

**Antwoorden op schriftelijke Kamervragen bij het jaarverslag VWS 2013
(TK 33930-XVI-1)**

Vraag 1

Wat is de Eenheid Secretariaten Medische Tuchtcolleges en hoe zijn die verbonden aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport?

Antwoord 1

De Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg (EST) is een organisatieonderdeel van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat zorgt voor een kwalitatief hoogwaardige administratieve en juridische ondersteuning van de onafhankelijke tuchtcolleges voor de gezondheidszorg.

EST is verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering. De tuchtrechtspraak is onafhankelijk.

Vraag 2

Welk deel van de middelen die besteed zijn aan zorg in natura in de AWBZ is besteed bij innovatieve kleine zorgaanbieders? Hoe staat dit in verhouding tot voorgaande jaren? Wat is de verwachting ten aanzien van toekomstige jaren?

Antwoord 2

In de onderstaande tabel is het aantal instellingen weergegeven dat een totaal budget heeft van € 2 mln. of minder en een aandeel intramuraal respectievelijk extramuraal van minder dan € 1 mln. in de AWBZ. Er is gecorrigeerd voor de zzp'ers.

Tabel - Zorgaanbieders met een totaal budget van < € 2 mln. in 2012-2013.

	2012		2013	
	Aantal instellingen	Totaal Budget (€ mln.)	Aantal instellingen	Totaal Budget (€ mln.)
Aandeel Intramuraal < €1 mln.	503	€ 212	492	€ 234
Aandeel Extramuraal < €1 mln.	96	€ 87	95	€ 76

Bron Nza

De totale omzet voor intramurale zorg in de AWBZ is ruim 18 mld. Het aandeel voor kleine aanbieders bedraagt ca. 1%. De totale omzet voor extramurale zorg in de AWBZ is ruim 4 mld. Het aandeel voor kleine aanbieders bedraagt ca. 2%.

Uit de tabel blijkt dat zowel het aantal kleine zorgaanbieders als het marktaandeel ongeveer constant is gebleven in de periode 2012-2013.

De verwachting voor de komende jaren is dat dit aantal iets zal afnemen in de intramurale zorg door de extramuralisering.

Bij de extramurale zorg is de ontwikkeling vanaf 2015 afhankelijk van het inkoopgedrag van Zvw-verzekeraars en gemeenten en kan momenteel moeilijk worden voorspeld.

Vraag 3

In hoeverre is door uw ministerie gekeken naar de effectiviteit en doelmatigheid van subsidies?

Antwoord 3

Bij de beoordeling van elke subsidieaanvraag worden de verwachte kosten en maatschappelijke baten tegen elkaar gewogen. Is er mede op basis van die weging besloten de subsidie te verlenen,

dan vindt per subsidie achteraf een financiële en inhoudelijke beoordeling van de uitgevoerde activiteiten plaats.

Daarnaast vindt er, conform de Regeling vaststelling Aanwijzingen voor subsidieverstrekking, per subsidieregeling periodiek een evaluatie plaats.

Vraag 4

Is de top positie in de Euro Health Consumer Index niet eveneens te danken aan de grote mate van keuzevrijheid die patiënten hebben in het kiezen van hun eigen zorgverlener? Ligt het in de lijn der verwachting dat nu de minister van plan is deze keuzevrijheid af te schaffen, de positie van Nederland de komende jaren zal dalen op de Euro Health Consumer Index? Indien de Nederlandse positie de komende jaren daalt zal dit dan van invloed zijn op het beleid? Zo ja, hoe? Zo nee, wat is dan de relevantie om de top positie te benoemen in het jaarverslag?

Antwoord 4

De Nederlandse gezondheidszorg is goed. Dat blijkt niet alleen uit de Euro Health Consumer Index (EHCI) maar ook uit andere studies zoals de Zorgbalans van het RIVM of Health at a Glance van de OECD. Dat de Nederlandse gezondheidszorg goed is, is een belangrijke constatering die een plek verdient in het jaarverslag. Keuzevrijheid is inderdaad een belangrijke factor bij EHCI. Ik schaf die niet af.

Vraag 5

De groei van de uitgaven in de zorg is beperkt, maar zijn ook de kosten van de zorg gedaald? Zijn de kosten van de medisch specialisten gedaald? Zijn de kosten van behandelingen gedaald? Is een ziekenhuisopname goedkoper geworden? Zijn de uitgaven binnen de kaders gebleven omdat patiënten meer zijn gaan betalen? In hoeverre hebben zorgmijders bijgedragen aan de uitgavenbeperking?

Antwoord 5

De groei van de uitgaven in de zorg is in 2013 beperkt en hierdoor zijn de uitgaven binnen de budgettaire kaders gebleven. Dit betekent niet dat de zorgkosten ten opzichte van 2012 zijn gedaald.

De kosten van de ziekenhuiszorg zijn op macroniveau niet gedaald. Door de veranderingen in de bekostiging van ziekenhuizen zijn nog onvoldoende gegevens bekend om uitspraken te doen over de kostenontwikkeling van specifieke onderdelen.

Daarnaast hebben veel verzekeraars met ziekenhuizen een plafond of een aanneemsom afgesproken en kan hierdoor weinig worden gezegd over de ontwikkeling van de tarieven.

De omvang van de eigen betalingen is niet van invloed op over- of onderschrijdingen van de kaders. Over het effect van zorgmijding op de groei van de zorguitgaven zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 6

Wat zijn tot nu toe de uitkomsten en opbrengsten van de in maart opgerichte Taskforce Integriteit Zorgsector?

Antwoord 6

Opbrengsten van de Taskforce Integriteit Zorg zijn de ontwikkeling en operationalisering van een fraudetoets voor VWS-regelgeving, de oprichting van het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZB), de start van een verzamelpunt voor meldingen over zorgfraude bij de NZa en een meldpunt opgericht door cliëntenorganisaties waar burgers meldingen over zorgfraude kunnen doen.

Vraag 7

Kan het advies van de NZa aan zorgverzekeraars om hun controlesystemen te verbeteren en meer aandacht te besteden aan opsporing van fraude ook daadwerkelijk worden afgedwongen door de NZa? Zo ja, op welke wijze kan de NZa dit afdwingen?

Antwoord 7

De NZa ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars moeten zich hier jaarlijks over verantwoorden. De NZa geeft in de toezichtsprotocollen en informatiemodellen voorschriften aan hoe de zorgverzekeraars (en hun externe accountants) voor de controle en verantwoording moeten vormgeven. Hiermee stuurt de NZa feitelijk de verantwoording. De NZa past prestatiemeting toe door middel van vooraf benoemde performance indicatoren per zorgverzekeraar te meten en te beoordelen. Bij diverse zorgverzekeraars lopen verbetertrajecten. De NZa heeft diverse maatregelen getroffen vanwege onvoldoende prestaties op het gebied van de uitvoering van materiële controle, opsporing van misbruik, oneigenlijk gebruik en gepast gebruik. Mochten de zorgverzekeraars niet voldoen aan de eisen die de NZa stelt aan de controle en verantwoording, dan kiest de NZa voor informele of formele handhavingsacties, afhankelijk van wat het meest efficiënt en effectief zal zijn. De NZa kan formele handhavinginstrumenten inzetten tot en met het opleggen van een last onder dwangsom en/of een boete. De oordelen over het laatste rapportagejaar 2012 zijn gepubliceerd op naam (*bron: NZa, februari 2014: samenvattend rapport, Rechtmatige uitvoering zorgverzekeringswet 2012*). Ook zijn de maatregelen gepubliceerd.

Vraag 8

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de totale omvang van de fraude in de zorg? Wordt daarin ook onderscheid gemaakt tussen echte fraude, fraude omdat het kan en het per ongeluk niet opvolgen van de regels?

Antwoord 8

De NZa zal in de eindrapportage van het Onderzoek zorgfraude een kwantitatieve analyse maken van de omvang van de fraude in acht verschillende sectoren (geneeskundige GGZ, farmaceutische zorg, huisartsenzorg, mondzorg, medisch specialistische zorg, fysiotherapie, persoonsgebonden budget en zorg in natura). De NZa kijkt hierbij naar wat onrechtmatig is gedeclareerd, of deze nu opzettelijk is gepleegd of niet. In mijn brief van 20 maart 2014 over een tweetal NZa-rapporten heb ik uw Kamer laten weten dat ik het rapport van de NZa ontvang in juli en het dan aan uw Kamer toestuur samen met een beleidsreactie. Zoals ik in mijn brief van 22 mei over de aanpak verantwoording en jaarrekening medisch specialistische zorg heb laten weten, hebben ziekenhuizen de gelegenheid gekregen hun declaraties over een aantal recente jaren opnieuw na te gaan. De NZa wil de acties van ziekenhuizen meewegen in het totaalbeeld dat zij presenteert. Dat traject moet begin september zijn afgerond. Daarna zal de NZa haar onderzoek publiceren. Ik zal het eindrapport van de NZa aan uw Kamer doen toekomen in de volgende voortgangsrapportage Fraudebestrijding in de zorg in het najaar 2014.

Vraag 9

Hoeveel heeft de fraude-aanpak het kabinet tot nu toe gekost, en wat heeft het opgeleverd? Is er al een schatting van de omvang van de zorgfraude te maken? Hoeveel fraudeurs zijn er opgespoord, en welke sancties hebben zij opgelegd gekregen? Het doel van het bestrijden van zorgfraude is een lagere schadelast en dus een lagere zorgpremie voor de burger. Wanneer kan deze verlaging van de zorgpremie verwachten?

Antwoord 9

In 2014 wordt € 5 miljoen en voor 2015 en verder € 10 miljoen ingezet voor de versterking van de opsporingsfunctie en het versterken van toezicht in de zorg. De NZa krijgt in 2014 € 3,3 mln extra voor haar toezichtstaak, de Inspectie ISZW ontvangt € 1,7 mln voor extra inzet voor de opsporing.

Zoals eerder aan uw Kamer toegezegd zal in de begroting van VWS voor 2015 de verdeling van de middelen voor 2015 en verder aan de orde komen. Ook ten aanzien van de aanpak van de PGB-fraude zijn middelen beschikbaar gesteld. In 2013 zijn in de periode tot en met 31 december 2013 elf opsporingsonderzoeken en twee ontnemingsonderzoeken door de directie Opsporing van de Inspectie SZW in het domein van PGB afgerond. Dit betekent dat de zaken zijn ingeleverd bij het openbaar ministerie voor strafrechtelijke vervolging. In een zaak die betrekking had op PGB-fraude legde de rechtbank recentelijk onvoorwaardelijke gevangenisstraffen op van 1,5 jaar. Daarnaast zijn middelen vrijgemaakt voor het verzamelpunt fraude bij de NZa en het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding.

De NZa heeft in de tussenrapportage naar de omvang van zorgfraude (Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 56, bijlage: Onderzoek zorgfraude – tussenrapport (update)) voor alle sectoren in de zorg, waaronder de AWBZ, een kwalitatieve analyse gemaakt van de mogelijk risico's op fraude. In de tussenrapportage is een voorlopige analyse gemaakt van de omvang van fraude in de geneeskundige ggz, farmaceutische zorg, huisartsenzorg en mondzorg.

De NZa zal in de eindrapportage van dit onderzoek ook een kwantitatieve analyse maken van de omvang van de fraude in de onderscheiden sectoren.

Het is lastig uitspraken te doen over het effect van de aanpak van zorgfraude op de zorgpremie. De aanpak van fraude kan leiden tot lagere zorguitgaven hetgeen zich kan vertalen in een lagere zorgpremie. In dit kader is het wellicht relevant te melden dat als gevolg van de hoofdlijnenakkoorden curatieve zorg van 16 juli 2013 besparingen optreden oplopend tot structureel € 1 miljard vanaf 2017. De aanpak van fraude is één van de aspecten die onderdeel zijn van deze akkoorden.

Vraag 10

Over de omvang van de fraude in de zorg doen in de media het bedrag van 6 miljard euro per jaar de ronde. Wat is een realistische schatting (in euro's) van de fraude in de zorg? Hoe is deze over de verschillende onderdelen van de zorg verdeeld (langdurige zorg, ouderenzorg, medisch specialistische zorg, eerstelijnszorg, jeugdzorg, GGZ)?

Wat zouden de effecten op de werkgelegenheid in de zorg zijn als alle fraude van het ene op het andere moment zou worden teruggedrongen naar 0?

Antwoord 10

De NZa heeft in de tussenrapportage van het Onderzoek zorgfraude (Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 56, bijlage: Onderzoek zorgfraude – tussenrapport (update)) voor alle sectoren in de zorg een kwalitatieve analyse gemaakt van de mogelijk risico's op fraude. In de tussenrapportage is een voorlopige analyse gemaakt van de omvang van de fraude in de geneeskundige ggz, farmaceutische zorg, huisartsenzorg en mondzorg.

De NZa zal in de eindrapportage van dit onderzoek een kwantitatieve analyse maken van de omvang van de fraude in de onderscheiden sectoren (geneeskundige GGZ, farmaceutische zorg, huisartsenzorg, mondzorg, medisch specialistische zorg, fysiotherapie, persoonsgebonden budget en zorg in natura). De NZa kijkt hierbij naar wat onrechtmatig is gedeclareerd.

Het is niet bekend wat het gevolg zou zijn voor de werkgelegenheid in de zorg als alle fraude zou worden teruggedrongen tot nul maar de verwachting is dat het effect beperkt zou zijn. Fraude kan namelijk zowel opwaartse als neerwaartse effecten hebben op de werkgelegenheid. Fraude kan een positief effect hebben op de omzet van zorgaanbieders hetgeen zich kan vertalen in hogere personele uitgaven. Aan de andere kant is relevant dat het bij fraude gaat om het bewust overtreden van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld declaratieregels) om er financieel voordeel mee te behalen en niet zozeer om de omvang van de daadwerkelijk verleende zorg door zorgverleners.

Vraag 11

In 2013 en 2014 zouden 30.000 huisbezoeken worden afgelegd. Hoeveel van deze huisbezoeken zijn er tot nu toe al afgelegd?

Antwoord 11

Er zijn per 15 mei ruim 15.471 huisbezoeken afgelegd. De verwachting van de zorgkantoren is dat eind 2014 alle 30.000 huisbezoeken hebben plaatsgevonden.

Vraag 12

Wat zijn tot nu toe de bevindingen van deze huisbezoeken?

Antwoord 12

De voornaamste bevindingen van de huisbezoeken zijn dat de cliënten het rechtstreekse contact met de zorgkantoren op prijs stellen. Zij begrijpen heel goed dat controle op publieke middelen nodig is en vinden het goed om rechtstreeks met hun zorgkantoor te kunnen spreken over hun zorg. Zorgkantoren geven aan dat het leeuwendeel van de cliënten die het pgb gebruiken waarvoor het bedoeld is, namelijk hun zorg zo organiseren als bij hen past. Indien bij budgethouders sprake is van onregelmatigheden, bijvoorbeeld omdat onbedoeld de regels niet goed worden toegepast, helpen zij de budgethouder. Indien er sprake is van een vermoeden van fraude bezien de zorgkantoren welke mogelijkheden zij hebben, en zetten eventueel door naar de Inspectie SZW.

Vraag 13

In hoeveel gevallen van de afgelegde huisbezoeken was er sprake van fraude met het persoonsgebonden budget?

Antwoord 13

Bij de huisbezoeken wordt geen fraude geconstateerd, daarvoor is een uitspraak van de rechter nodig. Wel blijkt bij 6% van de afgelegde huisbezoeken sprake van een vermoeden van fraude.

Vraag 14

Zullen huisbezoeken in de toekomst vaker worden ingezet als manier om fraude met het persoonsgebonden budget op te sporen en tegen te gaan?

Antwoord 14

Het plan voor de intensivering van de aanpak pgb fraude loopt tot eind 2014. In het najaar van 2014 zal de uitvoering van het plan worden geëvalueerd en zal bezien worden welke elementen om voortzetting vragen. Dit geldt ook voor de huisbezoeken.

Vraag 15

Het programma "Verspilling in de Zorg" is in mei 2013 van start gegaan. Wat zijn tot nu toe de bevindingen van dit programma?

Antwoord 15

We hebben sindsdien bijna 20.000 reacties ontvangen. Deze meldingen geven zicht op allerlei mogelijkheden om verspilling een halt toe te roepen en zijn een duidelijk signaal dat verbeteringen mogelijk zijn. Over het gehele zorgveld wordt gemeld. In september 2013 hebben we u geïnformeerd met een rapportage van de meldingen.¹ Op 28 mei 2014 hebben we u geïnformeerd welke acties op basis van deze bevindingen zijn en worden gestart.²

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33654, nr. 4

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33654, nr. 7

Vraag 16

Wat zijn de belangrijkste bevindingen van de themaprojecten van het programma, zoals verspilling van genees- en hulpmiddelen, de langdurige en de curatieve zorg?

Antwoord 16

In september bent u geïnformeerd met een analyse van de meldingen op het terrein van de genees- en hulpmiddelen, de langdurige en de curatieve zorg.³ Sindsdien zijn er nog meldingen binnengekomen, maar deze hebben niet tot een grote verschuiving in de bevindingen geleid. Op basis van deze meldingen zijn en worden acties bepaald die nodig en kansrijk zijn. Hierover bent u bij brief van 28 mei jl. nader geïnformeerd.⁴

Vraag 17

Wat wordt er tot nu toe gedaan met de bevindingen uit de themaprojecten? Zijn bepaalde bevindingen al omgezet in concrete maatregelen die verspilling tegengaan?

Antwoord 17

Op basis van de meldingen zijn acties bepaald die nodig en kansrijk zijn. Ook beloftevolle initiatieven vanuit het veld bieden input voor acties. Over deze acties heb ik u op 28 mei jl. geïnformeerd.⁵

Vraag 18

Kunnen ggz-patiënten bezwaar maken tegen vermelding van gegevens op de factuur, waaronder hoofdbehandelaar en bestede tijd, als zij deze gegevens uit privacy-overwegingen niet willen delen? Zo ja, zijn zorgverzekeraars verplicht om dit bezwaar te respecteren?

Antwoord 18

Patiënten kunnen alleen bezwaar maken tegen de vermelding van diagnosegerelateerde informatie op de ggz-factuur, zoals gespecificeerd in de betreffende NZa-regeling. Verzekeraars zijn verplicht om zo'n bezwaar te respecteren. Patiënten kunnen geen bezwaar maken tegen de vermelding van de hoofdbehandelaar en de bestede tijd op de ggz-factuur.

Vraag 19:

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de precieze inhoud van de actieplannen Verspilling in de zorg? Maakt de geestelijke gezondheidszorg (ggz) hier ook onderdeel van uit?

Antwoord 19

De Kamer is hierover recentelijk geïnformeerd (28 mei 2014).⁶ Wij blijven u met regelmaat informeren over acties, resultaten en een actuele analyse van de meldingen. De GGZ-sector neemt actief deel in het programma tegengaan verspilling in de zorg.

Vraag 20

Is de inzet om fraude op te sporen en te bestraffen kosteneffectief? Met andere woorden, levert fraudeopsporing per saldo meer op dan dit het kabinet kost?

Antwoord 20

De kosten en opbrengsten van fraudebestrijding zijn niet precies te geven. Zowel de kosten als opbrengsten doen zich voor bij vele partijen in de zorgketen. Het gaat daarbij niet alleen om de partijen binnen het rijk, maar ook daarbuiten. Wel is relevant dat de aanpak van fraude voor dit kabinet een belangrijke prioriteit is. Op het terrein van VWS wordt vanaf 2014 € 5 miljoen en voor

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33654, nr. 4

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33654, nr. 7

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33654, nr. 7

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33654, nr. 7

2015 en verder € 10 miljoen extra ingezet voor de versterking van de opsporingsfunctie en het versterken van toezicht in de zorg.

De gedane investeringen zullen uiteindelijk opbrengsten tot gevolg hebben, maar waar deze neerslaan is (op voorhand) niet exact te zeggen. Minder fraude leidt uiteindelijk tot minder schadelast voor zorgverzekeraars en daarmee tot lagere zorguitgaven en een beheerste groei van de zorguitgaven zoals ook afgesproken is in de akkoorden in de curatieve zorg van juli 2013.

Naast de opbrengsten in financiële zin is relevant dat het bestrijden van fraude ook een breder doel dient, namelijk dat het handhaven van de norm dat fraude en misbruik onacceptabel is. Dit is van belang in een rechtsstaat en om het draagvlak voor de collectieve voorzieningen te behouden.

Vraag 21

Welke mogelijkheden ziet de minister om de looptijd van DBC's te verkorten, zodat aanbieders eerder kunnen declareren en patiënten eerder inzicht krijgen in de zorgkosten die zij maken?

Antwoord 21

De NZa heeft vorig jaar de opdracht gekregen de maximale doorlooptijd van de DBC's in de medisch-specialistische zorg te verkorten tot 120 dagen. De NZa verwerkt deze verkorting momenteel in de productstructuur die gaat gelden in 2015. Dit betekent dat DBC-trajecten met een openingsdatum in (of na) 2015 na maximaal 120 dagen gesloten zullen worden. Vanaf het moment van sluiting kan de zorgaanbieder de DBC declareren. Patiënten krijgen eerder inzicht in de zorgkosten die zij maken als ook daadwerkelijk kort na sluiting van de DBC de declaratie door de zorgaanbieder wordt ingediend en door de zorgverzekeraar wordt behandeld. Ik onderzoek de mogelijkheden om deze administratieve processen te verkorten. Hierover zal ik u nader informeren in mijn brief over de verbetering informatievoorziening zorguitgaven die ik naar verwachting nog voor het zomerreces zal sturen.

Vraag 22

Kunnen patiënten nog steeds hun meldingen over verspilling in de zorg kwijt? Wat wordt er met deze additionele meldingen gedaan? Worden de actieplannen daar nog op aangepast?

Antwoord 22

Elke dag ontvangen we nieuwe meldingen die, met de eerdere meldingen, de bestaande acties voeden en nieuwe acties tegen verspilling initiëren. Daarom blijft het Meldpunt open en kan iedereen zijn ervaring met ons blijven delen.

Vraag 23

Is het vermelden van hoofdbehandelaar, verwijzer en bestede tijd op de factuur in de ggz niet in strijd met het medisch beroepsgeheim? Is hierop getoetst?

Antwoord 23

De regelingen van VWS en NZa over de aan zorgverzekeraars te verstrekken medische persoonsgegevens op de factuur moeten voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Dit is de verantwoordelijkheid van VWS en de NZa. De zorgverzekeraars verwerken de declaratiegegevens conform de uniforme maatregel privacy afhandeling declaraties. De zorgverzekeraars moeten op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens de passende organisatorische maatregelen nemen om de persoonsgegevens van de patiënt tegen verlies of enige vorm van onrechtmatige verwerking te beschermen. Hiertoe behoort ook het waarborgen dat de persoonsgegevens niet toegankelijk zijn voor personen die onbevoegd zijn om daarvan kennis te nemen. Alle persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, verkregen in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering (of de Zorgverzekeringswet zelf), afkomstig van een zorgaanbieder vallen onder de geheimhoudingsplicht vernoemd in artikel 87 Zvw en artikel 68a Wmg.

Vraag 24

Hoeveel heeft het programma Aanpak Verspilling de minister tot nu toe gekost en wat heeft het opgeleverd? Is er al een schatting van de omvang van verspilling in de zorg te maken? Welke opbrengsten worden er verwacht? Graag een onderverdeling per sector.

Antwoord 24

VWS werkt samen met 50 partijen bij de aanpak verspilling. Vertegenwoordigers van deelnemende partijen ontvangen geen bezoldiging. De onafhankelijk voorzitters van de stuurgroepen ontvangen een vergoeding. Daarnaast voorziet VWS in de bekostiging van het Meldpunt Verspilling voor de duur van de huidige kabinetsperiode. Jaarlijks betaalt VWS voor het onderhoud, hosting en abonnement. De totale kosten (mei 2013 – juni 2014) die tot nu toe zijn gemaakt bedragen circa € 0,2 mln.

Het programmateam zelf dat het dossier Aanpak verspilling onder zijn hoede heeft, bestaat uit vijf VWS ambtenaren (een programmaleider, drie projectleiders en een programmasecretaris).

Het meldpunt heeft ons inzicht geboden in de ervaren problematiek. Deze meldingen komen rechtstreeks vanuit de samenleving inclusief van de mensen die dagelijks in en voor de zorg werken. Op basis van de meldingen zijn acties bepaald die nodig en kansrijk zijn. Ook beloftevolle initiatieven vanuit het veld bieden input voor acties. Over deze acties en mogelijke opbrengsten heb ik u op 28 mei jl. geïnformeerd.⁷ De acties dragen bij aan verantwoorde uitgaven aan goede zorg via een efficiënt zorgproces waarin partijen slim samenwerken en de patiënt of cliënt centraal staat.

Er zijn veel veranderingen gaande in de zorg. Behaalde besparingen in de zorg kunnen daardoor niet specifiek aan de aanpak van verspilling worden toegeschreven. De aanpak van verspilling zal hier een aandeel in hebben. Over de omvang van verspilling zijn echter geen goede schattingen beschikbaar. Ook internationaal is er geen goed vergelijkingsmateriaal. Meldingen zijn zeer divers van aard: vaak zijn het beschrijvingen van individuele ervaringen, worden er geen bedragen genoemd en biedt de inhoud van de melding geen aanknopingspunt voor een financiële schatting. Wel zal er per actie bekeken worden of het mogelijk is om te kijken naar mogelijke opbrengsten, zoals kwaliteit van de zorg, patiënttevredenheid danwel kosten.

De aanpak verspilling in de zorg is één van de onderdelen in een bredere aanpak die nodig is om de in de hoofdlijnenakkoorden medisch specialistische zorg en GGZ begrensde groei van 1% en de in het bestuurlijk akkoord 1e lijn begrensde groei van 2,5% te kunnen realiseren. Partijen die de akkoorden hebben ondertekend verwachten samen met mij dan ook dat door de aanpak van verspilling substantiële besparingen kunnen worden gerealiseerd die de kosten van dit programma ruim te boven zullen gaan.

Vraag 25

Zijn de huisbezoeken bij PGB-houders aangekondigd of onaangekondigd?

Antwoord 25

De huisbezoeken bij budgethouders vinden aangekondigd plaats.

Vraag 26

Hoe verloopt een huisbezoek bij een PGB-houder?

⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33654, nr. 7

Antwoord 26

Het huisbezoek vindt plaats na een administratief vooronderzoek zodat de huisbezoekers beslagen ter ijs komen bij de budgethouder. Het bezoek vindt aangekondigd plaats, en duurt veelal minder dan een uur. Het bezoek wordt veelal afgelegd door twee personen, een die zorginhoudelijk deskundig is en iemand die financieel/administratief deskundig is. Allereerst wordt de zorginhoudelijke kant besproken (is sprake van AWBZ zorg) en vervolgens wordt gezien of de middelen rechtmatig worden besteed. Ook worden eventuele vragen van de budgethouder beantwoord. Indien sprake is van vermoeden van fraude vindt nader onderzoek plaats.

Vraag 27

Wat zijn de uitslagen op de fraudetoets bij de Wet langdurige zorg?

Antwoord 27

Een eerdere versie van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg is door diverse externe partijen gezien op risico's op oneigenlijk gebruik en fraude. Het wetsvoorstel, zoals uiteindelijk bij de Tweede Kamer ingediend, heeft ondertussen wijzigingen ondergaan ten opzichte van de eerder getoetste versie. Reden waarom het wetsvoorstel aan een nieuwe toets wordt onderworpen. De Kamer zal over de uitkomsten binnenkort worden geïnformeerd.

Vraag 28

Hoeveel instellingen mogen niet meer zelf indiceren als gevolg van upcoding?

Antwoord 28

Sinds de aanscherping van het toezicht en handhavingkader van het CIZ in oktober 2013 zijn op 1 januari 2014 aan 27 zorgaanbieders de mandaatrechten (tijdelijk) ontnomen en op 1 april 2014 aan 2. Van deze 29 aanbieders heeft een zestal laten weten niet langer in mandaat te willen indiceren, zij zullen dus niet opnieuw voor indiceren in mandaat worden aangesloten op Portero, het elektronische aanmeldsysteem van het CIZ. Op dit moment bezitten 1327 aanbieders een contract met het CIZ om in mandaat indicatiebesluiten te kunnen voorbereiden. Het CIZ neemt alle besluiten.

Vraag 29

Klopt de veronderstelling van Buurtzorg dat patiënten in de thuiszorg gemiddeld voor 100 euro aan ongebruikte genees- en hulpmiddelen in huis hebben?

Antwoord 29

Gezien de vaak voorkomende meldingen in het Meldpunt over ongebruikte genees- en hulpmiddelen is het wel aannemelijk dat er bij patiënten die thuiszorg ontvangen ongebruikte genees- en hulpmiddelen aanwezig zijn. De veronderstelling van Buurtzorg dat deze gemiddeld een waarde van 100 euro vertegenwoordigen, kan ik echter niet verifiëren.

Vraag 30

Waarom is er geen actie ondernomen naar aanleiding van de Buurtzorg-enquête inzake de verspilling in de thuiszorg?

Antwoord 30

Er is wel actie ondernomen. De verspilling in de thuiszorg die door de Buurtzorg-enquête wordt signaleerd heeft betrekking op de waarde van ongebruikte genees- en hulpmiddelen bij patiënten thuis. Een aantal acties in het themaproject Aanpak verspilling genees- en hulpmiddelen richt zich op het voorkomen van grote aantallen genees- en hulpmiddelen bij patiënten thuis. Daarover heb ik u per brief van 28 mei jl. geïnformeerd.⁸

⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33654, nr. 7

Ook is vanuit het themaproject Aanpak verspilling in de langdurige zorg recent met Buurtzorg Nederland contact geweest hoe de verspilling in de thuiszorg het beste kan worden aangepakt.

Vraag 31

Hoe komt het dat fabrikanten en apotheken niet gereageerd hebben op de oproep van de minister om de verpakkingen te verkleinen?

Antwoord 31

Oorzaken voor het niet gebruiken van geneesmiddelen kunnen op diverse plekken in de keten liggen. Bij de aanpak van verspilling worden zorgbreed en in de verschillende fasen van de keten tegelijkertijd acties uitgevoerd. We kijken daarbij steeds goed waar in de keten het probleem ontstaat.

Bijvoorbeeld ter voorkoming dat de patiënt geneesmiddelen overhoudt, wordt een aantal acties 'aan de voorkant' opgepakt zoals het terughoudender voorschrijven en afleveren van dure geneesmiddelen, het gepast voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen in de laatste levensfase, het beter laten aansluiten van de verpakkingsgrootte van geneesmiddelen bij de behoefte van de behandeling en het gebruiken van thuismedicatie in het ziekenhuis.

Verspilling kan worden veroorzaakt door een combinatie van factoren, waarvan te grote verpakkingen er een is. Het is dus niet zo dat kleinere verpakkingen per definitie verspilling tegengaan. Zo is een apotheker juist gebaat bij grote verpakkingen als hij voor zijn patiënten een baxterrol klaarmaakt. Een dergelijke baxterrol zorgt er juist voor dat de patiënt zijn of haar medicatie op maat krijgt aangeleverd. Met kleinere verpakkingen zou dit voor de apotheker – en daarmee voor de patiënt – juist duurder zijn.

In het kader van de aanpak verspilling genees- en hulpmiddelen kijk ik in den brede op welke manieren verspilling het meest doeltreffend kan worden tegengegaan. Ik heb aan de industrie aangegeven dat ik van hen verwacht dat zij hun bijdrage leveren aan het tegengaan van verspilling. Tegelijkertijd constateer ik dat Nederland een kleine markt is voor de veelal grote, internationaal georiënteerde farmaceutische bedrijven waardoor aanpassingen van verpakkingen speciaal voor de Nederlandse markt veelal niet rendabel zijn. Zie de brief van 28 mei jl. waar ik u hierover heb geïnformeerd.⁹

Vraag 32

Welke actie heeft de minister genomen om verspilling door te grote verpakkingen tegen te gaan?

Antwoord 32

Zie antwoord op vraag 31.

Vraag 33

Hoeveel gevallen van vermijdbare sterfte in ziekenhuizen zijn er afgelopen jaar, in absolute termen, voorgevallen?

Antwoord 33

Over het jaar 2013 zijn er geen cijfers beschikbaar over potentieel vermijdbare schade en sterfte in ziekenhuizen. De derde landelijke meting van zorggerelateerde schade door middel van dossieronderzoek die het EMGO/NIVEL heeft uitgevoerd betreft de onderzoeksperiode april 2011 tot april 2012. De resultaten van dat onderzoek heeft het EMGO/NIVEL gepubliceerd op 18

⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33654, nr. 7

november 2012; ik heb u het rapport met mijn reactie daarop toegestuurd op 18 november 2012. Uit dit onderzoek blijkt dat er in de periode 2011-2012 sprake was van een geschat aantal van 968 vermijdbare sterfgevallen in de Nederlandse ziekenhuizen. Bij de start van het landelijke VMS veiligheidsprogramma in de ziekenhuizen was er sprake van een geschat aantal van 1735 vermijdbare sterfgevallen.

Zoals ik heb aangekondigd in mijn brief over patiëntveiligheid van 24 april 2014 ga ik opdracht geven voor een vierde landelijke meting van schade en sterfte. Deze meting wordt zodanig gedaan dat de resultaten opnieuw vier jaar na de vorige meting beschikbaar komen - in 2017 - en dat die resultaten goed vergelijkbaar zullen zijn met de resultaten van de vorige metingen.

Vraag 34

Heeft het scherper toezien en eerder handhavend optreden van de IGZ ook geresulteerd in een stijging van het aantal sancties? Zo ja, hoe verhoudt het aantal door de IGZ opgelegde sancties zich tot voorgaande jaren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 34

De IGZ heeft in de afgelopen jaren haar aandacht in het toezicht verschoven van grote instellingen naar daar waar risico's zijn gesignaleerd of waar de potentiële risico's het grootst zijn. Dit heeft ertoe geleid dat het aantal maatregelen dat de IGZ in 2013 heeft genomen is gestegen ten opzichte van de jaren daarvoor. Op 2 juni heb ik het Jaarbeeld 2013 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aan uw Kamer gezonden. In het hoofdstuk Toezicht en handhaving is direct zichtbaar welke sancties de IGZ in 2013 heeft opgelegd en hoe vaak ten opzichte van het jaar daarvoor. Zowel bevel, verscherpt toezicht als adviezen tot aanwijzing zijn substantieel meer toegepast dan in voorgaande jaren.

Zo stelde de IGZ vorig jaar 29 keer verscherpt toezicht in tegenover 19 keer in 2012. In 2012 gaf de IGZ 15 keer een bevel en vorig jaar 36 keer. Ook het aantal keren dat de inspectie een waarschuwing gaf of een last onder dwangsom oplegde steeg: van 59 waarschuwingen en 19 keer last onder dwangsom in 2012, naar 142 waarschuwingen en 51 keer last onder dwangsom in 2013.¹⁰

Het aantal opgelegde boetes is gelijk gebleven en het aantal nieuw ingediende tuchtzaken is iets gedaald ten opzichte van 2012. Het aantal lopende tuchtprocedures, inclusief de hoger beroepen, is in 2013 gestegen mede als gevolg van de in voorgaande jaren ingediende zaken.

Vraag 35

Zijn zorgaanbieders en fabrikanten op de hoogte gebracht van het feit dat zij wettelijk verplichte meldingen vanaf 1 juli 2014 bij het Landelijk Meldpunt Zorg dienen te doen? Op welke wijze zijn zij hierover voorgelicht?

Antwoord 35

Zoals ik op 2 juni 2014 heb toegelicht in een voortgangsbrief aan uw Kamer over het Landelijk Meldpunt Zorg, moeten zorgaanbieders en fabrikanten hun wettelijk verplichte meldingen gewoon bij de IGZ doen. Ook hun niet-wettelijk verplichte meldingen kunnen zorgaanbieders en fabrikanten bij de IGZ blijven indienen. Voor zorgaanbieders en fabrikanten verandert er dus niets. De brancheorganisaties voor zorgaanbieders en fabrikanten zijn hiervan op de hoogte gebracht door de bovengenoemde voortgangsbrief onder hun aandacht te brengen. Samen met de IGZ zal ik actief blijven communiceren naar veldpartijen dat de wettelijk verplichte meldingen bij de IGZ gemeld moeten blijven worden. Mochten zorgaanbieders of fabrikanten zich toch tot het Landelijk Meldpunt Zorg wenden voor een melding, dan zullen ze worden doorverwezen naar de IGZ.

¹⁰ "Jaarbeeld IGZ 2013 dd 2 juni 2014"

Vraag 36

In hoeverre voorziet het kabinet een belangrijke rol voor Vektis in de informatievoorziening voor de patiënt en het beschikbaar stellen van data voor wetenschappelijk onderzoek? Welke stappen moeten er nog worden gezet, en welk tijdpad wordt voorzien?

Antwoord 36

Met de aansluiting op Zorgprisma van Vektis beschik ik over een mogelijkheid om de achtergronden te zien van de ontwikkelingen die in de zorguitgaven zichtbaar zijn. Voor dit doel zijn de gegevens van Zorgprisma op macroniveau zeer geschikt. Op dit moment is de aansluiting een feit en wordt een pilot uitgevoerd om te beoordelen hoe de informatie op de meest efficiënte manier kan worden ontsloten voor VWS. In de komende jaren zal verder gewerkt worden aan de vorm van de aangeboden informatie.

Omdat het hier declaratie-informatie betreft, die ter bescherming van persoonsgegevens en in verband met concurrentiegevoeligheden niet op gedetailleerd niveau openbaar kan worden gemaakt en overigens ook niet voor VWS beschikbaar is, verwacht ik niet dat deze informatie een belangrijke rol voor de individuele patiënt zal gaan spelen.

De data van Vektis worden ook nu al gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. Ook hierbij spelen de privacy- en concurrentieaspecten een belangrijke rol. Onderzoeksinstituten als het RIVM maken voor hun onderzoek gebruik van de data van Vektis.

Vraag 37

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van de experimenten Regelarm werken? Welke concrete resultaten verwacht de minister dat deze experimenten zullen opleveren?

Antwoord 37

De planning is om de Kamer voor de behandeling van de Wlz de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen te doen toekomen. De resultaten van de experimenten betreffen de cultuur van de zorgaanbieders, vermindering van interne regeldruk en aangrijpingspunten voor vermindering van externe regeldruk. Ook geven zorgaanbieders aan doelmatiger de zorg te kunnen leveren.

Vraag 38

Het kabinet beweert dat de landelijk aanpak van patiëntveiligheid in de ziekenhuissector zeer succesvol is geweest. Hoe valt dit te rijmen met het rapport van de IGZ 'Veiligheidsbewustzijn in het operatief proces; ook na een calamiteit in teveel ziekenhuizen nog niet voldoende'? Heeft de minister inzicht in het aantal onnodige heroperaties en ziekenhuisinfecties? Zo ja, waar zijn de cijfers? Zo nee, wordt het geen tijd om indicatoren over vermijdbare schade verplicht te stellen?

Antwoord 38

Uit de derde landelijke meting van zorggerelateerde schade en sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen door EMGO/NIVEL¹¹ blijkt dat de in 2008 geformuleerde doelstelling om de vermijdbare schade en sterfte in 2012 met de helft terug te brengen, is gehaald. Dat resultaat laat zien dat de zorg in de Nederlandse ziekenhuizen de afgelopen jaren significant veiliger is geworden. Tegelijkertijd weten we ook dat er nog weerbarstige veiligheidsrisico's zijn die leiden tot vermijdbare schade als gevolg van de zorg. Een van die risico's is het veiligheidsbewustzijn als onderdeel van de werkcultuur. Dat blijkt uit het recente rapport van de IGZ 'veiligheidsbewustzijn in het operatief proces; ook na een calamiteit in teveel ziekenhuizen niet voldoende'.

Wat betreft de vraag over inzicht in onnodige heroperaties en ziekenhuisinfecties merk ik het volgende op. Gestandaardiseerde surveillance van ziekenhuisinfecties vindt plaats via het PREZIES-netwerk (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance). De cijfers worden gepubliceerd via

¹¹ De resultaten van dat onderzoek heeft het EMGO/NIVEL gepubliceerd op 18 november 2012, zie www.nivel.nl. Ik heb u het rapport met mijn reactie daarop toegestuurd op 18 november 2012, briefkenmerk 172952-113648-CZ.

de site van het RIVM: www.rivm.nl/Onderwerpen/P/PREZIES. De IGZ heeft in december 2013 een rapport uitgebracht over infectiepreventie in ziekenhuizen. Ik heb u dat rapport met mijn reactie op 19 december 2013 toegestuurd.¹² Uit dit rapport blijkt dat de infectiepreventie lang niet in alle gevallen goed op orde is. Verbetering is mogelijk en nodig. Daarvoor is het veld verantwoordelijk en de IGZ zal ook op verbetering toezien.

De IGZ heeft voor een aantal ziektebeelden via haar kwaliteitsindicatoren inzicht in de heroperaties. De focus ligt daarbij vooral op het tijdig signaleren dat een heroperatie moet plaatsvinden omdat dat resulteert in minder vermijdbare sterfte. Daarin hebben de ziekenhuizen zoals gezegd in de laatste jaren een grote vooruitgang geboekt.

Wat betreft het verplichten van indicatoren merk ik het volgende op. Partijen ondernemen zelf al stappen op het gebied van het inzichtelijk maken van prestaties van individuele instellingen. Dat is hun verantwoordelijkheid. Ik zet ook in op het transparant maken van de veiligheid van zorg door het publiekelijk toegankelijk maken van informatie over kwaliteit en veiligheid. Na drie voorgaande metingen naar zorggerelateerde schade en sterfte ga ik opdracht geven voor een vierde landelijke meting van schade en sterfte in Nederlandse instellingen voor medisch specialistische zorg. Daarnaast hecht ik aan een periodieke inhoudelijke monitor van drie thema's (infectiepreventie, medicatieveiligheid en veilige toepassing van medische technologie) waar nog grote veiligheidswinst geboekt kan worden in deze sector.

Tot slot merk ik op dat vanaf 1 maart 2014 de Nederlandse ziekenhuizen verplicht zijn om hun gestandaardiseerde sterftet cijfers - Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) – te publiceren. De HSMR is relevant voor de interne kwaliteitsbewaking van instellingen en kan een positieve impuls geven om de vermijdbare schade en sterfte in ziekenhuizen verder terug te dringen. Ik verwijs ook naar het antwoord op vraag 33 en naar het antwoord op vraag 68.

Vraag 39

Wat levert het terugdringen van de regeldruk financieel op? Wat zou het opleveren als instellingen hun medewerkers zelf verantwoordelijk zouden maken voor Arbo-taken, zodat een aparte afdeling hiervoor overbodig wordt? Wat levert het op als organisaties driekwart van hun interne administratie schrappen? Wat levert het op als er een uniforme informatievoorziening wordt ontwikkeld voor alle zorgverzekeraars (voor het uitvragen van gegevens door de zorgverzekeraars, nu hebben ze allemaal een ander systeem)? Wat levert het op als alle instellingen gaan indiceren door middel van SIP en HIT, zowel in tijd als geld?

Antwoord 39

Er is geen onderzoek beschikbaar waarvan de uitkomsten een antwoord kunnen geven op de vraag wat het terugdringen van de regeldruk financieel oplevert. Tegen het bestaan van regels als zodanig is overigens geen bezwaar. Waar wet- en regelgeving niet meer in dienst staan van het doel dat wordt nagestreefd, gaat het verkeerd. De regels, procedures en werkwijzen schieten dan hun doel voorbij, worden een doel in zichzelf en gaan ten koste van een goede uitvoering van de zorg voor hulpbehoevende mensen.

Het is geen wettelijke verplichting voor instellingen om een aparte afdeling voor Arbo-taken te hebben. Wel dienen instellingen zich aan de Arbo-wetgeving te houden. Daarin is onder andere geregeld dat instellingen verantwoordelijk zijn voor goede arbeidsomstandigheden en daar gericht beleid op moeten voeren, onder andere op basis van een risico- en evaluatieanalyse.

Onbekend is hoeveel instellingen daadwerkelijk een aparte afdeling voor Arbo-taken hebben en welke middelen hierin omgaan. Wat de opbrengsten zouden kunnen zijn als medewerkers daar zelf verantwoordelijk voor zouden worden, is dan ook niet aan te geven. Overigens kunnen medewerkers nooit volledig verantwoordelijk worden voor de arbeidsomstandigheden. De wetgever

¹² Tweede kamer vergaderjaar 2013-2014, 32620 nr. 104

heeft de verantwoordelijkheid daarvoor primair gelegd bij de werkgever, juist om de werknemer te beschermen.

Bij brief van 27 januari 2014¹³ is de Tweede Kamer het rapport "Op weg naar minder administratieve lasten" aangeboden. Met de totstandkoming van dit rapport is uitvoering gegeven aan de door de Kamer aanvaarde motie-Van Dijk c.s.¹⁴ die verzocht "te onderzoeken hoe de regeldruk bij zorgaanbieders door zorgkantoren en zorgaanbieders zelf verminderd kan worden (.....)". Het rapport heeft betrekking op de intramurale administratieve lasten als gevolg van informatievragen van zorgkantoren aan zorgaanbieders. Het gaat dan om de administratieve lasten die gepaard gaan met het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie gericht op de zorgtoewijzing, inkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle. De uitkomst van het onderzoek laat zien dat naar verwachting de administratieve lasten die samenhangen met het totale proces van de inkoop van langdurige zorg met € 21 mln. kunnen dalen.

Dit staat los van de administratieve lasten die zorgaanbieders zelf creëren. Vanaf 2013 zijn meer dan twintig zorginstellingen gestart met het beproeven van regelarme werkwijzen in het kader van het project Experimenten met Regelarme Instellingen (ERAI). Instellingen kijken daarbij niet alleen naar hinderende wet- en regelgeving die haar oorsprong vindt in beslissingen van de (mede)wetgever of aan haar gelieerde uitvoeringsorganisaties, maar vooral ook kritisch naar de vraag hoeveel en welke administratieve belasting zij zelf voor hun medewerkers creëren. De uitkomsten en evaluatie van de ERAI is eind van dit jaar voorzien. Binnenkort zal de Kamer de uitkomsten van de tussenevaluatie ontvangen.

Op dit moment wordt samen met de partijen verenigd in de Agenda voor de Zorg een gezamenlijk kader opgesteld op basis waarvan de regeldruk verder kan worden verminderd. Onderdeel daarvan is ook de wijze waarop de informatievoorziening kan worden verbeterd. Voor de zomer wordt de Tweede Kamer daarover nader geïnformeerd. Met betrekking tot de uniforme uitvraag sluit ik daarbij overigens aan bij de ontwikkelingen rondom het duurzaam informatiestelsel in de zorg. Zorgverzekeraars zijn in het bestuurlijk informatieberaad vertegenwoordigd. Doel is te komen tot een gemeenschappelijk meerjaren agenda, waarin ook eenduidige en uniforme informatieuitwisseling een plaats zal krijgen.

Kwantificering, zoals in de vraag verzocht met betrekking tot het (her)indiceren door middel van SIP's en HiT's door alle instellingen, is niet mogelijk. Naar verwachting zullen de administratieve lasten bij de instellingen daardoor (licht) toenemen en die van het CIZ dienovereenkomstig afnemen. Daar staat tegenover dat het indicatiebesluit sneller afgegeven en de zorg sneller ingezet kan worden. Overigens is het kabinet voornemens om tegelijk met de inwerkingtreding van de Wlz de mandaatsconstructies af te schaffen en de toegang tot Wlz-zorg volledig te laten bepalen door het CIZ. Dit laatste ook met het oog op de risico's van up-coding door zorgaanbieders.

Tenslotte kan voor de volledigheid nog verwezen worden naar het antwoord op vraag 134, waar gevraagd wordt naar de deelname door zorgaanbieders aan het "In voor zorg"-traject, hoeveel geld dit heeft opgeleverd, hoeveel extra personen zij hebben kunnen verzorgen, met hoeveel % de overhead is afgenomen en met hoeveel personen de overhead is afgenomen.

Vraag 40

Vanaf 2016 zullen EU-lidstaten elkaar actief waarschuwen voor zorgverleners met een beroepsverbod of bevoegdheidsbeperkende maatregel. Nederland heeft hier nu met een aantal landen bilaterale afspraken over. Wat is hiervan het resultaat? Hoe vaak is het in 2013

¹³ Kamerstukken II 2013/14, 29 515, nr. 351.

¹⁴ Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 356.

voorgekomen dat Nederland een waarschuwing uit heeft laten gaan, en hoe vaak heeft Nederland een waarschuwing ontvangen?

Antwoord 40

Vanaf februari 2013 stuurt Nederland maandelijks de online lijst met maatregelen Wet BIG (www.bigregister.nl) aan alle EU-lidstaten. Daarnaast stuurt Nederland individueel een melding aan die landen voor zover er een link is tussen de betrokken beroepsbeoefenaar en het land. Bijvoorbeeld als betrokkene de nationaliteit bezit van zo'n land of er het diploma heeft behaald. Nederland heeft in 2013 59 individuele meldingen en 13 lijsten met opgelegde maatregelen ontvangen, ongeacht of de betrokken beroepsbeoefenaren in het BIG-register waren ingeschreven. Dit heeft ertoe geleid dat Nederland 11 maal een in het buitenland opgelegde, bevoegdheidsbeperkende maatregel heeft overgenomen.

Vraag 41

Het Kwaliteitsinstituut gaat vijf organisaties en programma's die zich nu met kwaliteit en zorg bezighouden vervangen. Wat zijn hiervan de financiële gevolgen? Leidt het tot minder kosten?

Antwoord 41

Het budget dat het Zorginstituut Nederland verkrijgt voor de taken van het Kwaliteitsinstituut is gelijk aan het saldo van de budgetten van de organisaties die in het Kwaliteitsinstituut zijn opgegaan. Het gaat om totaal € 7,5 mln per jaar. De verwachting is dat, door de bundeling van activiteiten van diverse organisaties, het Zorginstituut de processen beter kan organiseren en daardoor met het beschikbare budget kosteneffectiever kan opereren.

Vraag 42

Met welke landen heeft Nederland bilaterale afspraken gemaakt om elkaar actief te informeren over disfunctionerende artsen en andere zorgverleners?

Antwoord 42

Nederland heeft bilaterale afspraken gemaakt met Finland, Ierland, Noorwegen, Slovenië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden, om proactief informatie uit te wisselen over bevoegdheidsbeperkende maatregelen die zijn opgelegd aan beroepsbeoefenaren voor wie BIG-registratie geldt. Met deze landen is inmiddels een proactieve informatie-uitwisseling, ongeacht of de betrokken beroepsbeoefenaren migreren. Met Denemarken, Estland, Letland, Oostenrijk en Polen is er informatie-uitwisseling zodra een individu migreert. België en Duitsland zijn bereid om actief informatie uit te wisselen. Echter, vanwege verschillende bevoegdheden van de federale overheid en de regio's/deelstaten is er afgesproken dat er één centraal contactpunt wordt aangewezen. Inmiddels zijn deze contactpunten gerealiseerd in Brussel en Berlijn. Frankrijk heeft eveneens aangegeven de problematiek gezamenlijk te willen aanpakken.

Vraag 43

In hoeverre zullen de internationale afspraken over het actief vermelden van beroepsverboden leiden tot een Europese zwarte lijst voor artsen die hun werk niet meer mogen uitvoeren? Gaat de minister voor zo'n lijst pleiten? Waarom wel? Waarom niet?

Antwoord 43

De herziening van de Europese Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, die per 18 januari 2016 in alle lidstaten van de Europese Unie moet zijn geïmplementeerd, bevat op aandringen van Nederland onder andere het alarmmechanisme dat de uitwisseling van informatie over bevoegdheidsbeperkende maatregelen die zijn opgelegd aan beroepsbeoefenaren in de zorg regelt. De bevoegde autoriteiten in de lidstaten moeten die informatie via een beveiligd, elektronisch systeem proactief met elkaar gaan delen. In Nederland is

het BIG-register de bevoegde autoriteit.-Iedere lidstaat bepaalt volgens de eigen nationale wetgeving welke gevolgen een buitenlandse maatregel op het eigen grondgebied heeft. Er kan dus gesproken worden over een Europese 'zwarte lijst' die alleen toegankelijk is voor de bevoegde autoriteiten. Nederland neemt buitenlandse bevoegdheidsbeperkende maatregelen in beginsel over (tenzij met succes een beroep kan worden gedaan op de hardheidsclausule). Wat betreft de beroepen van apotheker, arts, fysiotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, tandarts, verloskundige en verpleegkundige, kan men in Nederland dus volstaan met het raadplegen van het BIG-register om te weten te komen of iemand een bevoegdheidsbeperking heeft in Nederland of in een andere lidstaat van de Europese Unie. Voor een openbare, Europese zwarte lijst is noodzakelijk dat alle lidstaten instemmen met zo'n lijst en dat er een grondslag is in de Europese regelgeving. Een openbare, Europese zwarte lijst is mogelijk als alle lidstaten bereid zijn elkaars bevoegdheidsbeperkende maatregelen over te nemen. Hoewel daar nog een lange weg voor is te gaan, zal ik mij daarvoor blijven hard maken in Europa.

Vraag 44

Hoe ziet de agenda van het Zorginstituut eruit voor de komende jaren? Welke partijen hebben inspraak in deze agenda, hoe komt hij tot stand en is de minister tevreden met de agenda?

Antwoord 44

Het Zorginstituut heeft haar Meerjarenagenda vastgesteld en gepubliceerd

(<http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/nieuwsberichten/2014/zorginstituut-nederland-stelt-meerjarenagenda-kwaliteit-vast.html>).

De Meerjarenagenda geeft aan voor welke vormen van zorg de betrokken partijen een kwaliteitsstandaard, meetinstrument en/of indicatoren ontwikkelen. Ook de implementatietrajecten van bestaande kwaliteitsinstrumenten zijn in de agenda opgenomen. Het Zorginstituut gebruikt de input van patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor haar Meerjarenagenda.

Ik ben verheugd dat de wettelijke basis voor het Kwaliteitsinstituut sinds 1 april 2014 van kracht is. Het Kwaliteitsinstituut moet staan voor het verbeteren en inzichtelijk maken van de kwaliteit en tegelijkertijd ervoor zorgen dat de regeldruk die daaromheen bestaat vermindert.

In de Memorie van Toelichting van de wet heb ik de verschillende effecten die ik met het Kwaliteitsinstituut beoog geformuleerd. Het gaat mij om drie centrale punten:

1. Het ontwikkelingsproces van professionele standaarden moet worden gestroomlijnd. Het Kwaliteitsinstituut heeft daarbij een rol in het tegengaan van versnippering, het versnellen van het proces en het vergroten van de mogelijkheden om impasses te doorbreken.
2. Ik verwacht verbeteringen in de kwaliteit van de kwaliteitsstandaarden. Daarbij beoog ik een betere aansluiting bij specifieke zorgvragen, een goede onderlinge consistentie en mogelijk hergebruik van professionele standaarden als te declareren prestatiebeschrijvingen. Betere consistentie leidt ook tot minder administratieve lasten voor zorgaanbieders.
3. Met het oprichten van het Kwaliteitsinstituut beoog ik de informatievoorziening voor onder andere cliënten en zorgverzekeraars te verbeteren. Ik verwacht dat het openbare register beter de informatie over wat we gezamenlijk als goede zorg zien zal ontsluiten. Cliënten zijn zo beter toegerust om zich te informeren over wat zij van het zorgproces mogen verwachten. Deze effecten tezamen leiden tot een algemene stimulans voor de kwaliteit van zorg en leven.

Ik verwacht van het Kwaliteitsinstituut dat zij deze beoogde effecten als leidraad gebruikt in haar werkzaamheden. De Meerjarenagenda is één van de instrumenten van het Kwaliteitsinstituut om aan deze beoogde effecten te werken. Bij de evaluatie van de wet en het Kwaliteitsinstituut zullen deze beoogde effecten als basis dienen.

Vraag 45:

Hoe ver hoopt de minister met haar beleid het percentage jonge drinkers/rokers terug te dringen? Wanneer bent u tevreden? Wat zijn de doelstellingen van de minister met betrekking tot het reduceren van comazuipers? Kan zij op basis van de laatste prevalentiecijfers beargumenteren waarom zij de huidige maatregelen voldoende acht?

Antwoord 45:

Een van de speerpunten van het beleid is het terugdringen van het aantal jonge drinkers en rokers. Daartoe is sinds 1 januari 2014 de leeftijdsgrens voor het verstrekken van alcohol en tabak verhoogd naar 18 jaar. Ook is een landelijke campagne gestart, onder de noemer NIX18, gericht op de introductie van een nieuwe, sociale norm van 18 jaar. Daarnaast zet het kabinet in op het weerbaar maken van jongeren en het verbeteren van de vroegsignalering, o.a. op scholen. Het terugdringen van het aantal comazuipers is van belang, vanwege de grote gezondheidsrisico's die gepaard gaan met het fenomeen. De meest recente prevalentiecijfers hadden betrekking op 2013. Inmiddels heeft het kabinet de nodige maatregelen genomen en de verwachting is dat deze acties er toe zullen bijdragen dat het aantal comazuipers de komende periode zal dalen.

Vraag 46

Waarom heeft de Kamer alle ondertekende pledges van het Nationaal Programma Preventie nog niet ontvangen? Wanneer kan zij deze pledges tegemoet zien, zodat zij zich een oordeel kan vormen over de gemaakte publiek-private afspraken binnen het Nationaal Programma Preventie?

Antwoord 46

Het Nationaal Programma Preventie 'Alles is gezondheid...' wordt door een breed scala aan publieke en private partijen gedragen. Zij onderschrijven de doelstellingen van het programma en hebben, onder andere via pledges, aangegeven wat ze bijdragen aan de realisatie van deze doelstellingen. Daarbij kan het gaan om publiek-private samenwerking maar vaak gaat het om samenwerking tussen private partijen. De ondertekende partij(en) zijn zelf verantwoordelijk voor de inhoud en het waarmaken van hun beloften. Het programmabureau monitort de voortgang.

Een overzicht van de pledges die tijdens de startconferentie van 5 februari jl. zijn ondertekend, is terug te vinden in het verslag dat 15 april naar uw kamer is gestuurd. Aangezien er regelmatig nieuwe pledges worden ondertekend, verwijs ik voor een actueel overzicht naar de website www.allesisgezondheid.nl.

Vraag 47

In hoeverre wordt er bij de binnen Sport en bewegen in de buurt en Sportimpuls ontplooid activiteiten ingezet op borging van de projecten, structuren en resultaten als de subsidie wegvalt? Kan de minister de eerste resultaten van beide programma's kort schetsen?

Antwoord 47

Over de voortgang van het Programma Sport en Bewegen in de Buurt (SBB) heb ik uw Kamer in november 2013 de monitor SBB toegestuurd. Hierin heb ik u deelgenoot gemaakt van de vorderingen van de buurtsportcoaches en de Sport Impuls.

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/11/05/kamerbrief-over-voortgang-programma-sport-en-bewegen-in-de-buurt.html>

De projecten van de Sportimpuls hebben een looptijd van twee jaar. De eerste projecten zullen pas eind september 2014 worden afgerond. Om die reden kan ik u nog geen concrete resultaten geven ten aanzien van het aantal projecten dat na afloop van de subsidieperiode voortgezet wordt.

Wel heeft het thema borging specifieke aandacht en vinden er op dit moment diverse activiteiten plaats op dit gebied. In de voortgangs- en eindverslagen van de projecten is borging bijvoorbeeld een belangrijk aandachtspunt. Daarnaast worden diverse projectleidersbijeenkomsten

georganiseerd waarin men ervaringen kan uitwisselen over borging. En goede voorbeelden over borging worden gebundeld en verspreid.

Eind november 2014 zal uw Kamer opnieuw een monitor SBB worden toegestuurd, waarin de concrete resultaten tot dusver aan u worden gecommuniceerd.

Vraag 48

Er wordt geïnvesteerd in opleiding en ontwikkeling van medewerkers in de langdurige zorg. Dit is van belang voor de benodigde cultuuromslag in de langdurige zorg waarbij ontzorgen of 'zorgen met de handen op de rug' centraal komen te staan. Welke activiteiten hebben hiertoe plaatsgevonden in 2013 en met welke resultaten?

Antwoord 48

De omslag naar een cultuur waarbij medewerkers ontzorgen door mensen te helpen meer zelfredzaam en samenredzaam te worden wordt langs meerdere wegen bevorderd.

In het Nationaal Programma Ouderen (NPO) is er ruime aandacht voor de cultuuromslag en de manieren om die te bereiken. Een onderdeel van het NPO zijn onderwijsprojecten, die tot doel hebben om naast het overdragen en actualiseren van inhoudelijke medische kennis en vaardigheden, ook een cultuuromslag te bereiken. Het gaat dan bijv. om projecten die zich richten op het verdiepen van begrip en aandacht voor de wensen van de cliënt, het ondersteunen van de eigen kracht en de eigen mogelijkheden om regie te behouden/empowerment van ouderen en mantelzorgers c.q. het sociaal netwerk, familievriendelijk werken etc.. Deze projecten zijn in samenwerking met onderwijsinstellingen opgezet. Deze projecten leveren uiteindelijk lesmateriaal op dat het zorgonderwijs vooruit helpt. Naast de specifieke onderwijsprojecten zijn er diverse andere NPO-projecten die als resultaat een onderwijsmodule kennen. Ook zijn er talrijke projecten gericht op implementatie van de bereikte resultaten, waarin deze cultuuromslag ook een plaats heeft.

Bij veel aanbieders die deelnemen aan het experiment regelarme instellingen gaat het erom dat niet langer het leveren van productie en meer volume centraal staat, maar juist de omslag naar meer zelfredzaamheid en samenredzaamheid, waarbij medewerkers een faciliterende rol hebben. De planning is om de kamer de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen voor de zomer te doen toekomen.

In het kader van 'InVoorZorg!' zijn er vele zorgaanbieders actief om de wens van de cliënt centraal te zetten en deze samen met zijn sociale omgeving te faciliteren in zelfredzaamheid. Ook zorgaanbieders die een 'InVoorZorg!' traject beginnen met de focus op bedrijfsvoering zien gaandeweg dat de cultuuromslag noodzakelijk is. In 2013 waren er 41 IVZ trajecten met deze aanpak. De professional krijgt hierin de ruimte om samen met de cliënt en naasten tot betere oplossingen te komen. Tevens wordt de rol van naasten in het zorgproces vormgegeven met als neveneffect dat professionals worden ontlast. Zorgprocessen worden daardoor 10 tot 15% doelmatiger bij een gelijkblijvende kwaliteit van zorg. Onderdelen van dit percentage zijn o.a. toename van de productie, minder verspilling en afname van de interne regeldruk, meer normverantwoorde zorg en minder inzet van managers en medewerkers. Deze verminderde regeldruk maakt het voor de professional mogelijk om tot een 25% hogere caseload te komen en/of meer face-to-face contact te onderhouden met cliënten. De rol van familie in het zorgproces neemt in sommige gevallen met bijna 20% toe. Er zijn voorbeelden van 'InVoorZorg!' trajecten waarbij er een toename is van 15% van de cliënten die aangeven meer mee te kunnen beslissen over de inhoud van zorg; voor de momenten waarop men zorg ontvangt is dat een toename van 40%.

Cliënten merken duidelijk effect: er is meer ruimte om echt stil te staan bij hun behoeften, er is meer rust en de rol van de familie is meer gelijkwaardig.

Vraag 49

Wordt de inzet van buurtsportcoaches geëvalueerd?

Antwoord 49

Buurtsportcoaches maken deel uit van het programma Sport en Bewegen in de Buurt. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) draagt zorg voor het monitoren van de hoeveelheid gerealiseerde buurtsportcoaches ten gevolge van dit programma. Hiertoe wordt jaarlijks een landelijk beeld gepresenteerd, waarbij de verdeling van de buurtsportcoaches over de sectoren onderwijs, sport, cultuur, welzijn, zorg en kinderopvang wordt gevolgd. BMC Onderzoek voert deze monitor uit.

Over de voortgang van het Programma Sport en Bewegen in de Buurt (SBB) heb ik uw Kamer in november 2013 de monitor SBB toegestuurd. Hierin heb ik u deelgenoot gemaakt van de vorderingen van de buurtsportcoaches en de Sport Impuls.

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/11/05/kamerbrief-over-voortgang-programma-sport-en-bewegen-in-de-buurt.html>

Eind 2014 ontvangt u de volgende monitor SBB.

Vraag 50

Kan er een overzicht worden gegeven van de sportspecifieke maatregelen, uitgesplitst naar de sport waarop deze zijn gericht?

Antwoord 50

Met het actieplan 'Naar een Veiliger Sportklimaat' wil ik bijdragen aan een veiliger sportklimaat waarbij iedereen kan sporten zonder last te hebben van geweld en intimidatie. In het Actieplan zijn concrete maatregelen opgenomen op het terrein van spel- en gedragsregels, tuchtrecht, excessen, aansluiting van sport bij (lokaal) integraal veiligheidsbeleid en vrijwilligers in de sport. In 2013 is door de Rijksoverheid (VWS, V&J, SZW, BZK, OCW, Politie en Openbaar Ministerie) met de sportsector en de gemeenten een aantal intensiveringen ingezet die het actieplan verder versterken. Deze intensiveringen zijn: sportspecifieke maatregelen, sport en veiligheid op lokaal niveau, de aanpak van excessen, de overlastwet, de rol van ouders, sportiviteit en respectvol gedrag op school en de inzet van rolmodellen. Alle betrokken partijen nemen hun eigen deel van de maatregelen voor hun rekening.

De sportspecifieke maatregelen zijn ontwikkeld voor de brede sportsector en kunnen worden geïmplementeerd bij relevante sportbonden. Voorbeelden van deze intensiveringen in de sportsector zijn dat in 2013 10 extra sportbonden zijn gaan deelnemen aan het Actieplan 'Naar een Veiliger Sportklimaat' waarmee in totaal 30% meer verenigingen worden bereikt. Tevens is een zwarte lijst voor geweldsovertreders ontwikkeld en beschikbaar gesteld aan de sportbonden. De KNVB werkt reeds met deze zwarte lijst. Ook wordt er een uniform tuchtrecht ingevoerd voor alle sportbonden. Tenslotte heeft de KNVB een voetbalbreed actieplan opgesteld dat naadloos aansluit bij het huidige actieplan en dient om op het voetbalveld gewenst gedrag te bevorderen en geweld tegen te gaan, zoals het instellen van een hulplijn voor geweldsincidenten op het veld, de invoering van een tijdstraf bij een gele kaart, het publiceren van gedragsregels en de invoering van een spelregelbewijs.

De voortgang van de maatregelen uit het actieplan en van de intensiveringen wordt jaarlijks gemonitord. Middels een jaarlijkse voortgangsrapportage wordt de Tweede Kamer hiervan in het najaar op de hoogte gesteld.

Vraag 51

Hoe wordt bepaald wat de tien beste sportlanden ter wereld zijn en of Nederland daar al dan niet deel van uitmaakt?

Antwoord 51

Dit wordt gemeten aan de hand van de Olympische en Paralympische medaillespiegel van het Internationaal Olympisch en Paralympisch Comité. Er is zowel een medaillespiegel voor de winterspelen als voor de zomerspelen.

Deze medaillespiegels zijn het landenklassement met de optelsom van alle behaalde medailles in de verschillende sporten op het Olympisch en Paralympisch programma. Het aantal gouden medailles geeft de doorslag boven het aantal zilveren medailles, dat weer zwaarder weegt dan de behaalde bronzen plakken. Nederland hanteert deze meetlat om haar positie te vergelijken met de internationale concurrentie.

Vraag 52

Hoe bepaalt de minister wat (potentieel) succesvolle takken van sport zijn?

Antwoord 52

Het is de verantwoordelijkheid van de sport zelf (NOC*NSF en de sportbonden) om te bepalen wat (potentieel) succesvolle takken van sport zijn.

De weg naar het (internationale) podium duurt voor sporters gemiddeld 8 tot 12 jaar. Binnen de sportwereld kunnen er redelijk goede inschattingen gemaakt worden welke sporters in welke takken van sport kunnen gaan presteren tijdens bijvoorbeeld de zomerspelen van 2016 en 2020 en de winterspelen van 2018 en 2022.

Vraag 53

Zal het programma Naar een veiliger sportklimaat worden geëvalueerd, en wordt de Kamer van de resultaten op de hoogte gesteld? Welke ambitieuze doelstellingen kent het programma?

Antwoord 53

Zie antwoord op vraag 50.

Vraag 54

Wanneer verwacht de minister dat de eerste resultaten van het Deltaplan Dementie zijn geïmplementeerd? Verwacht de minister ook maatregelen, voortkomend uit het Deltaplan, te implementeren ter preventie van dementie?

Antwoord 54

Het Deltaplan Dementie bundelt een groot aantal activiteiten. Eén daarvan is de implementatie van de zorgstandaard dementie in de regio's waar de netwerken voor ketenzorg dementie actief zijn. Naar verwachting zal dit onderdeel spoedig starten, zodat de eerste resultaten in de vorm van regionale zorgprogramma's dementie in 2016 geïmplementeerd zouden kunnen zijn. Binnen het onderzoeksprogramma Memorabel, dat door ZonMw wordt uitgevoerd, beslist de programmacommissie deze zomer over de toekenning van subsidies voor de ingediende onderzoeksvoorstellen, waaronder voorstellen gericht op preventie. De te subsidiëren onderzoeken zullen nog dit jaar starten. De eerste resultaten zullen, naar verwachting, vanaf 2017 geïmplementeerd kunnen worden.

Vraag 55

Hoe zijn de projecten van Sportimpuls en Sport en bewegen in de Buurt verdeeld over de regio's? Is er een evenwichtige verdeling van landelijk/stedelijk en worden zowel autochtone als allochtone doelgroepen aangesproken met de aanpak? Hoe is het gesteld met de allochtone deelname aan de projecten die voortvloeien uit de programma's? Wat gebeurt er om de allochtone deelname verder te bevorderen?

Antwoord 55

De Sportimpuls is een onderdeel van het VWS programma Sport en Bewegen in de Buurt. Dit programma heeft als doel het lokale sportaanbod beter aan te laten sluiten op de vraag en bij te dragen aan meer lokaal maatwerk. Hiermee wordt ingezet op een hogere duurzame sportdeelname en een gezonde en actieve leefstijl bij alle inwoners. De Sportimpuls staat open voor iedereen en richt zich niet op specifieke doelgroepen zoals allochtonen. Er is binnen de Sportimpuls wel specifieke aandacht voor kinderen met overgewicht ('Sportimpuls Kinderen Sportief op Gewicht') en kinderen in lage inkomensbuurten ('Sportimpuls Jongeren in lage inkomensbuurten').

In de Sportimpuls-ronde 2013 zijn in totaal 638 subsidieaanvragen bij ZonMw ingediend. Hierbij zijn Sportimpulsprojecten in heel Nederland gehonoreerd. Er is een grotere concentratie van projecten in Zuid- en Noord Holland. Andere gebieden waar meerdere aanvragen zijn gehonoreerd zijn Groningen, Overijssel (met name rondom Enschede) en Limburg. Een groot deel van de ingediende en gehonoreerde aanvragen in 2013 heeft betrekking op grote gemeenten met 100.000 of meer inwoners (45%). De kleine en middelgroot gemeenten hebben bijna evenredig aantal aanvragen (28% en 27% respectievelijk) gehonoreerd gekregen.

De Sportimpuls *Kinderen Sportief op Gewicht (KSG)* richt zich specifiek op ondersteuning van lokale sport- en beweegaanbieders in hun samenwerking met de gezondheidszorg bij de ontwikkeling en realisatie van sport- en beweegaanbod voor kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar en jongeren van 12-18 jaar met overgewicht. De verdeling van landelijk/stedelijk bij deze sportimpuls KSG is, dat 41% van de gehonoreerde projecten vanuit een grote gemeente met 100.000 of meer inwoners ingediend is, gevolgd door kleine gemeenten (32%) en middelgrote (27%) gemeenten.

De Sportimpuls staat open voor iedereen. Er wordt niet gestuurd op specifieke doelgroepen, behalve op kinderen met overgewicht en jongeren in lage inkomensbuurten. De projecten zijn verschillend in aard, opzet en omvang omdat telkens de lokale vraag centraal staat. Uit de monitoring achteraf blijkt, dat de gehonoreerde projecten zich richten op diverse leeftijdsgroepen. Daarnaast worden ook mensen met een beperking en chronisch zieken bereikt. Aangezien de groep allochtonen geen specifieke beleidsdoelstelling betreft, is hier niet op gemonitord en is niet inzichtelijk hoeveel van de genoemde deelnemers allochtoon of autochtoon zijn.

Vraag 56

Hoeveel extra wijkverpleegkundigen moeten er de komende periode worden opgeleid om tegemoet te komen aan de beleidsdoelstelling zorg dichtbij huis? Hoe voorziet het kabinet in deze vraag?

Antwoord 56

Er wordt geïnvesteerd in extra wijkverpleegkundigen, € 40 mln. in 2015 oplopend tot structureel € 200 mln. vanaf 2017. Er ligt met name een kwalitatieve vraag om extra wijkverpleegkundigen toe te rusten op de vernieuwde rol die past bij de uitwerking van de beleidsdoelstelling zorg dichtbij huis. De wijkverpleegkundigen worden op verschillende manieren op de vernieuwde rol voorbereid. Ervaringen met deze nieuwe rol van de wijkverpleegkundigen worden en zijn al opgedaan in het programma 'Zichtbare Schakel' dat al in 2009 is gestart.

Binnen de resterende middelen van dit programma wordt ook geïnvesteerd in een opleidingsimpuls voor de jaren 2014 en 2015. Het gaat om het ontwikkelen van een inwerktraject voor verpleegkundigen die ingezet gaan worden als wijkverpleegkundigen. De impuls omvat een scholing voor huidige wijkverpleegkundigen. Tevens wordt er een traject ontwikkeld met een leerroute voor MBO verpleegkundigen naar HBO verpleegkundigen met aandacht voor wijkverpleging. Ten slotte wordt er een impuls gegeven aan de hbo-bachelor opleiding verpleegkundige, passend bij het 'expertisegebied wijkverpleegkundige'.

Tegelijkertijd is de instroom in de hogere beroepsopleiding tot verpleegkundige, de opleiding die toegang geeft tot de functie wijkverpleegkundige, in 4 jaar tijd gegroeid van bijna 3200 studenten in 2009 naar ruim 5000 studenten in 2013.

Met deze combinatie van maatregelen ben ik van mening dat er voldoende wijkverpleegkundigen adequaat op hun nieuwe rol worden voorbereid.

Vraag 57

Is het kabinet voornemens thuiszorgmedewerkers om te scholen naar wijkverpleegkundigen?

Antwoord 57

Het kabinet is voornemens om extra wijkverpleegkundigen op te laten leiden. Hiervoor zijn middelen beschikbaar uit het programma 'Zichtbare Schakel'. Het gaat hierbij om een opleidingsimpuls voor de jaren 2014 en 2015. Er wordt een traject ontwikkeld met een leerroute voor MBO verpleegkundigen naar HBO verpleegkundigen met aandacht voor wijkverpleging. Tevens wordt een inwerktraject ontwikkeld voor verpleegkundigen die ingezet gaan worden als wijkverpleegkundigen. De impuls omvat daarnaast een scholing voor huidige wijkverpleegkundigen. Ten slotte wordt er een impuls gegeven aan de hbo-bachelor opleiding verpleegkundige, passend bij het 'expertisegebied wijkverpleegkundige'. Daarnaast bieden de sectorplannen in de zorg ruimte om (thuiszorg)medewerkers, die daartoe in staat zijn, om te scholen tot wijkverpleegkundige.

Vraag 58

Mede dankzij de hoofdlijnakkoorden wordt de volumegroei in de curatieve tweedelijnszorg de komende jaren teruggebracht naar 1%. Tegelijkertijd mag de eerstelijns-groei vanwege de substitutie groeien met 2,5%. Hoe is grosso modo de verhouding tussen de kosten van een behandeling in de eerste lijn in verhouding tot dezelfde of soortgelijke behandeling in de tweede lijn?

Waarom wordt er, gezien de hoge verwachtingen die er liggen op het gebied van substitutie naar de eerste lijn, niet gekozen voor een 0-groei of zelfs krimp in de tweede lijn? Loont het om harder in te zetten op deze substitutie?

Antwoord 58

Met het hoofdlijnenakkoord wordt het historische groeipercentage van 5 tot 6% in de medisch specialistische zorg drastisch teruggedrongen. Dat vind ik zeer ambitieus en tegelijkertijd nog verantwoord voor de kwaliteit van zorg. Het afgesproken maximale groeipercentage van 1% is een gemiddelde voor heel Nederland, uitgaand van de demografische groei en de weerslag daarvan op de zorgvraag in de tweede lijn. Dat betekent dat er variatie mogelijk is, wanneer zorgverzekeraars en zorgaanbieders daartoe aanleiding zien, bijvoorbeeld vanwege lokale omstandigheden als krimp. Substitutie van zorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van de afgesproken lagere groei van de zorguitgaven, het loont dus om in te zetten op substitutie.

Er is geen eenduidig cijfer te geven voor de verhouding tussen de kosten van een behandeling in de eerste lijn en de kosten van dezelfde of soortgelijke behandeling in de tweede lijn. Daarnaast speelt mee dat substitutie afgestemd moet worden op de lokale situatie, een landelijke blauwdruk is niet te geven. Dat maakt het lastig om substitutie in een enkel cijfer te vangen. De substitutiemonitor die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) samen met partijen uit de eerste en tweede lijn op dit moment ontwikkelt dient ertoe om substitutie van zorg inzichtelijk te maken op macroniveau.

Vraag 59

Hoeveel sectorplannen lopen er inmiddels in de zorg, en hoeveel worden gefinancierd met het geld dat u beschikbaar stelde? Hoeveel geld is er nog over voor sectorplannen in de zorg? Hoe vaak is de 'vliegende brigade' inmiddels ingezet op plaatsen waar de sectorplannen niet van de grond kwamen en tot welk resultaat heeft dit geleid?

Antwoord 59

Er zijn inmiddels 6 sectorplannen voor de zorg goedgekeurd door de minister van SZW. Deze plannen worden momenteel in uitvoering genomen. Het gaat om een landelijk plan voor de langdurige zorg gericht op van-werk-naar-werk-trajecten en 5 regionale plannen, primair gericht op scholing. Met deze 5 plannen is circa € 100 miljoen gemoeid, waarvan de helft via de regeling van SZW gefinancierd wordt en de andere helft opgebracht wordt door de zorg.

Eind mei zijn aanvullend nog eens 13 regionale sectorplannen ingediend, ook gericht op scholing. Daarmee zijn de regionale plannen landelijk dekkend. Deze plannen worden thans beoordeeld door SZW en kunnen – na goedkeuring – op korte termijn in uitvoering genomen worden. Ook met deze plannen is € 100 miljoen gemoeid, waarvan de helft door SZW bekostigd wordt en de andere helft door de zorg zelf.

Bovenstaande plannen zijn ingediend op basis het raamwerk voor de sectorplannen dat VWS onlangs is overeengekomen met de branches in de langdurige zorg, de vakbonden en een vertegenwoordiging van regionale werkverbanden. Vanwege deze ontwikkelingen hoeft de 'vliegende brigade' thans niet te worden ingezet.

Aanvullend hierop zijn er nog plannen ingediend voor de huisartsenzorg en de apothekers. Ook deze 2 plannen worden thans beoordeeld door SZW.

Vraag 60

Hoeveel medewerkers werkzaam in de langdurige zorg zullen er door de hervormingen hun baan verliezen?

Antwoord 60

Wij houden de arbeidsmarkteffecten van onze agenda voor de zorg nauwlettend in de gaten. Dit doen wij onder andere met arbeidsmarkteffectrapportages die samen met sociale partners in de zorg worden opgesteld.

In oktober 2013 hebben wij uw Kamer de eerste "Arbeidsmarkteffectrapportage (AER) Langdurige Zorg" doen toekomen¹⁵.

In de eerste AER is nog geen rekening gehouden met de aanvullende maatregelen die in december 2013 en april jl. zijn overeengekomen. Deze worden meegenomen in de tweede AER. Deze is naar verwachting in de zomer van 2014 gereed en zullen wij u dan doen toekomen

Vraag 61

Hoeveel medewerkers werkzaam in de jeugdzorg zullen er door de hervormingen hun baan verliezen?

Antwoord 61

Wij houden de arbeidsmarkteffecten van de decentralisatie van de jeugdzorg nauwlettend in de gaten. Dit doen wij onder andere met arbeidsmarkteffectrapportages die samen met sociale partners in de zorg worden opgesteld. In mei 2013 hebben wij uw Kamer de

"Arbeidsmarkteffectrapportage Transitie Jeugdzorg" doen toekomen¹⁶. In de rapportage wordt uitgegaan van 80.460 medewerkers die in 2011 taken verrichtten die thans gebundeld worden onder de Jeugdwet. Op basis van indicatieve scenario's is de inschatting in het rapport dat de werkgelegenheid in de jeugdzorg in 2017 ongeveer 4.000 fte (5.500 personen) tot ongeveer 7.600 fte (10.400 personen) lager ligt dan in 2011.

Vraag 62

¹⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 29 282, nr. 181

¹⁶ Kamerstukken II, 2012/13, 31 839, nr. 290.

Veel patiënten klagen over de door de apotheek in rekening gebrachte kosten voor het ter hand stellen van medicijnen. Vaak worden er wel kosten in rekening gebracht, terwijl de bijbehorende voorlichting niet gegeven wordt. Is het wenselijk de financiering van de apotheker meer in lijn met de daadwerkelijk geleverde prestaties in balans te brengen en deze prestaties transparant in rekening te brengen bij de patiënt?

Antwoord 62

Het is wenselijk dat de patiënt kan zien welke prijzen en tarieven voor de verschillende farmaceutische prestaties in rekening worden gebracht.

Sinds begin dit jaar geldt er een apart in rekening te brengen tarief voor de prestatie "eerste uitgiftegesprek" bij de ter handstelling van geneesmiddelen. Dit is wellicht de reden dat meer patiënten klagen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft deze prestatiebeschrijving vastgesteld om de patiënt meer inzicht te geven in de kosten en om beter te kunnen controleren of het zogenaamde eerste uitgiftegesprek ook echt heeft plaatsgevonden. Hiermee heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de financiering al meer in lijn gebracht met de daadwerkelijk geleverde prestaties. In het kader van het Bestuurlijk overleg farmacie praten apothekhoudenden en zorgverzekeraars over eventuele verdere aanpassingen die zij aan de NZa zullen voorleggen.

Vraag 63

Wat verstaat u onder "investeerders met een langetermijnperspectief"?

Antwoord 63

Onder investeerders met een lange termijn perspectief versta ik investeerders die zich richten op lange termijn rendementen op hun risicodragend geïnvesteerd kapitaal. De zorg is een complexe sector met een matige, doch over langere periode vrij zekere groei. Daarom is risicodragende participatie in een zorgaanbieder vooral voor investeerders met een lange termijn perspectief interessant, als hen tenminste wordt toegestaan om over die langere periode een zeker rendement op het geïnvesteerde kapitaal te verdienen. Bij investeerders met een lange termijn perspectief valt bijvoorbeeld te denken aan familiebedrijven, institutionele beleggers zoals pensioenfondsen, strategische investeerders (de ene zorgaanbieder investeert in de andere zorgaanbieder) of professionals die verbonden zijn aan een zorgaanbieder.

Vraag 64

Vindt de minister dat apothekers hun cliënten inmiddels voldoende inlichten over het gebruik van medicijnen en ook de geneesmiddelencheck in voldoende mate uitvoeren als blijkt dat cliënten meerdere middelen tegelijk innemen? Waaruit blijkt dit? Waar liggen verbeterpunten en welke afspraken zijn er gemaakt met apothekers?

Antwoord 64

Apothekers en voorschrijvers dienen conform de multidisciplinaire richtlijn "Polyfarmacie bij Ouderen" te handelen ten aanzien van medicatiebeoordelingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op het nakomen van de richtlijnen door beroepsbeoefenaren en het verlenen van verantwoorde zorg. Daarnaast houdt de NZa toezicht op de contractering van voldoende verantwoorde zorg door zorgverzekeraars. Medicatiebeoordeling moet in voldoende mate worden gecontracteerd door zorgverzekeraars.

Ik verwijs u voor verbeterpunten en afspraken over medicatiebeoordeling naar de resultaten van het Bestuurlijk Overleg Farmacie, die ik u onlangs heb gestuurd (Kamerstukken 2013-2014 29 477, nr. 284).

Vraag 65

Vindt de minister dat het gebruik van e-health voldoende van de grond komt? Wat zijn de knelpunten en wat doet de minister om ze op te lossen?

Antwoord 65

Ik zie pioniers in het zorgveld die binnen veel verschillende initiatieven met de inzet van e-health de kwaliteit van zorg of de kwaliteit van leven van mensen verbeteren. Deze initiatieven blijven naar mijn zin echter vaak te kleinschalig. De staatssecretaris en ik zijn met zorgprofessionals, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van zorggebruikers in gesprek om gezamenlijk te bezien hoe zorg en ondersteuning met behulp van grootschaliger toepassing van e-health verbeterd kunnen worden. Daarbij wordt onder meer gesproken over de aanpak van knelpunten op het gebied van informatie-uitwisseling, interoperabiliteit, samenwerking, bekostiging en zorginkoop. Wij sturen u nog voor het zomerreces een brief waarin wij aangeven hoe wij samen met onze gesprekspartners deze grootschaliger toepassing van e-health willen realiseren.

Vraag 66

Wat vindt de minister van het feit dat nog in geen enkele proeftuin contractuele afspraken zijn gemaakt over uitkomstbekostiging en shared savings? Hoe gaat de minister deze afspraken stimuleren? Denkt de minister dat deze afspraken nog op tijd tot stand komen, zodat de proeftuinen in 2017 zinvolle informatie leveren over uitkomstbekostiging en shared savings?

Antwoord 66

Het belonen van uitkomsten en resultaten van geleverde zorg is een van de uitgangspunten bij mijn aanpassingen van het bekostigingssysteem voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Ook de proeftuinen kunnen gebruik maken van de mogelijkheden die de nieuwe bekostiging per 2015 zal bieden voor het maken van afspraken over het belonen van uitkomsten.

Vanuit de proeftuinen heb ik verder een brief ontvangen met daarin het verzoek tot het creëren van een betaaltitel voor shared savings, omdat binnen de huidige wet- en regelgeving geen ruimte zou zijn voor het experimenteren met shared savings. Ik heb u daarover eerder geïnformeerd (TK 2013-2014 32620 nr. 13). De achterliggende behoefte van de proeftuinen voor een dergelijke betaaltitel is divers en het blijkt een zeer complex vraagstuk. In overleg met de NZa is besloten nadere gesprekken te voeren met een aantal proeftuinen teneinde heel concreet te krijgen op welke wijze zij de zorg willen organiseren en bekostigen.

Vraag 67

Heeft de minister inzicht in hoe vaak er geen preferente geneesmiddelen worden voorgeschreven, terwijl hier geen medische noodzaak voor is? Om hoeveel geld gaat het?

Antwoord 67

Nee, daar heb ik geen inzicht in. Ik ga ervan uit dat voorschrijvers conform de geldende richtlijnen geneesmiddelen voorschrijven op stofnaam. Uitgangspunt is dat de voorschrijvende arts bepaalt of en zo ja welk geneesmiddel een patiënt nodig heeft. Indien de voorschrijver behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord acht, dan schrijft de voorschrijvende arts een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof voor onder vermelding van medische noodzaak op het recept. Het is de rol van de zorgverzekeraars om hierop toe te zien.

Vraag 68

In Brussel wordt onderhandeld over de voorstellen van de Europese Commissie voor de verordeningen voor medische hulpmiddelen. Kunt u de voortgang nader toelichten?

Antwoord 68

In september 2012 heeft de Europese Commissie de voorstellen voor de verordeningen voor medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica gepresenteerd. Sinds die tijd wordt in de Raadswerkgroepen onderhandeld ten behoeve van een standpunt in Eerste Lezing. De onderhandelingen in de Raadswerkgroep verlopen moeizaam, vanwege vooralsnog uiteenlopende standpunten op cruciale punten, de interne samenhang van de tekst en de hoge mate van technisch inhoudelijke discussies. De meest cruciale openstaande punten zijn de wijze van markttoelating voor hoog-risico hulpmiddelen en het al dan niet herverwerken van hulpmiddelen voor éénmalig gebruik. Vooralsnog is het onduidelijk wanneer de Raad haar Eerste Lezing kan hebben afgerond.

Het Europees Parlement heeft op 2 april jl. in stemming haar definitieve standpunt opgemaakt. Het meest cruciale amendement betreft ook hier de wijze van markttoelating van hoog-risico hulpmiddelen. Het Europees Parlement stelt voor de markttoelating van die producten nog verregaandere procedures voor dan de Europese Commissie. Nadat de Raad haar Eerste Lezing heeft afgerond, zullen verdere onderhandelingen met het nieuwe parlement plaatsvinden, waardoor het onderhandelingsproces vertraging zal oplopen.

Nederland zet zich tijdens de onderhandelingen in voor gerichte verbeteringen in het systeem van markttoelating en is in de onderhandelingen waakzaam op de balans tussen veiligheid en innovatie, conform het BNC-fiche¹⁷. Nederland kan zodoende de voorstellen van de Europese Commissie evenals de verregaandere voorstellen van het Europees Parlement rond de markttoelating van hoog-risico hulpmiddelen niet steunen. Inmiddels heeft Nederland zich met succes ingezet om de vereisten aan post-market surveillance door fabrikanten te verscherpen. Deze voorstellen zijn door een meerderheid van lidstaten en de Europese Commissie positief ontvangen. Daarnaast heeft Nederland onder meer voorstellen ingediend ten aanzien van een implantaatkaart en bijsluiter voor patiënten en gunstbetoon. Gelet op de fase van het onderhandelingsproces, is het niet helder welke voorstellen uiteindelijk overgenomen zullen worden.

Vraag 69

Op welke manier wil Nederland een actieve rol spelen rondom infectiepreventie en het zorgvuldig gebruik van antibiotica in ziekenhuizen?

Antwoord 69

Infectiepreventie en goed gebruik van antibiotica zijn belangrijke activiteiten die plaatsvinden om het ontstaan van antibiotica resistentie en de verspreiding van resistente bacteriën te voorkomen. Hoe meer infecties worden voorkomen, hoe minder antibiotica er hoeven worden ingezet. Wanneer er toch sprake is van een infectie is het van belang dat deze antibiotica zorgvuldig en juist worden ingezet. Daarnaast moet voorkomen worden dat de infectie zich verspreidt. Voor zowel infectiepreventie als goed gebruik van antibiotica bestaan richtlijnen. Het ministerie van VWS draagt financieel bij aan de ontwikkeling van deze richtlijnen.

In december 2013 heeft de IGZ een rapport uitgebracht over infectiepreventie in ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat de infectiepreventie lang niet in alle gevallen goed op orde is. Verbetering is mogelijk en nodig. Het veld is daarvoor verantwoordelijk en de IGZ zal op verbetering toezien. In dit toezicht zal de IGZ ook het Antibiotic Stewardship, een intercollegiaal team dat binnen het ziekenhuis toezicht houdt op het antibioticagebruik, betrekken. Infectiepreventie en goed gebruik van antibiotica lopen dwars door de hele zorg heen en er zijn verschillende beroepsgroepen bij betrokken. De beroepsgroepen zijn gezamenlijk verantwoordelijk en moeten zich breed aangesproken voelen. Het ontwikkelen van richtlijnen is een taak van, voor en door het veld. Ik ga

¹⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 22 112, nr. 1502

er vanuit dat alle partijen hun verantwoordelijkheid pakken en hun bijdrage leveren. Ik zal de partijen blijven aansporen om hun bijdrage te leveren.

Vraag 70

Houdt de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ook rekening met cosmetische ingrepen onder dwang, zoals die ook te zien zijn bij buitenlandse prostituees, en is deze wet in voldoende mate toegerust om deze praktijken te voorkomen? Zo ja, welke instrumenten kent de Wkkgz om dit tegen te gaan?

Antwoord 70

Met het wetsvoorstel voor de Wkkgz wordt de kwaliteitsregelgeving aangescherpt en wordt de regelgeving omtrent de afhandeling van klachten en geschillen aangescherpt. De Wkkgz is ook van toepassing op aanbieders van cosmetische zorg. De aangekondigde maatregelen uit de Wkkgz zijn gericht op het beter borgen van de veiligheid van cliënten die vrijwillig een cosmetische ingreep ondergaan. Ook hebben zorgverleners op grond van de WGBO de plicht de cliënt op duidelijke wijze te informeren over de voorgenomen behandeling/ingreep, waarbij – evenals bij het wetsvoorstel voor de Wkkgz – het uitgangspunt is dat de behandeling vrijwillig is ondergaan. Een reden voor een zorgverlener om extra alert te zijn op de vrijwilligheid van de cliënt is wanneer een cliënt de Nederlandse taal niet machtig is en zich bijvoorbeeld laat vergezellen door een tolk. Indien de zorgverlener weet dat de patiënt/cliënt de ingreep gedwongen ondergaat en deze toch uitvoert maakt hij zich schuldig aan een strafbaar feit, waarop het strafrecht van toepassing is. Dergelijke gedwongen ingrepen vind ik te allen tijde verwerpelijk.

Vraag 71

Op welke wijze worden financiële relaties tussen leveranciers van medische hulpmiddelen en zorgprofessionals vanaf 2015 inzichtelijk gemaakt, en hoe worden eventuele onoorbare relaties gesanctioneerd?

Antwoord 71

Financiële relaties tussen zorgprofessionals en leveranciers en fabrikanten van medische hulpmiddelen zullen inzichtelijk gemaakt worden in een centraal, publiek toegankelijk register. Er wordt gestreefd naar aansluiting bij het Transparantieregister Zorg. Het zal, net als bij banden tussen zorgprofessionals en farmaceutische bedrijven¹⁸, gaan om interacties waarbij sprake is van dienstverlening door zorgprofessionals of sponsoring van projecten, voor zover zij een totale waarde hebben van EUR 500 per jaar of hoger. In het register zal zichtbaar zijn om welke zorgprofessional het gaat, om wat voor relatie het gaat, de waarde van de relatie en het bedrijf waarmee de relatie is aangegaan.

Ten aanzien van eventuele sanctionering heb ik in mijn brief van 19 december 2013¹⁹ aangegeven dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op dit moment niet de instrumenten heeft om in te grijpen in gevallen van oneigenlijke beïnvloeding in relaties tussen zorgprofessionals en de medische hulpmiddelenindustrie. Ik heb daarvoor een wetswijziging in voorbereiding. Doel is te komen tot een artikel in de Wet op de medische hulpmiddelen die de IGZ een titel geeft in te grijpen wanneer sprake is van oneigenlijke beïnvloeding tussen zorgprofessionals en fabrikanten of leveranciers van medische hulpmiddelen. Het artikel kan worden vormgegeven naar analogie van het verbod op gunstbetoon in de Geneesmiddelenwet (zie art. 94 Geneesmiddelenwet) en zal een soortgelijk sanctieregime kennen.

¹⁸ Zie ook Tweede Kamer 2012-13, 32 620, nr. 86

¹⁹ Tweede Kamer 2013-14, 32 805, nr. 27

Vraag 72

Wat zijn de concrete doelstellingen van de internationale Antibiotica-top die de minister in Nederland organiseert?

Antwoord 72

Nederland organiseert, op verzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO), in juni een ministeriële bijeenkomst over Antibioticaresistentie. Tijdens de World Health Assembly (WHA), de jaarlijkse vergadering van de bij de WHO aangesloten landen, is afgelopen maand een resolutie aangenomen die de Directeur Generaal van de WHO oproept om een Mondiaal Actieplan te maken voor dit onderwerp. Daarvoor is het komend jaar een aantal activiteiten en bijeenkomsten gepland. Het Actieplan moet tijdens de WHA van 2015 gepresenteerd worden. De conferentie die Nederland in juni in Den Haag organiseert is bedoeld als start van die agenda. Ministers (zowel volksgezondheid als landbouw) van ongeveer 30-40 landen (of hun vertegenwoordigers) zullen op 25 en 26 juni in Den Haag met elkaar praten over antibioticaresistentie.

Het doel van deze bijeenkomst is het aangaan van politiek commitment en betrokkenheid van landen die zich voorstander hebben verklaard van een WHO aanpak van de antibioticaresistentie problematiek. Deze conferentie heeft als uitgangspunt "One Health". Inhoudelijk ligt de nadruk daarom op infectiepreventie en goed en terughoudend gebruik van antibiotica in de veterinaire sector en de relatie hiervan met de volksgezondheid.

Ik zal benadrukken dat het belangrijk is om internationaal samen te werken in de strijd tegen antibioticaresistentie maar dat ook lokale actie nodig is. Ik hoop zo landen te overtuigen van hun eigen verantwoordelijkheid om actie te ondernemen in de strijd tegen antibioticaresistentie.

Vraag 73

Is de minister voornemens tot een registratiesysteem van implantaten te komen waarmee patiënten snel kunnen worden opgespoord als zich calamiteiten voordoen? In hoeverre zouden daarmee situaties als met de PIP-implantaten voorkomen kunnen worden? Welke stappen zijn hier voor nodig? Op welke wijze wordt er Europees aangehaakt?

Antwoord 73

Ja, ik ben voornemens om een implantatenregister op te zetten. Onlangs heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van dit register²⁰. Het inrichten van een implantatenregister vergt een zorgvuldig traject, vergt draagvlak bij de betrokken partijen en vereist tevens een voortvarende aanpak. Er is in 2013 intensief overleg gevoerd met de betrokken partijen in het veld, zoals de ziekenhuizen en de wetenschappelijke verenigingen. Er is verkend welke bestaande bronregistraties mogelijk geschikt zijn voor het vullen van het implantatenregister en welke voorwaarden daaraan moeten worden gesteld. Onderzocht is verder met welke wettelijke, inhoudelijke, financiële en praktische aspecten rekening moet worden gehouden voor het inrichten van het register. Met leveranciers is onderzocht welke standaarden er zijn voor het registreren van implantaten, welke richtlijnen en internationale ontwikkelingen een rol spelen en wat daarvan de recente stand van zaken is. Er zijn tot nu toe belangrijke stappen gezet waar we op voortbouwen door concrete afspraken te maken en te implementeren. Van belang is om ondanks de complexiteit het tempo in het proces te houden opdat het implantatenregister eind 2014 van start kan gaan en in 2015 en verder snel kan uitgroeien tot een – ook voor patiënten- toegankelijk, breed implantatenregister.

Door de basale opzet moet het Nederlandse implantaten basisregister in een later stadium relatief eenvoudig kunnen worden gekoppeld aan het beoogde Europese netwerk van nationale implantatenregisters.

²⁰ Stand van zaken implantatenregister, TK vergaderjaar 2013-2014, 32 805, nr 28, 18 maart 2014

Het implantatenregister zal er voor zorgen dat in geval van calamiteiten patiënten sneller kunnen worden opgespoord, zodat mogelijke gezondheidsschade zoveel mogelijk kan worden beperkt. Momenteel wordt er in Brussel onderhandeld over de voorstellen voor de verordeningen voor medische hulpmiddelen om het markttoelatingssysteem voor medische hulpmiddelen waaronder implantaten te verbeteren (zie ook vraag 68).

Vraag 74

Waarom wacht de minister met het invoeren van een implantaatkaart en bijsluiter op Brussel?

Antwoord 74

Ik wil benadrukken dat ik niet wil wachten op het Europese onderhandelingsproces om de informatievoorziening rond implantaten te verbeteren. Op 17 december 2013 (33 758 nr. 17) heb ik de Kamer geïnformeerd over de stappen die ik neem om de voorlichting over medische hulpmiddelen en in het bijzonder over implantaten te verbeteren. Om op korte termijn de schriftelijke informatievoorziening voor implantaten te verbeteren zet ik het overleg met de beroepsverenigingen voort over de uitwerking van een pilot gericht op de informatievoorziening; ook de fabrikanten zijn bij dit overleg aangesloten. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) werkt aan deze pilot om te onderzoeken of de informatie die beschikbaar is over de behandeling aangevuld kan worden met meer productspecifieke informatie van fabrikanten. In de voorstellen voor verordeningen inzake de markttoelating van medische hulpmiddelen die op 26 september 2012 zijn gepubliceerd, stelt de Europese Commissie voor dat de fabrikant van een implantaat bij dat medische hulpmiddel een implantaatkaart aflevert met informatie voor de patiënt. In de wetgeving voor de markttoelating van medische hulpmiddelen ligt de verantwoordelijkheid voor het leveren van productspecifieke informatie bij medische hulpmiddelen bij de fabrikant. Bij de onderhandelingen in Brussel zet ik mij in voor een implantaatkaart en bijsluiter. Daartoe heeft Nederland dan ook een voorstel ingediend. De voorstellen die worden gedaan in het Brusselse proces voor de implantaatkaart en bijsluiter worden met de bovengenoemde veldpartijen besproken. De Kamer zal ik informeren bij nieuwe ontwikkelingen over de verbeteringen van de informatievoorziening bij medische hulpmiddelen.

Vraag 75

In kader van het actieprogramma "Onvrijwillige zorg" zijn al stappen gezet om het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen. Aan welke stappen moet hierbij precies worden gedacht?

Antwoord 75

Bij brief van 17 mei 2013 (kenmerk 31996-35) heb ik u geïnformeerd over de opzet en inhoud van het actieprogramma "Onvrijwillige zorg". Het programma is erop gericht om het gebruik van onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen en terug te dringen. Het programma omvat de volgende actiepunten:

- onderzoek naar de belevingswereld van cliënten;
- inzicht vergroten bij hulpverleners over de belevingswereld van cliënten;
- vertalen van deze (nieuwe) kennis in afwegingskaders voor hulpverleners voor het zoveel mogelijk voorkomen van onvrijwillige zorg;
- ondersteuning door Vilans van hulpverleners bij het werken volgens een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze;
- ondersteuning door Vilans van bestuurders en managers bij het formuleren en uitdragen van een visie rond het terugdringen en voorkomen van onvrijwillige zorg en het realiseren van de bijbehorende organisatorische randvoorwaarden;
- VGN koppelt haar programma 'Zo zijn onze manieren' (dat bedoeld is om besturen/management van zorginstellingen te ondersteunen bij het formuleren en uitdragen van een visie en het realiseren van de bijbehorende organisatorische randvoorwaarden) aan het Actieprogramma;

- het LOC ontwikkelt, in overleg met andere relevante partijen, een programma om cliëntenraden te ondersteunen bij het voeren van de dialoog met de bestuurder over het belang van een goede visie op onvrijwillige zorg;
- stimuleren van meer maatschappelijk bewustzijn en een open gesprek over het voorkomen en terugdringen van onvrijwillige zorg. Centraal staan daarbij onder meer begrippen als de vrijheid, veiligheid en menselijke waardigheid van cliënten, en de ethische dilemma's die daarbij aan de orde zijn.

Het programma heeft een landelijke reikwijdte. Daarbij moet de kanttekening worden gemaakt dat het ondersteuningsprogramma van Vilans voor de hulpverleners zich richt op een zevental instellingen. De uit dit programma onderdeel voortkomende ervaringen en kennis zullen wel landelijk worden verspreid. Ook hebben de betrokken organisaties meerdere keren per jaar overleg waarbij ze hun kennis delen en verspreiden.

Vraag 76

Welk karakter hebben deze stappen om het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen? Zijn deze stappen landelijk gezet?

Antwoord 76

Zie antwoord op vraag 75.

Vraag 77

Op welke manier worden de uitkomsten van de gevoerde gesprekken met betrokkenen van regelarm werken op dit moment meegenomen in de Hervorming van de Langdurige Zorg? Kunnen hier concrete voorbeelden van worden gegeven?

Antwoord 77

De planning is dat de Tweede Kamer voor de behandeling van de Wet langdurige zorg de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen ontvangt. Onderdeel hiervan is dat de nieuwe werkvormen die zijn ontwikkeld in het kader het experiment regelarme instellingen niet worden belemmerd door de regels in de Zvw, Wmo of Wlz. Het betreft een omslag in de cultuur van de deelnemende zorgaanbieders, vermindering van interne regeldruk en aangrijpingspunten om de externe regeldruk te verminderen.

Vraag 78

Wanneer verwacht de minister de wetsbehandeling van het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg? Wanneer verwacht zij verslag uit te brengen over de gestelde vragen in de recentelijke schriftelijke inbreng?

Antwoord 78

Ik verwacht dit najaar de wetsbehandeling van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Voor het einde van het zomerreces zal ik verslag uitbrengen over de schriftelijk gestelde vragen.

Vraag 79

Kunt u een financieel overzicht sturen met daarin de bezuinigingen en verzachtingen, uitgesplitst per zorgzwaartepakket aangaande de extramuralisering?

Antwoord 79

Op grond van actuele en gedetailleerde gegevens over aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg 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.

Het beleid van langer thuis wonen leidt ertoe dat mensen in plaats van een indicatie voor een licht zorgzwaartepakket een indicatie voor extramurale zorg en ondersteuning (in functies en klassen) krijgen. De kosten voor extramurale zorg en ondersteuning zijn lager dan de kosten voor intramurale zorg (voor iemand met dezelfde kenmerken).

Op basis van de meest recente inzichten leidt extramuralisering per saldo tot een netto besparing op de zorguitgaven die geleidelijk oploopt van circa 75 miljoen in 2014 tot ruim 300 miljoen in 2017 en latere jaren. Deze besparingen en verzachtingen zijn in de begroting niet naar afzonderlijk zorgzwaartepakket uitgesplitst.

Vraag 80

Wat zijn de uitkomsten van de tussentijdse evaluatie van de experimenten regelarme instellingen? Leiden deze tot aanpassingen van de experimenten? Zo ja, welke?

Antwoord 80

De planning is om de Tweede Kamer voor de behandeling van de Wlz de tussenevaluatie te doen toekomen. Daarin wordt ook beschreven hoe de resultaten van de experimenten regelarm geborgd worden in de Wlz.

Vraag 81

Ziet de minister een rol voor zich weggelegd bij het verder verspreiden van goede innovatieve werkwijzen, zoals sociale wijkteams en buurtgericht werken? Zo ja, hoe wil zij zorg dragen voor de verdere verspreiding hiervan, zo nee, waarom niet?

Antwoord 81

Veel gemeenten kiezen ervoor om de uitvoering van de nieuwe taken in de wijk te organiseren. Het is geen wettelijke verplichting, maar een wijkgerichte aanpak biedt wel de mogelijkheid om tot goede verbindingen met informele ondersteuning en de wijkverpleging te komen en tot een integrale aanpak van hulpvragen gericht op maatwerk. Goede praktijkvoorbeelden hiervan zal ik daarom verspreiden om gemeenten en aanbieders verder op weg te helpen bij de inrichting van de wijkgerichte organisatie.

Gemeenten krijgen extra middelen voor de implementatie en doorontwikkeling van sociale wijkteams. In overleg met de gemeenten is besloten dat van de beschikbare € 7 mln in 2014, € 1 mln zal worden ingezet voor een ondersteuningsprogramma sociale wijkteams. Onderdeel van dit ondersteuningsprogramma is het verzamelen en verspreiden (onder meer via bestaande leerkringen, de Wmo werkplaatsen en www.invoeringwmo.nl) van goede innovatieve werkwijzen. Het ondersteuningsprogramma zal rond de zomer van start gaan. Het programma wordt aangestuurd door een programmaraad met vertegenwoordigers van de gemeenten.

Vraag 82

Het kabinet schrijft dat het beleid op het gebied van de farmacie uitermate succesvol is geweest. Kunnen de goede ervaringen op dit beleidsterrein ook gebruikt worden voor het realiseren op andere beleidsterreinen in de zorg, bijvoorbeeld door de preferente inkoop van hulpmiddelen?

Antwoord 82

De aanspraak op geneeskundige zorg en op de extramurale hulpmiddelenzorg is anders vormgegeven dan de aanspraak op extramurale farmaceutische zorg. De aanspraak op extramurale hulpmiddelenzorg is functioneel omschreven. In beginsel is hierdoor de "preferente inkoop" van hulpmiddelen(zorg) door zorgverzekeraars mogelijk. Daarbij kunnen zorgverzekeraars gebruik maken van de ervaringen, die zij hebben opgedaan met de inkoop van farmaceutische zorg afgelopen jaren.

Vraag 83

Is de verwachting dat in de toekomst nog meer te besparen valt op geneesmiddelen door een lagere volumegroei, in combinatie met een verdere daling van de gemiddelde geneesmiddelenprijzen, zoals de afgelopen jaren het geval is geweest?

Antwoord 83

De daling van de geneesmiddelenprijzen lijkt in 2013 tot stilstand te zijn gekomen. Voor de komende jaren wordt uitgegaan van een lichte stijging in het geneesmiddelengebruik en een lichte stijging van de vergoedingsbedragen voor apotheekehoudenden. Enige behoedzaamheid is echter gepast. Het Zorginstituut Nederland gaat uit van een stabiele, beheerste volume- en kostenontwikkeling en hanteert een ramingsvariant met een relatief lage uitgavengroei. De onderliggende ramingsparameters laten over de afgelopen jaren aanzienlijke variaties zien.

Vraag 84

Het garantiebedrag is circa 1,5 miljard euro; het feitelijke risico is ruim 600 mln. euro. Kan nader worden ingegaan op verhouding tussen deze bedragen? Kan worden ingegaan op de mate waarin de overheid aan haar verplichtingen kan voldoen als de risico's zich daadwerkelijk voordoen?

Antwoord 84

Het totaalbedrag van afgerond € 1,5 mld. uit de tabel "Garantie en achterborgstellingen" op blz. 25 van het Jaarverslag geeft een overzicht van de op peildatum nog lopende leningen, waarbij de bedragen betrekking hebben op de oorspronkelijke hoofdsom. Deze oorspronkelijke hoofdsom is door aflossingen, die tot de peildatum op deze leningen hebben plaatsgevonden, gedaald tot afgerond € 670 mln. Dit bedrag vormt de resterende hoofdsom en staat vermeld in de saldibalans op blz. 143 van het Jaarverslag. Hierover loopt het Rijk nog feitelijk risico. De in het Jaarverslag resterende hoofdsom heeft betrekking op 157 zorginstellingen. Gemiddeld gaat het dus om een garantiebedrag van ongeveer € 4,3 mln per zorginstelling. De kredietwaardigheidssituatie van de zorginstellingen waar Rijksgaranties uitstaan wordt jaarlijks door het Waarborgfonds voor de Zorgsector beoordeeld. Als het onderzoek uitwijst dat de kredietwaardigheid van de betrokken organisatie naar die zienswijze van het WFZ zodanig zorgelijk is dat VWS als garant hiervan op de hoogte dient te zijn, dan wordt dit door het WFZ bij VWS schriftelijk gemeld. Wanneer het WFZ van oordeel is dat er extra waakzaamheid is geboden wordt de informatieplicht opgevoerd. Voor het merendeel van de zorginstellingen met Rijksgaranties geldt dat de financiële situatie redelijk tot goed te noemen is. Ultimo 2013 heeft het WFZ 18 zorginstellingen met Rijksgarantie onder verscherpt toezicht.

Vraag 85

Kan de minister verklaren waarom het aantal jaren in goed ervaren gezondheid bij vrouwen een dalende trend laat zien? Hoe speelt het beleid in op het ombuigen van deze ongewenste trend?

Antwoord 85

We kunnen nog niet spreken van een dalende trend in het aantal jaren in goed ervaren gezondheid bij vrouwen. Als we de hele periode van 2002 tot 2012 overzien is die namelijk, zowel bij mannen als vrouwen, significant gestegen. In iedere periode zijn er jaarlijkse fluctuaties. Mogelijk geldt dit ook voor het laatste peiljaar bij vrouwen.

We blijven echter in ons beleid inzetten op het verbeteren van de gezonde levensverwachting (gerekend in jaren in goed ervaren gezondheid), zowel bij vrouwen als mannen. Dit is één van de doelstellingen van het Nationaal Programma Preventie. Daarbij richten we ons op mensen met een beduidend lagere gezonde levensverwachting, en op mensen met een lage opleiding.

Vraag 86

Op welke wijze houdt de IGZ toezicht op de publieke gezondheid en preventie? Houdt de IGZ bijvoorbeeld toezicht op de uitvoering van vaccinatieprogramma's en bevolkingsonderzoeken?

Antwoord 86

Binnen het programma Publieke Gezondheid, Geestelijke Gezondheidszorg en Forensische Zorg van de IGZ houden inspecteurs op basis van risicoanalyse toezicht op de kwaliteit van de bevordering en bescherming van de gezondheid van de Nederlandse bevolking (populatie-niveau), waaronder ook op de uitvoering van de vaccinatieprogramma's en bevolkingsonderzoeken. De toezichtobjecten van dit programma zijn de GGD'en, de screeningsorganisaties, de Instellingen voor jeugdgezondheidszorg (0-19 jarigen), de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR), de medisch microbiologische laboratoria (MML's), de voorzieningen voor Asielzoekers en Vreemdelingen, de extramurale verslavingszorg. Wanneer de IGZ bij deze toezichtobjecten onverantwoorde gezondheidsrisico's tegenkomt dan ziet de inspectie erop toe dat bij de betreffende instellingen de noodzakelijke verbeteringen tot stand worden gebracht. Bij haar toezicht werkt de IGZ nauw samen met andere inspecties, zoals de Inspectie Jeugdzorg, de Inspectie Veiligheid en Justitie en de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit.

Vraag 87

In hoeverre werpt de geïntensiveerde aanpak van overgewicht bij kinderen haar vruchten af? Zijn er verschillen tussen landelijk/stedelijk en autochtonen/allochtonen? Hoe houdt de aanpak overgewicht hier rekening mee?

Antwoord 87

Voor mijn landelijk overgewichtbeleid baseer ik me op gegevens van het CBS. De cijfers van 2013 heb ik nog niet ontvangen; deze verwacht ik medio dit jaar. We weten dat preventie en zo ook de aanpak van overgewicht een kwestie van lange adem is. Het vraagt bovendien goede aansluiting bij leefwereld van mensen. Begrip van hun waarden, cultuur en motivatie is daarbij essentieel. Op basis van onderzoek weten we dat niet alle leefstijl- en overgewichtinterventies even goed aansluiten bij diverse doelgroepen en dat maatwerk via bijvoorbeeld de gemeente of wijk en de professional nodig zijn. Sinds de landelijke nota Gezondheid Dichtbij²¹ is daarom onder andere sterker ingezet op het bereiken van mensen via de wijk. Dit heeft er onder andere toe geleid dat vanuit landelijk overgewichtbeleid stevig is ingezet op Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) van het Convenant Gezond Gewicht. Via de gemeente worden wijken en gezinnen bereikt waarbij de problematiek het grootst is. Dit zijn zowel autochtone als allochtone kinderen en hun ouders. Inmiddels zijn in diverse JOGG-gemeenten resultaten behaald en zien we daar het overgewicht dalen en het eet- en beweeggedrag bij de doelgroep significant verbeteren. Ik heb u hier onlangs over geïnformeerd via mijn brief van d.d. 7 april 2014.²²

Vanuit het Nationaal Programma Preventie is ook aandacht voor zowel kinderen, de aanpak van overgewicht als het bestrijden van de sociaal economische gezondheidsverschillen. Dit gebeurt aan de hand van de afgesproken acties waar de rijksoverheid soms wel en soms niet partij bij is. De activiteiten van JOGG, de Gezond in de Stad (GIDS) gelden, de inzet op gezonde schoolkantines, de inzet via het programma Sport en Bewegen in de Buurt zijn bijvoorbeeld allemaal onderdelen die vanuit o.a. het ministerie van VWS verbonden zijn aan het Nationaal Programma Preventie.

Vraag 88

Is de invoering van het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker tegen opstartproblemen aangelopen? Hoe zijn deze verholpen? Is er in het veld onenigheid over de inzet van de OC-Sensor of de FOB-Gold?

Antwoord 88

²¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, nr. 32793-1

²² Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, nr. 31899-23

Het bevolkingsonderzoek darmkanker is begin 2014 succesvol van start gegaan. De uitvoering van het bevolkingsonderzoek en de aansluitende diagnostiek werken zoals bedoeld. Het landelijke ICT-systeem ColonIS maakt het mogelijk om te monitoren, tijdig te signaleren en bij te sturen.

De bereidheid om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek blijkt hoger dan verwacht. Ook het percentage verwijzingen naar aanleiding van een positieve uitslag is hoger dan verwacht. Ook in andere landen die eind 2013 gestart zijn met screening op darmkanker, zoals Ierland en België, is een hoger verwijspercentage te zien.

Dit betekent dat we goed moeten kijken welke maatregelen we kunnen nemen om het bevolkingsonderzoek in de pas te laten lopen met de beschikbare capaciteit in het vervolgonderzoek (of coloscopiecapaciteit). Hierover ben ik in gesprek met het RIVM en de Gezondheidsraad.

Ik heb geen signalen ontvangen over onenigheid over de inzet van de OC-sensor of de FOB-Gold.

Vraag 89

Welke ontwikkelingen met betrekking tot mogelijke nieuwe bedreigingen voor de volksgezondheid houdt de minister nauwlettend in de gaten? Vormen deze ontwikkeling op korte termijn al een serieuze bedreiging voor de volksgezondheid?

Antwoord 89

Zowel op regionaal, nationaal als internationaal niveau worden in samenwerking met artsen, ziekenhuizen, GGD-en, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), het Health Security Committee en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) alle mogelijk relevante ontwikkelingen in de gaten gehouden en wordt daar waar nodig ingegrepen. Daarbij wordt ook samengewerkt met partners in het veterinaire veld, zoals bijvoorbeeld het Centraal Veterinair Instituut (CVI). Het RIVM verzamelt alle signalen. Als ontwikkelingen moet u daarbij niet alleen denken aan het opduiken van nieuwe ziekteverwekkers, zoals MERS bij terugkerende reizigers, of tularemie bij hazen, maar ook aan ontwikkelingen in het klimaat of veranderende reisgewoonten. Het is niet zo dat deze ontwikkelingen persé een bedreiging voor de volksgezondheid vormen, maar we houden deze ontwikkelingen wel nauwlettend in de gaten om, indien dat toch nodig blijkt, in te kunnen grijpen.

Vraag 90

In hoeverre houdt de NVWA zich momenteel bezig met toezicht op hormoonverstorende stoffen in producten? Vindt de minister dit toezicht wenselijk? Waarom wel c.q. waarom niet?

Antwoord 90

De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) ziet toe op de naleving van de (Europese) wetgeving met betrekking tot consumentenproducten en voedselveiligheid in Nederland. Hieronder valt ook wetgeving op het gebied van chemische stoffen in deze producten. Er zijn chemische stoffen gereguleerd, waarvan wordt vermoed dat ze een hormoonverstorende werking kunnen hebben. Indien er voor deze stoffen een verbod of restrictie voor de toepassing in consumentenproducten of levensmiddelen bestaat vallen deze onder het toezicht van de NVWA. Het toezicht van de NVWA is risicogebaseerd, waarbij de meeste aandacht gaat naar de grootste risico's voor de volksgezondheid. Dit punt wordt hierin meegenomen.

Vraag 91

Wordt het programma "Gezonde Schoolkantine" geëvalueerd? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet? Is de minister van mening dat er momenteel voldoende scholen deelnemen aan dit programma?

Antwoord 91

Het programma de "Gezonde Schoolkantine" wordt geëvalueerd. De evaluatie start na de zomerschoolvakantie in 2015. Ik heb het RIVM hiertoe al opdracht gegeven. De rapportage van de evaluatie is gereed in maart 2016. VWS heeft over de invulling en realisatie van het programma de "Gezonde Schoolkantine" 2013 afspraken gemaakt met het Voedingscentrum met als doelstelling dat in 2013 350 extra schoollocaties aan de slag zouden gaan met het programma. De Gezonde Schoolkantine Brigade van het Voedingscentrum zorgt voor advies op maat zodat een schoollocatie aan de slag kan met het realiseren van een gezonde schoolkantine. In 2013 heeft de Gezonde Schoolkantine Brigade ruim 350 schoollocaties voorzien van zo'n advies. De doelstelling is hiermee behaald. Het is vervolgens aan de scholen zelf om te zorgen voor een gezonde schoolkantine op de schoollocaties. Uit de vele aanvragen voor een advies op maat, die volgens de doelstelling verlopen, blijkt dat steeds meer scholen zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid om te voorzien in een gezond aanbod in de schoolkantine. Ik zie dit als een positieve ontwikkeling.

Vraag 92

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de integrale aanpak van de preventie van gehoorschade en het plan voor de begrenzing van het geluidsniveau in de muzieksector?

Antwoord 92:

Ik heb op 14 februari jl. het convenant 'preventie gehoorschade muzieksector' met de branche-organisaties Vereniging van EvenementenMakers en de Vereniging Nederlandse Poppodia en Festivals gesloten. Dit convenant heeft als doel om bezoekers op een voor het gehoor veilige manier van muziek te kunnen laten genieten. Hiertoe zijn er afspraken gemaakt om maatregelen te nemen op het gebied van geluidslimitering, geluidsmeting en gehoorbescherming. Zo is er bijvoorbeeld een maximaal geluidsniveau van 103 decibel afgesproken en wordt vanaf 1 oktober 2014 het geluid gemeten. Ook is het mogelijk om bij de VVEM en VNPF aangesloten muzieklocaties kwalitatief goede oordopjes te kopen. Om bezoekers te wijzen op de risico's van hard geluid voor het gehoor, zullen de partijen inzetten op bewustwording. De communicatie is erop gericht dat bezoekers zich bewust worden van de mogelijke risico's van harde muziek voor hun oren en wat ze hieraan zelf kunnen doen (bijvoorbeeld oordopjes dragen). In de brief van 13 februari jl. waarmee ik het RIVM-rapport 'Gehoorschade en geluidsblootstelling in Nederland – inventarisatie van cijfers' aan de Tweede Kamer heb aangeboden (TK 2013-2014, 32793 nr. 139) staat dat de tekst van het convenant in de Staatscourant zal worden gepubliceerd. De tekst van het convenant is op 24 maart jl. in de Staatscourant gepubliceerd. Eind 2015 zal de aanpak worden geëvalueerd. Over de resultaten zult u in de eerste helft van 2016 geïnformeerd worden.

Vraag 93

Welke resultaten heeft de pilot over een goede nazorg voor jongeren met alcoholintoxicatie opgebracht? Zijn deze resultaten landelijk inzetbaar? Zo ja, wanneer worden deze landelijk uitgerold?

Antwoord 93

De pilot heeft geresulteerd in een effectieve aanpak voor de nazorg aan jongeren die met een alcoholvergiftiging op de spoedeisende hulp zijn beland. In deze aanpak wordt samen met jongeren en hun ouders ingezet op het voorkomen van herhaling. De nazorg bestaat uit een onderzoek door een kinderarts en een psycholoog, screening op onderliggende problemen en cognitieve gevolgen. Zo nodig wordt de jongere doorverwezen naar de jeugdzorg of de ggz. Met subsidie van VWS is onder meer een protocol ontwikkeld waarmee deze aanpak overdraagbaar is aan andere ziekenhuizen en regionale partners zoals huisartsen, ambulancezorg, verslavingszorg, jeugdzorg en

ggz. Inmiddels bieden 13 poliklinieken deze nazorg aan, conform het ontwikkelde protocol. Naar verwachting zal eind 2014 een landelijk dekkend netwerk van 15 poliklinieken zijn gerealiseerd. Vanuit de bekostiging zijn er afdoende mogelijkheden om, ook na afloop van de pilot, de nazorg op deze poliklinieken te financieren. Het is aan zorgaanbieders en verzekeraars om afspraken te maken over de prijs en kwaliteit van deze zorg.

Vraag 94

Vindt de minister dat de afspraken die met de voedingssector zijn gemaakt over het verbeteren van productsamenstellingen snel genoeg zijn vruchten afwerpen? Hoe houdt de minister de voortgang in de gaten?

Antwoord 94

Zoals ik u heb toegezegd bij het AO voedsel (18 december 2013), zal ik u periodiek over de voortgang van reductie van zout, verzadigd vet en calorieën in het voedselaanbod informeren. Niet eerder dan eind 2014 verwacht ik een goed beeld te hebben van de voortgang en zal ik u informeren over de jaarresultaten van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling met betrekking tot zout, verzadigd vet en calorieën (suiker, vet).

Daarnaast is vanaf juli 2014 de website over het Akkoord beschikbaar. Hierop zullen onder andere de jaarlijkse planning, de werkafspraken (per productgroep), adviezen van de wetenschappelijke adviescommissie en de organisatiestructuur worden gepubliceerd.

Ik houd de voortgang in de gaten via de stuurgroep van het Akkoord en via een jaarlijks bestuurlijk overleg. Het RIVM monitort jaarlijks de voortgang van de productsamenstelling. Daarnaast toetst de wetenschappelijke adviescommissie het geheel aan ketenbrede afspraken aan de ambities van het gehele Akkoord.

Vraag 95

Is de minister tevreden met de resultaten van de JOGG-aanpak? Vindt de minister dat het aantal JOGG-gemeenten voortvarend groeit? Zijn er, buiten Zwolle, al andere gemeenten waar een significante daling van het overgewicht bij kinderen is signaleerd?

Antwoord 95

De Kamer is via een brief over de voortgang van het convenant Gezond Gewicht en de JOGG-aanpak recentelijk geïnformeerd.²³ Hierin staat dat de toename van het aantal JOGG-gemeenten goed verloopt. Momenteel zijn er 59 JOGG gemeenten en een JOGG-provincie. De doelstelling is 75 JOGG-gemeenten in 2015, daar ben ik optimistisch over.

JOGG ontwikkelt zich niet alleen in kwantitatieve zin, maar ook in kwalitatieve zin. In toenemende mate zijn daar goede voorbeelden en concrete resultaten van JOGG-gemeenten van te zien. In de brief over de voortgang worden naast resultaten vanuit JOGG-Zwolle ook andere voorbeelden aangehaald:

- Gemeente Dordrecht: door middel van hun 'Doe ff Gezond'-programma wijzen de resultaten van de jaarlijks terugkerende fittesten op een daling van overgewicht. Bij een eerste vergelijking tussen 2011 en 2012, waarbij scholen én leerlingen beide meetjaren meededen, is het overgewicht met 3,1% gedaald. Deze resultaten zetten door; in 2013 is het overgewicht bij scholen die beide meetjaren meededen, ten opzichte van 2012 wederom gedaald (van 35,2% naar 34,1%). Met name het percentage kinderen met ernstig overgewicht is gedaald, van 12,1% naar 10,5%.
- Gemeente Rotterdam: op twee Rotterdamse Lekker Fit! basisscholen drinken kinderen 100 ml met suiker gezoute drankjes minder per dag. Dit is het resultaat van de Rotterdamse JOGG-aanpak en haar watercampagne.
- Gemeente Amsterdam: in stadsdeel Nieuw-West wordt na een JOGG-pilot van 2 jaar gezien dat peuters op de voorschool meer zijn gaan bewegen, vaker fruit eten en meer water drinken. Op

²³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, nr. 31899-23, brief d.d. 7 april 2014

de basisscholen is vooruitgang geboekt bij het middageten en wordt meer water en minder (ge)zoete drank gedronken. Voor kinderen in de buurt is een programma, gebaseerd op sociale marketing techniek, voor buitenspelen ontwikkeld.

Niet in de brief genoemd, maar ook zeker een goed resultaat zien we in Utrecht: Momenteel heeft 12% van alle Utrechtse basisschoolkinderen overgewicht. Daarmee zet een eerder gesignaleerde daling in Utrecht zich door. Over alle JOGG-wijken samen (Overvecht, Kanaleneiland, Noordwest en Hoograven) is voor de totale doelgroep een lichte verbetering in de overgewicht cijfers zichtbaar. Tussen 2010 en nu is het percentage van 25% gedaald naar 22%.

Vraag 96

Wat doet de minister aan de problematiek van ondergewicht bij de jeugd? Klopt het dat ondergewicht een stijgende lijn vertoont met name bij meisjes en dat dit harder toeneemt dan overgewicht? Kunnen deze problemen met ondergewicht een resultaat zijn van doorgeslagen aandacht voor het ideale gewicht?

Antwoord 96

Ik benadruk het belang van een gezond gewicht via een gevarieerd en gezond voedings- en bewegingspatroon. Hierbij is aandacht voor zowel onder- als overgewicht. Het thema is ook als zodanig onderdeel van mijn bredere gezondheidsbeleid. Zo is ondergewicht, net als overgewicht, meegenomen in het themacertificaat Voeding van het vignet Gezonde School en is het thema onderdeel van de brede informatievoorziening vanuit het Voedingscentrum. Uit CBS-cijfers blijkt dat in het jaar 2000 6,4% en in het jaar 2012 4,1% van de jongens tussen de 4 en 20 jaar ondergewicht had. Ook bij de meisjes met ondergewicht is er sprake van een lichte daling: van 7,2% in 2000 naar 5,7% in 2012.

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de Gezondheidsraad in 2010 gekeken of de toegenomen aandacht voor overgewicht en obesitas een risicofactor is voor het ontwikkelen van eetstoornissen. Eetstoornissen zoals anorexia nervosa en boulimia nervosa kunnen namelijk leiden tot ondergewicht. In het rapport 'Voor dik en dun – Preventie van overgewicht en obesitas en het risico op eetstoornissen' (TK 2010-2011, 31899 nr. 18) concludeert de Gezondheidsraad dat er te weinig wetenschappelijk onderzoek is om deze vraag goed te kunnen beantwoorden. Echter, volgens de Gezondheidsraad is het wel aannemelijk dat universele preventieprogramma's voor overgewicht geen invloed hebben op ondergewicht bij kinderen.

Vraag 97

Zijn alle doelstellingen op het Beleid Medische Ethiek behaald, gezien de onderschrijding van de het budget?

Antwoord 97

Wat betreft de onderschrijding van het budget Beleid Medische Ethiek voor het jaar 2013 merk ik het volgende op.

Voor een deel van de voor dit budget voorziene activiteiten geldt dat betalingen daarvoor in verband met de afspraken omtrent verantwoording deels zijn doorgeschoven naar, en dus ten laste komen van, het budget voor het jaar 2014. Dit geldt bijvoorbeeld voor het project SCEN 2009-2013 van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Voor een ander deel van de voorziene activiteiten geldt dat de kosten ervan na interne overheveling ten laste zijn gebracht van een ander budget. Zo is bijvoorbeeld de vernieuwing van het informatiesysteem van de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting in werkelijkheid ten laste gekomen van het budget voor agentschappen (zie blz. 38 van het Jaarverslag).

Ten slotte geldt voor een deel van de activiteiten dat de feitelijke kosten ervan in dat jaar en ook de betalingen ervoor lager waren dan voor het jaar 2013 begroot was.

De onderschrijding van het budget in 2013 is niet ten koste gegaan van de doelstellingen op het Beleid Medische Ethiek.

Vraag 98

Hoeveel euro wordt er jaarlijks besteed aan verslavingszorg, aan verslaving met verblijf, en aan verslaving met verblijf en crisis? Wat waren de ontwikkelingen de afgelopen drie jaar?

Antwoord 98

Op basis van door Vektis verzamelde gegevens (betreffende het totaal van gedeclareerde DBC's in het kader van de verslavingszorg) is in onderstaande tabel de uitsplitsing gegeven van de uitgaven voor verslavingszorg zonder verblijf en verslavingszorg met verblijf in de jaren 2009 t/m 2011. Er bestaat nog geen betrouwbaar beeld over de uitgaven in recentere jaren. Ik beschik niet over specifieke gegevens met betrekking tot verslaving met verblijf en crisis.

Gedeclareerde DBC's			
<i>Bedragen x € 1 miljoen</i>	2009	2010	2011
Zonder verblijf	105	111	116
Met verblijf	383	380	367
Totaal verslavingszorg	488	491	483

Vraag 99

Is het waar dat 800.000 mensen een betalingsregeling hebben getroffen met hun zorgverzekeraar? Hoe oordeelt u daarover? Van hoeveel van deze mensen verwacht u dat zij in het bestuursrechtelijke regime terecht komen?

Antwoord 99

Zorgverzekeraars verstrekken sinds medio 2013 in het kader van de "Ketenmonitor wanbetalers" een beperkt aantal gegevens ten aanzien van wanbetalers. Het aantal mensen met een betalingsregeling anders dan regelingen waar de premieachterstand geen onderdeel van uitmaakt is niet bij mij bekend. Ik kan het precieze aantal betalingsregelingen daarom niet bevestigen. Wel is bekend dat het aantal mensen met een betalingsachterstand van twee of meer maanden zorgpremie is toegenomen van 534.000 in januari 2013 naar 629.000 in januari 2014 (Bron: CVZ/ Zorginstituut). Dit is overigens inclusief het aantal mensen dat op dat moment onder het bestuursrechtelijk regime viel (320.000). Over het aantal mensen hiervan dat uiteindelijk door zal stromen naar het bestuursrechtelijke regime, kan ik geen verwachting afgeven. Meer in algemene zin kan verwacht worden dat mensen met een betalingsregeling waarschijnlijk minder snel in het regime terecht komen, zij hebben immers al afspraken gemaakt met de verzekeraar over het oplossen van hun betalingsachterstand.

Met het wetsvoorstel Wet verbetering wanbetalersmaatregelen (TK33 683) maak ik het mogelijk om mensen die al in het bestuursrechtelijk regime zitten maar alsnog een betalingsregeling treffen met hun verzekeraar uit te laten stromen uit het bestuursrechtelijk regime.

Vraag 100

Een enkel ziekenhuis heeft nog geen VMS. Wat is hier de voortgang? Wie betaalt de handhavingskosten? Hoe lang krijgen ziekenhuizen nog de tijd om het certificaat te behalen? Kunnen ziekenhuizen het VMS, nadat het is toegekend, ook weer kwijtraken?

Antwoord 100

Eind 2013 hadden alle ziekenhuizen in Nederland op twee na, een geaccrediteerd Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De twee ziekenhuizen die in 2013 nog niet het VMS

hadden geaccrediteerd, waren het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis en het Medisch Spectrum Twente.

De IGZ heeft mede daarom het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis op 12 juli 2013 en het Medisch Spectrum Twente op 19 november 2013 onder verscherpt toezicht gesteld. Ondanks dat in beide ziekenhuizen voortgang was geboekt met de invoering van het VMS bleek dat er meer maatregelen genomen moesten worden om het veiligheidsbeleid in de ziekenhuizen te borgen en evalueren. Het verscherpt toezicht hield onder andere in dat de IGZ onaangekondigde en aangekondigde bezoeken aan de ziekenhuis bracht. Daarbij toetste de inspectie onder meer de voortgang van de invoering van het VMS.

In mei 2014 is het verscherpt toezicht op beide ziekenhuizen opgeheven. Het Admiraal de Ruyter ziekenhuis heeft inmiddels een geaccrediteerd VMS. Ondanks dat het VMS voor het Medisch Spectrum Twente nog niet geaccrediteerd is, constateert de IGZ dat het Medisch Spectrum Twente op vele niveaus maatregelen heeft genomen om te kunnen sturen op patiëntveiligheid. Zodoende heeft de IGZ voldoende vertrouwen in het ziekenhuis dat zij het VMS geaccrediteerd krijgt in 2014 (planning daarvoor loopt) en heeft de IGZ haar verscherpt toezicht per 19 mei 2014 opgeheven. De komende maanden blijft de IGZ intensief toezicht uitvoeren in beide genoemde ziekenhuizen om de voortgang op de ingezette verbetermaatregelen te toetsen. Deze toezicht- en handhavingactiviteiten horen bij de taken van de IGZ en worden zodoende betaald uit de algemene middelen.

Binnen het Veiligheidsprogramma van de ziekenhuizen valt onder andere het VMS en de tien veiligheidsthema's, onder de eisen van de Nederlandse Technische Afspraak (NTA). Indien accreditatie-eisen tussendoor wijzigen, heeft dat geen invloed op reeds toegekende accreditaties en de duur daarvan.

De eisen zoals geformuleerd in de NTA zijn nu een keer vernieuwd/aangescherpt. Gevolg is dat ziekenhuizen dan bij een volgende accreditatiecyclus moeten voldoen aan de nieuwe landelijke basiseisen. Het kan zodoende voorkomen dat ziekenhuizen die een gecertificeerd VMS hebben nog niet voldoen aan de nieuwe eisen.

Vraag 101

Wanneer dienen alle Nederlandse ziekenhuizen de tien thema's gericht op het voorkomen van vermijdbare schade en sterfte uiterlijk geïmplementeerd te hebben? Hoe worden de afspraken die VWS hieromtrent met de betrokkenen heeft gemaakt afgedwongen?

Antwoord 101

De afspraak in het VMS veiligheidsprogramma is dat ziekenhuizen per 31 december 2012 geaccrediteerd zijn of een gecertificeerd VMS hebben en de gestelde doelstellingen van de tien thema's hebben behaald. De IGZ heeft in zijn rapport 'De veiligheid telt 2012' geconcludeerd dat, hoewel de ziekenhuissector hard heeft gewerkt en ook op onderdelen goede vorderingen heeft gemaakt, er voor alle ziekenhuizen nog veel werk resteert. Na vijf jaar implementatie van de tien inhoudelijke thema's uit het Veiligheidsprogramma, behaalt een groot deel van de ziekenhuizen voor enkele indicatoren de prestatieafspraken niet.

De brancheorganisaties van de ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hebben volledige implementatie van de tien thema's in alle ziekenhuizen opgenomen als onderdeel van hun patiëntveiligheidsagenda 2014-2015. Over deze agenda zijn afspraken gemaakt in het bestuurlijk overleg patiëntveiligheid dat deel uitmaakt van het bestuurlijk hoofdlijnen akkoord. Ook het komend jaar zullen de NVZ en NFU de ziekenhuizen stimuleren door te gaan met het implementeren van de thema's en het behouden van de behaalde resultaten. Eind dit jaar zal de voortgang wederom gemeten worden met de Veiligheidsmonitor van de brancheorganisaties.

Met ingang van 2014 wordt door de IGZ in haar toezichtprogramma systematisch aandacht geschonken aan minimaal een van de tien thema's.

Vraag 102

Hoe staat het met de ontwikkeling van de substitutiemonitor? Welke knelpunten worden ondervonden en hoe worden deze aangepakt? Per wanneer kan de monitor de Kamer inzicht geven in de effecten van substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg?

Antwoord 102

Ter uitwerking van de bestuurlijk akkoorden eerste en tweede lijn is Zorgverzekeraars Nederland (ZN) samen met partijen uit de eerste en tweede lijn de substitutiemonitor aan het ontwikkelen. De uitdaging is om substitutie van zorg aantoonbaar inzichtelijk te maken op macroniveau. Het voorstel van ZN is om de gecontracteerde substitutieafspraken op regionaal niveau, voorafgaand aan een jaar, inzichtelijk te maken en deze van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen om te komen tot inzicht in substitutie op macroniveau. De komende periode zal dit nader uitgewerkt moeten worden en zullen mogelijk ook knelpunten aan de orde komen. Het streven is per 2015 een eerste analyse te kunnen maken.

De monitor richt zich vooralsnog op substitutie van zorg van de tweede lijn naar de huisartsenzorg. Op basis van de nadere uitwerking en uitkomsten van de substitutiemonitor zullen partijen moeten bezien in hoeverre het mogelijk is de monitor op termijn uit te breiden met andere vormen van zorg.

Vraag 103

Welke proeftuinen voor een populatiegebonden bekostiging lopen er in de langdurige zorg? Kan de Kamer op eenzelfde wijze als de curatieve zorg worden geïnformeerd over de inhoud van deze proeftuinen, de processen daarbinnen en de uitkomsten?

Antwoord 103

Ruim de helft van de 13 proeftuinen in de langdurige zorg hebben populatiegebonden bekostiging opgenomen in hun plan van aanpak. De proeftuinen HLZ lopen tot 1-1-2015. Gelet op de beperkte doorlooptijd en de noodzaak om direct lessen te trekken uit de proeftuinen, is de monitoring anders vormgegeven dan bij de proeftuinen cure. Doel van de monitoring is snelle verspreiding van de opgedane lessen. Ik informeer u dit najaar over de inhoud van de proeftuinen en de voortgang.

Vraag 104

Welke twee ziekenhuizen hadden in eind 2013 nog geen geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem? Wat was hiervan de reden? Hebben deze ziekenhuizen dat nu inmiddels wel? Zo nee, wanneer wordt dit verwacht?

Antwoord 104

Zie antwoord op vraag 100

Vraag 105

Is er sinds 2012 meer aandacht gekomen voor patiëntveiligheid in de opleidingen tot basisarts en tot specialist? Geldt dat voor alle universiteiten en hogescholen en op welke wijze wordt dit ingevuld?

Antwoord 105

Ik heb uw Kamer in mijn brief van 24 april 2014 geïnformeerd over de inbedding van patiëntveiligheid in onderwijs en opleiding. Dit is een belangrijk instrument bij het vergroten van de patiëntveiligheid. Daarom hebben de partners van het landelijke VMS veiligheidsprogramma ziekenhuizen (2008-2013) binnen dit programma met mijn instemming een project Onderwijs en Opleiding uitgevoerd. Het is niet aan VWS om de inhoud van opleidingen te bepalen, maar ik vond

het belangrijk om bij te dragen aan het agenderen van het belang van patiëntveiligheid binnen de opleidingen en het ontwikkelen van aan patiëntveiligheid gerelateerde competenties per opleiding en per opleidingsniveau.

Er ligt een adequaat rapport met aanbevelingen aan beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en onderwijsinstellingen. Ik deel met de opstellers van het rapport het belang om de implementatie van de opbrengst en de resultaten te monitoren en ik bespreek met partijen bespreken hoe dat gerealiseerd zou kunnen worden.

De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) beziet op dit moment of betreffend onderwerp onderdeel kan zijn van het komende addendum op het Raamplan 2009 dan wel dat het meegenomen wordt in de aankomende herziening van het Raamplan. Het Raamplan is de leidraad voor de medische faculteiten voor het vormgeven van de curricula. Daarnaast wordt via het programma 'Can Better' patiëntveiligheid in de opleiding tot geneeskundig specialist herzien. Middels een landelijk congres in het najaar wordt hieraan bekendheid gegeven.

Vraag 106

Het subsidiebudget voor anonieme e-mental health is niet volledig uitgeput, aangezien er minder aanvragen zijn ingediend die voldoen aan de subsidie-eisen dan dat er budget beschikbaar is. Wat zijn de resultaten van de projecten die nu lopen en verdient dit initiatief een vervolg?

Antwoord 106

Over de resultaten van de lopende projecten kan ik op dit moment nog geen inzicht verschaffen. Om voor subsidie in aanmerking te komen, moet in elk geval vaststaan dat de anonieme e-mental health interventie(s) bewezen effectief zijn. In dit kader verleen ik bijvoorbeeld subsidie aan het onderhoud en uitvoering van interventies via de website Minderdrinken.nl en Drinktest.nl. Men maakt in ruime mate gebruik van het aanbod aan hulp via deze websites. In hoeverre bepaalde initiatieven een vervolg krijgen wordt per jaar bezien.

Vraag 107

Wanneer kan de Kamer het wetsvoorstel dat het mogelijk maakt om anonieme e-health structureel te financieren behandelen?

Antwoord 107

Uw kamer heeft schriftelijke vragen gesteld over het wetsvoorstel. Ik verwacht u op afzienbare termijn de nota naar aanleiding van het verslag te kunnen sturen.

Vraag 108

Hoe verklaart de minister de structurele daling van het aantal onverzekerden bij het Zorginstituut Nederland (voorheen het CVZ)?

Antwoord 108

De op 15 maart 2011 ingevoerde Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (wet Ovoz) blijkt succesvol. Tot en met december 2013 zijn in totaal ruim 300.000 personen door het Zorginstituut aangeschreven. Sinds de inwerkingtreding van de Wet Ovoz is het aantal onverzekerden met 90% afgenomen. Dit zijn mensen die zich na aanschrijving alsnog hebben ingeschreven bij een zorgverzekeraar, behoren tot uitzonderingsgroepen (bijvoorbeeld gemoedsbezwaarden en actieve militairen) en mensen die 'terecht onverzekerd' zijn, zoals mensen die alsnog blijken niet AWBZ-verzekerd, en daarmee niet verzekeringsplichtig, te zijn. Na deze sterke reductie in het aantal onverzekerden (stuwmeer), blijft de maandelijkse in- en uitstroom van onverzekerden nu stabiel. Gemiddeld stromen maandelijks ongeveer 5.000 personen in en 5.000 personen uit de regeling van de Wet Ovoz. Met deze werkwijze is het aantal onverzekerden in Nederland tot nagenoeg nihil teruggebracht.

Op dit moment wordt de wet Ovoz samen met de Zorgverzekeringswet geëvalueerd. Hoewel de wet Ovoz succesvol blijkt in het reduceren van het aantal onverzekerden, wil ik bezien hoe de wet nog doelmatiger en doeltreffender uitgevoerd kan worden. De Kamer ontvangt de uitkomsten van deze evaluatie dit najaar.

Vraag 109

Wat is nog de rol van de staatssecretaris als de minister verantwoordelijk is voor de langdurige zorg en de maatschappelijke ondersteuning?

Antwoord 109

De systeemverantwoordelijkheid van de minister, vloeit voort uit de wijze waarop de ministeriële verantwoordelijkheid in de Grondwet is geregeld. De Grondwet maakt de minister verantwoordelijk voor het beleidsterrein van zijn ministerie. Dat de minister verantwoordelijk is voor alles dat het beleidsterrein van zijn ministerie aangaat, doet er niet aan af dat ook de staatssecretaris verantwoordelijk is voor en volledig aanspreekbaar is op het beleid en de goede werking van de wetgeving die tot het hem opgedragen beleidsterrein behoort.

Ter toelichting wijs ik erop dat de Grondwet bepaalt dat de regering (het bestuur) wordt gevormd door de Koning en de ministers (artikel 42 GW). De Koning is onschendbaar; de ministers zijn verantwoordelijk voor het gevoerde beleid en de uitvoering daarvan, dus ook wat betreft de vraag of wetten (het systeem) de beoogde werking hebben dan wel of er aanleiding is wijzigingen voor te stellen om de werking te verbeteren. De Grondwet (artikel 44) bepaalt dat elk ministerie onder leiding staat van een minister. Die minister is daarmee de verantwoordelijke voor alles wat op het beleidsterrein van dat ministerie gebeurt. De Grondwet maakt verder mogelijk dat bij koninklijk besluit staatssecretarissen worden benoemd (artikel 46 GW) en bepaalt dat een staatssecretaris in de gevallen waarin de minister het nodig acht en met inachtneming van diens aanwijzingen, in zijn plaats als minister optreedt. De staatssecretaris is uit dien hoofde voor de uitvoering van de opgedragen taken verantwoordelijk, onverminderd de verantwoordelijkheid van de minister. Bij de benoeming van de staatssecretaris van VWS is hem door de minister onder andere de zorg voor de beleidsterreinen AWBZ, Wmo en Jeugdbeleid opgedragen; in een komend kabinet kan de taakverdeling tussen minister en staatssecretaris anders zijn.

Vraag 110

Op welke wijze stimuleert de minister de ontwikkeling en brede verspreiding van innovaties en best practices op het gebied van langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning? In de nieuwe wetten is hier niets van terug te zien.

Antwoord 110

De nieuwe wetten dragen in zichzelf op verschillende manieren bij aan de ontwikkeling en de verspreiding van innovaties in de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning:

De Wlz zet aan tot innovatie doordat:

- Mogelijkheden worden geboden tot experimenteren via een experimenteerartikel;
- Het mogelijk wordt om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen, hetgeen een vliegwiel kan zijn voor innovatie in de zorg;
- Het Volledig Pakket Thuis (vpt) en het Persoonsgebonden Budget (PGB) wettelijk worden verankerd waardoor de cliënt meer aan het roer staat en zo vanuit de cliënt innovatie in de zorg wordt gestimuleerd.
- Meer ruimte voor maatwerk en innovatie wordt gecreëerd door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's) waarin uren zijn opgenomen.

De Wmo zet aan tot innovatie doordat:

- Gemeenten een bredere en volledige verantwoordelijkheid krijgen voor het sociale domein hetgeen integrale, innovatieve arrangementen bevordert;
- Het PGB wettelijk wordt verankerd waardoor de cliënt meer aan het roer staat en zo vanuit de cliënt innovatie in de maatschappelijke ondersteuning wordt gestimuleerd.
- Gemeenten extra middelen krijgen voor de implementatie en doorontwikkeling van sociale wijkteams. Van de beschikbare €7 miljoen in 2014, zal €1 miljoen worden ingezet voor een ondersteuningsprogramma sociale wijkteams. Onderdeel van dit ondersteuningsprogramma is het verzamelen en verspreiden (onder meer via bestaande leerkringen, de Wmo werkplaatsen en www.invoeringwmo.nl) van goede innovatieve werkwijzen. Het ondersteuningsprogramma zal rond de zomer van start gaan. Daarnaast is er al een structurele investering in sociale wijkteams en wijkverpleegkundige zorg, oplopend tot €50 miljoen, respectievelijk €200 miljoen in 2017. De investeringen maken het mogelijk om vernieuwing tot stand te brengen in het zorg en ondersteuningsaanbod, met de wijkverpleegkundige als spil.

Ook de Zvw zet aan tot innovatie doordat met de transitie van de verpleging en verzorging (wijkverpleging) naar de Zvw de huidige productgerichte benadering wordt omgezet naar een cliëntgerichte benadering. Binnen de aanspraak wijkverpleging wordt maatwerk geleverd, wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en vernieuwing. Veel thuiszorgorganisaties werken al via vernieuwende methoden in zelfsturende buurtteams.

Het veld wordt ondersteund bij het verspreiden van goede voorbeelden door bijvoorbeeld: Vilans, Movisie, Platform31 en InvoorZorg! en het transitiebureau van VWS en de VNG. Op korte termijn stuur ik uw Kamer een brief waarin wordt ingegaan op het stimuleren van e-Health en innovaties. Hierin wordt ook ingegaan op de ontwikkeling en de verspreiding van best practices in de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning.

Vraag 111

Bij de rol en verantwoordelijkheden van de minister hoort het regisseren van de voorbereiding van de ratificering van het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een beperking. Hoe staat het op dit moment met de ratificering van het VN verdrag?

Antwoord 111

De Raad van State heeft advies uitgebracht over de voorstellen van wet die nodig zijn voor de ratificatie van het VN-verdrag inzake rechten van personen met een handicap. Ik bereid momenteel het nader rapport voor. Het is mijn bedoeling de voorstellen van wet en het nader rapport voor de zomer aan Uw Kamer te sturen.

Vraag 112

De ondersteuning voor partijen is minder intens geweest dan verwacht i.v.m. de latere invoeringsdatum van de nieuwe Wmo (2015 i.p.v. 2013/2014). Hoe kan het dan, dat gemeenten niet klaar zijn voor de decentralisaties?

Antwoord 112

De ondersteuning in het jaar 2013 door het TransitieBureau Wmo is minder intensief geweest dan verwacht omdat de geplande invoeringsdatum van de nieuwe Wmo is verschoven naar 1 januari 2015. Met mijn brief van 28 maart jl. heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de afspraken en plannen die zijn gemaakt om gemeenten en andere partijen dusdanig te ondersteunen, dat per 1 januari de nieuwe Wmo op een zorgvuldige wijze kan worden ingevoerd. Daar wordt nu door alle partijen uitvoering aan gegeven. Voor de zomer zal ik de Tweede Kamer nader informeren over de voortgang op de voorbereidingen voor de invoering Wmo 2015 bij gemeenten aan de hand van het transitievolgsysteem van het TransitieBureau Wmo.

Vraag 113

Door de Wmo-werkplaatsen is een start gemaakt met de implementatie van de kennis voor een betere uitvoering van de Wmo door beroepskrachten. Wat heeft deze start precies ingehouden? Op welke concrete manier is de implementatie van de kennis gerealiseerd?

Antwoord 113

Er is VWS-subsidie beschikbaar gesteld voor een tweejarig implementatieprogramma in 2014 en 2015. Met deze subsidie voeren de zeven bestaande werkplaatsen een implementatieprogramma uit naast hun reguliere werkplaatsactiviteiten. Bovendien is het aantal van zeven werkplaatsen uitgebreid met zes nieuwe werkplaatsen die zich in 2014 en 2015 voornamelijk bezighouden met kennisimplementatie. De VWS-subsidie is aanvullend op de eigen bijdrage van de hogescholen en op de bijdrage van gemeenten en uitvoerende instellingen. Elk der partijen draagt nu een derde bij (in natura of in geld). De hele implementatie-impuls van 13 Wmo-werkplaatsen wordt dus tripartiet gefinancierd.

Er doen nu ongeveer 90 gemeenten en drie provincies mee alsmede 250 uitvoerende organisaties, waaronder zorg- en welzijnsinstellingen, woningcorporaties en cliënten- en vrijwilligersorganisaties. De volgende activiteiten worden ontplooid:

- Bijscholing van professionals, ambtenaren en vrijwilligers, docenten, onderzoekers en trainers;
- Onderwijs aan studenten in de nieuwe kennis;
- Systematische en gevalideerde beschrijving van de gebruikte implementatiemethoden;
- Ontwikkeling van onderwijsmodules die bruikbaar zijn voor bijscholing en het initieel onderwijs; aanpassing van de curricula in het initieel onderwijs;
- Kennisdisseminatie via conferenties, publicaties en websites.

In totaal worden enkele duizenden (aankomende) beroepsbeoefenaren getraind en bijgeschoold in de kennis die ze nodig hebben voor een goede uitvoering van de Wmo 2015.

Vraag 114

Is de minister van mening dat zij in voldoende mate zicht heeft op het aantal zwerfjongeren en dat deze jongeren ook daadwerkelijk worden bereikt door het ondersteuningsprogramma zwerfjongeren? Hoeveel zwerfjongeren zijn er momenteel in Nederland?

Antwoord 114

De verantwoordelijkheid voor de hulp aan en opvang voor zwerfjongeren ligt bij de centrumgemeenten maatschappelijke opvang. Uit de jaarlijkse monitoren Stedelijke kompassen van het Trimbos-instituut blijkt dat het onder andere door de verschillende wijze van registreren door de centrumgemeenten erg lastig is om op basis van de beschikbare gegevens op gemeenteniveau ook een landelijk beeld te krijgen van het aantal zwerfjongeren in Nederland.

Het meest recente landelijke telonderzoek naar het aantal zwerfjongeren is in 2011 uitgevoerd. Het op basis daarvan geschatte aantal zwerfjongeren in 2010 bedroeg ongeveer 8.000 op jaarbasis en per dag ongeveer 3600.

Het ondersteuningsprogramma zwerfjongeren was gericht op de ondersteuning van de centrumgemeenten bij het ontwikkelen van hun beleid voor deze groep. Jongeren zijn expliciet betrokken bij het programma. Er hebben 26 van de 43 centrumgemeenten gebruik gemaakt van het ondersteuningsprogramma.

Vraag 115

Kunt u een recent overzicht sturen hoeveel adviesbureaus per gemeente zijn ingehuurd en tevens de bedragen hierbij vermelden ter voorbereiding van de decentralisaties?

Antwoord 115

Ik heb geen inzicht hoeveel adviesbureaus per gemeente zijn ingehuurd ter voorbereiding van de decentralisaties en welke bedragen daaraan worden besteed. Het is de verantwoordelijkheid van gemeenten om te bepalen op welke wijze de voorbereiding ter hand wordt genomen en wie zij daarbij inschakelen.

Vraag 116

Hoeveel zwerfjongeren zijn er in Nederland? Kan de minister een overzicht sturen van de afgelopen 10 jaar?

Antwoord 116

Ik beschik niet over een uniform overzicht van het aantal zwerfjongeren de afgelopen 10 jaar.

Vraag 117

134 zorgaanbieders hebben deelgenomen aan het "in voor zorg"traject. Hoeveel geld heeft dit opgeleverd? Hoeveel extra personen hebben zij kunnen verzorgen? Met hoeveel % is de overhead afgenomen? Met hoeveel personen is de overhead afgenomen?

Antwoord 117

'InVoorZorg!' helpt zorgaanbieders met het invoeren van bestaande kennis op vier thema's: bedrijfsvoering, professionals, technologie, keten- en samenwerkingsverbanden. Bij de zorgaanbieders wordt de bestaande kennis op maat gesneden toegepast en ingevoerd. Omdat de trajecten daardoor veelvorming zijn, is het niet eenvoudig om de vraag in geld of aantalen personen te beantwoorden. Wel is het mogelijk om de rode draad uit de geboekte resultaten te halen. De resultaten per thema zijn:

Bedrijfsvoering: Kanteling van bedrijfsprocessen en het centraal stellen van het primaire proces leidt tot minder administratieve lasten en minder overhead. Het betreft een daling die varieert tussen de 27% en 50% die binnen 1,5 jaar wordt gerealiseerd.

Ruimte voor de professional: Zorgprocessen worden 10 tot 15% doelmatiger bij een gelijkblijvende kwaliteit van zorg. Onderdelen van dit percentage zijn o.a. toename productie, minder verspilling en afname interne regeldruk, meer normverantwoorde zorg en minder inzet van managers en medewerkers. Deze verminderde regeldruk maakt het voor de professional mogelijk om tot een 25% hogere caseload te komen en/of meer face-to-face contact te onderhouden met cliënten.

Ketenzorg: Ook door samenwerkingsverbanden in ketenzorg ontstaan besparingen, met name gericht op het ontdubbelen van bedrijfsvoering: in veel ketens zien we 50% minder overleguren na een traject van 1,5 jaar.

Technologie: Op het gebied van technologie en de inzet van zorg op afstand vindt substitutie plaats van fysieke naar digitale begeleiding van cliënten. Binnen 1,5 jaar is het hierdoor haalbaar om tot een besparing van 26% op de arbeidskosten te komen.

Meer en detail zijn de resultaten opgenomen op de website van 'InVoorZorg!':

<http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Alle-resultaten.html>.

Vraag 118

Het succes van In voor Zorg wordt afgemeten aan het aantal bezoekers van de website en bijeenkomsten. Wordt ook gemonitord of er met de verspreide kennis en projecten ook daadwerkelijk iets gebeurd in de praktijk? Zie verder het antwoord op vraag 117.

Antwoord 118

Van alle deelnemende trajecten wordt een evaluatie opgesteld die op de website van 'InVoorZorg!' wordt gepubliceerd. Ook alle geboekte resultaten worden op de website geplaatst. Deze zijn te vinden op <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Alle-resultaten.html?hoofdthema=-1>.

Vraag 119

Hoe verhouden de aantallen van consultaties van het CCE zich tot eerdere jaren?

Antwoord 119

Het totaal aantal consultaties van het CCE (in de gehandicaptenzorg, vvt en ggz bij elkaar genomen) is al enige jaren stabiel. Zie ook bijgaande tabel.

	2009	2010	2011	2012	2013
GGZ	144	183	241	186	170
GZ	747	718	709	717	688
VV&T	123	135	144	187	176
Overig	118	76	56	81	111
Totaal	1132	1112	1150	1171	1145

Vraag 120

Er wordt nog geëxperimenteerd met bijvoorbeeld regels rond indicatiestelling. Waarom is daar bij het formuleren van de Wet langdurige zorg (Wlz) geen rekening gehouden?

Antwoord 120

Het klopt dat de meeste experimenten regelarme instellingen (ERaI) dit jaar nog lopen. Pas na afloop van de experimentperiode zal een eindevaluatie plaatsvinden. Juist met het oog op het kunnen profiteren van de eerste resultaten van de experimenten bij het ontwikkelen van de hervorming van de langdurige zorg en de vormgeving van onder andere de Wlz, is ervoor gekozen om een tussenevaluatie uit te laten voeren door de ERaI-aanbieders. Dat rapport en mijn reactie daarop ontvangt Uw Kamer voor het zomerreces.

Er is een 18-tal aanbieders (geweest) dat experimenteert (of heeft geëxperimenteerd) met andere manieren van indiceren. Veel van die experimenten werden uitgevoerd in de extramurale sfeer. De betreffende zorg wordt met ingang van 2015 ondergebracht in de Wmo 2015 of de Zorgverzekeringswet. In beide domeinen vindt geen indicatiestelling plaats zoals die door het CIZ wordt uitgevoerd voor de AWBZ. Gemeenten ontwikkelen eigen methoden om de ondersteuningsbehoefte van hun burgers vast te stellen. Daar kunnen zij de verworvenheden van de ERaI bij betrekken. Via Invoorzorg zijn de ERaI bij een breder publiek bekend gemaakt: vaak organiseren zij eigen symposia om hun ervaringen met belangstellenden te delen. Bij de ontwikkeling van het triage-instrument voor de wijkverpleegkundige zullen de resultaten van het indiceren binnen ERaI door wijkverpleegkundigen worden betrokken.

In de Wlz is ervoor gekozen om de indicatiestelling te laten uitvoeren door het CIZ. Die keuze is vooral ingegeven door de wens om ook in de toegang tot de langdurige zorg, de beoordeling of verzekeren in de nieuwe wettelijke constellatie voor Wlz-zorg in aanmerking komen, in persoon te laten plaatsvinden.

Vraag 121

Kan een overzicht gegeven worden van (de risico's op) ZIN fraude waarop is geacteerd

Antwoord 121

De NZa voert in samenwerking met externe experts een onderzoek uit naar de witte vlekken in het systeem en tevens naar de omvang van fraude in de zorg op geleide van een motie van het Tweede Kamerlid, Mulder (Kamerstukken II 2012/13, 28 828, nr. 29). Een tussenrapportage van de NZa (Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 54, bijlage 1: Onderzoek zorgfraude – tussenrapport NZa) is de Kamer eerder toegestuurd. Daaruit blijkt dat bijvoorbeeld bij de indicatiestelling door de mogelijkheid van mandaatconstructies er bij zorgaanbieders een sterke prikkel ligt tot het afgeven van een hogere indicatie omdat deze daarbij een direct financieel belang heeft. Aanbevolen wordt om de mogelijkheid tot indicaties in mandaat te verminderen. In het

wetsvoorstel WLZ, zoals dat bij de Tweede Kamer is ingediend, is de toegang nu zodanig vormgegeven dat het CIZ de indicatie stelt na persoonlijk contact met de cliënt en er geen sprake meer is van mandaatconstructies.

Vraag 122

Er zijn vanuit het ZonMw-verbeterprogramma palliatieve zorg, 14 factsheets ontwikkeld van goede voorbeelden. Op welke manier wordt nu gestimuleerd, naast de publicatie van de factsheets, dat deze goede voorbeelden worden geïmplementeerd?

Antwoord 122

De goede voorbeelden zijn beschikbaar op de nieuwe website

www.goedevoorbeeldenpalliatievezorg.nl die door stichting Agora in opdracht van ZonMw is ingericht ter ondersteuning van het Verbeterprogramma palliatieve zorg. Hier is de informatie gebundeld, voor zowel de werkvloer als voor bestuurders/management. Verder zijn hier artikelen en filmpjes over de goede voorbeelden gepubliceerd.

IKNL verzorgt in opdracht van ZonMw een project Kennisverspreiding goede voorbeelden, waar via bijeenkomsten en informatiemateriaal aandacht aan de goede voorbeelden is gegeven.

Voor de verpleeg- en verzorgingshuizen en de hospice(-unit)s betreft dit brede verspreiding van kennis over de inhoud, toegevoegde waarde, samenhang en toepasbaarheid van de goede voorbeelden en de verspreiding van kennis over implementatiestrategieën. Voor de zorg in de thuissituatie betreft het implementatie van de PaTz (palliatieve thuiszorg) methodiek binnen een aantal samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Doelgroepen voor het project zijn onder meer huisartsen, verpleegkundigen, verzorgenden en specialisten ouderengeneeskunde die betrokken zijn bij de generalistische palliatieve zorg.

De implementatie zal verder ook worden meegenomen bij de inrichting van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

Vraag 123

Kan een nadere toelichting worden gegeven op het verschil tussen de vastgestelde begroting en het gerealiseerde bedrag van de uitvoeringskosten van de pgb-maatregelen?

Antwoord 123

In de ontwerpbegroting 2013 waren twee posten opgenomen voor pgb maatregelen.

De eerste post betrof de intensivering van de aanpak van pgb fraude. Daarvoor was zowel voor 2013 als voor 2014 een bedrag van 15 mln opgenomen. Deze is als volgt benut.

- Ten behoeve van vervolging van fraudeurs is bij de iSZW een aparte eenheid ingericht. Hiertoe is € 2,3 miljoen naar de begroting van SZW overhegeveld (ten behoeve van de Inspectie SZW) en € 0,2 miljoen naar de begroting van veiligheid en justitie (Openbaar Ministerie)
- De zorgkantoren leggen in 2013 en 2014 in totaal 30.000 huisbezoeken af. Hiermee hangt in 2013 bijna 9 mln samen.
- Het overige bedrag (3,5 mln) was bestemd voor trekkingsrechten waarvoor in 2013 nog geen uitgaven ten laste van de VWS begroting zijn gerealiseerd. Wel is in 2013 een trekkingsrechten-pilot met drie zorgkantoren van start gegaan. Deze uitgaven die hiermee samenhangen zijn via de beheerskosten van de zorgkantoren (premie uitgaven) gefinancierd.

De tweede post betrof Uitvoeringskosten PGB- maatregelen waarvoor 25 mln was uitgetrokken. Hiervan is 15 mln aangewend voor de financiering van 'InVoorZorg!' (eerste suppletore begroting 2013). Daarnaast is 2 mln ingezet voor de aanpak van fraude met zorg in natura. Deze middelen worden elders in het jaar verslag verantwoord. De resterende 8 mln zijn onbesteed gebleven op dit artikel.

Vraag 124

Er is 5,6 miljoen euro uitgegeven voor activiteiten ter voorbereiding op de decentralisatie (het ontwerpen van handreikingen en factsheets o.a. op het gebied van inkoop, samenwerking gemeenten en huisartsen, sociale wijkteams, respijtzorg). Waarom zijn gemeenten dan nog niet klaar voor de decentralisatie? Is er geëvalueerd wat er met dit geld is gebeurd?

Antwoord 124

Met mijn brief van 28 maart jl. heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de afspraken en plannen die zijn gemaakt om gemeenten en andere partijen dusdanig te ondersteunen, dat per 1 januari de Wmo 2015 op een zorgvuldige wijze kan worden ingevoerd. Gemeenten zitten, conform het 'stappenplan' midden in de voorbereidingen voor de invoering van de Wmo 2015. De producten van het Transitiebureau zoals handreikingen en informatiekaarten zijn bedoeld om gemeenten in de 'voorbereidingsfase' te voorzien van informatie en goede voorbeelden. De 5,6 miljoen is naast handreikingen en informatiekaarten ook besteed aan bijvoorbeeld de levering van beleidsinformatie van Vektis, CAK en CIZ aan gemeenten. Het gebruik van de producten is zichtbaar via het aantal downloads van de site www.invoeringwmo.nl en de feedback van gemeenten tijdens bijeenkomsten.

Met de start van het Ondersteuningsteam Decentralisaties (OTD) begin 2014 is het ondersteuningsaanbod uitgebreid en worden de ontwikkelde producten verder toepasbaar gemaakt, toegespitst op de regio of gemeente. Deze maatwerkaanpak sluit aan bij de 'implementatiefase' waar gemeenten nu in zitten.

Nu de budgetten in de meicirculaire zijn gepubliceerd kunnen de gemeenten de inkoopprocessen gaan starten.

Vraag 125

Waarom was er minder subsidie nodig voor geweld in afhankelijkheidsrelaties?

Antwoord 125

Het klopt dat in 2013 niet alle voor 'GIA' begrote middelen zijn ingezet. Dit hangt hoofdzakelijk samen met de latere inwerkingtreding van wijzigingen in het stelsel van vrouwenopvang. Naar aanleiding van het advies 'Opvang 2.0' van de Commissie De Jong heeft het kabinet aangekondigd het stelsel voor vrouwenopvang te willen vernieuwen en te verbreden tot geweld in huiselijke kring. Het programma dat hiervoor met de VNG en Federatie Opvang wordt uitgevoerd is in de zomer van 2012 van start gegaan. Sindsdien wordt hard gewerkt aan diverse deelonderwerpen, zoals de totstandkoming van regiovisies en een nieuw, objectief verdeelmodel voor de decentralisatie-uitkering vrouwenopvang. Tussen nu en 2015 zal de verdere implementatie plaatsvinden. Voor de uitvoering van het programma zijn de benodigde middelen besteed. Het werd door het kabinet niet opportuun geacht om aanvullend daarop al in 2013 extra middelen toe te voegen aan de decentralisatie-uitkering, maar dat pas te doen als het stelsel daadwerkelijk is vernieuwd. Daarmee wordt tevens voorkomen dat middelen worden verdeeld volgens de huidige, niet-objectieve, verdeling in de decentralisatie-uitkering.

Onlangs heeft de staatssecretaris afspraken met de VNG en de Federatie Opvang gemaakt over een kwaliteitsimpuls voor de aanpak van huiselijk geweld en de invoering van het objectieve verdeelmodel. Hiermee was aan de randvoorwaarden om structureel extra geld (€ 10 miljoen vanaf 2015) toe te kennen aan de Centrumgemeenten Vrouwenopvang voldaan. Van onderuitputting zal vanaf dan ook geen sprake meer zijn.

Vraag 126

Waarom waren er minder middelen nodig voor de aanpak van ouderen in veilige handen?

Antwoord 126

In 2013 zijn de verschillende acties van het Actieplan 'Ouderen in veilige handen' voortvarend uitgevoerd. Voor de uitvoering van deze maatregelen bleken er minder middelen nodig te zijn dan geraamd.

Vraag 127

Hoeveel ouderen hebben te maken gehad met mishandeling of enige vorm van geweld? Kan de minister een overzicht sturen van de afgelopen 10 jaar?

Antwoord 127

Er zijn geen gegevens beschikbaar over hoeveel ouderen precies te maken hebben met mishandeling of enige vorm van geweld. Sinds 2006 verschijnt er wel jaarlijks een factsheet met het aantal meldingen van ouderenmishandeling bij de steunpunten huiselijk geweld. Van de periode daarvoor zijn geen gegevens beschikbaar. In 2006 gaat het om 368 meldingen, in 2007 om 366, in 2008 om 662, in 2009 om 656, in 2010 om 855, in 2011 om 994 en in 2012 om 1027 meldingen. Medio juni van dit jaar verschijnt de factsheet over 2013.

Vraag 128

Kan de minister de onderuitputting van 1,3 miljoen euro verklaren op het GIA-budget?

Antwoord 128

Zie antwoord op vraag 125.

Vraag 129

Hoeveel mantelzorgcomplimenten zijn de afgelopen 10 jaar afgegeven?

Antwoord 129

Een mantelzorgcompliment wordt door de Sociale Verzekeringsbank verstrekt op basis van een indicatie voor langdurige extramurale zorg die op of na 1 april 2007 door het Centrum indicatiestelling zorg of een bureau jeugdzorg is verstrekt. Vanaf 2007 tot en met 2013 zijn in totaal 1.515.251 mantelzorgcomplimenten verstrekt. Het aantal verstrekte mantelzorgcomplimenten per jaar is als volgt:

2007 -	29.265
2008 -	55.733
2009 -	96.802
2010 -	230.698
2011 -	314.898
2012 -	377.313
2013 -	410.542

Totaal	1.515.251

Er zijn nog geen cijfers van 2014 beschikbaar, gelet op het feit dat het mantelzorgcompliment omstreeks 10 november 2014 wordt uitbetaald.

Vraag 130

Wat is het budget dat gemeenten krijgen uit de middelen voor het mantelzorgcompliment?

Antwoord 130

Vanaf 2015 wordt de waardering van mantelzorgers een expliciete taak van gemeenten en komt het huidige budget voor het mantelzorgcompliment beschikbaar voor gemeenten. Gemeenten zullen in 2015 € 70 mln ontvangen en structureel € 100 mln vanaf 2016. Een deel van het budget

is in 2015 nodig voor de afwikkeling van de huidige regeling. In voornoemde bedragen is vanaf 2015 meegenomen de 11 miljoen extra middelen die, als uitvloeisel van het begrotingsakkoord, structureel beschikbaar zullen zijn voor gemeenten.

Vraag 131

Wat is de oorzaak voor het niet tot besteding komen van het bedrag van 4,2 miljoen euro voor de decentralisaties?

Antwoord 131

Zoals in het jaarverslag aangegeven, is de ondersteuning voor partijen in 2013 minder intens geweest dan verwacht in verband met de latere invoeringsdatum van de nieuwe Wmo (2015 i.p.v. 2013/2014). Activiteiten zoals bijeenkomsten, monitoring en voorlichting over de nieuwe wet zijn begin 2014 weer geïntensiveerd nadat het wetsvoorstel Wmo 2015 was aangeboden aan de Tweede Kamer.

Vraag 132

Hoe verklaart het kabinet de stijging van het aantal pashouders Valys versus een steeds kleiner percentage dat daadwerkelijk gebruik maakt van het bovenregionaal vervoer en de afname van het aantal gemaakte kilometers?

Antwoord 132

De stijging van het aantal pashouders is te verklaren doordat de Valyspas een onbeperkte geldigheidsduur heeft. Hierdoor kunnen mensen als pashouder geregistreerd blijven, terwijl zij hier feitelijk geen behoefte (meer) aan hebben.

Na verloop van tijd zal een deel van de pashouders over alternatief vervoer beschikken of geen reizen meer buiten de regio maken. Het dalende percentage van het daadwerkelijk gebruik geeft aan dat een steeds grotere groep van het totaal aantal pashouders geen gebruik (meer) maakt van het Valysvervoer.

In de nieuwe Valysvoorziening die per 1 januari 2014 is ingegaan zal de uitvoerder een periodieke check doen op 'de geldigheid' van de Valyspas.

Tenslotte zijn er minder kilometers verbruikt dan werd verwacht.

Vraag 133

Er is 4,8 miljoen euro minder uitgegeven dan geraamd aan bovenregionaal vervoer en dit is vrijwel volledig een gevolg van minder gemaakte reiskilometers. Wat is hiervan de oorzaak?

Antwoord 133

Gedurende 2013 nam het gebruik van het Valysvervoer meer af dan verwacht. Omdat ik weet dat een deel van de Valysgebruikers tegen de grenzen van het standaard kilometerbudget aanloopt heb ik in september 2013 besloten om het persoonlijk kilometerbudget te verhogen van 450 naar 600 km per jaar. Ik heb gekozen voor een persoonlijk kilometerbudget dat naar verwachting ook in de toekomst houdbaar is. Het gevolg hiervan is dat in 2013 uiteindelijk van enige onderuitputting sprake is.

Vraag 134

Voor het programma "meer tijd voor de client" bleek minder benodigd dan aanvankelijk gedacht. Wat is hiervan de oorzaak?

Antwoord 134

Met het aantreden van het kabinet en de in het regeerakkoord voorziene hervorming van de langdurige zorg is besloten de reductie van de administratieve lasten te integreren in het project hervorming langdurige zorg. Daarnaast hebben de experimenten met regelarme instelling (ERAI)

vooral in de voorbereidingsfase inzet en kosten voor VWS met zich gebracht. Met de daadwerkelijk start van de ERAI vanaf januari 2013 zijn de kosten voor VWS in dat jaar derhalve gedaald. De tussenevaluatie van ERAI heeft onlangs plaatsgevonden, maar de kosten daarvan komen ten laste van 2014.

Vraag 135

Van veel bestaande behandelingen die wel vergoed worden in de basisverzekering staat de effectiviteit niet vast. In recent onderzoek wordt zelfs gesteld dat 40% van de huidige behandelingen niet effectief is. Evaluatieonderzoek waarmee de effectiviteit van bestaande behandelingen wordt geëvalueerd kan dit aan het licht brengen. Hoeveel geld wordt voor dit soort evaluatieonderzoek gereserveerd? Via welke stromen komt dit geld beschikbaar? Als blijkt dat dankzij dit soort onderzoek forse besparingen gerealiseerd kunnen worden, is het dan wenselijk voor dit soort onderzoek meer middelen ter beschikking te stellen?

Antwoord 135

Bepalen of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is 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 het programma Doelmatigheidsonderzoek 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 dit programma is jaarlijks €9,4 miljoen beschikbaar.

Daarnaast is er budget beschikbaar binnen de zogenaamde 'academische component', opdat academische ziekenhuizen veelbelovende zorg nader kunnen onderzoeken. Jaarlijks is circa €143 miljoen beschikbaar voor onderzoek en innovatie. Onderzoek naar de effectiviteit van zulke zorg is daar een onderdeel van.

Daarnaast 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. Binnenkort ontvangt u van mij een brief met nadere informatie over dit instrument voorwaardelijke toelating.

Tot slot 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.

Kortom er zijn verschillende manieren waarop de effectiviteit van zorg wordt onderzocht en een aantal van de beschikbare instrumenten hiervoor is relatief nieuw. Ik heb er vertrouwen in dat het doel van deze instrumenten op deze wijze kan worden gerealiseerd.

Vraag 136

Net als de voorgaande jaren zijn de gerealiseerde uitgaven fors hoger dan de begroting in Caribisch Nederland. Kennelijk zijn de zorgvoorzieningen nog steeds niet op niveau. Kan de Kamer een schets krijgen van het gewenste eindbeeld van de medische voorzieningen in het Caribisch gebied met de bijbehorende realistisch geraamde kosten? Welk deel van die kosten zullen door betaalde premies betaald worden? Hoe hoog zullen de zorgkosten op dat moment per inwoner zijn? Hoe hoog zijn die kosten nu?

Antwoord 136

In de afgelopen drie jaar zijn de zorgvoorzieningen al aanmerkelijk verbeterd en kunnen er met de ervaringsgegevens over de uitgaven steeds betere ramingen ten aanzien van de zorguitgaven worden opgesteld.

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 28 mei 2014 over het advies van de Commissie Goedgegedrag heb ik u geschreven dat ik het advies van deze commissie overneem. Het advies van deze commissie geeft in ieder geval aan dat het in de VWS begroting geraamde zorgbudget voor de komende jaren voldoende moet zijn om de nog benodigde verbeteringen in de medische zorg te realiseren. In het advies is overigens niet een precies eindbeeld van de medische voorzieningen beschreven, maar wel beschreven hoe de komende jaren aan de verbetering van deze zorg wordt verder gewerkt. Het belangrijkste verbeterpunt ten aanzien van de medische zorg is het verbeteren van de eerstelijnszorg.

Alle zorgkosten worden uit de VWS begroting betaald. De financiering van deze uitgaven bestaat naar schatting tussen de 30 en 35 procent uit premieheffing op de eilanden en het restant wordt binnen het BKZ gefinancierd.

Hieronder staan de geraamde bedragen voor de totale zorg zoals die zijn opgenomen in de VWS begroting. Bij de (afgeronde)uitgaven per inwoner is uitgegaan van een jaarlijks groei van het aantal inwoners van 2 procent.

euro	2014	2015	2016	2017	2018
Uitgaven in mln.	84,2	91,0	94,0	96,9	100,0
Uitgaven in euro per inwoner	3700	3900	3900	4000	4000

Vraag 137

Hoe kan het dat de uitgaven voor farmacie in Caribisch Nederland in tegenstelling tot in Europees Nederland hoger uitvallen dan geraamd?

Antwoord 137

In de raming voor farmacie is rekening gehouden met enerzijds een toename van de uitgaven voor farmacie in verband met de betere toegankelijkheid van de zorg en de achterstanden in de zorg die er voor 1 januari 2011 waren ontstaan en anderzijds is er met een afname van de uitgaven voor farmacie rekening gehouden in verband met een aantal getroffen maatregelen rond de inkoop, de verstrekking en vergoeding van farmaceutische zorg. Verwachting was dat de afname de toename ruimschoots zou overtreffen. Tot nu toe wijzen de gerealiseerde uitgaven echter op het tegenovergestelde. Momenteel wordt tegelijkertijd onderzocht hoe deze onverwachte uitkomst is

ontstaan en of de getroffen maatregelen goed worden uitgevoerd en wat daar in de uitvoering nog aan verbeterd kan worden.

Vraag 138

Hoe gaat het ministerie de outcome criteria die de effectiviteit van het geboden jeugdhulp moeten meten en per 1 juni 2014 beschikbaar komen onder de aandacht brengen van de gemeenten?

Antwoord 138

Begin juni is een gezamenlijke basisset outcomecriteria voor jeugdhulp gepubliceerd op de website voordejeugd.nl. Dit is een handreiking van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), het Kwaliteits Instituut Nederlandse Gemeenten (KING), het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) en de ministeries van Veiligheid en Justitie (V&J) en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan gemeenten en aanbieders van jeugdhulp.

Vraag 139

Kunt u een overzicht geven van gemeenten die na 1 juni 2014 hun inkoopcontracten op het gebied van jeugdhulp nog niet op orde hebben?

Antwoord 139

Deze specifieke informatie wordt niet bijgehouden door het Rijk. Over de transitie-monitor, een uitvraag bij gemeenten naar de stand van zaken in algemene zin, wordt u binnenkort geïnformeerd.

Vraag 140

Welke concrete maatregelen zijn er naar aanleiding van het advies van de commissie Samson getroffen om seksueel misbruik in de jeugdzorg in de toekomst te voorkomen? In hoeverre zijn deze maatregelen al geëffectueerd?

Antwoord 140

Zoals het kabinet heeft aangegeven in zijn beleidsreactie van 21 december 2012 (TK 33 434, nr. 3), ligt bij het beleid, dat gericht is op het voorkomen van seksueel misbruik in de jeugdzorg in de toekomst, het zwaartepunt bij de verdere professionalisering van de jeugdzorgsector. Deze verdere professionalisering vindt plaats via de *opleidingen*, via de bij wet *verplichte registratie van de HBO-professional en de WO-professional* in de jeugdzorg en via het *richtlijnenprogramma* van de beroepsverenigingen. De maatregelen bevinden zich in verschillende stadia van uitvoering. De stappen, die ten aanzien van *opleidingen* worden genomen, zijn uiteengezet in het plan van aanpak Aandacht voor geweld in afhankelijkheidsrelaties in opleidingen, dat op 15 juli 2013 (TK 33 400, XVI, nr. 157) aan u is aangeboden. Dit plan van aanpak richt zich op de opleidingen voor de sectoren die vallen onder de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (Wet meldcode). Beoogd wordt om de aandacht voor geweld in afhankelijkheidsrelaties (GIA) structureel te verankeren in opleidingen, om de handelingsverlegenheid weg te nemen en aankomend professionals voldoende toe te rusten voor het signaleren van en handelen bij vermoedens van geweld in afhankelijkheidsrelaties. De Wet meldcode dient hierbij als katalysator voor de bewustwording van de professionals. Inmiddels hebben gesprekken om de aandacht voor GIA in de curricula te verankeren met diverse branche- en beroepsverenigingen en vertegenwoordigers vanuit de verschillende onderwijskoepels al veel positieve reacties opgeleverd. De *verplichte registratie van de HBO-professional en de WO-professional* in de jeugdzorg is inmiddels in de Wet op de jeugdzorg (en de Jeugdwet) opgenomen. Richtlijnen zijn een waardevol kwaliteitsinstrument voor professionals. In het *richtlijnenprogramma* van de drie beroepsverenigingen Nederlandse Vereniging van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen (NVO) en de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk werkers (NVMW) worden 14 richtlijnen ontwikkeld die in 2014 (5 richtlijnen) en in 2015 (9 richtlijnen) beschikbaar

komen. Met name in de richtlijnen pleegzorg, residentiële zorg en kindermishandeling zal expliciet aandacht geschonken worden aan seksueel misbruik.

Een andere belangrijke bijdrage aan de verdere professionalisering van de jeugdzorg is het Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg, dat door de instellingen, die werkzaam zijn in de jeugdzorg en de jeugdbescherming, samen met Jeugdzorg Nederland is ontwikkeld. De hiervoor ingestelde commissie Rouvoet heeft dit kwaliteitskader inmiddels getoetst en vastgesteld, en ziet nu toe op de implementatie ervan door de instellingen. De Inspectie Jeugdzorg zal toezicht houden op de naleving in de praktijk.

Vraag 141

Kunt u aangeven bij welke beroepsgroepen het gebruik van de verplichte meldcode een jaar na de wettelijke invoering nog niet op orde is?

Antwoord 141

De wet meldcode is op 1 juli 2013 in werking getreden en nu bijna een jaar van kracht.

- De inspecties van de verschillende sectoren oefenen toezicht uit op de implementatie van de wet. Zij rapporteren jaarlijks over hun bevindingen. De resultaten over 2014 zijn nog niet bekend.
- Gemeenten houden toezicht op de uitvoering van de wet meldcode op het terrein van maatschappelijke ondersteuning en kinderopvang. De wet biedt de mogelijkheid om toezicht te houden op een manier die past bij de lokale situatie. In de sector kinderopvang wordt het toezicht op de meldcode bijvoorbeeld vrijwel overal meegenomen in het reguliere toezicht op de kinderopvang door de GGD'en. Het college zal aan de gemeenteraad verantwoording afleggen over de wijze waarop toezicht wordt gehouden op de meldcode.

In de tweede helft van 2015 zal een quickscan worden uitgevoerd naar het gebruik van de meldcode door de betrokken beroepsgroepen. Daarnaast zal vijf jaar na inwerkingtreding van de wet een evaluatie plaatsvinden, waarin ook het gebruik wordt meegenomen.

Vraag 142

Bent u van mening dat bijna 1 jaar na de invoering van de Wet verplichte meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling per 1 juli 2013 er daadwerkelijk een doorbraak is gerealiseerd in het advies vragen over en melden van kindermishandeling? Hoe verhoudt zich dit tot de resultaten en de effectiviteit van de zgn. ouderprotocollen (een soort meldplicht) op Spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen (SEH's)?

Antwoord 142

Deze vraag wordt beantwoord door de minister van Veiligheid en Justitie.

Vraag 143

In een recente reportage in Vrij Nederland uiten experts hun zorgen dat seksueel misbruik binnen jeugdzorginstellingen nog steeds een structureel probleem is. Onderschrijft de minister dit? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat wordt er aan gedaan 1,5 jaar na het uitkomen van het rapport van de commissie Samson? Hoe kan seksueel misbruik bestreden worden als hulpverleners het niet of in elk geval veel te weinig signaleren?

Antwoord 143

Voorop staat, dat seksueel misbruik altijd en in alle vormen onacceptabel is. De zorg van de experts dat seksueel misbruik binnen jeugdzorginstellingen nog steeds een structureel probleem is, wordt door ons niet gedeeld. Wij weten dat de jeugdzorgsector er alles aan doet om binnen zijn instellingen seksueel misbruik te voorkomen. Daar waar het in jeugdzorginstellingen wordt geconstateerd, wordt er tegen op getreden. Zoals u weet heeft Jeugdzorg Nederland naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie Samson als brancheorganisatie het initiatief genomen om samen met de instellingen een kwaliteitskader te ontwikkelen, specifiek gericht op het voorkomen van seksueel misbruik. De hiervoor ingestelde commissie Rouvoet heeft dit

kwaliteitskader inmiddels getoetst en vastgesteld, en ziet nu toe op de implementatie ervan door de instellingen. De IJZ voert op dit moment toezicht uit dat specifiek gericht is op seksueel misbruik in jeugdzorginstellingen. De IJZ doet dit onderzoek in een dertigtal jeugdzorginstellingen. De IJZ betreft hierbij de vraag of er bij de leiding van de instelling structureel aandacht is voor de veiligheid van de jongeren in het kader van het voorkomen van seksueel misbruik. Het toezicht van de IJZ sluit aan bij de acties uit het Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik van de commissie Rouvoet.

Vraag 144

Hoe staat het met het borgen van de frictiekosten? Is het al bekend hoe hoog de frictiekosten zijn, en hoe deze betaald gaan worden?

Antwoord 144

De omvang van de frictiekosten, een betere term is transitiekosten, is afhankelijk van de afspraken die gemeenten met instellingen maken. Op dit moment is het inkoopproces voor alle gemeenten nog gaande, dit houdt in dat nog niet bekend is of en zo ja in welke mate transitiekosten optreden. Deze transitiekosten zijn in eerste instantie voor de instelling. Als die onvoldoende reserves heeft om de continuïteit van zorg te realiseren kan de instelling zich melden bij de transitieautoriteit Jeugd (TAJ). De TAJ kan bemiddelen, dat is een belangrijk middel om de transitiekosten te beperken, maar ook adviseren aan de staatssecretarissen om een financiële tegemoetkoming beschikbaar te stellen. Voor dit laatste is er een budget beschikbaar.

Vraag 145

De beleidsinzet richt zich op hulp aan slachtoffers van seksueel misbruik. Kan worden aangegeven hoe het dan nog steeds mogelijk is dat meisjes die slachtoffer zijn van seksueel misbruik in opvanghuizen geplaatst worden waar ook seksuele misbruikers geplaatst zijn? Hoe wordt dit opgelost?

Antwoord 145

Voor alle jongeren die in de jeugdzorg worden behandeld geldt dat zij een behandeling op maat moeten krijgen die is toegespitst op de problematiek van de jongere. Voor meisjes die het slachtoffer zijn van seksueel misbruik geldt dat zij uitermate kwetsbaar zijn. Hierbij is maatwerk juist van belang. In sommige gevallen kan behandeling in een gesloten setting of in een groep met meisjesspecifieke problemen aangewezen zijn, soms zal een gemengde groep de voorkeur verdienen. Dit is mede afhankelijk van de fase van behandeling. Er is niet één behandeling die voor alle meisjes passend is. Voorop staat dat professionals een afweging maken over de beste zorg voor deze meisjes waarbij ook nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan de veiligheid van het meisje.

Vraag 146

Op beleidsartikel 5, Jeugd, is 60,8 miljoen euro minder uitgegeven dan oorspronkelijk begroot en zijn de ontvangsten ruim 15,2 miljoen euro hoger dan begroot voor het jaar 2013. Kan worden aangegeven of het hier een structurele of incidentele onderschrijding van de begroting betreft? Kan aangegeven worden waardoor deze onderschrijding is gerealiseerd, en wat er met dit geld gaat gebeuren?

Antwoord 146

Het bedrag van 60,8 miljoen is een saldo van alle bij- en afboekingen op dit artikel. Zie hiervoor de tabel *Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013* in de Slotwet. Zo is er in totaal is ca. 40 miljoen voor invoeringskosten stelselwijziging overgeboekt naar het Gemeentefonds bij 2^e suppletoire begroting. Tevens heeft er een kasschuif plaatsgevonden van 2013 naar 2014 van 17 miljoen. Dit was noodzakelijk in verband met de vertraging die is opgelopen in het traject rond de privatisering van de twee gesloten

Jeugdzorg Plus rijksinstellingen (Almata en De Lindenhurst). Er is derhalve hierbij geen sprake van onderschrijding maar van interne of interdepartementale budgetmutaties. Verder wordt het saldo gevormd door een bedrag van ca. 2,5 miljoen dat deel uit maakt van de eindejaarsmarge omdat de voorgenomen uitgaven niet daadwerkelijk tot betaling in 2013 hebben geleid. Dit bedrag kan wel als onderbesteding in 2013 worden aangemerkt. Alle genoemde bedragen zijn incidenteel van aard.

De ontvangsten zijn 15,2 miljoen hoger dan oorspronkelijk begroot. Dit betrof een bedrag van 12,5 miljoen in verband met een correctie op de ontvangsten ouderbijdrage pleegvergoeding. De rest van het hogere bedrag aan ontvangsten is onderdeel van terugontvangen subsidies gesloten jeugdzorg vanwege o.a. korting op subsidies waarvan bepaalde projecten geen doorgang hebben gevonden en onderbezetting. Ook deze hogere ontvangsten hebben geen structureel karakter.

Vraag 147

Kan worden toegelicht waaraan de extra bedragen van 767.000 euro en 3,5 miljoen euro voor respectievelijk kindermishandeling en stelselwijziging zijn uitgegeven?

Antwoord 147

Het bedrag van 767.000 euro voor aanpak kindermishandeling betreft de subsidie aan de Forensische Polikliniek Kindermishandeling. De 3,5 miljoen euro voor stelselwijziging betreft subsidies voor diverse projecten in het kader van transitieactiviteiten. Het grootste deel daarvan (3,1 mln) wordt door de VNG uitgevoerd.

Vraag 148

Op beleidsartikel 5, Jeugd, is voor ruim 102,7 miljoen euro meer aan verplichtingen aangegaan dan begroot voor het jaar 2013. Kan worden aangegeven of het extra incidentele verplichtingen voor het jaar 2013 betreffen, of lopen deze ook nog door in het jaar 2014 en eventueel verder? Kan uitgesplitst worden waarvoor deze extra verplichtingen aangegaan zijn en waarom dit nodig was?

Antwoord 148

De wijziging, die het verschil grotendeels verklaart, is technisch van aard. Er was geen verplichtingenruimte vastgelegd voor de subsidies 2014 aan de instellingen voor jeugdzorg plus. Deze verplichtingen moesten in 2013 vastgelegd worden. Daarnaast zijn de daadwerkelijk gerealiseerde verplichtingen elk jaar iets anders dan de begrote verplichtingen. In 2013 zijn er bijvoorbeeld ook enkele kleinere extra verplichtingen aangegaan voor werkzaamheden in het kader van de stelselwijziging.

Vraag 149

Kunt u aangeven wat het Europees jeugdprogramma Youth in Action precies behelst?

Antwoord 149

Het programma Youth in Action was een programma van de Europese Unie dat liep van 2007-2013 en dat zich richtte op jongeren in Europa die in het kader van dit programma verschillende activiteiten konden gaan doen. Bijvoorbeeld deelnemen aan uitwisselingsprojecten met jongeren of het verrichten van vrijwilligerswerk in andere Europese landen. Inmiddels is het programma Youth in Action opgevolgd door het Europese programma Erasmus+. Dit programma richt zich op studeren in het buitenland, maar ook op vrijwilligerswerk en jongerenactiviteiten in Europees verband. Doel van het programma is het ontwikkelen van burgerschap en het verbeteren van sociale vaardigheden en taalvaardigheden van jongeren zodat zij later meer kansen hebben op de arbeidsmarkt.

Vraag 150

Wat zijn tot nu toe de resultaten geweest, en welke resultaten verwacht u nog, van de subsidie die verleend is aan Defence for Children International?

Antwoord 150

De subsidie die verleend wordt aan Defence for Children International is bedoeld voor het Kinderrechtencollectief, een coalitie van organisaties op het gebied van kinderen en kinderrechten, met als doel het geven van bekendheid over de aard en inhoud van het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK). Met deze subsidie wordt inhoud gegeven aan het artikel 42 van het IVRK dat lidstaten oproept om bekendheid te geven aan de artikelen van het IVRK. Deze activiteiten omvatten onder meer het beheren van een website (www.kinderrechten.nl) en het geven van informatie aan kinderen, ouders en professionals die met kinderen werken over de inhoud van het Verdrag. Doel is om een brede bekendheid te geven aan de Rechten van het Kind in Nederland.

Vraag 151

Kunt u een toelichting geven op de opdrachten die aan verschillende organisaties zijn verleend voor (door)ontwikkelingen op het terrein preventie en opvoeden?

Antwoord 151

Op het terrein van preventie en opvoeden zijn verschillende opdrachten aan organisaties verleend. Hieronder enkele voorbeelden.

Aan het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is een opdracht gegeven om een verkennend onderzoek te doen naar ondersteuningsaanbod voor aanstaande ouders, ter voorbereiding op hun nieuwe rol als opvoeder en ouder. Deze behoefte is gelieerd aan kennis en verschillende ontwikkelingen vanuit de (internationale) praktijk. Gemeenten hebben sinds enkele jaren de opdracht om goede prenatale voorlichting te geven aan ouders. Informatie en steun bij de voorbereiding op het ouderschap en de opvoeding is in Nederland niet vanzelfsprekend terwijl de indruk bestaat dat velen daarmee wel geholpen zouden zijn.

BVjong, de beroepsvereniging van kinder- en jongerenwerkers, heeft een verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheid en het draagvlak voor de invoering van een landelijke beroepscode en beroepsregistratie voor professionele kinder- en jongerenwerkers.

Het bedrag aan Villa Pinedo was een opdracht die ging om *feedback* vanuit kindperspectief op een door VWS ontwikkeld concept plan van aanpak rondom vechtscheidingen. Een aantal jongeren hebben via Villa Pinedo vanuit hun ervaringsdeskundigheid gereageerd.

Het peer-learning project op het gebied van jeugdbeleid was een multilateraal samenwerkingsproject, waaraan Nederland heeft deelgenomen samen met Duitsland, Tsjechië, Zweden, Frankrijk, België/Vlaanderen en Litouwen. Het project was gericht op het gezamenlijk verder ontwikkelen van positief jeugdbeleid. Het NJI heeft in het kader van dit project de opdracht gekregen om een internationaal seminar in Nederland (Rotterdam) te organiseren over positief jeugdbeleid.

Er is in 2013 nog eenmaal een Nieuwsbrief RegelDruk Aanpak (RAP) in de Jeugdsector verschenen, geschreven door een extern redacteur. Het project RAP (Regeldruk AanPak) was een project van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de regeldruk binnen de zorg voor jeugd aan te pakken. Inmiddels is het project afgerond.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek ontving een jaarlijks bedrag voor de voortzetting, vernieuwing en ontwikkeling van de landelijke Jeugdmonitor.

Vraag 152

Kunt u aangeven hoeveel personen gebruik gemaakt hebben van de financiële tegemoetkoming voor slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugdzorg? Om wat voor bedrag ging dit in totaal en om wat voor bedragen uitgesplitst naar beide regelingen?

Antwoord 152

Per 1 mei 2014 zijn in het kader van de financiële tegemoetkoming voor slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugdzorg 93 aanvragen gehonoreerd, waarvan 87 onder de Tijdelijke Regeling

(voluit: Tijdelijke regeling uitkeringen seksueel misbruik minderjarigen in instellingen en pleeggezinnen) en 6 onder het Statuut (voluit: Statuut voor de buitengerechtelijke afhandeling van civiele vorderingen tot schadevergoeding in verband met seksueel misbruik van minderjarigen in jeugdzorginstellingen en pleeggezinnen). Het totaal uitgekeerde bedrag is € 1.445. 268, waarvan € 1.090.268 op basis van de Tijdelijke Regeling en € 355.000 op basis van het Statuut.

Vraag 153

Kunt u een toelichting geven op de opdrachten en subsidies die zijn gegeven voor totaal € 4,8 miljoen in het kader van de bestuursafspraken 2011–2015 met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Interprovinciaal Overleg (IPO)?

Antwoord 153

Met deze opdrachten en subsidies wordt invulling gegeven aan de acties uit het Transitieplan jeugd (14 mei 2013) van Rijk, VNG en IPO.

Het betreft onder andere activiteiten van het Transitiebureau Jeugd, waarin VWS, VenJ en VNG gezamenlijk ondersteuning bieden aan de gemeenten, jeugdhulpaanbieders, professionals en cliëntenorganisaties bij het inrichten van de jeugdhulp in hun gemeenten om de daarvoor benodigde transitie en transformatie te realiseren.

Vraag 154

Welke acties heeft het ministerie ondernomen nadat de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen een jaar geleden constateerde dat slachtoffers van loverboys nauwelijks gesignaleerd worden, anders behandeld worden dan meerderjarige en buitenlandse slachtoffers van mensenhandel en daarmee een minder geschikte ondersteuning krijgen in de jeugdzorg?

Antwoord 154

Er lopen inmiddels diverse initiatieven om de zorg voor slachtoffers van loverboys verder te verbeteren, hetgeen wij van harte ondersteunen.

Op initiatief van Jeugdzorg Nederland gaat een commissie, onder leiding van mevrouw Azough, kijken naar de verdere verbetering van de zorg aan minderjarige slachtoffers van mensenhandel. De Tweede Kamer is hierover bij brief van 10 april 2014 geïnformeerd. De commissie besteedt bij voorrang aandacht aan het signaleren en registreren van slachtoffers.

Inmiddels is ook een pilot van Horizon en Fier Fryslan van start gegaan. In deze pilot wordt door bundeling van de expertise van beide instellingen een gespecialiseerde opvang- en behandelvoorziening geboden voor meisjes van 12 tot 23 jaar die het slachtoffer zijn of dreigen te worden van een loverboy. Ik ondersteun de pilot, onder meer door een financiële bijdrage. Daarnaast is, om meer inzicht te krijgen in de effecten van de behandeling, onderzoek nodig. In de brief van 6 mei 2014 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voorstudie van het Verwey Jonker instituut over de effectiviteit van behandelmethoden voor loverboyslachtoffers en het vervolgonderzoek dat nu in overleg met ZonMw wordt voorbereid. In het onderdeel van de programmalijs 'Hulpmiddelen' binnen het programma Effectief werken in de jeugdsector (2012-2019) wordt in dit kader ook onderzoek uitgezet naar de effectiviteit van interventies en methodieken. De vraag wanneer het nodig kan zijn om (tijdelijk) in aparte groepen te worden behandeld maakt deel uit van dit onderzoek.

Vraag 155

Kunt u meer inzicht geven in de resultaten van de Forensische Polikliniek Kindermishandeling (FPKM)? Kunt u aangeven of en hoe het budget van invloed is op het aantal onderzochten zaken van (mogelijke) kindermishandeling?

Antwoord 155

Door de FPKM zijn in 2013 op aanvraag vanuit de (jeugd)zorg 121 consultvragen beantwoord, 33 keer verpleegkundig adviezen gegeven, 109 letselonderzoeken verricht en 3 dossieronderzoeken uitgevoerd. Door het subsidiebudget kunnen professionals vanuit de (jeugd)zorg de diensten van de FPKM kosteloos inschakelen.

Vraag 156

De inkomsten vallen met name hoger uit vanwege de ontvangen ouderbijdragen jeugdzorg van in totaal 14,1 miljoen euro. Kunt u aangeven of deze bijdrage voor alle ouders is op te brengen en of er betalingsachterstanden of -regelingen zijn getroffen? Kunt u dit onderbouwen met cijfers?

Antwoord 156

De ouderbijdrage wordt geïnd door het LBIO (Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen). De ouderbijdrage is niet voor alle ouders op te brengen. In een aantal gevallen kan de verschuldigde ouderbijdrage buiten invordering worden gesteld. Dit geldt voor de bijdrageplichtige die:

- algemene bijstand ontvangt, norm alleenstaande (zonder kinderen) op grond van de Wet werk en bijstand;
- een verstrekking ontvangt op grond van de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005 en geen ander inkomen heeft;
- zak- en kleedgeld ontvangt op grond van artikel 41 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden;
- rehtens zijn vrijheid is ontnomen en de tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregelen plaatsvindt in een penitentiaire inrichting, in een inrichting voor de verpleging van ter beschikking gestelden, in een inrichting als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen of in een psychiatrisch ziekenhuis en geen inkomen heeft.

Indien mogelijk wordt er een betalingsregeling getroffen. Dit is in een aantal gevallen niet mogelijk omdat de bijdrageplichtige niet traceerbaar is. Het LBIO heeft geen cijfers over het aantal betalingsachterstanden en -regelingen.

Vraag 157

Wat is het percentage van de Nederlandse bevolking dat voldoet aan de beweegnorm in het jaar 2013 (de grafiek loopt tot 2012)? Hoe ziet deze grafiek er uit voor de jeugd tot 18 jaar? Hoeveel basisschoolkinderen krijgen professioneel gymonderwijs in Nederland, en is er in de analyse van de beweegnorm onderzocht wat het verschil/resultaat is tussen kinderen met professioneel gymonderwijs en regulier gymonderwijs?

Antwoord 157

De cijfers van 2013 over het aandeel van de bevolking dat de beweegnorm behaalt, verschijnen na de zomer. Deze cijfers worden zoals gebruikelijk in de VWS-begroting verwerkt. Daarbij baseer ik mij t/m 2013 op de monitor Ongevallen en bewegen in Nederland (Obin) van TNO en vanaf 2014 op de Gezondheidsenquête van RIVM.

Op driekwart van de basisscholen krijgen de leerlingen gemiddeld 2x per week bewegingsonderwijs; een op de vijf basisscholen geeft 1x per week bewegingsonderwijs. De gemiddelde lestijd is 45 minuten. Er wordt in Obin of de Gezondheidsenquête geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen de deelname aan bewegingsonderwijs en het behalen van de beweegnorm. Uit recent onderzoek is bekend dat het bewegingsonderwijs goed is voor 17% van de fysieke activiteit van leerlingen conform de beweegnorm (Slingerland 2014).

Er is geen onderzoek gedaan naar het verschil in het behalen van de beweegnorm tussen de lessen van enerzijds groepsleerkrachten en anderzijds vakleerkrachten. Van 'professioneel gymonderwijs' is wat het kabinet betreft sprake als er een bevoegde leerkracht voor de klas staat. Wel is volgens de Nulmeting bewegingsonderwijs de subjectieve beleving van de kwaliteit van het

bewegingsonderwijs bij vakleerkrachten hoger (Reijgersberg ea 2013). Deze nulmeting is aan uw Kamer verzonden op 15 november 2013.

Reijgersberg, N., H. van der Werff en J. Lucassen (2013). Nulmeting Bewegingsonderwijs Primair Onderwijs. Utrecht: Mulier Instituut

Slingerland, M. (2014). Physical education's contribution to levels of physical activity in children and adolescents. Eindhoven: Fontys Sporthogeschool (promotie aan de Universiteit van Maastricht d.d. 16 april 2014)

Vraag 158

Wat zijn de beleidsdoelstellingen van de minister ten aanzien van de beweegnorm?

Antwoord 158

In het *Nationaal Programma Preventie (NPP)* 'Alles is Gezondheid...' beschrijf ik mijn de langjarige doelen voor de speerpunten van het gezondheidsbeleid, waaronder bewegen. Samen met de partners van het NPP streef ik naar een substantiële verbetering van het aantal mensen dat aan de beweegnorm voldoet t.o.v. waar de huidige trend ons in 2030 zou brengen. De trend ten aanzien van de beweegnorm wordt beschreven in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 die eind juni verschijnt.

Een van de lopende programma's die bijdragen aan de doelstellingen uit het NPP is het programma Sport en Bewegen in de Buurt. Hiermee investeert het kabinet samen met gemeenten en de sportsector in meer mogelijkheden om lokaal te sporten en te bewegen. Sport- en beweegaanbod dat beter aansluit op de lokale vraag staat hierbij centraal. Hiermee worden meer mensen in staat gesteld te kiezen voor gezond beweeggedrag.

Daarnaast zet ik, samen met mijn collega van OCW, door middel van de *Onderwijsagenda sport, bewegen en gezonde leefstijl*, speciaal in op sport, bewegen en gezonde leefstijl bij schoolgaande kinderen en jongeren. Het doel is om scholen te stimuleren om tot beleid en bijbehorende actie voor sport, bewegen en een gezonde leefstijl te komen, leidend tot een kwantitatieve en kwalitatieve toename van sport, bewegen en gezond leefstijlaanbod in en rondom de school.

Vraag 159

Kunt u aangeven waarom 1,3 miljoen euro minder uitgekeerd is dan geraamd met betrekking tot sportverenigingen die kosten konden compenseren in verband met de energiebelasting?

Antwoord 159

Sportverenigingen kunnen in aanmerking komen voor een compensatie in verband met de energiebelasting. De vraag vanuit de sportverenigingen naar deze compensatie is in 2013 lager uitgevallen. Hierdoor is in 2013 minder uitgekeerd dan het geraamde budget.

Vraag 160

Hoe worden de Bevrijdingsfestivals op 5 mei gefinancierd?

Antwoord 160

De 14 Bevrijdingsfestivals worden gefinancierd door het V-fonds (bijdrage € 1 miljoen via het Nationaal Comité 4 en 5 mei) en door de provinciale overheden. Ook een aantal gemeenten waar de festivals plaatsvinden leveren een financiële bijdrage. Het Nationaal Comité 4 en 5 mei is verantwoordelijk voor de keuze van de Ambassadeurs van de Vrijheid en hun helikoptertour op 5 mei.

Vraag 161

De pensioenen en uitkeringen voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen WOII vielen hoger uit dan verwacht. Wat is de verwachting voor 2014?

Antwoord 161

Na de ophoging in 2013 door specifieke oorzaken (omzetting rupiah naar euro en hogere uitkering door lagere reguliere pensioenuitkeringen), is de verwachting dat in 2014 het uitgavenverloop door demografische oorzaken weer een (structurele) daling zal laten zien. Volgens de meest recente raming van de Sociale Verzekeringsbank (oktober 2013) zullen de uitgaven voor pensioenen en uitkeringen in dat jaar uitkomen op € 283 miljoen.

Vraag 162

Wanneer kan de Kamer een reactie ontvangen met betrekking tot de Indische kwestie?

Antwoord 162

Tot mij spijt is het niet gelukt om zoals aangekondigd in mijn brief van 20 december 2013 uw Kamer in januari 2014 nader te informeren over de 'Indische kwestie'. De actuele situatie is, dat ik op korte termijn overleg zal voeren met het Indisch Platform.

Vraag 163

Hoeveel mensen hebben geen Wtcg-vergoeding ontvangen sinds 2012 vanwege de maatregel deze tegemoetkoming inkomensafhankelijk te maken?

Antwoord 163

Vanwege de invoering van de draagkrachttoets ontvingen ruim 806.000 mensen eind 2013 geen Wtcg-tegemoetkoming meer over berekeningsjaar 2012.

Bron: CAK (peilmoment april 2014)

Vraag 164

Kunt u een budgettaire uitsplitsing geven van de verschillende componenten die de mutaties in de uitgaven zorgtoeslag bepalen? Welk deel van de endogene toename is het gevolg van economische ontwikkelingen en welk deel van de ontwikkeling van de zorgkosten?

Antwoord 164

Het saldo van uitgaven en inkomsten (terugontvangsten van ten onrechte uitgekeerde zorgtoeslag) aan zorgtoeslag is in 2013 € 0,2 miljard hoger uitgekomen dan geraamd in de begroting 2013.

De ontwikkeling van de zorgkosten beïnvloedt de zorgtoeslag via de nominale premie. De nominale premie 2013 is lager uitgekomen dan geraamd in de begroting 2013; de standaardpremie is - op basis van de door verzekeraars bekend gemaakte premies en rekening houdend met het gemiddeld eigen risico - vastgesteld op € 1478. In de begroting 2013 is gerekend met € 1513. Deze lagere standaardpremie leidt tot een neerwaartse bijstelling van de uitgaven aan zorgtoeslag met circa € 0,2 miljard.

Overige ontwikkelingen hebben dus geleid tot een opwaartse bijstelling van € 0,4 miljard. Dit betreft economische ontwikkelingen (m.n. inkomensontwikkelingen) en afwijkingen in het kaspatroon (de uitgaven én ontvangsten worden toegerekend aan het jaar van betaling of ontvangst, ongeacht het jaar waarop ze betrekking hebben).

Vraag 165

Hoe kunt u verklaren dat het aantal ontvangers van zorgtoeslag in 2013 is afgenomen, terwijl de uitgaven 815 miljoen euro hoger uitvielen dan geraamd?

Antwoord 165

De Belastingdienst heeft in 2013 in totaal € 5.618,2 miljoen betaald aan voorschotten zorgtoeslag en nabetalingsen voor de definitieve tegemoetkomingen over voorgaande jaren. In de zorgtoeslag over 2013 is de extra verhoging van het eigen risico met € 115 volledig vergoed. De maximale zorgtoeslag steeg onder andere hierdoor van € 838 (2012) naar € 1060 (2013) per jaar.

De bijstelling van € 815,3 miljoen wordt voornamelijk verklaard doordat de uitgaven in de ontwerpbegroting waren gesaldeerd met de geraamde ontvangsten (terugbetalingen Zorgtoeslag) en nu in het Jaarverslag bruto worden gepresenteerd. De daling van het aantal ontvangers van zorgtoeslag in 2013 komt voort uit het besluit om het afbouwpercentage te verhogen van 5,435% naar 8,713%, waardoor het aantal mensen met zorgtoeslag is gedaald.

Het uiteindelijke aantal ontvangers zorgtoeslag 2013 kan overigens nog hoger of lager komen te liggen. Na de definitieve toekenningen over 2013 is pas definitief duidelijk hoeveel rechthebbenden zorgtoeslag 2013 er zijn.

Vraag 166

De personele en materiële uitgaven vielen allebei veel hoger uit dan verwacht, op vrijwel elk terrein. Hoe wordt dit voor het jaar 2014 voorkomen?

Antwoord 166

Naar verwachting zullen de uitgaven in 2014, net als in 2013, hoger uitvallen dan oorspronkelijk in de raming bij de ontwerpbegroting is opgenomen. De oorzaak voor deze hoger dan geraamde uitgaven is voornamelijk technisch van aard. Voor een belangrijk deel hangen de hogere uitgaven samen met de projectdirectie ALT. Bij de opheffing van het agentschap Nederlands Vaccin Instituut (NVI) per 1 januari 2013 is besloten om de resterende activiteiten van het NVI samen te voegen met vaccinologietaken van het RIVM en de taken van het Facilitair Bedrijf van het RIVM die verbonden zijn met het Antonie van Leeuwenhoekterrein (ALT) in Bilthoven. De middelen die hiervoor nodig zijn, zijn oorspronkelijk niet geraamd op artikel 10, maar op andere onderdelen van de VWS-begroting. Evenals in 2013 zal dit ook in de uitvoering van de begroting 2014 weer een aantal mutaties ten gunste van artikel 10 tot gevolg hebben, waardoor de uitgaven op artikel 10 hoger uitvallen dan in de ontwerpbegroting is opgenomen.

Daarnaast was er in 2013 sprake van een incidentele betaling aan de Rijksgebouwendienst van € 50 mln die zich in 2014 niet opnieuw voordoet.

Vraag 167

Kan er in meer detail ingegaan worden op de wijze waarop de door de Auditdienst Rijk geconstateerde ontbrekende procesbeschrijvingen, een gestructureerd dossier en audittrail wordt opgepakt? Hoe draagt de minister er zorg voor dat deze lacune in komende jaren wordt vermeden?

Antwoord 167

De Auditdienst Rijk heeft bij VWS aanbevelingen gedaan hoe een dossier voor de totstandkoming van de informatie over beleid en bedrijfsvoering moet worden ingericht om te voldoen aan de Rijksbegrotingsvoorschriften. Deze aanbevelingen komen in het kort hierop neer:

- Per prestatie-indicator of kengetal wordt een dossier aangelegd met daarin:
 - o Wie welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden heeft in het totstandkomingsproces
 - o Wie welke documentatie aanlevert omtrent de PI dan wel het kengetal vanuit de bron tot aan het jaarverslag en welke afspraken hierover zijn vastgelegd;
 - o Wat de bron is waarop de PI dan wel het kengetal is gebaseerd en waar deze bron is terug te vinden.
- Evaluatieonderzoeken

- Per beleidsdoorlichting wordt een dossier aangelegd waarin minimaal een plan van aanpak, bevindingen en een conclusie zijn opgenomen.

Ik heb deze aanbevelingen overgenomen. Middels een aanschrijving hebben alle betrokkenen het verzoek gekregen een dergelijk dossier op te stellen.

Vraag 168

Is de minister bereid om een openbaar subsidieregister in te richten?

Antwoord 168:

De Tweede Kamer heeft recentelijk een overzicht ontvangen van alle subsidieontvangers en de daarbij behorende bedragen over 2013, met uitzondering van de namen die herleidbaar zijn tot natuurlijke personen in verband met privacyaspecten. Dit overzicht wordt ook openbaar gesteld op www.rijksbegroting.nl. Ik zal welwillend bezien of en hoe de informatie ook in de toekomst departementsbreed beschikbaar gesteld kan worden. In welke vorm dat dan zal zijn, kan ik op dit moment niet overzien. Privacyaspecten en beheersvragen spelen daarbij ook een rol.

Vraag 169

Welke aanpassingen zijn gedaan in het proces van subsidieverlening waardoor de beoordeling op de uurtarieven inzichtelijker zouden worden?

Antwoord 169

Ik hecht aan een zo doelmatig mogelijke inzet van publieke middelen, zo ook voor de uitvoering van activiteiten waarvoor VWS subsidie verleent. Aan de subsidieaanvrager is en wordt gevraagd extra aandacht te besteden aan de inzichtelijkheid van de opbouw van de personeelskosten. Bij de beoordeling van de subsidieaanvraag wordt door VWS specifiek aandacht besteed aan de hoogte van de uurtarieven die in de aanvraag worden gerekend.

Vraag 170

Waarom zit er zoveel vertraging in de verantwoording van het zorgverzekeringskantoor voor Caribisch Nederland?

Antwoord 170

De vertraging wordt verklaard door een aantal verschillende omstandigheden. Het zorgverzekeringskantoor is een jonge, pas in 2011 opgestarte organisatie. Het heeft het enige tijd gekost om vast te stellen welke eisen er aan de verantwoording van het Zorgverzekeringskantoor moeten worden gesteld. De verantwoording over 2011 is door het zorgverzekeringskantoor wel in 2012 opgesteld en de controle door de accountant van deze verantwoording, aangevuld met een bijzonder onderzoek op verzoek van VWS, is ook gestart in het najaar van 2012. Maar deze controle en het bijzonder onderzoek hebben wat langer geduurd dan gebruikelijk, door de over 2011 nog gebrekkige administratie en dossiervorming bij het zorgverzekeringskantoor. De controle is afgerond medio 2013. Na review door de ADR van de bevindingen van de accountant is er in het najaar 2013 afgerekend over 2011. De afrekeningen over 2012 en 2013 zullen naar verwachting in 2014 plaatsvinden.

Vraag 171

Kunt u ingaan op de oorzaak van de controleverklaring met oordeelsonthouding bij de verantwoording van het Zorgverzekeringskantoor (ZVK)?

Antwoord 171

De oordeelsonthouding van de accountant is tot stand gekomen op basis van zijn constatering dat bij het zorgverzekeringskantoor de interne processen, dossiervorming, financiële administratie, contracteren van zorgaanbieders, inkoop en verzekerdenadministratie niet voldoende op orde

waren in 2011. Om deze redenen was de controlerende accountant, kort samengevat, niet in staat om voldoende en geschikte controle informatie te verkrijgen om daarop een controle oordeel over de financiële verantwoording 2011 van het zorgverzekeringskantoor te baseren.

Ter toelichting het volgende.

Per 1 januari 2011 is op de BES-eilanden de Zorgverzekering BES ingevoerd welke wordt uitgevoerd door het Zorgverzekeringskantoor Caribisch Nederland (ZVK). In de beginfase was de eerste prioriteit de beschikbare zorg zowel kwalitatief en kwantitatief op een hoger plan te brengen. Door een sterk verouderde en tekortschietende zorg op de BES-eilanden was er sprake van een forse 'zorgachterstand' bij de patiënten. De aandacht is vooral uitgegaan naar het beschikbaar stellen van curatieve en spoedeisende zorg met de bijbehorende ondersteuning in de vorm van daggeldvergoedingen en medische uitzendingen. Daardoor is pas in een latere fase prioriteit gegeven aan het op orde brengen van de interne organisatie.

De administraties van de twee organisaties, de SVB en de BZV, die per 1 januari 2011 zijn opgegaan in het ZVK, bleken de nieuwe organisatie niet adequaat te kunnen ondersteunen. Gelijktijdig met de oprichting is het ZVK overgegaan tot het aankopen van een softwaresysteem, ter ondersteuning van de werkzaamheden en de (financiële) administratie van het ZVK. Dit softwaresysteem was in 2011 nog niet operationeel. Daarnaast bleek het niet eenvoudig om de vacatures op de diverse (financiële) beheersfuncties in te vullen.

Inmiddels heeft het ZVK een verbeterplan opgesteld ten behoeve van de bedrijfsvoering en de uitvoering daarvan ter hand genomen. In dit plan zijn de stappen beschreven die noodzakelijk zijn om het financieel beheer zo spoedig mogelijk op orde te krijgen. De verbeteringen richten zich onder andere op het professionaliseren van de inkoopfunctie, het uitvoeren van interne controles en het versterken van de financiële functie en de verzekerdenadministratie. Hiermee is gestreefd naar aanzienlijke verbeteringen over 2013 en een positief oordeel van de accountant over 2014.

Vraag 172

Kunt u ingaan op de oorzaak van het ontoereikende eigen vermogen van het CBG? Heeft dit een structureel karakter door het lagere aantal nieuw geregistreerde geneesmiddelen? Hoe gaat u dit oplossen?

Antwoord 172

De oorzaak van het ontoereikende eigen vermogen van het CBG is het exploitatieverlies over 2013. De belangrijkste oorzaken hiervan waren een tegenvallende omzet derden, nog niet in de wetgeving opgenomen tarieven voor farmacovigilantie en een afboeking op dubieuze debiteuren. Maatregelen zijn genomen om over 2014 de beoogde sluitende exploitatie te realiseren. Op basis van een marktverkenning is de verwachting dat in 2014 sprake is van een hogere omzet uit aanvragen dan in 2014, maar lager dan waarvan bij het opmaken van de VWS-begroting 2014 is uitgegaan. De marktontwikkelingen worden nauwgezet in het oog gehouden. Gestuurd wordt op een kostendekkende exploitatie. In de loop van dit jaar worden Europese tarieven voor farmacovigilantie van kracht. De substantiële afboeking op dubieuze debiteuren had een incidenteel karakter.

Vraag 173

Worden er consequenties verbonden aan het oordeel van de CIO-Rijk met betrekking tot het project Trekkingsrecht PGB? In hoeverre is het oordeel van de CIO-Rijk dwingend en dienen zijn aanbevelingen opgevolgd te worden?

Antwoord 173

Een CIO-oordeel over een project wordt opgesteld door de departementale CIO. Er is dus geen oordeel van de CIO-Rijk met betrekking tot het project Trekkingsrecht PGB. Het advies van de departementale CIO van VWS over dit project is overgenomen.

Vraag 174

De WNT kan niet nageleefd worden als het om inhuur van externe topfunctionarissen gaat en de betreffende gegevens zijn achterwege gelaten. Hoe gaat de minister dit oplossen? Worden de betreffende gegevens nog op een later tijdstip bekendgemaakt?

Antwoord 174

Ik merk op dat de rijksbrede uitvoeringsproblematiek van de Wet Normering Topinkomens (WNT) zich beperkt tot het vermelden van de gegevens van externe niet-topfunctionarissen. De topfunctionarissen binnen het verantwoordingsgebied van VWS, zoals gedefinieerd in de WNT, zijn in het Jaarverslag gemeld. Externe topfunctionarissen zijn binnen het verantwoordingsgebied van VWS overigens niet aan de orde.

De minister van BZK heeft bij brief op 27 februari 2014 aan de Tweede Kamer laten weten dat hij een ministeriële regeling over de WNT (inclusief beleidsregels toepassing WNT) heeft opgesteld. In de begeleidende brief is aangegeven dat het niet mogelijk is gebleken een sluitende oplossing te vinden voor de uitvoeringsproblematiek ten aanzien van de vermelding van de gegevens over personen die anders dan op grond van een dienstbetrekking een functie vervullen als niet-topfunctionaris (externe niet-topfunctionarissen). De minister van BZK heeft daarom voor het verslagjaar 2013 als gedragslijn bepaald dat niet volledig aan de verplichting tot openbaarmaking kan en hoeft te worden voldaan. VWS heeft overeenkomstig deze gedragslijn uitvoering gegeven aan de WNT. De onzekerheid die dit oplevert betreft, zoals ik al aangaf, uitsluitend het achterwege laten van de vermelding van de gegevens over externe niet-topfunctionarissen.

Voor wat betreft de uitvoering van de WNT in 2014 en verder voeg ik mij naar de beleidsregels zoals de minister van BZK deze bekend maakt. BZK heeft recentelijk een regiegroep Toezicht en Handhaving opgericht om de samenwerking tussen de sectoren op dit vlak te versterken. Hierin is ook het ministerie van VWS vertegenwoordigd. De minister van BZK zal de Kamer nader informeren over het programma normering topinkomens.

Vraag 175

Kunt u vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet per jaar in beeld brengen hoeveel geld er collectief werd opgebracht (premie basisverzekering) en hoeveel geld er individueel werd opgebracht (eigen risico en eigen betalingen)? Kunt u dat daarnaast in percentages tegen elkaar afzetten?

Antwoord 175

In onderstaande tabel staan de gevraagde cijfers. Voor de volledigheid is bij het collectief opgebrachte deel ook de inkomensafhankelijke bijdrage en de rijksbijdrage kinderen (gedekt uit belastingen) meegenomen. Onder eigen betalingen is meegenomen de no claimteruggaveregeling (in 2006 en 2007), het eigen risico (vanaf 2008), de compensatie eigen risico (vanaf 2008), de eigen bijdragen ggz (2012) en de eigen bijdragen hoortoestellen (2013). Als laatste is vermeld welk aandeel de eigen betalingen uitmaken van de totale inkomsten.

Inkomsten Zorgverzekeringswet (in miljarden euro's)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totaal
Ink.afh.bijdrage	14,1	14,7	17,2	16,6	17,3	19,4	20,5	22,9	142,7
Nominale premie	9,7	10,8	13,5	13,8	14,5	15,9	16,7	16,1	110,9

Rijksbijdrage	1,9	1,9	2,1	2,1	2,1	2,3	2,4	2,6	17,3
Subtotaal collectief	25,7	27,4	32,8	32,5	33,9	37,6	39,5	41,6	270,9
Eigen betalingen	1,9	2,0	1,3	1,4	1,4	1,5	1,9	2,7	14,1
Totale inkomsten	27,6	29,3	34,1	33,8	35,3	39,1	41,5	44,3	285,0
Aandeel eigen betalingen	7%	7%	4%	4%	4%	4%	5%	6%	5%

Vraag 176

Voor preventie en palliatieve zorg was 100 miljoen euro gereserveerd. Hiervan is 44 miljoen euro naar dieetadvisering gegaan, en 20 miljoen euro naar stoppen met roken. Betekent dit dat de overige 36 miljoen euro naar palliatieve zorg zijn gegaan? Zo ja hoe zijn deze 36 miljoen euro besteed. Zo nee, wat is er dan wel naar palliatieve zorg gegaan en hoe is dat besteed?

Antwoord 176

In het Begrotingsakkoord is 10 miljoen extra beschikbaar gesteld voor palliatieve zorg. Er is € 1,41 miljoen besteed aan de intensivering van de Regeling palliatieve terminale zorg en daarnaast zijn enkele kleinere projecten ondersteund. De overige gelden voor de intensivering van palliatieve zorg zouden in de vorm van een nationaal programma palliatieve zorg worden aangewend, zoals ook werd bepleit door een coalitie van veldpartijen. De inrichting van dit programma in samenspraak met het veld kost(te) meer tijd dan voorzien, waardoor deze gelden in 2013 niet zijn besteed. Verder is er circa € 26 miljoen voor preventie ingezet voor het tegengaan van obesitas bij kinderen. Deze middelen zijn als volgt verdeeld:

- De gezonde school: doorontwikkeling gezonde schoolmethode, meer inzet op de «voorschool», doorlopende leerlijn gezond gewicht, behoud van kennis over voeding en gezond gedrag binnen primair onderwijs en verspreiden van interventies gericht op een gezonde schoolomgeving (€ 5 miljoen);
- Jongeren op gezond gewicht: intensiveren en ook na 2014 continueren van het convenant Gezond gewicht, door eerder op te schalen en de aansluiting met de lokale zorgsector te verbeteren (€ 3 miljoen);
- Een extra contactmoment voor adolescenten vanaf 14 jaar en eventuele aanvullende (collectieve) activiteiten voor leerlingen in het voortgezet en middelbaar onderwijs door de Jeugdgezondheidszorg (€ 15 miljoen);
- Betere informatievoorziening via centra voor Jeugd en Gezin over een gezonde leefstijl aan ouders en jeugd (Stichting Opvoeden.nl) (€ 1 miljoen);
- Een geoormerkte verhoging van de sportimpuls (onderdeel van het programma Sport en bewegen in de buurt) voor het kopiëren van interventies die gericht zijn op de aanpak van overgewicht bij kinderen (€ 2 miljoen).

Vraag 177

Op welke onderdelen is er in de geestelijke gezondheidszorg efficiënter gewerkt naar aanleiding van het bestuursakkoord ggz, zodat tot een onderschrijding van het budget kon worden gekomen?

Antwoord 177

Op pagina 161 van het jaarverslag gaat het over de taakstelling van 75 mln die is ingeboekt voor het sluiten van het bestuurlijk akkoord voor 2013 en 2014. Deze taakstelling is de weerslag van de afspraak in het akkoord voor 2013 en 2014 om de maximale reële uitgavengroei in 2013 terug te brengen tot 2,5%. Of deze taakstelling is gerealiseerd, is nog niet bekend. In mei 2015 zal duidelijk worden of in 2013 sprake was van een over- dan wel onderschrijding (zie ook vraag 189).

Inmiddels zijn wel maatregelen in gang gezet naar aanleiding van het bestuurlijk akkoord. Het doel van de bestuurlijke akkoorden die in juli 2012 en juli 2013 zijn gesloten is goede en doelmatige geestelijke gezondheidszorg voor de patiënt. Dit doel moet bereikt worden met tal van acties, afspraken en maatregelen op verschillende thema's.

Zo hebben zorgverzekeraars hun zorginkoop ingericht op het maximale groeipercentage. Als onderdeel daarvan zal in 2013 in het kader van de ambulantisering de intramurale capaciteit verminderd zijn (de monitor met cijfers over 2013 verschijnt in het najaar van 2014). Omdat klinische zorg over het algemeen duurder is dan niet-klinische zorg, kan een verschuiving van intramurale naar ambulante zorg tot uiting komen in lagere kosten.

Andere grote veranderingen hebben per 2014 plaats gevonden: de introductie van de generalistische basis ggz en het afschaffen van het representatiemodel voor verzekeraars. Het is echter niet uit te sluiten dat op enigerlei wijze in 2013 op deze veranderingen is geanticipeerd. Of deze maatregelen en andere maatregelen en ontwikkelingen per saldo hebben geleid tot een over- dan wel onderschrijding in 2013, zal dus pas in mei 2015 bekend zijn.

Vraag 178

Wat is de status van de maatregel werelddekking? Wordt er nog een ander traject ingezet of is deze maatregel gewoon van de baan?

Antwoord 178

Het wetsvoorstel is in voorbereiding. Naast de beperking van de werelddekking zal een aantal andere aspecten met betrekking tot de toepassing van de Zvw in het buitenland worden meegenomen. In dat kader zijn uitvoeringstoetsen gevraagd aan verschillende veldpartijen. Deze zijn onlangs ontvangen. Naar verwachting kan het wetsvoorstel in de tweede helft van dit jaar bij de Tweede Kamer worden ingediend. Met de beperking van de werelddekking is een besparing van 60 miljoen euro op jaarbasis beoogd. Die besparing is grotendeels afhankelijk van de wijziging van de verdragen die afspraken bevatten over vergoeding van zorgkosten bij tijdelijk verblijf. Het wijzigen van verdragen is een langdurig proces. Daarom is voor 2014 tot en met 2016 een besparingsverlies ingecalculeerd. Er wordt geen ander traject ingezet.

Vraag 179

Hoeveel mensen hebben onterecht een eigen bijdrage opgelegd door de zorgaanbieder moeten betalen voor vervoer- van en naar de dagbesteding?

Antwoord 179

Op vervoer van en naar de dagbesteding bestaat op grond van de AWBZ aanspraak indien de verzekerde begeleiding of behandeling gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt en voor het vervoer een medische noodzaak bestaat. Er geldt geen eigen bijdrage voor dat vervoer. Een eigen bijdrage die op grond van de AWBZ verschuldigd is, wordt opgelegd door het CAK en niet door de zorgaanbieder. Mij is niet bekend dat zorgaanbieders onterecht toch een eigen bijdrage opleggen voor deze AWBZ-aanspraak.

Indien er geen medische noodzaak is voor vervoer en verzekerden maken toch gebruik van door de zorgaanbieder aangeboden vervoer, moeten zij de kosten zelf betalen. Dan is er geen sprake van een eigen bijdrage of onterecht opgelegde betaling voor de kosten van vervoer.

Vraag 180

Hoeveel mensen hebben hun vervoer- van en naar de dagbesteding verloren? Wat is het concrete bezuinigde bedrag?

Antwoord 180

Vervoer van en naar de dagbesteding is een aanspraak. Als een cliënt daarvoor is geïndiceerd heeft hij/zij daar recht op. Het zorgkantoor heeft als taak daar zo nodig in te bemiddelen en moet minimaal één passend alternatief voor vervoer en dagbesteding aanbieden. Er is daarom geen sprake van verlies van vervoer. Het concreet bezuinigde bedrag is € 150 mln.

Vraag 181

Hoeveel mensen hebben een andere dagbesteding gezocht vanwege de bezuiniging op het vervoer van en naar de dagbesteding?

Antwoord 181

Ik beschik niet over cijfers of gegevens op individueel niveau en evenmin over de achterliggende motivatie van cliënten om dagbesteding anders in te vullen

Vraag 182

Hoeveel patiënten werden er in de tweedelijns curatieve GGZ behandeld, terwijl die eigenlijk in de eerste lijn thuishoren? Is hier een toe- of afname te constateren?

Antwoord 182

In het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ is gezamenlijk met de veldpartijen geconstateerd dat minimaal 20% van de patiënten die in de tweedelijns curatieve GGZ worden behandeld, in de eerste lijn cq Basis GGZ behandeld kunnen worden. De Basis GGZ is nu enkele maanden geïmplementeerd. Het is nog te vroeg om van een toe- of afname (ten opzichte van de eerdergenoemde 20%) te kunnen spreken. In de monitor Basis GGZ die momenteel wordt opgezet, wordt ook de substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar de Basis GGZ gemeten. In september worden de eerste resultaten van de feitelijke substitutie naar de Basis GGZ en de huisartsenzorg bekend. Ik zal u daar in het najaar over informeren.

Vraag 183

Hoeveel mensen hebben afgezien van zorg door de vermogensinkomensbijtelling?

Antwoord 183

Het is niet bekend hoeveel mensen hebben afgezien van zorg als gevolg van de invoering van de vermogensinkomensbijtelling

Vraag 184

Hoeveel mensen hebben een bezwaar ingediend vanwege de vermogensinkomensbijtelling?

Antwoord 184

In de periode van 1 januari 2014 tot 1 mei 2014 zijn er 164 bezwaren ingediend vanwege de vermogensinkomensbijtelling. Daarbij gaat het om 139 bezwaren die betrekking hebben op de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg met verblijf en 25 bezwaren die betrekking hebben op de eigen bijdrage voor zorg zonder verblijf en/of Wmo.

Vraag 185

Kan nader worden ingegaan op de uitvoeringstegenvallers bij ZIN en PGB die leiden tot een tegenvaller van 0,5 miljard euro?

Antwoord 185

Zoals aangegeven in tabel 5 van het jaarverslag zijn de pgb- budgetten in 2012 met 0,5 miljard toegenomen ten opzichte van 2011. Deze toename ten opzichte van het voorgaande jaar heeft voor bijna 0,3 miljard betrekking op de autonome volumegroei. Het restant van de toename (ruim

0,2 miljard) hangt samen met een meevaller in 2011. Deze mutatie is gemeld bij de 2^e suppletoire wet 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 33 090 XVI, nr. 2).

Vraag 186

Hoe verklaart u de toename in zorg in natura budgetten in 2013?

Antwoord 186

Zoals aangegeven in tabel 5 van het jaarverslag zijn de zorg in natura budgetten in 2013 met 0,6 miljard toegenomen ten opzichte van 2012. Deze toename ten opzichte van het voorgaande jaar heeft voor bijna 0,4 miljard betrekking op de middelen die voor de autonome volumegroei zijn toegevoegd aan de contracteerruimte. Het restant van de toename (ruim 0,2 miljard) hangt samen met een tegenvaller op de nacalculeerbare kapitaallasten.

Vraag 187

Kan de minister aangeven op welke wijze de wijzigingen in de vergoedingssystematiek voor hulpmiddelen en bruikleenhulpmiddelen bijdragen aan de daling van de uitgaven voor genees- en hulpmiddelen?

Antwoord 187

De functiegerichte aanspraak van hulpmiddelen en bruikleenhulpmiddelen is gebaseerd op het opheffen c.q. het verminderen van bepaalde functioneringsproblemen. Zorgverzekeraars hebben zodoende een zorgplicht voor hun verzekerde om beperkingen die uit een functiestoornis voortkomen met passende hulpmiddelen zo goed mogelijk op te heffen dan wel te verminderen. Dit maatwerk heeft als uitgangspunt dat er verantwoorde zorg wordt geleverd die eenvoudig (goedkoop) is waar dit kan, en complex (duur) waar dit noodzakelijk is. De daling laat zien dat dit maatwerk niet duurder hoeft te zijn.

De wijziging per 2013 in het vergoedingsstelsel voor hoortoestellen van een forfaitaire vergoeding (maximum bedrag) naar een vergoeding van een adequaat toestel met een eigen bijdrage, heeft eind 2012 geleid tot een forse toename van het aantal aanvragen (+50%) en vervolgens tot een daling van het aantal aanvragen (-40%) begin 2013. Daarnaast ontvang ik signalen dat er minder kosten zijn omdat de prijs van hoortoestellen is gedaald.

De ander wijziging betreft het overhevelen van de AWBZ kortdurende verpleeghulpmiddelen (zorgkantoor) naar de Zvw (zorgverzekeraar). Omdat veel van deze hulpmiddelen voor het langdurig gebruik al in het basispakket zaten, hebben zorgverzekeraars met hun zorgaanbieders economisch voordelige afspraken kunnen maken.

In het algemeen kan deze daling voor een groot deel worden toegeschreven aan het doelmatigheidsbeleid van zorgverzekeraars. Zo is het aantal gebruikers van hulpmiddelen in 2013 met 2% gestegen naar bijna 2,2 miljoen verzekerden, terwijl de uitgaven met 6% dalen naar 1,4 miljard euro.

Vraag 188

Betekent de wijziging in de vergoedingssystematiek voor hulpmiddelen en bruikleenhulpmiddelen dat er minder vaak wordt vergoed? Kan de minister aangeven op welke wijze de frequentie gewijzigd is?

Antwoord 188

De wijzigingen hebben er niet toe geleid dat er minder vaak wordt vergoed. Binnen enkele hulpmiddelcategorieën zijn de gemiddelde kosten per gebruiker echter wel gedaald. Dit wordt vooral veroorzaakt door het doelmatigheidsbeleid van de zorgverzekeraars.

Vraag 189

Kunt u toelichten waarom er nog geen volledige en betrouwbare realisatiecijfers voor 2013 van de curatieve GGZ beschikbaar zijn? Wanneer zijn deze wel beschikbaar en worden zij wel meegenomen in de actualisatie?

Antwoord 189

Voor de vaststelling van de gerealiseerde uitgaven 2013 van de *curatieve* GGZ zijn de zogeheten schadelast cijfers relevant. Een zorgaanbieder declareert een zorgbehandeling in de curatieve GGZ via een zogeheten diagnosebehandelingscombinatie (DBC), waarbij de *openingsdatum* van de DBC leidend is. De kosten van die DBC worden als gevolg daarvan toegerekend aan het jaar van opening van die DBC. Daarnaast is het relevant dat een DBC maximaal een jaar open kan staan in de curatieve GGZ. Dit betekent dat een DBC welke in het vierde kwartaal van 2013 geopend is, uiterlijk in het vierde kwartaal 2014 gesloten wordt en vervolgens gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraar. VWS verwacht in het eerste kwartaal 2015 de eerste betrouwbare realisatiecijfers over 2013 te ontvangen.

In het kader van het traject versnelling informatievoorziening ben ik bezig om ook in de curatieve GGZ een versnelling van de informatievoorziening te bewerkstelligen. Zo zal de NZa onderzoeken of een verkorting van de maximale duur van de DBC's tot 120 dagen tot de mogelijkheden behoort.

Vraag 190

Welke conclusie verbindt de minister aan de onderschrijding bij de eerstelijnszorg? Waarom zijn de consulten bij de huisartsen achtergebleven ten opzichte van de verwachte groei? Wat is de verklaring voor de stijging van 40 miljoen euro in 2011 en de daling van 38 miljoen euro in 2013 bij de tandheelkundige zorg?

Antwoord 190

Ik vind het te vroeg om aan deze voorlopige realisatiecijfers al conclusies te verbinden. Het in het Jaarverslag opgenomen cijfer bestaat nog voor circa 10% uit ramingscijfers, en daarnaast is onduidelijk of sprake is van een eenmalige onderschrijding dan wel van een trend die zich de komende jaren gaat voortzetten. Ik heb dan ook nog geen verklaring voor het achterblijven van het aantal consulten bij de huisarts ten opzichte van de verwachte groei.

De overschrijding bij de mondzorg over 2011 heeft zich voorgedaan bij alle drie de hoofdgroepen (jeugdigen, volwassenen en gebitsprothesen). De daling in 2013 vindt haar oorzaak waarschijnlijk voor een belangrijk deel in de beëindiging van het experiment met de vrije prijzen in 2012 en de terugkeer naar de prijzen van voor het experiment.

Vraag 191

Kan gesteld worden dat de ramingsbijstellingen van 150 miljoen euro voor 2014 en 300 miljoen euro vanaf 2015 voor geneesmiddelenuitgaven inderdaad niet noodzakelijk waren omdat de geneesmiddelenuitgaven structureel zijn gedaald en het preferentiebeleid, de WGP en het uit octrooi lopen van geneesmiddelen zorgen voor kostenverlaging? Welke informatie over de uitgaven voor geneesmiddelen ontbrak ten tijde van de ramingsbijstelling? Wezen het preferentiebeleid, de WGP en het uit octrooi lopen van geneesmiddelen niet ook toen al op kostenverlaging? Zo ja, waarom wordt er dan toch telkens een te hoge raming vastgesteld voor geneesmiddelenuitgaven die vervolgens als meevaller wordt geclaimd? Kan een overzicht gegeven worden van de geraamde en de werkelijke uitgaven van de afgelopen jaren?

Antwoord 191

Er kan niet worden gesteld dat de ramingbijstellingen niet nodig waren. De genoemde ramingsbijstellingen kwamen voort uit de verwachting dat de volumestijging de komende jaren zal doorzetten, maar op korte termijn nog zal kunnen worden gedempt door de ontwikkeling van de

prijzen, terwijl in eerdere ramingen nog van een hogere groei was uitgegaan. In dit licht zijn de in het VWS-jaarverslag 2013 opgenomen lagere uitgaven voor geneesmiddelen in 2013 een ondersteuning van die verwachting.

Er ontbrak geen informatie tijdens de ramingsbijstelling. Ik verwijs u naar mijn eerdere brieven aan de Tweede Kamer ten aanzien van de geneesmiddelenraming (Kamerstukken II 2011-2012 33 288, nr 24 en nr 27). Het is niet mogelijk om exacte voorspellingen over de uitgavenontwikkelingen in de toekomst te doen. Er zal altijd sprake zijn van ramingsonzekerheid en de raming is ook afhankelijk van een aantal variabelen, zoals het beleid van zorgverzekeraars en gedragseffecten van patiënten en zorgaanbieders.

U kunt een overzicht vinden in de voorgenoemde kamerstukken. Daarnaast geeft het Financieel Beeld Zorg in het Jaarverslag (bladzijde 200 en bladzijde 206) een recent overzicht van de raming versus de werkelijke uitgaven (Begroting 2013 versus het Jaarverslag 2013).

Vraag 192

Kunt u nader ingaan op de oorzaak van de overschrijving van 600 miljoen euro in 2012 respectievelijk 300 miljoen euro in 2013 betreffende medisch specialistische zorg?

Antwoord 192

VWS gaat voor de uitgavenontwikkeling uit van de schadelastcijfers die zorgverzekeraars periodiek aan Zorginstituut Nederland rapporteren. Voor de jaren 2012 en 2013 wordt bij het bepalen van de totale uitgaven bovendien rekening gehouden met de omvang van de transitiebedragen. De voorlopige schadelastcijfers en de transitiebedragen zijn vergeleken met het afgesproken beschikbare kader, op basis daarvan is de overschrijding van 600 miljoen in 2012 en 300 miljoen in 2013 geconstateerd.

Vraag 193

Is het in uw visie, gezien de overschrijding van het beschikbare kader medisch-specialistische zorg, niet verstandiger om over te stappen naar medisch specialisten in loondienst? Kunt u aangeven hoeveel de overschrijding of onderschrijding in dat geval in 2012 en 2013 was geweest?

Antwoord 193

Over zowel de budgettaire omvang als de invulling van de medisch specialistische zorg (loondienst en/of vrije beroep) zijn afspraken gemaakt, respectievelijk met de sector (Hoofdlijnenakkoord) en in het regeerakkoord. De optie van een gedwongen loondienstverhouding voor alle medisch specialisten is in het regeerakkoord, onder verwijzing naar het rapport van de commissie-Meurs, niet-uitvoerbaar geacht. In het Hoofdlijnenakkoord zijn ook afspraken neergelegd hoe te handelen wanneer er toch een overschrijding plaats vindt.

Vraag 194

Kunt u aangeven hoeveel omzet farmaceutische bedrijven aangesloten bij Nefarma in totaal maakten? Kunt u deze resultaten uitsplitsen per farmaceutisch bedrijf? Kunt u datzelfde in beeld brengen voor leden van de Bogin?

Antwoord 194

Ik heb geen gegevens over de omzet van farmaceutische bedrijven die zijn aangesloten bij Nefarma of bij de Bogin.

Vraag 195

Kunt u aangeven hoeveel winst farmaceutische bedrijven aangesloten bij Nefarma in totaal maakten? Kunt u deze resultaten uitsplitsen per farmaceutisch bedrijf? Kunt u datzelfde in beeld brengen voor leden van de Bogin?

Antwoord 195

Ik heb geen gegevens over de winst van farmaceutische bedrijven die zijn aangesloten bij Nefarma of bij de Bogin.

Vraag 196

Kunt u verklaren waarom er 46 miljoen euro meer is uitgegeven aan grensoverschrijdende zorg dan voorzien?

Antwoord 196

De uitgaven grensoverschrijdende zorg betreffen de uitgaven binnen en buiten het macroprestatiebedrag (MPB). Binnen het MPB gaat het om de lasten die zijn gemaakt zijn door Zvw-verzekerden. De grensoverschrijdende zorg buiten het MPB betreft de lasten op grond van internationale verdragen en heeft betrekking op verdragsgerechtigden. Dit zijn mensen die buiten Nederland wonen en niet Zvw-verzekerd zijn, maar op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 of een bilateraal sociale zekerheidsverdrag in hun woonland een "verdragsrecht" hebben op medische zorg ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

Er is in 2013 meer uitgegeven aan grensoverschrijdende zorg binnen het macroprestatiebedrag (96,7 miljoen euro) en minder aan grensoverschrijdende zorg buiten het macroprestatiebedrag (50,3 miljoen euro) dan was voorzien. De genoemde 46 miljoen euro is het saldo van de mee- en tegenvallers bij de twee soorten grensoverschrijdende zorg.

De uitgaven laten zich lastig ramen. Kostenstijgingen in deze sector kunnen worden veroorzaakt door een toename van grensoverschrijdend personenverkeer, bijvoorbeeld het aantal vakanties in het buitenland, toegenomen arbeidsmobiliteit of een toename van geplande zorg in het buitenland. Daarnaast zijn ramingen minder nauwkeurig door de wijze van rapporteren. Rapportage vindt plaats op kasbasis (betaalmoment is peildatum). Doordat het declaratieproces vanuit het buitenland lange termijnen kent en er soms sprake is van bulkindiening of bulkafhandeling kunnen de rapportages en daarmee de ramingen een vertekend beeld geven. Het IBO-rapport grensoverschrijdende zorg doet een aantal voorstellen om op termijn de ramingen te verbeteren.

Vraag 197

Waarom kan de minister geen verklaring geven voor de forse onderschrijding bij de hulpmiddelen? Betekent de daling van het aantal hoorhulpmiddelen dat er opeens minder vraag naar is of speelt de eigen bijdrage een rol? Heeft de minister ook gekeken of het aantal valincidenten is gestegen nu de loophulpmiddelen uit het pakket zijn gegaan?

Antwoord 197

Ik heb in het jaarverslag toegelicht dat ik nog geen eenduidige verklaring kon geven vanwege de vele factoren die op de uitgaven van invloed kunnen zijn, en omdat ik nog niet over alle actuele cijfers beschik. Op basis van de beschikbare cijfers heb ik als oorzaak gewezen op de bijna verdubbeling van het aantal aanvragen voor hoortoestellen in het 4^e kwartaal 2012 (90.000) t.o.v. van het normale aantal aanvragen in het 4^e kwartaal in andere jaren (53.000). In de loop van 2013 heeft het aantal aanvragen zich echter genormaliseerd. Ik heb ook geen aanwijzingen dat de eigen bijdrage het aantal aanvragen van hoortoestellen heeft belemmerd.

Als verklaring heb ik eveneens gewezen op het feit dat de gevolgen van de overheveling van hulpmiddelen van de AWBZ naar Zvw nog niet allemaal zichtbaar zijn en dat de daling in gebruik van verbandmiddelen kan worden verklaard doordat zorgverzekeraars hierop strikter handhaven.

Hoewel ik daar geen onderzoek naar heb gedaan, heb ik geen signalen ontvangen dat het aantal valincidenten is toegenomen omdat mensen eenvoudige loophulpmiddelen zoals rollator en krukken zelf moeten bekostigen.

Vraag 198

Wordt het IBO grensoverschrijdende zorg voor de begrotingsbehandeling 2015 afgerond? Welke onderzoeksvragen staan in dit interdepartementaal beleidsonderzoek centraal?

Antwoord 198

Het IBO heeft enerzijds tot doel om het inzicht in de ontwikkeling van de kosten en het gebruik van grensoverschrijdende zorg te vergroten. Hiertoe wordt onder meer onderzocht waarom en voor welke zorg Zvw-verzekerden naar het buitenland gaan en worden de risico's en mogelijkheden van grensoverschrijdende zorg in kaart gebracht. Daarnaast verkent het IBO mogelijkheden om de sturing op grensoverschrijdende zorg te verbeteren binnen de Europese kaders. De hoofdvraag van het onderzoek luidt: *Welke mogelijkheden en instrumenten zijn beschikbaar om beter te kunnen sturen op doelmatig gebruik van grensoverschrijdende zorg, zodat de totale kosten van zorg beter beheerst kunnen worden.* Het streven is om het IBO-rapport en de kabinetsreactie op dit rapport voor het einde van het zomerreces naar de Tweede Kamer te sturen.

Vraag 199

Aan wie wordt de compensatie wmo extramuraliseren ZZP's van 15 miljoen euro uitgekeerd?

Antwoord 199

Gemeenten ontvangen compensatie voor de hogere kosten in de Wmo als gevolg van het extramuraliseren van de lichte ZZP's in de AWBZ voor nieuwe cliënten.

Vraag 200

Wat wordt bedoeld met een tegenvaller op de kapitaallasten? Kunt u een nader toelichting geven op het systeem van kapitaallasten en waardoor de huidige tegenvaller precies wordt veroorzaakt?

Antwoord 200

De bekostiging van de intramurale zorg zal per 2018 plaatsvinden via integrale tarieven. Dit betekent dat het tarief van een zorgzwaartepakket niet alleen een vergoeding bevat voor loon- en materiële kosten maar ook een normatieve vergoeding voor kapitaallasten. De periode tot 2018 is een overgangstraject waarin ieder jaar een steeds groter deel van de kapitaallasten via de productiegebonden normatieve huisvestingscomponent (nhc) wordt vergoed. Het aandeel van de kapitaallasten dat wordt nagecalculeerd, neemt ieder jaar af. In 2013 werd 80% van de kapitaallasten nagecalculeerd, 20% werd bekostigd via de normatieve huisvestingscomponent. In 2018 zullen de kapitaallasten 100% via de normatieve huisvestingscomponent worden vergoed. Op de deelsector 'kapitaallasten' worden de na te calculeren kapitaallasten van de gebouwen waarin AWBZ-zorg met verblijf wordt geleverd, verantwoord. Met een tegenvaller op de kapitaallasten wordt bedoeld dat deze na te calculeren kapitaallasten hoger zijn geweest dan verwacht. De tegenvaller betreft hoofdzakelijk de doorwerking van de in 2012 gestegen kapitaallasten vanwege eerder in gebruik genomen nieuwe capaciteit en vanwege de compensatieregeling immateriële vaste activa.

Vraag 201

Wat wordt bedoeld met een tegenvaller op de productie? In welke sector(en) doet deze tegenvaller zich voor? Is dit een tegenvaller in de prijs ('p'), danwel de hoeveelheid ('q')? Kunt u hierop een nadere toelichting geven?

Antwoord 201

Met een tegenvaller op de productie wordt bedoeld dat de uitgaven voor verleende zorg aan cliënten die in een instelling verblijven en aan cliënten thuis, hoger zijn geweest dan verwacht. De tegenvaller doet zich in alle sectoren voor, zowel in de langdurende geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg als de verpleging en verzorging. De tegenvaller betreft hoofdzakelijk de

doorwerking van de in 2012 gestegen verleende zorg, die is verwerkt in de eerste suppletore begroting 2013.

In de marktscan AWBZ 2010-2012 en marktscan Geestelijke gezondheidszorg van de NZa wordt een analyse van de omzetstijging gegeven in een volume-effect en een prijseffect. Hieruit valt af te leiden dat de tegenvaller hoofdzakelijk veroorzaakt wordt door een volume-effect. Het volume-effect bestaat uit een toename van het aantal cliënten en/of zorgverzwaring (de ontvangen intramurale zorg is gemiddeld genomen zwaarder). In de verpleging en verzorging betreft het vooral zorgverzwaring; in de langdurende geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg speelt ook een toename van het aantal cliënten een rol.

Vraag 202

Hoe verklaart u dat er 173,4 miljoen euro meer gefinancierd is in de AWBZ dan uitgevoerd?

Antwoord 202

De financieringsmutatie van €173,4 miljoen betekent dat er op basis van productieafspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren meer is bevoorschot dan er door de NZa is verwerkt in de budgetten van de instellingen op basis van de zorgproductie. Dit betekent dat er in latere jaren minder hoeft te worden gefinancierd dan er wordt geproduceerd.

De financieringsmutatie wordt veroorzaakt door de tijd die er zit tussen de bevoorschotting op basis van productieafspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren en de verwerking van de zorgproductie in de budgetten van de instellingen door de NZa.

Vraag 203

Hoe verklaart u de meevaller voor de eigen bijdragen AWBZ?

Antwoord 203

De meevaller bestaat uit 39,4 miljoen zoals gemeld in de eerste suppletore begroting 2013 (Kamerstukken II, 2012/13, 33 640 XVI, nr. 2) en 41,5 miljoen zoals gemeld in het Rijkswaarslag 2013.

Beide meevallers worden veroorzaakt doordat de realisatie ten opzichte van de raming hoger uitkwam. De raming wordt steeds aangepast aan de laatste realisatiecijfers. De meevallers zijn dan ook inmiddels verwerkt in de meerjarige raming van de eigen bijdrage.

Vraag 204

De maatregel extramuraliseren ZZP 1 tot en met 3 zou 400 miljoen euro opleveren. Klopt dit nog? De maatregel extramuraliseren ZZP 4 zou 75 miljoen euro opleveren, klopt dit nog? Er wordt 300 miljoen euro verzacht. Wie ontvangt dit bedrag? Wordt met deze 300 miljoen euro de financiering aan instellingen herstart? Er wordt 60 miljoen euro verzacht. Wie ontvangt dit bedrag? Wordt hiermee de financiering aan instellingen herstart? Wie ontvangt de 100 miljoen euro voor dagbesteding via instellingen? Hoe hoog is het totale bedrag aan compensatie? Wat levert de maatregel extramuraliseren ZZP 1 tot en met 4 na alle verzachtingen en compensaties nog op? Kan een overzicht van alle maatregelen, verzachtingen en compensaties worden gegeven?

Antwoord 204

In het begrotingsakkoord gesloten in 2012 over het jaar 2013 is de maatregel opgenomen om de ZZP's 1 tot en met 3 te extramuraliseren. Hiervoor is oorspronkelijk een besparing ingeboekt die oploopt tot 400 miljoen vanaf 2018.

Bij regeerakkoord was het voornemen om de doelgroep voor extramuraliseren vanaf 2016 uit te breiden met VV4 en met VG4. Daarvoor is destijds een besparing ingeboekt die oploopt tot 75 miljoen in 2018 en 110 miljoen structureel.

Bij het zorgakkoord van 2013 is besloten om de maatregelen uit het regeerakkoord te verzachten door voor een aantal ZZP's niet uit te gaan van extramuralisering zoals ZZP VG4 of slechts voor

een gedeelte (50% van ZZP VG 3 en VV 4). Met deze verzachting is een bedrag gemoeid, oplopend tot 300 miljoen in 2018.

In het recente zorgakkoord van april 2014 is om de extramuralisering voor de ZZP's VG 3 en VV 4 verzacht. Daarmee houden meer mensen dan oorspronkelijk gedacht recht op een plaats in een instelling. De benodigde middelen (oplopend tot 60 miljoen in 2018) zijn aldus beschikbaar gebleven voor de financiering van zorg aan instellingen.

Bij het zorgakkoord 2014 is tevens afgesproken dat er structureel €100 miljoen meer beschikbaar komt voor dagbesteding in de Wlz. Deze middelen komen beschikbaar voor instellingen die dagbesteding aanbieden aan cliënten met een verblijfsindicatie op basis van de Wlz.

Op grond van actuele en meer gedetailleerde gegevens over aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg 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.

Het beleid van langer thuis wonen leidt ertoe dat mensen in plaats van een indicatie voor een licht zorgzwaartepakket een indicatie voor extramurale zorg en ondersteuning kunnen krijgen. De kosten voor extramurale zorg en ondersteuning zijn lager dan de kosten voor intramurale zorg (voor iemand met dezelfde kenmerken).

Op basis van de meest recente inzichten leidt extramuralisering per saldo tot een netto besparing op de zorguitgaven die geleidelijk oploopt van circa 75 miljoen in 2014 tot ruim 300 miljoen structureel (na afronding van de extramuraliseringsoperatie). Deze effecten zijn verwerkt in het totaal budgettair kader van de hervorming van de langdurige zorg.

Vraag 205

Wat is het exacte bedrag wat Gemeenten ontvangen als compensatie voor hogere kosten in de Wmo als gevolg van het extramuraliseren van lichte ZZP's in de AWBZ voor nieuwe cliënten? Kan een uitsplitsing per akkoord worden gegeven?

Antwoord 205

De bedragen die gemeenten in 2015 ontvangen als compensatie voor hogere kosten in de Wmo als gevolg van het extramuraliseren zijn opgenomen in de meicirculaire 2014 en de bijbehorende aanvullende toelichting in het internetbericht 'Verdeling macrobudget Wmo 2015 (mei 2014)'. Gemeenten ontvangen met betrekking tot extramuralisering in 2015 in totaal een extra bedrag van 300 miljoen voor verzorging en ondersteuning in de thuissituatie. Dit betreft 222 miljoen voor de nieuwe taken die overgaan vanuit de AWBZ naar de Wmo en 78 miljoen voor de bestaande taken in de Wmo op het terrein van huishoudelijke verzorging. Deze bedragen sluiten aan bij de afspraken uit het begrotingsakkoord 2014. Het is niet mogelijk om deze bedragen per akkoord uit te splitsen.

Vraag 206

Welk resultaat hebben de gezamenlijke zorgverzekeraars in 2013 geboekt? Kunt u dit vervolgens uitsplitsen per zorgverzekeraar?

Antwoord 206

In haar publicatie ZBO-verantwoording 2013 komt DNB voor 2013 tot een voorlopig resultaat voor de hele zorgverzekeringssector van ruim € 1,53 miljard. DNB geeft hierbij aan dat dit resultaat vooral lijkt te worden veroorzaakt door een lagere schadelast dan initieel door zorgverzekeraars werd begroot bij de premiestelling 2013.

De definitieve cijfers worden gebaseerd op de zogeheten verslagstaten. De uiterlijke inleverdatum voor de verslagstaten 2013 door zorgverzekeraars aan DNB is 1 juni. Zodra een verzekeraar die verslagstaten bij DNB inlevert, volgt een beoordelingsprocedure. Daaruit kan eventueel een herrapportage volgen.

In augustus worden het resultaat van de gezamenlijke zorgverzekeraars en de uitsplitsing per zorgverzekeraar door DNB op haar website gepubliceerd.

Vraag 207

Kunt u per zorgverzekeraar de solvabiliteit in beeld brengen? Kunt u dit afzetten tegen de vereiste solvabiliteit?

Antwoord 207

Er zijn nog geen definitieve cijfers solvabiliteit 2013 per zorgverzekeraar bekend.

Onderstaand overzicht geeft de situatie 2012 weer. De uiterlijke inleverdatum voor de verslagstaten door zorgverzekeraars aan DNB is 1 juni. Zodra een verzekeraar die verslagstaten bij DNB inlevert, volgt een beoordelingsprocedure. Daaruit kan eventueel een herrapportage volgen.

In augustus worden de cijfers voor 2013 van de gezamenlijke zorgverzekeraars en de uitsplitsing per zorgverzekeraars door DNB op haar website gepubliceerd.

Aanwezige solvabiliteit zorgverzekeraars 2012 (x € 1 mln)

Basisverzekering plus aanvullende verzekering

	Aanwezige solvabiliteit	Vereiste solvabiliteit	Oversolvabiliteit (%)
<u>Concern/verzekeraar</u>			
Achmea	1.780	1.222(*)	46
ASR	111	56	98
CZ	2.017	840	140
De Friesland	272	125	118
DSW/Stad Holland	307	112	174
ENO	60	25	140
Menzis	1.049	534	96
ONVZ	263	103	155
VGZ	1.736	1.083	60
Zorg en Zekerheid	259	104	149
Totaal	7.854	4.204	87
Waarvan basis verzekering	6.295	3.504	80
Waarvan aanv. verzekering	1.559	700	123

(Bron: eigen bewerking MinVWS op basis van gegevens DNB)

(*) Bron: Achmea. Cijfers Achmea wijken af ten opzichte van bron DNB aangezien Achmea in 2013 de definitie van solvabiliteit heeft aangepast aan de marktstandaard.

Vraag 208

Hoeveel geld hebben de gezamenlijke zorgverzekeraars in 2013 uitgegeven aan reclames om verzekerden te werven? Kunt u dit vervolgens uitsplitsen per verzekeraar? Hoeveel was dit per verzekerde?

Antwoord 208

Zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om hun marketingstrategie en zij hebben de vrijheid om zelf te bepalen hoeveel geld zij aan acquisitie (waaronder reclames om verzekerden te werven) besteden.

Uit onderzoek van BS Health Consultancy²⁴ blijkt dat de reclamebestedingen van zorgverzekeraars rondom de jaarovergang 2013/2014 in totaal € 59 miljoen bedroegen. Gemiddeld werd door de zorgverzekeraars € 3,50 per verzekerde uitgegeven.

Ik beschik niet over de gegevens om een uitsplitsing per zorgverzekeraar te maken. Het is overigens ook niet aan mij om deze cijfers per verzekeraar te publiceren. Zoals aangegeven is dat hun eigen verantwoordelijkheid.

Vraag 209

Hoeveel geld hebben de gezamenlijke zorgverzekeraars in 2013 uitgegeven aan acquisitie? Kunt u dit vervolgens uitsplitsen per verzekeraar? Hoeveel was dit per verzekerde?

Antwoord 209

Om te beginnen merk ik op dat zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid hebben als het gaat om hun marketingstrategie en zij hebben de vrijheid om zelf te bepalen hoeveel geld zij aan reclame en/of acquisitie besteden.

Aquisitiekosten zijn de kosten die voortvloeien uit het sluiten van een verzekeringsovereenkomst. Dit is dus breder dan alleen reclamekosten. Onder aquisitiekosten vallen bijvoorbeeld ook provisies, dossierkosten of de kosten voor het opnemen van (collectieve) verzekeringsovereenkomsten in de portefeuille. De aquisitiekosten 2013 worden opgenomen in de jaarstaten WFT (Wet Financieel Toezicht) die zorgverzekeraars op 31 mei jl. bij DNB moeten hebben ingediend. In augustus 2014 worden deze (ook per verzekeraar) openbaar gepubliceerd door DNB.

Vraag 210

Kunt u de meevallers en de tegenvallers met betrekking tot de zorg in natura verklaren?

Antwoord 210

De tegenvaller van €452,5 miljoen op de Zorg in natura betreft de mutatie bij het jaarverslag, dus ten opzichte van de stand bij 2^e suppletoire begrotingswet. De belangrijkste verklaring betreft het uitdelen van de groei ruimte en onverdeelde maatregelen aan de verschillende sectoren (€ 344,6 miljoen). Het resterende saldo wordt volledig verklaard door een tegenvaller op de kapitaallasten (€ 155 miljoen); op de productie is per saldo sprake van een meevaller (€ 47 miljoen).

Vraag 211

Met welke reden is er 38,0 miljoen euro meer overgeheveld naar de geriatrische revalidatiezorg?

Antwoord 211

In 2013 zijn de prestaties die behoren bij de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. De contracteerruimte 2013 is hiervoor op voorhand met een bedrag van € 698 miljoen verlaagd. Deze overheveling was onder meer gebaseerd op de relevante productieafspraken uit 2011. Op basis van realisatiecijfers 2012 met betrekking tot de geriatrische

²⁴ Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid en prijs, BS Health Consultancy maart 2014

revalidatiezorg is gebleken dat deze uitname € 38 miljoen te hoog was vastgesteld. Op advies van de NZa heb ik daarom de contracteerruimte AWBZ 2013 met dit bedrag gecorrigeerd.

Vraag 212

Waar vindt de correctie plaats in de verpleging en verzorging ter compensatie van de teveel overgehevelde middelen met betrekking tot de geriatrische revalidatiezorg?

Antwoord 212

De correctie ter compensatie van de teveel overgehevelde middelen voor geriatrische revalidatiezorg vindt plaats in de contracteerruimte AWBZ. Daarbij volg ik het advies op van de NZa (Advies contracteerruimte 2013, mei 2013). De correctie is budgettair neutraal: de contracteerruimte AWBZ wordt met hetzelfde bedrag verhoogd (38 miljoen) als dat het kader voor de Zvw wordt verlaagd. De overheveling heeft dus geen effect op de totaal leverbare geriatrische revalidatiezorg.

Vraag 213

Kunt u de onderschrijding van de subsidies aan MEE toelichten?

Antwoord 213

Het plafondbedrag in de Regeling subsidies AWBZ 2013, onderdeel MEE-organisaties is volledig verleend aan de 22 MEE-organisaties. De onderschrijding komt voort uit het feit dat in de tweede suppletoire begroting VWS 2013 een hoger bedrag in verband met de loon/prijsbijstelling is opgenomen voor cliëntondersteuning dan het plafondbedrag in de regeling.

Vraag 214

Kunt u de stijging van het aantal tandartsbehandelingen in de AWBZ verklaren?

Antwoord 214

De tegenvaller op de uitgaven tandheelkundige zorg AWBZ (€ 4,6 miljoen) wordt veroorzaakt door een stijging van het aantal behandelingen. Daarnaast zijn de gemiddelde tarieven voor tandheelkundige zorg AWBZ gestegen.

Vraag 215

Hoe kan het dat het aantal tandheelkundige AWBZ behandelingen gestegen is, terwijl de gebitten van de ouderen in instellingen wegrotten?

Antwoord 215

Conform artikel 15.e van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ hebben cliënten met een indicatie voor Behandeling met Verblijf en die verblijven in een instelling met een toelating voor Behandeling, recht op tandheelkundige zorg, geboden door de instelling. De ZZP-tarieven voor behandeling voorzien hier in. Dit maakt dat voor deze groep zowel de preventieve als professionele mondzorg beschikbaar is.

De stijging van het aantal tandheelkundige behandelingen is toe te schrijven aan de autonome groei van de groep cliënten met de AWBZ-indicatie Behandeling met Verblijf.

Met uw Kamer is al eerder van gedachten gewisseld over de mondgezondheid van ouderen in instellingen. Daartoe is ook een motie aangenomen²⁵. Op dit moment zijn de voorbereidingen gestart voor de uitvoering van deze motie. Het gaat hierbij om het inzetten van een effectieve interventie om de kwaliteit van de mondzorg te verbeteren.

²⁵ Kamerstuk:-30597-415