

Vergaderjaar 2014–2015

34 000 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015

Nr. 33

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 13 november 2014

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

De vragen zijn op 9 oktober 2014 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 11 november 2014 ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Vraag 1:

Hoeveel kostte de verslavingszorg in 2012 en 2013 jaarlijks, uitgesplitst naar sectoren en verslavingsvorm? Hoeveel procent was daarvan klinisch en hoeveel procent ambulant? Wat is voor 2014 en 2015 begroot voor verslavingszorg naar sectoren en verslavingsvorm? Hoeveel procent daarvan is begroot voor klinische zorg en hoeveel procent voor ambulante zorg?

Antwoord 1:

De navolgende uitgavencijfers betreffen de kosten voor verslavingszorg die vallen onder de Zorgverzekeringswet. De uitgaven voor verslavingszorg zijn onderdeel van het kader voor de curatieve GGZ en worden niet apart begroot.

Op basis van gegevens van Vektis en NZa zijn de volgende uitgavencijfers voor verslavingszorg in 2012 en 2013 geraamd. Daarbij zijn de uitgaven uitgesplitst naar klinische zorg en ambulante zorg.

Tabel – Geraamde uitgaven voor verslavingszorg

	2012		2013	
	(in € mln)	(in %)	(in € mln)	(in %)
Klinische zorg	215	46	202	43
Ambulante zorg	248	54	270	57
Totaal	463	100	472	100

Het uitgavencijfer 2012 betreft een berekening op basis van de realisatiecijfers van Vektis en NZa (budgetgegevens). Het uitgavencijfer 2013 betreft een voorlopig geëxtrapoleerd cijfer van Vektis (gebaseerd op circa 70% declaratiecijfers).

De stijging van de ambulante verslavingszorg (22 miljoen, 9%) moet in samenhang gezien worden met de daling van de klinische verslavingszorg (– € 13 miljoen, –6%). De stijging is het gevolg van het ingezette beleid van ambulantisering. De totale kosten van de verslavingszorg stijgen in 2013 ten opzichte van 2012 met € 9 miljoen (1,9%).

Vraag 2:

Indien er een verschil bestaat in de hoogte van de uitgaven aan verslavingszorg in de afgelopen jaren en wat begroot is voor 2015 waar zit dat dan in?

Antwoord 2:

De uitgaven voor verslavingszorg worden niet apart begroot. Met veldpartijen zijn in het kader van het Bestuurlijk akkoord GGZ afspraken gemaakt inzake het meerjarenkader voor de gehele curatieve GGZ. De uitgaven voor verslavingszorg zijn daar een onderdeel van.

Vraag 3:

Hoeveel is begroot voor de verslavingszorg op de BES-eilanden in 2015 per sector en verslavingsvorm, en hoeveel is hier in het verleden aan besteed?

Antwoord 3:

In de begroting is het bedrag opgenomen voor alle zorg in Caribisch Nederland.

Het totale budget voor zorg in Caribisch Nederland in miljoen euro's:

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
60	83	88,5	84	90,5	93,3	96,3	99,3

Het zorgverzekeringskantoor aldaar budgetteert de verschillende onderdelen van zorg binnen dat totale budget, waaronder ook een deel voor psychiatrie en verslavingszorg.

De verslavingszorg in Caribisch Nederland wordt verzorgd door de Stichting Verslavingszorg en Psychiatrie Caribisch Nederland (SVPCN). SVPCN is op dit moment nog in onderhandeling met het zorgverzekeringskantoor over het contract voor 2015. Gezien de lopende onderhandeling kunnen er op dit moment geen uitspraken worden gedaan over de hoogte van het bedrag. Het gaat om een contract voor verslavingszorg en psychiatrie samen, het afzonderlijke bedrag per sector is niet te achterhalen.

Voor 2014 komen de kosten voor verslavingszorg en psychiatrie samen op ongeveer 2,8 miljoen euro. In 2013 ging het om 2,5 miljoen *dollar* en in 2012 om 2,8 miljoen *dollar*. Ook deze bedragen zijn niet nader naar sector of verslavingsvorm uit te splitsen.

Daarnaast worden er uit de middelen voor de integrale aanpak van de sociaal economische problematiek op de eilanden (vanuit de begroting van BZK) projecten gefinancierd die bijdragen aan het voorkomen van verslavingsproblematiek. VWS heeft voor dat doel vanaf 2012 structureel 0,2 mln. euro per jaar toegevoegd aan deze middelen.

Vraag 4:

Wat waren de uitgaven aan de maatschappelijke opvang in 2012 en 2013 jaarlijks, uitgesplitst naar soort opvang? En wat is voor 2014 en 2015 begroot voor maatschappelijke opvang naar soort opvang?

Antwoord 4:

Er zijn 43 centrumgemeenten die middelen ontvangen vanuit het Rijk via de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en OGGZ (binnen het Gemeentefonds) voor maatschappelijke opvang. In 2012 ging het om een bedrag van € 298,5 mln; in 2013 om een bedrag van € 300,5 mln; voor 2014 ontvangen de centrumgemeenten € 298,8 mln; en in 2015 € 385 mln. De toename in 2015 is het gevolg van de keuze om de te decentraliseren AWBZ-middelen die samenhangen met opvang toe te voegen aan de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang. Het is aan gemeenten om ten aanzien van de inzet van dat bedrag keuzes te maken: het Rijk maakt in de uitkering aan gemeenten geen uitsplitsing naar soorten opvang of activiteiten.

Vraag 5:

Indien er een verschil bestaat in de hoogte van de uitgaven aan maatschappelijke opvang in de afgelopen jaren en wat begroot is voor 2015 waar zit dat dan in?

Antwoord 5:

In 2013 en 2014 zijn incidenteel bedragen van € 3 mln respectievelijk € 1,3 mln aan de decentralisatie-uitkering toegevoegd, bedoeld ter dekking van kosten die centrumgemeenten maken bij hun voorbereiding op hun nieuwe taak beschermd wonen (vanaf 2015). De toename in 2015 is het gevolg van de keuze om de te decentraliseren AWBZ-middelen die samenhangen met opvang toe te voegen aan de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang.

Vraag 6:

Hoe verhouden zich de kosten voor verslavingszorg in Nederland tot de kosten voor verslavingszorg in andere West-Europese landen? (benchmark)

Antwoord 6:

Specifiek voor de kosten voor verslavingszorg is geen internationale benchmark beschikbaar. Dit heeft te maken met verschillende systemen van bekostiging en financiering die landen er op na houden die een vergelijking lastig maken. Daarnaast speelt het gegeven dat verslavingszorg, net als in Nederland, vanuit verschillende bronnen gefinancierd wordt. Voorzieningen vallen dan niet alleen onder buitenlandse equivalenten van de Zvw of AWBZ, als deze er al zijn, maar bijvoorbeeld ook onder equivalenten van het sociaal domein («social care»).

De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) heeft recent een studie uitgebracht naar de sociaal economische kosten van (het verwaarlozen van) geestelijke gezondheidzorg¹. Daarin zijn voor een aantal Westerse landen verschillende data over geestelijke gezondheid (waaronder ook verslavingszorg) met elkaar vergeleken. Er wordt geconcludeerd dat een duidelijk vergelijkbaar beeld ontbreekt omdat kwalitatief geschikte en betrouwbare data niet eensluidend beschikbaar zijn.

Vraag 7:

Hoe groot is het medisch-wetenschappelijk onderzoeksbudget naar verslavingszorg in 2015?

Antwoord 7:

Dat is mij niet bekend. Er is geen landelijk beeld beschikbaar van de totaal beschikbare middelen voor onderzoek naar verslavingszorg. Vanuit ZonMW zijn er voor 2015 geen programma's of programmaonderdelen die zich specifiek richten op verslavingszorg.

Vraag 8:

Wat zijn de laatste kerncijfers t.a.v. de werkzame verloskundigen? Hoeveel verloskundigen zijn verbonden aan Verloskundige Samenwerkings Verbanden (VSV's)? Zijn er ten aanzien hiervan doelen voor 2015? Zijn VSV's zelfstandig of juridisch en financieel onderdeel van ziekenhuizen?

Antwoord 8:

In de tabel op pagina 152 van de begroting van VWS staan de laatste kerncijfers ten aanzien van de werkzame verloskundigen. In 2013 waren dat er 2.852. Alle verloskundigen zijn verbonden aan één of meerdere verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). De mate van organisatie van een VSV is divers, zo blijkt ook uit het inspectierapport van juni 2014 «Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen». VSV's zijn in principe zelfstandig, maar kunnen ook onderdeel zijn van een ziekenhuis. Dit kan per regio verschillen. Van belang is dat een VSV een multi-disciplinair bestuur heeft. De taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers moeten zijn vastgelegd, zo luidt de norm van de inspectie.

Vraag 9:

Kan de reden worden geduid waarom gehoorschade niet terug komt in de beleidsagenda, gezien de blijvende ernst van de schade bij jongeren, dat nog wel te vermijden is?

¹ http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en

Antwoord 9:

De beleidsagenda geeft de hoofdlijnen van ons beleid weer. Niet alle onderwerpen kunnen daarin worden behandeld, de beleidsagenda biedt geen uitputtend overzicht. Mijn inzet gericht op de preventie van gehoorschade door muziek is opgenomen in de begroting van VWS onder artikel 1 – Volksgezondheid.

Vraag 10:

Wat is het beleid op het gebied van preventie van gehoorschade? Welke prioriteiten/activiteiten onderneemt het Ministerie van VWS naast het convenant gehoorschade?

Antwoord 10:

De preventie van gehoorschade door muziek is belangrijk: eenmaal opgelopen permanente gehoorschade is namelijk niet meer te genezen of te repareren. Ik vind het belangrijk dat mensen op een voor het gehoor veilige manier kunnen uitgaan. Daarom heb ik in februari 2014 een convenant met de muzieksector afgesloten waarin onder andere een maximaal geluidsniveau is afgesproken. Als onderdeel van het convenant start in het najaar van 2014 de campagne voor het op een voor het oor veilige manier genieten van muziek. Hierin wordt naast het uitgaan ook aandacht besteed aan het veilig luisteren naar personal music players. Omdat preventie belangrijk is, heb ik de Nationale Hoorstichting gevraagd om voorlichtingslessen over veilig genieten van muziek voor scholen (primair en voortgezet onderwijs) te ontwikkelen en te geven. Ook is het thema «preventie gehoorschade» opgenomen in het themacertificaat «hygiëne, huid, gebit en gehoor» van het vignet Gezonde School. Daarnaast is het thema »preventie gehoorschade» opgenomen in het Nationaal Programma Preventie.

Vraag 11:

Welk bedrag is er langjarig beschikbaar voor het verbeteren van de situatie rondom orgaandonatie? Hoe wordt dit ingezet?

Antwoord 11:

Voor orgaandonatie is in 2015 en 2016 een bedrag van circa € 16,6 miljoen per jaar beschikbaar en vanaf 2017 jaarlijks circa € 9,5 miljoen om activiteiten rond orgaandonatie vorm te geven.

Van de nu jaarlijks beschikbare € 16,6 miljoen worden structureel de activiteiten gefinancierd van de Nederlandse Transplantatie Stichting voor haar activiteiten op het gebied van donorwerving en donorvoorlichting, de subsidieregeling donatie bij leven, de publiekscampagne orgaandonatie en het Donorregister. (€ 7,6 miljoen)

Daarnaast worden van dit bedrag pilots in de ziekenhuizen gefinancierd die beleid en organisatie van donorwerving in ziekenhuizen moeten verbeteren. (€ 9 miljoen). Van dit bedrag is € 7,5 miljoen bestemd voor de landelijke implementatie van de pilots Zelfstandige uitnameteams en verbeteren structuur donorwerving. In 2015 wordt € 1,5 miljoen besteed aan pilots om het aantal non-heartbeating donoren te verhogen.

Over het vervolg van de pilots in ziekenhuizen zal ik u in mijn standpunt op de evaluatie van die projecten informeren. Dit standpunt zult u in november 2014 ontvangen.

Vraag 12:

Kan toegelicht worden in hoeverre zorgverzekeraars een zorgplicht hebben ten opzichte van verzekerden die naar o.a. Syrië zijn vertrokken om daar te vechten voor IS, en in die strijd gewond zijn geraakt?

Antwoord 12:

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor al hun verzekerden. De polisvoorwaarden van de zorgverzekering sluiten veelal de schade uit die wordt veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog en dergelijke zoals aangegeven in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Verzekeraars hebben deze risico's ondergebracht bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT). Deze beoordeelt of schade voor herverzekering in aanmerking komt.

Vraag 13:

Hoe wordt de financiering van opleidingen als kinderpsychiatrie geborgd na 1 januari 2015? Moet na de decentralisatie van de jeugdzorg vanaf 2015 ook de academische kinder- en jeugdpsychiatrie voor zijn financiering bij de gemeente zijn?

Antwoord 13:

De financiering van de zorgopleidingen die reeds in aanmerking komen voor beschikbaarheidsfinanciering, blijft na 1 januari 2015 ongewijzigd. Een beperkte groep instellingen levert geestelijke gezondheidszorg aan uitsluitend jeugdigen tot 18 jaar. Zij komen vanaf 2015 daardoor niet meer voor de beschikbaarheidsfinanciering in aanmerking. Voor deze groep instellingen is de financiering geborgd via de Subsidieregeling Opleidingen in een Jeugd ggz-instelling (Staatscourant, nr. 28775). Kinder- en jeugdpsychiatrie komt als onderdeel binnen de opleiding tot psychiater in aanmerking voor beschikbaarheidsfinanciering of financiering op basis van de subsidieregeling.

De zorg die door de academische kinder- en jeugdpsychiatrie geleverd wordt, valt vanaf 1 januari 2015 ook onder de verantwoordelijkheid van gemeenten: de VNG heeft de academische functie met een landelijke instroom meegenomen in de landelijke raamcontracten.

Vraag 14:

Kan een tabel worden geleverd waarin alle voornemens uit het Regeerakkoord ten aanzien van de langdurige zorg zijn opgenomen, waarbij de verwachte opbrengsten van beleid zijn geactualiseerd naar aanleiding van alle nadere uitwerkingen en bijstellingen die sindsdien hebben plaatsgevonden?

Vraag 15:

Kan een tabel worden geleverd waarin alle voornemens uit het Regeerakkoord ten aanzien van de langdurige zorg staan opgenomen, waarbij wordt aangegeven welke bedragen vanaf 2015 en structureel beschikbaar zijn voor alle genoemde onderdelen? Het gaat hier dus expliciet niet om de opbrengsten van de maatregelen, maar juist om de bedragen die in de toekomst beschikbaar zijn voor deze onderdelen van de langdurige zorg.

Antwoord 14 en 15:

Tabel 14 presenteert de financiële effecten van de voornemens uit het Regeerakkoord ten aanzien van de langdurige zorg. De tabel is opgedeeld in drie onderdelen.

- In onderdeel A zijn de oorspronkelijke opbrengsten van de maatregelen opgenomen. In totaal is er in het regeerakkoord een bedrag aan maatregelen opgenomen dat oploopt van € 2,6 miljard in 2015 naar bijna € 3,4 miljard in 2018. Dit is te zien op regel A9.
- Onderdeel B laat de verzachtingen zien die het kabinet heeft doorgevoerd sinds het regeerakkoord. De verzachtingen zijn weergegeven per besluitvormingsmoment. In totaal bedragen de verzachtingen in 2015 bijna € 1,4 miljard aflopend tot circa € 1,25 miljard in 2018 (regel B9).

- Onderdeel C geeft de actuele stand van de opbrengsten per regeerakkoordmaatregel weer. Per maatregel is aangegeven hoe deze is opgebouwd vanuit de oorspronkelijke regeerakkoordmaatregel (uit onderdeel A) en de verschillende verzachtingen (uit onderdeel B). Per saldo zijn de opbrengsten van de maatregelen uit het regeerakkoord in 2015 dus verzacht van € 2,6 miljard naar € ruim 1,25 miljard in 2015. In 2018 zijn de regeerakkoordmaatregelen verzacht van € 3,4 miljard naar ruim € 2,1 miljard (regel C9).
- Onderdeel D laat het bedrag zien dat als dekking is ingezet voor de verzachtingen. De dekkingsmaatregelen zijn betaald door vermindering van de incidentele looncomponent, vermindering van de groeiruumte care 2015 en 2016 tot het niveau van demografische groei, een deel van de groeiruumte 2017, verlaging van de intramurale tarieven, verschuivingen binnen het budgettair kader zorg en een meevallende ontwikkeling in het budgettair kader zorg. Hiermee is een bedrag aan dekking gerealiseerd dat oploopt van bijna € 1,0 miljard in 2015 tot circa € 1,2 miljard in 2018.
- Het bedrag op regel E is vergelijkbaar met het totaal bedrag aan taakstellingen voor de langdurige zorg zoals opgenomen in de nota naar aanleiding van het verslag Wlz (TK 2013–2014, 33 891, nr. 9, blz 216–217).

Ten opzichte van de reeksen in dat Kamerstuk heeft het kabinet nog de volgende mutaties verwerkt in de tabel. Er zijn extra middelen aan gemeenten beschikbaar gesteld voor een huishoudelijke hulptoelage (€ 75 miljoen in 2015 en 2016). Dit is gedekt via een kasschuif binnen de regeerakkoordmaatregel Intensivering arbeidsmarkt zorg. Bij de Algemene Politieke Beschouwingen is hier nog een bedrag van € 40 miljoen in 2015 aan toegevoegd. Daarmee krijgen gemeenten de mogelijkheid om arbeidsplaatsen in de huishoudelijke hulp te behouden. Tot slot is in 2018 een deel van de groeiruumte 2017 ingezet binnen de totale budgettaire plaat van de langdurige zorg (€ 113 miljoen).

Tabel 14.1 : Ontwikkeling ombuigingen hervorming langdurige zorg (in miljoenen euro)

		2015	2016	2017	2018
A: Taakstellingen regeerakkoord:					
A1	Korting persoonlijke verzorging/beleiding (PV/BGL)	-1.607	-1.607	-1.622	-1.632
A2	Kern-awbz		-45	-500	-500
A3	Verpleging naar Zvw			-30	-30
A4	Extramuraliseren zpz 4		-35	-70	-75
A5	Eigen bijdrage AWBZ	-40	-50	-50	-50
A6	Intensivering arbeidsmarkt			100	100
A7	Korting huishoudelijke hulp (A7+B7)	-975	-1.140	-1.140	-1.140
A8	Uitgaven beperken scootmobiel	-15	-25	-50	-50
A9	Totaal ombuigingen RA (A1 t/m A8)	-2.637	-2.902	-3.362	-3.377
B: Verzachtingen per maatregel sinds regeerakkoord :					
Zorgakkoord/voorjaar 2013					
B4	Verzachten extramuralisering	30	130	280	300
B7	Verzachten korting huishoudelijke hulp	510	530	530	530
VNG-akkoord/begrotingsakkoord najaar 2013					
B1	Verzachting korting beleiding gemeenten	200	200	200	200
B1	Extra middelen overgangsrecht Wlz	125	75	70	65
B1	Extra middelen overgang cliënten Zvw	100			
Aanpassingen voorjaar 2014 (begrotingsakkoord 2015)					
B1	Extra middelen overgangsrecht Wmo	195	165	50	40
B1	Verzachten taakstelling dagbesteding/BG	100	100	100	100
B4	Verzachten extramuralisering VV4/VG3	5	35	50	60
B7	Toelage HH /arbeidsmarkt	75	75		
B6	Kasschuif intensivering arbeidsmarkt			-50	-50
APB motie Slob					
B7	Toelage HH /arbeidsmarkt	40			
B9	Totaal verzachtingen (B1 t/m B7)	1.380	1.310	1.230	1.245
C: Actuele stand per maatregel na verzachtingen:					
C1	Korting persoonlijke verzorging/beleiding (A1+B1)	-887	-1.067	-1.202	-1.227
C2	Kern-awbz		-45	-500	-500
C3	Verpleging naar Zvw			-30	-30
C4	Extramuraliseren, saldo kabinet Rutte-Asscher (A4+B4)	35	130	260	285
C5	Eigen bijdrage AWBZ	-40	-50	-50	-50
C6	Intensivering arbeidsmarkt (A6+B6)			50	50
C7	Korting huishoudelijke hulp (A7+B7)	-350	-535	-610	-610
C8	Uitgaven beperken scootmobiel	-15	-25	-50	-50
C9	Totaal ombuigingen na verzachtingen (A9+B9)	-1.257	-1.592	-2.132	-2.132
D	Diverse dekkingsmaatregelen	-970	-939	-1.075	-1.207
E	Taakstellingen cf nota nav verslag Wlz (C9 + D)	-2.227	-2.531	-3.207	-3.339

In tabel 15 is zichtbaar welke bedragen in de ontwerpbegroting VWS beschikbaar zijn voor het «oude»AWBZ-domein. Dit betreft vanaf 2015 de middelen voor de Wlz en de bedragen die vanuit de AWBZ zijn overgeheveld voor nieuwe taken op de begroting van VWS en V&J, Zvw, Wmo 2015 en Jeugd alsmede middelen voor bestaande taken op het terrein van de huishoudelijke hulp in de Wmo.

Tabel 15 : Uitgaven aan "oude" AWBZ-domein 2013-2018, stand ontwerpbegroting 2015

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AWBZ/Wlz-uitgaven (*)	27.511	28.107	19.456	19.147	19.311	19.900
Naar begroting VWS en V&J (*)		17	179	177	172	172
Naar Zvw (**)			3.392	3.777	3.994	4.112
Naar Wmo nieuwe taken (*)			3.510	3.589	3.453	3.444
Naar Wmo HV (*)			142	142	142	142
Naar Jeugd nieuwe taken (*)			1.157	1.087	1.030	1.045
Totaal uitgaven oud AWBZ-domein	27.511	28.124	27.836	27.920	28.103	28.816

(*) Bron 2013 : Jaarverslag VWS 2013, tabel 22. Bron 2014-2017: Ontwerpbegroting VWS 2015, tabel 10

(**) Bron: Ontwerpbegroting VWS 2015, tabel 7A

In 2013 bedroegen de bruto AWBZ-uitgaven ruim € 27,5 miljard. Voor 2015 is er (verspreid over de domeinen) een bedrag beschikbaar van € 27,8 miljard. Dit bedrag loopt geleidelijk verder op naar € 28,8 miljard in 2018.

De uitgaven aan langdurige zorg nemen in deze periode dus per saldo toe. Door de (verzachte) maatregelen uit het regeerakkoord is de uitgavenstijging kleiner dan bij ongewijzigd beleid.

Vraag 16:

Ten aanzien van de Wlz was oorspronkelijk de verwachting dat op termijn circa 200.000 mensen gebruik zouden maken van deze zorg. Inmiddels hebben op onderdelen aanpassingen plaats gevonden, bijvoorbeeld ten aanzien van de «vergeten groep». Kan de Staatssecretaris, gezien deze aanpassingen, aangeven wat nu de verwachting is ten aanzien van het aantal mensen dat op termijn gebruik zal maken van de Wlz? Welke financiële consequenties brengt deze actualisatie met zich mee?

Antwoord 16:

De verwachting is dat het aantal Wlz-cliënten op ca. 295.000 uitkomt in 2015.

De financiële consequenties zijn doorgerekend. Hiermee wordt rekening gehouden bij de vaststelling van de contracteerruimte voor de zorgkantoren en de budgetten voor de Zvw, Jeugdwet en de Wmo 2015. De definitieve aanwijzing Wlz is op 3 november aan uw Kamer gestuurd waarin het budget van de Wlz bekend is gemaakt (TK 33 891, nr. 173).

Vraag 17:

Voor hun lokale aanpak krijgen gemeenten met kwetsbare wijken in 2014 al € 10 miljoen per jaar via de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad (GIDS). Per januari 2015 worden daar nog eens € 10 miljoen aan toegevoegd. Daarmee komt het totaal van deze uitkering op € 20 miljoen per jaar, zodat nog meer gemeenten en wijken in aanmerking komen. Kan de Staatssecretaris toelichten waar dezen 20 miljoen exact vandaan komt en wanneer besluitvorming hierover heeft plaatsgevonden?

Antwoord 17:

Sinds 2006 is er structureel € 5 miljoen per jaar beschikbaar voor de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden op lokaal niveau. Van 2006 t/m 2014 zijn deze middelen via de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad toegekend aan de 31 grootste steden in Nederland. Vanaf 2014 is dit bedrag verdubbeld naar € 10 miljoen zodat ook middelgrote gemeenten en gemeenten in krimpgebieden in aanmerking kunnen komen voor deze middelen. Het gaat hier om middelen die zijn vrijgekomen doordat enkele ZonMw-programma's in 2013 zijn afgerond. Vanaf 2015 komt daar nog € 10 miljoen bij via de begroting van het Ministerie van BZK. Het gaat om middelen die in 2013 en 2014 via de decentralisatie-uitkering Zichtbare Schakel bestemd geweest zijn om de wijkverpleegkundige Zichtbare Schakels te continueren. De bekostiging van wijkverpleegkundigen vindt vanaf 2015 via de Zorgverzekeringswet (Zvw) plaats. Hiermee is zowel de zorg- als de coördinerende en regisserende taak van de wijkverpleegkundige geborgd. Daarom hebben VWS en BZK medio 2014 besloten om de middelen toe te voegen aan de GIDS-gelden, zodat meer gemeenten met kwetsbare wijken extra ruimte hebben om de schakel te organiseren tussen gemeentelijke (welzijns)voorzieningen en eerstelijnszorg.

Vraag 18:

De hoofdlijnenakkoorden en het preferentiebeleid leveren een flinke bijdrage aan een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven. In hoeverre is hier sprake van een structurele ontwikkeling?

Antwoord 18:

De hoofdlijnenakkoorden zijn gesloten voor de periode tot en met 2017. Voor deze jaren zijn afspraken gemaakt over de beschikbare budgettaire kaders waarbij er sprake is van een gematigde groei. Om deze gematigde groei te realiseren is in de hoofdlijnenakkoorden een inhoudelijke agenda afgesproken die mogelijk een structurele werking heeft. In de VWS-begroting is een technische extrapolatie op basis van de meest recente middellangetermijnverkenning van het CPB voor de jaren na 2017 opgenomen. Met een mogelijk structureel effect van het huidige kabinetsbeleid in de vorm van een gewijzigde *groeivoet* na 2017 is dus geen rekening gehouden. Het lagere uitgavenniveau uit hoofde van de hoofdlijnenakkoorden ultimo 2017 is wel structureel doorgetrokken. Het preferentiebeleid heeft er voor gezorgd dat de uitgaven aan geneesmiddelen zijn gedaald: dit is een structurele ontwikkeling en de financiële gevolgen hiervan zijn ook budgettair structureel verwerkt in de vorm van een lager uitgavenniveau.

Vraag 19:

De hoofdlijnenakkoorden, het preferentiebeleid en de verbeteringen in het zorgstelsel dragen bij aan een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven. Kan uitgesplitst worden welke bijdrage deze drie factoren gespeeld hebben bij de lagere daadwerkelijke uitgaven in vergelijking met de ramingen?

Antwoord 19:

In de begroting 2015 is zichtbaar gemaakt hoe de uitgaven in de zorg voor de periode 2011–2015 zich verhouden tot de uitgaven in de periode daarvoor. Concreet zijn de collectieve zorguitgaven in de periode 2005–2010 met gemiddeld 5,7% per jaar gestegen, terwijl de groei in de periode 2011–2015 ruim de helft lager zal zijn: gemiddeld circa 2,3% nominaal. De hoofdlijnenakkoorden en verschillende structuurversterkende maatregelen in de zorg hebben bijgedragen aan de meer gematigde uitgavenontwikkeling. Dit is een totaalpakket aan maatregelen die niet los van elkaar kunnen worden gezien in termen van financiële opbrengst en niet uitgesplitst kunnen worden. Het gaat onder andere om meer efficiency en het slimmer organiseren van de zorg, versterkt inkoopbeleid verzekeraars, het scherper stellen van aanspraken op verzekerde zorg (gepast gebruik, minder praktijkvariatie), het tegengaan van verspilling en de aanpak van fraude en onnodige bureaucratie. In de verschillende bestuurlijke akkoorden in de curatieve zorg zijn in navolging van eerdere akkoorden voor de jaren 2014–2017 concrete afspraken gemaakt over een gematigde groei van 1% nominale groei per jaar voor de medisch specialistische zorg en de curatieve GGZ en 2,5% voor de eerstelijnszorg.

Met betrekking tot het preferentiebeleid verwijs ik u naar de brief aan de Tweede Kamer van 18 september 2014 over de Ontwerpregeling wijziging van Regeling maximumprijzen geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 294).

Vraag 20:

Er wordt op verschillende plekken in de toelichting gesproken over een (structurele) beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven. Hoe verhoudt zich dit tot de opmerkingen van de Raad van State (in het advies over de Miljoenennota) waarin zij erop wijst dat de opwaartse trend in de

zorguitgaven na 2015 onvoldoende wordt doorbroken met het thans in gang gezette beleid, en de opmerking van de Minister van Financiën (in het nader rapport over de ontwerpMiljoenennota) dat met een mogelijk structureel effect van het huidige kabinetsbeleid na 2017 geen rekening is gehouden?

Antwoord 20:

Het kabinet streeft naar een beheerste ontwikkeling van de collectief gefinancierde zorguitgaven op de korte en op de lange termijn. Zoals in de begroting is aangegeven dragen maatregelen op het terrein van onder andere de geneesmiddelen en de Zorgverzekeringswet hieraan bij.

De Raad van State wijst in haar advies over de Miljoenennota op de trendmatige stijging van de zorgkosten voor de jaren na 2017, zoals opgenomen in de begroting van het Ministerie van VWS. Deze trendmatige stijging betreft echter een technische extrapolatie op basis van de meest recente middellange-termijnraming (MLT) die het Centraal Planbureau (CPB) in juni 2012 heeft gemaakt, ten tijde van aan de formatie van het huidige kabinet. Een mogelijk structureel effect van het kabinetsbeleid op de trendmatige stijging van de zorguitgaven na 2017 maakt derhalve nog geen deel uit van deze MLT. In de MLT die het CPB voorafgaand aan de volgende kabinetsperiode maakt zal dat wel het geval zijn.

Vraag 21:

Fraude in de zorg is een risico voor de solidariteit en betaalbaarheid van de zorg. Kan worden toegelicht welke onderzoeken op dit moment lopen naar fraude in de zorg, en wanneer deze naar verwachting zijn afgerond?

Antwoord 21:

Hieronder gaan wij in op de onderzoeken die bij ons bekend zijn, die het casuïstische niveau overstijgen en door ketenpartners (NZa, ZN, FIOD, ISZW, Belastingdienst, IGZ) worden uitgevoerd op het gebied van fraude en/of financiële onregelmatigheden. Wij hebben de NZa verzocht om de omvang van zorgfraude en de kwetsbaarheden in het zorgstelsel te onderzoeken. De NZa doet in dit kader onderzoek naar de declaratiebestanden in de Geneeskundige GGZ, de farmaceutische zorg, de huisartsenzorg, de mondzorg, de medisch specialistische zorg, de fysiotherapie, en het persoonsgebonden budget en de zorg in natura bij zorg geleverd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In de derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg informeren wij u over de resultaten van dit onderzoek. In de derde voortgangsrapportage informeren wij uw Kamer tevens over het onderzoek van de NZa naar onrechtmatige declaraties upcoding AWBZ.

Vraag 22:

Is de Minister voornemens om de subsidie aan het Geneesmiddelenbulletin te continueren? Zo nee, waarom niet? Zo ja, in welke vorm en onder welke voorwaarden?

Antwoord 22:

Ik heb het functioneren van het Geneesmiddelenbulletin in de eerste helft van dit jaar laten evalueren door het onderzoeksbureau Significant. Het Geneesmiddelenbulletin wordt momenteel met behulp van subsidiegelden van VWS gefinancierd. Om vast te kunnen stellen of met de subsidiegelden het beoogde effect wordt bereikt, is het gebruikelijk op gezette tijden de subsidierelaties die VWS onderhoudt, te evalueren.

Ik wil de subsidieverlening aan het Geneesmiddelenbulletin onder strikte condities voortzetten. De evaluatie concludeert dat het maatschappelijk rendement van deze voorziening wordt vergroot door een intensieve

samenwerking tussen bestaande voorzieningen en het ontsluiten van informatie via één centraal punt. Uit de evaluatie is naar voren gekomen dat het Farmaceutisch Kompas van het Zorginstituut Nederland veruit het meeste door zorgverleners wordt geraadpleegd in de dagelijkse praktijk bij het voorschrijven van geneesmiddelen. Het Kompas acht ik daarom bij uitstek geschikt als het «centrale loket» voor onafhankelijke farmacotherapeutische informatie. Het centrale loket moet dienen als vindplaats waarlangs alle informatie ontsloten kan worden.

Ik vind het noodzakelijk dat het Geneesmiddelenbulletin de ruimte biedt om de eigen informatie te ontsluiten via het Kompas en daarnaast actief de verbinding met anderen aan te gaan. Ik wil het Geneesmiddelenbulletin twee jaar de gelegenheid geven om tot een intensieve samenwerking te komen in de vorm van regulier overleg en nadere afstemming over taak en onderwerpen met het Kompas, de Geneesmiddeleninformatiebank van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en Lareb. Ik vind het hierbij belangrijk dat de samenwerking plaatsvindt met behoud van de eigen rol en verantwoordelijkheid van het Geneesmiddelenbulletin. Daarnaast vind ik dat het Geneesmiddelenbulletin hun informatie, naast vermelding in de papieren versie van het Geneesmiddelenbulletin, tijdschriften en op de eigen website, zoveel mogelijk ook via de website van het Kompas moet ontsluiten.

Ik ben ervan overtuigd dat met de beoogde nauwe samenwerking en interactie de samenhang tussen voorzieningen en het rendement in zijn geheel nog verder kan worden vergroot. Ik zal aan de hand van een evaluatie begin 2017 vaststellen of aan de voorwaarden van samenwerking en interactie is voldaan. Tegen de achtergrond van de uitkomst van deze evaluatie zal ik de subsidierelatie met het Geneesmiddelenbulletin opnieuw bezien en beoordelen.

Vraag 23:

In hoeverre wil de regering toewerken naar een goed arsenaal van point-of-care testen in de huisartsenpraktijk, zodat de diagnose snel en dichtbij huis kan worden gesteld? Hoe wordt deze ontwikkeling gestimuleerd en welke belemmeringen worden er ervaren?

Antwoord 23:

Point-of-care testen in de huisartsenpraktijk kunnen op zich een goede aanvulling zijn op het huidige arsenaal aan diagnostiek. Op dit moment ben ik bezig een visie op de eerstelijnsdiagnostiek te formuleren. Begin 2015 informeer ik u over deze visie en de stappen die genomen kunnen worden om die te realiseren. Daarbij zal ook uitgebreid worden ingegaan op het stimuleren van point-of-care testen in de huisartsenpraktijk.

Vraag 24:

Hoeveel en welke interim--managers zijn in 2014 werkzaam (geweest), uitgesplitst naar alle zorgsectoren?

Antwoord 24:

De feiten en cijfers over de Wnt (wet normering topinkomens) worden jaarlijks vóór 31 december naar de Kamer gestuurd op grond van artikelen 7.1 van de Wnt. Voor de beantwoording van uw vraag moet ik u naar dat nog komende overzicht verwijzen. Het overzicht over het verslagjaar 2012 (het laatste jaar vóór inwerkingtreding van de Wnt) vindt u in TK 30 111, nr. 66.

Vraag 25:

Hoeveel topbestuurders kent Nederland, per sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH en wie zijn dit? Wat is de salariering van alle topbestuurders per naam en sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH?

Antwoord 25:

De feiten en cijfers over de Wnt (wet normering topinkomens) worden jaarlijks vóór 31 december naar de Kamer gestuurd op grond van artikelen 7.1 van de Wnt. Voor de beantwoording van uw vraag moet ik u naar dat nog komende overzicht verwijzen. Het overzicht over het verslagjaar 2012 (het laatste jaar vóór inwerkingtreding van de Wnt) vindt u in TK 30 111, nr. 66.

Vraag 26:

Aan welke politieke partijen zijn de topbestuurders gelieerd, per naam en sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH?

Antwoord 26:

Dit gegeven wordt niet verantwoord in het kader van de Wnt (wet normering topinkomens). De vraag kan derhalve niet worden beantwoord in het kader van de feiten en cijfers over de Wnt (wet normering topinkomens) die jaarlijks vóór 31 december naar de Kamer gestuurd op grond van artikelen 7.1 van de Wnt. De gevraagde gegevens zijn ook niet via andere wegen bekend.

Vraag 27:

Welke maatregelen worden genomen om de kloof tussen de werkvloer en topbestuur op te heffen?

Antwoord 27:

Uit de vraag wordt niet duidelijk welke kloof wordt bedoeld. Omdat de vraag wordt gesteld bij de vragen die over topinkomens gaan, ga ik er van uit dat wordt bedoeld op de lonen in zorginstellingen. Het loongebouw in de zorg wordt aan de onderkant begrensd door het wettelijk minimumloon en aan de bovenkant door de Wnt-norm (wet normering topinkomens). Zowel de top als de bodem van het loongebouw zijn dus inmiddels genormeerd. De normering van de top wordt op grond van het regeerakkoord nog aangescherpt.

Vraag 28:

Is de Minister bereid topsalarissen wettelijk in te perken en deze te koppelen aan de CAO voor de zorg?

Antwoord 28:

Met de Wnt (wet normering topinkomens) zijn de salarissen van de topfunctionarissen genormeerd. Op grond van het regeerakkoord wordt de huidige Wnt nog aangescherpt.

In de Wnt is een eigenstandige indexeringsregel vastgelegd voor de normering. Zo houdt het kabinet de ontwikkeling van de normen, conform waar de wetgeving voor in het leven is geroepen, in eigen hand en wordt het niet afhankelijk van cao-afspraken.

Inmiddels heeft de Tweede Kamer de wet aangenomen die de verlaagde Wnt-norm vastlegt: Wnt2. Het wetsvoorstel is daarna direct naar de Eerste Kamer gestuurd ter behandeling.

Vraag 29:

Welke onderzoeken heeft VWS extern laten uitvoeren, en bij wie? Welke kosten waren hiermee gemoeid? Is er tussen VWS en de onderzoekers gesproken over de concept- conclusies?

Antwoord 29:

De administratieve systemen van VWS zijn – conform rijksbrede voorschriften – niet zodanig ingericht dat deze vraag kan worden beantwoord. «Onderzoek» vormt geen aparte uitgavencategorie binnen de administratie en kan door de complexiteit van het systeem niet op korte termijn volledig en uitputtend worden opgeleverd. Zoals gebruikelijk worden conceptconclusies van onderzoeksrapporten voor check op feitelijke onjuistheden voorgelegd.

Vraag 30:

Kunt u een overzicht sturen hoeveel gemeenten externe adviesbureaus hebben ingeschakeld met betrekking tot de decentralisatie?

Antwoord 30:

Nee. Ik vraag niet aan gemeenten om centraal te registreren of men geld uitgeeft aan de inhuur van externe adviesbureaus. De colleges van burgemeester en wethouders leggen over hun uitgaven verantwoording af in de gemeenteraad.

Vraag 31:

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

Antwoord 31:

In het navolgende overzicht is de huidige bezetting in fte van het kerndepartement, de inspecties, de raden, het SCP, de baten/ lasten-diensten en de ZBO's opgenomen inclusief een vergelijking met de bezetting een jaar geleden (peildatum eind augustus). Voor de ZBO's is gebruik gemaakt van de cijfers die zijn aangeleverd bij het Ministerie van BZK ten behoeve van de Jaarrapportage Bedrijfsvoering Rijk 2013. De peildatum hiervoor was ultimo 2012 en ultimo 2013.

	aantal fte eind augustus 2014	aantal fte eind augustus 2013	verloop
VWS Kerndepartement	1.116,53	1.037,00	79,53
Projectdirectie ALT	162,06	157,40	4,66
IGZ	528,20	513,50	14,70
IJZ	51,54	48,90	2,64
Inspecties totaal	579,74	562,40	17,34
SCP	81,36	88,10	- 6,74
GR	39,20	46,60	- 7,40
CCMO	18,29	18,10	0,19
RVZ	18,83	19,90	- 1,07
Raden en SCP totaal	157,68	172,70	- 15,02
ACBG	266,94	267,80	- 0,86
CIBG	218,53	222,00	- 3,47
RIVM	1.358,29	1.354,70	3,59
De Lindenhorst		78,40	- 78,40
Rijksinrichting Almata		229,30	- 229,30
Baten-latendiensten totaal	1.843,75	2.152,20	- 308,45
Totaal exclusief ZBO's	3.859,78	4.081,70	- 221,92
Zorginstituut NL	376	355	21
NZa	290	249	41
ZonMW	184,1	139	45,1
CAK	754	736	18
CIZ	1.036	1.171	- 135
ZBO's totaal	2.640,1	2.650	- 9,9

	aantal fte eind augustus 2014	aantal fte eind augustus 2013	verloop
Totaal inclusief ZBO's	6.499,88	6.731,70	- 231,82

Vraag 32:

Zijn er mensen bij organisaties, gelieerd aan de overheid in de zorg, graag uitgesplitst in het Ministerie van VWS, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie jeugdzorg, RIVM, NZa, CIZ, CVZ(Zorginstituut), e.d. die meer verdienen dan een Minister? Zo ja, bij welke organisaties komt het voor, en hoeveel zijn het er?

Antwoord 32:

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

Vraag 33:

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

Antwoord 33:

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

Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen maandelijks gepubliceerd vanaf 1 januari 2013. Informatie over dienstreizen en de kosten is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 34:

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

Antwoord 34:

Zie de onderstaande tabel, betreft ambtelijke contacten met Kamerleden en/of politieke partijen van 29 oktober 2013 (begrotingsbehandeling VWS) tot heden.

Ambtenaar	Fractie	Datum	Aard van het contact	Onderwerp
2 medewerkers kerndepartement VWS.	D66	03-11-2013	Bezoek	Voeding, etikettering en voedselveiligheid.
Medewerker VWS kerndepartement.	VVD	17-12-2013	Bezoek	Oorlogsgetroffenen en herinneringsdossier.
Medewerker kerndepartement VWS.	D66	Januari 2014	Bezoek, telefonisch-, mail.	Verwijsbericht euthanasie en actieve donorregistratie.
3 medewerkers van RIVM, Volksgezondheid en Zorg/ Centrum Gezondheidsbescherming/ Productsamenstelling.	D66	17-01-2014	bezoek	Cannabis.
Medewerker RIVM, Volksgezondheid en Zorg/ Centrum Gezondheidsbescherming/ Productsamenstelling.	PvdA	31-01-2014	Bezoek	Cannabis.

Ambtenaar	Fractie	Datum	Aard van het contact	Onderwerp
4 medewerkers kerndepartement VWS.	SGP	08-04-2014	Bezoek	Mantelzorg.
Medewerker RIVM.	CU	Mei 2014	Bezoek	Informatie over het effect van het afsteken van vuurwerk op de fijnstof in de lucht.
Directeur kerndepartement VWS.	VVD	20-05-2014	Bezoek	NZa
Directeur en medewerker kerndepartement VWS.	GL	28 augustus 2014	Bezoek	Dossier Wet Langdurige Zorg, i.v.m. inwerken Kamerlid op dossier in korte tijd.
SG.	VVD (Voorzitter CIE VWS TK)	03-09-2014	Bezoek	Kennismaking.
2 medewerkers kerndepartement VWS.	PVDA	02-10-2014	Bezoek	Initiatiefwetsvoorstel Erkenning Nederlandse Gebarentaal.
3 medewerkers kerndepartement VWS.	PvdA	02-10-2014	Bezoek	Erkenning van de gebarentaal.
SG.	SP (voorzitter CIE VWS EK)	07-10-2014	Bezoek	Kennismaking.
IG.	VVD	15-10-2014	Bezoek	IGZ-toezicht op kwaliteitsbeleid zorginstellingen, patiëntveiligheid en medicatieveiligheid.

Vraag 35:

Kunt u een overzicht geven van binnenlandse congressen waaraan ambtenaren deelnamen? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven in 2013? Kunt u aangeven wat het doel was van deze congressen?

Antwoord 35:

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 36:

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

Antwoord 36:

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 37:

Hoe vaak werden reizen en congressen geheel of gedeeltelijk bekostigd door externe partijen?

Antwoord 37:

Er is zoals bij vraag 33 aangegeven op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden op welke wijze het beleid wordt gemaakt, welke overleggen hiervoor zijn gevoerd, welke congressen worden bezocht of welke werkbezoeken worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Tot het najaar van 2012 was in het algemeen de lijn dat wanneer een VWS'er was uitgenodigd om een inleiding te houden, de deelname- en verblijfkosten voor rekening van de uitnodigende partij konden zijn. Met ingang van het parlementaire jaar in september 2012 hanteert VWS de lijn dat ook in zulke gevallen VWS bij volledige deelname aan het congres de deelname- en verblijfkosten voor eigen rekening neemt.

Vraag 38:

Door wie werden de reizen waar ambtenaren aan deelnamen of hun verblijven bekostigd en wat was de bijdrage?

Antwoord 38

Er is zoals bij vraag 33 aangegeven op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden op welke wijze het beleid wordt gemaakt, welke overleggen hiervoor zijn gevoerd, welke congressen

worden bezocht of welke werkbezoeken worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Tot het najaar van 2012 was in het algemeen de lijn dat wanneer een VWS'er was uitgenodigd om een inleiding te houden, de deelname- en verblijfkosten voor rekening van de uitnodigende partij konden zijn. Met ingang van het parlementaire jaar in september 2012 hanteert VWS de lijn dat ook in zulke gevallen VWS bij volledige deelname aan het congres de deelname- en verblijfkosten voor eigen rekening neemt.

Vraag 39:

Welke voorwaarden worden gesteld aan deelname aan dergelijke reizen en congressen?

Antwoord 39

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 40:

Met welke maatregelen komt het kabinet om de overtollige reserves bij de zorgverzekeraars te laten terugvloeien naar de premiebetaler?

Antwoord 40:

Ik neem geen maatregelen om te komen tot een beperking van de reserves. Ik heb hier conform het stelsel ook geen juridische mogelijkheden toe. Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de Wet op het financieel toezicht en daarmee aan de Europese richtlijnen/verordeningen voor (schade)verzekeringen. De Europese dimensie wordt sterk bepaald door toegankelijkheid van de nationale markten door organisaties uit de gehele EU. Beperking van de reserves door bijvoorbeeld maximum solvabiliteitseisen is geen onderdeel van het huidige stelsel en kunnen door de EC aangemerkt worden als een belemmerende regeling voor niet-Nederlandse verzekeraars die op de Nederlandse (zorg-)verzekeringsmarkt toe willen treden.

Daarnaast zijn reserves bij zorgverzekeraars noodzakelijk voor een gezonde financiële positie van de verzekeraar, waarmee de zorgplicht ook in mindere periodes kan worden nagekomen. Hierbij houden zorgverzekeraars rekening met toekomstige ontwikkelingen en onzekerheden die hun financiële bedrijfsvoering kunnen beïnvloeden, zoals de verhoging van de minimale solvabiliteitseisen door Solvency II en de overhevelingen vanuit de AWBZ. Mede hierdoor zijn reserves van basisverzekeraars thans hoger dan wettelijk vereist. Op basis van voorlopige berekeningen en uitgaande van de thans bekende solvabiliteitscijfers zal, als gevolg van de extra schadelast die de overheveling vanuit de AWBZ met zich meebrengt en de verhoogde solvabiliteitseis onder Solvency II, de solvabiliteitsratio afnemen van 211% tot 127%-143%.

Ik ga ervan uit dat – net als voor 2014 – zorgverzekeraars zo nodig reserves zullen betrekken bij de premievaststelling. Dit is echter aan verzekeraars zelf. Wel hebben zorgverzekeraars mijns inziens een maatschappelijke verantwoordingsplicht naar hun verzekerden over de vaststelling van de hoogte van de premie en de behaalde resultaten. In de uniforme, publieksvriendelijke verantwoording van de zorgverzekeraar over de nominale premie – waarover ik recent afspraken heb gemaakt met zorgverzekeraars – is expliciet opgenomen hoeveel reserves worden teruggegeven aan verzekerden via de nominale premie.

Vraag 41:

Wat is de stand van zaken van het wetsvoorstel waarin geregeld wordt dat hulphonden niet meer in publieke ruimtes geweigerd worden, en wanneer kan de Kamer dit voorstel verwachten?

Antwoord 41:

In het kader van de ratificatie van het VN Verdrag Handicap, is er een wetsvoorstel tot uitvoering van het verdrag. Dit wetsvoorstel is te samen met de rijkswet tot goedkeuring van het verdrag 17 juli jl. aan de TK voorgelegd. Momenteel wordt gewerkt aan de nota naar aanleiding van het verslag.

Met de uitvoeringswet, wordt de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) gewijzigd in die zin dat het terrein van goederen en diensten onder de werkingssfeer van die wet wordt gebracht. Dit heeft tot gevolg dat de verplichting om doeltreffende aanpassingen te treffen, ook op het terrein van goederen en diensten van toepassing zal zijn. Zo ook voor openbare gelegenheden. De toepassing van die verplichting zal betekenen dat het in openbare gelegenheden in nagenoeg alle gevallen verplicht zal zijn hulp- en blindengeleidehonden toe te laten. Dit betekent dat er sprake moet zijn van een gegronde reden om in een specifieke situatie de toegang van hulphonden te weigeren.

Ten aanzien van de toegang van assistentiehonden in het taxivervoer, wordt de verplichting om assistentiehonden mee te nemen in de taxi, geregeld een aanpassing van het Besluit personenvervoer 2000. Dit treedt naar verwachting medio 2015 in werking.

Vraag 42:

In welke gemeenten worden maximale inkomensgrenzen gehanteerd?

Antwoord 42:

De waarden van de parameters die gemeenten voor 2015 zullen hanteren voor de berekening van de hoogte van de eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen op grond van de Wmo 2015 zijn nog onbekend. In 2014 hebben bijna alle gemeenten de maximale wettelijke waarden gehanteerd.

Vraag 43:

Kan worden uitgesplitst welke invloed preferentiebeleid geneesmiddelen, hoofdlijnenakkoorden en verbeteringen in het zorgstelsel hebben gehad op de lagere daadwerkelijke uitgaven in vergelijking tot de ramingen?

Antwoord 43:

Zie het antwoord op vraag 19.

Vraag 44:

In hoeverre vindt de regering dat het ingezette geneesmiddelenbeleid nog verder kan worden doorgezet om de groei van zorguitgaven verder te beteugelen? Doet zij alles wat kan, of beoogt zij additionele en/of verscherpende maatregelen? Hoe zien deze beoogde maatregelen er uit?

Antwoord 44:

In het algemeen overleg geneesmiddelenbeleid van 2 oktober 2014 heb ik aangegeven dat het goed gaat met het geneesmiddelenbeleid en dat ik door wil gaan op de ingeslagen weg. Ik ben tevreden over het samenspel van de Wet geneesmiddelenprijzen met de overige beleidsmaatregelen, waaronder door de overheid af te sluiten prijsarrangementen, en de inzet van zorgverzekeraars. Ik wijs in dit verband eveneens op het beleid dat gericht is op gepast gebruik van geneesmiddelen, het tegengaan van

verspilling van geneesmiddelen, het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en op het uitvoeren van de kwaliteitsagenda van het Bestuurlijk overleg farmacie door partijen zelf.

Via het hoofdlijnenakkoord ligt er een sterke financiële prikkel bij de ziekenhuizen en verzekeraars om de uitgaven aan dure geneesmiddelen te beheersen. Een aantal maatregelen zoals de vrij onderhandelbare apothekerstarieven en prijzen voor geneesmiddelen is nog relatief kort geleden (2012) ingevoerd of bevindt zich nog in de beginfase, zoals de door de overheid met farmaceutische bedrijven af te sluiten prijsarrangementen. Het instrument van de prijsarrangementen wordt met name ingezet om het knelpunt van hoge prijzen voor nieuwe geneesmiddelen en de toegankelijkheid daarvan aan te pakken. Ik zet me er voor in om voor deze bijzondere middelen, waar geen alternatieven voor zijn en dus geen concurrentie ontstaat, met meer landen op Europees niveau een breder beleid op te stellen om de kosten verder te kunnen drukken. In het kader van de voortdurende ontwikkeling van beleid, worden verschillende maatregelen nader verkend en besproken.

Vraag 45:

Hoe zorgt de regering dat ook mensen met weinig gezondheidsvaardigheden een geïnformeerde keuze kunnen maken als het gaat om 1) keuze van zorgverzekeraar en polis, 2) keuze van zorgaanbieder en 3) keuze voor een behandeling? Uit welke gegevens blijkt dat zij hierin slaagt?

Antwoord 45:

Ik vind het van belang dat ook mensen met weinig «gezondheidsvaardigheden» goede keuzes kunnen maken als het gaat om hun zorgverzekeraar, polis en zorgaanbieder. Via regelgeving maar ook door initiatieven vanuit het veld wordt op dit vlak het nodige gedaan:

- Verzekeraars moeten uiterlijk voor 19 november hun aanbod (polis en premie) voor het komende verzekeringsjaar kenbaar maken aan de verzekerden. Zodra het wetsvoorstel waarmee artikel 13 Zvw wordt gewijzigd, is aangenomen door de EK, krijgen verzekeraars een sterke prikkel om daarnaast ook het gecontracteerde aanbod voor 19 november inzichtelijk te maken omdat zij anders ook voor de niet gecontracteerde aanbieders een volledige vergoeding moeten bieden. Daarnaast moeten verzekeraars dan ook zichtbaar maken op basis van welke kwaliteitscriteria zij zorg inkopen. Een verzekerde kan dit meewegen bij de keuze voor een polis.
- Ook vergelijkingssites kunnen een rol spelen bij het kiezen van een zorgverzekering. De NZa onderzoekt momenteel hoe de informatieverstrekking tussen de zorgverzekeraars en de vergelijkingssites verloopt. Ook zet de NZa dit jaar samen met consumentenorganisaties in op het versterken van de informatiepositie van de verzekerden.
- Voor het kiezen van een zorgaanbieder kunnen verzekerden altijd contact opnemen met hun zorgverzekeraar voor advies over de keuze van een zorgaanbieder. Verzekerden met weinig gezondheidsvaardigheden, doen er verstandig aan een naturapolis te kiezen. Naturaverzekeraars kopen immers zorg in voor hun verzekerden. Daarbij letten zij, in het belang van hun verzekerden, op prijs en kwaliteit van het zorgaanbod. Verzekerden kunnen kiezen uit het gecontracteerde aanbod, waarbij zij ervan uit kunnen gaan dat alle gecontracteerde aanbieders goede zorg leveren, anders had de verzekeraar geen contract met hen gesloten.
- Wat betreft de keuze voor een behandeling heeft de Orde van Medisch Specialisten (OMS) samen met de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw de campagne «Verstandig Kiezen» opgezet. Met deze campagne worden medisch specialisten en hun patiënten ondersteund bij gezamenlijke beslissingen over gepast gebruik van zorg. De NPCF

participeert eveneens in deze campagne en is nauw betrokken bij de implementatie ervan.

Vraag 46:

Waarom is preventie financieel gezien nog steeds het ondergeschoven kindje, terwijl veel gezondheidswinst en kostenbesparing voor het oprapen ligt?

Antwoord 46:

Preventie is een beleidsprioriteit. Maatregelen en programma's zoals de verhoging van de leeftijdsgrens van alcohol en tabak naar 18 jaar, de JOGG-aanpak, de GIDS-gelden voor de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden en de stevige inzet om gezondheid, sport en bewegen in en rond de scholen te bevorderen via gezondschool.nl en de buurtsport-coach zijn hiervan voorbeelden.

Veel partijen leveren een bijdragen aan een gezonder Nederland. Een groot deel hiervan proberen we te bundelen, inzichtelijk te maken en te verbinden binnen het Nationaal Programma Preventie «Alles is gezondheid...». De brede inzet op preventie geldt zowel voor private en publieke partijen, binnen en buiten de gezondheidszorg. Niet al deze activiteiten worden expliciet als preventie gelabeld. Het kan ook gaan om het verbeteren van de veiligheid, duurzaamheid of bijvoorbeeld participatie met een positief effect op de gezondheid. Dit maakt het lastig om een zeer nauwkeurig totaal beeld te geven van de uitgaven aan preventieve activiteiten. Dat neemt niet weg dat er nog veel kansen ten aanzien van preventie onbenut zijn. De baten van investeringen in preventie liggen vaak bij anderen. Ook zijn effecten van preventie pas op langere termijn zichtbaar. Het Nationaal Programma Preventie « Alles is gezondheid...» is juist ook bedoeld om de onbenutte kansen naar boven te halen en door nieuwe verbindingen te leggen meer gezondheidswinst te creëren. Daarbij wordt ook gezocht naar prikkels voor partijen om meer te investeren in de beweging van « ziekte, zorg en afhankelijkheid» naar «gezondheid, preventie en eigen kracht».

Vraag 47:

Wat was de levensverwachting in 2014 uitgesplitst naar opleidingsniveau? Wat was die verwachting in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 47:

Over 2014 en 2013 zijn er nog geen cijfers beschikbaar van levensverwachting naar opleidingsniveau. Voor de jaren 2009 t/m 2012 zijn de gegevens bij elkaar gevoegd om voldoende grote aantallen te krijgen. Uitsplitsingen per jaar zijn niet beschikbaar. De jaren 2009 t/m 2012 betreffen de laatste cijfers. Deze zijn ook opgenomen in de VTV 2014.

Levensverwachting bij geboorte 2009–2012

Opleidingsniveau	mannen	vrouwen
basisonderwijs	75,3	80,0
vmbo	78,3	83,3
havo+vwo+mbo	79,9	85,1
hbo+universiteit	81,8	86,1

Vraag 48:

Wat was de verwachting van het aantal als gezond ervaren levensjaren in 2014 naar opleidingsniveau? Wat was die verwachting in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 48:

Over 2014 en 2013 zijn er nog geen cijfers beschikbaar van gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau. Voor de jaren 2009 t/m 2012 zijn de gegevens bij elkaar gevoegd om voldoende grote aantallen te krijgen. Uitsplitsingen per jaar zijn niet beschikbaar. De jaren 2009 t/m 2012 betreffen de laatste cijfers. Deze zijn ook opgenomen in de VTV 2014.

Gezonde levensverwachting (in als goed ervaren gezondheid) bij geboorte naar opleidingsniveau 2009/2012

Opleidingsniveau	Mannen	Vrouwen
basisonderwijs	53,0	53,1
vmbo	61,2	62,1
havo+vwo+mbo	66,3	66,3
hbo+universiteit	71,5	72,1

Vraag 49:

Wat was de levensverwachting in 2014 uitgesplitst naar inkomenscategorieën? Wat was die verwachting in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 49:

Cijfers over levensverwachting uitgesplitst naar inkomenscategorieën zijn niet standaard beschikbaar, omdat het opleidingsniveau in gezondheidsonderzoek in Nederland de meest gebruikte indicator is voor de hoogte van de sociaaleconomische status van mensen, bijvoorbeeld in onderzoek naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV).

Vraag 50:

Wat was de verwachting van het aantal als gezond ervaren levensjaren in 2014 naar inkomenscategorieën? Wat was die verwachting in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 50:

Cijfers over gezonde levensverwachting uitgesplitst naar inkomenscategorieën zijn niet standaard beschikbaar, omdat het opleidingsniveau in gezondheidsonderzoek in Nederland de meest gebruikte indicator is voor de hoogte van de sociaaleconomische status van mensen, bijvoorbeeld in onderzoek naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV).

Vraag 51:

Wat was de procentuele en absolute groei van dure geneesmiddelen die vallen onder het ziekenhuisbudget in 2014? Hoe was deze in 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 51:

Zie het antwoord op vraag 54.

Vraag 52:

Idem voor de overige geneesmiddelen die vallen onder het verzekerde pakket. Wat is de verklaring van deze verschillen? Welke plannen zijn er om de sterke groei van de kosten van dure geneesmiddelen te beteugelen?

Antwoord 52:

Zie het antwoord op vraag 54 voor de bedragen en de percentages.

Met betrekking tot de beheersing van de kosten van dure geneesmiddelen zijn de voornaamste instrumenten de prijsarrangementen en het hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg. Via prijsarrangementen wordt er over de prijs van dure geneesmiddelen door de overheid centraal onderhandeld. Via het hoofdlijnenakkoord ligt er een sterke financiële

prikkel bij de ziekenhuizen en verzekeraars om de uitgaven aan dure geneesmiddelen te beheersen.

Vraag 53:

Hoeveel prijsarrangementen zijn er gesloten tussen het ministerie en de farmaceutische industrie in 2014? Welk bedrag was daar in totaal mee gemoeid? Hoe was dat in 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 53:

In onderstaande figuur staan weergegeven de arrangementen die tot nu toe zijn afgesloten.

Product	Aandoening	Jaar van afsluiting	Looptijd
Pradaxa (NOAC)	Boezemfibrilleren	2012	2013, 2014, 2015
Xarelto (NOAC)	Boezemfibrilleren	2013	2013, 2014, 2015
Eliquis (NOAC)	Ziekte van Pompe	2013	2014, 2015, 2016
Myozyme	Ziekte van Fabry	2013	2014, 2015
Fabrazyme	Ziekte van Fabry	2013	2014, 2015
Replagal	Myelofibrose	2014	2014
Jakavi	Idiopathische pulmonale fibrose	2014	2014, 2015, 2016
Esbriet	Chronische hepatitis C	2014	2014, 2015
Sovaldi			

De eerste arrangementen zijn eind 2012 afgesloten. 2013 is het eerste jaar waarin er lopende arrangementen zijn. Voor de jaren 2010, 2011 en 2012 zijn er geen bedragen omdat er toen nog geen arrangementen werden gesloten. Voor al deze individuele arrangementen geldt dat de overeengekomen prijsverlagingen niet openbaar gemaakt worden.

De lagere uitgaven als gevolg van de arrangementen bij geneesmiddelen voor de ziekte van Pompe en chronische hepatitis C hebben het grootste aandeel in de totale opbrengst van alle arrangementen. Afhankelijk van de mate dat het bij pakketopname geprognosticeerde aantal te behandelen patiënten bij chronische hepatitis C wordt gerealiseerd wordt aan deze twee geneesmiddelen gezamenlijk enkele tientallen miljoenen euro's minder uitgegeven.

De potentiële jaarlijkse opbrengst van de arrangementen voor geneesmiddelen tegen boezemfibrilleren (NOACs) zou kunnen oplopen tot een uitgavenverlaging van enkele tientallen miljoenen euro's. Vooral nog blijven bij deze geneesmiddelengroep de daadwerkelijke patiëntvolumes achter bij de initiële prognoses.

Vraag 54:

Hoe hoog waren de totale uitgaven aan medicatie in 2014? Hoeveel daarvan werd besteed aan voorgeschreven medicijnen? Hoe hoog waren die uitgaven in 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 54:

Hieronder staat een tabel met daarin de uitgaven aan geneesmiddelen de afgelopen jaren.

Met betrekking tot de geneesmiddelen zijn extramuraal over het jaar 2014 en intramuraal over de jaren 2013 en 2014 nog geen (goede) cijfers beschikbaar. Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 52, maken tussentijdse overhevelingen het lastig om de cijfers tussen jaren te vergelijken.

uitgaven geneesmiddelen bedragen in miljoenen	2010	2011	2012	2013	2014
extramurale geneesmiddelen	€ 5.191	€ 5.153	€ 4.587	€ 4.319	nnb
<i>absolute groei</i>	–	– € 38	– € 566	– € 268	nnb
<i>procentuele groei</i>	–	– 1%	– 11%	– 6%	nnb
intramurale geneesmiddelen (ziekenhuisbudget)	€ 467	€ 471	€ 1.058	nnb	nnb
<i>absolute groei</i>	–	€ 4	€ 587	nnb	nnb
<i>procentuele groei</i>	–	1%	125%	nnb	nnb
totaal extra- en intramurale geneesmiddelen	€ 5.658	€ 5.624	€ 5.645	nnb	nnb

Bron: GIP, Zorginstituut Nederland

De verschillen tussen 2011 en 2012 worden voornamelijk veroorzaakt door de overheveling van TNF-alfa-remmers van de aanspraak farmaceutische zorg (extramurale geneesmiddelen) naar de aanspraak op geneeskundige zorg (intramurale geneesmiddelen); in 2012 ging dit om € 450 miljoen.

Daarnaast is de bekostigingssystematiek van dure geneesmiddelen in 2012 veranderd. De beleidsregel dure geneesmiddelen is afgeschaft en daarvoor in de plaats zijn er voor de dure geneesmiddelen add-on declaratietitels vastgesteld. Onder de beleidsregel dure geneesmiddelen werd 80% van de inkoopprijs bovenop het ziekenhuisbudget vergoed, de overige 20% moesten ziekenhuizen uit hun eigen budget financieren. Vanaf 2012 zijn voor de dure geneesmiddelen add-on declaratie-titels vastgesteld met een in principe kostendekkend maximumtarief. Individuele zorgverzekeraars kunnen met individuele ziekenhuizen onderhandelen over dit tarief c.q. de prijs van deze geneesmiddelen. Deze wijziging zorgt in de weergave van de uitgaven aan intramurale geneesmiddelen voor een verhoging.

Naar aanleiding van de vraag over hoeveel is besteed aan voorgeschreven medicijnen:

- de bedragen in bovenstaande tabel van de intramurale geneesmiddelen (ziekenhuisbudget) hebben geheel betrekking op voorgeschreven medicijnen;
- voor de extramurale geneesmiddelen, zie hieronder de tabel;
- naast de uitgaven aan voorgeschreven medicijnen, zijn er uitgaven met betrekking tot bijvoorbeeld uitgiftes, uitgiftegesprekken en medicatiebeoordeling.

uitgaven geneesmiddelen bedragen in miljoenen	2010	2011	2012	2013	2014
extramurale geneesmiddelen	€ 5.191	€ 5.153	€ 4.587	€ 4.319	nnb
waarvan voorgeschreven medicijnen (circa)	€ 3.790	€ 3.740	€ 3.160	€ 2.875	nnb

Bron: GIP, Zorginstituut Nederland

Vraag 55:

Hoe was de gemiddelde prijsontwikkeling ten opzichte van de voorgaande jaren van medicijnen in 2013 en hoe was die ontwikkeling in de referentielanden?

Antwoord 55:

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) geeft aan dat de gemiddelde brutoapothekinkooprijzen van april 2014 3,5% lager zijn dan de brutoapothekinkooprijzen van april 2013. Ik heb niet de beschikking over de gemiddelde prijsontwikkelingen in de afzonderlijke referentielanden. Volledigheidshalve merk ik op dat de prijzen in de afzonderlijke

referentielanden tot uitdrukking komen in de Nederlandse maximum-prijzen en de prijsontwikkeling in de referentielanden dus wordt meegenomen.

Vraag 56:

Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2014? Welke reserves waren wettelijk verplicht? En hoe hoog waren die bedragen in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 56:

De cijfers over 2014 zijn nog niet bekend. Deze worden pas inzichtelijk met de jaarrekeningen die zorgverzekeraars in het voorjaar van 2015 zullen publiceren. Onderstaande tabel toont de totale solvabiliteitscijfers van de basisverzekering plus aanvullende verzekering over de jaren 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013.

Solvabiliteit (basis plus aanvullend)

Ultimo	Aanwezig	Vereist	Ratio
2009	5.729	2.905	197
2010	6.367	3.387	188
2011	6.701	3.529	190
2012	7.921	4.241	187
2013	9.290	4.307	216

Bron: DNB.

Cijfers per zorgverzekeraar voor alleen de basisverzekering over de jaren 2009, 2010, 2011 en 2012 heb ik niet beschikbaar. In onderstaande tabel vindt u de gevraagde cijfers voor 2013.

Solvabiliteit (basisverzekering) verzekeraars in 2013

	Aanwezig	Vereist	Ratio
Achmea	2.098	1.113	188
ASR	87	46	191
CZ	1.724	687	251
DSW	272	89	304
Eno	39	22	180
Menzis	859	448	192
ONVZ	151	72	209
VGZ	1.712	847	202
Zorg & Zekerheid	240	86	279
Totaal	7.183	3.410	211

Bron: berekeningen Ministerie van VWS op basis van cijfers DNB. Voor zorgverzekeraars die basis- en aanvullende verzekering samen verantwoorden is de aanwezige en vereiste solvabiliteit voor de basisverzekering naar rato van de schade benaderd.

Reserves zijn overigens noodzakelijk voor een gezonde financiële positie van de verzekeraar, waarmee de zorgplicht ook in mindere periodes kan worden nagekomen. Zorgverzekeraars houden hierbij rekening met toekomstige ontwikkelingen en onzekerheden, zoals de verhoging van de minimale solvabiliteitseisen door Solvency II dat per 2016 in werking treedt, de overhevelingen vanuit de AWBZ en wijzigingen in hun risicoprofiel. Op basis van voorlopige berekeningen en uitgaande van de thans bekende solvabiliteitscijfers zal, als gevolg van de extra schadelast die de overheveling vanuit de AWBZ met zich meebrengt en de verhoogde solvabiliteitseis onder Solvency II, de solvabiliteitsratio afnemen van 211% tot 127%-143%.

Tegenvallers zullen moeten worden opgevangen met de overreserves. Wanneer een zorgverzekeraar niet aan de solvabiliteitseisen voldoet, heeft DNB – als uiterste middel – de bevoegdheid om de vergunning in te trekken. Financiële buffers zijn nodig om verzekerden vertrouwen te bieden in verzekeraars. Ook kunnen zij als gevolg van die buffers een stabiele premieontwikkeling nastreven. Ruimte ten opzichte van het minimum zorgt er namelijk ook voor dat tegenvallers kunnen worden opgevangen zonder dat premies direct moeten worden verhoogd. Mede hierdoor zullen reserves van zorgverzekeraars altijd hoger zijn dan wettelijk vereist.

Vraag 57:

Wat is thans een minimuminkomen? Wat is thans een modaal inkomen?

Antwoord 57:

Het bruto wettelijk minimumloon voor 2015 is € 19.533 en het bruto modale inkomen is € 35.500.

Vraag 58:

Hoeveel betalen modale inkomens bij ongewijzigd beleid aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2014 en 2020?

Antwoord 58:

In onderstaande tabel is voor de jaren 2010 en 2014 aangegeven wat een alleenstaande en een paar met kinderen (een alleenverdiener) en een modaal inkomen aan zorg betaalt als percentage van het bruto inkomen. In vraag 570 worden vergelijkbare cijfers gevraagd voor verschillende inkomensgroepen. In onderstaande tabel zijn de cijfers voor 2015 daarom toegevoegd. Hierbij is rekening gehouden met de inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de AWBZ/Wlz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de AWBZ/Wlz. Een deel van de zorguitgaven wordt uit belastingen betaald (o.a. rijksbijdrage Zvw & AWBZ/Wlz, BIKK, Zorgtoeslag, deel van het Opleidingsfonds, WMO, Wtcg en BES). Verondersteld is dat deze kosten gefinancierd worden uit de directe (60%) en indirecte belasting (40%).

Voor het jaar 2020 is het niet mogelijk om zorgkosten te bepalen. Er is nog niet bekend hoe hoog de zorguitgaven zijn en er is nog geen zicht op de grondslag van premies.

Tabel Zorgkosten modaal inkomen in euro's en als percentage van het bruto inkomen

	Alleenstaand		Paar met kinderen (alleenverdiener)	
	Zorgkosten	Zorgkosten als % van het bruto inkomen	Zorgkosten	Zorgkosten als % van het bruto inkomen
2010	€ 7.205	22%	€ 6.962	21%
2014	€ 8.070	23%	€ 8.719	25%
2015	€ 7.913	22%	€ 9.127	26%

Vraag 59:

Hoeveel betalen minimuminkomens bij ongewijzigd beleid aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2014 en 2020?

Antwoord 59:

In onderstaande tabel is voor de jaren 2010 en 2014 aangegeven wat een alleenstaande en een paar met kinderen (een alleenverdiener) met een minimuminkomen aan zorg betaalt als percentage van het bruto inkomen. In vraag 570 worden vergelijkbare cijfers gevraagd voor verschillende

inkomensgroepen. In onderstaande tabel zijn de cijfers voor 2015 daarom toegevoegd. Hierbij is rekening gehouden met de inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de AWBZ/Wlz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de AWBZ/Wlz. Een deel van de zorguitgaven wordt uit belastingen betaald (o.a. rijksbijdrage Zvw & AWBZ/Wlz, BIKK, Zorgtoeslag, deel van het Opleidingsfonds, WMO, Wtcg en BES). Verondersteld is dat deze kosten gefinancierd worden uit de directe (60%) en indirecte belasting (40%).

Voor het jaar 2020 is het niet mogelijk om zorgkosten te bepalen. Er is nog niet bekend hoe hoog de zorguitgaven zijn en er is nog geen zicht op de grondslag van premies.

Tabel Zorgkosten minimuminkomen als percentage van het bruto inkomen

	Alleenstaand		Paar met kinderen (alleenverdiener)	
	Zorgkosten	Zorgkosten als % van het bruto inkomen	Zorgkosten	Zorgkosten als % van het bruto inkomen
2010	€ 3.536	19%	€ 3.418	19%
2014	€ 3.665	19%	€ 3.860	20%
2015	€ 3.681	19%	€ 4.066	21%

Vraag 60:

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een minimum inkomen in 2014 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2015?

Antwoord 60:

Het gemiddeld eigen risico bedraagt in 2014 € 232 en in 2015 € 238. Huishoudens met een minimuminkomen ontvangen de maximale zorgtoeslag. Via de zorgtoeslag wordt bereikt dat een huishouden nooit meer dan een bepaald percentage van hun inkomen hoeft bij te dragen aan nominale premie en het gemiddeld eigen risico. Een alleenstaande met inkomen op minimum niveau wordt volgend jaar vrijwel volledig gecompenseerd omdat de maximale zorgtoeslag volgend jaar met € 118 toeneemt en de gemiddelde premie plus eigen gemiddeld eigen risico met € 120 stijgt. De wijkverpleging die wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw valt niet onder het verplicht eigen risico. Iemand met een modaal inkomen die alleen van deze zorg gebruikt maakt bespaart daarmee ca € 700 per jaar, omdat voor deze zorg onder de AWBZ een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd was. Voor een meerpersoons-huishouden met minimuminkomen is sprake van een toename van de maximale zorgtoeslag met € 218 en een stijging van de nominale premie plus gemiddeld eigen risico van € 240. Als een huishouden ook gebruik maakt van de Wet langdurige zorg (Wlz) en of Wmo zullen de eigen bijdrage hoger zijn, maar dit is sterk afhankelijk van het type zorg dat gebruikt wordt.

Vraag 61:

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een modaal inkomen in 2014 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2015?

Antwoord 61:

Het gemiddeld eigen risico bedraagt in 2014 € 232,- en 2015 € 238,-. Dat is ongeveer 1,0% van het netto besteedbaar voor en een alleenstaande met een modaal inkomen, zowel in 2014 als 2015. Huishoudens met een modaal inkomen ontvangen geen zorgtoeslag en worden dus ook niet via

de zorgtoeslag gecompenseerd voor het eigen risico. Als een huishouden ook gebruik maakt van de Wet langdurige zorg (Wlz) en of Wmo zullen de eigen bijdrage hoger zijn, maar dit is sterk afhankelijk van het type zorg dat gebruikt wordt.

Vraag 62:

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van: – de vergrijzing;

- de toename van het aantal chronisch zieken;
- technologische ontwikkelingen;
- de concurrentie, marktwerking en reclame?

Antwoord 62:

Hoeveel van de groei van de zorguitgaven toe te schrijven is aan specifieke oorzaken is lastig te onderzoeken. Zo vertalen technologische ontwikkelingen zich zowel in een hogere zorgprijs (de aanschaf van dure apparatuur bijvoorbeeld), een betere kwaliteit (sneller genezen na een operatie bijvoorbeeld, wat soms om investeringen vraagt en soms kostenbesparingen tot gevolg heeft) als in een hoger volume (ziektes die voorheen dodelijk waren kunnen nu behandeld worden). Het Centraal Planbureau (CPB) heeft desondanks onderzoek gedaan naar de stijging van de zorguitgaven (CPB policy brief 2011/11 «Trends in gezondheid en zorg», CPB achtergronddocument «Decompositie van de zorguitgaven, 1972- 2010», CPB boek «Toekomst van de zorg»). De uitgaven aan curatieve zorg namen tussen 1972 en 2010 met gemiddeld 7,0% per jaar toe, de uitgaven aan langdurige zorg met 7,4%.

De stijging in de uitgaven is voor meer dan de helft toe te schrijven aan prijsstijgingen. Gemiddeld genomen steeg de prijs van zorg tussen 1981 en 2010 ongeveer ½%-punt per jaar sneller dan de gemiddelde prijsstijging in de economie. Hiervoor is een aantal verklaringen te geven. De eerste is dat behandelingen beter en daarmee ook duurder zijn geworden. De tweede reden is dat de productiviteitsgroei in de zorg is achtergebleven bij de loongroei, het zogeheten Baumol-effect.

Ook demografische variabelen zoals vergrijzing veroorzaakten een stijging van de zorguitgaven. Drie demografische variabelen (bevolkingsgroei, vergrijzing en verbetering van de algemene gezondheid) droegen gezamenlijk ongeveer 1%-punt bij aan de jaarlijkse groei.

Ten slotte zorgde volgens het CPB de jaarlijkse groei van het bbp per persoon (gemiddeld 2%) voor een stijging van de zorguitgaven van 2% per persoon per jaar. Naarmate landen rijker zijn, worden namelijk hogere eisen gesteld aan de zorg. Dit leidt tot meer en betere zorg en daarmee stijgende zorguitgaven.

Vraag 63:

Hoe gaat de Minister ruim baan maken voor innovatie die bijdraagt aan lagere kosten en meer zorg in dezelfde tijd? Welke concrete maatregelen neemt de Minister hiertoe?

Antwoord 63:

Over het beleid ten aanzien van de stimulering van innovatie heb ik uw kamer geïnformeerd in beleidsbrief «e-health en zorgverbetering» (d.d. 2 juli 2014)². De partijen in het veld zijn aan zet: de patiënt moet bekend raken met de mogelijkheden en vragen om e-health, de zorgverzekeraar zal via de zorginkoop afspraken maken over e-health. De zorgaanbieder zal, als hij de voordelen voor kwaliteit van de geleverde zorg en zijn bedrijfsvoering inziet, e-health inpassen in zijn reguliere zorgverlening. De overheid zal een faciliterende en stimulerende rol op zich nemen.

² Kamerstukken II, 2013–2014, 27 529, nr. 130

Ik zet in op de implementatie en opschaling van bewezen e-health toepassingen. Daarvoor staat de overheid aan de lat om belemmeringen weg te nemen en de noodzakelijke randvoorwaarden te creëren om deze opschaling mogelijk te maken. Kernpunten van het beleid die ook in de brief worden benoemd, zijn:

- Vergroten interoperabiliteit door standaardisatie
- Bekostiging en zorginkoop
- Onderdeel van zorgverlening en handhaving
- Ruimte voor experimenten
- Ondersteuning bij implementatie

Het is van belang om evidente win-win-win situaties bij de toepassing van e-health transparant te maken. Dat wil zeggen: meer kwaliteit, lagere administratieve lasten, lagere zorgkosten, efficiëntere inzet van zorgpersoneel en meer vrijheid voor de patiënten.

Om de vele initiatieven in goede banen te leiden en ervoor te zorgen dat er samenhangende (interoperabele) oplossingen komen, organiseert VWS het informatieberaad. Om de beleidsdoelen te bereiken, werkt het Ministerie van VWS ook nauw samen met de topsector Life Sciences & Health (LSH), en het ICT-doorbraakproject «De zorg ontzorgd met ICT». De topsector LSH wil een breed platform creëren rondom de roadmap «Thuiszorg en Zelfmanagement», die zich richt op het implementeren en opschalen van technologische en procesinnovaties op het gebied van e-health. De transparantieagenda van het kabinet zal het inzicht vergroten in de resultaten van de toepassing van e-health.

Vraag 64:

Verschillende onderzoeken, waaronder de recente zorgbalans, laten zien dat we met de verbetering van de kwaliteit op de goede weg zijn. Uit deze zorgbalans blijkt, dat er net als in de vorige edities, in de ouderenzorg een tekort is aan tijd en aandacht die kan worden besteed aan cliënten. Wat zijn hiervan de oorzaken?

Antwoord 64:

De gegevens in de zorgbalans zijn afkomstig van het panel Verpleging en Verzorging van het NIVEL. Daaruit blijkt dat verzorgenden in verpleeghuizen, meer dan andere beroepsgroepen, in 2013 drukte op de werkvloer ervoeren en aangaven minder vaak over voldoende tijd te beschikken. Uit een ander onderzoek van het NIVEL naar de relatie tussen personeel en kwaliteit van zorg blijkt dat de oorzaken van werkdruk divers zijn. Cultuur binnen de afdeling is een bepalende factor. Een open cultuur, aandacht voor scholing, goede overdracht en communicatie zorgen, meer dan extra handen aan het bed, voor een verbetering van de kwaliteit van zorg.

Vraag 65:

Uit de recente zorgbalans blijkt dat er grote verschillen zijn tussen instellingen. Welke verschillen zijn dit en hoe komt dit?

Antwoord 65:

Hoewel uit de vraag niet blijkt op welk hoofdstuk van de zorgbalans wordt gedoeld, ga ik er bij de beantwoording vanuit dat het gaat om verschillen in de kwaliteit van zorg. Op dat onderdeel refereert de zorgbalans aan het Panel Verpleging en Verzorging van het NIVEL. Daaruit blijkt dat er statistisch significante verschillen zijn tussen sectoren wanneer het gaat om het percentage zorgverleners dat aangeeft of de kwaliteit van zorg binnen de eigen instelling goed was. Verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen zijn het minst positief; terwijl verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg het meest positief zijn.

Er zijn veel verschillende oorzaken die de kwaliteit in instellingen beïnvloeden, in ieder geval zijn een open cultuur, mate van vrijheid voor

de professional en de betrokkenheid van het management belangrijke determinanten.

Vraag 66:

De recente zorgbalans laat zien dat er niet goed genoeg personeel is om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren, in verzorgingshuizen 43% en verpleeghuizen 53%. Hoeveel fte's zijn dit?

Antwoord 66:

De in de vraag genoemde percentages uit de zorgbalans refereren niet aan de *hoeveelheid* personeel dat niet goed genoeg is om goede kwaliteit van zorg te verlenen. De percentages komen uit het Panel Verpleging en Verzorging van het NIVEL, en geven aan hoeveel procent van de onder-vraagde verzorgenden, werkzaam in verzorgings- en verpleeghuizen, aangeeft dat er over het algemeen genoeg personeel is om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren.

Vraag 67:

In de vorige edities van de zorgbalans werd gesignaleerd dat de hoge werkdruk ten koste gaat van tijd voor cliënten. Er is dus sprake van een hardnekkig probleem. Hoe gaan de nieuwe Wmo, Wlz zorgen voor verlaging van de werkdruk? Zal de werkdruk in de verpleeghuizen toenemen door de zwaardere en complexe zorgvragen?

Antwoord 67:

Zoals gezegd blijkt uit onderzoek van het NIVEL naar de relatie tussen meer personeel en kwaliteit van zorg, dat de oorzaken van werkdruk divers zijn. Cultuur binnen de afdeling is een bepalende factor. Een open cultuur, aandacht voor scholing, goede overdracht en communicatie zorgen, meer dan extra handen aan het bed, voor een verbetering van de kwaliteit van zorg. Dat zijn zaken die niet of nauwelijks met wetgeving op te lossen zijn, maar met aandacht voor professionaliteit en bestuurlijk leiderschap. Beide onderdelen komen terug in de speerpunten waarlangs ik mijn kwaliteitsbeleid wil vormgeven, zoals beschreven in mijn brief over de kwaliteit van de ouderenzorg, die op 12 juni jl. naar de Tweede Kamer is gestuurd (TK 2013–2014, 31 765, nr. 90). Met de hervorming van de langdurige zorg ontstaat meer ruimte voor de professional, meer ruimte voor eigen regie en maatwerk, betere mogelijkheden voor het combineren van formele en informele zorg en betere ondersteuning van mantelzorger en cliënt. Dat zal bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en ondersteuning.

Vraag 68:

In de recente Zorgbalans kunnen wij lezen er een afname van ondervoeding zichtbaar is, klopt het dat er iedere dag iemand sterft aan de gevolgen van ondervoeding? Klopt het dat de maatschappelijke kosten van ondervoeding jaarlijks € 1,8 miljard zijn?

Antwoord 68:

Recent is het onderzoeksrapport «Ondervoeding onderschat» verschenen, met de bevindingen van een onderzoek dat door SEO economisch onderzoek in opdracht van de Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedingsmiddelen is uitgevoerd. In dat rapport wordt inderdaad een aantal van 400 personen genoemd in relatie tot ziektegerelateerde ondervoeding waarvan in Nederland sprake zou kunnen zijn. Het rapport baseert zich daarbij op verschillende (internationale) onderzoeken, waarin verschillende definities zijn gehanteerd. Echter, omdat ondervoeding vaak ziektegerelateerd is, kan daarmee niet gezegd worden dat deze mensen overlijden door ondervoeding. Vaak ligt aan overlijden (een scala aan) ziekten, gezondheidsproblemen of aandoeningen ten grondslag en is ondervoeding hier een aspect van.

In ditzelfde rapport wordt via een kosten/batenanalyse berekend dat de kosten van ondervoeding in ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen uitkomen op 1,8 miljard euro. Het grootste deel van deze kosten komt terecht bij ziekenhuizen (ca 1,1 miljard euro). In de analyse is een berekening gemaakt aan de hand van de behandelingskosten (inzet diëtisten, medische voeding, hulp bij eten, etc), het aantal personen, en de prevalentie van ondervoeding. Daarnaast zijn bij de berekening verschillende maatschappelijke kosten (bijv. niet betaalde Zvw-, AOW- en pensioenpremies) en de waarde van leven³ en besparingen op zorgkosten en pensioenuitkeringen meegewogen.

Vraag 69:

In 2015 groeit het Budgettair Kader Zorg naar verwachting nauwelijks. Dat komt mede door het ingezette beleid op het terrein van geneesmiddelen, de akkoorden in de zorg en de verbeteringen in het zorgstelsel. Patiënten kunnen blijven rekenen op goede zorg, terwijl de uitgavengroei wordt beheerst. Vergeet de regering hier niet ook de mega bezuinigingen op de langdurige zorg te vermelden?

Antwoord 69:

Ook de maatregelen in de langdurige zorg dragen bij aan de beheersbaarheid van de zorguitgaven in 2015 en latere jaren. De regering beoogt met de bedoelde passage in de beleidsagenda aan te geven dat «mede door het ingezette beleid op het terrein van geneesmiddelen, de akkoorden in de zorg en de verbeteringen in het zorgstelsel» de zorguitgaven worden beheerst. Daarmee geeft de regering geen limitatieve opsomming van de maatregelen. In het vervolg van de beleidsagenda wijst de regering in dat kader dan ook op de bijdrage van de hervorming van de langdurige zorg. Daarbij wordt er tevens op gewezen dat de transformatie ingrijpend is en veel van cliënten, zorgverleners, burgers en bestuurders zal vragen. Om die reden wordt de implementatie zorgvuldig begeleid in een goede samenwerking tussen alle betrokken partijen.

Vraag 70:

Verschillende onderzoeken, waaronder de recente Zorgbalans, laten zien dat we ook met de verbetering van de kwaliteit op de goede weg zijn. De IGZ denkt daar heel anders over. Hoe kan dat?

Antwoord 70:

De Zorgbalans volgt de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de tijd en vergelijkt ze internationaal en concludeert dat op hoofdlijnen de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg verbeterd en opnieuw bovengemiddeld scoort vergeleken met andere welvarende landen. Mij zijn geen rapporten bekend waarin de IGZ afstand neemt van die conclusies van de Zorgbalans, maar de IGZ kijkt natuurlijk wel op een andere manier naar de gezondheidszorg en is juist op zoek naar zorg die onder de maat blijft. Het is daarom niet vreemd dat wanneer de rapportages van de IGZ op een rijtje worden gezet het beeld ontstaat dat nog de nodige verbetering van kwaliteit mogelijk is.

Vraag 71:

De recente Zorgbalans spreekt ook van een kentering ten aanzien van het afzien van curatieve zorg om financiële redenen. Waarom wordt dit niet benoemd? Is het betaalbaar en toegankelijk houden van curatieve zorg geen onderdeel van de beleidsagenda?

³ De waarde van leven is in geld uit te drukken door middel van de Quality-Adjusted Life Year (QALY). Gezondheid bepaalt voor een groot deel deze waarde. Hoe gezonder men is, hoe hoger de QALY is.

Antwoord 71:

De beleidsagenda heeft in zijn geheel de doelstelling om zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. De Zorgbalans gaat in op de financiële toegankelijkheid van het zorgstelsel. Met name op basis van de resultaten van de Health Policy survey 2013 wordt gesteld dat een kentering lijkt op te treden bij de financiële toegankelijkheid van het stelsel. Of er sprake is van een echte omslag is op basis van gegevens over één jaar niet te zeggen. In diezelfde Zorgbalans refereert het RIVM aan onderzoek van Intomart GfK waarin wordt aangegeven dat er nog veel onduidelijk is over zorgmijding er dat er ook sprake is van gewenste zorgmijding. Daarnaast heeft het RIVM bij de presentatie van het rapport ook aangegeven dat nog onduidelijk is in hoeverre het afzien van zorg ook tot problemen leidt. Ook zijn er volgens het RIVM nog weinig studies naar de oorzaken verricht. De komende periode zal hier dan ook diepgaander onderzoek naar plaatsvinden. In het voorjaar van 2015 maakt Vektis een analyse over het gebruik van ziekenhuiszorg in 2013, in vergelijking met 2012. Daarnaast zal door VWS, in samenwerking met onder meer de LHV, een onderzoek worden verricht naar zorgmijding. Op dit moment wordt gewerkt aan de opzet en vraagstelling van beide onderzoeken.

Vraag 72:

In hoeverre vindt de regering het van belang dat e-health toepassingen substitutair worden ingezet in plaats van complementair? Hoe voorziet het regeringsbeleid hierin?

Antwoord 72:

Alle toepassingen in de zorg die gebruik maken van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën om gezondheid of gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren vallen onder de definitie van e-health-toepassingen. Dit is een breed scala met verschillende toepassingen en kan bijvoorbeeld gaan om betere informatieverstrekking, beslisondersteuning, telemonitoring en zelfmeetapparatuur. Sommige toepassingen zullen er voor zorgen dat er extra en betere informatie beschikbaar komt, andere toepassingen zullen eraan bijdragen dat de zorg anders wordt georganiseerd en daarmee substitutair worden ingezet.

Massale toepassing van e-health kan een enorme slag betekenen in het betaalbaar houden van de zorg, het leveren van betere kwaliteit en bijdragen aan de zelfstandigheid en vrijheid van de patiënt. We moeten ons inzetten om deze resultaten te bereiken en voorkomen dat toepassing van e-health de zorg juist duurder maakt of de vraag naar zorg doet toenemen.

In de brief over e-health en zorgverbetering⁴ die de Staatssecretaris en ik op 2 juli 2014 aan uw Kamer hebben toegezonden, hebben wij beschreven hoe e-health eraan bijdraagt dat zorg dichterbij mensen thuis kan worden georganiseerd. Wij hebben in deze brief tevens aangegeven hoe wij dit met generieke en specifieke maatregelen willen bevorderen. De inzet van e-health kan dus over het algemeen worden gezien als ondersteunend aan de ontwikkeling dat zorg van de tweede naar de eerste lijn verschuift en van de eerste lijn naar mensen zelf.

Vraag 73:

Hoeveel bezwaren zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten als het gaat om de Wmo?

Antwoord 73:

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) draagt gemeenten op beleid te voeren op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Er bestaat geen landelijke permanent raadpleegbare registratie van de

⁴ Kamerstukken II, 2013–2014, 27 529, nr. 130

bezwaren die zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten in het kader van de Wmo.

Vraag 74:

Hoeveel patiënten kwamen in 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014 in de zorg terecht via e-health toepassingen? Is dat een stijging of daling?

Antwoord 74:

Er is geen informatie beschikbaar over hoeveel mensen via een e-healthtoepassing terecht komen in de zorg. Wel zijn andere gegevens beschikbaar uit de eHealthmonitor, die sinds 2013 jaarlijks door Nictiz en Nivel wordt uitgevoerd⁵. In 2013 zocht 66% van de mensen zelf informatie op internet over een ziekte of behandeling, in 2014 is dit aantal ongeveer gelijk gebleven (65%). In 2013 heeft 6% van de mensen aangegeven een zelftest te hebben gedaan via internet, en in 2014 was dit 8%. Dit aantal lijkt te groeien. Het is niet bekend of deze zelftest een aanleiding is geweest om naar een zorgverlener toe te gaan, of juist een reden om van een bezoek aan een zorgverlener af te zien.

Vraag 75:

Hoeveel medische app's worden thans aangeboden in Nederland; eventueel bij benadering? Op welke wijze wordt toezicht gehouden op deze ontwikkeling?

Antwoord 75:

Het aanbod van app's in Nederland is groot. Er worden via internet vele tienduizenden verschillende app's aangeboden in de categorie «gezondheid», die mensen op hun telefoon, computer of tablet kunnen downloaden. Dit aanbod groeit met de dag. De aanbieders van deze app's zijn vaak niet in Nederland gevestigd. Slechts een klein deel van deze app's valt onder de Wet op de medische hulpmiddelen en zou in Nederland aangemeld moeten zijn als medisch hulpmiddel.

Een fabrikant kan een medisch hulpmiddel op de Nederlandse markt brengen als het voldoet aan de wettelijke eisen. Wanneer het een medische app met een hogere risicoklasse dan klasse I betreft, wordt dat getoetst door een zogenaamde aangemelde instantie (notified body). Bij medische apps met risicoklasse I geldt dat fabrikanten en gemachtigden de medische app zelf certificeren. De IGZ en de inspecties in andere Europese landen houden toezicht op fabrikanten en gemachtigden van medische hulpmiddelen en op de notified bodies. Zo onderzoekt de IGZ of fabrikanten/ontwikkelaars van medische apps zich aan de wet houden, bijvoorbeeld door te na te gaan of medische apps met diagnostische of therapeutische doeleinden die op de markt worden gebracht, ook daadwerkelijk zijn aangemeld zijn als medisch hulpmiddel. Daarnaast wordt gecontroleerd of fabrikanten/ontwikkelaars die hun app als medisch hulpmiddel hebben aangemeld, aan alle wettelijke eisen voldaan. Als blijkt dat ze zich niet aan de wet houden, wordt overgegaan tot handhaving.

Ook de verplichting tot verlenen van verantwoorde zorg als bedoeld in de Kwaliteitswet is een grond voor handhaving als een ondeugdelijke app door de zorgverlener als onderdeel van de behandeling wordt ingezet.

Vraag 76:

Hoe groot is de stijging van de zorgvraag de komende jaren? Kan een vergelijking met jaren 2010, 2013, 2016 en 2019 worden gegeven?

⁵ Monitor 2013: Kamerstukken II, 2012–2013, 27 529, nr. 126
Monitor 2014 is 10-10-2014 aan de Kamer toegezonden.

Antwoord 76:

De zorgvraag blijft de komende jaren toenemen en dat vertaalt zich in hogere zorguitgaven. In de onderstaande tabel zijn de zorguitgaven van de genoemde jaren opgenomen. In de VWS-begroting zijn in verschillende figuren en tabellen de ontwikkeling van de zorguitgaven opgenomen. Zo is in figuur 1 op pagina 21 en in tabel 24 op pagina 195 de historische ontwikkeling van de BKZ-uitgaven 2005–2015 opgenomen. Verder is in tabel 5 op pagina 149 de ontwikkeling van de BKZ-uitgaven in de periode 2014–2019 opgenomen. Overigens is de stijging van de zorguitgaven niet alleen het gevolg van de toegenomen zorgvraag, maar ook van nominale en technologische ontwikkelingen.

Zorguitgaven 2010, 2013, 2016 en 2019 (bedragen x € 1 miljoen)

	2010	2013	2016	2019
BrutoBKZ-uitgaven	62.476	69.270	73.582	81.816
BKZ-ontvangsten	3.032	4.607	5.072	5.463
Netto-BKZ-uitgaven	59.444	64.663	68.510	76.353

Vraag 77:

De overproductie van zorgaanbieders zal door de toename van zorgvragen, toenemend aantal mensen met chronische ziekten en vergrijzing stijgen. Wordt deze overproductie door stijgende zorgvraag vergoed?

Antwoord 77:

Aangezien de vraagstelling niet geheel duidelijk is, hebben wij deze nu zo gelezen als een verzoek om een nadere toelichting op het verband tussen de zorgvraag, de zorgproductie en de zorguitgaven.

De zorgvraag stijgt inderdaad, hetgeen zich de afgelopen decennia ook heeft vertaald in een hoger zorgvolume. Voor een overzicht van de oorzaken van de stijgende zorguitgaven verwijs ik u naar het antwoord op vraag 62. Een stijgend zorgvolume kan leiden tot hogere zorguitgaven. De lijn tussen een hoger zorgvolume en hogere zorguitgaven is echter niet direct te trekken: wanneer de productiviteit in de zorg stijgt, hoeft een toename in de vraag naar zorg niet tot hogere kosten te leiden. De productiviteit kan toenemen wanneer de mensen in de zorg efficiënter gaan werken, of wanneer er nieuwe kostenbesparende technologie op de markt verschijnt. In de zorg was er de afgelopen jaren een duidelijke groei van de productiviteit. Zo signaleerde het Centraal Planbureau (CPB)(CPB boek «Toekomst van de zorg») een toename van de arbeidsproductiviteit van gemiddeld 1,8% per jaar gedurende de jaren 2001–2010. Desondanks stegen ook in deze periode de zorguitgaven. Dit hangt onder andere samen met de volumestijging in deze periode (zie hiervoor vraag 76), maar ook met een toenemende kwaliteit. Ook voor de komende jaren is een toename van volume en kwaliteit voorzien. Daarom voorzien bijvoorbeeld de hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg ook nu nog in een (beperkte) stijging van de zorguitgaven. Om de productiviteit hoog te houden en daarmee de kostenstijging beperkt, wordt daarnaast ingezet op doelmatigheid.

Vraag 78:

De ontwikkeling van e-health kan leiden tot besparing van onnodige uitgaven. Welke onnodige uitgaven?

Antwoord 78:

Door de inzet van e-health kan potentieel:

- het aantal artsbezoeken omlaag, waardoor er minder reistijd en reiskosten nodig zijn voor de patiënt,
- kunnen artsen meer patiënten behandelen in minder tijd;
- kan bepaalde laagcomplexere zorg die nu nog in de tweede lijn geleverd wordt in de eerste lijn worden geleverd,
- kunnen kosten van zorg (waaronder medicatie) omlaag, omdat de patiënt door betere leefstijl aanpassing de symptomen van zijn aandoening zelf beter onder controle kan houden,
- kan onnodig dubbel onderzoek worden voorkomen, doordat uitkomsten van onderzoeken voor alle zorgverleners waarvoor dit relevant is beschikbaar zijn;
- kunnen mensen zelf meer thuis doen zonder professionele hulp.

Het is niet zo dat van overheidswege kan worden aangewezen welke artsbezoeken omlaag kunnen en welke zorg gesubstitueerd kan worden naar de eerste lijn. Ook zijn er soms investeringen nodig voordat deze besparingen gerealiseerd kunnen worden. Hier ligt een verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik ben met partijen in het veld in overleg om te stimuleren dat zij hierin hun verantwoordelijkheid ook nemen en zet mij ervoor in om onnodige belemmeringen weg te nemen. Uit het overleg komt naar voren dat partijen de mogelijkheden ook zien.

Vraag 79:

De technologische ontwikkelingen, die in versneld tempo doorgaan, bieden kansen om zorg effectiever te organiseren en de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van mensen te vergroten. Kan een aantal van deze technologische ontwikkelingen en de bespaarde uitgaven worden gegeven?

Antwoord 79:

Een mooi voorbeeld van hoe technologie (e-health) de zorg kan verbeteren en tegelijk ook de patiënt meer centraal plaatst is telemedicine in de dermatologie. Een deel van de zorgverlening door een medisch specialist in de tweede lijn is routinematig en kan ook «op afstand» geleverd worden. In plaats van een doorverwijzing voor een bezoek aan de polikliniek heeft een huisarts de mogelijkheid om een foto te maken van bijvoorbeeld een huidaandoening. De beoordeling van de foto geschiedt door een medisch specialist en terugkoppeling via de eigen huisarts. De zorg wordt tijd en plaats onafhankelijk geleverd, en dat levert een groot gemak voor de patiënt. Bovendien kan dezelfde zorg tegen lagere kosten geleverd worden. Bijkomend voordeel is dat er een leereffect in de eerste lijn ontstaat; huisartsen gaan verschillende huidaandoeningen steeds beter herkennen, waardoor advies van de medisch specialist niet altijd meer nodig is. Bovengenoemd voorbeeld gaat over teledermatologie, maar ook voor pulmonologie, cardiologie, oogheelkunde en andere specialisme zijn telemedicine-varianten denkbaar. Ik beschik niet over cijfers over de bespaarde uitgaven.

Vraag 80:

De technologische ontwikkelingen, die in versneld tempo doorgaan, bieden kansen om zorg efficiënter te organiseren en de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van mensen te vergroten. Wordt hier ook de zorgrobot mee bedoeld? Hoe draagt dat bij aan de kwaliteit van zorg en leven? Is dat de toekomst?

Antwoord 80:

De mogelijkheid om zorg efficiënter te organiseren en de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van mensen te vergroten liggen voornamelijk op het gebied van de informatie- en communicatietechnologie. De Staatsse-

cretaris en ik hebben in onze brief over e-health en zorgvernieuwing⁶ beschreven hoe deze ontwikkelingen eraan bijdragen dat mensen meer centraal staan in de zorg en dat zij meer regie krijgen op hun eigen zorg en leven. Doordat er meer en betere informatie beschikbaar is bij het consult kan er in de spreekkamer meer tijd worden besteed aan het gesprek over welke keuzes iemand heeft in zijn behandeltraject. Of doordat de gezondheidstoestand van kwetsbare ouderen op afstand gemonitord wordt, hoeft deze minder vaak voor controlebezoeken naar het ziekenhuis. Contact tussendoor kan telefonisch of digitaal verlopen, maar het ziekenhuisbezoek zelf vindt alleen plaats als dit daadwerkelijk nodig is. Mensen die gemonitord worden maken voelen zich veiliger en kunnen hun energie benutten voor activiteiten die de kwaliteit van leven bevorderen. Op deze wijze kan technologie bijdragen aan mensgerichte zorg.

Op het gebied van robotica vinden veel ontwikkelingen plaats. Zo is in veel ziekenhuizen apparatuur beschikbaar met roboticatechnologie, die de specialist bij operaties ondersteunen. Deze vorm van robotica verschilt aanzienlijk van robotica die in de langdurige zorg wordt ingezet, die voor activering of recreatie van cliënten wordt ingezet. Ook zijn robots in ontwikkeling die mensen thuis kunnen helpen, waardoor ze langer zelfredzaam blijven. Eerste pilots met deze robots laten een hele hoge tevredenheid zien bij de patiënten (in de 80%).

Vraag 81:

Ook gewenste, noodzakelijke en breed gedragen hervormingen kunnen gepaard gaan met onzekerheden en mogelijk incidenten. We proberen dan ook zo veel mogelijk zekerheid te bieden en incidenten te voorkomen. Is de regering zich ervan bewust dat deze mogelijke incidenten niet het uitvallen van een lampje is, maar om mensen gaat, met grote gevolgen? Hoeveel incidenten zijn acceptabel? Hoe worden incidenten voorkomen?

Antwoord 81:

We staan aan de vooravond van een grote hervorming. Deze hervorming gaat over mensen, niet over systemen. Mensen moeten de ondersteuning en zorg krijgen die ze nodig hebben. Zowel in de Wmo2015, de Wlz als in de nieuwe aanspraken in de Zvw is uitbereid overgangsrecht vastgelegd. Naast het overgangsrecht worden de ervaringen van mensen met de transitie gemonitord door de cliëntenorganisaties. Indien er signalen zijn dat er mensen niet de ondersteuning en zorg krijgen die ze nodig hebben, worden deze signalen bij de verantwoordelijke partijen neergelegd en wordt de afhandeling gemonitord. Half oktober is de publiekscampagne gestart en is er een informatiepunt voor cliënten bereikbaar. Tevens is in het debat over de transitie Wmo toegezegd dat er een team komt dat gaat interveniëren in individuele gevallen waarbij cliënten tussen de wal en het schip dreigen te vallen.

Ondanks deze maatregelen moeten we ons realiseren dat de veranderingen gepaard gaan met onzekerheden en mogelijke incidenten. Met de partijen waarmee ik de brede transitieafspraken over de hervorming langdurige zorg heb gemaakt, bespreek ik twee wekelijks de signalen zodat snel bijgestuurd kan worden. Omdat ondersteuning en zorg lokaal of regionaal wordt geleverd is het van belang dat de partijen in de regio elkaar weten te vinden. Ik zie daar goede voorbeelden van, bijvoorbeeld gemeenten en verzekeraars die samen een interventieteam opzetten zodat ze snel kunnen reageren op ongewenste incidenten. De secretarissen die in elke regio beschikbaar zijn helpen hierbij. Al met al proberen we incidenten via een breed scala van activiteiten zo goed als mogelijk te

⁶ Kamerstukken II, 2013–2014, 27 529, nr. 130

voorkomen. Als zich in de praktijk toch problemen voordoen, worden deze zo spoedig mogelijk opgelost.

Vraag 82:

Kan een overzicht gegeven worden van de toe- en afname van het aantal mensen dat de ziektekostenpremie c.q. het eigen risico niet heeft betaald in relatie tot de stijging van premie en eigen risico, voor de afgelopen vijf jaar? Welke concrete maatregelen worden genomen om het aantal wanbetalers terug te dringen? Wanneer komt de resterende wetgeving naar de Kamer?

Antwoord 82:

Er is geen informatie beschikbaar over het aantal mensen dat problemen heeft met het betalen van het eigen risico of de nominale premie in relatie tot de stijging ervan.

Het wetsvoorstel verbetering wanbetalersmaatregelen dat in uw Kamer ligt⁷, is gericht op het verder voorkomen van instroom en het verhogen van uitstroom wanbetalers. De drie belangrijkste nieuwe maatregelen zijn:

- de mogelijkheid om groepen aan te wijzen om uit te stromen uit het bestuursrechtelijke premieregime;
- de mogelijkheid de hoogte van de bestuursrechtelijke premie vast te stellen op een ander niveau dan de huidige grondslag;
- een betalingsregeling met de zorgverzekeraar als reden om te kunnen afmelden uit het bestuursrechtelijk premieregime.

Uw Kamer heeft mij op 26 september het Nader Verslag toegezonden. Ik zal de Nota naar aanleiding van het Nader Verslag zo spoedig mogelijk aan uw Kamer toesturen.

Vraag 83:

Kan een overzicht gegeven worden van de (over)solvabiliteit van de zorgverzekeraars? Kan daarbij aangegeven worden hoe hoog de premie zou zijn wanneer de oversolvabiliteit (tot aan wettelijk maximum) gebruikt zou worden voor premieverlaging?

Antwoord 83:

Zie voor het eerste deel op de vraag het antwoord op vraag 56.

Op basis van voorlopige berekeningen en uitgaande van de thans bekende solvabiliteitscijfers zal, als gevolg van de extra schadelast die de overheveling vanuit de AWBZ met zich meebrengt en de verhoogde solvabiliteitseis onder Solvency II, de solvabiliteitsratio afnemen van 211% tot 127%–143%.

Dit betekent dat, rekening houdend met de overhevelingen en Solvency II, zorgverzekeraars ongeveer 1½ tot 2 miljard meer in kas hebben dan vereist.

Wanneer deze oversolvabiliteit zou worden ingezet ter verlaging van de premie, zou dit – rekening houdend met de 50–50-verdeling over nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage – leiden tot een eenmalige premieverlaging van 55 tot 75 euro per premiebetaler. De geraamde premiestijging van 110 euro zou dan in 2015 neerkomen op een premiestijging van 35 tot 55 euro per premiebetaler.

NB *Hiermee geef ik tevens navolging aan de toezegging die ik heb gedaan in tijdens het AO Zvw van 4 september jl. om uw Kamer voorafgaand aan de begrotingsbehandeling hierover te informeren.*

⁷ Kamerstukken II, Vergaderjaar 2013/14, 33 683.

Het afkomen van reserves tot het wettelijk minimum is overigens niet wenselijk. Ruimte ten opzichte van het wettelijk vereiste zorgt er namelijk voor dat tegenvallers kunnen worden opgevangen zonder dat premies direct moeten worden verhoogd. Met het oog op het belang van een stabiele premieontwikkeling (het voorkomen van grote premieschommelingen) en met het oog op een gezond financieel huishouden van de verzekeraar is het gewenst om enige ruimte te hebben ten opzichte van het minimum.

Vraag 84:

Kan een overzicht gegeven worden van de mensen die werkzaam zijn in de zorg en een salaris hebben dat boven de norm van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector ligt?

Antwoord 84:

De feiten en cijfers over de Wnt (wet normering topinkomens) worden jaarlijks vóór 31 december naar de Kamer gestuurd op grond van artikelen 7.1 van de Wnt. Voor de beantwoording van uw vraag moet ik u naar dat nog komende overzicht verwijzen. Het overzicht over het verslagjaar 2012 (het laatste jaar vóór inwerkingtreding van de Wnt) vindt u in TK 30 111, nr. 66.

Vraag 85:

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die zorg mijden in 2014? Hoe was die verdeling in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 85:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over aantallen patiënten die hebben afgezien van zorg vanwege een (verhoogd) eigen risico. Daarbij moet overigens in acht worden genomen dat op grond van de hoofdlijnenakkoorden de uitgavengroei in zowel de huisartsen- als de medische specialistische zorg is gematigd.

Door Vektis is en wordt onderzocht hoe het totale zorggebruik in 2013 (het jaar van substantiële verhoging van het eigen risico) zich verhoudt tot 2012. Daarnaast is in 2013 een representatieve enquête verricht naar de opvattingen van burgers over hoe zij omgaan met het verhoogde verplichte eigen risico. Recent is uw Kamer toegezegd een nader onderzoek te laten verrichten naar de achtergrondkenmerken van mensen die zorg mijden.

In juli is een analyse door Vektis over het feitelijke zorggebruik in de eerste lijn aan uw Kamer gestuurd. Daarbij is gemeld dat uit de analyse van de hoofdprestaties in de eerste lijn geen eenduidig beeld naar voren komt. Er zijn wat betreft het zorggebruik in 2013 zowel stijgingen, als dalingen zichtbaar bij de totale kosten per prestatie, bij het aantal declarerende verzekerden en bij de kosten per (declarerende) verzekerde. Gelet op de diverse factoren die een rol kunnen spelen is volgens Vektis niet te bepalen in hoeverre de gesignaleerde cijferontwikkelingen ook significant zijn. In het voorjaar van 2015 verricht Vektis een soortgelijke analyse over het gebruik van ziekenhuiszorg in 2013 in vergelijking met 2012. Ook zal in het voorjaar 2015 in samenwerking met onder meer de LHV een onderzoek worden verricht naar zorgmijding. Op dit moment wordt gewerkt aan de opzet en vraagstelling van beide onderzoeken.

Vraag 86:

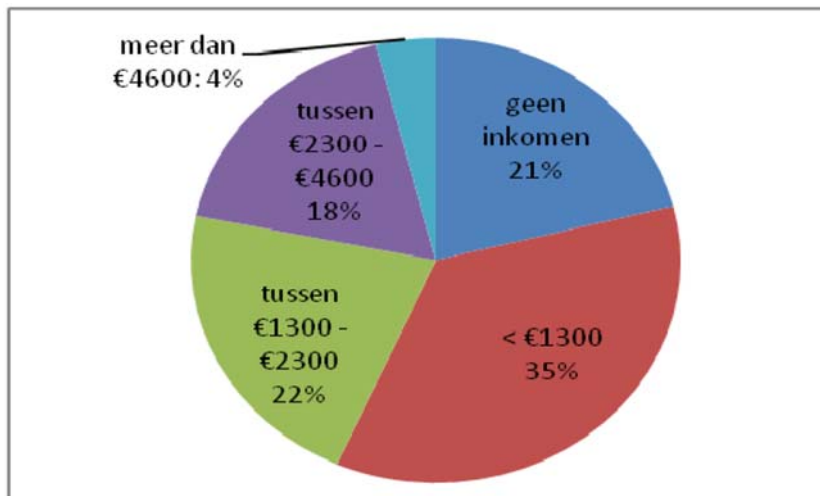
Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen? Hoe was die verdeling in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 86:

Naar de verdeling naar inkomensgroepen is door het CBS beperkt onderzoek gedaan, namelijk betrekking hebbend op de jaren 2010 en 2012. Over andere jaren is geen onderzoek gedaan naar inkomensgegevens.

In de VWS-verzekerdenmonitor van 2012⁸ is hierover onderstaande figuur opgenomen. Deze geeft de inkomensverdeling weer van de diverse groepen wanbetalers. Vermeld is de relatieve inkomensverdeling op 31 december 2010. 60% van de wanbetalers ontving een zorgtoeslag. Van de jongeren onder de 23 jaar (11% van het totaal) had 9% een inkomen <€ 1.300. Voorts had ongeveer een kwart van de wanbetalers een uitkering.

Figuur 2.4 Wanbetalers naar inkomen (Bron: CBS)



Figuur 2.5 Wanbetalers met een uitkering (Bron: CBS)

In de VWS-verzekerdenmonitor die ik op 7 oktober jl. aan beide Kamers van het parlement heb toegezonden (Kamerstukken II, Vergaderjaar 2014/15, 33 077, nr. 14), is op pagina 16 de onderstaande tabel opgenomen. In de tabel is de sociaaleconomische achtergrond van wanbetalers en stuwmeerwanbetalers («harde kern») weergegeven. Voor de duidelijkheid is onderscheid gemaakt tussen mensen die werk hebben, uitkeringsgerechtigden en overigen. Uit de tabel blijkt dat ruim 41% van de harde kern een uitkering heeft en ruim 43% een inkomen. Circa 15% had geen inkomen.

Voorts blijkt uit de door het CBS verstrekte gegevens (niet opgenomen in de tabel) dat ruim 83% een huurwoning heeft, waarvan ongeveer de helft ook huurtoeslag ontvangt.

⁸ Kamerstukken II, Vergaderjaar 2012/13, 33 077, nr. 4

Tabel 2.12: Stuwmeerwanbetalers naar sociaaleconomische categorie (bron: CBS)

Wanbetalers naar sociaaleconomische categorie	totaal*	stuwmeer	
	aantal	aantal	%
Werknemer	90.936	31.180	34,3
Directeur-grootaandeelhouder	636	150	23,6
Zelfstandige	16.921	4.750	28,1
Overig actief	4.499	1.770	39,3
Niet schoolgaand/scholier/student met inkomen	13.670	2.740	20,0
Totaal actieven	126.662	40.590	
Ontvanger werkloosheidsuitkering	14.701	5.230	35,6
Ontvanger bijstandsuitkering	47.606	19.010	39,9
Ontvanger uitkering sociale voorzieningen (overig)	11.097	4.070	36,7
Ontvanger uitkering ziekte/AO	21.590	9.450	43,8
Ontvanger pensioenuitkering	10.990	4.620	42,0
Totaal uitkering	105.984	42.380	
Niet schoolgaand/scholier/student geen inkomen	1.974	250	12,7
Overig zonder inkomen	41.643	13.050	31,3
Onbekend	6.146	1.460	23,8
Totaal overig	49.763	14.760	
Totaal	282.409	97.740	34,6

*Aantal wanbetalers (met achtergrondgegevens) op 31 december 2013. De categorie heeft betrekking op de situatie op 31 december 2012.”

Vraag 87:

Hoeveel mensen maakten in 2014 gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering die in samenwerking met de gemeente aangeboden wordt? Hoeveel mensen waren dat in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 87:

Uit een taxatie van bureau BS&F blijkt dat het totaal aantal deelnemers in Nederland aan gemeentelijke collectiviteiten (inclusief kinderen) voor de jaren 2009 t/m 2014 de volgende aantallen betreft:

2009	580.000
2010	600.000
2011	600.000
2012	560.000
2013	550.000
2014	560.000

De daling in 2012 komt doordat gemeenten vanaf 2012 geen bijdrage meer mochten geven in de premie aan mensen met een inkomen hoger dan 110% van het van toepassing zijnde sociale minimum. Deze restrictie zal per 2015 komen te vervallen.

Vraag 88:

Welke kosten zijn er gemoeid bij het weer in het pakket brengen van borstprotheses op medische indicatie bij transgenders?

Antwoord 88:

De verzekerde prestaties in de Zorgverzekeringswet (Zvw) omvatten enkel de behandeling van primaire geslachtskenmerken van transgenders, maar niet die van secundaire geslachtskenmerken.

Plastisch-chirurgische ingrepen die bedoeld zijn om ernstig geestelijk lijden te voorkomen, zijn sinds 1998 van het verzekerde pakket uitge-

sloten. Het voorkomen van ernstig geestelijk lijden wordt daarmee voor dergelijke ingrepen evenmin beschouwd als medische noodzaak.

Bij benadering kunnen de kosten die gemoeid zouden zijn met het in het pakket opnemen van borstimplantaten bij transgenders worden geraamd op € 1,6 mln. tot € 2 mln. per jaar. Hierbij is uitgegaan van behandeling van ca. 365 tot 400 transgenders per jaar en kosten van ruim € 4.000 per behandeling.

In deze raming is afgezien van de kosten van de inhaalvraag door transgenders die niet -op eigen kosten- borstimplantaten hebben laten plaatsen en van de kosten van vervanging van borstimplantaten indien dat nodig mocht zijn. Ook zijn de kosten van borstimplantaten voor vrouwen die geen of nauwelijks borstaanleg hebben, niet in deze raming meegenomen. Hoeveel vrouwen dit betreft is niet bekend. Wel kan ervan worden uitgegaan dat zich bij deze laatste groep ook een aanzienlijke inhaalvraag zal voordoen. Dit houdt dan ook in dat de kosten van het in het pakket opnemen van borstimplantaten in ieder geval de eerste jaren aanzienlijk hoger zullen zijn dan de hiervoor geraamde bedragen.

Voorts zij er op gewezen dat de indicatie voor vergoeding voor het implanteren van inwendige borstprothesen uit het basispakket in 2004 is beperkt tot vrouwen na een borstamputatie. Deze uitsluiting geldt dus niet alleen voor transgenders. Het recht op vergoeding van een borstimplantaat is sinds die tijd uitgesloten voor alle vrouwen die geen of nauwelijks borstaanleg hebben. Het vergoeden van borstimplantaten uitsluitend voor transgenders, zou de groep transgenders bevoorrechten ten opzichte van andere verzekerden voor wie borstimplantaten evenmin in het Zvw-pakket zijn opgenomen. Dat is een vorm van ongelijke behandeling die niet is te rechtvaardigen.

Vraag 89:

Hoeveel personen maken gebruik van Valysvervoer, leerlingvervoer en zittend ziekenvervoer?

Antwoord 89:

Vorig jaar heb ik een onderzoek laten uitvoeren waarover ik u in mijn brief van 5 juli 2013 (Kamerstuk 25 847, nr. 117), verslag heb gedaan. Hierin wordt een inschatting gemaakt van het gebruik van de verschillende vormen van doelgroepenvervoer.

Hieruit volgt (o.b.v. cijfers 2012) dat ca. 81.000 leerlingen gebruik maken van leerlingvervoer en ca. 115.000 van het zittend ziekenvervoer. Voor het Valysvervoer zijn recentere cijfers beschikbaar: in 2013 hebben ca. 164.000 personen gebruik gemaakt van het Valysvervoer.

Vraag 90:

Hoeveel procent van de Nederlanders kan in 2012 binnen 45 minuten per ambulance naar een SEH worden vervoerd? In welke plaatsen of regio's wordt deze norm niet gehaald en waarom?

Antwoord 90:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar de analyse gevoelige ziekenhuizen 2013 die ik in september 2013 aan uw Kamer heb aangeboden (TK2013–2014, 32 854 nr 20).

De resultaten van de bereikbaarheidsanalyses laten zien dat de spreiding van de 94 SEH's met 24/7 openstelling zodanig is dat 99,85% van de inwoners van Nederland (peildatum januari 2012) binnen 45 minuten per ambulance naar een SEH kan worden vervoerd. Dat houdt in dat circa 24.400 inwoners niet binnen 45 minuten naar een SEH kunnen worden vervoerd volgens het bereikbaarheidmodel. In de analyse uit 2011 waren dit nog 46.950 inwoners.

Sinds jaar en dag zijn er enkele gebieden in Nederland die niet binnen 45 minuten per ambulance op een SEH kunnen zijn. Het uitgangspunt in mijn beleid rond gevoelige ziekenhuizen is dat, in geval van een concentratiebeweging, of sluiting van een ziekenhuislocatie, het aantal mensen dat buiten de 45-minutennorm valt niet toe neemt ten opzichte van de situatie ten tijde van het instellen van deze norm. Voor die gebieden die al buiten de 45-minutennorm vielen is het zaak dat de zorgverzekeraar, samen met de betrokken aanbieders in het ROAZ, organiseert dat deze mensen tijdig toegang hebben tot spoedeisende zorg. Deze verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar volgt uit zijn zorgplicht. In de praktijk wordt hier ook invulling aangegeven, bijvoorbeeld door de inzet van helikopters, boten en tijdige risicosignalering.

De aantallen inwoners die buiten de 45-min norm vallen zijn de volgende:

Tabel 1: Inwoners per gemeente buiten de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten

gemeente	Inwoners buiten de 45-minuten norm
Texel	13.700
Vlieland	1.100
Terschelling	4.700
Ameland	3.600
Schiermonnikoog	900
De Marne	200
Baarle-Nassau	200
Totaal	24.400

Vraag 91:

Hoeveel bedden in de GGZ in totaal zijn er verdwenen na het afsluiten van het akkoord? Hoe is de vermindering van bedden in de GGZ precies opgebouwd? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 91:

Om de afgesproken beddenafbouw goed te kunnen volgen heeft het Trimbos instituut in opdracht van VWS de Landelijke Monitor Intramurale GGZ uitgebracht (Trimbos, 2013). Uit deze monitor blijkt dat het aantal bedden in 2012 11.728 voor de Zorgverzekering bedroeg en 25.960 voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Dit laatste aantal is inclusief crisisplaatsen.

Op dit moment beschikken wij nog niet over de actuele cijfers van de afbouw van bedden die in 2013 zijn gerealiseerd. Die verwacht ik eind van dit jaar. Met het verschijnen van deze monitor zullen de mutaties van het aantal bedden ten opzichte van 2012 zichtbaar worden.

Vraag 92:

Wanneer zullen de concrete kosten en baten van ambulantisering in kaart zijn gebracht met betrokken partijen?

Antwoord 92:

Ik heb het Trimbos instituut opdracht gegeven een monitor te ontwikkelen waarbij zowel de afbouw van de bedden (ten opzichte van het aantal bedden in 2008) als de opbouw van de ambulante zorg in kaart wordt gebracht. Tevens zullen de ervaringen en opvattingen van de cliënten/patiënten meegenomen worden over een aantal aspecten waaronder de kwaliteit van de zorg, de dagbesteding en woonsituatie. De eerste publicatie van deze gegevens verwacht ik eind 2015 en zal ik aanbieden aan de Tweede Kamer. Deze monitor is daarmee gericht op het onderzoeken van de feitelijke ontwikkelingen die zich voordoen en niet zozeer op het in kaart brengen van de kosten en baten van de ambulantisering.

Vraag 93:

Hoeveel ervaringsdeskundigen hebben GGZ-instellingen in dienst in 2014?

Antwoord 93:

Op basis van een enquête van Kenniscentrum Phrenos uit september 2014 wordt geschat dat er minimaal 1500 betaalde ervaringsdeskundigen werkzaam zijn in de ggz. Het gaat hierbij om een ruwe schatting op basis van reacties van 14 instellingen. Instellingen voor verslavingszorg, waarin veel met ervaringsdeskundigen wordt gewerkt, waren in de reacties ondervertegenwoordigd.

Vraag 94:

Hoeveel zorgverzekeraars passen (in 2014) selectieve zorginkoop toe in de GGZ-sector?

Antwoord 94:

In de Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg die de NZa in april 2014 heeft gepubliceerd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 25 424, nr. 245) heeft de NZa door middel van enquêtes bij zorgverzekeraars informatie opgevraagd over het verloop van de contractering in zowel 2013 als 2014. Daaruit blijkt dat tot nu toe drie van de tien zorgconcerns selectief inkopen.

Ik beschik nog niet over de gegevens over 2015.

Vraag 95:

Voor hoeveel locaties in de intramurale ouderenzorg bestaan wachtlijsten, en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord 95:

In de bijlage treft u gedetailleerde informatie aan over de wachtlijst per locatie (AGB-code) en geeft de situatie weer van 1 september jl.⁹

De bijlage is per sector (V&V, GZ, GGZ) samengesteld uit de volgende onderdelen:

1. Actief wachtend zonder zorg binnen de Treeknorm
2. Actief wachtend met zorg binnen de Treeknorm
3. Actief wachtend zonder zorg buiten de Treeknorm
4. Actief wachtend met zorg buiten de Treeknorm
5. «Wenswachtend» zonder zorg
6. «Wenswachtend» met zorg

Bij de «wenswachtenden» is tevens de verdeling over de zorgaanbieders aangegeven.

Naar aanleiding van het AO van 3 september wordt momenteel door zorgverzekeraars en zorgaanbieders gewerkt aan een verificatieronde van de «wenswachtenden». De zorgverzekeraars hebben de zorgaanbieders gevraagd om na te gaan of de wachtlijststatus van hun cliënten correct is. In november zal ik de Kamer informeren over de uitkomsten van deze operatie.

Vraag 96:

Voor hoeveel locaties in de intramurale gehandicaptenzorg bestaan wachtlijsten, en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord 96:

⁹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

In de bijlage treft u gedetailleerde informatie aan over de wachtlijst per locatie (AGB-code) en geeft de situatie weer van 1 september jl.

De bijlage is per sector (V&V, GZ, GGZ) samengesteld uit de volgende onderdelen:

1. Actief wachtend zonder zorg binnen de Treeknorm
2. Actief wachtend met zorg binnen de Treeknorm
3. Actief wachtend zonder zorg buiten de Treeknorm
4. Actief wachtend met zorg buiten de Treeknorm
5. «Wenswachtend» zonder zorg
6. «Wenswachtend» met zorg

Bij de «wenswachtenden» is tevens de verdeling over de zorgaanbieders aangegeven.

Naar aanleiding van het AO van 3 september wordt momenteel door zorgverzekeraars en zorgaanbieders gewerkt aan een verificatieronde van de «wenswachtenden». De zorgverzekeraars hebben de zorgaanbieders gevraagd om na te gaan of de wachtlijststatus van hun cliënten correct is. In november zal ik de Kamer informeren over de uitkomsten van deze operatie.

Vraag 97:

Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor zorg thuis (AWBZ), wat is de gemiddelde wachttijd en wat zijn de minimum- en maximumwachttijden?

Antwoord 97:

De informatie over de mensen die op een wachtlijst staan voor extra-murale zorg treft u aan in de bijlage. Deze geeft de stand weer van 1 september jl. en is uitgesplitst naar:

1. Actief wachtenden, langer dan de treeknormen en geen overbruggingszorg.
2. Actief wachtenden, langer dan de treeknormen met overbruggingszorg.
3. «Wenswachtenden» zonder overbruggingszorg.
4. «Wenswachtenden» met overbruggingszorg.

Voor elke categorie is de duur van de wachttijd aangegeven.

Naar aanleiding van het AO van 3 september wordt momenteel door zorgverzekeraars en zorgaanbieders gewerkt aan een verificatieronde van de «wenswachtenden». De zorgverzekeraars hebben de zorgaanbieders gevraagd om na te gaan of de wachtlijststatus van hun cliënten correct is. In november zal ik de Kamer informeren over de uitkomsten van deze operatie.

Vraag 98:

Voor welke medisch specialistische ingrepen zijn de wachtlijsten de afgelopen vijf jaar per saldo toegenomen c.q. afgenomen?

Antwoord 98:

De NZa monitort voor de Marktscan medisch specialistische zorg de wachttijden. In onderstaand overzicht staat de landelijke wachttijdontwikkeling voor behandeling over de periode 2009 t/m oktober 2014. Over het algemeen zijn de wachttijden voor behandelingen de afgelopen 5 jaar per saldo afgenomen.

Gemiddelde van WACHTTIJD BEHANDLING	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Baarmoeder verwijderen	5,17	5,07	4,99	4,78	4,40	4,47	Afgenomen (onder de Treeknorm)

Gemiddelde van WACHTTIJD BEHANDLING	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Blaasgezwel (blaastumor)	5,05	4,75	3,85	4,20	3,92	3,81	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Borstkanker	2,16	1,50	1,41	1,54	2,29	1,94	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Borstreconstructie	8,87	7,44	6,00	11,08	9,00	4,26	Afgenomen (van boven naar onder de Treeknorm)
Borstvergroting	6,98	6,63	6,62	6,90	6,67	6,75	Afgenomen (boven de Treeknorm)
Borstverkleining	8,60	8,08	7,77	8,27	7,70	7,56	Afgenomen (boven de Treeknorm)
Buikwandcorrectie	7,63	7,51	7,72	8,30	7,30	7,42	Afgenomen (boven de Treeknorm)
Carpaal tunnel syndroom – Heelkunde	3,99	3,92	3,77	3,13	2,94	3,27	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Carpaal tunnel syndroom – Neurochirurgie	4,92	4,19	3,58	3,19	3,58	3,67	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Carpaal tunnel syndroom – Neurologie	3,77	3,51	1,67	1,83	1,95	1,85	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Carpaal tunnel syndroom – Orthopedie	3,90	4,11	3,07	2,85	2,80	2,98	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Carpaal tunnel syndroom – Plastische Chirurgie	5,12	5,07	4,80	4,21	4,17	4,69	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Diabetes	2,15	1,68	2,03	1,36	1,33	1,68	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Diabetes bij kinderen	1,27	1,22	1,46	1,97	1,20	1,08	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Dotteren	2,74	2,52	2,30	2,34	2,09	2,35	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Dupuytren, ziekte van – Plastische Chirurgie	6,49	6,12	5,71	5,64	5,62	5,38	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Galblaasverwijdering	4,86	4,95	5,02	4,55	3,89	4,77	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Hernia (H.N.P.) – Orthopedie	5,47	4,55	3,81	5,91	5,56	4,17	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Hernia (radiculaire syndroom / HNP lumbaal) – Neurologie	3,50	4,47	2,94	3,27	3,46	3,45	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Heupprothese	7,76	7,61	6,52	6,06	5,48	6,31	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Incontinentie bij vrouw	5,82	4,92	5,08	5,03	4,32	4,19	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Keel- en neusamandelen	4,39	4,12	4,20	3,79	3,66	3,81	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Kijkoperatie knie	4,63	4,29	3,60	3,34	2,80	3,32	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Knieprothese	7,77	7,61	6,22	5,98	5,58	6,33	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Liesbreuk	4,52	5,11	5,39	4,59	4,17	4,91	Toegenomen (onder de Treeknorm)
Neustussenschot correctie	6,43	6,38	6,41	5,27	4,98	5,77	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Open hartoperatie	5,03	3,68	3,79	4,17	4,34	4,28	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Pijnbestrijding	3,48	3,52	3,67	4,50	3,36	3,67	Toegenomen (onder de Treeknorm)
Prostaatkanker	4,98	4,87	4,59	4,44	4,30	4,20	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Rughernia (Lumbosacrale discotomie) – Neurochirurgie	5,59	5,46	5,00	4,43	4,08	4,75	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Spataderen (med. indicatie) – Dermatologie	3,67	3,15	3,08	2,67	2,32	2,56	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Spataderen (med. indicatie) – Heelkunde	5,08	4,65	4,29	3,80	3,71	4,00	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Staar	5,47	5,00	4,66	4,93	4,85	4,65	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Sterilisatie man – Heelkunde	1,60	3,19	2,66	2,18	2,17	2,82	Toegenomen (onder de Treeknorm)
Sterilisatie man – Urologie	4,40	4,28	4,29	4,14	3,89	3,99	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Sterilisatie vrouw – Gynaecologie	4,29	4,38	4,05	3,75	3,39	3,70	Afgenomen (onder de Treeknorm)
Trommelvliesbuisje	3,91	3,71	3,36	3,24	3,16	3,24	Afgenomen (onder de Treeknorm)

Vraag 99:

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

Antwoord 99:

De informatie over de mensen die op een wachtlijst staan, treft u aan in de bijlage. Deze geeft de stand weer van 1 september jl. en is uitgesplitst naar:

1. Actief wachtenden, langer dan de treeknormen en geen overbruggingszorg.
2. Actief wachtenden, langer dan de treeknormen met overbruggingszorg.
3. «Wenswachtenden» zonder overbruggingszorg.
4. «Wenswachtenden» met overbruggingszorg.

Voor elke categorie is de duur van de wachttijd aangegeven.

Naar aanleiding van het AO van 3 september wordt momenteel door zorgverzekeraars en zorgaanbieders gewerkt aan een verificatieronde van de «wenswachtenden». De zorgverzekeraars hebben de zorgaanbieders gevraagd om na te gaan of de wachtlijststatus van hun cliënten correct is.

In november zal ik de Kamer informeren over de uitkomsten van deze operatie.

Vraag 100:

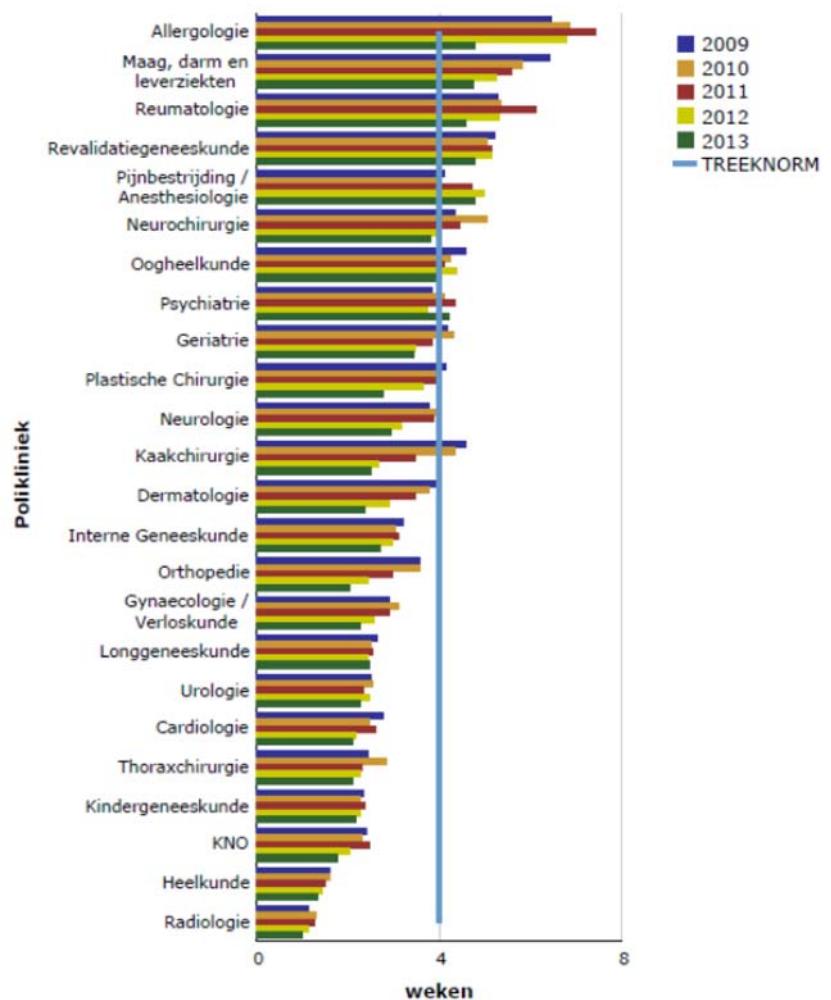
Hoe zien de wachtlijsten eruit bij zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de Zorgverzekeringswet, inclusief de GGZ?

Antwoord 100:

Instellingen voor medisch specialistische zorg en GGZ-instellingen zijn verplicht wachttijden te publiceren op hun eigen website. Deze gegevens worden door een externe partij verzameld. De NZa maakt gebruik van deze gegevens om jaarlijks over de landelijke wachttijdontwikkeling in de marktscans te rapporteren. In de komende Marktscan van de GGZ die in november uitkomt wordt hierover gerapporteerd. Op dit moment zijn deze gegevens nog niet beschikbaar.

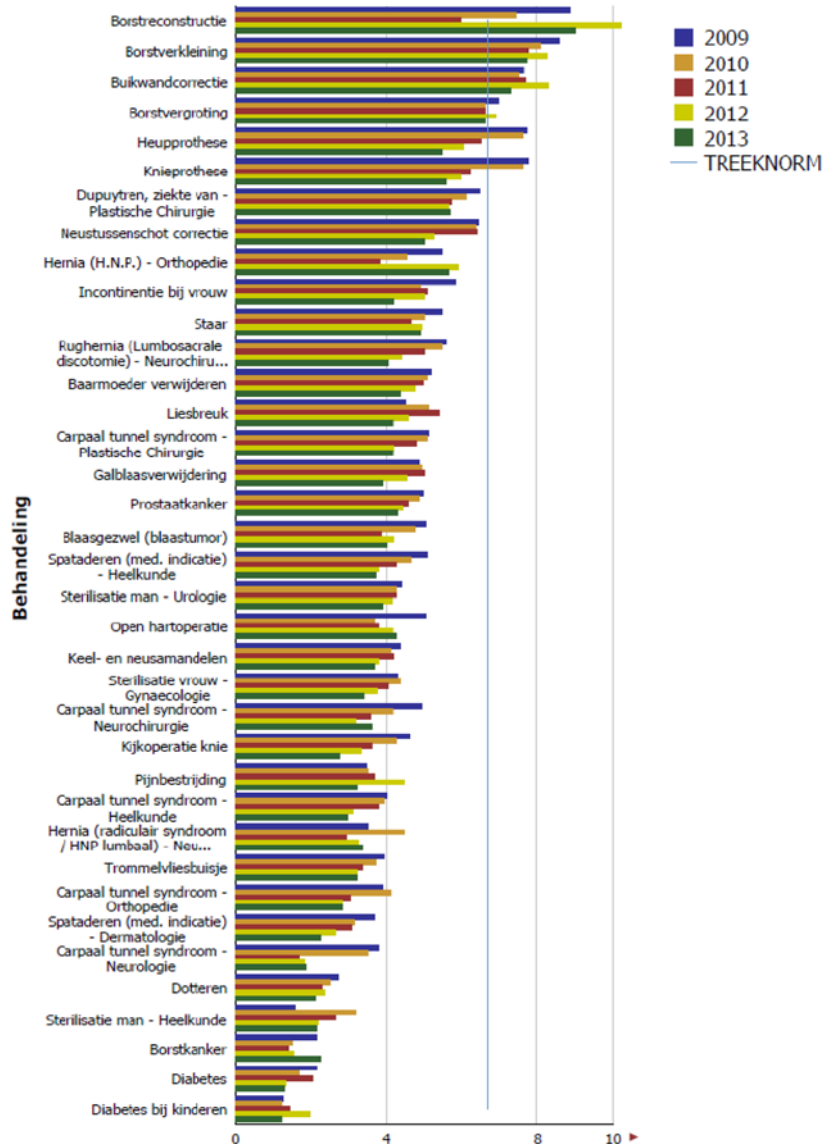
In de Marktscan Medisch specialistische zorg van december 2013 wordt de wachttijdontwikkeling als volgt weergegeven.

Landelijke gemiddelde wachttijd polikliniek



Vraag 101:

Landelijk gemiddelde wachttijd behandeling



Wat kosten de persoonsgebonden budgetten jaarlijks? Hoeveel persoonsgebonden budgetten worden jaarlijks afgegeven per zorgdoelgroep en sector?

Antwoord 101:

In 2013 is € 2,48 miljard aan het pgb AWBZ besteed. In 2014 is het subsidieplafond € 2,73 miljard, waarvan begin 2015 duidelijk is hoeveel daadwerkelijk zal zijn besteed. Het aantal pgb's dat per doelgroep en per sector wordt afgegeven staat in onderstaande tabel en is gebaseerd op representatief bestand van zorgkantoren van juli 2014.

Sector	Aantal budgethouders
V&V	25.000
GGZ	45.000
GHZ	50.000

Sector	Aantal budgethouders
Totaal	120.000

Doelgroep	Aantal budgethouders
18-	39.000
18+	81.000
Totaal	120.000

Vraag 102:

Hoeveel indicaties «Begeleiding» en «Persoonlijke verzorging hebben een pgb»- financiering?

Antwoord 102:

Het aantal mensen met een extramurale indicatie voor begeleiding en persoonlijke verzorging met een pgb is uit onderstaande tabel af te leiden. Budgethouders kunnen zowel begeleiding als persoonlijke verzorging hebben. Dit is gebaseerd op een representatief bestand van pgb-cijfers van zorgkantoren over 2013.

	Indicaties	Aantal budgethouders	% pgb
Begeleiding	262.660	76.000	29%
Persoonlijke verzorging	275.715	43.000	16%

Vraag 103:

Hoeveel mantelzorgers worden betaald uit het PGB?

Antwoord 103:

Het aantal naasten dat een budgethouder ondersteunt en ook uit het pgb wordt betaald, wordt niet bijgehouden. Van belang lijkt voorts ook in acht te nemen welk aandeel van de zorg ze voor hun rekening nemen. We weten dat een grote meerderheid van de budgethouders één of meer mensen voor zich heeft werken uit de naaste omgeving. De hoeveel zorg die een naaste van een budgethouder levert varieert van een aantal uur per week tot vrijwel de gehele zorg en ondersteuning. *Vraag 104:* Hoeveel mensen zetten per jaar hun zorg in natura om in een PGB?

Antwoord 104:

In 2013 hadden 797.265 mensen een indicatie, waarvan 121.913 deze via een pgb hebben ingevuld. Dat is circa 15%. Hoeveel bestaande AWBZ-cliënten in een bepaald jaar van leveringsvorm (van ZIN naar pgb) zijn veranderd is niet te achterhalen uit de bij mij beschikbaar zijnde gegevens.

Vraag 105:

Welke grondslag voor zorg betreft het? Om welke bedragen PGB gaat het?

Antwoord 105:

Het aantal pgb's dat per sector wordt afgegeven staat in hoofdlijnen in eerste tabel en is gebaseerd op de cijfers van representatief bestand van zorgkantoren van juli 2014. In de tweede tabel is aangegeven om welk gemiddeld pgb-bedrag het gaat in geval van pgb's op basis van een verblijfsindicatie (zorgzwaartepakket) en extramurale indicatie (functies en klassen).

Sector	Aantal budgethouders
V&V	25.000
GGZ	45.000
GHZ	50.000
Totaal	120.000

Grondslag	Gemiddeld pgb-bedrag verblijfsindicatie	Gemiddeld pgb-bedrag extramurale indicatie
GGZ	€ 36.000	€ 11.000
VG	€ 41.000	€ 19.000
LG	€ 48.000	€ 24.000

Vraag 106:

Wat is het hoogste PGB-bedrag voor iemand? Wat is het gemiddelde PGB-bedrag, uitgesplitst voor kinderen, ouderen, VG, LG, GGZ?

Antwoord 106:

Het hoogste bedrag dat iemand aan pgb ontvangt, op basis van een representatief deelbestand van budgethouders dat mijn Ministerie ter beschikking staat, is € 300.500. Omdat het om een deelbestand gaat, is niet uit te sluiten dat er een hoger pgb bestaat. Het kan hier gaan om iemand die een specifieke zorgsituatie heeft. Hoge reguliere pgb's liggen tussen € 100.000 en € 150.000. Een gemiddeld pgb op basis van een extramurale indicatie bedraagt circa € 17.000 en op basis van een verblijfsindicatie (zorgzwaartepakket) circa € 40.000. In onderstaande tabel zijn deze uitgesplitst naar de gevraagde doelgroepen.

Grondslag	Gemiddeld pgb-bedrag verblijfsindicatie	Gemiddeld pgb-bedrag extramurale indicatie
GGZ	€ 36.000	€ 11.000
VG	€ 41.000	€ 19.000
LG	€ 48.000	€ 24.000
18-	€ 43.000	€ 16.000
18+	€ 40.000	€ 17.000

Vraag 107:

Wat wordt de verwachte opbrengst van het eigen risico volgend jaar? Brengen de opbrengsten van het eigen risico op wat was verwacht?

Antwoord 107:

De verwachte opbrengst van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2015 bedraagt € 3.190,7 mln (zie tabel 16 op pagina 184 van de VWS-begroting).

Reguliere cijfers over het eigen risico dat verzekeraars daadwerkelijk incasseren zijn niet beschikbaar. Voor het jaar 2010 wordt de werking van het risicovereveningsmodel voor het verplicht eigen risico geanalyseerd. In dat kader wordt ook een relatie tussen de geraamde en de daadwerkelijke opbrengst van het verplicht eigen risico bekeken. Voor de jaren 2008 en 2009 is deze analyse reeds uitgevoerd. De rapportages van deze analyses worden naar verwachting voor het einde van het jaar naar de Tweede Kamer gestuurd.

Vraag 108:

Hoeveel mensen hebben zorg vermeden vanwege het eigen risico? Hoeveel mensen hebben hun gehele eigen risico opgemaakt?

Antwoord 108:

Zoals reeds bij vraag 85 is gemeld zijn geen gegevens beschikbaar over aantallen patiënten die hebben afgezien van zorg vanwege een (verhoogd) eigen risico. Het percentage volwassen verzekerden dat het verplicht eigen risico de afgelopen jaren volledig vulde wordt geraamd op circa 55%.

Vraag 109:

Hoeveel mensen konden in 2014 hun eigen risico niet meer betalen? Wat zijn hierover de laatste cijfers?

Antwoord 109:

Gegevens over betalingsachterstand van alleen het eigen risico staan niet tot mijn beschikking.

In de VWS-verzekerdenmonitor die ik op 7 oktober jl. aan beide Kamers van het parlement heb toegezonden (Kamerstukken II, Vergaderjaar 2014/15, 33 077, nr. 14) is op pagina 11 is wel informatie opgenomen over het aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten. Zorgverzekeraars hebben aangegeven bij een betalingsregeling altijd de totale achterstand (premie én eigen risico) in de betalingsregeling te betrekken. De betalingsregelingen bij de deurwaarder hebben zowel betrekking op de buitengerechtelijke- als de gerechtelijke fase.

Tabel 2.3: Aantal betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten (bron: Zorginstituut)

Aantal betalingsregelingen (einde maand)		sep 2013	dec 2013	mrt 2014
Aantal betalingsregelingen (premie en eigen risico)	intern	107.291	124.644	157.757
Aantal betalingsregelingen (premie en eigen risico)	deurwaarder	116.044	120.241	125.109

Vraag 110:

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

Antwoord 110:

Het is niet bekend welk verband er bestaat tussen het midden van zorg en de inkomensgroep waartoe iemand behoort. Een representatieve enquête door GfK Intomart¹⁰ heeft laten zien dat er verschillende motieven een rol kunnen spelen om af te zien van zorg. Naast financiële motieven spelen ook andere motieven een rol, zoals geen tijd hebben of zelf de inschatting maken dat de klacht niet ernstig genoeg is.

Vraag 111:

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

Antwoord 111:

Op dit moment zijn nog onvoldoende gegevens voor handen om die vraag te beantwoorden. Zoals eerder al is gemeld zal uw Kamer in het voorjaar van 2015 een onderzoeksrapport ontvangen over de effecten op de tweelijnszorggebruik als gevolg van verhoging van het eigen risico. Die analyse wordt verricht door Vektis op basis van gegevens over gedeclareerde (en dus feitelijk verleende) ziekenhuiszorg in 2013, in vergelijking met 2012. Pas begin 2015 zijn voldoende declaratiegegevens van ziekenhuizen beschikbaar om een dergelijke analyse te kunnen uitvoeren. Overigens zijn in dezelfde periode ook hoofdlijnenakkoorden gesloten om de groei van de zorguitgaven te matigen.

¹⁰ Kamerstukken II 2013/2014, 29 689, nr. 479

Vraag 112:

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

Antwoord 112:

In de evaluatie van het eigen risico uit 2011 (Kamerstukken II, 2010–2011, 29 689, nr. 325) is aangegeven dat de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico in 2009 circa € 40 mln bedroegen. Recentere informatie over de uitvoeringskosten is niet beschikbaar.

Vraag 113:

Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2014 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord 113:

Gegevens over effecten van het eigen risico dit jaar zijn niet bekend. Wat betreft de kwantitatieve inzichten is aan uw Kamer in juli jl. een onderzoeksrapport gestuurd waar het totale gebruik van eerstelijns zorg in 2013 is vergeleken met 2012¹¹. In het voorjaar van 2015 ontvangt uw Kamer een soortgelijke kwantitatieve analyse van gebruik van tweedelijnszorg in 2013 vergeleken met 2012. Een enquête die in 2013 door GFK Intomart is verricht biedt kwalitatieve inzichten in het keuzegedrag dat een rol speelt bij de verhoging van het verplicht eigen risico in 2013. Over eventuele gezondheidsschade zijn geen gegevens bekend. Daarbij past de kanttekening dat niet elk afzien van zorg tot gezondheidsschade hoeft te leiden. Ook in de hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt om de groei van de zorg te matigen.

In het AO Zorgverzekeringswet d.d. 4 september 2014 is uitvoerig stilgestaan bij de zorgen die in uw Kamer leven over zorgmijding. Bij die gelegenheid is toegezegd dat nog dit jaar nader onderzoek wordt verricht naar de achtergrondkenmerken van zorgmijding. Ook is aangegeven dat in overleg wordt getreden met de LHV op dit punt. Dat laatste is inmiddels gebeurd en heeft geleid tot de afspraak om samen te werken aan de opzet en uitvoering van een nieuw onderzoek naar zorgmijding. De komende periode wordt nader gewerkt aan de vraagstelling en opzet van zo'n onderzoek, waarbij het de nadrukkelijke bedoeling is om ook in te gaan op de achtergrondkenmerken zoals de Kamer heeft gevraagd op 4 september. Intentie is om dit onderzoek in de eerste helft van 2015 aan de Kamer te kunnen toezenden.

Vraag 114:

Hoeveel mensen hebben afgezien van zorg vanwege hogere kosten, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 114:

Zoals reeds is gemeld in antwoord op vraag 85 zijn er geen gegevens beschikbaar over aantallen patiënten die hebben afgezien van zorg vanwege een (verhoogd) eigen risico.

Zorgkosten hoeven in Nederland in beginsel geen reden te zijn om af te zien van noodzakelijke zorg. Mensen met een lager inkomen worden gecompenseerd via de zorgtoeslag. In de zorgtoeslag die mensen ontvangen is ook rekening gehouden met het eigen risico. Iemand met een minimuminkomen betaalt daardoor in 2014 niet 360 euro aan eigen risico, maar 73 euro.

Vraag 115:

¹¹ Kamerstukken II 2013/2014, 29 689 nr. 533

Hoeveel mensen hebben afgezien van zorg vanwege hogere kosten, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 115:

Zie het antwoord op vraag 114.

Vraag 116:

Welke waren de landelijke uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars inzake het treffen van betalingsregelingen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014? Is hier een trend in te herkennen? Zo ja, kunt u deze verklaren?

Antwoord 116:

Gegevens over de uitvoeringskosten van betalingsregelingen bij de zorgverzekeraars staan niet tot mijn beschikking.

Vraag 117:

Hoe hebben de reserves van de verzekeraars zich jaarlijks ontwikkeld? Kunt u een overzicht hiervan geven van de verzekeraars in totaliteit en de afzonderlijke verzekeraars vanaf 2004?

Antwoord 117:

Zie het antwoord op vraag 56.

Vraag 118:

Hoe groot is het deel van het eigen vermogen dat stamt uit de tijd dat zorgverzekeraars publieke instellingen waren? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 118:

Zie het antwoord op vraag 558.

Vraag 119:

Hoeveel winst verwacht u volgend jaar bij de zorgverzekeraars?

Antwoord 119:

Ik heb geen informatie over winstverwachtingen van verzekeraars van volgend jaar.

Vraag 120:

Bestaan er plannen bij zorgverzekeraars de winstuitkering in te voeren? Hoe ver zijn die plannen gevorderd?

Antwoord 120:

Het is aan verzekeraars zelf of zij winst uit voorgaande jaren teruggeven via een eenmalige teruggave en/of een verlaging van de premie. Bij de komende premiebekendmakingen zal per zorgverzekeraar inzichtelijk worden of er al dan niet sprake is van teruggave van winst.

Als u overigens doelt op een winstuitkering aan derden, zoals kapitaalverschaffers, dan zijn mij geen plannen bekend. Zorgverzekeraars mogen wettelijk gezien altijd winst uitkeren. De meeste zorgverzekeraars zijn overigens onderlinge waarborgmaatschappijen.

Vraag 121:

Kunt u aangeven wat sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 de jaarlijks verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen is geweest?

Antwoord 121:

Wat betreft de wijzigingen in de medisch-specialistische zorg dient te worden opgemerkt dat de omschrijving van de te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringswet (Zvw) het mogelijk maakt dat het verzekerde pakket de medisch-inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen volgt. Hierdoor stromen nieuwe effectieve interventies en zorgvormen «automatisch» het verzekerde pakket in. Daar tegenover staat dat verouderde interventies en zorgvormen die in de medische praktijk niet meer worden toegepast «automatisch» uit het basispakket verdwijnen, omdat deze niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Omdat deze «automatische» in- en uitstroom in veel gevallen niet plaatsvindt op basis van uitspraken van het Zorginstituut, is het niet mogelijk hiervan een volledig beeld te geven.

In bijgaande tabel zijn vermeld de beperkingen in het basispakket van de Zvw, die op basis van politieke besluitvorming hebben plaatsgevonden en die hebben geleid tot verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen. Uitzondering hierop is de overheveling van de jeugd-ggz naar de Jeugdwet. Ook na overheveling per 1 januari 2015 blijft de jeugd-ggz collectief gefinancierd.

Volledigheidshalve zij nog vermeld dat per 1 januari 2015 de wijkverpleging (vanuit de AWBZ) en voor zwangere vrouwen de niet-invasieve prenatale test (NIPT) in het basispakket worden opgenomen. Voor een overzicht van de overige zorg die sinds 2007 op basis van politieke besluitvorming in het basispakket is opgenomen, wordt verwezen naar het overzicht dat is verstrekt in het antwoord op de schriftelijke Kamervraag 1 over de VWS-begroting 2014 (33 750 XVI nr. 13).

Tabel Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2007–2015

Jaar	Beperking
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket
2009	slaapmiddelen cholesterolverlagers hulpmiddelen
2010	acetylcyteine
2011	antidepressiva jeugd tandzorg boven 18 jaar extracties anticonceptie fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen
2012	fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen fysiotherapie, beperking chronische lijst maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik stoppen met roken ¹ dieetadvisering ¹ eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen ² aanpassingsstoornissen
2013	eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen redressiehelm beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder paracetamol/codeïne
2014	geen beperkingen basispakket
2015	jeugd-ggz naar Jeugdwet (blijft daarmee collectief gefinancierd) de combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar

¹ per 1 januari 2013 weer in basispakket opgenomen

² per 1 januari 2014 is deze beperking vervallen met de invoering van de generalistische basis ggz

Vraag 123:

De 50/50 verhouding kan natuurlijk ook op andere wijze gecorrigeerd worden in plaats van de zorgpremie te verhogen. Is dit onderzocht? Als

werkgevers in 2014 teveel inkomensafhankelijke bijdrage hebben betaald, waarom wordt dat door de zorgverzekeraars niet gewoon teruggegeven?

Antwoord 123:

Het gewoon teruggeven betekent in de praktijk een tussentijdse verhoging van de rekenpremie met gevolg dat zorgverzekeraars een lagere vereveningsbijdrage gaan ontvangen dan waarbij zij bij de premiestelling voor het betreffende jaar rekening mee hebben gehouden. Het is mogelijk dat een zorgverzekeraar buiten zijn schuld om hierdoor financieel in de problemen komt. Dit is uit bestuurlijk oogpunt zeer ongewenst. Daarom is het binnen de Zvw juridisch niet mogelijk om op basis van een onjuist geraamde 50/50-verhouding de rekenpremie aan te passen.

Vraag 124:

Hoeveel betalingsregelingen zijn er sinds 2010 getroffen voor mensen die het eigen risico niet kunnen opbrengen? Hoeveel betalingsregelingen zijn er sinds 2010 getroffen voor mensen die hun zorgpremie niet kunnen betalen? Hoeveel betalingsregelingen zijn er sinds 2010 getroffen voor mensen die én het eigen risico én de zorgpremie niet kunnen betalen? Met hoeveel zal het aantal betalingsregelingen toenemen als het eigen risico verhoogd wordt naar € 375?

Antwoord 124:

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 109, beschik ik niet over gegevens over betalingsachterstand van alleen het eigen risico. Het is onmogelijk in te schatten in welke mate het aantal betalingsregelingen zal toenemen als het eigen risico verhoogd wordt. Zie verder het antwoord op vraag 109.

Vraag 125:

Op welke wijze zorgt de invoering van de tijdelijke rijksbijdrage voor de hervorming van de langdurige ervoor dat we in 2015 meer aan belasting betalen?

Antwoord 125:

De rijksbijdrage zorgt er voor dat de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage lager uitvallen in 2015 dan was verwerkt in het inkomstenkader. Voor zover dit het geval is wordt dit gecompenseerd door een lastenverzwaring elders. Voor werkgevers leidt dit tot een stijging van de premies voor het Arbeidsongeschiktheidsfonds (Aof). Bij burgers tot het iets steiler afbouwen van de algemene heffingskorting.

Vraag 126:

Is het niet zo dat het bedrag voor de eigen bijdragen een schatting is, omdat we niet weten hoeveel gemeenten gaan vragen aan eigen bijdragen?

Antwoord 126:

De gemiddelde zorgkosten uit eigen betalingen, bevat het eigen risico Zvw, eigen betalingen hulpmiddelen in Zvw en eigen bijdragen in de AWBZ/Wlz. Hierin is de eigen bijdrage Wmo niet meegenomen.

Vraag 127:

Hoe wordt gezorgd voor een goede afstemming tussen het grote aantal partijen dat samenwerkt in het programma Verspilling?

Antwoord 127:

Er wordt gewerkt in een programmastructuur met stuurgroepen en themaprojecten. Deze komen regelmatig bijeen om de voortgang met elkaar te bespreken, af te stemmen en samen te werken. Ook is er

regelmatig contact met partijen die bij andere trajecten actief zijn en die raakvlakken hebben met het Programma Aanpak verspilling. Denk hierbij aan de trajecten kostenbewustzijn, de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda als onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden voor de eerste lijnszorg, de medisch specialistische zorg en de GGZ, de aanpak fraude, de herziening van de langdurige zorg, het programma In voor zorg! en het tegengaan van onnodige overhead in de langdurige zorg. De partijen zijn scherp op mogelijkheden om elkaars aanpak te versterken. Het grote aantal partijen zorgt ervoor dat coördinatie meer aandacht vergt en een en ander gaat ten koste van het tempo. Anderzijds gebeuren de afgesproken acties wel bij alle relevante partijen en zijn derhalve van een grotere impact.

Vraag 128:

Hoeveel eenduidige meetinstrumenten en standaarden heeft het nieuw opgerichte Zorginstituut Nederland inmiddels ontwikkeld en hoeveel van deze standaarden en instrumenten worden inmiddels in de praktijk gebruikt?

Antwoord 128:

Sinds april van dit jaar zijn door het Kwaliteitsinstituut 6 standaarden getoetst en in het Register opgenomen. Er lopen momenteel 5 toetsen. Er zijn 3 nieuwe sets en 2 vernieuwde sets meetinstrumenten in het Register opgenomen. Deze standaarden en meetinstrumenten zijn door de zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten gezamenlijk aangeboden en weerspiegelen de stand van de wetenschap en de praktijk. Het Kwaliteitsinstituut heeft nog geen doorzettingsmacht ingezet en daarom nog niet zelf standaarden laten ontwikkelen. Op de website van het kwaliteitsinstituut is een overzicht te vinden van de meetinstrumenten die in gebruik zijn. (<http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/aanleveren+kwaliteitsgegevens/transparantiekalender>)

Vraag 129:

Hoe hebben de werkzaamheden van de programmadirectie Fraudebestrijding Zorg een vertaling gekregen in concrete beleidsmaatregelen, teneinde zorgfraude te voorkomen?

Antwoord 129:

De programmadirectie Fraudebestrijding in de Zorg is opgericht om de samenhang bij de aanpak van fraude verder te versterken. De werkzaamheden van de directie zijn gericht op het stimuleren, verbinden en verspreiden van initiatieven. Onderdeel daarvan is het zorgen voor de juiste (juridische) condities voor samenwerking tussen partijen in de keten, van preventie en controle, tot toezicht, opsporing en sanctionering. Een belangrijke stap is de totstandkoming van een samenhangend programmaplan, waarin een integrale aanpak van onrechtmatigheden, zowel onbedoelde fouten als bewuste fraude, wordt gepresenteerd. Onderdeel van dit plan, dat u naar verwachting eind dit jaar ontvangt, is een overzicht van de concrete beleidsmaatregelen die worden genomen. De totstandkoming van het plan en de uitwerking in maatregelen vraagt om een grondige analyse en om nauw overleg met betrokken partners en veldpartijen. Dat vergt tijd. U ontvangt het plan daarom niet zoals verwacht en eerder aangekondigd eind 2014, maar begin 2015.

Vraag 130:

Kan een overzicht gegeven worden van de maatregelen (zowel vanuit de overheid als geïnitieerd in het veld) om verspilling, overbehandeling en fraude tegen te gaan, en de effecten die daarmee zijn bereikt?

Antwoord 130:

Op verschillende terreinen tegelijkertijd maken we stappen die alle bijdragen aan minder groei van kosten en meer kwaliteit van zorg. Als het gaat om de aanpak van verspilling is via www.verspillingindezorg.nl een overzicht van maatregelen te vinden met een actuele stand van zaken van deze acties.

Op het gebied van het tegengaan van overbehandeling is onder meer relevant het tweede convenant Gepast gebruik. Twaalf partijen bevestigen met dit convenant de wil om in de praktijk goede zorg te bevorderen en ongewenste te ontmoedigen. Naast het convenant Gepast gebruik is de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg in april 2014 uitgekomen. Daarin hebben de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) zich ook verbonden om overbehandeling (èn onderbehandeling) tegen te gaan. Het uitgangspunt is dat zorg aangeboden wordt aan die patiënten die daar ook echt op zijn aangewezen en die profijt hebben van een behandeling en een behandeling ook wensen.

Op het terrein van fraude werken zorgaanbieders, zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten en VWS, vaak gezamenlijk aan diverse initiatieven om onrechtmatigheden in de zorg te bestrijden. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de Taskforce Integriteit Zorg en de projectgroep «Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces». Het gaat daarbij zowel om activiteiten gericht op het voorkomen van onbedoelde fouten, door bijvoorbeeld het verduidelijken van regels en de zorgnota, als het aanpakken van doelbewuste fraude, bijvoorbeeld door het vergroten van de capaciteit bij en samenwerking tussen handhavers. In de derde voortgangsrapportage «Aanpak fraude en fouten in de zorg» ontvangt u een overzicht van de laatste stand van zaken rond deze activiteiten (najaar 2014). Op basis van de ervaringen die zijn opgedaan bij de activiteiten en nieuwe inzichten uit onderzoek werken we de verschillende maatregelen en plannen de komende periode samen met de betrokken partijen nader uit in een samenhangend programmaplan voor de komende jaren. In dat programmaplan, ook te verwachten eind 2014, presenteren we een integrale aanpak van onrechtmatigheden, van preventie en controle, tot toezicht, opsporing en sanctionering. De totstandkoming van het plan en de uitwerking in maatregelen vraagt om een grondige analyse en om nauw overleg met betrokken partners en veldpartijen. Dat vergt tijd. U ontvangt het plan daarom niet zoals verwacht en eerder aangekondigd eind 2014, maar begin 2015.

Behaalde besparingen in de zorg kunnen niet specifiek aan de aanpak van verspilling, overbehandeling en onrechtmatigheden worden toegeschreven doordat er veel veranderingen gaande zijn in de zorg. De verschillende aanpakken hebben hier een aandeel in. Het stelt partijen in staat doelmatiger zorg te verlenen en efficiënter te werken, opdat de groei binnen de afgesproken percentages blijft zonder dat het de zorg raakt of wachtlijsten veroorzaakt.

Vraag 131:

Hoeveel geld is verspild door fout declareren, en hoe en wanneer krijgen patiënten dit terug?

Antwoord 131:

Wij hebben de NZa verzocht om de omvang van zorgfraude en de kwetsbaarheden in het zorgstelsel te onderzoeken. De NZa doet in dit kader onderzoek naar de declaratiebestanden in de Geneeskundige GGZ, de farmaceutische zorg, de huisartsenzorg, de mondzorg, de medisch-

specialistische zorg, de fysiotherapie, en het persoonsgebonden budget en de zorg in natura bij zorg geleverd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In de derde voortgangs-rapportage aanpak fouten en fraude in de zorg informeren wij u over de resultaten van dit onderzoek.

In de brief aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch-specialistische zorg van 1 oktober jongstleden is uw Kamer geïnformeerd op welke wijze het eigen risico wordt verrekend in kader van de aanpak jaarrekeningen medisch- specialistische zorg.

Vraag 132:

Kan de regering aangeven hoeveel euro er momenteel is bespaard met het tegengaan van verspilling? Hoeveel verwacht de regering in de komende periode te kunnen besparen?

Antwoord 132:

Zoals u bekend is, zijn er met afgesloten hoofdlijnenakkoorden hele concrete afspraken gemaakt die de groei in de uitgaven drastisch terugdringen.

De aanpak van verspilling stelt partijen in staat om efficiënter te werken en doelmatiger zorg te verlenen. Daarbij gaan betaalbaarheid en kwaliteit hand in hand. De ruimte die ze hiermee voor zichzelf creëren, zal hen helpen om binnen de afgesproken groeipercentages te blijven. Zonder dat er wachtlijsten ontstaan.

De sector is al goed bezig op verschillende terreinen die allen bijdragen aan minder groei van kosten en meer kwaliteit. Behaalde besparingen in de zorg kunnen niet specifiek aan de aanpak van verspilling worden toegeschreven doordat er veel veranderingen tegelijk gaande zijn in de zorg.

Vraag 133:

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn de afgelopen jaren teruggezet van FWG 15 naar FWG 10?

Antwoord 133:

Gemeenten kopen passende ondersteuning in. De werkgevers bepalen vervolgens zelf welke functies zij ter beschikking hebben voor het uit te voeren werk. VWS stuurt primair op het resultaat (passende zorg en ondersteuning). Wij hebben geen inzicht in het aantal huishoudelijk verzorgenden dat in de afgelopen jaren is teruggezet van FWG 15 naar FWG 10. Overigens geldt dat huishoudelijk verzorgenden juridisch gezien niet zomaar door werkgevers teruggezet kunnen worden van FWG 15 naar FWG 10.

Vraag 134:

Hoeveel hbo-verpleegkundigen zijn er in 2014 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 134:

Het onderzoeksprogramma zorg en welzijn geeft aan dat er in 2014 het ziekenhuis ongeveer 27,6 duizend hbo-verpleegkundigen werken. In de GGZ zijn dit er ongeveer 7,3 duizend. De gehandicaptenzorg heeft ongeveer 2,4 duizend werkzame hbo-verpleegkundigen. In de verpleging en verzorging werken ongeveer 6,5 duizend hbo-verpleegkundigen en in de thuiszorg zijn dit er ongeveer 8,7 duizend. In de jeugdzorg zijn dit er ongeveer 300. In totaal zijn er circa 53.000 hbo-verpleegkundigen werkzaam in de zorg.

Vraag 135:

Hoeveel mbo-verpleegkundigen zijn er in 2014 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 135:

Het aantal mbo-verpleegkundigen dat in het ziekenhuis werkt wordt geschat op 76,3 duizend in 2014, in de GGZ is dit ongeveer 14 duizend. De gehandicapten zorg heeft ongeveer 23,4 duizend mbo-verpleegkundigen werken. In de verpleging en verzorging gaat het om ongeveer 18,9 duizend mbo-verpleegkundigen en in de thuiszorg om 10,3 duizend. In de Jeugdzorg is dit ongeveer 900 mbo-verpleegkundigen. Deze aantallen zijn gebaseerd op het Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn 2014. In totaal zijn er circa 144.000 mbo-verpleegkundigen werkzaam in de zorg.

Vraag 136:

Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er in 2014 werkzaam in de thuiszorg?

Antwoord 136:

Een schatting van het totale aantal wijkverpleegkundigen is 8500 in 2013 (zie ook vraag 260). Dit gaat om het totale aantal werkzame wijkverpleegkundigen. Hoeveel hiervan werkzaam is in 2014 in de thuiszorg is niet bekend. De wijkverpleegkundige is een hbo-verpleegkundige die extramuraal werkt. In totaal zijn er circa 53 duizend hbo-verpleegkundigen werkzaam in de zorg in 2014. Deze hbo-verpleegkundigen kunnen met bijscholing eventueel als wijkverpleegkundigen aan de slag.

Vraag 137:

Hoeveel verzorgenden IG zijn er in 2014 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 137:

Verzorgenden IG hebben een deelkwalificatie Individuele Gezondheidszorg. Er zijn geen specifieke aantallen bekend over het aantal verzorgenden IG. Het totaal aantal werkzame verzorgenden is ongeveer 180 duizend,

Vraag 138:

Hoeveel verzorgenden zijn er in 2014 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 138:

Zie ook het antwoord op vraag 260. Het aantal verzorgenden in 2014 wordt geschat op ongeveer 180 duizend. De verdeling van het aantal verzorgenden over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn (2014) als volgt: in de ziekenhuizen is werken ongeveer 8,5 duizend verzorgenden, in de GGZ 2,7 duizend, in de gehandicapten zorg 12,7 duizend, in de verpleging en verzorging 103 duizend, in de thuiszorg 51,5 duizend en in de Jeugdzorg 800.

Vraag 139:

Hoeveel helpenden zijn er in 2014 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 139:

Helpenden zijn met name werkzaam in de verpleging, verzorging en de thuiszorg. Het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn geeft de volgende aantallen per sector: In de ziekenhuizen werken ongeveer 700 helpenden, in de GGZ ongeveer 100, in de gehandicaptenzorg ongeveer 1,6 duizend, in de verpleging en verzorging ongeveer 16,5 duizend en in de thuiszorg ongeveer 10 duizend.

Vraag 140:

Hoeveel alfahulpen waren/zijn werkzaam in de jaren 2007 t/m 2014?

Antwoord 140:

Het aantal alfahulpen in 2013 is geschat op 45 duizend (zie ook het antwoord op vraag 260). Dit is een grove schatting waarin ook PGB gecontracteerden meegenomen zijn. Het gaat dus over een bredere groep dan alfahulpen. De ontwikkeling over de jaren heen is om dezelfde reden lastig in te schatten. In de brief over de stand van zaken op de arbeidsmarkt staat dat in 2013 14,7 duizend FTE aan alfahulpen werkzaam was in de thuiszorg, in 2015 gaat het om 10,7 duizend FTE en in 2017 is dit 10 duizend FTE.

Vraag 141:

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden waren/zijn werkzaam in de jaren 2007 t/m 2014?

Antwoord 141:

Het aantal huishoudelijk verzorgenden zoals dit uit het Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn in 2013 en 2014 is 77,3 duizend in 2013 en 79,1 duizend in 2014.

Vraag 142:

Hoeveel medisch specialisten, uitgesplitst per beroep zijn er in 2014 werkzaam in de zorg?

Antwoord 142:

In onderstaande tabel is het aantal werkzame specialisten per 1 januari 2013 weergegeven. Dit zijn de meest recente cijfers, zoals opgenomen in het Capaciteitsplan 2013, dat bij brief van 12 juni 2014 naar de Tweede Kamer is gestuurd.¹²

Medisch specialisten

Anesthesiologie	1.525
Cardiologie	965
Cardio-thoracale chirurgie	120
Dermatologie, venerologie	475
Heelkunde	1.220
Interne geneeskunde	1.935
Keel-neus-oorheelkunde	480
Kindergeneeskunde	1.390
Klinische genetica	130
Klinische geriatrie	200
Longziekten en tuberculose	580
Maag-darm-leverziekten	400
Medische microbiologie	245
Neurochirurgie	130
Neurologie	845
Nucleaire geneeskunde	160
Obstetrie en gynaecologie	945
Oogheelkunde	610
Orthopedie	685
Pathologie	385
Plastische chirurgie	270
Psychiatrie	3.015
Radiologie	1.005
Radiotherapie	260
Reumatologie	245
Revalidatiegeneeskunde	495
Urologie	385

¹² Tweede Kamer, 2013–2014, 29 282, nr. 196

Vraag 143:

Hoeveel verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen zijn er werkzaam in 2014?

Antwoord 143:

Volgens de meest recente gegevens van het NIVEL waren in 2013 2852 verloskundigen werkzaam. Het aantal kraamverzorgenden bedroeg in 2013 volgens NIVEL en ActiZ 9000 à 10.000

Per 1 januari 2013 waren 945 gynaecologen werkzaam. Dit is het meest recente cijfer, ontleend aan het Capaciteitsplan 2013, dat bij brief van 12 juni 2014 naar de Tweede Kamer is gestuurd.¹³

Vraag 144:

Hoeveel verpleeghuisartsen werken er in 2014 in Nederland?

Antwoord 144:

Per 1 januari 2013 waren 1486 verpleeghuisartsen (specialisten ouderengeneeskunde) in Nederland werkzaam. Dit is het meest recente cijfer, ontleend aan het Capaciteitsplan 2013, dat bij brief van 12 juni 2014 naar de Tweede Kamer is gestuurd.¹⁴

Vraag 145:

Hoeveel nurse practitioners werken er in Nederland?

Antwoord 145:

Er zijn op dit moment 2326 verpleegkundig specialisten, de Nederlandse naam voor nurse practitioner, geregistreerd in het BIG-register. Een onderzoek van Kiwa Prismant van maart 2013 schat in dat minimaal 88% van de afgestudeerde verpleegkundig specialisten daadwerkelijk werkzaam is als verpleegkundig specialist.

Vraag 146:

Hoeveel anesthesisten werken er in 2014 in Nederland?

Antwoord 146:

Per 1 januari 2013 waren 1525 anesthesisten in Nederland werkzaam. Dit is het meest recente cijfer, ontleend aan het Capaciteitsplan 2013, dat bij brief van 12 juni 2014 naar de Tweede Kamer is gestuurd.¹⁵

Vraag 147:

Hoeveel ZZP'ers werken jaarlijks in de zorg per sector? Wat kosten de ZZP'ers jaarlijks?

Antwoord 147:

Dat gegeven is niet precies bekend. In het Panteia-rapport over de zpp-ers in de AWBZ-gefinancierde thuiszorg (Naar een duurzaam bedrijfsmodel, een beeld van (de mogelijkheden voor) zpp-ers die thuiszorg in natura leveren, oktober 2014) staan enkele cijfers.

«Van de 752.000 zpp'ers in Nederland werken er, volgens het CBS, 72.000 in de sector gezondheids- en welzijnszorg. Dat is een zeer brede groep. Naar schatting verlenen 3.600 tot 7.200 zpp'ers thuiszorg. Op basis van de enquête is verder een algemene schatting te geven van de omvang van zorg in natura. De geënquêteerde zpp'ers schatten dat gemiddeld 41,5 procent van hun cliënten AWBZ-zorg financiert vanuit een pgb en 58,4% zorg in natura ontvangt. Zorg in natura heeft dus een aanzienlijk aandeel binnen de thuiszorg.»

¹³ Tweede Kamer, 2013–2014, 29 282, nr. 196

¹⁴ Tweede Kamer, 2013–2014, 29 282, nr. 196

¹⁵ Tweede Kamer, 2013–2014, 29 282, nr. 196

Vraag 148:

Hoeveel tandartsen zijn er in Nederland werkzaam, zowel Nederlandse als buitenlandse tandartsen? Hoeveel zijn er in 2014 nieuw opgeleid, en hoeveel zijn er vanuit het buitenland ingestroomd in de Nederlandse arbeidsmarkt?

Antwoord 148:

Per 1 januari 2013 waren 8854 tandartsen in Nederland werkzaam. Dit cijfer is ontleend aan het Capaciteitsplan 2013, dat bij brief van 12 juni 2014 naar de Tweede Kamer is gestuurd.¹⁶

In 2014 zijn tot en met medio oktober 153 tandartsen met een buitenlands diploma in het BIG-register ingeschreven.

In 2013 zijn 244 studenten ingestroomd in de opleiding tandheelkunde. Dit aantal zal naar verwachting ook in 2014 instromen.

Vraag 149:

Hoeveel opleidingsplaatsen zijn er in 2014 bijgekomen, uitgesplitst naar artsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants?

Antwoord 149:

De aantallen beschikbaar gestelde opleidingsplaatsen voor 2014 zijn in onderstaande tabel weergegeven:

Opleiding	Aantal plaatsen
Basisopleiding geneeskunde ¹	3.050
Huisarts	720
Medisch specialist	1.234
Arts spoedeisende hulp (SEH-arts)	45
Specialist ouderengeneeskunde	120
Arts verstandelijk gehandicapten	25
Sociaal geneeskundigen	122
Verpleegkundig specialisten, physician assistants ¹	700, de verdeling van deze extra plaatsen over de beide categorieën hbo-zorgmasters wordt in samenspraak met de hogescholen en zorginstellingen bepaald

¹ de aantallen betreffen het studiejaar 2014/2015

Vraag 150:

Hoe hoog is het ziekteverzuim onder zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 150:

Het ziekteverzuim onder zorgverleners verschilt per sector (voor de sectoren waarvoor dit bekend is): 4,3% in de ziekenhuizen, 4,9% in de gehandicaptenzorg, 5,4% in de verpleging en verzorging en 5,8% in de thuiszorg huishoudelijke hulp. Het totale ziekteverzuimpercentage in de zorg is 5%. Deze percentages geven het ziekteverzuim van 2012 weer. Dit is op dit moment het meest recente cijfer uit het Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn.

Vraag 151:

Wat is de gemiddelde uittredeleeftijd van zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 151:

¹⁶ Tweede Kamer, 2013–2014, 29 282, nr. 196

In 2012 was de gemiddelde uittredeleeftijd van zorgverleners 63,5 jaar¹⁷. Ik beschik niet over cijfers per zorgbranche.

Vraag 152:

In welke regio's is er een tekort aan zorgpersoneel, en aan welk zorgpersoneel?

Antwoord 152:

Er bestaan verschillen tussen regio's wanneer het gaat om de tekorten aan personeel. Deze regionale verschillen worden op dit moment meegenomen in het onderzoek dat loopt in het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn. Uitkomsten hiervan zijn op dit moment nog niet bekend, maar hierover wordt de Kamer in de zomer van 2015 geïnformeerd.

Vraag 153:

Hoeveel mensen zijn geregistreerd in de Wet BIG, en hoeveel mensen zijn dit per beroepsgroep? Hoe wordt gecontroleerd of zorgverleners die werkzaam zijn in de zorg daadwerkelijk geregistreerd staan in het BIG-register?

Antwoord 153:

Er zijn in totaal 340.646 beroepsbeoefenaren geregistreerd in het BIG-register. In onderstaande tabel is dit uitgesplitst per beroepsgroep.

Beroepsgroep	Aantallen
Apothekers	6.768
Artsen	79.909
Fysiotherapeuten	32.998
GZ-psychologen	16.048
Psychotherapeuten	6.777
Tandartsen	13.876
Verloskundigen	3.758
Verpleegkundigen	180.512
Totaal	340.646

Bron: BIG-register (1 oktober 2014)

Een beroepsbeoefenaar mag een beschermde beroepstitel alleen voeren als hij geregistreerd is in het BIG-register. Ook is een beroepsbeoefenaar alleen bevoegd voor het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen als hij geregistreerd is. Bij inschrijving in het BIG-register wordt gecontroleerd of de beroepsbeoefenaar over het juiste diploma beschikt. Elke vijf jaar moeten beroepsbeoefenaren vervolgens aantonen dat ze aan de gestelde herregistratie-eisen voldoen. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van werkgevers om te controleren of bij hen werkzame beroepsbeoefenaren, die een wettelijk gereguleerd beroep uitoefenen, geregistreerd zijn. Daarnaast kunnen verzekeraars dit controleren bij het aangaan van een contract en patiënten bij het aangaan van een behandeling.

Vraag 154:

Uit welke landen wordt buitenlands personeel aangetrokken om te werken in de zorg in Nederland?

Antwoord 154:

In 2013 zijn in totaal 13.267 personen in het BIG-register erkend met Nederlandse diploma's. Wat betreft de Europese Economische Ruimte

¹⁷ Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

(EER: Europese Unie en Zwitserland) gaat het om 831 zorgverleners met een Europees diploma of een erkenning aldaar inclusief 3 jaar ervaring. Het merendeel is afkomstig uit België en Duitsland. Ook zijn 25 aanvragen erkend buiten de EER. Het gaat daarbij met name om landen uit Oost-Europa en het Midden-Oosten.

Vraag 155:

Waarom wordt er met buitenlands personeel gewerkt in de Nederlandse zorg?

Antwoord 155:

In Nederland zijn zorginstellingen grotendeels private ondernemingen met een zelfstandige bevoegdheid om zorgpersoneel te werven. Ik heb geen inzicht in de overwegingen die zorgorganisaties hebben bij het aantrekken van personeel uit het buitenland.

Vraag 156:

Welke besparing op personeelskosten moet buitenlands personeel opleveren in verhouding tot Nederlands personeel?

Antwoord 156:

Ook buitenlands personeel dient te worden aangesteld conform de CAO van de betreffende sector, zoals die in Nederland geldt.

Vraag 157:

Welke maatregelen gaat u treffen om de agressie tegen hulpverleners in de zorg aan te pakken?

Antwoord 157:

Agressie tegen hulpverleners moet worden teruggedrongen. Om die reden hebben we het Actieplan «Veilig werken in de zorg» opgesteld met sociale partners in de zorg, de Minister van Veiligheid en Justitie (V&J) en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Het actieplan besteedt jaarlijks ruim € 10 miljoen euro aan een brede aanpak van agressie en geweld in de sector zorg en welzijn. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk gemaakt dat hulpverleners anoniem aangifte kunnen doen. Ook wordt het doen van aangifte door de werkgever gestimuleerd. Door middel van de ondersteuningsregeling worden hulpverleners getraind om agressie en geweld terug te dringen en meer de-escalerend te werken. Jaarlijks helpen we met de ondersteuningsregeling zo ongeveer tweehonderd instellingen. Ook worden regelmatig vanuit het actieplan intersectorale regionale bijeenkomsten georganiseerd. Op deze zogenaamde regiosessies wisselen medewerkers ervaringen en good practices uit. Er worden ook bijeenkomsten georganiseerd om de samenwerking tussen de politie en zorgorganisaties te verbeteren.

Vraag 158:

Wat is de kwaliteit van mbo- en hbo-zorgopleidingen?

Antwoord 158:

Onderwijsinstellingen dienen ervoor te zorgen dat mbo- en hbo-opleidingen, waaronder zorgopleidingen, in elk geval voldoen aan de basiskwaliteit. In het hoger onderwijs wordt dit geborgd doordat hbo-opleidingen elke 6 jaar geaccrediteerd worden door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO). De accreditatierapporten van de NVAO per opleiding zijn openbaar. In het mbo ziet de Inspectie van het Onderwijs toe op de kwaliteit van het onderwijs. Daarnaast heeft de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap vrij recent (in het hoger onderwijs in 2011) gedifferentieerde oordelen geïntroduceerd, waardoor

bovengemiddeld scorende opleidingen als goed of excellent kunnen worden erkend.

Vraag 159:

Hoe groot zijn de wachtlijsten voor de hbo-verpleegkundige opleiding?

Antwoord 159:

Zestien van de zeventien verpleegkundige opleidingen hebben voor het studiejaar 2014–2015 een numerus fixus ingesteld. De numerus fixus is ingesteld om de kwaliteit van de opleiding te waarborgen. Echter, alle geselecteerde eerstejaars studenten zijn op de verschillende HBO-V opleidingen geplaatst en hierdoor is geen sprake van een wachtlijst.

Vraag 160:

Hoeveel opleidingsplekken zijn er in Nederland voor zorgopleidingen en voor welke niveaus?

Antwoord 160:

In de onderstaande tabel vindt u allereerst een overzicht van het aantal MBO leerlingen in 2013 naar niveau in de opleidingen Zorg en Welzijn gebaseerd op het rapport DUO «MBO Zorg & Welzijn en aansluiting op arbeidsmarkt».

	niveau 1	niveau 2	niveau 3	niveau 4	totaal
Apothekersassistent	0	0	0	2.302	2.302
Doktersassistent	0	0	0	4.203	4.203
Facilitaire dienstverlener	0	0	0	7	7
Helpende Zorg & Welzijn	0	17.332	0	0	17.332
Maatschappelijke Zorg	0	0	7.558	12.969	20.527
Mbo-verpleegkundige	0	0	0	20.227	20.227
Pedagogisch Werk	0	0	11.487	9.282	20.769
Pedicure	0	0	86	22	108
Praktijkopleider	0	0	0	131	131
Schoonheidsspecialist	0	0	3.288	1.940	5.228
Sociaal-cultureel werker	0	0	0	2.535	2.535
Sociaal-maatschappelijk dienstverlener	0	0	0	3.102	3.102
Sport en bewegen	0	0	6.004	9.845	15.849
Sport- en bewegingsbegeleider	0	1.753	0	0	1.753
Tandartsassistent	0	0	0	2.412	2.412
Verzorgende-IG	0	0	25.429	0	25.429
Zorghulp	1.189	0	0	0	1.189
Totaal	1.189	23.823	56.548	79.280	160.840

In het HBO staan op dit moment totaal 44.451 leerlingen in zorgopleidingen (bron: Vereniging hogescholen). In de onderstaande tabel is dit aantal opgesplitst naar aantal en niveau.

opleiding	2013
ad management in de zorg	332
ad operationeel sportmanagement	54
ad praktijkondersteuner in de zorg	25
b audiologie	1
b farmakunde	373
b huidtherapie	634
b kunstzinnige therapie	335
b management in de zorg	943
b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken	1.773
b medische hulpverlening	467
b mondzorgkunde	1.132
b oefentherapie cesar	371
b opleiding podotherapie	454
b opleiding tot fysiotherapeut	8.300
b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck	408

opleiding	2013
b opleiding tot verpleegkundige	16.285
b opleiding voor ergotherapie	2.092
b opleiding voor logopedie	2.352
b optometrie	499
b orthoptie	158
b psychomotorische therapie en bewegingsagogie	474
b sport, gezondheid en management	1.683
b toegepaste gerontologie	226
b verloskunde	823
b voeding en dietetiek	3.192
m advanced nursing practice	620
m health care and social work	68
m physician assistant	377
Eindtotaal	44.451

b = bachelor
m = master
ad = associate degree

Uit onderzoek van het NIVEL in 2013 in opdracht van de commissie innovatie zorgberoepen en opleidingen blijkt dat er zorgbreed er in totaal ruim 2.400 verschillende zorgfuncties/beroepen zijn en ruim 1.700 verschillende zorgopleidingen te onderscheiden. Het grote aantal komt deels voort uit andere benamingen die in het verleden gebruikt zijn

Vraag 161:

Hoeveel medicatie (in bedragen en aantal medicijnen) wordt er jaarlijks vernietigd na inlevering? Hoe is de ontwikkeling ten opzichte van eerdere jaren?

Antwoord 161:

De meest recente gegevens die beschikbaar zijn (op basis van onderzoek door RTL nieuws in 2012), schatten de hoeveelheid vernietigde medicatie op circa 150.000 kilogram. Dit betreft de geneesmiddelen, die zijn ingeleverd bij apotheken en die vervolgens worden vernietigd. De waarde van deze geneesmiddelen wordt geschat op circa € 100 mln. Ik heb geen recentere gegevens op basis van specifiek onderzoek.

In het kader van het Programma Verspilling wordt een aantal acties ondernomen om het aantal te vernietigen geneesmiddelen te verminderen, zoals het terughoudender voorschrijven en uitleveren van geneesmiddelen en het verkennen van de mogelijkheden om geretourneerde geneesmiddelen opnieuw uit te geven. Ook in het kader van Bestuurlijk Overleg Farmacie zijn ten aanzien van medicatiebeoordeling en therapietrouw afspraken gemaakt om zodoende gepast gebruik te bevorderen. Als gevolg van gepaster gebruik is de verwachting dat het aantal te vernietigen geneesmiddelen terugloopt.

Vraag 162:

Wat is de precieze omvang van fraude in de zorg?

Antwoord 162:

Wij hebben de NZa verzocht om de omvang van zorgfraude en de kwetsbaarheden in het zorgstelsel te onderzoeken. De NZa doet in dit kader onderzoek naar de declaratiebestanden in de Geneeskundige GGZ, de farmaceutische zorg, de huisartsenzorg, de mondzorg, de medisch-specialistische zorg, de fysiotherapie, en het persoonsgebonden budget en de zorg in natura bij zorg geleverd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In de derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg informeren wij u over de resultaten van dit onderzoek.

Vraag 163:

Hoeveel fraudezaken die betrekking hebben op de gezondheidszorg worden momenteel behandeld door het Openbaar Ministerie, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 163:

Over de strafrechtelijk inzet bij de integrale aanpak van zorgfraude en het aantal zaken dat in behandeling is bij het Openbaar Ministerie bent u meest recent geïnformeerd in de brieven van 26 juni (TK 2013–2014, 28 828, 62) en 1 juli (TK 2013–2014, 28 828, 70). Ik verwijs u volledigheidshalve naar deze brieven.

Vraag 164:

In welke zorgsectoren vindt de meeste fraude plaats en wat zijn de oorzaken hiervan?

Antwoord 164:

Wij hebben de NZa verzocht om de omvang van zorgfraude en de kwetsbaarheden in het zorgstelsel te onderzoeken. De NZa doet in dit kader onderzoek naar de declaratiebestanden in de Geneeskundige GGZ, de farmaceutische zorg, de huisartsenzorg, de mondzorg, de medisch-specialistische zorg, de fysiotherapie, en het persoonsgebonden budget en de zorg in natura bij zorg geleverd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In de derde voortgangs-rapportage aanpak fouten en fraude in de zorg informeren wij u over de resultaten van dit onderzoek.

In de tussenrapportage van dit onderzoek heeft de NZa de frauderisico's per zorgsector aangegeven. Deze tussenrapportage is aan uw Kamer aangeboden met de «Brief Bijlage bij het NZa-rapport tussenrapport (update) «Onderzoek zorgfraude» (TK 28 828, nr. 58).

Vraag 165:

Zijn er zorgorganisaties die op dit moment onder verdenking staan van het Openbaar Ministerie?

Antwoord 165:

Over lopende opsporingsonderzoeken kunnen door het OM geen mededelingen worden gedaan.

Vraag 166:

Hoeveel personen zijn in 2014 opgepakt voor fraude in de zorg, en hoeveel zijn berecht?

Antwoord 166:

Deze informatie wordt door opsporingsinstanties en het OM niet systematisch per zaakstroom bijgehouden.

Vraag 167:

Hoeveel Fte is er beschikbaar voor de fraudeopsporing, uitgesplitst naar de NZa, het Functioneel Pakket, het Openbaar Ministerie en de zorgverzekeraars

Antwoord 167:

Voor de goede orde zij opgemerkt dat de strafrechtelijke opsporing van fraude in de zorg is belegd bij de bijzondere opsporingsdiensten Inspectie SZW en FIOD. Zij voeren opsporingsonderzoeken uit onder gezag van het OM/FP. Het OM is daarnaast verantwoordelijk voor de strafrechtelijke vervolging en de tenuitvoerlegging van straffen.

Met ingang van 2014 verricht de Inspectie SZW naast strafrechtelijke opsporingstaken op het gebied van het persoonsgebonden budget in de AWBZ ook opsporingstaken uit op het gebied van declaratiefraude. De capaciteit van de Inspectie SZW is hiertoe uitgebreid naar circa 50 fte voor de opsporing van zorgfraude (pgb-fraude en declaratiefraude). De FIOD rekent hun opsporingscapaciteit niet in aantallen fte, maar in beschikbare uren. Voor opsporingsactiviteiten op het terrein van de zorg heeft de FIOD op jaarbasis 20.000 uren beschikbaar.

De beschikbare capaciteit voor zorgfraudebestrijding bij het OM (dus inclusief het FP) is niet exact in fte aan te geven. Elke officier van justitie is toegerust om fraudezaken af te doen. Het overige OM personeel dat met fraudebestrijding is belast doet dit vaak ook als onderdeel van een breder takenpakket. Hierdoor kan de totale beschikbare capaciteit van het OM daar worden ingezet waar deze het meest nodig is.

Voor de toezichtcapaciteit van de NZa verwijs ik naar de antwoorden op de vragen 30 en 449.

Vraag 168:

Hoeveel meldingen ontvangt de IGZ jaarlijks met betrekking tot de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg?

Antwoord 168:

Het jaar 2013 laat het volgende beeld zien:

Specialistische somatische zorg	1.520
Gehandicaptenzorg	810
Ouderenzorg en Zorg thuis	1.330
Geestelijke gezondheidszorg	980

Vraag 169:

Hebben de meldingen die de IGZ binnen krijgt betrekking op veelal dezelfde problemen? Zo ja, welke problemen zijn dit?

Antwoord 169:

Zoals eerder in mijn reactie op de rapporten van mevr. Sorgdrager en de heer Van der Steenhoven aan Uw Kamer is meegegeven (TK 33 149, nr. 17), behandelt de IGZ een melding louter als een incident. Het informatiesysteem is op dit moment dan ook niet toegerust om een nadere analyse te geven van de onderwerpen waarover bij de IGZ gemeld wordt. Het nieuwe informatiesysteem, dat vanaf 2017 moet gaan draaien, zal wel toegerust zijn op de taak om meldingen en signalen in samenhang en op onderwerp te beoordelen.

Vraag 170:

In hoeveel zorginstellingen is de afgelopen vijf jaar een besmetting met een «ziekenhuisbacterie» geconstateerd? Is er sprake van een toename of afname ten opzichte van de jaren daarvoor? In hoeveel zorginstellingen, zowel curatief als care, is de hygiëne onder de maat? Is er sprake van een toename of afname van zorginstellingen met ondermaatse hygiëne?

Antwoord 170:

De cijfers waar u naar vraagt zijn niet bekend. Wel voert het RIVM tweemaal per jaar een prevalentieonderzoek uit naar zorggerelateerde infecties waaraan vrijwel alle ziekenhuizen deelnemen. Uit dit onderzoek blijkt dat er een afname van het aantal zorggerelateerde infecties waarneembaar is. Waar dit door wordt veroorzaakt is niet bekend.

Om meer zicht te hebben op ziekenhuisinfecties en uitbraken van resistente bacteriën heeft het RIVM samen met het veld het «signalerings-overleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie» opgezet. Tijdens de maandelijkse bijeenkomsten van het Signaleringsoverleg worden uitbraken van ziekenhuisinfecties in het algemeen en van uitbraken met bijzonder resistente micro-organismen (BRMO's) in ziekenhuizen in het bijzonder besproken. Het Signaleringsoverleg geeft een inschatting van de dreiging voor de volksgezondheid en kan het ziekenhuis adviseren externe expertise in te schakelen. Dit wordt vervolgens teruggekoppeld aan belanghebbenden. Begin 2014 is er een convenant tussen het RIVM en de brancheorganisaties van de ziekenhuizen afgesloten waarmee alle ziekenhuizen zich hebben gecommitteerd aan het melden aan het signaleringsoverleg. Met de ondertekening is deze verplichting een veldnorm geworden waar de IGZ op zal controleren en zo nodig handhavend zal optreden. Er vindt overleg met specialisten ouderengeneeskunde plaats om te kijken hoe het Signaleringsoverleg kan worden uitgebreid naar verpleeghuizen.

Eind 2013 hebben wij u onze reactie gestuurd op twee rapporten van de IGZ over infectiepreventie in de gezondheidszorg. In de rapporten stelt de inspectie dat ziekenhuizen niet goed zijn voorbereid op de toenemende antibioticaresistentieproblematiek en dat in verpleeghuizen en verzorgingshuizen onvoldoende rekening wordt gehouden met besmettingsrisico's. Wel blijkt tijdens de herbezoeken van de inspectie dat deze instellingen op korte termijn grote verbeteringen kunnen realiseren. Wij hebben in onze reactie aangegeven ontevreden te zijn over de uitkomsten van het onderzoek van de inspectie naar infectiepreventie en aangegeven dat zorginstellingen op korte termijn maatregelen moeten nemen. Omdat het hier ging om een steekproef is het niet mogelijk om een totaalbeeld te geven van de hygiëne in zorginstellingen en kan dus niet worden aangegeven of er sprake is van een toe- of afname. De IGZ blijft de komende jaren vorderingen op dit terrein volgen.

Vraag 171:

Op welke wijze gaat de IGZ meer toezicht houden op kwetsbare groepen?

Antwoord 171:

De IGZ continueert haar toezicht op de zorg aan kwetsbare groepen in een intramurale setting. Op 1 januari 2015 gaat met de inwerkingtreding van de Wmo, de WJZ, de Wlz en de veranderingen in de Zvw het zorglandschap sterk veranderen. De IGZ gaat in haar risicogestuurd toezicht daarom extra accent leggen op het toezicht op de zorg aan kwetsbare groepen in de thuissituatie. De IGZ kijkt of kwetsbare groepen – in het bijzonder volwassenen met een (lichte) verstandelijke beperking, kwetsbare ouderen en volwassenen met chronische psychiatrische aandoeningen – in het nieuwe zorglandschap de langdurige zorg thuis krijgen die zij nodig hebben en dat de zorg die geleverd wordt veilig is. Omdat een groot deel van die zorg niet door één zorgaanbieder maar door een netwerk van meerdere zorgverleners en/of zorgaanbieders en mantelzorgers geleverd wordt, is voor de IGZ het functioneren van dit netwerk – naast het functioneren van de professionals – een wezenlijk onderdeel van de kwaliteit van de langdurige zorg thuis.

Vraag 172:

Hoeveel kosten de HKZ en andere keurmerken in de zorg?

Antwoord 172:

Zorginstellingen zijn op grond van de Kwaliteitswet verplicht een kwaliteitssysteem te hebben. Op welke manier een zorginstelling dat invult staat in beginsel vrij. Certificering is niet verplicht op grond van

wet- en regelgeving, maar is een aangelegenheid van de partijen in het veld zelf; door het veld en vóór het veld. Een zorgaanbieder kan, naast het eigen kwaliteitssysteem, kiezen voor het aanvragen van een keurmerk, bijvoorbeeld om zich te onderscheiden op het terrein van vrijheidsbeperkingen of LHBT (lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen en transgenders)-vriendelijkheid. Op de websites van de diverse keurmerken staan de kosten voor het verkrijgen van het specifieke keurmerk aangegeven. Centraal worden geen gegevens over de kosten bijgehouden, zoals in de vraag gesteld.

Vraag 173:

Hoeveel van deze keurmerken per merk worden jaarlijks afgegeven?

Antwoord 173:

De gevraagde gegevens worden niet op een centrale plaats bijgehouden en derhalve is ook niet bekend hoeveel keurmerken per merk jaarlijks worden afgegeven. Zie ook het antwoord op vraag 172.

Vraag 174:

Welke besparing is mogelijk als keurmerken in de zorg afgeschaft worden?

Antwoord 174:

Certificering is niet verplicht op grond van wet- en regelgeving, maar is een aangelegenheid van de partijen in het veld zelf. Er wordt niet op een centrale plaats bijgehouden hoeveel keurmerken worden afgegeven en welke kosten verbonden zijn aan de verschillende keurmerken. Derhalve is het gevraagde bedrag aan besparing niet bekend. Waar geen sprake is van een goed gebruik van het keurmerk (voor externe verantwoording in plaats van als hulpmiddel voor interne verbetering, inclusief feedback aan de werkvloer) kan dat leiden tot regeldruk en nalevingskosten. In het kader van de dereguleringsagenda, die moet leiden tot verlichting van administratieve lasten, zal dit expliciet aandacht krijgen van het Ministerie van VWS in nauw overleg met het veld. Zie ook het antwoord op vraag 172.

Vraag 175:

Welke keurmerken worden er vereist bij zorginkoop, uitgesplitst naar zorgkantoorregio?

Antwoord 175:

Certificering is niet verplicht op grond van wet- en regelgeving, maar is een aangelegenheid van de partijen in het veld zelf; door het veld en vóór het veld. In de bestuursverklaring ten behoeve van de zorginkoop langdurige zorg 2015 is door de zorgkantoren binnen ZN als geschiktheidseis met betrekking tot de eisen van bekwaamheid overeengekomen dat de zorgaanbieder systematisch werkt aan het verbeteren van de kwaliteit. Zie ook het antwoord op vraag 174.

Vraag 176:

Hoeveel zorgverleners zijn in 2014 ontslagen vanwege bezuinigingen, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 176:

Verschillende instellingen hebben in 2014 ontslagaanvragen aangekondigd. Ik heb daarbij direct raadpleegbaar zicht op de aanvragen die ingediend worden bij het UWV op basis van de Wet Melding Collectief Ontslag (ontslagaanvragen voor ten minste 20 personen), niet op de aanvragen die lopen via de kantonrechter of plaats vinden met wederzijds goedvinden van de medewerker en de werkgever. Begin oktober waren er

in 2014 bij het UWV in totaal 1.847 ontslagaanvragen ingediend door zorgorganisaties. Het gaat daarbij om zorgorganisaties uit alle branches tezamen (jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg, ziekenhuizen) die om uiteenlopende redenen aanvragen hebben ingediend. In totaal waren begin oktober 273 aanvragen toegekend in alle branches tezamen.

Vraag 177:

Hoeveel verzorgingshuizen zijn er in 2014 gesloten, en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2015?

Antwoord 177:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden met verzorgingshuizen die sluiten of aankondigen te sluiten. Ik vind het, naast het waarborgen dat mensen met een intramurale indicatie recht op een plek in een zorginstelling houden, van belang dat vooral lokaal in beeld is welke capaciteit beschikbaar is, wat de kwaliteit daarvan is en welke alternatieven er lokaal zijn op het gebied van wonen, zorg en welzijn.

Verzorgingshuizen kunnen kamers die leeg komen als gevolg van de geleidelijke uitstroom van cliënten met een licht ZZP verhuren aan mensen en ter plekke extramurale zorg en ondersteuning aanbieden. Ook het aanbieden van zorg aan zwaardere cliëntengroepen kan een optie zijn. Voor een aantal locaties die niet kunnen voldoen aan de veranderde eisen van de tijd en de veranderde wensen van de cliënten, zal echter ook sluiting een optie kunnen zijn.

In de nota naar aanleiding van het tweede nader verslag Wlz is de onderstaande ontwikkeling opgenomen van het aantal lage ZZP's.

Tabel ontwikkeling aantal lage ZZP's (2012 en 2013 cijfers NZa, 2014 en 2015 prognose VWS)

Aantallen x 1.000	2012	2013	2014	2015
VV 1 t/m 3	39	32	24	12

Hoeveel verzorgingshuizen gaan sluiten is op voorhand niet te zeggen. Tussen 2010 en 2013 is het aantal cliënten dat met ZZP VV 1 t/m 3 in een zorginstelling verbleef met ongeveer 20.000 afgenomen, terwijl het aantal bezette plaatsen in de sector verpleging en verzorging in dezelfde periode slechts met 3.000 plaatsen is afgenomen. Veel van de verzorgingshuisplekken zijn inmiddels al bezet met zwaardere cliënten.

Dat sluit aan bij een trend die al vele jaren zichtbaar is. Mensen blijven langer thuis wonen en de mensen in de instelling zijn gemiddeld genomen zwaarder qua zorgbehoefte. Tussen 1980 en 2010 is het aantal verzorgingshuisplaatsen afgenomen van ongeveer 150.000 plaatsen naar ongeveer 84.000 plaatsen. Het aantal verpleeghuisplaatsen is in dezelfde periode toegenomen van ongeveer 46.000 plaatsen naar 74.000 plaatsen.

Vraag 178:

Hoeveel heeft de sector tot nu toe betaald aan het sectorplan zorg?

Antwoord 178:

Door landelijke en regionale partijen in de zorg zijn sectorplannen opgesteld voor het uitvoeren van 24.000 van-werk-naar-werk-trajecten en circa 70.000 scholingstrajecten. Met de uitvoering van deze plannen is € 200 miljoen gemoeid. De helft daarvan wordt door de sector zelf opgebracht en de andere helft wordt bijgedragen door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in het kader van de regeling «Cofinanciering Sectorplannen». De uitvoering van de plannen is vanaf de zomer ter hand genomen. Hoeveel er op dit moment reeds besteed is door de

sector is niet bekend. Dit wordt wel gemonitord. In november worden de eerste uitkomsten van de monitor verwacht.

Vraag 179:

Welke 24 acties met betrekking tot verspilling zijn in gang gezet? Wanneer zijn deze van start gegaan, en hebben deze financieel al iets opgeleverd?

Antwoord 179:

Via de website www.verspillingindezorg.nl vindt u actuele informatie over de voortgang van de acties die met betrekking tot aanpak verspilling in gang zijn gezet. Een aantal acties die zijn gestart, hebben reeds (tussen)resultaten en goede aanbevelingen opgeleverd, zoals in het rapport over tegengaan van registratielasten en in de handreiking voor inkoop van mobiliteitshulpmiddelen door gemeenten. De volgende stap is om samen met alle partijen de aanbevelingen in de praktijk in te voeren opdat er daadwerkelijk vermindering van verspilling is. Ondanks dat het aan de partijen zelf is om kansen te benutten binnen hun eigen organisaties, hun zorgverleningsproces, het gebruik van de zorg te optimaliseren en zelf profijt te hebben bij de aanpak van verspilling is het geen vrijblijvende zaak. VWS zal monitoren en aanspreken als implementatie achterblijft. De ruimte die ze hiermee voor zichzelf creëren, zal hen helpen om binnen de afgesproken groeipercentages te blijven. Het is daarbij moeilijk om aan te geven wat het financieel oplevert. In de loop van 2015 informeren wij u over de voortgang van deze acties.

Vraag 180:

Is de site die in september 2014 online zou gaan inmiddels actief? Wat is de naam van deze site?

Antwoord 180:

De vernieuwde website www.verspillingindezorg.nl is online gegaan op 2 oktober 2014. Voorheen bevatte deze website het Meldpunt Verspilling in de zorg. Dit is nu uitgebreid met informatie over de acties, voor welke aanpak is gekozen en welke organisaties deelnemen aan het programma. Daarnaast worden ook praktijkvoorbeelden getoond. Positieve verhalen van zorgaanbieders die een manier hebben gevonden om verspilling tegen te gaan en dat graag met anderen delen.

Vraag 181:

Hoeveel ontslagen in de zorg zijn reeds beperkt door het actieplan?

Antwoord 181:

Het kabinet houdt de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning nauwlettend in de gaten met arbeidsmarkteffectrapportages (AER). Onlangs heb ik uw Kamer de tweede AER aangeboden¹⁸.

De tweede AER is in overeenstemming met het beeld zoals geschetst in de arbeidsmarktbrieven van 25 oktober 2013 en 7 juli 2014. In de brief van 25 oktober 2013 ging het kabinet op basis van de eerste AER uit van een werkgelegenheidsverlies van ongeveer 27 duizend fte (54 duizend personen). Als gevolg van de extra middelen uit het akkoord met de VNG in december 2013 en het begrotingsoverleg met de ChristenUnie, D66 en SGP in het voorjaar van 2014, is het verwachte werkgelegenheidsverlies in de tweede AER bijgesteld naar ongeveer 12 duizend fte (30 duizend personen). Aannee daarbij is dat de door het kabinet beschikbaar gestelde middelen door de zorginkopers volledig ingezet worden voor zorg en ondersteuning.

¹⁸ TK 2014–2015, 29 282, nr. 206

Om de gevolgen voor medewerkers verder te beperken zijn in juli drie maatregelen in gang gezet: extra investeringen in het kader van de Huishoudelijke Hulp Toelage (HHT), het Interventieteam Hervorming Langdurige Zorg en de aanvullende dienstverlening van het UWV. De effecten van deze maatregelen zijn niet meegenomen in de tweede AER. Op dit moment is de uitvoering in volle gang.

Op 13 september hebben de Minister van SZW en de Staatssecretaris van VWS in een informele bijeenkomst met een aantal wethouders en aanbieders gesproken over de HHT om van de HHT een succes te maken en een helder signaal af te geven naar andere partijen. Dit heeft ertoe geleid dat er plannen zijn ingediend waarmee in totaal (mits goedgekeurd) ongeveer 14 duizend personen langer hun baan kunnen behouden.

Het interventieteam is op 1 oktober van start gegaan. Dhr. D. Terpstra is benoemd als voorzitter van het Interventieteam Hervorming Langdurige Zorg. Het interventieteam zet zich met bemiddeling en advisering in voor de continuïteit van zorg en het voorkomen van onnodige ontslagen.

Vanuit de sectorplannen in de zorg worden circa 24.000 van werk naar werk trajecten aangeboden (landelijk sectorplan) en ruim 70.000 trajecten om mensen bij of om te scholen voor ander werk binnen de zorg (regionale sectorplannen). Mocht blijken dat meer mensen ondersteuning nodig hebben dan vanuit de sectorplannen wordt geboden, dan zal de Minister van SZW UWV vragen om aanvullende dienstverlening te bieden aan mensen aan wie ontslag is aangezegd.

Vraag 182:

Wat zijn de kosten van Taskforce Transitie Langdurige Zorg?

Antwoord 182:

Het Interventieteam Hervorming Langdurige Zorg (eerder aangeduid als de Taskforce Transitie Langdurige Zorg) is per 1 oktober aangevangen. Voor de activiteiten van het interventieteam is in 2014 maximaal € 0,5 miljoen beschikbaar en in 2015 maximaal € 1 miljoen.

Vraag 183:

Wanneer in 2015 zal het rapport van de Adviescommissie Innovatie zorgberoepen en opleidingen verschijnen?

Antwoord 183:

Het advies over de beroepenstructuur wordt op 10 april 2015 aangeboden aan de Minister van VWS. Het rapport is daarna beschikbaar. Het advies over het opleidingscontinuüm volgt in de loop van 2016. De exacte datum is nog niet bekend.

Vraag 184:

Hoeveel mensen in de zorgsector zullen er naar verwachting in 2015 ontslagen worden? Hoeveel van hen zullen er uiteindelijk in de bijstand eindigen?

Antwoord 184:

Het kabinet houdt de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning nauwlettend in de gaten met arbeidsmarkteffectrapportages (AER). Onlangs heb ik uw Kamer de tweede AER aangeboden¹⁹.

Voor de verwachte werkgelegenheidsontwikkelingen verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 181. Er is geen eenduidig antwoord te geven op

¹⁹ TK 2014–2015, 29 282, nr. 206

de vraag hoeveel ontslagen er in 2015 per saldo gaan vallen en hoeveel van hen uiteindelijk een bijstandsuitkering zullen hebben. De tweede AER zet helder uiteen dat het aantal baan- en/of functiewisselingen (inclusief ontslagen) in belangrijke mate afhangt van de wijze waarop zorginkopers (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars) invulling geven aan de zorginkoop. Zorgverzekeraars en bepaalde gemeenten hebben hun inkoopbeleid nog niet finaal afgerond. Het is dus onzeker welke instellingen de zorg en ondersteuning gaan leveren en onder welke voorwaarden.

In de tweede AER wordt, net als in de eerste AER, geconcludeerd dat ondanks deze onzekerheid, het alles overziend wel duidelijk is dat het naar verwachting gaat om grote aantallen zorgaanbieders en werknemers die door de hervormingen geraakt worden en dat ingrepen in het huidige personeelsbestand, waaronder gedwongen ontslagen, onvermijdelijk zullen zijn. Deels kunnen deze medewerkers elders in de zorg weer aan het werk, deels zal buiten de zorg werk gevonden moeten worden.

Niet voor niets hebben sociale partners in de zorg sectorplannen ingediend die voorzien in circa 90.000 van-werk-naar-werk- en scholings-trajecten voor medewerkers in de zorg. Hiervoor stelt het kabinet € 100 mln. beschikbaar en leggen de sociale partners in de zorg eenzelfde bedrag bij. Mocht blijken dat meer mensen ondersteuning nodig hebben dan vanuit de sectorplannen wordt geboden, dan zal de Minister van SZW UWV vragen om aanvullende dienstverlening te bieden aan mensen aan wie ontslag is aangezegd.

Vraag 185:

Het sectorplan zorg kost € 200 miljoen, waarvan de helft door het Rijk wordt betaald. Ten laste van welke begroting komt dit?

Antwoord 185:

Ten laste van de begroting van Sociale zaken en Werkgelegenheid, zie ook antwoord op vraag 178.

Vraag 186:

Er ontbreekt een doelstelling waar het gaat om de aanpak van fraude. Waarom is er geen afrekenbaar doel gesteld? Welk bedrag aan opgespoorde fraude moet gehaald zijn in 2015?

Antwoord 186:

Bij de bestrijding van fraude richten we ons niet alleen op het vergroten van opgespoorde fraude, maar juist ook op preventie. Door het verduidelijken en aanscherpen van wet- en regelgeving en door samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en handhavers te versterken, willen we onrechtmatigheden zoveel mogelijk voorkomen. Daarbij gaat het zowel om het voorkomen van onbedoelde fouten als doelbewuste fraude. Om meer zicht te krijgen op de omvang van onrechtmatigheden en de bedragen die hierin omgaan, hebben we de NZa verzocht om dit te onderzoeken. In de derde voortgangsrapportage over fouten en fraude in de zorg informeren wij u over de resultaten van dit onderzoek.

Vraag 187:

Er ontbreekt een doelstelling waar het gaat om verspilling in de zorg. Waarom is er geen afrekenbaar doel gesteld? Welk bedrag aan verspilling moet zijn teruggedrongen in 2015?

Antwoord 187:

Het is aan de partijen zelf om kansen te benutten binnen hun eigen organisaties, hun zorgverleningproces, het gebruik van de zorg te

optimaliseren en zelf profijt te hebben bij de aanpak van verspilling. En dat is de doelstelling waar het gaat om het tegengaan van verspilling. Wij werken hier samen met vele partijen aan die zich allen hierachter scharen, want onze zorg is te kostbaar om te verspillen. Ik stel daarom ook geen financiële targets aan de aanpak van verspilling. Ik verlang wel maximale inzet. Targets zouden ons inziens niet nodig moeten zijn om de sector te stimuleren om verspilling aan te pakken. Overigens is het wel zo dat de aanpak van verspilling kan bijdragen om binnen de afgesproken groeipercentages te blijven.

Vraag 188:

Wat kan Nederland zelf doen om de toegenomen regulering bij de markttoelating van geneesmiddelen te verminderen?

Antwoord 188:

De markttoelating van geneesmiddelen is vrijwel geheel geregeld in Europese richtlijnen. Nederland is gehouden die richtlijnen na te leven. Bij de onderhandelingen over de totstandkoming van richtlijnen is er vanuit Nederland doorlopend aandacht voor het voorkomen en terugdringen van overbodige administratieve lasten. Ik ben voornemens om tijdens het Nederlandse voorzitterschap van de EU in 2016 de toekomstbestendigheid van de regelgeving nadrukkelijk te adresseren.

Vraag 189:

Wat wordt bedoeld met «de privacy moet in orde zijn»?

Antwoord 189:

Op pagina 10 van de begroting wordt opgemerkt dat beveiliging en privacy in orde moet zijn bij gebruik van e-health en andere innovatieve behandelingen. Daarbij wordt onder andere bedoeld op uitwisseling van en inzage in medische gegevens. Uitgangspunt daarbij is dat dit alleen is toegestaan als het veilig kan en de privacy van de patiënt wordt gewaarborgd. Dit betekent mijn inziens dat moet worden voldaan aan de regels die worden gesteld in de wet bescherming persoonsgegevens en het wetsvoorstel cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens, die momenteel ter behandeling in de Eerste Kamer ligt.

Vraag 190:

Waarom is er voor gekozen om het CIBG op termijn de organisatie te laten zijn binnen de rijksoverheid op het gebied van registratie van gecertificeerde gegevens? Welke registers zijn nu reeds bij het CIBG ondergebracht? Welke registers komen daar op termijn eventueel bij?

Antwoord 190:

Als agentschap van het Ministerie van VWS draagt het CIBG reeds lange tijd zorg voor een betrouwbare verzameling en verwerking van (gecertificeerde) gegevens en de uitlevering daarvan aan gebruikers. De laatste jaren is gebleken dat naast een behoefte aan registratie van gecertificeerde gegevens in zorgdomein, ook behoefte bestaat aan registers in andere domeinen, zoals het sociale en het onderwijsdomein. Het CIBG was en is daarvoor door haar kennis en ervaring de aangewezen organisatie. Ook sluit dit aan bij de rijksbrede ontwikkeling om gelijksoortige (uitvoerings)taken meer te centraliseren en daarmee de efficiëntie en effectiviteit van het Rijk te vergroten.

De huidige registers van het CIBG zijn BIG-register, Diergeneeskunderegister, Donorregister, Lerarenregister, Schoolleidersregister, UZI-register, Zorgregister, Beheervoorziening Rijks Identificerend Nummer en Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting.

Mogelijk komen het Register Aanbieders Geneesmiddelen en Landelijk Register Zorgaanbieders er in de toekomst bij.

Vraag 191:

Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakten in 2014 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met ander zorgaanbieders? Hoe was dat percentage in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 191:

De eHealth monitoren over 2013 en 2014 geven het beeld dat een groot deel van de zorgaanbieders zijn dossier elektronisch bijhoudt. Ook is onderzocht welk deel van de huisartsen, medisch specialisten en psychiaters dan vervolgens op gestandaardiseerde elektronisch wijze uitwisselt met andere zorgverleners. Ik beschik niet over informatie over percentages van eerdere jaren. Voor de percentages 2014 verwijs ik naar paragraaf 9.3 van de monitor 2014 en tabellen 9-5, 9-6 en 9-7 van de tabellenbijlage. De eHealth monitor 2014 is op 10 oktober aan uw Kamer aangeboden²⁰.

Vraag 192:

Welke problemen zijn er met de ICT bij het CIBG? Wie voert het updaten van ICT bij het CIBG uit? Op welke onderdelen/taken is de ICT van het CIBG niet meer up to date? Welke uitvoeringsproblemen levert dit in de praktijk op? Hoe groot zijn de beoogde investeringen in ICT van het CIBG?

Antwoord 192:

De dienstverlening van het CIBG is op dit moment al grotendeels gedigitaliseerd. Er zijn echter nog investeringen nodig om volledig te voldoen aan de doelstellingen van het rijksbrede project Digitaal Rijk in 2017 (project SGO 9) zoals opgenomen in de Hervormingsagenda Rijk. De ambitie van dit project is dat de rijksdienst in 2017 volledig digitaal werkt, zowel in de dienstverlening aan de samenleving als binnen de organisatie. De investeringen hebben daarnaast betrekking op digitale archivering. Verder investeert het CIBG in opdracht van VWS in standaardisatie om te komen tot doelmatiger dienstverlening.

Het CIBG voert deze update uit samen met haar shared services partners SSC-ICT en DICTU. De omvang van deze investeringen worden nader in kaart gebracht. De kosten hiervan zullen worden verwerkt in de volgende begroting(en) van het CIBG die deel uitmaken van de VWS-begroting (Begroting Agentschappen). Zoals ik in het AO over de IGZ van 30 oktober heb toegezegd, stuur ik uw Kamer in het voorjaar 2015 een brief over de ICT-investeringen en bestedingen wat betreft de IGZ en het CIBG.

Vraag 193:

Wat is de menselijke kant van zorg?

Antwoord 193:

E-health en slimme thuistechnologie (domotica) stellen mensen in staat zorg in te passen in hun dagelijks leven. Dat levert meer comfort op en sluit aan bij de wens van mensen om de regie te nemen over hun eigen leven en om bijvoorbeeld te werken met een chronische ziekte. Ook nemen e-health en domotica werk uit handen van zorgverleners, zodat meer tijd overblijft voor de menselijke kant van de zorg, zoals persoonlijke aandacht en een luisterend oor. De omslag naar e-health levert dan ook meer kwaliteit van leven, meer gezondheid en meer comfort op. In samenspraak met allerlei partijen uit de zorg zijn drie ambities geformuleerd om via e-health de kwaliteit van leven te verhogen²¹.

- Binnen 5 jaar heeft 80% van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en kan deze desgewenst gebruiken in

²⁰ Kamerstukken II, 2014–2015, nr. 27529–132 vergaderjaar 2014–2015, 27 529, nr. 132

²¹ Kamerstukken II, 2013–2014, 27 529, nr. 130

mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige Nederlanders betreft dit 40%. Dit heeft tot effect dat mensen bewuster zijn van hun eigen gezondheid en dat fouten in dossiers bij zorgverleners sneller opgespoord kunnen worden.

- Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 75% die dit wil en hiertoe in staat is, binnen 5 jaar zelfstandig metingen uitvoeren, vaak in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener. Zij kunnen zo de voortgang van hun ziektebeeld volgen en krijgen door de regelmatige feedback inzicht in het effect van hun gedrag op hun ziekte. Dit zal het voor mensen makkelijker en aantrekkelijker maken trouw te zijn aan hun therapie.
- Binnen 5 jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid om – desgewenst – via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij ook domotica ingezet. Dit draagt eraan bij dat mensen langer veilig thuis kunnen wonen.

Vraag 194:

Hoe denkt de Minister het percentage van 80% te gaan halen aangezien er geen budget aan de geformuleerde e-health doelstelling vastzit? Met welke maatregelen denkt het kabinet de lange termijn E-Health doelstellingen te gaan halen? Hoeveel budget is hiervoor beschikbaar?

Antwoord 194:

In de brief over e-health en zorgvernieuwing is de doelstelling opgenomen dat 80% van de chronisch zieken binnen 5 jaar direct toegang heeft tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen. Om dit te bereiken is het vooral van belang dat er binnen de zorg een cultuur ontstaat waarin het als een normale zaak wordt beschouwd dat patiënten altijd direct over deze gegevens kunnen beschikken. Deze cultuuromslag is gaande. Op dit punt hecht ik er aan de activiteiten die plaatsvinden in het kader van de Nationale Implementatieagenda e-health (NIA+) te vermelden. De organisaties die zich hierin verenigd hebben²² werken gezamenlijk aan onder meer het bevorderen van Persoonlijke Gezondheidsdossiers.

Daarnaast is het van belang dat de administratieve systemen van aanbieders worden aangepast om toegang door de patiënt mogelijk te maken en dat de (inter)operabiliteit van die systemen wordt vergroot. Er is geen budget ter beschikking gesteld voor het op orde brengen van de administratieve systemen van zorgaanbieders, omdat ik het de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders vindt om hun systemen up to date te houden. Ten aanzien van het bevorderen van interoperabiliteit bereidt Nictiz een informatie-uitwisselingsprogramma voor, waaruit onder andere een top-10 van problemen rondom interoperabiliteit zal voortkomen. Nictiz zal samen met relevante partijen naar oplossingen zoeken om de interoperabiliteit te vergroten. Nictiz doet dit binnen de instellings-subsidie die ze vanuit VWS ontvangen. Ook het Informatieberaad²³ zal hierbij zo nodig betrokken worden.

Vraag 195:

In hoeverre is de Minister tevreden over de inhoud van de ondertekende pledges voortkomend uit het Nationaal Programma Preventie? Is zij voornemens deze pledges gebundeld te sturen naar de Kamer, zodat daarover een oordeel kan worden gevormd?

Antwoord 195:

²² NPCF, KNMG, ZN, Zorginstituut Nederland, Nictiz en VZVZ

²³ Kamerstukken II 32 620 nr. 93

Vanuit het Programma «Alles is gezondheid ...» (de uitwerking van het NPP) zijn in de afgelopen maanden 95 pledges (stand per 14 oktober 2014) ondertekend door de diverse (maatschappelijke) organisaties. Hier ben ik erg tevreden over. Een actueel overzicht en de volledige tekst van de pledges kunt u vinden op www.allesisgezondheid.nl. De inhoudelijke vormgeving van deze pledges en de wijze waarop deze pledges worden uitgewerkt in concrete activiteiten is een verantwoordelijkheid van die partijen die de pledge(s) hebben ondertekend. Het is niet aan mij om daarover een inhoudelijk oordeel te geven, tenzij het mijn eigen pledge betreft. Op dit moment wordt via een monitoringsonderzoek in kaart gebracht hoe de uitvoering van de pledges bij de betrokken partijen verloopt.

Vraag 196:

Welke nieuwe gezondheidsbedreigingen verwacht de Minister op de korte en lange termijn (binnen circa tien jaar)? Hoe speelt zij hierop in?

Antwoord 196:

Het is moeilijk om te voorspellen welke nieuwe gezondheidsbedreigingen zich in een periode van 10 jaar voordoen. De recente uitbraak van het Ebola-virus is het bewijs dat de uitbraak van infectieziekten een grote impact kunnen hebben op een samenleving en een aanzienlijk risico op verspreiding. Ook zoönosen, zoals de Q-koorts epidemie in Nederland in 2007–2009, bewijzen dat infectieziekten een potentieel gevaar blijven. Het vraagstuk van antimicrobiële resistentie (AMR) krijgt daarnaast specifieke aandacht. Antibiotica resistentie is een sluipmoordenaar: meestal minder zichtbaar maar daardoor niet minder bedreigend.

Het is daarom belangrijk om alert en goed voorbereid te zijn op alle soorten gezondheidsrisico's zoals de uitbraak van infectieziekten en zoönosen. We hebben hiervoor in Nederland een goede infrastructuur met RIVM en de GGD als belangrijke spelers. Samen met gemeenten houden wij dit systeem op peil en kijken we steeds kritisch waar verbeteringen nodig zijn. Noch infectieziekten, noch zoönosen, noch antibiotica resistentie kent grenzen. We werken op dit gebied intensief samen met internationale autoriteiten zoals de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Unie (ECDC).

Tot slot zijn de bekende chronische ziekten belangrijke aandachtspunten. Preventie en het aanpassen van leefstijl zijn belangrijk om deze te voorkomen. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM, die in juni van dit jaar is gepubliceerd, geeft informatie over de speerpunten voor het gezondheidsbeleid van de komende jaren.

Vraag 197:

Hoe worden de Europese criteria Quality criteria for health checks gehandhaafd, en hoe verhouden deze criteria zich ten opzichte van de multidisciplinaire richtlijn preventie medisch onderzoek? Hoe weten consumenten straks dat zij een test gebruiken die voldoet aan alle criteria?

Antwoord 197:

Op Nederlands initiatief zijn binnen EU-verband quality criteria for health checks ontwikkeld. Dit is te zien als een «consensus overeenkomst» tussen de Europese landen, die verder doorontwikkeld kan worden tot meer formele standaarden en regulering. De Multidisciplinaire Richtlijn Preventief Medisch Onderzoek is al een nader uitgewerkt kader voor Nederland. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) draagt zorg voor de implementatie. De KNMG heeft de richtlijn bij haar leden onder de aandacht gebracht, en zal via (regio)bijeenkomsten meer aandacht vragen. De KNMG zal de richtlijn evalueren in samenspraak met relevante partijen.

In de richtlijn wordt ook het belang benadrukt van een goed toegankelijk en duidelijk informatiesysteem voor burgers. Er wordt een voorstel gedaan voor een «keuzehulp» op de website van de aanbieder om de voor- en nadelen van de specifieke screening voor de consument inzichtelijk te maken. Ook de patiënten- en consumentenorganisaties zetten zich in voor betere voorlichting bij gezondheidstesten. De KNMG onderzoekt de mogelijkheden om de kwaliteitseisen te waarborgen door middel van certificering van preventief medische onderzoeken. Als gewerkt wordt met een keurmerk/ certificering, dan weet de consument ook dat aan de criteria voor preventief medisch onderzoek is voldaan.

Vraag 198:

Hoeveel kinderen in Nederland hebben overgewicht en obesitas; wat zijn de meest recente cijfers? Zijn er verschillen in regio's waar het overgewicht van kinderen hoog is?

Antwoord 198:

In 2013 had 11,8% van de kinderen (4–20 jaar) overgewicht waarvan 2,3% obesitas (<http://statline.cbs.nl>).

In de jeugdmonitor (2–25 jaar) van het CBS wordt ook een onderscheid gemaakt in de overgewichtcijfers in de vier landsdelen. Uit die cijfers blijkt dat het overgewicht percentage onder kinderen in het landsdeel Oost het hoogst is, gevolgd door Zuid, Noord en West (<http://jeugdmonitor.cbs.nl>).

Vraag 199:

Hoeveel volwassenen hebben overgewicht en obesitas; wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 199:

De meest recente cijfers uit 2013 van het CBS over overgewicht en obesitas bij volwassen (20 jaar en ouder) laten zien dat 48,2% overgewicht heeft waarvan 11,8% obesitas (<http://statline.cbs.nl>).

Vraag 200:

Hoeveel gezonde levensjaren worden verloren door te hoge gehalten vet, suiker en zout, toegevoegd door de voedingsmiddelenindustrie?

Antwoord 200:

De voeding die we in Nederland consumeren bestaat deels uit onbewerkte (bijvoorbeeld groente en fruit) en deels uit bewerkte levensmiddelen. De mate van bewerking kan sterk variëren. Het is niet eenvoudig aan te geven welk deel van het gezondheidsverlies door te hoge inname van verzadigd vet, zout en suiker toe te schrijven is aan toevoegingen door de producent.

Berekeningen van gezondheidseffecten van voedingsgewoonten zijn complex omdat mensen een diversiteit aan producten eten. Het is daardoor ingewikkeld om voor een bepaalde voedingsstof of een product precies aan te geven wat het effect is. Via modellering heeft het RIVM de afgelopen jaren voor verschillende voedingsstoffen of productgroepen inschattingen gedaan van het effect van consumptie op gezonde levensjaren en sterfte. Voor suiker zijn dergelijke schattingen niet gemaakt.

Door zout gaan voor de Nederlandse populatie vanaf 40 jaar over de rest van hun leven naar schatting ruim 56.000 gezonde levensjaren verloren (Hendriksen MAH et al., Potential effect of salt reduction in processed foods on health, Am. J. Clin. Nutr. 2014; 99:446–53). Ongeveer 1,9% van de totale ziektelast in Nederland wordt toegeschreven aan de te hoge zoutinname en ongeveer 0,3% van de totale ziektelast aan te hoge inname

Vraag 201:

Welke bedragen zijn gemoeid met de preventie van schadelijke middelen-gebruik, onderverdeeld in alcohol, drugs en tabak voor de jaren 2013, 2014 en 2015, en waar wordt dit aan besteed?

Antwoord 201:

Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik betrof in 2013 € 1.723.000, in 2014 € 1.381.000 en voor 2015 is een budget van € 2.172.000 gereserveerd. Een onderverdeling in budgetten tussen preventie van alcohol, drugs en tabak kan ik u niet geven gelet op de integrale benadering van middelengebruik.

Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik wordt voor een groot deel besteed aan subsidie aan het Trimbos-instituut. Het Trimbos instituut verricht met zijn subsidiegelden onder meer activiteiten op het gebied van:

- het schoolprogramma De gezonde school en genotmiddelen (alcohol, drugs en tabak);
- het programma Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen;
- de informatielijnen op het gebied van alcohol, drugs en tabak;
- het Landelijk Steunpunt Preventie.

De voornaamste reden voor de daling van de middelen voor preventie van schadelijk middelengebruik na 2013 betreft de in het Regeer- en Gedoogakkoord van het kabinet-Rutte/Verhagen opgenomen korting op het budget voor leefstijlactiviteiten. Deze korting is gerealiseerd via een herziening van het leefstijlbeleid op basis van de uitgangspunten uit de landelijke gezondheidsnota «Gezondheid dichtbij» (TK 2010–2011, 32 793, nr 2). Deze bezuiniging is zoveel mogelijk gerealiseerd door een meer integrale aanpak van preventie van middelengebruik en daarmee een efficiëncyslag (o.a. door alle taken op het gebied van preventie van middelengebruik te bundelen bij één organisatie, namelijk het Trimbos-instituut).

Een andere reden voor de daling in 2014 is dat bijvoorbeeld de subsidie aan het Partnership Vroegsignalering Alcohol na 2013 is gestopt.

De reden voor de verhoging van de middelen voor preventie van schadelijk middelengebruik in 2015 is dat ik meer inzet op het onderwerp veilige en gezonde horeca en evenementen. Ook laat ik een aantal extra onderzoeken uitvoeren en initiatieven starten, zoals onderzoek naar de huidige jongerencultuur en motivaties van de huidige generatie jongeren om middelen te gebruiken, onderzoek naar middelengebruik van jongeren op het MBO, HBO en WO, en een nieuwe interventie gericht op GHB-preventie.

Deze extra onderzoeken en initiatieven worden in 2015 afgerond of zijn daarna slechts nog gedeeltelijk noodzakelijk waardoor het budget in 2016 weer afneemt.

Vraag 202:

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

Antwoord 202:

Ik kan deze vraag niet beantwoorden. De gemeenten zijn eigenaar van de GGD'en en daarmee verantwoordelijk voor het financiële beleid en de

keuzes die daarbinnen worden gemaakt. Controle vindt plaats door de gemeenteraden van de aangesloten gemeenten. Daar ga ik niet over.

Vraag 203:

Volgens de verwachting van het RIVM komen er tot 2030 immers geen obesitasgevallen meer bij. Waaruit blijkt de toenemende trend van overgewicht?

Antwoord 203:

De trend van overgewicht volgt uit CBS-cijfers van de afgelopen 30 jaar (<http://statline.cbs.nl>). Er was een sterke stijging van het aantal mensen met overgewicht. Deze stijgende trend stabiliseerde vanaf 2010. De verwachting van het RIVM, volgend uit de VTV 2014, is dat de trend in overgewicht blijvend stabiliseert.

Overigens is het aantal mensen met overgewicht dusdanig hoog dat ik in blijf zetten op het verlagen van dit aantal.

Vraag 204:

Welke ziekten staan in het kader van uw preventiebeleid op de agenda voor monitoring en vroege opsporing?

Antwoord: 204

De bevolkingsonderzoeken worden continu verbeterd naar aanleiding van technologische en medische ontwikkelingen. Op dit moment onderzoekt bijvoorbeeld de Gezondheidsraad of eventuele uitbreiding van de hieprikscreening mogelijk is. Dit advies wordt eind 2014 verwacht. Daarnaast zijn er ziektes die door technologische en/of medische ontwikkelingen eventueel geschikt worden voor vroeg opsporing. Via ZonMw financier ik innovatief onderzoek op het terrein van screeningen en bevolkingsonderzoeken. Technologische ontwikkelingen of nieuwe medische inhoudelijke inzichten dan wel behandelmethoden kunnen leiden tot discussie over de wenselijkheid van uitbreiding of innovatie van de huidige programma's. Ik vraag de Gezondheidsraad om mij te adviseren over nut- en risicoverhouding bij voorgestelde aanpassingen, op basis van de Wet op het Bevolkingsonderzoek (Wbo). Vervolgens geef ik het Centrum voor Bevolkingsonderzoek opdracht om de uitvoerbaarheid van innovaties te onderzoeken en de implementatie vorm te geven. Na een advies van deze partijen en een toets op de financiële haalbaarheid kunnen innovaties doorgevoerd worden. Op dit moment heb ik bijvoorbeeld advies gevraagd aan de Gezondheidsraad of vroegopsporing bij hepatitis B en C wenselijk is en zo ja bij welke doelgroepen.

Vraag 206:

De Zorgbalans 2014 laat zien dat Nederland in Europees verband het beste scoort op het zinnig en zuinig voorschrijven van antibiotica. Griekenland en, dichterbij, België en Frankrijk scoren hier echter bijzonder slecht op. Heeft de Nederlandse inzet rondom de bestrijding van antibioticaresistentie zich vertaald in concrete maatregelen en een zinniger en zuiniger voorschrijfgedrag in deze landen?

Antwoord 206:

Zoals u weet, hecht ik veel belang aan de bestrijding van antimicrobiële resistentie. Ik zet mij op verschillende manieren nationaal en internationaal in om deze dreiging onder de aandacht te brengen en tegen te gaan en zal dat ook de komende jaren doen. Zo wil ik het onderwerp ook graag agenderen tijdens het Nederlands voorzitterschap van de EU. Ook de Europese Commissie en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hebben een actief beleid gericht op het terugdringen van AMR. Het zinnig en zuinig gebruik van antibiotica maakt daar deel van uit. Zo wordt al jaren

aanbevolen om zinnig voorschrijfgedrag in opleidingen van beroepsgroepen aan de orde te stellen. Hoewel het uiteindelijk aan landen zelf is om te beslissen hoe ze de zorg inrichten en internationale adviezen implementeren, heeft het beleid in het ene land mogelijk effect op andere landen. Ik vind het dan ook gerechtvaardigd om Europese Commissie en de WHO te vragen hier actie op de nemen, en hen hierin te ondersteunen. Ook vraag ik hier in bilaterale contacten met landen steeds aandacht voor. Wat betreft het voorschrijfbeleid is het tenslotte goed om te realiseren dat het effect van beleid niet direct te meten is. Verandering van alle gedrag, ook voorschrijfgedrag, kost tijd en is niet iets wat je als overheid kunt afdwingen. Het is uiteindelijk aan de beroepsgroep zelf om deze verandering door te voeren.

Vraag 207:

Hoe duidt u de voortgang van JOGG? In hoeverre vindt u 75 deelnemende gemeenten in 2015 een ambitieuze doelstelling?

Antwoord 207:

JOGG is inmiddels goed op stoom. In de brief over de voortgang eerder dit jaar²⁴ heb ik zowel bij de kwantitatieve ontwikkeling als de kwalitatieve ontwikkeling stil gestaan. De positieve ontwikkeling op beide fronten is nog gaande. De huidige stand van het aantal JOGG-gemeenten is 65. Daarmee komt de doelstelling van 75 (motie Wiegman, TK 31 899, nr. 10) in zicht. Het kwantitatieve doel lijkt daarmee eerder dan de motie stelt te kunnen worden gehaald. Ik zie dit als resultante van de enorme inspanning van het Convenant Gezond Gewicht en de goede motivatie bij gemeenten om structureel en integraal overgewicht aan te pakken met behulp van een methode die hen op maat ondersteunt. Het uiteindelijke doel is daling van het overgewicht en behoud van gezond gewicht. Naast de groei van het aantal gemeenten, vraagt dit ook aandacht voor inhoud en kwaliteit zodat daadwerkelijke resultaten op dat niveau worden gehaald. Wat dat laatste betreft is 2015 wel een ambitieuze doelstelling. Maar op basis van inzet, samenwerking en begeleiding vanuit de JOGG-methode is en blijft dat wel mijn streven.

Vraag 208:

Hoe werkt JOGG samen met het Nationaal Programma Preventie? Hoe is te rechtvaardigen dat de regering bijna evenveel financieel bijdraagt aan JOGG als aan het veel groter opgezette NPP? Waarom loopt het beschikbare budget voor de JOGG-aanpak op, terwijl verwacht mag worden dat de grootste inspanningen inmiddels zijn verricht?

Antwoord 208:

JOGG is een zelfstandig programma, gericht op de aanpak van overgewicht. Veel van de onderdelen waar JOGG zich op richt zijn via afspraken en ambities onderdeel van het Nationaal Programma Preventie (NPP). De doelen en ambities van beide programma's sluiten op elkaar aan; het NPP is een programma bedoeld voor bundeling en verbinding van inzet op gezondheid, JOGG is een inhoudelijk programma om de specifieke JOGG-aanpak te implementeren. De werkwijzen liggen in elkaars verlengde en kan als voorbeeld worden gezien van een aanpak die het NPP voorstaat. Het NPP kan JOGG helpen met verbindingen en allianties. Het NPP heeft echter meerdere doelen en doelgroepen, JOGG richt zich met name op de jeugd en de aanpak van overgewicht. De fases waarin de programma's verkeren zijn verschillend. Dit maakt juist de aansluiting en bijdrage van JOGG aan het NPP essentieel om de ambities van het NPP te realiseren.

²⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 31 899, nr. 23, brief d.d. 7 april 2014

Over de fase waarin JOGG verkeert wil ik benadrukken dat we er nog niet zijn, hoewel het aantal deelnemende JOGG-gemeenten toeneemt en de eerste inhoudelijke resultaten op de ontwikkelingen van overgewicht positief zijn²⁵. Zoals in het antwoord op vraag 207 is aangegeven, is de inzet gericht op het realiseren van een daling van overgewicht en het behoud van gezond gewicht. Dit vraagt inzet en continuïteit van de gekozen aanpak. De financiële inzet bedraagt conform de uitwerking van de extra middelen voor preventie uit het Begrotingsakkoord 2013 € 3 miljoen.

Vraag 210:

Hoeveel middelbare en ROC-scholen hebben momenteel nog een schoolplein dat niet rookvrij is? Hoe duidt u deze cijfers?

Antwoord 210:

Uit de monitor Rookvrije Scholen 2013 van het Longfonds blijkt dat 66% van de schoolpleinen in het voortgezet onderwijs (vo) nog niet rookvrij is. In 2012 was nog 74% van de schoolpleinen niet rookvrij. Eind 2014 komt de monitor van het Longfonds opnieuw uit, naar verwachting zal het aantal scholen dat niet rookvrij is verder afnemen. Er zijn geen cijfers over het middelbaar beroeps onderwijs (mbo) beschikbaar. Hoewel ik constateer dat sprake is van een positieve trend in het voortgezet onderwijs, vind ik dat meer aandacht nodig is om toe te werken naar een situatie dat 100% van alle scholen rookvrij is, zoals ook in de aangenomen motie van 25 juni 2014 (Kamerstukken 2013–2014, 33 791, nr. 11) is verwoord. De monitor van het Longfonds geeft ook inzicht in de weerstanden bij vo-scholen om een rookvrije school te worden. Zo willen scholen leerlingen niet uit het zicht verliezen, hebben scholen moeite met handhaving en merken scholen dat er nog weinig draagvlak is onder leraren, leerlingen en ouders.

Vraag 211:

Vindt u dat de implementatie en uitvoering van de Europese tabaksproductenrichtlijn voldoende snel vordert? Zo ja, waarom? Zo nee, welke acties onderneemt u?

Antwoord 211:

Ja, de planning is er op gericht dat de Tabaksproductenrichtlijn op 20 mei 2016 in de nationale regelgeving geïmplementeerd zal zijn, zoals de richtlijn vereist. Hiertoe is op dit moment een wetsvoorstel in voorbereiding. Dit najaar zal ik de Tweede Kamer informeren over de implementatieprocedure en het wetgevingsproces. Het is mijn streven om het wetsvoorstel vóór het zomerreces in 2015 aan de Tweede Kamer aan te bieden.

Vraag 212:

Hoeveel jongeren zijn het afgelopen jaar opgenomen in een alcoholpoli?

Antwoord 212:

In 2013 zijn 1400 minderjarige jongeren met een alcoholvergiftiging behandeld op de Spoed Eisende Hulp (SEH). Een deel daarvan is opgenomen in één van de poliklinieken voor Jeugd en Alcohol (de zogenaamde «alcoholpoli's»). Uit het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde (NSCK) blijkt dat 713 jongeren in 2013 in deze specifieke poli's zijn behandeld. Om beter zicht te krijgen op het aantal jongeren met een alcoholvergiftiging werkt Veiligheid NL (die jaarlijks over deze cijfers rapporteert) aan een integratie van de data uit beide systemen.

²⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 31 899, nr. 23, brief d.d. 7 april 2014

Vraag 213:

Wat is de gemiddelde leeftijd van jongeren die behandeld worden voor comazuipen?

Antwoord 213:

De gemiddelde leeftijd van de jongeren die in 2013 behandeld worden in de poliklinieken voor Jeugd en Alcohol is 15,5 jaar (volgens gegevens van het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde).

Vraag 214:

Hoeveel personen hebben in Nederland te maken met een alcoholverslaving?

Antwoord 214:

In het jaarbericht 2012 van de Nationale Drug Monitor (2013, Trimbos-instituut, Utrecht/WODC, Den Haag) wordt het aantal personen dat alcohol misbruikt geschat op 395.000 en het aantal personen met alcoholafhankelijkheid op 82.400 (tabel 9.5, blz 218). De laatste jaren doen tussen de 30.000 en 35.000 personen een beroep op de verslavingszorg vanwege een alcoholstoornis (Kerncijfers Verslavingszorg 2013, Stichting Informatie Voorziening Zorg, Houten 2014).

Vraag 215:

Vanaf 2015 geldt ook voor kleine cafés weer een rookverbod. Vanaf welke datum zal de uitzondering op het rookverbod voor kleine cafés zonder personeel worden opgeheven?

Welk budget is gereserveerd voor de voorlichtingscampagne over de invoering van de rookvrije horeca?

Antwoord 215:

Op 10 oktober jl. heeft de Hoge Raad arrest gewezen in de zaak van de Staat tegen Clean Air Nederland (CAN). De Hoge Raad oordeelt dat de uitzondering op het rookverbod voor de kleine horeca in strijd is met artikel 8 tweede lid van het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging en bevestigt daarmee de uitspraak van het Gerechtshof Den Haag waarbij die uitzondering onverbindend werd verklaard. Met het arrest van de Hoge Raad bestaat er sinds 10 oktober 2014 geen uitzondering op het rookverbod voor kleine horeca meer.

Momenteel wordt een voorstel voor een voorlichtingscampagne uitgewerkt; op basis hiervan zal het benodigde budget worden vastgesteld.

Vraag 216:

Kan de Staatssecretaris aangeven op welke manier hij invulling zal geven aan zijn toezegging om een voorlichtingscampagne te ontwikkelen rond de invoering van de gehele rookvrije horeca? Op welke wijze wordt aandacht besteed aan de reden voor het algehele rookverbod, te weten de gezondheidsrisico's van roken en meeroken? Welke partijen worden door de Staatssecretaris betrokken bij de ontwikkeling van de voorlichtingscampagne?

Antwoord 216:

Momenteel wordt een voorstel voor een voorlichtingscampagne uitgewerkt waarin ook aandacht wordt besteed aan de gezondheidsrisico's van roken en meeroken. Zoals toegezegd aan uw Kamer tijdens het debat over de verduidelijking van rookverboden in tabakswet zal ik uw Kamer nader informeren over de aanpak van deze campagne.

Vraag 217:

Kunt u aangeven of de NIX-campagne vanaf 2015 zich zowel gaat richten op niet-roken als niet-drinken en of de aandacht en budget op evenredige wijze over deze onderwerpen wordt verdeeld?

Antwoord 217:

De NIX 18 campagne beoogt de sociale norm te verankeren dat je onder de 18 niet rookt en niet drinkt. Hierbij wordt erop gelet dat de aandacht voor tabak en alcohol evenredig verdeeld is. In de tv- en radiospotjes staat de norm en de rol die ouders daarin spelen centraal, zonder dat daarbij alcohol of tabak in beeld gebracht wordt. De campagne wordt nog wel vaak meer met «niet drinken» geassocieerd en minder met «niet roken». Ik houd daar bij de ontwikkeling van nieuw materiaal rekening mee en zal meer aandacht aan tabak geven.

Vraag 218:

Kunt u aangeven op welke wijze in kaart wordt gebracht of het percentage rokende jongeren in alle leeftijdscategorieën daalt?

Antwoord 218:

Ik werk aan een traject om de kwaliteit van de bestaande monitoring van leefstijlthema's, zoals roken, drug- en alcoholgebruik, te verbeteren, zowel voor de jeugd als de volwassenen. Kerngegevens over rookgedrag worden jaarlijks verzameld door het CBS via de Gezondheidsenquête die wordt uitgezet onder Nederlanders van 12 jaar en ouder. Daarnaast wordt om de twee jaar een verdiepende leefstijlmodule over onder meer roken uitgevoerd. Er wordt ook afgestemd met de gezondheidsmonitoren die door de GGD-en worden uitgevoerd ten behoeve van het lokale/regionale gezondheidsbeleid. Daarnaast worden specifiek voor de jeugd twee al lang lopende onderzoeken naar middelengebruik waaronder rookgedrag uitgevoerd, namelijk de HBSC-studie (Health Behaviour of School Aged children) en het Peilstationsonderzoek van het Trimbos-instituut. Over de nieuwe, specifieke opzet zal ik Uw Kamer voor het kerstreces schriftelijk informeren.

Vraag 219:

Hoe duidt u de signalen uit de Zorgbalans dat er nog steeds mensen zijn die niet naar de huisarts gaan omdat zij denken dat deze zorg onder het eigen risico valt? Wat doet u om dit verhelpen?

Antwoord 219:

De huisarts is uitgezonderd van het eigen risico, net zoals bijvoorbeeld de wijkverpleging vanaf 2015, de verloskundige zorg en de zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Dit betekent dat verzekerden geen eigen risico betalen voor behandelingen, consulten en visites van de huisarts. Als de huisarts medicijnen voorschrijft of een laboratorium onderzoek laat verrichten dan valt dat wel onder het eigen risico. Het is geen goede zaak dat mensen afzien van een bezoek aan de huisarts omdat ze onterecht denken dat dat bezoek onder het eigen risico valt. Daarom wordt in de komende najaarscampagne over veranderingen in de zorg hier opnieuw extra aandacht besteed.

Vraag 220:

Heeft u gegevens over het aantal verwijzingen van huisartsen onderling?

Antwoord 220:

Ik heb geen landelijk beeld over het aantal verwijzingen tussen huisartsen onderling. Het NIVEL houdt op basis van de Zorgregistraties eerste lijn het aantal verwijzingen vanuit een huisartsenpraktijk bij, onder andere het aantal verwijzingen naar een medisch specialist. Voor wat betreft de verwijzingen naar de medisch specialist zijn de cijfers betrouwbaar en

representatief. Wat betreft het aantal verwijzingen tussen huisartsen onderling is dit onbekend en lijkt er veel variatie te bestaan in de wijze waarop huisartsen dit al dan niet registreren.

Vraag 221:

Eenvoudige zorg wordt steeds meer in de eerste lijn aangeboden. Daarnaast is in de ziekenhuiszorg sprake van specialisatie. Kan een beschouwing gegeven worden op de toekomst van (streek)ziekenhuizen, waar naar verwachting niet meer de hele eenvoudige zorg, en niet meer de zeer gespecialiseerde zorg zal worden geleverd? Welke rol kunnen zij vervullen, en in hoeverre wordt daar nu al op voorgesorteerd door de betreffende ziekenhuizen?

Antwoord 221:

In mijn brief van 2 juni 2014 (EK 33 253) over de spreiding van de algemene ziekenhuizen heb ik beschreven wat mijn verwachtingen zijn met betrekking tot specialisatie en concentratie van ziekenhuiszorg. De algemene ziekenhuizen in de regio's, vaak kleiner van omvang, hebben een belangrijke rol. Zij zijn doorgaans goed gepositioneerd voor het dichtbij leveren van zorg, vooral chronische zorg. Deze regionale algemene ziekenhuizen kunnen zich nog meer ontwikkelen tot voorzieningen waarin een groot volume aan laag complexe zorg in samenspraak met ketenpartners in de buurt geleverd wordt. Kleine ziekenhuizen zullen in het belang van de patiënt intensief samen gaan werken (en vaak doen ze dit ook al) met de eerste lijn, de langdurige zorg en andere ziekenhuizen in de regio. Er ontstaan zogenoemde anderhalvelijns centra die ook zorg verlenen die eerder in de ziekenhuizen werd verleend. Hiermee zien we verdere spreiding en grotere toegankelijkheid van met name chronische zorg. Deze ontwikkelingen zijn nodig om te voorkomen dat dergelijke kleinere algemene ziekenhuizen die belangrijk zijn voor de bereikbaarheid van zorg, verdwijnen. Dat zou het geval kunnen zijn als ze niet meer kunnen voldoen aan de noodzakelijkerwijs steeds strenger wordende normen voor kwaliteit van complexe zorg en zich ook niet heroriënteren op hun profiel. Ik vind het van belang dat er een stevige basisinfrastructuur in de regio is.

Vraag 222:

Een begrijpelijke zorgnota is van groot belang. Wat is op dit moment de stand van zaken? Kan daarbij ook in worden gegaan op de timing van deze nota? In hoeverre krijgen patiënten deze nota zo snel mogelijk na de betreffende behandeling?

Antwoord 222:

Voor de stand van zaken van het traject kostenbewustzijn, waaronder de inzichtelijke zorgnota, verwijs ik naar de voortgangsbrief kostenbewustzijn, van 2 juli 2014 (kst-29689–534). De eerste nota's nieuwe stijl, voor behandelingen die na 1 juni 2014 zijn gestart en waarvan de DBC's inmiddels gesloten zijn, worden vanaf nu inzichtelijk op de mijnomgeving van patiënten. Het is aan aanbieders en verzekeraars om ervoor te zorgen dat het declaratieverkeer zo snel mogelijk wordt afgehandeld, zodat een patiënt snel inzicht krijgt in de gemaakte kosten. Deze partijen hebben bij mij aangegeven dat zij zich hiervoor in zullen zetten.

Vraag 223:

Wanneer komen de overige onderdelen van het opgeknipte wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg naar de Kamer?

Antwoord 223:

In de brief aan uw Kamer «Van systemen naar mensen» van 8 februari 2013 is aangekondigd dat het voorstel van wet cliëntenrechten zorg (Wcz)

in delen zal worden opgeknipt. Het voorstel van wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ligt inmiddels ter behandeling in de Eerste Kamer voor. Over de onderdelen «goed bestuur en medezeggenschap» wordt uw Kamer nader geïnformeerd in de beantwoording van het VSO Goed bestuur dat binnenkort aan uw Kamer zal worden gezonden. De wijzigingen van de wetgeving over de geneeskundige behandelovereenkomst en de Wet toelating zorginstellingen zullen naar verwachting in de tweede helft van 2015 aan uw Kamer kunnen worden aangeboden.

Vraag 224:

Hoe worden zorgaanbieders gestimuleerd om vaart te maken met het ontwikkelen van nieuwe standaarden en meetinstrumenten, zodat de kwaliteit van de geleverde zorg beter inzichtelijk wordt?

Antwoord 224:

Daarover heb ik in de hoofdlijnenakkoorden afspraken gemaakt, bijvoorbeeld in de Kwaliteit- en doelmatigheidsagenda voor de medisch specialistische zorg die ik u voor de zomer heb toegezonden (32 620, nr. 121).

Vraag 225:

Hoe staat het met de ontwikkeling van een niet-behandelingstarief om de financiële prikkel voor wel behandelen weg te nemen?

Antwoord 225:

Verzekeraars en aanbieders hebben, binnen de huidige bekostiging, de mogelijkheid om een tarief voor zogenaamd «kijk- en luistergeld» af te spreken. De NZa heeft, in overleg met veldpartijen, in 2013 geconcludeerd dat het aanvullend op de huidige mogelijkheden in de bekostiging wenselijk is deze zorg ook transparant te maken. Dat maakt het ook voor aanbieders en verzekeraars makkelijker hierover aparte afspraken te maken bij de zorginkoop. Ziekenhuizen kunnen daarom per 1 januari 2014 een zorgactiviteit voor een zogenaamd «intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties» registreren als onderdeel van een DBC. De mogelijkheden om deze tariefafspraken te maken nemen nog verder toe bij de invoering van integrale tarieven per 2015, waarmee de honorariumcomponent van de medisch specialisten komt te vervallen.

Vraag 226:

Wat hebben patiënten aan (keuze)informatie als ze van hun zorgverzekeraar niet naar de arts van hun keuze mogen?

Antwoord 226:

Verzekerden met een naturapolis hebben recht op zorg. Verzekeraars contracteren doorgaans een breed aanbod waardoor de naturaverzekerden voldoende keuze hebben voor een zorgaanbieder en ook voor een arts. Ook kunnen naturaverzekerden naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, maar de verzekeraar kan bepalen dat de behandeling niet volledig wordt vergoed (indien de EK het wetsvoorstel Verticale Integratie^{[1] 26} aanneemt, kan de verzekeraar ook bepalen niets te vergoeden, met uitzondering van de uitgezonderde vormen van zorg). Het is van belang dat verzekerden goed geïnformeerd zijn over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoedingen die gelden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze informatie kunnen zij meewegen bij het maken van een keuze voor een zorgverzekering.

Vraag 227:

²⁶ EK wetsvoorstel 33 362

Waaruit blijkt dat veel arts en het gesprek aangaan met patiënten over de medische noodzaak van een behandeling, en wat dit bijdraagt aan de kwaliteit van leven?

Antwoord 227:

Er zijn meerdere initiatieven die een dergelijk gesprek tussen arts en patiënt stimuleren. Ik verwijs in dat kader naar de KNMG handreiking «Tijdig spreken over het levenseinde» die ondersteuning biedt aan artsen bij het spreken over het levenseinde en het project «Passende zorg in de laatste levensfase» van de KNMG dat ik ondersteun.

Daarnaast hebben verzekeraars en aanbieders, binnen de huidige bekostiging, de mogelijkheid om een tarief af te spreken voor het voeren van dergelijke gesprekken. Wat precies wordt besproken in de spreekkamer is echter iets tussen de arts en patiënt. Op termijn kunnen we uiteraard wel zien hoe vaak het tarief voor een «goed gesprek» in rekening wordt gebracht.

Vraag 228:

Ten aanzien van welke onderwerpen gaat het Kwaliteitsinstituut in 2015 een meerjarenagenda opstellen voor het ontwikkelen van nieuwe standaarden en meetinstrumenten? Welke partijen uit het zorgveld heeft het Kwaliteitsinstituut voor ogen bij het opstellen van de meerjarenagenda? Worden branche- en cliëntenorganisaties en beroepsverenigingen hierbij betrokken?

Antwoord 228:

Om te bepalen welke onderwerpen op de meerjarenagenda worden geplaatst organiseert het Kwaliteitsinstituut dit najaar een bijeenkomst met de partijen in de zorg en heeft het een LinkedIn platform opengesteld. Branche- en cliëntenorganisaties en beroepsverenigingen kunnen onderwerpen inbrengen. De Adviescommissie Kwaliteit doet aan de hand van de opbrengst een voorstel voor de meerjarenagenda.

Vraag 229:

Welke lijn kan er als reële kostenontwikkeling voor de jeugd-GGZ voor de jaren na 2012 worden gehanteerd gegeven het feit dat uit onderzoek (marktscan en beleidsbrief ggz, april 2014) van de NZa, Vektis en CVZ (nu Zorginstituut Nederland) blijkt dat de kosten in de GGZ sinds 2012 juist zijn gedaald?

Kan op basis hiervan en in combinatie met de volumeafspraken die met de GGZ als geheel zijn gemaakt een reëel scenario, eventueel uitgesplitst naar prijs en volume effecten, voor de jaren na 2012 worden opgesteld als handreiking richting gemeenten voor hun inkoopbeleid jeugd-ggz?

Kan op basis hiervan eveneens een beoordelingskader voor en met de Transitie Autoriteit Jeugd worden opgesteld, in geval instellingen zich daar melden over onredelijke inkoopafspraken? Hoe verhoudt dit zich tot de eenmalige voorgenomen verrekening in de afspraken in het kader van de bovenregionale specialistische jeugdhulp?

Antwoord 229:

Voor de kostenontwikkeling voor de jeugd GGZ is voor de jaren na 2012 uitgegaan van de in de akkoorden over de geestelijke gezondheidszorg afgesproken groeipercentages van 2,5% in 2013, 1,5% in 2014 en 1% in 2015 ten opzichte van de toegestane curatieve GGZ uitgaven zoals deze ten tijde van het afsluiten van het akkoord beschikbaar was. Deze afspraken zijn leidend voor de curatieve GGZ en daarom ook toegepast voor de jeugd GGZ. De marktscan en beleidsbrief waar u naar verwijst bevat voor het jaar 2013 de verwachte schadelast volgens NZa-uitvraag bij verzekeraars. Wat betreft de zorguitgaven zijn de tekenen gunstig. In

hoeverre dit daadwerkelijk gerealiseerd wordt, zal op zijn vroegst in voorjaar 2015 blijken.

Richting gemeenten²⁷ is duidelijk aangegeven dat eerdergenoemde groeipercentages in het budget zijn betrokken. Ook de loon en prijsbijstelling 2013 en 2014 zijn bekend. Dit percentage komt overeen met de uitgedeelde loon en prijsbijstelling voor de gehele curatieve GGZ en bedraagt 2,6% respectievelijk 1,8%.

In de onlangs gemaakte afspraken is vastgelegd dat VWS in het voorjaar van 2015 de realisatiecijfers van 2013 zal vergelijken met het macro-budget. Voor de jeugd-ggz houdt dit in dat het structurele bedrag voor de jeugd-ggz gebaseerd wordt op geactualiseerde cijfers over het gemiddelde aandeel jeugd van de jaren 2011, 2012 en 2013 en de cGGZ-uitgaven (de uitkomst kan een opwaartse of een neerwaartse aanpassing zijn). Daarnaast geldt dat voor de jeugd-ggz specifiek wordt gekeken of de zorginstroom in de tweede helft van 2014 hoger is dan verwacht, VWS bekijkt waar een versnelling in de aanlevering van gegevens mogelijk is. Indien in 2015 blijkt dat er meer zorg moet worden geleverd in 2015 als gevolg van een afwijkende zorginstroom in 2014 dan wordt een aparte, eenmalige regeling getroffen.

Ook hebben gemeenten informatie over het historische gebruik van jeugd GGZ tot hun beschikking. Zo hebben zij op individueel niveau toegang tot Vektis-gegevens 2011 en 2012 die voor de jeugd GGZ inzicht biedt in het aantal cliënten en de met de zorg gemoeide bedragen, uitgesplitst naar zorgverlener en, voor de tweedelijnszorg, naar aandoening²⁸. Hierbij gaat Vektis uit van de postcode zoals die door zorgverzekeraars wordt aangeleverd. Het wordt gemeenten geadviseerd deze informatie te gebruiken in de contractering van zorgaanbieders. Als gemeenten ondersteuning nodig hebben bij het tot stand komen van de inkoopafspraken, kunnen zij zich wenden tot het «Ondersteuningsprogramma Inkoop Jeugd GGZ» van de VNG.²⁹

De uiteindelijke inhoud van de inkoopafspraken is onderdeel van de onderhandeling tussen regio's en zorgaanbieders. Als partijen er niet uitkomen, is er voor de TAJ een bemiddelende rol weggelegd. Hierbij kan ook de TAJ gebruik maken van de informatie die gemeenten ter beschikking is gesteld. Onlangs is afgesproken dat na 1 november voor de bovenregionale functies wordt vastgesteld welk gemiddeld kortingspercentage in reeds gesloten contracten, in een aantal nader te bepalen regio's³⁰ is vastgelegd. Op basis van dit gemiddelde kan een benchmark voor de maximaal aanvaardbare korting ten opzichte van het budget 2014 worden bepaald, die kan worden gebruikt door de TAJ in de beoordeling van de inkoopafspraken voor deze specifieke functies. Als uitkomst kan de TAJ vervolgens adviseren dat gemeenten de afspraken moeten aanpassen en/of dat er steun moet worden gegeven aan de instelling om de frictiekosten op te vangen.

Vraag 230:

²⁷ Zie bijvoorbeeld pagina 8 van de Toets op de berekening Macrobudgetten Jeugdwet en Wmo 2015 van de Algemene Rekenkamer (Achtergrondrapport, 13 mei 2014). De loon- en prijsbijstelling 2014 was toen nog niet bekend, deze staat in de ontwerpbegroting 2015 opgenomen (p. 220).

²⁸ <http://www.voordejeugd.nl/actueel/nieuwsberichten/1472-update-vektis-gegevens-jeugd-ggz-nu-ook-beschikbaar>

²⁹ www.vng.nl/ondersteuningsprogramma-inkoop-jeugd-ggz

³⁰ Mogelijk op voordracht van de branches, waarbij naast de gezamenlijke voordracht ook iedere branche een regio kan aanwijzen.

In het basispakket zitten nog steeds behandelingen die niet bewezen effectief zijn. Wat is de stand van zaken ten aanzien van onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen in het basispakket? Welk bedrag is hiervoor jaarlijks beschikbaar? Welke opbrengsten heeft dergelijk onderzoek reeds gehad in termen van lagere zorgkosten, doordat niet-effectieve behandelingen niet langer onderdeel uitmaken van bijvoorbeeld richtlijnen?

Antwoord 230:

Zoals ik u in reactie op uw vragen over het Jaarverslag van het Ministerie van VWS 2013 heb laten weten (TK 2013–2014, 33 930 XVI, nr. 7) is de bepaling of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk primair aan de beroepsgroep zelf. Deze dient er zorg voor te dragen dat alleen zorg wordt gedeclareerd die aan dit criterium voldoet. Vervolgens is het aan zorgverzekeraars om te controleren of dat inderdaad het geval is. Als een beroepsgroep of een zorgverzekeraar twijfelt of een behandeling op grond hiervan ten laste van het te verzekeren pakket mag worden gebracht, dan kan men daarover een vraag stellen aan Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut brengt dan een standpunt uit waaruit blijkt of de zorg tot het te verzekeren pakket behoort of niet. Dit standpunt wordt getoetst door de Wetenschappelijke Adviesraad van het Zorginstituut. Het Zorginstituut doet niet zelf onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen, maar beoordeelt bestaand onderzoeksmateriaal uit binnen- en buitenland.

Zorg waarvan de effectiviteit niet vast staat kan in twee categorieën worden onderscheiden: zorg die niet effectief is, en zorg waarvoor nog onvoldoende bewijs beschikbaar is dat deze effectief is. Vaak is het overigens ook zo dat zorg voor bepaalde categorieën patiënten effectief is en voor andere niet, maar dat (nog) niet helder kan worden afgebakend wie tot welke groep behoort.

Er bestaan verschillende instrumenten die bevorderen dat onderzoek tot stand komt, waarmee het bewijs kan worden vergaard om vast te stellen of de zorg effectief is.

Via twee programma's van ZonMw wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van zorg die in de praktijk wordt toegepast, maar ten aanzien waarvan er twijfels zijn over de effectiviteit. Voor het programma Doelmatigheidsonderzoek is jaarlijks € 9,7 miljoen beschikbaar en voor het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen is € 13,7 miljoen per jaar beschikbaar. Het laatste programma wordt uitgebreid met grote multicenter trials, met een extra budget oplopend naar € 9 miljoen per jaar. Daarnaast is er budget beschikbaar binnen de zogenaamde «academische component», opdat academische ziekenhuizen veelbelovende zorg nader kunnen onderzoeken. Jaarlijks is ruim € 128 miljoen beschikbaar voor onderzoek en innovatie. Onderzoek naar de effectiviteit van zulke zorg is daar een onderdeel van.

Ook kent de Zorgverzekeringswet sinds 2012 het instrument van voorwaardelijke toelating. Zorg die als veelbelovend wordt beoordeeld, maar waarvan de effectiviteit nog niet vaststaat, kan voorwaardelijk worden toegelaten tot het basispakket. Daarmee is deze veelbelovende zorg al beschikbaar voor verzekerden en wordt er tegelijkertijd nader onderzoek gedaan naar de (kosten)effectiviteit van deze zorg. U heeft op 10 juni jl. een brief met nadere informatie over dit instrument voorwaardelijke toelating ontvangen (TK 2013–2014, 32 620, nr. 122).

Daarnaast werkt het Zorginstituut sinds 2013 aan de structurele doorlichting van het basispakket. Deze doorlichting heeft niet tot doel om effectiviteitsonderzoek te doen, maar kan wel aan het licht brengen dat zorg wordt geleverd die niet tot het te verzekeren pakket behoort, bijvoorbeeld, omdat deze niet voldoet aan de stand van wetenschap en

praktijk. Als dat het geval is brengt het Zorginstituut daarover een standpunt uit, waarmee voor alle partijen duidelijk is dat de zorg niet ten laste van het te verzekeren pakket mag komen. Voor de doorlichting van het pakket is in 2014 € 10 miljoen, en vanaf 2015 jaarlijks € 15 miljoen beschikbaar.

U vraagt tot slot welke opbrengsten dergelijk onderzoek reeds heeft gehad in termen van lagere zorgkosten, doordat niet-effectieve behandelingen niet langer onderdeel uitmaken van bijvoorbeeld richtlijnen.

De bovenstaande onderzoeken kunnen in twee groepen worden verdeeld. De ene groep bestaat uit onderzoeken waarmee de effectiviteit van vaak veelbelovende innovatieve zorg kan worden onderzocht. Dit type onderzoeken heeft in beginsel tot doel om deze zorg (die pas het pakket in kan stromen als deze bewezen effectief is) zo spoedig mogelijk via het basispakket beschikbaar te maken voor patiënten. Hiertoe behoren de academische component en voorwaardelijke toelating.

De andere groep bestaat uit onderzoeken waarmee kan worden aangetoond of zorg die al ten laste van het basispakket wordt verleend, ook daadwerkelijk tot het basispakket behoort. Met deze onderzoeken kunnen besparingen worden bereikt. Hiertoe behoren de programma's Doelmatigheidsonderzoek en Goed Gebruik Geneesmiddelen van ZonMw, en de structurele doorlichting van het basispakket door het Zorginstituut.

In de rapporten «Kostenbesparingen door onderzoek en innovatie in de zorg» en «Kostenbesparingen door programma Goed Gebruik Geneesmiddelen» (opgesteld door Zorgmarktadvies, in opdracht van ZonMw) is geconcludeerd dat bij een voorzichtig scenario waarin slechts 40% van de potentiële besparing wordt gerealiseerd, het programma Doelmatigheidsonderzoek een minimaal rendement laat zien van ruim 1 op 3 in tien jaar. Dat betekent dat elke euro die in het programma Doelmatigheidsonderzoek wordt geïnvesteerd, binnen tien jaar ruim 3 euro aan kostenbesparing oplevert in de zorg, mits de resultaten hun doorgang naar de praktijk weten te vinden (TK 2013–2014, 31 765 nr. 92). Dit laatste wil ik benadrukken: in de praktijk zit hier een bottleneck.

In het kader van de doorlichting van het pakket heeft het Zorginstituut op 30 juni 2014 zijn eerste rapport, het «Verbetersignalement voor zorg bij artrose van knie en heup», uitgebracht (TK 2013–2014, 29 689 nr. 532). Het Zorginstituut heeft in zijn brief van 30 juni jl. aangegeven dat het verwacht «dat door implementatie van deze verbeteringen niet alleen de kwaliteit en de gezondheidsuitkomsten positief worden beïnvloed, maar ook onnodige kosten worden vermeden. De vermindering van onnodige kosten door gepast gebruik van plaatsing van knie- en heupprotheses raamt het Zorginstituut op 35 miljoen euro en door gepast gebruik van diagnostiek op 14 miljoen euro.»

Vraag 231:

Met welke acties wordt de ongewenste schaalvergroting in de tweede lijn en in de GGZ concreet voorkomen?

Antwoord 231:

VWS overlegt samen met het Ministerie van Economische Zaken en Autoriteit Consument en Markt hoe de keuzevrijheid van verzekerden behouden kan worden en ongewenste concentraties in de zorg tegen kunnen worden gegaan. Daarbij zal worden gezien of het instrumentarium voldoende is, voldoende robuust en wat eventueel ontbreekt.

Vraag 232:

Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars, afgezien van eventuele selectieve contractering, om overbehandeling door zorgaanbieders tegen te gaan?

Antwoord 232:

Van steeds meer aandoeningen komen richtlijnen beschikbaar, op basis waarvan zorgverzekeraars afspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Daarnaast beschikken zorgverzekeraars over de declaratiegegevens van hun verzekerden en kunnen op basis daarvan de verschillende zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisartsen) benchmarken. Zo heeft bijvoorbeeld Achmea een veelomvattende database waarmee zij het zorggebruik van de verzekerdenpopulatie op huisartsniveau kunnen vergelijken op een groot aantal onderdelen zoals het zorggebruik medisch specialistische zorg, zorggebruik fysiotherapie, medicijnen etc. Op deze wijze kunnen zij kijken of er grote afwijkingen te zien zijn van wat er gemiddeld verwacht zou kunnen worden gelet op de samenstelling van de verzekerdenpopulatie. Op basis daarvan gaan zij het gesprek aan met de huisartsen en kunnen zij bijvoorbeeld signalen over overbehandeling bespreekbaar maken.

Vraag 233:

Hoe gaat u straks om met patiënten die al jaren naar tevredenheid gebruik maken van een voorwaardelijk toegelaten geneesmiddel, dat na evaluatie niet-effectief blijkt te zijn en uit het pakket wordt gehaald? Is een gelijkwaardig alternatief gegarandeerd? Vindt u dat de sunset-clausule vormgegeven is in het belang van de patiënt? Kunt u dat toelichten?

Antwoord 233:

- Het instrument van voorwaardelijke toelating brengt inderdaad met zich mee dat indien een geneesmiddel niet effectief blijkt te zijn het niet definitief het pakket instroomt. De toelating is immers niet voor niets «voorwaardelijk». Het is ook niet wenselijk om niet-effectieve zorg uit collectieve premiemiddelen te financieren.
- Over hoe om te gaan met patiënten die dit middel onder de voorwaardelijke fase al jaren gebruiken wil ik voorafgaande aan een voorwaardelijke toelatingstraject goede afspraken maken met alle relevante betrokken partijen. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om een afbouwtraject voor patiënten die dit middel al langer gebruiken en er niet meteen mee kunnen stoppen. Zie ook mijn Kamerbrief van 19 september 2014 (TK 2014–2015, 32 620, nr. 134) waarin het kader wordt geschetst waaraan de afspraken die partijen voorafgaand aan een VT-traject met elkaar sluiten moeten voldoen.
- In hoeverre er een ander, wél effectief geneesmiddel is voor deze patiënten kan per casus verschillen. Het betreft hier vanzelfsprekend geen gelijkwaardig alternatief, het middel dat de patiënt slikte is immers niet effectief bevonden.
- Met een «sunset clause» wordt bedoeld dat ik na afloop van de Voorwaardelijke Toelating expliciet moet beslissen of ik de behandeling tot het pakket toelaat. Zorg die bewezen effectief is stroomt echter automatisch het basispakket in (met uitzondering van de geneesmiddelen onder het geneesmiddelenvergoedingssysteem) en zorg die niet bewezen effectief is stroomt automatisch het basispakket uit. Dit geldt ook voor de voorwaardelijk toegelaten zorg. Gedurende de voorwaardelijke toelatingsfase moet de effectiviteit en kosteneffectiviteit worden onderzocht. Indien hieruit blijkt dat de voorwaardelijk toegelaten zorg gezondheidswinst oplevert stroomt deze automatisch het pakket in. Indien dit niet het geval is stroomt de zorg automatisch het pakket uit. Een sunset clause heeft dan ook geen toegevoegde waarde. Wel bestaat het risico dat een negatieve pakketbeslissing na een voorwaardelijk toelatingstraject niet op voldoende draagvlak kan rekenen.

Daarom heb ik, zoals ik in mijn kamerbrief van juni jl. aangegeven, extra waarborgen ingebouwd. Vooraf worden strakkere afspraken gemaakt met o.a. fabrikanten, voorschrijvers en patiënten over bijvoorbeeld wat geleverd moet worden aan onderzoeksgegevens, wanneer stop/go momenten zijn, wat voorwaarden van voorschrijven zijn en wat gebeurt als het middel geen toegevoegde waarde heeft. Ook vindt er aan de voorkant al een toets plaats of het voorwaardelijk toelaten van een bepaalde interventie past binnen het budgettaire kader.

Vraag 234:

Kunt u een overzicht geven van de vermogensontwikkeling van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicapteninstellingen, thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen van 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 234:

Gemiddelde van de sector		2010	2011	2012	2013
VVT	Solvabiliteit	30,3%	31,3%	33,6%	34,6%
	Weerstands vermogen	25,7%	27,8%	29,6%	31,0%
GHZ	Solvabiliteit	29,0%	34,5%	37,3%	39,1%
	Weerstands vermogen	25,8%	26,1%	27,0%	29,0%
GGZ	Solvabiliteit	25,4%	28,7%	26,3%	x
	Weerstands vermogen	18,8%	20,1%	18,8%	x
Thuiszorg	Solvabiliteit	28,4%	22,2%	27,2%	24,5%
	Weerstands vermogen	16,2%	16,5%	16,7%	14,2%
UMC	Solvabiliteit	17,1%	17,8%	20,0%	x
	Weerstands vermogen	15,9%	17,6%	20,5%	x
Algemene Ziekenhuizen	Solvabiliteit	14,2%	15,1%	16,7%	x
	Weerstands vermogen	14,5%	16,6%	18,2%	x
Categorale ziekenhuizen revalidatie	Solvabiliteit	20,8%	22,6%	24,5%	x
	Weerstands vermogen	21,0%	21,4%	23,4%	x

Bron: CBS,

x Deze sectoren hebben uitstel gekregen voor de indiening van de jaarverslagen.

Het is alleen mogelijk de ontwikkelingen van concerns weer te geven. Een uitsplitsing naar verzorgingshuizen en verpleeghuizen is niet mogelijk. De gegevens over het jaar 2014 zijn medio 2015 beschikbaar na publicatie van de jaarverslagen.

Vraag 235:

Hoe wordt het gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gerealiseerd als de contractering ten einde loopt, en het vanaf 2016 mogelijk wordt om niet-gecontracteerde aanbieders niet langer te vergoeden, en wat als het beoogde gelijke speelveld dan nog niet bereikt is?

Antwoord 235:

In de eerste plaats staat het belang van verzekerden en patiënten voorop. Door de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet, waar in deze vraag op wordt gedomd, zal de kwaliteit van zorg verbeteren. Zorgverzekeraars krijgen namelijk de mogelijkheid om zorg die zij niet hebben gecontracteerd, bijvoorbeeld omdat die van matige kwaliteit is of te duur, niet meer te vergoeden als een verzekerde er toch gebruik van maakt. Deze druk op zorgaanbieders is wezenlijk voor de werking van ons zorgstelsel, omdat het zorgaanbieders prikkelt tot het leveren van goede zorg voor een goede prijs. Van een gelijk speelveld hoeft niet perse sprake te zijn, zolang de verzekerde hier geen nadeel van ondervindt. Daarnaast zijn in het wetsvoorstel Verticale Integratie, waarmee artikel 13 Zvw wordt gewijzigd, een aantal transparantieplichtingen voor zorgverzekeraars

opgenomen. Zo moeten verzekeraars voor 1 april voorafgaand aan het nieuwe verzekeringsjaar hun zorginkoopbeleid en inkoopproces transparant maken. Hierin moeten zij aangeven welke ruimte zij bieden aan innovatief aanbod en op welke wijze zij zorgaanbieders non-discriminatoir behandelen bij de zorginkoop. Deze verplichtingen leiden er toe dat de positie van zorgaanbieders wordt verstevigd.

Vraag 236:

Hoe weet een verzekerde wat gepaste zorg is? Hoe verhoudt gepaste zorg zich tot maatwerk?

Antwoord 236:

Een patiënt krijgt passende zorg als hij niet meer zorg krijgt dan hij redelijkerwijs nodig heeft maar ook niet minder dan hij nodig heeft. Volgens het advies «Gepaste zorg» van de RVZ betekent gepaste zorg patiëntgerichte zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is. De gedachte is dat bij passende zorg verspilling wordt tegengegaan. Onnodige (curatieve) zorg kan ook schadelijk zijn voor de cliënt. In zijn algemeenheid leidt gepaste zorg tot betere zorg voor minder geld. Per patiënt kan verschillen wat gepast is afhankelijk van de zorg, maatwerk zorgt voor een individuele benadering van de patiënt.

De term maatwerkvoorziening wordt gehanteerd in de Wet maatschappelijke ondersteuning. Bij het een maatwerkvoorziening beslist de gemeente over de inzet van diensten en ondersteuning op basis van de behoeften en mogelijkheden van de persoon. De maatwerkvoorziening is ten behoeve van participatie, zelfredzaamheid of is ten behoeve van beschermd wonen en opvang.

Bij zowel gepaste zorg als maatwerk gaat het dus om het afstemmen van de dienstverlening op de individuele situatie.

Vraag 237:

Waaruit blijkt dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders slechte zorg aanbieden?

Antwoord 237:

Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders en maken hierbij afspraken over prijs en kwaliteit. Indien een zorgverzekeraar besluit om geen contract met een zorgaanbieder te sluiten kan dat worden veroorzaakt doordat de zorgverzekeraar van mening is dat de kwaliteit in vergelijking met andere zorgaanbieders minder goed is, omdat de prijs te hoog is, of omdat de zorgverzekeraar reeds voldoende zorg heeft ingekocht om aan de zorgplicht jegens zijn verzekerden te voldoen. Het is dus zeker niet zo dat een niet-gecontracteerde zorgaanbieders per definitie slechte zorg aanbiedt. Een niet-gecontracteerde aanbieder kan hele goede zorg aanbieden tegen een redelijke prijs. Maar de verzekeraar hoeft niet meer in te kopen dan nodig is voor zijn verzekerden.

Vraag 238:

Wat heeft schaalvergroting in de tweede lijn en de GGZ te maken met keuzevrijheid van de patiënt? Waarom wordt dit verband op deze wijze gelegd?

Antwoord 238:

Schaalvergroting die ontstaat doordat een instelling zich specialiseert en kwalitatief goede zorg weet te bieden en daardoor meer patiënten behandelt, biedt patiënten een goed alternatief. Schaalvergroting kan echter ook plaatsvinden, door een fusie tussen instellingen. Hieruit ontstaat dan een grote instelling en daarmee

vermindert de keuzevrijheid van patiënten en kan deze zelfs wegvallen. Hierdoor kunnen machtsposities ontstaan van zorgaanbieders waardoor zorgaanbieders verkoopmacht kunnen uitoefenen in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Dit kan leiden tot een ongunstige prijs-kwaliteitverhouding voor de verzekerden. Ten slotte kan het wegvallen van de keuzemogelijkheden bij zorgverzekeraars en patiënten de prikkel wegnemen bij instellingen om te innoveren en kwalitatief goede zorg te leveren.

Vraag 239:

Kan een overzicht gegeven worden van het eigen vermogen van alle ziekenhuizen over de afgelopen 5 jaar?

Antwoord 239:

Jaarlijks verzamelt accountantsbureau BDO op basis van cijfers, afkomstig uit gepubliceerde jaarverslagen van Nederlandse ziekenhuizen de zogeheten «Benchmark Ziekenhuizen». De meest recente editie is van 2013, en bevat de cijfers tot en met 2012.

Op basis van de edities van 2010–2013 heeft het eigen vermogen van ziekenhuizen in Nederland zich als volgt ontwikkeld:

Jaar	Eigen vermogen (miljard euro)
2008	1,3
2009	1,6
2010	1,9
2011	2,1
2012	2,4

Vraag 240:

Hoeveel personen maken gebruik van zorg in beschermde woonvormen?

Antwoord 240:

Gemeenten worden vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk voor beschermd wonen. Het gaat om mensen die op dit moment in de AWBZ een zorgzwaartepakket GGZ-C hebben. Per 1 juli 2014 waren er volgens de cijfers van het CIZ 37.720 mensen met een geldige indicatie zzp GGZ-C. Deze groep kan worden onderverdeeld in mensen die daadwerkelijk in een beschermde woonvorm wonen (bij het CAK zijn ca. 20.000 cliënten bekend), mensen met een persoonsgebonden budget en mensen die hun indicatie (nog) niet gebruiken.

Vraag 241:

Hoeveel ouderen zijn er de laatste jaren mishandeld, en wat zijn de meest actuele cijfers?

Antwoord 241:

Jaarlijks verschijnt er een factsheet van Movisie met een overzicht van de meldingen van het jaar daarvoor. In 2010 ging het om 855 meldingen, in 2011 om 994 en in 2012 om 1027. De meest recente cijfers zijn van 2013, het gaat dan om 1703 meldingen.

Vraag 242:

Hoeveel ouderen komen jaarlijks bij de huisarts en bij de Spoed Eisende Hulp (SEH) met opmerkelijk en onverklaarbaar letsel?

Antwoord 242:

Er zijn geen centraal bijgehouden direct raadpleegbare registraties bij huisartsen en Spoed Eisende Hulp afdelingen van ziekenhuizen (SEH) van opmerkelijk en onverklaarbaar letsel bij ouderen. De registratie die

huisartsen hanteren zijn gebaseerd op de ICPC codering. Daar worden wel letsels als kneuzingen, breuken, wonden e.d. geregistreerd en het aantal ouderen (65+). Maar uit die registraties is niet af te leiden of deze opmerkelijk of onverklaarbaar zijn.

Van de registraties op de SEH is het aantal 65+ personen dat vanwege letsel of trauma is behandeld of is overleden bekend, maar ook hiervan is niet bekend of dit opmerkelijk en onverklaarbaar letsel betreft.

Vraag 243:

Vindt er screening plaats in de SEH bij acute opname naar mishandeling?

Antwoord 243:

Ja, maar niet zozeer in de vorm van een aparte screening, maar in de vorm van een regulier onderdeel in de normale wijze van werken van de SEH.

In elke Spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis (SEH) wordt gewerkt conform professionele protocollen. In voorkomende gevallen (wanneer aantoonbaar sprake is van mishandeling of wanneer daarvoor aanwijzingen zijn) wordt een melding gemaakt bij het AMK of andere instanties.

Vraag 244:

Vindt er screening plaats in de intramurale zorg door een vertrouwenspersoon naar mishandeling van ouderen?

Antwoord 244:

Instellingen en huisartsen zijn verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Dat betekent dat zij ook alert moeten zijn op (signalen van) mishandeling van ouderen en hierop actie moeten ondernemen. Om hen daarbij te helpen is er onder andere de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Deze meldcode heeft ook betrekking op ouderenmishandeling. De meldcode bestaat uit een stappenplan voor professionals bij signalen of vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling. De stappen leiden de professionals door het proces waarin ze tot het besluit komen om al dan niet een melding te doen. De meldcode is daarmee een instrument om professionals te ondersteunen in een tijdige en effectieve aanpak van geweld in huiselijke kring.

Vraag 245:

Vindt er screening plaats door de huisarts naar mishandeling van ouderen?

Antwoord 245:

Zie het antwoord op vraag 244.

Vraag 246:

Zijn er het afgelopen jaar mensen opgepakt en berecht naar aanleiding van mishandeling van ouderen? Zo ja, om hoeveel mensen gaat het?

Antwoord 246:

Politie en Openbaar Ministerie registreren niet specifiek op ouderenmishandeling in de definitie die in dit kader gehanteerd wordt. Wel blijkt uit politiecijfers over huiselijk geweld in 2013 dat het aandeel geregistreerde slachtoffers 65+ t.o.v. het totaal aantal slachtoffers van huiselijk geweld 0,5% is.

Vraag 247:

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot ondervoeding van ouderen?

Antwoord 247:

Er zijn uit verschillende onderzoeken cijfers over ondervoeding beschikbaar.

Bij zelfstandig wonende ouderen (70+), bleek 1 op de 8 onderzochte ouderen ondervoed. Van de mannen was 9% ondervoed en van de vrouwen 15%. Dit komt uit de voedselconsumptiepeiling die het RIVM heeft uitgevoerd (2010–2012). De deelnemers aan dit onderzoek waren relatief vitaal.

In de Zorgbalans 2014 (www.gezondheidszorgbalans.nl) van het RIVM staan cijfers over ondervoeding bij zorgcliënten. Deze cijfers zijn gebaseerd op de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2013 (<https://nld.lpz-um.eu/>). Het percentage cliënten van aan de LPZ deelnemende ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en instellingen voor wonen, zorg en welzijn dat ondervoed is of risico loopt op ondervoeding is de afgelopen jaren (vanaf 2004) sterk gedaald. In 2004 was ongeveer 1 op de 3–4 mensen bij de deelnemende zorginstellingen ondervoed en in 2013 1 op de 8 tot 10. Deze trend lijkt in 2014 niet door te zetten. De onderzoekers geven echter aan dat de cijfers door problemen met een nieuwe definitie en meetmethode vertekend en niet representatief zijn.

U ontvangt een brief over ondervoeding waarin ik in ga op het gevoerde beleid rond ondervoeding.

Vraag 248:

Wat is het inkomen van iemand met een «kleine portemonnee»?

Antwoord 248:

Bij een «kleine portemonnee» moet in dit kader worden gedacht aan:

- Aow-gerechtigden met een aanvullend pensioen van maximaal € 5.000.
- niet Aow-gerechtigden met een inkomen van maximaal 120% van het wettelijk minimumloon.

Vraag 249:

Welk maatwerk wordt geboden aan iemand die graag in een instelling wil wonen zonder geldige indicatie?

Antwoord 249:

Cliënten zonder geldige indicatie hebben geen recht op zorg op grond van de Wlz. Uitzondering hierop is de partner-opname. Partners van mensen met een Wlz-indicatie kunnen via partner-opname op grond van de Wlz met hun partner in een instelling wonen. Om voor zorg vanuit de Wlz in aanmerking te komen is een geldige Wlz-indicatie een vereiste.

Verzorgingshuizen kunnen wel kamers verhuren aan mensen die daar willen wonen en daarbij extramurale zorg en ondersteuning aanbieden. Daarmee kan leegstand en sluiting van verzorgingshuizen worden voorkomen en kan worden voorzien in de behoeften van mensen die geen 24 uur zorg of permanent toezicht nodig hebben maar die voor hun moverende redenen wel in een instelling willen verblijven.

Vraag 250:

Welk maatwerk wordt geboden aan een gezonde partner die met zijn zieke partner mee wil verhuizen naar een instelling, maar uiteindelijk na vele jaren huwelijk, toch gescheiden wordt?

Antwoord 250:

Op grond van de Wlz wordt de Wlz-uitvoerder geacht bij de toewijzing van de zorg met verblijf rekening te houden met het recht op partneropname, en derhalve op de beschikbaarheid van een echtparenkamer in de gewenste gecontracteerde zorginstelling. In praktijk houdt dit in dat het

zorgkantoor op grond van zijn zorgplicht voldoende zorg voor verzekerden met een wens tot partneropname dient in te kopen. Het moet daarbij gaan om voldoende zorg, zodat die voor alle verzekerden binnen een redelijke afstand en binnen een redelijke termijn beschikbaar is.

Daarnaast kan de niet-Wlz geïndiceerde partner die via partner-opname in een instelling woont als deze zelf zorg of ondersteuning nodig heeft, hiervoor een beroep doen op de gemeente of de zorgverzekeraar. De gemeente kan deze ondersteuning invullen met gecontracteerde aanbieders die buiten de instelling werkzaam zijn of de gemeente kan de ondersteuning inkopen bij de Wlz-instelling waar de niet-Wlz geïndiceerde partner verblijft.

Indien een niet-Wlz geïndiceerde partner via partner-opname in een instelling woont en de Wlz-geïndiceerde partner komt te overlijden, mag de niet-Wlz geïndiceerde partner in de instelling blijven wonen.

Vraag 251:

Welk maatwerk wordt geboden aan iemand die zijn kinderen niet wil belasten met zijn zorgvraag?

Antwoord 251:

De Wmo 2015 bevat geen afdwingbare verplichting tot ondersteuning voor personen die onderdeel uitmaken van het sociale netwerk. Bij de toegang tot zorg (indicatiestelling) vanuit de Wlz speelt de inzet van mantelzorgers (uitgezonderd de gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen) geen rol. In de zorgverlening kunnen mantelzorgers worden betrokken maar dit is nooit afdwingbaar.

Vraag 252:

Zowel in de ouderenzorg, de GGZ als in de gehandicaptenzorg zien we dat mensen langer meedoen, langer zelfstandig blijven en zelfredzaam zijn. Dat komt onder meer tot uitdrukking in woonvormen die passen bij de wensen en mogelijkheden van cliënten. Welke woonvormen zijn dit?

Antwoord 252:

Voor al in de ouderenzorg zien we al langer de trend dat mensen langer thuis blijven wonen. Meestal is dat gewoon hun eigen woning (al dan niet aangepast), maar dat kan ook een geclusterde setting zijn, bijvoorbeeld in een modern woon-zorgcomplex waar mensen zelf een appartement huren en zorg en ondersteuning op maat krijgen. Ook in de gehandicaptenzorg en in de GGZ wonen cliënten steeds vaker zelfstandig in de wijk. Dat kan bijvoorbeeld ook in een gewone galerijflat zijn waarin een aantal appartementen bewoond wordt door mensen met een zorgindicatie, en waar bijvoorbeeld op de begane grond een ontmoetingsruimte is ingericht, maar waarin daarnaast ook andere mensen wonen zonder een zorgindicatie. In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat de grenzen tussen zorg in een instelling en zorg thuis steeds verder vervagen en dat er allerlei tussenvormen zijn ontstaan en naar verwachting in de toekomst nog verder zullen gaan ontstaan.

Vraag 253:

Hoe groot is de vraag naar beschermd wonen?

Antwoord 253:

Per 1 juli 2014 waren er volgens de cijfers van het CIZ 37.720 mensen met een geldige indicatie voor een zorgzwaartepakket GGZ-C (beschermd wonen).

Vraag 254:

«Dat komt onder meer tot uitdrukking in woonvormen die passen bij de wensen en mogelijkheden van cliënten». Als de regering dat zo belangrijk vindt, waarom worden er dan honderden verzorgingshuizen gesloten, terwijl mensen hier toch graag in willen wonen?

Antwoord 254:

Verzorgingshuizen kunnen kamers verhuren aan mensen die daar willen wonen en daarbij extramurale zorg en ondersteuning aanbieden. Ook het leveren van zwaardere zorg is een optie. Daarmee kan leegstand en sluiting van verzorgingshuizen worden voorkomen. In een aantal gevallen zal een verzorgingshuis tot de conclusie komen dat sluiting van een locatie de enige optie is omdat een locatie niet kan voldoen aan de veranderende eisen van deze tijd en de wens van de mensen om langer thuis te blijven wonen.

Ik verwacht overigens niet dat het om vele honderden verzorgingshuizen gaat die gesloten zullen gaan worden. Er waren eind 2013 nog ongeveer 26.000 mensen die met een ZZP VV 1 t/m 3 in een instelling verbleven (voornamelijk in verzorgingshuizen). Dit aantal zal in de komende jaren geleidelijk afnemen en niet vervangen worden door nieuwe mensen met een licht ZZP. Tussen 2010 en 2013 is het aantal cliënten met ZZP VV 1 t/m 3 met ongeveer 20.000 gedaald, terwijl in dezelfde periode het totaal aantal plekken in de sector verpleging en verzorging met slechts 3.000 plaatsen is afgenomen. Veel van de verzorgingshuisplekken zijn dus inmiddels bezet met zwaardere cliënten. Los van de bezetting van de kamers, kan ook de kwaliteit van de kamers een reden zijn om tot sluiting over te gaan. Ongeveer 2/3 deel van de verzorgingshuiscapaciteit is van voor 1985 met vaak kleine kamers en kleine sanitaire ruimten. Veel van deze kamers voldoen niet meer aan de veranderde eisen van deze tijd en de woonwensen van mensen. De verzorgingshuizen die recent een sluiting hebben aangekondigd zijn over het algemeen de oudere huizen.

Vraag 255:

Veroorzaakt het aanbieden van behandelingen aan inwoners van andere landen geen wachtlijsten voor Nederlanders? Tegen welke tarieven worden behandelingen aangeboden aan inwoners van andere landen? Welke betaalmethoden worden hiervoor gehanteerd? Contant afrekenen?

Antwoord 255:

Er wordt geen koppeling gemaakt tussen wachttijden die aanbieders voor medisch specialistische zorg en GGZ-instellingen verplicht vermelden op hun website en de herkomst van patiënten. Deze vraag is dan ook niet te beantwoorden.

Het aanbieden van zorg aan inwoners van andere landen kan overigens een positief effect hebben op de toegankelijkheid (kwaliteit en betaalbaarheid) van zorg. Zo kan het aantrekken van patiënten uit andere landen ervoor zorgen dat instellingen beter in staat zijn gespecialiseerde en innovatieve zorg te bieden. In het IBO-rapport over Grensoverschrijdende zorg uit februari 2014 is hieraan aandacht besteed.

Voor behandelingen aan inwoners van andere landen die niet in Nederland verzekerd zijn, gelden passantentarieven als het gaat om ziekenhuiszorg, indien er geen afspraken gemaakt zijn tussen de buitenlandse verzekeraar en de Nederlandse aanbieder. Passantentarieven kunnen per instelling verschillen. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de manier waarop de zorg wordt afgerekend. In sommige ziekenhuizen zijn maatregelen getroffen om contant af te rekenen.

Vraag 256:

De samenwerking tussen de verschillende domeinen Wlz, Zvw en Wmo is van groot belang voor goede en gepaste zorg voor mensen die dat nodig hebben. Op welke wijze wordt dit gewaarborgd?

Antwoord 256:

Samenwerking is inderdaad van belang in het nieuwe stelsel van de langdurige zorg. Samenwerking is met name van belang tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Zij zijn elkaars partner als het gaat om het leggen van verbindingen tussen de wijkverpleging enerzijds en verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning anderzijds. Daar waar op een gegeven moment sprake is van verwijzing naar de Wlz, vanwege de toegenomen zorgzwaarte, is een goede overdracht van belang. De Wlz-uitvoerders dienen dan ook in hun beleid aandacht te besteden aan samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars.

De relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars is geborgd in zowel de Wmo 2015 als in de Zvw. Het college moet de wijze waarop het de taken op grond van deze wet uitvoert, afstemmen met zorgverzekeraars als bedoeld in de Zorgverzekeringswet. In de Zvw is een spiegelbepaling opgenomen. Bij algemene maatregel van bestuur (in het Besluit maatschappelijke ondersteuning 2015) worden regels gesteld omtrent de wijze van totstandkoming van de afspraken die het college en zorgverzekeraars moeten maken over beleid ter zake de maatschappelijke ondersteuning, (jeugd)zorg en aanpalend beleid, met het oog op een integrale dienstverlening aan cliënten en verzekerden.

Meer in het bijzonder bepaalt de Wmo 2015 dat de gemeenteraad in het beleidsplan moet ingaan op een zo integraal mogelijke dienstverlening aan haar burgers en op de samenwerking met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Vervolgens moet het college in het onderzoek naar de behoefte aan maatschappelijke ondersteuning van een burger de mogelijkheden nagaan om door middel van samenwerking met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen in het sociaal domein te komen tot een zo goed mogelijk afgestemde dienstverlening.

Dit betekent in de praktijk onder andere dat gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau samenwerkingsafspraken maken met betrekking tot het in samenhang verlenen van wijkverpleging enerzijds en verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning anderzijds. Het gaat met name over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning. In opdracht van ZN, VNG en VWS is een focuslijst «verbinding wijkverpleging en sociaal domein» ontwikkeld die onderwerpen agendeert voor de samenwerkingsafspraken. De lijst is geen landelijke blauwdruk van hoe de lokale inrichting moet worden vormgegeven, maar is een hulpmiddel voor het vormgeven van de samenwerking.

In de Zvw wordt in de aanspraak wijkverpleging, en de bekostiging ervan, de deelname van de (wijk)verpleegkundige functie in de sociale wijkteam geborgd. Hiermee kan ook de noodzakelijke verbinding tussen zorg en welzijn worden gelegd die nodig is voor een samenhangend pakket aan zorg en ondersteuning voor de cliënt.

Met deze waarborgen worden zowel gemeenten als zorgverzekeraars aangespoord tot samenwerking.

Vraag 257:

Daar waar gemeenten goed Wmo beleid maken, kan dit er voor zorgen dat mensen minder snel gebruik hoeven maken van de Wlz. Wat is de stand van zaken ten aanzien van de toezegging van de Staatssecretaris op dit punt om goede gemeenten te belonen?

Antwoord 257:

Ik wil dit koppelen aan de motie van de heren Van der Staaij en Van Dijk om de mogelijkheden te onderzoeken hoe verzekeraars en gemeenten hun budgetten onderling kunnen verschuiven, zodat substitutie van zorg en ondersteuning mogelijk wordt. Ook die motie heeft de doelstelling van voorkomen van zwaardere zorg. Met verzekeraars en gemeenten zal – meer vanuit de praktijk – nader worden onderzocht wat nu reeds mogelijk is en waar en wanneer zij tegen belemmeringen aanlopen. Daarnaast wordt op korte termijn – meer wetenschappelijk – onderzoek uitgezet om te bezien in welke mate gemeenten en verzekeraars belang hebben om meer of minder (kwalitatief goede) zorg te leveren, invloed kunnen uitoefenen op de uitstroom naar andere domeinen en of we al verschillen zien tussen regio's of gemeenten.

Vraag 258:

Hoe draagt de regering zorg voor voldoende goed geschoolde wijkverpleegkundigen per 2015 om de extramuralisering op te kunnen vangen?

Antwoord 258:

- 1) Via ZonMw worden subsidiemogelijkheden geboden voor adequate scholing van de huidige wijkverpleegkundigen op het gebied van het indiceren en organiseren van zorg en inwerktrajecten op dit terrein voor verpleegkundigen die nieuw ingezet worden als wijkverpleegkundigen. Dit in het kader van de nieuwe Aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet.
- 2) Er is een traject gestart waarin de ontwikkeling van een leerroute voor MBO-verpleegkundigen naar HBO-verpleegkundigen centraal staat met aandacht voor de wijkverpleging. Daartoe heeft ZonMw bij veldpartijen inmiddels scholingsbehoeftes en bestaand scholingsaanbod geïnventariseerd.
- 3) Er wordt een impuls gegeven aan de ontwikkeling van het toekomstbestendige opleidingsprofiel bachelor verpleegkunde, passend bij het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundige en het daarop gebaseerde «Expertisegebied Wijkverpleegkundige». Daartoe is vanuit ZonMW subsidie verstrekt aan veldpartijen. Resultaten worden begin 2015 verwacht.
- 4) Daarnaast kunnen in 2014–2015 ongeveer 65.000 zorgverleners worden bij-, na- en opgeschoold met ondersteuning vanuit de sectorplannen in de langdurige zorg. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het opscholen van verpleegkundigen op MBO-niveau naar HBO-niveau. Door het kabinet is voor de uitvoering van de sectorplannen in de langdurige zorg ruim € 100 miljoen beschikbaar gesteld. Vanuit de sector is ten minste eenzelfde bedrag beschikbaar³¹.
- 5) In 2014–2016 stel ik € 300.000 beschikbaar aan sociale partners in de ouderenzorg om een positieve impuls te geven aan het imago van werken in de sector. Aanvullend ben ik in overleg met Actiz en de V&VN over een imagocampagne die beoogt de instroom van HBO-verpleegkundigen in de ouderenzorg, waaronder wijkverpleegkundigen, verder te stimuleren. Dit betreft een in september 2014 gehonoreerde subsidie.
- 6) Van werkgevers verwacht ik dat zij voldoende en kwalitatief goede stageplaatsen aanbieden die aansluiten bij de vraag naar anders en hoger opgeleid personeel in de zorg. Het stagefonds zorg biedt daarbij financiële ondersteuning. Om die reden heb ik besloten om extra te investeren in het stagefonds. Het bedrag van € 99 miljoen in 2012 heb ik inmiddels verhoogd naar € 110 miljoen in 2014 en verder.

³¹ TK 2014–2015, 29 282, nr. 205

Daarbij is de vergoeding voor studenten die de duale opleiding HBO-Verpleegkunde volgen extra verhoogd³².

Vraag 259:

Vindt de regering het wenselijk dat sommige zorgverzekeraars een wijkverpleegkundige alleen een contract geven voor segment-1 zorg, maar niet voor segment-2 zorg? Om welke zorgverzekeraars gaat het?

Antwoord 259:

Het is in de nadere regelgeving verpleging en verzorging van de NZa opgenomen dat een zorgaanbieder die de prestatie wijkgericht werken levert, die prestatie alleen kan declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. Daarmee is het niet mogelijk dat een aanbieder alleen een contract krijgt voor segment-1 zorg.

Vraag 260:

Wat zijn de meest recente cijfers met betrekking tot het volgende: hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er in 2014? Hoeveel verzorgenden zijn er in 2014? Hoeveel huishoudelijke hulpen zijn er in 2014? Hoeveel Alpha-hulpen zijn er in 2014?

Antwoord 260:

De meest recente cijfers dateren uit 2013. Toen waren er 8.500 wijkverpleegkundigen, 180.000 verzorgenden MBO3-niveau (2014, zie ook vraag 138), 45.000 huishoudelijke hulpen en 45.000 alphahulpen (zie ook vraag 140).

Vraag 261:

Hoeveel mensen maken vanaf 2015 gebruik van zorg vanuit de Wlz?

Antwoord 261:

In 2015 verwachten we ca 295.000 cliënten die een beroep gaan doen op de Wlz.

Vraag 262:

Hoeveel mensen maken vanaf 2015 gebruik van de zorg vanuit de Wmo?

Antwoord 262:

Een betrouwbare raming van het aantal personen die vanaf 2015 gebruik zal maken van Wmo ondersteuning is niet te geven. Op landelijk niveau bestaat, vanuit de administratie van het CAK, inzicht in de toegekende individuele voorzieningen waarbij de betrokken persoon een eigen bijdrage verschuldigd is. Op basis van CAK gegevens kan worden gemeld dat in zorgjaar 2013 in totaal 579.110 personen gebruik hebben gemaakt van Wmo ondersteuning waarvoor zij een eigen bijdrage verschuldigd waren. Het aantal personen dat een eigen bijdrage verschuldigd was voor hulpmiddelen en voorzieningen (incl. brutoPGB) bedroeg in 2013 236.241 personen en het aantal personen dat een eigen bijdrage verschuldigd was voor begeleiding bedroeg 254.129. Het totaal aantal personen dat in zorgjaar 2013 een eigen bijdrage verschuldigd was voor AWBZ zorg zonder verblijf bedroeg 520.491. Voor de genoemde totalen per type ondersteuning en zorg geldt dat dit geen unieke aantallen cliënten zijn, omdat een deel van de cliënten meer typen ondersteuning en zorg afneemt. Een sommatie van de aantallen leidt dan ook tot dubbeltellingen.

Vraag 263:

Hoeveel mensen maken vanaf 2015 gebruik van de zorg vanuit de Zvw?

³² TK 2013–2014, 29 282, nr. 181

Antwoord 263:

Veruit het grootste deel van de Nederlandse bevolking sluit een zorgverzekering en betaalt (maandelijks) nominale premie aan een zorgverzekeraar. Wanneer zij daarop aangewezen zijn kunnen zij dus aanspraken maken op (vergoeding van) zorg uit het verzekerde pakket.

In totaal waren er op 1 juli 2014 16,8 miljoen Zvw-verzekerden. Hoeveel mensen in 2015 daadwerkelijk gebruik zullen maken van Zvw-zorg is niet te voorspellen.

Vraag 264:

Kunt u de Kamer een recent overzicht doen toekomen met alle bezuinigingen op de Wlz, de Wmo en de Jeugdzorg?

Antwoord 264:

Het overzicht ten aanzien van de Wlz en Wmo is opgenomen bij het antwoord op vraag 14. In de onderstaande tabel worden de kortingen en de verzachtingen op de jeugdzorg gepresenteerd.

Jeugdzorg				
28. Taakstelling	- 120	- 300	- 450	- 450
29. Korting op AWBZ-functies pv, bg, kdv	- 52	- 52	- 52	- 52
30. Verzachtingen begrotingsakkoord	60			
31. Jeugdzorgakkoord	14	14	14	14
Totaal Jeugdzorg	- 98	- 338	- 488	- 488

Vraag 265:

Hoeveel personen maken gebruik van AWBZ/Wlz-zorg, en wat zijn de verwachte aantallen voor 2015?

Antwoord 265:

Op 1 april 2014 hebben ca. 800.000 cliënten een AWBZ-indicatie van het CIZ. In 2015 zullen ca. 295.000 cliënten een beroep gaan doen op de Wlz.

Vraag 266:

Hoeveel personen maken gebruik van huishoudelijke verzorging vanuit de Wmo, en wat zijn de verwachte aantallen voor 2015?

Antwoord 266:

Op basis van CAK gegevens over het jaar 2013 hebben 416.102 personen gebruik gemaakt van huishoudelijke verzorging waar zij een eigen bijdrage over verschuldigd waren. Er is geen betrouwbare raming te geven van de door gemeenten in 2015 te verstrekken voorzieningen.

Vraag 267:

Hoeveel personen maken gebruik van voorzieningen uit de Wmo, welke voorzieningen betreft het en wat zijn de verwachte aantallen voor 2015?

Antwoord 267:

Deze vraag laat zich slechts gedeeltelijk beantwoorden. De Wmo bestrijkt een breed terrein en gemeenten voeren een divers beleid dat zich ook doorvertaalt in een breed scala aan voorzieningen. Op landelijk niveau bestaat, vanuit de administratie van het CAK, inzicht in de toegekende individuele voorzieningen waarbij de betrokken persoon een eigen bijdrage verschuldigd is.

Op basis van CAK gegevens kan worden gemeld dat in zorgjaar 2013 416.102 personen gebruik hebben gemaakt van huishoudelijke verzorging waarvoor zij een eigen bijdrage over verschuldigd waren. In 2012 was dit

aantal 444.936 personen. Het aantal personen dat een eigen bijdrage verschuldigd was voor hulpmiddelen en voorzieningen (incl. brutoPGB) bedroeg in 2013 236.241 personen en in 2012 192.949 personen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de daling van het aantal personen die een eigen bijdrage voor huishoudelijke verzorging in de vorm van een maatwerkvoorziening verschuldigd zijn feitelijk minder afneemt dan lijkt. Dit komt omdat een aantal gemeenten zoals Rotterdam huishoudelijke verzorging niet meer door de zorgaanbieder bij het CAK laat aanleveren omdat hier sprake is van resultaatfinanciering (een schoon huis).

Een betrouwbare raming van het door gemeenten in 2015 te verstrekken aantal voorzieningen en het aantal personen aan wie die voorzieningen verstrekt zullen worden is niet te geven.

Bron: CAK peildatum 27-09-2014

Vraag 268:

Hoeveel personen maken gebruik van AWBZ-vervoer van en naar dagbesteding?

Antwoord 268:

Op basis van de aantallen vervoersbewegingen en aantallen pgb-houders met een vervoersindicatie wordt dit aantal geschat op ongeveer 85.000 personen (bronnen: NZa en Uvit-zorgkantoren).

Vraag 269:

In hoeveel en in welke gemeenten worden alfahulpen ingezet?

Antwoord 269:

Op landelijk niveau bestaat geen inzicht in de vragen door hoeveel en welke gemeenten alfahulpen worden ingezet bij de uitvoering van de Wmo. Doordat alfahulpen in dienst zijn bij de cliënt kan het aantal alfahulpen, in tegenstelling tot het aantal huishoudelijke hulpen in loondienst bij instellingen, ook niet uit landelijke registraties zoals die van het CBS en PGGM worden afgeleid. De tweede fase van de Arbeidsmarkt-EffectRapportage gaat uit van ongeveer 45 duizend huishoudelijke hulpen in loondienst en ongeveer eenzelfde aantal alfahulpen. Dit is een grove schatting waarin ook pgb-gecontracteerden zijn meegenomen.

Vraag 270:

Hoeveel en welke gemeenten hanteren alfacheques?

Antwoord 270:

Op landelijk niveau bestaat geen inzicht in hoeveel en in welke gemeenten alfacheques worden ingezet bij de uitvoering van de Wmo.

Vraag 271:

Wat kost de Wmo jaarlijks, uitgesplitst naar huishoudelijke verzorging, vervoer en hulpmiddelen?

Antwoord 271:

Onderstaand schema toont de totale omvang van de functies huishoudelijke verzorging en voorzieningen gehandicapten zoals door gemeenten geadministreerd in het zogenaamde lv3-systeem (informatie voor derden) en dat het CBS publiceert.

IV3-functie, € mln.	2008	2009	2010	2011	2012 ¹	2013 ²	2014 ³
Huishoudelijke verzorging (functie 622)	1.277	1.382	1.545	1.523	1.432	1.494	1.482

IV3-functie, € mln.	2008	2009	2010	2011	2012 ¹	2013 ²	2014 ³
Voorzieningen gehandicapten (functie 652)	950	997	1.002	950	895	958	922

¹ 2008–2012 gemeenterekeningen waarbij 2012 voorlopige cijfers

² gemeentebegrotingen 2013

³ gemeentebegrotingen 2014, voorlopige cijfers

Bron: Statline

Iv3 werkt aan de hand van functies of verzamelposten waar gemeenten baten en lasten geclusterd onder administreren. Tot de functie voorzieningen gehandicapten behoren de baten en lasten die betrekking hebben op de woon-, vervoers- en rolstoelvoorzieningen in het kader van de Wmo. Gegevens op een lager aggregatieniveau zijn niet beschikbaar.

Vraag 272:

Hoeveel mensen hebben afgezien van zorg en voorzieningen uit de Wmo, omdat zij de eigen bijdrage niet konden betalen?

Antwoord 272:

Er zijn geen gegevens op landelijk niveau beschikbaar over mensen die geen gebruik maken van zorg en voorzieningen uit de Wmo, omdat zij naar hun oordeel de eigen bijdragen niet kunnen betalen. Er wordt geen overzicht bijgehouden van mensen die afzien van een beroep op de Wmo, ongeacht de motivatie.

Vraag 274:

Hoeveel mensen laten hun indicatie omzetten in een PGB?

Antwoord 274:

In 2013 hadden 797.265 mensen een indicatie, waarvan 121.913 deze via een pgb hebben ingevuld. Dat is circa 15%. Ik heb geen gegevens over het aantal bestaande AWBZ-cliënten dat in een bepaald jaar van leveringsvorm (van ZIN naar pgb) is veranderd.

Vraag 275:

Wat kost de minutenregistratie jaarlijks?

Antwoord 275:

Ik kan de Kamer niet aangeven wat de minutenregistratie op macroniveau jaarlijks kost. Elke zorginstelling bepaalt zelf de manier waarop aan tijdregistratie wordt gedaan; dat is een eigen keuze. Van rijkswege bestaat er geen verplichting voor zorgaanbieders om een minutenregistratie te voeren. In de praktijk zijn uiteenlopende varianten in gebruik, van eenvoudig tot meer complex. Sommige instellingen hanteren geen minutenregistratie en werken op basis van «planning (zorgplan) is realisatie».

Vraag 276:

Hoeveel extra mantelzorgers zijn er nodig ter bevordering van de zelfredzaamheid en participatie om mensen langer zelfstandig te kunnen laten wonen?

Antwoord 276:

Aan de bijdrage van mantelzorgers aan de zelfredzaamheid of participatie van cliënten kunnen geen streefcijfers danwel normen worden verbonden.

Wat mensen voor elkaar doen is afhankelijk van de aard van de relatie die mensen met elkaar hebben en de intensiviteit van de ondersteuningsvragen. Dat maakt mantelzorg persoonlijk. Ook de draagkracht en draaglast van mensen speelt bij de verlening van mantelzorg een belangrijke rol.

Vraag 277:

Hoeveel sociale wijkteams komen er?

Antwoord 277:

Die vraag kan door mij op dit moment niet worden beantwoord. Het is aan gemeenten en andere betrokken organisaties om vorm te geven aan de in de regelgeving voorgeschreven afstemming en samenwerking. Er is geen wettelijke opdracht aan gemeenten om een sociaal wijkteam te hebben. Het al dan niet inzetten van het instrument van sociaal wijkteam is een lokale keuze.

Vraag 278:

De Wlz regelt dat de kwaliteit van instellingszorg is gewaarborgd. Mensen worden waardig behandeld en hebben zo veel mogelijk een thuisgevoel. Mensen mogen echter – als het verantwoord is en de kosten niet te hoog zijn – ook kiezen om zorg thuis te krijgen in de vorm van een pgb of in natura (vpt). Wat is te hoog? Om welke bedragen gaat het?

Antwoord 278:

De tarieven voor het pgb en het vpt zijn afgeleid van de ZZP-tarieven en verschillen per persoon. Zo worden bij zowel het pgb als het vpt de woonlasten niet meegenomen in het tarief. Bij het pgb worden daarbij ook de hotelmatige kosten (o.a. eten en drinken en dergelijke) niet meegenomen. De hoogte van het bedrag voor pgb en vpt mag niet hoger zijn dan het bedrag voor de zorgcomponent zoals opgenomen in het betreffende zorgzwaartepakket. In bepaalde omstandigheden wordt een uitzondering gemaakt op het uitgangspunt dat zorg thuis niet duurder mag zijn dan zorg in een instelling. Daarmee wordt voorkomen dat kinderen, jongvolwassenen en mensen in andere specifieke situaties verplicht in een intramurale instelling moeten gaan verblijven omdat hun zorg thuis duurder is dan verblijf in een instelling. In dergelijke gevallen mag de zorg thuis duurder zijn dan de zorg in een instelling. Per ZZP zijn er verschillende tarieven voor het daarbij passende pgb en vpt. In de hoogte van de eigen bijdrage wordt rekening gehouden met de componenten die mensen zelf voor hun rekening nemen. De bedragen verschillen dus van persoon tot persoon.

Vraag 279:

Wat zijn de opbrengsten indien het ClZ wordt afgeschaft, en de indicatiestelling wordt teruggegeven aan professionele zorgverleners? Bent u bereid deze besparingsmogelijkheid in de zorg te onderzoeken?

Antwoord 279:

Wanneer het ClZ wordt afgeschaft zal de toegang tot zorg ten laste van de Wet langdurige zorg op een andere wijze moeten worden vormgegeven. U stelt voor dit te doen door de indicatiestelling terug te geven aan de professionele zorgverlener. De kosten die verbonden zijn aan deze vorm van bepaling van het recht op zorg ten laste van de Wet langdurige zorg zijn op voorhand niet te bepalen. Uitgaande van dezelfde eisen die aan de indicatiestelling is verbonden, zullen die uitgaven naar alle waarschijnlijkheid niet lager zijn. De opbrengsten van uw voorstel worden gevormd door een vrijval van de exploitatielasten van het zbo ClZ. In de VWS-begroting is hiervoor in 2015 ca. € 87,3 miljoen opgenomen. In de Wlz, die onlangs in uw Kamer met brede steun is aanvaard, is het ClZ de taak toebedeeld van het op een onafhankelijke, uniforme en objectieve wijze vaststellen van rechten van verzekerden op zorg, mede vanwege de rechtszekerheid en de rechtsgelijkheid in het kader van een volksverzekering.

Vraag 280:

Wat zijn de meest actuele cijfers over het aantal mantelzorgers in Nederland?

Antwoord 280:

Uit de in 2013 door het SCP opgeleverde literatuurstudie «Informeel zorg in Nederland» die bij brief van 20 juli 2013 aan de Tweede Kamer is gestuurd, volgt dat in 2008 er ca. 3,5 miljoen mantelzorgers zijn waarvan er ca. 2,6 miljoen langdurig en/of intensief mantelzorgen.³³

Uiterlijk december 2015 verschijnt het kwantitatieve SCP-onderzoek betreffende de stand van zaken informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk), met daarin actuele cijfers omtrent aard, omvang, kwaliteit en belasting van de informele zorg.³⁴

Vraag 281:

Wat zijn de meest actuele cijfers over het aantal overbelaste mantelzorgers in Nederland?

Antwoord 281:

Uit de in 2013 door het SCP opgeleverde literatuurstudie «Informeel zorg in Nederland» die bij brief van 20 juli 2013 aan de Tweede Kamer is gestuurd, volgt dat in 2010 ca. 450.000 mantelzorgers zijn overbelast.³⁵

Uiterlijk december 2015 verschijnt het kwantitatieve SCP-onderzoek betreffende de stand van zaken informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk), met daarin actuele cijfers omtrent aard, omvang, kwaliteit en belasting van de informele zorg.³⁶

Vraag 282:

Het aantal indicatiebesluiten zal aanzienlijk afnemen. Wat is de verwachte afname?

Antwoord 282:

Het aantal indicatieaanvragen lag in 2013 op ruim 900.000. Over 2014 zijn uiteraard nog geen cijfers beschikbaar. In het kader van de hervorming van de langdurige zorg en de onderbrenging van grote delen van de huidige extramurale zorg (voornamelijk) in andere wettelijke domeinen zal het aantal aanvragen voor indicatiebesluiten Wlz aanmerkelijk lager zijn. Verwacht wordt een aantal van 250.000 in 2015. Een en ander betekent een afname van het aantal aanvragen met 650.000.

Vraag 283:

Welke middelen zijn beschikbaar gesteld om de gevolgen voor het werk en organisatie van het CIZ door de afname van het aantal indicatiebesluiten op te vangen?

Antwoord 283:

In het voorjaar is € 15 mln extra vrijgemaakt voor de kosten in het kader van de transitie bij het CIZ. Dit is verwerkt in de eerste suppletoire begroting 2014. Deze middelen zijn verstrekt voor projecten in het kader van de transitie naar een nieuwe slagvaardige organisatie, de afbouw van mensen en middelen en het borgen van de kwaliteit van de lopende

³³ Kamerstuk 30 169, nr. 28.

³⁴ Aan het onderzoek ligt ten grondslag de motie van het lid Bergkamp C.S. van 11 december 2012 waarin het SCP wordt verzocht onderzoek te verrichten naar de stand van zaken van de informele zorg.

³⁵ Kamerstuk 30 169, nr. 28.

³⁶ Aan het onderzoek ligt ten grondslag de motie van het lid Bergkamp C.S. van 11 december 2012 waarin het SCP wordt verzocht onderzoek te verrichten naar de stand van zaken van de informele zorg.

werkzaamheden op basis van vigerende wet- en regelgeving. Frictiekosten in de vorm van boventalligheid van medewerkers en leegstand van panden zullen zich vooral vanaf 2015 voordoen. Over de raming van deze kosten (en bijbehorende voorzieningen) vinden momenteel gesprekken plaats. Het bedrag aan frictiekosten wordt ruimschoots gecompenseerd door de structurele daling van de personeels- en huisvestingskosten vanaf 2015.

Vraag 284:

Kunt u een overzicht per jaar geven van de kostenontwikkeling van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg van 2000 tot 2005, en van 2006 tot en met 2014, en kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord 284:

Over de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg publiceert het CBS geen actuele afzonderlijke cijfers meer. Deze oude typen van instellingen zijn tegenwoordig bijna allemaal onderdeel van grotere concerns. Deze concerns leggen verantwoording af over onder meer de exploitatie, waarbij geen duidelijk onderscheid meer valt te maken tussen de oorspronkelijke typen van instellingen. Ook vanuit de financieringsgegevens (AWBZ) is het gevraagde onderscheid niet meer goed te maken.

Het CBS publiceert nu cijfers over de ouderenzorg in zijn totaliteit. In de Zorgrekeningen staat een reeks «uitgaven aan ouderenzorg» voor de jaren 2000 tot en met 2013. Deze cijfers zijn in onderstaande tabel overgenomen en afgerond op € 0,1 miljard. De cijfers over 2012 en 2013 hebben nog een voorlopig karakter. Cijfers over 2014 komen in het voorjaar van 2015 beschikbaar.

(bedragen in miljarden euro)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verstrekkers van ouderenzorg	8,7	9,9	11,3	12,3	12,5	12,9	13,6	14,0	14,8	15,2	15,8	16,5	17,8	18,2

De cijfers hebben betrekking op de totale zorgkosten in lopende prijzen, zoals die door aanbieders van zorg worden gerapporteerd. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar de financieringsbron van de zorgkosten. Het gaat dus zowel om kosten die collectief gefinancierd worden als om private zorgkosten. In de Zorgrekeningen worden andere definities en terreinafbakeringen gebruikt dan in de beleidsstukken (begroting, jaarverslagen, BKZ) van VWS. In de uitgaven aan ouderenzorg in de Zorgrekeningen zijn ook de Pgb-gelden voor uitgaven aan VVT-activiteiten opgenomen, zowel via instellingen als buiten de instellingen om. Dit geldt ook voor de uitgaven aan zelfstandig werkzame verpleegkundigen en de uitgaven aan andere zorgactiviteiten dan de ouderenzorg die via deze instellingen lopen (GGZ, Gehandicaptenzorg). Tenslotte maakt ook de kraamzorg nog steeds deel uit van deze kostenreeks, aangezien de kraamzorg voorheen onderdeel was van de thuiszorg.

De uitgaven aan ouderenzorg in lopende prijzen zijn sinds 2000 meer dan verdubbeld van € 8,7 miljard naar € 18,2 miljard in 2013 (voorlopig cijfer). Voor een deel komt deze stijging voort uit loon- en prijsontwikkelingen. In procenten van het BBP zijn de uitgaven aan ouderenzorg in de genoemde periode gestegen van circa 2,3 procent naar 3,0 procent, waarbij geldt dat een deel van deze uitgavengroei kan worden toegeschreven aan de vergrijzing.

Vraag 285:

Hoeveel wordt er besteed aan het bestrijden van eenzaamheid?

Antwoord 285:

In mijn brief van 16 juli 2014 (Kamerstukken II 29 538, nr. 155) geef ik aan dat ik de komende twee jaar investeer in een gezamenlijk actieplan van

VNG, Coalitie Erbij en VWS. Voor deze impuls van twee jaar stel ik € 985.000 extra beschikbaar. € 800.000 voor activiteiten die Coalitie Erbij uitvoert en € 185.000 voor activiteiten die VNG uitvoert. Coalitie Erbij ontvangt jaarlijks € 150.000 subsidie en Vereniging de Zonnebloem ontvangt een instellingssubsidie van ca. € 200.000. Met mijn subsidie dragen bijvoorbeeld ook Movisie, Het Nederlandse Rode Kruis, Stichting Korrelatie, Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (NOV) en Mezzo bij aan het terugdringen en voorkomen van eenzaamheid. Dit natuurlijk los van alle activiteiten van gemeenten en alle tijd die personeel in de zorg en ondersteuning dagelijks besteed aan persoonlijke aandacht. Daarop wordt niet geregistreerd gelukkig.

Los van genoemde uitgaven merk ik op dat een maatschappelijk vraagstuk als eenzaamheid vooral is gediend met een cultuurverandering, waarin omzien naar elkaar vanzelfsprekender wordt. Waar we zelf betrokken zijn bij het voorkomen van eenzaamheid. Dat is een belangrijke pijler onder de hervorming van de langdurige zorg. Maar aandacht voor eenzaamheid moet ook verankerd zijn in een sterke lokale infrastructuur. Daarom wordt geïnvesteerd in kennisoverdracht en op samenwerking op lokaal niveau van formele en informele verleners van zorg en ondersteuning. Gelukkig hoeft dat niet vanaf een nulpunt te worden opgebouwd. Er is al veel kennis beschikbaar en er zijn al veel activiteiten en initiatieven. Bovendien kan aangehaakt worden bij de sociale infrastructuur die in het kader van de decentralisaties wordt neergezet. Het gaat erom dat slimmer te organiseren; kennis beter met elkaar te delen en gebruik te maken van elkaar. In het actieplan doen we dat samen met 20 koplopergemeenten, die als voorbeeld voor de andere gemeenten kunnen dienen.

Vraag 286:

Welke effecten heeft eenzaamheid op de fysieke gezondheid? Wat zijn hiervan de kosten?

Antwoord 286:

Meerdere wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat eenzaamheid van invloed is op de geestelijke en lichamelijke gezondheid. Zo is aangetoond dat wie eenzaam is een groter risico heeft op overlijden dan iemand die niet eenzaam is. Eenzame mensen vertonen vaker gedrag dat voor de gezondheid nadelig is, wat kan variëren van ongezond eten tot het ontwikkelen van een verslaving of eetstoornis. Daarnaast doen zich bij eenzame mensen vaker slaapproblemen voor, wat van invloed is op herstel van ziekten en risico op stress. Bovendien versterken gezondheidsproblemen en eenzaamheid elkaar. Mensen met een slechtere gezondheid zijn minder in staat hun netwerk te onderhouden, bijvoorbeeld doordat ze minder mobiel zijn, minder vaak af kunnen spreken en sneller moe zijn.

Eenzaamheid beïnvloedt het beroep dat wordt gedaan op de zorg. Enerzijds omdat ze meer daadwerkelijke klachten hebben, anderzijds omdat contact met een zorgverlener ze een alternatief biedt voor gebrek aan sociale contacten.

Gezien het hiervoor genoemde verband tussen eenzaamheid en zorgconsumptie kan worden aangenomen dat het voorkomen en terugdringen van eenzaamheid van invloed is op de zorgkosten. Er zijn echter geen harde cijfers beschikbaar die deze kosten kunnen onderbouwen.

Vraag 287:

Hoeveel cliënt-vertrouwenspersonen zijn er in zorginstellingen aangesteld in 2014?

Antwoord 287:

Naar voorbeeld van de GGZ en Jeugdzorg waar een soortgelijke functie een wettelijke verplichting betreft, werd in de jaren negentig in de gehandicaptensector op vrijwillige basis de cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) als ondersteunende functie ingevoerd. De CVP is een functionaris die cliënten en/of hun vertegenwoordigers ondersteunt bij het borgen van hun positie als cliënt, in situaties waarin cliënten onvrede of klachten ervaren. Volgens de Beroepsgroep CVP zijn circa 130 CVP'en in Nederland werkzaam in de gehandicaptenzorg. Afzonderlijke gegevens over het aantal CVP'en dat in 2014 is aangesteld, zijn niet beschikbaar.

Vraag 288:

Hoe vaak werd in 2014 gedwongen zorg gemeld bij de IGZ? Wat voor gedwongen zorg betrof dit?

Antwoord 288:

Tot 1 oktober 2014 werd ruim 7000 keer gedwongen zorg in het kader van de Wet Bopz gemeld aan de IGZ. Het gaat hierbij om de maatregelen zoals beschreven in de Wet Bopz, zijnde onder andere separatie, afzondering, dwangmedicatie, fixatie, gedwongen vocht en voeding en in een beperkt aantal gevallen inzet van andere middelen zoals opsluiting op de kamer.

Vraag 289:

Op welke manier investeert het kabinet in verbouw van verzorgings- en verpleeghuizen?

Antwoord 289:

Op verschillende manieren wordt de verbouw van verzorgings- en verpleeghuizen bevorderd:

- Het kabinet faciliteert regionale tafels waarbij onder andere gemeenten, zorgkantoren, woningcorporaties en zorgaanbieders overleg kunnen hebben over de aansluiting tussen vraag en aanbod voor mensen met beperkingen. Het kabinet ondersteunt gemeenten en regio's daarbij door informatie te geven over demografie, financiën van zorgconcerns, kwaliteit van zorg en gevolgen voor het vastgoed van het langer thuis wonen (www.zorgopdekaart.nl);
- Het kabinet heeft een aanjaagteam «Langer zelfstandig wonen» ingesteld om daar waar dit overleg niet voortvarend loopt, het proces verder te brengen. Het aanjaagteam geeft informatie van best practices en haalt concrete knelpunten op in wet- en regelgeving die worden doorgegeven aan de Minister voor Wonen en Rijksdienst en de Staatssecretaris van VWS.
- Met het Experimentenprogramma Langer Thuis! worden onder meer best practices ten aanzien van het ontwikkelen van nieuwe woonzorgarrangementen binnen en buiten bestaand intramuraal vastgoed opgehaald.
- Per 1 oktober is door dertien pensioenfondsen, pensioenuitvoeringsorganisaties en verzekeraars de Nederlandse Investeringsinstelling (NII) opgericht. De NII gaat Nederlandse investeringsprojecten in infrastructuur, onderwijs, zorg, woningbouw, MKB en duurzame energie geschikt maken voor institutionele beleggers.
- Het ombouwen van leegstaande verzorgingshuiscapaciteit tot zelfstandige woonruimte voor ouderen of eventueel andere doelgroepen wordt vergemakkelijkt doordat de eigenaar van deze woonruimten een heffingsvermindering van € 10.000 op de door hem verschuldigde verhuurderheffing kan aanvragen. Om hiervoor in aanmerking te komen dienen verbouwingskosten van ten minste € 25.000 per woning geïnvesteerd te worden. Het Expertteam (Kantoor) Transformatie van het Ministerie van BZK kan bezitters van zorgvastgoed bij de ombouw adviseren.

Vraag 290:

Hoeveel verzorgingshuizen zijn er gesloten sinds het extramuraliseren van de lagere ZZP's? Wat is de verwachting hoeveel verzorgingshuizen er in de toekomst gesloopt gaan worden?

Antwoord 290:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden met verzorgingshuizen die sluiten of aankondigen te sluiten. Ik vind het, naast het waarborgen dat mensen met een intramurale indicatie recht op een plek in een zorginstelling houden, van belang dat vooral lokaal in beeld is welke capaciteit beschikbaar is, wat de kwaliteit daarvan is en welke alternatieven er lokaal zijn op het gebied van wonen zorg en welzijn. Verzorgingshuizen kunnen kamers die leeg komen als gevolg van de geleidelijke uitstroom van cliënten met een licht ZZP verhuren aan mensen en ter plekke extramurale zorg en ondersteuning aanbieden. Ook het aanbieden van zorg aan zwaardere cliëntengroepen kan een optie zijn.

Hoeveel verzorgingshuizen gaan sluiten is op voorhand niet te zeggen. Tussen 2010 en 2013 is het aantal cliënten dat met ZZP VV 1 t/m 3 in een zorginstelling verbleef met ongeveer 20.000 afgenomen, terwijl het aantal bezette plaatsen in de sector verpleging en verzorging in dezelfde periode slechts met 3.000 plaatsen is afgenomen. Veel van de verzorgingshuisplekken zijn inmiddels al bezet met zwaardere cliënten.

Dat sluit aan bij een trend die al vele jaren zichtbaar is. Mensen blijven langer thuis wonen en de mensen in de instelling zijn gemiddeld genomen zwaarder qua zorgbehoefte. Tussen 1980 en 2010 is het aantal verzorgingshuisplaatsen afgenomen van ongeveer 150.000 plaatsen naar ongeveer 84.000 plaatsen. Het aantal verpleeghuisplaatsen is in dezelfde periode toegenomen van ongeveer 46.000 plaatsen naar 74.000 plaatsen.

Vraag 291:

Hoeveel mensen zijn «gedwongen» verhuisd sinds het extramuraliseren van de lagere ZZP's? Hoeveel mensen zullen er nog gedwongen moeten verhuizen door deze maatregel?

Antwoord 291:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden met zorginstellingen die sluiten of aankondigen te sluiten en de verhuizingen die hiermee gepaard gaan.

Vraag 292:

Hoeveel ontslagen zijn er gevallen sinds het extramuraliseren van de lagere ZZP's?

Antwoord 292:

Het aantal ontslagen in de zorg wordt, evenals in andere sectoren, niet centraal geregistreerd. Ik heb zicht op de aanvragen die ingediend worden bij het UWV, niet op de aanvragen die lopen via de kantonrechter of plaats vinden met wederzijds goedvinden van de medewerker en de werkgever. Zie verder het antwoord op vraag 176.

Vraag 293:

Door het stijgende aantal ouderen zal het aantal mensen met dementie toenemen. Hoe groot is de verwachte stijging?

Antwoord 293:

Op dit moment zijn er naar schatting 250.000 mensen met dementie in Nederland. Op basis van het stijgend aantal ouderen zal het aantal mensen met dementie stijgen tot ongeveer 500.000 in 2040. Internationale studies wijzen uit dat de groei van bepaalde vormen van dementie minder groot zou kunnen zijn als gevolg van, bijvoorbeeld, een betere cardio-

vasculaire gezondheid of een stijgend opleidingsniveau. Hier zijn echter (nog) geen harde cijfers aan te verbinden.

Vraag 294:

De hervorming van de langdurige zorg biedt meer mogelijkheden om mensen met dementie langer in hun vertrouwde omgeving te laten wonen. Welke mogelijkheden betreft het?

Antwoord 294:

Met de hervorming van de langdurige zorg wordt de zorg, ook voor mensen met dementie, dicht bij hen georganiseerd. Ik denk hierbij aan het samenspel van de gemeente en zorgverzekeraars door onder meer de inzet van het sociaal wijkteam, passende dagbesteding, mantelzorgondersteuning, vrijwilligers en verpleging en verzorging thuis. De zorg kan hierdoor ook beter afgestemd worden op de wensen en behoeften van de cliënt. Als de zorgbehoefte zo zwaar wordt dat de cliënt in aanmerking komt voor zorg op basis van de Wlz, kan deze zorg desgewenst nog steeds in de vertrouwde omgeving thuis gegeven worden dank zij de mogelijkheden die het, nu wettelijk verankerde, pgb en MPT/VPT bieden. Ook in een intramurale setting blijven vertrouwde personen beschikbaar door de betere afstemming tussen formele en informele zorg in de Wlz.

Vraag 295:

Welke initiatieven die in 2015 worden gestart om de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun omgeving te verbeteren worden er genomen?

Antwoord 295:

In 2015 wordt in Friesland gestart met een proeftuin van welzijnsorganisaties, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars, die zich vooral richt op de verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met dementie in de fase dat zij nog thuis wonen. In mijn brief over dementie, die ik u binnenkort toestuur, zal ik hier nader op ingaan. In Europees verband kan ik de Joint Action Dementia noemen. Dit is een samenwerkingsverband van EU-landen gericht op zorgverbetering voor mensen met dementie, waaronder omgaan met probleemgedrag en het terugdringen van het gebruik van psychofarmaca.

Vraag 296:

Hoeveel geld wordt er vanaf 2015 extra ter beschikking gesteld om zorgaanbieders te ondersteunen bij de verbetering van de kwaliteit?

Antwoord 296:

Om zorgaanbieders te ondersteunen bij de verbetering van de kwaliteit in de langdurige zorg stellen we voor de korte termijn vanaf 2015 een bedrag van € 5 miljoen beschikbaar. Ik heb de Kamer daarover geïnformeerd in mijn brief over de kwaliteit van de ouderenzorg, die op 12 juni jl. naar de Tweede Kamer is gestuurd (TK 2013–2014, 31 765, nr. 90). Daarnaast stimuleert VWS via het programma «In voor zorg!» de verbetering van de kwaliteit in de zorg. Dit programma bundelt bestaande kennis en biedt zorgorganisaties praktische ondersteuning bij de ontwikkeling van hun werkprocessen en de verbetering van de kwaliteit. Voor het programma «In voor zorg!» is in 2015 een bedrag van € 17,6 mln beschikbaar.

Tot slot is er in 2015 een bedrag van € 5 miljoen beschikbaar voor innovatieve projecten. Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen een beroep doen bij de NZa op dit innovatiebudget zodat zij kunnen experimenteren met innovatieve zorg waarvoor nog geen prestatie bestaat.

Vraag 297:

Het kabinet vindt eenzaamheid een onderschat probleem. Waarom is er dan toch voor gekozen om veel meer mensen te laten verpieteren op een flatje driehoog achter?

Antwoord 297:

Het kabinet kiest er niet voor mensen te laten verpieteren, waar dan ook.

Vraag 304:

Hoeveel gezinnen zijn in 2014 op straat beland vanwege de crisis?

Antwoord 304:

Het is niet bekend hoeveel gezinnen in 2014 op straat zijn beland. Voor de monitor Stedelijk Kompas 2012 is de centrumgemeenten gevraagd in hoeverre gezinnen waarvoor geen opvangplek beschikbaar is een alternatief aanbod krijgen. Veel centrumgemeenten helpen deze gezinnen vooral door te verwijzen naar het eigen netwerk of hulp te bieden bij het vinden van een plek in een andere regio. Andere alternatieven zijn een tijdelijke plek in de maatschappelijke opvang zonder gezinsunits een tijdelijke opvangplek in een hotel of vakantiehuisje op kosten van de gemeente en soms ook tijdelijke marginale huisvesting. Vrijwel alle gemeenten geven aan een alternatief aan te bieden in een dergelijke situatie.

Vraag 305:

Hoeveel opvangplekken zijn er voor gezinnen, en is dit voldoende?

Antwoord 305:

Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over het aantal opvangplekken voor gezinnen.

Voor de Monitor Stedelijk Kompas 2012 is de centrumgemeenten gevraagd naar hun aanbod voor gezinnen. Vrijwel alle gemeenten hebben een aanbod specifiek voor gezinnen met kinderen. Gemiddeld heeft een gemeente drie tot vier vormen van opvang of woonbegeleiding voor gezinnen met kinderen. Crisisopvang voor gezinnen is in bijna twee derde van de gemeenten aanwezig.

Vraag 308:

Voor wie wordt de zorg betaalbaar gehouden; voor de staatskas of voor de burger? Als er winst wordt gemaakt door de zorgverzekeraars dan is er toch teveel betaald voor de zorg?

Antwoord 308:

Een beheerste ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven dient het draagvlak onder ons solidaire zorgstelsel. Dit is van belang voor de toegankelijkheid van de zorg voor de burger van nu en de burger in de toekomst, in het bijzonder voor mensen met een minder hoog inkomen.

In de Zorgverzekeringswet is gekozen voor een systeem van collectief gefinancierde zorg dat wordt uitgevoerd door private verzekeraars. Verzekeraars maken winst als zij de Zvw efficiënt en doelmatig uitvoeren en zich daarin voortdurend verbeteren. De winst van zorgverzekeraars is geen gegeven maar vloeit voort uit hun voortdurende inspanningen om de zorgkosten te beheersen en de zorg betaalbaar te houden. Deze winst blijft bovendien binnen het zorgsysteem en komt ten goede aan de verzekerden. Bijvoorbeeld via lagere premies, zoals in 2014 het geval was, door middel van extra investeringen in de zorg of door het op peil houden van financiële reserves zodat de zorgplicht ook in mindere periodes kan worden nagekomen en een stabiele premieontwikkeling kan worden nagestreefd.

Vraag 309:

Kan worden aangegeven wat er in 2015 na aftrek van verschillende verzachtende maatregelen en transitiekosten, netto bespaard wordt op de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Wlz?

Antwoord 309:

Het overzicht ten aanzien van de Wlz en Wmo is opgenomen bij het antwoord op vraag 14. Zie het antwoord op vraag 264 voor de besparing op de jeugdzorg.

Vraag 310:

Kunt u aangeven wat er in 2015, 2016, 2017, 2018 en structureel na aftrek van verschillende verzachtende maatregelen en transitiekosten, netto bespaard wordt op de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Wlz?

Antwoord 310:

Het overzicht ten aanzien van de Wlz en Wmo is opgenomen bij het antwoord op vraag 14. Zie het antwoord op vraag 264 voor de besparing op de jeugdzorg.

Vraag 311:

Waarom is er in 2018 en 2019 € 25 miljoen gereserveerd voor de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg?

Antwoord 311:

De Minister van VWS verleent in 2015 aan de subsidie-ontvanger een voorschot van € 80.000. Na vaststelling van de subsidie wordt de overige € 20.000 uitgekeerd. De genoemde bedragen die zijn ingeboekt in 2018 en 2019 zijn bedoeld voor de vaststelling.

Vraag 313:

Hoe groot is het percentage van de belastingplichtigen dat in 2015 zorgtoeslag ontvangt?

Antwoord 313:

Bekend is dat volgens zeer voorlopige ramingen van het CPB in 2015 circa 45% van de huishoudens (in de definitie van de toeslagen) zorgtoeslag ontvangt.

De precieze bedragen van de zorgtoeslag voor 2015 worden eind november 2014 vastgesteld omdat dan de standaardpremie bekend is. Afhankelijk van het inkomen wordt dan meer duidelijk wie zorgtoeslag zal ontvangen.

Vraag 314:

Welke gevolgen heeft de beperking van de uitgaven aan zorgtoeslagen door verhoging van het afbouwpercentage voor de verschillende inkomensgroepen ten opzichte van 2014?

Antwoord 314:

Ten opzichte van 2014 zal de zorgtoeslag sneller worden afgebouwd naarmate het inkomen hoger is. Het afbouwpercentage stijgt met 4,282%-punt van 9,118% in 2014 naar 13,4% in 2015. Dat afbouwpercentage geldt bij inkomens boven het wettelijk minimumloon (circa € 19.500 in 2015). Indien een eenpersoonshuishouden € 25.000 belastbaar inkomen heeft dan is de achteruitgang dus $€ 5.500 \times 4,282\% = € 235$. Indien een meerpersoonshuishouden € 30.000 belastbaar inkomen heeft dan is de achteruitgang $€ 10.500 \times 4,282\% = € 450$. Eenpersoonshuishoudens met een inkomen boven de € 28.482 en meerpersoonshuis-

houdens met een inkomen boven € 37.145 gaan er niet op achteruit, want zij hadden in 2014 al geen recht op zorgtoeslag.

Vraag 316:

De middelen voor het Nationaal Preventie Programma beschikbaar zijn in 2015 geraamd op € 3.193.000. Hoe ziet de verdeling van de middelen eruit? Hoeveel wordt uitgegeven aan het bevorderen van een gezonde leefstijl, en hoeveel aan ander zaken op het gebied van preventie? Kan een overzicht worden gegeven?

Antwoord 316:

Het geraamde bedrag van € 3,2 miljoen is bestemd voor zowel de Uitvoering van de landelijke nota gezondheidsbeleid als het Nationaal Preventie Programma (NPP). Voor de uitvoeringskosten van het NPP is € 1,5 miljoen (zie antwoord op vraag 348 voor de verdere onderverdeling van deze kosten) geraamd. Verder financieren we enkele specifieke activiteiten waaronder Healthy Pregnancy 4 All-2 (vernieuwing en afstemming binnen de verloskundige- en jeugdgezondheidszorg, (€ 0,8 miljoen)), het stimuleringsprogramma versterking GGD (€ 0,5 miljoen) en bijdragen aan kennisplatforms op het gebied van gezondheid en de fysieke omgeving (€ 0,4 miljoen). Overigens zijn alle kosten voor uitvoerende activiteiten van het NPP opgenomen elders binnen de VWS-begroting, bij andere departementen of bij maatschappelijke partners van het programma.

Voor een overzicht van uitgaven aan het bevorderen van een gezonde leefstijl en andere zaken op het gebied van preventie verwijs ik u naar artikel 1 onder Gezondheidsbescherming, Ziektepreventie en Gezondheidsbevordering en artikel 6 onder Passend sport- en beweegaanbod.

Vraag 317:

Kan bij de genoemde beleidsdoorlichtingen aangegeven worden wat de focus van de doorlichting is?

Antwoord 317:

Naar aanleiding van de aangenomen motie-Harbers, ingediend tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen, zal de Minister van Financiën zeer binnenkort een brief naar uw Kamer sturen. De Kamer heeft de wens uitgesproken voorafgaand aan de start van een beleidsdoorlichting geïnformeerd te worden over de opzet en vraagstelling van de doorlichting, en hier invloed op uit te kunnen oefenen. Vanaf volgend jaar (OW2016) zal een toelichting met opzet en vraagstelling voor de beleidsdoorlichtingen van het aankomende jaar aan de tabel in de departementale begrotingen worden toegevoegd. Uw Kamer wordt hierdoor in de gelegenheid gesteld om opzet en vraagstelling van de beleidsdoorlichtingen vooraf te toetsen. Over de beleidsdoorlichtingen die in 2015 aan de Kamer worden aangeboden (te weten ziektepreventie, de bevordering van de werking van het zorgstelsel en de zorg en jeugdzorg in Caribisch Nederland) wordt u begin 2015 door middel van een aparte brief geïnformeerd. De beleidsdoorlichting Ziektepreventie is reeds gestart.

Vraag 318:

Waarom is, gegeven de aard van het artikelonderdeel, een beleidsdoorlichting niet aan de orde?

Antwoord 318:

Bij begrotingsartikel 4.4 gaat het bijna uitsluitend om de uitvoeringsactiviteiten en de daarmee samenhangende beheerskosten van een aantal ZBO's. Hier is derhalve geen sprake van beleid, waarvan de maatschappe-

lijke effecten gemeten kunnen worden. Conform de Kaderwet ZBO's vindt voor elk ZBO vijfjaarlijks een evaluatie plaats.

Vraag 320:

Waar liggen de grenzen van de zorgtoeslag en vanaf welke percentages geldt de toeslag niet meer? Wilt u dit aangeven voor de verschillende inkomenscategorieën.

Antwoord 320:

In onderstaande tabel zijn vermeld de grenzen voor de zorgtoeslag 2015, op basis van de raming in de begroting van VWS.

Tabel grenzen zorgtoeslag 2015 (euro per jaar)

	Maximale zorgtoeslag tot een inkomen van	Geen zorgtoeslag na een inkomen van
Alleenstaand	€ 19.463	€ 26.622
Meerpersoons	€ 19.463	€ 33.266

Vraag 321:

Wanneer komt de herziene fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten?

Antwoord 321:

De Staatssecretaris van Financiën heeft in zijn brief aan de Tweede Kamer van 16 september jl. over fiscale moties en toezeggingen (Kamerstukken II, 2014–2015, 34 000 IX, nr. 5) aangekondigd een (extern) evaluatieonderzoek in te laten stellen naar het gebruik van de huidige fiscale regeling aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten. Dit om aan uw Kamer onderbouwde voorstellen te kunnen doen voor de toegezegde herziening van deze fiscale regeling. Vanwege de doelgroep van de regeling zal het Ministerie van VWS bij dit onderzoek worden betrokken. De Staatssecretaris van Financiën heeft de verwachting uitgesproken de Kamer in de loop van 2015 te kunnen informeren over de resultaten van dit onderzoek. Er wordt van uitgegaan dat het onderzoek bouwstenen oplevert voor het beter richten van de regeling op de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten en het verbeteren van de handhaafbaarheid van de regeling. Deze bouwstenen kunnen dan dienen als basis voor de toegezegde herziening van de fiscale regeling specifieke zorgkosten waarover het debat met uw Kamer vervolgens kan worden aangegaan.

Vraag 322:

Voor welke organisatie(s) is het bedrag van € 18,6 miljoen dat geraamd is om zorg te verlenen in 2014 bestemd?

Antwoord 322:

Het bedrag van € 18,6 miljoen in het overzicht van garanties en achterborgstellingen betreft herfinancieringen (oude lening afgelost en nieuwe afgesloten). Het gaat om de volgende organisaties: Stichting Ziekenhuisgroep Twente, Stichting Wilhelmina ziekenhuis Assen, Stichting Algemeen Christelijk Ziekenhuis Groningen, Stichting Algemeen Ziekenhuis Westfries Gasthuis, Stichting Viecuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg.

Vraag 324:

Wat zijn in de tabel op pagina 28 garanties en wat zijn achterborgstellingen?

Antwoord 324:

In de tabel op pagina 28 betreft het in alle gevallen garanties van het Rijk. Zoals in de toelichting onder de tabel is vermeld zijn deze garanties afgegeven onder de vigueur van de Garantieregeling inrichtingen voor gezondheidszorg 1958, de Rijksregeling Dagverblijven voor gehandicapten inzake erkenning, subsidiering, verlening van garanties en toezicht uit 1971 en de Rijksregeling Gezinsvervangende Tehuizen voor gehandicapten, ook uit 1971. De tabel op pagina 28 bevat geen gegevens over de achterborgpositie van het Rijk bij het WfZ, de tweede tabel op pagina 30 wel. De achterborg wordt niet per lening verstrekt, maar betreft een garantie van het Rijk aan het WfZ als zodanig.

Vraag 325:

Welke instellingen zijn door het WFZ inmiddels onder verscherpte bewaking gesteld?

Antwoord 325:

Hoewel wij een beeld hebben welke instellingen onder verscherpte bewaking staan, is het niet verstandig de betreffende instellingen met naam en toenaam te noemen. Het gaat hier om bedrijfsgevoelige informatie die zich niet leent voor actieve openbaarmaking. Wel kan een beeld op meer geaggregeerd niveau worden gegeven.

Voor de Rijksgarantieregelingen geldt voor 2013 het volgende beeld: Het merendeel van de instellingen (148 rechtspersonen, 94,9%) heeft een positief weerstandsvermogen in combinatie met positieve exploitatieresultaten. In 2013 stonden in 18 instellingen met een Rijksgarantie onder verscherpte bewaking. Een instelling bevindt zich in een kritische positie waarbij een negatief weerstandsvermogen gepaard gaat met een negatief exploitatieresultaat.

Vraag 326:

Hoeveel instellingen zijn er onder verscherpte bewaking gesteld waarbij onder meer frequent informatie wordt ingewonnen door het WFZ? Welke instellingen betreft dit, en wat is de reden waardoor zij in de gevarenszone gekomen zijn?

Antwoord 326:

Zie het antwoord op vraag 325.

Vraag 327:

Van hoeveel instellingen heeft VWS de betalingsverplichting overgenomen? Welke instellingen betreft dit? en hoe komt dit? Welke bedragen zijn hiermee gemoeid?

Antwoord 327:

Zoals in de toelichting bij de tabel op pagina 29 is vermeld, heeft VWS in verband met het faillissement van de stichting Zonnehuizen in 2013 betaald voor de afwikkeling van de financiële verplichtingen. Vanwege in het verleden verstrekke garanties op leningen aan zorginstellingen stond VWS garant voor een deel van de schuld van Stichting Zonnehuizen. Tegenover deze uitgaven staat in 2013 het VWS-aandeel van de opbrengsten uit het vastgoed van de voormalige Zonnehuizen. Het hiermee gemoeide bedrag was in 2013 per saldo bijna € 11 miljoen.

Vraag 328:

Kan de Minister een overzicht geven van de sectoren waaraan de achterborgstellingen zijn verleend?

Antwoord 328:

Het WfZ verleent garanties voor leningen aan ziekenhuizen en aan instellingen voor ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Per medio 2014 bedroeg het door het WfZ geborgde bedrag circa € 9 miljard. Volgens de website van het WfZ namen 322 instellingen deel aan het WfZ (stand 10 oktober 2014). Het Rijk staat garant voor het WfZ als zodanig; er wordt dus geen achterborg verleend per lening. Volgens opgave van het WfZ is de verdeling over de sectoren als volgt (omzetbedragen in miljarden).

	Omzet 2012 WFZ-deelnemers	Omzet 2012 Sector	% WFZ-deelnemers
Ziekenhuizen	13,4	15,7	85%
Gehandicaptenzorg	6,5	8,3	79%
GGZ	3,9	5,7	68%
Ouderenzorg	8,5	17,0	50%

Vraag 329:

Waarom zet het kabinet met het Nationaal Programma Preventie niet veel ambitieuzer in op het reduceren van gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische klassen? Waarom wordt niet aangesloten bij de resultaten van de grootschalige EURO-GBD-SE-studie, waaruit blijkt dat gezondheidsverschillen in Nederland met 30% kunnen worden verkleind?

Antwoord 329:

In het NPP is al een forse ambitie geformuleerd om de gezondheid van mensen met een lagere sociaaleconomische status te verbeteren. Deze achterstand is hardnekkig en een grote diversiteit aan oorzaken ligt hieraan ten grondslag. Het vergt een lange termijn integrale aanpak om hier het verschil te maken. Veel van de in het NPP benoemde activiteiten dragen hieraan bij maar de resultaten zullen pas op langere termijn zichtbaar worden.

De EURO-GBD-SE geeft een aantal algemene doelstellingen en aangrijpingspunten voor beleid die ook voor Nederland relevant kunnen zijn. Waar mogelijk worden die meegenomen in het NPP. De ambitie om de gezondheidsverschillen met 30% te verkleinen lijkt ons theoretisch denkbaar, maar niet altijd praktisch uitvoerbaar, gezien de context, de mogelijke neveneffecten en het draagvlak bij de bevolking.

Vraag 330:

Waarom geeft het kabinet de adviserende commissie over strengere zoutnormen geen duidelijk mandaat om de industrie normen op te leggen?

Antwoord 330:

Ik heb met het bedrijfsleven een Akkoord ondertekend om samen de ingeslagen weg van ketenbrede afspraken per productgroep te versterken en te versnellen.

Bij de productcategorieën waar al vóór het Akkoord Verbetering Product-samenstelling maximum zoutnormen voor waren afgesproken, is in de analyses van de NVWA verbetering te zien in zoutgehalte. Het Akkoord bouwt daarom voort op deze werkwijze waarbij producenten en supermarkten normen per productcategorie voorstellen.

Ik heb de Wetenschappelijke Adviescommissie ingesteld om de door het bedrijfsleven voorgestelde normen te toetsen.

Indien een sector niet of, in verhouding tot de gestelde ambities, niet snel genoeg tot afspraken komt, kan de Wetenschappelijke Adviescommissie de stuurgroep adviseren maximumgehalten vast te stellen.

Einde van het jaar informeer ik de Tweede Kamer over de voortgang.

Vraag 331:

De Evaluatie Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker laat van 2006–2011 een dalende lijn zien van het percentage deelname aan het bevolkingsonderzoek. Het bevolkingsonderzoek is cruciaal om baarmoederhalskanker in een vroeg stadium te ontdekken. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat vrouwen de komende jaren deel blijven nemen aan het bevolkingsonderzoek, en hiervan het belang blijven inzien?

Antwoord 331:

De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker fluctueert. Zo is het bereik tussen 2004 en 2007 licht gestegen en tussen 2007 en 2011 licht gedaald. Daarbij laten de cijfers ook verschillen zien tussen diverse groepen, er zijn zowel groepen waarbij het bereik daalt als waarbij het bereik stijgt. Er zijn uiteenlopende redenen die ertoe kunnen leiden dat vrouwen ervoor kiezen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Dat brengt met zich mee dat er niet één oplossing is die werkt voor elke groep. Mijn inzet is primair om te zorgen dat vrouwen een goed geïnformeerde keuze kunnen maken om al dan niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Daarbij vind ik ook een hoog bereik belangrijk. Met de vernieuwing van de baarmoederhalskankerscreening die in 2016 wordt ingevoerd, wordt een belangrijke maatregel genomen om de deelname aan het bevolkingsonderzoek te verhogen. De zelfafnameset wordt ingezet voor vrouwen die nu niet deelnemen omdat zij het laten maken van een uitstrijkje als een te hoge drempel ervaren. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat we hiermee een groep vrouwen bereiken die anders niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek.

Vraag 332:

De Minister heeft zich uitgesproken voor het realiseren van een nieuwe opzet van het baarmoederhalskanker bevolkingsonderzoek in 2016. Denkt de Minister dat deze tijdslijn realistisch is, daar het advies namelijk al enkele jaren geleden door de Gezondheidsraad is gepubliceerd? Waarom blijven de vrouwen zolang verstoken van een betere vorm van screening?

Antwoord 332:

De vernieuwing van het bevolkingsonderzoek brengt grote veranderingen met zich mee en heeft grote gevolgen voor de nu betrokken partijen. Daarom heb ik na het uitbrengen van het advies door de Gezondheidsraad, het RIVM gevraagd om eerst een uitvoeringstoets uit te voeren. Op basis van de resultaten van de uitvoeringstoets zijn besluiten genomen over de diverse uitvoeringsaspecten. Vervolgens zijn de activiteiten ingezet om de vernieuwde baarmoederhalskankerscreening in 2016 in te kunnen voeren. Voor de vernieuwing van het ICT-systeem, de diverse aanbestedingen, het opstellen van alle kwaliteitseisen en het aanpassen van de richtlijnen door de beroepsverenigingen, deskundigheidbevordering en de voorlichting vragen is in totaal 2 jaar voorbereiding nodig. Op dit moment voorzie ik geen vertraging bij de invoering.

Vraag 333:

De subsidies aan verslavingszorg nemen van 2013 tot 2019 af met zo'n 23%, van € 8,4 miljoen naar € 6,5 miljoen. Welke organisaties en activiteiten betreft dit?

Antwoord 333:

In deze begrotingspost is de volledige instellingssubsidie aan het Trimbos instituut opgenomen. Die middelen zijn niet uitsluitend bestemd ten behoeve van activiteiten op het gebied van verslavingszorg, maar zijn ook bestemd voor bredere GGZ-activiteiten. Er wordt een korting op de

instellingssubsidie van het Trimbos instituut toegepast die betrekking heeft op het bredere GGZ-deel.
Daarnaast is de afname toe te schrijven aan het aflopen in 2014 van enkele projectsubsidies aan andere organisaties (ontwikkeling interventies tbv kwetsbare jongeren en de ontwikkeling van een GHB-detoxproject).

Vraag 334:

Het budget voor een deel van de verplichte subsidies met betrekking tot gezondheidsbevordering dat wordt ingezet voor preventie van middelen-gebruik (alcohol, drugs en tabak) was in 2014 € 1,381 miljoen, en wordt in 2015 verhoogd naar € 2,172 miljoen, om vervolgens in de jaren daarna weer te worden verlaagd naar € 1,461 miljoen. Kan dit worden toegelicht? Hoe verhoudt dit zich tot het gewenste beleid?

Antwoord 334:

Zie het antwoord op vraag 201.

Vraag 335:

Voor de gezonde leefstijl van de jeugd wordt vanaf 2015 € 700 miljoen extra gereserveerd. Kan worden aangegeven welke activiteiten van deze extra middelen worden gefinancierd?

Antwoord 335:

Anders dan de vraag aangeeft, is er voor subsidies gezonde leefstijl jeugd geen € 700 miljoen extra, maar een bedrag van € 700.000 gereserveerd. Deze middelen zijn bedoeld om aandacht voor een gezonde leefstijl beter te borgen in het onderwijs en de kinderopvang. Hiermee zet ik in op aandacht voor gezondheidsthema's in het onderwijs door middel van onder andere lerarenopleidingen (PABO-opleidingen), versterken van weerbaarheid en rookvrije schoolpleinen. Daarnaast wordt ingezet op de ontwikkeling en implementatie van een Gezonde Kinderopvang aanpak, aansluitend bij de huidige inzet op de Gezonde School aanpak.

Vraag 336:

Het budget voor intensivering van communicatie voor de leeftijdsgrens alcohol en tabak stijgt van € 460.000 naar € 1,060 miljoen per jaar. Kan worden aangegeven op welke manier de intensivering van de communicatie wordt vormgegeven?

Antwoord 336:

Eind 2013 is de sociale norm campagne NIX 18 van start gegaan. Deze campagne beoogt ouders, jongeren en het brede publiek bewust te maken van de sociale norm dat je onder de 18 niet rookt en niet drinkt. Er is gekozen voor een massamediale inzet om een maximaal bereik van de campagne te realiseren. Hiertoe worden diverse tv- en radiospots ontwikkeld en in verschillende periodes uitgezonden. Er wordt ook extra ingezet op social media om jongeren te bereiken. Lokale initiatieven in het land worden ondersteund door het Trimbos-instituut.
In 2013 is er veel ontwikkeld voor de start van de campagne en de voortgang in 2014, waardoor de kosten in 2014 relatief laag waren. In 2015 dient opnieuw geïnvesteerd te worden in bovenstaande initiatieven. Dat verklaart de verhoging van het budget.

Vraag 337:

Voor de gezonde leefstijl van de jeugd wordt vanaf 2015 € 700 miljoen extra gereserveerd. Kan worden aangegeven welke activiteiten met deze extra middelen worden gefinancierd?

Antwoord 337:

Anders dan de vraag aangeeft, is er voor subsidies gezonde leefstijl jeugd geen
€ 700 miljoen extra, maar een bedrag van € 700.000 gereserveerd. Zoals
aangegeven in de beantwoording op vraag 335, zijn deze middelen
bedoeld om aandacht voor een gezonde leefstijl beter te borgen in het
onderwijs.

Hiermee zet ik met name in op structurele aandacht voor deze thema's in
lerarenopleidingen voor onder andere het basisonderwijs.

Vraag 338:

Hoeveel heeft u gereserveerd om vervolg te geven aan gezond-in-de-stad,
de zogenaamde GIDS-gelden? Kan worden onderbouwd waarom dit
bedrag voldoende wordt geacht om op ambitieuze wijze in te zetten op
het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? In
hoeverre bent u voornemens de GIDS-gelden ook in latere jaren te
continueren, en waar hangt deze beslissing vanaf?

Antwoord 338:

Er is van 2015 t/m 2017 € 20 miljoen gereserveerd voor het vervolg op
Gezond in de stad. Met dit bedrag krijgen in totaal 165 gemeenten extra
middelen om in te zetten op de lokale aanpak van gezondheidsachter-
standen. Overigens hebben alle gemeenten op basis van de Wet publieke
gezondheid de verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor de
gezondheid van hun inwoners en daarmee ook in te zetten op gezond-
heidsachterstanden. De extra tijdelijke middelen zijn dan ook beschikbaar
gesteld aan gemeenten om een extra stimulans te geven om activiteiten
te verbinden en te versterken. Ik ga ervan uit dat deze middelen inclusief
het advies en de ondersteuning die worden geboden vanuit het stimule-
ringsprogramma «Gezond in...» voldoende zijn om daadwerkelijk bij te
dragen aan de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Of de
GIDS-gelden na 2017 gecontinueerd worden is een beslissing van een
volgend kabinet, afhankelijk van wat op dat moment nuttig en nodig
wordt geacht, mede in het licht van de resultaten die tot dan toe geboekt
zijn.

Vraag 339:

Het budget voor een deel van de verplichte subsidies met betrekking tot
gezondheidsbevordering dat wordt ingezet voor preventie van middelen-
gebruik (alcohol, drugs en tabak) was in 2014 € 1,381 miljoen en wordt in
2015 verhoogd naar € 2,172 mln, om vervolgens in de jaren daarna weer
te worden verlaagd naar € 1,461 mln. Kan de Minister deze wijziging
toelichten?

Antwoord 339:

Zie het antwoord op vraag 201.

Vraag 340:

Het budget voor een deel van de opdrachten met betrekking tot gezond-
heidsbevordering dat wordt ingezet voor preventie van schadelijk
middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) was in 2014 € 397.000 en wordt
in 2015 verhoogd naar € 690.000 naar € 790.000 in 2016 en vervolgens
weer verlaagd naar € 540.000 in 2017. Kan de Minister deze wijzigingen
toelichten?

Antwoord 340:

Reden voor deze verhoging in 2015 en 2016 en verlaging na 2016 is dat ik
de komende twee jaar een aantal extra opdrachten uitzet. Denk bijvoor-
beeld aan onderzoeken naar de naleving alcohol en tabak (mysterykidson-
derzoeken) en de evaluatie van de Drank- en Horecawet.

Vraag 341:

Voor de gezonde leefstijl van de jeugd wordt vanaf 2015 € 700 miljoen extra gereserveerd. Kan de Minister aangeven welke activiteiten met deze extra middelen worden gefinancierd?

Antwoord 341:

Anders dan de vraag aangeeft, is er voor subsidies gezonde leefstijl jeugd geen € 700 miljoen extra, maar een bedrag van € 700.000 gereserveerd. Zoals aangegeven in de beantwoording op vraag 335 en 337, zijn deze middelen bedoeld om aandacht voor een gezonde leefstijl beter te borgen in het onderwijs. Hiermee zet ik met name in op structurele aandacht voor deze thema's in lerarenopleidingen voor onder andere het basisonderwijs.

Vraag 342:

Het budget voor intensivering van communicatie voor de leeftijdsgrens alcohol en tabak stijgt van € 460.000 naar € 1,060 miljoen per jaar. Kan de Minister aangeven op welke manier de intensivering van de communicatie wordt vormgegeven?

Antwoord 342:

Zie het antwoord op vraag 336.

Vraag 343:

Wat verklaart de stijging van uitgaven in 2014 naar 2015 aan de CCMO?

Antwoord 343:

Er is geen sprake van een stijging in de uitgaven van de CCMO. Deze zijn al jaren constant en liggen rond de € 1,6 miljoen. Aangezien het apparaatsuitgaven betreft, moeten deze – in verband met Verantwoord Begroten – verantwoord worden onder Artikel 10 Apparaatsuitgaven. In 2014 zijn dan ook door technische mutaties middelen overgeheveld van Artikel 1 Volksgezondheid naar Artikel 10 Apparaatsuitgaven.

Vraag 344:

Waarom was de rijksbijdrage aan abortusklinieken (€ 13,9 miljoen in 2014) hoger dan de subsidie die aan abortusklinieken zal worden verstrekt (€ 12,8 miljoen in 2015 en € 12,6 miljoen vanaf 2016)?

Antwoord 344:

De hogere uitgaven in 2014 zijn incidenteel en worden in belangrijke mate veroorzaakt door de Afrekening van de Rijksbijdrage abortusklinieken over 2012. De daadwerkelijke kosten over 2012 waren € 0,9 miljoen meer dan in dat jaar was bevoorschot. Het verdere verschil van € 0,2 miljoen betreft meerkosten in verband met de normalisatie van de financiering van de abortusklinieken (o.a. overgang naar p*q financiering).

Vraag 345:

Hoeveel heeft u gereserveerd voor een eventuele uitbraak van ebola in Nederland? Waarom acht u deze reservering voldoende om een uitbraak vroegtijdig in de kiem te smoren?

Antwoord 345:

Voor de bestrijding van ebola in Nederland is bij VWS niet apart geld gereserveerd. De verwachting is dat het in Nederland gaat om een beperkt aantal patiënten en zal er dus geen sprake zijn van een grootschalige uitbraak. Het signaleren en bestrijden van een infectieziekte uitbraak is een reguliere taak van GGD'en. Zij worden daarbij ondersteund door het RIVM die diagnostiek, uniforme richtlijnen en communicatie over de bestrijding coördineert. Het geïsoleerd verplegen van een ebola patiënt is reguliere verantwoorde zorg die vanwege haar complexiteit is geconcen-

treerd in academische centra. Een ebola-uitbraak wordt bestreden door patiënten snel te herkennen, en bij een eventuele verdenking of constatering van ebola af te zonderen (te isoleren) zodat er geen nieuwe besmettingen plaatsvinden. Ebola is een zogenoemde A-ziekte. Dat wil zeggen dat de regie op voorbereiding en bestrijding ligt bij de rijksoverheid en de ziekte meldingsplichtig is. Artsen zijn door gerichte adviezen die de afgelopen maanden zijn verspreid alert op verschijnselen die passen bij een ebola-infectie en melden «verdachte» patiënten zo nodig een arts infectieziektebestrijding van de GGD. Ook centralisten op de regionale meldkamers volgen een door het RIVM opgesteld triageprotocol voor de inzet van ambulances bij verdenking van ebola. Artsen, verpleegkundigen en ambulancepersoneel die patiënten behandelen en verzorgen dragen beschermende kleding en volgen strenge regels om besmetting en verspreiding te voorkomen. Dit is een effectieve manier om verspreiding tegen te gaan. De IGZ heeft inmiddels de academische centra geïnspecteerd. Er is en wordt op verschillende plaatsen in het land op geoefend. Zie hiervoor ook de brieven over ebola van 21 oktober 2014 (TK 33 625, nr. 129), 31 oktober 2014 (TK 25 295, nr. 21). Daarnaast is op 6 november 2014 is het rapport van de IGZ «Universitair Medische Centra en Calamiteitenhospitaal in oktober 2014 voldoende voorbereid op de opvang van ebolapatiënten» aan uw Kamer gestuurd.

Vraag 346:

In hoeverre verwacht u dat de werkkostenregeling kleine, middelgrote en grote bedrijven vanaf 1 januari 2015 belemmeringen kan opwerpen bij activiteiten die worden ingezet om werknemers gezond en duurzaam inzetbaar te houden? Als dat niet het geval is, waar is deze verwachting dan op gebaseerd? Zo wel, hoe gaat u dan om met deze belemmeringen en vindt u deze belemmeringen wenselijk?

Antwoord 346:

Mijn verwachting is dat de werkkostenregeling geen belemmeringen hoeft op te werpen bij activiteiten die worden ingezet om werknemers gezond en duurzaam inzetbaar te houden. Hierbij baseer ik mij op informatie van het Ministerie van Financiën, dat artikel 3.7 van de Uitvoeringsregeling loonbelasting blijft bestaan. Deze regeling bepaalt dat voorzieningen die rechtstreeks voortvloeien uit (kort gezegd) een arboplan voor de loonheffing op nihil worden gewaardeerd. Die financiële inzet valt dus buiten het forfait.

Vraag 347:

Hoeveel fte en budget is bij de NVWA in 2015 beschikbaar voor de naleving van de Tabakswet? Bestaan er plannen om de capaciteit uit te breiden? Zo ja, kunt u dit toelichten? Zo neen, wordt de huidige capaciteit in de toekomst gehandhaafd?

Antwoord 347:

Voor 2015 heeft de NVWA 50,6 FTE en € 6.825.000,- beschikbaar voor de naleving van de Tabakswet. Dit is inclusief de toegezegde middelen vanuit het Plan van Aanpak NVWA. Ik heb geen plannen om de capaciteit nog verder uit te breiden. De capaciteit voor 2016 zal naar verwachting gelijk zijn aan die voor 2015.

Vraag 348:

In februari 2014 is het Nationaal Programma Preventie «Alles is Gezondheid...» gelanceerd. [...] VWS stelt € 1,5 miljoen beschikbaar voor de uitvoeringskosten. Kan de Minister aangeven welke activiteiten uit het beschikbare budget worden gefinancierd en op welke wijze deze activiteiten bijdragen aan de doelstellingen van het NPP?

Antwoord 348:

De door VWS beschikbaar gestelde € 1,5 miljoen voor de uitvoeringskosten zijn onder te verdelen naar de volgende activiteiten: de kosten van het Programmabureau, de communicatiekosten (o.a. website Alles is gezondheid ..., organiseren congres, inzet van ambassadeurs) en overige programmakosten (o.a. monitoring en evaluatie). Met deze activiteiten dragen we de doelstellingen van het NPP breed uit, stimuleren we relevante partijen om een bijdrage te leveren en informeren we ze over de voortgang van het programma. Inhoudelijke programma's en activiteiten worden grotendeels buiten het programma gefinancierd en behoren niet tot de uitvoeringskosten.

Vraag 349:

Hoe verhoudt het nog moeten uitwerken van een monitor van het NPP zich tot de korte looptijd van het NPP?

Antwoord 349:

Onderdelen van het NPP worden al regulier gemonitord, bijvoorbeeld op JOGG en Gezond School en in de VTV. Voor specifieke onderdelen, zoals de pledges en de aanpak, is inmiddels een monitor gestart en hierover wordt jaarlijks gerapporteerd.

Vraag 350:

Zijn er ten aanzien van het landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker wijzigingen te verwachten nu het nut van dit onderzoek bij vrouwen boven de 70 jaar niet kan worden aangetoond?

Antwoord 350:

In het huidige bevolkingsonderzoek worden vrouwen tussen 50 en 75 jaar uitgenodigd. Er is regelmatig discussie over de boven- en ondergrens van de leeftijd voor screening. Het is niet wenselijk om na iedere wetenschappelijke publicatie de grenzen te wijzigen. De Gezondheidsraad bekijkt of er aanleiding is tot een wijziging op basis van het totaal aan wetenschappelijke informatie. Begin 2014 is er een advies van de Gezondheidsraad gepubliceerd. Dit gaf geen aanleiding tot een wijziging van de leeftijds-grenzen. Recent is er een Leidse publicatie verschenen waarin de effectiviteit van het bevolkingsonderzoek voor vrouwen in de leeftijd van 70 – 75 ter discussie wordt gesteld. In dit artikel wordt niet gedifferentieerd tussen de gescreende populatie en niet-gescreende populatie. Op basis van dit onderzoek valt dus niet te concluderen dat screening van vrouwen boven de 70 jaar geen nut heeft.

Vraag 351:

Kan de Minister uitleggen waarom in het kader van het nationaal vaccinatieprogramma baarmoederhalskanker ingezet wordt op het screenen op HPV en niet specifiek op HPV 16/18?

Antwoord 351:

Het HPV-vaccin dat in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma wordt gebruikt beschermt meisjes tegen een infectie met de hoog-risico typen HPV 16/18. Deze typen HPV veroorzaken 70% van alle gevallen van baarmoederhalskanker. Vooral nog zijn er alleen vaccins tegen de kankerverwekkende typen 16 en 18, maar vaccins die tegen meer typen beschermen worden onderzocht.

Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker screent vrouwen vanaf 30 jaar op 12 hoog risico-typen HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59). Deze 12 typen zijn verantwoordelijk voor bijna alle gevallen van baarmoederhalskanker.

Met de vaccinatie tegen subtype 16 en 18 worden veel gevallen van baarmoederhalskanker voorkomen. Andere subtypes zullen bij de screening worden gedetecteerd.

Vraag 352:

Wat is de verklaring voor de lage deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie? Als de nadruk ligt op geïnformeerde keuze voor deelname aan bevolkingsonderzoek in plaats van op een zo hoog mogelijk percentage, is het Nationaal Programma Grieppreventie dan succesvol of juist niet? Wordt een andere aanpak van Grieppreventie nog overwogen?

Antwoord 352:

In Nederland ligt de nadruk op het mogelijk maken van een bewuste, goedgeïnformeerde eigen keuze, op basis van beschikbare, toegankelijke en evenwichtige informatie. Daarvoor wordt gewerkt met een (meestal persoonlijke) uitnodiging door de eigen huisarts, een folder, en een website. Voor de huisartsen en hun assistenten is er materiaal beschikbaar ter ondersteuning bij het geven van voorlichting en informatie. Van groot belang is ook de laagdrempelige voorziening voor de doelgroep, ook hierin speelt de huisarts een belangrijke rol. De publieksfolder werd recent in een kwalitatief onderzoek onder de doelgroep hoog gewaardeerd.

Er is sinds 2008 sprake van een daling van de vaccinatiegraad. Schommelde deze eerder rond de 74%, de laatste jaren was deze gemiddeld 65,4%. Deze daling is vooral zichtbaar bij de gezonde 60- tot 65-jarigen, die eerder niet tot de doelgroep behoorden. Daarentegen zijn hoge deelnamecijfers te zien bij 65-plussers en personen die worden uitgenodigd op grond van een medische indicatie. Mensen maken dus op basis van de informatie hun eigen afweging. Dit sluit aan bij mijn doelstelling, ik vind het programma daarom succesvol.

Vraag 353:

Op welke wijze draagt u bij aan innovatie van bestaande bevolkingsonderzoeken?

Antwoord 353:

Innovatie is van groot belang om de bevolkingsonderzoeken zo goed en effectief mogelijk te houden. Via ZonMw financier ik innovatief onderzoek op het terrein van screeningen en bevolkingsonderzoeken. Technologische ontwikkelingen of nieuwe medische inhoudelijke inzichten dan wel behandelmethoden kunnen leiden tot discussie over de wenselijkheid van uitbreiding of innovatie van de huidige programma's.

Ik vraag de Gezondheidsraad om mij te adviseren over nut- en risicoverhouding bij voorgestelde aanpassingen, op basis van de Wet op het Bevolkingsonderzoek (Wbo). Vervolgens geef ik het Centrum voor Bevolkingsonderzoek opdracht om de uitvoerbaarheid van innovaties te onderzoeken en de implementatie vorm te geven. Na een advies van deze partijen en na een toets op de financiële haalbaarheid kunnen innovaties doorgevoerd worden, zoals de vernieuwingen in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Vraag 354:

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

Antwoord 354:

Het budget voor subsidies om schadelijk middelengebruik te voorkomen wordt niet gehalveerd. Het budget stijgt van € 1.318.000 in 2014 naar € 2.172.000 in 2015. Zie ook het antwoord op de vragen 201, 334 en 339.

Vraag 355:

Wordt er voor 2015 een daling of een stijging van het aantal rokers verwacht, omdat het aantal is gestegen in 2012?

Antwoord 355:

Het aantal rokers is de afgelopen 10 jaar gestaag gedaald (Gezondheidsenquête CBS); de lichte stijging in 2012 waar in de vraag naar verwezen wordt is in deze cijfers overigens niet terug te vinden. Dat neemt niet weg dat blijvende inzet nodig is om het aantal rokers verder omlaag te brengen. Recent is daarom een aantal maatregelen en initiatieven in gang gezet om roken te ontmoedigen. Een verbod op tabaksverkoop aan jongeren onder de 18 jaar, een massamediale campagne gericht op het verankeren van de sociale norm dat je onder 18 jaar niet rookt en niet drinkt (NIX 18) en een rookverbod voor alle horeca. Daarbij is stoppen met roken zorg sinds 2013 weer onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet en is in 2014 een eerste stoppen met roken campagne (Stoptober) gevoerd. Ik verwacht dat deze inzet bijdraagt aan een verdere daling van het aantal rokers de komende jaren.

Vraag 356:

Wat zijn de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche?

Antwoord 356:

Over deze informatie heb ik geen beschikking.

Vraag 357:

Op welke wijze gaat het kabinet het percentage rokenenden monitoren in de komende jaren. Is het kabinet bereid voldoende budget beschikbaar te stellen voor het Trimbos Instituut om de komende jaren de Roken Jeugd Monitor uit te voeren, zodat het effect van alle maatregelen om het roken terug te dringen goed kan worden beoordeeld? Blijft de monitoring van rookprevalentie zoals deze werd uitgevoerd door Stivoro volwaardig overeind?

Antwoord 357:

Zie het antwoord op vraag 218.

Vraag 358:

Wanneer kunnen we de nieuwste cijfers over het rookgedrag in Nederland tegemoet zien?

Antwoord 358:

Medio 2015 zullen het Trimbos-instituut en het CBS de jaarlijkse rookprevalentiecijfers over 2014 uitbrengen die met de Gezondheidsenquête verzameld zijn.

Vraag 359:

Waarom zijn er naast het Trimbos Instituut nog andere instellingen die subsidie ontvangen voor het uitvoeren van activiteiten in het kader verslavingszorg? Is het niet zinvoller en doelmatiger om alles bij het Trimbos Instituut onder te brengen?

Antwoord 359:

Het Trimbos instituut is een kennisinstituut op het gebied van geestelijke gezondheid. Kernactiviteit op het gebied van verslaving is met name onderzoek doen naar en het ontwikkelen en implementeren van voorlichtings- en preventie-interventies die vooral gericht zijn op het voorkomen van middelengebruik door jongeren en het voorkomen van verslaving.

Andere instituten zijn beter geëquipeerd voor bijvoorbeeld het ontwikkelen van een zeer specifieke behandelmethodiek, het hanteren van een outreachende veldwerk- of onderzoeksmethode of het beheren van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS).

Vraag 360:

Hoe worden gemeenten concreet ondersteund, afgezien door de beperkt beschikbare GIDS-gelden, bij de aanpak van lokale gezondheidsachterstanden?

Antwoord 360:

Alle gemeenten hebben op basis van de Wet publieke gezondheid de verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor de gezondheid van hun inwoners en daarmee ook in te zetten op gezondheidsachterstanden. Daarvoor moeten gemeenten zelf middelen vrijmaken vanuit het gemeentefonds. De GIDS-gelden zijn bedoeld als extra stimulans voor gemeenten met kwetsbare wijken. Daarnaast lopen er ook veel andere initiatieven waar gemeenten gebruik van kunnen maken, zoals Healthy Pregnancy for All, JOGG, buurtsportcoaches en de sportimpuls. Gemeenten zullen zelf samen met betrokken lokale partijen tot een aanpak moeten komen die toegesneden is op de lokale situatie. Gemeenten kiezen zoals gezegd op basis van de lokale context en aanwezige problematiek hun eigen aanpak. Gezondheidsachterstanden zijn hardnekkig en er is geen «kant en klaar» oplossing. Het effect van interventies is contextgebonden en bij de implementatie moet rekening worden gehouden met specifieke omstandigheden.

Om gemeenten te helpen om de GIDS-gelden zo effectief mogelijk te besteden, is in juni 2014 het stimuleringsprogramma «Gezond in...» van start gegaan. Hiervoor is voor de periode 2014 – 2017 € 1 miljoen per jaar beschikbaar. Vanuit het stimuleringsprogramma worden gemeenten op maat geadviseerd en ondersteund bij het vormgeven van een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden die aansluit bij de behoefte binnen de gemeente. Door gemeenten op maat te adviseren, goede voorbeelden te verspreiden en het ontwikkelen en verspreiden van effectieve aanpakken, zal dit landelijke stimuleringsprogramma een bijdrage leveren aan de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Daarbij worden gemeenten zoveel mogelijk gestimuleerd om gebruik te maken van wat er al bekend is over een effectieve aanpak van gezondheidsachterstanden, zowel nationaal als internationaal.

Vraag 361:

Welke ambitie heeft de Minister t.a.v. het percentage rokers ouder dan 15 jaar voor 2015 en 2025?

Antwoord 361:

In 2013 is het percentage rokers van 15 jaar en ouder 24,2% (CBS Gezondheidsenquête). Het is mijn ambitie om dit percentage verder omlaag te brengen. Recent heb ik daartoe de volgende maatregelen en initiatieven in gang gezet: een verbod op tabaksverkoop aan jongeren onder de 18 jaar, een massamediale campagne gericht op het verankeren van de sociale norm dat je onder 18 jaar niet rookt en niet drinkt (NIX 18), en een rookverbod voor alle horeca. Daarbij is stoppen met roken zorg sinds 2013 weer onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet en is in 2014 een eerste stoppen met roken campagne (Stoptober) gevoerd. Ik zet met deze inzet dus in op een verdere daling van het aantal rokers de komende jaren.

Vraag 362:

Welke ambitie heeft de Minister t.a.v. het percentage rokende jongeren (10–19 jaar) voor 2015 en 2025?

Antwoord 362:

Het is van belang te voorkomen dat jongeren beginnen met roken. De meeste rokers zijn immers voor hun 18^e begonnen. Uit de cijfers blijkt gelukkig ook dat steeds minder jongeren beginnen met roken. Dat neemt niet weg dat het mijn ambitie is dit aantal verder om laag te brengen. Recent heb ik daarom de volgende maatregelen en initiatieven in gang gezet om roken onder jongeren te ontmoedigen: een verbod op tabaksverkoop aan jongeren onder de 18 jaar, een massamediale campagne gericht op het verankeren van de sociale norm dat je onder 18 jaar niet rookt en niet drinkt (NIX 18), en een rookverbod voor alle horeca. Op 3 juli jl. heb ik u twee onderzoeken gestuurd (Kamerstukken 2013–2014, 32 011, nr. 29) die inzicht geven in de effectiviteit en de economische gevolgen van verkoopbeperkende maatregelen. Ik zet daarmee in op een verdere daling van het aantal jonge rokers de komende jaren.

Vraag 363:

Waarom wordt er een plafond en strengere criteria voor vergoeding van preventieve seksuele gezondheidszorg ingesteld, juist nu het vindpercentage van seksueel overdraagbare aandoeningen stijgt?

Antwoord 363:

De vergoeding van preventieve seksuele gezondheidszorg binnen de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg is nadrukkelijk bedoeld als aanvullend op de reguliere gezondheidszorg. Iedereen kan én kan te allen tijde terecht bij zijn eigen (huis)arts om een soa-test uit te laten voeren. De aanvullende regeling is bedoeld als laagdrempelige voorziening voor personen met een hoog risico voor soa die niet naar de huisarts willen of kunnen. De kosten voor deze regeling zijn vanaf de invoering aanhoudend gestegen.

Ik ben bekend met de trend van de stijging van vindpercentages. Deze stijging heeft zich in 2013 ten opzichte van 2012 echter niet voortgezet (en is zelfs licht gedaald).

De bedoeling is nadrukkelijker te focussen op de doelgroepen waarvoor de regeling is bedoeld. De GGD-en passen hun triagebeleid steeds meer aan aan zowel de risicogroepen alsook aan het risicogedrag van het individu. Daarom ligt het in de lijn der verwachting dat de vindpercentages stijgen. Om de GGD-en bij scherpere triage te helpen zijn, op basis van epidemiologische gegevens, de triagecriteria aangescherpt. Het is aan de GGD-en om binnen het budget te zorgen dat ze de juiste groepen met een verhoogd risico, in combinatie met een verhoogd risicogedrag, weten te bereiken. Na drie jaar wordt de gewijzigde bekostigingssystematiek geëvalueerd, in het bijzonder of de verdeling van de middelen over de GGD-en recht doet aan de regionale ontwikkelingen.

Vraag 364:

Verwacht u dat het Nationaal Programma Preventie en het Convenant Gezond Gewicht in staat blijken om het schrikbarende hoge percentage volwassenen met overgewicht te reduceren? Zo ja, waarom verwacht u dat? Zo nee, wat is er nog meer voor nodig?

Antwoord 364:

Het aanpakken van overgewicht vraagt om een veelzijdige aanpak, vanuit verschillende domeinen met betrokkenheid van zowel publieke als private partijen.

Daar is mijn beleidsinzet vanuit mijn taak en verantwoordelijkheid op gericht. Het Nationaal Programma Preventie (NPP) en Convenant Gezond

Gewicht geven daar belangrijke invulling aan. Ook de gerichte inzet van Buurtsportcoaches draagt hier aan bij. Samen met de bijdrage van anderen ben ik er van overtuigd dat we effectief kunnen zijn in de aanpak van overgewicht. Het aanspreken, activeren en ondersteunen van partijen om vanuit hun rol en verantwoordelijkheid in actie te komen is daarin ook van belang. Dat gebeurt ook vanuit voornoemde programma's. Zoals benoemd in antwoord 207 en 208, worden vanuit het Convenant Gezond Gewicht goede stappen gezet en zie ik positieve ontwikkelingen³⁷.

Vraag 365:

Hoeveel dodelijke ongevallen hebben zich in 2014 voorgedaan, en in hoeveel gevallen heeft dit geleid tot onafhankelijk onderzoek? Hoe was dat aantal in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 365:

Het aantal mensen dat is overleden naar aanleiding van een ongeval wordt bijgehouden door het CBS via de Statistiek van Niet-Natuurlijke Dood. De cijfers over 2013 en 2014 zijn nog niet bekend. In december 2014 wordt het cijfer over 2013 opgeleverd, voor het jaar 2014 is dit eind 2015. Voor de jaren 2009 t/m 2012 zijn de volgende cijfers bekend:

Tabel- Overledenen door niet-natuurlijke dood (abs. aantallen)

2009	5.618
2010	5.748
2011	5.844
2012	6.333

bron: Statistiek Niet-Natuurlijke Dood 2009–2012, CBS StatLine

Er zijn mij geen totaalcijfers bekend van het aantal onafhankelijke onderzoeken dat eventueel volgde op een dodelijk ongeval.

Vraag 366:

Hoe groot is het percentage van mensen van 18 jaar en ouder dat niet zwaar drinkt?

Antwoord 366:

Uit CBS-cijfers blijkt dat in 2012 87,6% van de bevolking van 12 jaar en ouder geen zware drinker is. Over een vergelijkbaar gegeven voor 18 jaar en ouder beschik ik niet.

Vraag 367:

Hoe groot is het percentage van mensen ouder dan 18 jaar dat zwaar drinkt?

Antwoord 367:

Uit CBS-cijfers blijkt dat in 2012 12,4% van de bevolking van 12 jaar en ouder een zware drinker is. Over een vergelijkbaar gegeven voor 18 jaar en ouder beschik ik niet. Verder blijkt uit deze CBS cijfers dat mensen tussen de 20 en 30 jaar het hoogst scoren op deze maat. In 2012 lag het percentage zware drinkers in deze leeftijdsgroep op 19,9% en bij jongeren van 16–20 jaar op 18,1%.

Vraag 368:

Hoe groot is het percentage van mensen ouder dan 65 jaar dat zwaar drinkt?

³⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, nr. 31899–23, brief d.d. 7 april 2014

Antwoord 368:

Uit CBS-cijfers blijkt dat in 2012 8,6% van de bevolking in de leeftijdsgroep 65–75 jaar een zware drinker is. In de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder is dit 4,4%.

Vraag 369:

Zijn er behalve Achmea andere zorgverzekeraars die vanaf 2015 een module integrale geboortezorg aanbieden?

Antwoord 369:

Ja, andere zorgverzekeraars bieden ook de module integrale zorg of hebben de intentie om de module integrale geboortezorg aan te bieden. Zij zijn bezig met het concreet uitwerken van hun beleid en zullen dit binnenkort bekend maken.

Vraag 370:

30% van de zorgaanbieders neemt de module integrale geboortezorg af: zijn die met name VSV's? Zo nee, wie nemen deze module dan m.n. af? Als VSV's geen gebruik maken van deze module hoe verloopt hun bekostiging dan?

Antwoord 370:

De schatting is dat circa 30% van de zorgaanbieders gebruik zal maken van de module integrale geboortezorg. Dit zijn inderdaad met name VSV's. VSV's die geen gebruik maken van deze module, blijven op de huidige manier bekostigd, dat wil zeggen via de afzonderlijke leden van het VSV.

Vraag 371:

In hoeverre vindt u dat lagere sociaaleconomische groepen baat hebben bij meer uren kraamzorg? Acht u een herverdeling van het aantal beschikbare uren op basis van risico en inkomen haalbaar, waarbij groepen die hier meer baat bij hebben recht hebben op een uitgebreidere en hogere vergoeding dan groepen die er minder baat bij hebben?

Antwoord 371:

De huidige situatie is dat alle pasbevallen aanspraak hebben op minimaal 24 uren kraamzorg verdeeld over 8 dagen. Het standaard aantal uur kraamzorg is 49 uur en er is een maximaal recht op 80 uur kraamzorg. Tijdens het intakegesprek wordt het aantal uren kraamzorg vastgesteld. Uitbreiding van uren is aan de orde in geval van complicaties. Het aantal uren kan ook worden ingekort wanneer een moeder een aantal dagen in het ziekenhuis heeft verbleven of wanneer een moeder daarom verzoekt. Het is sinds 2013 mogelijk dat kraamzorgorganisaties met zorgverzekeraars afspraken kunnen maken om, waar dat nodig is, de tarieven met maximaal 10% te verhogen. De NZa biedt de ruimte om bijvoorbeeld in achterstandswijken een hoger tarief te rekenen, zodat ook daar goede kraamzorg geboden kan worden. Ik denk niet dat in zijn algemeenheid kan worden gesteld dat groepen met een lagere sociaal economische status baat hebben bij meer uren kraamzorg. Ik denk wel dat deze status een belangrijke factor is bij de indicatie voor het vaststellen van het aantal uren.

Vraag 372:

Welke mogelijkheden ziet u om zwangere vrouwen die geen medische en/of zorginhoudelijke indicatie hebben voor een intramurale bevalling, niet de huur voor de verloskamer te laten betalen? Wat zou het jaarlijks kosten om de betaling voor de huur van de verloskamer door vrouwen zonder medische en/of zorginhoudelijke indicatie te laten vervallen? Waarom zou deze huur niet door ziekenhuizen of gynaecologen/

verloskundigen zelf betaald kunnen worden als zij hier gebruikt van maken, net zoals bijvoorbeeld de oefenruimte door fysiotherapeuten en de behandelkamer door tandartsen wordt betaald?

Antwoord 372:

Het laten vervallen van de eigen betaling voor poliklinisch bevallen zonder medische of zorginhoudelijke indicatie betekent een uitbreiding van het verzekerde pakket. Ik ben daar geen voorstander van. De kosten hiervoor worden geschat tussen de 9 en 14 mln per jaar, afhankelijk van het percentage bevallingen dat poliklinisch of in geboortecentra plaatsvindt. In 2012 vond 16% van het totaal aantal bevallingen in een geboortecentrum of poliklinisch plaats. Indien de helft van de thuisbevallingen overgaat naar poliklinisch of geboortecentrum komt het bedrag uit op circa 14 mln. per jaar.

Vraag 373:

Hoe duidt u het feit dat slecht 30% van de regionale samenwerkingsverbanden gebruik maakt van de module integrale geboortezorg? Vindt u het zorgelijk dat verloskundigen en gynaecologen de samenwerking in veel regio's nog niet hebben doen uitkristalliseren? Vindt u dat het CPZ voldoende slagkracht heeft om het percentage snel te verhogen?

Antwoord 373:

Geschat wordt dat 30% van de verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV) in 2015 gebruik zal maken van de module integrale geboortezorg. Hoeveel het er daadwerkelijk zullen zijn, zal in de loop van 2015 duidelijk worden. Het niet gebruik maken van deze module zegt niet dat er in de regio niet (goed) wordt samengewerkt; het zegt alleen iets over de mate waarin zorgaanbieders zich ook organisatorisch, juridisch en financieel aan elkaar verbinden. De samenwerking kan ook zonder gebruik te maken van deze module van goede kwaliteit zijn.

Het CPZ is een kleine organisatie die formeel geen bevoegdheden heeft. Het CPZ slaagt er in mijn ogen goed in om partijen (in casu zorgverzekeraars en verloskundig samenwerkingsverbanden) aan te jagen om te komen tot integrale geboortezorg en waar nodig gebruik te maken van deze module.

Vraag 374:

Waarom wordt het percentage dat gebruik zal maken van integrale geboortezorg zo laag ingeschat?

Antwoord 374:

De inschatting is gebaseerd op het aantal zorgaanbieders dat zal kunnen voldoen aan de eisen die zorginkopers als voorwaarde stellen om gebruik te kunnen maken van deze module.

Vraag 375:

Testen worden nog al eens uitbesteed aan laboratoria in andere Europese lidstaten en zelfs buiten de EU? Hoe kan de kwaliteit en veiligheid hiervan gewaarborgd worden?

Antwoord 375:

De zorgaanbieder die de diagnostiek uitbesteedt, is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diagnostiek die geleverd wordt. De zorgaanbieder zal bij uitbesteding aan laboratoria in andere landen vooraf kwaliteits- en veiligheidseisen moeten stellen en achteraf verantwoording over de uitvoering moeten verlangen. De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) ziet er op toe dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de diagnostiek waarmaken. Daarbij kan de IGZ

ook ter plaatse bij laboratoria controleren; indien sprake is van buitenlandse laboratoria, in samenwerking met inspecties van andere landen.

Vraag 376:

Kan verklaard worden waar de 1.500 aan subsidies bij campagne orgaandonatie in zowel 2014 als 2015 op gebaseerd is? Kan verklaard worden waar de 1.500 opdrachten bij campagne orgaandonatie in 2015 en 2016 op gebaseerd is? Is er samenhang tussen deze posten?

Antwoord 376:

De subsidies betreffen activiteiten in ziekenhuizen die gericht zijn op het vergroten van het donorpotentieel anders dan die reeds in de landelijk uitgerolde pilots plaatsvinden. De bedragen die onder de opdrachten zijn opgenomen betreffen de kosten van de publiekscampagne orgaandonatie. Dit betreft met name kosten voor media inkoop, onder meer voor de activiteiten die hebben plaatsgevonden in de jaarlijkse Donorweek, die in 2014 van 12 tot en met 19 oktober plaatsvond. Al deze activiteiten zijn er op gericht het aantal donoren te vergroten.

Vraag 377:

Wat is de oorzaak van de grote afname van de subsidie van het Integrale Kankercentrum Nederland tussen 2014 en 2015?

Antwoord 377:

Het gaat niet om een afname maar om een toename van de subsidie met € 6.4 mln. Deze middelen betreffen een subsidie voor de activiteiten van het IKNL die verband houden met de palliatieve zorg. Voorheen viel deze subsidie onder artikel 3 van de begroting. Vanaf de begroting voor 2015 is de subsidie voor de palliatieve activiteiten van het IKNL samengevoegd met de subsidie voor de oncologische activiteiten. Het gaat hier dus feitelijk niet om een toename, maar om een verschuiving van de subsidie vanwege de genoemde samenvoeging.

Vraag 378:

Wat is de oorzaak van de grote afname van het budget van het Technologisch Kennis Instituut/Life Science and Health van 2014 (19.839) en 2015 (6.812)? Welke activiteiten kunnen hierdoor niet langer worden uitgevoerd?

Antwoord 378:

De afname is te verklaren door het aflopen van de uit de voormalige FES gelden gefinancierde subsidies op het gebied van Life Sciences and Health. Dit betekent dat voor het uitvoeren van dergelijke grote projecten waarin sprake is van publiek-private samenwerking via technologische topinstituten minder directe subsidiëring vanuit VWS zal plaatsvinden. In de projecten die met voormalig FES-geld worden gefinancierd, wordt onder meer onderzoek naar stamcellen uitgevoerd, die het mogelijk moeten maken om een betere behandeling van diabetes mogelijk te maken of gevolgen van het ouder worden te beperken. In plaats van financiering met FES geld worden door het Ministerie van Economische Zaken in het kader van het topsectorenbeleid middelen beschikbaar gesteld voor publiek-private samenwerkingen via het instrument van de TKI-toeslag. Bedrijven, kennisinstellingen en de overheid werken in negen topsectoren, waaronder de topsector Life Sciences and Health, gezamenlijk aan het versterken van het verdienvermogen van Nederland door een gerichte inzet op innovatie op maatschappelijke uitdagingen. De verschillende Topconsortia voor Kennis en Innovatie (TKI) hebben als doel de publiek-private samenwerkingen te stimuleren.

Daarnaast zijn door de ministeries van EZ en VWS de zogenaamde transitiemiddelen voor de topsector LSH ter beschikking gesteld. De transitie bestrijkt een periode van drie tot vier jaar waarin de succesfactoren van de (voormalig) technologische topinstituten en andere PPS-initiatieven zullen (mee)bewegen naar een nieuwe structuur van werken via de TKI's en de publieke kennisinfrastructuur zoals NWO en TNO. Binnen de transitie is een bedrag van € 4 miljoen beschikbaar voor het privaat-publieke onderzoek dat voorheen in TTI-verband tot stand kwam en werd gefinancierd.³⁸ De transitie middelen van VWS worden onder meer ingezet voor data infrastructuur (*big data*) en het bevorderen van consortiumvorming voor het verkrijgen van EU middelen uit het innovatieprogramma Horizon2020.

Vraag 379:

Waaruit blijken de Europese verschillen op het gebied van hulpmiddelen? Loopt Nederland hierbij voorop of juist niet? Wat zijn de gevaren en risico's voor Nederland van deze Europese regelgeving?

Antwoord 379:

In de richtlijn voor medische hulpmiddelen is vastgesteld aan welke eisen medische hulpmiddelen moeten voldoen om toegelaten te kunnen worden tot de Europese markt. De Europese verschillen op het gebied van hulpmiddelen komen vooral tot uiting in de verschillende wijzen waarop aangemelde instanties conformiteitsbeoordelingen van producten doen en nationale autoriteiten toezien op de aangemelde instanties.

Vooruitlopend op de nieuwe verordeningen voor de markttoelating van medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica heeft de Europese Commissie in 2012 een Joint Action Plan vastgesteld. Hieronder is een uitvoeringsverordening voor de aanwijzing en het toezicht op aangemelde instanties aangenomen. In deze uitvoeringsverordening worden de eisen die aan aangemelde instanties worden gesteld, verduidelijkt en gezamenlijke inspecties van inspectiediensten en de Europese Commissie op aangemelde instanties geïntroduceerd. Nederland neemt deel aan deze Joint Inspection-teams en is lid van de coördinatiegroep die deze Joint Audits selecteert en voorbereidt. Daarnaast is Nederland lid van de recent opgerichte Europese Executive Group. Deze groep bevordert de coördinatie en communicatie tussen de diverse Europese werkgroepen op het gebied van toezicht op medische hulpmiddelen.

De onderhandelingen over de nieuwe verordeningen zijn nog in volle gang. Nederland is voorstander van het instrument van een verordening. Deze biedt minder ruimte voor interpretatieverschillen dan een richtlijn, omdat een verordening direct geldig is in de hele Europese Unie zonder geïmplementeerd te hoeven worden in nationale wetgeving. Nederland heeft zich tijdens de Gezondheidsraad van juni 2014 echter kritisch uitgelaten over de tussentijdse resultaten van de onderhandelingen in de Raadswerkgroep, omdat Nederland vreest dat dit leidt tot disproportionele, inflexibele en niet toekomstbestendige wetgeving.

Vraag 380:

De begroting van de curatieve zorg GGZ wordt in de komende jaren flink afgebouwd. Hoe verhoudt zich dit tot de begroting van de wet verplichte GGZ? Is er een overlap in uitgaven? Indien hiervan sprake is, bijvoorbeeld omdat onder de Wet verplichte GGZ patiënten buiten instellingen kunnen worden behandeld, waarom wordt de begroting voor de Wet verplichte GGZ de komende jaren ook afgebouwd? Kan dit worden toegelicht?

³⁸ Zie Kamerstuk 28 753 nr. 33, Vergaderjaar 2013–2014.

Antwoord 380:

In de tabel op blz. 50 met begrotingsmiddelen staan de uitvoeringskosten voor de Wet verplichte GGZ. In de jaren 2014, 2015 en 2016 zijn de uitvoeringskosten inclusief voorbereidings- en implementatiekosten. Vanaf 2017 worden de structurele uitvoeringskosten geraamd op € 905.000 per jaar. Deze middelen worden niet afgebouwd. De middelen voor behandelingen in het kader van de Wet verplichte GGZ zijn opgenomen in de premiemiddelen voor de curatieve GGZ. De middelen voor de behandelingen worden niet afzonderlijk begroot.

Vraag 381:

Hoe is de € 2 miljoen voor patiëntveiligheid opgebouwd? Zijn hier prestatie-indicatoren voor?

Antwoord 381:

Het bedrag van € 2 miljoen is voor de uitvoering van het meerjarige (2015 tot en met 2017) project 4e landelijke monitor schade en sterfte in de medisch- specialistische zorg. De subsidie wordt verleend ten behoeve van nauwkeurig omschreven activiteiten en prestaties die moeten worden uitgevoerd en die tevens moeten worden verantwoord.

Vraag 382:

Onder welke omstandigheden zal het «maximale» budget van € 2 miljoen worden uitgegeven? Waar is de besteding van het volledige bedrag van afhankelijk? Wat is het minimale budget? Valt de uitgave van € 0.1 miljoen aan patiëntveiligheid GGZ onder de in pagina 50 genoemde onder deze € 2 miljoen?

Antwoord 382:

Ten behoeve van de meerjarige subsidieverlening (2015 tot en met 2017) van de 4e landelijke monitor heb ik een totaalbedrag van € 2 miljoen begroot. Dat bedrag is gebaseerd op de voorlopige meerjarenbegroting van dat project. Bij de subsidieverlening, die naar verwachting nog in 2014 plaatsvindt, wordt het precieze subsidiebedrag bepaald. Andere uitgaven voor patiëntveiligheid, zoals voor de GGZ, vallen niet onder deze € 2 miljoen. Ik verwijs ook naar mijn antwoord op vraag 381.

Vraag 383:

Hoeveel ziekenhuizen in Nederland zijn bezig met het concentreren of afstoten van afdelingen en/of specialismen? Welke ziekenhuizen zijn dit, en welke afdelingen of specialismen betreft het?

Antwoord 383:

In mijn brief van 2 juni 2014 heb ik u geïnformeerd over de spreiding van de algemene ziekenhuizen. Ik zie enerzijds concentratie omwille van kwaliteit van bepaalde vormen van zorg door onder andere een verdergaande introductie van kwaliteitseisen en volumenormen. Anderzijds zie ik spreiding in het ontstaan van zogenoemde anderhalvelijns centra die ook zorg verlenen die vroeger in de ziekenhuizen werd verleend. Ook het aantal zelfstandige behandelcentra is toegenomen. Hiermee zien we verdere spreiding en grotere toegankelijkheid van met name chronische zorg. In het huidige zorgstelsel, inclusief de zorgplicht van de verzekeraar en de 45 minuten norm, ontstaat er een zekere mate van spreiding. Soms is echter concentratie nodig omwille van de kwaliteit, zoals bij oncologische zorg.

Er wordt geen specifieke informatie verzameld welke ziekenhuizen, afdelingen of specialismen bezig zijn met concentratie of het afstoten van afdelingen en/of specialismen.

Vraag 384:

Waarom is de enige bijdrage van VWS aan het terugdringen van medische missers het monitoren van potentieel vermijdbare schade? Met het monitoren gaat het aantal vermijdbare sterfgevallen niet omlaag. Waarom is niet gekozen voor een daadwerkelijke aanpak, zoals het hoofdelijk aansprakelijk stellen van de verantwoordelijken?

Antwoord 384:

In 2015 levert VWS op meerdere fronten een bijdrage aan patiëntveiligheid. Mijn concrete beleidsvoornemens voor de komende jaren heb ik in mijn brief van 24 april 2014 aan uw Kamer gepresenteerd. Mijn inzet is om via bestuurlijke afspraken voortgangsactiviteiten nauwlettend te monitoren, nieuwe risico's te identificeren en zo nodig met partijen aanvullende doelstellingen te bepalen.

Daarnaast zet ik in op het zichtbaar maken van resultaten via de landelijke monitor in de medisch specialistische zorg, op wetgeving gericht op versterking van de positie van de consument/patiënt en op proactief toezicht. Hiermee ondersteun en stimuleer ik partijen ook om hun ambities en doelstellingen waar te maken.

De afgelopen jaren heb ik met partijen uit alle sectoren veel geïnvesteerd in patiëntveiligheid via landelijke programma's die, dankzij de inspanningen van velen, succesvol zijn gebleken. In alle sectoren zijn handreikingen ontwikkeld, best practices ontwikkeld en gepubliceerd, en conferenties gehouden, gericht op het vergroten van veiligheid(bewustzijn) en de verbetering van de patiëntveiligheidscultuur. Het is nu aan zorgaanbieders, professionals, zorggebruikers en zorgverzekeraars om veiligheid als onderdeel van kwaliteit verder te borgen en te integreren in primaire zorgprocessen en de werkcultuur.

Vraag 385:

Waarom is de € 2.3 miljoen voor maatregelen zwangerschap en geboorte exact uitgegeven?

Antwoord 385:

Het betreft hier subsidies aan de Perinatale Registratie Nederland (€ 633.000), het College Perinatale Zorg (€ 749.000) en aan de Perinatale Audit Nederland (€ 880.000).

Vraag 386:

Wat is uw ambitie ten aanzien van de Peristat-ranglijst? Ambieert u ten tijde van Peristat 4 in de hoogste regionen van de ranglijst uit te komen? Loopt de implementatie van de stuurgroepaanbevelingen op schema om dit te verwezenlijken?

Antwoord 386:

Mijn ambitie is om de vermijdbare babysterfte in Nederland terug te dringen. Het Peristat onderzoek is daarbij een hulpmiddel om te zien of we van andere landen kunnen leren, het is geen op zichzelf staand doel. Het terugdringen van de vermijdbare babysterfte is geen gemakkelijke taak en het vergt veel van het veld om daarin voortgang te boeken. Het veld is volop in beweging gekomen, zo bleek ook uit de in juni 2014 verschenen inspectierapporten. Op veel fronten is verbetering zichtbaar en daar verdient het veld complimenten voor. Dat betekent evenwel niet dat de geboortezorg in Nederland niet verder kan worden verbeterd.

De internationale vergelijking van Peristat, de inspectierapporten en de rapporten van Perinatale Audit Nederland laten zien waar verbetering mogelijk is. De door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte beoogde «naadloze, geïntegreerde zorg» is in de meeste regio's nog een stip op de horizon. De uitdaging voor de komende jaren ligt in het vasthouden en versnellen van de ingezette beweging en het samenbrengen van de vele

initiatieven die rond het Stuurgroepadvies zijn ontstaan. Hierin ligt een belangrijke taak voor het College Perinatale Zorg, maar de feitelijke uitvoering is aan de zorgverleners.

Vraag 387:

Wanneer verwacht u samen met het Lareb en Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR) te komen tot een heldere taakverdeling ten aanzien van het signaleren van bijwerkingen?

Antwoord 387:

Er is al een duidelijke taakverdeling ten aanzien van het registreren van bijwerkingen. Dit is namelijk de taak van het bijwerkingencentrum Lareb. Beroepsbeoefenaren in de zorg moeten door hen geconstateerde bijwerkingen melden bij Lareb. Lareb geeft die meldingen door aan het College ter beoordeling van geneesmiddelen (CBG) en aan de desbetreffende Europese databank.

Bij de Stichting Portaal/CMR melden beroepsbeoefenaren medicatiefouten die in de zorg worden gemaakt. Het kan zijn dat een bijwerking is veroorzaakt door een medicatiefout. Ook die gesignaleerde bijwerking moet dan zichtbaar worden en worden doorgegeven aan de Europese databank. De stichting Portaal/CMR wil die bijwerkingen zelf doorgeven aan de Europese databank.

Lareb is nu het centrale punt voor levering van data vanuit Nederland en dat verloopt goed. Ik ben van mening dat Nederland vanuit één centraal punt data moet leveren.

Aangezien het CBG verantwoordelijk is voor de geneesmiddelenbewaking en voor de afstemming daarvan binnen Europa, heb ik het CBG gevraagd deze kwestie op te lossen, in overleg met Lareb en met de stichting Portaal/CMR.

Vraag 388:

Kunt u met een overzicht komen van de voortgang van de implementatie van de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, nog voor het algemeen overleg Zwangerschap en geboorte?

Antwoord 388:

Dat probeer ik. Ik heb het College Perinatale Zorg inmiddels gevraagd om dit overzicht voor het AO Zwangerschap en Geboorte van 13 november 2014 op te stellen.

Vraag 389:

Wat zijn de meest recente cijfers over babysterfte in Nederland?

Antwoord 389:

De meest recente cijfers over babysterfte heb ik u met mijn voortgangsbrief van 2 juni jl. (TK, vergaderjaar 2013–2014, 32 279, nr. 62) toegestuurd. Zie hieronder de kerngegevens over babysterfte.

Tabel: Afnames in perinatale sterfte in Nederland.

	Foetale sterfte	Neonatale sterfte	Perinatale sterfte	Relatieve afname t.o.v. 2000	Relatieve afname t.o.v. 2004	Relatieve afname t.o.v. 2010.
2000	7,7	4,2	11,9			
2004	7,0	3,5	10,5	9%		
2010	5,7	3,3	9,0	26%	18%	
2012	5,5	3,0	8,5	29%	21%	4%

Bron: Perinatale Registratie Nederland

Vraag 390:

Zijn er ten opzichte van andere jaren wijzigingen in de aanrijtijd van ambulances bij acute problematiek of bij zwangerschap bij vrouwen?

Antwoord 390:

Er zijn geen cijfers over aanrijtijden bij specifieke acute aandoeningen of zwangerschap. Wel kan worden opgemerkt dat daar waar er concentratie van acute zorg heeft plaatsgevonden, de reistijd naar de dichtstbijzijnde SEH kan zijn toegenomen. In een aantal regio's zijn maatwerkoplossingen gekozen in de vorm van bijvoorbeeld extra ambulancestandplaatsen.

Vraag 391:

Hoeveel klinische verloskunde-afdelingen zijn de afgelopen 10 jaar gesloten, en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord 391:

In 2005 waren er volgens het College Bouw 99 ziekenhuislocaties met een verloskunde afdeling. In 2013 zijn er volgens de bereikbaarheidsanalyses van het RIVM 88 ziekenhuislocaties met een verloskunde afdeling.

Het gaat veelal om concentratie van meerdere locaties in één stad naar één of twee locaties per stad. Dit betrof Amersfoort, Zevenaar, Vlissingen, Vlaardingen, Meppel, Dokkum, Spijkenisse, Delfzijl, Den Haag (2) en Zwijndrecht.

Vraag 392:

Hoeveel vrouwen kiezen voor een geboorte in het ziekenhuis om geen eigen bijdrage hoeven te betalen?

Antwoord 392:

Ik neem aan dat u hier doelt op het betalen van een eigen betaling bij poliklinisch bevallen zonder medische of zorginhoudelijke indicatie. Ik beschik niet over gegevens welke motieven een rol spelen bij de keuze voor de geplande locatie van bevallen.

Vraag 393:

Hoe kan Nictiz als onafhankelijk ICT expertisecentrum fungeren, terwijl het participeert in het monopolistische LSP?

Antwoord 393:

Nictiz is een onafhankelijk expertisecentrum voor standaardisatie en e-health. Nictiz streeft naar betere zorg door betere informatie en ondersteunt het zorgveld bij het benutten van ICT om de kwaliteit van en efficiëntie binnen de zorg te verbeteren. Nictiz richt zich expliciet op de ondersteuning van veldpartijen bij de ontwikkeling, de implementatie en het beheer van informatiestandaarden. De informatiestandaarden worden opgesteld door en met het veld en zijn randvoorwaardelijk voor de noodzakelijke interoperabiliteit tussen zorginstellingen, zorgprofessionals, patiënten en/of systemen.

Deze informatiestandaarden worden toegepast op de verschillende infrastructuren die op dit moment in Nederland gebruikt worden. Naast een infrastructuur zoals het LSP worden de informatiestandaarden ook via bijvoorbeeld zorgmail, IHE XDS, OZIS of VPN uitgewisseld. De keuze voor de infrastructuur is vaak gekoppeld aan het type proces dat door middel van de digitale informatievoorziening ondersteund wordt. Zorginstellingen maken in veel gevallen gebruik van meerdere eHealth infrastructuren en -informatiestandaarden.

Daarnaast ondersteunt Nictiz de zorgsector bij de monitoring van eHealth. Om de zorgsector te ondersteunen bij de efficiënte en effectieve inzet van eHealth, analyseert en duidt Nictiz ontwikkelingen in het gebruik van ICT

in de zorg en brengt het de veldpartijen bij elkaar. Nictiz opereert dan ook op onafhankelijke wijze in het zorgveld en voorziet in de behoefte om waardevolle kennis en ervaring uit het binnen- en buitenland met elkaar te delen.

Vraag 394:

Op basis van welke resultaten is ervoor gekozen de landelijk uitgerolde pilots (Zelfstandige Uitname Teams en donorwervingsstructuur) tot en met 2016 voort te zetten?

Antwoord 394:

De evaluatie van het verbetertraject in ziekenhuizen, onderdeel van het Masterplan Orgaandonatie, is eind oktober afgerond. De uitkomsten van de evaluatie, met mijn standpunt daarop, stuur ik u deze maand nog toe. In mijn standpunt zal ik mijn beslissing om de subsidie voor de landelijk uitgerolde pilots tot en met 2016 voort te zetten, nader toelichten.

Vraag 395:

Wat zijn de totale kosten geweest van de voorlichtingscampagnes tijdens het Masterplan Orgaandonatie?

Antwoord 395:

Vanaf 2011 tot en met 2014 is in totaal € 5,8 miljoen besteed aan voorlichtingscampagnes rond orgaandonatie. Voor 2014 is nog uitgegaan van de geraamde bedragen, omdat de facturen nog niet volledig zijn ontvangen.

Vraag 396:

Wat waren de doelstellingen van de Masterplan Orgaandonatie en zijn deze behaald?

Antwoord 396:

In het standpunt waarnaar ik verwijs in mijn antwoord op vraag 394 zal ik ook ingaan op de doelstellingen van het Masterplan Orgaandonatie, die meer omvatten dan alleen het verbetertraject in ziekenhuizen, en de vraag of deze behaald zijn. Voor de doelstellingen van het Masterplan Orgaandonatie verwijs ik u naar de brief van 13 juni 2008 (Tweede Kamer, 2007–2008, 28 140, nr. 48).

Vraag 397:

In 2015 is er voor anonieme E-mental health € 2 miljoen beschikbaar. Dit is een tijdelijke maatregel. Aan welke eisen wordt getoetst om te bepalen of dit bedrag succesvol wordt besteed? Wanneer is E-mental health succesvol genoeg om eventueel in aanmerking te komen voor een structurele bijdrage?

Antwoord 397:

Om voor deze subsidie in aanmerking te komen, dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan. Alleen die interventies die als bewezen effectief worden aangemerkt, komen voor subsidie in aanmerking. Daarnaast moet de interventie zich richten op geïndiceerde preventie, zorggerelateerde preventie, behandeling van een psychische stoornis of een vorm van verslaving, zoals bedoeld in de DSM-IV-criteria of toeleiding naar de zorg.

De interventies dienen te worden verricht onder de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren met een BIG-registratie. Jaarlijks kunnen organisaties een aanvraag indienen voor het verkrijgen van een subsidie om in anonieme e-mental health te voorzien.

Met betrekking tot de structurele borging van anonieme e-mental health, zal de Zorgverzekeringswet moeten worden aangepast. Het Zorginstituut

Nederland zal met de uitvoering van deze regeling worden belast. Jaarlijkse toetsing zal ook onder deze regeling gehandhaafd blijven.

Vraag 398:

Onder welke voorwaarden worden gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties contractueel belast met het aanbieden van die zorg bij wijze van dienst van algemeen economisch belang?

Antwoord 398:

Geïntegreerde eerstelijnsgezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties kennen in de beginfase vaak opstartproblemen, omdat de omzet vanwege het nog beperkte inwonertal nog niet toereikend is om alle kosten te dekken, en verzekeraars in deze fase vaak niet bereid zijn alle kosten te financieren. Vanwege deze specifieke marktproblemen kan de exploitant van het centrum een subsidie aanvragen op grond van de Kaderregeling VWS-subsidies.

Om voor subsidie in aanmerking te komen, dient aan de volgende criteria te worden voldaan. Zo moet het gezondheidscentrum open staan voor alle inwoners van de nieuwbouwlocatie en moet aannemelijk zijn dat een te behalen patiëntenaantal van minimaal 8.000 patiënten realistisch is. Verder moet sprake zijn van een multidisciplinair, geïntegreerd zorgaanbod, en moet de continuïteit van het gezondheidscentrum gewaarborgd zijn. Daartoe zijn schriftelijke afspraken rondom geïntegreerde eerstelijnszorg met de preferente zorgverzekeraar noodzakelijk.

Vraag 399:

Hoe worden de medische kosten van de stijgende stroom asielzoekers, onverzekerbare vreemdelingen en illegalen opgevangen?

Antwoord 399:

Uitgangspunt van mijn beleid is dat illegalen, *uitgeprocedeerde* asielzoekers en overige onverzekerbare vreemdelingen zelf de kosten moeten dragen voor de zorg die zij hebben ontvangen.

Het Zorginstituut kan op basis van artikel 122a Zorgverzekeringswet toch een bijdrage verstrekken aan een zorgaanbieder als die zorgaanbieder de kosten niet op de onverzekerbare vreemdeling kan verhalen. De bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk is. Daarbij geldt dat niet direct toegankelijke zorg (zorg die slechts verkregen kan worden op verwijzing, indicatie of recept) moet worden verleend door daartoe door het Zorginstituut gecontracteerde zorgaanbieders. In de betreffende contracten zijn afspraken vastgelegd op basis waarvan de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Tevens zijn afspraken gemaakt over de hoogte van de vergoeding van de zorgaanbieder. Bij direct toegankelijke zorg kan de medisch noodzakelijke zorg ook worden ingeroepen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat geldt ook voor acute zorg. In die gevallen is voor de zorgaanbieder voorzien in een vergoeding van 80% van de oninbare vordering. Kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling worden voor 100% aan de zorgaanbieder vergoed, voor zover de kosten niet op de patiënt kunnen worden verhaald. Voor de door apothekers ingediende declaraties geldt dat per receptregel € 5 niet wordt vergoed aan de zorgaanbieder.

Voor asielzoekers die zich nog in de asielprocedure bevinden en die zorg nodig hebben kunnen daarvoor naar een zorgaanbieder gaan die een contract heeft afgesloten met Menzis COA Administratie B.V. De rekening wordt direct door deze verzekeraars betaald, mits de zorg is opgenomen

in de Regeling Zorg Asielzoekers. De kosten van deze zorg worden gedragen door het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Vraag 400:

Wat is uw ambitie ten aanzien van het aantal medisch specialisten in loondienst?

Antwoord 400:

Zoals afgesproken in het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 is het aan specialisten en ziekenhuisbesturen om te bepalen of specialisten in loondienst of als vrijgevestigde werken. Met de invoering van integrale tarieven komt deze vraag specifiek aan de orde. Vrijgevestigde medisch specialisten kunnen kiezen voor behoud van ondernemerschap, aan de hand van een aantal uitgewerkte fiscale modellen, of kiezen voor een overstap naar loondienst. Binnen alle modellen zijn er mogelijkheden om de zorg goed te organiseren. Om de specialisten die in loondienst zouden willen, maar daar van afzien om financiële redenen (pensioenopbouwvulling, inleg maatschap, etc.) is een subsidieregeling in het leven geroepen.

Vraag 401:

In hoeverre zullen de besparingen voortkomend uit de uitbreiding van het Programma Goed Gebruik Geneesmiddelen ook weer worden besteed aan verdere uitbreiding, zodat een sneeuwbaaleffect op gang kan worden gebracht?

Antwoord 401:

Op dit moment heb ik geen voornemen om het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen zelf uit te breiden. Ik vind wel dat andere partijen meer kunnen bijdragen aan doelmatigheidsprogramma's binnen ZonMw. In mijn brief³⁹ van 8 juli 2014 aan uw Kamer ben ik hier uitgebreid op ingegaan.

Opbrengsten die worden gegenereerd leiden tot besparingen van de zorgkosten.

Vraag 402:

Hoeveel vrijgevestigde medisch specialisten zullen naar verwachting gebruik maken van de subsidieregeling die is ingesteld om de overstap naar een dienstverband met een ziekenhuis of zbc te vergemakkelijken?

Antwoord 402:

De gesprekken in de ziekenhuizen over een eventuele overstap naar loondienst per 1 januari 2015, met gebruikmaking van de subsidieregeling, zijn nog overal in het land gaande. Het is dus niet mogelijk om een uitspraak te doen over het aantal specialisten dat gebruik gaat maken van de regeling.

Vraag 403:

Wanneer verwacht de regering het ex-ante risicovereveningssysteem zodanig geperfectioneerd te hebben dat zorgverzekeraars grootschalig adverteren met «chronisch zieken, kom bij ons!»?

Antwoord 403:

Ik heb geen invloed op de reclame-uitingen van zorgverzekeraars, want zij zijn private ondernemingen. De risicoverevening heeft als doel dat elke verzekerde een gelijk verzekeringsrisico is voor een zorgverzekeraar. Voor een zorgverzekeraar zou het niet moeten uitmaken of hij een gezonde of

³⁹ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/07/18/kamerbrief-over-doelmatigheidsprogramma-s-binnen-zonmw.html>

een chronisch zieke verzekerde in de portefeuille heeft. En met een goed werkend ex ante vereveningsmodel is risicoselectie geen lonende strategie. Als het stelsel goed werkt dan kan in deze situatie een chronisch zieke verzekerde zelfs aantrekkelijker zijn dan een gezonde verzekerde, omdat een verzekeraar door goede en doelmatige zorg te organiseren en in te kopen, winst kan maken op de vereveningsbijdrage. Op een hoge vereveningsbijdrage voor verzekerden met een bepaalde chronische ziekte zijn eerder doelmatigheidswinsten te behalen dan op de veel lagere vereveningsbijdrage voor gezonde verzekerden. De verzekeraar die deze winsten kan behalen op de vereveningsbijdrage wordt vervolgens aantrekkelijker door de goede kwaliteit van zorg en door een concurrerende premie.

Vraag 404:

Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie?

Antwoord 404:

Zie het antwoord op vraag 406.

Vraag 405:

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

Antwoord 405:

Zie het antwoord op vraag 406.

Vraag 406:

Hoeveel mensen betalen de bestuursrechtelijke premie sinds 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014? Kunt u dit uitsplitsen per jaar?

Antwoord 406:

In de periode 2009–2010 zijn wanbetalers fasegewijs door zorgverzekeraars aangemeld bij het Zorginstituut. De cijfers over deze jaren geven dus geen goed beeld van het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime.

In de VWS-verzekerdenmonitor die ik op 7 oktober jl. aan beide Kamers van het parlement heb toegezonden (Kamerstukken II, Vergaderjaar 2014/15, 33 077, nr. 14), is op pagina 13 de volgende informatie opgenomen over het aantal wanbetalers dat aangemeld is bij Zorginstituut Nederland en dus een bestuursrechtelijke premie moet betalen:

Tabel 2.5: Aantal wanbetalers in bestuursrechtelijk premieregime en uitstroomrekenen

Aantal wanbetalers met bestuursrechtelijke premie	2010	2011	2012	2013	2014 (1-7)
Aantal wanbetalers met bestuursrechtelijke premie	266.502	303.797	298.716	316.006	328.576
Instroom	301.852	122.835	118.913	127.327	73.913
Uitstroom	37.578	85.552	124.075	110.087	61.343

bron: Zorginstituut- OHI1080 Wanbetalers – Aantallen – 1 juli 2014

Vraag 407:

Kunt u aangeven hoe lang mensen gemiddeld een bestuursrechtelijke premie moeten betalen?

Antwoord 407:

Het aantal maanden dat iemand verblijft in het bestuursrechtelijk premieregime geeft een indicatie van de mate waarin mensen er in slagen uit te stromen. Hoe langer de verblijfsduur, hoe kleiner de kans dat

uitstroom op eigen kracht tot de mogelijkheden behoort. Ongeveer 46% van de wanbetalers tot de leeftijd van 35 jaar verblijft al meer dan 24 maanden in het bestuursrechtelijk premieregime.

In de VWS-verzekerdenmonitor die ik op 7 oktober jl. aan beide Kamers van het parlement heb toegezonden (Kamerstukken II, Vergaderjaar 2014/15, 33 077, nr. 14), is op pagina 13 de volgende informatie opgenomen over het aantal wanbetalers:

Verblijfsduur in het bestuursrechtelijk premieregime

Aantal maanden wanbetaler	0-12	13-24	>24
18 tot 20 jaar	3.100	180	0
20 tot 25 jaar	13.190	8.630	12.300
25 tot 35 jaar	24.850	13.790	42.620
35 tot 50 jaar	29.130	17.070	52.630
50 tot 65 jaar	14.440	8.850	31.270
65 jaar of ouder	2.610	1.500	6.300
Totaal	87.320	50.010	145.110

Tabel 2.6: Aantal maanden in bestuursrechtelijk premieregime (bron: CBS)

Vraag 408:

Kunt u de ontwikkeling van het aantal mensen dat een bestuursrechtelijke premie moet betalen nader toelichten? Welke invloed heeft de stijging van het eigen risico hierop?

Antwoord 408:

Mensen kunnen door uiteenlopende oorzaken betalingsproblemen of schulden krijgen, ook door omstandigheden buiten de persoon gelegen, zoals bij ontslag na faillissement van de werkgever. De economische situatie (crisis of een goedlopende economie) heeft daarop natuurlijk grote invloed. In een recessie met veel ontslagen, faillissementen en economische krimp kunnen mensen hierop geconfronteerd worden met een acuut financieel probleem. Dat neemt niet weg dat bij een deel van de mensen financiële problemen ontstaan die niet zouden zijn ontstaan wanneer andere keuzes in het uitgavenpatroon waren gemaakt. Uit onderzoek van het Nibud blijkt dat iedereen (ongeacht een stijging van het eigen risico) in de schulden kan komen, maar dat als men niet zorgvuldig met de financiën omgaat, de kans vele malen groter is. Ook is gebleken dat de hoogte van het inkomen niet direct van invloed is op de kans dat iemand in financiële problemen komt. Houding en gedrag zijn veel meer bepalend. Er zijn heel veel minima die het wel redden om hun zorgverzekering te betalen. Voor de lagere inkomens is ook de zorgtoeslag een middel om de nominale premie te kunnen betalen.

Vraag 409:

Hoeveel mensen hadden in 2014 een betalingsregeling met hun zorgverzekering? Hoeveel waren dat er in, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 409:

Gegevens over achterliggende jaren van betalingsachterstanden bij de zorgverzekeraars staan niet tot mijn beschikking. Zie verder het antwoord op vraag 109.

Vraag 410:

Hoe en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de resultaten van de monitor Wmo 2015? Worden per kwartaal of halfjaarlijks de resultaten naar de Kamer gestuurd?

Antwoord 410:

De Tweede Kamer zal – overeenkomstig het daartoe gedane verzoek – elk kwartaal een voortgangsrapportage krijgen met de ontwikkeling van de Wmo 2015. De inhoud hiervan zal afhankelijk zijn van de fase waarin de Hervorming langdurige zorg zit en zal de eerste kwartalen vooral gaan over de Transitiefase. Daarnaast zal ook een structurele monitor Wmo 2015 worden ingericht als onderdeel van de monitors op het terrein van het sociaal domein. In de brief van de Minister van BZK aan de TK (dd. 7 juli) is aangekondigd dat de monitor sociaal domein vanaf 2016 jaarlijks rond verantwoordingsdag door de Minister van BZK, mede namens de betrokken bewindspersonen, aan de Tweede Kamer zal worden aangeboden.

Vraag 411:

In 2015 geldt een aparte overbruggingsregeling voor de ketenzorg dementie. Financiering vanaf 2016 via segment 2 van de bekostiging huisartsen- en multidisciplinaire zorg (Zvw) is nog niet geregeld. Hoeveel budget is er in 2015 voor de overbruggingsregeling voor de ketenzorg dementie? Actiz laat nu in opdracht van VWS een onderzoek doen door HHM naar de kosten van de dementieketens. Dekt de overbruggingsregeling de kosten van de dementieketens ook na de overheveling van verpleging en verzorging van AWBZ naar de Zvw? Hoe ziet de financiering vanaf 2016 voor ketenzorg dementie er uit?

Antwoord 411:

In de AWBZ is voor de beleidsregel ketenzorg dementie € 15 miljoen beschikbaar. Deze gelden worden vanaf 2015 overgeheveld naar het kader wijkverpleging onder de Zvw. Totdat in 2016 een nieuwe bekostiging geldt voor de wijkverpleging, wordt de beleidsregel die nu geldt in de AWBZ voortgezet onder de Zvw. De netwerkstructuren die hiervoor opgezet zijn, moeten ook binnen de Zvw doorgang kunnen vinden. Het gaat hierbij onder andere om de regiefunctie en coördinatie. Omdat op regionaal niveau invulling is gegeven aan de zorgketens dementie (maatwerk), kunnen zorgverzekeraars en aanbieders afspraken maken over de projectgelden. De beleidsregel maakt daarmee de bekostiging van de verschillende netwerkstructuren mogelijk, voor zover vallend binnen de Zvw. De dementiezorg die wordt geleverd aan de individuele patiënt zal onder de prestaties verpleging en verzorging vallen. Het ziet ernaar uit dat de € 15 miljoen die beschikbaar is voor de beleidsregel ketenzorg dementie voldoende is om de netwerkstructuren in stand te houden.

Vanaf 2016 zal ketenzorg dementie onderdeel worden van de nieuwe bekostiging wijkverpleging. De NZa zal mij uiterlijk begin januari advies geven over deze toekomstige bekostiging wijkverpleging en daarbij ook de ketenzorg dementie meenemen.

Vraag 412:

Voor wie – ook met steun van de omgeving – niet (meer) zelfredzaam kan zijn, is er altijd (op participatie gerichte) ondersteuning en/of passende zorg. Hoe gaat u dit waarmaken? Altijd is hier niet van toepassing, omdat voor veel mensen het recht op zorg verdwijnt.

Antwoord 412:

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) bevat de wettelijke verplichting voor gemeenten (artikel 2.3.5, derde en vierde lid) om iemand van wie wordt vastgesteld dat hij niet op eigen kracht of met

hulp van naasten en algemene voorzieningen in staat is tot zelfredzaamheid en participatie, een passende maatwerkvoorziening toe te wijzen. Gemeenten ontvangen daartoe een adequaat budget. De Wmo 2015 is voorts zodanig ingericht dat er diverse wettelijke waarborgen zijn opdat genoemde doelstelling wordt gerealiseerd.

In de Wmo 2015 is bijvoorbeeld opgenomen dat het onderzoek naar de behoefte aan maatschappelijke ondersteuning door het college in samenspraak met degene door of namens wie een melding van de behoefte is gedaan, dient te worden verricht. Met nadruk is vastgelegd dat de mogelijkheden van de mantelzorger in het onderzoek moeten worden betrokken (artikel 2.3.2). Voordat het onderzoek van start gaat, kan de cliënt het college een persoonlijk plan overhandigen waarin hij zijn omstandigheden beschrijft en aangeeft welke maatschappelijke ondersteuning naar zijn mening het meest is aangewezen (artikel 2.3.2, tweede lid).

Vraag 413:

Wat is voor 2015 begroot voor de decentralisatie-uitkeringen vrouwenopvang en maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid?

Antwoord 413:

Voor de decentralisatie-uitkering vrouwenopvang is voor 2015 € 115 miljoen beschikbaar. Voor de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en openbare geestelijke gezondheidszorg is € 385 miljoen beschikbaar.

Vraag 414:

Zijn er al resultaten bekend uit de monitor van cliëntenorganisaties over de effecten van de transitie hervorming langdurige zorg op cliënten? Hoe worden de effecten gemonitord? Hoe wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Antwoord 414:

De effecten voor cliënten van hervorming van de langdurige zorg wordt door de cliëntenorganisaties vormgegeven waarbij de NPCF en ieder(in) het voortouw hebben. Deze monitoren worden momenteel opgezet door aan grote aantallen cliënten naar hun ervaringen te vragen. Gelet op de fase waarin de hervorming zich bevindt, zijn er nog geen resultaten gemeten. De Tweede Kamer zal bij de verschillende voortgangsbrieven over de hervorming van de langdurige zorg worden geïnformeerd over de uitkomsten van de monitoring.

Vraag 415:

Kunt u aangeven welke concrete doelstellingen er opgesteld zijn bij het Nationaal Programma Palliatieve Zorg?

Antwoord 415:

In mijn brief van 11 december 2013 heb ik een aantal doelstellingen (speerpunten) geformuleerd, waaraan de palliatieve zorg in 2020 moet voldoen.

De speerpunten zijn kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering bij professionals, ondersteund door een goede organisatie van de zorg waarbij goed wordt samengewerkt door alle betrokkenen, opdat:

- patiënten en naasten zicht hebben op keuzes van zorg en ondersteuning in de laatste levensfase;
- continuïteit van zorg kan worden geboden;
- de communicatie tussen 1e en 2e lijn, tussen professionals onderling en de communicatie met en attitude jegens de patiënt en naasten

optimaal is. Denk hierbij aan het tijdig bespreekbaar maken van de laatste levensfase, zodat mensen afgewogen keuzes kunnen maken.

Het ZonMw programma is een belangrijk instrument om dit mogelijk te maken. In september hebben vier expertbijeenkomsten plaatsgevonden op basis waarvan er nu concrete doelstellingen op vier thema's worden geformuleerd:

- Bewustwording en cultuur
- Organisatie en continuïteit van zorg
- Zorginhoudelijke innovatie
- Patiëntparticipatie (inclusief mantelzorg/vrijwilligers)

Zoals aangegeven in de beantwoording van de vragen in het kader van het VSO over de brief inzake Investeren in palliatieve zorg ontvangt u later dit jaar een volledig uitgewerkt programmavoorstel, inclusief de uitgewerkte doelstellingen.

Vraag 416:

Kunt u aangeven welke concrete doelstellingen er gesteld worden samen met Actiz om de kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen nu echt te verbeteren, en wanneer deze doelstellingen behaald moeten worden? Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over deze doelstellingen en de resultaten van uw inzet om de kwaliteit te verbeteren? Wat zijn de kosten van dit verbeterprogramma?

Antwoord 416:

In mijn brief over de kwaliteit van de ouderenzorg, die op 12 juni jl. naar de Tweede Kamer is gestuurd (TK 2013–2014, 31 765, nr. 90), zijn twee onderdelen te onderscheiden. Voorop staat dat het verbeteren van de kwaliteit in de intramurale ouderenzorg een proces van lange adem is. Ik wil dat vormgeven langs een vijftal speerpunten, die allemaal zien op de contextfactoren die een bepalende rol spelen als het gaat om kwaliteit. Daarnaast zet ik op korte termijn in op een aantal acties. Eén van die acties is een verbeterprogramma, samen met Actiz, gericht op het versterken van de verbeterkracht van zorgaanbieders. Op dit moment werken we dit samen uit. Ik zal in de voortgangsbrief aan de Tweede Kamer aangeven hoe ik deze gezamenlijke aanpak wil vormgeven, waarbij ik de samenhang met de speerpunten niet uit het oog wil verliezen.

Vraag 417:

Hoeveel vrijwilligers zijn er in Nederland?

Antwoord 417:

«Geven in Nederland 2013» (Schuijt, Gouwenberg, Bekkers, 2013) geeft aan dat in 2012 38% van de bevolking minstens eenmaal in het afgelopen jaar onbetaald werk voor een maatschappelijke organisatie heeft verricht. Niet-georganiseerd vrijwilligerswerk (burenhulp) is daarin dus niet betrokken. Het SCP komt met een peiling naar burgerparticipatie van begin 2014 uit op een aantal van twee op de vijf Nederlanders.

In het onderzoeksrapport Hulp Geboden (SCP, 2014) geeft het SCP aan dat schattingen van het aantal vrijwilligers *in zorg en welzijn* in Nederland uiteenlopen van 450.000 tot ruim één of twee miljoen van de volwassenen.

Exacte gegevens over het aantal (zorg)vrijwilligers in Nederland zijn lastig te geven, omdat de cijfers per onderzoek wisselen, afhankelijk van de gehanteerde definitie en de wijze van meten.

Vraag 418:

Hoeveel vrijwillige mantelzorgers zijn er in Nederland?

Antwoord 418:

In de Wmo 2015 wordt mantelzorg gedefinieerd als hulp die rechtstreeks voortvloeit uit een tussen personen bestaande sociale relatie. Het kwalitatieve SCP-onderzoek «Hulp geboden, een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van informele hulp» dat op 18 september jl. is verschenen, bevestigt dat mensen mantelzorg gaan verlenen vanwege de hechte band, vriendschap of liefde, die ze hebben met de hulpbehoevende.

Hoewel vaak een verantwoordelijkheidsgevoel of plichtsgevoel meespeelt, zoals bij de hulp aan ouders of de partner, is en blijft mantelzorg altijd een persoonlijke keuze.

In 2008 waren er ca. 3,5 miljoen mantelzorgers waarvan er ca. 2,6 miljoen langdurig en/of intensief mantelzorgen.⁴⁰

Vraag 419:

«Om diverse redenen staat er druk op de mantelzorgers(.)» Hoe verhoudt de druk, die toch al op mantelzorgers staat, zich tot de inzet van het kabinet om steeds een beroep op hen te doen?

Antwoord 419:

Het kabinet wil de positie van mantelzorgers versterken, mantelzorgers meer ondersteunen en zorgen dat de formele en informele zorg beter op elkaar aansluit.

De ondersteuning van mantelzorgers wordt in de Wmo 2015 versterkt. Zo dient de gemeente bij een aanvraag voor maatschappelijke ondersteuning door een burger, de mogelijkheden van de mantelzorger in het onderzoek te betrekken. Hierdoor komt de belastbaarheid van de mantelzorger al vroeg in beeld en kan (dreigende) overbelasting worden voorkomen. Gemeenten dienen ook in hun beleidsplan op te nemen hoe ze mantelzorgers ondersteunen, opdat zij hun mantelzorg goed kunnen verrichten en volhouden. Ook in het wetsvoorstel Wlz wordt de positie van de mantelzorger versterkt. Bij de (periodieke) bespreking van het zorgplan dient aandacht te worden besteed aan de mantelzorger, waarbij de inzet onder meer is gericht op het tijdig voorkomen van overbelasting bij de mantelzorger.

Zoals ik heb aangegeven in de beleidsbrief «Versterken, verlichten en verbinden» van 20 juli 2013 staat in mijn beleid, naast het versterken van de mantelzorger, ook het verlichten van de mantelzorger en het beter verbinden van de inzet van de mantelzorger met die van de professionele zorg en ondersteuning centraal. Als onderdeel daarvan is in 2014 € 4 miljoen – van de vorig jaar tijdens de begrotingsbehandeling € 11 miljoen voor 2014 beschikbaar gestelde extra middelen ten behoeve van de uitvoering van de motie van de leden Van der Staaij, Rutte, Otwin van Dijk, Bergkamp en Dik-Faber⁴¹ – toegekend voor het programma «In voor Mantelzorg». Het programma, waaraan 80 zorgaanbieders in de ouderen- en gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen en revalidatiecentra, thuiszorg en crosssectorale eerstelijns samenwerkingsverbanden deelnemen, richt zich in 2014 en 2015 op het verbeteren van de samenwerking tussen beroepskrachten en mantelzorgers. Daarnaast vormt een belang onderdeel van voornoemde drie actielijnen de onder mijn regie op 18 september jl. door partijen in de zorg- en welzijnketen en gemeenten tot stand gebrachte Agenda Informele Zorg en Ondersteuning. De komende periode worden de door partijen geformuleerde agenda-punten, die bijdragen aan een passende ondersteuning van mantelzorgers

⁴⁰ Informele zorg in Nederland, een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg, SCP, juni 2013.

⁴¹ TK 37 750-XVI, nr. 43

van cliënten en van Wlz-gerechtigden, doorontwikkeld en vervolgens toegepast op de werkvloer. Verder is op 14 oktober jl. door de Tweede Kamer het wetsvoorstel «Modernisering regelingen voor verlof en arbeidstijden» aangenomen, waarin de mogelijkheden voor zorgverlof, specifiek met het oog op mantelzorgsituaties, worden uitgebreid. Het wetsvoorstel ligt nu ter behandeling in de Eerste Kamer en zal mantelzorgers beter in staat te stellen om werk en mantelzorg te combineren⁴².

Vraag 420:

Hadden de extra investeringsmiddelen ten behoeve van 12.000 extra zorgmedewerkers en extra scholing in het kader van de kwaliteitsverbetering van de ouderenzorg niet beter behouden kunnen blijven? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 420:

Het deels stopzetten van de extra investeringen is een gevolg van het op 25 mei 2012 gesloten begrotingsakkoord. Het betrof hier het stopzetten van de extra middelen voor de sectoren gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Voor de intramurale ouderenzorg zijn de extra middelen behouden gebleven.

Vraag 421:

Welke barrières in de bekostiging zullen door een taskforce opgelost gaan worden? Wat zijn de kosten van deze taskforce?

Antwoord 421:

De taskforce gaat onderzoek doen naar mogelijke belemmeringen in de bekostiging die innovaties in de weg staan. Hiernaast zal de taskforce kijken naar oplossingen om deze belemmeringen weg te nemen. Omdat de taskforce hier eerst onderzoek naar gaat doen is op voorhand niet te zeggen om welke belemmeringen het precies zal gaan. Momenteel wordt de taskforce ingericht en is er nog geen zicht op de kosten.

Vraag 422:

Hoe zal de kwaliteit van de professionals verhoogd gaan worden? Komen er extra bijscholing- of opleidingseisen?

Antwoord 422:

Het stellen van bijscholing- of opleidingseisen is primair een zaak van de onderwijsinstellingen en de werkgevers. Ik constateer echter wel dat de transities in de zorg leiden tot een vraag naar anders opgeleid personeel. Werkgevers in de zorg geven ook aan dat het onderwijs beter zou moeten aansluiten op de veranderende zorgvraag. Om deze transities beter mogelijk te maken is het kabinet voornemens om samen met onderwijsinstellingen en zorginstellingen een plan van aanpak op te stellen. De Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen van het Zorginstituut Nederland heeft de opdracht gekregen te onderzoeken welke beroepen in de toekomst nodig zijn en welke kwalificaties om te kunnen voldoen aan de zorgvraag van morgen.

Op basis daarvan zal een plan van aanpak worden gemaakt dat in het eerste kwartaal van 2015 naar Uw Kamer zal worden gestuurd. Ook in de brief over kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen (TK 2013–2014, 31 765, nr. 90) ga ik in op kwaliteit van professionals, waarvan vakbekwaamheid een onderdeel is. Deze middellange termijn aanpak zal ik met de patiënten- en cliëntenorganisaties, ActiZ, BTN, Verenso, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland uitwerken.

Vraag 423:

⁴² EK 32 855, A

Het doel van de investering in palliatieve zorg is dat patiënten en naasten zicht hebben op keuzes van zorg en ondersteuning in de laatste levensfase, dat goede zorg wordt geboden en dat de communicatie tussen eerste en tweede lijn en met patiënt en naasten optimaal is. Hoe verhoudt dit zich tot het onmogelijk maken van 24-uurszorg in de palliatieve zorg door de belastingdienst?

Antwoord 423:

In de brief van 10 oktober jl. over zzp'ers in de zorg heb ik dit nader toegelicht. Het feit dat het merendeel van de palliatieve thuiszorg door zorgverleners in loondienst verleend wordt, geeft aan dat het voor palliatieve thuiszorg niet noodzakelijk is gebruik te maken van zzp'ers. Ook zonder de inzet van zzp'ers is het mogelijk om tijdig kwalitatief goede palliatieve thuiszorg te verlenen. Ook met werknemers in loondienst is het verlenen van 24-uurs zorg namelijk mogelijk. Arbeidstijdenwet en Cao zijn daar geen obstakel voor. In de brief is dan ook geconstateerd dat in één week één werknemer maximaal 3 aanwezigheidsdiensten (van 24 uur) kan verrichten. Als een patiënt 24/7-zorg nodig heeft, kunnen 3 personen dit in één week verzorgen. Ook zorg over een langere periode (enkele maanden) kan verricht worden door 3 personen. Ook hieruit blijkt dat ook de zeer intensieve palliatieve thuiszorg door een beperkt aantal zorgverleners in loondienst geleverd kan worden. Dit neemt niet weg dat door de inzet van zzp'ers meer flexibiliteit mogelijk is. Juist ook omdat zzp'ers en werknemers verschillende wensen en behoeften kunnen hebben ten aanzien van tijden en plaats van hun arbeidsinzet. Het kabinet wil met een extra beleidsinzet langs drie sporen de zorgverlening van echte zzp'ers in de zorg naar de toekomst toe borgen. Het gaat om: stimuleren van directe contracttering, zzp'ers in de kwaliteitswet en modellen ten behoeve van zorg door zzp'ers.

Vraag 424:

Waarom wordt er niet met de invoering van de Wlz gewacht tot de kwaliteit aanzienlijk verbeterd is?

Antwoord 424:

De Wlz is ten eerste het sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg: ze is de pendant van de (inmiddels in uw Kamer geaccordeerde) Wmo 2015, de Jeugdwet en de overhevelingen van de AWBZ naar de Zvw.

Er is ook geen reden om met invoering van de Wlz te wachten tot de kwaliteit van zorg onder de AWBZ verbeterd is. Sterker, ik verwacht juist dat invoering van de Wlz bijdraagt aan een verbetering van de kwaliteit. De Wlz sluit beter dan de AWBZ aan bij de huidige tijdgeest. De AWBZ uit 1968 is gedateerd. De Wlz biedt een wettelijke verankering van het pgb, het vpt en het mpt. Hiermee ontstaat een wettelijk recht op het scheiden van wonen en zorg en krijgen cliënten de mogelijkheid om de zorg te laten aansluiten bij hun eigen wensen op het gebied van wonen, of dat nu thuis is of in een instelling. De Wlz zorgt ook voor een duidelijker verantwoordelijkheidsverdeling tussen het Rijk, de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren. Er is meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Hierdoor wordt de te leveren zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de individuele zorgbehoefte. De Wlz stimuleert een betere aansluiting tussen informele zorg en formele zorg en bevat waarborgen voor onafhankelijke cliëntondersteuning. Tot slot biedt de Wlz meer ruimte voor innovatie en experimenten doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen. Al deze mogelijkheden tot verbetering van kwaliteit zullen niet direct in 2015 effect sorteren. De Wlz is daarmee niet alleen sluitstuk maar tevens een begin. Om die verbetering zo spoedig

mogelijk te realiseren start het kabinet komend jaar een breed en ambitieus vernieuwingsproject.

Vraag 425:

Welk budget is er beschikbaar om de ratificatie en implementatie van het VN Verdrag voor rechten van personen met een handicap mogelijk te maken? Kan gespecificeerd worden waar dit budget aan besteed wordt?

Antwoord 425:

Er zal een plan van aanpak voor de implementatie tot stand worden gebracht in overleg met het veld. Dit plan zal naar huidig inzicht begin 2015 gereed zijn. Aan de hand van het plan zal worden beoordeeld welk budget daarmee gemoeid is. Ik zal het plan van aanpak met daarbij behorende begroting zodra gereed aan uw Kamer aanbieden.

Vraag 426:

Waarom stopt de subsidie voor Vilans In voor mantelzorg in 2016 als mantelzorg zo'n belangrijke rol gaat spelen? Bent u ervan overtuigd dat in 2016 alles goed geregeld zal zijn? Waarop is dat gebaseerd?

Antwoord 426:

Vorig jaar is tijdens de begrotingsbehandeling € 11 miljoen aan extra middelen voor 2014 beschikbaar gesteld ten behoeve van de uitvoering van de motie van de leden Van der Staaij, Rutte, Otwin van Dijk, Bergkamp en Dik-Faber.⁴³

Daarvan is € 4 miljoen toegekend voor het programma «In voor Mantelzorg» dat zich in 2014 en 2015 richt op het verbeteren van de samenwerking tussen beroepskrachten en mantelzorgers. Het programma, waaraan 80 zorgaanbieders in de ouderen- en gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen en revalidatiecentra, thuiszorg en crosssectorale eerstelijns samenwerkingsverbanden deelnemen, dient te resulteren in duurzame en voor de mantelzorger merkbare verbeteringen in de ondersteuning.

Overigens zullen gemeenten vanaf 2015 structureel 11 miljoen extra middelen voor de ondersteuning van mantelzorgers ontvangen. Ik verwacht met deze en de bestaande middelen gemeenten in staat te stellen mantelzorgers waar nodig op maat te ondersteunen. Daarnaast zal de op 18 september jl. door partijen in de zorg- en welzijnketen en gemeenten tot stand gebrachte Agenda Informele Zorg en Ondersteuning, waarvan de agendapunten de komende periode worden doorontwikkeld en vervolgens worden toegepast op de werkvloer, bijdragen aan een hoogwaardige ondersteuning van mantelzorgers.

Vraag 427:

Kan een specificatie gegeven worden van de inzet van middelen (€ 3,9 miljoen) voor de ondersteuning van gemeenten, aanbieders, verzekeraars en cliënten- en patiëntenorganisaties bij de voorbereidingen op de hervorming van de langdurige zorg?

Antwoord 427:

De middelen ad € 3,9 miljoen voor transitie- en transformatiekosten worden in het kader van de Wmo 2015 ingezet voor ondersteuning van gemeenten (bijeenkomsten, factsheets, handreikingen, stimuleringsprogramma's, gegevensoverdracht (totaal circa € 0,6 miljoen)) en ter ondersteuning van aanbieders, verzekeraars en cliënten- en patiëntenorganisaties (MO groep, BTN, VNG, gehandicaptenzorg NL, GGZ Nederland, Actiz, Radar, federatie landbouw en zorg Nederland, federatie opvang,

⁴³ TK 37 750-XVI, nr. 43.

branchevereniging kleinschalige zorg, (totaal circa € 1 miljoen) en de patiënten federatie NPCF (het programma Aandacht Voor Iedereen, € 2,3 miljoen).

Vraag 428:

Welke concrete doelstellingen zijn er door u geformuleerd om tot beter samenspel tussen formele en informele zorg te komen? Worden deze doelstellingen betrokken bij de verbetering van kwaliteit in verpleeg- en verzorgingshuizen en de inkoop van zorg door de zorgkantoren en zorgverzekeraars?

Antwoord 428:

Ik zal in de voortgangsbrief over het verbeteren van de kwaliteit in de intramurale ouderenzorg, die ik binnenkort aan de Tweede Kamer zal sturen, aangeven hoe ik de speerpunten verder wil uitwerken. Het samenspel tussen formele en informele zorg is één van de onderdelen, omdat dit bijdraagt aan een hogere kwaliteit van leven voor de cliënt. Daar waar de zorginkoop een rol kan spelen in het stimuleren van de betrokkenheid van informele zorg, zal dat zeker worden meegenomen in de aanpak.

Vraag 429:

Hoe draagt u zorg voor de evaluatie van de 20 Wmo-werkplaatsen? Betreft het zowel een proces- als uitkomstevaluatie? Maakt de methodiekontwikkeling eenzaamheidsbestrijding ook deel uit van de evaluatie? Tot wanneer loopt de financiering van de Wmo-werkplaatsen door, en hoeveel is er in de afgelopen drie jaar aan besteed? In hoeverre bent u van mening dat continuering van de Wmo-werkplaatsen noodzakelijk is om gemeenten optimaal te kunnen laten profiteren van de resultaten? Hoe draagt u zorg voor de borging van goede resultaten?

Antwoord 429:

Ik ben voornemens de werking van de Wmo-werkplaatsen op korte termijn te evalueren en ga over de opzet daarvan met relevante partijen in gesprek. De evaluatie richt zich op de werking en resultaten van de Wmo-werkplaatsen en niet specifiek op de diverse onderwerpen die in de werkplaatsen aan de orde komen. De methodiekontwikkeling eenzaamheidsbestrijding maakt dus an sich geen onderdeel uit van de evaluatie. Bij de financiering van Wmo-werkplaatsen is sprake van cofinanciering. De financiering van de Wmo-werkplaatsen vanuit het Rijk loopt tot ultimo 2015. Vanuit het Rijk is met betrekking tot de periode 2012 tot en met 2014 in totaal ongeveer € 5 miljoen bijgedragen. De Gezondheidsraad heeft recent een advies uitgebracht «Sociaal werk op solide basis» dat stappen bevat om te komen tot een duurzaam en effectief kennissysteem. In mijn brief van 17 september jl. heb ik aangegeven dat ik dit advies allereerst met de stakeholders wil bespreken en onderdeel daarvan vormt naast de landelijke ook de regionale kennisinfrastructuur, waaronder de Wmo-werkplaatsen. In de brief heb ik gemeld dat ik de Kamer rond de jaarwisseling over de voortgang zal berichten.

Vraag 430:

Hoe vindt controle op juistheid van de hoeveelheid en aard van geleverde zorg via het PGB door aanbieders aan cliënten plaats?

Antwoord 430:

Is eenmaal een pgb toegekend dan is de budgethouder ten principale verantwoordelijk voor de kwaliteit. Hij of zij moet met een hulpverlener of aanbieder afspraken maken over de aard en hoeveelheid te verlenen zorg en de kwaliteit daarvan. De budgethouder moet aangeven bij zijn/haar hulpverleners indien hij/zij niet tevreden is. De budgethouder verant-

woordt bij het zorgkantoor in algemene zin hoeveel van welk type zorg is verkregen van een bepaalde hulpverlener. De budgethouder moet kunnen aantonen dat het gaat om zorg die uit het pgb mag worden betaald. Het zorgkantoor kan een intensieve controle gelasten, waarbij budgethouders zich diepgaander moeten verantwoorden.

Sinds 2014 wordt door het zorgkantoor gezien of verwacht mag worden dat iemand het pgb doelmatig en aan goede zorg zal besteden. Is het zorgkantoor niet overtuigd dan kan een pgb op dat moment worden geweigerd. Het budgetplan en bewustkeuzegesprek vormen hiervoor de basis. Met de invoering van trekkingsrecht in 2015 stelt een budgethouder, na pgb-toekenning, met elke hulpverlener een contract op, waarbij in de Wlz een zorgbeschrijving wordt gevraagd. Deze overeenkomst en beschrijving moeten door het zorgkantoor worden goedgekeurd voordat hulpverleners in opdracht van de budgethouder kunnen worden uitbetaald. De overeenkomst en beschrijving worden ondermeer gekeurd aan de hand van een lijst wat niet of wat onder voorwaarde uit het pgb mag worden betaald. Ook bij het trekkingsrecht is de budgethouder verantwoordelijk voor de geleverde zorg en de kwaliteit daarvan.

Vraag 431:

Hoeveel mensen zijn er afgelopen jaar geherindiceerd, en hoeveel mensen hebben minder uren/meer uren/dezelfde uren gekregen, zowel voor AWBZ- als Wmo zorg?

Antwoord 431:

In totaal hebben 295.472 unieke cliënten van 1 januari 2014 t/m 1 juli 2014 een (of meerdere) indicatiebesluiten gekregen;

In totaal hebben 235.832 unieke cliënten in deze periode een herindicatie gekregen.

Het komt voor dat cliënten tussen 1 januari 2014 en 1 juli 2014 meerdere indicatiebesluiten hebben ontvangen. Over de afgegeven indicatiebesluiten is het volgende aan te geven:

- In 2014 t/m 1 juli 2014 zijn in totaal 438.609 positieve indicatiebesluiten afgegeven.
- Hiervan was 80.6% (353.303) een herindicatie.
- Van het totaal was 19.4% (85.306) voor het CIZ een nieuwe AWBZ-cliënt.

Bij de herindicatiebesluiten (353.303) is ten opzichte van de geïndiceerde zorg in het voorafgaand indicatiebesluit het volgende beeld te geven ten aanzien van de omvang van de geïndiceerde zorg:

- 57.8% kreeg meer zorg toegewezen,
- 16,0% bleef gelijk in zorgzwaarte.
- 23.4% minder zorg toegewezen,
- In 2.8% van de gevallen is de toe of- of afname op grond van de registratie niet eenduidig vast te stellen;

Over het aantal AWBZ-besluiten van de Bureaus Jeugdzorg zijn over deze periode geen landelijke gegevens beschikbaar. Dit geldt eveneens voor de ondersteuning uit de Wmo.

Bron: CIZ

Vraag 432:

Hoeveel kilometers hebben Valys-gebruikers gemiddeld per persoon en in totaal het afgelopen jaar verbruikt?

Antwoord 432:

In 2013 hebben de Valys-gebruikers in totaal ca. 50 mln kilometer gereden. Gemiddeld is per actieve Valys-gebruiker ca. 310 kilometer gereden.

Vraag 433:

Hoeveel Valys-gebruikers kwamen boven hun persoonlijke kilometer-budget uit?

Antwoord 433:

In 2013 kwamen ca. 5.500 gebruikers boven hun persoonlijke kilometer-budget uit.

Vraag 434:

Wat houden de netwerken palliatieve zorg in? In hoeverre worden deze netwerken meegenomen in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg?

Antwoord 434:

De netwerken palliatieve zorg zijn formele en duurzame samenwerkingsverbanden van zelfstandige organisaties die betrokken zijn bij de palliatieve zorg in een bepaald gebied. Netwerken hebben vier kerntaken, namelijk coördineren (via een netwerkcoördinator), informeren (via kennisuitwisseling en communicatie), signaleren (capaciteit in de regio, wensen patiënten) en faciliteren (kwaliteitsbevordering, verspreiding best practices). De netwerken worden uitdrukkelijk meegenomen in de uitwerking van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg door actieve inbreng van de Stichting Fibula (platform van de netwerken palliatieve zorg) en het betrekken van de individuele netwerken bij consortiaforming met de expertisecentra palliatieve zorg (bron: Stichting Fibula, Handreiking minimale eisen netwerk palliatieve zorg).

Vraag 435:

Kunt u de middelen die bestemd zijn voor transitiekosten in verband met de hervorming van de langdurige zorg specificeren?

Antwoord 435:

De € 10,2 miljoen voor transitiekosten wordt ingezet voor activiteiten van de cliëntorganisaties, voor regio-ondersteuning, communicatie, monitoring en onderzoek.

De activiteiten van de cliëntorganisaties worden ingezet voor het programma Zorg Verandert van Ieder(in) en andere cliëntorganisaties (€ 2,5 miljoen). Zorg Verandert is een vierjarig (verander)programma, gesubsidieerd door het Ministerie van VWS. Het programma wordt uitgevoerd via een samenwerkingsverband van Ieder(in), LPGGZ, CSO, LOC, LSR, Mezzo, MEE, Koepel Wmo-raden, Zorgbelang Nederland en Per Saldo. Het programma is gestart in 2014. Daarnaast brengt het programma Zorg Verandert signalen van cliënten in beeld over de veranderingen.

NPCF brengt ook de signalen van cliënten in beeld (€ 2 miljoen). Belangrijk element van de transitie is dat partijen in de regio samen werken.

Via de VNG wordt ondersteuning geboden voor het tot stand brengen van regionale en lokale samenwerking en samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars (€ 2,5 miljoen).

Via inzet van diverse communicatiemiddelen wordt iedereen in Nederland geïnformeerd over de veranderingen die in de zorg plaats vinden (€ 2,5 miljoen). Tot slot is € 0,7 miljoen beschikbaar voor onderzoek naar specifieke vraagstukken.

De middelen ad € 3,9 miljoen voor transitie- en transformatiekosten worden in het kader van de Wmo 2015 ingezet voor ondersteuning van gemeenten (bijeenkomsten, factsheets, handreikingen, stimuleringsprogramma's, gegevensoverdracht (totaal circa € 0,6 miljoen)) en ter

ondersteuning van aanbieders, verzekeraars en cliënten- en patiëntenorganisaties (MO groep, BTN, VNG, gehandicaptenzorg NL, GGZ Nederland, Actiz, Radar, federatie landbouw en zorg Nederland, federatie opvang, branchevereniging kleinschalige zorg, (totaal circa € 1 miljoen) en de patiënten federatie NPCF (het programma Aandacht Voor Iedereen, € 2,3 miljoen).

Vraag 436:

Wanneer gaat de aanpak van zorgfraude iets opleveren? Waar gaat deze opbrengst naartoe? Hoe wordt dit gecontroleerd? Waar gaan opgelegde boetes naartoe?

Antwoord 436:

De afgelopen jaren hebben we samen met partners en veldpartijen diverse stappen ondernomen om onrechtmatigheden in de zorg, zowel onbedoelde fouten als doelbewuste fraude, terug te dringen. Om fouten zo veel mogelijk te voorkomen, wordt wet- en regelgeving verduidelijkt en investeren betrokken veldpartijen in goede administratie en interne controle van declaraties. Maar ook opsporing en handhaving hebben onze volle aandacht. De capaciteit en het werkkterrein van de I-SZW is uitgebreid en met het wetsvoorstel VTO-WMG worden de sanctie-instrumenten van de NZa aangescherpt, zodat bij doelbewuste overtreding van regels snel en hard kan worden opgetreden. De resultaten van deze inspanningen dragen bij aan de realisering van de doelstellingen in het hoofdlijnenakkoord.

Wanneer er sprake is van onrechtmatigheden, dan worden deze in eerste instantie bij controles door zorgverzekeraars gesignaleerd. Onterecht gedeclareerde kosten worden daarbij teruggevorderd door de verzekeraar. De teruggevorderde bedragen dragen bij aan het zo laag mogelijk houden van de premie. Zorgverzekeraars Nederland rapporteert jaarlijks welke bedragen zorgverzekeraars hebben teruggevorderd.

Bij vermoedens van fraude wordt er ook melding gemaakt bij de NZa of aangifte gedaan bij de politie. De partijen in de handhavingsketen – toezichthouders, opsporingsdiensten en het Openbaar Ministerie – bepalen vervolgens gezamenlijk welke maatregelen moeten worden genomen om overtreders passend te bestraffen en de normnaleving in de zorgsector te bevorderen. Door de NZa ingevorderde dwangsommen en bestuurlijke boetes worden afgedragen aan 's Rijks kas. Door justitie opgelegde administratieve sancties, boetevonnissen, transactievoorstellen en strafbeschikkingen, kortweg boetes en transacties, vormen onderdeel van de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Vraag 437:

Welke taken vanuit het Zin worden door het CAK overgenomen? Welk tijdspad is er afgesproken?

Antwoord 437:

In de begroting staat aangegeven dat vanuit het Zorginstituut Nederland taken met betrekking tot de uitvoering van de op burgers gerichte regelingen gefaseerd worden overgenomen door het CAK. Dit betreffen de regelingen gericht op onverzekerde verzekeringsplichtigen, wanbetalers zorgpremie, gemoedsbezwaarden, buitenlandtaak inclusief het nationaal contactpunt, missionarissenregeling, overgangsregeling AWBZ-zorg en de medefinanciering sociaal attachés en bureaus Belgische en Duitse zaken.

Gedachte achter de overheveling is een logischere ordening van taken bij de ZBO's van VWS.

Het wetsvoorstel om deze overheveling te realiseren is thans in de maak en wordt u zo spoedig mogelijk aangeboden. Het streven is om de betreffende regelingen met ingang van 1 januari 2016 over te hevelen.

Vraag 438:

Hoeveel subsidie krijgt DBC-onderhoud dit jaar? Bent u van plan, zolang er nog geen duidelijkheid is over de inrichting van de NZa, geen onomkeerbare stappen in de positie van DBC-onderhoud te nemen?

Antwoord 438:

DBC-Onderhoud ontvangt geen subsidie meer van VWS. Eind 2011 is de subsidierelatie met DBC-Onderhoud met ingang van 2013 beëindigd en is niet langer VWS maar de NZa verantwoordelijk voor de financiering en de aansturing van DBC-Onderhoud.

Vraag 439:

Worden beroepsverenigingen in de gezondheidszorg ook betrokken bij deze inventarisatie voor de toekomst, die door ZiNL (commissie Innovatie zorgberoepen en opleidingen) wordt opgeleverd in 2015?

Antwoord 439:

Najaar 2014 vindt een veldraadpleging plaats met meer dan 30 focus-groepen. Daar zijn ook de beroepsverenigingen in de gezondheidszorg bij betrokken.

Vraag 440:

Het Zorginstituut Nederland is bezig met een inventarisatie welke professionals we in de toekomst nodig hebben. Kan de Minister toelichten wat de scope is van dit onderzoek? Het ligt in de verwachting dat er, in de toekomst, ook meer gebruik wordt gemaakt van robotica dan nu en er ook niet-zorg-professionals nodig zijn als technici? Houdt deze inventarisatie ook rekening met deze innovatieve ontwikkelingen?

Antwoord 440:

De scope van de analyse is breed: alle beroepen, functies en opleidingen in de gezondheidszorg (zorg en welzijn) zijn betrokken. Daarnaast is bij de formulering van de zorgvraag en de wenselijke inrichting van de zorg in 2030 benadrukt door alle betrokkenen dat de zorgvraag zich niet alleen afspeelt in de gezondheidszorg, maar in de brede maatschappelijke context: ook in het onderwijs, op het werk en in de buurt.

TNO heeft in 2013 onder andere een technologische analyse is uitgevoerd betreffende de mogelijke innovatieve ontwikkelingen in 2030. In de toekomst zal zeker meer gebruik worden gemaakt van technologie (e-health, domotica en robotica). Technologie is één van de belangrijkste innovaties in de zorg en dat heeft grote consequenties voor alle beroepen werkzaam in de gezondheidszorg, waarbij technologie en zorg meer gecombineerd zullen worden.

Vraag 441:

Waarom wordt de subsidie voor de opleiding tot ziekenhuisarts afgebouwd?

Antwoord 441:

- De subsidie tot ziekenhuisarts wordt niet afgebouwd, er is subsidie verstrekt voor de periode 2012 t/m 2015 voor het innovatieproject van de ziekenhuisarts en er zal subsidie verstrekt worden voor de periode 2015 t/m 2018 voor het tweede traject van het project.
- Mogelijk heeft het feit dat er in het nu lopende subsidie traject (2012 t/m 2015) een naar beneden bijgestelde subsidie is verleend de indruk gewekt dat de subsidie wordt afgebouwd. (Er is een subsidie van

€ 7.059.566,- verleend in plaats van € 11.157.667,-.) Reden hiervoor was een lagere instroom in het eerste cohort van de opleiding en de langere instroomperiode per cohort.

Vraag 442:

Waarom neemt de subsidie van het Zorginstituut Nederland van € 66 miljoen in 2014 naar € 50 miljoen in 2015 af?

Antwoord 442:

Het in de VWS-begroting opgenomen bedrag van € 50,8 mln voor 2015 betreft het reguliere beheerskostenbudget van het Zorginstituut Nederland. Dit budget is exclusief de middelen voor onder andere de uitvoeringstaken wanbetalers, onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen.

VWS stelt voor deze taken (jaarlijks) incidenteel het budget vast omdat de uitvoeringskosten nog niet stabiel zijn. Dit komt ondermeer doordat bijvoorbeeld het aantal wanbetalers fluctueert. Op het moment dat de uitvoeringskosten stabiel zijn, worden deze aan het reguliere budget toegevoegd. In 2014 is voor deze taken € 15,3 mln beschikbaar gesteld.

Vraag 443:

Welk deel van de subsidie van € 110,4 miljoen aan stageplaatsen zorg/stagefonds gaat naar VVT en VV? Hoe lopen de geldstromen?

Antwoord 443:

Het Stagefonds maakt het mogelijk dat zorginstellingen die een stageplaats bieden aan studenten van bepaalde zorgopleidingen, achteraf een bijdrage kunnen krijgen voor de kosten van de stagebegeleiding. De geldstroom verloopt dan ook van VWS rechtstreeks naar de aanvragende zorginstelling. Subsidie voor het stagejaar 2014/2015 wordt in het najaar van 2015 verleend. De verdeling van het budget voor het subsidiejaar 2014 is daarom nog niet bekend. Vorig jaar, subsidiejaar 2013, is circa 60% van het subsidiebudget verleend aan de VVT-branche. In deze wordt geen onderscheid gemaakt tussen Verpleeg- & verzorgingshuizen (VV) en de Thuiszorg (T) aangezien vrijwel alle instellingen beide vormen van zorg aanbieden.

Vraag 444:

Wanneer krijgt de Kamer een geaggregeerd overzicht van de meldingen van het Landelijk Meldpunt Zorg?

Antwoord 444:

Op 20 december 2013⁴⁴ en op 2 juni 2014⁴⁵ heb ik uw Kamer per brief geïnformeerd over de nadere inrichting en voortgang van het Landelijk Meldpunt Zorg. Om de transparantie over klachten en meldingen in de zorg en de afhandeling daarvan te vergroten zal het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) jaarlijks een klachtbeeld uitbrengen waarin geaggregeerde informatie is opgenomen over de vragen en klachten die het LMZ heeft ontvangen. Het eerste klachtbeeld gaat over 2014 en zal uw Kamer begin mei 2015 ontvangen.

Vraag 445:

Voor het versterken van regionaal arbeidsmarktbeleid wordt € 7,5 miljoen subsidie gegeven aan Regioplus. Is deze subsidie nog wel nodig nu dat met de decentralisaties al vanzelfsprekend meer wordt samengewerkt door zorginstellingen, omdat de inkoper van zorg, de gemeente en gemeentelijke samenwerkingsverbanden, dit vragen?

⁴⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 32 402, nr. 66

⁴⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 31 765, nr. 89

Antwoord 445:

De subsidie aan Regioplus is bedoeld om te stimuleren dat zorg- en welzijnsinstellingen op regionaal niveau een gezamenlijk arbeidsmarktbeleid voeren. Daarbij gaat het over de hele breedte van de arbeidsmarkt, waaronder strategisch beleid op basis van arbeidsmarktonderzoek, de werving van nieuwe medewerkers, het opleiden van (toekomstige) medewerkers en het duurzaam inzetbaar houden van medewerkers. De door de inkoper gevraagde samenwerking is vooral zorginhoudelijk van aard. Daarnaast is het arbeidsmarktbeleid van regioplus brancheoverstijgend, dus inclusief de ziekenhuizen, de langdurige zorg, de eerstelijns curatieve zorg en het welzijn, terwijl de zorginkoop door gemeenten alleen betrekking heeft op de ondersteuning van burgers. Verder is de cofinanciering vanuit de sector zelf aanmerkelijk hoger dan de bijdrage van VWS aan het regionaal arbeidsmarktbeleid.

Mijn conclusie is dan ook dat het gezamenlijke regionale arbeidsmarktbeleid via Regioplus een belangrijke bijdrage levert aan het arbeidsmarktbeleid van individuele instellingen.

Vraag 446:

Hoe draagt u bij aan het oplossen van dreigende tekorten aan medisch personeel in diverse krimpregio's, zoals bijvoorbeeld Drenthe en Groningen? Hoe maakt u het aantrekkelijk voor bijvoorbeeld jonge huisartsen om zich in die gebieden te vestigen ter vervanging van gepensioneerde huisartsen?

Antwoord 446:

Uw Kamer ontvangt zoals beloofd in meerdere debatten dit najaar een brief over de curatieve zorg in krimpregio's. In krimpregio's blijkt het moeilijk om huisartsen en medisch specialisten voor het ziekenhuis te werven ⁴⁶. Daarentegen zien we een overschot aan bepaalde specialisten in de Randstad. Met een goede inzet van partijen in de regio (gemeenten, provincie, verzekeraars, ziekenhuizen moet dit probleem de komende jaren worden aangepakt.

Vraag 447:

Gegeven de daling in het aantal indicatiebesluiten zullen de kosten van het CIZ dalen. De precieze effecten zijn op dit moment nog niet duidelijk. Wanneer komt er meer duidelijkheid naar de gevolgen van de Wlz voor de begroting van het CIZ?

Antwoord 447:

Er wordt nu gewerkt met ramingsveronderstellingen die gebaseerd zijn op de Wlz. Hoewel we de groep mensen die onder de Wlz gaat vallen nu goed in beeld hebben, is het nog de vraag in hoeverre dit doorwerkt in het aantal te verwerken indicaties. Naast de indicatiestelling voor de Wlz in 2015, handelt het CIZ begin 2015 nog de laatste aanvragen AWBZ af. Verder zal pas in 2015 duidelijk worden of er opwaartse druk vanuit gemeenten komt in de vorm van aanvragen die al dan niet gehonoreerd moeten worden. In de loop van 2015 wanneer de totale hervorming van de langdurige zorg volledig gestalte krijgt, kan definitief worden gezien welke gedragseffecten er zijn en welke consequenties dit heeft voor het CIZ.

Vraag 448:

Waarom wordt de bijdrage aan ZonMw voor programma's gericht op de volksgezondheid stapsgewijs afgebouwd tot 2018, juist nu blijkt dat er met

⁴⁶ Demografische krimp en Ziekenhuiszorg, Yvonne van Otterdijk, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Medisch-specialistische zorg in 20/20, Den Haag, 2011.

preventie nog veel gezondheidswinst te behalen is? Hoe draagt u op andere wijze zorg voor innovatie en/of onderzoek op het gebied van preventie en volksgezondheid?

Antwoord 448:

ZonMw voert in opdracht van VWS een aantal programma's uit op het terrein van Volksgezondheid. Een deel van de afbouw wordt veroorzaakt doordat de hiermee samenhangende middelen voor de looptijd van deze programma's zijn overgeheveld van artikel 1 Volksgezondheid naar op artikel 4 (de bijdrage aan ZBO/RWT ZonMw). De middelen voor een eventueel vervolg op deze programma's staan nog begroot op artikel 1. Verder worden vanaf 2018 de gevolgen van de taakstellingen van het Kabinet en haar voorgangers zichtbaar.

Naast de specifieke ZonMW-programma's wordt onderzoek en innovatie op het gebied van preventie en volksgezondheid ook via andere onderzoeksprogramma's en activiteiten mogelijk gemaakt. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om meer aandacht voor preventie in andere ZonMW-programma's, de werkplannen van kennisinstituten, de programma's van het RIVM en universiteiten en innovaties in de zorgsector en het bedrijfsleven. Ik zie bijvoorbeeld veel innovatieve mogelijkheden in het programma topsector Life and Sciences & Health.

Vraag 449:

Hoeveel fte's waren er in 2014 in totaal belast met toezicht houden in de zorg? Hoeveel was dat aantal in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013? Hoe was dat uitgesplitst naar toezichthoudende instantie zoals FIOD, NVWA, NZa, IGZ en Inspectie Jeugdzorg?

Antwoord 449:

In onderstaande tabel zijn de aantallen fte's opgenomen die in totaal belast waren met toezicht houden in de zorg. De NVWA en de FIOD zijn niet in de tabel opgenomen. Het toezicht dat de NVWA voor VWS uitoefent op voedsel- en productveiligheid vindt plaats in het kader van de volksgezondheid, maar is geen toezicht op de zorg. De FIOD is een bijzondere opsporingsdienst. Zie ook het antwoord op vraag 463.

Aantal fte's belast met toezicht houden in de zorg

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IGZ ¹	393	393	447	490	516	538
IJZ ²	63	62	59	61	62	63
NZa ³	-	45	42	40	50	80
Totaal	456	500	548	591	628	676

¹ De IGZ-aantallen geven de totale formatie weer inclusief overhead.

² De IJZ -aantallen geven de totale formatie weer inclusief overhead en fte's die werkzaam en gedetacheerd zijn bij STJ.

³ De NZa-aantallen hebben betrekking op het onderdeel Toezicht en Handhaving (dat in 2009 is opgericht).

In 2010 t/m 2012 was het capaciteitsaandeel van T&H ca 16% van de totale NZa capaciteit. In 2013 en 2014 is dit aandeel opgelopen naar respectievelijk circa 20% en ruim 25%.

Vraag 450:

Hoeveel (fraude-)onderzoeken zijn er door de NZa gedaan in 2014? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel? En hoeveel tot een strafrechtelijke? En hoeveel waren die aantallen in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 450:

Over het aantal onderzoeken dat door de NZa in 2014 is gedaan en hoeveel zaken daarvan hebben geleid tot bestuursrechtelijk dan wel strafrechtelijk optreden verwijs ik u naar de brieven van 26 juni 2014 (TK 2013–2014, 28 828, 62) en 1 juli 2014 (TK 2013- 2014, 28 828, 70).

Vraag 451:

Hoeveel van die onderzoeken hadden betrekking op (vermoeden van) upcoding? Hoeveel daarvan hebben geleid tot maatregelen? Hoeveel waren die aantallen in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 451:

Over het aantal onderzoeken dat door de NZa in 2014 is gedaan en hoeveel zaken daarvan hebben geleid tot bestuursrechtelijk dan wel strafrechtelijk optreden verwijs ik u naar de brieven van 26 juni 2014 (TK 2013–2014, 28 828, 62) en 1 juli 2014 (TK 2013- 2014, 28 828, 70). Over de aard van de onderzoeken kan geen mededeling worden gedaan.

Vraag 452:

Hoeveel bv's, nv's, verenigingen, vof's, eenmanszaken en stichtingen hebben zich in 2014 geregistreerd als zorgverlener of zorginstelling?

Antwoord 452:

Op 15 oktober 2014 stonden 111.050 actieve zorgorganisaties geregistreerd in het Handelsregister. In onderstaande tabel is op basis van deze registratie aangegeven welke rechtsvorm deze zorgorganisaties hebben. In 2014 hebben zich tot en met 15 oktober 11.275 zorgorganisaties ingeschreven met een startdatum in 2014. In onderstaande tabel is op basis van deze registratie per rechtsvorm het aantal organisaties aangegeven.

Rechtsvorm	Aantal actieve (zorg)-organisaties	Nieuw in 2014
Besloten vennootschap blijkens statuten structuurvennootschap	2	0
Besloten vennootschap met gewone structuur	10.377	599
Buitenl. EG-venn. met onderneming in Nederland	43	0
Buitenl. op EG-venn. lijkende venn. met onderneming in Nederland	5	0
Commanditaire vennootschap met een beherend vennoot	73	7
Coöperatie U.A. met gewone structuur	233	19
Eenmanszaak	85.692	9.724
Kerkgenootschap	1	
Maatschap	7.976	467
Naamloze vennootschap met gewone structuur	2	0
Publiekrechtelijke rechtspersoon	26	0
Rechtspersoon in oprichting	37	0
Stichting	3.066	137
Vennootschap onder firma	3.187	313
Vereniging met beperkte rechtsbevoegdheid	44	4
Vereniging met volledige rechtsbevoegdheid	284	5
Vereniging van eigenaars	2	0
	111.050	11.275

Vraag 453:

Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage uit vermogen, uitgesplitst per AWBZ en Wmo?

Antwoord 453:

Hierover zijn geen realisatiecijfers beschikbaar. Het CBS schat dat ongeveer 101.000 Wmo-cliënten (21%) over vermogen box 3 beschikken.

Bij de AWBZ-zorg *zonder* verblijf en *met* verblijf zijn de aantallen respectievelijk 78.000 (30%) en 86.000 (26%)

Vraag 454:

Hoeveel mensen hebben in 2013 en 2014 bezwaar aangetekend tegen de eigen bijdrage uit vermogen en hoeveel bezwaren zijn goedgekeurd?

Antwoord 454:

Op 1 oktober 2013 had het CAK 1.770 bezwaren tegen de VIB ontvangen. Hiervan zijn er 107 (6%) als terecht beoordeeld terwijl er op dat moment 37 (2%) nog onder behandeling waren. Na 1 oktober 2013 heeft het CAK nauwelijks nog bezwaren ontvangen.

Vraag 455:

Hoeveel mensen zijn een eigen BV gestart om de eigen bijdrage m.b.t. de vermogensinkomensbijtelling te omzeilen?

Antwoord 455:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar. Bij het vaststellen van de eigen bijdrage wordt gekeken naar het inkomen en vermogen van twee jaar eerder. De vermogensinkomensbijtelling is in 2013 geïntroduceerd. Het effect van het eventueel starten van een BV heeft daarom op zijn vroegst effect op de eigen bijdrage in 2015.

Vraag 456:

Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage voor AWBZ-zorg?

Antwoord 456:

Het aantal mensen dat (in het 1^e kwartaal van 2014) een eigen bijdrage voor AWBZ-zorg is verschuldigd, bedraagt 560.595.

Bron: Monitorlangdurigezorg.nl

Vraag 457:

Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage voor de Wmo?

Antwoord 457:

Het aantal mensen dat (in het 1^e kwartaal van 2014) een eigen bijdrage voor WMO-zorg (huishoudelijke verzorging) is verschuldigd, bedraagt 322.875.

Bron: Monitorlangdurigezorg.nl

Vraag 458:

Hoeveel mensen hebben hun eigen vermogen weggegeven?

Antwoord 458:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar. Bij het vaststellen van de eigen bijdrage wordt gekeken naar het inkomen en vermogen van twee jaar eerder. De vermogensinkomensbijtelling is in 2013 geïntroduceerd. Het effect van het eventueel schenken van vermogen heeft daarom op zijn vroegst effect op de eigen bijdrage in 2015.

Vraag 459:

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) zal de taken moeten herzien. Zo zal het innen van de extramurale eigen bijdrage (Zvw) vervallen bij invoering van de Wlz en zijn de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en Compensatie eigen risico (CER) afgeschaft. Het is niet precies duidelijk welke gevolgen dit zal hebben voor het functioneren van het CAK. Kan hier meer duidelijkheid over worden gegeven?

Antwoord 459:

De taken en daarmee ook de organisatie van het CAK zijn aan verandering onderhevig. De taken Wtcg, CER en de inning eigen bijdrage zonder verblijf vervallen op termijn. Er komen echter ook nieuwe taken bij. De activiteiten in het kader van de uitvoering van de Wtcg en CER zullen niet direct vervallen. In 2015 dienen nog Wtcg-tegemoetkomingen en CER-uitkeringen te worden uitbetaald als blijkt dat klanten daarvoor alsnog in aanmerking komen. Tevens zullen er in 2015 nog eigen bijdragen worden geïnd bij cliënten met Zorg zonder Verblijf die in 2015 onder het overgangsrecht van de Wlz vallen.

De nieuwe taken die het CAK zal uitvoeren zijn:

- Inning van de ouderbijdrage ten behoeve van de jeugdwet (per 1 januari 2015);
- de afgifte van Schengenverklaringen (per 1 januari 2015);
- en na geleidelijke overdracht van het ZIN de uitvoering van burgerregelingen (de wanbetalers-, onverzekerden, gemoedsbezwaarden- en buitenlandregeling).

Hierdoor zal het CAK zich ontwikkelen tot de uitvoerder van zorgregelingen en de frontoffice voor vragen van burgers over zorgregelingen.

Bovenstaande veranderingen in taken vergen de nodige organisatorische veranderingen binnen het CAK. Voorafgaand aan het beleggen van een nieuwe taak wordt het CAK gevraagd om een uitvoeringstoets uit te brengen.

Daarbij brengt het CAK onder andere in kaart welke organisatorische gevolgen een nieuwe taak met zich meebrengt en onder welke randvoorwaarden een nieuwe taak kan worden uitgevoerd door het CAK.

Ik spreek het CAK regelmatig over de afbouw van taken en over de implementatie van nieuwe taken. Het CAK – en daar waar het de burgerregelingen van het Zorginstituut Nederland betreft ook het Zorginstituut Nederland – is volop aan de slag met de implementatie van nieuwe taken. Uit het verleden blijkt dat het CAK over de benodigde flexibiliteit beschikt om nieuwe taken en wijzigingen op bestaande taken op een zorgvuldige wijze uit te voeren. Gezien de volledige inzet en nauwkeurigheid van het CAK bij de afbouw van taken en implementatie van nieuwe taken heb ik alle vertrouwen dat de klanten hier geen negatieve gevolgen van zullen ondervinden.

Vraag 461:

Op welke wijze denkt u een slag te slaan voor wat betreft betrouwbare informatie over de kwaliteit van geleverde zorg? Worden cliëntenorganisaties en beroepsverenigingen hier ook actief bij betrokken?

Antwoord 461:

In mijn brief van 18 juli (nr. 31765–93) heb ik mijn aanpak geschetst om versnelling te krijgen in de beschikbaarheid van betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. De cliëntenorganisaties en de beroepsverenigingen zijn daar nadrukkelijk bij betrokken zoals bijvoorbeeld ook blijkt uit het daarbij gesloten plan van aanpak van de NPCF.

Vraag 462:

Hoeveel fraudemeldingen zijn er aangaande PGB op jaarbasis, waar komen die binnen en hoe worden die verwerkt?

Antwoord 462:

Signalen van fraude, waaronder fraude met het persoonsgebonden budget, kunnen op verschillende plaatsen binnenkomen. Bijvoorbeeld bij de politie, een meldpunt of informatielijn van een zorgverzekeraar of zorgkantoor, de NZa, het CIZ, de IGZ of een bijzondere opsporingsdienst.

Ook kunnen signalen worden gemeld bij meldpunten van bijvoorbeeld patiënten- en cliëntenorganisaties of brancheverenigingen.

Signalen die binnenkomen bij de NZa, de IGZ, het ClIZ, de Inspectie SZW, de FIOD, het ClIZ en Zorgverzekeraars Nederland worden doorgeleid naar het Fraudeverzamelpunt dat is ondergebracht bij de NZa. In de periode februari 2013 – februari 2014 zijn bij het verzamelpunt in totaal 135 signalen van fraude met het persoonsgebonden budget geregistreerd. Vanuit het Fraudeverzamelpunt worden signalen doorgeleid naar de partnerorganisatie die het meest aangewezen is om deze in behandeling te nemen. Het is niet bekend hoeveel meldingen over pgb fraude bij (meldpunten van) andere organisaties, zoals de politie, brancheverenigingen en patiënten- en cliëntenorganisaties, zijn ingediend.

Vraag 463:

Hoeveel opsporingscapaciteit is er voor fraude met het PGB, zowel bij OM, FIOD/ECD, Inspectie SZW en zorgkantoren?

Antwoord 463:

In het antwoord op vraag 167 heb ik reeds aangegeven hoeveel capaciteit er bij de bijzondere opsporingsdiensten en het OM beschikbaar is voor de opsporing van fraude in de zorg. De Inspectie SZW verricht sinds 2013 strafrechtelijke opsporingsonderzoeken op het terrein van het persoonsgebonden budget in de AWBZ, onder gezag van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie. Met ingang van 2014 zijn daar opsporingstaken op het gebied van declaratiefraude aan toegevoegd. De Inspectie SZW beschikt over circa 50 fte aan capaciteit, waarvan circa 26 fte voor de opsporing van pgb-fraude.

Naast specifieke opsporingsonderzoeken naar fraude met pgb's voert de Inspectie SZW ook opsporingsonderzoeken uit naar fraude met bijstandsuitkeringen in combinatie met pgb fraude. Deze gecombineerde onderzoeken worden uitgevoerd vanuit de capaciteit die de Inspectie SZW beschikbaar heeft voor opsporingsactiviteiten in het domein van Werk en Inkomen.

Vraag 464:

Hoeveel mensen worden niet alleen op papier maar ook feitelijk gecontroleerd?

Antwoord 464:

In 2013 en 2014 zijn en worden 30.000 mensen met een pgb thuis door zorgkantoren bezocht.

Vraag 490:

Kunt u de verschillen tussen de begroting VWS en de miljoenennota (pag. 99) verklaren als het gaat om de middelen die gaan naar extra plaatsen in een instelling en de verzachting jeugd, gezien de bedragen in de miljoenennota in andere jaren, in andere bedragen besteed worden, dan in de begroting van VWS aangegeven is? (pagina 167 begroting VWS)

Antwoord 490:

In de begroting van VWS zijn dezelfde bedragen opgenomen voor de maatregelen «extra plaatsen in een instelling» respectievelijk «verzachting jeugd» als in de miljoenennota. Voor de maatregel «verzachting jeugd» geldt daarbij dat het bedrag dat hiervoor in het aprilpakket is opgenomen (€ 60 miljoen in 2015) is verdeeld over de Transitieautoriteit Jeugd (€ 40 miljoen, blz 91 VWS-begroting) en het macrobudget jeugdwet (€ 20 miljoen, blz 167 VWS-begroting).

Onderstaande tabellen zetten per maatregel de verwerkte bedragen in de VWS-begroting en de miljoenennota onder elkaar. Daartoe zijn de bedragen uit de VWS-begroting omgerekend van miljoenen naar miljarden euro. Op regel 4 van de eerste tabel en regel 6 van de tweede tabel is te zien dat er voor de genoemde maatregelen geen verschillen zijn tussen de begroting van VWS en de miljoenennota.

Tabel: Verwerking extra middelen zorg in een instelling (extra plaatsen) uit aprilpakket

		2015	2016	2017
1	Begroting VWS, blz 167 (miljoenen)	5	35	50
2	Begroting VWS (miljarden)	0	0	0,1
3	Miljoenennota (miljarden)	0	0	0,1
4	Verschil	0	0	0

Tabel: Verwerking verzachting maatregelen Jeugd uit aprilpakket

		2015	2016	2017
1	Begroting VWS, blz 167: macro-budget jeugd (miljoenen)	20	0	0
2	Begroting VWS, blz 91: Transitieautoriteit Jeugd (miljoenen)	40	0	0
3	Begroting VWS totaal (miljoenen)	60	0	0
4	Begroting VWS (miljarden)	0,1	0,0	0,0
5	Miljoenennota in miljarden	0,1	0,0	0,0
6	Verschil	0,0	0,0	0,0

Vraag 491:

Wat is de oorzaak van de bezuiniging van bijna € 2 miljoen op zorg- en dienstverlening aan verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen WOII? Welke gevolgen heeft dit voor de zorg- en dienstverlening?

Antwoord 491:

Het genoemde bedrag van bijna € 2 miljoen is een verlaging van het budget voor de zorg- en dienstverlening. Deze verlaging is het gevolg van de demografische daling van de doelgroep oorlogsgetroffenen, is daarom geen bezuiniging en heeft geen gevolgen voor de zorg- en dienstverlening. VWS is samen met de uitvoeringsorganisaties al enige jaren bezig deze daling op te vangen waarbij de continuïteit en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening gewaarborgd blijven.

Vraag 492:

Hoe pakt de neerwaartse bijstelling van de zorgtoeslag met € 320 miljoen uit voor individuele gezinnen?

Antwoord 492:

In 2013 is besloten om met ingang van 2014 bij de vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag rekening te houden met de collectiviteitskorting. Als gevolg hiervan is de maximale zorgtoeslag ca € 50 lager vastgesteld voor een alleenstaande en ca € 100 voor een meerpersoonshuishouden. Deze effecten zijn verwerkt in de koopkrachtmaatjes

Vraag 493:

Kunt u voorrekenen hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt?

Antwoord 493:

In onderstaande tabel is op basis van de gegevens in onderstaande tabel voor een aantal inkomens de hoogte van de zorgtoeslag voor 2015 berekend.

Tabel Hoogte zorgtoeslag 2015 voor alleenstaand en meerpersoonshuishouden.

verzamelinkomen	alleenstaand	meerpersoon
19.463	€ 983	€ 1.873
21.463	€ 715	€ 1.605
23.463	€ 447	€ 1.337
25.463	€ 179	€ 1.069
26.622	€ 0	€ 914
28.622	€ 0	€ 646
30.622	€ 0	€ 378
32.622	€ 0	€ 110
33.266	€ 0	€ 0

Vraag 494:

Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar minder zorgtoeslag gehad?

Antwoord 494:

In onderstaande tabel het aantal huishoudens met zorgtoeslag over de jaren 2011–2015 op basis van gegevens van het CPB (MEV 2015).

Tabel Aantal huishoudens met zorgtoeslag (mln.)

	2011	2012	2013	2014	2015
Huishoudens met zorgtoeslag	6,4	6,1	5,2	4,6	4,2

Vraag 495:

Wat was de daling van de zorgtoeslag uitgesplitst in verschillende inkomensgroepen (minimum, 130% van het minimum, modaal)?

Antwoord 495:

In onderstaande tabel is voor een alleenstaande en een alleenverdiener voor minimum, 130% minimum en modaal aangegeven wat de mutatie van de zorgtoeslag is van 2014 op 2015.

Tabel Mutatie Zorgtoeslag 2014–2015 (euro's per jaar)

	Alleenstaand			Meerpersoons		
	2014	2015	mutatie	2014	2015	mutatie
minimum	€ 865	€ 983	€ 118	€ 1.655	€ 1.873	€ 218
130% minimum	€ 380	€ 259	– € 121	€ 1.170	€ 1.149	– € 21
modaal	€ 0	€ 0	€ 0	€ 312	€ 0	– € 312

Vraag 496:

Kan worden aangegeven welke onderwerpen de Minister voornemens is te agenderen tijdens het Nederlandse EU-voorzitterschap in 2016?

Antwoord 496:

De exacte keuze voor inhoudelijke thema's onder het Nederlands EU-voorzitterschap in 2016 zullen in november dit jaar door de ministerraad worden vastgesteld. Ik ben voornemens om hierbij in ieder geval aandacht te vragen voor de onderwerpen antibioticaresistentie, innovatie en markttoelating nieuwe geneesmiddelen, het terugdringen van het gebruik van zout, suiker en vet in voedingsmiddelen en integriteit in brede zin in de sport.

Vraag 497:

Klopt het dat bij geneesmiddelen de afgelopen jaren een toename te zien was in parallelimport? Ziet de Minister een vergelijkbare ontwikkeling in diagnostiek?

Antwoord 497:

Nee. De parallelgroothandel («import») uit EU-lidstaten vertoont een dalende trend. De omzet van parallelgroothandel bedroeg in 2013 € 365,5 miljoen tegenover € 588 miljoen in 2012. Dit is inclusief de diagnostische geneesmiddelen. Ik beschik niet over een verdere uitsplitsing met betrekking tot diagnostische genees- en hulpmiddelen.

Vraag 498:

Waarom denkt u de komende jaren te kunnen met minder externe inhuur van personeel?

Antwoord 498:

De meerjarenraming in de ontwerpbegroting geeft de behoefte aan inhuur van extern personeel aan zoals die vooruitlopend op het uitvoeringsjaar bekend is. De inhuur van extern personeel is naar zijn aard flexibel en zal gedurende het uitvoeringsjaar veranderen. VWS stuurt evenals voorgaande jaren op de norm van maximaal 10% externe inhuur.

Vraag 499:

Hoe slaagt de Minister erin de personele uitgaven van 2014 naar 2015 toe met € 31 miljoen te laten dalen?

Antwoord 499:

De stand personele uitgaven in de ontwerpbegroting 2015 voor het begrotingsjaar 2014 betreft een ten opzichte van de ontwerpbegroting 2014 bijgestelde raming van de uitgaven voor het jaar 2014.

Sinds de publicatie van de ontwerpbegroting 2014 zijn er de nodige mutaties geweest vanuit de programmabudgetten naar het apparaatsartikel. Hierover wordt verantwoording afgelegd in de eerste suppletoire begroting 2014. Het betreft hier met name mutaties ten behoeve van externe inhuur, investering en de financiering van specifieke apparaatskosten. In het verleden geschiedde dit via programmabudgetten. Tegenwoordig moeten deze personele uitgaven volgens de systematiek van verantwoord begroten op het apparaatsartikel verantwoord worden.

Lopende het begrotingsjaar 2015 zullen wederom diverse mutaties vanuit het programmabudget naar het apparaatsartikel worden verwerkt, waarmee het verschil van ca € 30 mln tussen 2014 en 2015 aanzienlijk kleiner zal worden. Hierover wordt u bij eerste suppletoire begroting 2015 nader geïnformeerd.

Vraag 500:

Kunt u, gegeven de grootschalige hervormingen in 2015, ingaan op de meerjarige personele inzet (inclusief externe inhuur) voor het nieuwe beleid?

Antwoord 500:

Het voorbereiden van de grootschalige hervormingen in de langdurige zorg en het jeugdbeleid heeft deze kabinetsperiode al een grote ambtelijke inspanning gevergd. Vanaf komend jaar komen deze hervormingen in de uitvoeringsfase. Dit is een kwetsbare periode die ook vanuit het Ministerie van VWS intensief gevolgd en begeleid zal worden. Hiertoe worden tijdelijk aanvullende personele middelen gereserveerd om voldoende menskracht beschikbaar te hebben om de succesvolle invoering van de hervorming en stelselherziening mede mogelijk te maken. Voor tijdelijke, specifieke expertise die niet binnen het Rijk beschikbaar is, kan gebruik worden gemaakt van ondersteunende externe inhuur.

Vraag 501:

Hoe wordt de € 3,6 miljoen van de kennisinfrastructuur preventie, jeugd en sport besteed?

Antwoord 501:

De genoemde € 3,6 mln betreft de invulling van een deel van de taakstelling op de organisatie van de rijksoverheid die is afgesproken in het regeerakkoord Rutte- Asscher. Op de beleidsterreinen preventie, jeugd en sport zullen de uitgaven aan kennis en onderzoek c.a. de komende jaren met dit bedrag worden teruggebracht.

Vraag 502:

Hoe groot zijn de uitgaven van de IGZ aan ICT? Welke verbeteringen moeten komende jaren aan ICT gedaan worden? Wanneer is de ICT op orde? Welk bedrag is hiermee gemoeid?

Antwoord 502:

De uitgaven voor ICT bedragen voor 2014 naar verwachting € 5,6 mln. Onder ICT uitgaven valt de jaarlijkse bijdrage aan SSC-ICT, telefonie, software en licenties, beheer en onderhoud van systemen, boeken, tijdschriften en abonnementen, en inhuur. Ook de uitgaven voor vernieuwing van de ICT omgeving van de IGZ komen ten laste van dit budget.

Op dit moment werkt de IGZ in het kader van haar ontwikkeltraject aan een nieuw ICT-informatiesysteem. Dit informatiesysteem moet in 2017 gereed zijn. Het is op dit moment nog niet aan te geven welk bedrag gemoeid zal zijn met het beheer van dit nieuwe systeem. Vooralsnog gaat de IGZ in haar begroting uit van een marktconforme jaarlijkse uitgave aan ICT van ongeveer 10% van de totale begroting. Uw Kamer heeft van mij een toezegging gekregen tijdens het AO IGZ van 30 oktober 2014 dat ik in het voorjaar van 2015 nadere informatie geef over de ICT-projecten bij de IGZ en het CIBG. Daarin zal ik ook ingaan op de hier gestelde vragen.

Vraag 503:

Hoeveel onderzoeken hebben de IGZ en Inspectie Jeugdzorg gedaan in 2014? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel, en hoeveel tot een strafrechtelijke? Wat waren de aantallen in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 503:

De laatst vastgestelde cijfers hebben betrekking op 2013. In dat jaar heeft de IGZ in totaal 3790 rapporten geschreven na haar toezichtbezoeken. Daaruit zijn in totaal 317 maatregelen voortgekomen. De IGZ kan geen strafrechtelijke maatregelen opleggen. Het aantal bestuursrechtelijke maatregelen die de IGZ heeft genomen vanaf 2009 zijn als volgt:

	2009	2010	2011	2012	2013
Bevel (Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet big)	4	6	19	15	36
(Advies) Aanwijzing (Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet klachtrecht cliënten zorg instelling)	4	4	57	9	16
Bestuurlijke boete	12	9	23	18	18
Waarschuwingen		3	34	59	142
Last onder dwangsom (Wet toelating zorginstellingen, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG)		9	14	19	51
Verscherpt toezicht	13	11	27	19	29
Tuchtzaken	18	12	12	38	25
TOTAAL	51	54	186	177	317

In de jaren 2009 tot en met oktober 2014 hebben de Inspectie Jeugdzorg en Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ) de hierna vermelde aantallen onderzoeken gedaan. Onder onderzoek wordt verstaan elk onderzoek dat heeft geleid tot een openbaar oordeel.

2009: 92 van IJZ en 6 van STJ

2010: 54 van IJZ en 6 van STJ

2011: 46 van IJZ en 12 van STJ

2012: 28 van IJZ en 11 van STJ

2013: 41 van IJZ en 29 van STJ

2014: 41 van IJZ en 3 van STJ (tot en met medio oktober)

Hiernaast voeren de Inspectie Jeugdzorg en STJ veel toezicht uit dat niet leidt tot een openbaar rapport. De Inspectie Jeugdzorg houdt inspectiebezoeken bij instellingen, volgt de verbetermaatregelen die zij van instellingen verlangt en beoordeelt calamiteiten die uiteindelijk niet leiden tot een diepgaand onderzoek. STJ monitort tot twee jaar na haar onderzoeken de opvolging van haar aanbevelingen.

De Inspectie Jeugdzorg beschikt pas vanaf 1 januari 2015 over handhavende bevoegdheden. Dit betekent niet dat de Inspectie Jeugdzorg in het verleden niet heeft opgetreden bij geconstateerde tekortkomingen. Indien de situatie daar aanleiding toe gaf, heeft zij van de instellingen verbeterplannen geëist, verscherpt toezicht ingesteld en de provincies geadviseerd handhavend op te treden.

Vraag 504:

Hoeveel onderzoeken van de IGZ en Inspectie Jeugdzorg waren volledig onafhankelijk en in hoeveel gevallen werd er gebruik gemaakt van de eigen bevindingen van de te controleren instelling? Wat waren de aantallen in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 504:

De IGZ registreert niet of sprake is van een eigen onderzoek of een onderzoek uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de instelling zelf. De afweging om tot een eigen onderzoek te komen is opgenomen in de Leidraad Meldingen IGZ.

Alle onderzoeken van de Inspectie Jeugdzorg en STJ worden onafhankelijk uitgevoerd. Wel heeft de Inspectie Jeugdzorg in 2013 4 maal en in 2014 2 maal bij haar beoordeling naast haar eigen bevindingen gebruik gemaakt van een intern onderzoek van de instelling. In alle overige voormelde gevallen heeft de Inspectie Jeugdzorg zich uitsluitend gebaseerd op eigen bevindingen.

Vraag 505:

Welke consequentie heeft de taakstelling bij de Inspectie Jeugdzorg, gezien de decentralisatie in de jeugdzorg?

Antwoord 505:

De Inspectie Jeugdzorg zal dit jaar per saldo groeien, zodat zij ook na 1 januari 2015 voldoende is toegerust om haar taken uit te voeren.

Vraag 506:

Welke acties onderneemt de Inspectie Jeugdzorg als op 1 januari 2015 niet alles op orde is? Wat kunnen de precieze acties van de Inspectie zijn om in te grijpen?

Antwoord 506:

Als in 2015 uit het toezicht van de Inspectie Jeugdzorg blijkt dat de kwaliteit van bepaalde instellingen onvoldoende is, heeft zij verschillende

handhavende mogelijkheden. Die mogelijkheden variëren afhankelijk van de inhoud, aard en intensiteit van de tekortkoming. Onder deze handhavende mogelijkheden vallen onder andere het instellen van verscherpt toezicht, het geven van een bevel, het (namens de bewindspersonen) opleggen van een boete, het (namens de bewindspersonen) toepassen van bestuursdwang, het indienen van een tuchtklacht en de betreffende bewindspersonen adviseren een aanwijzing te geven. Voorts kan de inspectie in het geval zij op grond van haar toezicht van mening is dat het stelsel op lokaal of landelijk niveau onvoldoende functioneert, dit onder de aandacht van de betrokken bewindspersonen brengen.

Vraag 507:

Wat verklaart de structurele daling in de kosten voor het donorregister vanaf 2015?

Antwoord 507:

Door toenemende digitalisering kan worden bespaard op kosten voor het verwerken van de registraties.

Vraag 508:

Wat is de gemiddelde doorlooptijd van een DBC (van opening tot sluiting)?

Antwoord 508:

Op basis van de huidige maximale doorlooptijd van 365 dagen bedraagt de gemiddelde DBC doorlooptijd momenteel 153,8 dagen. Na de verkorting van de maximale doorlooptijd tot 120 dagen in 2015 neemt de gemiddelde doorlooptijd naar verwachting af tot gemiddeld 87,6 dagen. Hieruit blijkt dat het verkorten van de maximale doorlooptijd een aanzienlijk effect heeft op het verlagen van de gemiddelde doorlooptijd en daarmee het versnellen van de informatievoorziening over de zorguitgaven.

Vraag 509:

Hoeveel DBC's hebben een langere doorlooptijd dan 120 dagen?

Antwoord 509:

Uit cijfers over 2012 blijkt dat ongeveer 10% van de DBC-zorgproducten een looptijd heeft van meer dan 120 dagen. Deze DBC's worden vanaf 2015 afgesloten na 120 dagen.

Vraag 510:

Welk effect heeft de verkorte doorlooptijd op het gebruik van het eigen risico?

Antwoord 510:

Door het verkorten van de maximum doorlooptijd van een DBC zorgproduct kan een product geopend in jaar t en afgesloten in jaar t+1, in de nieuwe situatie als twee producten worden geregistreerd. Waarbij het eerste product ten laste van het eigen risico van jaar t komt, en het tweede product ten laste van het eigen risico van jaar t+1. De situatie kan zich dus voordoen dat een patiënt die voorheen slechts één keer eigen risico diende af te dragen, dit bij een verkorting twee keer moet doen. Dit kan voor individuele patiënten een consequentie zijn van de maatregel, indien het eigen risico gedurende die jaren niet anderszins wordt opgebruikt. Daar dient wel bij opgemerkt te worden dat de patiënt wel in beide jaren zorg heeft genoten. In die zin sluit het verrekenen van het eigen risico na het verkorten van de doorlooptijden beter aan bij de datum van zorgconsumptie dan het geval was voor de verkorting. Daarnaast heeft de patiënt

sneller inzicht in zijn/haar gemaakte kosten (belangrijk als het gaat om kostenbewustzijn/controle van de nota) wanneer de maximale doorlooptijd van een DBC-zorgproduct wordt verkort.

Vraag 512:

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

Antwoord 512:

Er zijn grote verschillen in de processen en systemen die zorgaanbieders gebruiken om hun declaraties in te dienen. Met goed ingerichte processen en systemen is het mogelijk kort na sluiting van de DBC correcte declaraties samen te stellen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hanteren momenteel een termijn van zes maanden waarbinnen het overgrote deel van de declaraties moet zijn ingediend. Ze onderzoeken de mogelijkheden om deze termijn te verkorten naar vier maanden en over enkele jaren naar twee maanden. Om sneller correct declareren mogelijk te maken wordt onderzocht met welke maatregelen de administratieve processen bij de zorgaanbieders kunnen worden verbeterd. Daartoe worden initiatieven in het veld ontplooid, zoals horizontaal toezicht, maar ook vinden activiteiten plaats in het kader van het traject Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces en de stuurgroep Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven. Snel en correct declareren is immers in het belang van alle veldpartijen en van VWS. Ik beschik niet over werkelijke declaratietermijnen per zorgaanbieder.

Vraag 513:

In tabel 4 op pagina 146 «horizontale ontwikkelingen van de BKZ-uitgaven en -ontvangsten» staat op de post «buiten contracteerruimte – nominaal en onverdeeld» onder beleidsmatige mutaties voor 2015 het bedrag van -1,9 miljard euro vermeld. Het gaat hier vermoedelijk om de taakstelling Wlz, klopt dit?

Antwoord 513:

De beleidsmatige mutatie van -1,9 miljard euro op de post «buiten contracteerruimte – nominaal en onverdeeld» van de Wlz betreft voornamelijk de maatregelen uit het Regeerakkoord die met ingang van 2015 tot lagere uitgaven leiden.

Dit betreft vooral de overheveling van persoonlijke verzorging en extramurale verpleging naar de Zvw en de overhevelingen van verantwoordelijkheden naar de Wmo 2015. Daarnaast worden middelen overgeheveld naar het jeugddomein.

Vraag 514:

Hoeveel PGB's worden jaarlijks afgegeven per zorgdoelgroep en sector?

Antwoord 514:

Het aantal pgb's dat per doelgroep en per sector wordt afgegeven staat in onderstaande tabellen en is gebaseerd op een representatief gegevensbestand van zorgkantoren van juli 2014.

Sector	Aantal budgethouders
V&V	25.000
GGZ	45.000
GHZ	50.000
Totaal	120.000

Doelgroep	Aantal budgethouders
18-	39.000
18+	81.000
Totaal	120.000

Vraag 515:

Hoeveel mensen hebben afgelopen jaar hun PGB verloren?

Antwoord 515:

Het pgb kan om diverse redenen eindigen. Op basis van het mij beschikbare representatieve pgb-gegevensbestand is bekend wat per maand het aantal budgethouders is en dus het saldo van mensen van wie het pgb eindigde en van degenen die voor het eerst een pgb ontvingen, uitgesplitst naar mensen met een extramurale indicatie (functies en klassen) en verblijfsindicatie (zorgzwaartepakket). Het beeld van juni 2013 tot juni 2014 is:

	Totaal aantal budgethouders	Aantal verblijfsindicaties	Aantal extramurale indicaties
Juni 2013	124.435	22.848	101.587
Juli 2013	123.174	23.308	99.866
Augustus 2013	123.095	23.830	99.265
September 2013	123.050	24.192	98.858
Oktober 2013	123.206	24.662	98.544
November 2013	122.205	24.692	97.513
December 2013	121.913	24.965	96.948
Januari 2014	119.873	24.747	95.126
Februari 2014	120.323	25.135	95.188
Maart 2014	120.156	25.283	94.873
April 2014	120.260	25.836	94.424
Mei 2014	119.967	26.026	93.941
Juni 2014	119.909	26.409	93.500
Vershil juni 2013 – juni 2014	– 4.526	3.561	– 8.087

Vraag 516:

Wat kost het CAK jaarlijks?

Antwoord 516:

De beheerskosten van het CAK voor de uitvoering van de wettelijke taken AWBZ (eigen bijdrage Zorg met Verblijf, eigen bijdrage Zorg zonder Verblijf en Financiering Instellingen), WMO, Wtcg en CER bedroegen in 2013 € 98,3 miljoen en zullen in 2014 waarschijnlijk uitkomen op € 97,7 miljoen.

Vraag 517:

Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werd? Hoe hoog was die winst in 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 517:

Winstcijfers van collectiviteiten zijn niet bekend. Zorgverzekeraars presenteren jaarlijks hun winstcijfers in de jaarverslagen. Zorgverzekeraars zijn hierbij niet verplicht om winsten van afzonderlijke collectiviteiten te presenteren.

Vraag 518:

Hoeveel poliklinieken bestaan er thans waar zorg wordt verleend die een eerstelijns karakter heeft («pretpoli's»). Wat is het verschil met 2013?

Antwoord 518:

Ik beschik niet over dergelijke kwantitatieve gegevens. Het begrip pretpoli is een informele manier om zorg aan te duiden maar als zodanig geen gedefinieerd begrip of registratiecriterium.

Bedacht moet ook worden dat bij veel specialismen overlap bestaat tussen zorg met een «eerstelijns karakter» en poliklinische zorg in de tweedelijns, zoals anticonceptie in de gynaecologie, eczeem in de dermatologie, huilbaby's in de kindergeneeskunde. Het is met name aan zorgverzekeraars om kritisch te zijn op de zorg die zij inkopen. Op deze wijze kan substitutie bevorderd worden.

Vraag 519:

Wat zijn de totale kosten van pretpoli's, en hoeveel kan worden bespaard wanneer deze zorg wordt verplaatst naar de eerste lijn?

Antwoord 519:

Zie het antwoord op vraag 518.

Vraag 520:

In hoeverre klopt het dat zorgverzekeraars maar in zeer beperkte mate vormgeven aan het derde segment van de nieuwe huisartsbekostiging?

Antwoord 520:

Per 1 januari 2015 wordt het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ingevoerd. Binnen het derde segment kunnen aanbieders en verzekeraars onderling afspraken maken over het belonen van uitkomsten en zorgvernieuwing. Om hier invulling aan te geven hebben aanbieders en verzekeraars gezamenlijk prestaties en indicatoren geformuleerd. Deze prestaties en indicatoren worden dit jaar voor het eerst gebruikt bij de zorginkoop voor 2015 die op dit moment volop gaande is. Voor alle partijen zal het zoeken zijn hoe de afspraken in segment 3 worden vormgegeven, dit is ook logisch gezien het nieuwe karakter van het belonen van uitkomsten. De uitgangspunten van de invulling van segment 3 in 2015 zijn tussen partijen overeengekomen in de bestuurlijke afspraken van juli 2014, die uw Kamer op 4 juli 2014⁴⁷ heeft ontvangen.

Vraag 521:

In hoeverre bent u voornemens de hele bekostigingssystematiek van de eerstelijnszorg te harmoniseren met het model zoals toegepast in de nieuwe huisartsen- en wijkverplegingbekostigingsmodellen? Hoe zit het bijvoorbeeld met fysiotherapie, mondzorg en verloskundige zorg?

Antwoord 521:

Ik ben voornemens niet voornemens om de Nederlandse Zorgautoriteit op te dragen de bekostiging van alle eerstelijnszorg te harmoniseren in lijn met de nieuwe bekostiging van huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en wijkverpleging. Elke sector kent zijn eigen kenmerken die effect hebben op de wijze van bekostiging (zoals de vraag of de zorg onder basispakket valt of onder het verplicht eigen risico valt of niet, hoeveel aanbieders er zijn, of er sprake is van eigen bijdragen), waardoor het niet voor de hand ligt het bekostigingsmodel van de ene sector zonder meer toe te passen bij een andere sector.

Wat ik wel nastreef is dat door de NZa waar mogelijk dezelfde uitgangspunten worden gehanteerd bij de vormgeving van de bekostigingsmodellen. Een voorbeeld daarvan is de zgn. facultatieve prestatie met een vrij tarief. Deze facultatieve prestatie met vrij tarief biedt ruimte voor

⁴⁷ TK, 2013 -2014, 33 578, nr. 11

zorgaanbieders en zorgverzekeraars om onderling afspraken te maken, bijvoorbeeld over substitutie van zorg of zorgvernieuwing. Een dergelijke prestatie is voor het eerst geïntroduceerd bij de farmaceutische zorg in 2012, vervolgens uitgebreid naar andere eerstelijnssectoren zoals de fysiotherapie in 2013 en krijgt ook een plek in de nieuwe bekostiging van huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en wijkverpleging. Hetzelfde geldt voor de introductie van uitkomstbeloning in steeds meer eerstelijnssectoren.

Vraag 522:

Verwacht u de doelstelling met betrekking tot een populatiegebonden en op uitkomst gebaseerde bekostiging van zorg uit het regeerakkoord voor 2017 te realiseren? Zo ja, waarom verwacht u dat? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 522:

In het regeerakkoord is afgesproken dat er een nieuw model komt voor de bekostiging van de huisartsenzorg, een model dat zich meer dan nu richt op het bekostigen van zorg op basis van de zorgbehoefte van de populatie, ruimte biedt voor aanvullende beloningsafspraken door verzekeraars en substitutie van zorg bevordert. Per 2015 wordt de nieuwe bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ingevoerd. Ik heb u hierover uitgebreid geïnformeerd in mijn brief van 19 mei 2014 (TK, 2013–2014, 33 578, nr.6).

Tevens is in het regeerakkoord overeengekomen dat de bekostiging van de wijkverpleegkundige zorg in de Zvw en de bekostiging van de HAP/SEH in een later stadium hierop zullen gaan aansluiten. Met ingang van 2016 zal het nieuwe bekostigingsmodel voor de wijkverpleegkundige zorg worden ingevoerd. Dit model is reeds op hoofdlijnen vormgegeven in hetzelfde stramien als de huisartsenzorg. De Nederlandse Zorgautoriteit zal mij op korte termijn adviseren over de precieze uitwerking. De samenhang tussen de bekostiging van huisartsenzorg en wijkverpleegkundige zorg biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om deze zorg integraal in te kopen en helpt aanbieders om deze zorg als samenhangend pakket te organiseren en te leveren.

De bekostiging van de HAP is op dit moment al grotendeels op de samenstelling van de populatie gebaseerd. Met partijen bekijk ik of er behoefte is de bekostiging verder te optimaliseren en bijvoorbeeld uitkomstbeloning daaraan toe te voegen.

Vraag 523:

Hoe duidt u dat er in geen van de proeftuinen curatieve zorg afspraken zijn gemaakt over uitkomstbekostiging en/of shared savings? Gaan deze proeftuinen de benodigde informatie opleveren om de juiste stappen naar populatiegebonden uitkomstbekostiging te zetten? Zo ja, waaruit blijkt dat? Zo nee, welke activiteiten onderneemt u om de ondervonden belemmeringen te verhelpen?

Antwoord 523:

Binnen de proeftuin Friesland heeft de Friesland Zorgverzekeraar een overeenkomst gesloten met alle vrijgevestigde specialisten om toekomstige besparingen in de zorg te delen. De Friesland is voor zover mij bekend de eerste verzekeraar die dit contractueel heeft vastgelegd, maar ook andere verzekeraars hebben dit in ontwikkeling.

In de afgelopen periode hebben VWS en NZA gesproken met een aantal initiatieven, om scherper in kaart te krijgen welke behoeftes er nu precies bestaan t.a.v. het uitkeren van shared savings. Die behoeftes zijn niet uniform, zo willen sommige initiatieven aanbieders en verzekerden belonen voor het behalen van gezondheidswinst en/of lagere kosten, anderen shared savings gebruiken ter dekking van noodzakelijke

voorinvesteringen of voor de financiering van frictiekosten bij substitutie, en anderen herinvesteren in nieuwe projecten en interventies over domeinen heen, bijvoorbeeld voor preventie activiteiten. De materie is derhalve complex. Er wordt op dit moment gewerkt aan het in kaart brengen van de mogelijkheden en onmogelijkheden. Dat is derhalve ook het karakter van de proeftuinen, dat ideeën worden ontwikkeld en getoetst op haalbaarheid.

Vraag 524:

De Minister heeft zich ervoor uitgesproken om in de eerstelijns diagnostiek de huisarts budgethouder te maken. Hoe bent u voornemens dit te realiseren? Bent u ervan overtuigd dat dit niet te belastend zal zijn voor de huisarts, en hoe wordt de kwaliteit geborgd?

Antwoord 524:

KPMG heeft onlangs een rapport uitgebracht, waarin over een nieuwe bekostiging van eerstelijnsdiagnostiek wordt geadviseerd. Eén van de adviezen, naast tal van anderen, is om de huisarts op termijn budgethouder te maken van de eerstelijnsdiagnostiek. Op dit moment ben ik bezig een visie op de diagnostiek te formuleren. Begin 2015 informeer ik de Kamer over deze visie en de stappen die genomen kunnen worden om die visie te realiseren. In dit licht wil ik me nog niet uitspreken over eventuele stappen om de huisarts budgethouder te maken.

Vraag 525:

In hoeverre is zichtbaar dat zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit?

Antwoord 525:

Zorgverzekeraars Nederland heeft inkoopgidsen opgesteld die zorgverzekeraars kunnen gebruiken als handreiking bij hun zorginkoop. Zorgverzekeraars publiceren op hun website veelal ook op hun zorginkoopcriteria. Kwaliteit is een belangrijk onderdeel daarvan.

Vraag 526:

Wanneer zijn naar verwachting de zorgstandaarden GGZ gereed?

Antwoord 526:

In het kader van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ dat in oktober 2013 van start is gegaan, wordt hard gewerkt aan zorgstandaarden. De gemiddelde looptijd voor de ontwikkeling van een zorgstandaard bedraagt 18 tot 24 maanden. Op dit moment is de verwachting dat voor de meest voorkomende aandoeningen in de GGZ eind 2016 zorgstandaarden opgeleverd kunnen worden. De zorgstandaard «Persoonlijkheidsstoornissen» is reeds beschikbaar vanaf begin 2016.

Naast stoornis-specifieke zorgstandaarden is ook een groot aantal generieke modules (bijv. arbeidsparticipatie, ondersteuning dagactiviteiten, diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, etc.) in ontwikkeling. Deze worden voor een deel in 2015 opgeleverd. De rest volgt naar verwachting begin 2016.

Landelijke GGZ Afspraken (LGA) tussen huisartsenzorg, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn beschikbaar vanaf derde kwartaal 2015.

Het opstellen van een zorgstandaard is naar zijn aard een omvangrijk proces waarbij in voorkomende gevallen eerst de onderliggende richtlijn geactualiseerd of nieuwe evidence-based informatie gegenereerd moet worden. Alle relevante partijen (beroepsgroepen, aanbieders, verzekeraars en patiënten) worden in dit proces betrokken. Na autorisatie door alle betrokken partijen kan een zorgstandaard in het register van Zorginstituut Nederland (ZIN) opgenomen worden.

Vraag 527:

Op basis van welke informatie wordt verwacht dat de beperking van de groei van zorguitgaven aan paramedische zorg structureel is?

Antwoord 527:

Uit cijfers van het Zorginstituut was af te leiden dat in 2013 sprake was van lagere uitgaven dan in onze begroting geraamd. Dergelijke onderschrijdingen worden structureel verondersteld, tenzij er aanwijzingen zijn dat sprake is geweest van incidentele oorzaken.

Het Zorginstituut Nederland heeft als mogelijke verklaringen aangegeven dat voor de gehele paramedische zorg een scherpere beoordeling van aanvragen geldt en wellicht ook een verminderde vraag als gevolg van het in 2013 verhoogde eigen risico. Bij logopedie kan ook meespelen dat zorgverzekeraars tegen lagere tarieven contracteren dan de maximumtarieven.

Vraag 528:

Is het feit dat de uitgaven voor tandheelkundige zorg structureel zijn gedaald een signaal dat vrije prijzen tot kostenverhoging leiden?

Antwoord 528:

In de periode van de vrije prijzen voor de mondzorg lagen de kosten inderdaad hoger dan daarvoor en daarna. Dat betekent echter niet dat het een algemeen principe is dat vrije prijsvorming per definitie tot kostenstijging leidt.

Vraag 529:

Waarop baseert de Minister het standpunt dat de onderschrijding fysiotherapie als structureel te veronderstellen is? Als die onderschrijding fysiotherapie niet structureel is, zal dit dan leiden tot een overschrijding van het budget in 2015?

Antwoord 529:

Uit cijfers van het Zorginstituut was af te leiden dat in 2013 sprake was van lagere uitgaven dan in onze begroting geraamd. Dergelijke onderschrijdingen worden structureel verondersteld, tenzij er aanwijzingen zijn dat sprake is geweest van incidentele oorzaken.

Vermoed wordt dat de lagere uitgaven het gevolg zijn van het gegeven dat er voor de gehele paramedische zorg een scherpere beoordeling door zorgverzekeraars van aanvragen geldt. Daarnaast is wellicht ook sprake van een verminderde vraag als gevolg van het in 2013 verhoogde eigen risico.

Vraag 530:

Hoe kunnen de uitgaven in de eerstelijnszorg teruglopen, terwijl juist de bedoeling is dat er substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg plaatsvindt?

Antwoord 530:

Zoals in de toelichting op tabel 8 op pagina 157 is aangegeven, is in 2013 sprake geweest van een onderschrijding op de sectoren tandheelkundige zorg Zvw, de paramedische zorg, de verloskunde en de kraamzorg.

Inderdaad is het de bedoeling dat er de komende jaren substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg (m.n. huisartsenzorg) plaatsvindt. Daarvoor is in het »Bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014–2017« ook additionele groeiruimte beschikbaar gesteld. Zoals te zien is in tabel 27 op pagina 199 van de VWS-begroting, nemen de (geraamde) uitgaven voor de eerstelijnszorg (m.n. huisartsenzorg) toe in de komende jaren.

Vraag 531:

Kan uitgelegd worden met uitgesplitste cijfers welke factoren ertoe hebben bijgedragen dat de ramingen en daadwerkelijke uitgaven voor geneesmiddelen zo ver uit elkaar lopen?

Antwoord 531:

Een nadere onderbouwing per specifieke factoren is niet te maken. Zie met betrekking tot dit onderwerp ook de brief aan de Tweede Kamer d.d. 18 september 2014 (Kamerstuk 29 477, nr. 294). Zie ook vraag 532.

Vraag 532:

Kan precies worden aangegeven welk aandeel convenanten met het veld, preferentiebeleid, vrij onderhandelbare tarieven van apothekers, uit patent lopen van geneesmiddelen en het inkoopbeleid hebben in de lagere zorguitgaven voor geneesmiddelen van € 611 miljoen?

Antwoord 532:

Een dergelijke nadere onderbouwing is niet te maken. Het uit octrooi lopen van geneesmiddelen, onderhandelbare tarieven en het inkoopbeleid van verzekeraars hebben bijvoorbeeld met elkaar te maken. Zie met betrekking tot dit onderwerp ook de brief aan de Tweede Kamer d.d. 18 september 2014 (Kamerstuk 29 477, nr. 294).

Vraag 533:

Kan uitgelegd worden waarom de onderschrijding uit 2012 nu pas als structureel wordt gezien?

Antwoord 533:

In de zomer van 2013, bij de opstelling van de begroting 2013, was nog onvoldoende zicht op het structurele karakter van de toen geconstateerde onderschrijding over 2012. De uitgavenraming 2014 is behoedzaam opgesteld, waarbij ook rekening gehouden werd met mogelijke groei ten opzichte van 2012 en 2013. Inmiddels is in 2014 op basis van nadere gegevens duidelijk geworden dat de onderschrijding een structureel karakter heeft. Dit is (zie tabel acht op pagina 157 van de VWS-begroting 2015) in de raming voor 2014 t/m 2019 verwerkt.

Vraag 534:

Kan aangegeven worden waarop de raming geneesmiddelen was gebaseerd dat er enige groei zou optreden en een nominale bijstelling nodig was, terwijl de uitgaven in 2013 al lager waren dan in 2012? Waarom is vorig jaar in de raming niet meegenomen dat geneesmiddelen het aankomende jaar uit patent zouden gaan?

Antwoord 534:

De uitgaven in 2013 zijn voornamelijk lager dan 2012 door de overheveling van dure oncolytica en groeihormonen van het extramurale geneesmiddelenkader naar het kader voor Medisch Specialistische Zorg.

Ervan uitgaande dat de vraag betrekking heeft op de raming van de uitgaven in 2014: in de raming van de geneesmiddelen zat, op basis van historische gegevens en ontwikkelingen, de verwachting dat ten opzichte van 2013 de prijzen en volumes in 2014 licht zouden gaan stijgen.

De raming wordt mede gebaseerd op eerdere prijsontwikkelingen, als gevolg van het uit octrooi lopen van geneesmiddelen en ook op het uit octrooi lopen van geneesmiddelen in aankomende jaren. Het exact ramen van toekomstige ontwikkelingen ten aanzien van het uit octrooi lopen van geneesmiddelen is lastig. Prijsontwikkeling is o.a. afhankelijk van ontwikkeling generieke middelen, preferentiebeleid, inkoopbeleid van zorgverzekeraars en de Wet geneesmiddelenprijzen.

Vraag 535:

Welke waarde heeft het vaststellen door de NZa van hogere maximumtarieven voor de logopedie, als tegelijkertijd de zorgverzekeraars weigeren om meer voor logopedie te gaan betalen?

Antwoord 535:

Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is de NZa bevoegd maximumtarieven vast te stellen. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht tegen deze tarieven te contracteren, zij hebben de vrijheid aanbieders een lager tarief aan te bieden. Als Minister treed ik niet in het contracteerbeleid van zorgverzekeraars.

Vraag 536:

Klopt de veronderstelling dat de ramingsbijstelling geneesmiddelen die in 2013 plaatsvond was bedoeld als «spaarpotje» om de voorwaardelijke toelating te kunnen financieren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 536:

Nee. Begin 2014 is duidelijk geworden hoeveel er financieel benodigd was voor Voorwaardelijke Toelating binnen de Geneeskundige Zorg en binnen het extramurale Geneesmiddelenkader. De Voorwaardelijke Toelating is gefinancierd vanuit de ramingsbijstelling in 2014.

Vraag 537:

Hoeveel DOT's zijn er geopend in 2014, uitgesplitst per specialisme?

Antwoord 537:

DBC's worden doorgaans na declaratie aan het DBC-informatiesysteem (DIS) geleverd. Daarnaast registreert Vektis de DBC's die gedeclareerd en door verzekeraars geaccepteerd zijn. Veel van de DBC's die geopend zijn in 2014 zijn op dit moment nog niet gesloten en gedeclareerd. Veel ziekenhuizen leveren echter ook informatie over het onderhanden werk, dat zijn de DBC's die geopend zijn maar nog niet gesloten of gesloten maar nog niet gedeclareerd. Deze informatie wordt ook door Vektis verzameld en in Zorgprisma aan VWS beschikbaar gesteld. Op peildatum 31 augustus 2014 zijn volgens Zorgprisma van Vektis ongeveer 1,0 miljoen DBC's gesloten en niet gedeclareerd en 3,1 miljoen DBC's geopend en niet gesloten. Daarnaast zijn 2,6 miljoen DBC's gedeclareerd en door verzekeraars geaccepteerd. Deze in totaal 6,7 miljoen geopende DBC's zijn alleen de DBC's van instellingen die onderhanden werk hebben aangeleverd. Vektis heeft bijgeschat voor de DBC-volumes in de instellingen die geen onderhanden werk hebben aangeleverd. Daarvoor komen er 1,1 miljoen DBC's bij. Het totaal aantal in 2014 geopende DBC's op deze peildatum komt dan uit op ten minste 7,8 miljoen. Deze aantallen zijn niet uit te splitsen naar specialisme.

Vraag 538:

Welk softwaresysteem wordt thans gebruikt bij het openen van DOT's, wat zijn hiervan de invoeringskosten en hoeveel kost dit per jaar?

Antwoord 538:

De ziekenhuizen hanteren verschillende softwaresystemen om hun zorgactiviteiten en DBC-zorgproducten te registreren. De geregistreerde zorgactiviteiten en DBC-informatie worden naar de centrale declaratie-grouper gestuurd die van deze informatie een declarabel product maakt. De declaratiegrouper is dus een ICT-applicatie waarmee producten worden afgeleid en verzegeld. Sinds de invoering van DOT (2012) bieden de NZa en DBC-O deze centrale declaratie grouper aan. Deze wordt door hen onderhouden, maar er is geen verplichting deze centrale grouper te gebruiken. De NZa stelt wel specificaties vast waaraan een declaratie-

grouper dient te voldoen. Omwille van de continuïteit van het declaratieverkeer blijft de centrale declaratiegrouper ook per 2015 nog in het beheer van NZa/DBC-O en wordt deze op mijn verzoek kosteloos ter beschikking gesteld. De komende maanden zal over het eventuele overdragen van de grouper per 2016 gesproken worden met private partijen. De jaarlijkse exploitatiekosten van de grouper bedraagt circa € 900.000. Hiermee worden ruim 700 aanbidders voorzien van een goed werkende en geauditeerde grouper.

Vraag 539:

In hoeverre komt de raming opbrengst eigen risico overeen met de daadwerkelijke opbrengst van het eigen risico in 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013? Zou de Minister hiervan een overzicht aan de Kamer willen sturen?

Antwoord 539:

Reguliere cijfers over het eigen risico dat verzekeraars daadwerkelijk incasseren zijn niet beschikbaar. Voor het jaar 2010 wordt de werking van het risicovereveningsmodel voor het verplicht eigen risico geanalyseerd. In dat kader wordt ook een relatie tussen de geraamde en de daadwerkelijke opbrengst van het verplicht eigen risico bekeken. Voor de jaren 2008 en 2009 is deze analyse reeds uitgevoerd. De rapportages van deze analyses worden naar verwachting voor het einde van het jaar naar de Tweede Kamer gestuurd.

Vraag 540:

Hoeveel gemeenten zijn per 1 oktober jl. klaar met de onderhandelingen voor wat betreft de jeugdhulp en hebben alle contracten met zorgaanbidders getekend?

Antwoord 540:

Het inkoopproces rondom de Jeugdhulp kent niet de datum 1 oktober 2014, maar 1 november 2014 als streefdatum waarop de contracten getekend moeten zijn.

Bij brief van 20 oktober jongstleden heb ik uw Kamer nader geïnformeerd over de voortgang van de inkoop Jeugdhulp.

Vraag 541:

Hoeveel personen hebben een zorg met verblijf indicatie, en hoeveel personen hebben een zorg zonder verblijf indicatie?

Antwoord 541:

Op 1 april 2014 hebben ca. 800.000 cliënten een AWBZ-indicatie van het CIZ. Hiervan hebben er ca. 470.000 een extramurale indicatie en ca. 330.000 een verblijfsindicatie (Bron: Monitor Langdurige Zorg).

Daarnaast zijn er 35.000 jeugdigen met een AWBZ-indicatie van een van de Bureaus Jeugdzorg. Hiervan hebben er ca. 1.500 een verblijfsindicatie.

Vraag 542:

Omdat meer mensen gebruik zullen maken van intramurale begeleiding dan oorspronkelijk geraamd komt er structureel € 100 miljoen meer beschikbaar voor begeleiding en dagbesteding via zorginstellingen. Hoeveel van dit budget is er beschikbaar voor dagbesteding? Aangezien het gaat om intramurale begeleiding, kan de Staatssecretaris aangeven of hij bij deze begeleiding een rol ziet voor de casemanager dementie? Zo ja, hoeveel budget voorziet hij hiervoor? Hebben de instellingen bestedingsvrijheid bij de aanwending van deze € 100 miljoen? Is de financiële verantwoording zodanig ingericht dat is gewaarborgd dat de middelen daadwerkelijk aan begeleiding en dagbesteding worden uitgegeven?

Antwoord 542:

Het bedrag van € 100 miljoen wordt toegevoegd aan de contracteerruimte Wlz. Daarmee is het beschikbaar voor de inkoop van begeleiding en dagbesteding. Het bedrag van € 100 miljoen wordt echter niet specifiek geormerkt voor de inzet voor dagbesteding. Binnen de kaders van de Wlz hebben de zorgkantoren bestedingsvrijheid bij de inzet van de contracteerruimte. Dat vergroot ook de mogelijkheden van zorgkantoren om de beschikbare middelen efficiënt en effectief in te zetten. De financiële verantwoording door zorgkantoren is daarom gericht op de totale uitgaven aan zorgkosten Wlz. Zorgkantoren zijn er daarbij voor verantwoordelijk dat zij passende zorg inkopen voor hun cliënten. In overleg met de cliënt kunnen zorgaanbieders er voor kiezen om een casemanager dementie in te schakelen. Gezien de bestedingsvrijheid binnen de contracteerruimte is hiervoor geen specifiek budget voorzien. Uiteraard dienen de totale uitgaven binnen het beschikbare kader te passen.

Vraag 543:

Als gevolg van de extramuralisering van lage ZZP's worden minder eigen bijdragen opgehaald. Wat is nu per saldo de opbrengst van de maatregel extramuralisering inclusief de correctie voor de eigen bijdragen?

Antwoord 543:

In de nota naar aanleiding van het nader verslag (TK, 2013–2014, 33 891, nr. 12, blz 64) heeft de regering inzicht gegeven in de opbouw van de geactualiseerde netto besparingen van de maatregel extramuralisering. Zoals aangegeven heb ik ten behoeve van de vaststelling van de kaders met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg de effecten van het extramuraliseringsbeleid opnieuw integraal doorgerekend. De raming is daardoor gebaseerd op actuele en gedetailleerde gegevens over aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg. Daarbij zijn de effecten opgedeeld naar domein (Wlz, Wmo, Zvw en huurtoeslag). Binnen het Wlz-domein is onderscheid gemaakt tussen het effect op de zorguitgaven (inclusief kapitaallasten) en de intramurale eigen bijdragen Wlz. Het betreft hierbij de verwachte cumulatieve budgettaire effecten ten opzichte van ongewijzigd beleid. De bedragen zijn afgerond op 5 miljoen. De maatregel leidt per saldo tot een netto besparing op de zorguitgaven die geleidelijk oploopt tot 330 miljoen in 2018. Deze meerjarige effecten zijn verwerkt in het totaal budgettair kader van de hervorming van de langdurige zorg.

Tabel B: Budgettaire effecten extramuralisering ten opzichte van ongewijzigd beleid

bedragen in miljoenen euro		2015	2016	2017	2018
1	Besparing Wlz-uitgaven	-880	-1360	-1650	-1800
2	Derving intramurale eigen bijdragen Wlz	170	260	310	330
3	Compensatie Wmo	280	450	570	650
4	Compensatie Zvw	210	330	400	430
5	Compensatie huurtoeslag	30	45	55	60
6	Saldo netto besparing extramuralisering	-190	-275	-315	-330

Vraag 544:

Het budget dat samenhangt met de huidige AWBZ-functies begeleiding, wordt overgeheveld naar het Gemeentefonds. Kunt u het verschil uitleggen tussen de maatregelen begeleiding/pv in de antwoordtabel van het nader verslag Wmo (blz 140) en de antwoordtabel van de nota naar aanleiding verslag Wlz (blz 183)?

Antwoord 544:

In de antwoordtabel van de nota naar aanleiding van het verslag Wlz (blz. 183) is onder de maatregel begeleiding en persoonlijke verzorging het totaal opgenomen waaronder de korting op het budget cliëntondersteuning. In de antwoordtabel van het nader verslag Wmo (blz. 140) zijn deze afzonderlijk gespecificeerd.

Vraag 545:

Wat is de structurele bezuiniging begeleiding/pv?

Antwoord 545:

De totale korting op de overheveling van begeleiding (Wmo 2015) en persoonlijke verzorging (grotendeels de Zvw) uit het Regeerakkoord bedroeg € 1,7 miljard structureel (op grond van de Startbrief is de korting structureel vanaf het jaar 2026). Rekening houdend met de verzachtingsmaatregelen uit het Zorgakkoord 2013 (€ 200 miljoen structureel) en de aanpassingen in verband met intramurale dagbesteding uit het begrotingsakkoord 2015 (€ 100 miljoen structureel) bedraagt de structurele korting € 1,4 miljard.

Vraag 546:

Hoeveel zorgzwaartepakketten zijn in 2010 t/m 2014 geïndiceerd en in welke klassen?

Antwoord 546:

In onderstaande tabel staan het aantal personen met een zorgzwaartepakket op peildatum 2010 tot en met 2014.

Zorgzwaarte- pakket	1-jan-10	1-jan-11	1-jan-12	1-jan-13	1-jan-14	1-jul-14
VV01	10.670	8.900	7.075	5.490	3.225	2.605
VV02	27.065	27.240	24.880	18.885	11.080	9.105
VV03	17.555	20.860	23.880	25.995	22.895	19.230
VV04	23.695	27.160	30.950	33.425	33.100	32.865
VV05	38.370	46.775	52.720	55.090	56.005	57.380
VV06	16.150	17.285	19.965	23.780	27.375	28.245
VV07	6.425	8.770	11.015	13.465	14.895	15.105
VV08	1.365	1.575	1.970	2.505	2.765	2.730
VV09 ¹	13.740	15.600	19.755	x	x	x
VV09a ¹	x	x	40	x	x	x
VV09b ¹	20	15	25	1.665	1.095	930
VV10	845	915	895	930	905	1.625
Verblijf VV	34.110	14.440	2.940	105	55	25
VG01	2.440	2.080	1.675	1.325	925	825
VG02	6.795	7.935	8.215	8.235	7.095	6.590
VG03	12.880	15.880	18.340	20.085	20.545	21.045
VG04	8.160	9.520	10.320	10.920	11.120	11.355
VG05	12.180	13.375	13.235	12.785	9.990	9.900
VG06	9.180	11.455	14.040	16.835	19.465	20.220
VG07	7.405	8.750	9.780	10.730	11.410	11.635
VG08	x	30	1.220	2.380	5.445	5.710
LVG01	620	430	325	210	145	115
LVG02	1.920	1.935	1.815	1.630	1.410	1.195
LVG03	2.415	2.910	3.280	3.465	3.570	3.510
LVG04	1.075	1.455	1.750	2.010	2.245	2.280
LVG05	540	545	525	535	515	475
SGLVG01	515	520	510	565	550	565
LG01	870	1.120	975	800	605	510
LG02	1.225	1.740	1.805	1.830	1.725	1.665
LG03	1.675	3.025	2.805	2.380	1.850	1.680
LG04	2.055	3.760	4.250	4.375	4.200	4.110
LG05	985	1.680	1.785	1.635	1.375	1.290
LG06	2.385	4.285	4.740	4.875	4.840	4.975
LG07	835	1.245	1.400	1.585	1.640	1.625
ZG VIS01	420	440	375	290	180	150
ZG VIS02	390	515	445	420	400	370

Zorgzwaarte- pakket	1-jan-10	1-jan-11	1-jan-12	1-jan-13	1-jan-14	1-jul-14
ZG VIS03	430	505	615	650	665	685
ZG VIS04	255	305	375	405	425	430
ZG VIS05	360	435	455	490	535	550
ZG AUD01	200	190	155	120	110	100
ZG AUD02	225	265	290	320	340	355
ZG AUD03	250	285	330	360	385	405
ZG AUD04	140	190	225	250	265	255
Verblijf GZ	11.570	5.800	1.560	55	30	25
GGZ01B	275	130	50	25	15	10
GGZ02B	765	585	340	220	120	90
GGZ03B	1.540	1.580	1.450	1.145	895	785
GGZ04B	1.425	1.635	1.580	1.485	1.365	1.280
GGZ05B	2.375	3.140	3.585	4.050	4.285	4.325
GGZ06B	825	1.095	1.180	1.150	1.120	1.070
GGZ07B	815	1.180	1.475	1.750	1.950	1.995
GGZ01C	2.290	1.640	1.185	815	485	390
GGZ02C	6.140	6.510	6.130	5.270	3.850	3.325
GGZ03C	7.510	10.985	14.590	16.955	17.865	18.255
GGZ04C	3.220	4.800	6.180	7.515	8.495	8.750
GGZ05C	1.780	2.635	3.400	4.885	5.975	6.260
GGZ06C	340	490	545	690	770	740
Verblijf GGZ	6.585	3.250	800	20	15	10
Verblijf, sector onbekend	55	20	x	x	x	x
Totaal aantal cliënten						
intramuraal	316.340	331.810	346.215	339.860	334.580	331.710

¹ Tot 2012 kregen cliënten die aanspraak maakten op een vorm van revalidatiezorg 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 wel reeds sprake is van een indicatie met Behandeling in combinatie met Verblijf. Indicaties voor een ZZP VV09 bleven geldig gedurende 2012. Vanaf 1 januari 2013 is de zorg die onder ZZP VV09a viel niet langer AWBZ-zorg, maar wordt deze vergoed vanuit de Zvw. Vanaf die datum zijn besluiten met een ZZP VV09 of VV09a ambtshalve komen te vervallen.

Bron: CIZ. Dit betreft de indicaties door CIZ. Exclusief indicaties door Bureaus Jeugdzorg.

Vraag 547:

Waarom wijkt het bedrag wat in 2015 ter compensatie wordt gesteld van € 78 miljoen, af van het antwoord op deze vraag «totaal aan compensaties/verzachtingen ed.» in de 2e nota verslag (Kamerstuk 33981–55) € 66,3 miljoen?

Antwoord 547:

Het bedrag van € 78 miljoen betreft de toevoeging aan de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging voor het jaar 2015 in verband met de effecten van extramuralisering op de bestaande gemeentelijke taken aangezien de betreffende cliënten mogelijk langer een beroep doen op de Wmo. Dit bedrag heeft geen relatie met het bedrag € 66,3 miljoen dat is opgenomen in de nota naar aanleiding van het nader verslag Wlz (TK 2013–2014, 33 981, nr. 55, blz 26). Het bedrag van € 66,3 mln betreft (zoals aangegeven in tabel A van de nota naar aanleiding van het nader verslag Wlz) een optelling van de compensatie voor de huurtoeslag (€ 31,3 mln) en de ingeboekte verzachtingen bij het zorgakkoord 2013 (€ 30 mln) en het zorgakkoord 2014 (€ 5 mln). Het betreft daarmee verschillende grootheden. Verder geldt dat het bedrag van € 66,3 mln is gebaseerd op oorspronkelijk ingeboekte bedragen. Zoals ik heb aangegeven bij de beantwoording van de vragen van de Kamer bij het jaarverslag VWS 2013 heb ik ten behoeve van de vaststelling van de kaders met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg de effecten van het extramuraliseringsbeleid opnieuw integraal doorge-rekend. Daarbij heb ik actuele en meer gedetailleerde gegevens over

aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extra-murale zorg gebruikt. Het bedrag van € 78 miljoen dat in 2015 conform de ontwerpbegroting voor bestaande Wmo- taken wordt toegevoegd aan de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging is op deze actuele cijfers gebaseerd.

Vraag 548:

Kunt u uitleggen waarom de vrijgemaakte extra € 40 miljoen om de transitie naar de nieuwe wmo te ondersteunen niet gewoon opgeteld wordt aan het vorengenoemde bedrag aan compensatie wmo van € 78 miljoen?

Antwoord 548:

Zoals in het antwoord op de vorige vraag reeds is gemeld, is het bedrag van € 78 miljoen een toevoeging aan de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging voor het jaar 2015 in verband met de effecten van extramuralisering op de bestaande gemeentelijke taken gezien deze mensen mogelijk langer een beroep zullen doen op de Wmo. Conform de bij de Algemene Politieke Beschouwingen ingediende motie van de heer Slob/Samsom is de extra beschikbaar gekomen € 40 miljoen toegevoegd aan het budget voor de huishoudelijke-hulptoelage.

Vraag 549:

Is het aantal spoedeisende hulpposten (SEH's) in 2014 gewijzigd ten opzichte van 2013? Zo ja, wat is het verschil?

Antwoord 549:

De bereikbaarheidsanalyses van het RIVM over 2014 worden in het voorjaar van 2015 opgeleverd.

Vraag 550:

Hoeveel volwaardige SEH's, inclusief een IC voorziening, waren er in 2000 en hoeveel zijn het er thans?

Antwoord 550:

De eerste bereikbaarheidsanalyse van het RIVM dateert uit 2003 (CBZ, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Spreiding ziekenhuiszorg, vervolg-uitvoeringstoets, eerste tranche. Utrecht: CBZ, januari) en laat zien dat er 107 ziekenhuislocaties met 24-uurs spoedeisende hulp afdeling waren. Onbekend is of deze afdelingen ook een IC voorziening hebben. De meest recente analyse gevoelige ziekenhuizen van het RIVM van 2013, aangeboden aan uw Kamer per brief van 20 september 2013 (32 854, nr. 20), laat zien dat er 94 ziekenhuizen zijn met afdelingen voor Spoedeisende Hulp met 24/7 openstelling.

De eerste SEH bereikbaarheids-analyses van het RIVM gingen uit van een lijst met SEH's volgens de definitie «of de SEH de 8 poortspecialismen paraat had». De criteria waren in die jaren niet heel scherp omschreven. De discussie over de normen is de afgelopen 10 jaar in een stroomversnelling gekomen en de criteria worden steeds scherper. Door de aangescherpte definities vallen een aantal SEH's van toen nu buiten de definitie van «volledige» SEH.

Vraag 551:

Welk bedrag komt volgend jaar aan Wlz-premie binnen bij de belastingdienst voordat het beslag voor de heffingskortingen plaatsvindt?

Antwoord 551:

De opbrengst van de Wlz premie (die volledig wordt afgedragen aan het Fonds Langdurige Zorg) bedraagt in 2015 € 13,8 mld. In 2015 zal volgens de huidige ramingen voor € 11,9 miljard aan heffingskortingen worden

verrekend met de AWBZ-premie. De opbrengst van de Wlz-premie en de heffingskortingen zoals verrekend met de Wlz-premie bedragen samen derhalve € 25,7 mld.

Vraag 552:

Voor hoeveel zal het Wlz-fonds gecompenseerd worden voor het afkomen van Wlz-premie ten behoeve van de heffingskortingen (hoe hoog is de BIKK)?

Antwoord 552:

De BIKK is voor 2015 vastgesteld op € 3,25 miljard.

Vraag 553:

Hoe hoog moet de Wlz-premie zijn wanneer zij voor 100% in het Wlz-fonds gestort zou worden ten behoeve van de geraamde uitgaven voor de Wlz?

Antwoord 553:

Indien de heffingskortingen niet in mindering zouden worden gebracht op de Wlz-premie, maar volledig op de belastinginkomsten en er geen BIKK zou zijn, dan zou de Wlz-premie circa 3,2% lager kunnen worden vastgesteld, onder gelijktijdige verhoging van het belastingtarief in de 1e en 2e schijf met 3,2%. Burgers, die doorgaans zowel belasting- als premieplichtig zijn, zouden van deze verandering niets merken, omdat het gecombineerde tarief hierdoor niet zou veranderen.

Vraag 554:

Hoe hoog moet de Wlz-premie zijn wanneer deze samen met de inkomsten van eigen bijdragen kostendekkend is voor de geraamde uitgaven voor de Wlz?

Antwoord 554:

In de begroting 2015 is de Wlz-premie samen met de BIKK en de eigen bijdragen vrijwel kostendekkend. Als er geen BIKK zou zijn, zou de Wlz-premie om kostendekkend te zijn moeten stijgen met circa 1%. Als de vragenstellers beogen te vragen hoe hoog de premie zou moeten zijn zonder BIKK en zonder dat er heffingskortingen in mindering worden gebracht op de Wlz-premie, dan is het antwoord circa 6,5%.

Vraag 555:

Kunt u de volgende gegevens in een overzicht plaatsen:

1. jaarlijkse premieopbrengsten AWBZ vanaf 1999 tot heden
2. Welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks van de premieopbrengsten AWBZ aan heffingskortingen wordt besteed
3. Welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks via de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) wordt gecompenseerd
4. Het verschil tussen de compensatie via de BIKK en het bedrag dat opgaat aan heffingskortingen per jaar vanaf 1999 tot heden
5. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf 1999 tot heden
6. De jaarlijkse inkomsten aan eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
7. Het verschil tussen de totale premieopbrengsten en de jaarlijkse uitgaven minus de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
8. De jaarlijkse opbrengst van de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
9. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf 1999 tot heden minus de opbrengst eigen bijdragen.
10. AWBZ-premies exclusief heffingskortingen minus zorguitgaven en minus opbrengst eigen bijdragen.
11. Wilt u een raming doen m.b.t. vraag 1 tot met 10 voor het jaar 2014?
12. Wilt u een raming doen m.b.t. vraag 1 tot en met 10 voor de Wlz in het jaar 2015?

Antwoord 555:

De gevraagde cijfers staan in onderstaande tabel.
AWBZ- en Wlz inkomsten en uitgaven (miljarden euro's)

	Premie- opbrengst AWBZ	Heffings- kortingen in AWBZ-premie	BIKK	Heffings- kortingen minus BIKK	Uitgaven	Eigen bijdragen	Uitgaven minus eigen bijdragen	Premies minus uitgaven minus eigen bijdragen	Premies excl. heff.kortingen minus uitgaven minus eigen bijdragen
	A	B	C	D=B-C	E	F	G=E-F	H=A-G	I=A+B-G
1999	13	0	0	0	13	2	12	1	1
2000	14	0	0	0	15	2	13	0	0
2001	11	9	2	7	16	2	15	- 4	5
2002	11	9	2	7	18	2	17	- 6	4
2003	14	12	4	8	20	2	18	- 4	7
2004	15	13	5	8	21	2	19	- 4	9
2005	16	14	5	9	22	2	20	- 5	9
2006	15	14	5	9	23	2	21	- 7	7
2007	14	14	4	9	23	2	21	- 7	7
2008	15	14	5	10	22	2	20	- 5	9
2009	17	15	5	10	23	2	22	- 5	10
2010	17	15	5	10	24	2	23	- 6	9
2011	17	15	5	10	25	2	24	- 7	9
2012	17	16	5	10	28	2	26	- 9	7
2013	19	15	4	11	28	2	26	- 7	8
2014	19	15	4	11	28	2	26	- 8	8
2015	14	12	3	9	19	2	18	- 4	8

Voor de premies en heffingskortingen is aangesloten bij CPB cijfers die in augustus met terugwerkende kracht iets zijn aangepast in verband met de revisie van de Nationale Rekeningen.

Vraag 556:

Wat wordt er precies onder solvabiliteit verstaan? Wat worden de solvabiliteitseisen in de nabije toekomst?

Antwoord 556:

Onder solvabiliteit wordt het kapitaal verstaan dat een verzekeraar of een instelling moet bezitten:

1. Om ervoor te zorgen dat een faillissement ten hoogste in 1 op 200 gevallen voorkomt, of;
2. Om te zorgen dat zij met een zeer hoge waarschijnlijkheid (99,5%) in staat is om in de komende twaalf maanden aan haar verplichtingen te voldoen.

De Minister van Financiën heeft de minimale solvabiliteitseis voor zorgverzekeraars voor 2015 op advies van DNB vastgesteld op 11% van de bruto schadelast. Dit percentage geldt op basis van de huidige richtlijn. Op 1 januari 2016 wordt de richtlijn Solvency II van kracht. De solvabiliteitseis wordt onder Solvency II niet meer jaarlijks door de Minister van Financiën, maar volgens een op het risicoprofiel van een verzekeraar gebaseerde methode vastgesteld. Zo berekent elke verzekeraar een individueel solvabiliteitspercentage, dat door DNB moet worden goedgekeurd. Naar huidig inzicht zal de solvabiliteitseis onder Solvency II stijgen van 11% naar gemiddeld 15% tot 17%.

Vraag 557:

Kunt u per zorgverzekeraar de solvabiliteit noemen? Hoe groot is voor elk van deze verzekeraars het bedrag aan reserves bovenop de door de DNB vereiste solvabiliteit?

Antwoord 557:

Zie het antwoord op vraag 56.

Vraag 558:

Wat was de solvabiliteitseis bij de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006? Hoe hoog was het deel van de solvabiliteit dat werd opgebracht door het publieke ziekenfonds en hoe hoog was het deel dat werd opgebracht door private zorgverzekeraars?

Antwoord 558:

De solvabiliteitseis bij de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 was 8% van de schade. Het deel van de solvabiliteit dat werd opgebracht door het publieke ziekenfonds was rond € 2 miljard en het deel dat werd opgebracht door private zorgverzekeraars rond € 4 miljard.

Vraag 559:

Welke afspraken zijn er met zorgverzekeraars dat zij evenwichtig zullen omgaan met hun reserveringenbeleid? Kunnen die afspraken aan de Kamer gestuurd worden?

Antwoord 559:

Ik acht het van belang dat zorgverzekeraars evenwichtig omgaan met hun reserves. Daarbij dienen zorgverzekeraars rekening te houden met toekomstige ontwikkelingen en onzekerheden die hun financiële bedrijfsvoering kunnen beïnvloeden, zoals de verhoging van de minimale solvabiliteitseisen door Solvency II en de overhevelingen vanuit de AWBZ. Mede hierdoor zijn reserves van zorgverzekeraars thans hoger dan wettelijk vereist. Dit zijn openbare afspraken die voortvloeien uit toezicht van DNB.

Het is echter ongewenst dat er onnodig hoge overreserves worden aangehouden. Wanneer onzekerheden zijn weggenomen heeft het mijn nadrukkelijke voorkeur dat het overschot aan reserves terugvloeit naar de premiebetaler via een verlaging van de premie. Deze aspecten heb ik meermaals publiekelijk aangegeven en daarnaast komt dit regelmatig ter sprake tijdens gesprekken die ik met zorgverzekeraars voer. In algemene zin is afgesproken dat zij evenwichtig zullen omgaan met hun reservebeleid. Uiteindelijk zijn zorgverzekeraars hiervoor zelf verantwoordelijk en op aanspreekbaar.

Vragen 560:

Hoeveel formele en materiële controles zijn uitgevoerd door de zorgverzekeraars in de medisch-specialistische zorg en in de GGZ, uitgesplitst naar zorgverzekeraar?

Antwoord 560:

Ik beschik niet over aantallen controles per verzekeraar. De NZa beoordeelt jaarlijks bij het onderzoek Zorgverzekeringswet de uitvoering van de formele en materiële controles bij elke zorgverzekeraar. De NZa heeft hiervoor een prestatiemeting opgesteld. In het Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zvw 2012 (Kamerstukken II, Vergaderjaar 2013/14, 28 828, nr. 56, blz. 8–10) is hierover opgenomen dat bij 16 van de 26 zorgverzekeraars de formele controles nog niet op een voldoende niveau zijn uitgevoerd. Belangrijke verbeterpunten zijn het op orde brengen van de betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles, het sneller afwikkelen van de controle op parallelle en seriële DBC's en het uitvoeren/afwikkelen van controles voor een aantal specifieke risico gebieden (bijvoorbeeld controle op verwijzers, verpleegdag, add ons, voldoen aan indicatievoorwaarden).

In het voornoemde Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zvw 2012 is over de materiële controle over 2012 vermeld dat de inspanningen op dit gebied nog onvoldoende waren voor 15 van de 26 zorgverzeke-

raars. De NZa verwacht van deze zorgverzekeraars dat zij de materiële controle op een hoger peil brengen. Dat kunnen zij doen door de materiële controles meer te dynamiseren, de ontvangen en gegenereerde signalen/meldingen over (mogelijk) onrechtmatige declaraties beter af te wikkelen en stringenter vervolgacties te nemen.

Vraag 561:

Hoeveel materiële controles zijn uitgevoerd door de zorgverzekeraars in de medisch-specialistische zorg en in de ggz, uitgesplitst naar zorgverzekeraar?

Antwoord 561:

Zie het antwoord op vraag 560.

Vraag 562:

Wat zijn de totale kosten die zorgverzekeraars maken voor de onderhandelingen met ziekenhuizen?

Antwoord 562:

Het is niet bekend wat de totale kosten zijn die zorgverzekeraars maken voor het onderhandelingsproces met zorgaanbieders. Met betrekking tot het bestedingsbeleid van de zorgverzekeraar wil ik u verwijzen naar de brief die ik op 25 maart 2014 (Tweede Kamer 29 689, nr. 504) aan de Tweede Kamer stuurde over transparantie van de premiestelling. In deze brief heb ik aangegeven dat zorgverzekeraars onder bestaande wet- en regelgeving reeds verplicht zijn om financiële informatie aan te leveren aan de Kamer van Koophandel en De Nederlandsche Bank. Het betreft de (financiële) verantwoording door zorgverzekeraars na afsluiting van het boekjaar. Deze informatie is grotendeels openbaar. Daarnaast behoort de wijze waarop zorgverzekeraars communiceren met verzekerden over financiële cijfers tot de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en ieder maakt hierbij zijn eigen keuzes. Zoals ik ook heb aangegeven in de commissiebrief inzake Aanbieding monitor zorginkoop d.d. 3 juni 2014 (Tweede Kamer 29 689, nr. 520), zijn transactie- en coördinatiekosten onvermijdelijk bij zorginkoopprocessen. Er wordt wel gepoogd deze kosten zo beperkt mogelijk te laten zijn. Uit de beschikbare gegevens is af te leiden dat gemiddeld 95 tot 97 procent van de zorgpremie besteed wordt aan zorg, 2 tot 4 procent aan bedrijfskosten (waaronder zorginkoop) en ongeveer 1 procent aan opbouw van reserves.

Alhoewel het opleggen van eisen omtrent het bestedingsbeleid niet mogelijk is, acht ik het van belang dat zorgverzekeraars publiekvrindelijke informatie geven die aansluit bij de behoefte van verzekerden. Daarom heb ik zorgverzekeraars aangesproken om meer transparantie te bieden. Zoals ik in de commissiebrief inzake het SO risicovereveningsmodel 2015 d.d. 3 september 2014 (Tweede Kamer 29 689, nr. 540) heb aangegeven acht ik het ten aanzien van transparantie vooral van belang dat zorgverzekeraars helder zijn over de totstandkoming en de bestemming van het resultaat. Ik acht het van belang dat daarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Bij de totstandkoming zie ik graag dat verzekeraars inzicht geven in hun kosten, in hun resultaat van het betreffende verslagjaar, in nagekomen resultaten uit voorgaande jaren en in hun beleggingsopbrengsten. Ik heb met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over een sjabloon voor een uniforme publieksvriendelijke verantwoording richting verzekerden. Uw Kamer is via een brief op 5 november hierover geïnformeerd (29 689, nr. 556).

Vraag 563:

Hoeveel procent van de resultaten zijn meegenomen in de voorlopige realisaties van het Zorginstituut Nederland?

Antwoord 563:

De voorlopige realisaties van het Zorginstituut hebben betrekking op uitgavencijfers en niet op resultaten. Meevallende (lagere) uitgavencijfers zullen in de regel tot meevallende (hogere) resultaten bij verzekeraars leiden. In hoeverre hierbij sprake is van een volledige doorwerking is niet éénduidig. Dit is onder meer afhankelijk van de wijze waarop verzekeraars de hoogte van de premie hebben vastgesteld. In het geval dat verzekeraars de kostenontwikkeling lager inschatten dan VWS en dit al in de premie verwerken zal de ten opzichte van de VWS-raming meevallende kostenontwikkeling bij verzekeraars niet meer tot hogere resultaten leiden.

Vraag 564:

Hoe hoog zou de rekenpremie zijn geweest als de reserves van de zorgverzekeraars niet waren afgebouwd en de tijdelijke rijksbijdrage niet had bestaan?

Antwoord 564:

In de begroting 2015 wordt de rekenpremie geraamd op € 1.196,- en de nominale premie (de rekenpremie plus de opslagpremie) op € 1.211,-. Zonder de tijdelijke rijksbijdrage HLZ zouden zowel de rekenpremie als de nominale premie circa € 70 hoger zijn uitgekomen. Als er in de raming niet van was uitgegaan dat er voor € 800 miljoen reserves wordt afgebouwd door verzekeraars, dan zou de rekenpremie € 30 lager zijn uitgekomen, de opslagpremie € 60 hoger en de nominale premie € 30 hoger. Totaal zouden de nominale premies dan € 400 miljoen meer opleveren. Daarnaast zou de inkomensafhankelijke bijdrage dan ook € 400 miljoen hoger zijn vastgesteld.

Vraag 565:

Kan ingegaan worden op de financiële houdbaarheid van de Wlz, gegeven de geraamde premie, aangezien uit de toelichting blijkt dat in 2015 reeds een tekort in het fonds langdurige zorg geraamd staat?

Antwoord 565:

In augustus is op basis van de toen beschikbare CPB-cijfers voor 2015 een inschatting gemaakt van het Wlz-premiepercentage dat nodig zou zijn om de Wlz-uitgaven tot en met 2017 te dekken. Een belangrijk aandachtspunt daarbij was dat het CPB geen actuele ramingen kent voor jaren na 2015. Aangenomen is dat de opbrengst van de Wlz premie bij een gelijkblijvend premiepercentage van jaar op jaar groeit vanwege de groeiende grondslag. Omdat de Wlz-uitgaven 2016 en 2017 lager zijn dan de uitgaven in 2015 is in augustus aangenomen dat het Fonds langdurige zorg in 2015 een beperkt tekort zou mogen hebben, wat dan in latere jaren zou worden ingelopen.

Een aandachtspunt was dat op dat moment niet duidelijk was wat het gevolg zou zijn van de augustusbesluitvorming op de Wlz-premie-inkomsten. Dat effect bleek groter dan gedacht, waardoor de Wlz-premie in 2015 minder oplevert dan in augustus ingeschat. Daarom is het tekort in het Fonds langdurige zorg circa ¼ miljard groter dan verwacht in augustus. Dit effect werkt ook door naar latere jaren. Op basis van de huidige zeer voorlopige cijfers resulteert er in de jaren 2016 en 2017 een klein negatief saldo, waardoor er naar huidige inschatting per ultimo 2017 een negatief vermogen in het fonds wordt voorzien van tussen de ½ en 1 miljard. Het is goed mogelijk dat dit tekort verdwijnt als er wel een integrale doorrekening van het CPB beschikbaar is.

Vraag 566:

Wat is de verwachte ontwikkeling van de inkomsten uit eigen bijdragen in de Wlz, gegeven de hervormingen die op dit moment plaatsvinden, waardoor het aantal personen in de Wlz zal afnemen? In hoeverre is met dit effect rekening gehouden bij de berekening van de constante lasten-dekkende premie in de Wlz?

Antwoord 566:

Voorzien wordt dat de opbrengst van de eigen bijdrage Wlz van 2015 op 2017 daalt van € 1.737 miljoen naar € 1.652 mln (zie ook tabel 10 op pagina 168 van de begroting). Dit is meegenomen bij de raming van de constante lastendekkende premie in de Wlz.

Vraag 567:

Kan ingegaan worden op de ontwikkeling van de opbrengst van de vermogensinkomensbijtelling en toegelicht worden waarom deze afwijkt van de ramingen? In hoeverre is bij de ramingen van de opbrengst van de vermogensinkomensbijtelling rekening gehouden met een afname van het aantal personen dat gebruik maakt van de Wlz?

Antwoord 567:

De opbrengst van alleen de vermogensinkomensbijtelling wordt niet separaat geraamd, omdat deze een onderdeel vormt van de totale eigen bijdrage systematiek Wlz. De opbrengst van de totale eigen bijdrage systematiek Wlz is wel geraamd, waarbij rekening wordt gehouden met extramuralisering, de transitie van zorg naar de Wmo en de transitie van zorg naar de Zvw.

Vraag 568:

Op pagina 190 staat een tabel over de exploitatie en premiestelling Wlz. Hier is alleen 2015 ingevuld. Kan deze verder voor 2016 en 2017 worden ingevuld?

Antwoord 568:

Een goede invulling voor de tabel voor jaren na 2015 valt niet goed te geven, omdat het CPB voor de jaren na 2015 geen raming heeft. Een dergelijke raming is nodig voor een goede premieraming. Goede cijfers voor 2016 en 2017 zijn pas te maken in 2015 respectievelijk 2016. Nu is gewerkt met technische extrapolaties van de premie-inkomsten. De Wlz uitgaven zijn in de VWS begroting in 2016 en 2017 lager dan de uitgaven in 2015.

Grofweg ziet het beeld er op basis van extrapolaties als volgt uit:

	2015	2016	2017
Uitgaven	19,5	19	19
Inkomsten	18,8	19	19
Wv Opbrengst	13,8	14	14
Procentuele premie			
Wv Eigen bijdragen	1,7	2	2
Wv BIKK	3,3	3	4
Saldo	-0,7	0	0

Vraag 569:

Hoeveel procent van de huishoudens krijgt straks een zorgtoeslag?

Antwoord 569:

Volgens zeer voorlopige ramingen van het CPB ontvangt in 2015 circa 45% van de huishoudens (in de definitie van de toeslagen) zorgtoeslag.

Vraag 570:

Hoe groot zijn de lasten voor de financiering van de zorg voor een volwassene voor het jaar 2015 over de verschillende inkomensgroepen?

Antwoord 570:

In onderstaande tabel is voor 2015 aangegeven wat een alleenstaande aan zorg betaalt. Hierbij is rekening gehouden met de inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de Wlz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de Wlz. Een deel van de zorguitgaven wordt uit belastingen betaald (o.a. rijksbijdrage Zvw & Wlz, BIKK, Zorgtoeslag, deel van het Opleidingsfonds, WMO, Wtcg en BES). Verondersteld is dat deze kosten gefinancierd worden uit de directe (60%) en indirecte belasting (40%).

Tabel Uitgaven zorg in euro's per jaar 2015 voor een alleenstaande.

	bijstand	WML	modaal	2x modaal	3x modaal
Totaal	€ 3.183	€ 3.681	€ 7.913	€ 11.178	€ 13.154
Als percentage bruto inkomen	22%	19%	22%	16%	12%

Vraag 571:

Welke bedragen zijn meegenomen in de berekening van het gemiddelde van de eigen bijdrage?

Antwoord 571:

De eigen bijdragen in figuur 8 («Lasten per volwassene aan zorg in 2014 en 2015») op bladzijde 192 van de begroting hebben betrekking op het gemiddelde eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw), de eigen bijdragen voor hulpmiddelen en de eigen bijdrage in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De bedragen voor de eigen bijdragen in de figuur zijn als volgt opgebouwd:

Eigen betalingen per volwassene aan zorg per jaar (x € 1)

Jaar	2014	2015
Gemiddeld eigen risico Zvw	232	238
Gemiddelde eigen bijdragen Zvw	2	2
Gemiddelde eigen bijdragen AWBZ/Wlz	149	129

Toelichting: De eigen bijdragen in de AWBZ/Wlz dalen onder andere als gevolg van de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw. De stijging van het gemiddelde eigen risico vloeit voort uit de stijging van het wettelijk eigen risico in de Zvw. Dat gaat omhoog door de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw. Deze stijging wordt gedempt door de kostenbeheersing in de Zvw.

Vraag 572:

Kan de stijging van de uitgaven aan verloskunde en kraamzorg geduid worden in het licht van een daling van het geboortecijfer?

Antwoord 572:

In tabel 27 op pagina 199 is te lezen dat de uitgaven voor verloskunde en kraamzorg licht stijgen. Eerder (bijv. in de VWS-begroting 2014) was rekening gehouden met een hoger niveau van uitgaven. Die lagere uitgaven dan eerder geraamd zijn het gevolg van de daling van het geboortecijfer.

Vraag 573:

Wat is de oorzaak van de afname van de uitgaven in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van € 4 miljoen in 2014 naar € 3,5 miljoen in 2015?

Antwoord 573:

De beschikbare uitgaven in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg dalen met € 0,5 miljard van € 4,1 miljard in 2014 naar 3,6 miljard in 2015. Deze daling is een saldo effect van een opwaartse bijstelling uit hoofde van de toegestane groei van 1% conform het bestuurlijk akkoord met partijen in de GGZ en een neerwaarts effect van een tweetal overhevelingen. Dit betreft de overheveling van de jeugd GGZ naar gemeenten (het effect hiervan bedraagt in 2015 -€ 0,6 miljard) en de overheveling van de intramurale langdurige ggz van de AWBZ naar de Zvw (het effect hiervan bedraagt in 2015 € 0,1 miljard).

Vraag 574:

Welke verloskundige hulp verrichten huisartsen? Hoe groot is dit aandeel in de financiering? Hoe verhouden de tarieven hiervoor ten opzichte van verloskundigen?

Antwoord 574:

Het aantal verloskundig actieve huisartspraktijken is de laatste jaren sterk gedaald naar 77 praktijken in 2012. Verloskundig actieve huisartsen nemen derhalve slechts een zeer beperkt deel van de uitgaven voor verloskundige zorg voor hun rekening. Van de 188,4 mln euro die in 2011 aan eerstelijns verloskunde is uitgegeven, kwam 2,3 mln euro voor rekening van de verloskundig actieve huisartsen. De NZa hanteert voor huisartsen dezelfde set tarieven voor verloskunde als voor verloskundigen.

Vraag 575:

Kan toegelicht worden wat wordt bedoeld met de «uitdeling groeiruumte» 2014 en 2015 bij verloskunde en kraamzorg?

Antwoord 575:

Jaarlijks wordt er groeiruumte aan sectoren toegedeeld. Dit betreft ruimte die beschikbaar is om aan de jaarlijkse autonome ontwikkeling van de zorguitgaven tegemoet te komen.

Vraag 576:

Wanneer ontvangt de Kamer de brief naar aanleiding van de toezegging van de Staatssecretaris van VWS over de reikwijdte van het eerstelijnsverblijf in de Zorgverzekeringswet ten opzichte van de reikwijdte van het eerstelijnsverblijf in de AWBZ (een toezegging aan het lid Bruins Slot (CDA) naar aanleiding van het AO eerstelijnszorg)?

Antwoord 576:

De Kamer ontvangt voor de begrotingsbehandeling van het Ministerie van VWS de brief over de reikwijdte van het kortdurend eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet ten opzichte van de reikwijdte van het kortdurend verblijf in de AWBZ.

Vraag 577:

Hoeveel volwaardige ziekenhuizen kende ons land in 2010, en hoeveel zijn er thans? Kunt u een integraal overzicht verschaffen?

Antwoord 577:

De NZa rapporteert jaarlijks in de Marktscan Medisch specialistische zorg over het aanbod van ziekenhuiszorg. In de marktscan wordt de volgende ontwikkeling weergegeven. In 2010 waren er 92 ziekenhuizen en in 2013

90. Dit betreft de algemene en academische ziekenhuizen, exclusief de zelfstandige behandelcentra en categorale zorginstellingen. In de komende Marktscan Medisch specialistische zorg, die eind van dit jaar wordt verwacht, zal de NZa ook rapporteren over 2014.

Tabel 3.1 Aantal zorgaanbieders 2009-2013¹¹

Type zorgaanbieder	2009	2010	2011	2012	2013
Algemene ziekenhuizen	85	84	84	82	82
Categorale ziekenhuizen	2	2	2	2	2
Academische ziekenhuizen	8	8	8	8	8
<i>Totaal aantal ziekenhuizen</i>	<i>95</i>	<i>94</i>	<i>94</i>	<i>92</i>	<i>92</i>
Categorale instellingen	68	68	65	65	65
ZBC's actief in A-en/of B-segment	220	241	258*	288	268**

*Het aantal ZBC's vóór 2011 wijkt af van het aantal in paragraaf 4.2 doordat paragraaf 4.2 alleen gebaseerd is op de contractprijzen die in 2011 zijn aangeleverd door verzekeraars.

**stand oktober 2013

Bron: NZa

Vraag 578:

Wat zijn de totale kosten die ziekenhuizen maken voor de onderhandelingen met zorgverzekeraars?

Antwoord 578:

VWS beschikt niet over informatie over de totale kosten voor onderhandelingen. Voor inzicht in deze kosten kan verwezen worden naar de «NVZ Evaluatie Zorgcontractering 2014», uitgevoerd door BDO in opdracht van de NVZ (deze publicatie is te vinden op www.nvz-ziekenhuizen.nl). Hierin wordt gemeld dat bij de respondenten gemiddeld 1.445 uur aan de zorginkoop is besteed. BDO merkt hierbij op dat de opgegeven tijd een significante spreiding kent en dat bij de inschatting derhalve een zekere mate van onnauwkeurigheid geldt, omdat instellingen veelal de bestede tijd niet precies bijhouden.

Vraag 579:

Hoe kan het dat de besparing doelmatig voorschrijven niet gerealiseerd is?

Antwoord 579:

De realisatie van de doelstelling doelmatig voorschrijven wordt periodiek gemonitord door VWS en besproken met de Orde van Medisch Specialisten. Uit de monitoring komt naar voren dat een aantal factoren bijdraagt aan het niet realiseren van de besparing.

Aan de ene kant is het besparingspotentieel kleiner geworden: het totale volume van voorgeschreven geneesmiddelen is afgenomen, en de prijsverschillen tussen spécialités (singlesource) en generieke geneesmiddelen (multisource) zijn afgenomen.

Aan de andere kant is er meer inspanning van beroepsgroepen nodig om het besparingspotentieel te realiseren. Er wordt op dit moment minder doelmatig voorgeschreven dan mogelijk is, doordat er bijvoorbeeld een verschuiving van oude multisource middelen naar nieuwe multisource middelen plaatsvindt maar vaak niet naar het goedkoopste geneesmiddel.

Vraag 580:

Hoe komt het dat de uitgaven aan de geriatrische revalidatiezorg van 2014 naar 2015 met € 43 miljoen afnemen (exclusief de nieuwe mutaties zou de

afname zelfs € 70 miljoen zijn geweest)? Welke gevolgen heeft dit voor de te verlenen zorg?

Antwoord 580:

Met ingang van 2013 is de geriatrische revalidatiezorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Deze overheveling is gepaard gegaan met een doelmatigheidskorting van € 50 miljoen in 2015 door doelmatiger zorgverlening en zorginkoop (zie pagina 154 van de VWS ontwerpbe-groting 2013⁴⁸). Door een doelmatiger zorgverlening blijft voldoende budget over om de nodige geriatrische revalidatie zorg te blijven leveren.

Vraag 581:

Hoe staat het met het overnemen van de acute zorg helikoptertaken van Defensie door de zorgverzekeraars? Is deze zorg per 1 januari 2015 gegarandeerd?

Antwoord 581:

De Minister van Defensie heeft op 4 juni 2014 per brief aan de Tweede Kamer (TK 2013–2014, 33 750 X, nr. 62) aangekondigd te willen stoppen met het patiëntenvervoer vanaf de Waddeneilanden. Hierbij is aangegeven dat Defensie de dienstverlening blijft uitvoeren tot er een passend alternatief is gevonden. Vooruitlopend op dit voornemen heeft VWS overleg tussen de betrokken partijen (de Regionale Ambulance Voorziening (RAV), de verzekeraars en de veiligheidsregio Fryslân) geïnitieerd. Daarin is door alle partijen vastgesteld dat het primair de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars (zorgplicht Zvw) en de RAV is om een oplossing voor het vraagstuk van het patiëntenvervoer van de Wadden te vinden. Partijen hebben die verantwoordelijkheid serieus opgepakt. RAV Fryslân en Zorgverzekeraar De Friesland zijn nu constructief bezig met het uitwerken van een plan om te komen tot een helikoptervoorziening voor dit patiëntenvervoer. Als datum van het overnemen van de activiteiten wordt gekoerst op 1 juli 2015. Conform de afspraken is het patiëntenvervoer gegarandeerd door Defensie tot de invoering van een alternatief.

Vraag 582:

Voor de versleutelingen in de Wlz wordt een aparte tabel gegeven op pagina 237. Voor de omsleutelingen in de Zvw is dat niet gebeurd. Kan de regering dit alsnog doen?

Antwoord 582:

De tabel met de bedragen die in het kader van de omsleuteling Hlz zijn overgeheveld naar de Zvw staat op pagina 160 van de begroting. Voor de volledigheid is deze hieronder nogmaals opgenomen.

Tabel 7A Omsleuteling Hlz (bedragen x € 1 miljoen)

	2015	2016	2017	2018
Langdurige ggz-B	81,5	248,8	330,0	337,0
Wijkverpleging	3.039,0	3.255,0	3.387,0	3.493,0
Zintuiglijk gehandicapten	171,0	173,0	173,0	173,0
Kortdurend eerstelijns verblijf	96,0	96,0	97,0	98,0
Overig	4,4	4,4	7,4	11,4
Totaal	3.391,9	3.777,2	3.994,4	4.112,4
Reeds overgeheveld bij OW 2014	1.600,0	1.627,0	1.627,0	1.627,0
Omsleuteling Hlz	1.791,9	2.150,2	2.367,4	2.485,4

Vraag 583:

⁴⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33 400 XVI, nr. 2

De omsleuteling Wlz betreft het toerekenen van het effect van extramuralisering en diverse kortingen aan de sector ouderenzorg. Deze korting bedraagt € 498,6 miljoen in 2015, loopt op tot € 655,7 miljoen in 2017 om daarna te dalen naar € 422,1 miljoen in 2019. Kunt u voor de jaren 2015 t/m 2019 in een tabel met toelichting aangeven op welke manier de korting is opgebouwd? Hoe verhoudt deze korting zich tot de eerdere bezuinigingsmaatregelen in de hervorming van langdurige zorg?

Antwoord 583:

In onderstaande tabel is de omsleutelingsmutatie Wlz zoals opgenomen in de begroting uitgesplitst naar het in de vraag genoemde effect van extramuralisering, diverse kortingen, de in de toelichting op de tabel genoemde definitiewijziging, de per abuis in de toelichting onvermelde laatste tranche (2018) van de invoering van de normatieve huisvestingscomponent en een (incidentele) restcomponent.

De diverse kortingen in deze tabel betreffen de toedeling van reeds bekende maatregelen aan de sector ouderenzorg.

Tabel toelichting omsleutelingsmutatie Hlz «ouderenzorg» (bedragen x € 1 miljoen)

	2015	2016	2017	2018	2019
Extramuralisering	- 421,4	- 421,4	- 421,4	- 421,4	- 421,4
Diverse kortingen	- 121,0	- 144,6	- 410,2	- 410,2	- 410,2
Definitiewijziging	170,0	172,0	172,0	172,0	172,0
Tranche 2018 invoering nhc's				237,0	237,0
Overig (incidenteel)	- 126,2	- 44,3	3,9		
<i>Totaal</i>	<i>- 498,6</i>	<i>- 438,3</i>	<i>- 655,7</i>	<i>- 421,6</i>	<i>- 421,7</i>

Vraag 584:

Daarnaast betreft de omsleuteling een definitiewijziging van de sector waardoor de toeslagen, dagbesteding en vervoer die behoren tot de ouderenzorg ook onder deze sector worden verantwoord. Voorheen behoorden deze middelen tot de sectoren dagbesteding en vervoer en overige zorg in natura. Betekent de definitiewijziging ook een andere invulling van dagbesteding; wordt er hierbij rekening gehouden met mensen met dementie?

Antwoord 584:

Nee, de definitiewijziging heeft geen gevolgen voor de invulling van dagbesteding. Er zijn dus ook geen gevolgen voor mensen met dementie. Met de invoering van de Wlz heeft de regering ervoor gekozen om de begrotingsindeling zodanig aan te passen dat per sector een beeld wordt gegeven van de totale zorguitgaven aan zzp's, toeslagen, dagbesteding en vervoer.

Vraag 585:

Als gevolg van het extramuraliseren van lichte zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor nieuwe gevallen blijven mensen langer thuis wonen waardoor het beroep op de Wmo zal toenemen. Voor 2015 wordt ter compensatie van deze kosten totaal € 78 miljoen beschikbaar gesteld. De effecten van extramuralisering worden gemonitord wat gevolgen kan hebben voor de compensatie. Kunt u aangeven wanneer u de resultaten van de monitoring verwacht en kunt u aangeven of u hierin op specifieke knelpunten let dan wel op specifieke groepen, zoals mensen met dementie? Welke gevolgen voor compensatie voorziet u?

Antwoord 585:

De volumeontwikkelingen op het terrein van langer thuis wonen zal ik met de NZa, de zorgkantoren en de zorgaanbieders nauwlettend monitoren. Daar wordt dit najaar mee gestart. Deze monitor is momenteel nog in

ontwikkeling. De monitor is erop gericht om te bezien of de geraamde volumeontwikkeling voor het totale terrein van langer thuis tot knelpunten leidt. Indien zich afwijkingen van de ramingen voordoen die financiële consequenties hebben dan zal ik het initiatief nemen om dat met genoemde partijen te bespreken. Nieuwe inzichten kunnen leiden tot aanpassing van de raming voor 2016 en latere jaren. Overigens heeft de genoemde € 78 miljoen betrekking op een extra beroep op de huishoudelijke hulp. Indien ook rekening wordt gehouden met de overheveling van dagbesteding is het bedrag in 2015 € 280 miljoen.

Vraag 586:

Welke rechtspersoonlijkheid heeft de IGZ?

Antwoord 586:

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is een dienstonderdeel van het ministerie dat ressorteert onder de Minister van VWS. De IGZ valt volledig onder de ministeriële verantwoordelijkheid. Bij het uitoefenen van toezicht en handhaving voert de IGZ haar kerntaken onafhankelijk uit.

Vraag 587:

Kan worden aangegeven wat de ambitie is ten aanzien van het drugsbeleid, vooruitlopend op het onderzoek van het Trimbos Instituut dat pas na de zomer van 2015 naar de Kamer zal worden gestuurd?

Antwoord 587:

Zoals u weet coördineert het Ministerie van VWS het nationaal en internationaal drugsbeleid in samenwerking met de collega's van de betrokken ministeries. Mijn ministerie vertegenwoordigt Nederland als nationaal coördinator drugsbeleid in internationale overleggen. Ik ben met name verantwoordelijk voor de gezondheidsaspecten van het drugsbeleid en de vormgeving van het preventiebeleid, het beleid in de verslavingszorg en de zorg voor een up-to-date kennisniveau over middelengebruik en verslavingen via monitoring en onderzoek. Mijn ambitie is deze drie aspecten van het beleid continu op een kwalitatief hoog niveau uit te voeren. Een voorbeeld daarvan is dat ik mijn preventiebeleid aanpas aan de hand van onderzoeken en de stand van zaken van de wetenschap. Denk aan de wijzigingen die momenteel worden doorgevoerd binnen het schoolprogramma De Gezonde School en Genotmiddelen.

Een ander voorbeeld is onderzoek naar de jongerencultuur waarnaar in de vraag wordt verwezen. Elke generatie gaat op zijn eigen wijze om met alcohol en drugs en voor elke generatie spelen er andere overwegingen en motieven een rol om middelen te gebruiken. Om adequaat aan te kunnen sluiten met preventieve strategieën is het van groot belang om goed zicht te hebben op deze invloeden en aan te sluiten bij de beleavingswereld van jongeren. In deze studie wordt geanalyseerd welke aspecten van de huidige jongerencultuur een rol spelen in (roekeloos) alcohol- en drugsgebruik onder (uitgaande) jongeren. Daarbij wordt gekeken welke aanpassingen in de preventiestrategie nodig zijn om de gevolgen van dit gedrag te beperken.

Uiteraard pleeg ik ook onderhoud aan de voor mijn beleid belangrijkste wet, de Opiumwet. Daarnaast bereid ik mij voor op het Nederlandse voorzitterschap in 2016 en de UNGASS (United Nations General Assembly Special Session).

Vraag 588:

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over het plan van aanpak inzake de oprichting van een expertisecentrum voor de ziekte van Lyme?

Antwoord 588:

Ik vind het van groot belang dat zowel de betrokken medische centra als de patiënten achter het plan staan. Daarom wil ik hen daarvoor voldoende tijd geven. Ik zal u zo spoedig mogelijk nadat het plan is opgeleverd hierover informeren.

Vraag 589:

Onderdeel van het experiment regelarme instellingen zijn de hinderende regels. In totaal zijn er ca. 700 meldingen van hinderende regels gedaan, deze zouden aangepakt worden. Kunt u aangeven hoe het hier mee staat?

Antwoord 589:

De 700 meldingen bureaucratie dateren uit 2011 en hadden betrekking op diverse onderwerpen: bekostiging, informatievoorziening, het jaardocument maatschappelijke verantwoording, het kwaliteitstoezicht, de minutenregistratie, toegang tot de zorg, zorginkoop en zorgstelsel. Gedurende 2012 heeft VWS met alle indieners van de meldingen persoonlijk contact gehad en met alle betrokken partijen afstemming georganiseerd over de te nemen maatregelen. Op diverse terreinen zijn de administratieve lasten teruggedrongen.

- Het jaardocument maatschappelijke verantwoording (JMV) is in overleg met alle betrokken partijen bijvoorbeeld opnieuw beoordeeld. De rapportageverplichtingen zijn uit hoofde daarvan fors verminderd en er is meer samenhang in de uitvraag.
- Door de introductie van het declaratiebericht geven zorgaanbieders hun productie aan en is er geen sprake meer van een «dubbele» productiemonitor.
- De meeste meldingen gingen over de minutenregistratie. Samen met het veld is een alternatief ontwikkeld, waarin het zorgplan de basis is. De zorgaanbieder is niet verplicht om een minutenregistratie te voeren. Dit traject is uitgewerkt onder de noemer «planning is realisatie».
- Het berichtenverkeer van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) is gemoderniseerd en vereenvoudigd. Daarvoor is een nieuwe release uitgerold.
- Met de IGZ zijn afspraken gemaakt om bij het kwaliteitstoezicht meer rekening te houden met de specifieke situatie en de verantwoording lichter te maken. Dat geeft meer ruimte aan zorgaanbieders.
- Op het terrein van de zorginkoop en de criteria ten aanzien van de contractering zijn met de zorgkantoren afspraken gemaakt om de rapportagedruk voor zorgaanbieders te verminderen. Ook is de uitvraag van de zorgkantoren meer uniform gemaakt.
- Tenslotte zijn in een groot aantal meldingen voorstellen gedaan aan VWS om een regelarm experiment mogelijk te maken. Van de ruim 100 voorstellen zijn, na een zorgvuldige afweging, ongeveer 30 experimenten met regelarme instellingen (ERAI) van start gegaan. De meeste van deze experimenten lopen nog. Het merendeel van deze resultaten heeft een plek gekregen in de hervorming van de langdurige zorg.

Op de website van «In voor Zorg» is bij het thema «Meldingen Bureaucratie» nader beschreven welke acties zijn ondernomen en wat de resultaten daarvan zijn.

Vraag 590:

Wanneer kan de Kamer de nota van wijziging verwachten t.a.v. het wetsvoorstel wijziging Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen i.v.m. onderzoek met minderjarigen en meerderjarige wilsonbekwamen n.a.v. de Europese verordening over klinische trials?

Antwoord 590:

Het is staand kabinetsbeleid om ingrijpende wijzigingen van een ingediend wetsvoorstel voor advies aan de Raad van State voor te leggen

voordat de wijzigingen aan uw Kamer worden gestuurd. Zodra het advies van de Raad is ontvangen en de nota van wijziging daarop zo nodig is aangepast, zal de nota van wijziging aan uw Kamer gestuurd worden.

Vraag 591:

Op welke manier worden gezondheidseffecten meegenomen in de maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen?

Antwoord 591:

In december 2013 hebben CPB en PBL de «*Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten batenanalyse*» gepubliceerd. In vervolg hierop heeft het RIVM op 16 april 2014 in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen het themarapport «*Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg*» uitgebracht. De leidraad geeft handreikingen over de wijze waarop gezondheidseffecten meegenomen kunnen worden in de maatschappelijke kosten-batenanalyses (MKBA) of kosteneffectiviteitsanalyses (KEA) op verschillende beleidsterreinen. Het RIVM-rapport is een eerste stap om te komen tot een dergelijke werkwijzer voor volksgezondheid en zorg op basis van deze algemene principes. De kosten en baten van een beleidsvoornemen in termen van toegenomen gezondheid of welzijn worden vaak uitgedrukt in quality adjusted life years (qaly's). Ook kunnen gerelateerde effecten zoals bijvoorbeeld arbeidsmarkteffecten in kaart gebracht worden. Al deze effecten kunnen uitgedrukt worden in een economische waarde. Daarvoor is wel van belang dat de relatie kan worden gelegd tussen de maatregel en de effecten. Als hieraan wordt voldaan kunnen gezondheidseffecten meetellen in de totale waarde van een MKBA.

Vraag 592:

Wanneer kan de Kamer het wetsvoorstel tot wijziging van de Embryowet verwachten n.a.v. de tweede evaluatie van deze wet?

Antwoord 592:

Vorig jaar is aan uw Kamer het standpunt van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gestuurd op het rapport van de tweede evaluatie van de Embryowet, mede namens de Minister van Veiligheid en Justitie (Kamerstukken II 2013/14, 30486, bijlage bij nr. A). In dat standpunt heeft de Minister van VWS aangegeven van mening te zijn dat de Embryowet op verschillende punten aanpassing behoeft, teneinde onduidelijkheden en knelpunten weg te nemen.

Een bespreking van dit standpunt met uw Kamer heeft nog niet plaatsgevonden, zodat onduidelijk is in hoeverre uw Kamer een wetswijziging op de daarin genoemde punten wenselijk acht. Wel hebben enkele wetenschappers gereageerd ten aanzien van de mogelijkheid om onderzoek te kunnen doen naar chimaeren die met behulp van geïnduceerde pluripotente stamcellen (iPS cellen) tot stand zijn gekomen. De Minister van VWS heeft met hen hierover gesproken. Daarnaast is in het aangehaalde standpunt aangekondigd nog nader onderzoek uit te zetten. Dit betrof de vraag of er veelbelovende medische ontwikkelingen zijn waarvan het vrij aannemelijk is dat deze snel in de kliniek kunnen worden geïntroduceerd wanneer het verbod op het tot stand brengen van embryo's voor onderzoek wordt opgeheven. Dit onderzoek wordt nu uitgevoerd, en de resultaten worden rond de jaarwisseling verwacht. Zodra dit onderzoek gereed is zal het rapport u worden toegezonden, en zal de Minister van VWS u zo spoedig mogelijk over het vervolg informeren.

Vraag 593:

Wanneer krijgt de Kamer een terugkoppeling over de uitkomst van de uitvoering van de motie Bruins Slot over infectiepreventie in zorginstellingen (32 620, nr. 97)?

Antwoord 593:

De IGZ heeft op 19 december 2013 gerapporteerd over haar onderzoek naar de naleving, in de ziekenhuizen en in de ouderenzorg, van de richtlijnen voor infectiepreventie en daarmee hun voorbereiding op de toenemende antibioticaresistentieproblematiek. Ik heb mijn reactie op deze rapporten op 20 januari 2014, samen met de Staatssecretaris van VWS, aan uw Kamer aangeboden. De Kwaliteitswet zorginstellingen vormt de wettelijke basis voor dit onderzoek. Belangrijkste onderdeel daaruit is dat zorgverleners veilige en verantwoorde zorg moeten leveren op basis van professionele standaarden en veldnormen.

In het onderzoek heeft de IGZ ondermeer in de ziekenhuizen gekeken naar de formatie van de arts-microbioloog en de deskundige infectiepreventie. Uit het onderzoek is gebleken dat de formatie niet in alle onderzochte ziekenhuizen voldeed aan de opgestelde veldnorm. Daar waar zorginstellingen niet aan de norm voldeden heeft de IGZ ze hierop aangesproken. In het vervolg van deze toezichtsprogramma's zal wederom aandacht worden geschonken aan deze norm. Op het moment dat de IGZ opnieuw over haar toezicht rapporteert zult u deze rapporten zoals gebruikelijk ontvangen.

Daarnaast bereidt het Ministerie van VWS een bestuurlijk overleg over antibioticaresistentie voor met alle betrokken veldpartijen in de zorg. Infectiepreventie zal hier uiteraard ook op de agenda staan en we zullen dan ook van deze gelegenheid gebruik maken om de partijen op norm van het aantal deskundigen infectiepreventie en arts-microbiologen aan te spreken.

Met dit antwoord beschouw ik deze motie als afgehandeld.