

Vergaderjaar 2009–2010

32 123 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010

Nr. 86

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 3 november 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ belast met het voorbereidende onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

De op 2 oktober 2009 voorgelegde vragen zijn, bij brief van 3 november 2009, beantwoord door de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

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

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ 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-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (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), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

Vragen en antwoorden inzake de vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010

1

Bij planbare medisch specialistische zorg is een verwijzing noodzakelijk, hiervoor zijn bezuinigingen ingeboekt. Kan de minister dit bedrag onderbouwen?

Maatregel zelfverwijzers	2010	2011	Structureel
Totaal reductie eerste polikliniekbezoek:	- 39	- 78	- 78
Totaal reductie zelfverwijzers SEH:	- 29	59	- 59
Toename consulten HAP:	20	20	20
Totaal maatregel:	48	- 117	- 117

De maatregel rond zelfverwijzers heeft betrekking op zowel de planbare als niet planbare medisch specialistische zorg. Voor het bedrag zijn op basis van verschillende bronnen de volgende uitgangspunten gehanteerd:
Zelfverwijzers polikliniek

- 10% van in totaal 8,9 miljoen eerste polikliniekbezoeken zonder verwijzing
- 50% van deze zelfverwijzers na huisartsconsult alsnog naar specialist
- Om rekening te houden met een toename van het aantal consulten bij de huisarts is de berekening verlaagd met 5 miljoen (verwerkt in het totaal bedrag).

Zelfverwijzers SEH

- 704 000 SEH bezoeken per jaar in Nederland
- 56% zelfverwijzers waarvan 80% huisartsgeneeskundig behandeld kan worden

Voor de gehele maatregel is een FB parameter eerste polikliniekbezoek gehanteerd van € 186,- (FB parameter eerste polikliniekbezoeken maal factor 1,5 i.v.m. het aandeel chirurgie op de SEH). Daarnaast is in de maatregel apart rekening gehouden met een toename van het aantal consulten op de huisartsenpost ter grootte van 20 miljoen.

Structureel levert deze maatregel een besparing op van 117 miljoen vanaf 2011. Voor 2010 is 48 miljoen opgenomen uitgaande van het feit dat gedragseffecten zich nog niet volledig voordoen en beleidswijzigingen nog niet zijn afgerond.

Voor de beleidsmatige uitwerking van de maatregel rond zelfverwijzers, verwijs ik u naar de vragen 132 tot en met 134.

2

Wat is de reactie van de regering op de constatering van het Centraal Plan Bureau dat de berekeningen die de NZa heeft gemaakt over de prijsontwikkelingen in het A- en B-segment van de ziekenhuiszorg gebaseerd zijn op niet-correcte vergelijkingen? Was de regering hiervan op de hoogte? Is de regering bereid de prijsontwikkelingen in het A- en B-segment opnieuw te laten onderzoeken, maar dan op basis van correcte vergelijkingen?

Om te bepalen of vrije prijzen in het B-segment een positief effect hebben op de houdbaarheid moet er een vergelijking gemaakt worden tussen het A- en het B-segment. Het CPB heeft aangegeven dat een prijsvergelijking tussen het A- en B-segment problematisch is vanwege het verschil in systematiek. In het A-segment is er sprake van een budget en wordt er gekeken naar inputparameters, terwijl er in het B-segment sprake is van (output)prijzen per DBC.

De NZa heeft al eerder in zijn monitors aangegeven dat het vergelijken van ontwikkelingen in het A- en B-segment complex is en daarbij gewezen op de beperkingen die er spelen bij vergelijkingen tussen het A- en

B-segment. Hierbij zijn verschillende factoren van belang, zoals een verbeterde registratie, het wegwerken van wachtlijsten en het uitbreiden van de B-segment en de daarmee samenhangende schoning.

Volgens het CPB is de vergelijking van de NZa geen correcte vergelijking, omdat de prijsontwikkeling van inputparameters en outputprijzen met elkaar worden vergeleken. Een andere vergelijking die zou kunnen worden gemaakt, is het vergelijken van de prijsontwikkeling van A- en B-segment DBC's. Het vergelijken van de (vastgestelde) prijzen in het A-segment en de vrije prijzen in het B-segment heeft ook de nodige beperkingen. De DBC's in het A-segment worden namelijk alleen voor de financiering, oftewel ter dekking van het FB-budget, gebruikt. Indien een ziekenhuis meer of minder A-segment DBC's declareert, wordt dit verrekend met het budget (opbrengstverrekening).

Gelet op het voorgaande is de prijsontwikkeling van het B-segment vergeleken met de prijsontwikkeling van het budget. De reden hiervoor is dat het budget het bedrag is wat ziekenhuizen daadwerkelijk ontvangen voor de geleverde zorg in het A-segment. Ook het vergelijken van de omzetten kan inzicht geven in de verschillen tussen A- en B-segment, ook deze vergelijking kent de nodige beperkingen.

De NZa volgt de ontwikkelingen (zowel de prijsontwikkelingen als de omzetten) in zowel het A- als B-segment in de periodieke monitors. Nieuw onderzoek is daarom niet nodig.

3

Hoeveel geld gaven zorgverzekeraars uit aan reclame-uitingen?

De hoogte van reclamebudgetten van zorgverzekeraars is geen onderwerp van toezicht door de overheid. Ik beschik dan ook niet over de informatie die nodig is om deze vraag te kunnen beantwoorden.

4

Wat is de status van de toezegging die de staatssecretaris vorig jaar tijdens de begrotingsbehandeling deed dat zij het probleem van ouderenmishandeling onder de aandacht zou brengen van de minister van BZK? Is er naar aanleiding van de cijfers van Movisie van juni 2009, waaruit bleek dat ouderenmishandeling met 81% is toegenomen, nog aanleiding tot een versnelde aanpak?

VWS werkt samen met BZK en ook Justitie en Jeugd en Gezin aan diverse trajecten ter bestrijding van geweld tegen kwetsbare mensen zoals mijn beleid op het terrein van opvang en hulp bij geweld in afhankelijkheidsrelaties, het wetstraject meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de uitvoering van de wet tijdelijk huisverbod. In al deze trajecten is aandacht voor ouderenmishandeling.

De stijging van het aantal meldingen met 81% is een verontrustend maar wel gewenst resultaat van het door mij gefinancierde project STOP Ouderenmishandeling. Burgers en professionals zijn zich bewuster geworden van het probleem en weten beter hoe te handelen en waar ze zich moeten melden. Ik zet deze aanpak van het bestrijden van ouderenmishandeling voort. Ik financier hiertoe tot en met 2010 het vervolgproject STOP Ouderenmishandeling.

5

Tijdens de recente Algemene Politieke Beschouwingen gaf de minister-president aan dat er verwacht wordt dat er € 91 mln. op de Verpleeghuiszorg zou kunnen worden bespaard door een efficiencyslag. Waar is dit bedrag in de begroting terug te vinden?

Deze efficiencyslag betreft niet alleen de verpleeghuiszorg, maar de totale contracteerruimte. Deze besparing is nodig vanwege de groei van de

intramurale capaciteit, die in 2008 sneller groeide dan geraamd. Dus er werd zorg geleverd, die in de begroting 2008 niet was geraamd. Dit bedrag van € 91 miljoen moet nu gecompenseerd worden. Het kan bespaard worden door een efficiëncyslag bij de inkoop zoals op pagina 177 en op pagina 202 van de begroting 2010 van VWS is vermeld. Zorgkantoren zullen vooral letten op de kwaliteit van de geleverde zorg. Hierbij zullen zij zoveel mogelijk gebruik maken van de kwaliteitsindicatoren verantwoorde zorg die zijn ontwikkeld. Zorgaanbieders die een hogere score hebben op de kwaliteitsindicatoren kunnen een hogere vergoeding ontvangen dan zorgaanbieders met een lagere kwaliteitscore.

6

Kunt u aangeven waarom anesthesiemedewerkers niet onder de Wet BIG vallen? Kunt u aangeven welke criteria van toepassing zijn om te bepalen of het wenselijk is deze beroepsgroep op te nemen in het BIG-register? Valt deze groep ook onder het experimenteerartikel voor toevoeging aan de Wet BIG (artikel 3)?

De groep van anesthesiemedewerkers valt niet onder de Wet BIG omdat zij niet voldoen aan de gestelde criteria die bepalen of een beroep bij of krachtens de Wet BIG worden geregeld. Een aantal criteria is van belang bij de beoordeling of een bepaald beroep dan wel opleiding bij of krachtens de Wet BIG geregeld dient te worden. Allereerst is van belang dat de beroepsuitoefening hoofdzakelijk valt binnen de reikwijdte en doelstellingen van de Wet BIG. Zo dient de beroepsuitoefening te kwalificeren zijn als hoofdzakelijk en specifiek gericht op de individuele gezondheidszorg. Andere prealabele vragen zijn: is sprake van een basisberoep dan wel een functiebenaming, differentiatie of specialisme, is het werkterrein van de beroepsbeoefenaar voldoende te onderscheiden van dat van anderen, en heeft de beroepsbeoefenaar de nodige deskundigheid, in de regel verkregen door het volgen van een van overheidswege erkende opleiding. De wet kent twee mogelijkheden: de constitutieve registratie en beroepstitelbescherming op grond van artikel 3 en de opleidingstitelbescherming (artikel 34). Ingeval van een artikel 3 beroep gelden de volgende criteria: a) de behoefte aan publiekrechtelijk tuchtrecht; b) de behoefte aan het verlenen van een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen.

Motieven voor regeling krachtens artikel 34 zijn: a) de behoefte aan publieksvoorlichting (beschermde titel); b) de behoefte aan publiekrechtelijke opleidingsregeling.

Momenteel wordt een wetsvoorstel tot wijziging van de Wet BIG voorbereid welke voorziet in de mogelijkheid om tijdelijk een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen toe te kennen aan anderen dan artsen, tandartsen en verloskundigen. Met het voorstel wordt beoogd de taakherschikking in de zorg te bevorderen. Gezien het voorgaande ligt het niet in de lijn der verwachting dat de beroepsgroep van anesthesiemedewerkers onder de werking van de tijdelijke bevoegdheid zal worden gebracht.

7

Kunt u aangeven welke voorgestelde maatregelen en regelingen gevolgen hebben voor alleenstaanden die afwijken van de gevolgen voor samenwonenden?

Per 1 januari 2010 wordt de maximale eigen bijdrage voor cliënten die intramuraal verblijven en geen partner meer thuis hebben verhoogd met € 200 per maand. Voor circa 4 000 cliënten die nu al de maximale eigen bijdrage betalen betekent dit dat zij per maand maximaal € 200 extra aan eigen bijdrage gaan betalen. De bijdrage wordt vastgesteld op basis van

het huishoudinkomen en is dus niet afwijkend voor alleenstaand t.o.v. samenwonend.

In de Zvw is de premie en het eigen risico per individu geregeld. Ook hier wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen alleenstaanden en gehuwden. In het systeem van de zorgtoeslag worden geen veranderingen voorgesteld.

8

Hoe verloopt de financiële registratie in de zorg? Vorig jaar was de zorg € 1 mld. duurder, dit bedrag wordt doorgeschoven naar 2010. Waarschijnlijk komt er dit jaar weer een tekort van € 1 mld. dat weer doorschuift. Er moet nu € 1 mld. bezuinigd worden, terwijl er nog € 1 mld. voor 2010 bijkomt dat doorgeschoven wordt uit 2009.

De financiële registratie van de uitgaven in de zorg – in de begroting van VWS – is gebaseerd op diverse bronnen. Hiervoor worden gegevens van de NZa (gegevens over instellingen) en het CVZ (gegevens van verzekeraars) gebruikt. Daarnaast wordt voor de bepaling van de omvang van de uitgaven binnen het BKZ ook gebruik gemaakt van externe onderzoeken en gegevensleveranciers. (bijvoorbeeld DBC- Onderhoud).

De actualisatie van de meeste zorguitgaven vindt plaats over het jaar t-1 en wordt vervolgens gepresenteerd in de begroting t+1. Deze actualisatie heeft een vaak een structurele doorwerking en wordt dan ook als dusdanig meerjarig verwerkt. Er worden dus geen tegenvallers «doorgeschoven» naar latere jaren. Ieder jaar worden alle uitgaven opnieuw geactualiseerd op basis van de financiële registratie van bovengenoemde bronnen. Wel is het zo dat tegenvallers die in het jaar t zichtbaar worden, pas vanaf het jaar t+1 met ombuigingsmaatregelen kunnen worden gecompenseerd.

9

Er is sprake van een toename van het aantal mensen dat lijdt aan chronische ziekten. Volgens RIVM VTV stijgt het aantal mensen met COPD met 38%. In de begroting worden alleen de cijfers voor diabetes genoemd. Kan de minister een specificatie geven van de toename van de diverse chronische aandoeningen? Kan de minister een gespecificeerd overzicht geven van de jaarlijkse sterftegetallen voor de diverse chronische aandoeningen?

Chronische aandoening	2003	2025	Toename tussen 2003–2025
Artrose	682 000	929 000	36%
COPD	316 000	438 000	39%
Coronaire hartziekten	676 000	959 000	42%
CVA	229 000	329 000	44%
Dementie	102 000	148 000	45%
			Toename tussen 2005 en 2025:
Depressieve stoornissen	856 000		4%
Diabetes	608 000	1 300 000	114%
Hartfalen	179 000	263 000	47%

Bron: VTV-2006 (De toename 2003–2025 is alleen de toename door demografische ontwikkelingen), cijfers over depressieve stoornissen zijn afkomstig uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de cijfers over diabetes uit het RIVM rapport Diabetes tot 2025. Met de VTV 2010 komen nieuwe cijfers beschikbaar.

Sterfte in 2003

Chronische aandoening	Totaal
Artrose	85
COPD	6 422
Coronaire hartziekten	15 536
CVA	11 593
Dementie	7 043
Depressie	17
Diabetes	3 791
Hartfalen	6 389

Bron: VTV-2006. Met de VTV 2010 komen nieuwe cijfers beschikbaar.

10

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

VWS heeft in 2010 voor alternatieven voor dierproeven beschikbaar:

- € 300 000,- voor RIVM-kennisvragen en TNO-doelsubsidie samen (structureel);
- € 300 000,- voor Dierproeven Begrensd III van ZonMw (structureel);
- € 255 000,- voor het NKCA (voor de organisatie zelf € 180 000,-, voor communicatie € 25 000,- en voor coördinatie onderzoek € 50 000,-) (structureel);
- € 170 000,- voor de programmeringsstudie Dierproeven (incidenteel).

In totaal betekent dit dat er structureel € 855 000,- en incidenteel € 170 000,- beschikbaar is. Het structureel en incidentele budget samen levert in 2010 een totaalbudget op van € 1 025 000,-.

Aanvullend hierop komt het in vraag 12 genoemde overbruggingsbudget voor het ASAT-programma.

11

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

Voor de uitsplitsing van de verschillende posten verwijs ik u naar het antwoord op vraag 10. Hieronder geef ik u nadere toelichting op de verschillende projecten en bijbehorende doelstellingen:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en TNO Het onderzoek is gericht op het stimuleren van de ontwikkeling en toepassing van 3V alternatieven voor dierproeven. Het levert een bijdrage aan de versterking van de landelijke kennisinfrastructuur en internationale inbreng bij bijvoorbeeld herziening van tetrichtlijnen die voor veiligheidstesten van chemische stoffen worden gebruikt.

ZonMw

Het doel van het programma Dierproeven begrensd III is te komen tot aanscherping van het ontwikkelingstraject van 3V alternatieven. In dit programma ligt de nadruk op de implementatie van beschikbare kennis van een alternatieve testmethode.

De programmeringsstudie dient inzicht te geven in de behoefte aan kennis over alternatieven voor dierproeven, de mogelijkheden voor onderzoek en de inzet daarvan. Dit is in de kabinetsvisie Alternatieven voor Dierproeven uitgewerkt. In de opdrachtbrief aan ZonMw is opgenomen dat de programmeringsstudie het volgende moet opleveren:

1. Een overzicht van recent afgesloten, lopend, en in de toekomst benodigd onderzoek op het gebied van alternatieven voor dierproeven. Bij

- het tot stand brengen van dit overzicht worden onderzoeksinstellingen, belangenorganisaties en het bedrijfsleven betrokken;
2. Een visie hoe de vertaalslag van fundamenteel naar toegepast onderzoek (translationeel onderzoek) te verbeteren is. Hierbij wordt gedacht aan een inventarisatie van kansrijk translationeel onderzoek, waarbij de verschillende onderzoeksgebieden worden onderverdeeld en een prioriteit toegekend krijgen;
 3. Aanscherping van het ontwikkelingstraject van 3V alternatieven door een integrale benadering (betrekken van de hele keten van relevante partijen -onderzoekers regulatoren, bedrijfsleven, internationale inbedding- al vanaf de formulering van het onderzoeksvoorstel).
 4. Een helder beeld van de internationale context en met name de knelpunten in het afrondingstraject van 3V-alternatieven;
 5. Een visie hoe het onderzoeksklimaat naar 3V alternatieven te verbeteren.

NKCA (RIVM en UU):

het NKCA is belast met de taken zoals die in de kabinetsvisie Alternatieven voor Dierproeven zijn beschreven. Dit is opgenomen in het instellingsbesluit (Staatscourant 2009, nr. 11 552 van 31 juli 2009).

12

Is het waar dat er sprake is van een flinke bezuiniging op het gebied van de investering in ontwikkeling, validatie en implementatie van alternatieven voor dierproeven ten opzichte van 2009, toen hier in totaal € 2,2 mln. voor werd uitgetrokken? Zo ja, kunt u toelichten wat hier de reden voor is?

Nee, er is geen sprake van een flinke bezuiniging. Ik verwijs u naar het antwoord op vraag 10. In 2009 is er extra budget vrijgemaakt voor tijdelijke projecten zoals de programmeringsstudie en de trendanalyse. Ook heb ik extra budget vrijgemaakt voor ASAT. Zoals ik in het Algemeen Overleg van 24 september jl. heb aangegeven zal ik me inzetten een vervolgprogramma mogelijk te maken. Senter-Novem heeft hiervoor reeds een projectvoorstel gemaakt. Echter, dit programma kan niet door VWS alleen gedragen worden. Inzet van private partijen is noodzakelijk. Op dit moment heb ik nog geen toezeggingen van andere partijen om het programma te ondersteunen. Om het programma niet volledig tot stilstand te laten komen stel ik een overbruggingsbudget beschikbaar vanuit het ZonMw budget. Het precieze bedrag is nog niet vastgesteld.

13

Kunt u uiteenzetten hoeveel geld in 2010 en volgende jaren beschikbaar wordt gesteld voor onderzoek naar en de bestrijding van Q-koorts, en door welke instantie(s) dit zal worden uitgevoerd? Wordt vanuit uw departement meer onderzoek gefinancierd naar (de bestrijding van) zoonosen? Zo ja, wat is de totale bijdrage die hiervoor is gereserveerd en waar zijn de onderzoeken op gericht?

Het RIVM heeft samen met het Centraal Veterinair instituut, de Gezondheidsdienst voor Dieren en enkele GGD-en en ziekenhuizen in 2008 een onderzoeksagenda Q-koorts opgesteld. Deze agenda geeft een beeld van de lopende onderzoeken die (mede) gefinancierd worden door de ministeries van VWS en LNV. Deze agenda omvat onderzoeken ter grootte van ruim 3 miljoen euro. De tussenrapportage van deze onderzoeksagenda, inclusief de uitvoerders van de onderzoeken, heb ik u toegestuurd als bijlage bij de brief die ik u, samen met de Minister van LNV, heb gestuurd op 28 augustus 2009 (TK 2008–2009, 28 286, nr. 314). Daarnaast bekijk ik thans met het ministerie van LNV hoe wij vanuit onze beider begrotingen ook de komende jaren gezamenlijk onderzoek financieren.

Voor bestrijding van zoönosen in het algemeen geldt dat het RIVM hier op mijn verzoek onderzoek naar verricht wat betreft de humane bestrijding. Dit is onderdeel van mijn totale opdrachtverlening aan het Centrum Infectieziektenbestrijding. Het Centrum wordt aangestuurd op een aantal grote programma's (o.a. Nationale onderzoeks- en laboratoriumfunctie infectieziekten, aansturing Rijksvaccinatieprogramma en Coördinatie bestrijding en ondersteuning veld). Hierdoor is niet aan te geven wat de kosten voor zoönosenonderzoek precies zijn. Voorbeelden van onderwerpen mbt. zoönosen zijn veehouderij, salmonella, Q-koorts en opkomende infectieziekten vanuit de dierenwereld of veroorzaakt door vectoren als muggen en teken. Daarnaast financier ik ad hoc onderzoek wanneer daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld het onderzoek naar de gezondheidsrisico's van intensieve veehouderij.

14

Wat is het resultaat van het VWS reductieprogramma administratieve lasten? Hoe gaat de minister de administratieve lasten concreet terugdringen? Is de vermindering van administratieve lasten van 26% inclusief of exclusief de nieuwe wet- en regelgeving? Hoe zijn de verwachtingen over de administratieve lastendruk voor nieuw beleid zoals functionele bekostiging of het nieuwe DOT-systeem?

Op 2 september 2009 hebben de Staatssecretaris en ik u de huidige stand van zaken van het reductieprogramma van VWS gezonden. In dit programma staan maatregelen opgenomen die de administratieve lasten binnen het VWS domein substantieel moeten terugdringen. De op dat moment voorziene procentuele vermindering aan het eind van deze kabinetsperiode was ca. 32 procent. In bovengenoemde brief hebben wij ook aangegeven dat met name transparantie-eisen een negatief effect op dit resultaat kunnen hebben. Tijdens het recente AO over de verantwoording over het jaar 2008 heb ik met u afgesproken dat ik een inschatting zal doen van dit effect. Deze inschatting is inmiddels gemaakt en leidt tot een vermindering van ca. 4 procent. Dit betekent dat de administratieve lasten met ca. 28 procent afnemen, een mooi resultaat!

De Staatssecretaris en ik zetten ons in om bij de ontwikkeling van nieuw beleid, zoals bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van het DOT-systeem, administratieve lasten te voorkomen dan wel tot een minimum te beperken. Daar waar nieuwe administratieve lasten aan de orde zijn, zal deze zoveel mogelijk aansluiten bij bedrijfseigen processen of informatiestromen. Tegelijk blijven wij echter – samen met de zorgaanbieders en zorgverzekeraars, die ook een belangrijke rol hebben bij het terugdringen van bureaucratie die zij veroorzaken – zoeken naar meer mogelijkheden regeldruk verder te verminderen.

15

Kan concreet aangegeven worden welke tekorten aan arbeidskrachten in de zorg worden voorzien en welke maatregelen worden genomen om dit te voorkomen? Welke doelstellingen ten aanzien van de capaciteit zijn er en hoe wordt er voor gezorgd dat deze worden behaald?

Voor het in kaart brengen van eventuele tekorten op de arbeidsmarkt van de zorg wordt door VWS primair gebruik gemaakt van twee periodieke bronnen. Ten eerste Regiomarge van Prismant voor wat betreft de verplegende, verzorgende en sociaalagogische functies. Ten tweede het Capaciteitsplan van het Capaciteitsorgaan voor wat betreft de medische vervolgopleidingen. Regiomarge kijkt vooral naar de korte en middellange termijn en laat zien dat op middellange termijn de tekorten dreigen op te lopen. Dit is met name het geval bij de verzorgenden niveau 3, de verplegenden niveau 4 en 5 en de sociaalagogen niveau 4. Het Capaciteitsplan kijkt, vanwege de lange duur van de medische vervolgopleidingen, met name

naar de lange termijn. Op die lange termijn worden vooralsnog geen tekorten voorzien, mits de opleidingscapaciteit op voldoende niveau blijft. De jaarlijkse arbeidsmarktbrief, welke in december naar de TK gestuurd wordt, gaat onder andere meer in detail in op de bevindingen in Regio-marge. Daarin wordt ook ingegaan op het door VWS in gang gezette actieplan, onder andere het stagefonds voor de zorg. Voor dit actieplan verwijs ik u naar de arbeidsmarktbrief 2007 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 46), de nadere uitwerking van het actieplan (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 71) en de arbeidsmarktbrief 2008 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 79). Over het Capaciteitsplan heb ik u meermaals separaat geïnformeerd, laatstelijk bij brief van 14 mei 2008 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 57H). Mijn uitgangspunt is om op termijn een meer dan voldoende aanbod van medische specialisten te bewerkstelligen. Daartoe stel ik via het opleidingsfonds voldoende middelen beschikbaar. Daarnaast kan ik u melden dat het ZorgInnovatiePlatform eind november met een advies over de arbeidsmarkt in de zorg op lange termijn komt. Dat zal ik direct aan de TK doorsturen en vervolgens zal het kabinet een standpunt bepalen.

16

Wat zijn de gezondheidsdoelen waarop de minister doelmatigheid wil gaan meten bij de huisartsen?

Ik wil hierbij verwijzen naar mijn antwoord op vraag 17, waarbij ik nader mijn plannen omtrent loon naar prestatie omschrijf. Daarbij wil ik toevoegen dat ik voornemens ben om samen met patiëntenverenigingen en veldpartijen ten aanzien van chronisch ziekenbeleid meer expliciet doelen te gaan formuleren, bijvoorbeeld in de trend van 50% minder amputaties door goede diabeteszorg. Ik stuur u in het voorjaar 2010 een brief waarin ik nader in ga op mijn toekomstig beleid hierover.

17 en 18

Wat betekent «Er komt een directer verband tussen prijs en prestatie»? Hoe verhoudt dit zich tot de wens om te komen tot een systeem waarin omzet losgekoppeld is van het persoonlijk inkomen? Op welke wijze zal het directere verband tussen prijs en prestatie worden vormgegeven? Betekent dit dat er een knip tussen omzet en persoonlijk inkomen komt? Zo ja, hoe en wanneer? Dit betekent dat aantoonbare prestaties zullen worden beloond. Deze inzichtelijkheid van prestaties kan mijns inziens langs drie benaderingen worden ingestoken: via de medisch inhoudelijke (op basis van heldere kwaliteits-indicatoren), langs de lijn van doelmatigheid (meer substitutie, minder doorverwijzingen, doelmatiger voorschrijven etc) en door transparantie over servicegerichtheid (openingstijden, e-health etc).

Ten aanzien van het doelmatigheidsaspect, ontstaat dan bijvoorbeeld veel meer dan nu zichtbaar is, een directe koppeling tussen de inspanningen die huisartsen leveren en de uitgaven voor vergelijkbare tweedelijnszorg. Dit geldt mijns inziens zowel voor enkelvoudige prestaties zoals het uitspuiten en uitzuigen van oren (die nog steeds voor een aanzienlijk deel in de tweede lijn worden geleverd), alswel de meer zwaardere, integrale zorg voor chronisch zieken of specialisaties die huisartsen kunnen gaan zoals het maken van ECGs of het doen van kleine chirurgische ingrepen. Voor chronisch zieken introduceer ik mede in dat licht in 2010 de keten-DBC's COPD, CVR en diabetes.

Door te investeren in de eerstelijnszorg en daarmee betere zorg voor chronische zieken te bewerkstelligen, kan meer substitutie van zorg vanuit de ziekenhuizen plaatsvinden, en minder opnames en complicaties in ziekenhuizen. Voorbeelden van goede integrale zorgverlening bij diabetes-

zorg laten forse dalingen zien: 50 procent minder kans op hartfalen, 50 procent minder amputaties, 20 procent minder ziekenhuisopnamen en 30 procent minder beroertes.

Ik besef natuurlijk ter dege dat deze wijze van belonen en het doen van investeringen in de eerste lijn zich moeilijk verhoudt met de discussies rondom het norminkomen van een huisarts. Normeren van een inkomen betekent feitelijk hetzelfde als budgetteren. Ervaringen in binnen- en buitenland leren dat deze systematiek innovaties in de zorg belemmert, ondoelmatigheid in de hand werkt en arbeidsproductiviteit de kop in wordt gedrukt. Om die reden zijn we in de ziekenhuiszorg dan ook overgestapt naar de DBC-systematiek op basis van vrije prijzen. Diezelfde lijn zet ik nu min of meer door met de introductie van de keten-DBC's per 1 januari 2010. Ook de module M&I van de huisartsen wil ik op deze wijze verder gaan vormgeven. Ik zie in de toekomst de discussie over het norminkomen zich toespitsen op de huisartsgeneeskundige basiszorg an sich, die nu bekostigd wordt uit het inschrijftarief en de consulten en niet op de extra inspanningen die huisartsen/specialisten gaan doen in de toekomst en die nu via de M&I en de ketens worden bekostigd.

19

Wat is de exacte overschrijding van de huisartsbudgetten? Kan een overzicht gegeven worden van de akkoorden en afspraken met de huisartsen en de financiële gevolgen daarvan?

Het jaar 2008 kende een overschrijding van ongeveer 290 miljoen op het huisartsenkader. Echter, door de tarieven een aantal jaar niet te indexeren, is de feitelijke overschrijding ongeveer 230 miljoen. Echter, ik wil nadrukkelijk daarbij aangeven dat dit bedrag voor ongeveer de helft bestaat uit de zogenaamde «open einde» modules, die Praktijk Ondersteuner Huisartsen (POH) en Modernisering en Innovatie (M&I). Deze modules komen nog voort uit de afspraken van het Vogelaarakkoord, waarbij is aangegeven dat deze gelden mogen worden besteed voor substitutie van zorg en innovatie van zorg. Zij kennen daarom een open eind.

Zoals ik in vraag 17 aangaf wil ik toe naar meer loon naar prestatie. Dit betekent meer aantoonbare prestaties waartegenover een beloning bestaat. Op die voorwaarden kan worden geïnvesteerd in de eerstelijnszorg voor bijvoorbeeld chronisch zieken. Daarvoor introduceer ik in het jaar 2010 drie keten-DBC's voor COPD (1 juli), CVR en diabetes (1 januari). In die zin moet de term «overschrijdingen» dan ook in een bepaald perspectief worden gezien. Ik vind dat innovaties in de zorg moeten worden aangemoedigd, doelmatigheid worden bevorderd en arbeidsproductiviteit worden gestimuleerd. Dit verhoudt zich moeilijk met een budgetteringssystematiek. Echter, nogmaals tegenover de innovaties en investeringen in de zorg moeten dan wel aantoonbare prestaties staan. Bijvoorbeeld dat er substitutie van zorg uit de ziekenhuizen naar de eerste lijn plaatsvindt. En dat er effecten in kwaliteit van zorg optreden, zoals bijvoorbeeld een afname van complicaties bij diabeteszorg.

Rondom de huisartsenbekostiging is de volgende lijn uiteengezet:

1. Er vindt vanaf 2010 een structurele neerwaartse herijking plaats van het inschrijftarief van € 60 miljoen.
2. Zoals ik in de Tweede Kamer heb toegezegd op 30 september jl. zullen de huisartsen de ingehouden € 60 miljoen uit 2010 in het jaar 2011 incidenteel terug ontvangen. Het inschrijftarief blijft wel structureel neerwaarts vastgesteld.
3. Voor het jaar 2011 en de jaren daarna zal de bekostiging op basis van heldere prestaties langs de lijnen van kwaliteit, doelmatigheid en service (en volume) worden vormgegeven. Vanaf 2011 kan daarom de structurele neerwaartse vaststelling van € 60 miljoen euro worden terugverdiend via de module M&I. Daarbij wil ik de mogelijkheid open houden om vanuit dat het perspectief van prestatiegerichte bekosti-

ging een verdere variabilisering mogelijk maken. Ik verwacht dat verzekeraars en aanbieders over de prestaties dan lokaal passende afspraken zullen gaan maken. Het met prestatiebekostiging gemoeide bedrag kent dan een inhoudelijke relatie met de prestaties die bekostigd worden. Daarbij zal zoveel mogelijk de aanpak van de keten-DBC's worden gevolgd en de Minimale Data Set die daarbij tot stand is gekomen. Indien in 2010 geen overeenstemming is over een beter inzichtelijke vorm van prestaties dan rest, gezien het eerder gewisselde, niet anders terug te vallen op een huisartsenkader dat is gebaseerd op een (geïndexeerd) norminkomen.

POH-gelden

Vanaf 1 januari 2010 komen de POH-module en de POH-consulten in beginsel te vervallen. Vanaf 1 januari 2010 kunnen huisartsen via de 14 codes van de module Modernisering & Innovatie – afhankelijk van hun deelname via de ketens per 2010- met verzekeraars lokaal afspraken maken over hun POH-er. Dit betekent dat huisartsen en verzekeraars lokaal geheel worden vrijgelaten de POH-er te bekostigen via de ketens (zie andere aanwijzing) danwel via de module M&I, afhankelijk van de wijze waarop de huisarts de POH-er in de praktijk wil inzetten. In de begroting zullen dit communicerende vaten zijn, waarbij ik verwacht dat uiteindelijk 75% van de POH-gelden via de ketens zullen worden gecontracteerd. Dit percentage staat dus niet vast.

Herhalingsrecepten

De herhalingsrecepten zullen vanaf 1 januari 2010 worden omgezet naar het inschrijftarief op basis van het jaar 2010. Daarbij wordt het in het budgettaire kader zorg beschikbare bedrag voor volumegroei als uitgangspunt genomen.

Wijzigingen M&I

Vanaf 1 januari 2010 vinden de volgende wijzigingen plaats in de M&I.

De 13 codes van de M&I

In beginsel komen de 13-codes (verrichtingen) van de M&I module per 1 januari 2010 grotendeels te vervallen. Een aantal 13-codes kunnen per 2010 als losse verrichting gedeclareerd worden.

De 14 codes van de M&I

De 14-codes (bedrag per verzekerde) van de M&I module blijven bestaan. De 14 codes zijn vrij te onderhandelen opslagtarieven op het inschrijftarief. De zorgactiviteiten die behoren bij de te vervallen 13-codes kunnen indien wenselijk via de huidige 14-codes van de M&I module worden gecontracteerd en bekostigd als bedrag per verzekerde. Via de 14-codes kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een contract afsluiten voor zorg die een zwaardere complexiteit kent dan de basis huisartsgeneeskundig zorg (bv ECG of audiometrie) maar nog wel door een professional met huisartsgeneeskundige competenties kan worden geleverd. Het met prestatiebekostiging gemoeide bedrag kent dan een inhoudelijke relatie met de prestaties die bekostigd worden. Daarbij zal zoveel mogelijk de aanpak van de keten-DBC's worden gevolgd en de Minimale Data Set die daarbij tot stand is gekomen.

Overgangsregeling POH en M&I

Doordat de implementatietermijn erg kort wordt gelet op de contractering van de POH-er en de M&I-module, heb ik de NZa opgedragen om een budgettaire neutrale overgangsregeling te treffen.

20

Waarop is de uitspraak gebaseerd dat Nederlandse huisartsen vooral cholesterolverlagers en maagzuurremmers ondoelmatig gebruiken?

De cijfers van de Stichting Farmaceutische Kerngetallen, maar ook vanuit het GIP van het College voor zorgverzekeringen laten zien dat er meer (duurdere) nog gepatenteerde middelen worden voorgeschreven dan vanuit doelmatigheidsoogpunt en op basis van richtlijnen verwacht mag worden. Ik zie dat bij huisartsen en specialisten voor zowel cholesterolverlagers en maagzuurremmers maar ook voor andere geneesmiddelen. Dus naast de maagzuurremmers en cholesterolverlagers is ook bij andere geneesmiddelengroepen doelmatigheidswinst te behalen. De LHV heeft overigens aangegeven breder naar doelmatig voorschrijven te kijken dan alleen bij cholesterolverlagers en maagzuurremmers.

21

Is de minister bereid een veldconsultatie te doen over het plan om de huisartsen een bonus op voorschrijven te geven?

Ik heb met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) de afgelopen periode uitvoerig gesproken over mijn ideeën rondom doelmatig voorschrijven. Daarbij was ik inderdaad van plan de huisartsen via een specifiek tarief te belonen voor doelmatig voorschrijven. Echter de huisartsen hebben tijdens de algemene ledenvergadering van de LHV aangegeven een directe individuele koppeling tussen enerzijds doelmatig(er) voorschrijven en anderzijds de omzet van de huisarts als strijdig te ervaren met de professionele beroepsopvatting. Deze opvatting respecteer ik niettemin. Zoals ik ook in het kamerdebat van 30 september jl. aan u meldde, zal ik de NZa niet verzoeken een dergelijke beleidsregel voor doelmatig voorschrijven op te stellen. Echter, in zijn algemeenheid past doelmatig voorschrijven wel in de lijn van prestatie-beloning, zoals ik in vraag 17 ook schetste. Dit is dan echter geen zaak van de overheid, maar van het lokale overleg tussen verzekeraars en huisartsen. Via de huidige module M&I ontvangen huisartsen immers nu ook al een beloning van verzekeraars, indien zij aantoonbaar doelmatig voorschrijven. De huisartsen hebben aangegeven bereid te zijn om vanaf 2010 nog eens extra de schouders te zetten onder het doelmatig(er) voorschrijven. Ik heb hen toegezegd dat ik samen met hen, de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de komende periode nader in overleg zal treden over de wijze waarop de inspanningen die geleverd moeten worden nog verder kunnen worden ondersteund.

22

Hoe wil de minister gaan meten of er een verbetering in doelmatig voorschrijven is?

Ik heb inzicht in verschillende databases (GIP-databases van CVZ, database van Stichting Farmaceutische Kerngetallen en de database van Vektis) waarin op basis van de voorgeschreven recepten is te volgen of er, macro gezien, sprake is van een toename van patentloze middelen. Ik zal voor een aantal middelen per 1-1-2010 in kaart brengen hoeveel DDD's (daily defined doses) verstrekt worden van de patentmiddelen en de patentloze middelen. Door periodiek de meting te herhalen, is te zien of er een verbetering in doelmatig voorschrijven is opgetreden. Het meten van het doelmatig voorschrijven per individuele huisarts is niet aan mij. Het is aan de huisartsen en verzekeraars om in de afspraken die zij maken over doelmatig voorschrijven samen vast te leggen hoe zij de verbetering in beeld willen brengen.

23

Hoe verhoudt zich het sturen op de ketenzorg CVRM zich met de bonus op doelmatig voorschrijven van cholesterolverlagere?

Zoals ik ook in het AO eerstelijnszorg op 30 september 2009 met uw Kamer heb besproken zie ik af van een directe koppeling tussen het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en de bekostiging van huisartsen.

Dit neemt niet weg dat er nog steeds doelmatigheidswinst te realiseren is door artsen, zie daarvoor ook mijn antwoord op vraag 20.

Wat betreft het sturen op de ketenzorg CVRM: farmaceutische zorg, en daarmee dus ook de geneesmiddelenkosten, zijn geen onderdeel van de keten. Ook de zorgstandaard waarop de ketenzorg wordt gebaseerd bevat nog geen richtlijn voor het voorschrijven van geneesmiddelen.

24

Hoeveel extra nurse practitioners en physician assistants zullen er in 2010 worden opgeleid?

De instroom in de opleiding tot nurse practitioner en tot physician assistant bedraagt in het huidige studiejaar 400 plaatsen.

Op dit moment wordt een extern arbeidsmarktonderzoek naar nurse practitioners en physician assistants uitgevoerd. De resultaten worden medio 2010 verwacht. In dit onderzoek wordt bekeken wat ontwikkelingen in de vraag en het aanbod van de betrokken zorginstellingen en studenten/werknemers zijn. In 2007–2008 heeft een soortgelijk onderzoek geleid tot een structurele uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen in 2008–2009 van 325 plaatsen naar 400 opleidingsplaatsen.

25

Hoe ziet de minister de rol van de centrale toetsing van geneesmiddelen door de CFH bij een meer functioneel omschreven aanspraak op geneesmiddelen?

Bij een meer functioneel omschreven aanspraak op geneesmiddelen zullen niet langer alle middelen individueel worden aangewezen. De aanspraak zal dan meer lijken op de aanspraak op andere vormen van zorg (bijv. geneeskundige zorg) in de Zorgverzekeringswet. Namelijk meer aansluiten bij de stand der wetenschap en praktijk. Een centrale toetsing vooraf zal dan minder aannemelijk zijn. Ik zal binnenkort het College voor zorgverzekeringen vragen mij in een uitvoeringstoets te adviseren over de uitvoeringsaspecten van het pakketbeheer farmaceutische zorg bij een meer functioneel omschreven aanspraak op geneesmiddelen.

26

Wat is thans het gemiddelde inkomen van een vrij gevestigde specialist (2009)? Klopt het dat dit gemiddeld boven de Balkenendenorm zit (€ 181 000)? Wat is de gemiddelde omzet van een vrij gevestigd specialist (2009)? Wat zijn de gemiddelde praktijkkosten (2009)?

In 2007 ben ik met de Orde van medisch specialisten een normatief uurtarief overeengekomen. Dit uurtarief is gebaseerd op de kostencomponenten inkomen (waaronder een deel van de inconvenïenten), individuele kosten en praktijkgebonden kosten (zowel de individuele praktijkkosten, waaronder beroepsaansprakelijkheidsverzekering, als de maatschapskosten, waaronder secretariële ondersteuning). Onderstaande tabel bevat de daarbij gehanteerde waarden. Dit is normatief. Hieraan ten grondslag ligt onder andere het advies van de Commissie uurtarief.

Kostenpost	In euro's op jaarbasis (p.p. 2006)
Inkomen	€ 129 500
Individuele kosten	€ 31 500
Praktijkgebonden kosten	€ 44 260
Totaal	€ 205 260
Aantal uren op jaarbasis	1 555
Uurtarief (totaal/aantal uren)	€ 132

Gelet op bovenstaande ligt het norminkomen van de medische specialist beneden de Balkenendenorm. De daadwerkelijke omzet van een medisch specialist hangt echter onder meer af van zijn productievolume (aantal gedeclareerde DBC's).

27

Kunt u uitleggen waarom de kostenoverschrijding bij specialisten voor 2009 € 375 mln. bedraagt en niet € 80 mln. zoals de Orde van Medisch Specialisten stelt? Is daarbij een taakstelling van € 180 mln. opgenomen die niet is gerealiseerd? Is deze berekening dan correct?

De methode zoals Mazars die heeft gehanteerd met betrekking tot de berekening van de overschrijding laat zich moeilijk vergelijken met de berekening zoals VWS die heeft gemaakt. De brondata van het onderzoek van Mazars en de berekeningswijze van VWS, de methode en de gehanteerde definities verschillen.

De overschrijding zoals VWS deze heeft vastgesteld is gebaseerd op de ZvW-cijfers van het CVZ. Dit zijn schadelastcijfers van verzekeraars. De CVZ cijfers zijn afgezet tegen het budgettaire kader van VWS.

Het budgettaire kader van VWS is per 2008 met € 175 mln neerwaarts bijgesteld in verband met de verwachte besparing als gevolg van het invoeren van het normatief uurtarief. Reden hiervan is dat het met de Orde van Medisch Specialisten overeengekomen uurtarief voor medisch specialisten is vastgesteld op € 132 (prijsspeil 2006) en dat betekent een verlaging van € 15,50 ten opzichte van het toen geldende macroneutrale uurtarief.

Het normatieve uurtarief is vastgesteld op basis van het norminkomen van 205 260 (pp 2006). Hieraan ten grondslag ligt onder andere het advies van de Commissie uurtarief (zie ook het antwoord op vraag 26). De overschrijding is dus een overschrijding van gemiddeld norminkomen. In de overschrijding van € 375 mln is de € 175 mln dus reeds verwerkt.

De € 80 mln overschrijding die Mazars in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten rapporteert is niet gebaseerd op schadelast gegevens. Dit zijn omzetgegevens die via een enquête onder de algemene ziekenhuizen door collectieven zijn aangeleverd. De geënuquêteerde omzetgegevens 2008 heeft Mazars afgezet tegen de omzetgegevens 2007. Het is niet afgezet tegen het budgettaire kader.

28

Aan welke cliënten moet worden gedacht bij het invoeren van tegoedbonnen?

Het verkennen van de mogelijkheden voor tegoedbonnen is onderdeel van de verkenning naar persoonsvolgende bekostiging. Allereerst dient bekeken te worden voor welke cliëntgroepen tegoedbonnen een goed instrument zijn om vorm te geven aan deze persoonsvolgendheid. Tegoedbonnen lijken op eerste gezicht met name een instrument te zijn voor cliëntgroepen die zelfstandig keuzes kunnen maken zonder dat zij

daarbij direct geconfronteerd willen worden met de financiële verantwoordelijkheid die gekoppeld is aan het PGB.

29

Hoe wordt precies geëvalueerd of de wijkverpleegkundige een stevige positie heeft verworven? Wat is de verwachte capaciteit van het aantal wijkverpleegkundigen in 2010? Welke doelstellingen zijn er om deze capaciteit te vergroten? Zal bij de evaluatie naar wijkverpleegkundigen ook gekeken worden of reguliere zorgaanbieders ook rekening houden met de wijkverpleegkundigen in hun manier van organiseren? Hoe zit het met de positie van verpleegkundigen in verpleeghuizen? Wordt die ook geëvalueerd? Kunt u dat met cijfers onderbouwen, uitgesplitst in niveau 4 en 5?

Het effect van het ZonMw programma «Zichtbare Schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt» wordt gemeten in een tussentijdse evaluatie begin 2011. Dit is bedoeld om na te gaan waar zo nodig moet worden bijgestuurd in de projecten en om de structurele inbedding op de langere termijn vorm te geven. De eindevaluatie zal starten in 2012. De verwachte capaciteit in 2010, is met het starten van de eerste projecten, dat er 110 fte verpleegkundigen aan het werk zijn. In het programma Zichtbare Schakel worden de ingeschreven projecten inhoudelijk geëvalueerd. Daarnaast wordt er gekeken in hoeverre deze projecten aftrek kunnen vinden in de andere wijken en bij andere organisaties. Het programma van ZonMw is specifiek gericht op wijkverpleegkundigen. De positie van verpleegkundigen in verpleeghuizen wordt hierin niet meegenomen.

30

Behoort bij de vereenvoudiging en verbetering van de indicatiestelling tevens dat cliënten niet meerdere keuringen dienen te ondergaan voor verschillende regelingen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe wordt dit vorm gegeven?

In het Programma Stroomlijning Indicatieprocessen is door VWS en SZW onderzocht hoe verbeteringen in het indicatieproces domeinoverstijgend kunnen worden bewerkstelligd, zodat mensen met een meervoudige problematiek, zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen, beter worden bediend en verschoond kunnen blijven van dubbele uitvraag van hun gegevens en onnodige bureaucratie. Daartoe is door gemeenten en de uitvoerings- c.q. indicatiestellingsorganisaties ClZ, UWV en UWV-werkbedrijf in pilots samen gewerkt. Het programma als zodanig is per 1 september jl. beëindigd. De resultaten zijn aanleiding om drie vervolgotrajecten te starten: Regelhulp, Lokaties gezamenlijke beoordeling en wetstraject gegevensuitwisseling. De Tweede Kamer zal hierover voor het einde van het jaar worden geïnformeerd. Keuringen hebben geen onderdeel uitgemaakt van het programma. Wel is uit de pilots Gezamenlijke beoordeling gebleken dat als gevolg van de gezamenlijke beoordeling minder aanvullend onderzoek nodig is. Omdat de wetgeving en informatiebehoefte van betrokken organisaties zo verschillend is, is hergebruik van informatie in de praktijk nu niet mogelijk voor keuringen.

31

Waarom worden eenvoudige indicatiestellingen overgedragen aan de professionals, terwijl de problemen zich bij de meer gecompliceerde indicaties voordoen? Kan concreet worden aangegeven welke eenvoudige indicatiestellingen overgedragen zullen worden aan zorgprofessionals en zorgaanbieders?

Worden de herindicaties van gehandicapten ook overgedragen aan zorgprofessionals en zorgaanbieders? Wat betekent precies de mandatering aan professionals als efficiencyverbetering bij het CIZ? Draagt het CIZ de indicatiestellingen van cliënten boven de 80 jaar ook over aan zorgprofessionals en zorgaanbieders?

De indicatiestelling van eenvoudige cliëntsituaties vergt de minste belasting van de professionals en zorgaanbieders. Zij beschikken over de (medische) cliëntgegevens en kunnen via de digitale aanmeldfunctionaliteit van het CIZ een indicatieadvies afgeven dat door het CIZ wordt omgezet in een indicatiebesluit. Het CIZ kan zich daardoor meer concentreren om de complexe cliëntsituaties, die in de regel ook veel tijd voor integraal onderzoek, al dan niet in combinatie met huisbezoek, etc. vragen, hetgeen professionals en zorgaanbieders van directe zorgverlening afhoudt.

Sinds mei 2005 biedt het CIZ zorgaanbieders de mogelijkheid om een voorstel te doen voor een indicatiebesluit in de vorm van een standaard indicatiëprotocol (SIP). Dit maakt het mogelijk om in simpele enkelvoudige zorgvragen die in de regel altijd leiden tot dezelfde zorginzet de indicatieprocedure te verkorten. SIP-aanvragen leiden direct tot zorgtoekenning en worden alleen achteraf steekproefgewijs getoetst. Voor 2008 betrof het 24 SIP's die 19% van het totaal aantal aanvragen van 873 505 voor een indicatie AWBZ beslaan (bron: Trendrapportage Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2008 van het CIZ). Het CIZ blijft beoordelen of er aanvullende SIPs mogelijk zijn. Zo zal in de komende release de SIP Huntington (specialistische SIP) open gaan. SIPs voor enkelvoudige behandeling op basis van eenduidige diagnostiek en enkelvoudige taken voor Persoonlijke Verzorging worden momenteel ontwikkeld. Eenvoudige aanvragen zijn aanvragen die kunnen worden afgehandeld zonder specifieke kennis van wet- en regelgeving en zonder dat alle beperkingen van de zorgvrager in kaart moeten worden gebracht. Deze worden overgedragen aan professionals omdat deze beschikken over de benodigde informatie over de cliëntsituatie. Zoals hiervoor aangegeven is bij gecompliceerde indicaties een integraal onderzoek nodig in combinatie met specifieke kennis over de AWBZ en het scoren van beperkingen. Vanzelfsprekend wordt in deze wijze van werken geen onderscheid gemaakt naar grondslag en geldt deze mandatering ook voor de herindicaties van gehandicapten.

In het kader van de uitvoering van de door de Tweede Kamer aanvaarde motie-Wolbert (Kamerstukken II 2008/09, 30 597, nr. 85) bekijkt de staatssecretaris van VWS in overleg met het CIZ voor welke cliëntgroepen de indicatiestelling AWBZ aan professionals en zorgaanbieders kan worden overgelaten. Vanzelfsprekend zal de Tweede Kamer over de uitkomsten daarvan worden geïnformeerd.

32

Wanneer is het eerste voorstel inzake de regelgeving rondom bouw beschikbaar?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een beleidsregel vastgesteld om € 160 miljoen te verdelen onder zorginstellingen in de care. Bij brief van 28 augustus 2009 (vergaderjaar 2008–2009, 30 597, nr. 101) is uw kamer hierover geïnformeerd. Het extra geld is bedoeld als bouwimpuls voor de instellingen. Verpleeghuizen kunnen hiermee de drie- of meerbedskamers vervangen en de gehandicaptenzorg de rode of oranje aangekeurde gebouwen. Verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg kunnen tot 1 november 2009 een aanvraag bij de NZa indienen.

33

Wanneer zijn de uitkomsten van de gesprekken inzake beoogde efficiencyverbetering bij het CIZ beschikbaar? Welke partijen zijn betrokken bij deze gesprekken?

Wat zijn de uitvoeringskosten van het CIZ? Wordt er geld overgeheveld van het CIZ naar de zorg als bepaalde werkzaamheden worden overgedragen?

Hoeveel indicaties doet het CIZ per jaar? Wat zijn de kosten per indicatie?

In het kader van de uitvoering van de door de Tweede Kamer aanvaarde motie-Wolbert (Kamerstukken II 2008/09, 30 597, nr. 85) bekijkt de staatssecretaris van VWS in overleg met het CIZ voor welke cliëntgroepen de indicatiestelling AWBZ aan professionals en zorgaanbieders kan worden overgelaten en hoe in het verlengde daarvan tot verdergaande efficiencyverbetering bij het CIZ kan worden gekomen. De vraag over het al dan niet overhevelen van gelden wordt daarin eveneens meegenomen. Vanzelfsprekend zal de Tweede Kamer over de uitkomsten daarvan worden geïnformeerd. Zie tevens het antwoord op vraag 31. De kosten van het CIZ voor de indicatiestelling AWBZ bedragen € 161,5 mln. (bron: jaarrekening CIZ 2008). De gemiddelde kosten voor een indicatie bedragen € 164,84. In 2008 heeft het CIZ 979 916 indicatieaanvragen behandeld.

34

De zorgzwaarte wordt in 2010 verder ontwikkeld. Wordt er dan ook een reële prijs aan deze ZZP's gekoppeld? Waar wordt het geld daarvoor weggehaald?

In 2010 vindt onderhoud plaats aan de ZZP-systematiek voor de intramurale zorg. Daarnaast wordt gezien of de manier van bekostigen die voor de intramurale zorg is ingevoerd, ook gebruikt kan worden voor de bekostiging van de extramurale zorg. Aan de ZZP's is een reële prijs gekoppeld. Dat verandert niet door het onderhoud. Er is daarmee ook geen noodzaak om geld van elders weg te halen.

35

Wat zijn naast het totale overzicht dat zorgverleners hebben van iemand met dementie andere factoren die de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie bepalen?

Het totale overzicht is de basis voor de zorg en ondersteuning die aan dementerenden en hun naasten moet worden verleend. Vervolgens is het aan de zorgaanbieders om aan deze zorgvraag tegemoet te komen door in voldoende mate zorg te leveren die voldoet aan de kwaliteitseisen die in de leidraad ketenzorg dementie zijn opgenomen. Hierbij moet een vloeiende overgang plaats vinden tussen de zorgaanbieders gedurende het zorgproces. Het kan hierbij immers gaan om zorg en ondersteuning die is ondergebracht in de AWBZ, Zvw en Wmo. Van groot belang is ook de positie van de mantelzorgers. Ook zij dienen tijdig en adequaat te worden ondersteund.

36

Beperkt de voorgestelde ketenzorg dementie niet de keuzevrijheid van de patiënt en zijn familie?

Cliënten met dementie zijn vrij om een zorgaanbieder te kiezen. Het project ketenzorg heeft als doel om de zorg en ondersteuning meer samenhangend aan te bieden. Hiermee wordt een verruiming van het zorgaanbod bereikt en niet een beperking van de keuzemogelijkheden van de cliënt.

37

Waarom worden de stoppen met roken programma's en de beweegkuur niet in het basispakket van 2010 opgenomen, terwijl ze toch bewezen kosteneffectief zijn? Waarom worden ze pas in 2011 in het basispakket opgenomen? Om hoeveel geld gaat het jaarlijks? Wat zijn de resultaten van de proefprojecten tot nu toe, en waarom is voortzetting van deze projecten noodzakelijk voordat definitieve opname in het basispakket wordt gerealiseerd?

Het stoppen met rokenprogramma is niet per 1 januari 2010 in het basispakket opgenomen, omdat de daarvoor gereserveerde budgettaire middelen zijn aangewend voor het realiseren van een sluitende begroting voor 2010. Het gaat om een bedrag van 20 miljoen euro per jaar. In mijn voorhangbrief van 11 juni jl. heb ik aangegeven dat het stoppen met roken programma in ieder geval in 2011 in het pakket wordt opgenomen. Ter voorbereiding op het besluit is er in 2008 een bevredigend verlopen pilot uitgevoerd. Die pilot was éénmalig en wordt niet gecontinueerd. Van de beweegkuur is het nooit het voornemen geweest om die per 1 januari 2010 in het basispakket op te nemen, maar op zijn vroegst per 1 januari 2011. De beslissing daarover valt komend voorjaar bij de besluitvorming over de begroting 2011. De aard van het besluit is onder meer afhankelijk van de budgetimpactraming waarover het CVZ eind dit jaar zal rapporteren. Voor het besluit is ook het verloop van de gestarte en nog lopende pilots van belang. De voorbereidingen voor de landelijke implementatie van de BeweegKuur verlopen overigens voortvarend. Om vanaf 2011 een landelijk dekkend netwerk van deskundigheid beschikbaar te hebben, wordt onder meer het aantal pilotregio's uitgebreid en wordt gewerkt aan deskundigheidbevordering van de verschillende betrokkenen als huisartsen, fysiotherapeuten en praktijkondersteuners.

38

In 2010 gaat de regering door met de uitvoering van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD). Hoe verhoudt dit zich tot invoering van de keten-dbc Diabetes?

Het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) is mede gebaseerd op de zorgstandaard diabetes. Deze standaard is het inhoudelijk vertrekpunt bij de invoering van de keten-dbc diabetes. Het NAD is bijvoorbeeld actief op belangrijke onderdelen uit de standaard zoals zelfmanagement en preventie. Ook wordt aandacht gegeven aan bijzondere doelgroepen zoals ouderen en mensen met een verstandelijke beperking.

39

Op welke wijze wordt de effectiviteit van «de lokale en samenhangende aanpak van overgewicht » gemeten? Welke doelen zijn gesteld?

Het is aan gemeenten om de effectiviteit van de «lokale en samenhangende aanpak van overgewicht» te meten. Zij zijn ook de aangewezen organisatie om hieraan specifieke doelen te stellen.

40

Welk aandeel van de chronisch zieke patiënten zullen naar verwachting in 2010 deelnemen aan zelfmanagement programma's?

Zelfmanagementprogramma's richten zich met name op leefstijlinterventies, zoals meer bewegen, maar ook op ICT-gebruik en overige scholing die patiënten in staat moet stellen hun ziekte beter te managen en de regie over hun leven te blijven behouden. Als effectief zelfmanagement beschikbaar is, zal dat als onderdeel van de zorgstandaard aan een patiënt (kunnen) worden aangeboden.

Op dit moment zijn zelfmanagementprogramma's vooral nog in ontwikkeling. In juni 2009 is het startschot gegeven voor het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ). Inzet is kennis over zelfmanagement te bundelen en gezamenlijke producten ontwikkelen. De NPCF en de categoriale patiëntenorganisaties zijn opdrachtgever, het CBO is opdrachtnemer. Overige deelnemers zijn ZonMw en Vilans. VWS financiert het LAZ. Het programma wordt vanaf 2009 gefaseerd ingevoerd en zal eindigen in 2012. Bij de ontwikkeling van de programma's zal blijken voor welke patiënten zelfmanagementprogramma's behulpzaam kunnen zijn. Dit is afhankelijk van persoonlijke instelling, aard en stadium van de aandoening. Getallen over deelname zijn op dit moment niet aan te geven.

41

Kan de IGZ met de huidige formatie doen wat ze moet doen? Zijn er conflicten tussen de verschillende taken van de IGZ? Hoe verhouden de verschillende toezichthouders(inclusief NMa) in de zorg zich tot elkaar (overlap,lacunes); kan een overzicht gegeven worden?

De IGZ maakt gebruik van verschillende toezichtvormen om de kwaliteit en veiligheid van zorg te beoordelen. Meer en meer ligt daarbij de nadruk op het proactieve toezicht, waaronder het thematisch toezicht en het risicogestuurde gefaseerd toezicht vallen. Gefaseerd toezicht betekent dat de IGZ vooraf expliciteert welke criteria ze gebruikt voor haar toezicht, vervolgens risicogestuurd en steekproefsgewijs overtredingen van die normen opspoort en waar nodig vervolgens duidelijk sanctioneert. De risicogestuurde werkwijze leidt er toe dat de IGZ haar capaciteit gericht kan inzetten. Daarnaast gaat van de risicogestuurde werkwijze ook een preventieve werking uit. Met de risicogestuurde werkwijze komt de IGZ tegemoet aan het gegeven dat de capaciteit altijd begrensd zal zijn. Naast pro-actief houdt de IGZ ook reactief toezicht in de vorm van toezicht op basis van meldingen en signalen.

De primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg ligt bij de professionals en de zorginstellingen zelf. In mijn brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» van 9 juli jl. aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven hoe ik dit in de Wet cliëntenrechten zorg beter wil borgen. Door in de hele zorgketen de verantwoordelijkheden goed te regelen kan de IGZ de beschikbare formatie effectief en efficiënt blijven inzetten. Eerder heb ik aangegeven dat ik de capaciteit bij de IGZ bestendig door de rijksbrede taakstelling van 20% voor de IGZ te beperken tot 6% en extra ruimte creëer voor uitbreiding bij de IGZ voor de taken rond vergroten van transparantie en patiëntveiligheid.

Voor het antwoord op de vraag hoe de verschillende toezichthouders in de zorg zich tot elkaar verhouden, verwijs ik naar de bijlage bij de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» die de staatssecretaris en ik op 9 juli jl. aan uw Kamer hebben gestuurd en de brief naar aanleiding van het AO governance die wij u op 1 oktober jl. hebben gestuurd. De voornemens zoals beschreven in die brieven rondom continuïteit van zorg en de zorgspecifieke fusietoets worden de komende tijd nader uitgewerkt. De gevolgen daarvan voor de werkzaamheden van de verschillende toezichthouders zullen in de betreffende wetsvoorstellen worden opgenomen.

42

Waarom is het niet mogelijk om net als voor de VVT sector de CQ-index gegevens voor 100% beschikbaar te stellen aan GZ aanbieders?

Momenteel wordt er voor de gehandicaptenzorgsector een nieuw instrumentarium ontwikkeld om de cliëntervaringen te meten. Dit instrumentarium is begin 2010 gereed. In beginsel is het de bedoeling dat de cliënten 1x in de 3 jaar zullen worden bevraagd. Daarom is het mogelijk dat instel-

lingen ervoor kiezen om in 2010, 2011 of in 2012 voor de eerste keer de cliëntervaringen, volgens het nieuwe instrumentarium, te meten. Gegevens voor alle instellingen in de gehandicaptenzorg zijn pas in 2012 beschikbaar.

In het kader van de Normen Verantwoorde Zorg meten instellingen van de VVT-sector de cliëntervaringen 1 x in de 2 jaar. Dit betekent dat instellingen of in 2007/2008 (met de eerste meting) of in 2008/2009 (met de tweede meting) de cliëntenpopulatie bevraagd hebben. Aangezien de uitkomsten van deze metingen naar cliëntervaringen 2 jaar geldig zijn, resulteert dit in een 100%-score voor 2010.

43

Wanneer zijn de kwaliteitsinstrumenten voor palliatieve zorg beschikbaar? Welke organisaties zijn betrokken bij de totstandkoming van deze kwaliteitsinstrumenten?

Gaan palliatieve zorginstellingen onder de normen van verantwoorde zorg vallen?

Is de subsidie voor de verbetering en versterking van de palliatieve zorg ook bedoeld voor palliatieve zorg thuis?

Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan een breed toepasbare indicatorenset voor het meten van de kwaliteit van palliatieve zorg in diverse settings. De indicatorenset bestaat uit zorginhoudelijke indicatoren (reeds afgerond) en indicatoren die de ervaringen van cliënten meten (CQ-index). De CQ-index Palliatieve Zorg is vóór 2010 gereed voor gebruik in de praktijk. Een eerste groep van instellingen gaat naar verwachting nog in 2009 hiermee aan de slag.

Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met EMGO-VUmc. De opdrachtgever is ZonMw. De begeleidingscommissie bestaat uit onder meer veldpartijen, professionals, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van VWS.

Andere betrokkenen zijn leden van de Wetenschappelijke Advies Raad Centrum Klantervaring Zorg.

Op de website www.vws.nl (dossier «palliatieve zorg») zijn voorbeelden te vinden van kwaliteitsinstrumenten, alsmede de betrokken organisaties, die zijn voortgekomen uit projecten in het kader van het in juni 2008 opgerichte Platform Palliatieve Zorg.

Daarnaast zullen in 2010 resultaten worden opgeleverd van een aantal grote projecten, zoals bijvoorbeeld het «Zorg voor betere palliatieve zorg»-traject. Ik attendeer u er op dat onlangs de voortgangsbrief plan van aanpak palliatieve zorg aan de Tweede Kamer is verzonden.

ZonMw heeft in mei 2009 een subsidieronde afgesloten, gericht op het thema «Kwaliteit en transparantie van palliatieve zorg». Belangrijkste thema's in deze ronde waren «De kwaliteit van palliatieve zorg verhogen» en «Vroegtijdige inzet van palliatieve zorg». Beoogd resultaat van de op te leveren projecten is het verhogen van de kwaliteit van richtlijnen. Daarnaast is er een aantal onderzoeks- en ontwikkelprojecten die de vroegtijdige inzet van palliatieve zorg verder onderbouwen.

Op zorginstellingen die ABWZ-zorg leveren, waaronder ook palliatieve zorg, zijn automatisch de normen verantwoorde zorg van toepassing. Wanneer palliatieve zorg geleverd wordt in de thuissituatie, bijna-thuishuizen en high-care hospices, valt uitsluitend de zorg die door de professional in natura wordt geleverd onder de normen verantwoorde zorg.

De kwaliteitswet zorginstellingen is alleen van toepassing als de instelling over een WTZi-toelating beschikt. Bij palliatieve units van verpleeghuizen is dit bijvoorbeeld wel van toepassing, in bijna-thuishuizen en high-care hospices in het algemeen niet. Er zijn enkele high-care hospices die een WTZi-toelating hebben. Dan is de kwaliteitswet wel van toepassing.

De extra gelden voor de verbetering en versterking van de palliatieve zorg zijn ook bedoeld voor de thuissituatie. Ik wijs op de subsidieregeling palli-

atieve en terminale zorg, waarin mogelijkheden zijn gecreëerd voor (onder meer) ondersteuning in de thuissituatie door vrijwilligers van mensen in de palliatief terminale fase en hun naasten.

44

Waarom is er wederom niet gekozen voor het oormerken van de Wmo-gelden?

Voor de Wmo heeft het Rijk met de VNG een financieel arrangement afgesproken. Eén van de afspraken uit het financieel arrangement is dat gemeenten vrij zijn in de besteding van de Wmo-middelen. De vrije besteding sluit aan bij de filosofie van de Wmo die eveneens uitgaat van gemeentelijke vrijheid bij het bieden van voorzieningen. Oormerken is derhalve niet aan de orde.

45

Wordt het geld dat is overgebleven door onderaanbesteding bij de gemeenten teruggevorderd?

Nee, het geld dat is overgebleven in het jaar 2008 bij gemeenten door onderbesteding bij de huishoudelijke hulp uit hoofde van de Wmo wordt niet teruggevorderd.

46

De inzet van vrijwilligers en mantelzorgers wordt extra gestimuleerd in verband met de vergrijzing. Is dit niet een grote doek voor het bloeden door het falende arbeidsmarktbeleid, met als risico dat mantelzorgers door overbelasting zelf ook mantelzorg nodig hebben?

Ik voer een actief arbeidsmarktbeleid om ervoor te zorgen dat nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar blijft voor de zorgsector. De focus ligt daarbij op innovatie van zorgprocessen, investeren in behoud van personeel en vergroten van de instroom van nieuw personeel. Graag verwijs ik daarvoor naar pagina 27 en 28 van de begroting 2010.

Ik wil dat mensen mantelzorg en vrijwilligerswerk kunnen en blijven verlenen. Gemeenten hebben in het kader van de Wmo de wettelijke taak om aan mantelzorgers ondersteuning te bieden. Ik zet breed in om vanuit mijn systeemverantwoordelijkheid deze ondersteuning te stimuleren. Ik heb in mijn beleidsbrief «Voor elkaar» aangegeven hoe ik dat wil doen. In overleg met gemeenten, Mezzo, VNG en steunpunten Mantelzorg, heb ik onder meer basisfuncties ontwikkeld voor gemeenten. De basisfuncties zijn richtinggevende kaders om de ondersteuning aan mantelzorgers te stimuleren en overbelasting te voorkomen. Ik ga in dit kader bij alle gemeenten langs om een «foto» te maken van de kwaliteit van de mantelzorgondersteuning en bied ondersteuning aan om de basisfuncties – indien opportuun – in te voeren.

Ik doe er dus alles aan om overbelasting van mantelzorgers tegen te gaan. Overigens ben ik van mening dat mantelzorg niet als een vervanging van professionele zorg kan worden gezien; zij hebben ieder een eigen waarde en verantwoordelijkheid.

47

Hoe wil de minister gaan waarborgen dat de publiek-private samenwerking in Top Instituut Pharma gecontinueerd wordt?

Het kabinet heeft op 10 juli 2009 besloten onder voorwaarde van een positieve MidTerm Review middelen te reserveren voor uitsluitend noodzakelijke kosten die nodig zijn voor het in stand houden van het initiatief tot 1 juli 2012, op welk moment TI Pharma in aanmerking kan komen voor

een vervolgimpuls. Begin 2010 zal bij de afronding van de besluitvorming over de selectieve continuering van FES-projecten die in deze kabinetsperiode aflopen, moeten worden gezien of TI Pharma op deze basis voldoende stevig toekomstperspectief heeft.

48

Hoeveel van de 1 mln. werknemers in de zorg werkt daadwerkelijk «aan het bed»?

Welk deel werkt in de langdurige zorg?

Welk deel van deze groep heeft niveau 2, niveau 3, niveau 4, niveau 5?

Er werken circa 800 000 verzorgenden, verplegenden, sociaalagogen, medici, paramedici, assistierenden en alfa-hulpverleners in de zorg (AZWinfo.nl en RegioMarge 2009).

Daarvan zijn er ongeveer 600 000 werkzaam in de langdurige zorg (thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en circa een derde deel van de geestelijke gezondheidszorg) (RegioMarge 2009).

Binnen deze groep van ongeveer 600 000 werknemers heeft circa 6 procent niveau 2, 39 procent niveau 3, 31 procent niveau 4 en 13 procent niveau 5 (RegioMarge 2009).

49

Op welke wijze wordt een beroep gedaan op werknemers in de zorg om meer uren te werken? Welk resultaat wordt verwacht van een dergelijke oproep? Hoeveel extra personeelsleden zijn nodig?

In de zorg werkt 71,4% (2007) van de werknemers in een deeltijdbaan (Prismant, Arbeid in Zorg en Welzijn 2008). Als deeltijdwerkers in de zorg 2 uur per week meer zouden gaan werken, zou dit het equivalent van 75 000 voltijdbanen opleveren. Dit zou op macroniveau een substantiële bijdrage betekenen aan het verminderen van de personeelstekorten en een relatief beperkte uitbreiding op individueel niveau. Veel mensen die in kleine deeltijdbanen werken (vooral vrouwen), zouden meer uren willen werken. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgevers in de zorgsector om in gesprek te gaan met hun werknemers over uitbreiding van het aantal uren en de wijze waarop dit het beste gefaciliteerd kan worden met bijvoorbeeld flexibele kinderopvang en flexibele roosters. Het vergt echter ook een cultuurverandering in het algemeen ten aanzien van de verdeling van arbeid en zorg. In de samenleving is het nog niet vanzelfsprekend dat vrouwen meer uren in deeltijd gaan werken of een volledige baan hebben. Om deze cultuurverandering te bevorderen heeft het kabinet de Taskforce Deeltijd Plus ingesteld. Verder heeft het kabinet verschillende maatregelen genomen om de arbeidsparticipatie in het algemeen te stimuleren door bijvoorbeeld heffingskortingen en voor-, tussen- en naschoolse opvang.

Op de vraag hoeveel extra personeelsleden er nodig zijn, verwijs ik naar het antwoord op vraag 15.

50

Op basis waarvan worden deeltijdwerkers gevraagd om 2 uur per week meer te gaan werken om zo een heel klein gedeelte van de arbeidsproblematiek op te lossen?

Zie antwoord op vraag 49.

51

Hoeveel geld wordt er dit jaar weer uitgegeven voor het werven van lager opgeleiden en allochtonen?

In het kader van het arbeidsmarktbeleid ondersteunt VWS allerlei projecten gericht op het werven en opleiden van lager opgeleiden en allochtonen voor de zorg. Primair doel van deze projecten is om meer handen aan het bed te krijgen, ook in de toekomst. Daarnaast wordt hiermee aan mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt een kans op een baan geboden. Belangrijk vertrekpunt van deze projecten is de versterking van de regionale samenwerking tussen alle betrokken partijen (zorginstellingen, onderwijsinstellingen, gemeenten, UWV). Met de regionale proefprojecten, die samen met de ministeries van SZW en OCW in 2007 gestart zijn, is hier een begin mee gemaakt.

Bij een deel van deze projecten wordt ook aandacht besteed aan het beter vormgeven van het interculturele personeels- en zorgbeleid van zorginstellingen, waardoor het werven en het behoud van allochtone medewerkers, die thans sterk ondervertegenwoordigd zijn, bevorderd wordt. De bijdrage van VWS aan al deze projecten zal in 2010 circa € 1,6 miljoen bedragen.

52

Wanneer is de uitwerking beschikbaar van de voorwaarden waaronder in de cure een resultaatsafhankelijke vergoeding voor privaat kapitaal kan worden toegestaan? Door wie wordt deze uitwerking gedaan?

Wij streven ernaar u zomer 2010 een wetsvoorstel resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg toe te zenden. De beoogde inwerkingtreding van de wet is 2011. Het wetsvoorstel resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg zal voorwaarden stellen voor de introductie van een resultaatsafhankelijke vergoeding op privaat kapitaal in de curatieve zorg. Het wetsvoorstel zal ook aangeven onder welke voorwaarden een kapitaalvennootschap in de zorg als een maatschappelijke onderneming kan worden beschouwd. Het wetsvoorstel zal dan ook in samenwerking met de Minister van Justitie zorgvuldig worden afgestemd op het wetsvoorstel maatschappelijke onderneming.

53

De lichamelijke integriteit wordt centraal gesteld als het gaat om orgaandonatie. Moet solidariteit ten opzichte van elkaar en elkaars gezondheid evengoed belangrijk geacht worden?

In onze samenleving is zowel lichamelijke integriteit als solidariteit een groot goed. Wanneer deze zaken tegelijk aan de orde zijn, zoals bij orgaandonatie, moet de wetgever afwegen of en in welke gevallen het één mag of zelfs moet prevaleren boven het ander. Bij de totstandkoming van de Wet op de orgaandonatie (WOD) heeft die afweging destijds geleid tot een keuze voor een wetssystematiek die – zowel wat donatie bij leven als postmortale donatie betreft – is gebaseerd op het laten prevaleren van (het recht op) lichamelijke integriteit. Als voorwaarde voor donatie is in de wet opgenomen dat daarvoor ten minste expliciet toestemming is gegeven door of namens de donor. Voor wat betreft donatie bij leven stelt de WOD ter bescherming van de potentiële donor nog een aantal belangrijke – beperkende – voorwaarden, zoals ten aanzien van de aard van het orgaan en de veronderstelde effecten van de transplantatie daarvan. Wanneer postmortale donatie aan de orde is, is voorwaarde voor het mogen uitnemen van organen dat de dood is vastgesteld, in het geval van hersendood volgens de in de wet bedoelde criteria. Inmiddels is de overtuiging gegroeid dat een groter appel op solidariteit met elkaar en elkaars gezondheid er toe zal kunnen leiden dat voor postmortale orgaandonatie vaker toestemming wordt geregistreerd en daadwerkelijk wordt gegeven. Daarop is uiteindelijk ook de massamediale campagne die onlangs van start is gegaan, mede gericht: niet voor niets is de nadruk daarin gelegd op «ja» zeggen.

54

Hoeveel geld wordt er uitgegeven aan sportprojecten voor achterstandswijken?

Hoeveel geld wordt er uitgegeven aan sport voor allochtonen?

In 2010 wordt € 12 miljoen uitgegeven aan het programma «Meedoen alle jeugd door sport», daarvan is € 10,9 miljoen voor sportprojecten in achterstandswijken. Met de sportprojecten in achterstandswijken wordt ingezet op het verhogen van de sportparticipatie bij de jongeren in deze wijken. Uit de eerste resultaten blijkt dat jongeren die door deze projecten gaan sporten voor 50% allochtoon en voor 50% autochtoon zijn. Er wordt geen geld specifiek uitgegeven aan sport voor allochtonen.

Voorheen heette het programma «Meedoen allochtone jeugd door sport». Het programma zet zich echter in om de sportparticipatie van alle jongeren in achterstandswijken te verhogen, waaronder allochtone jongeren. Ook zet het programma zich in om jongeren in de jeugdzorg mee te laten doen aan sport en te laten profiteren van sport. Hierbij wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen autochtone en allochtone jongeren. Om die reden is de naam van het programma veranderd in «Meedoen alle jeugd door sport».

55

Is de go-regeling reeds geopend voor bouwfinanciering van zorginstellingen? Zo nee, waarom niet, en op welke termijn verwacht u dat dit gebeurt?

De go-regeling voor de cure is eind oktober in werking getreden. De inwerkingtreding heeft enige tijd op zich laten wachten omdat samen met betrokken partijen de randvoorwaarden van de regeling nog eens goed tegen het licht zijn gehouden. Dit heeft uiteindelijk niet tot aanpassingen geleid.

56

Kunt u toelichten waarom de GGZ uitgaven tenminste met € 119 mln. te hoog zijn uitgevallen? Heeft dit te maken met de nieuwe dbc-financiering? Is het waar dat de lichtere vormen van GGZ-zorg, bijvoorbeeld geleverd door PSYQ, een oprijvend effect op de kosten hebben veroorzaakt? Zo nee, waarom niet?

De overschrijding van het beschikbare kader in de geneeskundige ggz in 2008 bedraagt niet € 119 miljoen, maar circa € 184 miljoen en kent verschillende oorzaken. (€ 119 miljoen is de hoogte van het bedrag van de tariefmaatregel op geneeskundige ggz per 2010, zie verderop in dit antwoord.)

Ten eerste blijkt dat er voor de jeugd-ggz in 2008 meer contracteerruimte beschikbaar is gesteld dan waarmee rekening was gehouden in de VWS-begroting 2008. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft bij de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet in 2008, initiële budgetten 2008 vastgesteld voor alle ggz-instellingen. In deze budgetten zijn ten onrechte de incidenteel voor 2007 toegekende extra middelen voor jeugd-ggz (€ 38 miljoen) meegenomen als zijnde structurele middelen.

Ten tweede is circa € 22 miljoen van de overschrijding het gevolg van de structurele verhoging van de beleidsregelwaarden. Deze verhoging was ter dekking van extra rentekosten die zorgaanbieders maken voor het aantrekken van extra werkkapitaal. Dit werkkapitaal was nodig om de periode tussen opening en sluiting van de DBC's te overbruggen. Het resterende bedrag van de geconstateerde overschrijding is vrijwel geheel te herleiden tot een hogere dan beschikbare groei van het volume aan zorgconsumptie.

Een onderscheid naar zwaardere en lichtere vormen van ggz is niet te leveren. VWS (maar ook de NZa) hanteert geen aparte budgettaire deelkaders voor verschillende leeftijdsklassen, bevolkingsgroepen of zwaarte van de geleverde zorg.

De onderbouwing van de hoogte van de tariefmaatregel van € 119 miljoen is dat de beoogde opbrengst van de tariefmaatregel een door het kabinet van de ggz-sector verlangde bijdrage is aan de beperking van de kosten van de zorg. Het deekader voor de geneeskundige ggz is vorig jaar overschreden met een aanzienlijk groter bedrag (totaal € 184 miljoen) dan die van de maatregel die ik nu neem.

57

Waarom wordt de maatschappelijke ondersteuning verminderd met € 295 mln. en gaat er maar € 135 mln. naar het gemeentefonds (Wmo) (een bezuiniging van € 160 mln.)?

Er vindt geen reductie van het Wmo-budget plaats. Het SCP, dat op grond van de afspraken uit het financieel arrangement Wmo is aangesteld als onafhankelijke derde, heeft in het voorjaar van 2010 vastgesteld dat de onderuitputting voor de Wmo in 2008 € 257 miljoen bedroeg. Op grond van die bevinding is in het Bestuurlijk overleg financiële verhoudingen tussen het rijk en de VNG afgesproken dat in 2010 de volledige € 257 miljoen behouden blijft voor gemeenten (Wmo). Van de € 257 miljoen is een bedrag van € 130 miljoen bestemd voor de financiële gevolgen van mogelijke prijsstijgingen als gevolg van nieuwe aanbestedingen en de wetswijziging Wmo. Het resterende deel van € 127 miljoen is vanaf 2010 bestemd voor de gevolgen van de pakketmaatregel Awbz.

58

Waaruit bestaan de invoeringskosten van zorgzwaartebekostiging?

Zie antwoord op vraag 159

59

Wat is de verklaring voor de fluctuaties bij de geraamde uitgaven bij arbeidsmarktbeleid tussen 2010, 2011 en 2012?

Het streven naar een evenwichtige en goed functionerende (zorg)arbeidsmarkt is een belangrijk onderdeel van het kabinetsbeleid.

Om het arbeidsmarktbeleid te ondersteunen heeft het kabinet voor de jaren tot en met 2011 extra budget vrij gemaakt. Het daarmee voor arbeidsmarktbeleid beschikbare budget wordt in de jaren 2010 en 2011 voor een belangrijk deel via het stagefonds geïnvesteerd in kwaliteit en kwantiteit van stageplaatsen.

Ten opzichte van 2010 is in 2011 al een kleine daling in het beschikbaar gestelde budget te zien. Na 2011 zijn geen extra middelen vrijgemaakt voor arbeidsmarktbeleid. De subsidieregeling stageplaatsen zorg eindigt dan ook na 2011. Het onder deze titel in de jaren tot en met 2011 geraamde bedrag wordt in de begroting dan ook vanaf 2012 onder de algemene term arbeidsmarktbeleid ingezet en verantwoord. Aangezien hier nu onder meer ook de blijvend voor het stimuleren van stages in te zetten middelen van € 33 mln. zijn opgenomen stijgt het bedrag dat onder de titel projectsubsidie arbeidsmarktbeleid wordt verantwoord.

60

Waarom wordt er een bedrag van € 70 mln. ingeboekt bij de vermogensinkomensbijstelling terwijl in de financiële toelichting op pagina 181 gesproken wordt over een structureel bedrag van € 80 mln.?

De opbrengsten van de vermogensinkomensbijtelling bedroegen 80 miljoen en zijn in 2007 ingeboekt. In 2008 is besloten om in het kader van de Wtcg een korting op de eigen bijdrage AWBZ te geven, ter compensatie van het feit dat de eigen bijdrage AWBZ per 1 januari 2009 niet meer aftrekbaar zijn als buitengewone uitgaven voor de inkomstenbelasting. Dit leidde ertoe dat de eerder ingeboekte inkomsten als gevolg van eventuele invoering van de vermogensinkomensbijtelling naar beneden toe zijn bijgesteld. De compensatie voor deze lagere inkomsten is in het financiële traject van de Wtcg meegenomen. Het bedrag waarvoor gecompenseerd moet vanwege het niet doorgaan van de vermogensinkomensbijtelling blijft echter € 80 miljoen.

61

Hoe wordt in 2009 het bedrag van € 40 mln. bij de vermogensbijtelling gecompenseerd? Klopt het dat deels wordt gedekt door het preventiebeleid? Om hoeveel gaat het dan precies?

Bij derde nota van wijziging voor de Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 100, dd 11 december 2008) is aangegeven hoe de overschrijding van het Budgettair Kader Zorg worden gecompenseerd als gevolg van het niet doorgaan van de vermogensinkomensbijtelling. In 2009 wordt het tekort gecompenseerd door een ramingsbijstelling geneesmiddelen en het ophogen van de taakstellende onderuitputting. In de jaren 2010 zal naast deze maatregelen, de maximale eigen bijdrage in de AWBZ worden verhoogd. Voorts worden de VWS-subsidies verminderd en is dekking gevonden in de aanpak fraudebestrijding pgb's. Vanaf 2012 zal het structurele overschot van de motie Van Geel (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700, nr. 10, dd 18 september 2008) worden ingezet ter compensatie. Het deel van de compensatie dat gedekt is door de subsidietaakstelling is inderdaad gedeeltelijk neergeslagen bij het preventiebeleid. Omdat er naast deze subsidietaakstelling ook nog andere subsidietaakstellingen ingevuld moesten worden bij voorjaarsbesluitvorming 2009 is niet exact aan te geven welk deel van de subsidietaakstelling voor het niet invoeren van de VIB toe te schrijven is aan preventiebeleid.

62

Waarom is er na 2009 geen sprake meer van een uitgave op het gebied van sterk gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten (q)?

Er zijn ook na 2009 uitgaven op het gebied van sterk gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten. Ik heb in 2009 aanvullende middelen ter beschikking gesteld voor extra toegelaten sglvg-verblijfplaatsen. In 2009 is de «oude» bekostiging nog bepalend voor de hoogte van het budget van de instellingen. Vanaf 2010 krijgen instellingen via de ZZP-tarieven de bijpassende vergoeding voor deze zware cliëntengroep.

63

Wat gebeurt er in 2009 en 2010 concreet op het gebied van ontbureaucratisering AWBZ om tot een uitgavenbedrag van € 50 mln. in 2011 te komen?

De term uitgavenbedrag is niet juist. Het bedrag van € 50 mln., waaraan in de vraag gerefereerd wordt, is een cumulatie van diverse maatregelen die voor een vermindering van administratieve lasten binnen het gehele VWS domein zullen worden gerealiseerd. Eén van de onderdelen die direct betrekking hebben op de vermindering van administratieve lasten binnen de AWBZ, is de doorontwikkeling van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Door verdere digitalisering – en dus minder in te vullen

formulieren – zal het positieve effect voor de sector hier € 10 mln. bedragen. Voor de overige maatregelen verwijs ik u kortheidshalve naar de brief aan de Tweede Kamer van 2 september 2009 (Kamerstukken II 2008/09, 29 515, nr. 295). Hierin staan ontwikkelingen binnen de AWBZ, die op dit moment nog niet gekwantificeerd kunnen worden, maar waarvan wel een merkbaar, positief effect is te verwachten. Het gaat dan onder andere om meer gebruik van mogelijkheden van ICT-innovaties, vereenvoudiging van de verantwoording, het verbeteren van de uitvoering en het inkoopbeleid door zorgkantoren, de vereenvoudiging van de indicatiestelling AWBZ en de stroomlijning van indicatieprocessen in de zorg en de sociale zekerheid.

De afgelopen jaren is door VWS majeur geïnvesteerd in het ontwikkelen van kennis die helpt om de zorg aan kwaliteit en doelmatigheid te laten winnen. Voorbeelden zijn programma's zoals Zorg voor Beter, Het Landelijk Dementieprogramma, het Transitieprogramma langdurige zorg en het Nationaal Programma Ouderen. Toepassen van deze reeds ontwikkelde kennis helpt om de kwaliteit en de doelmatigheid in de zorg te vergroten, waarbij ook de bureaucratie vermindert. In 2009 en 2010 wordt de kennis systematisch verzameld en aangeboden aan het veld. Dat zal gebeuren via een communicatieaanpak en door instellingen die daartoe bereid zijn actief te ondersteunen bij het invoeren van deze kennis.

64

Wat betekent het begrip prikkelwerking in de Wmo?

Samen met de VNG en de gemeentefondsbeheerders (het ministerie van Financiën en het ministerie van BZK) wordt onderzocht of prikkels ingebouwd kunnen worden in en rond de Wmo om doelmatigheid te bevorderen. We willen ondermeer dat gemeenten daar waar het kan collectieve voorzieningen aanbieden in plaats van individuele voorzieningen. We ondersteunen gemeenten bij het maken van beleid dat gericht is op preventie, welzijn nieuwe stijl en inzet van eigen kracht van burgers om deze verschuiving mogelijk te maken. Tevens werken we met de VNG aan het leggen van verbanden tussen de Wmo en andere domeinen zoals de wet PG, AWBZ, Zvw en jeugdzorg om de ondersteuning voor de cliënt te verbeteren.

We verwachten dat het inbouwen van prikkels en het leggen van verbanden tussen prestatievelden binnen de Wmo en tussen de Wmo en andere domeinen leidt tot een besparing. Van die besparing is vanaf 2011 € 50 miljoen structureel ingeboekt.

65

Waarom neemt het de regering pas in 2010 een beslissing over de eventuele opname van Hepatitis B in het Rijksvaccinatieprogramma?

Zoals ook in mijn brief van 1 oktober jl. aangegeven, heb ik «het advies bestudeerd maar ben nog niet tot een conclusie gekomen. Introductie van nieuwe vaccins in het RVP moet zorgvuldig gebeuren en worden geëvalueerd. De laatste toevoeging – het vaccin tegen het Humaan Papilloma Virus (HPV) – wordt op dit moment geëvalueerd. Mijn definitieve besluit t.a.v. de mogelijke introductie van Hepatitis B vaccinatie stel ik uit totdat de resultaten van de introductie en evaluatie van de HPV vaccinatie beschikbaar zijn. Hierover stel ik u zo spoedig mogelijk op de hoogte.»

66

In de opsomming van te verwachten wetswijzigingen op het gebied van medische ethiek ontbreekt de Wet zeggenschap lichaamsmateriaal (Wzl). Kan de staatssecretaris aangeven wanneer de Kamer dit wetsvoorstel tegemoet kan zien?

Ik hoop het voorstel voor de Wet zeggenschap lichaamsmateriaal het komende voorjaar aan de Kamer te kunnen doen toezenden.

67

In de begroting kondigt de regering de evaluatie van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen aan. Bevat deze evaluatie ook expliciet een evaluatie van de wetgeving met betrekking tot onderzoek op minderjarige proefpersonen die leiden aan ernstige ziektes, zoals bijvoorbeeld de spierziekte Duchenne?

Reeds in 2007 is het signaal afgegeven dat de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) een belemmering bevat voor het verrichten van vroege fasen geneesmiddelenonderzoek met minderjarigen. Naar aanleiding van dit signaal is de Commissie Doek in het leven geroepen met als taak advies uit te brengen over de wenselijkheid van wijziging van de WMO. De Commissie brengt naar huidige verwachting eind november haar advies uit. Als de Commissie zou aanbevelen de wet te wijzigen en die aanbeveling zou worden overgenomen, zal een volgend voorstel tot wijziging van de WMO worden voorbereid. Evaluatie van de gevolgen van de huidige WMO voor onderzoek met minderjarigen ligt daarom nu niet in de rede.

68

In de tabel op bladzijde 60 staat dat de evaluaties van de Embryowet, de Euthanasiewet en de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen pas in 2011 zijn afgerond, terwijl in de tekst op pagina 38 valt te lezen dat de wetswijzigingsprocessen in 2010 gestart worden. Zullen de evaluaties tijdig beschikbaar zijn voor het proces van wetswijziging?

Op bladzijde 38 is aangegeven dat twee wetswijzigingsprocessen zijn gestart die leiden tot wetsvoorstellen die naar verwachting in 2010 parlementair behandeld zullen worden.

De daar genoemde wijziging van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) is reeds bij de Tweede Kamer in behandeling. Dit is een wijziging waarvoor de eerste evaluatie van die wet mede aanleiding vormt (Kamerstukken II, 2007–2009, 31 452, nrs. 1 t/m 8).

Ook de toegezegde wijziging van de Embryowet vloeit voort uit de eerste evaluatie van die wet. Naar verwachting kan het wetsvoorstel betreffende deze wijziging voor het einde van het eerste kwartaal van 2010 bij de Kamer worden ingediend.

Wijziging van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is niet voorzien.

De resultaten van de tweede evaluatie van de WMO en van de Embryowet die in 2011 beschikbaar zullen komen, zullen dus niet tijdig beschikbaar zijn om nog te betrekken bij de wetswijzigingen naar aanleiding van de eerste evaluaties.

69

In de tabel met prestatie-indicatoren is door de jaren heen een constante stijging van de levensverwachting en jaren in goed ervaren gezondheid te zien. Waarom kiest de regering er dan voor om bij de streefwaarde voor 2010 uit te gaan van het niveau van 2007? Zou het niet van meer ambitie getuigen door te kiezen voor een gemiddelde stijging van zowel de absolute levensverwachting als de jaren in goed ervaren gezondheid?

Het kabinet heeft onderzocht welke inspanningen geleverd kunnen worden om de levensverwachting van alle Nederlanders en daarbij behorend de lageropgeleiden te verhogen.

Het kabinet heeft de Kamer geïnformeerd dat de ambitie zoals deze in 2001 is geformuleerd door de commissie Albeda (3 gezonde levensjaren erbij in de periode 2001–2010) naar alle waarschijnlijkheid gerealiseerd zal worden. Naar aanleiding van een analyse van de trendcijfers in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 van het RIVM, zal het kabinet de Kamer verder informeren in de Preventienota 2014 over zijn ambities op dit vlak. Deze analyse zal gebeuren op basis van de trendcijfers (gezonde) levensverwachting van het CBS over ruwweg de periode 2000–2010. Dat is een relevante periode gelet op de verwachte *opswing* van de gemiddelde levensverwachting en ook een voldoende lange periode om een trend te kunnen waarnemen.

70

De regering streeft ernaar Nederland terug te brengen naar de top vijf van Europese landen met de hoogste levensverwachting. Kan de regering deze doelstelling vertalen in concrete streefcijfers voor de levensverwachting van mannen en vrouwen in een bepaald jaar?

Het kabinet verwacht een stijging van de gezonde levensverwachting voor zowel mannen als vrouwen. Het kabinet constateert daarmee dat de ambitie zoals in 2001 geformuleerd door de commissie Albeda (3 gezonde levensjaren erbij in de periode 2001–2020) naar alle waarschijnlijkheid ook gerealiseerd kan worden. Naar aanleiding van een analyse van de trendcijfers in de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014 van het RIVM, zal het kabinet de Kamer verder informeren in de preventienota 2014 over zijn ambities op dit vlak. Deze analyse zal gebeuren op basis van de trendcijfers (gezonde) levensverwachting van het CBS over ruwweg de periode 2000–2010. Dat is een relevante periode gelet op de verwachte *opswing* van de gemiddelde levensverwachting en ook een voldoende lange periode om een trend te kunnen waarnemen.

71

Wat is de reden van het stopzetten van de subsidie van 62 000 euro voor ouders en verwanten in de Landelijke Stichting voor Ouders en Verwanten van Druggebruikers (LSOVD), terwijl u de gebruikers van drugs wel subsidieert? Waarom draagt druggebruik wel bij aan een gezonde leefstijl en aandacht voor de omgeving van de gebruiker, lotgenotencontact en samenwerking met hulpverlening om drugsverslaving tegen te gaan niet?

In 2009 is binnen VWS een begin gemaakt met de uitvoering van het nieuwe subsidiebeleid. Doel is het aantal subsidies te beperken. Dit is aanleiding geweest om alle instellings- en projectsubsidies door te lichten. Op basis van deze doorlichting zijn enkele subsidies beëindigd. Daartoe behoort ook de instellingssubsidie aan de LSOVD. Reden hiervoor is dat deze subsidieverlening niet bijdraagt aan de doelstelling dat de subsidie moet worden ingezet voor rechtstreekse zorg aan drugsgebruikers of het in directe zin stimuleren van een gezonde leefstijl.

72

Op welke wijze zal het 4e preventieprogramma van ZonMw uitvoering geven aan de hoofdlijnenbrief drugsbeleid en de integrale drugsnota anders dan dat met de bestaande programma's als Gezonde Slagkracht en de gezonde School en genotmiddelen nu al plaatsvindt?

De hoofdlijnenbrief drugsbeleid bevat de hoofdlijnen van het drugsbeleid. Hierin worden dan ook nog geen concrete acties benoemd. Deze concrete acties worden nog geformuleerd in de integrale drugsnota die na een debat met de Tweede Kamer over de hoofdlijnenbrief wordt opgesteld.

Het 4e preventieprogramma van ZonMw biedt in twee deelprogramma's ruimte voor onderzoek en het ontwikkelen van (kosten)effectieve interventies gericht op het voorkomen en verminderen van drugsgebruik. Het gaat om deelprogramma 1 «Gezonde leefstijl en een gezonde omgeving» (o.a. implementatieonderzoek), en deelprogramma 6 «Gezonde Slagkracht: ondersteuning OGZ» (gericht op lokaal toepasbaar gezondheidsbeleid).

Het eerste deelprogramma is in beginsel een onderzoeksprogramma. Dit kan niet worden gezien als een uitvoeringsprogramma van de hoofdlijnenbrief drugsbeleid of de drugsnota. Huidige en toekomstige kennis over drugsproblematiek zoals die binnen dit programma vorm krijgt, is met name te beschouwen als randvoorwaardelijk en ondersteunend voor het (nog te vormen) drugsbeleid

Op basis van het deelprogramma Gezonde Slagkracht zullen interventies en acties, in lijn met de drugsnota, ook daadwerkelijk op integraal lokaal niveau geïmplementeerd en ondersteund worden, op basis van gehonoreerde projectvoorstellen van gemeentes en lokale gezondheidspartijen. Het programma Gezonde Slagkracht kan vanuit een «bottom up» benadering goede invulling bieden aan de uitvoering van de integrale drugsnota.

73

De subsidies om gezond leven te stimuleren staan ieder jaar op de begroting (dit jaar voor € 18,7 mln.). Is er ooit onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze subsidies?

De € 18,7 miljoen hebben betrekking op onder meer het Centrum Gezond Leven bij het RIVM en ZonMw-programma's (onder meer Gezonde Slagkracht en Landelijke Leefstijlcampagnes). Onderzoek naar de effectiviteit van de activiteiten die met deze gelden mogelijk worden gemaakt is een vast onderdeel van de subsidievoorwaarden. Zo evalueert ZonMw standaard de effectiviteit van alle uitgevoerde programma's. Het programma Landelijke Leefstijlcampagnes 2003–2008 is recentelijk geëvalueerd door een externe evaluatiecommissie. Ook wordt iedere afzonderlijke campagne geëvalueerd. De resultaten, visies en ervaringen uit de eerste programmaperiode zijn in belangrijke mate richtinggevend geweest voor het formuleren van de uitgangspunten en de kaders voor het tweede programma Landelijke Leefstijlcampagnes 2010–2013.

Een ander voorbeeld in dit kader is de door het Centrum Gezond Leven (CGL) opgezette I-database. Deze biedt een toegankelijk overzicht van een groot aantal evidence based interventies op het gebied van gezond leven die de afgelopen jaren mede met de genoemde subsidies zijn ontwikkeld. In aanvulling op de I-database heeft het CGL ook de werkplaats certificering opgezet. Het doel hiervan is om de effectiviteit van de interventies te beoordelen en voor gebruikers inzichtelijk te maken. De beoordeling vindt aan de hand van duidelijk vastgelegde criteria plaats door een onafhankelijke commissie.

Kortom, het evalueren van activiteiten en interventies en onderzoek naar de effectiviteit daarvan heeft een vaste plaats binnen de gesubsidieerde programmakaders.

74

De streefwaarde in de VWS-begroting 2010 voor het percentage niet-rokers ouder dan 15 jaar is groter of gelijk aan 73% in 2010 (blz. 44). Het Nationaal Programma Tabaksontmoediging (NPT) 2006–2010 (Kamerstuk 22 894, nr. 78) gaat echter uit van een doelstelling van 80% niet-rokers in 2010. Moet hieruit de conclusie worden getrokken dat de doelstelling uit het NPT niet wordt gehaald of dat de regering afstand heeft genomen van de 80% doelstelling?

De overheid voert een actief tabaksontmoedigingsbeleid. Het percentage rokers daalt: van 31% in 2002 naar 27% in 2008. De doelstelling van 20% rokers uit het NPT blijkt nu niet haalbaar te zijn.

75

Wanneer en hoe wordt, zoals aanbevolen door de Gezondheidsraad, onderzoek gedaan naar het zogenaamde stoplichtsysteem om voedingsmiddelen te labelen?

In mijn reactie op het advies van de Gezondheidsraad (TK 2008–2009, 31 532, nr. 20) heb ik aangegeven dat ik onderzoek wil laten doen om na te gaan of de huidige of een aangepaste vorm van het GDA-systeem (GDA is dagelijkse voedingsrichtlijn) geschikt is voor consumenteninformatie. Onder de te onderzoeken vormen valt ook het zogenaamde stoplichtsysteem.

Op dit moment bestudeer ik nog de opzet en de reikwijdte van een dergelijk onderzoek. De keuze voor een onderzoeksbureau zal hier van afhangen. Mijn intentie is om dit onderzoek in 2010 te laten uitvoeren.

76

Is de uitgebreide handhavingscapaciteit van de Voedsel- en Warenautoriteit (VWA) van € 1 mln. structureel? Is dit bedrag gewijzigd naar aanleiding van recente rechtelijke uitspraken?

Wat is de reden dat na 2010 geen bedrag meer is opgenomen voor de VWA inzake de rookvrije horeca?

Waar komt de daling van circa € 6,5 mln. voor de VWA van 2010 op 2011 vandaan?

Bij de invoering van de rookvrije horeca heb ik besloten om in 2008, 2009 en 2010 extra gelden ter beschikking te stellen voor het toezicht op de naleving daarvan. Voor 2010 gaat het om € 1 mln. Dit geld is niet structureel. Of ook voor de jaren na 2010 nog extra inzet van de VWA – boven op de reguliere gelden voor toezicht op de naleving van de Tabakswet – in het kader van de rookvrije horeca gewenst is, hangt mede af van de ontwikkelingen in 2009 en 2010. Indien extra inzet gewenst is, zal dit mee worden genomen in de jaarplancyclus ten behoeve van het Jaarplan 2011. De daling van circa € 6,5 mln van 2010 op 2011 is het gevolg van de afgesproken volume- en efficiëntyaakstellingen op basis van het coalitieakkoord.

77

Waar komt het geld vandaan waar het publiek gefinancierd onderzoek bij het RIVM, TNO en Universiteit Wageningen over het verbeteren van productsamenstelling via zelfregulatie van wordt betaald? Hoeveel is dit totaal?

Het project «herformulering voedingsmiddelen» wordt uitgevoerd door RIVM, TNO en WUR. Het doel van het project is het in kaart brengen van de technologische mogelijkheden van herformulering van voedingsmiddelen voor diverse nutriënten (o.a. zout, suiker, vezel en vet). Tevens wordt onderzocht of deze gereformuleerde producten bijdragen aan verbetering van het consumptiepatroon. Tot slot worden de voedingskundige en gezondheidskundige consequenties van geherformuleerde voedingsmiddelen voor de volksgezondheid onderzocht.

LNv, VWS en EZ hebben de financiering van dit onderzoek geregeld via de kaderopdrachten aan de drie afzonderlijke instellingen. LNv financiert de WUR van 2009 t/m 2012 met € 170 000,- per jaar. VWS financiert RIVM in 2009 en 2010 met € 100 000,- per jaar. TNO heeft voor dit project in 2009 en 2010 jaarlijks € 70 000,- ter beschikking.

78

Waar wordt het geld (€ 1,3 mln.) voor de voorbereiding van de implementatie van de Drank- en Horecawet voor ingezet? Wat zijn de jaarlijkse kosten als de wet wordt aangenomen?

Dit geld wordt besteed aan de continuering van de Pilot Decentralisatie Toezicht Drank- en Horecawet (DHW). In deze pilot kunnen een aantal gemeenten, vooruitlopend op de wijziging van de DHW, ervaring opdoen met het lokale toezicht op de DHW.

In de Memorie van Toelichting van het voorstel tot wijziging van de DHW dat op 18 juli jl. is ingediend bij de Tweede Kamer, worden de financiële consequenties beschreven die de voorgenomen maatregelen uit dit wijzigingsvoorstel naar verwachting hebben voor ondernemers en gemeenten. Afgezien van kosten die verbonden zijn aan het kenbaar maken en implementeren van nieuwe maatregelen uit het wetsvoorstel, brengt deze wijziging geen additionele jaarlijkse kosten voor de Rijksoverheid met zich mee. De financiële compensatie voor gemeenten maakt onderdeel uit van de enveloppe «Aandeel Gemeentefonds in lokale veiligheid» die is opgenomen in het beleidsprogramma van het kabinet «Samen werken, samen leven».

79

Kan in de begroting voor 2011 ook het totaal aantal drugsverslaafden worden opgenomen, dus niet enkel de problematische? Is het mogelijk dit in absolute aantallen te doen?

Het genoemde cijfer 3,1 per 1000 inwoners (bedoeld zijn personen tussen de 15–64 jaar) betreft het cijfer voor Nederland volgens de definitie van het EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) ten behoeve van internationale vergelijkingen. Deze schatting dateert uit 2001, en staat voor ongeveer 33 500 personen. Dit cijfer is omgeven door een vrij grote marge van onzekerheid variërend van 24 tot ruim 46 duizend probleemgebruikers.

In 2009 is een nieuwe schatting gemaakt van het aantal problematische (hard)drugsgebruikers. De uitkomst hiervan is nog niet bekend, maar zal (in absolute aantallen) in de begroting van 2011 worden opgenomen. De schatting betreft alle problematisch harddrugsgebruikers, inclusief drugsverslaafden. Drugsverslaafden zijn per definitie als problematisch te beschouwen. Binnen de schatting is het niet mogelijk afzonderlijke cijfers te rapporteren over problematisch harddrugsgebruikers of (problematisch) drugsverslaafden.

80

Waarom wordt er nog steeds ruim € 16 mln. uitgegeven aan heroïnebehandeling op medisch voorschrift, terwijl de Acetylcysteïne (voor 7 mln., blz. 81) uit het pakket wordt gehaald.

Er zijn naar schatting tussen de 20 000 en 40 000 heroïnegebruikers. Daarvan nemen zo'n 13 000 deel aan methadonbehandeling. Een klein aantal komt in aanmerking voor additionele heroïnebehandeling. Door de intensieve behandelwijze, de strenge voorschriften en veiligheidsvereisten die daarbij een rol spelen is dit een kostbare behandeling. Het resultaat van de behandeling is het voorkomen van verdere gezondheidsschade, de verbetering van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de behandelenden en verbetering van het maatschappelijk functioneren. Een belangrijk neveneffect is dat tevens een sterke reductie optreedt in crimineel gedrag («verwervingscriminaliteit») en overlastgevend gedrag, waardoor minder inzet van politie en justitie nodig is. Naast directe baten in de vorm van gezondheidswinst en persoonlijk en maatschappelijk herstel zijn de

indirecte baten die ontstaan zijn door verminderde verwervingscriminaliteit in 2003 voorzichtig geschat op 17 tot 20 miljoen euro per jaar. Acetylcysteïne wordt op basis van het Pakketadvies 2009 van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) per 1 januari 2010 uit het verzekerde pakket gehaald. Dit advies is gebaseerd op de constatering van het CVZ dat de toepassing van Acetylcysteïne bij longaandoeningen in de door de beroepsgroepen herziene richtlijnen is komen te vervallen. Het CVZ heeft onderzocht of Acetylcysteïne desondanks nog een plaats had bij de behandeling van longaandoeningen. De conclusie van het CVZ was dat Acetylcysteïne verwijderd kan worden uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem vanwege het ontbreken van werkzaamheid. Op basis van dit advies heb ik besloten dat de vergoeding voor Acetylcysteïne uit het verzekerde pakket wordt gehaald.

81

De tabel op blz. 48 geeft een globaal overzicht van de verdeling van de middelen voor de beleidsprioriteit «Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl» voor de jaren 2010 t/m 2014. Dit overzicht is echter niet volledig. Kan de regering het overzicht compleet maken door: niet een selectief aantal maar alle bijdragen, subsidies en nog beschikbare vrije middelen te noemen, zodat de hierbij horende bedragen volledig optellen tot de totaal- en subtotaalbedragen; de verdeling in 2009 aan het overzicht toe te voegen; daarnaast te specificeren wat er in 2009 t/m 2014 jaarlijks in totaal naar de afzonderlijke thema's tabak, alcohol, drugs, voeding en overgewicht gaat?

Het gevraagde overzicht inclusief het jaar 2009 is als bijlage 1 opgenomen. Bij brief van 7 mei 2009 (FEZ-PVS-U-2921234) hebben we u de lijst met de subsidies voor 2009 gestuurd. Uit een oogpunt van toegankelijkheid van de begrotingsstukken hebben we voor de tabellen in de begroting gekozen voor een clustering naar instrumenten en toespitsing op uitgaven die verband houden met voorafgaande teksten in de begroting. Met name bij de projectsubsidies is sprake van een grote variëteit. Ook in het overzicht in bijlage 1 zijn diverse kleinere uitgaven samengevoegd.

82

Kan de minister in aansluiting op hetgeen hij vorig jaar heeft geantwoord op een desbetreffende vraag (31 700 XVI, nr. 23) over de begroting 2009 meedelen wat de stand van zaken is in het bestrijden van listeria in EU-perspectief? Is de minister bereid zich daarvoor in te zetten?

In de verordening (EG) 2073/2005 inzake microbiologische criteria zijn normen opgenomen ter bestrijding van Listeria. De wijze waarop deze normen gecontroleerd moeten worden (via zogeheten challengetesten) is onlangs vastgesteld in Brussel.

Ook zet ik mij in om de toepassing van bacteriofagen wettelijk mogelijk te maken. Bacteriofagen kunnen immers effectief worden ingezet in productieprocessen bij de bestrijding van Listeria op producten zoals bijvoorbeeld kaas.

Dit onderwerp staat nog altijd op de agenda in Brussel. Mijn standpunt hierin is niet gewijzigd ten opzichte van vorig jaar.

83

Op welke wijze wordt de consument beschermd tegen de eventuele risico's van nanotechnologie in levensmiddelen en producten?

De kabinetsvisie Nanotechnologieën «Van Klein Naar Groot» van 16 november 2006 (TK, 2006–2007, 29 338, nr. 54) is geconcretiseerd in het actieplan (TK, 2007–2008, 29 338, nr. 75). Het uitgangspunt van het beleid is dat bedrijven primair verantwoordelijk zijn voor het op de markt

brengen van veilige producten. In het geval van nieuwe voedingsmiddelen, cosmetica, geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, additieven en bestrijdingsmiddelen wordt de veiligheid vooraf beoordeeld om te voorkomen dat onveilige middelen op de markt worden toegelaten. Het signaleringsorgaan «Kennis en informatiepunt risico»s nanotechnologie, (KIR nano) is bij het RIVM ondergebracht. De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA), toezichthouder op de Warenwet, volgt de ontwikkelingen en bekijkt eventuele risico's per product. Wanneer de VWA vermoedt dat een product schadelijk is of gevaar oplevert, zal zij op basis van algemene veiligheidsvoorschriften in de Warenwet optreden. Indien nieuwe en meer specifieke kennis hiertoe aanleiding geeft, kan zij consumenten waarschuwen en voorlichten. Op dit moment is er nog niet voldoende kennis beschikbaar over mogelijke risico's voor consumenten, waardoor gerichte voorlichting over producten nu nog niet mogelijk is. Onderzoek en omgaan met risico's zijn daarom twee belangrijke lijnen van het bovengenoemde actieplan.

Verder wil ik verwijzen naar de brief van 5 juni jl. waarin de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer mede namens mij de Kamer geïnformeerd heeft over de koers die is ingezet om verantwoord om te gaan met de (onzekere) risico's van nanodeeltjes, alsmede over de voortgang van de bijbehorende activiteiten (TK 2008–2009, 29 338, nr. 80).

84

Komt het regeringsstandpunt ten aanzien van de Europese normstelling (inzake de aanwezigheid van pathogene micro-organismen) nog voor de Europese behandeling naar de Kamer?

Op dit moment is er geen sprake van een voornemen tot nieuwe normstelling inzake pathogene micro-organismen. Normen zijn al vastgelegd in de verordeningen (EG) 2073/2005 en (EG) 2160/2003. In EU-verband wordt nu gesproken over uitvoeringsbepalingen van reeds vastgestelde normen die in de toekomst van kracht worden. Zo treedt de norm voor de afwezigheid van Salmonella in 25 gram pluimveevlees vanaf 1-1-2011 in werking. Naar verwachting komt normstelling ten aanzien van Campylobacter aan de orde. Zodra er beleidsrelevante ontwikkelingen zijn zal ik de Tweede Kamer hierover informeren.

85

Welk deel van het beleid inzake voedselveiligheid is nationaal?

Wet- en regelgeving inzake voedselveiligheid wordt op een enkele uitzondering na geheel door de EU bepaald.

In de Warenwet heeft Nederland, zolang de EU-regelgeving hierin nog niet voorziet, voor een aantal voor de volksgezondheid relevante pathogenen (Bacillus cereus, Clostridium perfringens en Staphylococcus aureus) aanvullend normen vastgesteld.

Voorlichting aan de consument over voedselveiligheid wordt nationaal bepaald. Het Voedingscentrum besteedt hieraan aandacht.

86

Is het waar dat voor het ZonMw-programma Dierproeven begrensd in 2010 slechts € 300 000 wordt uitgetrokken? Zo ja, kunt u toelichten waarom? Zijn er plannen om dit budget uit te breiden?

Ja, zie ook antwoord op vraag 10. Dit is het structureel beschikbare budget op jaarbasis. Ik zie op dit moment geen aanleiding en mogelijkheden dit budget structureel uit te breiden.

87

Kunt u een toelichting geven op de bijdrage van € 300 000 aan het College Toetsing Bestrijdingsmiddelen? Waartoe dient deze bijdrage en welke voorwaarden zijn hieraan verbonden?

Het College voor de Toelating van Gewasbeschermingsmiddelen en Biociden (CTGB, voorheen CTB) heeft als taak te oordelen over de toelating van gewasbeschermingsmiddelen en biociden. Deze taak wordt gefinancierd door de aanvragers van een toelating.

Naast de toelatingstaak adviseert het CTGB de rijksoverheid. Advies over de Europese harmonisatie van het toelatingsbeleid, zoals uitvoeren van Europese stofbeoordelingen voor gewasbeschermingsmiddelen en biociden maakt, hier een belangrijk onderdeel van uit. De VWS-gerelateerde activiteiten van het CTGB hebben betrekking op de bescherming van de consument. Zo doet het CTGB voorstellen voor maximale hoeveelheden gewasbeschermingsmiddelen op levensmiddelen en neemt het CTGB deel aan de Europese vergaderingen over dit onderwerp.

Voor de uitvoering van deze adviestaken krijgt het CTGB jaarlijks een budget toegekend op basis van een vooraf goedgekeurde begroting. Het ministerie van VWS draagt bij aan dit budget.

Wijziging in de taakstelling, opzet en uitvoering zoals beschreven in de goedgekeurde jaarbegroting zijn niet toegestaan tenzij dit vooraf schriftelijk overeen is gekomen met de rijksoverheid.

Op basis van een jaarverslag vindt de financiële afrekening plaats tussen de rijksoverheid en het CTGB.

88

Wat is de reden van de stijging na 2006 van de gezondheidsschade door ongevallen? Waarom is er geen ambitie opgenomen in de prestatieindicatoren?

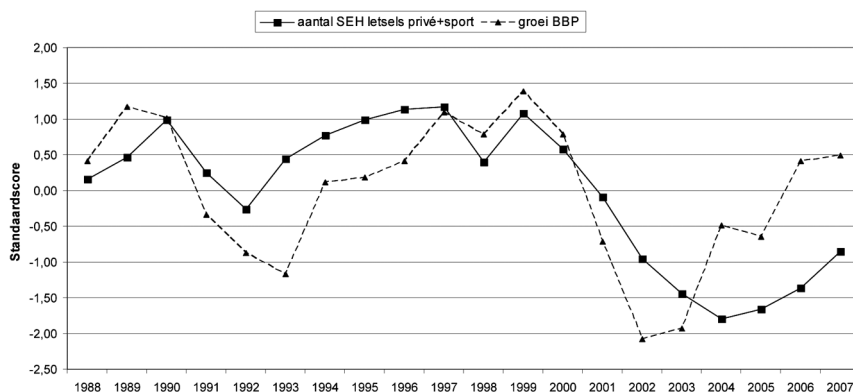
Er zijn diverse factoren van invloed op het aantal spoedeisende hulp behandelingen (SEH-behandelingen, de prestatie-indicator voor letselpreventie). Uit analyse door Consument en Veiligheid is onlangs gebleken dat de langjarige trend in SEH-behandelingen voor letsels door ongevallen mogelijk samenhangt met de economische conjunctuur (zie figuur 1). De onderliggende reden is hoogstwaarschijnlijk dat mensen tijdens hoogconjunctuur meer ondernemen, waaronder risicovollere activiteiten (1). Het letselpreventiebeleid is er overigens niet op gericht de bevolking minder te laten ondernemen (bijv. om minder te sporten), maar wel om dit zo verantwoord en veilig mogelijk te doen.

Ik heb wel degelijk de ambitie het aantal letsels door privé-ongevallen te verminderen. Tussen 2001 en 2008 werd een reductie van 10% van het aantal SEH-behandelingen nagenoeg gerealiseerd. Van 2008 tot en met 2012 bedraagt de reductiedoelstelling 5%.

De grafiek in figuur 2 brengt dit in beeld. Omdat ook de bevolkingsontwikkeling van invloed is op de trend in SEH-behandelingen, is daar bij het bepalen van de doelstelling rekening mee gehouden. De stippellijnen geven de voorspelde trend in het aantal SEH-behandelingen aan, louter op basis van de bevolkingsontwikkeling (autonome ontwikkeling), uitgaande van het aantal in 2001, respectievelijk de doelstelling in 2008. De blokjes geven weer wat er uiteindelijk gerealiseerd is (realisatie). Voorlopige cijfers voor 2008 laten overigens zien dat het aantal SEH-behandelingen ten opzichte van 2007 niet verder is gestegen.

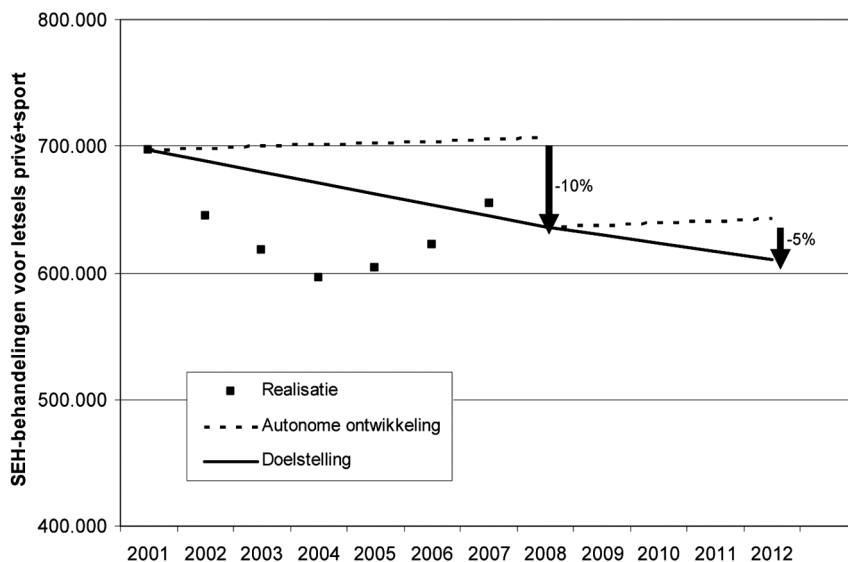
(1) E. van Beeck, *Injuries : a continuous challenge for public health*, Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.

Figuur 1 Vergelijking van letselincidentie (SEH-behandelingen, privé en sport) met economische conjunctuur (% groei BBP); gestandaardiseerd



Bron: Letsel Informatie Systeem 1988–2007, Consument en Veiligheid; Statline, Centraal Bureau voor de Statistiek

Figuur 2 Doel en realisatie van de beleidsindicator letselpreventie



Bron: Letsel Informatie Systeem 2001–2007, Consument en Veiligheid; bevolkingsprognoses 2008,2012 Centraal Bureau voor de Statistiek

89

Kan de minister aangeven hoe zijn ambitie ten aanzien van de aanpak chronische ziekten zich verhoudt tot de daling van het budget voor doelstelling 4: De vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectieziekten en chronische ziekten?

De daling van het budget wordt veroorzaakt doordat in 2009 het budget van de doelstelling incidenteel is verhoogd met een reservering van € 262 mln voor uitgaven in 2009 ter beheersing van de Nieuwe Influenza A (H1N1) en heeft niets te maken met mijn ambities ten aanzien van de aanpak van chronische ziekten. Dit bedrag is een reservering voor het totaal van kosten dat met de beheersing van de Nieuwe Influenza A (H1N1) gemoeid is (vaccins, distributie, kosten huisartsen, communicatie e.d.). Er zullen ook nog kosten neerslaan in 2010.

90

Er is sprake van een toename van het aantal mensen dat lijdt aan chronische ziekten. Volgens RIVM VTV stijgt het aantal mensen met COPD met 38%. In de begroting worden alleen de cijfers voor diabetes genoemd. Kan de minister een specificatie geven van de toename van de diverse chronische aandoeningen?

Zie antwoord op vraag 9.

91

Kan de minister een gespecificeerd overzicht geven van de jaarlijkse sterftegetallen voor de diverse chronische aandoeningen?

Zie antwoord op vraag 9.

92

Kan de minister de budgettaire verdeling (in totaal € 3,5 mln.) aangeven tussen de interventiestrategieën depressiepreventie en zelfmanagement chronische ziekten?

Zie antwoord op vraag 97.

93 en 94

Wat is het percentage van de deelname aan het griepvaccinatieprogramma?

Waarom wordt geen enkele ambitie getoond om het percentage deelnemers aan het griepvaccinatieprogramma en Rijksvaccinatieprogramma te verhogen?

Indien de gevolgen van Influenza A toch ernstiger zijn dan nu wordt ingeschat, hoe denkt de regering de 26,5% van de risicogroepen die niet komt opdagen bij de reguliere inenting te bereiken?

Het deelnamepercentage voor de landelijke griepvaccinatie schommelt jaarlijks tussen de 72 en 78% van de risicogroepen. Met die percentages heeft Nederland – ook in internationaal perspectief – een zeer hoge vaccinatiegraad. Met – dure – extra inspanningen verwacht ik dat er hoogstens een marginale verhoging van deze vaccinatiegraad te bereiken is. In Nederland verzorgt de huisarts het aanbod. Dit is laagdrempelig voor de meeste burgers. Daarnaast zorg ik ervoor dat er vanuit de overheid goede voorlichting gegeven wordt. Vaccinatie is en blijft echter vrijwillig. Bij de vaccinatie van gezondheidszorgpersoneel zie ik nog wel mogelijkheden tot verbetering. De vaccinatiegraad is in deze groep over het algemeen lager. Het RIVM overlegt met relevante beroepsverenigingen en koepelorganisaties over te ondernemen activiteiten richting werkgevers en werknemers om de vaccinatiegraad te verhogen.

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is één van de meest succesvolle preventieprogramma's die we hebben. De vaccinatiegraad is hoog (traditiegetrouw ruim boven de 90%) evenals de kwaliteit.

Met zowel het griepvaccinatieprogramma als het RVP haalt Nederland de normen die de WHO stelt aan de vaccinaties. Ik zie daarom geen reden om deze programma's te intensiveren boven de aanpassingen die ik met regelmaat doe.

Voor de vaccinatie tegen de pandemische griep heb ik een voorlichtingscampagne voorbereid om de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk te laten zijn in die groepen die dat nodig hebben. Er worden diverse voorlichtingsmaterialen ingezet om het vaccinatiebeleid bekend te maken. Op dit moment is er geen aanleiding uit te gaan van een lage opkomst onder risicogroepen.

Waarom wordt er een vierde preventieprogramma gestart als de regeeringsbeleid pas in oktober 2010 duidelijk wordt?

ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. Met de opdracht die ik in 2008 aan ZonMw heb gegeven voor het 4e preventieprogramma vraag ik invulling te geven aan mijn visie op preventie[1] en een bijdrage te leveren aan het versterken van de preventiecyclus[2] in de vorm van kennisontwikkeling en ondersteuning van de (lokale) uitvoering. Voor de nadere invulling daarvan zijn ook nog te verschijnen studies, nota's en beleidsbrieven leidend. Het programma is daarmee gebaseerd op het lopende landelijke en lokale beleid en nieuwe actuele informatie.

Naar verwachting verschijnt in maart 2010 de VolksgezondheidToekomst-Verkenning (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en in oktober 2010 opnieuw een preventienota. In onderling overleg wordt dan bekeken op welke wijze de verdere invulling van het 4e preventieprogramma daarop kan inspelen. Omdat ZonMw in rondes werkt, is tussen-tijdse inhoudelijke bijsturing van het programma mogelijk.

[1] VWS Kaderbrief «Visie op gezondheid en preventie. Gezond zijn, gezond blijven». September 2007.

[2] De Wet Publieke Gezondheid.

Kunnen apotheken door het uitvoeren van cholesterolbepalingen en glucosebepalingen bijdragen aan een optimaler diseasemanagement?

Bij diseasemanagement gaat het om het principe dat een behandelplan samen met de patiënt wordt opgesteld op basis van een zorgstandaard. Het behandelplan wordt vervolgens door een multidisciplinair team uitgevoerd. In een goed behandelplan van bijvoorbeeld diabetes patiënten zal onder andere zijn voorzien in het bepalen van de waarden van cholesterol en glucose. Omdat bij de uitvoering van het behandelplan meerdere zorg-aanbieders betrokken zijn, ligt een rol van de apotheker als farmacotherapeutisch deskundige daarbij voor de hand. Deze belangrijke partner in de integrale zorgverlening kan participeren in zorggroepen en daarbinnen afspraken maken over de inzet en rol die zij vervullen bij de uitvoering van het behandelplan.

Kan de minister de budgettaire verdeling aangeven tussen de interventiestrategieën depressiepreventie en zelfmanagement chronische ziekten? Worden patiëntenverenigingen betrokken bij deze ontwikkeling van de programmatische aanpak? Zo ja, op welke wijze?

Op dit moment zijn er 7 zorgstandaarden gereed dan wel in ontwikkeling: diabetes, COPD, CardioVasculairRisicoManagement, hartfalen, depressie, obesitas en artrose. Bij veldpartijen betrokken bij kankerzorg is de intentie voor het opstellen van een zorgstandaard. Het bedrag van € 3,5 mln is bestemd voor de verdere uitwerking van de modules preventie en zelfmanagement als onderdeel van deze zorgstandaarden. Er is bewust geen nadere toedeling gemaakt over de verschillende aandoeningen. Dit bedrag zal worden ingezet bij de afzonderlijke modules navenant de voortgang en de behoefte aan ondersteuning.

Uitgangspunt is goede zorg voor de patiënt en de patiënt centraal. Bij de totstandkoming van zorgstandaarden hebben de patiëntenverenigingen een per definitie cruciale rol. Bij alle initiatieven tot nu toe vanuit het veld hebben de patiëntenverenigingen meegewerkt aan het opstellen van

de zorgstandaarden. De patiëntenverenigingen zullen ook betrokken worden bij de autorisatie van de zorgstandaarden.

98

Wat moet worden verstaan onder «mits budgettaire inpasbaar» bij het al of niet opstarten van een bevolkingsonderzoek op darmkanker als de Gezondheidsraad een positief advies afgeeft? Gaan de kosten niet voor de baat bij dergelijke preventieve activiteiten?

Inderdaad gaan bij preventie de kosten veelal voor de baat uit. Dat betekent dat er budgettaire ruimte gevonden zal moeten worden indien de Gezondheidsraad tot een positief oordeel komt en het kabinet op basis dit advies en andere factoren als capaciteit in de zorg zou besluiten tot de invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker.

99

Waarom zijn er twee kostenposten opgenomen voor het uitvoeren van bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's, of kost het uitvoeren van een regeling van € 104,3 mln. totaal € 12,1 mln.?

De kostenpost van € 104,3 mln. is bedoeld voor het daadwerkelijk (laten) uitvoeren van de bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's door diverse uitvoerende organisaties en beroepsgroepen. De financiering van de uitvoering loopt via de Subsidieregeling publieke gezondheid.

De kostenpost van € 12,1 mln. betreft de kosten voor het RIVM/Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB). In het CvB zijn alle activiteiten en taken samengebracht die nodig zijn voor de landelijke coördinatie van de verschillende landelijke bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's. Deze taken bestaan uit kwaliteitsborging, financiering en aansturing, monitoring en evaluatie en eenduidige voorlichting aan het publiek. Daarnaast stimuleert het CvB innovaties binnen de bevolkingsonderzoeken. Deze activiteiten dragen bij aan het verlengen van de gezonde levensverwachting, het terugdringen van ziektelast, het voorkomen van vermijdbare sterfte van de Nederlandse bevolking ofwel het bieden van handelingsopties aan (aanstaande) ouders.

100

Wat doet de regering om gemeenten te stimuleren de tweede nota gezondheidsbeleid uit te brengen nu de prestatie-indicatoren aangeven dat tussen 2008 en 2010 44% van de gemeenten deze moeten uitbrengen? Welke maatregelen gaat de minister nemen als de streefwaarde van 90% van de gemeenten met een tweede nota gezondheidsbeleid niet is gehaald?

GGD Nederland heeft de stand van zaken onderzocht van de tweede nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Daaruit blijkt dat per 1 juli 2009 71,2% van de gemeenten de tweede nota heeft vastgesteld. Bij 22,2% van de gemeenten is de nota in ontwikkeling. En bij 6,6% van de gemeenten is de nota nog niet in ontwikkeling. Deze stand van zaken is gepubliceerd in de Nationale Atlas Volksgezondheid van het RIVM: http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o2639n21939.html.

De regering gaat ervan uit dat de gemeenten die de nota op dit moment ontwikkelen, deze zullen vast stellen. Dat betekent dat de streefwaarde van 90% wordt gehaald.

Om gemeenten te stimuleren een tweede nota gezondheidsbeleid uit te brengen is sinds april 2009 een samenwerkingstraject gestart van VNG, GGD Nederland en VWS. Vanuit dit traject worden gemeenten en GGD'en gestimuleerd en gefaciliteerd om samen een effectiek lokaal gezondheidsbeleid vorm en inhoud te geven en waar mogelijk ook andere partijen te betrekken.

101

Op welke wijze kunnen gemeenten gezondheidsachterstanden terugdringen via een wijkgerichte aanpak?

Zoals ook beschreven staat in het beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen van december 2008 kan het terugdringen van gezondheidsachterstanden bij uitstek op lokaal niveau worden gerealiseerd (TK2008–2009, 22 894, nr. 209). Zo is het doel van het experiment gezonde wijk om de gezondheid van de inwoners van krachtwijken te verbeteren via een integrale aanpak gericht op gezonde bewoners, een gezonde leefomgeving en een samenhangende eerstelijnszorg met preventief aanbod. Deze wijk-aanpak wordt ondersteund door de inzet van wijkverpleegkundigen die erop gericht zijn het zorgaanbod in de wijk te verbinden en te verbeteren. Daarnaast stelt VWS via de decentralisatie-uitkering «Gezond in de Stad» € 5 mln euro beschikbaar voor de G31.

102

Welke concrete doelen zijn geformuleerd voor de € 5 mln. die de grote gemeenten krijgen voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden?

De middelen van VWS (5 mln euro) voor «Gezond in de stad» komen vanaf 2010 via een decentralisatie-uitkering beschikbaar voor de G-31. VWS vraagt een inspanningsverplichting met betrekking tot het werken aan een integrale aanpak gericht op gezonde bewoners, gezonde leefomgeving en een samenhangende eerstelijnszorg met preventief aanbod. Gemeenten kunnen bovendien verbindingen leggen met andere activiteiten in het kader van het stedenbeleid, waaronder integratie, veiligheid en leefbaarheid. Het is in eerste instantie aan de gemeenten zelf om te kijken hoe de middelen het beste ingezet kunnen worden, het past dus niet om vanuit het Rijk concretere doelen te formuleren. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden is en blijft een belangrijke doelstelling van steden en Rijk. De decentralisatie-uitkering «Gezond in de stad» moet de steden een extra impuls geven om aan de slag te gaan met deze gezamenlijke doelstelling.

103

Waarom wordt er weer € 10,8 mln. uitgetrokken voor een tolk- en vertaalcentrum?

Zorgverleners kunnen, bij patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn om tot een juiste diagnose/behandeling te komen, gebruik maken van tolk- en vertaaldiensten. VWS heeft op de begroting budget gereserveerd staan voor het betalen van deze tolk- en vertaaldiensten. Met het beschikbaar stellen van tolk- en vertaaldiensten wil ik voorkomen dat gebrekkige communicatie invloed heeft op de kwaliteit van bijvoorbeeld diagnosestelling, therapie en gebruik van medicijnen. Het inschakelen van een tolk/vertaler kan de effectiviteit en de kwaliteit van de te verlenen zorg bevorderen.

Op dit moment wordt er, in overleg met het ministerie van WWI, onderzocht of er veranderingen wenselijk zijn in het huidige tolk- en vertaalbeleid van VWS.

104

Wat doet het CBRN precies en waarom is hier een structureel bedrag van € 11 mln. voor nodig?

Na 2001 is er een andere blik op mogelijke dreigingen voor de samenleving gekomen. De mogelijkheid dat terroristische aanslagen met behulp van chemische, biologische, radiologische of nucleaire middelen (CBRN-middelen) worden gepleegd, is onderkend. Dit heeft er toe geleid dat in

het begin van deze kabinetsperiode voor 7 jaar middelen zijn vrijgemaakt om de CBRN-security, in aanvulling op wat al in het kader van de safety-wetgeving wordt gedaan, op vele mogelijke manieren te verhogen (actie-punt 60, beleidsplan kabinet, juni 2007). Safety staat daarbij voor het voldoen aan bijvoorbeeld arbo-wetgeving om de veiligheid van het personeel te garanderen als zij werken met CBRN-stoffen, terwijl security net even verder gaat om te voorkomen dat personen of groeperingen zich deze CBRN-stoffen kunnen toeëigenen om ongewenste activiteiten mee te ontplooiën.

105

Aan welke vorm van hulpverlening wordt gedacht als het gaat om het verbeteren van de hulpverlening aan vrouwen die ongewenst zwanger zijn? Betreft het verbeteren van de hulpverlening ook hulp aan tienermoeders? Zo ja, aan welke vorm van hulpverlening moeten we in dat geval denken?

Uit het evaluatieonderzoek naar de wet afbreking zwangerschap en de abortuspraktijk is gebleken dat bepaalde aspecten van de hulpverlening verbeterd zouden kunnen worden. Het gaat hier ondermeer om het informeren over alternatieven en het beter kunnen vaststellen van mogelijke twijfel bij de vrouw.

In 2009 is er € 3 miljoen beschikbaar voor projecten voor tienermoeders en -vaders. Deze projecten zullen (ook) in 2010 effect hebben op de hulpverlening aan tienermoeders. Men kan hierbij denken aan voorlichtingsfilms, methodiekbeschrijvingen, onderzoek en dergelijke. De projecten komen direct (bijvoorbeeld methodieken) of indirect (bijvoorbeeld onderzoeken) ten goede aan hulpverlening aan tienermoeders. Dat kunnen allerlei soorten hulpverlening zijn, zowel ambulante als residentiële.

106

Wordt onder ethisch verantwoord handelen bij medisch onderzoek met proefpersonen ook bedoeld het verbeteren van de voorlichting over het onderzoek, het doel van het onderzoek en informatiestroom naar deze proefpersonen over de voortgang van het onderzoek?

Onder ethisch verantwoord handelen wordt inderdaad ook verstaan het verbeteren van voorlichting aan proefpersonen. Eerste stappen op dit terrein zijn met succes gezet.

Bij brief van 7 november 2008 is de Kamer op de hoogte gesteld van het verschijnen van de VWS-brochure «Medisch-wetenschappelijk onderzoek. Algemene informatie voor de proefpersoon» (Kamerstukken II, 2008/09, 31 452, nr. 6).

De eerste voorraad van 40 000 stuks bij Postbus 51 was na iets meer dan een half jaar uitgeput. Inmiddels is bij Postbus 51 een nieuwe druk, aangepast op een paar punten en vormgegeven in de nieuwe huisstijl, beschikbaar. Binnenkort is ook de Engelse versie van de brochure beschikbaar.

Verder zal samen met de CCMO gewerkt worden aan verbetering van de studiespecifieke informatie. Voor die informatie, die nu vaak nog te lang is, staat al wel een model op de website van de CCMO.

In 2010 wordt de WMO voor de tweede maal geëvalueerd. Dan zal ook de brochure, het gebruik en de verspreiding bekeken worden en bij proefpersonen worden nagegaan of zij vinden of zij goed geïnformeerd worden.

107

Heeft de regering opdracht gegeven voor het Onderzoeksprogramma Ethiek en Gezondheid? Zo ja, wat is de opdracht die ZonMw heeft meegekregen? Waar denkt de regering aan als zij spreekt over «nieuwe en belangwekkende kennis»?

Op 7 juli 2008 heeft ZonMw de opdracht gekregen het programma «Ethiek en Gezondheid» te starten. Doel van dit programma is het vergroten van inzicht in en kennis over ethische dilemma's op het terrein van gezondheid. In het verlengde daarvan het ondersteunen en verbeteren van de zorgpraktijk.

De medisch wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen gaan snel en stellen steeds weer vragen met betrekking tot ethische aanvaardbaarheid en ethische toepasbaarheid. Dat stelt ook eisen aan de ethische beoordeling. Om hierop beter voorbereid te zijn is het van belang kennis te nemen van die ontwikkelingen om zo vroeg mogelijke de ethische argumentatie en toetsing over mogelijke toepassing te kunnen doen.

108

De regionale toetsingscommissies Euthanasie en de centrale deskundigheidscommissie Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen toetst de zwangerschapsafbreking van een bepaalde categorie ongeborenen, nl. categorie 2. Wat zal de besparing zijn als de categorie 2 gevallen door dezelfde commissie, beroepscommissie van gynaecologen, als de categorie 1 gevallen, de zwangerschapsafbreking te laten toetsen? Wat zal het inhoudelijke voordeel hiervan zijn?

De centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval, die adviseert aan het Openbaar Ministerie, en de categorie 1-commissie van de NVOG, die intercollegiaal toetst, zijn twee zeer verschillende gremia. Dit zowel wat juridische status als doelstelling betreft. Samenvoeging van deze commissies is dan ook niet wenselijk, noch zou hiermee financieel voordeel kunnen worden behaald.

109

De deskundigheidscommissie Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen toetst levensbeëindiging bij pasgeborenen. De Regionale toetsingscommissies toetst euthanasie vanaf 12 jaar en ouder. Wat is er geregeld voor kinderen als het gaat om euthanasie? Als euthanasie al wordt toegepast, wie voert de toets uit?

Levensbeëindiging bij kinderen tot 12 jaar is strafbaar en valt onder het Wetboek van Strafrecht. De wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet) is niet van toepassing. Het Openbaar Ministerie is de toetsende instantie.

110 en 111

Hoe zorgt de minister er voor dat innovaties in richtlijnen en zorgstandaarden opgenomen gaan worden?

Hoe gaat de minister ervoor zorg dragen dat richtlijnen en zorgstandaarden snel aangepast gaan worden aan zorginnovaties?

De beroepsgroep en patiëntenorganisatie zijn verantwoordelijk voor het opstellen en onderhouden van richtlijnen en zorgstandaarden. Richtlijnen en zorgstandaarden zullen altijd in beweging zijn en worden bijgewerkt aan de hand van de nieuwste inzichten en stand van de wetenschap. Het ligt voor de hand dat zinvolle innovaties daarbij worden meegenomen. Om een impuls aan dit proces te geven heb ik in het voorjaar 2009 de Regieraad kwaliteit van zorg ingesteld. Ik heb u daar per brief van 31 oktober 2008 over geïnformeerd (TK 2008–2009, 31 765, nr. 1).

112

Kan de conclusie getrokken worden dat de minister – in tegenstelling tot zijn eerdere standpunt – met een voorstel komt tot een verplichte keuze met betrekking tot orgaandonatie? Er is opnieuw onderzoek gedaan naar het verplichte keuzesysteem. Dit maakte deel uit van het onderzoek naar

onder meer het ATS-systeem. Zoals ik u per brief (GMT/MVG-2957226) heb bericht zal ik, mede op dringend verzoek van de gezondheidsfondsen, de uitkomsten van dit onderzoek begin 2010 naar de Tweede Kamer sturen. De reden hiervoor is dat de uitkomsten van het onderzoek mogelijk interfereert met de campagne «ja of nee.nl». Conclusies over een wijziging van mijn standpunt zijn op dit moment voorbarig.

113

Kunt u een overzicht geven van de kostenontwikkelingen van de totale kosten van medisch specialisten van 2004 tot en met 2010?

<i>x € 1 000 000</i>	<i>jaar</i>						
	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Medisch specialisten	1 668	1 703	1 873	1984	2 296	2 414	2019

Bovenstaand overzicht geeft de kostenontwikkeling weer van de totale kosten van de honoraria Medisch Specialisten, inclusief Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's). De bedragen zijn weergegeven in het prijspeil van het betreffende jaar. Voor 2009 en 2010 betreft het prijspeil 2009. De bedragen zijn afgerond.

114

In de tabel «premie-uitgaven» is onder het kopje «Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief» een onderscheid opgenomen naar de kosten voor medisch specialisten en overig personeel in de curatieve zorg. Onder hetzelfde kopje zijn deze kosten ook onverdeeld opgenomen. Terwijl aan de ene kant € 375 mln. wordt bezuinigd op de medisch specialisten neemt het bedrag onder «onverdeeld» de komende jaren toe. Waarvoor ontstaat deze toename? Is hier sprake van een verschuiving van de categorie «medisch specialisten» en is dan wel sprake van een bezuiniging?

Kan de minister aangeven of de korting van € 375 mln. op de medisch specialisten een generieke maatregel is of dat deze over de verschillende deelgroepen is verdeeld?

De sector Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief onverdeeld betreft onverdeelde volumeruimte en onverdeelde ruimte voor nominale bijstellingen.

De ruimte voor nominale bijstellingen wordt over de sectoren verdeeld in overeenstemming met de ramingen van het CPB voor de loon- en prijsontwikkeling.

Voor de sector Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief wordt deze financiële ruimte geparkeerd op de sector Ziekenhuizen en Medisch Specialisten onverdeeld. De toename van de sector Ziekenhuizen en Medisch Specialisten onverdeeld komt voort uit ramingen van de loon- en prijsontwikkeling. De maatregelen ter redressering van de overschrijding van 375 mln zijn verwerkt in de sector medisch specialisten. Dit staat los van de onverdeelde ruimte voor o.a. toekomstige nominale- en volumeontwikkelingen.

De tariefsmaatregelen voor de vrijgevestigde medisch specialisten ter hoogte van € 375 mln. zal deels generiek en deels specialisme specifiek worden verwerkt. Zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 115.

Ik heb de Nza verzocht verzocht een drietal maatregelen te nemen: 1) de herijking van de compensatiefactor voor de ondersteunende specialisten, 2) een specialisme specifieke bijstelling van de normtijden van poort- en ondersteunende specialisten en 3) een algemene generieke afslag op de

tarieven voor poort- en ondersteunende specialisten. De eerste twee maatregelen zijn specialisme specifiek. De laatste maatregel slaat generiek neer.

15 september jongstleden heeft de NZa besloten de herijking van de normtijden van DBC's niet mee te laten tellen bij de aanpassing van het tarief voor medisch specialisten. In plaats daarvan wordt een hogere generieke korting gehanteerd.

115

Wat is de exacte overschrijding bij medisch specialisten in 2009? Hoe verhoudt de korting van € 325 mln. in 2010 zich tot de systeemfout? Welke garantie is er dat er in 2010 geen overschrijdingen ten gevolge van systeemfouten meer zullen optreden?

De overschrijding op het kader van de vrijgevestigd medisch specialisten is door VWS vastgesteld op € 375 mln. Om te voorkomen dat deze overschrijding in 2010 optreedt heb ik de NZa middels een aanwijzing gegeven om ter hoogte van dit zelfde bedrag maatregelen te nemen en hierbij zoveel mogelijk aan te sluiten bij de oorzaken van de overschrijding. Ik heb de Nza verzocht dit te doen door herijking van de compensatiefactor voor de ondersteunende specialisten, door een specialisme specifieke bijstelling van de normtijden van poort- en ondersteunende specialisten en door een algemene generieke afslag op de tarieven voor poort- en ondersteunende specialisten. De eerste twee maatregelen zijn direct te relateren aan systeemfouten.

Ik verwijs verder naar het antwoord op vraag 114.

Om te voorkomen dat er in de toekomst als gevolg van systeemfouten nog overschrijdingen zullen optreden bezin ik mij momenteel op de bekostigingswijze van medisch specialisten op de langere termijn. In deze context kijk ik onder meer naar vormen van integrale bekostiging van medisch specialisten en ziekenhuizen, maar ook de mogelijkheden van loondienstverband.

Daarnaast voert PriceWaterhouseCoopers momenteel een onderzoek uit in opdracht van VWS om meer inzicht te krijgen in met name de verklaringen van de overschrijding. Dit onderzoek wordt eind 2009 opgeleverd.

116

Is het de minister bekend dat de private sector in de bloed- en plasma-voorziening heeft berekend dat op de begroting € 45 mln. kan worden bespaard indien het plasma dat door de bloedbankdivisies van Sanquin wordt ingezameld tegen marktwaarde wordt verkocht?

Nee, deze berekening is mij niet bekend. Het is mij ook niet duidelijk waar deze berekening op gebaseerd zou (kunnen) zijn.

117

Wordt door het afzonderen van de private activiteiten van Sanquin, een «level playing field» wordt gerealiseerd?

Mij is niet precies duidelijk wat met «het afzonderen van de private activiteiten van Sanquin» wordt bedoeld. Hieronder zal ik uitleg geven over de organisatiestructuur van de Nederlandse bloedvoorziening en hoe daarin waarborgen zitten om tot een «level playing field» te komen.

Op basis van de Wet inzake bloedvoorziening heeft Sanquin een aantal exclusieve taken toebedeeld gekregen. Bij een deel van de activiteiten die Sanquin uitvoert (bijvoorbeeld de productie en het afzetten van kort houdbare bloedproducten) is sprake van een landelijke zelfvoorziening. Daarnaast voert Sanquin publieke taken uit waarmee zij in concurrentie treedt op open markten, bijvoorbeeld bij de verkoop van geneesmiddelen bereid uit plasma. Daarbij dient dus gewaarborgd te worden dat Sanquin een-

zelfde concurrentiepositie heeft als andere ondernemingen op diezelfde markt («level playing field»). Mede vanwege deze organisatiestructuur en natuurlijk ook het belang van de volksgezondheid is gekozen voor een wettelijk kader waarin veel overheidscontrole is en ook veel overheidssturing mogelijk is.

Transparante (financiële) relaties tussen de samenstellende delen van Sanquin zijn essentieel om als overheid hierop toezicht te kunnen houden. (Mede) daartoe dient de Regeling inrichting begroting en jaarrekening Sanquin (Staatscourant 1999, nr. 252, pag. 16). Deze Regeling geeft regels waaraan de begroting en jaarrekening van Sanquin moeten voldoen, welke (jaarlijks) mijn goedkeuring behoeven. Volledigheidshalve wijs ik er op dat er ook binnen de bloedvoorziening geen sprake is van een statische situatie. Zo is reeds aangegeven in het Ministerieel plan bloedvoorziening 2009–2011 dat zal worden bezien of een aanpassing van deze Regeling nog meer transparantie zou kunnen bewerkstelligen zonder de concurrentiepositie van Sanquin te beperken. Dit wordt momenteel nader bestudeerd. Ook wijs ik u op de benchmark bloedprijzen die ik op verzoek van de Eerste Kamer laat uitvoeren en waarvan uitkomst eventueel nieuwe inzichten hieromtrent zou kunnen verschaffen. Zie meer over de benchmark in vraag 118.

118

In Nederland zijn de prijzen voor kort houdbare bloedproducten aanzienlijk hoger vergeleken met omliggende landen. Gaat de minister in de toegezegde internationale benchmark ook in op de vraag waarom de prijsopbouw van deze producten in Nederland afwijkt?

De vraagstelling gaat uit van de juistheid van de aanname dat Nederlandse prijzen voor kort houdbare bloedproducten aanzienlijk hoger zijn in vergelijking met de prijzen van die producten in omliggende landen. Ik heb juist de Kamer een toezegging gedaan dit te onderzoeken. Hiertoe zijn in mijn opdracht door een onafhankelijk bureau de Nederlandse prijzen vergeleken met die in een viertal andere Europese landen. Het rapport heb ik recent ontvangen en wordt op dit moment door mijn ministerie bestudeerd. Het rapport en mijn standpunt hierover zal ik u dit najaar toezenden. Natuurlijk zal ik daarbij ingaan op mogelijke prijsverschillen, vervolgens daar waar mogelijk verklaren waar die verschillen door komen en ten slotte aangeven of die verschillen weg te nemen zijn en of dat wenselijk is.

119

Het opnemen van de 80 kwaliteitsindicatoren op kiesbeter.nl is vorig jaar een stuk langzamer gegaan dan gedacht, de streefwaarden zijn als gevolg hiervan voor de komende jaren ook flink omlaag gebracht. Kan de minister aangeven of hij denkt dat het überhaupt nog gaat lukken om ze alle 80 in 2011 opgenomen te hebben?

In het eerste jaar waarin de indicatorsets worden uitgevraagd bij de ziekenhuizen, geven ziekenhuizen zelf toestemming voor het al dan niet openbaar maken van de gegevens. In het tweede meetjaar zijn de indicatorsets verplicht onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en daarmee ook openbaar. Alle gegevens die openbaar zijn, worden voor publicatie doorgeleverd aan Kiesbeter.nl. In 2009 is de eerste tranche (10 aandoeeningen) gemeten. De ontwikkeling van de tweede tranche (19 aandoeeningen) is afgerond. Hiervan worden in 2010 ten minste 10 aandoeeningen geïmplementeerd. De derde tranche (25 aandoeeningen) is in ontwikkeling. Deze worden uitgevraagd vanaf 2011. Voor de vierde tranche (rest) heeft de stuurgroep een Programma Advies Commissie (PAC) ingesteld. Op advies van de PAC heeft de stuurgroep het volgende vastgesteld:

- 1) Een ordeningskader (conceptueel kader) voor ziekenhuizenindicatoren, en
- 2) Een werkprogramma om op die wijze in 2011 80 indicatorensets te kunnen uitvragen in de ziekenhuizen. Het gaat bij deze sets met name om indicatoren die samengesteld kunnen worden uit reeds bestaande registraties, aangevuld met indicatoren uit Zichtbare Zorg GGZ, Zichtbare Zorg Farmacie, Zichtbare Zorg Chronische Zorg, de Basisset Prestatie-indicatoren van de IGZ en de set Veiligheidsindicatoren van de IGZ.

Het werkprogramma voor de vierde tranche zal op 5 nov 2009 in de stuurgroep worden vastgesteld.

Wanneer de stuurgroep instemt met het advies van de PAC is het haalbaar om voor 80 aandoeningen indicatoren uit te vragen bij de ziekenhuizen.

De verantwoordelijkheid om de gegevens ook daadwerkelijk aan te leveren ligt bij de ziekenhuizen zelf.

120

De vermijdbare sterfte in ziekenhuizen moet in 2012 zijn gedaald van 1735 in 2004 naar 850–900. Mag worden verwacht dat dit resultaat wordt bereikt met een streefwaarde van 1648 in 2010?

In 2007 heb ik de, met de betrokken veldpartijen gedeelde, ambitie uitgesproken de vermijdbare schade, inclusief de vermijdbare sterfte met 50% te reduceren. Door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van medisch specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) is in 2008 het veiligheidsprogramma voor de ziekenhuizen «Voor-
kom schade, werk veilig» gestart, waarmee deze doelstelling in 5 jaar behaald zal moeten worden.

Ik heb het Emgo/Nivel gevraagd het dossieronderzoek naar vermijdbare schade en sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen uit 2007 te herhalen en het Emgo is bezig met de voorbereidingen hiervoor. Het uitvoeren van dossieronderzoek is tijds- en kostenintensief en moet op zorgvuldige wijze plaatsvinden. De cijfers over 2008 zullen eind 2010 beschikbaar komen. Ik hoop en ga ervan uit dat bij deze meting de inspanningen van het veld op het gebied van patiëntveiligheid ook in de cijfers tot uitdrukking komen. Omdat implementatie van plannen en effectuering van de verbeteringen tijd kosten, kan pas in 2011/2012 een grotere daling in de schade- en sterftecijfers worden verwacht. De eindmeting van de doelstelling wordt gedaan over dossiers van 2011/2012 en komt eind 2013 beschikbaar.

121

Ten aanzien van de veiligheid zijn de cijfers ten opzichte van vorig jaar niet veranderd, wat betekent dat de ambities van de regering een jaar lang hebben stilgelegen. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat de streefwaarden ultimo 2011 wel gehaald gaan worden, gezien de prioriteit die de regering – terecht – aan dit onderdeel heeft toegekend?

Ik heb het Emgo/Nivel gevraagd het dossieronderzoek naar vermijdbare schade en sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen uit 2007 te herhalen en het Emgo/Nivel is bezig met de voorbereidingen hiervoor. Het uitvoeren van dossieronderzoek is tijds- en kostenintensief en moet op zorgvuldige wijze plaatsvinden. De cijfers over 2008 zullen eind 2010 beschikbaar komen. De eindmeting wordt gedaan over dossiers van 2011/2012 en komt eind 2013 beschikbaar.

Hieruit valt dus niet te concluderen dat de cijfers ten opzichte van vorig jaar niet zijn veranderd, of dat ambities hebben stilgelegen. Er is door veldpartijen, ziekenhuizen en professionals hard gewerkt aan de uitwerking van thema's van het veiligheidsprogramma, aan de invoering van

veiligheidsmanagementsystemen (VMS) en aan het expliciteren van veiligheidsnormen. Zo participeren 93 ziekenhuizen aan het veiligheidsprogramma, heeft 80% van de ziekenhuizen meegedaan aan masterclasses vanuit het veiligheidsprogramma waarbij beleidsplannen zijn afgestemd met Raad van Bestuur, medische staf en verpleegkundige adviesraad en hebben 40 ziekenhuizen hun VMS met een evaluatieinstrument laten beoordelen.

Deze implementatie-stappen zijn van groot belang om veiligere zorg te leveren en de vermijdbare schade terug te dringen. Zoals ik eerder heb aangegeven wil ik ook tussentijds monitoren of we op de goede weg zijn. Naast de herhaling van het dossieronderzoek, heb ik de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gevraagd de voortgang van het veiligheidsprogramma te monitoren. Jaarlijks, en ook begin 2010, toetst de IGZ steekproefsgewijs de VMS-implementatie in de ziekenhuizen toetsen. Halverwege 2010 zullen scores op indicatoren van de eerste zes thema's bij de IGZ worden aangeleverd.

122

Is de minister op de hoogte van het initiatief van Lloyds apotheken en een aantal andere partijen om de effecten van een APK op geneesmiddelen uit te voeren? Zou een dergelijke APK de medicatieveiligheid kunnen verbeteren?

Er vinden vele initiatieven op het terrein van medicatiebeoordeling (medication review) plaats. Ik ben ervan overtuigd dat een periodieke beoordeling van polyfarmacie-gebruik, kan bijdragen aan verbetering van medicatieveiligheid. Tot dusverre tonen niet alle studies eenduidig een positief resultaat/effect aan. Vanuit dit oogpunt zijn verdere studies wenselijk. Het initiatief van de Lloyds apotheken is mij bekend en verschilt in zoverre van de andere initiatieven dat zij het zogenaamde thuisconsult introduceert. In het onderzoek staat de vraag centraal in hoeverre de medicatiebeoordeling door de apotheker in samenwerking met de huisarts en de patiënt (thuisconsult) kan bijdragen aan vermindering van medicatieproblemen en betere uitkomsten van het geneesmiddelengebruik. In Australië is dit een effectieve aanpak gebleken en heeft de apotheker, als geneesmiddelenexpert, zijn toegevoegde waarde aangetoond door zowel verhoging van de doelmatigheid als het optimaliseren van de farmacotherapie. De uitkomsten van het onderzoek worden verwacht in 2010.

123

Kan precies worden aangegeven hoeveel geld de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte ter beschikking heeft, hoe dat dient te worden besteed en hoe het in de praktijk wordt besteed? Kan precies worden aangegeven op welke wijze aandacht wordt geschonken aan de verloskundige zorg en kraamzorg gericht op hoogrisicogroepen? Welke doelstellingen zijn er en hoe wordt bepaald of deze worden gehaald?

Voor het functioneren van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte is op jaarbasis € 400 000 uitgetrokken. Dit bedrag wordt besteed aan vacatiegelden voor de betrokkenen uit de veldorganisaties, inhuur van externe deskundigheid, projectondersteuning en facilitaire voorzieningen (zoals vergaderlocaties).

Over de bevindingen van de stuurgroep kan ik op dit moment geen mededelingen doen, omdat deze mij nog niet bekend zijn. De Stuurgroep zwangerschap en geboorte is een onafhankelijke stuurgroep die rond 1 januari 2010 advies zal uitbrengen.

124

De minister wil dat de Regieraad de relatie tussen veiligheid en doelmatigheid inzichtelijk maakt. Zou de Regieraad ook de relatie tussen doelmatig-

heid en het behalen van gezondheidsdoelen zoals behalen van de glucose- en cholesterolstreefwaarde inzichtelijk kunnen maken?

De Regieraad zal gezien de taakopdracht die de Staatssecretaris en ik aan de Raad hebben meegegeven zeker aandacht besteden aan doelmatigheidsaspecten in richtlijnen. De taakopdracht luidt namelijk: het structureren, coördineren en aansturen van de richtlijnontwikkeling en implementatie van de aanbevelingen uit de richtlijnen met specifiek aandacht voor cliënt/patiëntenperspectief, veiligheid en doelmatigheid.

De Regieraad is echter een onafhankelijke raad «voor het veld en door het veld». Welke onderwerpen de Regieraad na afstemming met het veld gaat oppakken, op welke wijze dat inzichtelijk wordt gemaakt en het tijdsplan daarvoor zal concreter worden beschreven in het werkplan 2010 dat eind 2009 beschikbaar komt.

De Regieraad is medio 2009 van start gegaan. Op dit moment inventariseert de raad de belangrijkste knelpunten op het gebied van richtlijnontwikkeling en -implementatie ten behoeve van de meerjarenagenda en het werkplan voor 2010.

125

Wanneer moeten de 80 ggz instellingen zijn aangehaakt?

De uitwerking van het plan patiëntveiligheid in de GGZ gaat vooralsnog uit van de prognose dat eind van het jaar 2009 42 ggz instellingen zullen zijn aangehaakt met de invoering van een VMS en VIM. Eind 2010 zullen dat naar verwachting ruim 80 ggz instellingen zijn.

126

Wanneer gaat de regering de IGZ vragen de onderhouds- en vervangingsstatus van medische apparatuur transparant te maken? Wordt de Kamer hier nog apart over geïnformeerd?

Ik ben van opvatting dat dit onderwerp meegenomen dient te worden bij de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren in het kader van zichtbare zorg en deel zou moeten uitmaken van de basisset ziekenhuiszorg. De voortgang zal meegenomen worden in de rapportages aan de Tweede Kamer over Zichtbare zorg.

127

Het percentage ambulances dat binnen 15 minuten ter plaatse bij spoed/levensbedreigende situaties is constant met 91% in zowel 2006 als 2007 en 92,1% in 2008. Dat ligt ver van de streefwaarde voor 2010 van 95%. Wat gaat de regering doen om dit percentage te verhogen?

Welke extra kosten zijn ermee gemoeid om ervoor zorg te dragen dat bij A1-ambulanceritten in heel Nederland meer dan 95% van de ambulances binnen 15 minuten bij de patiënt is?

In 2009 is 12 miljoen euro extra aan het macrokader ambulancezorg toegevoegd. Vanaf 2010 is er structureel 18 miljoen extra beschikbaar. Daarbij is expliciet bepaald dat deze middelen moeten leiden tot een uitbreiding van de ambulancecapaciteit. Aanleiding voor het uitbreiden van het macrokader ambulancezorg was het Landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg, dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in 2008 heeft herijkt. Uit de herijking bleek dat door productiegroei in de ambulancesector extra capaciteit benodigd was om te voldoen aan de aanrijdtijdnorm van 15 minuten.

Ik verwacht dat de komende jaren de prestaties van de ambulancesector zullen toenemen door de extra middelen die ik nu beschikbaar heb gesteld. Pas met enige vertraging zal dat resultaat zichtbaar worden

omdat partijen de tijd moeten hebben om capaciteitsuitbreiding (zowel in formatie als in materieel) te realiseren.

128

Is de streefwaarde van 1700 multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, een toename van slechts 26 t.o.v. 2007, reëel in het licht van de streefwaarde van 2300 op lange termijn?

Ja, aangezien we streven naar de versterking van de eerste lijn. Dit betekent dat er de komende jaren meer multidisciplinaire samenwerkingsverbanden tot stand zullen komen. De bevordering van ketens rondom chronische ziekten en de daarbij horende integrale bekostiging vanaf 2010 zal een belangrijke stimulans betekenen. Er wordt daarmee een substitutiebeweging van de tweede naar de eerste lijn bewerkstelligd. Ik verwacht vanaf 2010/2011 en de jaren die volgen daarom een sterke stijging van het aantal samenwerkingsverbanden.

129

Kan specifieker worden aangegeven waar de € 2 mln. in 2010, € 22 mln. in 2011 en € 11 mln. in 2012 aan wordt besteed bij de wijziging van het beslissysteem om te komen orgaandonoren?

De kosten betreffen de aanschrijving van de Nederlandse bevolking, het verwerken van registraties in het Donorregister en de bevestiging daarvan, het beantwoorden van vragen door het Donorregister naar aanleiding van de aanschrijving en de voorlichtingscampagne die rond de aanschrijving gevoerd zal moeten worden.

130

Welke kosten zijn gemoeid als in plaats van het ATS-systeem, dat de regering voorstaat, een ADR-systeem voor orgaandonatie zou worden ingevoerd? Kan dit tegen dezelfde kosten of heeft dit budgettaire consequenties?

De kosten van wijziging zijn voor beide systemen gelijk. In beide gevallen wordt namelijk een keuze vastgelegd bij niet-reageren. Het feit dat er een keuze wordt vastgelegd zowel bij het ADR- als bij het ATS-systeem, is bepalend voor de te maken kosten bij een systeemwijziging. Ook bij de voorlichting leidt dit tot een vergelijkbare inspanning.

131

Op welke wijze is de minister-president betrokken bij de voorlichtingscampagne voor orgaandonatie? Heeft onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van betrokkenheid van de minister president en wat waren hiervan de uitkomsten?

De minister-president heeft in het najaar van 2008 nog zijn medewerking verleend aan «Teuntje», de informatiekrant over orgaandonatie die huis-aan-huis is verspreid onder zes miljoen huishoudens. De minister-president heeft een interview gegeven en daarin opgeroepen om de keus te maken om donor te worden.

In de periode na het verschijnen van «Teuntje» is de ontwikkeling van de massamediale campagne «Nederland zegt ja» opgestart. Het ministerie van VWS, de gezondheidsfondsen en andere betrokken organisaties zijn toen gezamenlijk tot de conclusie gekomen dat een nieuwe campagne voor orgaandonatie vanuit de maatschappij zou moeten komen. Er is expliciet voor gekozen om de nieuwe campagne géén traditionele overheids campagne te laten zijn. Vandaar dat de afzender van de campagne «jaofnee.nl» is en dat pas daarachter alle twaalf initiatiefnemers zichtbaar

zijn. Onderzoek naar de effectiviteit van de betrokkenheid van de minister-president was vanwege die keuze niet meer opportuun.

132

Wat is de drijfveer de twee acute zorgvormen, de huisartsenpost en de spoedeisende hulp, te integreren? Op welke manier wordt de integratie hiervan vorm gegeven en wat is de ondersteunende rol van het ministerie hierbij?

In landelijke gebieden is het qua bereikbaarheid voor mensen niet altijd mogelijk elke HAP in een SEH te integreren. Wat is de consequentie hiervan voor de alleenstaande HAP als geïntegreerde acute zorgopvang de norm wordt?

In Nederland is specialistische zorg in principe alleen toegankelijk na verwijzing door een huisarts. Uitzondering hierop is de acute zorg. In de praktijk zien we dat van de mensen die zelfstandig naar een Spoedeisende Eerste Hulp gaan er in 4 van de 5 situaties sprake is van zorg die ook door een huisarts geleverd kan worden. Daar wil ik wat aan doen omdat de geleverde zorg bij de spoedeisende hulp relatief duurder is dan in de eerste lijn.

Waar het in de praktijk op neerkomt is dat bij of op de SEH ook een huisartsenpost zit waar zelfverwijzers als eerste binnenkomen. Daar wordt beoordeeld of ze ter plekke behandeld kunnen worden of dat doorverwijzing naar de specialist op diezelfde locatie nodig is. Ook op plekken waar het lastig is om de SEH en de HAP volledig te integreren kunnen afspraken worden gemaakt over samenwerking en triage tussen de huisartsen en het betreffende ziekenhuis.

Een belangrijke maatregel hiervoor is de aanpassing van de financiering van acute basis zorg. De NZa werkt aan een budgettair neutrale wijziging van de bekostiging van de acute basiszorg. Ik verwacht dat er per 2011 één tarief voor acute basiszorg ingevoerd kan worden waarmee het huidige verschil in tarief tussen dezelfde behandeling op een SEH of een HAP verdwijnt. Per 2010 hoog ik het macrobudget voor de ANW-diensten van de huisartsen op zodat er per 2010 al een ruimere vergoeding is voor de huisartsen om meer patiënten die voorheen op de SEH kwamen op te vangen.

In gebieden waar integratie van een HAP onmogelijk is en/of waar een HAP een sleutelpositie inneemt in de verlening van acute basiszorg, zal in de nieuwe bekostiging een vergoeding voor de beschikbaarheid geregeld zijn. De invulling van deze beschikbaarheidsvergoeding, wordt meegenomen in de uitvoeringstoets die de NZa eind dit jaar zal uitbrengen.

133

Hoe groot is het aantal zelfverwijzers dat naar de spoedeisende hulp gaat, dat ook huisartsgeneeskundig geholpen had kunnen worden? Hoeveel extra kosten gaan daarmee gepaard?

De maatregel over zelfverwijzers die in de begroting voor 2010 is opgenomen, is als volgt opgebouwd:

Maatregel zelfverwijzers	2010	2011	Structureel
Totaal reductie eerste polikliniekbezoek:	- 39	- 78	- 78
Totaal reductie zelfverwijzers SEH	- 29	- 59	- 59
Toename consulten HAP:	20	20	20
Totaal maatregel:	- 48	- 117	- 117

In de praktijk zien we dat van de mensen die zelfstandig naar een Spoedeisende Eerste Hulp gaan er in 4 van de 5 situaties sprake is van zorg die ook door een huisarts geleverd kan worden. Daar wil ik wat aan doen

omdat de geleverde zorg zo onnodig duur is. Op basis van de uitgangspunten zoals genoemd bij het antwoord op vraag 1 gaat het in totaal om 315 000 zelfverwijzers die huisartsgeneeskundig geholpen hadden kunnen worden. In totaal is dat circa 59 miljoen euro op de SEH alleen (structureel vanaf 2011). De cijfers die in de begroting worden genoemd gaan zowel over SEH als 1ste polikliniekbezoeken.

In de maatregel omtrent zelfverwijzers zijn daarnaast ook de kostenbesparingen voor de reductie 1ste polikliniekbezoeken opgenomen (structureel – 78 miljoen) en een toename voor de consulten op de huisartsenposten (structureel + 20 miljoen).

134

De functionele integratie spoedeisende hulp en huisartsenposten is onduidelijk opgeschreven. Kan de minister uitvoeriger ingaan op het bekostigingsmodel en in de beantwoording eveneens ingaan op de (vroegere) bereikbaarheidstoelagen van de kleine ziekenhuizen?

De NZa werkt aan een wijziging van de bekostiging voor de keten van de acute basiszorg. Ik verwacht dat er per 2011 één tarief voor acute basiszorg ingevoerd kan worden. Dit wordt dan zowel gebruikt voor de betaling van acute basiszorg die wordt geleverd door een huisartsenpost als voor de betaling van acute basiszorg die geleverd wordt door een spoedeisende hulp.

Daarnaast zullen sommige aanbieders van acute zorg voor een beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking kunnen komen. Het gaat dan niet alleen om een beschikbaarheidsvergoeding voor de acute basiszorg, maar ook voor de acute specialistische zorg en de complex specialistische zorg. Ik heb de NZa gevraagd hiervoor een systematiek uit te werken en verwacht hier dit najaar advies over.

Ook kleine ziekenhuizen krijgen met deze nieuwe systematiek te maken. De huidige beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen zal daarmee komen te vervallen. Ik heb de NZa als uitgangspunt meegegeven dat – binnen de nieuwe systematiek – ziekenhuizen alleen voor een beschikbaarheidsvergoeding voor spoedeisende hulp in aanmerking mogen komen, als hun aanbod van spoedeisende hulp noodzakelijk is om de bereikbaarheid van spoedeisende hulp in de regio binnen 45 minuten te kunnen blijven garanderen. Daarnaast heb ik als uitgangspunt meegegeven dat een beschikbaarheidsvergoeding alleen aan de orde is als (en voor zover) er tegenover de kosten van de beschikbaarheid van de betreffende spoedeisende hulp onvoldoende inkomsten staan uit declarabele prestaties.

Overigens zal de invoering van de nieuwe -budgettaire neutrale bekostigingssystematiek gepaard gaan met een gedegen overgangsregeling.

135

Hoe ziet de minister het opleidingsfonds van de ziekenhuizen? Ziet hij dit fonds als een mogelijke bijdrage aan een oplossing voor het arbeidsmarktprobleem?

Ja. Het «opleidingsfonds» voor medisch specialisten en andere medische beroepen is in het leven geroepen om free riders gedrag uit te sluiten, varkenscycli te verkleinen, marktverstoring door de invoering van de DBC-tarieven te voorkomen, aantallen en bedragen transparant te maken en opleidingsplaatsen te verdelen op basis van toetsbare criteria, waaronder kwaliteit, tegen een redelijke prijs uitgaande van een gelijk speelveld tussen opleidingsinrichtingen.

Vóór totstandkoming van het opleidingsfonds vond bekostiging plaats ongeacht de geleverde prestatie, er was sprake van ondoorzichtige verde-

lingsmechanismen, gebrek aan inzicht in kwaliteitsverschillen en kostprijzen van opleidingen en er waren weinig kansen voor nieuwe toetreders.

In het nieuwe systeem stelt de minister van VWS op basis van de ramingen van het Capaciteitsorgaan jaarlijks de aantallen assistenten in opleiding tot specialist vast die aan de opleiding mogen beginnen. Hierbij gaat VWS aan de bovenkant van het advies van het Capaciteitsorgaan zitten ter bereiking van een ruim voldoende aanbod.

Op basis van toetsbare en transparante spelregels worden de beschikbare opleidingsplaatsen per zorgopleiding over de instellingen verdeeld.

136

Instroomcapaciteit voor huisartsen in 2010 van 535 (fte), is in dat aantal het gewijzigde advies van het capaciteitsorgaan opgenomen?

Nee, op het moment dat de omvang van de instroomcapaciteit voor 2010 werd vastgesteld, was de correctie op het eerdere advies van het Capaciteitsorgaan nog niet beschikbaar. Deze correctie is voor mij aanleiding geweest om de instroomcapaciteit voor het jaar 2010 op een niveau van circa 600 plaatsen te brengen. Eind 2009 verwacht ik een nieuw advies van het Capaciteitsorgaan. Op basis van dit advies zal ik de hoogte van de instroom in 2011 en latere jaren bepalen.

137

De missie van het Zorg Innovatie Platform is ten opzichte van vorig jaar veranderd (van alle zorg naar de zorg voor chronisch zieken en ouderen). Kan de minister aangeven waarom dit gebeurd is?

Het Zorginnovatieplatform (ZIP) is in april 2008 opgericht. De aanleiding voor het ZIP zijn de maatschappelijke opgaven waar we in de gezondheidszorg voor staan, namelijk: een stijging van het aantal chronisch zieken en ouderen met gezondheidsproblemen, schaarste op de arbeidsmarkt en oplopende zorgkosten. In het eerste jaar heeft het ZIP een gezamenlijke visie opgesteld aan de hand waarvan het zal gaan werken. Het ZIP heeft in deze visie gekozen voor een focus op chronisch zieken en ouderen. Hier is voor gekozen, omdat dit de grootste groep is die gebruik maakt van zorg, de impact van een chronische ziekte of gezondheidsproblemen op oudere leeftijd hoog zijn en de zorgkosten bij deze groep geconcentreerd zijn. Er is dus niet zozeer een wijziging opgetreden in de missie en focus van het ZIP ten opzichte van vorig jaar, maar deze is dit jaar expliciet gemaakt door publicatie van de ZIP-visie «Inspiratie voor innovatie».

138

Is de Subsidieregeling zorginnovatie zoals uitgevoerd door Senter Novem al eens geëvalueerd?

De subsidieregeling zorginnovatie is sinds 15 juli 2009 van kracht. Onder deze subsidieregeling vallen de zorginnovatievoucher en de zorginnovatieprestatiecontracten (ZIPC). De subsidieregeling zorginnovatie is nog niet geëvalueerd. Een tussentijdse evaluatie zal in 2010 plaatsvinden.

139

Wat is de verklaring voor de stijging van de projectsubsidie arbeidsmarktbeleid in 2012?

Zie antwoord op vraag 59.

140

In de tabel met geraamde begrotingsuitgaven op pagina 76 zijn voor 2012 en verder geen middelen voor donorvoorlichting voorzien. Betekent dit dat vanaf dat jaar geen middelen meer beschikbaar zijn voor donorvoorlichting? Zo nee, hoeveel middelen zijn vanaf dat jaar structureel beschikbaar voor voorlichting?

Naar aanleiding van het Masterplan Orgaandonatie wordt de positie van Donorvoorlichting opnieuw bekeken. Er is geen sprake van een afname van het budget voor donorvoorlichting. Het budget is ook na 2012 gewoon structureel beschikbaar. Naast het bedrag voor de donorvoorlichting staat er ook structureel een bedrag van € 1,8 miljoen gereserveerd voor multimediale donorcampagnes.

141

Het aantal ontvangers van zorgtoeslag is gedaald van 5 600 000 in 2007 naar 5 176 000 in 2008 volgens de Belastingdienst. Wat is de verwachting voor 2009? Wat is de reden van deze verlaging?

Het aantal ontvangers van zorgtoeslag in de tabel kengetallen op bladzijde 78 van de begroting betreft een tussenstand op 30 juni 2009. Zoals in een toelichting bij de tabel is opgemerkt zijn nog niet alle toeslagen definitief toegekend. In de voorspelling van het CPB wordt blijkens de laatste cijfers in de MEV 2010 voor de jaren 2008 en 2009 rekening gehouden met 5,6 mln. respectievelijk 5,7 mln. toeslagontvangers.

142

Waar liggen de inkomensgrenzen bij het toekennen van de zorgtoeslag?

De inkomensgrenzen voor de zorgtoeslag kunnen worden berekend op basis van de formule voor de normpremie. De percentages voor de normpremie staan vast, maar het verzamelinkomen voor het wettelijk minimumloon is nog niet vastgesteld. Dit zal naar verwachting binnenkort gebeuren.

Op basis van de ramingen in de MEV 2010 zullen de inkomensgrenzen voor 2010 uitkomen op € 33 194 voor een alleenstaande en € 48 903 voor een meerpersoonshuishouden.

143

De minister geeft aan dat de zorginkoop beter kan. Kan de Kamer op korte termijn voorstellen verwachten waarin dit concreet uitgewerkt wordt?

Ik ben niet van plan op korte termijn met aanvullende voorstellen te komen om de zorginkoop te optimaliseren. De reden hiervoor is dat voor het verder professionaliseren van de zorginkoop en het betrekken van patiënten daarbij in de eerste plaats de zorgverzekeraars zelf verantwoordelijk zijn. Uiteraard is de mate waarin ze er werk van maken, voor een belangrijk deel afhankelijk van hoe ons stelsel is ingericht met randvoorwaarden en prikkels. Mijn beleid is er reeds op gericht deze randvoorwaarden en prikkels te optimaliseren.

Hierbij moet worden gedacht aan de beschikbaarheid van voldoende kwaliteitsinformatie en het – op verantwoorde wijze afbouwen van de ex-post compensatie in de risicoverevening.

Deze zaken zijn van meet af aan prominente punten van mijn beleidsagenda geweest en ik informeer uw Kamer regelmatig over de vooruitgang. Voor beide onderwerpen geldt dat ze niet van de ene op de andere dag te realiseren zijn.

Heeft het accent tot nu toe vooral gelegen op het bevorderen van de inkoop van ziekenhuiszorg, sinds een jaar zijn onze inspanningen ook gericht op het bevorderen van de inkoop van integrale zorg voor chro-

nisch zieken door het invoeren van keten-dbc's. Daarmee zal ook de eerstelijnszorg nadrukkelijker onderwerp van zorginkoop worden. Recent heb ik daarover met uw Kamer nog van gedachte gewisseld in het Algemeen Overleg van 30 september jl.

144

Hoe verhoudt de stijging van de netto zorgtoeslagen in de afgelopen jaren zich tot de doelstelling van dit kabinet om 0,2% BBP van de benodigde besparingen op de zorg te bewerkstelligen via de zorgtoeslag? In welk jaar moet deze 0,2% BBP bezuiniging zijn gerealiseerd? Kan de minister ook aangeven op welke wijze hij deze besparing wil realiseren?

De stijging van de zorgtoeslag in de afgelopen jaren is een gevolg van de gekozen lijn in de wet op de zorgtoeslag dat de premie voor de Zvw niet meer bedraagt dan een bepaald percentage van het inkomen. Het kabinet ziet zich gesteld voor een budgettaire inspanning, die het noodzakelijk maakt om de verwachte toename van de zorgtoeslag in de komende jaren als gevolg van een toename in de premie te mitigeren. De Kamer zal nog nader geïnformeerd worden op welke wijze het kabinet de (lange termijn) beoogde besparing zal realiseren.

145

Kan de minister aangeven hoe de zorgkosten voor alleenstaanden en samenwonenden zich verhouden tot de verschillen in zorgtoeslag voor alleenstaanden en samenwonenden?

De gemiddelde kosten per verzekerde bedragen ongeveer € 2200. De premie voor de Zvw wordt lastendekkend vastgesteld. Hierbij wordt het inkomensafhankelijke deel door de overheid bepaald en bepalen de zorgverzekeraars de hoogte van de nominale premie. De zorgtoeslag (= standaardpremie minus normpremie) wordt begin december door de overheid vastgesteld op basis van de gemiddelde premie in de markt. Voor 2009 bedroeg de standaardpremie (gemiddelde premie in de markt plus gemiddelde betaling verplicht eigen risico) € 1209. De normpremie wordt vastgesteld op basis van het huishoudinkomen. Met andere woorden voor de zorgtoeslag is niet de draagkracht van het individu uitgangspunt, maar de draagkracht van het huishouden. De normpremie voor een alleenstaande bedraagt 2,7% over het verzamelinkomen op minimumniveau plus 5% over het meerdere inkomen. De normpremie voor een meerpersoonshuishoudens bedraagt 5% over het verzamelinkomen op minimumniveau plus 5% over het meerdere inkomen. Dit betekent dat een alleenstaande op minimumniveau recht heeft op zorgtoeslag van € 692 en een meerpersoonshuishouden met hetzelfde inkomen heeft recht op € 1461. Het meerpersoonshuishouden krijgt dus iets meer dan 2x het bedrag dat een alleenstaande op minimumniveau ontvangt (€ 1384).

De verschillen tussen een eenpersoonshuishouden en een meerpersoonshuishouden hebben te maken met de wens om de inkomenseffecten bij invoering van de Zvw zo klein mogelijk te houden. Aangezien bij de premieheffing voor de ziekenfondswet een relatief kleine nominale premie in rekening werd gebracht (gemiddeld € 301, inclusief eigen betaling) en de rest inkomensafhankelijke werd gefinancierd, betaalden alleenstaanden relatief veel premie en meerpersoonshuishoudens waarbij één partner weinig of geen inkomen had een relatief lage premie. Bij de overgang naar de Zvw is hiermee rekening gehouden bij de vormgeving van de zorgtoeslag. Het verschil in hoogte van de zorgtoeslag voor alleenstaanden en meerpersoonshuishouden is in de afgelopen jaren kleiner geworden. Bij de invoering van de Zvw werd de hoogte van de normpremie voor een alleenstaande berekend door 3,5% over het verzamelinkomen op minimumniveau te nemen plus 5% over het meerdere inkomen.

Dat is nu 2,7% over het verzamelinkomen op minimumniveau plus 5% over het meerdere inkomen.

Dit is het gemiddelde bedrag per verzekeringsequivalent waarbij kinderen voor de helft meetellen.

146

Hoe wordt de opbrengst van het eigen risico in de zorg geregistreerd? Waarmee wordt het eigen risico gevuld, en wat zijn de concrete effecten op de consumptie?

De zorgverzekeraars registreren de opbrengst zelf op basis van het verplicht eigen risico dat zij aan hun verzekerden in rekening brengen. Zorgverzekeraars zijn volledig risicodragend voor de opbrengst van het verplicht eigen risico. Daarom is de opbrengst van het verplicht eigen risico voor elke zorgverzekeraar een factor bij de vaststelling van de nominale premie en dus bedrijfsgevoelige informatie.

Het verplicht eigen risico wordt gevuld met de kosten van zorgvormen waarop het eigen risico van toepassing is en welke zorg verleend is aan verzekerden van achttien jaar en ouder. Deze zorgkosten tellen mee tot de verzekerde over een kalenderjaar het maximum van het verplicht eigen risico heeft bereikt.

Zoals ik in mijn brief van 23 mei 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194) heb aangegeven wordt een evaluatie uitgevoerd naar het verplicht eigen risico. Bij die evaluatie wordt ook gekeken naar de mogelijke effecten op het zorggebruik. De eerste uitkomsten van de evaluatie komen in de loop van 2010 beschikbaar.

147

Is het niet in strijd met de wet dat het eigen risico met € 10 wordt verhoogd? Moet dit niet maximaal € 5 zijn, conform de afgesproken regelgeving? Zo, neen, kunt u dit toelichten?

Neen. In artikel 19, tweede en derde lid, van de Zorgverzekeringswet is de jaarlijkse indexatie van het bedrag van het verplicht eigen risico geregeld en de afronding die daarbij wordt gehanteerd. Artikel 19, derde lid, geeft aan dat deze indexatie na afronding naar beneden kan leiden tot een verhoging met € 5 of een veelvoud daarvan. De verhoging van het verplicht eigen risico van € 155 naar € 165 is derhalve niet in strijd met de wet.

Bij de indexatie wordt uitgegaan van de niet-afgeronde bedragen van het voorgaande jaar. Het niet-afgeronde bedrag van het eigen risico 2009 was net geen € 160; na afronding werd dit € 155. Bij de indexatie voor 2010 is uitgegaan van dit niet afgeronde bedrag van bijna € 160. Dit leidt tot een niet-afgerond bedrag van net iets meer dan € 165. Afgerond betekent dit een verplicht eigen risico voor 2010 van € 165.

148

In hoeverre wordt de risicoverevening voor 2010 aangepast?

De risicoverevening wordt voor 2010 op verschillende punten aangepast. In een aparte brief (5 oktober 2009, kenmerk: Z/F-2958942) heb ik u hierover geïnformeerd. Tevens is op 6 oktober jl. de wijziging van de regeling zorgverzekering gepubliceerd waarin ik het risicovereveningssysteem 2010 heb vastgelegd.

149

Is er een onderbouwing te geven voor de korting op de geneeskundige ggz van € 119 mln.?

Zie antwoord op vraag 56.

150

Wanneer, op welke uiterste datum, zal worden bepaald of normen voor de invloed van de farmaceutische industrie op voorschrijvers en geneesmiddelengebruik via zelfregulering zijn opgesteld en worden gehandhaafd? M.a.w. wanneer wordt wetgeving á la de Amerikaanse Sunshine Act in gang gezet?

De stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) is voortvarend aan de slag gegaan met de vraag naar een zelfreguleringsvariant op de Amerikaanse Sunshine Act. Eén van de belangrijkste punten waar op dit moment aan gewerkt wordt, is het zorgen voor transparantie onder waarborging van de privacy en daarmee voldoen aan de bepalingen van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Een ingewikkeld thema dat zowel betrekking heeft op zelfregulering als op wetgeving. Ik heb vooralsnog geen reden om te veronderstellen dat het de CGR niet zal lukken om te komen met een uitvoerbare en handhaafbare zelfreguleringsvariant van de Sunshine Act. De vraag naar een deadline voor het in gang zetten van wetgeving is dan ook nog niet aan de orde.

151

Aan welke voorwaarden moet voldaan zijn om in 2011 over te kunnen gaan naar vrije tarieven?

Zoals in het Coalitieakkoord is gemeld zijn verdere stappen met vrije prijsvorming in de planbare zorg alleen mogelijk na zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van de criteria kwaliteit en toegankelijkheid. De onafhankelijke Zorgautoriteit kan bij de beoordeling hiervan een belangrijke rol spelen. Daarnaast zullen de ontwikkelingen op het gebied van prijs- en volumeontwikkelingen mee worden genomen bij de afweging of het B-segment verder kan worden uitgebreid. Momenteel is er voor circa 34% van de ziekenhuiszorg sprake van vrije prijzen. Overigens hangt verdere uitbreiding van het B-segment ook samen met de besluitvorming over de invoering van prestatiebekostiging. De NZa zal mij hierover op 1 november adviseren. Op basis van dit advies zal het kabinet voor de jaarwisseling een standpunt innemen.

152

Wanneer wordt de evaluatie t.b.v. de uitbreiding van het B-segment verwacht, en hoe wordt deze vormgegeven?

Elk jaar brengt de NZa een monitor uit over de medisch specialistische zorg. In deze monitor gaat men in op de ervaringen met de onderhandelingen, kwaliteit en transparantie, de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De monitor ziekenhuiszorg is voor het laatst uitgekomen in mei 2009 en aan de Tweede Kamer verstuurd. Ook heeft de NZa eind juni nog een update van de prijsontwikkelingen uitgebracht en naar de Kamer gestuurd.

De evaluatie van het B-segment ten behoeve van uitbreiding in 2011 zal plaatsvinden op de volgende criteria: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In november 2009 zal de NZa een update uitbrengen van de prijsontwikkelingen. In februari 2010 zal de NZa een rapportage uitbrengen waarin men de de wachttijden, kwaliteit en prijs- en volumeontwikke-

ling over de periode tot 2009 opneemt en indien er voldoende contracten zijn afgesloten ook een indicatie voor de prijsontwikkeling 2010 schetst.

153

Epilepsie is de meest voorkomende neurologische aandoening die m.n. bij kinderen een verwoestende uitwerking heeft op de kwaliteit van leven. Is de minister bereid het zgn. ketogedieet (waarvan het effect wetenschappelijk is aangetoond) voor kinderen die epilepsie medicijnen niet kunnen verdragen (ca. 20%) voor vergoeding in aanmerking te brengen?

Per 1 januari 2009 is de aanspraak op dieetvoeding gewijzigd. Patiënten die niet uit kunnen komen met normale voeding en andere producten van bijzondere voeding, kunnen aanspraak maken op dieetpreparaten als de patiënt daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard. Dit geldt ook voor epilepsiepatiënten die niet uit kunnen komen met epilepsie medicijnen.

154

Hoeveel mensen staan op de wachtlijst voor intramurale plaatsen voor gehandicapten- en ouderen zorg? Hoeveel daarvan vallen buiten de treeknorm?

Hoeveel mensen staan op de wachtlijst voor langdurige geestelijke gezondheidszorg? Hoeveel daarvan vallen buiten de treeknorm?

Voor het antwoord op deze inhoudelijke vragen over de gehandicapten- en ouderenzorg verwijs ik u naar mijn brief «Toegankelijkheid van de AWBZ» van 15 juni 2009 en de bijhorende wachtlijstrapportage. Het landelijk beeld van de doorlooptijden is dat 82% van de cliënten verblijfszorg krijgt binnen de Treeknorm. Het leeuwendeel van de wachtenden krijgt adequate overbruggingszorg.

Er resteert, ten opzichte van het totaal aantal cliënten in de AWBZ, een relatief bescheiden populatie van problematisch wachtenden. Momenteel laat ik een verdiepingsonderzoek uitvoeren naar de samenstelling van deze groep problematisch wachtenden en de perceptie van de cliënt zelf. Daarbij wordt ook onderzocht of het (administratief) beeld overeenkomt met de werkelijkheid.

Voor gedetailleerde informatie over de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg verwijs ik u naar de bijlage «Wachttijden in ggz-instellingen 2008» bij Kamerstuk 2008–2009, 31 700 XVII, nr. 45, TK.

155

Wat valt er in de post «langdurige zorg onverdeeld»?

De post Langdurige zorg onverdeeld bevat het saldo van de deelposten groeiruimte onverdeeld en maatregelen onverdeeld. Hierop bevinden zich de middelen/maatregelen waarvan wèl vaststaat dat ze betrekking hebben op de langdurige zorg, maar die nog niet kunnen worden toegewezen aan langdurige geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en dergelijke.

Het Kabinet heeft voor de jaren vanaf 2008 extra geld voor de zorguitgaven beschikbaar gesteld conform de ramingen van het Centraal Planbureau. Deze groeiruimte is voor de jaren 2008 en 2009 over de zorgsectoren verdeeld. Op de post onverdeeld staat de nog uit te delen groeiruimte (voor de jaren 2010 en 2011) voor de AWBZ-sectoren. Tevens staan hier de in het aanvullend coalitieakkoord beschikbare middelen ter stimulering van de bouw in de zorg. Het gaat voor de care om een bedrag van 160 mln.

Maatregelen die zich op deze post bevinden betreffen bijvoorbeeld de pakketmaatregel begeleiding .

156

Wat wordt er betaald uit de beheerskosten/diversen AWBZ?

Hieronder vallen de beheerskosten van het CAK, de zorgkantoren en de zorgverzekeraars in het kader van de uitvoering van de AWBZ. Bij het CAK gaat het vooral om kosten samenhangend met de uitvoering van de AWBZ-eigenbijdrageregelingen en de betalingen van AWBZ-verstrekingen aan instellingen. Voor zorgkantoren gaat het om de kosten samenhangend met de uitvoering PGB-regeling, service aan klanten (zorgbemiddeling), zorginkoop en toezicht op kwaliteit van de geleverde zorg. Bij zorgverzekeraars gaat het om kosten samenhangend met de registratie van AWBZ-verzekerden.

Voorts worden op de post «diversen AWBZ» de uitgaven geraamd en verantwoord samenhangend met de landelijke uitvoeringskosten PGB's van de Sociale Verzekeringsbank en de uitgaven door het College Sanering Zorginstellingen. De laatstgenoemde kosten betreffen subsidies in het kader van zowel de Saneringsregeling zorginstellingen – zowel cure als care – als de Saneringsregeling ambulancehulpverlening, waarmee de financiële gevolgen van het intrekken of beperken van een toelating van een instelling, het intrekken van een vergunning van een ambulancedienst en het wijzigen of opheffen van een vestigingsplaats van een Centrale Post voor het Ambulancevervoer (gedeeltelijk) kunnen worden opgevangen.

157

Hoe realistisch is de daling van de premie-uitgaven AWBZ van 2009 naar 2010 met 0,2% op basis van de dekking uit de post «langdurige zorg onverdeeld»?

De post «langdurige zorg» onverdeeld bevat naast de groei ruimte voor het komende jaar ook de ombuigingen op de diverse AWBZ sectoren.

158

Is de tabel met de jaarlijkse mutaties niet in strijd met de afspraak uit het regeerakkoord dat de AWBZ jaarlijks 2,5% duurder mag worden? Zo ja, welke consequenties verbindt de staatssecretaris hieraan?

Uit tabel op blz. 88 blijkt dat de uitgaven van de AWBZ in de periode 2008–2012 toenemen van € 21,1 naar € 23,4 mld. Deze toename met € 2,3 mld. past in de verwachting van het kabinet dat de uitgaven jaarlijks zullen toenemen met 2,5% door demografische ontwikkelingen en verbetering van de kwaliteit van de zorg (exclusief loon en prijsbijstellingen). De tabel laat ook zien dat de uitgaventoename in 2009 (en overigens ook in 2008) veel sterker is geweest dan de voorziene 2,5%. Tegen deze achtergrond heeft het kabinet besloten onder meer de pakketmaatregelen begeleiding door te voeren, zodat de uitgavengroei wordt beperkt. Dit effect is vooral zichtbaar in het uitgavenniveau 2010 en zal doorwerken in de jaren na 2010.

Door het ingezette beleid wordt weer een uitgavenontwikkeling bereikt conform de verwachting die is uitgesproken bij het aantreden van dit kabinet. Er is dan ook geen aanleiding om nu aanvullende activiteiten in gang te zetten.

159

Hoeveel kost de invoering van de zorgzwaartepakketten?

Het uitgangspunt van de invoering van de zorgzwaartebekostiging is altijd geweest dat deze budgettair neutraal per sector zou plaatsvinden. Bovenop de beschikbare middelen heb ik structureel € 250 miljoen per jaar extra beschikbaar gesteld voor de verpleeghuiszorg en € 72 miljoen

per jaar voor de zorg aan zware cliënten in de gehandicaptenzorg. Tevens wordt een snelle toegroei naar de ZZP-bekostiging bespoedigd door het inzetten van een deel van de 1% margeregeling op de contracteerruimte. Het aantal instellingen dat als gevolg van de invoering van de zorgzwaartebekostiging hun budget ziet toenemen is hierdoor groter dan het aantal instellingen dat hun budget ziet afnemen.

Daarnaast zijn er kosten die betrekking hebben op de invoering van een nieuw systeem.

In de begroting van 2010 heb ik 2,5 miljoen euro beraamd voor de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Met dit budget wordt onder andere het onderzoek ten behoeve van het onderhoud van het systeem en de communicatie naar cliënten en instellingen door VWS bekostigd. De kosten die zorginstellingen maken om zich voor te bereiden op de invoering van de zorgzwaartebekostiging vormen een onderdeel van de premie-uitgaven. De kosten die de ZBO's maken zijn opgenomen onder de noemer uitvoeringskosten die in de begroting zijn vermeld in de tabel op pagina 219.

160

Hoeveel mensen hebben nu een volledig pakket thuis?

Welke zorgzwaarte hebben de mensen die het volledig pakket thuis hebben?

Tevens antwoord op vraagnummer 185 en 186.

In 2009 ontvangen 677 mensen met een ZZP indicatie de zorg thuis via een volledig pakket thuis (VPT). Het VPT wordt vooral gebruikt door cliënten in de V&V met een relatief lichte zorgvraag. Daarnaast is er groep zwaardere cliënten. Bij deze groep gaat het met name om cliënten met een lichamelijke beperking of om kinderen met een lichamelijke dan wel geestelijke beperking (zie bijgevoegde tabel). Het is op dit moment lastig om een beeld te geven om welke zorgzwaartepakketten het gaat omdat de bekostiging van het VPT in 2009 plaatsvindt op oude bekostigingsparameters. Vanaf 1 januari 2010 heeft ieder VPT een prijs die gekoppeld is aan het geïndiceerde zorgzwaartepakket en kan dit beeld wel gegeven worden. Over het aantal mensen met een VPT in 2010 kan ik u nu nog niet berichten. In december 2009 is er een beeld van het aantal pakketten dat wordt ingekocht, dan zijn de productieafspraken gemaakt. De cijfers over het daadwerkelijk gebruik komen pas later beschikbaar.

In 2009 kan een extramurale aanbieder zorg thuis leveren aan cliënten met een ZZP-indicatie. Dat kan wanneer zij hierover afspraken maken met zorginstelling die hoofdverantwoordelijk wordt voor het leveren van het integrale pakket van zorg of wanneer het zorgkantoor de ZZP-indicaties inkoop in functies en klassen.

Als een instelling een VPT inkoop wordt zij hoofdverantwoordelijk voor het totale pakket van te leveren zorg voor de cliënt. Zij wordt aangesproken op de kwaliteit van zorg en dient ervoor te zorgen dat er voor de afgesproken prijs goede zorg geleverd wordt. Ieder pakket is opgebouwd uit een aantal zorgcomponenten en functies. Er is dus bij beide partijen zowel de instelling als de onderaannemer inzicht in de kosten opbouw van een pakket.

De hoofdaannemer blijft verantwoordelijk voor de vormgeving van de zorg en de bijbehorende kosten. Hierop wordt hij gecontroleerd, door het zorgkantoor maar ook door de IGZ. Dit betekent dat indien er sprake is van een teveel berekende overhead dit altijd een bespreekpunt zal zijn met het zorgkantoor. Het zorgkantoor toetst immers zowel op de prijs als de kwaliteit die voor die prijs geleverd wordt.

Tabel inzake aantal mensen met een VPT naar zorgzwaarte:

Volledig Pakket Thuis V&V		2009	
		Aantal dagen	mensen
Totaal aantal VPT verzekerden verblijf		78 091	214
Totaal aantal VPT verzekerden aanv. zorg		48 302	132
Tot. aantal VPT verz. beh. en verblijf		24 887	68
Tot. aantal VPT verz. zorgzwaartetoeslag		8 476	23
Totaal volledig pakket thuis		159 756	438

Volledig Pakket Thuis GGZ		2009	
		Aantal dagen	mensen
F040P	Volledig pakket thuis Verslavingszorg	0	0
F043	Volledig Pakket thuis KW	0	0
Totaal volledig pakket thuis		0	0

Volledig Pakket Thuis GHZ		2009	
		Aantal dagen	mensen
H020	Volledig pakket thuis verz.VG licht/matig	5 089	14
H021	Volledig pakket thuis verz.VG ernstig/z.ernstig	4 408	12
H022	Volledig pakket thuis verzekerden LG	7	0
H023	Volledig pakket thuis verzekerden JLVG	1	0
H024	Volledig pakket thuis verz. JLVG gedrag	366	1
H025	Volledig pakket thuis verz. JLVG MFC	0	0
H026	Volledig pakket thuis verz. ZG aud./comm.	0	0
H027	Volledig pakket thuis verz. ZG visueel	0	0
H028	Volledig pakket thuis VG zonder behandeling	71 781	197
H029	Volledig pakket thuis LG zonder behandeling	5 842	16
H030	Volledig pakket thuis ZG zonder behandeling	0	0
Totaal volledig pakket thuis		87 494	240
totaal			677

161

Hoe vaak is welke ZZP afgegeven in:

- *de Verzorging en Verpleging (1 tm 10)?*
- *voor mensen met een lichamelijke beperking (1 tm 7)?*
- *voor mensen met een verstandelijke beperking (1 tm 7)?*
- *voor jeugdigen met een verstandelijke beperking (1 tm 5)?*
- *voor de geestelijke gezondheidszorg (alle 13)?*

In de tabellen in bijlage 2 worden zowel in aantallen als in percentages de geïndiceerde ZZP's weergegeven vanaf 2007 tot en met het eerste halfjaar 2009. Bron gegevens: CIZ oktober 2009.

162

Hoe vaak is er bezwaar gemaakt tegen de toegekende ZZP? Hoe vaak gegrond en hoe vaak ongegrond?

Het CIZ heeft geen gegevens over het aantal bezwaren tegen de toegekende ZZP's. Het CIZ heeft aangegeven dat er in 2008 in totaal 3 481 bezwaren zijn ingediend, waarvan 17% niet ontvankelijk was, 20% is ingetrokken, 35% gegrond en 29% ongegrond. Dit betreffen zowel bezwaren tegen extramurale indicaties als tegen ZZP-indicaties.

163

Op welke grond is er de helft van de reguliere groeiruumte beschikbaar ten opzichte van 2011 en verder?

Bij aanvang van deze kabinetsperiode is de volumegroei voor de zorg over de jaren 2008–2011 beschikbaar gesteld. Voor de AWBZ loopt de groeiruimte op met € 616 miljoen in 2010 en vervolgens nogmaals met € 673 miljoen in 2011. In totaal € 1 289 miljoen. Ten opzichte van 2010 is er dus € 673 miljoen extra beschikbaar. De groei in de jaren 2012 en volgende is onderwerp van een nieuw regeerakkoord.

164

Hoeveel mensen hebben inmiddels geen OB of AB meer door de herindicaties?

Hoeveel mensen behouden begeleiding na de herindicatie?

Er zijn op dit moment maar een gering aantal mensen die als gevolg van de pakketmaatregelen inmiddels geen OB of AB meer hebben. De mensen met lichte beperkingen die zich in de loop van 2009 bij het CIZ melden voor een herindicatie omdat de geldigheid van de indicatie verstrijkt, kunnen gebruik maken van de gewenningsregeling. Na het eerste halfjaar krijgen 3 806 mensen nog 6 maanden OB en/of AB op grond van deze gewenningsregeling. Overigens blijkt een veel grotere groep inmiddels geen begeleidingsvraag meer te hebben of te zijn overleden.

In het herindicatietraject benadert het CIZ ongeveer 130 000 mensen die een in 2010 of later doorlopende extramurale indicatie hebben met OB en/of AB. Daarvan zullen naar verwachting 92 000 mensen hun aanspraak behouden. De ca. 29% die geen indicatie voor begeleiding meer krijgt, behoudt nog tot 1-1-2010 aanspraak op de geïndiceerde OB en/of AB.

165

Welke outcome-indicatoren wil de minister invoeren om de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg in ketens te meten?

Door ZiZo chronische zorg is voor DM type II, CVR en COPD een minimale dataset ontwikkeld. Deze dataset bevat parameters die reeds door veel ketenzorgorganisaties geregistreerd worden. In de NZA beleidsregel die dit najaar gepubliceerd wordt, zal opgenomen zijn dat administratie van deze parameters per 2010 verplicht is en dat er in 2011 rapportage verplicht zal zijn.

In 2010 zal ZiZo met de veldpartijen kwaliteitsindicatoren vaststellen. De indicatorensets die er vanuit allerlei bronnen al voor deze aandoeningen bestaan zullen hiervoor als basis dienen. Ik zal met partijen nader overleggen welke indicatoren worden gebruikt om de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg te meten. Deze elementen worden dus wel betrokken in de ontwikkeling van de indicatoren.

166

Blijft het programmabureau Zichtbare Zorg binnen de oorspronkelijke doelstellingen, de oorspronkelijke focus van het ontwikkelen van keuze- en inkoopinformatie? Hoe wordt nieuwe bureaucratie hier voorkomen?

Het programma Zichtbare Zorg richt zich primair op het ontwikkelen en beheren van informatie over de kwaliteit van de geboden zorg. Deze informatie kan gebruikt worden als keuze-informatie en inkoopinformatie, maar is ook relevant voor toezicht.

In de stuurgroepen werken zorgaanbieders samen met zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de IGZ om tot één gezamenlijke set kwaliteitsgegevens te komen. Op deze wijze wordt ervoor gezorgd dat indicatoren aansluiten bij de praktijk en een meerwaarde bieden voor de verschillende gebruikers van de informatie. Samenwerking met de veldpartijen in stuurgroepen moet juist voorkomen dat meerdere partijen de instellingen bevragen wanneer vergelijkbare informatie al beschikbaar is. Die samen-

werking is eerder ook bij het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording succesvol gebleken.

Zichtbare Zorg draagt bij aan het beheersen van de bureaucratie door zich in te zetten voor één loket voor het aanleveren en opvragen van de gegevens, één taal om kwaliteit te definiëren en één standaard voor betrouwbaarheid van data.

Deze opdracht brengt een aantal noodzakelijke afgeleide taken met zich mee, zoals het verzamelen van de gegevens – waarvoor een data infrastructuur nodig is –, het toetsen van de kwaliteit van de verzamelde gegevens en het structurele onderhoud van de ontwikkelde indicatoren.

167

Welke consequenties heeft het stopzetten van de samenwerking tussen de Orde van Medisch Specialisten en het bureau Zichtbare Zorg (ZiZo) voor het verhogen van de kwaliteit van zorg? Zijn hier ook budgettaire consequenties aan verbonden?

De samenwerking tussen de Orde van Medisch Specialisten en het bureau Zichtbare Zorg is niet stopgezet. De Orde van Medisch Specialisten heeft aangegeven met Zichtbare Zorg in gesprek te gaan over de inbreng van de medisch specialisten bij de ontwikkeling van indicatoren. Het heeft geen budgettaire consequenties.

168

Hoe wil de minister de rol van de patiëntenorganisaties binnen de zorggroepen en de invloed binnen de keten-DBC's versterken?

De patiëntenorganisaties zijn actief betrokken bij de ontwikkeling van zorgstandaarden. Daarmee hebben zij een belangrijke rol in het chronisch ziekenbeleid en de eisen die aan verantwoorde zorg voor chronisch zieken worden gesteld.

169

Wat zijn de kosten van het early warning systeem?

Ik heb de NZa gevraagd om samen met de IGZ een early warning systeem te ontwikkelen. Omdat het systeem nog in ontwikkeling is en er nog keuzes dienen te worden gemaakt in het kader van de precieze vormgeving, kan ik nog geen antwoord geven op deze vraag.

Het EWS is hoofdzakelijk gestoeld op een meldplicht voor zorgaanbieders en zal zoveel mogelijk gebruik moeten maken van bestaande indicatoren en gegevensbronnen, zoals het jaardocument maatschappelijke verantwoording. Het EWS dient bovendien zoveel mogelijk aan te sluiten bij de informatievoorziening die het bestuur en het toezichthoudend orgaan nodig hebben voor goede interne besluitvorming en sturing van de organisatie. Ten slotte zal het EWS daar waar mogelijk aan kunnen sluiten bij bestaande signaleringssystemen van zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Met de hierboven beschreven vormgeving van het EWS beoog ik de administratieve lasten en de kosten tot een minimum te beperken.

170 en 171

*Kan worden aangegeven wat de ervaringen zijn van de organisaties ten opzichte van de nieuwe subsidiesystematiek (regeling PGO)?
Welke gewenste effecten zijn reeds zichtbaar van de subsidieregeling PGO?*

De nieuwe Subsidieregeling PGO is gestart op 1 januari 2009, en omvat twee subsidievormen: instellingssubsidie en projectsubsidie.

De instellingssubsidie bestaat uit een basisdeel dat wordt berekend op basis van het ledenaantal, en een ontwikkeldeel. De organisaties hebben meer vrijheid en verantwoordelijkheid omdat ze pas achteraf verantwoording hoeven af te leggen over de bestede subsidie. De verantwoordingen voor 2009 worden volgend jaar ingediend, dan pas kunnen de eerste effecten worden beoordeeld.

De projectsubsidies worden verstrekt in tranches van maximaal vier jaar. De beoordelingsronde projectsubsidies voor de eerste tranche is door de onafhankelijke Programmaraad van advies voorzien. De staatssecretaris en ik hebben Uw Kamer bij brief van 24 juli 2009 geïnformeerd over de toekenning van die projecten. Een aantal projecten wordt op dit moment herzien en opnieuw ter beoordeling voorgelegd. Uiteindelijk zullen maximaal 120 projecten van start kunnen gaan. Op dit moment spreek ik met een aantal partijen (onder andere PGO-sUPPORT, PGO-organisaties, PGO-koepels en de Programmaraad) over verbeteringen die op korte termijn gedaan kunnen worden om het beleids- en beoordelingskader voor de tweede tranche projectsubsidies te optimaliseren. De indienings-termijn van deze ronde loopt tot 1 juli 2010. Naar verwachting zal Uw Kamer het aangepaste kader begin 2010 ontvangen.

Aangezien de Subsidieregeling PGO nog maar kort geleden van start is gegaan, is het meten van effecten nog niet aan de orde. Een complete evaluatie van zowel de regeling als het beleids- en beoordelingskader zal plaatsvinden in 2011. De eerste ervaringen van de PGO-organisaties worden al wel meegenomen in de aanpassingen van het beleids- en beoordelingskader, welke per 1 januari 2010 in zullen gaan.

172

Wat is de verklaring voor de daling in percentage tussen 2007 en 2008 bij het onderdeel indicatieaanvragen dat is afgedaan binnen de wettelijke termijn (0 tot 6 weken)?

In 2008 is het aantal indicatieaanvragen AWBZ toegenomen en heeft het CIZ in het laatste kwartaal van 2008 na finale besluitvorming in de Tweede Kamer bij de eindstemming over de begroting VWS 2009 in relatief korte tijd de voorbereiding op de uitvoering van de pakketmaatregelen 2009 moeten afronden. De weergave van de percentages betreffen de doorlooptijden inclusief die waarvan de doorlooptijd niet te wijten is aan het CIZ. Het gaat dan onder andere om verzocht uitstel door de cliënt of het wachten op (aanvullende) informatie van derden, zoals bijvoorbeeld de behandelend huisarts en/of specialist. Het CIZ neemt maatregelen om de doorlooptijden van aanvragen > 6 weken terug te dringen. De staatssecretaris van VWS heeft de Tweede Kamer daarover bij brief van 1 december 2008 geïnformeerd (Kamerstukken II 2008/09, 26 631, nr. 287). Korthedshalve zij hiernaar verwezen.

173

Waarom is het streven van de regering niet om het percentage indicatieaanvragen op langere termijn naar 100% te brengen? Verwacht de regering dat er de komende jaren een grote toeloop van indicatievragers is waardoor dit percentage niet gehaald gaat worden?

Vooralsnog kan ook in 2009 een toename van het aantal indicatieaanvragen AWBZ worden geconstateerd. Het percentage van 100% is niet haalbaar aangezien het CIZ voor haar werk mede afhankelijk is van (aanvullende)... (medische) informatie van zorgaanbieders en zorgprofessionals. Daarnaast kan het indicatiebesluit op verzoek van de klant worden uitgesteld, zoals bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname. Medio 2009 zal het percentage aanvragen waarvan de doorlooptijden > zes weken dat niet te wijten is aan het CIZ in het systeem zichtbaar gemaakt worden. Dat laat onverlet dat het CIZ verbeteringen in haar processen doorvoert teneinde

de overschrijding van de wettelijke termijn zoveel mogelijk te minimaliseren. Zie tevens het antwoord op vraag 172.

174

Is de streefwaarde van 100% met betrekking tot de kwaliteit van de zorg in de gehandicaptenzorg op de lange termijn realiseerbaar en welke instrumenten worden hiervoor ingezet?

Momenteel wordt er voor de gehandicaptenzorg-sector een nieuw instrumentarium ontwikkeld om de cliëntervaringen te meten. Naar verwachting is dit instrumentarium begin 2010 gereed. Vervolgens kunnen instellingen hiermee aan de slag. In beginsel is het de bedoeling dat de cliënten 1x in de 3 jaar zullen worden bevroegd. Daarom is het mogelijk dat instellingen ervoor kiezen om in 2010, 2011 of in 2012 voor de eerste keer de cliëntervaringen, volgens het nieuwe instrumentarium, te meten. Concreet betekent dit, zoals het er thans uitziet, dat in 2012 voor de hele gehandicaptenzorg-sector inzicht is in de cliëntervaringen. Dit maakt onderdeel uit van afspraken die in het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg zijn gemaakt en maken daarmee eveneens deel uit van de verantwoording via het jaardocument.

175

Hoeveel formulieren zijn er in te vullen om de kwaliteit van zorg te registreren? Kunt u een onderverdeling maken per zorgsector in de langdurige zorg? Hoeveel tijd zijn verpleegkundigen en verzorgenden hieraan kwijt?

VVT

De bevraging van cliënten (CQ) gebeurt 1x per 2 jaar. Dit wordt door een extern bureau uitgevoerd, zonder tussenkomst van verzorgende of verpleegkundige.

De zorginhoudelijke kwaliteitsmeting vindt jaarlijks plaats. De vragenlijst, die onderdeel is van het jaardocument, bestaat uit verschillende onderdelen:

- een onderdeel betreft algemene organisatiegegevens. Deze lijst (13 vragen) moet per organisatie-eenheid 1x worden ingevuld. Dit gebeurt niet door verzorgend/verpleegkundig personeel.
- voor de psychogeriatrische en somatische cliënt dient voor iedere cliënt een 40-tal vragen door verzorgende/verpleegkundige te worden beantwoord.
- voor Zorg thuis dient de verzorgende/verpleegkundige per cliënt 28 vragen te beantwoorden.

Op dit moment is gemiddeld 15 minuten per cliënt nodig om de vragenlijst in te vullen (blijkt uit evaluatie eerste meting).

Langdurende GGZ

Voor de langdurende GGZ is de CQ momenteel in ontwikkeling. Een aantal zorginhoudelijke indicatoren (o.a. wachttijdregistratie en informatie over separatie) worden voornamelijk uit de zorgadministratie gegene-reerd. Voor een aantal indicatoren wordt een groot aantal vragen door de cliënt zelf beantwoord; de hulpverlener heeft hier wel een rol in. Niet bekend is hoeveel tijd hiermee voor de hulpverlener gemoeid is.

GZ

Voor de gehandicaptenzorg is nog geen uitspraak te doen over aantallen vragenlijsten en het tijdsbeslag voor persoonlijk begeleiders. Dit omdat zowel de zorginhoudelijk vragenlijsten voor verschillende subgroepen en de vragenlijsten voor de bevraging van cliënten nog in ontwikkeling zijn.

De zorginhoudelijke vragenlijst voor volwassen verstandelijk gehandicapten is wel afgerond en bestaat uit 3 onderdelen, waarvan alleen deel 3 door de persoonlijk begeleider moet worden ingevuld. Deel 1 betreft algemene organisatiegegevens en deel 2 betreft de administratie rond een cliënt. Deze onderdelen kunnen ook door anderen worden ingevuld. De vragenlijsten gaan onderdeel uitmaken van het jaardocument. Het tijdsbeslag voor de persoonlijk begeleider is onbekend, aangezien er nog geen meting heeft plaatsgevonden.

Voor de hele caresector geldt dat door het meten van de indicatoren deel uit te laten maken van het primaire proces (bv tijdens bespreking zorgplan) en door het betere gebruik van ICT-mogelijkheden (zoals gebruik van elektronisch cliëntendossier) veel (tijd)winst kan worden behaald. Door de vragenlijst onderdeel uit te laten maken van het jaardocument, wordt er een beperking aangebracht in het aantal verschillende vragenlijsten, waardoor voor instellingen een beperking in de administratieve lasten wordt gerealiseerd.

176

Waarom zijn er zo weinig prestatieindicatoren ingevuld?

In de tabel op pagina 95 worden prestatie-indicatoren gegeven die ingaan op prevalentie en op percentages/scores/aantallen. De genoemde gegevens zijn vaak bundeling van verschillende onderliggende datasets, waardoor het lastig is om voor tussenliggende jaren concrete gegevens te destilleren. De populatie van individuele verpleeg- of verzorgingshuis, of cliënten die van de thuiszorg gebruik maken, is sterk bepalend voor de prevalentie. Het is daarom moeilijk om de streefwaarde voor alle verpleeg-, verzorgingshuizen of voor de thuiszorg sector in 1 cijfer weer te geven.

Wat betreft de ontwikkeling ketenzorg-indicatoren (5): voor 2 ziektebeelden zijn deze indicatoren ontwikkeld en worden deze ingevoerd. Voor 2 andere ziektebeelden wordt hard gewerkt om in 2010 in een pilot te kunnen bezien of deze indicatoren ook de juiste zijn. De tussenliggende periode wordt gebruikt om deze ketenindicatoren – in overleg met betrokken veldpartijen – te ontwikkelen.

Wat betreft afbouw meerbedskamers (7): dit traject is gestart in 1998. Toen waren er 27 665 drie- tot zespersoonskamers. Doel was deze meerbedskamers om te bouwen naar eenpersoonskamers of (splitsbare) tweepersoonskamers. Om dit te bereiken zijn met de desbetreffende instellingen afspraken (waaronder ver- en nieuwbouw) gemaakt. In mei 2009 waren er nog 8 789 plaatsen in meerbedskamers. Naar verwachting wordt het aantal plaatsen in meerbedskamers in de komende jaren verminderd met 690 plaatsen (2009), 2 250 plaatsen (2010), ca. 3 000 plaatsen (2011). Daarna resteren er nog 1 500 plaatsen in meerbedskamers, die nog door renovatie of (kleinschalige) nieuwbouw moeten worden omgezet naar eenpersoonskamers of (splitsbare) tweepersoonskamers (zie ook: TK 2008–2009, 30 597, nr. 101).

177

Op sommige indicatoren gaat het de verkeerde kant op, zoals bij prevalentie van decubitus, gaat de staatssecretaris daar beleid op voeren?

De waarden achter de prestatie-indicatoren «prevalentie decubitus» op pagina 95 zijn niet met elkaar te vergelijken. De waarde 2007 is afkomstig uit de LPZ-meting (waaraan niet alle instellingen in de VVT hebben deelgenomen) en de waarde 2008 is afkomstig uit de meting Normen Verantwoorde Zorg (waaraan de hele VVT-sector heeft meegedaan). Voor 2007 was er nog geen informatie beschikbaar vanuit de Normen Verantwoorde Zorg; daarom is voor de prestatie-indicator de uitkomst van de LPZ-me-

ting gehanteerd. Uit de genoemde cijfers kan dus niet geconcludeerd worden dat het met decubitus de verkeerde kant uit gaat. Via het programma Zorg voor Beter is kennis beschikbaar voor instellingen om te werken aan het terugdringen van decubitus (en andere onderwerpen). Instellingen worden actief aangemoedigd hieraan deel te nemen. Vooralsnog zal ik daar bovenop geen extra impulsen geven om prevalentie van decubitus te verminderen of te voorkomen.

178

Er is € 42 tot € 72 mln. uitgetrokken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor gehandicapten met een hoog zorgzwaartepakket. In hoeverre profiteren gehandicapten zonder extreme zorgzwaarte van de kwaliteitsverbeteringen in de gehandicaptenzorg en hoe wordt dit gemeten?

In het kader van Zorg voor Beter zijn er diverse verbetertrajecten met thema's die ook voor de gehandicaptenzorg van toepassing zijn. Daarnaast heeft de sector gehandicaptenzorg gezamenlijk gewerkt aan het Verbeterplan Kwaliteit Gehandicaptenzorg, dat ook raakvlakken heeft met het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Onder de paraplu van Zorg voor Beter wordt hiervoor aan een concreet plan van aanpak gewerkt. Dit komt volgend jaar beschikbaar voor de sector. Deze instrumenten zijn ten gunste van iedereen in de gehandicaptenzorg.

Op basis van IGZ-rapport «Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk» (2007) is echter de constatering gedaan dat voor mensen met grotere zorgzwaarte extra impulsen in de kwaliteit van de zorgverleners nodig was, vandaar dat de extra middelen zijn besteed aan de hogere zorgzwaartepakketten. In het kader van de zorginhoudelijke kwaliteitsmetingen en de bevraging van cliënten zal duidelijk worden of hiermee een positieve bijdrage wordt geleverd aan de kwaliteit van zorg.

179

Op welke wijze worden cliëntenorganisaties betrokken bij het stimuleringsprogramma «In voor zorg»?

«In voor zorg» is een stimuleringsprogramma gericht op individuele zorginstellingen. De zorginstellingen zelf voeren de verbeteringen door gericht op hun cliënten en personeel. Bij dit proces is de rol van de cliëntenraden (en ondernemingsraden) cruciaal. Bij het opstellen van het plan van aanpak, waarin afspraken worden gemaakt over welke verbeteringen worden doorgevoerd, worden deze raden actief betrokken.

180 en 181

Hoe is de voortgang van de doelstelling om casemanagement uiterlijk in 2011 deel te laten uitmaken van het totale aanbod van samenhangende dementiezorg?

Hoe staat het met de voortgang van de doelstelling om casemanagement uiterlijk in 2011 deel te laten uitmaken van het totale aanbod van samenhangende dementiezorg? Wat wordt hiervan al in 2009 en 2010 gerealiseerd? Om welke vorm van casemanagement gaat het dan precies?

Om welke aantallen gevallen van casemanagement gaat het in de kabinetsplannen, en hoe verhouden de realisaties zich hier tot de doelstellingen? Welk deel van de gevallen van casemanagement valt onder de Zvw, welk deel onder de AWBZ en welk deel onder de Wmo? Welke budgettaire bedragen zijn hiermee gemoeid in 2009 t/m 2011? Welk deel van de uitgaven aan casemanagement wordt gefinancierd uit de Zvw, welk deel uit de AWBZ en welk deel uit de Wmo? In hoeverre ervaart de regering de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde casemanagers als een belemmering om de doelstelling te realiseren?

Bij casemanagement gaat het om personen die dementerenden en/of hun naasten kunnen helpen gedurende het ziekteproces bij het vinden van de juiste vorm van ondersteuning en zorg. Het programma ketenzorg dementie kent twee sporen. Het ene spoor betreft het stimuleren van de regionale projecten om casemanagement in hun regio te (gaan) ontwikkelen. Inmiddels is dit in 40% van de regio's gerealiseerd. In de overige regio's zijn activiteiten in ontwikkeling om casemanagement ook te gaan vormgeven de komende jaren. Dit tussenresultaat geeft het vertrouwen dat de doelstelling in 2011 kan worden gerealiseerd. Het tweede spoor betreft de versterking van de financiering van casemanagement. Dit gebeurt in de AWBZ door middel van de stimuleringsregeling dementie die in 2009 is ingevoerd of via de inkoopafspraken die zorgkantoren voor 2010 gaan maken met zorgaanbieders. Begin november 2009 worden deze afspraken vastgelegd zodat daarna zichtbaar zal worden in hoeverre afspraken zijn gemaakt over inkoop ketenzorg dementie inclusief casemanagement. Overigens wordt ook via gemeenten (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (met name GGZ) casemanagement dementie gefinancierd. Op dit moment is geen informatie beschikbaar over de verdeling van de kosten over de drie wetten.

Door de toename van de doelgroep en de verbreding van casemanagement naar alle regio's zal de vraag naar casemanagers toenemen. Naast de inzet van bestaande zorgverleners die zich (ook) met casemanagement gaan bezig houden, wordt ook geïnvesteerd in het opleidingstraject voor casemanagers. Vanwege deze extra inzet wordt de beschikbaarheid van casemanagers vooralsnog niet als een belemmering ervaren voor het bereiken van de beleidsdoelstelling.

182

Kunt u voor uw departement aangeven wat de kennis- en onderzoeksgerateerde uitgaven zijn die meetellen voor de kennisinvesteringsagenda en/of de Lissabonstrategie?

Het antwoord op deze vraag kan slechts bij benadering worden gegeven, omdat de verschillende kennis en onderzoeksgerateerde uitgaven soms ook uitvoerings- en implementatie-activiteiten bevatten, die niet expliciet als zodanig zijn begroot. De hieronder genoemde uitgaven hebben voor het merendeel betrekking op onderzoek, ontwikkeling, innovatie en kennis-syntheses; ook effectiviteitsstudies en proefimplementaties vallen daaronder. Uitgaven die voor het merendeel betrekking hebben op onderwijs, advisering, uitrol van innovaties en uitvoering (bijv. van leefstijlcampagnes) zijn niet meegenomen.

ZonMw	€ 136,0 mln
RIVM	€ 117,4 mln (waaronder een deel uitvoeringskosten)
NVI	€ 7,7 mln (betreft alleen strategisch onderzoek)
SCP	€ 4,6 mln (excl kennisverspreiding)
NIVEL	€ 5,8 mln (structurele subsidie)
Trimbos-instituut	€ 4,3 mln (structurele subsidie)
Div. kenniscentra	€ 24,6 mln
NKI	€ 14,8 mln
FES-subsidies	€ 54,7 mln (die via VWS worden verstrekt)
Alg. Innovatiebeleid	€ 36,0 mln
= Totaal	€ 406 mln

183

De regering wil in 2010 de uitvoering van het plan «Zorg voor mensen met dementie» (Kamerstuk 25 424, nr. 68) voortzetten. In dit plan heeft de regering het probleem geconstateerd dat de diagnose dementie vaak pas na enkele jaren «tobben» wordt gesteld. Wat is er sinds het opstellen van het plan bereikt in het eerder stellen van de diagnose, en wat gaat er de komende jaren gebeuren om ervoor te zorgen dat het feit dat mensen aan

dementie lijden tijdig wordt onderkend? Welke middelen stelt de regering hiervoor beschikbaar?

Het aspect vroegsignalering komt uitdrukkelijk aan de orde in het project ketenzorg dementie. In het kader van dit project is een leidraad opgesteld in overleg met Alzheimer Nederland, waarin de diverse zorgstappen zijn beschreven die moeten worden doorlopen in het kader van ondersteuning en zorgverlening aan dementiecliënten en hun naasten. Dit begint bij het herkennen van het zogenaamde «niet-pluis-gevoel». Inzet is om vanaf dat moment de cliënt te ondersteunen. Om dit mogelijk te maken worden ketens van zorgverleners gevormd (onder meer huisarts, geheugenpoli, thuiszorg, welzijnswerk, verpleeghuiszorg). In het merendeel van de regio's zijn deze ketens tot stand gekomen of zijn plannen in de maak om deze ketens te vormen. De regionale initiatieven worden ondersteund door het kernteam ketenzorg dementie waarin naast VWS ook Alzheimer Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Actiz zijn vertegenwoordigd. Via een website en landelijke bijeenkomsten wordt informatie aangereikt en ervaringen uitgewisseld. Daarnaast is in 2009 een aanvullend budget van € 10 mln. beschikbaar gekomen om ketenzorg dementie-initiatieven te ondersteunen en is ketenzorg dementie opgenomen als prioritair gebied binnen de zorginkoop AWBZ van zorgkantoren.

184

Hoe hangt de verbetering van de gehandicaptenzorg samen met het stoppen met de extra middelen voor de extreme zorgzwaarte van de sglvg?

Voor de verbetering van de gehandicaptenzorg is structureel € 72 miljoen beschikbaar vanaf 2010. Voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte cliënten (sglvg-cliënten) is in de ZZP-systematiek het pakket VG7 ontwikkeld. In 2010 krijgt iedere instelling – die kwalitatief verantwoord de zorg aan VG7-cliënten kan leveren – de daarbij passende vergoeding. Voor die cliënten die qua zorgzwaarte uitstijgen boven de hoeveelheid zorg zoals die is opgenomen in VG7, bestaat er de mogelijkheid om een beroep te doen op de regeling «extreme zorgzwaarte». Er is geen sprake van het stoppen met extra middelen voor extreme zorgzwaarte voor deze cliëntengroep.

185

Het Volledige Pakket Thuis (VPT) mag in 2010 ook door extramurale zorgaanbieders worden verstrekt. Is al inzichtelijk te maken hoeveel mensen in 2009 hebben gekozen voor het VPT en is hier een onderscheid te maken naar doelgroepen?

Als een aanbieder van een VPT onderaannemer wordt is er dan niet het risico van extra kosten die doorberekend worden en uiteindelijk resulteren in minder zorguren voor de client? Zie antwoord op vraag 160.

186

De onderaannemer zal ongetwijfeld overhead hebben. Wie controleert dit? Gaat de hoofdaannemer niet iets bij de onderaannemer in rekening brengen?

Zie antwoord op vraag 160.

187

Welke streefcijfers en welk tijdspad hanteert de regering voor het terugdringen van de overbelasting van mantelzorgers van dementiepatiënten? Welke cijfers ten aanzien van overbelasting van deze mantelzorgers worden maximaal aanvaardbaar geacht? Welke concrete maatregelen

worden genomen om de overbelasting van mantelzorgers ook in de verdere toekomst aanvaardbaar te houden, mede gelet op de stijging van het aantal mensen met dementie van 230 000 nu naar meer dan een half mln. in 2050, en gelet ook op het streven van de regering om de arbeidsparticipatie verder te verhogen? Welke concrete maatregelen worden genomen om mensen met dementie en hun naasten te laten bijstaan door een professionele vaste ondersteuner en begeleider (casemanager), zodat de patiënt met dementie zorg op maat krijgt en de mantelzorgers minder wordt belast?

Aandacht voor dementiezorg is een van de speerpunten van mijn beleid. Het gaat daarbij niet alleen om de patiënt met dementie maar ook om de mantelzorgers die een zware taak op zich moeten nemen om de patiënt te ondersteunen. Het is niet mogelijk om de mantelzorgers volledig te ontlasten, wel is mijn inzet om waar mogelijk hun taak te verlichten en de professionele zorg te ondersteunen. Dit is moeilijk in cijfers uit te drukken. Ten aanzien van het tijdspad heb ik wel een scherp perspectief voor ogen. In 2011 wil ik dat een landelijk dekkend netwerk aanwezig is van regionale zorgketens waarbij dementiezorg en ondersteuning samenhangend worden aangeboden. Om dit mogelijk te maken ben ik samen met Alzheimer Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Actiz in 2008 gestart met het project ketenzorg dementie. In het kader van het project ketenzorg is een leidraad opgesteld in overleg met Alzheimer Nederland, waarin de diverse zorgstappen zijn beschreven die moeten worden doorlopen in het kader van ondersteuning en zorgverlening aan dementiecliënten en hun naasten. Casemanagement maakt daar deel van uit en is een belangrijke schakel waarmee mantelzorgers kunnen worden ontlast. Ook worden ketens van zorgverleners gevormd (onder meer huisarts, geheugenpoli, thuiszorg, welzijnswerk, verpleeghuiszorg). In het merendeel van de regio's zijn deze ketens tot stand gekomen of zijn plannen in de maak om deze ketens te vormen.

Verder geven de, door mij samen met de VNG en Mezzo, ontwikkelde basisfuncties voor de ondersteuning van mantelzorgers gemeenten handvatten voor de lokale ondersteuning van mantelzorgers. Basisfuncties zijn bijvoorbeeld respijtzorg, informatieverstrekking en begeleiding. Deze zijn voor mantelzorgers van dementerenden feitelijk onmisbaar. Ik financier een uitgebreid ondersteuningstraject dat onlangs is gestart, dat erop is gericht gemeenten actief te adviseren bij het uitwerken en implementeren van de basisfuncties. Ik zal hierbij speciaal aandacht vragen voor mantelzorgers van dementerenden.

Daarnaast gaat SCP dit jaar onderzoek doen naar de vraag waarom mantelzorgers zo laat hulp zoeken.

188

Kan de staatssecretaris de bedragen van € 127 mln. voor gemeenten, € 10 mln. voor onderwijs en € 12,6 mln. voor de jeugdzorg voor het opvangen van de beperking van AWBZ-aanspraken toelichten? Waar zijn deze bedragen op gebaseerd?

Door het kabinet is bij de voorbereiding van de pakketmaatregel AWBZ 2009 onderkend dat het niet uitgesloten is dat als gevolg daarvan mensen zich bij een loket op een andere domein zullen melden. Voor dat mogelijk effect is door het kabinet voor 2009 € 50 mln., oplopend vanaf 2010 tot structureel maximaal € 150 mln. ter beschikking gesteld. Bij de besluitvorming over de Voorjaarsnota 2009 is door het kabinet beslist over de precieze verdeling van die gelden en heeft die besluitvorming haar beslag gekregen in de eerste suppletore begrotingswet 2009. Daaraan voorafgaand is er overleg geweest met de meest betrokken partijen (IPO, VNG) en ambtscollega's (van J&G, Financiën, OCW en BZK). Op basis daarvan en mede op grond van de uitkomsten van extern onderzoek naar de te

verwachten effecten voor jeugd en gemeenten (Wmo) is de verdeling tot stand gekomen, zoals in de vraag aangegeven en eerder bij brief van 23 juni 2009 (Kamerstukken II 2008/09 30 597, nr. 79) aan de Tweede Kamer gemeld.

189

Wat zijn de criteria voor een lichte beperking binnen de pakketmaatregelen begeleiding?

Het onderscheid tussen lichte, matige en zware beperkingen heb ik toegevoegd in mijn brief van 16 september 2008 (Kamerstukken II, 2008–2009, 30 597, nr. 34). Ook kunt u in de Beleidsregels indicatiestelling nalezen hoe dit in regelgeving is verankerd.

190

Beschouwt de minister de inkomsten in het AFBZ als opbrengsten uit premies of tarieven, zoals beschreven in artikel 91 lid 1 van de Comptabiliteitswet? Zo nee, waarom niet?

Het AFBZ wordt gevoed door de volgende geldstromen: premies (via de Belastingdienst), Rijksbijdragen en eigen bijdragen. Deze inkomsten worden beschouwd als opbrengsten van bij of krachtens de wet ingestelde heffingen, zoals genoemd in artikel 91 lid 1 Comptabiliteitswet. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) beheert de in- en uitgaande geldstromen in het AFBZ. Zij bezit publiekrechtelijke rechtspersoonlijkheid en wordt op grond van genoemd artikel als rechtspersoon met een wettelijke taak (RWT) beschouwd.

191

Komt de stand van zaken uitvoering AWBZ door zorgkantoren nog voor de begroting richting de Kamer?

Nee. Ik verwacht het toezichtsrapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) na de begrotingsbehandeling. Op basis van artikel 28 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) rapporteert de NZa elk jaar voor 1 december aan de Minister van VWS over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ. Ik kan u na de begrotingsbehandeling op basis van het nog te ontvangen NZa-rapport informeren over de stand van zaken uitvoering AWBZ door zorgkantoren.

192

Voor hoeveel mensen is de WTCG?

Welke adviezen en rapporten zijn er verschenen rond en over de WTCG? Hoe is de € 2,3 mld. opgebouwd die de WTCG kost, en bij welke ministeries komt dat vandaan?

Het aantal mensen dat in aanmerking zal komen voor de tegemoetkoming bedraagt ca 1,8 mln mensen. De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de staatssecretaris van Financiën hebben de Kamer geïnformeerd via brieven (Kamerstuk 31 200, nr. 160, Kamerstuk 29 689, nr. 188, Kamerstuk 31 706, nr. 10), het Vektisrapport en de wet Regeling van een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Kamerstuk 31 706).

In de brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2008 (Kamerstuk 31 706, nr. 10) is het volledige financiële overzicht van de overgang van de Buitengewone Uitgavenregeling naar Wtcg weergegeven (zie onderstaande tabel).

Tabel Financiële effecten

	(mld. euro)
Opbrengsten	2,8
a. Afschaffen buitengewone uitgavenregeling	2,4
b. Besparing inkomensafhankelijke regelingen	0,3
c. te bezien bij Voorjaarsnota	0,1
Bestedingen*	
a. Dekking motie Van Geel/algemeen koopkrachtbeeld	0,5
b. Aanvullend koopkrachtpakket in relatie WTCG	0,2
b. Specifieke compensatie	1,3
b1. tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten	0,5
b2. verlagen eigen bijdrage AWBZ en Wmo	0,3
b3. nieuwe fiscale regeling	0,5
c. Generieke compensatie	0,8
c1. ouderen	0,4
c2. arbeidsongeschikten	0,3
c3. huurtoeslag, adoptie	0,1

193

Kunnen alle type instellingen in aanmerking komen voor de onderzoeks- en adviestrajecten? Zijn er bepaalde eisen waaraan deze instellingen moeten voldoen?

Het stimuleringsprogramma Kleinschalige zorg biedt WTZi-toegelaten instellingen onder andere financiële ondersteuning bij het uitvoeren van een onderzoeks- en adviestrajecten, in de vorm van een haalbaarheidsstudie. Het stimuleringsprogramma Kleinschalige zorg is gericht op kleinschalige-zorg aan mensen met zware vormen van dementie (minimaal ZZP VV5). Instellingen die reeds zorg leveren aan deze doelgroep en deze zorg kleinschalig willen gaan leveren en instellingen die voornemens zijn kleinschalige zorg aan deze doelgroep te gaan leveren komen in aanmerking voor deze haalbaarheidsstudies.

Onder kleinschalige zorg wordt hier het volgende verstaan: zorg die verleend wordt door instellingen of delen daarvan aan uitsluitend personen in verband met een psychogeriatrische aandoening, gepaard gaande met een beschermende woonomgeving (minimaal ZZP VV5). Deze beschermende woonomgeving bestaat uit een zelfstandige woning die, naast één of meer privévertrekken voor de bewoners afzonderlijk, over ruimte(n) beschikt waar men gezamenlijk kan verblijven, alsmede een gezamenlijke keuken ten behoeve van koken op de groep. De voorziening heeft een beperkte omvang, dat wil zeggen dat zij huisvesting biedt aan ten hoogste acht personen per woning.

Voor elke instelling geldt een eigen bijdrage van minimaal 20% per haalbaarheidsstudie. De maximale bijdrage vanuit het stimuleringsprogramma bedraagt € 15 000,- per haalbaarheidsstudie.

Voor de volledigheid verwijs ik u naar de brief over de uitvoering van de motie De Vries en de aanwijzing van de NZa t.b.v. de beleidsregel kleinschalige zorg, die ik op 23 oktober 2009 naar uw Kamer heb gezonden.

194

Wat zijn de gevolgen voor het AWBZ Fonds van het oplopen van de Bijdrage in kosten van kortingen (BIKK)? Wat is op dit moment het saldo van het AWBZ Fonds?

Via de BIKK worden de volksverzekeringsfondsen gecompenseerd voor een premiederving die resulteerde uit de herziening van het belastingstelsel in 2001. De BIKK volgt de ontwikkeling van de heffingskortingen en het aandeel van de AWBZ-premie in de eerste schijf.

De BIKK is voor het AWBZ Fonds één van de inkomstenbronnen. Het oplopen van de BIKK heeft op zich een gunstig effect op het saldo van het AWBZ Fonds.

Voor 2009 wordt een negatief exploitatiesaldo van € 3,8 miljard en een negatief vermogenssaldo voorzien van € 6,2 miljard.

195

Is er een verklaring te geven, en zo ja welke, waarom het aantal mensen met een motorische beperking die vrijwilligerswerk doet een lichte daling laat zien?

Nee, er is geen specifieke verklaring.

Onderzoek naar de deelname aan vrijwilligerswerk vertoont zowel in het algemeen als voor specifieke groepen lichte fluctuaties naar boven en beneden in de loop der tijd. Die fluctuaties hebben te maken met alle maatschappelijke en individuele factoren die op het meetmoment op de deelname aan vrijwilligerswerk van invloed zijn.

196

Wat kost een aanbesteding aan juridisch advies voor een gemiddelde gemeente?

Hoeveel alfahulpen hebben een contract gekregen n.a.v. de wetswijziging?

Hoeveel geld is er aan «lantarenpalen» besteed van het welzijnsgeld?

Hoeveel mensen zeggen hun huishoudelijke zorg indicatie af? Moeten gemeenten dit registreren?

De juridische kosten zijn beperkt, tenzij een procedure dreigt of wordt gevoerd.

Zo bezien is er geen sprake van een gemiddelde gemeente.

Op dit moment is niet bekend hoeveel alfahulpen een contract hebben gekregen n.a.v. de wetswijziging.

Uit hoofde van de motie Wolbert (TK 2009, 31 795, nr. 26) zal ik de arbeidsmarktgevolgen van de wetswijziging Wmo in kaart brengen.

Op grond van de afspraken uit het financieel arrangement van het rijk met de VNG zijn gemeenten binnen de kader van de Wmo vrij in de besteding van de Wmo-middelen.

Over de vraag hoeveel mensen hun huishoudelijke zorg indicatie afzeggen zijn geen gegevens beschikbaar. Gemeenten hoeven dit niet te registreren.

197

Hoe wordt de € 8 mln. die bestemd is voor het behoud van thuiszorgmedewerkers ingezet? Hoe verhoudt dit bedrag zich tot recente berichten in de media dat het thuiszorgtarief te laag is?

De regelingen zijn op 11 september 2009 (Stcrt 2009, 13 513) gepubliceerd. Ik heb uw Kamer daar op 18 september 2009 (29 538/31 795, nr. 107) over geïnformeerd.

De subsidiemiddelen kunnen worden aangevraagd voor het in dienst nemen van alfahulpen en het om- her- en bijscholen van medewerkers. Er kan geen subsidie worden aangevraagd voor het compenseren van gecontracteerde tarieven huishoudelijke hulp.

198

Welke publieke en private partijen zitten in «Coalitie Erbij»?

De volgende organisaties zijn aangesloten bij de Coalitie Erbij: Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie (ANGO), de Zonnebloem, het Nederlandse Rode Kruis, de CG-raad, Fonds Psychische Gezondheid,

Leger des Heils, Raad van Kerken in Nederland, Ouderenfonds, Forum, KPMG, Sensor, Mezzo en Humanitas.

199

Hoe lang wordt Sensor al door VWS gesubsidieerd?

De vereniging Sensor (voorheen genoemd Federatie SOS Telefonische Hulpdiensten) ontvangt vanaf 2008 een projectsubsidie voor het voeren van telefoongesprekken met eenzame mensen. Sensor ontvangt daarnaast een structurele instellingssubsidie voor de SOS telefonische hulpdiensten.

200

2011 is het Europese jaar van de vrijwilliger. In de begroting wordt gemeld dat hier voorbereidingen worden voor worden getroffen. Welke voorbereidingen zijn dit, een en wat wordt centraal dan wel lokaal georganiseerd?

Op de eerste plaats dient elke EU-lidstaat een nationaal coördinatieorgaan in te stellen voor het Europese jaar. Ik verwijs naar de brief van Staatssecretaris Timmermans van Buitenlandse Zaken aan de Tweede Kamer van 10 juli 2009 (Kamerstukken II, 2008–2009, 22 112, nr. 890, blz. 4). Over de samenstelling van dit orgaan voer ik dit najaar overleg met de VNG, Movisie en de Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk. Vervolgens zal er voor dit nationale coördinatieorgaan een plan van aanpak en een begroting opgesteld worden. Gemeenten zijn ingevolge de Wmo verantwoordelijk voor lokale activiteiten rond vrijwilligerswerk. Deze activiteiten zullen dus niet aangestuurd worden door het coördinatieorgaan. Wel ligt er voor het coördinatieorgaan, waar het gaat om plaatselijke activiteiten, een stimulerende, coördinerende en mogelijk een faciliterende taak.

201

Was Humanitas eerder niet ook een instelling die onder de noemer instellingsubsidies viel? Waarom is dit niet meer het geval?

Ja, Humanitas heeft tot begin jaren negentig een instellingssubsidie ontvangen voor maatschappelijke activering. Humanitas ontvangt vanaf 2007 een projectsubsidie voor palliatieve zorg (zie begroting blz. 99 artikel 43 langdurige zorg).

202

Waarom vertalen de gewijzigde criteria om in aanmerking te kunnen komen voor het mantelzorgcompliment zich niet in een ander budgettair beslag?

Voor het mantelzorgcompliment is – conform motie Van der Vlies – maximaal € 65 mln beschikbaar. Het budgettair beslag 2009 weten we pas na afloop van het jaar 2009. De in 2009 gewijzigde criteria werken in 2009 slechts beperkt door in het budgettair beslag omdat de nieuwe criteria slechts enkele maanden in 2009 gelden.

203

De prestatie-indicatoren van het Valysvervoer laten een stijgende klanttevredenheid zien. Hoe verhoudt de stijgende klanttevredenheid zich tot het aantal en de soort klachten met betrekking tot het Valysvervoer?

Het aantal klachten in 2008 (zie TK 2008–2009, 25 847, nr. 68) is fors lager dan het aantal klachten in 2007 (zie TK 2007–2008, 25 847, nr. 51). Dit is dus in lijn met de in 2008 gestegen klanttevredenheid over Valys.

De meeste klachten hebben betrekking op de stiptheid of de duur van de uitgevoerde ritten.

204

Welke middelen worden ingezet om meer bekendheid omtrent de invoering van de AmvB voor openbaar vervoer, en welke gevolgen ontstaan hierdoor voor de aanbieders van OV en gebruikers?

Op dit moment wordt gewerkt aan een plan van aanpak voor het implementatietraject en het communicatietraject voor de invoering van de AMvB voor toegankelijk openbaar vervoer. Zo spoedig mogelijk starten VenW en VWS met de vertegenwoordigers van de relevante partijen in het openbaar vervoer en de vertegenwoordigers van Art. 1, CG-raad en de Commissie Gelijke Behandeling besprekingen over de aanpak. Doel is te bevorderen dat in elke geleding een zo groot mogelijke groep zo goed mogelijk wordt geïnformeerd.

205

Welke maatschappelijke actoren worden betrokken bij de voorbereiding op besluitvorming over de uitbreiding van de Wgbh/cz op de terreinen goederen en diensten? Welke prikkels worden gebruikt om draagvlak te creëren?

Bij de voorbereiding van de besluitvorming over de uitbreiding van de Wgbh/cz met goederen en diensten betrek ik zoveel mogelijk partijen, zoals ondernemers en cliëntenorganisaties. Ter voorbereiding hiervan is meer inzicht nodig in de gevolgen van uitbreiding voor mensen met een handicap en voor aanbieders van goederen en diensten. Zo zal ik in overleg met mijn collega's van EZ en BZK onderzoek doen naar wat het betekent om internet-toegankelijkheid onder de Wgbh/cz te brengen. Bij dit onderzoek betrek ik nauw de organisaties van mensen met een beperking en brancheorganisaties. Ik vind het belangrijk alle relevante partijen te betrekken, ook om een goed gevoel te blijven houden met ontwikkeling in de praktijk. Daarom ben ik ook met partijen druk bezig met het project Praktijkspoor, dat zich richt op het stimuleren van toegankelijkheid in de praktijk, door het opzetten van een informatiepunt. Door goede voorbeelden te bieden van ondernemers, die werken aan toegankelijkheid, toegankelijke goederen en diensten evenals handreikingen voor toegankelijkheid zal dit informatiepunt bijdragen aan draagvlak.

206

Hoe verloopt het samenwerkingsproces met betrekking tot de Praktijkspoor? En wat is de stand van zaken?

In het project Praktijkspoor werken ondernemers en mensen met een handicap of chronische ziekte goed samen om de toegankelijkheid van goederen en diensten te vergroten. Er zijn al vele praktijkvoorbeelden die aantonen dat ondernemers en klanten samen belemmeringen kunnen wegnemen. Maar vaak op lokaal niveau of specifiek voor één branche. En daardoor vaak slechts in kleine kring bekend. Daarom heeft Praktijkspoor als doel informatie te ontsluiten en toepasbaar te maken. Zodat het goede voorbeeld goed gevolgd kan worden. Het streven is er naar op 3 december 2009 één landelijk informatiepunt te hebben van én voor iedereen die meer wil weten over toegankelijke goederen en diensten. De voorbereidingen om deze datum te halen zijn in volle gang.

207

Op welke wijze wordt er vanuit de regering bijzondere aandacht gegeven aan de kwaliteit van Valys?

*Wat is de oorzaak van de terugloop van het aantal pashouders Valys?
Hoe is de stijging van het aantal Valys-gebruikers met een hoog PKB te verklaren?*

De kwaliteit van de uitvoering van Valys heeft de volle aandacht. De komende tijd wordt o.a. gestreefd om de tijdigheid van de ritten verder te verbeteren. In dit kader worden ook de mogelijkheden verkend om een beperkte geld-terug-regeling in te voeren.

Het aantal pashouders van Valys blijft onverminderd toenemen met circa 4 000 per maand. Wel daalt het percentage Valys-pashouders dat daadwerkelijk gebruik maakt van Valys. Uit onderzoek (zie TK 2008–2009, 25 847, nr. 80) blijkt dat de belangrijkste verklaringen voor niet-gebruik zijn dat pashouders over alternatief vervoer beschikken of geen reizen (meer) buiten de regio maken. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat pashouders die in het verleden wel gebruik maakten van Valys over het algemeen (heel) tevreden zijn over dit vervoer.

In lijn met het totale aantal pashouders neemt ook het aantal pashouders met een hoog pkb toe. Daarbij neemt het aantal pashouders met een hoog pkb overigens relatief minder snel toe dan het aantal pashouders met een standaard pkb. De stijging van het aantal pashouders – met of zonder hoog pkb – is mogelijk mede het gevolg van de grotere bekendheid van Valys.

208

Welke incentives worden gebruikt om ervoor te zorgen dat alle regio's (beter) samenwerken met betrekking tot doelgroepenvervoer?

In de brief aan de Tweede kamer van staatssecretaris Huizinga-Heringa van Verkeer en Waterstaat en mijzelf, van 7 juli 2008 (kamerstuk 25 847, nr. 62) staat toegelicht hoe wij de samenwerking met betrekking tot het doelgroepenvervoer in regio's stimuleren. Verder toegankelijk maken van openbaar vervoer, pilots waarin wordt getracht samenwerking te realiseren en kennis en informatie daarover verspreiden via het door het ministerie van VenW opgerichte kenniscentrum To-Do zijn de belangrijkste stimuleringsmaatregelen. In 2012 zult u worden geïnformeerd over de voortgang rond de samenwerking.

209

Waarom is er geen beleid gemaakt inzake de problemen met woningaanpassingen?

Gemeenten zijn in het kader van de Wmo verantwoordelijk voor het beleid rond woningaanpassingen. In de brief van 18 september over de uitvoering van een aantal moties bij de wetswijziging van de Wmo (Kamerstukken II 2009/10, 29 538, 31 795, nr. 107) is aangegeven dat er geen problemen ervaren worden met woningaanpassingen in de Wmo. VNG en Aedes zijn bezig een handreiking op te stellen over «wonen en de Wmo». Door in het lokale woningbouwbeleid rekening te houden met de vraag naar woningen voor mensen met beperkingen kunnen deels kostbare woningaanpassingen worden voorkomen. VWS en VROM stimuleren in het kader van het Actieplan «Beter (t)huis in de buurt» de realisering van voldoende geschikte woningen en dragen financieel bij aan de tot standkoming van een handreiking.

210

Welke aanwijzingen heeft u dat nog een aantal zaken kan worden verbeterd omtrent het doelgroepenvervoer

Zoals in de begroting op pagina 118 is vermeld en ook in de brief van 7 juli 2008 (zie antwoord 208) is aangegeven, is uit onderzoek (van Regio-

plan) gebleken dat er vooral rond het proces van indiceren voor de verschillende regelingen op basis waarvan doelgroepenvervoer wordt verstrekt nog verbetering voor de cliënten mogelijk is. Ook hier over zult u in 2012 worden geïnformeerd over de voortgang.

211

Wat zijn de consequenties van de efficiencykorting voor de MEE-organisaties en de cliënten?

Voor 2010 wordt voor MEE-organisaties niet het subsidieplafond verlaagd, wel worden de normtijden aangepast. Uit onafhankelijk onderzoek naar de normtijden is gebleken dat deze momenteel niet overeenkomen met de praktijk. Door aanpassing van de normtijden aan de praktijk worden de tarieven van MEE met gemiddeld 2,5% verlaagd. Deze aanpassing betekent dat MEE op grond van de begroting 2010 meer mensen kan ondersteunen dan op grond van de begroting 2009.

212

Dakloosheid ten gevolge van huisuitzetting, detentie uitval zorginstelling komt vrijwel niet meer voor; dat is de doelstelling.

Heel veel gezinnen worden dakloos, wat in de toekomst waarschijnlijk alleen maar meer voor zal komen.

Wat voor oplossingen zijn er voor deze gezinnen voor nu en in de toekomst?

Is hier rekening gehouden met de crisis?

Wat zijn dan de werkelijke cijfers?

Ik heb door de Federatie Opvang onderzoek laten doen naar dakloze gezinnen. Uit het onderzoek blijkt dat dakloosheid bij gezinnen meestal niet het gevolg is van huisuitzetting. Er kon geen uitspraak worden gedaan over het aantal dakloze gezinnen. Op basis van de beschikbare gegevens kon niet worden geconcludeerd dat er sprake was van een toename.

De centrumgemeenten voor Maatschappelijke Opvang werken met Stedelijke Kompassen om dakloosheid (ook van gezinnen) aan te pakken via een persoonsgerichte aanpak en een sluitende ketensamenwerking. Daarnaast komen er in de komende jaren veel middelen vrij voor deze sector:

- in de vrouwenopvang komen er 500 plaatsen bij de komende jaren.
- Als de zogeheten grensstrook leeggehaald kan worden, komt er met de nieuwe verdeelsleutel maatschappelijke opvang € 38 mln. bij voor de maatschappelijke opvang.
- in het kader van het schrappen van de functie Ondersteunende begeleiding algemeen op grondslag psychosociaal is € 36 mln. beschikbaar gesteld voor de centrumgemeenten maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Daarnaast nog eens ruim € 17 mln. voor alle gemeenten.

213

De jaren na 2010 wordt de meldcode niet meer ingevuld. Wat gebeurt er na 2010 met de meldcode?

De invoering van de voorgenomen Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is gepland op 1 januari 2011. Vanaf dat moment is elke instantie en professional in de zorg, maatschappelijke ondersteuning, onderwijs en justitie verplicht om over een meldcode te beschikken en het gebruik te bevorderen. Op dit moment wordt bezien welke werkzaamheden na de invoering van de wet extra inspanningen van de sectoren vragen en wat daarbinnen de verantwoordelijkheid van de overheid en die van de sectoren is.

214

Kan er gespecificeerd worden, waar de € 1,2 mln. voor de VGV aan uitgegeven wordt?

De € 1,2 miljoen voor Vrouwelijke Genitale Verminking wordt besteed aan de landelijke uitrol van de pilots VGV, waaronder trainingen aan professionals, voorlichting door zelforganisaties en de invoering van het medisch certificaat.

215

Op welke terreinen en met welke partijen zal worden samengewerkt teneinde de Nederlandse samenleving naar Olympisch niveau te brengen?

NOC*NSF heeft in mei 2009 het Olympisch Plan 2028 gepresenteerd en tevens een aantal partijen om reactie gevraagd. Op 3 juli 2009 heeft het Kabinet de Olympische ambities onderschreven middels het Kabinetsstandpunt «Uitblinken op alle niveaus». Hierin formuleert het kabinet een aantal ambities op sociaal/maatschappelijke, economische en ruimtelijke terreinen en op het gebied van gezondheid, te weten:

Talentvol Nederland, Meedoen in Nederland, Vitaal Nederland, De kaart van Nederland en

Nederland in Beeld. Met deze ambities wil het Kabinet eraan bijdragen om Nederland naar Olympisch niveau brengen.

Momenteel voert het kabinet reeds beleid op de genoemde ambities. In het kabinetsstandpunt worden specifieke prioriteiten genoemd waar ze haar beleid op zal aanscherpen, focussen en mogelijk herzien.

Naast het kabinet heeft ook een aantal andere partijen positief gereageerd op de oproep van NOC*NSF. De G4, VNO-NCW, VNG, IPO en FNV hebben een Charter ondertekend op 8 juli 2009 waarmee zij de Olympische ambities onderschrijven. Zo is de Alliantie Olympisch Vuur ontstaan, met als doel dat steeds meer stakeholders zich hierbij zullen aansluiten. Het kabinet bekijkt hoe zij kan samenwerken met andere stakeholders om haar ambities gezamenlijk te kunnen verwezenlijken.

216

Wat zijn de tussentijdse uitkomsten/conclusies van de MKBA?

Kan worden aangegeven op basis van de tussentijdse conclusies van MKBA of het haalbaar is om het Olympische Spelen in 2028 binnen te halen?

Welke elementen zullen bekeken worden in de MKBA voor de Olympische ambities 2008?

In het Kabinetsstandpunt «Uitblinken op alle niveaus» is aangegeven dat er in 2010 een onafhankelijke en deskundige MKBA over de Olympische Spelen in 2028 in Nederland zal worden uitgevoerd. In samenspraak met andere betrokken departementen en partijen is VWS dit traject gestart. Het traject bevindt zich echter nog in het beginstadium en momenteel zijn er geen tussentijdse uitkomsten of conclusies. De verwachting is dat de MKBA eind 2010 is afgerond.

217

Hoe verhoudt zich het voornemen tot stimulering van beweging en een actieve leefstijl, met speciale aandacht voor de jeugd, tot de verstedelijking en het steeds dichter bouwen in steden, zoals beschreven in de kabinetsnota Randstad 2040?

Het Kabinet heeft het stimuleren van een actieve leefstijl (met een focus op de jeugd) als prioriteit benoemd. Denk bijvoorbeeld aan het Nationaal

Actieplan Sport en bewegen en de invoering van de combinatiefuncties bij gemeenten.

Daarnaast heeft het Kabinet als doel Nederland beweegvriendelijker te maken, zodat de Nederlandse burger gemakkelijker een gezonde keuze kan maken (bijv. kiezen voor de fiets i.p.v. voor de auto). Gezond ontwerp en inrichting van de fysieke leefomgeving is ook een van de speerpunten van de Nationale Aanpak voor Milieu en Gezondheid 2008–2012 (NAMG) van de ministeries VROM, LNV, OCW, WWI, V&W en VWS. Uit deze Nationale Aanpak blijkt dan ook dat het Kabinet – in samenhang met Randstad 2040 – de omgeving gezonder en beweeg-vriendelijker wil maken (o.a. voldoende recreatie- en beweegmogelijkheden in steden).

218

Waarom is de streefwaarde 2007 identiek aan die van 2011?

Deze indicator is, naar aanleiding van de nota «Tijd sport» en het project «Begroting Nieuwe Stijl» voor het eerst opgenomen in de begroting 2007. De effecten van beleid zijn pas op langere termijn zichtbaar. Daarom is een lange termijn streefwaarde opgenomen voor 2011.

De realisatiecijfers over 2007 zijn in de loop van 2008 beschikbaar gekomen. Daaruit blijkt dat de lange termijn streefwaarde voor 2011 reeds in 2007 is bereikt. Dat is een positieve ontwikkeling. Eind 2010 zal het sportbeleid geëvalueerd worden. Dat leidt onder meer tot een beleidsdoorlichting Sport bij het Jaarverslag 2010. De resultaten daarvan kunnen door het nieuwe kabinet gebruikt worden voor het vorm geven van het sportbeleid vanaf 2012. De resultaten kunnen ook aanleiding geven tot actualisering van de streefwaarden voor de verschillende presentatie-indicatoren. Om sportparticipatie te verhogen wordt bij het maken van beleid zowel ingespeeld op leeftijdscategorieën als op doelgroepen.

219

Waarom zijn de programma-uitgaven praktisch identiek voor de jaren 2012–2014?

De budgetten voor de programma-uitgaven Sport zijn structureel opgenomen in de begroting. Voor de jaren 2010 en 2011 zijn tijdelijk extra middelen beschikbaar gesteld voor de voorbereiding van de landelijke implementatie van de Beweegkuur. Met name daardoor zijn de budgetten in 2010 en 2011 hoger dan de budgetten voor de periode 2012–2014.

220

Waarom is de ambitie van de regering, die altijd spreekt over een grotere sportparticipatie, zo laag als het gaat over het percentage van de bevolking dat minimaal 12x per jaar aan sport doet? Is het niet verstandiger dit in leeftijdscategorieën te verdelen en daar beleid op te maken?

Zie antwoord op vraag 220.

221

Op welke wijze worden de overige gemeenten door NASB gestimuleerd teneinde meer sport – en beweegactiviteiten in de eigen omgeving aan te bieden?

In NASB gemeenten worden diverse kansrijke sport- en beweeginterventies ingezet om verschillende inactieve doelgroepen te bereiken. Informatie over deze interventies en diverse ondersteuningsproducten staat ter beschikking van de overige gemeenten (onder meer via website www.nasb.nl). Ook kunnen niet-NASB gemeenten deelnemen aan regio-bijeenkomsten, NASB-tours, workshops en trainingen die vanuit het NASB gegeven worden. Verder kunnen niet-NASB gemeenten aanspraak

maken op een adviesgesprek over sport- en beweegstimulering met het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (die verzorgt de ondersteuning in het kader van NASB). Via bestaande contacten en andere regelingen dan het NASB (bijv. combinatiefuncties), brengen NOC*NSF en NISB kansrijke sport- en beweeg-interventies onder de aandacht.

222

Wat zijn tot nu toe de resultaten van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen?

Wie draagt zorg voor de financiële dekking voor de voortzetting van activiteiten van de NASB?

Voor welke concrete projecten wordt de impuls NASB ingezet?

In hoeverre maken de 100 gemeenten die deze impuls ontvangen gebruik van de kennis en activiteiten bij lokale sportverenigingen?

De 1e tranche NASB gemeenten is van start gegaan met de uitvoering van NASB-plannen. De 2e tranche gemeenten (die van start gaan medio 2010) is momenteel benaderd. Een enkele gemeente (uit de 1e tranche) bevindt zich nog in de planfase. De meeste gemeenten maken gebruik van de kansrijke NASB sporten beweeginterventies, die onder meer te vinden zijn op de website ww.nasb.nl. De eerste resultaten laten zien dat gemeenten goed aan de slag zijn gegaan. Aandachtspunt is het bereiken van de verschillende inactieve doelgroepen en het realiseren van een beweegvriendelijke omgeving. Bijna altijd wordt er een verbinding gemaakt tussen het sportbeleid en het gezondheidsbeleid waardoor NASB integraal wordt opgepakt.

In de projectperiode van 4 jaar draagt het rijk zorg voor de helft van de financiering, de andere helft komt voor rekening van de gemeenten. In de verklaring (bestuurlijke afspraak) die deelnemende gemeenten tekenen, is opgenomen dat gemeenten er zorg voor dragen dat na de projectperiode sport- en beweegstimuleringsactiviteiten een structurele plek krijgen in gemeentelijk beleid. Gemeenten moeten hier zelf de kosten voor dragen. Gemeenten kunnen bij de invulling van hun NASB-plan gebruik maken van sportverenigingen. Sportverenigingen kunnen zelfstandig aanbieder zijn van interventies of samenwerken met andere partijen om sport en bewegen te stimuleren. NOC*NSF ondersteunt bovendien bonden die kansrijke sportinterventies hebben ontwikkeld, zoals «Knotshockey», «Start to Run», en «Fiets en Geniet».

223

Welke houding hebben de zorgverzekeraars ten opzichte van een mogelijke opname van de Beweegkuur in het verzekerd pakket?

De zorgverzekeraars hebben een constructieve houding ten opzichte van een mogelijke opname van de Beweegkuur in het verzekerd pakket. Dit blijkt ook uit het CVZ rapport «Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie». Zorgverzekeraars hebben daarin wel aangegeven het belangrijk te vinden dat in het geval van opname in het verzekerd pakket, de Beweegkuur zo duidelijk mogelijk wordt omschreven.

224

Hoe wil de regering bevorderen dat het percentage van de Nederlandse bevolking dat lid is van een sportvereniging stijgt van 34% naar 38% en het percentage van de Nederlandse bevolking dat als vrijwilliger in de sport actief is stijgt van 10% naar 13%?

Verschiedende programma's vanuit de nota's «Tijd voor sport» en «De kracht van sport» zijn gericht op het vergroten van de sportparticipatie. Een paar voorbeelden: het programma «Meedoen alle jeugd door sport», «Nieuwe sportmogelijkheden» en «Special Heroes».

Voor het vergroten van het percentage van de Nederlandse bevolking dat als vrijwilliger actief is in de sport wordt ingezet op het werven van vrijwilligers voor de sport via vrijwilligers-centrales en het werven van 50 000 nieuwe scheidsrechters met het programma «Masterplan Arbitrage»,

225

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het beter benutten van bestaande sportvelden en -accommodaties in wijk en buurt? Worden daarover harde afspraken gemaakt met gemeenten? Welke financiële middelen van het Rijk zouden hiervoor benut moeten worden?

Het accommodatiebeleid is een verantwoordelijkheid van de gemeente. In het algemeen streven gemeenten ernaar de bestaande sportvelden optimaal te benutten. Het Rijk stelt hiervoor geen financiële middelen beschikbaar.

Wel wordt een oproep naar gemeenten gedaan om in alle wijken sport aan te bieden. Dit gebeurt onder meer met initiatieven als de Cruiff Courts en «Scoren in de wijk».

226

Er wordt aangegeven dat de 1e en 2e tranche van de combinatiefuncties in 2010 900 Fte gerealiseerd zijn. Hoeveel combinaties functies zijn er op dit moment gerealiseerd?

Eind 2008 is een meting uitgevoerd naar het aantal fte's dat door de gemeenten van de eerste tranche aan het einde van het eerste jaar is gerealiseerd. Er waren op dat moment 184 fte's gerealiseerd. Aan het einde van 2009 vindt een nieuwe meting plaats naar de gerealiseerde aantallen in de gemeenten van de eerste én de tweede tranche. Begin 2010 zal ik u informeren over de uitkomsten van die meting.

De gemeenten die meedoen aan de Impuls hebben zich gecommitteerd aan een aantal te realiseren fte's in 2012. Dit is de prestatie-indicator. Jaarlijks wordt gemeten in hoeverre de gemeenten de afgesproken fte's realiseren.

Bij deelname aan de Impuls brede scholen, sport en cultuur ondertekenen gemeenten een gemeentelijke verklaring. Daarin is vastgelegd hoeveel fte's gerealiseerd dienen te worden. Tevens verklaren de gemeenten daarmee dat ze vanaf het tweede jaar zorg dragen voor cofinanciering. In de eerste en tweede tranche hebben 129 gemeenten deze gemeentelijke verklaring ondertekend. Op 1 januari 2010 gaat de derde tranche gemeenten van start. Ook die gemeenten zullen een gemeentelijke verklaring ondertekenen.

Begin november zal ik uw Kamer een brief toesturen over de voortgang Impuls brede scholen, sport en cultuur.

227

Kunnen er enkele praktische voorbeelden worden gegeven van het creëren van een structureel sportaanbod in 25 à 30 woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap en het stimuleren van een actief beweegbeleid in alle woonvoorzieningen?

Enkele praktische voorbeelden zijn:

- er wordt een beweegplan opgesteld voor alle cliënten;
- bij alle cliënten wordt jaarlijks de fysieke fitheid gemeten en getest en de cliënten worden gestimuleerd tot sport en bewegen;
- externe sportaanbieders worden in contact gebracht met dag- en woonvoorzieningen en er worden structurele sport- en bewegingsactiviteiten gezamenlijk ontwikkeld;
- cliënten en begeleiding maken kennismaken met laagdrempelige sport- en beweegactiviteiten;

- in samenwerking met gemeentes wordt een sportloket ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking;
 - er wordt een cursus gegeven aan cliënten met een licht verstandelijke handicap over gezond leven, bewegen en gezonde voeding;
- er worden voorzieningen en sportaanbod gerealiseerd op verschillende locaties om cliënten te enthousiasmeren, zoals een trimparcours en eigen sportclubjes.

228

Hoe zijn de BOS-gelden de afgelopen jaren besteed en welke structurele ontwikkelingen zijn door middel van deze impuls tot stand gekomen? Wat zijn de resultaten van het Buurt, Onderwijs en Sport?

Op dit moment start de BOS-monitor die de resultaten en effecten van de BOS-regeling in kaart zal brengen. Daarbij wordt ook gekeken naar de continuering van het ingezette beleid. U wordt over de resultaten van deze monitor in het voorjaar van 2010 geïnformeerd.

229

Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de vrijwilligersverzekering voor vrijwilligers in de sport?

Het kabinet voegt vanaf 2009 structureel € 4 miljoen toe aan het gemeentefonds voor vrijwilligersverzekeringen. Dit biedt gemeenten de mogelijkheid om een vrijwilligersverzekering af te sluiten voor alle vrijwilligers in de betreffende gemeente. Dit geldt uiteraard ook voor de vrijwilligers in de sport.

Vrijwel alle gemeenten in Nederland hebben een dergelijke vrijwilligersverzekering inmiddels geregeld.

230

Welke knelpunten zijn te benoemen bij de realisering van de combinatiefuncties?

De grootste knelpunten die gemeenten ervaren bij het realiseren van combinatiefuncties zijn vooral financieel van aard en hangen samen met de financiële crisis. De knelpunten zijn de gemeentelijke cofinanciering, het aantal te realiseren fte's en de hoogte van het normbedrag per combinatiefunctionaris (€ 45 000).

Het voornemen is gemeenten enigszins tegemoet te komen, waarbij niet te veel wordt afgeweken van de oorspronkelijke doelstellingen van de Impuls brede scholen, sport en cultuur. Aanpassing van het normbedrag en het toestaan van cofinanciering door derden zijn daarbij punten van overweging.

Begin november zal ik uw Kamer een brief toesturen over de voortgang Impuls brede scholen, sport en cultuur.

231

Hoeveel fte zijn er inmiddels gerealiseerd door de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur? Is de staatssecretaris bereid hier prestatieindicatoren aan te verbinden?

Zie antwoord op vraag 226.

232

Kan worden aangegeven of het beleidskader SB&O voldoende aansluit op de lokale doelstellingen ter bevordering van sportdeelname bij jongeren?

Met het beleidskader Sport, Bewegen en Onderwijs streeft het Rijk naar meer sportdeelname en beweging door de schoolgaande jeugd. Het

beleidskader is opgesteld in nauw overleg met gemeenten en de onderwijs- en sportsector en sluit daarom goed aan op de lokale doelstellingen. Door sport- en beweeginterventies gericht in te zetten op lokaal niveau wil het kabinet de samenwerking tussen betrokken partijen verbeteren en de samenhang vergroten in de ontwikkelingen op het gebied van sport en onderwijs. Alleen zo kunnen de gedeelde doelstellingen van het gewenste doorlopende sport- en beweegaanbod en de toename in deelneming aan sport en beweging onder de schoolgaande jeugd worden gerealiseerd.

233

Op welke wijze wordt er ondersteuning geboden aan de sportverenigingen en gemeenten?

Om de invoering van de Impuls brede scholen, sport en cultuur te laten slagen, is gekozen voor een meerjarige ondersteuning tot en met 2012 op landelijk en regionaal niveau. De Vereniging Sport en Gemeenten (VSG) is landelijk projectleider en verzorgt, namens de VNG, zowel de algemene als de gemeentelijke ondersteuning. NOC*NSF is verantwoordelijk voor de ondersteuning van de sportsector.

De VSG en NOC*NSF leveren ondersteuning aan hun achterban, door advies-op-maat en door het organiseren van regionale of landelijke bijeenkomsten. De ondersteuning die wordt geleverd is zoveel mogelijk afgestemd op de behoeften van gemeenten en de sportverenigingen.

234

Welke sluitende aanpak wordt gekozen om wijkgerichte projecten voort te zetten, indien specifieke uitkeringen worden stopgezet?

Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor wijkgerichte projecten en de continuering ervan. De Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur en de Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen kunnen door de gemeenten ingezet worden ter versterking van deze projecten.

235

Op welke wijze worden belemmeringen ondervangen met betrekking tot toegankelijkheid van sportaccommodaties?

Sportaccommodaties zijn gemeentelijk beleid. Zo ook de toegankelijkheid voor gehandicapten. Gemeenten hebben «Bouwbesluiten voor openbare gebouwen». De openbare accommodaties moeten hierbij voldoen aan toegankelijkheidseisen voor gehandicapten. Het gaat hier om basale aanpassingen zoals bijvoorbeeld verbreding van deuren voor mensen met een rolstoel. Het betreft openbare sportaccommodaties en sportverenigingen die niet geprivatiseerd zijn.

Om gemeenten behulpzaam te zijn met het aanpassen van sportaccommodaties zal het informatiepunt «Alles Toegankelijk», dat in het kader van het «Praktijkspoor» wordt voorbereid, ook goede voorbeelden gaan bevatten van deze aanpassingen. Daarmee kunnen zowel exploitanten als leveranciers als gemeenten met een vraag direct informatie uitwisselen. Ik wil «Alles Toegankelijk» op 3 december, de Internationale Dag van Gehandicapten, in gebruik nemen.

236

Wat zijn de directe gevolgen van de krediet en economische crisis voor de sponsoring van sportevenementen, – clubs en de organisatie van basis-sport?

NOC*NSF heeft het meldpunt Sport en Crisis opgericht om de gevolgen van de recessie in kaart te brengen. Tot zover zijn er op het meldpunt weinig meldingen binnen gekomen.

Overigens hoeft het beperkte aantal meldingen op het meldpunt Sport en Crisis niet alles te zeggen. De verwachting is dat in het voorjaar van 2010 meer zicht komt op het effect van de recessie op lidmaatschappen en sponsorcontracten.

237

Is het vervoer van gehandicapte sportteams al geregeld?

Op dit moment wordt een mogelijke oplossing uitgewerkt. Op korte termijn, voor de begrotingsbehandeling van VWS, ontvangt u nadere informatie over de gekozen oplossing.

238

Hoe verhoudt zich de geschetste ontwikkelingssamenwerking tot de bestaande budgetten voor Ontwikkelingssamenwerking? Heeft Kenia, een succesvol atletiekland, ontwikkelings-hulp voor sport nodig?

Ontwikkelingssamenwerking op het terrein van sport is gezamenlijk beleid van de ministeries van VWS en Buza. Dit beleid is verwoord in de beleidsnotitie «Een kans voor open doel: de kracht van sport in ontwikkelingssamenwerking». Het budget hiervoor, € 16 miljoen voor de jaren 2008–2011, betreft het Official Development Aid (ODA) budget. De gezamenlijke inzet concentreert zich op landen waarmee Nederland een bijzondere relatie onderhoudt: de reguliere OS partnerlanden inclusief de sportlanden waarmee VWS al samenwerkt (Suriname en Zuid-Afrika) en de prioritair fragiele staten. Hieronder valt ook Kenia. De bijdrage van Nederland is niet bedoeld voor topsport, maar voor het stimuleren van actieve deelname van kansarme groepen aan goed begeleide sportactiviteiten, gericht op maatschappelijke doeleinden, zoals emancipatie, conflictbeslechting, gezondheid en educatie.

239

Hoeveel combinatiefuncties zijn er inmiddels gerealiseerd?

Zie antwoord op vraag 231.

240

Hoeveel gemeenten hebben de cofinanciering geaccepteerd en ingeschreven voor de bezetting van combinatiefuncties?

Zie antwoord op vraag 231.

241

In hoeverre wordt in deze begroting geld gereserveerd voor investeringen in sportaccommodaties?

Sportaccommodatiebeleid is een verantwoordelijkheid van de gemeente. Voor lokale sportaccommodaties is in deze begroting geen geld gereserveerd.

242

Op welke wijze wordt ondersteuning geboden om de prestaties van de gehandicapte topsport te vergroten?

Alle topsportprogramma's zijn beschikbaar voor sporters met en zonder handicap. Zo loopt het programma «Coaches aan de Top», waarbij extra coaches worden aangesteld voor topsporters met een beperking. Daarnaast zijn er vier CTO's (Centra voor Topsport en Onderwijs) opgericht, waarbij onderwijs, training, huisvesting en andere voorzieningen geclus-

terd zijn. Op deze manier kan een topsporter zijn studie optimaal combineren met een topsportcarrière.

243

Kan worden aangegeven welke pilots worden gestart rondom grootschalige topsportevenementen?

Voor de toewijzing van de pilots rondom grootschalige (topsport)evenementen wordt momenteel een beleidskader ontwikkeld, waarvoor in 2010 en 2011 € 1 miljoen beschikbaar is. Dit beleidskader zal worden gepubliceerd zodat alle geïnteresseerde partijen voorstellen kunnen indienen die volgens een eenduidige, transparante procedure worden getoetst.

244

Welke andere departementen, naast het ministerie van EZ, zijn voornemens te investeren in topsportevenementen?

Momenteel zijn er nog geen andere departementen, naast VWS en EZ, voornemens om te investeren in topsportevenementen. Afhankelijk van de gekozen maatschappelijke thema's voor het beleidskader evenementenpilots kan eventuele cofinanciering vanuit andere departementen besproken worden.

245

Kan de regering een overzicht geven van de beschikbare extra middelen als gevolg van het Olympisch Plan 2028 op de verschillende begrotingen, of blijft het bij de € 2 mln. die gelijk over VWS en EZ is verdeeld?

In het Kabinetsstandpunt «Uitblinken op alle niveaus» zijn de volgende toezeggingen voor 2010 gedaan:

1. Er is € 1 miljoen vrijgemaakt door VWS voor het Program Office met als doel de Alliantie Olympisch Vuur uit te bouwen en verder vorm te geven.
2. Er is € 1 miljoen vrijgemaakt door VWS voor pilots rondom grootschalige sport-evenementen.
3. Er is € 1 miljoen vrijgemaakt door EZ voor activiteiten op het gebied van Holland branding, toerisme, evenementen en innovatie.

Daarnaast ondersteunen VWS en EZ gezamenlijk de bid-voorbereidingsfase voor het WK Voetbal 2018/2022 met in totaal € 4,5 miljoen (respectievelijk € 3 miljoen en € 1.5 miljoen).

246

Wat gebeurt er bij de dopingbestrijding met het aspect van de privacy van de sporter? Wil de regering die verbeteren, en zo ja hoe?

In het voorjaar van 2009 is in een studie van de Europese Commissie een aantal knelpunten vastgesteld tussen de privacy standaard en andere antidoping-regels van het World Anti Doping Agency (WADA) en de Europese privacyrichtlijn. Daarbij gaat het vooral om de proportionaliteit van de antidoping regels. Naar aanleiding daarvan is de regering actief bezig om de regelgeving van antidoping meer in lijn te brengen met die van de bescherming van persoonsgegevens. Op nationaal niveau is die proportionaliteit vergroot, met name door het beperken van de omvang van de groep sporters die aan de vergaande verplichtingen moet voldoen. Voorts worden momenteel de mogelijkheden verkend van het invoeren van een wettelijke grondslag voor het verwerken van data van sporters. Op internationaal niveau vindt overleg plaats met WADA over aanpassing van een aantal antidoping regels, met name door het vergroten van de proportionaliteit van die regels.

247

Gaat de regering stappen nemen om de kwaliteit van dopingcontroles effectiever te maken, zodat – anders dan in 2008 – niet vooral drugs worden gevonden, maar ook zware middelen als epo of worden die niet gebruikt?

De kwaliteitseisen van dopingcontroles worden mondiaal vastgesteld door het World Anti Doping Agency (WADA), evenals de Dopinglijst (lijst van verboden stoffen). Die eisen en de lijst gelden voor alle sporten en voor alle landen. Uiteraard probeert de Regering – tezamen met NOC*NSF en de Dopingautoriteit – hierop invloed uit te oefenen in het jaarlijkse consultatie-traject van WADA. Herhaaldelijk is daarbij gepleit voor meer focus op het tegengaan van de zware dopingmiddelen, zoals anabole steroïden en epo en minder op bijvoorbeeld recreatieve drugs. Dat heeft (nog) niet geleid tot het verdwijnen van de lijst van de minder zware dopingmiddelen, maar bijvoorbeeld wel tot aanzienlijk lagere sancties voor het gebruik van die middelen.

248

Hoe staat het met de overgang van de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) naar de nieuwe systematiek onder de zorgverzekeringswet en naar de DIS-database, zijn er specifieke overgangsproblemen en is het medisch ambtsgeheim gewaarborgd?

De invoering van de Zorgverzekeringswet kent voor de Pensioenen Uitkeringsraad geen invoeringsproblemen. Wel werd aanvankelijk weerstand bij enkele vrijgevestigde psychotherapeuten geconstateerd over de vereiste wijze van declareren. Ook enkele cliënten toonden enige zorg over de registratie van medische gegevens bij hun zorgverzekeraar. Met mijn brief van 17 juni 2009, kenmerk CZ-CB-U-2928499, heb ik u naar aanleiding van uw verzoek bij brief van 22 april 2009, kenmerk 2009Z06597/2009D19811, een afschrift gezonden van het antwoord van de minister op de brief van 6 april 2009 van de Cliëntenraad Pensioen- en Uitkeringsraad inzake de dbc-systematiek.

249

Kunt u uitleggen waarom aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2009 ruim € 1 mln. meer is uitgegeven dan in 2008, en waarom voor 2010 weer een afname wordt verwacht op deze post van ruim € 800 000? Op welke wijze kan de IGZ nog steeds adequaat toezicht houden als het budget de komende jaren vermindert? Wat betekent dit voor het aantal inspecteurs?

In 2009 is sprake van een hoger bedrag van € 10 miljoen ten opzichte van 2008 en in 2010 is er sprake van een lager bedrag van € 8 mln ten opzichte van 2009.

De hoogte van de uitgaven in 2009 wordt veroorzaakt door incidentele uitgaven voor herhuisvestingstrajecten en uitgaven voor het programma Zichtbare Zorg (ZiZo).

In de aan de vernieuwing rijksdienst gekoppelde personele taakstelling hebben wij de IGZ ontzien. In plaats van de 20% die binnen de rijksbrede taakstelling als richtsnoer geldt voor de inspectiefunctie, is de IGZ een beperkte taakstelling opgelegd van 6%. Daarnaast hebben wij, gezien het grote belang van de rol van de inspectie rond transparantievergroting en patiëntveiligheid, de IGZ de ruimte gegeven om op die terreinen extra capaciteit aan te trekken. Per saldo zal het structurele budget en het aantal inspecteurs van de IGZ niet verminderen.

250

Over welke type samenwerking wordt gesproken bij het onderdeel programma-uitgaven internationale samenwerking?

Internationale samenwerking kent een breed scala aan instrumenten en activiteiten. In 2010 gaat het vooral om de integratie van de BES-eilanden, samenwerking op Europees en mondiaal niveau, het nieuwe partnerschap met de Wereldgezondheidsorganisatie (waarin ook de contacten tussen de WHO en aan VWS gelieerde organisaties wordt bevorderd), de samenwerking om verspreiding van besmettelijke ziekten tegen te gaan, grensoverschrijdende gezondheidszorg en internationaal detacheringsbeleid.

251

De Gezondheidsraad voert een verkenning uit over etniciteit en genetica. Wanneer is die verkenning afgerond en wanneer kan de Kamer deze verkenning verwachten? Zal de regering een standpunt innemen op dit punt naar aanleiding van die verkenning? Wanneer kan de Kamer dat standpunt verwachten?

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), het samenwerkingsverband tussen de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, is recent gestart met een signalement over genetische aanleg en registratie van etniciteit. Het CEG verwacht het signalement in het voorjaar van 2010 te kunnen afronden. Gelet op het maatschappelijke belang van het onderwerp zal naar verwachting in het najaar 2010 een afzonderlijke reactie naar de Tweede Kamer worden gezonden.

252

Er is € 16,6 mln. beschikbaar voor externe inhuur bij het RIVM. Kan een specificatie worden gegeven wie, wat, wanneer, hoeveel heeft ontvangen en waarvoor?

Omdat het in de begroting om ramingen gaat is het niet mogelijk specifiek voor elk agentschap aan te geven wie, wat, wanneer, hoeveel heeft ontvangen en waarvoor?

Wel heeft het kabinet met de Tweede Kamer afspraken gemaakt over het inhuurpercentage (= de uitgaven externe inhuur ten opzichte van de totale personeelskosten). Dit percentage is vastgesteld op maximaal 13%. Conform deze afspraak zal VWS de uitgaven monitoren en de Kamer informeren als daar aanleiding voor is. Bovendien wordt, conform de rijksbegrotingsvoorschriften, in het jaarverslag verantwoording afgelegd op de uitgaven externe inhuur. Hiervoor worden de uitgaven onderverdeeld in 8 categorieën:

- Interim-management
- Organisatie- en Formatieadvies
- Beleidsadvies
- Communicatieadvisering
- Juridisch advies
- Advisering opdrachtgevers automatisering
- Accountancy, financiën en administratieve organisatie
- Uitzendkrachten/bedrijfsvoering

253

In de begroting van VWS wordt melding gemaakt van de herijking van het NVI. Dit besluit, om de productiefunctie te beëindigen met uitzondering van in ieder geval het poliovaccin (IPV), zal volgens de begroting de start van een transitieproces betekenen dat grote impact zal hebben op het NVI in zowel het lopende jaar 2009 als het begrotingsjaar 2010. De begroting stelt echter dat «() met de grotendeels nog onbekende financiële effecten hiervan nog niet of nauwelijks rekening is gehouden.» Waarom zijn,

hoewel het transitieproces van het NVI een grote impact zal hebben, de financiële consequenties hiervan niet in de begroting opgenomen? Wanneer komt er (wel) cijfermatige duidelijkheid rond het transitieproces van het NVI? In hoeverre werkt dit door in de geraamde meerjaren begrotingsuitgaven? Welke kostenbesparingen zijn te verwachten als de productiefunctie van het NVI wordt beëindigd? Wat betekent de beëindiging van de productiefunctie, met uitzondering van het polio vaccin, in financiële zin voor het NVI?

De meerjarige financiële consequenties van de transitie van het NVI waren ten tijde van het opstellen van de begroting 2010 nog niet bekend. Vanuit oogpunt van goed financieel beheer is het van belang zorgvuldig te ramen. Deze inschatting kon nog niet worden gemaakt.

De kosten voor de transitie die tot nu toe zijn gemaakt konden worden opgevangen hetzij binnen de begroting van het NVI hetzij binnen de daarvoor beschikbare middelen als sociaal flankerend beleid, hetzij in de uitvoering van de brede VWS begroting 2009.

Op dit moment wordt in het kader van de uitwerking van het kaderbesluit toekomst NVI nader onderzoek gedaan naar de financiële consequenties van met name het beëindigen en eventueel vermarkten van de productiefunctie en in samenhang daarmee het sociaal plan.

De verwachting is dat het kaderbesluit voor het einde van 2009 zal worden vastgesteld. Het kaderbesluit wordt meegenomen in de begrotingsvoorbereiding 2011.

Op dit moment kan niet vooruit gelopen worden op mogelijke kostenbesparingen als gevolg van het stoppen van de productiefunctie van het NVI, of voor het NVI als geheel.

254

Hoeveel bedraagt de inhuur van personeel bij het NVI? Kan een specificatie worden gegeven wie, wat, wanneer, hoeveel heeft ontvangen en waarvoor?

Omdat het in de begroting om ramingen gaat is het niet mogelijk specifiek voor elk agentschap aan te geven wie, wat, wanneer, hoeveel heeft ontvangen en waarvoor?

Wel heeft het kabinet met de Tweede Kamer afspraken gemaakt over het inhuurpercentage (= de uitgaven externe inhuur ten opzichte van de totale personeelskosten). Dit percentage is vastgesteld op maximaal 13%. Conform deze afspraak zal VWS de uitgaven monitoren en de Kamer informeren als daar aanleiding voor is. Er wordt een daling van de uitgaven externe inhuur verwacht als gevolg van het inzetten van het transitieproces.

Bovendien wordt, conform de rijksbegrotingsvoorschriften, in het jaarverslag verantwoording afgelegd op de uitgaven externe inhuur.

255

Welke bijdrage levert het BKZ vanaf 2010 aan de budgettaire problematiek op andere begrotingen?

Zoals op blz. 183 van de begroting staat aangegeven heeft het kabinet besloten dat alle departementen een bijdrage leveren aan het oplossen van de rijksbrede budgettaire problematiek. Hiervoor heeft VWS extra maatregelen getroffen, voor in 2010 optellend tot € 0,2 miljard.

De € 0,2 miljard is onderdeel van de reeks maatregelen die is terug te vinden in tabel 2 op blz. 177.

256

Kan worden aangegeven waaruit de onderschrijding van het kader van € 656 mln. is opgebouwd?

In het coalitieakkoord is de groei van het BKZ vastgesteld voor deze kabinetsperiode. Het BKZ wordt onder andere aangepast aan de ontwikkelingen van de pNB. Doordat de prijsontwikkeling de afgelopen jaren lager is dan geraamd zijn de zorguitgaven ten opzichte van het afgesproken kader neerwaarts bijgesteld. Het kader wordt daarom met iedere begroting opnieuw vastgesteld op basis van cijfers die gepresenteerd worden in de MEV van het CPB. Met de ontwerpbegroting 2010 was het kader vastgesteld op € 57,4 miljard. Zoals nu geraamd blijven de uitgaven daar, als gevolg van prijsontwikkelingen en de genomen maatregelen € 656 miljoen onder. De maatregelen zijn terug te vinden op blz. 177, tabel 2.

257

Kan precies worden aangegeven waaruit de tegenvaller receptregelvergoeding, aflopen transitieakkoord en volume (gebruik) geneesmiddelen bestaat? Is het volume van het aantal receptregels meer gestegen dan werd verwacht? Waarop waren de ramingen gebaseerd?

De «tegevaller» betreft het bekostigen van een groter deel van het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) berekende apothekerstarief uit de receptregelvergoeding en minder uit de inkomsten uit kortingen en bonussen. De NZa heeft bij het vaststellen van het apothekerstarief rekening gehouden met de dalende kortingen en bonussen.

De financiële opbrengst van het Transitieakkoord moet structureel worden geborgd na afloop daarvan. Dat gebeurt door de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP), die de door het Transitieakkoord en het preferentiebeleid verlaagde prijzen voor een groot deel «vastzet», door continuering van het preferentiebeleid en door de WGP toe te passen op (maximumprijzen vaststellen voor) de zogenaamde «injectables».

Het volume van het aantal receptregels is ten opzichte van de ramingen gestegen door met name de opname van de «pil» in het verzekerde pakket.

Daarnaast is de gewijzigde tariefstructuur voor apothekhoudenden met een basis-receptregelvergoeding en toeslagen voor bijvoorbeeld eerste uitgiften, magistrale bereidingen en avond nacht en zondag dienst, van invloed geweest op de uitgaven. De ramingen zijn gebaseerd op berekeningen van het CVZ.

258

Welke aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen bedoelt de minister?

WGP) maar om de toepassing van de WGP op «injectables» waardoor voor deze geneesmiddelen ook maximumprijzen worden vastgesteld.

259

De ZZP tarieven binnen de gehandicaptenzorg zullen worden aangepast i.v.m. met de doelgroep» Sterke gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten. Hoe krijgt dit binnen de ZZP tarieven precies vorm?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op basis van mijn aanvullende aanwijzing van 16 juni 2009 de prijzen van de ZZP's voor 2010 voor de sectoren Verstandelijk gehandicapten (VG), jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVG) en Lichamelijk gehandicapten (LG) zodanig herberekend dat het beschikbare kader in 2010 en latere jaren niet overschreden wordt als gevolg van de ongeveer 4 000 extra aangevraagde plaatsen voor sglvg-verblijf.

De NZa heeft dit verwerkt in de ZZP-prijzen voor 2010 zoals deze op 15 juli 2009 door de NZa bekend zijn gemaakt.

260

Wat is/(zijn) de achterliggende reden(en) dat de instroom van het aantal budgethouders in 2009 lager wordt verwacht dan geraamd?

Het aantal budgethouders is de afgelopen jaren sterk gestegen. In de ramingen was rekening gehouden met een verdere voorzetting van deze groei. In de eerste maanden van 2009 is de groei echter afgevlakt. Een volledige verklaring voor deze ontwikkeling is nog niet voorhanden. In algemene zin speelt een rol dat de groei van het aantal indicaties afneemt, waardoor zowel het beroep op zorg in natura als pgb vermindert. Ook is het mogelijk dat een grens is bereikt van het aantal personen waarvoor het pgb geschikt is.

261

Hoe verhoudt de taakstelling dat zorgkantoren scherp zullen inkopen door voor goed presterende instellingen hogere tarieven te hanteren dan minder goed presterende instellingen tot de toezegging dat niet meer dan 2% lager ingekocht mag worden op de tarieven ZZP V&V?

Het is exact deze marge van 2% die zorgkantoren benutten om te kunnen differentiëren in de vergoeding aan intramurale zorginstellingen. Daarnaast zal differentiatie ontstaan in de extramurale zorgtarieven die alleen aan een maximum zijn gebonden.

262

Welke andere maatregelen zijn genomen om de compensatie van de tegenvaller bij de vermogensinkomensbijtelling te bewerkstelligen? Wanneer leveren deze mogelijk inkomsten op?

Zie antwoord op vraag 61.

263

Kan de staatssecretaris onderbouwen waarom de verhoging van de eigen bijdrage in de AWBZ € 10 mln. oplevert?

Bij de berekening is er van uitgegaan dat circa 4 100 cliënten, die nu al de maximale eigenbijdrage betalen per maand € 200 meer gaan betalen. Op jaarbasis is dit een verhoging van circa € 2 400. De totale extra meeropbrengsten komen hiermee uit op 10 miljoen euro.

264

Kan de staatssecretaris verklaren waarom de procentuele premie AWBZ van 2008 tot 2009 terugloopt van € 15,5 mrd. naar € 12,8 mrd.? Welke gevolgen heeft deze daling voor het AWBZ Fonds?

De inkomsten van de procentuele premie lopen tussen 2008 en 2009 terug door de verwerking van met de Belastingdienst te verrekenen oude jaren. Daarnaast wordt een deel verklaard door de tegenvallende ontwikkeling van de premieplichtige inkomens als gevolg van de economische crisis. De teruglopende premieopbrengsten hebben tot gevolg dat het vermogenssaldo in de AWBZ slechter wordt. Voor de financiering van de AWBZ heeft het geen gevolgen, omdat de tekorten worden aangevuld via de algemene middelen. Het geheel van tekorten en overschotten bij diverse regelingen wordt door het Kabinet afgewogen tegen de doelstelling van het gewenste EMU-tekort en de gewenste hoogte van de lasten.

265

Wat valt onder de overige baten en waarom is deze post negatief?

Onder de post overige baten worden de rentebetalingen als gevolg van het tekort verantwoord.

266

Waarom is besloten de AWBZ-premie niet bij te stellen? Het gemiddelde percentage van 12,15% wordt niet gehaald.

De lagere premieopbrengst is een gevolg van de lagere premieplichtige inkomens (als gevolg van de economische crisis). Deze laatste verslechtering maakt deel uit van de zogenaamde «automatische stabilisatoren». Dit betekent dat op de belasting- en premietegenvallers in tijden van economische neergang niet wordt gereageerd met bezuinigingen of een verhoging van de premiepercentages, omdat die de economische neergang zouden versterken.

267

Hoe groot was de daling in de premieopbrengsten en wordt dit bedrag volledig gecompenseerd?

De daling in de premieopbrengsten is met name het gevolg van de verwerking van met de Belastingdienst te verrekenen oude jaren. Hierdoor komt de premieopbrengst in 2009 circa € 1,4 mld lager uit. De premies komen in 2009 daarnaast circa € 0,6 mld lager uit, vanwege lagere premieplichtige inkomens als gevolg van de economische crisis. De daling wordt niet gecompenseerd, omdat dit de effecten van de economische crisis zou verergeren.

268 en 269

Is er sprake van een verschrijving op blz 192 bij de Loonbestelling tranche 2009, kader N (Abortusklinieken) onder het jaar 2011?

Moet geconcludeerd worden dat er geen sprake is van enige loonbijstelling voor abortusklinieken?

Er is inderdaad sprake van een verschrijving bij de loonbijstelling tranche 2009. Deze bijstelling bedraagt structureel € 263 000.

De conclusie dat er geen sprake is van enige loonbijstelling voor abortusklinieken is niet correct. Jaarlijks wordt het budget voor de Abortusklinieken (structureel) bijgesteld voor zowel de loonbijstelling als de prijsbijstelling.

270

Wordt er bezuinigd op de extreme zorgzwaarte voor de komende jaren, omdat de noodzakelijke middelen wel in 2009 zijn ingeboekt, maar niet voor de komende jaren?

Er wordt niet bezuinigd op de regeling extreme zorgzwaarte voor de komende jaren. Zoals in de voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging van 24 juni 2009 is aangegeven, is voor de regeling extreme zorgzwaarte vanaf 2010 ongeveer € 160 miljoen per jaar beschikbaar. In 2009 was dit nog ongeveer € 80 miljoen. De vraag heeft naar mijn idee betrekking op de extra middelen voor sglvg-verblijf in 2009. Ik heb dit jaar aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor extra toegelaten sglvg-verblijfplaatsen. In 2009 is de «oude»bekostiging nog bepalend voor de hoogte van het budget van de instellingen. Vanaf 2010 krijgen instellingen via de ZZP-tarieven de bijpassende vergoeding voor deze zware cliëntengroep.

271

Welke criteria zullen de zorgkantoren hanteren om best practices te belonen?

Zorgkantoren zullen vooral letten op de kwaliteit van de geleverde zorg. Hierbij zullen zij zoveel mogelijk gebruik maken van de kwaliteitsindicatoren verantwoorde zorg die zijn ontwikkeld. Zorgaanbieders die een hogere score hebben op de kwaliteitsindicatoren kunnen een hogere vergoeding ontvangen dan zorgaanbieders met een lagere kwaliteits-score.

272

Betekent de bezuiniging van € 50 mln. op de bureaucratie dat de regering niet meer inzet op meer handen aan het bed, omdat de middelen niet terugvloeien naar de zorg?

Het verminderen van bucreaucratie is een van de voornaamste speerpunten voor dit Kabinet. Naast het wegnemen van frustratie bij zorgverleners en vermindering van onnodige transactiekosten, helpt het verminderen van bucreatie om middelen vrij te maken voor directe zorgverlening.

Door de aanpak van de bucreatie kunnen waarschijnlijk aanzienlijk meer middelen worden vrijgemaakt dat de aangegeven 50 mln. Dit bedrag is echter slechts het bedrag dat wordt benut om de taakstelling op de AWBZ, waartoe is besloten in het kader van de krediet-crisismaatregelen, in te vullen.

De meeropbrengsten die ontstaan door het verminderen van bucreactie in instellingen, kunnen worden benut om de geleidelijk toenemende kosten van de zorg te financieren, en hebben daarmee een dempend effect op de ontwikkeling van de premies.

273

Gaan de middelen maatschappelijke opvang niet langer geoormerkt naar de gemeenten?

Met ingang van 1 januari 2010 ontvangen de 43 centrumgemeenten maatschappelijk opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg en verslavingsbeleid middelen via een decentralisatie-uitkering in plaats van via een specifieke uitkering. Zij ontvangen de middelen alleen mits zij prestatieafspraken hebben gemaakt die zijn afgeleid van de doelstellingen van het «plan van aanpak G4» of de Stedelijke Kompassen.

274

Er dient in 2011 in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning een opbrengst van € 50 mln. te worden gehaald, mocht er met doelmatigheidsprikkels onvoldoende worden opgehaald dan worden andere maatregelen ingezet. Waar zijn volgens de regering nog doelmatigheidsprikkels te halen en aan welke overige maatregelen wordt dan gedacht?

Zie antwoord op vraag 64.

275

Klopt het dat de afspraken over de verdeelsleutel Wmo vanaf 2011 niet langer gelden?

In het voorjaar van 2009 heeft het rijk met de VNG afgesproken dat het objectieve verdeelmodel wordt ingebracht in het Periodiek Onderhoudsrapport 2010 (POR). Dit naar aanleiding van het SCP-rapport uit december 2008. Als de bevindingen van het POR daartoe aanleiding geven, wordt alsdan besloten over aanpassing van het verdeelmodel. Op zijn vroegst zou dat tot aanpassingen vanaf 2011 kunnen leiden. Het gaat daarbij om een eventuele verfijning van het huidige model.

276

Wanneer kan de Kamer de samenvatting op het gebied van de kwaliteit van zorg verwachten?

Begin november komt het branchebeeld uit van de kwaliteitsmeting binnen de sector Verpleging Verzorging & Thuiszorg. Zodra de gegevens bekend zijn, wordt de Kamer hierover geïnformeerd. Hierin worden de scores van de kwaliteitsmetingen over 2008/2009 weergegeven en een vergelijking gemaakt met de eerste kwaliteitsmetingen van 2007/2008. In de Gehandicaptensector zal in november 2009 gestart worden met een eerste kwaliteitsmeting van alleen de zorginhoudelijke indicatoren, waarvan verwacht wordt dat er in juni 2010 een branchebeeld gegeven kan worden. Als dit branchebeeld uit is, zal de Kamer hierover geïnformeerd worden. Een volledig overzicht van de cliëntervaringen wordt in 2012 verwacht.

De Geestelijke Gezondheidszorg levert sinds verslagjaar 2007 kwaliteitsgegevens aan via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

277

Hoe kan het dat er (maximaal) 36 500 mensen wel gebruik maken van AWBZ-zorg, maar hiervoor nooit een indicatie hebben ontvangen?

De beschikbaarheid van een rechtsgeldig indicatiebesluit is een voorwaarde om AWBZ zorg te mogen leveren.

In de loop van 2003 bleek dat AWBZ-zorgaanbieders aan veel cliënten zorg leveren terwijl deze niet over een rechtsgeldig indicatiebesluit beschikken. Het gaat hier om noodzakelijk zorg, zowel met als zonder verblijf, waarvoor in de afgelopen jaren, in het traject non-indicaties, alsnog indicaties zijn afgegeven. Nu dit traject geheel is afgesloten kunnen er in de regel geen verzekerden meer zorg krijgen zonder geldig indicatiebesluit.

278

Hoe is het aantal indicaties zorg zonder verblijf (610 000) te herleiden uit de gepresenteerde cijfers?

Vanwege de overzichtelijkheid is in tabel 1 op pagina 213 van de VWS-begroting een overzicht gegeven van het aantal afgegeven CIZ-indicaties naar cliëntgroep, waarbij de indicaties met en zonder verblijf bij elkaar zijn opgeteld. Het aantal afgegeven indicaties voor zorg zonder verblijf is niet in deze tabel zichtbaar, maar is tekstueel toegelicht. Onderstaande tabel geeft een uitsplitsing van het aantal CIZ-indicaties voor AWBZ-zorg zonder verblijf naar cliëntgroep.

Tabel: Aantal afgegeven CIZ-indicaties zonder verblijf naar cliëntgroep in 2008 (afgerond op honderdtallen)

Cliëntgroepen	Indicaties zonder verblijf
Somatisch tot 75 jaar	170 100
Somatisch 75 en ouder	251 000
Personen met pg	23 900
Personen met vg	50 300
Personen met lg/zg	35 800
Personen met psy	80 300
Totaal	611 400

Bron: CIZ

279

Kan de staatssecretaris een overzicht sturen van het totaal aantal indicaties over de laatste tien jaar en hierbij jaarlijks aangeven hoeveel herindicaties het betrof? Het CIZ bestaat sinds 1 januari 2005 en vanaf dat

moment zijn de gevraagde gegevens te leveren.

Tabel: Overzicht aantal positieve (her)indicaties naar jaar (afgerond op 1 000)

	indicaties	herindicaties
2005	658 000	477 000
2006	771 000	574 000
2007	813 000	595 000
2008	873 000	653 000

Bron: ClZ

280

Betekenen de cijfers onder kopje 1 (Beroep op de AWBZ) dat er in 2008 25% van de 870 000 mensen met een indicatie, oftewel 217 500 extra cliënten de AWBZ zijn ingestroomd? Waarom geeft de tabel op pagina 216 dan «maar» een stijging van 2007 naar 2008 van (582 000–548 000) van 34 000 cliënten?

Het aantal AWBZ-cliënten op de peildata begin januari van 2007 en 2008 zijn «standcijfers». Deze cijfers geven geen informatie over de ontwikkelingen (de in- en uitstroom van cliënten) in 2007. De hoge instroom van nieuwe AWBZ-cliënten in combinatie met de beperkte groei van het aantal AWBZ-cliënten in het betreffende jaar laat zien dat er jaarlijks ook veel cliënten geen AWBZ-zorg meer krijgen, omdat hun indicatie is afgelopen of omdat zij zijn overleden. Uit gegevens van het ClZ blijkt dat bijna 60% van het aantal afgegeven indicaties voor zorg zonder verblijf (70% van alle afgegeven indicaties) wordt afgegeven voor maximaal 1 jaar, en daarmee kortlopend is.

281

Welke beleidswijziging lag ten grondslag aan de overheveling van een deel van de verpleegkundige handelingen naar de functie persoonlijke verzorging?

Hier ligt geen beleidswijziging aan ten grondslag maar een nadere duiding van de aanspraak persoonlijke verzorging door het CVZ, mede op basis van gerechtelijke uitspraken, die door VWS is overgenomen.

282

Kan de staatssecretaris aangeven voor het aantal van 260 000 indicaties voor zorg met verblijf hoe groot de totale capaciteit is voor deze vorm van zorg en hoeveel de beschikbare capaciteit is?

In de AWBZ zijn op 1 januari 2008 circa 267 000 verblijfsplaatsen aanwezig. Niet bekend is hoeveel van deze plaatsen op jaarbasis beschikbaar komen voor nieuwe cliënten. Overigens impliceert 260 000 indicaties voor verblijf niet dat het ook gaat om 260 000 (nieuwe) cliënten. Cliënten die reeds in een instelling verblijven kunnen ook een herindicatie krijgen als de zorgbehoefte wijzigt.

283

Is goedkoop geen duurkoop als de pakketmaatregel voor de individuele begeleiding heeft geleid tot een stijging van de functie persoonlijke verzorging?

Er is geen causaal verband te leggen tussen de pakketmaatregel en een stijging van de vraag naar persoonlijke verzorging (PV). De stijging van het aantal indicaties voor extramurale zorg zonder begeleiding is te verklaren uit een al jaren stijgende zorgvraag. Alleen bij PV kan de pakket-

maatregel hebben bijgedragen aan deze trend omdat het toezicht op PV voorheen onder OB werd geïndiceerd en nu, door het gewijzigde doel van BG (begeleiding), onder PV wordt geïndiceerd. Het gaat hier niet om een bezuiniging maar om een gedeeltelijke verschuiving. Dit blijkt ook uit de trendrapportage van het CIZ.

284

Is uit de combinatie van de informatie in tabel 4 op pagina 217 en de verdeling van de de indicaties voor zorg met verblijf te concluderen dat de gemiddelde AWBZ uitgaven per gebruiker daalt?

Op basis van een combinatie van gegevens uit de tabel 4 (uitgaven AWBZ) en tabel 3 (aantal gebruikers van AWBZ-zorg) kan de conclusie worden getrokken dat de gemiddelde uitgaven per AWBZ-gebruiker zijn gedaald. Deze daling is vooral het gevolg van een stijging van het aantal budgethouders en gebruikers van AWBZ-zorg zonder verblijf. De gemiddelde uitgaven van deze gebruikers van AWBZ-zorg zijn lager dan de uitgaven voor AWBZ-zorg met verblijf, waar minder groei van het aantal gebruikers waarneembaar is.

285

De grootste groep (40%) van de zorgzwaartepakketten zit in de categorieën 4–8. Kan de staatssecretaris aangeven hoe de leeftijdsverdeling binnen deze zorgzwaartepakketten is? De leeftijdsverdeling is als volgt:

Tabel: Leeftijdsverdeling van cliënten met een indicatie voor zpz-VV 4 t/m 8 in 2008

Leeftijdsopbouw	Relatieve verdeling
Tot 64 jaar	5%
65 tot 74 jaar	10%
75 tot 84 jaar	40%
85 en ouder	45%

Bron: CIZ

286

Wat houdt overbruggingszorg precies in? Is er gemeten of de cliënten die dit ontvangen hier tevreden mee zijn?

De passage in de tekst van de VWS-begroting heeft betrekking op de groep cliënten die volgens het zorgkantoor tot de problematische wachtenden worden gerekend. Deze personen hebben een indicatie voor zorg met verblijf (in een verpleeghuis of in een instelling voor verstandelijke gehandicaptenzorg) en krijgen ter overbrugging AWBZ-zorg thuis totdat er een verblijfsplek beschikbaar is. Het zorgkantoor rekent deze personen tot de problematische groep wachtenden omdat volgens zijn oordeel deze zorg niet toereikend is. Het is niet bekend of deze cliënten tevreden zijn met deze overbruggingszorg. Zoals aangekondigd in de brief getiteld Toegankelijkheid van de AWBZ (V&V en Gehandicaptenzorg) van 15 juni jl. (kamerstuk 30 597, nr. 75), zal bij de nieuwe wachtlijstcijfers wel worden nagegaan in hoeverre cliënten tevreden zijn met de overbruggingszorg.

287

Wat is de reden dat nog 14% op een wachtlijst staat? En ten opzichte van welk getal is die komt de staatssecretaris tot die 14%, omdat als het terugerekend wordt de totale populatie 319 000 moet bedragen?

Het percentage van 14% heeft betrekking op het aantal personen met een indicatie voor AWBZ-zorg die gedurende het jaar 2007 hun geïndiceerde

zorg na het verstrijken van de Treeknormen (van 6 of 13 weken) heeft gekregen. Uit het onderzoeksrapport, dat als bijlage bij de brief over de toegankelijkheid van de AWBZ van 15 juni 2009 (Kamerstuk 30 597, nr. 75) is geleverd, blijkt dat dit cijfer negatief wordt beïnvloed door cliënten die er zelf bewust voor kiezen niet de geïndiceerde AWBZ-zorg af te nemen door bijvoorbeeld nog niet direct te kiezen voor opname in een instelling (bijvoorbeeld een verpleeghuis). In dat geval wordt de doorlooptijd langer, ook al is de zorg wel eerder beschikbaar. De overgrote meerderheid van de cliënten met een AWBZ-indicatie (86%) krijgt binnen de Treeknormen hun geïndiceerde zorg. De percentages van 86% en 14% hebben betrekking op het gehele jaar 2007 («stroomcijfers») en zijn daarmee niet te herleiden tot de wachtlijst op een moment (een «standcijfer»). Gelet hierop zijn er vraagtekens te zetten bij de juistheid van de «terugrekening» tot een populatie van 319 000 personen.

Zoals in de brief over de toegankelijkheid van de AWBZ aangegeven, bestaat de problematische wachtlijst op 1 januari 2008 uit 4 475 personen. Het gaat hierbij om personen waarbij op 1 januari 2008 de Treeknorm is overschreden en waarbij het zorgkantoor aangeeft dat de geboden overbruggingszorg niet toereikend is. Dit is 0,75% van het totaal aantal gebruikers van AWBZ-zorg (in januari 2008: 582 000 personen).

288

Is de hypothese gerechtvaardigd dat door de bezuinigingen op OB en AB het aantal gebruikers van verpleging en verzorging stijgt?

Nee, deze hypothese is niet gerechtvaardigd. Volgens het CIZ zijn er geen aanwijzingen dat de pakketmaatregelen begeleiding leiden tot een verschuiving van de vraag naar andere vormen van AWBZ-zorg. Alleen bij persoonlijke verzorging (PV) kan enige stijging optreden omdat het toezicht op PV voorheen onder OB werd geïndiceerd en nu, door het gewijzigde doel van BG, onder PV wordt geïndiceerd. Het gaat hier niet om een bezuiniging maar om een overheveling.

289

Waarom heeft de staatssecretaris in de tabel op pagina 215 geen prestatie-indicatoren opgenomen de huidige situatie te verbeteren?

In aansluiting op mijn antwoord op vraag 154, wacht ik eerst de resultaten van het verdiepingsonderzoek naar de problematische wachtenden af. Eerst wil ik een voldoende scherp beeld hebben van wat er feitelijk gaande is: zijn er echt zoveel problematische wachtenden of is er sprake van een vertroebeld beeld? Het onderzoek moet tevens inzicht geven in de oorzaken van deze complexe problematiek. Ik hoop dat het onderzoek concrete oplossingsrichtingen en instrumenten oplevert om dit probleem het hoofd te kunnen bieden.

290

Waar komt de stijging van het aantal bewoners van verpleeghuizen vandaan? Is dit een gevolg van de enorme bezuiniging op de begeleiding?

De stijging van het aantal bewoners in verpleeghuizen hangt samen met de voortgaande (dubbele) vergrijzing en daarmee gepaard gaande stijging van het aantal personen met ernstige somatische en/of psychogeriatrische beperkingen en houdt geen verband met de beperking van de aanspraak op de functie ondersteunende begeleiding voor de cliënten met de grondslag somatiek op 1 januari 2008. Deze stijging is niet iets van de afgelopen jaren. Ook als een langere tijdsperiode in ogenschouw wordt genomen (bijvoorbeeld de laatste 10 jaar) neemt het aantal bewoners van verpleeghuizen toe. Zo waren er in 2000 circa 58 000 bewoners van verpleeghuizen.

291

Is de conclusie gerechtvaardigd dat oudere allochtonen minder gebruik maken van AWBZ-zorg en autochtonen meer? Wat is de verklaring hiervoor?

Op basis van de gepresenteerde gegevens is deze conclusie niet te trekken, omdat de leeftijdsopbouw van de allochtonen in Nederland niet overeenkomt met die van de autochtonen in Nederland. Verhoudingsgewijs zijn er meer autochtone Nederlanders boven de 65 en juist boven die leeftijd wordt er meer gebruik gemaakt van AWBZ-zorg dan op jongere leeftijd. Bij een verbijzondering van de gegevens van AWBZ-gebruik en bevolkingssamenstelling voor de groep 65 en ouder blijken er nauwelijks meer verschillen te zijn. Bij zorg zonder verblijf is het aandeel autochtone AWBZ-gebruikers 90%, bij zorg met verblijf is dit 92%. Het aandeel autochtone Nederlanders van 65 en ouder is 88%. Vanuit studies (o.a. van het SCP) worden de volgende verklaringen gegeven voor het niet gebruik van AWBZ-zorg (thuiszorg) door allochtonen: zij maken liever gebruik maken van informele zorg, onbekendheid met de voorziening en te ingewikkelde procedures bij het «regelen» van de zorg.

292

130 000 van de 169 000 bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ouder dan 75 jaar, dit is 77%. Hoe hoog zou dit percentage zijn als er gekeken wordt naar 65 jaar en ouder?

Het aantal 65+-ers in verzorgings- en verpleeghuizen is 90% en het aantal 85+-ers is 43%.

293

Wat is de grondslag voor de indicatie van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, zowel uitgesplitst naar 65 als naar 75 jaar en ouder?

Gegevens van het CIZ leiden dit tot het volgende overzicht:

Tabel: Uitsplitsing indicaties voor de zzp's-V&V in 2008

	Grondslag Somatisch	Grondslag Psycho-geriatriesch	Totaal grondslagen
65 en ouder	136 067	44 134	180 201
75 en ouder	115 291	40 182	155 473

Bron: CIZ

294 en 295

Er wordt gesteld dat er 3% aan overige kosten is. Dit wordt uitgesplitst in 1% beheerskosten en 1% subsidies en overige kosten. Waar is het laatste procent (ter waarde van € 210 mln.)?

Waaraan worden de subsidies, welke op basis van de tekst kunnen oplopen tot € 210 mln., uitbetaald?

In de tabel op pagina 217 wordt inzicht gegeven in de opbouw van de 3% overige kosten. Naast de beheerskosten (€182 miljoen) en onder andere de subsidie voor ADL-zorg in Fokus woningen (€ 78 miljoen) gaat het om overige zaken (€ 347 miljoen).

Bij overige zaken gaat het onder andere om zaken die niet als functies zijn omschreven zoals de uitleen van hulpmiddelen door de thuiszorg en de vervoerskosten naar dagverblijven. Daarnaast zitten er enkele kleinere posten in die niet passen binnen de hier gebruikte kosten definities.

296

Is de uitbreiding van het aantal pgb's te beschouwen als capaciteitsuitbreiding in de zorg? Om hoeveel mensen gaat het precies?

Tussen januari 2007 en december 2008 is het aantal pgb-houders toegenomen van 65 000 naar 109 000. Het is niet zo dat de toename van de belangstelling voor het pgb gepaard gaat met een daling van de vraag naar naturazorg. Ook geeft bijna 40% van de pgb-houders aan dat men de soort zorg waaraan behoefte is, niet in natura te krijgen was. Deze onderzoeksresultaten maken aannemelijk dat het pgb niet uitsluitend zorg in natura substitueert, maar ook bekostiging van alternatieven voor het bestaande natura-aanbod mogelijk maakt (Evaluatie pgb nieuwe stijl, ITS, 2007 en vervolgonderzoek, ITS, 2008).

297

Waar is de € 3 miljard die de overheveling van de curatieve ggz-zorg naar de zorgverzekeringwet bespaard heeft, terug te vinden in de cijfers? Betekent dit dat de AWBZ van 2007 naar 2008 € 1,6 miljard duurder is geworden (ten opzichte van de € 300 mln. daling van 2006 naar 2007)?

Door de overheveling van de curatieve ggz-zorg naar de zorgverzekeringwet zijn vooral de uitgaven voor de (extramurale functie) behandeling en de ggz-verblijfsvoorzieningen afgenomen. Zonder de overheveling zouden de uitgaven duidelijk zijn toegenomen. In tabel 4 op bladzijde 217 is dit terug te vinden bij de Zorg in natura:

Zorg zonder verblijf – Behandeling en de Zorg in natura: zorg met verblijf – Ggz 2008. Curatieve ggz-zorg geleverd onder de andere delen van de Zorg in natura is eveneens overgeheveld, dit gaat om beperktere bedragen. De totale uitgaven aan langdurige zorg (de onderste regel van de tabel) zijn afgenomen met € 1,665 miljard van 2006 tot 2008. Dit wordt veroorzaakt door de overheveling van de Huishoudelijke verzorging (€ 1,2 miljard) per 2007 en de geneeskundige ggz (€ 3 miljard) per 2008. De rest van de langdurige zorg is dus met $-1,665 + 1,2 + 3 = € 2,5$ miljard toegenomen.

298

Als de AWBZ vorig jaar inderdaad € 1,6 miljard duurder is geworden, hoe verhoudt dit zich tot de afspraak uit het coalitieakkoord dat de AWBZ elk jaar met 2,5% (circa € 525 mln.) mag groeien? Is dit een reden voor actie voor de regering?

Zie antwoord op vraag 158.

299

Waarom zijn de uitgaven langdurige zorg 2008 nog niet definitief? Op welk moment zal dit het geval zijn?

De uitgaven voor de langdurige zorg worden voor een belangrijk deel bepaald aan de hand van gegevens van de Nza over de stand van de instellingsbudgetten. De definitieve stand van de budgetten 2008 (de zogenaamde nacalculatie) dienden door de instellingen voor 1 september 2009 bij de Nza zijn ingediend. Door de Nza wordt hierover begin 2010 aan VWS gerapporteerd. Deze cijfers worden verwerkt bij het jaarverslag 2009.

300

Wanneer kunnen we een gedetailleerd overzicht verwachten van de uitgaven langdurige zorg 2009?

Een overzicht van de uitgaven langdurige zorg 2009 zal worden gepresenteerd bij het jaarverslag 2009.

301

Hoe kunnen er beleidskeuzes gemaakt worden op basis van oude incomplete cijfers? Er worden nogal wat veronderstellingen gebruikt?

Deze vraag refereert naar de bijdrage Inzicht in de AWBZ, die voor het eerst op verzoek van de Kamer is opgenomen in de VWS-begroting. In deze bijdrage is, gelet op het verzoek van de Kamer, overzichtelijkheid nagestreefd. Het betreft een selectie van beleidsinformatie die op het ministerie beschikbaar is en die jaarlijks via tal van rapporten ook aan de Kamer ter beschikking wordt gesteld. Voor mijn beleidsvorming baseer ik mij niet alleen op deze (feitelijke) informatie, maar op meer gegevens over de ontwikkelingen in de AWBZ. Ik deel dan ook niet uw constatering dat de informatievoorziening over de AWBZ, hoewel altijd voor verbeteringen vatbaar, oud en incompleet is. Daar het in deze bijdrage om feitelijke informatie gaat, deel ik ook niet uw constatering dat er nogal wat veronderstellingen aan dit cijfermateriaal ten grondslag liggen. Bij het maken van beleidskeuzes zullen overigens wel veronderstellingen over de effecten van de maatregel een rol spelen. Via het monitoren van ontwikkelingen worden de effecten van de maatregel zichtbaar en kan worden bijgestuurd indien zich onvoorziene effecten voordoen.

302

Hoe gaat u er in de toekomst voor zorg dragen dat toe te laten instellingen daadwerkelijk voldoen aan de vereisten voor toelating tot de AWBZ en geen andere AWBZ-functies uitoefenen dan waarvoor zij zijn toegelaten?

Binnen de huidige wet- en regelgeving is het alleen maar toegestaan voor AWBZ-instellingen AWBZ-zorg in natura te verlenen waarvoor zij zijn toegelaten. Het zorgkantoor maakt met de instelling alleen productieafspraken over die vormen van AWBZ-zorg waarvoor de zorginstelling is toegelaten. Aanvullend toetst de NZa of de gemaakte productieafspraken passen binnen de afgegeven toelating. Gelet op deze waarborgen zie ik geen aanleiding om aanvullende maatregelen te treffen.

303

Waar komt het verschil in cijfers tussen het SER Rapport (2 500 AWBZ-instellingen, zie pagina 30) en de 1000 AWBZ-instellingen die de regering noemt vandaan?

In de VWS- begroting is gerekend met het aantal zorgconcerns. Binnen een zorgconcern kan AWBZ-zorg met verblijf door één of meer instellingen worden geboden. Een voorbeeld: een stichting die een verzorgingshuis en een verpleeghuis exploiteert is in de VWS-begroting als één organisatie geteld, terwijl deze organisatie volgens het SER-rapport uit twee zorginstellingen bestaat.

304

Wat is de stand van zaken rond de aangenomen motie Joldersma (30 492, nr. 23) en waar wordt de benodigde dekking van € 1 mln. te zijner tijd binnen de begroting gezocht?

Bij brief van 10 september 2009 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 30 492, nr. 35) heb ik u bericht dat ik in principe bereid ben uitvoering te geven aan de motie Joldersma inzake de familievertrouwenspersoon. In die brief is echter ook vermeld dat de benodigde financiële dekking van € 1 miljoen nog binnen de begroting van VWS dient te worden gezocht en dat ik gelet op de financieel economische omstandigheden- nog geen uitspraak over de haalbaarheid ervan kan doen. Die situatie is nog niet

veranderd; gedurende de uitvoering van de begroting 2010 bekijk ik waar eventueel middelen beschikbaar komen.

305

Waarom staat de aangenomen motie Agema (29 689, nr. 238) niet in de lijst met aangenomen moties? Wat is de stand van zaken m.b.t. de uitvoering van deze motie die de regering verzoekt het voortouw te nemen in het bestrijden van zorgfraude met als doel een lagere schadelast en dus een lagere zorgpremie voor de burger? Zijn de gestelde doelen in deze motie bereikt?

De Kamer is in de brief d.d. 9 juni 2009 (2009Z10851) geïnformeerd over de uitvoering van de motie Agema (29 689, nr. 238).

306

Is de periode waarbinnen de onderzoeken over psychosociale gevolgen van abortus en adoptie af moet zijn, nl tussen 2010 en 2015 niet breed genomen? Zal het eerder 2010 of 2015 zijn?

Het betreft vier verschillende onderzoeken, met vier verschillende einddata. Het dossieronderzoek naar afstandsmoeders zal in 2010 worden afgerond. Het retrospectief onderzoek naar binnenlands geadopteerden wordt afgerond in 2011. De resultaten van het kwalitatief onderzoek naar de redenen voor abortus worden ook in 2011 verwacht en de resultaten van het langlopende onderzoek zijn in 2015 bekend.

BIJLAGE 1

Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Specifieke uitkering						
Heroïnebehandeling op medisch voorschrift	13 618	16 063	16 063	16 063	16 063	16 063
<i>sub-totaal Specifieke uitkering</i>	<i>13 618</i>	<i>16 063</i>	<i>16 063</i>	<i>16 063</i>	<i>16 063</i>	<i>16 063</i>
Instellingssubsidies/Structurele subsidies						
Mainline Stichting	315	285	285	285	285	285
Trimbos	4 382	4 327	4 327	4 327	4 327	4 327
Stivoro	840	625	625	625	625	625
Stichting informatievoorziening Zorg (IVZ)	1 175	1 175	1 175	1 175	1 175	1 175
LSOVD	62					
Nader in te vullen		120	120	120		
<i>sub-totaal Instellingssubsidies/Structurele subsidies</i>	<i>6 774</i>	<i>6 532</i>	<i>6 532</i>	<i>6 532</i>	<i>6 412</i>	<i>6 412</i>
Projectsubsidies						
Medische heroïnebehandeling	4 236	471				
Wachtgeld ISP/PNL 2008 , wachtgeldkosten CAD's 2008	140	120	120	120	120	120
Algemene gezondheidsbevordering;						
– Implementatie 5 CGL in 5 GGD-en	0	2 000	2 312	2 375	2 375	2 375
– Diverse bijdragen algemene gezondheidsbevordering	166	209	100	38	38	38
Div. op terrein van tabak/roken	1 722	1 631	1 223	1 223	1 223	1 223
Infopunt Roken en de wet	215	200	200	200	200	200
Preventie van schadelijk alcoholgebruik	1 375	691	144	20	120	20
Monitoring zelfregulering alcohol reclame/market STAP	145	150	150	150	150	150
Voeding	1 517	2 094	1 952	1 952	1 950	1 950
Programma Voeding & Gezondheid	0	1 047	1 122	983	849	0
Overgewicht	1 821	1 609	1 422	1 050	936	997
Convenant overgewicht	516	575	500	500	500	500
Div. op terrein van verslavingszorg	1 781	1 012	749	729	729	729
Preventie van drugsgebruik	1 918	1 485	1 470	1 470	1 470	1 470
Div. onderzoek en monitoring drugsgebruik	496	432	275	275	275	275
Div. op terrein bevorderen internationale samenwerking	167	220	170	170	170	170
Nader in te vullen		243	1 792	2 947	2 616	3 674
<i>sub-totaal Projectsubsidies</i>	<i>16 215</i>	<i>14 189</i>	<i>13 701</i>	<i>14 202</i>	<i>13 721</i>	<i>13 891</i>
Bijdragen aan baten-lastendiensten						
VWA: Rookvrije horeca	1 750	1 000				
VWA: Verscherpen toezicht controle leeftijdsgrenzen DHW	3 000	3 000				
VWA: Continuering pilot DHW *		1 250				
RIVM: Voedselconsumptiepeiling	509	447	570	570	450	450
RIVM: Centrum Gezond Leven	2 009	2 009	2 009	2 009	2 009	2 009
Nader in te vullen		45	500	0	120	0
<i>sub-totaal Bijdragen aan baten-lastendiensten</i>	<i>7 268</i>	<i>7 751</i>	<i>3 079</i>	<i>2 579</i>	<i>2 579</i>	<i>2 459</i>
* Liep in de begroting mee bij projectsubsidies						
TOTAAL GENERAAL:	43 875	44 535	39 375	39 376	38 775	38 825
Gezonde leefstijl per afzonderlijk thema getotaliseerd	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tabak	4 527	3 456	2 048	2 048	2 048	2 048
Alcohol	8 902	9 418	4 621	4 497	4 597	4 497
Drugs	20 268	18 451	17 808	17 808	17 808	17 808
<i>preventie drugsgebruik en heroïnebehandeling op medisch voorschrift</i>						
Voeding	2 026	3 588	3 644	3 505	3 249	2 400
Overgewicht (incl. convenant overgewicht)	2 337	2 184	1 922	1 550	1 436	1 497
Anders belegde/verplichte middelen binnen Gezonde Leefstijl	5 815	7 030	6 920	6 901	6 901	6 901
<i>internationaal, algemene gezondheidsbevordering, verslavingszorg, bevorderen, internationale samenwerking</i>						
Nader in te vullen		408	2 412	3 067	2 736	3 674
TOTAAL GENERAAL:	43 875	44 535	39 375	39 376	38 775	38 825
Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.						
<i>Begrotingsstanden</i>	<i>43 730</i>	<i>44 535</i>	<i>39 375</i>	<i>39 376</i>	<i>38 775</i>	<i>38 825</i>
<i>verschil begr. En telling tabel.</i>	<i>- 145</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

BIJLAGE 2

CIZ beleidsmonitor eerste halfjaar 2009 (zie vraag 162)

1.1. ZZP-VV

Tabel B 1.1 Absoluut aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten naar ZZP-VV per halfjaar over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
VV01	0	1	5 970	4 840	6 042	4 111
VV02	0	5	12 976	15 362	16 142	15 816
VV03	0	1	9 518	10 594	10 982	11 793
VV04	0	2	5 659	9 495	10 170	11 254
VV05	0	0	11 319	13 031	15 211	16 343
VV06	0	1	7 499	8 334	9 724	10 764
VV07	0	2	1 758	1 477	2 568	2 986
VV08	0	0	740	753	786	763
VV09	0	4	25 768	26 914	23 699	22 102
VV10	0	0	3 865	3 766	3 473	3 189
Totaal	0	16	85 072	94 566	98 797	99 121

Tabel B1.2 Relatief aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten ten opzichte van het totaal aantal besluiten per halfjaar naar ZZP-VV over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
VV01	0%	6%	7%	5%	6%	4%
VV02	0%	31%	15%	16%	16%	16%
VV03	0%	6%	11%	10%	11%	12%
VV04	0%	13%	7%	11%	10%	11%
VV05	0%	0%	13%	14%	15%	16%
VV06	0%	6%	9%	9%	10%	11%
VV07	0%	13%	2%	2%	3%	3%
VV08	0%	0%	1%	1%	1%	1%
VV09	0%	25%	30%	28%	24%	22%
VV10	0%	0%	5%	4%	4%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1.1.1 ZZP-VG

Tabel B1.3 Absoluut aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten naar ZZP-VG per halfjaar over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
VG01	0	1	722	647	1 463	567
VG02	0	0	1 174	1 468	3 062	1 757
VG03	0	0	1 589	2 016	6 339	3 131
VG04	0	0	703	836	4 556	1 980
VG05	0	0	679	695	7 527	3 284
VG06	0	1	944	1 237	4 632	2 724
VG07	0	0	605	526	644	5 362
Totaal	0	2	6 416	7 425	28 223	18 805

Tabel B1.4 Relatief aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten ten opzichte van het totaal aantal besluiten per halfjaar naar ZZP-VG over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
VG01	0%	50%	11%	9%	5%	3%
VG02	0%	0%	18%	20%	11%	9%
VG03	0%	0%	25%	27%	23%	17%
VG04	0%	0%	11%	11%	16%	11%
VG05	0%	0%	11%	9%	27%	17%
VG06	0%	50%	15%	17%	16%	14%
VG07	0%	0%	9%	7%	2%	29%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1.1.1 ZZP-LVG

Tabel B1.5 Absoluut aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten naar ZZP-LVG per halfjaar over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
LVG01	0	0	847	411	294	213
LVG02	0	1	796	787	810	735
LVG03	0	0	534	809	1 072	1 001
LVG04	0	0	187	296	385	431
LVG05	0	1	88	146	270	224
Totaal	0	2	2 452	2 449	2 831	2 604

Tabel B1.6 Relatief aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten ten opzichte van het totaal aantal besluiten per halfjaar naar ZZP-LVG over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
LVG01	0%	0%	35%	17%	10%	8%
LVG02	0%	50%	32%	32%	29%	28%
LVG03	0%	0%	22%	33%	38%	38%
LVG04	0%	0%	8%	12%	14%	17%
LVG05	0%	50%	3%	6%	9%	9%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1.1.1 ZZP-SGLVG

Tabel B1.7 Absoluut aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten naar ZZP-SGLVG per halfjaar over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
SGLVG01	0	0	251	168	155	209

1.1.1 ZZP-LG

Tabel B1.8 Absoluut aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten naar ZZP-LG per halfjaar over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
LG01	0	0	110	134	379	281
LG02	0	0	143	227	467	383
LG03	0	0	84	170	518	624
LG04	0	1	117	258	707	720
LG05	0	0	66	94	358	370
LG06	0	0	112	244	863	933
LG07	0	1	53	72	416	241
Totaal	0	2	685	1 199	3 708	3 552

Tabel B1.9 Relatief aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten ten opzichte van het totaal aantal besluiten per halfjaar naar ZZP-LG over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
LG01	0%	0%	16%	11%	10%	8%
LG02	0%	0%	21%	19%	13%	11%
LG03	0%	0%	12%	14%	14%	18%
LG04	0%	50%	17%	22%	19%	20%
LG05	0%	0%	10%	8%	10%	10%
LG06	0%	0%	16%	20%	23%	26%
LG07	0%	50%	8%	6%	11%	7%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1.1.1 ZZP-ZG

Tabel B1.10 Absoluut aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten naar ZZP-ZG per halfjaar over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
ZG01 aud	0	0	78	70	65	81
ZG02 aud	0	1	36	40	44	97
ZG03 aud	0	1	35	18	36	160
ZG01 vis	0	0	96	103	140	164
ZG02 vis	0	1	65	86	105	211
ZG03 vis	0	1	86	92	90	219
ZG04 vis	0	0	27	26	40	183
ZG05 vis	0	0	17	10	23	314
Totaal	0	4	440	445	543	1 429

Tabel B1.11 Relatief aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten ten opzichte van het totaal aantal besluiten per halfjaar naar ZP-ZG over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
ZG01 aud	0%	0%	18%	16%	12%	6%
ZG02 aud	0%	25%	8%	9%	8%	7%
ZG03 aud	0%	25%	8%	4%	7%	11%
ZG01 vis	0%	0%	22%	23%	26%	11%
ZG02 vis	0%	25%	15%	19%	19%	15%
ZG03 vis	0%	25%	20%	21%	17%	15%
ZG04 vis	0%	0%	6%	6%	7%	13%
ZG05 vis	0%	0%	3%	2%	4%	22%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1.1.1 ZP-GGZ

Tabel B1.12 Absoluut aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten naar ZP-GGZ per halfjaar over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
GGZ01	0	1	1 156	891	1 199	910
GGZ02	0	0	2 122	1 871	2 496	2 171
GGZ03	0	0	1 091	2 017	2 973	3 133
GGZ04	0	0	854	892	1 499	1 690
GGZ05	0	0	621	605	1 350	1 528
GGZ06	0	0	177	167	543	462
GGZ07	0	1	124	91	277	330
Totaal	0	2	6 145	6 534	10 337	10 224

Tabel B1.13 Relatief aantal positieve intramurale AWBZ-indicatiebesluiten ten opzichte van het totaal aantal besluiten per halfjaar naar ZP-GGZ over de laatste drie jaar

Intramurale AWBZ-indicatiebesluiten	Tweede helft 2006	Eerste helft 2007	Tweede helft 2007	Eerste helft 2008	Tweede helft 2008	Eerste helft 2009
GGZ01	0%	50%	19%	14%	12%	9%
GGZ02	0%	0%	35%	29%	24%	21%
GGZ03	0%	0%	17%	31%	29%	31%
GGZ04	0%	0%	14%	14%	14%	17%
GGZ05	0%	0%	10%	9%	13%	15%
GGZ06	0%	0%	3%	2%	5%	5%
GGZ07	0%	50%	2%	1%	3%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%