

Vergaderjaar 2010–2011

32 780 XVI

Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota)

Nr. 4

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 23 juni 2011

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

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

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsmā, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Tongeren, L. van (GL).

1

Kan de minister een onderbouwing geven waaraan de bijdrage van € 950 000 aan het CAK precies zal worden besteed? Hoe is men aan dit bedrag gekomen?

Het CAK moet zich kunnen voorbereiden op de beoogde omvorming naar een publiek zelfstandig bestuursorgaan. Het CAK heeft daartoe een overzicht gemaakt van de voor de transitie benodigde activiteiten met een begroting van de bijbehorende kosten (transitiekosten).

Het bedrag zal worden besteed aan activiteiten die nodig zijn voor de voorbereiding van de omvorming. Het gaat dan onder andere om de kosten die verbonden zijn aan de financiële en juridische afwikkeling van de overgang (waaronder kosten van extra controles door de accountant en het opstellen van een overdrachtsbalans). Ook is inbegrepen de communicatie aan de cliënten van het CAK en kosten die gemaakt moeten worden in het kader van de wettelijke taak van de Ondernemingsraad van het CAK.

2

Wat is de reden dat er per 2012 circa € 20 miljoen minder wordt uitgegeven aan het programma «Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorg voorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid» en dit bedrag in 2015 is opgelopen tot € 28,6 miljoen? Welke onderdelen van het programma verdwijnen en waarom?

De reden dat er minder wordt uitgegeven aan de operationele doelstelling «Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorg voorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid» is de invulling van de subsidietaakstelling VWS. Het betreft de maatregelen «Geen centrale vergoeding tolk-/vertaaldiensten» en «Korting leefstijl» (deels ook opgenomen onder andere operationele doelstellingen). Voor verdere informatie over deze taakstellingen verwijs ik u naar mijn brief van 25 mei 2011, Tweede Kamer 32 500 XVI nr. 143, betreffende Invulling subsidie-taakstellingen VWS.

3 en 15

Waarom wordt gekozen in de periode 2011–2011 miljoenen minder uit te geven aan de programma's «De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt» en «Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg aan»?

Wat betekenen de mutaties in 2012 en volgende jaren concreet voor verzekeren voor het beleidsdoel «zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg aan»?

De operationele doelstelling «De positie van de Burger in het zorgstelsel wordt versterkt» omspannt het brede zorgterrein en om pragmatisch redenen is gekozen om dit onder te brengen op artikel 43. De verlaging in 2011 wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door een overboeking naar artikel 98 (apparaat IGZ) en betreft de benodigde middelen voor de uitvoering van het project Zichtbare Zorg. De verlaging vanaf 2012 betreft een uit het Regeer- en Gedoogakkoord volgende korting op patiëntenorganisaties (Tweede Kamer 32 500 XVI, nr. 143) en de verdere uitwerking daarvan in de visiebrief «Bundel je kracht, samen sterk» (Tweede kamer, 29 214, nr. 59).

De operationele doelstelling «Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg aan» laat een neerwaartse bijstelling zien. Conform het coalitieakkoord is deze doelstelling mogelijk door een houdbare toegang tot de Zorgverzeke-

ringswet door deze te beperken tot de inkomens die het echt nodig hebben. Daarom is besloten, om te voorkomen dat de doelgroep zorgtoeslag verder toeneemt, de percentages van de zorgtoeslag vanaf 2012 opwaarts bij te stellen en een vermogenstoets in te voeren vanaf 2013.

Dit betekent een verlaging van de middelen die beschikbaar worden gesteld voor dit programma.

4

Wat zijn de gevolgen van de subsidieregeling geïntegreerde eerstelijnscentra in Vinex-gebieden waarvoor € 3 miljoen extra per jaar nodig is? Hoeveel eerstelijnscentra zijn erbij gekomen?

Met het schrijven van 15 mei 2009 van mijn voorganger aan de Tweede Kamer (29 247, nr. 92) werd de subsidieregeling voor geïntegreerde eerstelijnscentra in Vinex-gebieden voor 2009 en 2010 gecontinueerd. Voor deze subsidieregeling stond in 2011 geen geld op de VWS begroting opgenomen en daarmee zou de regeling worden afgeschaft.

Zowel ik als veldpartijen (de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn en Zorgverzekeraars Nederland) zijn van mening dat voortzetting van de regeling nodig is. De tariefsystematiek in de eerstelijnszorg is nu zo ingericht dat kosten in de aanloofphase door een laag aantal ingeschreven patiënten lastig terug te verdienen zijn. Daarnaast is er onzekerheid over het aantal cliënten in nieuwbouwwijken en dit maakt zorgverzekeraars terughoudend om te investeren. Om deze redenen is er € 3 miljoen per jaar hiervoor nodig, dit zijn geen extra gelden maar de enige gelden voor deze regeling.

Naar verwachting zullen er in 2011, alsook in de daarop volgende jaren, tussen de 10 en 14 centra gebruik maken van deze subsidieregeling.

5

Wat waren de gerealiseerde zorgkosten voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen in de afgelopen jaren? Waarop baseert de minister dat het budget met € 15 miljoen kan worden verlaagd? Zorgt dit er niet voor dat zorgaanbieders de niet-verzekerde kosten uit hun eigen begroting moeten betalen?

Op 1 januari 2009 is de wet in werking getreden op grond waarvan zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen voor de kosten die niet verhaalbaar blijken op de betrokken patiënten. Het College voor zorgverzekeringen voert deze wettelijke bijdrageregeling uit. Het CVZ heeft in 2009 € 6 miljoen en in 2010 € 14,4 miljoen aan zorgkosten uitbetaald.

Tot 1 januari 2009 konden zorgaanbieders voor eerstelijnszorg een bijdrage vragen bij de Stichting Koppeling. Omdat de bijdrageregeling voor tweedelijns- en AWBZ-zorg nieuw was, is op basis van verschillende aannames en veronderstellingen een schatting van de kosten gemaakt. De kosten van deze regeling blijken voor 2009 en 2010 fors lager dan het geraamde bedrag aan kosten bij indiening van het wetsvoorstel. Het CVZ heeft aangegeven dat onderschrijding vooral wordt veroorzaakt door lager dan verwachte kosten van de ziekenhuizen, de GGZ-instellingen en de AWBZ-instellingen.

6

Waarom gaat de stelselwijziging op het gebied van orgaandonatie niet door? Wat is het plan van aanpak om de beschikbaarheid van donororganen te vergroten en wanneer gaat dat in?

Ik ben geen voorstander van een systeemwijziging op het gebied van orgaandonatie omdat ik de onzekerheden over de effecten van een systeemwijziging te groot vind om daartoe over te gaan. Investeren in een systeemwijziging waarvan de effecten onzeker zijn vind ik slecht besteed geld. Ik kom tot dit standpunt op basis van onderzoeken die de afgelopen jaren zijn gedaan. Zie ook de brief die ik u hierover begin februari 2011 stuurde (Tweede Kamer, 28 140, nr. 77).

Het plan van aanpak, dat voortborduurde op de activiteiten naar aanleiding van het Masterplan, ontvangt u deze zomer.

7 en 20

Welke maatregelen neemt de minister om het stijgende zorgvolume in de BES eilanden af te remmen? Waarom begroot de regering voor t/m 2015 jaarlijks een extra bedrag tussen de € 10 en € 12 miljoen euro terwijl in 2011 de mutatie € 22,5 miljoen was?

Door toename in zorgvolume worden er op de BES-eilanden meer zorgkosten gemaakt dan begroot. Deze toename betreft € 22,5 miljoen. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van de huidige stand van de begroting. Wat zijn de oorzaken achter deze verdubbeling?

Het besluit Zorgverzekering BES vormt de grondslag voor de zorguitgaven op de eilanden. Dit besluit bevat ook mogelijkheden tot verbetering van de doelmatigheid van de zorgverlening. Hiermee wordt beoogd de kostenontwikkeling zoveel mogelijk in de hand te houden.

Zo zijn de aanspraken op de verstrekkingen in beginsel afhankelijk van het daadwerkelijk beschikbaar zijn op het wooneiland van de desbetreffende zorg. Voorts kunnen aanspraken alleen worden ingeroepen bij gecontracteerde zorgaanbieders. In deze contracten kunnen afspraken worden gemaakt over de omvang en de prijs van de te leveren zorg. Het Zorgverzekeringskantoor op de BES-eilanden koopt de zorg doelmatig in tegen de tarieven die golden vóór invoering van dit besluit, verhoogd met een inflatiecomponent. Mocht verder over het tarief geen overeenstemming worden bereikt met de zorgaanbieder dan voorziet het besluit in de mogelijkheid dat ik het betreffende tarief eenzijdig vast kan stellen.

Andere maatregelen zijn genomen in de sfeer van de aanspraken. Zo houden wijzigingen in het Nederlandse pakket niet automatisch wijziging van het pakket van de zorgverzekering BES in. Het besluit bevat verder de mogelijkheid om de inhoud en de omvang van de aanspraken nader te regelen en aan het tot gelding brengen daarvan voorwaarden te stellen. Het aansprakenpakket kan dus worden beperkt indien zich daartoe een financiële noodzaak aandient. Ook zal het mogelijk zijn van verzekeren een eigen bijdrage in de kosten te vragen. Wat de geneesmiddelen betreft, beperkt de regeling de vergoeding van geneesmiddelen tot die geneesmiddelen die door mij zijn aangewezen.

De aanpassing van het geraamde bedrag in de begroting 2011 wordt verklaard door het feit dat nu meer informatie beschikbaar is over de werkelijk kosten van de zorg op de BES-eilanden dan in 2010 bij het opstellen van de begroting 2011. Het Zorgverzekeringskantoor op de BES-eilanden voert vanaf 01-01-2011 de Zorgverzekering BES uit. Het oorspronkelijk vastgelegde begrotingsbedrag bleek op basis van de informatie over de eerste drie maanden van het Zorgverzekeringskantoor te laag. Op basis van deze informatie is het begrotingsbedrag bij Voorjaarsnota aangepast. De toegevoegde reeks is aflopend omdat de in de begroting 2011 opgenomen reeks een equivalente oploep kent.

Wanneer zijn de kwaliteitsindicatoren die het KNGF ontwikkelt, met een subsidiebijdrage van € 384 miljoen, gereed?

Het project Kwaliteitsindicatoren eerstelijns fysiotherapie (Kwaliefy) heeft deze subsidie ontvangen voor het doorontwikkelen en meten van de reeds bestaande set indicatoren en om het mogelijk maken in 2011 de indicatoren elektronisch uit te vragen. De eindrapportage zal in december 2011 gereed zijn. In deze eindrapportage worden de scores van de uitgevraagde indicatoren weergegeven en worden aanbevelingen gedaan voor verdere doorontwikkeling. Naast de subsidie van VWS á € 384 000 is er in 2011 door het KNGF € 174 470 bijgedragen aan dit project.

9 en 18

Hoe komt het dat de maximumprijzen voor geneesmiddelen te laag zijn vastgesteld en dit nu € 6,9 miljoen kost? Heeft de NZa deze te laag vastgesteld? Met welke brief is de Kamer geïnformeerd over deze maximumprijzen, en met welke brief is de Kamer geïnformeerd over de te lage vaststelling?

Waarom zijn de maximumprijzen van een aantal geneesmiddelen te laag vastgesteld? Wie ontvangen compensatie voor gederfde omzet? Hoe en wanneer is de Kamer hierover geïnformeerd?

De Belgische prijslijst bevatte tot voor enige tijd geen prijzen van ziekenhuisproducten. Enkele individuele fabrikanten die wisten dat zij door het meenemen van de Belgische ziekenhuisprijzen een hogere maximumprijs zouden krijgen in Nederland hebben daarop een juridische procedure aangespannen. Uiteindelijk heeft de Raad van State beslist dat de algemene verwijzing naar de Belgische prijslijst (die inmiddels ook ziekenhuisprijzen bevat) betekent dat ook de ziekenhuisprijzen moeten worden meegenomen bij het vaststellen van de Nederlandse maximumprijzen door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het meenemen van de Belgische ziekenhuisprijzen betekent dat er per saldo lagere maximumprijzen tot stand komen. Slechts voor enkele geneesmiddelen van een paar fabrikanten betekent dit een hogere maximumprijs. Het zijn de fabrikanten Actelion en Amgen die compensatie hebben ontvangen voor de te laag vastgestelde maximumprijzen. Elke actualisering van de maximumprijzen wordt «voorgehangen» bij de Eerste en de Tweede Kamer. Deze besluiten zijn voorzien van een toelichting. Gezien het bovenstaande is de Kamer niet ook nog bij afzonderlijke brief geïnformeerd.

10 en 17

Hoe komt het dat er € 105,4 miljoen meer is uitgegeven aan zorgtoeslag dan begroot? Hoeveel zorgtoeslag wordt er in 2011 nu precies uitgegeven?

Kan toegelicht worden waarom de uitgavenraming van de zorgtoeslag precies wordt verhoogd met € 105,430 miljoen?

De mutatie in de supplettoire wet betreft geen realisatiecijfer, maar slechts een bijstelling van de uitgavenraming Zorgtoeslag. Deze vindt plaats naar aanleiding van actuele ramingen van het Centraal Economisch Plan (CEP) 2011 van het Centraal Planbureau (CPB). Op basis van de meest actuele raming van het CPB heeft de bijstelling van € 105,4 miljoen plaatsgevonden.

Eind 2013 is er pas een volledig overzicht van wat is uitgegeven aan de zorgtoeslag in 2011. Dit hangt samen met de systematiek dat aanvragers eerst een voorschot ontvangen en later een definitieve toekenning. Omdat het toetsingsinkomen van de aanvrager tussentijds gewijzigd kan zijn,

kunnen naar aanleiding van de definitieve toekenning nog terugverdringen of nabetalingen plaatsvinden. Ook kunnen aanvragen tot een later tijdstip binnenkomen.

11

Welke doelstellingen staan er precies in het jaarplan 2011 voor het Project Zichtbare Zorg? Hoe wordt deze € 9,2 miljoen precies uitgegeven? Welke nieuwe kwaliteitsindicatoren zullen er precies beschikbaar komen en waar?

De 9,2 miljoen wordt uitgegeven aan diverse activiteiten. De belangrijkste zijn:

- Ondersteuning (inhoud, proces) van sectorale stuurgroepen om te komen tot diverse afspraken met betrekking tot indicatoren.
- ICT-infrastructuur om gegevens van zorgaanbieders te verwerken tot indicatoren.
- Diverse opdrachten voor de stappen die nodig zijn om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en uit te vragen. Voorbeelden: (door)ontwikkelen van indicatoren, schonen van aangeleverde gegevens en correctie voor case mix verschillen.
- Ondersteuning van zorgaanbieders bij het aanleveren van de afgesproken gegevens. Voorbeelden: indicatorgidsen, instructiebijeenkomsten, helpdeskfunctie
- Doorleveren van indicatoren. Bijv. aan het CIBG voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording of aan partijen die de informatie bij Zichtbare Zorg opvragen.
- Personele kosten om bovengenoemde taken uit te voeren en ondersteunen

Deze kosten kunnen onderverdeeld worden in verschillende sectoren.

Er worden nieuwe kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, maar ook bestaande aangepast of verwijderd. Daartoe wordt gewerkt voor diverse sectoren: chronische zorg (84k), fysiotherapie (456k), gehandicaptenzorg (231k), geestelijke gezondheidszorg (472k), huisartsen (56k), farmacie (70k), kraamzorg (192k), verloskunde (223k), mondzorg (6k), verpleging/verzorging/thuizorg (195k), ziekenhuizen (1581k).

Kosten die betrekking hebben op alle sectoren: Personele kosten en overige bureaustkosten (3 460k), Kennis en Kwaliteit, ICT en Communicatie (2 135k)

Deze sectoren (en dus ook de indicatorontwikkeling) zijn in diverse stadia van ontwikkeling: sommige zijn al enkele jaren bezig met het uitvragen van informatie, andere werken aan het vaststellen van de uit te vragen gegevens en moeten dus nog beginnen.

12

Welk bedrag heeft VWS moeten toezeggen om het eigen vermogen van het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) weer op peil te brengen? Wat zijn de oorzaken achter dit vermogenstekort van het NVI, en waarom zijn deze incidenteel van aard? Hoe en wanneer wordt dit bedrag weer verrekend tussen het NVI en VWS?

Zoals uit het jaarverslag van het VWS te vernemen valt, heeft het NVI -met inachtneming van de financiering van de veiligheidsvoorraden- een negatief eigen vermogen van € 2,5 miljoen. De oorzaken achter dit tekort hangen samen met de transitie, die de dienst op dit moment doormaakt. Het is de inschatting dat de transitie begin 2012 voltooid is. Om die reden is het tekort incidenteel van aard. De concrete financiële afhandeling is afhankelijk van de liquiditeitspositie en eigen vermogen per ultimo 2011.

Op welke wijze wordt de voorlichting over gezond zwanger worden aan groepen in achterstandssituaties precies verbeterd? Welke concrete maatregelen worden daarvoor gebruikt? Antwoord op vraag 1

Voor alle mensen met een kinderwens moet eensluitende en betrouwbare informatie beschikbaar en toegankelijk zijn. Groepen in achterstandssituaties, maar ook anderen weten vaak niet welke risico's een rol spelen. Mijn inzet richt zich op het ondersteunen van afstemming en samenwerking tussen alle partijen binnen de inhoudelijke kaders van het College Perinatale Zorg. Dat heeft tot nu toe concreet geresulteerd in basisinformatie die gebruikt kan worden door bijvoorbeeld gemeenten en beroepsgroepen binnen en buiten de verloskundige zorg. Deze bouwstenen zijn ook gebruikt voor een basisfolder en voor het actualiseren van kiesbeter.nl. Dit jaar heb ik een vervolgoopdracht gegeven om deze bouwstenen nog beter toegankelijk te maken voor mensen uit risicogroepen. Verder wordt dit jaar een toolkit kinderwens gemaakt met diverse kant- en klare producten op deelonderwerpen die professionals kunnen gebruiken. Hierbij wordt specifiek aandacht gegeven aan producten die zich lenen voor voorlichting aan het bereiken van mensen in achterstandssituaties. In het kader van het ZonMw programma «zwangerschap en geboorte» zal in zowel grote steden als andere specifieke gebieden het kinderwensconsult worden onderzocht met name als het gaat om risicogroepen. Daarnaast gaat het Erasmus MC zorgexperimenten voor de aanpak van babysterfte in 6 Nederlandse gemeenten uitvoeren. Een van de zorgexperimenten betreft het experimenteren met programmatische preconceptie zorg aan risicogroepen via nieuwe methoden en instrumenten die in het Rotterdamse programma Klaar voor een Kind ontwikkeld zijn.

14, 16, 21, 26 en 29

In de verschillende paragrafen van artikel 41 staan mutaties waarbij bedragen worden overgeheveld naar andere paragrafen of naar buiten de VWS-begroting, waarbij wordt aangegeven welk doel ze op hun bestemming hebben. Kan de minister ook per geval aangeven met welke besparingen in de oorspronkelijke paragraaf dat gepaard gaat?

In de verschillende paragrafen van artikel 42 staan mutaties waarbij bedragen worden overgeheveld naar andere paragrafen of naar buiten de VWS-begroting, waarbij wordt aangegeven welk doel ze op hun bestemming hebben. Kunt u ook per geval aangeven met welke besparingen in de oorspronkelijke paragraaf dat gepaard gaat?

In de verschillende paragrafen van artikel 43 staan mutaties waarbij bedragen worden overgeheveld naar andere paragrafen of naar buiten de VWS-begroting, waarbij wordt aangegeven welk doel ze op hun bestemming hebben. Kunt u ook per geval aangeven met welke besparingen in de oorspronkelijke paragraaf dat gepaard gaat?

In de verschillende paragrafen van artikel 44 staan mutaties waarbij bedragen worden overgeheveld naar andere paragrafen of naar buiten de VWS-begroting, waarbij wordt aangegeven welk doel ze op hun bestemming hebben. Kunt u ook per geval aangeven met welke besparingen in de oorspronkelijke paragraaf dat gepaard gaat?

In de verschillende paragrafen van artikel 98 staan mutaties waarbij bedragen worden overgeheveld naar andere paragrafen of naar buiten de VWS-begroting, waarbij wordt aangegeven welk doel ze op hun bestemming hebben. Kunt u ook per geval aangeven met welke besparingen in de oorspronkelijke paragraaf dat gepaard gaat?

Suppletore begrotingswetten bevatten bijstellingen op de ramingen uit de vastgestelde begroting. In veel gevallen ligt aan dergelijke mutaties het besef ten grondslag dat voor de realisatie van een bepaalde beleidsdoelstelling uitgaven noodzakelijk zijn, terwijl de feitelijke betalingen en de

verantwoording daarvan plaatsvinden op een andere doelstelling of een ander artikel of begrotingshoofdstuk. Een sprekend voorbeeld daarvan zijn uitgaven voor beleidsdoelstellingen waar bij de uitvoering een rol voor het RIVM of voor ZonMw is weggelegd. Betalingen aan het RIVM en ZonMw vinden vanuit VWS centraal plaats en de uitgaven worden op operationele doelstelling 41.3.3 resp. 41.3.4 verantwoord. Om die centrale betaling en verantwoording mogelijk te maken worden middelen vanaf de betreffende beleidsdoelstellingen overgeheveld naar genoemde operationele doelstellingen. Tegenover de bijboeking op een bepaalde doelstelling staat een budgettaire-neutrale afboeking op een andere doelstelling. Met besparingen heeft dat eigenlijk niets van doen. Het is veeleer een kwestie van beter zicht op de doelstellingen ten laste waarvan de feitelijke uitgaven worden gedaan dan ten tijde van de opstelling van de begroting mogelijk was.

19

Waarom worden uitgaven aan zorgtoeslag op de begroting van VWS vermeld? Is het niet zo dat deze bedragen niet aan zorg worden uitgegeven maar dienen ter inkomenscompensatie, en meer op zijn plaats zouden zijn op de SZW-begroting?

In de wet op de zorgtoeslag is geregeld dat de zorgtoeslag een tegemoetkoming is in de kosten van een premie voor een zorgverzekering. Het primaire doel van de zorgtoeslag is dat mensen kunnen voldoen aan de plicht zich te verzekeren voor de Zorgverzekeringswet. De zorgtoeslag komt ten laste van het Rijk. De kosten die samenhangen met de zorgtoeslag worden verantwoord op de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is gebruikelijk dat het inhoudelijke departement deze kosten verantwoordt. Voor de totale budgettaire toetsing worden deze betrokken bij het lastenkader.

22

Om de veranderende rol van het CIZ bij indicatiestelling in de AWBZ te faciliteren wordt € 11,2 miljoen geïnvesteerd. Wat is precies de veranderende rol van het CIZ? Hoe wordt de genoemde € 11,2 miljoen geïnvesteerd en met welke beoogde resultaten? Is deze investering eenmalig of (deels) structureel? Welke structurele besparingen staan er tegenover de investeringen in het CIZ van € 11,2 miljoen? Op welke termijn kunnen die besparingen worden ingeboekt?

Waarom was er een aanvulling op de instellingssubsidie van het CIZ van € 5,885 miljoen nodig, naast de € 11,2 miljoen aan investeringen bij de verandering van de rol van het CIZ bij indicatiestelling in de AWBZ?

Het beleid is er op gericht om zorgaanbieders een meer actieve rol te geven in het proces van indicatiestelling AWBZ. Dat betekent dat het CIZ geleidelijk aan transformeert van een indicatiestellende organisatie naar een toezichhouder. De beoogde investeringen hebben voor het genoemde bedrag betrekking op onder andere vernieuwing ICT, frictiekosten en kosten sociaal plan. De beoogde investeringskosten hebben naar hun aard een eenmalig karakter. Overigens is er nog overleg met het CIZ over deze transformatie en de daarbij passende begroting voor de komende jaren. De investeringen in een efficiënter en kleiner CIZ zijn noodzakelijk om de begroting van het CIZ terug te brengen tot de reeks uit de begroting van VWS (ongeveer € 110 miljoen in 2012 en verder). De besparingen zijn daarom feitelijk al ingeboekt.

Een aanvulling op de instellingssubsidie van het CIZ was noodzakelijk omdat de exploitatiekosten van het CIZ voor 2011 hoger zullen zijn dan in de begroting voor 2011 bij de opzet in de zomer van 2010 was voorzien.

23

Voor een goede uitvoering van de Wtcg zijn extra uitvoeringskosten bij het CIZ gemaakt van € 0,6 miljoen. Waarom waren de oorspronkelijk geraamde uitvoeringskosten niet voldoende voor een goede uitvoering van de regeling?

De kosten die het CIZ maakt voor de uitvoering van de Wtcg werden tot nu toe jaarlijks vergoed en waren nog niet meerjarig geraamd en opgenomen in de begroting. Hiervoor is gekozen omdat, vanwege de implementatie van de Wtcg, vooral incidentele kosten werden gemaakt en de omvang van de structurele kosten nog niet goed konden worden overzien. Nu een goede inschatting gemaakt kan worden, zijn vanaf 2011 met het CIZ afspraken gemaakt over de structurele vergoeding voor de werkzaamheden ten behoeve van de uitvoering van de Wtcg.

24

In de Wtcg wordt een structurele tegenvaller van € 50 miljoen verwacht. Heeft deze oorzaak betrekking op de algemene tegemoetkoming? Wat is de oorzaak van deze tegenvaller?

De structurele tegenvaller van € 50 miljoen heeft betrekking op de algemene tegemoetkoming Wtcg. De ervaringen uit de eerste uitkeringsronde leert dat er meer rechthebbenden zijn dan waar rekening mee werd gehouden en dat de initiële ramingen voor de Wtcg voor verbetering vatbaar zijn. De initiële ramingen die destijds in de begroting zijn opgenomen zijn gebaseerd op gegevens over het zorggebruik in het jaar 2006. Deze gegevens waren niet optimaal, onder andere vanwege de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 en de overheveling van hulp bij het huishouden naar de Wmo in 2007. De effecten hiervan zijn achteraf gezien onderschat. Daarnaast is een registratie-effect (kwalitatieve verbetering van de registraties bij de diverse ketenpartijen) opgetreden wat ook heeft geleid tot meer rechthebbenden dan in de eerste ramingen was voorzien.

Begin 2010 zijn de budgetten geactualiseerd (gegevens 2007 in plaats van gegevens 2006) en in twee stappen bijgesteld, waarvan het voor € 53 miljoen een structurele bijstelling betrof en het voor € 30,7 miljoen het een incidentele bijstelling was voor het jaar 2010. Deze laatste bijstelling wordt nu structureel gemaakt. Daarnaast is in de uitvoering inmiddels gebleken dat aanvullend zeker € 19,3 miljoen extra nodig is om de tegemoetkoming over 2009 aan alle rechthebbenden uit te keren. Het budgettaire ramen wordt gecompliceerd doordat de uitbetaling van de uitkeringen deels de jaargrens overschrijden.

25 en 27

Welke beleidsdoelstellingen liggen ten grondslag aan de structurele mutaties van – € 7 miljoen vanaf 2013 voor de doelstelling «Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden»?

Welke beleidsdoelstellingen liggen ten grondslag aan de mutatie van – € 20 miljoen in 2012 en – € 23 miljoen vanaf 2013 voor de doelstelling «Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning»?

De structurele mutatie van – € 7 miljoen betreft een deel van de invulling van de subsidietaakstelling uit het Regeerakkoord, namelijk «afloop tijdelijke middelen thuiszorg». Voor een toelichting bij deze mutatie verwijs ik u naar de onlangs naar u toegestuurde brief «Invulling subsidietaakstelling VWS» (Tweede Kamer, 32 500 XVI, nr. 143).

De structurele mutatie van – € 23 miljoen. betreft eveneens een gedeelte van de invulling van de subsidietaakstelling die abusievelijk bij eerste supplettoire wet op artikel 44 is geboekt. Dit zal worden aangepast in de ontwerpbegroting 2012. Voor de verdere invulling van de subsidietaakstelling voor het ministerie van VWS verwijs ik u eveneens naar genoemde brief.

28

De apparaatuitgaven aan strategisch onderzoek RIVM stijgen met € 16,5 miljoen. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van de stand van de oorspronkelijk vastgestelde begroting. Waar wordt deze verdubbeling door veroorzaakt?

De verklaring voor de toename is tweeledig. Op de eerste plaats vallen als gevolg van de overheveling van de voormalige NVI-delen naar het RIVM de bijbehorende budgetten voortaan onder het RIVM. Daarnaast worden er extra middelen uitgetrokken voor de frictiekosten die bij beide agentschappen optreden. Aangezien de betaling hiervan via de eigenaar loopt, worden deze middelen op artikel 98 geparkeerd. Daarbij is er voor gekozen om in eerste instantie dit op het eigenaarbudget van het RIVM te plaatsen.

30

Er treedt wederom een tegenvaller op bij de grensoverschrijdende zorg. Holt de jaarlijkse toename van de grensoverschrijdende zorg de werking van het macro beheersinstrument niet uit?

Er kan sprake zijn van een autonome groei van de grensoverschrijdende zorg. Zorgverzekeraars contracteren meer zorg over de grens en geven ook vaker toestemming om niet gecontracteerde zorg in het buitenland te consumeren. Veelal is de reden om naar het buitenland te gaan voor bepaalde zorg kortere wachttijden of betere kwaliteit.

Geplande grensoverschrijdende zorg kan veelal worden gezien als een substituuat van zorg in Nederland. Gelet op het beslag van de onder de Zorgverzekeringswet geleverde grensoverschrijdende zorg ten opzichte van het makro kader, is dit geen serieuze bedreiging voor de werking van het makro beheersinstrument.

31

Op blz. 31 staat een uitsplitsing van de tegenvaller van de zorguitgaven in haar voornaamste bestanddelen. Daar wordt ditmaal niet het PGB genoemd. Hoe zijn de uitgaven van het PGB geweest ten opzichte van de verwachting?

Voor het pgb is geen mutatie in de voorjaarsnota opgenomen omdat de verwachting is dat het beschikbaar gestelde budget in 2011 toereikend is.