

Vergaderjaar 2012–2013

**33 605 XVI**

## **Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012**

**Nr. 5**

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

Vastgesteld 7 juni 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het Jaarverslag 2012 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 33 605 XVI, nr.1).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 6 juni 2013. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

De griffier van de commissie,  
Teunissen

### *Vraag 1*

Er is een recent onderzoek uitgebracht door onderzoeksbureau Mid Summer Night Party (MSNP), waarin kritiek wordt geleverd op de uitkomsten van de marktscans in de mondzorg van vorig jaar. Zo bleek de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) er in de vergelijking onder andere vanuit te gaan dat in slechts 26,4% van de gevallen verdoving in rekening gebracht zou zijn bij een wortelkanaalbehandeling. Kan de minister reageren op het rapport van de MSNP?

### *Antwoord 1*

Het is mij bekend dat onderzoeksbureau MSNP onderzoek heeft uitgevoerd naar de prijsontwikkeling tijdens het experiment met de vrije tarieven. De NZa is van mening dat de gegevens waarop MSNP zich baseert onjuist en niet representatief zijn. Het voornaamste struikelpunt is volgens de NZa het op een onjuiste manier toepassen van de zogenaamde conversiesystematiek, waarbij de nieuwe prijzen worden geprojecteerd op de oude verrichtingenlijst. Zo heeft volgens de NZa onderzoeksbureau MSNP voor de tarieven voor wortelkanaalbehandelingen in 2011 (voor het experiment) de tarieven voor bijbehorende consulten en verdovingen meegeteld terwijl deze afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden. Daardoor wordt het tarief voor een wortelkanaalbehandeling oneigenlijk verhoogd en lijkt de tariefstijging tijdens het experiment beperkter.

### *Vraag 2*

Is het beeld juist dat er jaarlijks circa 370 nieuwe tandartsen nodig zijn en er maar 200 per jaar in Nederland worden opgeleid? Daarnaast zou een deel van de nieuwe afgestudeerden deeltijd gaan werken. Een stijgend aantal buitenlandse tandartsen wordt BIG geregistreerd, maar vertrekt vaak na drie jaar weer. Ontstaat hierdoor niet een tekort aan tandartsen dat met name in het oosten en zuiden van het land merkbaar zal zijn? Zo ja, welke acties wil de minister ondernemen om het tekort tegen te gaan?

### *Antwoord 2*

Inderdaad doet zich de afgelopen jaren een stijgende instroom van buitenlandse tandartsen voor. Dat blijkt uit eerdere rapportages van het Capaciteitsorgaan. De instroom kwam voornamelijk uit de buurlanden, Duitsland en België. Ik kan niet beamen of deze tandartsen binnen korte termijnen weer naar hun oorspronkelijk land terug gaan. Daar heb ik geen beeld van. Binnenkort verwacht ik een tweede rapportage van het Capaciteitsorgaan over de capaciteit in de mondzorg. Mogelijk dat daar aanvullende informatie uit blijkt.

Hoe dan ook heb ik uw Kamer eerder schriftelijk en mondeling medege-deeld behoefte te hebben aan een beter beeld van de capaciteitsontwikkeling voordat ik aan maatregelen denk. Het eenvoudigweg uitbreiden van de opleidingscapaciteit voor tandartsen doet afbreuk aan het ingezette beleid inzake taakherschikking. Ik ben met de sector in overleg over een verdergaande vorm van deze taakherschikking in de mondzorg, bijvoorbeeld door het verder uitbreiden van het wettelijke deskundigheidsgebied van de mondhygiënist. Naar mijn overtuiging biedt deze aanpak een meer duurzame basis voor de toekomstige capaciteitsopbouw in de mondzorg. Het louter uitbreiden van opleidingsplaatsen voor tandartsen leidt overigens niet noodzakelijkerwijze tot het opheffen van regionale tekorten. Tandartsen hebben hun eigen voorkeur om zich ergens te vestigen en ik kan ze daarin niet sturen. Overigens verwacht ik geen toenemende tekorten in het oosten en zuiden van het land vanwege remigrerende

tandartsen, omdat ook in de grensstreken de mondzorg ook hier voor het overgrote deel door Nederlandse tandartsen wordt verleend.

*Vraag 3*

Wat zijn de exploitatiekosten van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoeken (CCMO)?

*Antwoord 3*

De uitgaven van de CCMO zijn € 1.825 miljoen.

*Vraag 4*

De ontvangsten eigen bijdrage AWBZ betreffen € 1,7 miljard. Kan dit opgesplitst worden naar ontvangsten eigen bijdrage extramurale AWBZ en ontvangsten eigen bijdrage intramurale AWBZ?

*Antwoord 4*

De totale eigen bijdrage opbrengsten voor de AWBZ bedragen € 1,7 miljard eigen bijdrage intramuraal. De totale opbrengsten van de extramurale AWBZ bedragen € 0,1 miljard. Het gaat bij de laatste om de eigen bijdrage die resteert voor de extramurale AWBZ na aftrek van de eigen bijdrage die in het kader van de WMO door de gemeenten wordt geïnd. In totaal worden er € 1,8 miljard aan eigen bijdrage AWBZ geïnd. € 0,1 Miljard aan eigen bijdrage wordt hierop in mindering gebracht, omdat de kosten van de Wtcg-korting in het kader van de Wmo worden afgedragen. De korting in het kader van de Wtcg (33% op de totale eigen bijdrage) wordt op de factuur aan de cliënt doorberekend. Gemeenten krijgen echter de volledige opbrengsten uit de eigen bijdrage, waarbij de korting in het kader van de Wtcg niet is doorberekend.

*Vraag 5*

Kosten huisartsenzorg mogen met 2,5% stijgen, plus 0,5% voor substitutie van tweedelijns naar eerstelijnszorg. Hoe is dit budgettair verwerkt als vermindering tweedelijnszorg en wat zijn de substitutie resultaten? Is er (relatief) minder tweedelijnszorg gebruikt?

*Antwoord 5*

In het convenant dat is gesloten met huisartsen op 22 juni 2012 is bewust gekozen voor het toestaan van een hogere groei voor huisartsenzorg dan voor tweedelijnszorg (3% ten opzichte van 2,5%). Budgettair betekent dit dat het budgettair kader tweedelijnszorg in 2013 minder hard is gegroeid dan het kader huisartsenzorg.

Ook in het regeerakkoord is deze differentiatie tussen beide groeicijfers doorgezet. Vanaf 2015 mag de medisch specialistische zorg 2% groeien en de huisartsenzorg 2,5%. Deze (financiële) keuze is ingegeven door het belang dat wordt gehecht aan het versterken van de zorgfuncties in de nabijheid van mensen om hen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te kunnen verzorgen en te voorkomen dat onnodig gebruik wordt gemaakt van duurdere tweedelijnszorg. Op dit moment zijn er voor de tweedelijnszorg nog onvoldoende betrouwbare cijfers over 2012 om de daadwerkelijke substitutie-effecten te kunnen zien.

### *Vraag 6*

Welke mogelijkheden ziet de minister voor preventie en monitoring in de eerstelijnszorg als gevolg van versterking van de poortwachtersrol van de huisarts en handhaving van de inschrijving van patiënten op naam, zodat de persoonlijke relatie tussen patiënt en huisarts behouden blijft?

### *Antwoord 6*

In het huidige convenant huisartsenzorg (22 juni 2012) is de poortwachtersrol van de huisarts in Nederland bekrachtigd. Gezien het feit dat ongeveer 75% van de mensen jaarlijks contact heeft met de huisartsenpraktijk is het wenselijk dat de huisarts een belangrijke rol speelt in vroegtijdige signalering en preventie. De inschrijving op naam geeft uitdrukking aan een langdurige relatie die er veelal is tussen de huisarts en zijn patiënten. Het werken met richtlijnen waarin preventie is opgenomen is een belangrijk uitgangspunt. Diverse andere mogelijkheden zijn benoemd in de startbrief van het Nationaal Preventie Programma (TK 32 793, nr. 70). In het najaar ontvangt u hiervan het uitgewerkte programma. Afspraken met verzekeraars rondom preventie zullen we verder verkennen conform het regeerakkoord. Dementie en depressie zijn aandoeningen die specifiek extra aandacht zullen krijgen in de komende jaren en daarmee in de spreekkamer van de huisarts. Tevens is het van belang dat de toekomstige vormgeving van de bekostiging van de huisartsenzorg preventie stimuleert.

### *Vraag 7*

De minister streeft naar basiszorg dichtbij. Wat verstaat de minister onder basiszorg?

### *Antwoord 7*

Onder basiszorg versta ik die zorg die veelal direct toegankelijk is, doorgaans medisch niet-complex van aard is en die dicht bij de patiënt geleverd wordt op de momenten waarop deze zorg nodig heeft. Basiszorg kan worden geleverd door een scala aan zorg- en hulpverleners, onder andere huisartsen, praktijkondersteuners, apothekers, paramedici, (wijk)verpleegkundigen, de thuiszorg, verloskundigen, tandartsen, centra voor eerstelijnsdiagnostiek, eerstelijns psychologen. En deels ook door medisch specialisten. Het is de zorgverlening waar de patiënt vaak als eerste met zijn zorgvraag naar toegaat en daardoor ook één van de meest zichtbare onderdelen van de zorg.

Het begrip «basiszorg» laat zich overigens moeilijk definiëren, aangezien zorg continu verandert. Bepaalde handelingen die we nu nog onder de noemer medisch-specialistische zorg scharen, kunnen over een aantal jaar mogelijk tot basiszorg behoren. Het verschuiven van de behandeling van diabetes en COPD van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg is daarvan een voorbeeld.

### *Vraag 8*

Huisartsen hebben afgesproken € 50 miljoen minder uit te geven aan geneesmiddelen. Wat is de relatieve opbrengst (autonome groei versus netto besparing)?

### *Antwoord 8*

Voor de afgesproken taakstelling wordt gerekend met een nominaal bedrag, zijnde € 50 miljoen. Andere ontwikkelingen in het geneesmiddelenkader worden hier niet in meegenomen. De totale uitgaven aan geneesmiddelen (exclusief receptregelvergoeding, exclusief unieke leveringen) voorgeschreven door huisartsen bedragen circa € 2 miljard. De netto opbrengst die op grond van het Convenant tussen VWS en de LHV van juni 2012 gerealiseerd moet worden, bedraagt in 2013 € 50 miljoen. De opbrengst wordt gemonitord door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK): de LHV wordt periodiek op de hoogte gesteld van de tot dan toe behaalde opbrengsten. In november 2013 zal de opbrengst over 2013 worden vastgesteld.

### *Vraag 9*

De minister co-financiert een richtlijn voor preventief medisch onderzoek en een EU-project «quality criteria for health checks». Waarom is hier voor gekozen? Vallen health checks onder effectief bewezen preventiemaatregelen? Hoeveel geld is hiermee gemoeid?

### *Antwoord 9*

Kern van mijn beleid met betrekking tot screening is de balans tussen het recht van mensen om zelf te kunnen kiezen voor screening en de bescherming van diezelfde mensen tegen de risico's van screening («Vroegopsporing en gezondheidsrisico's» – TK 32 793, nr. 19). Ik zet vooral in op zelfbeschikking: een goedgeïnformeerde burger die kan kiezen voor een health check. De meeste health checks zijn niet bewezen effectief op groepsniveau en zullen dus niet in het pakket komen of als bevolkingsonderzoek worden ingezet. Maar een individu kan anders denken over het nut en de health check zelf willen betalen. Om te kiezen hebben mensen instrumenten nodig, een kader dat duidelijk maakt waar een health check ten minste aan moet voldoen qua informatie en veiligheid. Dit kader heb ik gestimuleerd, de uitwerking is aan de aanbieders.

Bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn preventief medisch onderzoek (MDR PMO) was een financiële stimulans naar mijn idee nodig om zoveel verschillende instanties<sup>1</sup> bij elkaar te krijgen. Het budget van ZonMw bedroeg € 250.000 voor de ontwikkeling van de MDR PMO en nog eens € 160.000 voor de implementatie. De MDR PMO wordt naar verwachting binnenkort gepubliceerd, evenals de quality criteria for health

---

<sup>1</sup> Uitvoerende organisaties: CBO, TÚV Rheinland Nederland, in samenwerking met: Landelijke Huisartsen Vereniging, LekkerLangLeven (Diabetes Fonds, Nierstichting Nederland en Hartstichting)

Mandaterende instanties: Alliantie Gezondheidsvaardigheden, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, Diabetes Fonds, Federatie van Sportmedische Instellingen, Nederlandse Hartstichting, Koepel artsen Maatschappij en Gezondheid, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Landelijk Referentie Centrum voor bevolkingsonderzoek, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Vereniging Medische Microbiologie, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, Nederlandse Vereniging voor Radiologie, Nederlandse Associatie voor Community Genetics en Public Health Genomics, Nederlandse Internisten Vereniging Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Nederlands Normalisatie-instituut, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nierstichting Nederland, Verenoo, Vereniging Klinische Genetica, Vereniging voor Sportgeneeskunde, Vilans samenwerkende organisaties/instellingen Consumentenbond, Diagned, EMGO, Erasmus Medisch Centrum MG, GGD Nederland, NIPED, SAN/Stichting Synergos (Diagnostiek voor u), Trimbos, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland

checks. Dat laatste is in cofinanciering (beide € 50.000) met de EU ontwikkeld en vooral bedoeld om de kwaliteit van health checks ook in onze buurlanden op de agenda te zetten.

*Vraag 10*

Het kabinetsbeleid is er op gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Hoe groot is het tekort aan levensloopgeschikte woningen momenteel? Wanneer zal dit tekort naar verwachting opgelost zijn?

*Antwoord 10*

Samen met de minister voor Wonen en Rijksdienst zal ik uw Kamer binnenkort informeren over de monitor investeren voor de toekomst (MIT) waarin vraag en aanbod van ouderenhuisvesting in beeld worden gebracht.

*Vraag 11*

Wanneer wijkverpleegkundigen een groot succes is, waarom schaaft de minister dan niet al voor 2015 verder op?

*Antwoord 11*

De middelen die vrijgemaakt worden voor het opschalen van de wijkverpleegkundigen zijn niet eerder beschikbaar. Daarbij moet er zorgvuldig bekeken worden hoe de wijkverpleegkundigen gepositioneerd en bekostigd gaan worden. Daar er een overgang plaatsvindt naar een ander verzekeringsstelsel en we willen dat de wijkverpleegkundige een stevige rol gaat innemen in de wijk, is het van belang dit zorgvuldig te doen.

*Vraag 12*

Hoeveel kosten zijn er bespaard door de inzet van wijkverpleegkundigen in 50 gemeenten vanaf 2008.

*Antwoord 12*

In juni 2012 is het rapport uitgekomen van BMC die een kosten-batenanalyse heeft gemaakt van het programma Zichtbare schakel (zie [www.bmc.nl](http://www.bmc.nl)).

Hierin is beschreven dat het programma tot 1 september 2011 per saldo een besparing heeft opgeleverd van ruim € 3,3 miljoen. Per cliënt bedraagt deze gemiddeld € 227,- en per wijkverpleegkundigenjaar € 7.606,-. De (financiële) marge op het werk van de zichtbare schakel wijkverpleegkundige en haar ondersteunende organisatie is 34%. Met eenmalige kosten van € 2,0 miljoen is sprake van een positieve netto contante waarde.

Overigens geldt dat bij het bepalen van de kosten en baten geen rekening is gehouden met eventuele effecten voor de wijkverpleegkundige zelf (werktevredenheid, beroepseer), haar collega's (elders toepasbare kennis en vaardigheden), werkgevers (arbeidsproductiviteit) en de wijken als geheel (participatie, sociale cohesie, bewustzijn van gezondheid).

*Vraag 13*

In 2012 is het aantal buurtsportcoaches verhoogd naar 2.360 fte in 373 gemeenten. Wat is de netto-effectiviteit van deze buurtsportcoaches?

#### *Vraag 14*

Wat zijn de effecten van de sportcoaches die vanaf 2012 in 373 gemeenten zijn aangesteld?

#### *Antwoord 13 en 14*

In opdracht van de ministeries van VWS, OCW en de VNG voert BMC Consultants de Monitor Brede Impuls Combinatiefuncties 2012 uit. De resultaten hiervan verwacht ik medio 2013. Ik zal uw Kamer over de uitkomsten informeren.

Tevens vindt in opdracht van het ministerie van VWS het Verdiepingsonderzoek Brede impuls combinatiefuncties plaats door het Mulier Instituut en Kennispraktijk. De resultaten van dit onderzoek komen eind 2013 beschikbaar. Ook hierover zal ik u te zijner tijd informeren.

#### *Vraag 15*

Wanneer worden de maatregelen om veiligheid van zorgverleners te vergroten in initieel onderwijs opgenomen? Wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

#### *Antwoord 15*

Vanuit het Actieplan Veilig werken in de zorg is een werkgroep Scholing opgericht, met afgevaardigden van alle betrokken branches. Deze werkgroep stelt momenteel een activiteitenplan op om scholing, voorlichting en training op het terrein van agressie in de zorg nog beter in de beroepsopleidingen aangeboden te krijgen en te borgen. De uitvoering van het plan vangt naar verwachting eind 2013 aan. Jaarlijks wordt u nader geïnformeerd over de voortgang van en de behaalde resultaten met het Actieplan Veilig werken in de zorg, inclusief de scholing van aankomende medewerkers.

#### *Vraag 16*

Hoeveel meldingen van agressie tegen zorgpersoneel zijn er geweest in 2012 en hoeveel aangiftes zijn er door werkgevers gedaan?

#### *Vraag 17*

Hoe groot is de meldingsbereidheid van agressie-incidenten? In hoeveel gevallen werd er aangifte gedaan door de werkgever? Hoe hoog is dit percentage in vergelijking met het aantal incidenten?

#### *Antwoord 16 en 17*

Om agressie tegen zorgverleners terug te dringen, is het noodzakelijk dat alle incidenten door de medewerker worden gemeld bij de werkgever en dat, waar nodig, aangifte wordt gedaan. Werkgevers in zorgbranches dienen daartoe incidenten te registreren. Het registreren vloeit voort uit de Arbowet en maakt deel uit van de maatregelen in de arbocatalogi. In de regel is dit echter niet op een uniforme wijze op brancheniveau, laat staan op zorgsectorniveau geregeld. Dit heeft als gevolg dat branches in beperkte mate over uniform cijfermateriaal beschikken, afgezien van de in het Actieplan Veilig werken in de zorg genoemde cijfers over de aard en omvang van agressie. Een verbeterpunt is dan ook om op centraal landelijk niveau meer inzicht te hebben in de meldingsbereidheid van medewerkers en de aangiftebereidheid van werkgevers. Mede daarom zal binnen het Actieplan Veilig werken in de zorg in de periode 2013–2015 een

onderzoek worden uitgevoerd. Geïnterviewde knelpunten worden aangepakt.

#### *Vraag 18*

Hoeveel geneesmiddelen zijn er het verzekerde pakket ingestroomd en uitgestroomd in 2012? Kan de in- en uitstroom van 2011 hier ter vergelijking in meegenomen worden?

#### *Antwoord 18*

Omdat de geneeskundige zorg (intramurale zorg) open omschreven is en er dus geen toetsing aan de poort plaatsvindt, heb ik geen inzicht in het aantal nieuwe geneesmiddelen dat via geneeskundige zorg in het pakket is ingestroomd. Wel oordeelde het CVZ in 2012 van twee nieuwe intramurale geneesmiddelen dat deze geen onderdeel uitmaken van het pakket (zie ook vraag 125).

Wat betreft de extramurale aanspraak farmaceutische zorg zijn er in 2011 in totaal 25 geneesmiddelen met een nieuwe werkzame stof het pakket ingestroomd; in 2012 zijn er 21 geneesmiddelen met een nieuwe werkzame stof het pakket ingestroomd. In 2012 is de aanspraak op maagzuurremmer ingeperkt. Hier is sprake van een gedeeltelijke uitstroom.

Daarnaast waren er voor extramurale geneesmiddelen in 2011 6 negatieve adviezen van het CVZ aangaande uitbreiding van vergoedingsvoorwaarden (dit betreft middelen waarvoor geldt dat de aanspraak is beperkt tot specifiek benoemde indicaties) en één negatief advies wat betreft de opname van een nieuw geneesmiddel. In 2012 waren er voor extramurale geneesmiddelen ongeveer drie negatieve adviezen wat betreft de opname van een nieuw geneesmiddel. Deze adviezen heb ik allemaal overgenomen of heb ik nog in overweging.

#### *Vraag 19*

Is het prijs/volume arrangement bij de nieuwe antistollingsmiddelen het enige financiële arrangement dat dit kabinet heeft afgesloten in 2012? Zo nee, welke zijn er dan nog? Worden er meer van dergelijke arrangementen voorzien?

#### *Antwoord 19*

In 2012 heb ik een prijs/volume arrangement afgesloten voor de nieuwe antistollingsmiddelen (NOACs). In 2012 is daartoe een arrangement afgesloten met twee fabrikanten van deze geneesmiddelen.

Daarnaast is in 2012 voor het geneesmiddel Xolair (voor ernstige astma) een zogenaamd «no cure, no pay arrangement» afgesloten. Ik ben voornemens om dergelijke financiële arrangementen vaker toe te passen als aanvullend instrument bij de opname van geneesmiddelen in het pakket. Op dit moment zie ik hoe ik daar invulling aan kan geven. Ik verwacht u hier na de zomer over te kunnen informeren.

#### *Vraag 20*

Wat is de precieze functie van de 100 extra medewerkers bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)?



### *Antwoord 20*

Met de middelen uit het Regeer- en Gedoogakkoord van het kabinet-Rutte-Verhagen is de formatie van de IGZ in 2010, 2011 en vanaf 2012 in totaal met structureel 100 fte uitgebreid. Daarvan werkt 63 fte direct ten behoeve van het inspecteren op de werkvloer en het handhaven. Het gaat daarbij om (senior-)inspecteurs en om programmamedewerkers die voor inspecties het voorbereidend werk verrichten. Het Bureau Opsporing is uitgebreid met 8 fte. Voor het sneller afhandelen van het groeiend aantal meldingen is het Meldpunt IGZ uitgebreid met 11 fte. Ten slotte is ter algemene ondersteuning van de groeiende organisatie van de IGZ 18 fte aangetrokken. Hieronder valt ook de uitbreiding van de juridische eenheid ten behoeve van de (bestuursrechtelijke en tuchtrechtelijke) handhavingstaak van de IGZ.

### *Vraag 21*

Hoeveel ziekenhuizen beschikken op dit moment nog niet over een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) zoals afgesproken in budget jaar 2012?

### *Antwoord 21*

De brancheorganisaties NVZ en NFU hebben mij laten weten dat op basis van de informatie die zij ontvangen van de accrediterende en certificerende instanties per 1 mei 2013 in totaal 16 van 93 bij hen aangesloten ziekenhuizen nog niet beschikken over een gecertificeerd Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Een deel van de genoemde 16 nog niet geaccrediteerde of gecertificeerde ziekenhuizen is nog in afwachting van definitieve besluitvorming van de accrediterende/certificerende instantie. Op dit moment rondt de IGZ een onderzoek af naar de implementatie van het VMS in ziekenhuizen in het kader van haar thematisch toezicht vanaf 2009.

### *Vraag 22*

Op welke wijze verwacht de minister te kunnen zorgdragen voor het publiek toegankelijk maken van de informatie over kwaliteit? Wordt de Kamer over de voortgang hiervan geïnformeerd? Zo ja, op welke termijn?

### *Antwoord 22*

De taak om informatie over kwaliteit publiek toegankelijk te maken wil ik beleggen bij het Kwaliteitsinstituut. Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel heb ik u toegezegd om over 3 jaar een eerste evaluatie toe te sturen. Ik neem de voortgang op dit onderwerp daar graag in mee. Het wetsvoorstel ligt momenteel ter behandeling in de Eerste Kamer. De Zorgbalans die in 2014 verschijnt, gaat ook in op de stand van zaken met betrekking tot transparantie over kwaliteit van zorg. Zoals gebruikelijk stuur ik u die toe.

### *Vraag 23*

Hoeveel en welke gemeenten hebben een beleidsplan opgesteld om mishandeling van ouderen te bestrijden?

### *Antwoord 23*

Uit de in opdracht van VWS uitgevoerde inventarisatie «Preventie en aanpak van ouderenmishandeling bij centrumgemeenten» (september

2012), blijkt dat alle 27 geïnterviewde centrumgemeenten in hun beleidsplannen op het gebied van geweld in huiselijke kring ook aandacht besteden aan ouderenmishandeling. Daarnaast heeft een aantal gemeenten een specifiek beleidsdocument over ouderenmishandeling. De resultaten van het onderzoek zijn geanonimiseerd. Het is daarom niet mogelijk aan te geven welke gemeenten het betreft.

#### *Vraag 24*

Er zijn hoofdlijnenakkoorden gesloten met medisch specialisten, ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en huisartsen. Kan per akkoord gespecificeerd worden wat de effecten zijn geweest op de ontwikkeling van de uitgaven en eventuele overige relevante effecten?

#### *Antwoord 24*

Het beeld per akkoord is als volgt:

##### Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg

In 2012 is DOT ingevoerd, prestatiebekostiging ingevoerd en is het vrije segment uitgebreid. Daarmee is 2012 een overgangsjaar. Daarnaast is er in 2012 een transitie-model van toepassing dat budgettaire effecten van de overgang grotendeels mitigeert. Om tot een totaalbeeld te komen is inzicht in het transitiebedrag 2012 relevant. De definitieve afrekening van het transitiebedrag is uitgesteld naar 2014. Ik heb u hierover geïnformeerd in de voorhangbrief aanpassing mbi-aanwijzing (TK 32 620, nr. 83). Vanwege het naar 2014 verplaatsen van het vaststellen van de transitiebedragen, wordt automatisch de macrobeheersinstrument-afrekening van het ziekenhuiskader 2012 ook naar 2014 verschoven.

Wel is relevant dat verzekeraars en aanbieders aangeven dat er voor 2012 zo veel mogelijk conform de uitgangspunten van het hoofdlijnenakkoord gecontracteerd is. Ook ten aanzien van beleidsmatige afspraken die in het Hoofdlijnenakkoord gemaakt zijn, worden stappen gezet, bijvoorbeeld over concentratie en specialisatie van zorg en daarmee selectieve inkoop door verzekeraars.

##### Beheersmodel medisch specialisten:

Vanwege de transitie naar prestatiebekostiging heb ik momenteel ook nog geen inzicht in de gerealiseerde uitgaven aan vrijgevestigde medisch specialisten in 2012. Voor de hoogte van de macro-uitgaven maakt dit gebrek aan inzicht op dit moment overigens niet uit. Het beheersmodel voorziet erin dat de voor het BKZ relevante uitgaven niet hoger uit kunnen komen dan het in het beheersmodel afgesproken plafond. Indien de declaraties op instellingsniveau hoger uitvallen dan het voor de in stelling vastgestelde plafond dient verrekening met het Zorgverzekeringsfonds plaats te vinden.

##### Bestuurlijk akkoord GGZ

Het Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 heeft betrekking op 2013 en 2014. In 2012 zijn acties in gang gezet die hun beslag krijgen in 2013 en 2014. Het akkoord bevat diverse afspraken die het mogelijk maken de reële uitgavengroei in 2013 en 2014 te beperken tot 2,5% per jaar. Niet eerder dan in 2014 zal blijken of de uitgavengroei in de ggz inderdaad beperkt blijft tot de afgesproken percentages.

##### Convenant huisartsen

In juni 2012 heb ik met de huisartsen een convenant afgesloten. In dit convenant zijn zowel inhoudelijke als financiële afspraken overeenge-

komen, waaronder een regulier groeipercentage op het budgettair kader huisartsen van 2,5% en additioneel 0,5% voor substitutie. In het convenant is overeengekomen dat de Minister een eventuele overschrijding over 2011 niet doorvertaalt in de tarieven. De overschrijding 2011 bedroeg eerst € 99 miljoen, en is in juni 2012 met € 5 miljoen naar beneden bijgesteld en bedraagt derhalve € 94 miljoen. De € 94 miljoen is door VWS aan het huisartsenkader toegevoegd.

Over 2012 is een inspanningsverplichting opgenomen in het convenant om een eventuele overschrijding niet te korten op de tarieven. Op basis van de recente maartcijfers van CVZ komt de overschrijding 2012 voorlopig uit op € 11,5 miljoen. Dit is beduidend lager dan de overschrijdingen in voorgaande jaren. Bij het nakomen van de inspanningsverplichting zal ondermeer gekeken worden naar de mate waarin de gestelde doelen uit het convenant zijn gerealiseerd in het bijzonder de realisatie van de afgesproken opbrengst van € 50 miljoen voor doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.

#### Versnelling informatievoorziening

In het algemeen geldt dat het lang duurt voor de benodigde informatie beschikbaar is over de uitgaven aan medisch specialistische zorg; momenteel duurt het enkele jaren voordat de zorguitgaven definitief kunnen worden vastgesteld. Dat hangt in de medisch-specialistische zorg en bij de ggz samen met de doorlooptijd van de dbc's, waardoor het na afloop van jaar t nog tot 31 december t+1 duurt voor de laatste dbc – die drukt op jaar t – kan worden gesloten. Verder hebben aanbieders nog tijd nodig om de geleverde zorg te declareren en verzekeraars hebben nog tijd nodig om de declaraties te controleren en betaalbaar te stellen. Ik vind het niet acceptabel dat het zo lang duurt voordat het uitgavenbeeld stabiel is. Ik heb dan ook de stuurgroep Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven ingesteld en die onder andere de opdracht gegeven om voorstellen te doen voor het versnellen van de financiële informatievoorziening en de implementatie van die voorstellen. Ik zal de Kamer voor de zomer nog een brief sturen met de tussenresultaten.

#### *Vraag 25*

Hoe moeten de bestuurlijke afspraken met de ggz rondom de 2% groei worden geïnterpreteerd, is dit totale toegestane groei of groei bovenop autonome groei?

#### *Antwoord 25*

Dit betreft de totale toegestane groei (exclusief loon- en prijsbijstelling).

#### *Vraag 26*

Op welke aspecten van kwaliteit differentiëren zorgkantoren in de vergoedingen aan AWBZ aanbieders? Welke verschillen zijn er tussen zorgkantoren?

#### *Antwoord 26*

Het algemene beleid ten aanzien van de beoordeling van kwaliteit van zorgaanbieders wordt vastgelegd in de inkoopleidraad van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De zorgkantoren kunnen hier vervolgens individuele nuances in aanbrengen. Het beleid van het zorgkantoor bepaalt derhalve de doorgevoerde kortingen in het kader van kwaliteit. Om meer inzicht te bieden in de aard van de kwaliteitsaspecten die door het zorgkantoren worden meegewogen, neemt de staatssecretaris de zorgkantoren van

Menzis als voorbeeld. Menzis hanteert in de V&V-sector een basistarief van 94% van de maximum ZZP-tarieven van de NZa. De aanbieders kunnen maximaal een opslag van 5% op het basistarief verkrijgen. De volgende opslagen zijn mogelijk:

- Een opslag van 1% is verbonden aan goede scores op de CQ-index.
- Een opslag van 0,5% voor het aanbieden van gevarieerde welzijnsactiviteiten aan bewoners.
- Een opslag van 0,5% voor ondersteuning door de cliëntenraad.
- Een opslag van 1% voor vast personeel in niveaus 3,4 en 5.
- Een opslag van 1% voor aansluiting bij ketenzorg dementie.
- Een opslag van 1% voor aansluiting bij specifieke lokale projecten.

Qua systematiek handelen de andere zorgkantoren overeenkomstig.

#### *Vraag 27*

Zijn er gevallen bekend wanneer het contract met een slecht presterende aanbieder in de AWBZ werd verbroken? Zo ja, om welke specifieke reden werd het contract verbroken?

#### *Antwoord 27*

De contracten zijn een zaak van het zorgkantoor en de aanbieders. Het zorgkantoor heeft tot taak om kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen. Uiteraard zullen ook contracten of delen daarvan worden opgezegd, dan wel niet worden voortgezet. De staatssecretaris beschikt niet over informatie hoe vaak en om welke redenen (deel) contracten worden opgezegd of niet verlengd.

#### *Vraag 28*

Op welke manier wordt de tevredenheid en keuzevrijheid van de cliënt meegenomen in de inkoop van zorg door zorgkantoren in de AWBZ?

#### *Vraag 30*

Hoeveel contracten met zorgaanbieders in de AWBZ hebben zorgkantoren in 2012 verbroken, vanwege slechte prestaties?

#### *Antwoord 28 en 30*

Bij de inkoop van de zorg spelen zowel de CQ index een rol en contracteert het zorgkantoor een gevarieerd aanbod zodat de cliënt een keuze heeft. De zorgkantoren hechten veel waarde aan de contacten met de cliëntenraden en nemen de ervaringen uit deze contacten mee bij de zorginkoop en de afspraken. Veelal wordt een financiële vertaling gemaakt in de zorginkoop door een model zoals bijvoorbeeld zorgkantoor Menzis hanteert: Een opslag van 1% voor goede scores op de CQ-index, een opslag van 0,5% voor het aanbieden van gevarieerde welzijnsactiviteiten aan bewoners en een opslag van 0,5% voor ondersteuning van de cliëntenraad.

Zie tevens het antwoord op vraag 21.

#### *Vraag 29*

De exploitatiekosten van nieuwe capaciteit in de AWBZ zijn onder de contracteerruimte gebracht. Heeft dit daadwerkelijk geleid tot het beter kunnen beheren van de totale kosten? Zo ja, met hoeveel zijn de kosten beheerst? Zo nee, waarom niet?

### *Antwoord 29*

De exploitatiekosten van nieuwe capaciteit in de AWBZ zijn onder de contracteerruimte gebracht. Dit heeft daadwerkelijk geleid tot het beter kunnen beheersen van de totale kosten. Dit is onder meer af te leiden uit de intensieve aandacht die zorgkantoren vanaf 2012 in de inkoop aan dit onderwerp besteden (mede tegen het licht van de voorgenomen extramuralisering). Voornemens van de zorgaanbieders worden nu actief vooraf getoetst en worden gerelateerd aan het totaal van de productieafspraken dat met de zorgaanbieders wordt gemaakt. Tot 2011 gebeurde dit alleen globaal en werden de kosten achteraf buiten de contracteerruimte vergoed. Vanaf 2013 zijn daarom overschrijdingen van het kader als gevolg van dit onderwerp in principe niet meer mogelijk. In voorgaande jaren bedroegen deze overschrijdingen minimaal € 100 miljoen per jaar.

### *Vraag 31*

GGZ-instellingen zetten meer e-mental health in. Brengt forse reductie van arbeidstijd voor therapeuten met zich mee. Wordt deze kostenbesparing zichtbaar in cijfers? Zo ja, kan dit worden aangetoond? Zo nee, kan de minister dit toelichten?

### *Antwoord 31*

GGZ-aanbieders zetten inderdaad steeds meer e-mental health in. Dit is een ontwikkeling die ik zeer toejuich. De kostenbesparing zal te zijner tijd leiden tot lagere kostprijzen en daarmee tot lagere maximum tarieven in de basis ggz dan wel gespecialiseerde ggz. Daarnaast heb ik voor 2013 en 2014 met de sector een groeifpraak gemaakt voor de gehele curatieve ggz. Een mogelijke kostenbesparing op e-mental health kan benut worden om binnen de afgesproken groei zorg te bieden.

### *Vraag 32*

Kan een overzicht worden gegeven van alle in Nederland ontwikkelde e-health-initiatieven, inclusief de eventuele rol van het ministerie van VWS in de totstandkoming van deze initiatieven?

### *Antwoord 32*

Een volledig overzicht van alle e-Health initiatieven in Nederland is niet beschikbaar. Ik heb het NIVEL en Nictiz opdracht gegeven gedurende drie jaar het gebruik van ICT in de gezondheidszorg te monitoren. De monitor richt zich op de beschikbaarheid, het gebruik en de ervaren effecten van e-Health. Er worden o.a. vragenlijsten voorgelegd aan zorggebruikers en zorgverleners. De scope van de monitor zal ieder jaar deels gelijk zijn (om ontwikkelingen te volgen), maar telkens ook een nieuw zorgdomein belichten. De monitor zal ieder jaar rond Prinsjesdag verschijnen en aan uw Kamer worden aangeboden.

### *Vraag 33*

Aan welke criteria moeten e-mental health-initiatieven voldoen om in aanmerking te komen voor de € 2 miljoen overgangsfinanciering die initiatieven op dit vlak moet subsidiëren? Hoeveel van dit geld is reeds besteed?

### *Antwoord 33*

De criteria die gelden voor financiering van anonieme e-mental health initiatieven zijn vermeld in het Beleidskader voor subsidiëring van anonieme e-mental health (Stcrt. 13 oktober 2012, nr. 18936). Als criteria gelden onder meer dat de subsidieaanvraag niet lager dan € 125.000,- en niet hoger dan € 700.000,- mag zijn. Het moet gaan om anonieme interventies die bestaan uit eerstelijns psychologische zorg of toeleiding naar die zorg, voor personen die kampen met psychische problematiek of met verslavingsproblemen. De interventies moeten verder bewezen effectief zijn en zich richten op geïndiceerde preventie, zorggerelateerde preventie of behandeling van een psychische stoornis of vorm van verslaving.

Het beleidskader bevat voorts nog voorwaarden waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om voor subsidie in aanmerking te komen, zoals bijvoorbeeld de voorwaarde voor de aanbieder om na te gaan of de interventie geïndiceerd is voor de anonieme gebruiker en het landelijk aanbieden van de interventie.

De helft van het in 2012 en 2013 beschikbare budget voor anonieme e-mental health is besteed aan deze initiatieven. Dit betekent dat ruim € 2 miljoen is besteed in de jaren 2012 en 2013.

### *Vraag 34*

Waarom wil de minister grootschalige e-health initiatieven? Wat is er mis met kleinschalige initiatieven die bovendien veel beter te beveiligen zijn?

### *Antwoord 34*

Veel partijen in de zorgsector zijn de laatste jaren op eigen initiatief gestart met de implementatie van ICT in hun dagelijks werk. Hierdoor bestaat er inmiddels een heel scala aan kennis, ervaring en goede voorbeelden. Tegelijk blijven deze voorbeelden vaak beperkt tot kleinschalige toepassing in een specifieke regio of voor een specifieke aandoening. Een nadeel hiervan is dat de positieve effecten ervan ook tot deze kleine schaal beperkt blijven. De potentie die het gebruik van ICT in onze gezondheidszorg heeft, wordt daarmee niet ten volle benut. Vandaar dat ik het initiatief van zorggebruikers, zorgverleners en zorgverzekeraars heb omarmd om tot een gezamenlijke introductie en opschaling van e-Health initiatieven te komen. Standaardisatie is daarbij cruciaal.

### *Vraag 35*

Kan de Kamer de gegevens van de monitor van de NZa ontvangen?

### *Antwoord 35*

Naar aanleiding van de motie Bergkamp en Van Dijk (TK 30 597 nr. 274) heeft de staatssecretaris de NZa gevraagd een uitvoeringstoets te doen naar het effect van het langer thuis wonen. De uitkomsten zal de staatssecretaris met uw Kamer delen.

### *Vraag 36*

Hoeveel leegstaande zorggebouwen hebben in 2012 minder of geen vergoeding gekregen van de zorgkantoren?

### *Vraag 37*

Hoeveel leegstaande zorggebouwen zijn er momenteel in de AWBZ?

*Vraag 68*

Welk aandeel van de zorgaanbieders heeft momenteel nog te kampen met leegstand?

*Antwoord 36, 37 en 68*

De vergoeding die instellingen ontvangen voor goedgekeurde bouw is in 2012 voor 10% afhankelijk van de bezetting/leegstand. De staatssecretaris heeft geen gegevens tot zijn beschikking over leegstand op gebouwniveau.

*Vraag 38*

Hoeveel zorgaanbieders hebben te maken met leegstand?

*Antwoord 38*

In het algemeen hebben alle aanbieders te maken met leegstand. Dit is zgn. frictieleegstand veroorzaakt door bijvoorbeeld verhuizing of overlijden van bewoners. Voorts kan er sprake zijn van renovaties. Daarnaast kan er ook leegstand zijn, doordat er geen vraag meer is naar het aanbod van instellingen.

*Vraag 39*

Heeft de 10-uurgrens in het persoonsgebonden budget (pgb) effect gehad op de indicatiestelling? Met andere woorden zijn er meer mensen op meer dan 10 uur geïndiceerd in 2012 ten opzichte van 2011 en 2010?

*Antwoord 39*

Dit punt wordt meegenomen in de evaluatie van de pgb-maatregelen, zoals uitgevoerd door het SCP. De resultaten van dit onderzoek zullen naar verwachting juli a.s. beschikbaar komen en zal de staatssecretaris vervolgens naar de Kamer sturen.

*Vraag 40*

Hoeveel gevallen zijn er bekend waar een cliënt met een extramurale indicatie met minder dan 10 uur zorg geen sluitende zorg in natura konden vinden?

*Vraag 192*

Hoeveel mensen hebben geen begeleiding al dan niet in combinatie met kortdurend verblijf ontvangen door de 10-uursmaatregel?

*Antwoord 40 en 192*

Op 18 april 2013 jl. heeft de staatssecretaris uw Kamer per brief geïnformeerd over de effecten van het 10-uurscriterium voor nieuwe cliënten met alleen een indicatie begeleiding, die per 1 januari 2012 geen pgb konden aanvragen. Circa 600 mensen gaven bij de helpdesk van Per Saldo aan geen passende zorg te kunnen vinden. Na bemiddeling door het zorgkantoor en het bespreken van individuele casussen is het voor het overgrote deel van deze 600 mensen alsnog gelukt passende zorg te vinden. Bij een beperkt aantal mensen verliep dit moeizaam, waardoor zij lang op passende zorg moesten wachten.

*Vraag 41*

Door het extramuraliseren van ZZZP 1 en 2 zullen cliënten deze zorg thuis ontvangen. Klopt het dat zorgkantoren echter niet meer thuiszorg in zijn gaan kopen? Zo ja, om welke zorgkantoren gaat het? Hoeveel mensen krijgen nu geen zorg?

*Antwoord 41*

In 2012 was er nog geen sprake van het extramuraliseren van ZZZP 1 en 2. Vanaf 1 januari 2013 geldt dat nieuwe cliënten die voorheen in aanmerking kwamen voor een indicatie voor ZZZP 1 of 2 een indicatie krijgen voor extramurale zorg. De maatregel leidt ertoe dat er geleidelijk een verschuiving optreedt van intramurale zorg naar extramurale zorg. Daar zijn ook middelen voor beschikbaar en dit wordt ook ingekocht door de zorgkantoren. Het klopt niet dat zorgkantoren niet meer thuiszorg zijn gaan inkopen.

*Vraag 42*

Hoeveel mensen hebben geen persoonsgebonden budget meer gekregen door de 10-uursmaatregel?

*Antwoord 42*

De 10-uursmaatregel heeft ertoe geleid dat naar inschatting circa 21.000 personen geen pgb meer hebben kunnen aanvragen.

*Vraag 43*

Hoeveel mensen hebben een vergoedingsregeling persoonlijke zorg ontvangen?

*Antwoord 43*

Volgens de cijfers van het College voor Zorgverzekeringen hebben 773 mensen gebruik gemaakt van de vergoedingsregeling persoonlijke zorg.

*Vraag 44*

Hoeveel mensen hebben hun persoonsgebonden budget verloren ten gevolge van de beperkte toegang tot het persoonsgebonden budget in 2012?

*Antwoord 44*

Niemand heeft zijn persoonsgebonden budget verloren. De pgb-maatregelen die in 2012 zijn ingegaan hebben alleen betrekking op nieuwe cliënten en niet op de mensen die al een pgb hadden.

*Vraag 45*

Hoe groot was de contracteerruimte in 2011, 2012 en 2013? Kan per jaar, per maatregel uitgesplitst worden wat de invloed van deze maatregel was op de hoogte van de contracteerruimte? Kan hierbij ook worden meegenomen alle maatregelen die eerder genomen zijn maar pas later zichtbaar zijn, zoals het onder de contracteerruimte brengen van de capaciteitsgroei?



#### *Antwoord 45*

In 2011 bedroeg de contracteerruimte € 19,2 miljard, in 2012 € 21,7 miljard en in 2013 bedraagt de voorlopige contracteerruimte € 21,3 miljard (exclusief herverdelingsmiddelen).

#### **2011**

De contracteerruimte is verhoogd met € 343 miljoen in verband met de verwachte volumegroei. Deze groeiruimte is verder verhoogd met € 175 miljoen voor het binnen de contracteerruimte brengen van nieuwe capaciteit.

De contracteerruimte is verlaagd met € 95 miljoen in verband met best practices, met € 32 miljoen gedragseffect invoering eigen bijdrage bij begeleiding, met € 50 miljoen ten behoeve van in voor zorg en met € 142 miljoen in verband met een grotere groei in 2009 dan was toegestaan.

#### **2012**

De contracteerruimte is verhoogd met € 636 miljoen intensiveringmiddelen voor de intramurale zorg waardoor de maximum tarieven voor de ZZP's konden stijgen, met € 142 miljoen in verband met vermindering van de taakstelling 2011 en met € 50 miljoen in verband met extra instroom van pgb'ers naar zorg in natura. Er was € 433 miljoen beschikbaar voor de groei van de zorgbehoefte.

De contracteerruimte is niet verlaagd in 2012.

#### **2013**

De contracteerruimte is verhoogd met € 325 miljoen groei en € 90 miljoen voor instroom van pgb'ers naar zorg in natura.

De contracteerruimte is verminderd vanwege de revalidatiezorg ad € 698 miljoen en tijdelijke uitleen van hulpmiddelen ad € 71 miljoen omdat deze zorg is overgeheveld naar de Zvw.

De contracteerruimte is in 2013 verlaagd met € 280 miljoen vanwege het met betrekking tot de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg ongedaan maken van de verhoging van de maximum tarieven van de ZZP's, met € 91 miljoen in verband met de maatregelen vervoer en met € 60 miljoen in verband met het extramuraliseren van lage ZZP's.

#### *Vraag 46*

Hoeveel mensen hebben te maken gehad met seksueel geweld in jeugdzorginstellingen en in AWBZ-instellingen in 2012?

#### *Antwoord 46*

Jeugdzorginstellingen en zorginstellingen zijn verplicht calamiteiten bij de Inspectie Jeugdzorg respectievelijk de Inspectie voor de Gezondheidszorg te melden. Hieronder worden tevens vermoedens van seksueel grensoverschrijdend gedrag begrepen. De Inspectie Jeugdzorg heeft in 2012 meldingen van in totaal 45 calamiteiten van (vermoedens van) seksueel grensoverschrijdend gedrag in instellingen voor Jeugdzorg<sup>plus</sup>, Justitiële Jeugdinrichtingen, residentiële jeugdzorginstellingen en pleegzorginstellingen ontvangen.

De IGZ registreert meldingen niet op het thema seksueel geweld maar op het thema seksueel grensoverschrijdend gedrag. De IGZ heeft in 2012 in totaal 413 meldingen ontvangen over seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de gezondheidszorg. Daarbij de volgende opmerkingen. Deze 413 meldingen zijn niet één op één te vergelijken met het aantal meldingen uit mijn brief van 23 oktober 2012 over seksueel grensoverschrijdend gedrag. Overeenkomstig is dat het nu verstrekte aantal meldingen betrekking heeft op alle vormen van seksueel grensover-

schrijdend gedrag, variërend van seksueel getinte opmerkingen tot seksuele contact(en). In tegenstelling tot de brief van 23 oktober 2012 bestaan deze meldingen niet alleen uit seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen hulpverlener en cliënt, maar ook uit seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten onderling en tussen een cliënt en een derde. Het aantal meldingen maakt geen onderscheid naar zorgvorm. De IGZ registreert de meldingen namelijk naar sectoren. De AWBZ-instellingen komen met name voor in de sectoren gehandicaptenzorg, ouderenzorg en zorg thuis. In deze sectoren zijn 326 meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag gemeld.

*Vraag 47*

Resultaten bij vereenvoudiging van administratieve verantwoordingslasten, welke bezuiniging heeft dit opgeleverd?

*Antwoord 47*

VWS zet zich net als ieder departement in om de administratieve lasten te verminderen. De basis hiervan wordt gevonden in een kabinetsaanpak die opeenvolgende kabinetten vanaf het kabinet Balkenende I hebben geformuleerd en uitgevoerd. Uw Kamer wordt daar over periodiek geïnformeerd, zoals dat ook in 2012 is gebeurd (TK 29 515, nr. 338). Uit deze zogenaamde voortgangsrapportage blijkt dat de bijdrage van VWS aan de rijksbrede doelstelling ter vermindering van administratieve lasten in 2012 € 76,6 miljoen bedroeg. Het kabinet werkt met een brede definitie van administratieve lasten, en de vereenvoudiging van verantwoordingslasten is hier een onderdeel van. Het gerealiseerde bedrag in 2012 betreft niet alleen verantwoordingslasten, maar is een saldo van een aantal toegenomen afnames van administratieve lasten binnen de geldende kabinetsdefinitie. De gerealiseerde besparing betreft bijvoorbeeld een deel digitalisering van uitvraag, een wijziging van bekostiging van chronische zorg en de vermindering van toezichtlasten door de IGZ.

Een deel van de inspanningen om de administratieve lasten te verminderen lopen nog en zullen waar en wanneer dat mogelijk is gekwantificeerd worden. Uw Kamer zal daarover worden geïnformeerd bij de voortgangsrapportage over de voortgang van de huidige kabinetsdoelstelling, zoals dat recentelijk is gemeld bij de aanpak voor deze kabinetsperiode (TK 29 362, nr. 212).

*Vraag 48*

Kan een overzicht worden gegeven van de meer dan 100 experimenteerproposities die bij het ministerie van VWS zijn binnengekomen?

*Antwoord 48*

In de periode tot september 2011 hebben inderdaad ruim 100 zorgaanbieders een voorstel voor een experiment regelarme instellingen gedaan. De voorstellen waarop in is gegaan, zijn met naam en toenaam gecommuniceerd aan de Kamer (TK 31 765, nr. 53). Het publiceren van namen van zorgaanbieders die een voorstel hebben gedaan waarop niet is ingegaan, vergt toestemming van de betrokken aanbieder en ligt daarom niet voor de hand.

*Vraag 49*

Op welke wijze zijn de meldingen door zorgaanbieders per september 2012 het inspectiebeleid voor het melden van valincidenten en valcalamiteiten vereenvoudigd?

#### *Antwoord 49*

Met ingang van 3 september 2012 hoeven zorgaanbieders alleen valcalamiteiten verplicht te melden. Van een valcalamiteit is er sprake als de cliënt als gevolg van een val overlijdt of als de cliënt hier zodanig ernstig letsel aan overhoudt dat diens zorgbehoefte hierdoor niet-beoogd of onverwacht langdurig en /of ernstig toeneemt. Bij een valincident, hoewel ongewenst, zijn de gevolgen voor de cliënt minder ernstig. Valincidenten behoeven niet meer bij de IGZ te worden gemeld. De IGZ verwacht dat zorgaanbieders valincidenten blijven onderzoeken en lering trekken uit de bevindingen om verdere incidenten zoveel mogelijk te voorkomen. De IGZ houdt toezicht op de naleving van het valbeleid.

#### *Vraag 50*

Wanneer worden de definitieve financiële gegevens voor de medisch specialistische zorg en ziekenhuizen over 2012 naar de Kamer gezonden?

#### *Antwoord 50*

Momenteel duurt het een lange tijd voordat de zorguitgaven definitief kunnen worden vastgesteld. Zo staat het beeld voor de uitgaven in 2009 inmiddels stil, maar voor 2010 nog niet. Naar analogie daarvan is te verwachten dat het zal duren tot 2016 voordat het beeld over de uitgaven 2012 stilstaat. Ik vind het niet acceptabel dat het zo lang duurt voordat het uitgavenbeeld stilstaat. Ik heb per 1 december 2012 de stuurgroep Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven ingesteld en die onder andere de opdracht gegeven om voorstellen te doen voor het versnellen van de financiële informatievoorziening en de implementatie van die voorstellen. Het streven is dat in maart t+1 voldoende betrouwbare informatie over t beschikbaar is. Ik zal de Kamer voor de zomer nog een brief sturen met de tussenresultaten en maatregelen dienaangaande.

Ten aanzien van het jaar 2012 heb ik de Kamer op 25 april 2013 per voorhangbrief geïnformeerd over het moment waarop de uitgaven van instellingen van medisch specialistische zorg 2012 definitief worden vastgesteld ten behoeve van het macrobeheersinstrument (mbi). In deze brief heb ik aangegeven dat het definitief vaststellen van de transitiebedragen, die medebepalend zijn voor de omzet 2012 van instellingen, in de loop van 2014 zal plaatsvinden. Dit betekent concreet dat vanwege het naar 2014 verplaatsen van het vaststellen van de transitiebedragen, automatisch de mbi-afrekening van het ziekenhuiskader 2012 ook naar 2014 verschoven wordt. Ik benadruk hierbij dat de genoemde aanpassing eenmalig is en benodigd is voor het zorgvuldig en correct kunnen afwikkelen van het jaar 2012. Voor de jaren na 2012 blijft gelden dat de financiële afwikkeling van enig jaar plaatsvindt in jaar t+1.

#### *Vraag 51*

Vereenvoudiging indicatiestelling 80plussers, zijn er effectmetingen van deze vereenvoudiging beschikbaar? Zo nee, kan wel worden aangegeven hoe de indicaties onder deze doelgroep in algemene zin zijn ontwikkeld?

#### *Antwoord 51*

Over de kwantitatieve effecten van de pilot indicatiemelding 80+ heeft het CIZ recentelijk een rapportage uitgebracht. Deze treft u aan op [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl). Het CIZ constateert een jaar na de start van de indicatiemelding 80+ dat er geen effecten zichtbaar zijn op de geïndiceerde aanspraken die kunnen worden toegeschreven aan de indicatiemelding. Het algemene beeld dat

naar voren komt na een jaar indicatiemelding 80+ is dat er geen sprake is van een trendbreuk ten aanzien van de totale aanspraak op AWBZ-zorg. Daarnaast blijkt uit een enquête van Actiz onder haar leden dat 97% van de respondenten vooral voordelen ervaart van de vereenvoudigde indicatiestelling.

De belangrijkste voordelen zijn dat het zorgtoewijzingbericht sneller beschikbaar is (63%). Daarnaast krijgt de klant sneller zorg (52%), wordt de deskundigheid van de zorgprofessional beter benut (49%) en is de continuïteit van zorg aan de klant gewaarborgd (46%). Naast de vele voordelen ervaart een deel van de respondenten (39%) ook nadelen als gevolg van de vereenvoudiging van de indicatiestelling. Deze nadelen zijn vooral een verhoging van de administratieve lasten bij de uitvoering van de indicatiestelling (56%), gevolgd door de verhoging van het aantal fte's bij de inrichting van de indicatiestelling (40%). Respondenten merken op dat er voor het aanvragen van een indicatie veel kennis nodig is omtrent beleidsregels indicatiestelling AWBZ en de zorgvraag van de cliënt. Dit leidt tot een hogere werkdruk voor de zorgbemiddelaars, waar bovendien geen financiële compensatie tegenover staat. Het gaat bij de melding 80+ om een pilot waaraan zorgaanbieders op vrijwillige basis mee kunnen doen. Dat betekent dat zij zelf voor- en nadelen tegen elkaar wegen en besluiten tot voorzetting of stopzetting van hun gebruik van het instrument.

Hoewel het gebruik van de Melding 80+ «slechts» zou worden gemonitord, toetst het CIZ ook steekproefsgewijs. In het uitgebreide onderzoek dat de staatssecretaris Uw Kamer heeft toegezegd in verband met mogelijke fraude bij indicatiestelling door zorgaanbieders, zal hij het gebruik van de melding 80+ uiteraard ook betrekken.

#### *Vraag 52*

Welke patronen zijn reeds door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) gesignaleerd in de monitoring van de ontwikkeling van de indicatiestelling? Welk gevolg heeft dit gekregen?

#### *Antwoord 52*

De indicatiemelding is in het eerste volle jaar van de pilot (oktober 2011 – oktober 2012) door steeds meer zorgaanbieders benut. In totaal hebben 876 zorgaanbieders gemiddeld 64 indicatiemeldingen gedaan, dit waren totaal 56.041 indicatiemeldingen. De indicatiemelding neemt een steeds groter aandeel in van de totale aanspraak van 80-plus-clieñten met een intramurale aanspraak. Maar ook los van de indicatiemelding neemt het aantal 80-plussers met aanspraak op intramurale zorg toe. Dit wordt veroorzaakt door de toename van de 80-plussers in de Nederlandse bevolking. Indicatiemeldingen betreffen voor meer dan 96% aanmeldingen in de sector verpleging en verzorging (V&V).

Voor het in kaart brengen van de verandering in de totale zorgzwaarte van intramurale 80+-clieñten op de verschillende peildata maakt het CIZ gebruik van een zorgzwaarte-index.

Het algemene beeld dat naar voren komt na een jaar indicatiemelding, is dat er, sinds de invoering per oktober 2011, geen sprake is van een trendbreuk ten aanzien van de totale aanspraak op AWBZ-zorg. Het onderzoek wijst uit dat vanaf 1 januari 2010 de stijging van de zorgzwaarte van de 80-plussers met een intramurale indicatie beïnvloed wordt door een afname van het aantal lage V&V pakketten (VV01 en VV02) en een toename van het aantal hogere V&V pakketten (VV03 en hoger) en de toename van de 80+-clieñten. De invoering van de indicatiemelding lijkt deze stijging niet te beïnvloeden.

In de pilot is gebleken dat zorgaanbieders behoefte hebben om naast kwantitatieve resultaten, ook een terugkoppeling te krijgen of het

indicatieonderzoek dat door hen wordt verricht in lijn is met de huidige wet- en regelgeving. Het CIZ heeft daartoe de meldingen van een individuele zorgaanbieder gespiegeld aan het landelijk gemiddelde en deze kwantitatieve resultaten maandelijks teruggekoppeld aan de zorgaanbieders. Daarnaast zijn indicatiemeldingen steekproefsgewijs getoetst. De uitkomsten van de steekproeven worden benut om de zorgaanbieders te ondersteunen. Ook geven deze resultaten het CIZ soms aanleiding tot nader onderzoek. De steekproeven blijven ook in 2013 onderdeel van de pilot.

#### *Vraag 53*

Op basis van welke informatie concludeert de minister dat de invoering van dbc's op weg naar Transparantie (DOT) heeft geleid tot «forse administratieve lastenverlaging»?

#### *Antwoord 53*

Het DOT-systeem heeft wat betreft de administratieve belasting een aantal belangrijke voordelen ten opzichte van het oude dbc-systeem. Zo vereist het DOT-systeem niet meer dat de medisch specialist zelf moet uitzoeken welk dbc-zorgproduct het best past bij de geleverde zorg. Dit wordt in DOT automatisch afgeleid uit de geregistreerde diagnose en de gedane behandelingen. Ook wordt het zorgtraject automatisch afgesloten enige tijd na het laatste bezoek van een patiënt. Een ander voorbeeld is dat in het geval de patiënt moet terugkomen voor controle er automatisch een vervolg-dbc geopend wordt. Tot slot worden met de invoering van DOT ook de registratieregels verbeterd: de registratieregels zijn eenduidiger dan de huidige regels, waardoor er minder fouten worden gemaakt (die anders weer gecorrigeerd zouden moeten worden) en de registratie efficiënter verloopt.

Naast deze voordelen is ook vermeldenswaard dat het DOT-systeem een belangrijke vereiste is voor het mogelijk maken van «eenmalige registratie aan de bron voor meerdere doeleinden». Deze stap betekent een aanzienlijke verlichting van de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Het idee is om vanuit de zorgdocumentatie van een patiënt meerdere sturingsdoeleinden te bedienen, waaronder de declaratie van de geleverde zorg. Op dit moment komt het nog regelmatig voor dat er voor specifieke doeleinden aparte gegevensverzamelingen zijn aangelegd.

#### *Vraag 54*

Op welke wijze en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de pilot rondom indicatiestelling van 80plussers in de AWBZ door het CIZ?

#### *Antwoord 54*

De pilot indicatiemelding 80+ is per 3 oktober 2011 van start gegaan en loopt tot begin 2014. Doel is het proces van indicatiestelling te vereenvoudigen en het aantal administratieve handelingen terug te brengen. Het CIZ monitort de ontwikkeling van de afgegeven indicatiebesluiten op basis van een indicatiemelding, waarbij ook de meldingen van de individuele zorgaanbieders worden gevolgd. Ieder kwartaal verschijnt een rapportage die u aantreft op [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl).

De monitorgegevens zullen ook worden gebruikt voor de evaluatie van de maatregel. Deze evaluatie moet uitwijzen in hoeverre het doel van de maatregel daadwerkelijk wordt bereikt en of er eventuele (neven)effecten zijn. Op basis van deze uitkomsten zal worden bezien of het verantwoord en passend in het nieuwe beleid is om verdere stappen te zetten. De

evaluatie is voorzien in 2014. De Kamer zal over de resultaten worden geïnformeerd.

#### Vraag 55

Hoeveel meldingen heeft het CIZ binnengekregen van zorgaanbieders die zelf de indicatie gesteld hebben voor bewoners van 80 jaar en ouder?

#### Antwoord 55

In totaal is er 56.041 keer gebruik gemaakt van indicatiemelding 80+ in het eerste jaar (oktober 2011 – oktober 2012). Dat betekent dat zorgaanbieders gemiddeld 64 indicatiemeldingen in de hele periode hebben gedaan. Het aantal positieve indicatiebesluiten voor intramurale AWBZ-zorg voor 80+-cliënten in het laatste kwartaal van 2012 via indicatiemelding is 67%.

#### Vraag 56

Welke ontwikkelingen zijn te zien in de indicaties die zorgaanbieders zelf gesteld hebben bij bewoners van 80 jaar en ouder?

#### Antwoord 56

Opvallend is dat zorgaanbieders al snel na de start van de indicatiemelding 80+ per 3 oktober 2011 zijn begonnen met het gebruik maken van deze mogelijkheid.

Inmiddels is bij 67 procent van het totaal aantal intramurale indicatiebesluiten dat in het vierde kwartaal van 2012 is afgegeven gebruik gemaakt van de indicatiemelding 80+.

	2011-Q3	2011-Q4	2012-Q1	2012-Q2	2012-Q3	2012-Q4
Indicatiemelding	0	11.220	14.800	14.770	15.250	17.840
CIZ-indicatie	26.310	16.290	13.590	10.450	9.770	8.780
Totaal	26.310	27.510	28.390	25.210	25.020	26.620
Indicatiemelding	0%	41%	52%	59%	61%	67%
CIZ-indicatie	100%	59%	48%	41%	39%	33%

Ook valt op dat 97% van de meldingen leidt tot een ZZP in de sector VenV, 3% in de gehandicaptenzorg en minder dan 1% in de ggz.

Voorts blijkt het bij indicatiemelding 80+ verhoudingsgewijs vaker te gaan om intramurale herindicaties dan bij de CIZ-indicaties.

Voor meer informatie wordt u verwezen naar de jaarrapportage van het CIZ die u kunt raadplegen op [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl).

#### Vraag 57

Kan de minister een overzicht sturen van alle indicaties uitgesplitst per zorgzwaartepakket, die zorgaanbieders aangevraagd hebben voor bewoners van 80 jaar en ouder?

#### Antwoord 57

Het CIZ rapporteert ieder kwartaal over het gebruik van de indicatiemelding 80+. In onderstaande tabel treft u het aantal 80-plus-cliënten in de VenV aan met een nieuw verkregen ZZP-indicatie in een kwartaal. Voor 4 data zijn de aantallen ZZP-indicaties in de V&V-reeks uitgesplitst naar CIZ-indicaties (kolom CIZ) en indicatiemelding 80+ (kolom IM80+).

	1 april 2012		1 juli 2012		1 oktober 2012		1 januari 2013	
	CIZ	IM80+	CIZ	IM80+	CIZ	IM80+	CIZ	IM80+
VV01	110	390	70	350	80	340	40	530
VV02	1.130	880	860	840	740	700	470	1.200
VV03	2.270	2.540	1.820	2.520	1.740	2.140	1.690	2.690
VV04	1.900	2.030	1.320	2.190	1.340	2.530	1.160	3.030
VV05	2.370	3.340	1.830	3.380	1.780	3.550	1.530	3.880
VV06	1.190	2.130	850	2.170	760	2.580	770	2.930
VV07	360	1.020	300	1.060	290	1.100	210	1.090
VV08	70	230	60	210	40	250	50	260
VV10	180	70	170	70	190	60	180	60
Totaal	9.570	12.620	7.280	12.790	6.950	13.260	6.100	15.660

Deze tabel treft u aan op p.27 van de kwartaalrapportage over het vierde kwartaal van 2012. Deze rapportage publiceert het CIZ op [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl).

#### *Vraag 58*

Hoe groot is de administratieve lastenverlaging door de invoering van DOT's, hoeveel geld heeft dit bespaard?

#### *Antwoord 58*

Zoals bij vraag 53 al geschetst, moet DOT worden gezien als onderdeel van een aantal verbeter- cq. verandertrajecten, dat al geruime tijd loopt. Zo brengt de betrouwbaarheid van het DOT-systeem met zich mee dat de regeling Administratieve Organisatie/Interne Controle inzake dbc registratie en facturering per 1 januari 2012 is afgeschaft en de noodzakelijke handelingen omtrent nacalculatie niet meer separaat hoeven te worden uitgevoerd. Dit levert een substantiële vermindering van administratieve lasten op. Een exacte omvang hiervan is niet te geven.

#### *Vraag 59*

Wat heeft de invoering van de DOT's gekost?

#### *Antwoord 59*

Ik heb geen inzicht in de totale kosten die ziekenhuizen en verzekeraars hebben gemaakt voor het invoeren van het DOT-systeem.

#### *Vraag 60*

Hoeveel extra middelen zijn er per jaar vanaf 2013 vrijgemaakt voor palliatieve zorg? Wat wordt precies met dit geld bekostigd?

#### *Antwoord 60*

Vanaf 2013 is € 10 miljoen extra gereserveerd voor palliatieve zorg, zoals vastgelegd in het Begrotingsakkoord 2013. Gezien de hervormingen in de langdurige zorg zal de staatssecretaris eerst een keuze maken rond de positionering van palliatief terminale zorg, waarbij de hij zoveel mogelijk recht zal doen aan het bijzondere karakter van palliatief terminale zorg. Hierover zal de staatssecretaris rond de zomer een beslissing nemen. In lijn met de hier bedoelde keuze zal de inzet van de extra middelen daarna zijn beslag krijgen.

Wel is nu reeds besloten dat het subsidieplafond in de Regeling palliatief terminale zorg, gericht op de inzet van vrijwilligers in de palliatief terminale zorg, vanaf 2013 is opgehoogd met € 1,41 miljoen.

### *Vraag 61*

Hoeveel geld wordt er momenteel feitelijk uitgegeven aan preventie gezonde leefstijl van jeugd en jongeren?

### *Antwoord 61*

In lijn met de landelijke nota gezondheidsbeleid is organisaties die subsidie ontvangen voor inzet op gezonde leefstijl met ingang van 2012 gevraagd meer prioriteit aan gezonde leefstijl jeugd te geven. In 2012 is hier inhoudelijk door partijen een aanzet voor gemaakt en deze is verder, ook financieel, uitgewerkt voor 2013. Consequentie is dat uiteindelijk € 7,1 miljoen van de dan beschikbare € 11,4 miljoen voor leefstijl aan jeugd besteed wordt.

Daarnaast is in 2012 het driejarig programma Jeugdimpuls gezonde leefstijl van start gegaan (TK 32 793, nr. 51) om een gezonde leefstijl van de jeugd te bevorderen à € 2 miljoen per jaar.

Tevens zijn in het Begrotingsakkoord 2013 extra middelen (€ 26 miljoen) vrijgemaakt voor het tegengaan van obesitas bij kinderen. De inzet is primair gericht op voeding en bewegen, maar daar waar mogelijk wordt een verbredingslag gemaakt naar andere leefstijlthema's.

Bovendien zijn er tal van programma's waarin het bevorderen van een gezonde leefstijl van de jeugd als integraal onderdeel is meegenomen, zoals vanuit het programma Sport en Bewegen in de Buurt, de Gezonde Wijk aanpak en programma Gezonde Slagkracht. De financiële inzet gericht op jeugd en jongeren is hierbinnen niet geoormerkt.

### *Vraag 62*

Op welke wijze en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van de uitvoering van de beleidsbrief mantelzorg? Wordt dit beleid geëvalueerd en zo ja, hoe?

### *Vraag 66*

Op welke wijze is invulling gegeven aan de beleidsbrief mantelzorg en de drie invalshoeken: aan het onder de aandacht brengen van mantelzorg, rekening houden met het belang van mantelzorg en de ondersteuning van gemeenten voor mantelzorgers in 2012?

### *Antwoord 62 en 66*

VWS stuurt – naar aanleiding van de Hervorming Langdurige Zorg – voor de zomer een brief naar de Kamer over mantelzorg en vrijwilligerswerk. In deze brief zal ook aandacht worden besteed aan activiteiten die VWS in kader van de beleidsbrief mantelzorg in gang heeft gezet. De uitvoering van deze brief zal worden geëvalueerd. Daarnaast laat de staatssecretaris op dit moment de door VWS gesubsidieerde instituten die zich bezighouden met mantelzorg evalueren.

### *Vraag 63*

Hoeveel patiënten- en gehandicaptenorganisaties zijn gestopt, door de bezuinigingen op hun subsidie?

### *Antwoord 63*

De vermindering van subsidies heeft in 2012 niet direct geleid tot opheffing van patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Eén patiëntenorganisatie (Reumapatiëntenbond) heeft ervoor gekozen de activiteiten



elders onder te brengen en de organisatie op te heffen. Ik heb begrepen dat dit een bestuurlijke keuze is geweest en los staat van de bezuinigingen op de subsidies. Wel is mij bekend dat nog een andere patiëntenvereniging (Vereniging Geestdrift) zich thans in een proces van opheffing bevindt door het wegvallen van een voldoende financiële basis. De verschillende activiteiten worden bij andere organisaties ondergebracht en kunnen doorgaan.

#### *Vraag 64*

Hoeveel en welke patiënten- en gehandicaptenorganisaties hebben minder subsidie ontvangen?

#### *Antwoord 64*

In totaal hebben 193 van de 210 patiënten- en gehandicaptenorganisaties te maken gehad met vermindering van subsidie. In de bijlage is een overzicht van deze 193 organisaties opgenomen<sup>2</sup>. De overige 17 organisaties ontvingen al een subsidie op het basisbedrag van € 35.000 of minder. Bij deze organisaties heeft er dan ook geen afbouw van subsidie plaatsgevonden.

#### *Vraag 65*

Hoeveel en welke patiënten- en gehandicaptenorganisaties zijn gefuseerd door de bezuiniging op hun subsidie?

#### *Antwoord 65*

Volledige fusies tussen patiënten- en gehandicaptenorganisaties hebben in 2012 naar onze informatie niet plaatsgevonden, ook niet door de korting op de subsidies. Wel is in toenemende mate sprake van intensievere samenwerking tussen de organisaties.

#### *Vraag 67*

Op pagina 35 wordt een overschrijding van de kosten van de Geestelijke Gezondheidszorg genoemd van € 115 miljoen. Op pagina 177 wordt een mutatie van € 173,5 miljoen gemeld voor de Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Hoe verhouden deze getallen zich tot elkaar?

#### *Antwoord 67*

De mutatie van € 173,5 miljoen op pagina 177 is het totaal van alle mutaties op de sector Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg na het opstellen van de ontwerpbegroting 2012. Eén van die mutaties betreft de overschrijding 2011 van € 115 miljoen, die is genoemd op pagina 35. Daarnaast zijn in de mutatie van € 173,5 miljoen onder meer opgenomen de toedeling van de nominale bijstelling 2012 (+ € 110 miljoen), een overheveling tussen de langdurige ggz en de geneeskundige ggz (+ € 26 miljoen) en het budgettaire gevolg van de afspraak uit het bestuurlijk akkoord GGZ dat de overschrijding 2011 (van € 115 miljoen) slechts voor € 40 miljoen mag doorwerken (-/- € 75 miljoen).

#### *Vraag 69*

Waaruit bestaan specifiek de overschrijdingen bij de zorg in natura verleend door AWBZ instellingen?

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

#### *Antwoord 69*

Het gaat om een overschrijding € 594 miljoen. De overschrijding van € 260 miljoen is voornamelijk het gevolg van de administratieve verwerking van extra exploitatielasten nieuwe capaciteit 2010. Deze overschrijding is in de 1<sup>e</sup> suppletoire begroting 2012 geconstateerd. Daarbij komt een overschrijding van € 334 miljoen die een gevolg is van gestegen kapitaallasten en van meer zorgkosten binnen de contracteer-ruimte. Dit laatste komt doordat bij nacalculatie nauwelijks onderuit-putting van productieafspraken meer optreedt omdat zorgkantoren steeds efficiënter zorg zijn gaan inkopen.

#### *Vraag 70*

Op welke wijze wordt via de sociale media een gezonde leefstijl van jongeren bevorderd?

#### *Antwoord 70*

Met het programma Jeugdimpuls maken het RIVM-Centrum Gezond Leven en partners het bestaande informatie- en ondersteuningsaanbod aantrekkelijker en toegankelijker voor jongeren met inzet van diverse sociale media, zoals games, apps voor de smartphone en websites als Facebook, You Tube en Twitter. Niet alleen wordt ingezet op sociale media als extra communicatiemiddel om jongeren beter te bereiken, maar vooral ook om beter aan te sluiten bij wat jongeren bezig houdt. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkeling van sociale-mediatoepassingen voor Test je leefstijl, een succesvolle fitheids- en leefstijltest voor mbo-studenten, en de sociale-mediacampagne «lovegames» uitgevoerd door SoaAidsNL en RutgersWPF. Een team van sociale-media-experts en jongeren adviseert het Centrum Gezond Leven over vernieuwende manieren om de jeugd beter te bereiken.

#### *Vraag 71*

Wat is verklaring voor de lagere stijging van kosten voor het bevorderen van ethisch verantwoord handelen en bij medisch-wetenschappelijk onderzoek in 2012 ten opzichte van 2011?

#### *Antwoord 71*

Er is geen sprake van een lagere stijging van kosten voor het bevorderen van ethisch verantwoord handelen en bij medisch-wetenschappelijk onderzoek in 2012 ten opzichte van 2011. De kosten voor 2012 waren namelijk € 0,8 miljoen hoger dan geraamd (begroot € 17,5 miljoen en gerealiseerd € 18,3 miljoen). Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door de meerkosten van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE).

#### *Vraag 72*

Wat is de oorzaak van de onderuitputting van middelen (totaal € 0,8 miljoen) met betrekking tot voedselveiligheid en voedselinfectie, dierproeven en etikettering chemische producten?

#### *Antwoord 72*

Op het terrein van voedselinfecties en -veiligheid is de onderuitputting het gevolg van het niet benutten van (een deel van) de hiervoor gereserveerde gelden, aangezien ontstane crisis situaties op dit gebied minder

kosten met zich hebben meegebracht dan waar rekening mee was gehouden.

Met betrekking tot dierproeven zijn er minder kosten gemaakt aan de Kennisagenda Intensivering doordat onderzoek (versterking internationale inzet), samen met andere kennisvragen, kosteneffectief is weggezet bij het RIVM. Deze kosten vielen daarom lager uit. Ook het actieplan programmeringstudies viel goedkoper uit, aangezien een aantal plannen uit het actieplan nog een nadere uitwerking vroegen en daardoor realisatie in 2012 niet meer mogelijk was. Ten slotte zijn bestedingen getemporeerd toen duidelijk werd dat het dossier dierproeven overging naar EZ. De onderuitputting van middelen voor etikettering chemische producten is het gevolg van lager gefactureerde kosten dan oorspronkelijk was geraamd. Deze lagere kosten voor de EU-GHS zijn vooral veroorzaakt door minder gestelde vragen aan de helpdesk. Bij deze helpdesk was het op voorhand moeilijk om in te schatten hoeveel vragen er zouden komen.

#### *Vraag 73*

Heeft de overboeking van € 1,3 miljoen van het programma «Palliatieve zorg» gevolgen voor het programma? Wat zijn de resultaten van het programma tot nu toe?

#### *Antwoord 73*

De overboeking heeft betrekking op mijn opdracht aan ZonMw om te starten met het ZonMw-verbeterprogramma, dat eind mei 2012 is aangevangen en tot en met 2016 loopt. Aanbieders van palliatieve zorg worden ondersteund om met bestaande kennis en inzichten de palliatieve zorg verder te verbeteren. Het vroegtijdig inzetten van palliatieve zorg is een belangrijk speerpunt van het programma, waarbij het ook gaat om een verbreding van palliatieve zorg naar andere aandoeningen dan kanker.

Er zijn tot op heden vijftien goede voorbeelden geselecteerd door een onafhankelijke commissie. Het kan hierbij gaan om bestaande richtlijnen maar bijvoorbeeld ook om trainingen, gericht op de verspreiding van deze kennis en inzichten (zie website: [www.goedevoorbeeldenpalliatievezorg.nl](http://www.goedevoorbeeldenpalliatievezorg.nl)).

Zevenentwintig projectvoorstellen zijn ingediend in de eerste subsidieronde van het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg. Zeventien daarvan zijn gehonoreerd en zijn in volle gang. Recent zijn de voorbereidingen gestart gericht op het ondersteunen van de uitrol van projecten in de «tweede ronde». Jaarlijks (tot 2016) organiseert ZonMw een nieuwe subsidieronde.

Voorts wordt ten behoeve van de kennisverspreiding nauw samengewerkt met het NHG, V&VN en Verenso. De kennis uit de goede voorbeelden zal hierdoor in versnelde mate in de regio's worden verspreid.

Daarnaast is het NIVEL onlangs gestart met de evaluatie van het verbeterprogramma. Hierin zal blijken in hoeverre verbeteringen zijn gerealiseerd door de verbeterprojecten die als beste uit de bus zijn gekomen in de subsidieronden. Als evaluatie-instrument gebruikt het NIVEL daarvoor de Kwaliteitsindicatoren Palliatieve Zorg. De eerste resultaten van dit onderzoek zullen eind 2013/begin 2014 bekend zijn. In het programma is ten slotte ook ruimte voor het toetsen van de module voor palliatieve zorg. De staatssecretaris zal u tussentijds informeren over de voortgang in deze.

#### *Vraag 74*

De voorraad antivirale middelen bleek langer houdbaar dan gedacht. Hoe kan dat? Is tussentijds de houdbaarheidsdatum veranderd?

#### *Antwoord 74*

Voor een deel van de voorraad antivirale middelen is de houdbaarheidsdatum door de producent verlengd. Voor een deel bestaat de voorraad uit de grondstof oseltamivir. Daarvan wordt de werkzaamheid in een kwaliteitsprogramma regelmatig gecontroleerd.

#### *Vraag 75*

Waardoor wordt de onderuitputting bij de budgetten voor preventieve chronische ziekten (€ 0,4 miljoen) veroorzaakt?

#### *Antwoord 75*

De onderuitputting bij de budgetten voor preventieve chronische ziekten is niet specifiek toe te wijzen. Enerzijds wordt deze veroorzaakt door de verlenging van projecten waardoor voor 2012 gereserveerde budgetten zijn doorgeschoven naar latere jaren. Anderzijds waren de uitgaven op dit terrein over de hele linie lager dan begroot.

#### *Vraag 76*

Opbrengsten bestuurlijke boeten is € 3,5 miljoen lager uitgevallen dan geraamd. Is er minder mis of is er minder gecontroleerd? Kan de minister meer kwantitatieve gegevens omtrent controles en effecten geven?

#### *Antwoord 76*

In de jaren 2008–2011 waren de ontvangsten bestuurlijke boetes NVWA steeds circa € 3,5 miljoen lager dan geraamd. De structureel te hoge ontvangstenraming was voor VWS aanleiding deze te herijken. Met ingang van de 1<sup>e</sup> supplettoire begroting 2012 is de ontvangstenraming bestuurlijke boetes met € 3,7 miljoen structureel naar beneden bijgesteld. Rekening houdend met de bijstelling in de 1<sup>e</sup> supplettoire begroting 2012 sluiten de geraamde ontvangsten en gerealiseerde ontvangsten (€ 4,5 miljoen) nagenoeg op elkaar aan.

Uit de ontwikkeling van de bedragen is dus niet af te leiden dat er recentelijk grote veranderingen hebben plaatsgevonden wat betreft de naleving door bedrijven of het aantal controles door de NVWA. Voor een overzicht van kwantitatieve gegevens omtrent controles en effecten wil ik u graag naar het jaarverslag 2012 van de NVWA verwijzen. Het jaarverslag wordt nu opgesteld en zal binnenkort naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

#### *Vraag 77*

Voldoen alle ziekenhuizen momenteel aan de BRMO-richtlijn, en aan de door de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) gestelde aanbeveling dat elk ziekenhuis een antibioticatsteam moet opzetten? Zo nee, welke ziekenhuizen voldoen hier niet aan en is VWS van plan stappen te ondernemen om de opkomst van multiresistentie via deze weg alsnog tegen te gaan?

#### *Antwoord 77*

De BRMO-richtlijn (bijzonder resistente micro-organismen) maakt onderdeel uit van infectiepreventie in de ziekenhuizen. Deze richtlijnen worden opgesteld door de Werkgroep Infectiepreventie (WIP). Op dit moment voert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een onderzoek uit naar de implementatie van onder andere de BRMO-richtlijn door

ziekenhuizen. Ik informeer uw Kamer over de uitkomsten, nadat de IGZ haar onderzoek heeft afgerond. Dat zal naar verwachting eind 2013 zijn. Om goed gebruik van antibiotica verder na te streven heeft de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) in 2012 op verzoek van de IGZ een visiestuk geschreven over de zogenaamde antibiotic stewardship (zoals bedoeld met antibioticateams). Voor de zomer ontvangt u van mij een brief waarin ik u op de hoogte breng van mijn inzet op de antibioticaresistentie problematiek. In deze brief ga ik ook in op het antibiotic stewardship.

*Vraag 78*

Aan welke ziekenhuizen is de opdracht verstrekt weerstandsverhogende maatregelen te treffen in het kader van het project weerstandsverhoging onderzoekinstelling CBRN? Waarom is gekozen voor deze ziekenhuizen?

*Antwoord 78*

Op basis van een risico-inschatting zijn aan een aantal ziekenhuizen dat werkt met CBRN-stoffen middelen verstrekt om maatregelen te treffen om veiliger met deze materialen te kunnen werken. Vanuit deze risico-inschatting is het niet opportuun om de namen bekend te maken.

*Vraag 79*

Op welke wijze zijn de financieringssystematieken van abortusklinieken genormaliseerd?

*Antwoord 79*

Zoals de minister de Kamer heeft laten weten per brief d.d. 20 maart 2012 is de AWBZ-subsidieregeling voor de abortusklinieken aangepast. De tot 1 januari 2012 geldende systematiek van afrekening op werkelijk gemaakte kosten leidde namelijk niet tot een doelmatige bedrijfsvoering. Daarom is de subsidieregeling aangepast om het mogelijk te maken dat klinieken enige reserve kunnen opbouwen die kan worden geherinvesteerd in de zorg. Op die manier kunnen klinieken een gezondere bedrijfsvoering realiseren. Dat betekent ook dat eventuele tekorten niet meer door VWS zullen worden aangevuld. De regeling geeft de klinieken enerzijds de mogelijkheid voor enige financiële ruimte en anderzijds de bestuurlijke verantwoordelijkheid om een buffer op te bouwen om financiële tegenvallers op te vangen. De aanpassing van de regeling heeft de financiering van de abortusklinieken meer in lijn gebracht met de rest van de zorgsector. De lijn van normalisatie zal de komende jaren verder worden doorgetrokken in bijvoorbeeld de financiering van de huisvesting.

*Vraag 80*

Er wordt subsidie verstrekt voor interdepartementaal preventiebeleid voor ongelukken in de privésfeer. Wat heeft dit opgeleverd?

*Vraag 87*

Letselpreventie heeft het aantal spoedeisende hulpbehandelingen door privéongevallen en sportblessures niet naar beneden kunnen brengen. Zijn de interventies wel doelmatig? Heeft de minister hier een verklaring voor?

### *Antwoord 80 en 87*

Over de effecten van het letselpreventiebeleid heeft de staatssecretaris u op 14 mei jl. geïnformeerd via de «Beleidsdoorlichting letselpreventie 2008–2012» en de beleidsreactie hierop (TK 32 772 nr. 2). In de beleidsdoorlichting komt naar voren dat subsidieverlening aan de stichting VeiligheidNL de belangrijkste uitgave is op het gebied van letselpreventie. Op beleidsniveau wordt sterk ingezet op interdepartementale afstemming en samenwerking, gezien het intersectorale karakter van het onderwerp. In de beleidsreactie heeft de staatssecretaris aangegeven dat Nederland een van de veiligste landen van de wereld is op het vlak van letsels, wat te zien is aan de relatief lage letselcijfers. Hoewel geen direct causaal verband aantoonbaar is, is het aannemelijk dat de ingezette preventie-maatregelen hebben bijgedragen aan het voorkomen van gezondheids-schade door privéongevallen en sportblessures. Zo is ingezet op het ontwikkelen en beoordelen van kwalitatief goede interventies, gericht op valpreventie bij senioren, sportblessurepreventie, valtraining van kinderen en kinderveiligheid (0–4 jaar). Uit effectonderzoek naar vier daarvan blijkt dat twee interventies een positief effect hebben op het voorkomen van letsels, de andere twee interventies tonen positieve effecten op gedrag(s-determinanten).

Letselreductie door het bevorderen van veilig gedrag vereist langdurige aandacht hiervoor. Op diverse terreinen is succes geboekt. Zo blijkt uit cijfers van VeiligheidNL dat het jaarlijks aantal ernstige ongevallen met kleine kinderen (0–4 jaar) in de periode 2000 t/m 2009 is gedaald met 27%, resulterend in een besparing van € 6 miljoen aan medische kosten. In dezelfde periode is het aantal sportblessures per gesport uur gedaald met 22%, waardoor de maatschappelijke kosten hiervoor (medische kosten en kosten voor arbeidsverzuim) jaarlijks € 300 miljoen lager zijn.

Het is uiteindelijk aan lokale overheden en andere partijen om af te wegen of zij aan de slag gaan met de implementatie van de beschikbare effectieve interventies. Deze afweging is nu soms nog lastig, omdat er weinig lokale gegevens beschikbaar zijn over de oorzaak en incidentie van letsels. De staatssecretaris heeft VeiligheidNL eind 2012 subsidie verleend om te verkennen of het Letselinformatiesysteem aangepast kan worden zodat er meer gegevens op lokaal niveau beschikbaar kunnen komen.

### *Vraag 81*

De alcohol- en tabakleeftijd wordt verhoogd naar 18 jaar. Welke gevolgen heeft dit voor preventiebeleid dat tot verhoging van de leeftijd juist op deze groep gericht was, aangezien dat nu niet meer nodig is vanwege het verbod?

### *Antwoord 81*

De verhoging van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol en tabak naar 18 jaar heeft geen grote gevolgen voor het preventiebeleid. In het communicatietraject voorafgaand aan de invoering van de wetswijzigingen zal dit najaar juist aandacht worden besteed aan de leeftijdsgroep 16 tot 18 jaar en hun omgeving. Een wetswijziging maakt preventie zeker niet overbodig, de nieuwe wettelijke norm moet ook de sociale norm worden. In dat traject juist voorlichting en een breder preventiebeleid gericht op (ook de oudere groep) jongeren belangrijk.

### *Vraag 82*

Hoeveel kinderen hadden overwicht- en obesitasproblemen in 2012. Hoeveel was dit in eerdere jaren?

### Antwoord 82

De cijfers van 2012 hebben wij nog niet ontvangen van het CBS; deze krijgen wij pas in het derde kwartaal van dit jaar. Volgens de laatst beschikbare cijfers van 2011<sup>3</sup> heeft 12,0% van de kinderen van 2–8 jaar overgewicht en 12,9% van de jeugdigen tussen 9–17 jaar. Ernstig overgewicht komt in 2011<sup>4</sup> bij 3,7% van de 2–8 jarigen voor en bij 2,0% van de 9–17 jarigen. Kijkend naar eerdere jaren is het beeld<sup>5</sup>:

Jaar	2000	2005	2010
Overgewicht 2–8 jaar	12,0%	14,4%	13,0%
Overgewicht 9–17 jaar	10,5%	11,1%	12,9%
Ernstig overgewicht 2–8 jaar	3,0%	3,5%	3,8%
Ernstig overgewicht 9–17 jaar	1,6%	1,5%	2,9%

### Vraag 83

Hoeveel mensen stopten er in 2012 met roken? Hoeveel was dit in eerdere jaren?

### Antwoord 83

Jaarlijks ondernemen ongeveer een miljoen rokers een poging om te stoppen met roken. De jaarlijkse prevalentiegegevens laten zien hoe hoog het percentage rokers in Nederland is, maar niet hoeveel rokers er gestopt zijn en hoeveel «nieuwe» rokers erbij zijn gekomen. In 2011 rookte 24,7% van de Nederlanders van 15 jaar en ouder. In 2012 was dat bijna 26%. Dat betekent dus niet dat er geen mensen gestopt zijn met roken. Wel dat er per saldo meer mensen (opnieuw) zijn gaan roken.

### Vraag 84

Hoeveel jongeren zijn er door alcohol in het ziekenhuis terecht gekomen? Hoeveel was dit in eerdere jaren?

### Antwoord 84

Er zijn nog geen cijfers over 2012. Op basis van de cijfers tot 2011 kan het volgende worden gesteld: jaarlijks worden circa 2.300 jongeren in de leeftijd van 10 tot en met 24 jaar behandeld op een Spoedeisende Hulp-afdeling naar aanleiding van een alcoholvergiftiging. Veertig procent van deze jongeren moet na de behandeling op de spoedeisende hulp worden opgenomen in het ziekenhuis. Na de sterke stijging tussen 2005 en 2007, lijkt de laatste jaren sprake van een stabilisatie van het aantal alcoholvergiftigingen onder jongeren.

(Bron: Letsel Informatie Systeem (LIS). Hierin staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval of geweld zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp-afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef. Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk.)

<sup>3</sup> Bron CBS Statline: <http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-NL/menu/indicatoren/gezondheid/indicator-gewicht-normaal.htm?showindicators=true>

<sup>4</sup> Bron CBS Statline: <http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-NL/menu/indicatoren/gezondheid/indicator-gewicht-tedik.htm?showindicators=true>

<sup>5</sup> Bron CBS Statline: <http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-NL/menu/indicatoren/gezondheid/indicator-gewicht-normaal.htm?showindicators=true> en <http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-NL/menu/indicatoren/gezondheid/indicator-gewicht-tedik.htm?showindicators=true>

### *Vraag 85*

Welke maatregelen heeft stichting VeiligheidNL inmiddels ontwikkeld en geïmplementeerd?

### *Antwoord 85*

Met subsidie van VWS verricht VeiligheidNL een groot aantal activiteiten om letsels te voorkomen. VeiligheidNL richt zich op het ontwikkelen en verspreiden van kwalitatief goede interventies. Valpreventie bij senioren, sportblessurepreventie, valtraining van kinderen en kinderveiligheid (0–4 jaar) zijn daarbij belangrijke aandachtsgebieden. Daarnaast registreert VeiligheidNL letsels via het Letselinformatiesysteem.

In de interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven van het RIVM zijn 22 interventies van VeiligheidNL opgenomen. Op het totale gebied van gezondheidsbevordering zijn in Nederland momenteel 23 interventies beoordeeld als (waarschijnlijk) effectief; vijf daarvan zijn afkomstig van VeiligheidNL en nog twee andere richten zich ook op valpreventie bij ouderen. De beschrijving van deze interventies kunt u vinden op [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl). Voor het overige aanbod van VeiligheidNL, zowel voor burgers als voor professionals, wordt u verwezen naar [www.veiligheid.nl](http://www.veiligheid.nl).

### *Vraag 86*

Kan voor de genoemde indicatoren worden vermeld wat in grote lijnen de oorzaken zijn van de in sommige gevallen verslechterende cijfers?

### *Antwoord 86*

De indicatoren ten aanzien van overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen laten kleine fluctuaties zien. We zien verschuivingen in de doelgroepen ten aanzien van overgewicht en obesitas. Er kunnen echter nog geen conclusies aan worden verbonden of het hier om significante verbeteringen of verslechteringen gaat; daarvoor zijn de verschillen te klein.

De trend voor letsels de afgelopen jaren is positief, alleen voor 2011 is een kleine verslechtering te zien ten opzichte van het jaar daarvoor, maar het cijfer ligt nog steeds beneden het streefcijfer voor 2012. Toekomstige cijfers moeten uitwijzen of de hogere waarde voor de indicator in 2011 incidenteel was of niet.

### *Vraag 88*

Hoeveel ouderen en mensen met een beperking moesten voor ongevallen in de privéomgeving behandeld worden in het ziekenhuis? Hoeveel was dit in eerdere jaren?

### *Antwoord 88*

In het Letselinformatiesysteem (LIS) van VeiligheidNL wordt op basis van een steekproef van Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH) in ziekenhuizen de oorzaak geregistreerd van de letsels waarvoor de patiënten behandeld worden. Daarbij wordt niet vastgelegd of patiënten beperkingen hebben, wel worden de leeftijd en de toedracht van het ongeval geregistreerd. Landelijke totaalcijfers worden berekend door opschaling van de representatieve LIS-steekproef. In 2011 werden circa 100.000 65+ers behandeld op een SEH-afdeling na een privéongeval; het merendeel hiervan (82%) betreft valongevallen. In de periode 2007–2011 is een stijging geregistreerd voor SEH-behandelingen na een privéongeval bij 65+ers van 17%. Na correctie voor de veranderende bevolkingsopbouw



(vergrijzing) is geen sprake van een significante stijging (3%, statistisch niet significant).

*Vraag 89*

Bij hoeveel dienstapothekers moet contant worden afgerekend omdat er geen contract is met één of meerder zorgverzekeraars? Wat heeft dat voor een gevolgen voor de afstand die patiënten moeten rijden om de benodigde geneesmiddelen te halen?

*Antwoord 89*

In antwoord op een viertal sets schriftelijke vragen over contante betaling en dienstapotheken (TK, Aanhangsel nrs. 1199, 1204, 1437 en 1822) heeft de minister onder meer aangeven dat zij geen volledig overzicht heeft van dienstapotheken die contante betaling verlangen als er geen overeenkomst is met een zorgverzekeraar, maar dat een aantal dienstapotheken dit op hun website aangeven. Daarbij is ook aangegeven dat dienstapotheken patiënten met een acute of spoedeisende zorgvraag die op die dienstapotheken zijn aangewezen, niet mogen weigeren te helpen, indien zij niet contant kunnen betalen.

Voorts heeft de minister gewezen op de wettelijke en contractuele verplichtingen van zorgverzekeraars en apotheekhoudenden om spoedeisende farmaceutische zorg te contracteren en af te leveren. Overigens dient te worden opgemerkt dat spoedeisende medicatie in toenemende mate wordt thuisbezorgd.

*Vraag 90*

Wat is de verklaring voor de onderuitputting op het budget van orgaandonatie?

*Antwoord 90*

Doordat de benodigde voorbereidingstijd om de in Groningen en Leiden uitgevoerde pilots landelijk uit te rollen rol langer was dan voorzien, is in 2012 onderuitputting op het orgaandonatiebudget ontstaan.

*Vraag 91*

Kan de onderuitputting arbeidsmarktbeleid nader worden toegelicht?

*Antwoord 91*

Het budget voor arbeidsmarktbeleid was in 2012 fors hoger dan het structurele budget. In ons arbeidsmarktbeleid zetten we vooral in op beleidstrajecten met een langere looptijd, met name vanwege de doorlooptijd die nodig is om substantiële resultaten te kunnen boeken. Vandaar dat het in 2012 relatief hoge budget voor arbeidsmarktbeleid niet volledig benut is.

*Vraag 92*

Hoe is de onderuitputting van middelen in het kader van zorgverlening aan illegalen en onverzekerden te verklaren?

*Antwoord 92*

Het CVZ heeft in de «7e monitor regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen» van 27 mei 2013 aangegeven dat als gevolg van de

dbc-systematiek bij ziekenhuizen sprake is van een grote tijdsspanne tussen het openen van een dbc en het indienen van een declaratie bij het CVZ.

Bovendien is in 2012 is overgestapt op DOT's en gebleken is dat nog niet alle ziekenhuizen in staat zijn om op basis van DOT's te factureren. Deze vertraging vormt de voornaamste verklaring voor incidenteel lagere ziekenhuiskosten in 2012. Het CVZ neemt aan dat deze onderuitputting in 2013 terugkomt als hogere uitgaven vanwege het inhaaleffect.

#### *Vraag 93*

Wat zijn de actuele cijfers over het aantal wanbetalers en onverzekerden? Wat is er bekend over de reden dat mensen geen premie betalen?

#### *Antwoord 93*

Volgens gegevens van het CVZ waren er op 1 maart 2013 306.249 wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime.

Er waren op 1 maart 2013 nog 14.211 onverzekerden in de aanschrijvingsfase en 13.247 onverzekerden in de boetefase bij het CVZ.

Er zijn geen specifieke gegevens bekend over de reden waarom mensen geen premie betalen, anders dan dat als gevolg van de economische omstandigheden meer mensen hun zorgverzekeraars vragen om betalingsregelingen. In mijn beantwoording van de Kamervragen van de Kamerleden Bouwmeester (PvdA) en Kuzu (PvdA) over de toename van betalingsachterstanden bij zorgverzekeraars (2013Z07390) heb ik uw Kamer op 8 mei jl. geïnformeerd dat er in april 2010 een onderzoek is afgerond naar de mogelijke redenen waarom verzekerden de premies van zorgverzekeringen niet betalen. Het onderzoek leverde slechts in beperkte mate inzichten op over attitude, gedrag en gedragsmotieven en kende daarnaast een zeer lage respons van de doelgroep. Gezien deze eerdere ervaring acht ik (algemeen) onderzoek naar de achtergrond van mensen die problemen hebben met het betalen van hun zorgkosten weinig zinvol.

#### *Vraag 94*

Welke maatregelen zijn getroffen om de hoger dan verwachte uitvoeringskosten van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) van € 14,9 miljoen in de toekomst te voorkomen?

#### *Antwoord 94*

In het jaarverslag over 2012 is aangegeven dat dit verschil een aantal oorzaken heeft. Zo was de in de ontwerpbegroting 2012 opgenomen raming van de uitvoeringskosten onverzekerden en wanbetalers nog gebaseerd op een in een eerder jaar opgestelde raming van het aantal (€ 10,7 miljoen). Ten behoeve van het CVZ heeft een overboeking plaatsgevonden voor het beheer van de AWBZ-brede zorgregistratie (€ 2,0 miljoen) en de Sectie Zorgberoepen en opleidingen (€ 1,0 miljoen). Verder zijn voor het werkplan 2012 van het CVZ aanvullende middelen beschikbaar gesteld (€ 1,2 miljoen). De hogere uitvoeringskosten zijn dus volledig verklaarbaar en niet het gevolg van slecht beheer of onverklaarbare stijgingen in de kosten van het CVZ. Via de eerste suppletoire begroting 2013 zijn de uitvoeringskosten wanbetalers en onverzekerden structureel op een meer realistisch niveau gebracht. Verwacht mag worden dat als gevolg daarvan in de jaren vanaf 2014 geen forse bijstellingen in het jaarverslag behoeven te worden opgenomen.

#### *Vraag 95*

Hoeveel mensen moesten zich in 2012 door conflicterend gebruik van geneesmiddelen laten behandelen? Hoeveel was dat in eerdere jaren?

#### *Antwoord 95*

Ik heb geen gegevens over het behandelingen die mensen moeten ondergaan als gevolg van conflicterend gebruik van geneesmiddelen. Wel beschik ik over onderzoek naar het aantal geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames, dat veroorzaakt is door verkeerd geneesmiddelengebruik. Onder dit verkeerde gebruik valt uiteraard ook de behandeling met conflicterende geneesmiddelen.

Ik heb uw Kamer in februari 2013 de herhaalstudie (op basis van gegevens 2008) aangeboden op het terrein van aan geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames die potentieel vermijdbaar zijn. Uit deze studie bleek een lichte daling van dit aantal ziekenhuisopnames ten opzichte van de eerder hiernaar gedane studie (Harmstudie).

De eerdere Harmstudie uit 2006 (op basis van gegevens uit 2004) toonde aan dat jaarlijks 16.000 potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames plaatsvonden vanwege een verkeerd gebruik van geneesmiddelen. In deze studie is het »verkeerd gebruik« in de meest ruime zin meegenomen en is bijvoorbeeld ook het gebrek aan therapietrouw meegenomen. Het gebrek aan therapietrouw is niet meegenomen in de onlangs aangeboden studie, waardoor beide studies niet één op één vergelijkbaar zijn.

Om conflicterend gebruik van geneesmiddelen tegen te gaan, is het van belang dat artsen en apothekers het medicatiedossier van patiënten goed op orde hebben, zoveel mogelijk gebruik maken van een elektronisch voorschrijfsysteem, patiënten goed informeren over het medicatiegebruik, relevante gegevens met elkaar onderling uitwisselen en een medicatiecheck doen op reguliere basis. Deze check is een van de nieuwe zorgpresaties waarop apotheken gecontracteerd kunnen worden.

#### *Vraag 96*

Hoe is te verklaren dat er € 3,2 miljoen minder is gedeclareerd dan geraamd ten behoeve van de overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling voor ambulancepersoneel?

#### *Antwoord 96*

In 2012 hebben twee publieke diensten (GGD Zuid Limburg en GGD Amsterdam) verzuimd een voorschotdeclaratie voor 2012 in te dienen. De voorschotaanvragen van deze diensten zijn pas in het eerste kwartaal van 2013 ontvangen. De aanvragen zijn respectievelijk in april (GGD Zuid Limburg) en mei (GGD Amsterdam) van dit jaar afgehandeld.

#### *Vraag 97*

Hoe is de hogere opbrengst uit de aanpak onverzekerden en mensen met een betalingsachterstand te verklaren?

#### *Antwoord 97*

De in de ontwerpbegroting 2012 opgenomen raming van ontvangsten uit hoofde van de aanpak van wanbetalers en onverzekerden was nog gebaseerd op een in een eerder jaar opgestelde raming van aantallen

wanbetalers en onverzekerden en de inschatting van de slagingskans om de aan de wanbetalers op te leggen bestuursrechtelijke premie en de aan onverzekerden op te leggen boetes daadwerkelijk te innen.

Via de 1<sup>e</sup> suppletoire begroting 2013 zijn de uitvoeringskosten en de ontvangsten wanbetalers en onverzekerden structureel op een meer realistisch niveau gebracht. Verwacht mag worden dat als gevolg daarvan in de jaren vanaf 2014 geen forse bijstellingen in het jaarverslag behoeven te worden opgenomen.

#### *Vraag 98*

De IGZ heeft onderzoek gedaan naar vervalste geneesmiddelen, in totaal 30 onderzoeken. Er is geen vervalsing gevonden? Kan dit nader geduid worden? Heeft deze uitslag gevolgen voor toekomstig beleid? Wat heeft dit onderzoek gekost?

#### *Antwoord 98*

Het betreft hier onderzoek dat voortvloeit uit de meldmaand vervalste medische hulpmiddelen. Dit onderzoek was dus niet gericht op geneesmiddelen en heeft geen gevolgen voor het toekomstig beleid op het terrein van de vervalste geneesmiddelen. Binnenkort wordt er een brief aan Tweede Kamer gestuurd met daarin de stand van zaken rond de beleidsagenda vervalste geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Daarin is ook het toekomstig VWS beleid opgenomen rond vervalsingen. De afhandeling van meldingen is gedaan als extra onderdeel binnen de reguliere werkzaamheden van de IGZ en betaald uit dat budget. Vanuit VWS zijn beperkt kosten gemaakt, circa € 3.500, om te attenderen op de meldweek.

#### *Vraag 99*

Zijn er aan het opzetten van een implantatenregister voor de overheid kosten verbonden?

#### *Antwoord 99*

De aanloopkosten gemoeid met de opzet en inrichting van het register komen voor rekening van de overheid, de jaarlijkse kosten voor registratie en opslag zullen zo spoedig mogelijk gedekt worden door het hanteren van een nader te ontwikkelen tarief.

Op basis van kosten van andere registers wordt voor de kosten van de opzet en inrichting vooralsnog uitgegaan van € 1,5 miljoen eenmalig. De jaarlijkse kosten van registratie en opslag worden vooralsnog geraamd op € 1,5 miljoen. De werkelijke kosten zullen duidelijk worden als het offertetraject is doorlopen.

#### *Vraag 100*

Tot wanneer loopt de voorlichtingscampagne «Nederland zegt Ja» door? Wat zijn de resultaten tot nu toe van de voorlichtingscampagne?

#### *Antwoord 100*

De aanbesteding voor de campagne loopt tot en met 2013. Later in 2013 besluit ik aan de hand van de resultaten op welke wijze de voorlichtingscampagne over orgaandonatie wordt voortgezet.

De resultaten van de campagne op het gebied van kennis, houding en gedrag in 2012 zijn als volgt:

- Kennis  
De campagnedoelstelling om een stijging te realiseren in de bekendheid met de website «jaofnee.nl» is gehaald, zowel onder niet-geregistreerden als onder het algemeen publiek: door de campagne is 42% van de niet-geregistreerden bekend met deze website, dit is een stijging van 11% ten opzichte van de periode voorafgaand aan de campagne. Een vergelijkbare stijging is zichtbaar bij het algemeen publiek (van 39% naar 51%).
- Houding  
Bijna drie op de tien niet-geregistreerden hebben het gevoel dat ze nu eens moeten beslissen of ze donor willen zijn. De campagnedoelstelling om hierin een stijging te realiseren is behaald: van 22% naar 29%. De helft van de niet-geregistreerden (51%) staat na de campagne positief tegenover het afstaan van de eigen organen en weefsels. Hier is sprake van een stijging van 8% tijdens de campagne. De doelstelling was een stijging op lange termijn. Deze doelstelling is gehaald. Ook onder het algemeen publiek (zowel geregistreerden als niet-geregistreerden) stijgt de positieve houding ten opzichte van het afstaan van de eigen donoren (van 60% naar 65%).
- Gedrag  
Het campagnedoel om een stijging te realiseren in het aantal niet-geregistreerden dat een beslissing voor zichzelf heeft genomen of zij donor willen zijn is niet gehaald: er is wel een stijging van 35% naar 38%, maar deze is niet significant. Wel zorgt de campagne ervoor dat degenen die al hadden besloten donor te willen worden nu vaker van plan te zijn hun keuze dit jaar vast te gaan leggen in het Donorregister: voor de campagne was dit percentage 36%, na de campagne 51%, een stijging van 15%.  
De campagne heeft ervoor gezorgd dat niet-geregistreerden meer praten over orgaandonatie: voor de campagne was dat 18%, na de campagne 37%. Hiermee is het campagnedoel ruimschoots gehaald, en wordt een stijgende lijn in de tijd voortgezet.  
De stijging in het aantal donorregistraties is niet gemeten met campagne-effectonderzoek. Wel zijn er registratiecijfers beschikbaar. Hieruit blijkt dat als gevolg van de gevoerde campagne in de Donorweek tussen week 42 en 45 een toename van registraties is van circa 40.000.

#### *Vraag 101*

Welke verbetervoorstellen voor donorwerving worden landelijk in ziekenhuizen geïmplementeerd?

#### *Antwoord 101*

De landelijke implementatie van de pilots uit de regio's Groningen en Leiden is in 2012 gestart. Ik heb u hierover geïnformeerd in mijn brief van 21 december 2011 (TK 28 140 nr. 81), die ik u destijds tezamen met de evaluatie van de pilots heb toegezonden.

#### *Vraag 102*

Hebben de aandoeningen met lage ziektelast die uit het pakket gehaald zijn geleid tot relatief lagere zorgkosten? Zo ja, welke omvang?

#### *Antwoord 102*

Behandelingen van aandoeningen met lage ziektelast zijn nog niet uit het verzekerde Zvw-pakket verwijderd. Er is daarom nog geen sprake van een relatieve verlaging van de zorgkosten als gevolg van deze maatregel.

Voor het uit het pakket halen van behandelingen gericht op aandoeningen met lage ziektelast is met ingang van 2015 een bezuinigingstaakstelling vastgesteld. Hiervan is op dit moment € 100 miljoen ingevuld met de pakketmaatregelen maagzuurremmers (€ 58 miljoen) en dieetadvisering (€ 42 miljoen), die van 2012 t/m 2014 meetellen als compensatie voor overschrijdingen. In het Begrotingsakkoord 2013 is voor de per 2013 teruggedraaide maatregel dieetadvisering alternatieve dekking opgenomen.

*Vraag 103*

Hoeveel perinatale sterfgevallen in aantallen waren er in 2012 en hoeveel in de vorige jaren?

*Antwoord 103*

In de bijlage bij mijn brief van 24 april over de voortgang over de zorg rond zwangerschap en geboorte heb ik u geïnformeerd over de babysterfte in Nederland. De meest recente definitieve cijfers zijn de cijfers uit 2010 aangezien de cijfers over 2011 pas definitief worden na koppeling van bestanden. De cijfers over 2012 worden momenteel verzameld. In de periode 2001–2010 daalt de perinatale sterfte in Nederland met 26%. In 2001 overlijden er in totaal 2.322 voor, tijdens of in de eerste vier weken na de geboorte (12,2 per duizend). In 2010 gaat het om 1.613 kinderen (9,0 per duizend). Dit blijkt uit de gegevens van Perinatale Registratie Nederland (PRN).

Voor de volledigheid herhaal ik hieronder een passage uit die bijlage over de relatie tussen de cijfers van de PRN en de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS):

«Het RIVM heeft de thans beschikbare cijfers bestudeerd en concludeert dat de babysterfte in Nederland de laatste jaren geleidelijk is gedaald. Dat geldt niet alleen voor de door het CBS via de bevolkingsregistratie verzamelde data over babysterfte na 24 of 28 weken zwangerschap maar ook voor de door de gezamenlijke zorgverleners in de Perinatale Registratie Nederland (PRN) registratie verzamelde data voor sterfte na 22 weken zwangerschap. De PRN cijfers zijn altijd hoger omdat die ook de sterftcijfers bevatten van veel te vroeg geboren baby's, die een sterk verhoogd sterfterisico hebben.»

De recent beschikbaar gekomen Europese cijfers laten voor de sterftcijfers vanaf 28 weken (dit cijfer is het beste vergelijkbaar tussen de landen) zien dat de babysterfte in Nederland over 2008–2010 is gedaald; ook ten opzichte van andere landen. Nederland is op dit punt gestegen naar de 11<sup>e</sup> plaats (van 29 landen).

*Vraag 104*

Wat is het effect geweest van het beperken van de vergoeding voor behandeling met langdurige fysiotherapie? Hoe groot is de daling van het aantal mensen dat de fysiotherapeut bezocht?

*Vraag 105*

Tot welke extra zorgkosten heeft het beperken van de vergoeding voor behandeling met langdurige fysiotherapie geleid? Hoe hoog waren deze kosten?

*Antwoord 104 en 105*

Verzekerden van 18 jaar of ouder komen alleen in aanmerking voor fysiotherapie of oefentherapie behandeling van aandoeningen die op de

chronische lijst staan. De eerste 20 behandelingen zijn voor eigen rekening. De chronische lijst is per 2012 gewijzigd. Een aantal aandoeningen, waarvoor de effectiviteit van langdurige behandeling met fysiotherapie niet is aangetoond, zijn uit de lijst geschrapt. Het betreft een aantal aandoeningen op het terrein van het bewegingsapparaat en een aantal cardiale aandoeningen.

Het is niet bekend hoeveel mensen door de beperking van de aanspraak niet langer een fysiotherapeut bezocht heeft in 2012. Mensen hebben nog altijd de keuze zich aanvullend te verzekeren voor fysiotherapie, dan wel de kosten voor eigen rekening te nemen. Een relatie leggen tussen andere zorgkosten en het niet meer vergoed krijgen van fysiotherapie wordt ook beperkt, omdat niet aantoonbaar is of deze zorgkosten met gecontinueerde fysiotherapie niet gemaakt zouden zijn. Het is dan ook niet te zeggen of, en zo ja, tot welke extra zorgkosten deze pakketbeperking heeft geleid.

Uit onderzoek van het KNGF<sup>6</sup> blijkt dat er in de eerste drie kwartalen van 2012 sprake is van een daling van het aantal zittingen fysiotherapie met 7–10 procent ten opzichte van de eerste drie kwartalen 2009–2011. Daarnaast blijkt uit hetzelfde onderzoek dat er minder wordt gedeclareerd ten laste van de basisverzekering en meer ten opzichte van de aanvullende verzekeringen.

#### *Vraag 106*

Hoe hoog is de arbeidsuitval als gevolg van het beperken van de vergoeding voor behandeling met langdurige fysiotherapie? Welke kosten zijn hiermee gemoeid?

#### *Antwoord 106*

Het is niet bekend hoeveel mensen door de beperking van de aanspraak niet langer een fysiotherapeut bezocht heeft in 2012. Mensen hebben nog altijd de keuze zich aanvullende te verzekeren voor fysiotherapie, dan wel de kosten voor eigen rekening te nemen. In het geval van arbeidsgerelateerde klachten kan de werkgever ook kosten voor zijn rekening nemen, bijvoorbeeld door een bedrijfsfysiotherapeut in te huren. Het is dan ook niet te zeggen of deze pakketbeperking heeft geleid tot arbeidsuitval en eventueel daarmee samenhangende kosten.

#### *Vraag 107*

Hoeveel mensen gebruikten in 2012 geen maagzuurremmers ter preventie van maagbloedingen als het gevolg van medicijngebruik? Hoeveel mensen gebruikten deze maagzuurremmers in eerdere jaren?

#### *Antwoord 107*

Ik heb hierover geen exacte gegevens. Het aantal eerste uitgiftes van maagzuurremmers ligt in 2012 volgens cijfers van de stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) ongeveer 25% lager dan in 2011. Wat betreft de daling van het aantal patiënten dat maagzuurremmers slikt in combinatie met non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID's, dus ter preventie van maagbloedingen als gevolg van medicijngebruik) heb ik geen cijfers voorhanden. De SFK heeft in mei 2012 gerapporteerd dat er onder de patiënten die boven de 70 jaar zijn en NSAID's gebruiken een daling lijkt te zijn van ongeveer 5% van nieuwe gebruikers van maagzuurremmers ten

<sup>6</sup> [http://www.fysionet.nl/actueel/nieuwsoverzicht/minder-patienten-naar-de-fysiotherapeut\\_1.html](http://www.fysionet.nl/actueel/nieuwsoverzicht/minder-patienten-naar-de-fysiotherapeut_1.html)

opzichte van het jaar ervoor. Dit betreft alleen cijfers over openbare apotheken, terwijl zowel NSAID's als maagzuurremmers ook bij de drogist gekocht kunnen worden.

*Vraag 108*

Hoeveel mensen zijn er in 2012 in het ziekenhuis opgenomen met een maagbloeding als gevolg van medicijngebruik? Welke stijging of daling is dat ten opzichte van eerdere jaren?

*Antwoord 108*

Hier heb ik geen gegevens over. Wat betreft het aantal bloedingen na gebruik van non-steroidal anti-inflammatoire drugs (NSAID's) na 1 januari 2012, is het zo dat er geen stijging gezien is in het aantal meldingen bij Lareb.

*Vraag 109*

Wat is het effect geweest van het schrappen van de dieetadviesing uit het basispakket? Hoeveel mensen maakten er in 2012 gebruik van dieetadviesing? In hoeveel van de gevallen was dit vanwege overgewicht en in hoeveel van de gevallen vanwege een andere medische indicatie? Hoeveel was dit in eerdere jaren?

*Antwoord 109*

Ik beschik niet over gegevens van patiëntenaantallen over het hele land genomen. Wel is mij bekend uit gegevens van een onderzoek van het NIVEL dat voor het schrappen van de aanspraak een diëtistenpraktijk gemiddeld 190 patiënten behandelde (1<sup>e</sup> kwartaal 2011) en na het schrappen 136 (1<sup>e</sup> kwartaal 2012). Dit is een daling van 28%. De gegevens van het NIVEL laten verder zien dat het schrappen van dieetadviesing uit het basispakket in het eerste kwartaal van 2012 heeft geleid tot een daling van 39% bij de geleverde uren zorg door de (vrijgevestigde) diëtist. Daarbij is geen onderverdeling gemaakt naar obesitas of andere voedingsgerelateerde aandoeningen.

*Vraag 110*

Hoeveel mensen leden er in 2012 aan overgewicht? Hoeveel was dit ten opzichte van eerdere jaren? In hoeverre houdt dit verband met het schrappen van de dieetadviesing uit het basispakket?

*Antwoord 110*

De cijfers van 2012 hebben wij nog niet ontvangen van het CBS; deze krijgen wij pas in het derde kwartaal van dit jaar. De staatssecretaris kan dus nog niet beoordelen in hoeverre deze verschillen ten opzichte van eerdere jaren. Volgens het VWS-jaarverslag 2012 had in 2010 en 2011 47% resp. 48,1% van de volwassen bevolking overgewicht en 11% resp. 11,4% ernstig overgewicht.

*Vraag 111*

Hoe is te verklaren dat de streefwaarde van het percentage ambulances dat binnen vijftien minuten ter plaats is niet is gehaald? Wat is het percentage uitgesplitst per regio? Hoe zijn de verschillende percentages per regio te verklaren?



### *Antwoord 111*

In 2011 waren de ambulances in 93,3% van de spoedritten binnen 15 minuten ter plaatse. Dit is een verbetering van 1% ten opzichte van 2010, maar komt nog niet helemaal overeen met de streefwaarde van 95%. Deels wordt dit verklaard doordat in de praktijk niet altijd sprake is van de «normale» omstandigheden waar de genoemde streefwaarde van uitgaat. Denk aan slechte weersomstandigheden, onverwachte wegoptbrekingen, ongelukken, onvindbare adressen en dergelijke. Daarnaast hebben ambulancediensten ook te maken met niet goed voorspelbare «gelijktijdigheid» van meldingen, waardoor soms de capaciteit te kort schiet om aan de norm te voldoen. De aanrijdtijden verschillen per regio. Over het algemeen kan worden gesteld dat de prestaties in stedelijke gebieden wat beter zijn dan in de rurale gebieden. Voor een uitsplitsing van de aanrijdtijden naar veiligheidsregio verwijs ik u naar de door Ambulancezorg Nederland opgestelde publicatie «Ambulances in zicht 2011» ([www.ambulancezorg.nl](http://www.ambulancezorg.nl)). Veelal worden de relatief wat mindere prestaties in rurale regio's veroorzaakt door de langere rijdtijden in deze gebieden. Dit leidt ertoe dat bij onvoorspelbare gelijktijdigheid van meldingen het relatief meer tijd kost om bij een volgende spoedmelding ter plaatse te komen. Overigens is relevant dat in veel regio's ambulancediensten in overleg met andere partners in de acute keten naar andere oplossingen zoeken om zo snel mogelijk acute hulp te kunnen bieden. Denk bijvoorbeeld aan de opzet van burgernetwerken, al dan niet in combinatie met brandweer en politie-eenheden, om in geval van hartfalen snel met reanimatie te kunnen beginnen. In dergelijke gevallen is het belangrijker dat de hulpverlening binnen 6 tot 8 minuten start dan dat de ambulance binnen 15 minuten aanwezig is om de patiënt te vervoeren.

### *Vraag 112*

Voor welke behandelingen bestaan er wachtlijsten? Hoe lang zijn deze wachtlijsten? Hoe zijn deze wachtlijsten te verklaren?

### *Antwoord 112*

De NZa monitort in de marktscans de wachttijden voor medisch specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Voor de monitoring hanteert de NZa Treeknormen, deze normen zijn door veldpartijen aangedragen als de te gebruiken norm voor wachttijden. Over het algemeen nemen de wachttijden voor medisch specialistische zorg af. Onder andere voor de diagnostiek liggen de wachttijden allemaal onder de Treeknorm van 4 weken.

Voor de Medisch specialistische zorg geeft de NZa in de marktscan van november 2012 aan dat de wachttijden voor polikliniekbezoeken van de volgende specialismen boven de Treeknorm ligt van 4 weken, waarbij de wachttijd varieert van de 4 tot 8 weken.

- Allergologie
- Maag, darm en leverziekten
- Reumatologie
- Revalidatiegeneeskunde
- Oogheelkunde
- Pijnbestrijding / Anesthesiologie

De wachttijden van de volgende behandelingen liggen boven de Treeknorm van 7 weken, waarbij de wachttijd varieert van 7 tot iets meer dan 10 weken.

- Borstverkleining

- Borstreconstructie
- Buikwandcorrectie
- Borstvergroting

De NZa geeft in de marktscan geen oorzaak aan voor het overschrijden van de Treeknormen.

In de Marktscan ggz van februari 2013 geeft de NZa aan dat over de wachttijden voor de curatieve ggz geen nieuwe gegevens beschikbaar zijn ten opzichte van de gegevens opgenomen in de monitor ggz 2010. In de eerstelijns psychologische zorg wacht een cliënt in 2011 gemiddeld 21 dagen op hulp. Dit is iets langer dan in 2010, maar ongeveer drie dagen korter dan in 2009. De wachttijden in de ggz zijn niet verder uitgesplitst naar het type behandeling. De NZa geeft in de Marktscan verder geen verklaring voor de wachttijden binnen de ggz.

#### *Vraag 113*

Hoe staat het aantal opleidingsplaatsen voor de studie geneeskunde en hbo-masteropleidingen tot verpleegkundig specialist in verhouding met het dalend aantal banen in de zorg geconstateerd door het CBS? Zorgen de bezuinigingen in de zorg er niet voor dat deze mensen opgeleid worden voor de werkloosheid?

#### *Antwoord 113*

De cijfers van het CBS zien op het totaal aan banen in zorg en welzijn. De daling die het CBS constateert doet zich voor in de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening en vooral in de kinderopvang. Het aantal banen in de zorgbranches is in 2012 gestegen, ook in de curatieve zorg waar de studenten geneeskunde en degenen die de hbo master verpleegkundig specialist volgen, met name gaan werken. Overigens komt het Capaciteitsorgaan dit najaar met nieuwe ramingen voor de instroom in deze opleidingen.

#### *Vraag 114*

Vindt de minister de stijging van het percentage collectief verzekerden een wenselijke trend? Wijst de opvallende stijging van de collectiviteitskorting voor internetpolissen niet op risicoselectie?

#### *Antwoord 114*

De afgelopen jaren stijgt het aandeel collectief verzekerden met gemiddeld 2% per jaar. In 2012 is ruim 67% collectief verzekerd. Kennelijk zijn collectiviteiten een aantrekkelijke vorm voor de zorgverzekering, mede vanwege de mogelijkheid van korting. Volgens de laatste Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2012 van de NZa daalt het aandeel van werkgevers collectiviteiten geleidelijk en neemt het aandeel van de categorie «anders» (collectiviteiten via internet, koepelorganisaties, verenigingen of bonden en sociale diensten van gemeenten) met eenzelfde geleidelijkheid toe. Binnen de categorie «anders» is de premiekorting in 2012 weliswaar gestegen ten opzichte van 2010 en 2011, maar ligt met circa 9% ongeveer op hetzelfde niveau als in 2009. Administratieve besparingen kunnen een verklaring zijn, maar ook betere selectieve inkoop. Komende zomer zal de NZa in de nieuwe marktscan extra aandacht aan het thema risicoselectie wijden.

### Vraag 115

Hoeveel mensen maken gebruik van geriatrische zorgrevalidatie zorg en hoeveel in de vorige jaren.

### Antwoord 115

Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) maakt vanaf 1 januari 2013 onderdeel uit van de Zvw. Hoeveel personen er momenteel gebruik van maken is (nog) niet bekend, maar bij de overheveling vanuit de AWBZ is uitgegaan van circa 45 000 geriatrische revalidatietrajecten die jaarlijks worden gestart<sup>7</sup>.

Het CIZ registreert geen absolute aantallen gebruikers van AWBZ zorg, maar registreert op specifieke peildata het aantal afgegeven indicaties.

In het verleden kwamen alle cliënten die aanspraak maakten op een vorm van revalidatiezorg terecht in een zorgzwaartepakket VV09. Per 1 januari 2012 wordt er in de indicatiestelling onderscheid gemaakt tussen VV09a en VV09b. VV09a is bedoeld voor cliënten die voorafgaand aan revalidatiezorg geen Behandeling in combinatie met Verblijf ontvingen. VV09b wordt geïndiceerd als er reeds sprake is van een indicatie met Behandeling in combinatie met Verblijf. Alleen VV09a is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw en overgegaan in de aanspraak geriatrische revalidatiezorg. De indicatie VV09b is blijven bestaan in de AWBZ.

#### Aantal geïndiceerde ZZP's door het CIZ voor VV09, VV09a en VV09b, op verschillende peildata

ZZP	1 januari 2010	1 juli 2010	1 januari 2011	1 juli 2011	1 januari 2012	1 juli 2012
VV09	13.740	14.595	15.605	19.980	19.765	60
VV09a	–	–	–	–	40	19.340
VV09b	20	20	15	15	25	1.920

### Vraag 116

Hoeveel mensen kozen in 2010, 2011, 2012 en 2013 voor een vrijwillige eigen risico? Hoe verklaart de minister deze ontwikkeling?

### Antwoord 116

Uit de zorgthermometer van Vektis volgt dat in 2010 en 2011 6% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico koos. In 2012 was dat aantal gestegen naar 7%. Voor 2013 kiest bijna 10% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico.

Hieruit blijkt dat steeds meer verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Het merendeel van deze verzekerden (64%) kiest voor het maximale vrijwillig eigen risico van € 500. Ik beschik niet over inzicht in de motieven om voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. Het is goed mogelijk dat mensen in deze tijd extra kritisch zijn op hun uitgaven. Zodoende kan een verzekerde door te kiezen voor een hoger vrijwillig eigen risico geld uitsparen als hij verwacht geen gebruik te maken van zorg. Echter, uit de zorgthermometer van Vektis blijkt uit gegevens uit 2011 dat een verzekerde met een hoger eigen risico niet altijd lage Zvw-zorgkosten heeft. 30 tot 40% van de verzekerden met een klein vrijwillig eigen risico (€ 100,- of € 200,-) maakt ook dit vrijwillig eigen risico volledig vol. Van de verze-

<sup>7</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 184.

kerden met het maximale vrijwillig eigen risico maakt ruim tien procent dit volledig vol.

#### *Vraag 117*

Kan de minister een indicatie geven van het aantal mensen dat in 2012 niet naar de huisarts ging uit angst dat zij na een doorverwijzing het eigen risico moesten aanspreken? Is er een stijging te zien?

#### *Antwoord 117*

Er zijn geen exacte cijfers hoeveel verzekerden in 2012 niet naar de huisarts gingen uit angst dat zij na een doorverwijzing het eigen risico moesten aanspreken.

Uit een onderzoek van het NIVEL onder hun consumentenpanel blijkt dat in 2012 9% van de verzekerden aangaf minder zorg te gebruiken als gevolg van het eigen risico. Een groot deel van deze verzekerden gaf aan niet naar de huisarts te gaan vanwege het eigen risico. Volgens het NIVEL is het onduidelijk of dit komt, omdat de verzekerde afziet van de huisarts uit angst voor een doorverwijzing of dat de verzekerde onbekend is met het feit dat voor de huisarts geen eigen risico geldt.

Ook uit eerdere onderzoeken naar de no-claimteruggaveregeling (oktober 2007) en naar het verplicht eigen risico (mei 2011) kwam naar voren dat sommige verzekerden, vanwege respectievelijk no-claim of eigen risico, de huisarts mijden. Aangezien deze onderzoeken anders in opzet waren dan die van het NIVEL en deze eerdere onderzoeken het aantal verzekerden dat afziet van huisartsenzorg niet kwantificeren, is het niet mogelijk om aan te geven of er sprake is van een stijgende of dalende trend.

#### *Vraag 118*

Hoeveel mensen kozen in 2010, 2011, 2012 en 2013 voor een aanvullende verzekering? Hoe verklaart de minister deze ontwikkeling?

#### *Antwoord 118*

Uit de zorgthermometer van Vektis volgt dat het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering afneemt. In 2010 en 2011 kozen 89% van de verzekerden voor een aanvullende verzekering, in 2012 was dat 88% en in 2013 86%.

#### **Percentage verzekerden dat geen aanvullende verzekering heeft afgesloten**

2006	7%
2007	7%
2008	8%
2009	10%
2010	11%
2011	11%
2012	12%
2013	14%

Bron: Vektis, zorgthermometer 2013.

Nederland kent dus nog steeds een hoog percentage aanvullend verzekerden. Er is overigens een verschil tussen verzekerden die individueel verzekerd zijn (22% niet aanvullend verzekerd) en verzekerden die deel uitmaken van een collectief contract (10% niet aanvullend verzekerd). Door het NIVEL is aan de deelnemers van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die geen aanvullende verzekering gevraagd waarom zij

geen aanvullende verzekering hebben. Er werden twee redenen voorgelegd, deelnemers konden één van deze of beide redenen aankruisen. Een derde (33%) vindt de premie voor de aanvullende verzekering te hoog (volgens Vektis in 2011 gemiddeld ca. € 25 per maand), terwijl driekwart (75%) aangeeft geen/weinig gebruik te maken van zorg die binnen de aanvullende verzekering valt.

*Vraag 119*

Welke afspraken zijn tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen gemaakt in het kader van het macrobeheersingsinstrument? In hoeveel gevallen was er sprake van afspraken onder de 2,5% groei? Welke ziekenhuizen en welke zorgverzekeraars betrof dit?

*Antwoord 119*

In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is een maximale groei van 2,5% afgesproken. Dit is de maximale groei op macroniveau. Er is echter ruimte voor verzekeraars om toegestane groei te differentiëren tussen aanbieders. Ik heb geen inzicht in het aantal individuele contracten dat boven of onder de 2,5% groei is afgesloten.

Afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn dan ook een zaak van zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Ik ben daarin geen partij en dat past ook niet bij mijn verantwoordelijkheid binnen dit stelsel.

*Vraag 120*

Waarom is de met medisch specialisten afgesproken opbrengst van € 30 miljoen door doelmatiger voor te schrijven niet gerealiseerd? Welk deel is wel gerealiseerd en hoe? Hoeveel besparing zou mogelijk zijn wanneer medisch specialisten wel doelmatig voorschrijven?

*Vraag 128*

Hoe is het te verklaren dat de doelstelling om doelmatiger voor te schrijven in het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg niet is gehaald?

*Antwoord 120 en 128*

Hoewel de OMS gedurende 2012 verschillende activiteiten in gang heeft gezet om het belang van doelmatiger voorschrijfgedrag goed voor het voetlicht te brengen en haar achterban te bewegen om bij het voorschrijven van geneesmiddelen ook het aspect van doelmatigheid te betrekken, werd niet de gehele afgesproken opbrengst behaald. Daardoor zag ik mij genoodzaakt om alsnog een korting door te voeren over de honorariumplafonds 2013.

De mogelijke verklaring hiervoor is dat het onderwerp doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen een relatief nieuw onderwerp is waaraan aandacht besteed moet worden en dat het medisch specialisten ontbrak aan de kennis van en het inzicht in de soms grote kostenverschillen tussen de verschillende geneesmiddelen. De OMS heeft op deze terreinen veel inzet in 2012 gepleegd en zal dit voortzetten in 2013.

*Vraag 121*

In hoeveel ziekenhuizen zijn medisch specialisten in loondienst? Welke ziekenhuizen betreft dit en welk bedrag wordt daarmee bespaard? Hoeveel geld zou er bespaard worden als alle medische specialisten in loondienst waren?

### *Antwoord 121*

Zo goed als alle, zo niet alle ziekenhuizen hebben medisch specialisten in loondienst. In sommige ziekenhuizen zijn alle daar werkende medisch specialisten in loondienst. Dit betreft in ieder geval de acht academische ziekenhuizen. Daarnaast is van een aantal algemene ziekenhuizen bekend dat alle specialisten in loondienst werken. Het is mij niet bekend bij hoeveel algemene ziekenhuizen dat op dit moment het geval is. Mijn ministerie houdt niet een overzicht bij van alle arbeidsbetrekkingen tussen medisch specialisten in elk ziekenhuis.

In het door SEO Economisch Onderzoek (SEO) uitgevoerde internationaal vergelijkende analyse van specialisteninkomens (TK 29 248, nr. 240) is te zien dat macro 57% van de medisch specialisten in Nederland primair een loondienstbetrekking hebben.

Het is mij niet bekend of, en zo ja, hoeveel het zou besparen als alle vrijgevestigd medisch specialisten in loondienst zouden gaan. Overigens heeft de Commissie Meurs aangegeven dat het juridisch niet mogelijk is om vanuit overheidswege een loondienstverband voor medisch specialisten verplicht te stellen.

### *Vraag 122*

Aan welke geneesmiddelen was in 2012 een tekort? Welke gevolgen had dit voor de patiënt? Hoe is dit tekort te verklaren?

### *Antwoord 122*

Op basis van cijfers van KNMP Farmanco is bekend dat in 2012 in totaal aan ruim 300 geneesmiddelen een tekort was, waarvan 217 tijdelijk niet verkrijgbaar en 89 definitief uit de handel.

#### Voorbeelden:

In 2012 zijn er diverse problemen geweest met de levering van een aantal antikankermiddelen zoals cytarabine, doxorubicine en mitoxantron. Ondanks leveringsproblemen met deze chemokuren in Nederland, waren ze nog wel voorradig in het buitenland.

In 2012 was het geneesmiddel Semap® niet beschikbaar vanwege productieproblemen bij de fabrikant. Semap® is het enige antipsychoticum dat slechts eenmaal per week via de mond kan worden ingenomen. Dit medicijn is ongeveer drie maanden niet beschikbaar geweest. Het middel is nu als ongeregistreerd geneesmiddel verkrijgbaar.

Chloordiazepoxide is een geneesmiddel dat voorgeschreven wordt bij angstgevoelens en gespannenheid en alcoholontwenning. Dit geneesmiddel valt onder het preferentiebeleid, waarmee de zorgverzekeraars voorkeursleveranciers hebben aangewezen. Van juli tot december 2012 was dit geneesmiddel niet leverbaar bij de verschillende fabrikanten, waardoor deze patiënten over moesten stappen op een ander geneesmiddel.

#### Gevolgen patiënt:

De gevolgen voor de patiënt waren beperkt, mede dankzij de forse inspanningen van de apothekers. In de praktijk wordt een patiënt overgezet op hetzelfde geneesmiddel maar van een andere fabrikant, op een andere werkzame stof of wordt het middel geïmporteerd uit het buitenland dan wel zelf bereid voor de patiënt. De patiënt merkt overigens wel duidelijk de gevolgen van een tekort wanneer het geneesmiddel er niet is en er geen goed alternatief beschikbaar is of wanneer een geneesmiddel uit het buitenland gehaald moet worden.

Verklaring:

Uit cijfers van KNMP Farmanco blijkt dat tijdelijke tekorten met name veroorzaakt worden door productieproblemen. Als geneesmiddelen definitief uit de handel worden gehaald, gebeurt dit meestal om economische redenen. Steeds vaker wordt door fabrikanten aangegeven dat ze producten niet meer rendabel kunnen produceren en leveren. Voor zowel de geneesmiddelen die tijdelijk niet beschikbaar zijn als de geneesmiddelen die definitief uit de handel zijn geldt dat ze veelal nog wel in het buitenland beschikbaar zijn.

*Vraag 123*

Hoeveel bijwerkingen zijn er gemeld door het antistollingsmiddel NOAC? Welke bijwerkingen betrof het en wat was de ernst van die bijwerkingen?

*Antwoord 123*

In casu betreft het de nieuwe antistollingsmiddelen rivaroxaban en dabigatran.

Naast het reguliere meldsysteem om bijwerkingen van middelen te verzamelen, worden deze middelen ook actief gevolgd met het Lareb Intensive Monitoring Systeem.

In totaal heeft Lareb 142 meldingen van bijwerkingen bij dabigatran en 104 bij rivaroxaban ontvangen. De meldingen zijn tot nu toe geen aanleiding voor Lareb voor waarschuwingen, omdat ze niet opmerkelijk in aard en aantal zijn bij dergelijke middelen. Uit een van de laatste rapportages van Lareb aan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) blijkt dat het bijwerkingenprofiel zowel met betrekking tot het middel rivaroxaban als dabigatran, grotendeels overeenkomt met de bijwerkingen die reeds deel uitmaken van de officiële productinformatie. Ten aanzien van rivaroxaban zijn er enkele meldingen ontvangen van longembolieën. Over het middel dabigatran ontving Lareb enkele meldingen van maligniteiten. Met het oog hierop heeft Lareb aan het CBG gevraagd om dit extra in de gaten te houden, hoewel een causale relatie tussen het gebruik van dabigatran en het ontstaan van maligniteiten op dit moment geenszins vaststaat.

Ik vind het een goede zaak dat de middelen intensief worden gemonitord. Op deze manier wordt het CBG in staat gesteld op basis van de gegevens uit de praktijk een goede afweging te maken met betrekking tot de balans veiligheid en werkzaamheid.

*Vraag 124*

Is duidelijk of er financiële gevolgen zijn bij het terugdraaien van de mondzorg tarieven per 1 januari 2013? Zo nee, wanneer wordt dit duidelijk? Zo ja, welke gevolgen zijn er?

*Antwoord 124*

Vooralsnog zijn er geen signalen dat het beëindigen van het experiment met de vrije prijzen in de mondzorg heeft geleid tot financiële consequenties. De tarieven voor 2013 zijn gebaseerd op de tarieven van voor het experiment, rekening houdend met inflatiecorrectie. Op dit ogenblik voert de NZa een kostenonderzoek uit om op basis daarvan nieuwe tarieven vast te stellen welke per 1 januari 2014 worden ingevoerd.

*Vraag 125*

Hoeveel geneesmiddelen zijn in 2012 voorwaardelijk toegelaten tot het pakket? Welke geneesmiddelen waren dat? Hoeveel daarvan werden

definitief toegelaten en welke geneesmiddelen waren dat? Hoeveel geneesmiddelen werden niet toegelaten en welke waren dat? Wat was de reden om een geneesmiddel wel of niet definitief toe te laten?

#### *Antwoord 125*

In 2012 zijn twee intramurale geneesmiddelen voorwaardelijk toegelaten. Het betreft de geneesmiddelen ipilimumab en rituximab. Bij deze geneesmiddelen oordeelde het CVZ dat er sprake was van gelijk- of meerwaarde in vergelijking met de standaardbehandeling en dat vervolgonderzoek aangewezen is naar de kosteneffectiviteit van de behandeling. Op grond van de uitkomsten van dat vervolgonderzoek zal over vier jaar definitief moeten worden besloten of deze geneesmiddelen in de vergoeding blijven of uitstromen.

Daarnaast is bij zeven andere intramurale geneesmiddelen (dan wel nieuwe indicaties van bestaande geneesmiddelen) die in 2012 beschikbaar kwamen een zg. t=0 toetsing uitgevoerd door CVZ om te bezien of er voor deze geneesmiddelen een tijdelijke, voorwaardelijke toelating gewenst is (= vervolgonderzoek en een definitieve toetsing na vier jaar (t=4)). De uitkomst van deze t=0 toetsingen is nog niet door CVZ vastgesteld. Tot het moment dat het CVZ de uitkomst van deze t=0 toetsingen vaststelt, zitten deze middelen vooralsnog in het pakket, mits deze voldoen aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk.

Bij twee intramurale geneesmiddelen (Benlysta en Xiapex), waarbij het CVZ een t=0 toetsing uitvoerde, oordeelde het CVZ dat deze middelen geen onderdeel uitmaken van het pakket, omdat niet is aangetoond dat deze geneesmiddelen een gelijk- of meerwaarde hebben ten opzichte van de standaardbehandeling.

Bij vijf intramurale geneesmiddelen heeft het CVZ een zogenaamde t=4 toetsing afgerond. Dit betreft de definitieve toetsing (na vier jaar) van middelen die destijds voorwaardelijk zijn opgenomen op de beleidsregels dure en weesgeneesmiddelen. Het betreft hier de middelen ranibizumab, omalizumab, aglucosidase alfa, agalsidase beta en agalsidase alfa. Voor ranibuzumab heeft CVZ een uitstroomadvies uitgebracht op grond van het criterium kosteneffectiviteit. Ik heb nog niet over dit advies besloten. Voor omalizumab is een financieel arrangement afgesloten (no cure / no pay) op basis waarvan ik heb besloten om het middel niet uit te laten stromen. Voor aglucosidase alfa, agalsidase beta en agalsidase alfa heeft het CVZ mij geadviseerd prijsonderhandelingen te voeren met fabrikanten teneinde de vergoeding te kunnen continueren.

#### *Vraag 126*

Is het waar dat er huisartsen zijn die weigeren nog langer «medische noodzaak» te vermelden op een recept? Hoe vaak komt dit voor? Wat zijn de gevolgen voor de patiënt?

#### *Antwoord 126*

Uit de uitzending van het televisieprogramma Kassa van 27 april 2013 heb ik begrepen dat het voorkomt dat huisartsen weigeren nog langer «medische noodzaak» op het recept te zetten als zij vinden dat het medisch niet verantwoord is om een patiënt met een als preferent aangewezen geneesmiddel te behandelen. Hoe vaak dit voorkomt weet ik niet en kan ik ook niet overzien. De manier waarop een arts medische noodzaak aangeeft en de controle hierop is een aangelegenheid van zorgverkeers en voorschrijvers.



*Vraag 127*

Is het waar dat er huisartsen zijn die patiënten doorsturen naar de zorgverzekeraar om allereerst toestemming te krijgen van de zorgverzekeraar alvorens «medische noodzaak» te vermelden op een recept? Hoe vaak komt dit voor? Wat zijn de gevolgen voor de patiënt?

*Antwoord 127*

Ik weet niet of dit waar is. Ik kan dan ook niet aangeven in welke mate dit gebeurt. Overigens betreft dit een aangelegenheid van voorschrijvers en zorgverzekeraars.

*Vraag 129*

Hoeveel mensen hadden in 2011 en 2012 een betalingsachterstand op hun zorgpremie? Hoeveel mensen zijn dat op dit moment?

*Antwoord 129*

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 93 heb aangegeven, waren er op 1 maart 2013 306.249 wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime. Dat wil dus zeggen met een betalingsachterstand van (minimaal) zes maanden. Hoeveel mensen er zijn met een betalingsachterstand op hun zorgpremie van minder dan zes maanden, is mij niet bekend. Dit zijn gegevens die -voor zover dat door zorgverzekeraars wordt bijgehouden- bij zorgverzekeraars berusten.

*Vraag 130*

Hoe lang betaalden mensen in 2012 gemiddeld een bestuurlijke premie? Hoe lang was dat in 2010 en 2011?

*Antwoord 130*

Naar aanleiding van de Kamervragen van de Kamerleden Bouwmeester (PvdA) en Kuzu (PvdA) over de toename van betalingsachterstanden bij zorgverzekeraars (2013Z07390) heb ik uw Kamer op 8 mei jl. geïnformeerd dat deze informatie weliswaar beschikbaar is bij het CVZ, maar een specifieke uitvraag in de geautomatiseerde systemen vergt. Ik heb uw Kamer toegezegd deze gegevens bij gelegenheid van de behandeling van het wetsvoorstel «Verbetering wanbetalersmaatregelen» te doen toekomen.

*Vraag 131*

Hoeveel mensen hebben in 2012 een Wtcg vergoeding ontvangen?

*Antwoord 131*

In 2012 hebben ruim 2.210.000 personen een Wtcg-tegemoetkoming ontvangen. Dit betrof grotendeels personen die een tegemoetkoming 2011 hebben gekregen en daarnaast was er sprake van nabetalings over voorgaande tegemoetkomingsjaren.

*Vraag 132*

Hoeveel mensen hebben in 2012 geen Wtcg vergoeding ontvangen, maar deze wel aangevraagd?

### *Antwoord 132*

In 2012 heeft het CAK circa 40.000 aanvragen voor een Wtcg-tegemoetkoming (tegemoetkomingsjaar 2009 t/m 2011) binnen gekregen. Circa 99% van deze aanvragen is afgewezen.

### *Vraag 133*

Met welke reden waren de beheerskosten van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) € 9,2 miljoen hoger dan geraamd?

### *Antwoord 133*

In de VWS-begroting 2012 was € 87,6 miljoen beschikbaar voor de CAK-beheerskosten; in het Jaarverslag 2012 is als realisatie (werkelijk toegekend aan het CAK) opgenomen een bedrag van € 96,8 miljoen. Het verschil tussen beide is € 9,2 miljoen.

Op 26 maart 2012 is de CAK-beheerskostenbegroting 2012 goedgekeurd voor een bedrag van € 85,5 miljoen. Dit beheerskostenbudget is in de loop van 2012 verhoogd met in totaal € 11,3 miljoen tot € 96,8 miljoen. Deze stijging werd veroorzaakt door stijgingen van het reguliere beheerskostenbudget (€ 4,0 miljoen) en zes projecten (€ 7,3 miljoen).

De belangrijkste reden voor de stijging van het reguliere beheerskostenbudget was de te lage (structurele) onttrekking van Wmo-beheerskosten in het jaar 2011 uit het Gemeentefonds (€ 2,5 miljoen). Daarnaast bleek gedurende het jaar 2012 de beheerskosten voor de uitvoering van de regelingen Zorg met verblijf/Zorg zonder verblijf en de Wtcg te zijn gestegen (in totaal € 0,9 miljoen). Ook waren de beheerskosten voor het Toetsingsorgaan bewijslast voor de Wtcg (€ 0,6 miljoen) niet opgenomen in de oorspronkelijk goedgekeurde CAK-beheerskostenbegroting voor het jaar 2012.

Naast bovenstaande verhogingen van de reguliere beheerskosten heeft het CAK van VWS voor zes projecten in totaal € 7,3 miljoen ontvangen. Deze projecten zijn:

De invoering van SEPA (Single European Payment Agreement)	€ 0,70 miljoen
Inhalen achterstallig ICT-onderhoud	€ 1,40 miljoen
Invoering Vermogensinkomensbijtelling AWBZ	€ 1,81 miljoen
invoering inkomensafhankelijke Eigenbijdrage	€ 0,43 miljoen
Invoering inkomensafhankelijke Wtcg	€ 2,71 miljoen
Invoering Eigenbijdrage Zorgverleners Zonder Personeel	€ 0,25 miljoen

### *Vraag 134*

Hoe is de gestelde verbetering van de positie van de burger in het zorgstelsel gemeten en vastgesteld? Welke middelen zijn hiervoor gebruikt?

### *Antwoord 134*

Mijn beleid is erop gericht om de positie van de patiënten en cliënten te versterken door onder andere informatie over zorgaanbieders en zorgverzekeraars beter toegankelijk en vergelijkbaar te maken, de continuïteit van de zorg te waarborgen en de rechtspositie van de burger in het zorgstelsel te verbeteren. In 2012 is voortgang geboekt op alle drie de genoemde terreinen. En er liggen nog wetvoorstellen in het parlement om nog verdere verbeteringen, onder andere het Kwaliteitsinstituut, Wet

kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz) en de zorgfusietoets, door te voeren. Daardoor is de positie van de burger versterkt. Ik heb geen aanvullend onderzoek laten doen. De Zorgbalans 2014 die op mijn verzoek wordt opgesteld zal verder ingaan op de positie van de burger in het zorgstelsel.

*Vraag 135*

Zijn er binnen de AWBZ vertragingen bij het ontwikkelen van stabiele en betrouwbare kwaliteitsindicatoren? Zo ja, welke en in welk onderdeel van de AWBZ?

*Antwoord 135*

De ontwikkeling van stabiele en betrouwbare indicatoren verloopt trager dan gehoopt omdat het een complex proces blijkt om in de gezamenlijkheid van zorgverlener, zorgvrager en zorginkoper indicatoren te ontwikkelen die voor de verschillende doelgroepen voldoende zeggen over proces, structuur, risico's en uitkomst. In de Gehandicaptensector wordt, na een aanvankelijk wat stroeve start, inmiddels hard gewerkt aan de ontwikkeling van een gezamenlijke indicatorenset. Daarentegen vindt binnen de sector van de ouderenzorg, die in 2007 als eerste met een gezamenlijke indicatorenset kwam, momenteel het debat plaats over de vraag of een gezamenlijke indicatorenset voldoende geschikt is om aan de verschillende informatiebehoefte van de verschillende doelgroepen te voldoen. De ontwikkeling van stabiele en betrouwbare kwaliteitsindicatoren is een leerproces, waarbij de staatssecretaris een belangrijke stimulerende rol weggelegd ziet voor het Kwaliteitsinstituut. Het is aan het Kwaliteitsinstituut om samen met de partijen in de betreffende sectoren afspraken te maken over het af te leggen traject.

*Vraag 136*

Welke vragen zijn uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording geschrappt? Zijn er vragen op andere gebieden toegevoegd?

*Antwoord 136*

Het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) bestond uit jaarverslag, jaarrekening en digiMV (digitale vragen over maatschappelijke verantwoording). Het jaarverslag wordt met ingang van het verslagjaar 2012 niet meer uitgevraagd in het kader van het JMV (gemiddeld 50 blz.). De uitvraag in de jaarrekening is gebleven zoals voorheen. In digiMV zijn tabellen rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit en resultatenrekening geschrappt (4 blz.) evenals enkele tabellen die wel werden uitgevraagd maar niet verplicht waren om in te vullen (7 blz.). Toegevoegd aan digiMV zijn vragen over de WNT (Wet Normering Topinkomens), klachtrecht, medezeggenschap, acute zorg en Raad van Toezicht (in totaal 4 blz.) Met deze toevoeging wordt zoals voorheen voldaan aan de verantwoording uit andere wetgeving. Deze informatie was voorheen opgenomen in het jaarverslag.

*Vraag 137*

Het CIZ draagt bij aan het experiment regelarme instellingen door bij te dragen aan 18 van de 25 experimenten. Hoe verhoudt zich dit tot de Hervormingsbrief Langdurige Zorg van de staatssecretaris, waar hij aankondigt dat de rol van het CIZ verdwijnt voor de extramurale zorg en dat het CIZ in de intramurale zorg juist alle indicatiestellingen op zich zal nemen?

### Antwoord 137

Het besluit om te gaan experimenteren met regelarme instellingen is door de vorige staatssecretaris reeds genomen en maakte onderdeel uit van haar hervormingsplannen voor de langdurige zorg. Het verminderen van de administratieve lasten is daarvoor uitgangspunt geweest. Ook voor het huidige kabinet is het verminderen van de administratieve lasten speerpunt. Tegelijkertijd worden de hervormingen van de langdurige zorg fors en op korte termijn krachtig ter hand genomen. Het klopt dat de AWBZ vanaf 2015 geen extramurale zorg meer zal omvatten; de bedoelde zorg zal onderdeel gaan uitmaken van de Wmo en voor de Zvw. De experimenten die zich richten op de huidige extramurale AWBZ-zorg kunnen weldegelijk inzichten genereren waar gemeenten en zorgaanbieders hun voordeel mee kunnen doen. Weliswaar zitten die inzichten dan niet op de andere wijze van indiceren in de AWBZ, maar vaak behelzen de experimenten meerdere aspecten van de zorgketen. Daarnaast leveren de experimenten ook ervaringen op voor zorgaanbieders met op een andere wijze naar de zorgsituatie van de cliënt te kijken. Zorgmedewerkers geven aan dat zij in het experiment leren om breder te kijken en de vraag achter de vraag te zoeken. Voor zover de experimenten zich thans richten op de verbreding van het arsenaal aan mogelijkheden om in taakmandaat indicaties te stellen (melding intramurale zorg voor 80-minners bijvoorbeeld) dan lijkt dat in tegenspraak met hetgeen in de brief van 25 april daarover is vermeld. In die brief is aangegeven dat de eerste toegang tot de langdurige zorg door middel van face to face contact met het Centrum Indicatiestelling Zorg zal plaatsvinden. En dat de huidige vereenvoudigingmogelijkheden zullen verdwijnen. Toch kunnen de experimenten kennis opleveren hoe in het nieuwe systeem bij toenemende zorgzwaarte kan worden geopereerd zonder al te grote administratieve belasting.

### Vraag 138

Hoeveel aanmeldingen voor zorgopleidingen waren er in 2012 en hoeveel waren dit er in vorige jaren, uitgesplitst per zorgopleiding?

### Antwoord 138

Instroomcijfers voor het studiejaar 2012–2013 naar zorgopleiding komen binnenkort beschikbaar. In onderstaande tabel zijn de instroomcijfers van de zorgopleidingen die onder het stagefonds vallen voor de afgelopen 5 schooljaren gepresenteerd.

Opleiding	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011	2011/ 2012	Groei per jaar
Verpleegkundige (5)	3.717	3.722	3.796	3.967	4.384	4.712	5,4%
Sociaal pedagogische hulpverlening (5)	5.276	5.511	5.525	5.582	5.863	5.593	1,2%
Maatschappelijke dienstverlening (5)	4.269	4.593	4.569	5.353	5.483	5.296	4,8%
Pedagogiek (5)	2.288	2.581	2.656	2.943	2.860	2.808	4,5%
Verpleegkundige (4)	6.759	7.091	6.280	6.918	7.354	7.316	1,6%
Verzorgende (3)	9.589	9.951	10.266	10.225	10.379	10.419	1,7%
Helpende zorg en welzijn (2)	10.995	11.835	11.323	11.558	17.886	11.623	1,1%
Zorghulp (1)	1.339	1.205	1.161	1.232	1.358	1.380	0,6%
Pedagogisch medewerker (4)	8.511	7.945	6.504	6.035	4.881	3.238	
Maatschappelijke zorg (4)	418	1.032	1.953	2.304	1.974	2.644	1,7% <sup>1</sup>
Pedagogisch medewerker (3)	10.266	10.381	9.643	9.323	10.019	9.612	

Opleiding	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011	2011/ 2012	Groei per jaar
Maatschappelijke zorg (3)	618	1.427	2.838	4.260	5.463	5.990	
Totaal	64.045	67.274	66.514	69.700	77.904	70.631	2,1%

<sup>1</sup> Vanwege wijzigingen in de kwalificatiestructuur de opleidingen tot pedagogisch medewerker en maatschappelijke zorg samen genomen.

Bron: Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn ([www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)).

### Vraag 139

Door de uitvoering van de regeling palliatieve zorg zijn in 2012 8500 cliënten ondersteund. Wanneer is deze regeling van start gegaan en welk budget is er voor deze regeling beschikbaar? Hoeveel cliënten zijn er totaal in 2011 ondersteund? In hoeveel gevallen van deze 8500 cliënten betreft het minderjarigen? Op welke wijze is de kinderpalliatieve zorg verbeterd? Wat zijn de gevolgen van de toekomstige ingrepen op de langdurige zorg voor de palliatieve zorg?

### Antwoord 139

Als gevolg van de hervorming van de AWBZ en de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) werd de regeling Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg (CVTMregeling), uitgevoerd door de zorgkantoren en gericht op een tegemoetkoming in de kosten van de coördinatie en opleiding van de vrijwilligers in de palliatief terminale zorg, in 2007 beëindigd. Hiervoor in de plaats kwam met ingang van 2008 de Regeling palliatieve terminale zorg (Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 8 november 2007, nr. DLZ-KZ-2802433, houdende subsidiëring van palliatieve terminale zorg). Het beschikbare budget bedraagt thans € 15,51 miljoen, gericht op de verstrekking van een tegemoetkoming voor de inzet van vrijwilligers in de palliatief terminale zorg en een tegemoetkoming voor de huisvestingslasten van zelfstandige hospices en bijna-thuis-huizen. Dit is exclusief het budget voor de Netwerken Palliatieve Zorg, wat ook in deze regeling is vastgelegd (€ 3,3 miljoen). Laatstgenoemde middelen zijn gericht op de coördinatie van de Netwerken Palliatieve Zorg.

In 2011 zijn 8.162 cliënten ondersteund met de regeling. Het aantal minderjarigen bedraagt acht.

Er zijn verschillende ontwikkelingen die bijdragen aan verbetering van kinderpalliatieve zorg. Deze zorg zal worden verstevigd door de in ontwikkeling zijnde richtlijn voor kinderpalliatieve zorg, tot stand gekomen in samenwerking met Stichting Pal. De richtlijn is in de eindfase. Verder heeft het AMC/Emma Kinderziekenhuis zich gespecialiseerd in kinderpalliatieve zorg en zijn in verschillende andere ziekenhuizen aandachtsfunctionarissen voor kinderpalliatieve zorg. Daarnaast zal ook binnen het ZonMw-verbeterprogramma aandacht zijn voor specifieke groepen mensen voor wie geldt dat een versterking van de palliatieve zorg op zijn plaats is.

De positionering van de palliatief terminale zorg beziet de staatssecretaris in het licht van de hervormingen in de langdurige zorg. De palliatief terminale fase wordt omschreven als de laatste drie maanden van het leven.

Palliatief terminale zorg kan intramuraal plaatsvinden. Dus in een verpleeghuis, een palliatieve unit of in een ziekenhuis. De hervorming van langdurige zorg heeft hier geen invloed op in die zin dat de organisatie hiervan niet verandert. De palliatief terminale zorg in een ziekenhuis blijft

vallen onder de Zvw en in een verpleeghuis of palliatieve unit zal de toekomstige kern-AWBZ aan de orde zijn.

Rond de zomer zal de staatssecretaris een keuze maken in de positionering van de extramurale palliatief terminale zorg.

#### *Vraag 140*

Hoe groot is het gedeelte van de contracteerruimte dat geormerkt is? Uit welke «potjes» bestaat dit en hoe houdt het zorgkantoor toezicht op doelmatige aanwending van de middelen?

#### *Antwoord 140*

Naast de contracteerruimte (€ 21,5 miljard) is in 2013 een aandeel van 1% (€ 210,5 miljoen) beschikbaar als geormerkte ruimte voor de zorginkoop AWBZ. Het gaat hierbij om de volgende elementen:

- ZPZ-meerzorg (€ 171,0 miljoen)
- Innovatie (€ 19 miljoen)
- Nationaal programma ouderen (€ 5,0 miljoen)
- Ketenzorg dementie (€ 15,5 miljoen).

Het zorgkantoor moet zich afzonderlijk over deze middelen verantwoorden aan de NZa en de NZa monitort de uitputting van deze «potjes» gedurende en na afloop van het jaar.

#### *Vraag 141*

Hoeveel extra personeel is aangenomen of opgeleid in 2012 door middel van de intensiveringsgelden?

#### *Antwoord 141*

Op dit moment is nog niet bekend hoeveel extra personeel in 2012 is aangenomen of opgeleid. In het najaar van 2012 is de 0-meting naar uw Kamer gestuurd. In juni verwacht de staatssecretaris de resultaten van de 1-meting, waarin over de realisaties in 2012 gerapporteerd wordt. Deze zal de staatssecretaris zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

#### *Vraag 142*

Welke bruikbare instrumenten en methodieken hebben gemeenten, verzekeraar en zorgaanbieders in Friesland ontwikkeld?

#### *Antwoord 142*

Frieslab inventariseert en analyseert knelpunten in de diverse zorgwetten en komt zo mogelijk met oplossingen. Frieslab leverde inmiddels vijf concrete modellen of werkwijzen op die landelijk worden gebruikt:

- Het model voor casemanagement is een belangrijke basis voor het onlangs verschenen rapport «Casemanagement, op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij» (Vilans 2013).
- Het stappenplan voor cliëntondersteuning is gericht op de organisatie van cliëntondersteuning, aansluitend bij dat wat er al is aan cliëntondersteuning in een stad of dorp. Onderzoek wijst uit dat met dit stappenplan een kostenbesparing en hogere klanttevredenheid kan worden gerealiseerd.
- Met de mededingingsmonitor kunnen organisaties die plannen hebben voor nieuwe ketensamenwerking, zelf inschatten of de ketensamenwerking op grond van de mededingingswet is toegestaan.
- Over ontschotting stelt Frieslab in de bundel «Als het schuurt in de zorg» (Frieslab 2012) dat deze pas tot meer integrale zorg leidt als de

inhoud centraal staat en er parallel gewerkt wordt aan een cultuurverandering.

Ten slotte is de methode die Frieslab hanteert bij het begeleiden van projecten te zien als een instrument dat breed toepasbaar is. Belangrijk daarbij is het werken vanuit menselijke maat en inhoudelijke gedrevenheid.

#### *Vraag 143*

Waarom is slechts 25% van de uitkomsten van de kwaliteitsmetingen in de gehandicaptensector bekend geworden? Hebben de andere 75% wel een meting gedaan? Wanneer worden deze uitslagen bekend?

#### *Antwoord 143*

In januari 2012 is de gehandicaptensector begonnen met het vernieuwde kwaliteitskader en het bijbehorende meetinstrumentarium. De VGN meldt dat in 2012 bij 100% van de aanbieders is gemeten (pijler 1) en bij 100% van de cliënten waarvoor een vragenlijst moest worden ingevuld (pijler 2A) dit ook is gebeurd. Het verzamelen van de gegevens op cliëntniveau via pijler 2A gebeurt op basis van de bespreking van het zorg- en ondersteuningsplan, dat (minimaal) eenmaal per jaar moet plaatsvinden. Het moment van bespreking van dit plan is meteen gekoppeld aan het invullen van de cliëntgegevens van pijler 2A. Dit betekent dus dat er sprake is van een geheel meetjaar in plaats van meetweken. Tijdig voor het Jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over verslagjaar 2011 was pijler 2A gemeten bij alle cliënten die in het eerste kwartaal van 2012 hun jaarlijkse zorg- en ondersteuningsplanbespreking hadden. Dit was ongeveer 25% procent van de cliënten. In het JMV over verslagjaar 2012, dat per 1 juni 2013 beschikbaar is, zullen de gegevens van de kwaliteitsmeting bij 100% procent van de cliënten waarvoor in 2012 een vragenlijst moest worden ingevuld, terug te vinden zijn.

#### *Vraag 144*

Zijn er situaties bekend waar het CCE niet betrokken wordt bij probleemgedrag, vrijheidsbepalende maatregelen en handelingsverlegenheid en waar vervolgens melding bij de IGZ gedaan wordt door cliënten of cliëntvertegenwoordigers?

#### *Antwoord 144*

Ja, dit komt voor. Daarom gaat de IGZ bij een melding over handelingsverlegenheid, probleemgedrag en toepassing van vrijheidsbepalingen altijd na of het CCE is ingeschakeld. Indien dit niet het geval is, dan verzoekt de IGZ de zorgaanbieder dringend het CCE in te schakelen en volgt of de zorgaanbieder actie onderneemt. Mocht dit niet gebeuren dan zal de IGZ de casus beoordelen en van de zorgaanbieder, indien nodig, verbetermaatregelen eisen.

In de gehandicaptenzorg heeft het CCE een duidelijke plaats verworven. Als een zorgaanbieder niet weet hoe te handelen bij ernstig probleemgedrag van cliënten, dan wordt veelal het CCE ingeschakeld en daardoor is het CCE vaak betrokken bij dergelijke situaties. In de ouderenzorg is de positie van het CCE nog in ontwikkeling. Daar is vaker sprake van een melding waarbij de IGZ verwijst naar het CCE.

*Vraag 145*

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de volgende stap van het kwaliteitskader verantwoorde zorg? Welke volgende stappen zullen er zijn? Kan er een tijdspad gegeven worden met de bijbehorende stappen?

*Antwoord 145*

Het is aan het Kwaliteitsinstituut om samen met de partijen in de betreffende sectoren afspraken te maken over eventueel benodigde volgende stappen. Zie ook mijn antwoord op vraag 135.

*Vraag 146*

Wat is de huidige stand van zaken van de Monitor Langdurige Zorg? Hoe ver is men met het structureel vorm laten geven en toegankelijk maken van de monitor door het CBS?

*Antwoord 146*

Het CBS is een flink eind op weg met de ontwikkeling van de Monitor Langdurige Zorg (MLZ). In de monitor worden kerncijfers gepresenteerd over onder meer het aantal personen met een indicatie, het aantal personen met feitelijk gebruik, volume en uitgaven van AWBZ-zorg. Inmiddels is de bouw van de website technisch gereed. Daarnaast zijn er keuzes gemaakt over de mogelijkheden die de MLZ gaat bieden om gebruikers zelf in staat te stellen tabellen te construeren. De komende periode worden de data van CIZ, CAK, CVZ en NZa ingelezen, geanalyseerd en consistent gemaakt. Tevens worden de toelichtende teksten geschreven. De monitor zal in het najaar 2013 gepubliceerd worden via een openbare website.

*Vraag 147*

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over een meerjarenplan voor een grondige modernisering van de informatievoorziening in het kader van de AWBZ-brede zorgregistratie?

*Antwoord 147*

Voor de AWBZ wordt gewerkt aan een vereenvoudiging en modernisering van de informatievoorziening. Met alle betrokken organisaties wordt dit tweede kwartaal een meerjarenplan vorm gegeven. Over de uitkomsten zal de Kamer na de zomer worden geïnformeerd.

*Vraag 148*

Hoeveel klachten zijn in 2012 binnengekomen bij het CAK en welke klachten waren dit voornamelijk?

*Antwoord 148*

In 2012 zijn 461 klachten ontvangen door het CAK (432 in het jaar 2011). Het CAK int eigen bijdragen voor zorg en ondersteuning vanuit de AWBZ en de Wmo en keert bedragen uit in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de compensatieregeling van het eigen risico (CER). Het aantal klachten over de eigen bijdrageregelingen betrof 403 stuks (335 in het jaar 2011) en over de tegemoetkomingen 58 stuks (97 in het jaar 2011).



In 2012 gingen de meeste klachten bij de eigen bijdragerelingen over facturering, bejegening en communicatie. Bij de tegemoetkomingen gingen de meeste klachten over uitbetaling, bejegening en communicatie. In 2012 zijn in totaal 1,6 miljoen telefoongesprekken binnengekomen bij het CAK. Zeventig van deze telefoongesprekken hebben aanleiding gegeven tot een klacht. Het betreft dus 0,004% van het totaal. Door de Nationale ombudsman zijn in het jaar 2012 360 klachten en telefoontjes over het CAK ontvangen; een daling van 28% ten opzichte van 2011.

*Vraag 149*

Kan de overschrijding bij het mantelzorgcompliment worden toegelicht? Waarom kloppen de ramingen niet?

*Antwoord 149*

Het structureel beschikbare budget voor het mantelzorgcompliment is € 68 miljoen. Het beroep op de regeling nam in de loop der jaren, meer dan voorzien, toe. Hierdoor is er sprake van een structurele overschrijding op het budget. De raming van het aantal aanvragen voor een mantelzorgcompliment is met onzekerheden omgeven en hangt af van de extra-murale indicaties die het CIZ afgeeft.

*Vraag 150*

Hoeveel mensen hebben in 2012 gebruik gemaakt van Valysvervoer en hoeveel mensen hebben hier in voorgaande jaren gebruik van gemaakt?

*Antwoord 150*

In 2012 hebben ca. 171 duizend pashouders gebruik gemaakt van het Valysvervoer.

	2009	2010	2011	2012
Aantal gebruikers per jaar (x 1.000)	146	160	174	171

*Vraag 151*

Hoeveel Valyskilometers gebruiken mensen gemiddeld per jaar?

*Antwoord 151*

In 2012 is door de pashouders in totaal ca. 49 miljoen kilometer gebruikt. Alle pashouders met een hoog pkb (9842) hebben in totaal ca. 5 miljoen kilometers gebruikt, de pashouders met een standaard pkb (384.728) hebben in totaal ca. 44 miljoen kilometers gebruikt. Het gemiddeld aantal kilometers per pashouder per jaar ligt bij het hoog pkb op 528 km en bij het standaard pkb op 117 km.

*Vraag 152*

Met welke reden is er € 3,3 miljoen minder uitgegeven dan begroot voor het Valysvervoer?

### Antwoord 152

Door een daling van het aantal gebruikers en het aantal gereisde kilometers zijn de gerealiseerde uitgaven achtergebleven bij de prognose.

	totaal gebruikers	totaal aantal kilometers
2011	174.000	65 miljoen
2012	171.000	49 miljoen

### Vraag 153

Waarom is er een vertraging opgelopen bij de plannen van aanpak bij mannenopvang en vrouwenopvang?

### Antwoord 153

De vertraging heeft de volgende redenen.

2012 is gebruikt om het project »Aanpak geweld in huiselijke kring«, dat wordt uitgevoerd door de VNG en de Federatie Opvang voor te bereiden. Het project is daadwerkelijk in juli 2012 van start gegaan. Een belangrijk onderdeel van dit project is het opstellen van een format voor een regiovisie voor regionale beleidsplannen van gemeenten. Hieraan wordt nu gewerkt. In de tweede voortgangsrapportage over geweld in afhankelijkheidsrelaties die binnenkort naar de Tweede Kamer wordt gezonden, wordt ingegaan op de stand van zaken.

### Vraag 154

Wat is de stand van zaken rondom de ontwikkeling van een pilot voor een financiële Wmo-monitor die inzicht dient te geven in de relatie tussen de uitvoering van de Wmo en de uitgaven in de AWBZ op gemeentelijk niveau? Zijn er al resultaten bekend? Zo ja, welke? Zo nee, wanneer kan de Kamer de eerste resultaten verwachten?

### Antwoord 154

De Wmo-monitor 2012 verschijnt in 2014 in de vorm van een SCP-publicatie. Er zijn nog geen resultaten bekend.

### Vraag 155

Hoeveel mantelzorgers- en vrijwilligers waren in 2012 overbelast en hoeveel was dit in voorgaande jaren?

### Antwoord 155

Uit recent gepubliceerde landelijke cijfers van de gezamenlijke Gezondheidsmonitor van GGD'en, het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) blijkt dat ongeveer 220 duizend personen (1 op de 7 mantelzorgers), zich in 2012 tamelijk zwaar tot zwaar belast voelen.

Momenteel is de SCP bezig met de uitvoering van de aangenomen motie van Kamerlid Bergkamp c.s. waarin wordt verzocht te onderzoeken hoe de huidige stand van zaken is van de informele zorg en van mantelzorgers (aard, omvang, kwaliteit en belasting) en welke functie de informele zorg zou kunnen spelen in de veranderingen van de langdurige zorg. Dit onderzoek bevindt zich momenteel nog in de verkennende fase.

#### *Vraag 156*

In 2012 zijn (geschat) 329.200 mantelzorgcomplimenten verstrekt. Wat is het totale bedrag dat het uitkeren van deze mantelzorgcomplimenten heeft gekost, uitgesplitst naar kosten voor de uitkering en uitvoeringskosten?

#### *Antwoord 156*

VWS heeft in 2012 een bedrag van € 86.595.000 verstrekt aan de Sociale Verzekeringsbank voor de betaling van 395.200 complimenten (151.100 complimenten voor de jaren 2007–2011 a € 250,- per compliment en 244.100 complimenten voor 2012 a € 200,- per compliment). Voor de uitvoeringskosten is in 2012 een bedrag van € 3.100.000 verstrekt.

#### *Vraag 157*

Hoe is de daling sinds 2007 van het percentage Valyshouders dat daadwerkelijk reist met bovenregionaal vervoer gehandicapten te verklaren? Wat zegt het percentage van 44% dat daadwerkelijk met bovenregionaal vervoer reist over de regeling?

#### *Antwoord 157*

Dit is te verklaren doordat de stijging van het aantal pashouders sterker is dan de toename van het daadwerkelijke gebruik van de voorziening. Dit leidt ertoe dat het percentage actieve pashouders binnen het totaal aantal pashouders daalt.

De stijging van het aantal pashouders wordt veroorzaakt doordat pashouders een Valyspas ontvangen voor onbepaalde tijd. Na verloop van tijd zal een deel van de pashouders over alternatief vervoer beschikken of geen reizen meer buiten de regio maken. Het percentage van 44% geeft aan dat een grote groep van het totaal aantal pashouders geen gebruik (meer) maakt van het Valysvervoer.

#### *Vraag 158*

Wat is de precieze voortgang van de ratificatie van het VN-verdrag voor gelijke behandeling van personen met een handicap en/of chronische ziekte?

#### *Antwoord 158*

Er is een impactanalyse uitgevoerd naar de gevolgen van het Verdrag bestaande uit twee delen. Het eerste deel betreft een juridische analyse naar de aard en reikwijdte van de verplichtingen van het Verdrag dat in 2012 door het Studie- en Informatiecentrum Mensenrechten (SIM) van de Universiteit Utrecht is uitgevoerd. Het tweede deel van de impactanalyse heeft de economische en financiële gevolgen van ratificatie van het Verdrag in beeld gebracht. Dit onderzoek is uitgevoerd door SEOR van de Erasmus Universiteit Rotterdam en is mei jl. afgerond.

De conclusies van deze rapporten zijn verwerkt in de conceptwetsvoorstellen die nodig zijn voor ratificatie van het Verdrag. De wetsvoorstellen en bijbehorende memories van toelichting worden verder gereed gemaakt om ter consultatie aan te bieden aan het veld. Deze internetconsultatie zal tijdens de zomermaanden plaatsvinden waarna de wetsvoorstellen naar verwachting in oktober aan de Raad van State zullen worden aangeboden.

*Vraag 159*

Hoeveel zwerfjongeren zijn er en hoeveel waren dit er in voorgaande jaren?

*Antwoord 159*

Het meest recente telonderzoek naar het aantal zwerfjongeren waarbij voor het eerst gebruik is gemaakt van een nieuwe definitie, is in 2011 uitgevoerd. Het op basis daarvan geschatte aantal zwerfjongeren in 2010 bedroeg 8.000 op jaarbasis. Deze cijfers zijn vanwege verschillen in telmethode niet vergelijkbaar met eerdere cijfers.

*Vraag 160*

Wat is de verklaring voor het naar elkaar toegroeien van het aantal jongeren in een vrijetijdsvereniging en het aantal jongeren dat vrijwilligerswerk doet?

*Antwoord 160*

Hier is geen verklaring voor. Er zijn gegevens over vrijwilligerswerk tot en met 2008 beschikbaar. De grafiek is dan ook niet juist weergegeven. Algemeen is het zo dat jongeren die lid zijn van een vereniging kennis maken met het verenigings- en vrijwilligerswerk en dat het voor veel jonge mensen een drijfveer is om zelf ook, veelal binnen de eigen vereniging, vrijwilligerswerk te gaan doen. Jongeren zetten zich vooral in voor sportverenigingen, blijkt uit het trendrapport 2010 van de Landelijke Jeugdmonitor.

*Vraag 161*

Kan de minister de sterke stijging van het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg toelichten en verklaren? Is deze stijging onverminderd doorgezet in de periode 2010–2013? Zo ja, welke verklaringen zijn er hiervoor? Zo nee, welke verklaringen zijn er hiervoor? Hoe verhoudt dit zich tot cijfers van dit type zorg in het buitenland?

*Antwoord 161*

Door diverse maatschappelijke en economische omstandigheden is er in de jaren 2005 tot en met 2010 sprake van een sterk groeiende vraag naar provinciaal gefinancierde jeugdzorg ontstaan. Op basis van de brancherapportage van Jeugdzorg Nederland over 2011 neemt de stijging van de vraag af. Over 2011 wordt nog een lichte stijging geconstateerd van 2% van het aantal cliënten. 2011 is het laatste jaar waarover op dit moment realisatiecijfers beschikbaar zijn. De wachtlijstcijfers voor de jeugdzorg geven over 2012 een stabiel beeld te zien ten opzichte van 2010 en 2011. Dit kan een indicatie zijn dat de vraag naar provinciale jeugdzorg niet verder stijgt. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat er met de provincies afspraken zijn gemaakt (afsprakenkader 2009 – 2010 en wachtlijstafspraken 2011 en 2012) om te komen tot een beheersing van de vraag naar provinciale jeugdzorg. Het is niet mogelijk om een vergelijking te maken met de vraagontwikkeling van de jeugdzorg in het buitenland. De zorg voor jeugd is in het buitenland anders georganiseerd dan in Nederland waardoor een vergelijking niet goed mogelijk is.

### Vraag 162

Kan de minister de sterke stijging van het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van de jeugd-ggz toelichten en verklaren? Is deze stijging onverminderd doorgezet in de periode 2010–2013? Zo ja, welke verklaringen zijn er hiervoor? Zo nee, welke verklaringen zijn er hiervoor?

### Antwoord 162

De grafiek te zien op pagina 89 van het jaarverslag van VWS betreft niet de jeugd-ggz, maar de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Over de jeugd-ggz zijn cijfers te vinden in de marktscan van de Nederlandse ZorgAutoriteit, van februari 2013. Daaruit blijkt inderdaad dat in de gehele curatieve ggz tussen 2008 en 2010 een stijging van 31% was te zien in het aantal unieke cliënten onder de 18 jaar. Zie onderstaande tabel.

#### Aantal cliënten curatieve ggz

Leeftijdscategorie	2008	2009	2010	Groei 2008–2010
0–17 jaar	189.588	222.061	248.299	31,0%

Bron: APE

Of de stijging in de curatieve jeugd-ggz na 2010 is doorgezet, is niet te zeggen, omdat er nog geen cijfers over de periode na 2010 zijn. Zorgverzekeraars kunnen nog tot eind 2013 cijfers over 2011 aanleveren. Zoals GGZ-Nederland begin mei in een reactie op berichtgeving hierover al heeft aangegeven, ligt een combinatie van factoren ten grondslag aan de stijging in de curatieve jeugd-ggz. Zo zijn de groeicijfers in die jaren hoog omdat er hard gewerkt is de wachtlijsten weg te werken. Daarnaast is sinds 2009 de behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie opgenomen in het Zvw-pakket, waardoor het aantal cliënten vanaf 2009 fors gestegen is.

Om de uitgaven in de curatieve ggz beheersbaar te houden, is in juni 2012 het Bestuurlijk Akkoord GGZ gesloten. Hierin is afgesproken dat de structurele uitgavengroei in de curatieve ggz, waaronder de jeugd-ggz, wordt beperkt tot 2,5%.

### Vraag 163

Kan worden aangegeven wat de absolute cijfers zijn van het gebruik residentieel in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg in de periode 2005 t/m 2010?

### Antwoord 163

Het gebruik van «verblijf accommodatie 24 uur» (exclusief jeugdzorg<sup>plus</sup>) heeft zich de afgelopen jaren als volgt ontwikkeld:

2005	2006	2007	2008	2009	2010
10.373	12.188	11.671	11.805	11.527	11.061

De opgenomen aantallen betreffen de aantallen jeugdigen die aan het begin van het jaar in «verblijf accommodatie 24 uur» zijn opgenomen plus het aantal dat gedurende het jaar in deze zorgvorm is ingestroomd.

*Vraag 164*

Wat wordt er bedoeld met «unieke» jongeren?

*Antwoord 164*

Met de term unieke jongeren wordt bedoeld op het feit dat in die tabel/overzicht de jongere maar één keer meetelt ook al maakt hij of zij gebruik van meerdere jeugdzorgvormen. Er zit hierbij wel een beperking aangezien deze «uniciteit» alleen geldt binnen één instelling. Indien een cliënt gebruik maakt van een hulpaanbod bij verschillende instellingen dan telt deze wel meerdere keren mee. Deze term is overgenomen uit de brancherapportage van Jeugdzorg Nederland. Daarin wordt de volgende toelichting gegeven op de term unieke cliënt:

«De organisaties voor Jeugd- en Opvoedhulp werken met eigen informatiesystemen die niet onderling verbonden zijn. Er is geen landelijke database of informatiesysteem beschikbaar. Elke instelling levert voor de brancherapportage het aantal unieke cliënten binnen de eigen organisatie aan. (...) Gevolg is dat de cijfers van unieke cliënten Jeugd & Opvoedhulp in de brancherapportage niet 100 procent zuiver uniek zijn, maar wel een redelijke indicatie geven. (pagina 14 brancherapportage jeugdzorg 2011).

*Vraag 165*

Nagenoeg alle gemeenten hebben een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) ingericht. Uit de evaluatie blijkt echter dat slechts een klein aandeel van de CJG's daadwerkelijk goed werkt. Wat zegt dit over de doelmatigheid en de effecten van de inzet van gefinancierde middelen? Welke lessen kan de minister hieruit trekken?

*Antwoord 165*

Uit de evaluatie blijkt vooral dat het niet goed mogelijk was om te beoordelen of CJG's doelmatig werken en effectief waren. Dit vooral omdat vaak niet of onvoldoende in toetsbare termen geformuleerd was welke taken het CJG precies had en welk maatschappelijk effect de gemeente daarmee wilde bereiken. Conclusies over de doelmatigheid en de effecten van de inzet van gefinancierde middelen zijn dus niet te trekken.

De uitkomst van de evaluatie onderstreept dat het belangrijk is dat de gemeenten bij zaken die onder hun verantwoordelijkheid vallen opvattingen hebben over de te bereiken effecten en de verantwoordelijkheidstoedeling naar uitvoeringsorganisaties, zeker als er sprake is van een grote mate van beleidsvrijheid.

Gezien de komende decentralisatie van alle jeugdhulp naar gemeenten neemt het belang toe voor gemeenten om scherp te benoemen hoe zij hun lokale en regionale systeem willen inrichten en welke effecten zij willen bereiken. Dit omdat zij (budgettair) verantwoordelijk worden voor alle vormen van jeugdhulp en dus nog meer dan voorheen zullen moeten sturen.

#### *Vraag 166*

Hoe is het toezicht op de pleegzorg geregeld voor pleegkinderen in het algemeen en voor weeskinderen in (netwerk) pleeggezinnen in het bijzonder?

#### *Antwoord 166*

De pleegzorgaanbieder is verantwoordelijk voor de veiligheid van het (wees)kind in het pleeggezin. De pleegzorgaanbieder legt regelmatig bezoeken af aan het pleeggezin en biedt begeleiding aan de pleegouders zodat tijdens de plaatsing continu zicht is op de veiligheid van het (wees)pleegkind. Er wordt door de pleegzorgbegeleider jaarlijks in het pleeggezin een veiligheidscheck uitgevoerd.

De pleegzorgaanbieder is daarnaast ook in de gelegenheid een herscreening van de pleegouders uit te voeren, bijvoorbeeld bij een belangrijke gebeurtenis in het pleeggezin. Er kan voor de pleegouders een nieuwe Verklaring van Geen Bezwaar worden aangevraagd. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij de komst van een nieuw gezinslid of als er in het pleeggezin langer dan 2 jaar geen kinderen zijn geplaatst.

Bij netwerkpleegzorg woont het kind vaak al in het pleeggezin. In de eerste week verricht Bureau Jeugdzorg een eerste beoordeling van de netwerksituatie en voert een risicotaxatie uit. Daarna krijgt het gezin een tijdelijke indicatie (12 weken). Het pleeggezin wordt in de tussentijd gescreend door de pleegzorgaanbieder. In de 13<sup>e</sup> week beslist de pleegzorgaanbieder of het netwerkpleeggezin geschikt is.

#### *Vraag 167*

Is de afspraak nagekomen dat er door begeleiders ook afzonderlijk met pleegkinderen, dus zonder de pleegouders erbij, wordt gesproken over hun situatie? Zo nee, waarom niet?

#### *Antwoord 167*

Ja. Per 1 juli 2013 treedt de wet Verbetering positie pleegouders in werking. Op dat moment treedt ook de hernieuwde Regeling pleegzorg in werking. In de regeling is opgenomen dat een pleegcontract de bepaling moet bevatten dat een pleegzorgaanbieder in de begeleiding van het pleeggezin in ieder geval de gelegenheid krijgt het pleegkind afzonderlijk van de pleegouders te spreken.

#### *Vraag 168*

Hoeveel budget van de subsidies voor kennisontwikkeling is ingezet voor het ontwikkelen van kennis voor gemeenten over de transitie/transformatie jeugdzorg?

#### *Antwoord 168*

In 2012 heeft het NJI binnen de instellingssubsidie van circa 5,6 miljoen een bedrag van circa € 0,6 miljoen van VWS ontvangen, voor het uitvoeren van taken ten aanzien van transitie/transformatie naar het nieuwe jeugdzorgstelsel.

Hiervoor zijn een aantal, specifiek op de doelen van de stelselwijziging gerichte activiteiten, uitgevoerd. Zo heeft het NJI kennis- en praktijknetwerken opgezet rond thema's die voor gemeenten belangrijk zijn en werd er een digitaal dossier samengesteld over de stelselwijziging. In 2013 worden deze activiteiten vervolgd en uitgebreid.

### *Vraag 169*

Op welke wijze hebben gemeenten in 2012 € 1 miljard aan geïnvesteerd in sport?

### *Antwoord 169*

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de totale netto uitgaven van gemeenten aan sport ruim € 1 miljard per jaar bedragen.<sup>8</sup> Het betreft voorlopige cijfers uit het jaar 2010. Ruim 80% van deze totale netto uitgaven besteedden gemeenten aan sportaccommodaties. Het CBS maakt daarnaast onderscheid in uitgaven ten behoeve van sportclubs en -raden (ruim 10% in 2010) en overige uitgaven (ruim 6% in 2010).

### *Vraag 170*

Is het accommodatiebeleid en het lokale sport- en beweegbeleid verbeterd in 2012 in vergelijking met voorgaande jaren?

### *Antwoord 170*

Lokaal sportbeleid valt onder de autonomie van het gemeentelijk bestuur. Er is geen informatie beschikbaar of het accommodatiebeleid en het lokale sport- en beweegbeleid in 2012 verbeterd is in vergelijking met voorgaande jaren.

### *Vraag 171*

In 2012 is Sportimpuls van start gegaan met als doel het stimuleren van sport- en beweegaanbod op lokaal niveau. Ruim 900 aanvragen zijn ingediend en daarvan zijn 167 projecten gehonoreerd. Op basis van welke criteria zijn deze projecten gehonoreerd? Wat zijn de resultaten? Zijn de projectdoelen behaald? Bij hoeveel procent van de gehonoreerde projecten zijn de projectdoelen behaald?

### *Antwoord 171*

ZonMw is als uitvoerder van de Sportimpuls regeling verantwoordelijk voor de beoordelingsprocedure. Alle ingediende Sportimpuls aanvragen worden beoordeeld op basis van verschillende relevantie- en kwaliteitscriteria. Hierbij wordt onder andere gekeken in hoeverre het sport- en beweegaanbod voldoet aan de lokale vraag, welke lokale samenwerkingspartners betrokken zijn bij de aanvraag en de plannen van lokale aanbieders ten aanzien van de borging van de activiteiten na afloop van de projectperiode. Bij de beoordeling van de aanvragen worden door ZonMw verschillende deskundigen ingezet.

De eerste ronde Sportimpuls projecten zijn in september 2012 van start gegaan en hebben een looptijd van twee jaar. Op dit moment is er nog geen informatie beschikbaar over resultaten en behaalde projectdoelen van Sportimpuls projecten. Dit najaar komen gegeven beschikbaar over de eerste tussenresultaten van de Sportimpuls. Eind 2013 zal ik hierover rapporteren.

---

<sup>8</sup> Informatie afkomstig uit de statistiek Overheidsfinanciën Cultuur, Sport en Recreatie (CBS, Statline).



*Vraag 172*

De gerealiseerde uitgaven op de doelstelling: «Voor iedere burger die dat wil is een passend sport- en beweegaanbod in de buurt aanwezig, dat bovendien veilig en toegankelijk is» bedragen € 46,7 miljoen lager dan het in de begroting opgenomen bedrag van € 80,7 miljoen. Dit verschil is een gevolg van overboekingen naar het ministerie van ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Waarom heeft deze overboeking plaatsgevonden? Het betreft hier toch een uitgave op de Sport? Kan de minister aangeven of op deze wijze niet het zicht wordt verloren op de behaalde resultaten?

*Vraag 174*

Met welke reden is doelstelling voor sport- en beweegaanbod in de buurt lager dan in de begroting opgenomen?

*Vraag 176*

Met welke reden is geld bestemd voor sport- en beweegaanbod in de buurt overgeboekt naar het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties?

*Antwoord 172, 174, 176*

De bijdragen voor buurtsportcoaches worden aan deelnemende gemeenten uitgekeerd in de vorm van een decentralisatie-uitkering. Op grond van de Wet Financiële Verhoudingen Medeoverheden, worden deze uitkeringen via het Gemeentefonds verricht. Daarom worden de daarmee samenhangende middelen in de loop van het begrotingsjaar overgeboekt van de begroting van VWS naar de begroting van BZK. Om zicht te houden op de resultaten wordt het aantal buurtsportcoaches jaarlijks gemeten en wordt de wijze waarop zij worden ingezet op lokaal niveau onderzocht.

*Vraag 173*

Bekostiging compensatie van betaalde energiebelasting sportverenigingen; onderuitputting van 12%. Hoe wordt deze compensatie aangevraagd?

*Vraag 175*

Met welke reden hebben sportverenigingen minder aanvragen ingediend voor compensatie van de energiebelasting dan geraamd?

*Antwoord 173 en 175*

De sportbonden fungeren als intermediair tussen het ministerie van VWS en de sportverenigingen voor wat betreft de compensatie van betaalde energiebelasting. De sportbonden informeren jaarlijks hun verenigingen over de mogelijkheid van compensatie. De verenigingen leveren de informatie aan bij de sportbonden. De sportbonden dienen vervolgens een totaalaanvraag in bij VWS. Na beoordeling van de aanvragen keert VWS de toegekende compensatie, 50% van de betaalde energiebelasting, uit aan de sportbonden. De sportbonden betalen dat vervolgens uit aan de desbetreffende verenigingen.

Het aantal gehonoreerde aanvragen lag in 2012 met 5577 iets lager dan in 2011 (5631). De oorzaak daarvan is mij niet bekend. Dit is een verantwoordelijkheid van de sportbonden en vooral van de sportverenigingen zelf. Het totaal uitgekeerde bedrag was in 2012 ook iets lager dan in 2011, respectievelijk € 7,9 miljoen en € 8,1 miljoen.

*Vraag 177*

Er is € 4,6 miljoen uitgegeven aan de implementatie en ondersteuning van het programma Sport en bewegen in de buurt. Wat zijn de behaalde resultaten? Zijn de projectdoelen behaald?

*Antwoord 177*

Het Rijk investeert jaarlijks ongeveer € 70 miljoen in het programma Sport en Bewegen in de Buurt. Om ervoor te zorgen dat de middelen op de juiste plekken terecht komen en doelmatig worden ingezet, stel ik middelen beschikbaar aan:

- de Vereniging Sport en Gemeenten: gericht op het ondersteunen en informeren van gemeenten bij/over het aanstellen van buurtsportcoaches.
- NOC\*NSF: gericht op het ondersteunen en informeren van sport- en beweegaanbieders en het opstellen van de inhoudelijke kaders van de Sportimpuls.
- het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen: gericht op het verzamelen, verrijken en valideren van sport- en bewegconcepten waarbij opgedane kennis en ervaring wordt gebundeld en landelijk verspreid.
- Jaarlijkse monitoring van het programma Sport en Bewegen in de Buurt.

Eind vorig jaar heb ik uw Kamer een eerste inzicht gegeven in de voortgang van het programma Sport en Bewegen in de Buurt.<sup>9</sup> Momenteel laat ik onderzoek uitvoeren naar de lokale resultaten van het programma, deze gegevens komen dit najaar beschikbaar. Eind 2013 zal ik hierover rapporteren.

*Vraag 178*

Er is een bedrag van € 4,2 miljoen aan subsidies verleend aan NOC\*NSF en gehandicaptensport Nederland. Wat zijn hier de behaalde resultaten? Zijn de projectdoelen behaald?

*Antwoord 178*

Het bedrag van € 4,2 miljoen is verleend voor de instellingssubsidie Gehandicaptensport Nederland en voor een aantal programma's gericht op het stimuleren van de sportparticipatie van mensen met een handicap. De projectdoelstellingen zijn bij alle afgeronde programma's behaald.

Bij de projectsubsidie Special Heroes, hebben bijvoorbeeld in totaal 185 scholen deelgenomen aan het sportstimuleringsprogramma Special Heroes, waarbij leerlingen uit het speciaal onderwijs uitgebreid kennismaken met diverse sport- en verenigingsactiviteiten, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de interesse en mogelijkheden van de deelnemers. Van de deelnemende scholen zijn in totaal 29.144 leerlingen bereikt.

Bij het programma «Zo kan het ook», was de doelstelling dat in 2012 alle zorg- (en dag) voorzieningen voor mensen met een verstandelijke

<sup>9</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 30 234 nr. 78.

handicap een actief beleid zouden voeren ter stimulering van een actieve leefstijl en sport en bewegen door hun bewoners (en bezoekers). Resultaten zijn dat in totaal 44 zorginstellingen met 69.970 cliënten op ruim 1.000 locaties aan het programma *Zo kan het ook!* hebben deelgenomen. Dit is een derde van de in totaal 140 zorginstellingen in Nederland. Er zijn 200.000 personen met het programma bereikt: cliënten, medewerkers, ouders/verwanten. In totaal hebben 13.500 cliënten aan sportactiviteiten en bijna 19.000 cliënten aan beweegactiviteiten deelgenomen.

Daarnaast heeft het programma «uitdagend sportaanbod» plaatsgevonden van 2008–2012. Hierbij zijn minimaal 400 sportverenigingen zodanig versterkt dat zij een structureel en passend sportaanbod hebben voor kinderen met een handicap en in staat zijn deze groep adequaat te begeleiden.

#### *Vraag 179*

NOC\*NSF heeft € 7 miljoen subsidie ontvangen voor de uitvoering van een programma ten behoeve van een veiliger sportklimaat. Wat zijn hier de behaalde resultaten? Zijn de projectdoelen behaald?

#### *Antwoord 179*

Het actieplan «Naar een veiliger sportklimaat» (VSK) is eind 2011, op initiatief van VWS, van start gegaan en loopt tot en met 2016. Het doel van het actieplan is het tegengaan van geweld en intimidatie op en rond de sportvelden en het creëren van een veilig sportklimaat waarin iedereen met plezier kan sporten. Het ministerie van VWS stelt gedurende deze periode € 7 miljoen per jaar beschikbaar.

Het actieplan wordt uitgevoerd door NOC\*NSF in samenwerking met de KNVB, de KNHB en de overige sportbonden, de VNG en de MO-groep en de betrokken ministeries. Het actieplan bestaat op hoofdlijnen uit maatregelen gericht op: excessen, lokaal veiligheidsbeleid, tuchtrecht, gedragsregels, spelregels en vrijwilligers zoals scheidsrechters, sportbestuurders, trainers en coaches.

In 2012 hebben 32 bonden deelgenomen aan het programma, waarbij de sportbonden vanaf augustus daadwerkelijk aan de slag zijn met het actieplan. Er zijn resultaten geboekt – waaronder de aanpak van excessen door de KNVB, de lancering van homoacceptatie in het voetbal en diverse acties gericht op sportbestuurders, scheidsrechters, trainers en coaches. Er is veel geïnvesteerd in de bewustwording van de sleutelfiguren in de sport. Ook is een start gemaakt met de inventarisatie van het tuchtrecht en spelregels om deze op termijn te kunnen aanpassen.

#### *Vraag 180*

Er is voor € 2,5 miljoen uitgegeven voor ondersteuning van activiteiten op het gebied van de opleiding van sportartsen, het verbeteren van de kwaliteit van de sportgeneeskunde en het verzamelen en verspreiden van kennis en informatie over gezonde sportbeoefening. Wat zijn de behaalde resultaten? Zijn de projectdoelen behaald?

#### *Antwoord 180*

Het merendeel van de uitgaven betreft nog lopende meerjarensubsidies, ondermeer voor de opleiding tot sportarts. Er zijn gemiddeld 28 sportartsen in de vierjarige opleiding. Jaarlijks ronden 7 artsen de opleiding af. De opleiding voldoet aan de eisen van de KNMG. De kwaliteit van de

sportmedische instelling wordt gecertificeerd door een onafhankelijke instelling. De informatievoorziening via de website [www.zegelgezond.nl](http://www.zegelgezond.nl) is gecertificeerd. De website heeft maandelijks gemiddeld 90.000 bezoekers.

#### *Vraag 181*

Er is een bedrag van € 0,9 miljoen besteed aan activiteiten op het gebied van blessurepreventie. Wat zijn de behaalde resultaten? Zijn de projectdoelen behaald?

#### *Antwoord 181*

Over de effecten van het letselpreventiebeleid heeft de staatssecretaris u op 14 mei jl. geïnformeerd via de «Beleidsdoorlichting letselpreventie 2008–2012» en zijn beleidsreactie hierop (TK 32 772, nr. 2) In de beleidsdoorlichting komt naar voren dat subsidieverlening aan de stichting VeiligheidNL de belangrijkste uitgave is op het gebied van letselpreventie. Dat geldt ook voor de preventie van sportletsels. Er wordt sterk ingezet op samenwerking met sportorganisaties, de Vereniging voor Sportgeneeskunde en andere relevante organisaties om zoveel mogelijk vraaggericht te werken. De inzet is zoveel mogelijk gericht op de preventie van ernstige of veel voorkomende sportletsels. Zo is veel aandacht geschonken aan het voorkomen van hersenletsel (acties in skiën, toerfietsen en mountainbiken) en enkelletsel (een app om zelf aan de slag te gaan met oefeningen om een herhaling te voorkomen). Ook is ingezet op valtraining voor jongeren.

Het is nog te vroeg nu reeds veranderingen te kunnen constateren op bevolkingsniveau in relatie tot acties die recent zijn ingezet, maar vrijwel alle aanpakken worden eerst op kleine schaal op werkzaamheid en toepasbaarheid getoetst. Zoals de staatssecretaris in zijn beleidsreactie op de genoemde Beleidsdoorlichting heeft aangegeven, is het aannemelijk dat de duurzaam ingezette preventie maatregelen van de afgelopen jaren hebben bijgedragen aan het voorkomen van gezondheidsschade door sportblessures, hoewel een causaal verband op bevolkingsniveau lastig is te bewijzen. In de periode 2000 t/m 2009 is het aantal sportblessures per gesport uur gedaald met 22%, waardoor de maatschappelijke kosten hiervoor (medische kosten en kosten voor arbeidsverzuim) jaarlijks € 300 miljoen lager zijn.

#### *Vraag 182*

In juni is het Onderzoeksprogramma Sport 2013–2016 opgesteld. Kan de minister een lijst geven van de onderzoeken die uitgevoerd zullen worden?

#### *Antwoord 182*

In juni 2012 is het Onderzoeksprogramma Sport 2013–2016 gelanceerd en is de Call for proposals opengesteld. Dit heeft geleid tot 147 projectideeën. De meest kansrijke projectideeën zijn uitgewerkt tot een subsidieaanvraag.

In november 2012 zijn er in totaal 61 subsidieaanvragen ingediend. Na beoordeling in drie commissies (Presteren, Meedoen en Vitaal) zijn in maart en april 2013 uiteindelijk 25 aanvragen gehonoreerd. In totaal gaat het om een budget van € 9.750.000 (VWS-subsidie € 6.000.000) waarbij vanuit de projectconsortia nog eens € 5.247.996 (cash en kind) is bijgedragen.

De projectleiders is gevraagd binnen een half jaar te starten met hun project. Op 24 juni 2013 wordt een gezamenlijke kick off georganiseerd. Een overzicht van de gehonoreerde aanvragen is te vinden op

<http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/sport/projecten-per-pijler/>

*Vraag 183*

SARSR beraadt zich over de vraag hoe de resterende circa € 4,4 miljoen via collectieve projecten ten goede kan komen aan de Sinti en Roma. Wanneer zijn de uitkomsten hiervan bekend?

*Antwoord 183*

Mijn streven is om het proces dat moet leiden tot voorstellen voor besteding van de resterende € 4,4 miljoen rechtsherstelgelden dit najaar af te ronden. Zorgvuldigheid staat in het proces voorop. Momenteel voeren SARSR en mijn ambtenaren regelmatig overleg met vertegenwoordigers uit de Roma- en Sinti- gemeenschap. Doel daarvan is om het wederzijds vertrouwen te versterken en er tegelijk voor te zorgen dat de voorstellen voor de collectieve besteding zullen kunnen rekenen op een zo breed mogelijk draagvlak binnen de Roma- en Sinti- gemeenschap.

*Vraag 184*

Doel is een sterke stijging van indicator 1 te voorkomen. Hoe wordt dit gezien het feit dat de groep verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen steeds kleiner wordt, aangepakt?

*Antwoord 184*

Indicator 1 betreft het percentage apparaatskosten PUR (SVB) in verhouding tot de uitgaven voor pensioenen en uitkeringen voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen. Het belangrijkste instrument voor een doelmatige uitvoering van de wetten voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen is het gehanteerde bekostigingsmodel voor de uitvoeringskosten van de afdeling V&O van de Sociale Verzekeringsbank. De bekostiging is gebaseerd op een prijs-per-product- systematiek (product bijvoorbeeld nieuwe eerste aanvragen), waarbij het aantal «vaste» onderdelen van de financiering qua omvang zo beperkt mogelijk is gehouden.

*Vraag 185*

Waarom is het project Omzettingen Wuv naar de Wubo gestart?

*Antwoord 185*

In de uitspraak 09/37 Wubo van 20 januari 2011 heeft de Centrale Raad van Beroep (CRvB) geoordeeld dat de Pensioen- en Uitkeringsraad artikel 40 lid 2 Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945 (Wubo) dient toe te passen indien er sprake is van een situatie waarin in het verleden voor de uitvoeringsorganisatie duidelijk was dat de cliënt aanspraken op de Wet uitkeringen vervolgingssslachtoffers 1940–1945 (Wuv) had die minder gunstig waren dan de aanspraken die aan de Wubo zouden kunnen worden ontleend. Het (succesvolle) project Omzettingen Wuv naar Wubo had tot doel om de uitspraak van de CRvB op een zo cliëntvriendelijk mogelijke wijze te effectueren. Er zijn in totaal 1463 cliënten aangeschreven wat uiteindelijk heeft geresulteerd in 816 omzettingen. De cliënten kunnen worden geacht op dit moment bij de meest voordelige wet te zijn ondergebracht.

### Vraag 186

Wat is het totale subsidiebedrag aan de vier herinneringscentra, en wat is het subsidiebedrag per organisatie?

### Antwoord 186

Het totale subsidiebedrag 2012 voor de vier herinneringscentra is:

Instellingssubsidie Herinneringscentrum Kamp Westerbork	€ 510.888
Westerbork, Projectsubsidie Kennisuitwisseling Potocari	€ 33.480
Westerbork, Projectsubsidie Steunpunt Gast sprekers	€ 29.183
Totaal Westerbork: € 573.550,56	
Instellingssubsidie Nationaal Monument Kamp Vught	€ 376.008
Vught, Projectsubsidie Restauratie en renovatie Barak 1B	€ 200.000
Totaal Vught: € 576.008	
Instellingssubsidie Nationaal Monument Kamp Amersfoort	€ 381.267
Instellingssubsidie Indisch Herinneringscentrum Bronbeek	€ 469.245
Totaal Herinneringscentra	€ 1.966.592

### Antwoord 187

Wat is verklaring voor het feit dat het gerealiseerde percentage van de bevolking dat (veel) belang aan 4 en 5 mei hecht lager dan de streefwaarde voor 2012?

### Antwoord 187

Het Nationaal Comité 4 en 5 mei laat met het Nationaal Vrijheidsonderzoek jaarlijks onderzoek doen naar het draagvlak voor de Nationale Herdenking en Bevrijdingsdag. Bij het benoemen van streefwaarden is gekozen voor het hoogst bereikte draagvlakpercentage in de vier voorgaande jaren. De cijfers over voorgaande jaren laten een aanvaardbare fluctuatie zien van hoogstens enkele procenten. Het draagvlak voor de Nationale Herdenking en Bevrijdingsdag is al jaren groot. De streefwaarde voor 2012 van het percentage van de bevolking dat (veel) belang aan 4 en 5 mei hecht is respectievelijk 86% en 80%. De realisatie in 2012 van 85% (4 mei) en 76% (5 mei) wijkt daar met respectievelijk 1% (4 mei) en 4% (5 mei) van af. Ten opzichte van de realisatie in 2011 van 86% (4 mei) en 78% (5 mei) is de afwijking respectievelijk 1% (4 mei) en 2% (5 mei).

Uit het Nationaal Vrijheidsonderzoek 2013 (zie [www.4en5mei.nl](http://www.4en5mei.nl)) blijkt dat steeds minder mensen vinden dat de betekenis van deze dagen met het verstrijken der jaren afneemt.

### Vraag 188

Waarom wordt er in de bedrijfsvoeringparagraaf niet verwezen naar het feit dat veel medewerkers op vertrouwensfuncties geen Verklaring van Geen Bezwaar hebben?

### Antwoord 188

De maatregelen om de bevindingen van de Algemene Rekenkamer rond vertrouwensfuncties op te lossen zijn in november 2012 genomen. Met de getroffen maatregelen voldoet het proces in opzet weer aan de daar aan

te stellen eisen. In de controle van de Algemene Rekenkamer van de vertrouwensfuncties in 2012 zijn 8 tekortkomingen geconstateerd. Aangezien de benodigde maatregelen zijn getroffen en het aantal tekortkomingen is afgenomen is hier in de bedrijfsvoeringparagraaf geen aandacht aan gegeven.

*Vraag 189*

Binnen welke termijn verwacht de minister de verantwoordingen over 2011 en 2012 van Caribisch Nederland te ontvangen? Welke maatregelen worden getroffen als deze termijn wordt overschreden? Wat is de oorzaak van het uitblijven van deze verantwoordingen?

*Antwoord 189*

Het betreft hier met name de verantwoording van het Zorgverzekeringskantoor Caribisch Nederland (ZVK) over 2011 en 2012. De verklaring voor het uitblijven van de verantwoordingen van het ZVK over 2011 en 2012, inclusief de verklaring van de accountant, is als volgt.

Het Zorgverzekeringskantoor is per 1 januari 2011 van start gegaan. Het betreft derhalve een jonge, net opgestarte organisatie. Een jonge en relatief kleine organisatie die in 2011 en 2012 naast het opstarten van de uitvoering van de zorgverzekering BES veel voor de kiezen heeft gekregen. Bij de start ontbrak nog een adequaat ICT systeem en er is prioriteit gegeven aan de organisatie rond medische uitzendingen en het op orde brengen van de urgente of acute zorg op de eilanden. Pas in een latere fase is prioriteit gegeven aan het op orde brengen van de interne organisatie. Gevolg van dit alles is dat het opstellen van de jaarrekening 2011 en de controle werkzaamheden van de accountant langer duren dan gebruikelijk. Voor 2012 zal dat al aanzienlijk sneller gaan en voor de jaren daarna zal het ZVK in de normale pas lopen qua tempo van verantwoording. De aanpak van VWS en het Zorgverzekeringskantoor is erop gericht om de afrekening 2011 nog dit jaar af te ronden en daarmee een aanzienlijk deel van de openstaande voorschotten te kunnen afrekenen. Daarvoor is het noodzakelijk dat de verantwoording 2011 in ieder geval voor 1 juli dit jaar wordt afgerond. De planning voor 2012 is dat de verantwoording uiterlijk eind 2013 bij VWS binnen moet zijn, zodat de afrekening uiterlijk in mei 2014 kan worden afgerond.

Ten aanzien van deze verantwoordingen wil ik nog het volgende opmerken.

Zoals ik al heb geschreven in mijn brief aan uw Tweede Kamer van 21 december 2012 (TK 31 568 nr. 126), over de maatregelen die ik heb getroffen ten aanzien van de zorguitgaven in Caribisch Nederland, heb ik het ZVK opgedragen om de noodzakelijke informatievoorziening en controles op de uitgaven voor de zorg bij het ZVK op orde te brengen en daarover periodiek te rapporteren. Dit is des te meer van belang omdat mij ondertussen wel is gebleken dat het oordeel dat uit de accountantscontrole zal komen, over 2011 en waarschijnlijk daarmee ook over de binnenkort te starten controle over 2012, niet positief zal zijn. De geconstateerde gebreken in 2011 en 2012 liggen op het vlak van, een gebrekkige financiële administratie, onvoldoende gedocumenteerd contractbeheer (inkoop dossiers, transparantie over de tarieven, controle en toezicht op naleving), ontbreken van goede ICT en daarmee geautomatiseerde controle mechanismen, de onvolledige interne procesbeschrijving en, problemen met de verzekerden administratie en de wijzigingen daarop, het ontbreken van instructies voor de medewerkers en een formele procedure ten aanzien van klachten.

Het ZVK heeft een aantal van deze gebreken inmiddels al verholpen en is volop bezig om de andere gebreken zo snel mogelijk te verhelpen opdat

voor 2013 een positiever oordeel door de controlerende accountant kan worden afgegeven.  
Het gaat hier om gebreken bij het ZVK dat de zorgaanbieders financiert. Dat zegt niets over de uitgaven die de zorgaanbieders op hun beurt doen, de wijze waarop zij dat doen en de ordentelijkheid van de administratie die zij daar over voeren.  
Ter illustratie: de grootste zorgaanbieder, het ziekenhuis op Bonaire, verantwoordelijk voor circa 60% van de totale uitgaven aan zorg in Caribisch Nederland heeft over 2011 een goedkeurende verklaring gekregen van zijn accountant.

*Vraag 190*

Welke specifieke redenen liggen ten grondslag aan de onmogelijkheid om lopende het jaar maatregelen te treffen in de zorg? Wat wordt hier concreet aan gedaan, en op welke termijn?

*Antwoord 190*

De voornaamste reden dat er in de loop van een uitvoeringsjaar geen maatregelen kunnen worden getroffen is dat het niet mogelijk is om gedurende het jaar de aanspraken van burgers te wijzigen. De omvang en samenstelling van het verzekerd pakket moet bovendien ruim op tijd bekend zijn, zodat verzekeraars contracten kunnen sluiten met aanbieders en een premie kunnen vaststellen voor het komend jaar. Burgers moeten op basis daarvan kunnen kiezen voor een verzekeraar.

*Vraag 191*

Per wanneer komt er een einde aan het lang na-ijlen van de realisatiecijfers in de zorg? Welke maatregelen worden daartoe genomen, wat is de stand van zaken?

*Antwoord 191*

Vanwege het belang dat ik hecht aan de verbetering van de informatievoorziening, heb ik eind jaar 2012 een stuurgroep Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven ingesteld. Bij brief van 29 november 2012 (TK 29 248, nr. 243) heb ik de Tweede Kamer daarover geïnformeerd. De opdracht aan de stuurgroep is om nog dit jaar voorstellen te doen en concrete resultaten te boeken op het gebied van versnelling van de informatievoorziening over de zorguitgaven, het verbeteren van de monitorfunctie en de verklarende informatie. Deze stuurgroep bestaat naast ambtenaren van mijn eigen ministerie uit vertegenwoordigers van het ministerie van Financiën, het CVZ, de NZa en één externe deskundige. De stuurgroep buigt zich nu over mogelijke voorstellen. Ik zal de Kamer nog voor het zomerreces van de eerste bevindingen en voorstellen van de stuurgroep op de hoogte stellen en daarbij aangeven welke conclusies ik trek uit die aanbevelingen en welke maatregelen ik zal nemen.

*Vraag 193*

Kan de volumedaling op het artikel gezondheidszorg tussen 2010–2011 en 2011–2012 nader worden onderbouwd?



### *Antwoord 193*

Een exacte onderbouwing van de volumedaling<sup>10</sup> de kan ik niet geven. Wel is een aantal zaken te benoemen die mogelijk heeft bijgedragen aan deze daling. Hieronder geef ik er een aantal weer.

- De (relatieve) daling bij medisch-specialistische zorg is voornamelijk veroorzaakt door opgelegde kortingen, zoals de korting op de honoraria van medisch specialisten.
- De daling van de uitgaven aan geneesmiddelen kan worden verklaard doordat verzekeraars lagere prijzen dan verwacht voor dienstverlening van de apothekers en de geneesmiddelen, die apothekers afleveren, hebben afgesproken. Ook zijn de prijzen voor geneesmiddelen lager uitgevallen door intensivering en uitbreiding van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en door de werking van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en het uit patent lopen van geneesmiddelen.
- Daarnaast heeft een pakket aan maatregelen in zowel de eerstelijnszorg als de ggz bijgedragen aan de geconstateerde volumedaling. Dit betreffen o.a.:
- Vanaf 2012 is in de huisartsenzorg een korting doorgevoerd.
- Ook in de verloskunde is vanaf 2012 een korting doorgevoerd van € 2 miljoen.
- Voor fysiotherapie heeft een pakketverkleining plaatsgevonden. Vergoeding vindt pas plaats vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling voor aandoeningen die voorkomen op de chronische lijst (opbrengst € 80 miljoen). Daarnaast is ook deze chronische lijst beperkt (opbrengst € 44 miljoen).
- In de curatieve ggz is een heel pakket aan maatregelen genomen waarvan € 430 miljoen neerslaat in de vorm van lagere zorguitgaven (zie p. 84 van de VWS-begroting 2012), bijvoorbeeld als gevolg van de budget en dbc tarief korting.

Overigens merk ik op dat de in het Jaarverslag 2012 opgenomen uitgaven 2012 voor medisch specialistische zorg en curatieve ggz nog niet gebaseerd zijn op definitieve (realisatie)cijfers.

### *Vraag 194*

Betekent de ramingsbijtelling nhc's dat er meer leegstand was dan verwacht? Zo nee, wat betekent dit dan?

### *Antwoord 194*

In de vergoedingensystematiek werd tot voor kort bij een groep instellingen niet meegewogen of de instelling dagbesteding bood. Nu dit onderscheid wel gemaakt wordt, krijgen instellingen die geen dagbesteding bieden, ook geen vergoeding voor de kapitaallasten meer.

### *Vraag 195*

Wat wordt precies bedoeld met «toename van bijzondere betalingen en het getarifeerde deel» bij huisartsen?

### *Antwoord 195*

Naast het abonnementstarief en consulttarief zijn er bijzondere betalingen, bestaande uit modules en passantentarieven. Daarnaast zijn er

---

<sup>10</sup> De volume groei is de som van de jaarlijkse autonome volumeontwikkeling van de zorguitgaven, de mee- en tegenvallers uit de actualisering van de zorguitgaven 2012 en het effect van eerder genomen uitgavenbeperkende maatregelen veelal ter redressering van eerdere overschrijdingen. (Bron: jaarverslag VWS 2011)

avond, nacht- en weekenddiensten. De groei van deze onderdelen is relatief hoger dan de groei van de andere bekostigingsonderdelen en daarmee is deze groei onderdeel van de verklaring van de overschrijding.

*Vraag 196*

Kan de overschrijding in Zorg in natura door AWBZ-instellingen uitgesplitst worden per sector? (VVT, GHZ en ggz)? Kan deze overschrijding tevens uitgesplitst worden naar intramuraal en extramuraal geleverde zorg in natura?

*Vraag 200*

De kosten van zorg in natura in AWBZ-instellingen is overschreden met € 260 miljoen vanwege capaciteitstoename in de langdurige ggz en de gehandicaptenzorg. Welk deel van deze overschrijding komt ten laste van de langdurige ggz en welk deel komt ten laste van de gehandicaptenzorg?

*Antwoord 196 en 200*

In de AWBZ wordt bij zorg in natura gewerkt met één contracteerruimte als financieel kader voor de zorgkantoren. Omdat er geen aparte kaders per deelsector worden vastgesteld, is er feitelijk ook geen sprake van overschrijdingen per deelsector. Hetzelfde geldt voor de leveringsvorm (intra- of extramuraal). Wel wordt getracht een overschrijding van het totaalkader te verklaren door te kijken naar opvallende mutaties binnen dat totaalkader. In het VWS-jaarverslag wordt de overschrijding van € 260 miljoen grotendeels toegeschreven aan de capaciteitsuitbreiding van de intramurale gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Extramurale zorg en intramurale verpleging en verzorging speelden nauwelijks een rol in het verklaren van de overschrijding.

*Vraag 197*

Welke verklaring is er voor de overschrijding op de bovenbudgettaire vergoedingen?

*Antwoord 197*

De overschrijding is een gevolg van meer bruikleen. Dat zijn tijdelijke uitleen artikelen, die niet via toegelaten instellingen lopen, maar rechtstreeks door de leverancier gedeclareerd worden bij zorgkantoren. In 2013 kan dit niet meer omdat de tijdelijke uitleen voortaan via de Zvw loopt.

*Vraag 198*

Kan de minister uiteenzetten wat de onderliggende posten zijn van de post «Geneesmiddelen» die een onderschrijving laat zien van € 826,8 miljoen?

*Vraag 214*

Kan de onderuitputting bij geneesmiddelen nader worden verklaard? Hoeveel minder is uitgegeven aan lagere prijzen voor dienstverlening door apothekers, hoeveel minder ten gevolge van preferentiebeleid?

*Antwoord 198 en 214*

Het geneesmiddelenbeleid gaat uit van een eenduidige en consistente visie, die in lijn is met de uitgangspunten en verantwoordelijkheidsver-

deling in het zorgstelsel. Door een samenhangend geheel van maatregelen (onder andere door het afsluiten van convenanten met het veld, het geven van bevoegdheid tot het voeren van preferentiebeleid en vrij onderhandelbare tarieven apothekhoudenden) en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zijn de zorguitgaven beduidend lager dan geraamd. Een exacte nadere onderbouwing per specifieke post is niet te maken. De onderuitputting wordt veroorzaakt door meerdere factoren. Het is niet altijd eenduidig vast te stellen of prijsverlagingen toe te rekenen zijn aan het preferentiebeleid van zorgverzekeraars of bijvoorbeeld aan de effecten van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en het uit patent lopen van geneesmiddelen.

De onderschrijding over 2012 kan worden verklaard doordat verzekeraars lagere prijzen dan verwacht voor dienstverlening van de apothekers en geneesmiddelen, die apothekers afleveren, hebben afgesproken. Ook zijn de prijzen voor geneesmiddelen lager uitgevallen door intensivering en uitbreiding van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Tot slot heeft de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) de uitgaven beperkt.

Voor een uitgebreidere toelichting met betrekking tot het preferentiebeleid verwijs ik naar het antwoord op vraag 216.

#### *Vraag 199*

Kan de minister een toelichten geven waarom er een overschrijding van € 333 miljoen is op de post «Instellingen voor medische-specialistische zorg»? Kan de minister eveneens een verdere toelichting geven waarom deze overschrijding niet verder is geboekt naar 2012 en niet structureel doorwerkt?

#### *Antwoord 199*

De totale ingeschatte overschrijding bij de instellingen voor medisch-specialistische zorg (w.o. algemene en academische ziekenhuizen en ZBC's) op basis van cijfers die in het voorjaar 2012 over 2011 beschikbaar waren en rekening houdend met een inschatting op basis van trends uit eerdere jaren bedraagt € 333 miljoen (op basis van de nieuwe toedeling zoals die vanaf 2012 in de VWS-begroting is opgenomen en ontleend is aan het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord). Deze overschrijding is gemeld en toegelicht in de eerste supplettoire begroting 2012 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 33 280 XVI, nr. 229). Deze overschrijding in 2011 is per saldo niet doorgetrokken naar 2012, want deze overschrijding is tegen geboekt (zie post 2 in tabel 5 van pagina 172 van het Jaarverslag 2012). In 2012 is namelijk het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord van toepassing waarin afspraken zijn gemaakt over een meerjarig budgettair kader. Uitgaande van het overeengekomen budgettair kader werkt deze overschrijding niet structureel door.

#### *Vraag 200*

De kosten van zorg in natura in AWBZ-instellingen is overschreden met € 260 miljoen vanwege capaciteitstoename in de langdurige ggz en de gehandicaptenzorg. Welk deel van deze overschrijding komt ten laste van de langdurige ggz en welk deel komt ten laste van de gehandicaptenzorg?

#### *Vraag 201*

Er is een onderschrijving bij de geneesmiddelen van € 826,8 miljoen. Hoe komt het dat het kabinet een onderschrijving van deze omvang niet heeft aan zien komen? Welke conclusie trekt de minister hieruit?

### *Antwoord 201*

De onderschrijding van € 826,8 miljoen is de uitkomst van de vergelijking tussen de ontwerpbegroting 2012 en de realisatie van het extramurale farmaciekader over het jaar 2012. Deze realisatie is weergegeven in het jaarverslag 2012. Tussen het moment van de ontwerpbegroting en het jaarverslag is het extramurale geneesmiddelenkader met de 1e supplementaire begroting structureel vanaf 2012 met € 224,6 miljoen naar beneden bijgesteld op basis van realisatiecijfers over 2011 die in het voorjaar van 2012 beschikbaar kwamen. Bij de schriftelijke voorbereiding van de behandeling van de VWS-begroting 2013 heb ik aangegeven dat de uitgaven in 2012 nog lager zouden uitvallen. Een eerste, voorzichtige schatting leek te wijzen op ruim € 200 miljoen.

Uiteindelijk is de onderschrijding over het jaar 2012 € 602 miljoen hoger uitgevallen. Deze onderschrijding heeft het Kabinet in deze mate niet voorzien. De realisatiecijfers over 2011 zijn tijdig verwerkt in de raming. Er was echter sprake van ramingsonzekerheid als gevolg van de invoering van vrije apothekerstarieven per 1 januari 2012. De verwachting was dat de zorgverzekeraars meer uitgaven zouden hebben aan de dienstverlening van apotheekhoudenden. Naar nu blijkt hebben de zorgverzekeraars nog lagere prijzen van geneesmiddelen dan verwacht gecontracteerd met apothekers.

Ook hebben de Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP) en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars de uitgaven beperkt.

### *Vraag 202*

Bij de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) heeft een overschrijding plaatsgevonden van € 20,8 miljoen. Waar wordt deze door veroorzaakt?

### *Antwoord 202*

De afbakeningscriteria van de Wtcg-tegemoetkoming zijn met ingang van tegemoetkomingsjaar 2010 aangepast naar aanleiding van het advies van de Taskforce Linschoten. Uitbetaling op basis van deze aangepaste criteria vond voor het eerst in december 2011 plaats. De begroting voor 2012 is al in de zomer van 2011 voorbereid en met Prinsjesdag aan Uw Kamer aangeboden. Op dat moment was het exacte effect van de bijgestelde criteria vanaf 2010 dus nog niet bekend. Het budgettaire effect van de bijstelling was in 2012 dus groter dan vooraf was ingeschat.

### *Vraag 203*

Hoeveel mensen hebben zich bij het CAK gemeld met de wens om het uitgekeerde bedrag terug te storten?

### *Antwoord 203*

In totaal heeft het CAK in 2012 tachtig meldingen binnen gekregen van personen die wensten het uitgekeerde bedrag terug te storten.

### *Vraag 204*

Welke verklaring is er voor de overschrijding op de zorg in natura? Hoe kan het dat de minister dit niet heeft zien aankomen?

#### *Antwoord 204*

De zorgkantoren kopen steeds efficiënter zorg in. In het verleden tot en met 2010 bleek bij de nacalculatie steeds te gelden dat de feitelijk geleverde zorg ongeveer 1% onder het afsprakeniveau lag. Dat het in 2011 aanzienlijk minder dan 1% werd, bleek pas achteraf. In de toekomstige ramingen van de uitgaven zal de staatssecretaris de veronderstelling van 1% onderuitputting bijstellen.

#### *Vraag 205*

De kosten van de zorg in Caribisch Nederland zijn in 2012 uitgekomen op € 84,5 miljoen terwijl de kosten op € 39,9 miljoen begroot waren en de kosten in 2011 € 56,7 miljoen waren. Waardoor wordt de grote afwijking met betrekking tot het begrote bedrag veroorzaakt? Waardoor wordt de grote toename in verhouding tot de kosten in 2011 veroorzaakt?

#### *Antwoord 205*

De oorspronkelijke begroting voor 2011 en 2012 en verdere jaren is in 2010 opgesteld op een moment dat er nog onvoldoende informatie voor handen was over de kosten die met de nieuwe zorgverzekering BES gemeoid zouden zijn. Er waren geen goede gegevens over de regelingen van voor 1 januari 2011 voor handen en de nieuwe regeling geeft aan alle legale bewoners toegang tot de zorg. Dat leidde er toe dat een precieze raming opstellen niet mogelijk was.

Nadat de eerste realisatie over het jaar 2011 beschikbaar kwam in het voorjaar 2012, zijn de ramingen voor 2012 en verdere jaren aangepast. Voor 2012 kwam deze toen uit op circa € 60 miljoen.

In het voorjaar van 2012 is het budget voor de zorg in Caribisch Nederland meerjarig gecorrigeerd voor de oorspronkelijk inderdaad te lage raming. De overschrijding van de uitgaven in 2012, die vervolgens in het najaar 2012 zichtbaar werd, wordt ten dele veroorzaakt door de inhaalslag in de zorg die plaatsvindt als gevolg van de achterstand die voor 10-10-2010 is ontstaan. Deze achterstand kan nu ongedaan worden gemaakt, doordat er inmiddels beduidend betere en voor alle inwoners toegankelijke zorg aanwezig is in Caribisch Nederland. Naar verwachting zal deze inhaalslag nog zeker drie jaar duren.

In mijn antwoord van 24 april op uw schriftelijke vragen (TK 31 568, nr. 129) ben ik ingegaan op de ontwikkeling van de kosten van de zorg in Caribisch Nederland en het verschil tussen het voor 2012 aangepaste begrote bedrag (€ 60 miljoen) en de uiteindelijke uitgaven in 2012 (ruim € 80 miljoen).

De groei van de uitgaven in 2012 wordt met name verklaard door:

- Volume groei zorg ziekenhuis op Bonaire, Mariadal (€ 3,5 miljoen)
- Medische uitzendingen (€ 2,5 miljoen)
- Een groter gebruik van de farmacie, en tand- en paramedische zorg (€ 4 miljoen)
- De ongunstige dollar-eurokoers in 2012 (€ 4 miljoen)
- De hogere groei van het aantal verzekerden (€ 3,5 miljoen)

#### *Vraag 206*

Welke verklaring is er voor de dalende uitgaven vanaf 2010 wat betreft de Wmo? Hoe kan het dat een bedrag dat jaarlijks wordt geïndexeerd toch lager uit valt?

### *Antwoord 206*

De informatie in het Jaarverslag biedt inzicht in de ontwikkeling van de middelen uit het budgettaire kader zorg die het Rijk beschikbaar stelt aan gemeenten voor de uitvoering van een aantal taken uit hoofde van de Wmo. Het Jaarverslag biedt echter geen inzicht in de hoogte van het budget dat gemeenten besteden aan deze taken.

Met ingang van 2011 is het budget dat gemeenten ontvangen via de integratie-uitkering Wmo structureel verlaagd met € 200 miljoen. Dit betrof enerzijds een correctie op de uitgaven aan pgb's die meetellen in de basis van het budget. Anderzijds betrof dit een efficiencytaakstelling (-€ 50 miljoen). Tegelijkertijd is de integratie uitkering met ingang van 2011 ook structureel verhoogd, ondermeer omdat het bindend advies van het SCP over het macrobudget is gevolgd (€ 73 miljoen).

### *Vraag 207*

Wanneer zullen de cijfers van CVZ en VWS op elkaar aansluiten en op dezelfde manier worden verwerkt?

### *Antwoord 207*

VWS gaat bij het opstellen van het Financieel Beeld Zorg uit van de meest recente cijfers van onder meer het CVZ. Deze zijn dan nog niet altijd gepubliceerd door het CVZ zelf. Het jaarverslag van het CVZ verschijnt pas in het najaar. Bovendien dient de publicatie in het Financieel Beeld Zorg een ander doel dan de publicatie van het jaarverslag van de Fondsen door het CVZ. Zo wil VWS onder meer aansluiten bij het BKZ en het EMU-saldo. Daardoor worden deels andere definities gehanteerd. De aansluiting van de CVZ-cijfers op de VWS-cijfers wordt weergegeven in het Financieel Beeld Zorg.

### *Vraag 208*

Hoe is het feit dat het vermogenssaldo van het Zorgverzekeringsfonds per ultimo 2012 € 0,7 miljard lager uitvalt dan geraamd in de begroting, te rijmen met het feit dat verzekeraars hun winst vervijfvoudigd hebben?

### *Antwoord 208*

Het saldo van het Zorgverzekeringsfonds en het resultaat van verzekeraars hangen samen met verschillende oorzaken.

De bijstelling van het vermogenssaldo van het Zorgverzekeringsfonds per ultimo 2012 resulteert vooral uit bijstellingen bij de inkomensafhankelijke bijdrage in de jaren 2009 tot en met 2012 en uit bijstellingen bij de uitkering aan verzekeraars voor de jaren 2009 tot en met 2011 toen er nog macronacalculatie was. Dat impliceerde dat als de uitgaven van gezamenlijke verzekeraars hoger/lager waren dan vooraf door VWS geraamd, verzekeraars een hogere/lagere bijdrage uit het fonds kregen. In 2009 en 2010 is de bijdrage aan verzekeraars hierdoor hoger uitgevallen dan geraamd in de begroting 2012. In 2011 is de bijstelling neerwaarts bijgesteld, omdat de uitgaven van verzekeraars in 2011 naar huidig inzicht lager zijn uitgevallen dan verwacht in de begroting 2012. Al deze bijstellingen bij de uitkering aan verzekeraars betreffen niet het boekjaar 2012.

De winst van verzekeraars over het boekjaar 2012 lijkt primair samen te hangen met twee zaken:

- De reserve-eisen die DNB stelt aan verzekeraars zijn toegenomen in samenhang met het afschaffen van de macronaïcalculatie.
- De zorguitgaven van verzekeraars vallen in 2012 lager uit dan eerder gedacht en dat komt vanwege het afschaffen van de macronaïcalculatie ten gunste van het resultaat van verzekeraars. De verzekeraars hebben de nominale premie in 2012 hoger vastgesteld dan in de begroting 2012, waarschijnlijk in de verwachting dat de zorguitgaven in 2012 hoger zouden uitkomen dan door VWS geraamd. De uitgaven van verzekeraars komen naar de huidige inschatting van VWS (in het jaarverslag) lager uit dan in de begroting 2012. Het is overigens goed mogelijk dat de winst die verzekeraars in hun jaarverslag presenteren uitgaat van een andere inschatting van de zorguitgaven, dan waarvan VWS thans uitgaat.

#### *Vraag 209*

Kan aangegeven worden waarom de nominale premie door verzekeraars € 34 hoger is vastgesteld dan begroot? Welk deel van de toegenomen winst van verzekeraars wordt gevormd door deze extra opslag? Kan worden aangegeven hoe het mogelijk kan zijn/worden om de rekenpremie lager vast te stellen dan noodzakelijk wordt geacht in verband met de geschatte zorgkosten om op die wijze verzekeraars te dwingen tot het aanwenden van reserves om hun concurrentiepositie te behouden?

#### *Antwoord 209*

Het is aan verzekeraars om de hoogte van hun nominale premie te bepalen. Zij hoeven niet openbaar te maken waarom ze tot een bepaalde premie komen.

De nominale premie heeft in 2012 naar huidige inschatting € 0,5 miljard meer opgebracht dan geraamd in de VWS begroting 2012.

VWS kan via de rekenpremie verzekeraars niet dwingen om reserves aan te wenden voor premiereductie. De basis van het systeem is dat verzekeraars zich zeer bewust zijn van hun concurrentiepositie. De premie 2013 is lager vastgesteld dan de VWS-raming.

VWS publiceert wel elk jaar een raming van de nominale premie. VWS beziet momenteel met onder andere het CPB in welke mate daarbij rekening kan worden gehouden met de aanwending van de reserves om de premies te drukken. Die premieraming kan enige invloed hebben op het gedrag van verzekeraars, maar zij bepalen uiteindelijk zelf hun premie 2014.

#### *Vraag 210*

Kan de bewering «Mensen lijken kosten bewuster te worden, meer mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico en minder mensen voor een aanvullende verzekering» worden gekwantificeerd? Hoeveel mensen hebben een hoger eigen risico? Kan een overzicht gegeven worden van het aantal mensen dat een aanvullende verzekering heeft in de laatste 10 jaren?

#### *Antwoord 210*

Het is niet mogelijk om een overzicht te geven van het aantal verzekerden dat kiest voor een aanvullende verzekering in de afgelopen 10 jaar. Dit wordt pas sinds de invoering van de Zvw in 2006 bijgehouden. Voor een dergelijk overzicht van verzekerden met een aanvullende verzekering sinds 2006 verwijs ik naar het antwoord bij vraag 118.

Voor een overzicht van het aantal verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico verwijs ik naar het antwoord bij vraag 116.

#### *Vraag 211*

Kan het bedrag dat een gemiddelde burger aan zorg betaalde in 2012 worden aangegeven wanneer aanvullende verzekering respectievelijk andere zorguitgaven ook worden meegenomen?

#### *Antwoord 211*

- De meest recente CBS-cijfers over uitgaven aan de zorg (de CBS-zorgrekeningen) laten zien dat in 2012 per hoofd van de bevolking er gemiddeld € 5.535 aan zorg is uitgegeven. Uitgedrukt in uitgaven per volwassene (18 jaar en ouder) is dit € 6.983.
- Volgens het meest recente VWS-cijfer wordt er € 4.881 per volwassene aan zorg uitgegeven.

Vanwaar dit verschil:

- Allereerst zijn er belangrijke terreinverschillen: zo neemt het CBS ook uitgaven aan kinderopvang, sociaal cultureel werk, arbodiensten, etc. mee.
- Verder zijn er definitieverschillen. De CBS-cijfers betreffen het totaal aan zorg, zowel premie- en begrotingsgefinancierde als privaat gefinancierde zorg. Daarnaast betreft het CBS-cijfer de gemiddelde uitgaven per volwassene en het VWS-cijfer de gemiddelde betaling aan zorg per volwassene.
- Volgens het CBS wordt er in 2012 ruim € 92,7 miljard aan zorg uitgegeven. De stand van het netto-BKZ voor 2012 is € 64,0 miljard. Globaal is 2/3 van dit verschil het gevolg van terreinverschillen en 1/3 het gevolg van definitieverschillen (circa € 9,5 miljard).
- Van deze € 9,5 miljard is € 3,9 miljard bekostigd via aanvullende particuliere zorgverzekeringen. De rest zijn onverzekerde zorguitgaven.

#### *Vraag 212*

De gemiddelde volwassen Nederlander betaalt € 1.231 AWBZ-premie per jaar. Hoe verhoudt zich dit tot eerdere berichtgeving van de staatssecretaris van VWS waarin hij zegt dat iedere volwassene € 3.000 AWBZ-premie per jaar betaald? (<http://www.ad.nl/ad/nl/1012/Nederland/article/detail/3431808/2013/04/25/Van-Rijn-toch-recht-op-intensieve-zorg.dhtml>)

#### *Antwoord 212*

Werknemers met een inkomen van modaal en hoger betalen circa € 3.000 AWBZ-premie per jaar. De AWBZ-premie bedraagt in 2012 macro € 16,4 miljard. Dat is € 1.231 per volwassene.

#### *Vraag 213*

Er is sprake van een aanzienlijke overschrijding ten aanzien van de grensoverschrijdende zorg. De toelichting hierop is zeer summier, kan dit nader toegelicht worden?

#### *Antwoord 213*

Het is onduidelijk waardoor de overschrijding op grensoverschrijdende zorg wordt veroorzaakt. Voor een deel komt dit door het wegwerken van achterstanden van voorgaande jaren door het CVZ. Welke andere



oorzaken aan de overschrijding ten grondslag liggen en hoe zwaar deze oorzaken meewegen is onduidelijk.

Ik vind het van groot belang om hier meer inzicht in te krijgen. Om die reden zal ik nader onderzoek laten doen naar de oorzaken van de overschrijding. In de begroting 2014 bericht u hier nader over.

*Vraag 215*

Kan een opsomming worden gegeven van de geneesmiddelen die in 2012 en 2013 die uit patent lopen? Welke besparing levert dit precies op voor 2012 en welke besparing voor 2013? In hoeverre is hiermee al rekening gehouden in de begroting voor 2013? Hoe wordt deze besparing verwerkt in de begroting voor 2014?

*Antwoord 215*

Ik kan geen volledige opsomming geven van de geneesmiddelen die in 2012 uit octrooi zijn gelopen en die in 2013 uit octrooi zullen lopen. Zoals in de antwoorden op de vragen 175 en 176 naar aanleiding van het Jaarverslag en de Slotwet van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2011 (TK 33 240 XVI, nr. 6) is aangegeven, is het meestal niet duidelijk wanneer een geneesmiddel helemaal octrooivrij is. Er kunnen immers meerdere octrooien op een geneesmiddel of op de fabricagewijze rusten; er gelden aanvullende beschermingscertificaten; en er is sprake van een gesloten dossierperiode waardoor generieke varianten nog niet op de markt kunnen komen. Voor het berekenen van besparingen is niet de afloop van het octrooi/patent bepalend. Daarvoor is bepalend of er generieke varianten van het geneesmiddel op de Nederlandse markt komen en welke prijzen worden gedeclareerd bij zorgverzekeraars. Besparingen zijn dan ook niet vooraf exact te berekenen. In de raming wordt hiermee rekening gehouden op basis van trends uit het verleden. Ik verwijs u naar de volgende kamerstukken voor een nadere toelichting op de geneesmiddelenraming: TK 33 288, nr. 24 en nr. 27).

*Vraag 216*

Kan een overzicht worden gegeven van de opbrengsten van preferentiebeleid geneesmiddelen vanaf de start van het preferentiebeleid?

*Antwoord 216*

Er kan geen exact overzicht van de opbrengsten van het preferentiebeleid worden gegeven. Oorzaak daarvan is dat het niet altijd eenduidig is waardoor geneesmiddelenprijzen dalen en wat de daling van die prijzen zou zijn geweest zonder preferentiebeleid door de werking van de Wet geneesmiddelenprijzen, het op de markt komen van generieke geneesmiddelen en het contracteerbeleid van zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit raamt in de, ook aan de Kamer gezonden, Marktscan farmacie 2012 (TK, 29 477, nr. 229), de totale besparingen door het preferentiebeleid op € 0,75 tot € 0,9 miljard in de afgelopen vijf jaren.

*Vraag 217*

Met welke reden zijn declaraties voor hulpmiddelen gedaald?

*Antwoord 217*

Met name bij de categorieën verbandmiddelen daalt net als in 2011 het aantal gebruikers. Dit verklaart voor een deel de verminderde groei van de uitgaven. De overige oorzaken voor de daling van de declaraties zijn op dit

moment nog niet bekend. In het VWS-jaarverslag 2012 is verder onder meer aangegeven dat zorgverzekeraars doelmatiger zijn gaan inkopen (bijv. ten aanzien van incontinentiemateriaal) en dat ze de regels voor vergoeding van verbandmiddelen strenger hebben gehandhaafd. Nader onderzoek naar welke onderdelen van de hulpmiddelen zijn gestegen of gedaald is pas goed mogelijk als de jaarstaten van de zorgverzekeraars door het CVZ ontvangen zijn (juli 2013). Dan is er ook een beter zicht op de omvang van de na-ijlende declaraties in relatie tot de inschatting van de zorgverzekeraars.

*Vraag 218*

Hoeveel mensen hebben in 2012 minder of geen incontinentiematerialen gekregen en hoeveel bedroeg dit in voorgaande jaren? Wat is hier de verklaring voor?

*Antwoord 218*

In 2012 zijn zorgverzekeraars hulpmiddelen doelmatiger gaan inkopen. Mede hierdoor zijn de uitgaven aan hulpmiddelen gedaald. Ik kan niet specifiek aangeven hoeveel mensen minder of geen incontinentiematerialen hebben ontvangen in 2012 en voorgaande jaren door doelmatige inkoop van incontinentiematerialen. Doelmatige inkoop lijkt mij geen reden dat mensen minder of geen incontinentiematerialen ontvangen.

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, ik ga er vanuit dat patiënten incontinentiemateriaal hebben ontvangen conform de aanspraak, die voortvloeit uit de Zorgverzekeringswet.

*Vraag 219*

Hoeveel mensen hebben in 2012 minder of geen verbandmaterialen gekregen en hoeveel bedroeg dit in voorgaande jaren? Wat is hier de verklaring voor?

*Antwoord 219*

In 2012 hebben zorgverzekeraars de regels voor vergoeding van verbandmaterialen strenger gehandhaafd. Mede hierdoor zijn de uitgaven aan hulpmiddelen gedaald. Ik kan niet specifiek aangeven hoeveel mensen minder of geen verbandmaterialen hebben ontvangen in 2012 en voorgaande jaren door de strengere handhaving door zorgverzekeraars van het vergoedingsbeleid.

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, ik ga er vanuit dat patiënten verbandmaterialen hebben ontvangen conform de aanspraak, die voortvloeit uit de Zorgverzekeringswet.

*Vraag 220*

Wanneer zijn de gerealiseerde uitgaven ten behoeve van de CAOR bekend?

*Antwoord 220*

De verantwoording van de uitgaven van de CAOR aan het ministerie van VWS vindt plaats in het jaar volgend op het jaar waarin de uitgaven zijn gedaan.

*Vraag 221*

In totaal is er 1,8 miljoen uitgegeven aan de CCMO, inclusief de METC's. Welk deel van dit bedrag is ten goede gekomen aan de NVMETC en de METC's?

*Antwoord 221*

Er is circa € 100.000 ten goede gekomen aan NVMETC en METC's.