten: een apart farmaceutische consult). Hierdoor heeft de patiënt ook steeds meer echt iets te kiezen in plaats van genoeg te moeten nemen met een standaarddienst van een apotheker.

Apothekhoudenden en zorgverzekeraars worden in zekere zin gedwongen om met elkaar te gaan onderhandelen over de zorg en de toegevoegde waarde die zij leveren cq. die zij aan hun verzekerden willen bieden, nu de inkomsten uit kortingen en bonussen teruglopen. Kortom, de overheid scheidt de voorwaarden waaronder partijen meer gaan doen wat hun eigenlijke rol en verantwoordelijkheden zijn in het nieuwe zorgstelsel. Immers, niet de overheid maar de partijen in het veld moeten hun verantwoordelijkheden nemen en waarmaken. De geneesmiddelenconvenanten en het Transitieakkoord hebben hierin een belangrijke faciliterende rol gespeeld en maken daardoor een veel meer patiëntgerichte geneesmiddelenvoorziening mogelijk.

136

*Kan een overzicht gegeven worden van de schadelastgegevens over de honoraria van medisch specialisten? Welke mogelijke oorzaken voor de forse toename worden verwacht? Waarom wordt gesproken van een «eventuele» overschrijding? Wat betekent het feit dat in dit financieel Beeld Zorg nog geen bijstelling van het oorspronkelijk hiervoor beschikbare bedrag heeft plaatsgevonden?*

Zie mijn antwoord op vraag 131 en 133.

Op basis van schadelastgegevens van het CVZ houdt VWS rekening met een overschrijding bij de (vrijgevestigd) medisch specialisten van circa € 450 miljoen. VWS is met verschillende partijen in overleg om meer duidelijkheid te krijgen over de omvang en oorzaken van de overschrijding. Als een van de belangrijke oorzaken ziet VWS de grote ontwikkeling bij de ondersteunende specialismen als gevolg van de zogenoemde compensatiefactor. Daarnaast wordt momenteel onderzoek gedaan naar

de destijds vastgestelde normtijden. Dergelijk onderzoek beschouw ik als onderdeel van het reguliere systeem onderhoud.

Er wordt in het Jaarverslag gesproken van een eventuele overschrijding omdat bij het schrijven van het Jaarverslag het beeld nog voorlopig was. Omdat er nog nader onderzoek werd gedaan om meer duidelijkheid te krijgen over de omvang en oorzaken van de gesignaleerde overschrijding, heeft er in het Financieel Beeld Zorg dan ook geen bijstelling plaatsgevonden van het beschikbare bedrag.

137

*Wat is de oorzaak voor de onderschrijding van € 8.5 miljoen bij de persoonsgebonden budgetten? Hoe is dit te rijmen met het feit dat de instroom in de regeling in 2008 groter was dan geraamd? Kan inzichtelijk gemaakt worden welke zorg ingekocht wordt met een pgb in het onderwijs? Hoeveel procent van de aangevraagde pgb's worden ingezet in het onderwijs? In hoeverre is de groei van het aantal pgb's te wijten aan inzet van pgb's binnen het onderwijs?*

Ook in 2008 is het pgb-plafond tussentijds verhoogd om aan de groeiende vraag naar pgb's tegemoet te kunnen komen. Op 9 oktober 2008 heb ik het plafond daartoe met € 56 miljoen verhoogd tot in totaal € 1 846 miljoen. De afrekening over 2008 is nog niet binnen. Over het algemeen doet zich elk jaar een verschil voor tussen het beschikbaar gestelde subsidieplafond en het totaal van de toegekende budgetten. Oorzaken hiervan zijn bijvoorbeeld een zuinige zorginkoop door budgethouders, maar ook tussentijdse beëindiging van budgetten door opname van de budgethouder of overlijden.

Vaak wordt in het onderwijs met het pgb een vorm van niet onderwijskundige ondersteunende begeleiding ingezet. Ook komt het bij kinderen met een motorische handicap voor dat persoonlijke verzorging of verpleging wordt ingezet.

Op basis van het onderzoek van ITS, getiteld «Het persoonsgebonden budget in het onderwijs», is af te leiden dat in 2008 circa 6 500 jeugdigen tussen de 4 en 17 jaar (=16% van het aantal jeugdige budgethouders) een deel van hun persoonsgebonden budget op school inzetten. De aard van de hulp op school die vanuit het persoonsgebonden budget wordt betaald is volgens het ITS-onderzoek vooral ondersteunende begeleiding en/of persoonlijke verzorging en in mindere mate activerende begeleiding. Er zijn geen gegevens bekend over de ontwikkeling van de inzet van het pgb in het onderwijs over de laatste jaren.

138

*Het CVZ kijkt op hoofdlijnen naar de plausibiliteit van de door de verzekeraars verstrekte gegevens. Voldoet deze marginale toets voor een noodzakelijke rechtmatigheidsbeoordeling?*

De NZa beoordeelt in het kader van de AWBZ de rechtmatigheid, en in het kader van de ZVW de rechtmatige uitvoering en de juistheid van de gegevens. Hiervoor stelt de NZa jaarlijks in overleg met de externe accountants van de zorgverzekeraars, het «Protocol onderzoek verantwoordingsdocumenten Zvw» op. Binnen dit toetsingskader kijkt het CVZ op hoofdlijnen naar de plausibiliteit van gegevens, die zij voor haar kerntaken gebruikt. De NZa steunt bij haar beoordeling grotendeels op de werkzaamheden van de externe accountants van de zorgverzekeraars. De NZa verricht een zogenaamde review op deze werkzaamheden. Het gaat daarbij om de vraag of de externe accountant de controlerichtlijnen uit het protocol op een goede wijze heeft vertaald naar het uitgevoerde onder-

zoek. Door de review stelt de NZa vast of zij kan steunen op de afgegeven accountantsverklaring.

139

*Wat is de reden van de overschrijdingen zijn op de kraamzorg? Wat gebeurt er zoal om dit te verhelpen en verwacht u dat dit in 2009 wederom het geval zal zijn?*

Bij coalitieakkoord is de afspraak gemaakt om het aantal uren kraamzorg in het verzekerde pakket te verhogen. In 2008 is gebleken dat er onvoldoende kraamverzorgers zijn om deze extra uren kraamzorg te verlenen. Met veldpartijen is eind 2008 een plan van aanpak ontwikkeld om het tekort aan kraamverzorgsters met ingang van de zomer 2009 grotendeels op te lossen. Hiertoe heeft de NZa eind 2008 een tijdelijke beleidsregel opleidingsimpuls gemaakt. De verwachting is dat het tekort aan kraamverzorgenden hiermee grotendeels wordt opgelost. Ik verwacht dan ook in 2009 weer een toename van het aantal uren kraamzorg dat wordt afgenomen.

140

*Kan de meevaller van € 98 miljoen bij de overige zorgonderdelen worden gespecificeerd?*

De meevaller van € 98 miljoen betreft een saldo van verschillende meeen tegenvallers op de overige zorgonderdelen. Deze hebben voornamelijk betrekking op de actualisatie van de uitgaven van de preventieve zorg, tandheelkundige zorg, logopedie, algemene en categorale ziekenhuizen, overig curatieve zorg, ambulances, overig ziekenvervoer, bovenbudgettaire vergoedingen, persoonsgebonden budgetten, nominaal en onvoorzien en de actualisatie van het bouwprogramma en de kapitaal-lastenraming.

141

*Hoeveel miljoen bedraagt de overschrijding bij de huisartsuitgaven? Waaraan zijn de overschrijdingen bij de huisartsuitgaven te wijten? Waarom is er voor gekozen de overschrijding op huisartsenzorg niet te compenseren via een tariefmaatregel maar deels te dekken via niet-indexeren van de tarieven? Kan een cijfermatige onderbouwing van deze keuze gegeven worden? Hoe wordt de rest van de overschrijding gecompenseerd?*

Ten opzichte van de stand begroting bedraagt de overschrijding bij de huisartsenzorg € 87 miljoen. De overschrijding is met name toe te schrijven aan de definitieve uitgavenontwikkeling 2007. Deze overschrijding is vooral veroorzaakt door een toename van het aantal consulten (hierbij werden de overschrijdingen op de modules POH en M&I buiten beschouwing gelaten).

Het in het jaarverslag genoemde besparingsverlies heeft betrekking op een beoogde maatregel om de structurele doorwerking van de op dat moment bekende overschrijdingen van het huisartsenkader in 2006 en 2007 tegen te gaan.

In bestuurlijk overleg met betrokken partijen is vervolgens gekozen om af te zien van een tariefskorting en de overschrijding deels te dekken middels het niet indexeren van de tarieven 2007 en 2008.

De aanvullende overschrijding wordt middels een besluit van de NZa teruggehaald door de tarieven 2009 niet te indexeren.

Het restant van de overschrijding is binnen het budgettair kader zorg opgevangen.

142

*Wat is de oorzaak van de onderschrijding van € 149,8 miljoen bij genees- en hulpmiddelen? Hoe is deze opgebouwd?*

De totale begroting 2008 voor de sector geneesmiddelen bedroeg € 5 miljard en voor de sector hulpmiddelen € 1,3 miljard. Beide sectoren laten over 2008 een onderschrijding zien.

Bij de geneesmiddelen is deze € 109,9 miljoen en is ontstaan door de gemaakte afspraken in het Transitieakkoord 2008/2009 en het Preferentiebeleid.

De sector hulpmiddelen laat een onderschrijding van € 39,9 miljoen zien. De onderschrijding wordt met name veroorzaakt door een verbeterd inkoopbeleid, hierdoor is een lagere kostenstijging in 2008 gerealiseerd.

143

*Wat is de oorzaak van de overschrijding van € 184 miljoen bij de geneeskundige ggz?*

De overschrijding van het budgettair kader in de geneeskundige ggz van € 184 miljoen kent verschillende oorzaken. Ten eerste blijkt dat er ten behoeve van de jeugd-ggz aanzienlijk meer middelen zijn gemoeid dan waarmee in de begroting 2008 van het ministerie van VWS rekening was gehouden. Deze extra middelen zijn het gevolg van het gegeven dat de Nederlandse Zorgautoriteit bij de vaststelling van de initiële budgetten 2008 de *incidentele* middelen voor jeugd-ggz onder de AWBZ in 2007 als zijnde *structurele* middelen naar de jeugd-ggz onder de Zorgverzekeringswet 2008 heeft meegenomen. Hierdoor was er voor de jeugd-ggz in 2008 38 mln meer beschikbaar dan geraamd in de VWS-begroting. Ten tweede is € 22 mln van de overschrijding het gevolg van de structurele verhoging van de beleidsregelwaarden met 0,73%. Deze verhoging houdt verband met de extra rentekosten die instellingen zouden maken in verband met het aantrekken van werkkapitaal voor de periode tussen opening en sluiting van de DBC's. Het restant betreft volumegroei. Daarbij moet bedacht worden dat de groeiromte 2008 voor de geneeskundige GGZ beperkt was vanwege de opname van ELP (Eerste Lijns Psychologische zorg) in de Zvw (€ 65 miljoen).

144

*Wat is de oorzaak van de overschrijding van € 55,4 miljoen bij fysiotherapie? Kan aangegeven worden hoe de kosten voor fysiotherapie zich hebben ontwikkeld sinds de invoering van vrije prijzen?*

De overschrijding kent waarschijnlijk verschillende oorzaken. De belangrijkste oorzaak die we nu in beeld hebben is de tendens naar meer zorggebruik (meer ouderen en chronisch zieken). Om meer duidelijkheid te verkrijgen ben ik voornemens een onderzoek uit te zetten naar de exacte oorzaak van de overschrijding.

**Ontwikkeling sinds (het experiment) vrije prijzen**

2005	2006	2007	2008
336,1	362,7	409,9	465,5

145

*Hoe groot is de tegenvaller in de langdurige zorg? Uit de huidige actualisatie volgt dat de tegenvaller € 180,5 miljoen bedraagt, terwijl gesteld wordt dat de tegenvaller voornamelijk bestaat uit een overschrijding bij zorg in natura van € 185,8 miljoen, bovenbudgettaire vergoedingen € 7,5 miljoen en een onderschrijding pgb van € 8,5 miljoen?*

*Hoe kan de overschrijding bij zorg in natura van € 185 miljoen worden verklaard?*

*Waaruit bestaan de bovenbudgettaire vergoedingen (€ 7,5 miljoen)?*

De tegenvaller bedraagt € 180,5 miljoen. De toename van intramurale capaciteit wordt jaarlijks geraamd. De realisatie van nieuwe capaciteit was in 2008 aanzienlijk hoger mede omdat er in de gehandicaptenzorg een achterstand in het toelaten van nieuwe capaciteit is weggewerkt. Tevens wordt er in bij de groeiende populariteit van kleinschaligheid de bouw sneller gerealiseerd dan voorheen. Bovenbudgettaire vergoedingen bestaan uit bijvoorbeeld kosten voor de tandartszorg bij gehandicapten en kosten voor specifieke rolstoelen.

146

*Kan het kabinet toelichten wat er bedoeld wordt met de meevaller van € 2,6 miljard in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten die het gevolg is van de verwerking van een betere verdeling van de inkomstenheffing over premies en belastingen over een aantal realisatiejaren?*

De Belastingdienst heft en int inkomstenbelasting (IB) gecombineerd met de premies volksverzekeringen (PVV). De methode van gezamenlijke heffing en inning van de belasting en premie in één bedrag leidt er toe dat het totaal van de gecombineerde heffing gesplitst moet worden in een belastingen een premiedeel om tot een afrekening te kunnen komen. De Rijksauditedienst (RAD) verricht in opdracht van de Belastingdienst onderzoek naar de definitieve afrekening van de verdeling IB/PVV. Naar aanleiding van de beoordeling van de afrekening voor de belastingjaren 2001, 2002 en 2003 door de RAD is besloten tot een bijstelling van de berekeningsmethodiek die leidt tot een betere verdeelsleutel. De nieuwe methodiek leidt er toe dat er een nabetaling heeft plaatsgevonden aan het AWBZ-fonds.

147

*Hoe zal de ontwikkeling de komende jaren zijn van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten volgens het kabinet gezien het huidige economische klimaat?*

Als gevolg van de economische crisis zullen de premie-inkomsten lager uitvallen dan eerder gedacht. Omdat niet goed te voorzien is hoe diep en hoe lang de crisis duurt, valt niet exact aan te geven hoe die gevolgen de komende jaren zullen zijn. Het kabinet kiest er voor om de automatische stabilisatoren te laten werken, wat bij de AWBZ betekent dat premie-tegenvallers niet zullen worden opgevangen door hogere premiepercentages.

De crisis heeft naar het zich laat aanzien geen gevolgen voor de volumeontwikkeling in de zorguitgaven. Wel zal de loon- en prijsontwikkeling in de zorg lager uitvallen, omdat die de lonen en prijzen in de marktsector volgt.

148

*Kan het kabinet verklaren waarom er op pagina 40 gesproken wordt over een tekort in de AWBZ van € 211 miljoen over 2008 en op pagina 142 over hogere uitgaven die via de AWBZ zijn gefinancierd van € 600 miljoen? Hoe is het gat hiertussen van € 400 miljoen te verklaren?*

De € 211 miljoen betreft de meerjarige doorwerking van de geconstateerde overschrijding in 2008. De genoemde € 600 miljoen heeft betrekking op de financiering van de zorguitgaven in 2008. Het is gebruikelijk dat de financiering binnen een jaargrens afwijkt van de uitgaven. Er is sprake van een zeker tijdsverloop tussen het moment dat de NZa de productieaf-

spraken van partijen heeft ontvangen, de verwerking daarvan in de budgetten en de bevoorschotting van de instellingen. Zo ontstaan zogeheten financieringsachterstanden of -voorsprongen. Deze verschillen worden in het daaropvolgende jaar verrekend.

149 en 150

*Wat zijn de uitvoeringskosten van het CAK geweest in 2008?*

*Kunt u dit verder uitsplitsen en aangeven wat de uitvoeringskosten voor de eigen bijdragen in de AWBZ?*

De uitvoeringskosten van het CAK bedroegen in 2008 in totaal voor alle taken € 56 934 000,-.

Uitsplitsing over AWBZ, Compensatie Eigen Risico (CER), Wmo ziet er als volgt uit: AWBZ: € 37 193 000,-, CER: € 7 723 000,-, Wmo € 12 018 000,-. De uitvoeringskosten voor de eigen bijdragen AWBZ (zorg met verblijf en zorg zonder verblijf) bedragen € 36 mln. Het resterende verschil bedraagt € 1,2 miljoen. Het gaat hier om uitvoeringskosten m.b.t. AWBZ-betalingen aan instellingen (Financiering bijzondere ziektekosten).

151

*Hoeveel mensen hebben in 2008 compensatie voor het eigen risico ontvangen?*

*Hoeveel mensen hebben ten onrechte geen compensatie van het eigen risico ontvangen in 2008?*

*Welke uitvoeringskosten zijn gemoeid met de compensatie van het eigen risico in 2008?*

*Hoeveel mensen hebben ten onrechte wel compensatie van het eigen risico ontvangen in 2008?*

In 2008 hebben 1,8 miljoen mensen compensatie voor het verplicht eigen risico ontvangen.

Eind 2008 was van circa 35 000 verzekerden die wel recht hebben op de compensatie over 2008, het rekeningnummer nog niet bekend. Ook was er in een aantal gevallen geen koppeling aan te brengen tussen de naam-, adres- en persoonsgegevens en het rekeningnummer. Door het ontbreken van deze koppeling was uitbetaling niet tijdig mogelijk. Daarnaast bleek bij controle dat enkele zorgverzekeraars geen volledige farmaciebestanden hadden aangeleverd voor de compensatie 2008. Het gaat hierbij om zorgverzekeraars waarvan de volmachthebbers geen farmaciebestanden hebben aangeleverd. Ook bleek een zorgverzekeraar zelf een onvolledige farmaciebestand te hebben verstrekt. Begin maart 2009 hebben deze verzekeraars de volledige bestanden ten behoeve van de compensatieregeling 2008 aangeleverd. Deze onvolledige farmaciebestanden betroffen ongeveer 3500 verzekerden. In totaal hebben circa 38 500 rechthebbenden in 2008 (nog) geen compensatie ontvangen.

De uitvoeringskosten voor de compensatie eigen risico 2008 zijn ingeschat op € 5,5 miljoen. Behalve de uitvoeringskosten zijn aan deze compensatieregeling projectmatige kosten van €2,2 miljoen verbonden; hierbij gaat het bijvoorbeeld om kosten van systeemontwikkeling, hardware en gebruikerslicenties en deze projectmatige kosten zijn voor het grootste deel aanloopkosten.

Het betreft hier voorlopige bedragen zoals begroot in september 2008. De definitieve bedragen worden op basis van de werkelijk gemaakte kosten vastgesteld.

De bestanden die het CAK heeft gebruikt om de rechthebbenden op compensatie 2008 vast te stellen, bevatten geen verzekerden die niet in 2006 en 2007 in een farmaceutische kostengroep (FKG) – met uitzondering



van de FKG hoog cholesterol – zijn ingedeeld of die op 1 juli 2008 niet langer dan een half jaar zonder onderbreking in een AWBZ-instelling waren opgenomen. Daarom zijn er geen verzekerden die ten onrechte wel compensatie hebben ontvangen.

152

*Is de doelstelling van het verminderen van externe inhuur gehaald?*

*Kan de tabel inhuur externen per punt gespecificeerd worden naar het aantal fte's? Zo neen, waarom niet?*

*Kan de tabel worden uitgesplitst naar kerndepartement en zbo's? Zo neen, waarom niet?*

*Wat zijn de cijfers exclusief zbo's?*

*Kunt u deze cijfers m.b.t. externe inhuur ook voor 2007 geven?*

De doelstelling om de uitgaven externe inhuur te maximeren op de door het kabinet vastgestelde ijklijn (uitgaven 2007) is niet gehaald. Naast het feit dat de ijklijn niet is aangepast voor de integratie van de entadministraties zijn de oorzaken hiervan extra inhuur voor de registratie van de toelating van zorginstellingen, de opzet van het Bureau Transparante Zorg, specifieke ICT-kennis voor het EPD en het UZI-register.

De uitgaven inhuur externen zijn niet te specificeren naar FTE's. Deze specificatie wordt niet in de administratie vastgelegd.

In de tabel zijn de uitgaven van het kerndepartement en de batenlastendiensten (RIVM, NVI, aCBG en CIBG) opgenomen. De uitgaven van de ZBO's zijn niet bekend. De verdeling van de uitgaven 2008 over de soorten externe inhuur en de verschillende onderdelen is als volgt:

	Kerndepartement	aCBG	CIBG	NVI	RIVM	Totaal
Interim management	177	243	119	361	331	1 186
O&F advies	275	362	395	335	619	1 986
Beleidsadvies	2 941			246	2 745	5 932
Communicatie advisering	474	94	218	46	436	1 268
<b>Beleidsgevoelig</b>	<b>3 867</b>	<b>699</b>	<b>732</b>	<b>988</b>	<b>4 131</b>	<b>10 372</b>
Juridisch advies	328			157		485
Advisering automatisering	5 289	1 113		485	5 415	12 302
Accountancy	234			545	328	1 107
<b>Beleidsondersteunend</b>	<b>5 851</b>	<b>1 113</b>	<b>0</b>	<b>1 187</b>	<b>5 743</b>	<b>13 894</b>
Uitzendkrachten	3 450	3 389	1 795	3 992	6 054	18 680
<b>Ondersteuning bedrijfsvoering</b>	<b>3 450</b>	<b>3 389</b>	<b>1 795</b>	<b>3 992</b>	<b>6 054</b>	<b>18 680</b>
	<b>13 168</b>	<b>5 201</b>	<b>2 527</b>	<b>6 122</b>	<b>15 928</b>	<b>42 946</b>

In het jaarverslag 2007 zijn alleen de uitgaven externe inhuur van het kerndepartement opgenomen. De uitgaven externe inhuur batenlastendiensten zijn hierin niet opgenomen. De uitsplitsing over de soorten externe inhuur is derhalve niet te geven. Wel zijn de ijkcijfers 2007 te geven:

#### Uitgaven inhuur externen 2007

Kerndepartement	10 618
aCBG	4 306
CIBG	7 041
NVI	4 251
RIVM	15 712
Totaal	41 928