

Vergaderjaar 2007–2008

31 444 XVI

Slotwet en jaarverslag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007

Nr. 7

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 10 juni 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft over het jaarverslag 2007 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 31 444 XVI, nr. 3) de navolgende vragen ter beantwoording aan de regering voorgelegd.

Deze vragen, alsmede de daarop op 9 juni 2008 gegeven antwoorden, zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GL), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) en Vacature (algemeen).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Vendrik (GL), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Uitslag (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gil'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA), Ortega-Martijn (CU) en De Wit (SP).

Vraag 1

Waarom zijn er geen cijfers over wachtlijsten opgenomen in het jaarverslag? Kunt u een overzicht geven van de wachtlijsten bij het CIZ, bij de jeugdzorg, bij de jeugd-GGZ en de ziekenhuiszorg? Hoe komt het dat de wachtlijsten in 2007 gestegen zijn, terwijl in 2006 ook al € 100 miljoen extra is ingezet ter bestrijding van de wachtlijsten?

Antwoord op vraag 1, tevens op vraag 3 en 5.

In het jaarverslag zijn geen wachtlijstgegevens van de sectoren Verpleging en Verzorging en gehandicaptenzorg opgenomen, omdat deze nog niet beschikbaar zijn. Naar verwachting komen deze gegevens in september beschikbaar. De Kamer zal dan, net als voorgaande jaren, apart over deze uitkomsten worden geïnformeerd.

Ten aanzien van de wachtlijsten bij het CIZ blijkt uit de CIZ-gegevens van het vierde kwartaal 2007 dat 88% van het aantal aanvragen binnen zes weken wordt afgehandeld. Dat betekent dat 12% langer moet wachten dan zes weken. De staatssecretaris vindt dat teveel en dat percentage moet dan ook verder naar beneden worden gebracht. Wel moet tegelijkertijd de kanttekening worden gemaakt dat het overschrijden van de zes weken termijn niet altijd aan het CIZ te verwijten is. Juist om ten behoeve van de cliënt een aanvraag goed en zorgvuldig te kunnen beoordelen, is soms aanvullende (medische) informatie noodzakelijk van de aanvrager zelf of van zijn huisarts en/of medisch specialist. Als die noodzakelijke gegevens met vertraging aan het CIZ ter beschikking worden gesteld, is dat het CIZ niet te verwijten en kan een overschrijding van de termijn van zes weken het CIZ niet worden aangerekend. Dit neemt niet weg dat het aantal aanvragen dat na zes weken wordt afgehandeld verder terug gebracht moet worden. Het CIZ is daar van doordrongen en werkt daar hard aan.

In de brief van 1 april 2008 heeft de minister van Jeugd en Gezin de Kamer geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot de wachtlijsten in de jeugdzorg. Voor het Algemeen Overleg met de algemene commissie voor Jeugd en Gezin op 26 juni 2008 zal de Kamer nader per brief worden geïnformeerd over de voortgang van de verbeteracties om de wachtlijsten verder aan te pakken. Daarnaast bevat deze brief wachtlijstgegevens per 1 januari en 1 april 2008. De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg van 2007 worden binnenkort door GGZ Nederland gepubliceerd.

De wachttijden in de ziekenhuiszorg laten een gemengd beeld zien. Voor wat betreft poliklinieken steeg het percentage bezoeken waarbij de Treeknorm werd overschreden van 18,0% in 2006 naar 19,7% in 2007. Het aantal dagopnames en meerdaagse opnames waarbij de norm werd overschreden daalde daarentegen: Bij slechts 6,4% van de dagopnames in 2007 (7,4% in 2006) en 5,5% van de meerdaagse opnames (6,9% in 2006) werd in 2007 gemiddeld langer dan de Treeknorm gewacht (Bron: Zorgatlas, RIVM).

Vraag 2

Kan een specificatie worden gegeven van de uitgegeven middelen aan NICTIZ?

Antwoord op vraag 2.

De uitgegeven middelen in 2007 bedragen € 15 118 307 waarvan:

Basissubsidie NICITZ	€ 11 396 450
Programma toegang patiënt	€ 253 785
Programma EMD plus	€ 753 740
Programma e-spoed	€ 551 551
Subsidie opschaling LSP	€ 2 162 781

Vraag 3

Artikel 45.4: Welke waarborgen heeft u getroffen om te voorkomen dat de extra doeluitkering van € 30 miljoen voor de bestrijding van wachtlijsten in de provinciale jeugdzorg geen beloning was voor die provincies die door een inadequate uitvoering daar zelf (mede) debet aan waren? Hoe zijn de € 30 miljoen ter bestrijding van de wachtlijsten in de provinciale jeugdzorg precies besteed en hoe wordt het effect daarvan gemeten?

Antwoord vraag 3.

Zie antwoord op vraag 1.

Vraag 4

Artikel 45.1: Het doorschuiven van welke beleidsvoornemens hebben ertoe geleid dat de realisering van de verwijzindex voor 2007 € 1 miljoen lager is uitgevallen?

Antwoord vraag 4.

Eind 2006 werd duidelijk dat, op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens, voor de invoering van de verwijzindex wetgeving noodzakelijk is. Om die reden kent het project een langere doorlooptijd. Landelijke uitrol is nu gepland voor medio 2009. Dit heeft geleid tot een grotere spreiding van activiteiten, waarbij een verschuiving optreedt van 2007 naar 2008. Het ICT-systeem is in 2007 ontwikkeld en is binnen een proeftuin operationeel. Eind 2007 waren 18 gemeenten aangesloten. In 2008 wordt de proeftuin verder uitgebreid, waarbij gemeenten worden ondersteund bij de implementatie. Verder wordt in 2008 nog een aantal functionaliteiten toegevoegd, waaronder de koppeling met de gemeentelijke basisadministratie en de beheervoorziening BSN.

Vraag 5

Artikel 45.2: Kunt u specificeren tot welke reductie, in de wachtlijsten van het AMK, de extra doeluitkering van € 6 miljoen aan de Bureaus Jeugdzorg heeft geleid?

Antwoord op vraag 5. Zie antwoord op vraag 1.

Vraag 6

Artikel 41.5: Waaraan zijn de extra uitgaven van € 13,6 miljoen voor het elektronisch kinddossier besteed? Zijn er nog betalingsverplichtingen aangegaan na de gerechtelijke uitspraak over de aanbesteding van het EKD, en zo ja waaraan?

Antwoord op vraag 6.

Voor de invoering van het Elektronisch Kinddossier in de jeugdgezondheidszorg was een bedrag van ca. € 21 miljoen beschikbaar. Van dit bedrag is € 6,5 miljoen beschikbaar gesteld aan gemeenten als eenmalige uitkering tegemoetkoming in de kosten van invoering van het Elektronisch Kinddossier.

Aan de Stichting EKD.NL is voor het realiseren, beheren en onderhouden van het EKD JGZ een projectsubsidie toegezegd van € 14,3 miljoen voor de jaren 2006 tot en met 2008. Tot en met oktober 2007 zijn aan de Stichting EKD.NL voorschotten verleend tot een bedrag van € 7,9 miljoen. De Stichting heeft aangegeven dat de uitgaven naar verwachting € 3,9 miljoen bedragen, inclusief de kosten van afwikkeling van de Stichting. Dit bedrag is nog niet definitief bekend omdat de afwikkeling met de Belastingdienst nog niet heeft plaatsgevonden. De definitieve vaststelling van het projectsubsidie zal in 2008 plaatsvinden na ontvangst van de accountantsverklaring. De te veel betaalde bedragen dient de Stichting terug te storten.

Na de gerechtelijke uitspraak over de aanbesteding van het EKD is besloten een gefaseerde aanpak te kiezen. De digitalisering van de dossiers van de jeugdgezondheidszorg zal plaatsvinden door aanschaf van (bestaande) pakketten door de gemeenten/JGZ-instellingen. Uitwisseling van informatie zal plaatsvinden via de landelijke «kop». Betalingsverplichtingen zijn aangegaan aan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten voor de ondersteuning van de invoering van de digitale pakketten, in het bijzonder op de begeleiding van het bestuurlijk proces in de regio's. Voor de periode 1 februari 2008 tot en met 1 april 2009 is een subsidie toegekend van € 1 010 400. Voorts zijn aan PriceWaterhouseCoopers voor het opstellen van een advies over het EKD Jeugdgezondheidszorg én de ondersteuning bij het opstellen van eisen en standaarden waaraan de door JGZ-instellingen aan te schaffen lokale EKD-pakketten moeten voldoen opdrachten verleend tot een bedrag van € 91 200.

Vraag 7

Onlangs is er in de media ophef geweest over de inhuur van externen binnen ministeries. Kan worden aangegeven wat de meerjarige ontwikkeling is geweest van de inhuur externen? Kunnen de hoge kosten voor advisering opdrachtgevers automatisering worden verklaard? Kunt u voor uw ministerie specificeren wat u heeft gedaan aan externe inhuur, wat de specifieke opdrachten waren en welke kosten hieraan verbonden waren? Kunt u daarbij ook aangeven wat de uitgaven aan inhuur externen waren bij RIVM, NVI en CIBG? Hoe bewaakt u de uitgaven aan inhuur externen?

Antwoord op vraag 7.

Zoals in het Jaarverslag vermeld, bedroeg de post inhuur externen in 2007 € 14,9 miljoen. Dit bedrag is – zoals eveneens vermeld in het jaarverslag – exclusief de baten-lastendiensten RIVM, NVI en CIBG. In de Leeswijzer van het jaarverslag heb ik uitgelegd dat de baten-lastendiensten tot en met 2007 de kostensoorten niet administreerden op een manier die aansluit bij de definitie die het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) hanteert. Daardoor kon ik ook geen cijfers over de inhuur externen van deze baten-lastendiensten opnemen in de bijlage van het jaarverslag. Datzelfde geldt voor meerjarige cijfers.

In 2005 bedroeg de inhuur externen circa € 6,2 miljoen (exclusief de baten-lastendiensten), in 2006 was dit € 6,9 miljoen. De stijging van 2006 op 2007 van € 8 miljoen is voor het grootste deel te verklaren door twee posten. Allereerst was het aCBG niet in de cijfers over 2006 opgenomen,

maar wel in de cijfers over 2007 (€ 4,3 miljoen). Daarnaast is in de cijfers over 2007 een post van € 2,3 miljoen opgenomen voor het Elektronisch Patiëntendossier.

De kosten voor Advisering opdrachtgevers automatisering in 2007 (€ 6,3 miljoen, inclusief aCBG) worden voor het grootste deel verklaard door kosten voor regulier onderhoud aan de financiële en personele systemen van het kerndepartement (€ 1,7 miljoen), aanpassingen aan het personele systeem van het kerndepartement (€ 0,4 miljoen), aanpassingen aan het subsidiesysteem van het kerndepartement (€ 0,7 miljoen) en werkzaamheden t.b.v. het elektronisch patiëntendossier (€ 2,3 miljoen).

Vraag 8

Kunt u voor de AWBZ aangeven wat de begrote kosten over 2007 waren, en wat de uiteindelijk uitgegeven bedragen zijn geweest?

Antwoord vraag 8, tevens antwoord op vraag 112.

De begrote kosten over 2007 voor de AWBZ waren € 22 530 miljoen. Uiteindelijk is € 23 011 miljoen uitgegeven. Zie ook tabel 5 op blz. 113 van het Jaarverslag VWS 2007.

De AWBZ beslaat voornamelijk de artikelen 41 Volksgezondheid, 43 Langdurende zorg en 44 Maatschappelijke ondersteuning. Op deze artikelen hebben zich verschillende mutaties voorgedaan die zijn beschreven op blz. 104, 107 en 108 van het Jaarverslag VWS 2007.

Belangrijke mutaties van de uitgaven betreffen de overheveling van het pneumokokkenvaccin van de VWS-begroting naar het BKZ (artikel 41 Volksgezondheid), de doorwerking naar 2007 van tegenvallers in 2006 bij de AWBZ-convenantssectoren en de persoonsgebonden budgetten (beide artikel 43 Langdurige zorg). Het cijferbeeld over 2007 is nog niet definitief. Zodra het cijferbeeld over 2007 relatief stabiel is, wordt dit vermeld in de eerst volgende financiële rapportage.

Vraag 9

In het jaarverslag van het ministerie van justitie wordt op pagina 80 melding gemaakt van een overheveling binnen het beleidsartikel Jeugd van € 1 miljoen inzake een bijdrage in de zogeheten campussen (voor de intensieve scholingstrajecten van probleemjongeren). In het jaarverslag van het ministerie van SZW wordt vermeld dat er in het beleidsverslag van de minister voor Jeugd en Gezin over 2007 verslag wordt gedaan over de ontwikkelingen in 2007 op het terrein van de campussen. Binnen dit beleidsartikel is deze overheveling echter niet terug te vinden. Kunt u aangeven waar dit bedrag verwerkt is?

Antwoord op vraag 9.

De ministeries van SZW, VWS, BZK, Justitie en OCW dragen ieder in gelijke mate bij aan de middelen voor de campussen. De bijdrage van Justitie is voor 2007 overgeheveld naar het ministerie van SZW (zie eerste suppletore begroting 2007 artikel 22 activerend arbeidsmarktbeleid). Op hetzelfde artikel wordt in het jaarverslag van SZW melding gemaakt van de gerealiseerde uitgaven op het terrein van campussen. Met ingang van 2008 zijn de middelen van de begroting van SZW overgeheveld naar J&G.

Vraag 10

Kunt u aangeven welke posten in het jaarverslag betrekking hebben op dierproeven, het ontwikkelen van alternatieven voor dierproeven en/of de ontwikkeling van de kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven? Kunt u aangeven hoeveel op deze posten is uitgegeven voor dierproef-gerelateerde zaken?

Antwoord op vraag 10.

De uitgaven voor alternatieven voor dierproeven worden verantwoord op artikel 41. Hiervan is € 900 000 begroot en uitgegeven aan het ZonMW-programma Dierproeven Begrensd. Naar aanleiding van het amendement Van Velzen is het LNV-budget voor alternatieven voor dierproeven met € 900 000 verhoogd. Dit budget is via overheveling van LNV naar VWS toegevoegd aan het ZonMW-programma Dierproeven Begrensd. Hiervan is een bedrag van € 90 000 in 2007 extra uitgegeven en zal een bedrag van € 810 000 in 2008 extra worden besteed. Daarnaast is via het RIVM € 270 000 besteed aan alternatieven voor dierproeven. Ter voorbereiding van de workshops die gehouden zijn in 2008 over het Assuring Safety without Animal Testing (ASAT)-programma is in 2007 een bedrag besteed van ongeveer € 30 000.

Ter uitvoering van de moties van het lid Ouwehand over de inzet van primaten voor dierproeven (TK 30 800 XVI, nr.119) en het gebruik van ongewervelde dieren bij dierproeven (TK 30 800 XVI, nr. 111) zijn door de VWA deskstudies uitgevoerd. Hiervoor is € 56 000 beschikbaar gesteld.

Vraag 11

Kunt u aangeven wanneer de kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven naar de Kamer verstuurd zal worden? Kunt u tevens aangeven welke budgetten voor de uitwerking van deze visie gereserveerd zijn in 2008 en 2009?

Antwoord op vraag 11.

De kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven zal naar verwachting voor de zomer 2008 aan de Tweede Kamer worden toegezonden. Hierin zullen ook de budgetten, die voor de uitwerking van deze visie in 2008 en 2009 worden gereserveerd, worden vermeld.

Vraag 12

Kunt u aangeven welke patiëntenorganisaties in 2007 zijn gefinancierd door uw ministerie, met welk doel en welke bedragen hiermee gemoeid waren?

In bijgevoegd overzicht (bijlage)¹ vindt u de verschillende subsidies die het Fonds PGO in 2007 heeft verstrekt aan patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties. Deze informatie is afkomstig uit de jaarrekening 2007 van het Fonds PGO. In totaal ging het om € 36,597 miljoen, verdeeld over zo'n tweehonderdveertig organisaties en zo'n driehonderd subsidies. Patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties worden gesubsidieerd omdat ze belangrijke taken vervullen op het gebied van lotgenoten-contact, belangenbehartiging en informatievoorziening. Daarnaast worden onder andere specifieke subsidies gegeven voor het programma Zekere Zorg en voor het programma Invoering Wet maatschappelijke ondersteuning.

Deze subsidies zijn verstrekt voor de volgende doelen:

- Patiënten- en gehandicaptenorganisaties (€ 11 610 703);

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

- Ouderenorganisaties (€ 3 054 310);
- MeerJarenAfspraken Gehandicapten (MJAG; € 3 260 495);
- Koepelorganisaties (€ 3 568 970);
- Ondersteuning medezeggenschap (€ 1 549 072);
- Overige organisaties (€ 1 306 478);
- Kwaliteitstoetsingsorganisaties (€ 1 391 965);
- Innovatie (€ 3 053 007);
- Monitoring en evaluatie (€ 520 091);
- Zekere Zorg (€ 1 967 971);
- Invoering Wet maatschappelijke ondersteuning (€ 5 053 538);
- Voorlichting Zorgzwaartebekostiging (€ 260 000).

Vraag 13

Kan worden toegelicht welke resultaten in 2007 zijn bereikt in het verlagen van de administratieve lasten? Welke (tussentijdse) doelen zijn hiervoor in deze kabinetsperiode gesteld?

Antwoord vraag 13.

Bij het opmaken van de balans van het regeldrukprogramma, met als ijkdatum 1 maart 2007, is voor VWS een vermindering van administratieve lasten van ca. € 622 miljoen opgenomen, zijnde een percentage van ca. 22%.

In 2007 is door de invoering van de Geneesmiddelenwet per 1 juli 2007 de administratieve last met zo'n € 35 miljoen verminderd en wordt het jaardocument in de zorg, dat reeds voor een besparing van ca. € 26 miljoen heeft gezorgd, verder ontwikkeld.

VWS werkt, zoals eerder aangegeven in de in mei 2008 aan de Tweede Kamer gezonden voortgangsrapportage Regeldruk bedrijven (kamerstuk 29 515, volgnummer 244), en net als ieder ander departement, aan een reductieplan. Dit plan zal na het zomerreces afgerond zijn, zodat in het tweede deel van dit jaar besluitvorming tot het vaststellen van de definitieve lastenplafonds kan worden overgegaan.

In dit plan wordt bijvoorbeeld gezien welke beleidsregels van en door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kunnen worden gesaneerd. Het afschaffen van bijvoorbeeld de beleidsregel Administratieve Organisatie/Interne Controle kan leiden tot een besparing.

Ook de aanpak naar aanleiding van onderzoeken die verricht zijn naar de beleefde lasten in de cure, care en de voedselveiligheid lopen door. De verbeterpunten en irritaties zijn geïdentificeerd, en acties lopen of worden binnenkort in gang gezet. De opbrengsten die hieruit zullen volgen betreffen niet zozeer een vermindering van administratieve lasten volgens de definitie, maar dragen wel bij aan het verminderen van beleefde lasten en irritaties en dus ook aan betere dienstverlening door de overheid. Een ander voorbeeld hiervan is de aanpassing van de Drank- en horecawet. In het eerste deel van 2009 wordt een wetsvoorstel aan de Tweede Kamer aangeboden die een verlichting van de administratieve last betekent, maar zeker ook irritaties van de sector wegneemt.

Vraag 14

Hoe verhouden zich de resultaten van Zorg voor Beter tot de feitelijke gegevens in het recente inspectierapport over de verpleeghuiszorg?

Antwoord op vraag 14.

Het recente inspectierapport over de verpleeghuiszorg betreft de resultaten van de 149 vervolfbezoeken aan de meest risicovolle instellingen in de verpleeghuiszorg, die de inspectie in het kader van het gelaagd en gefaseerd toezicht heeft gebracht.

De resultaten van dit bezoek afgezet tegen de resultaten van het eerste bezoek (630 instellingen) wijst uit dat er in deze sector aandacht is voor de kwaliteit van zorg en dat daarin een positieve ontwikkeling zit. De bezochte instellingen hebben een grote stap vooruit gezet in de kwaliteit van zorg; het merendeel (116) voldoet nu aan de kwaliteitsnorm.

In het kader van Zorg voor Beter kunnen instellingen meedoen aan de verbetertrajecten op een aantal gerichte thema's, zoals decubitus, medicatieveiligheid en eten&drinken. Uit de resultaten van de verbetertrajecten blijkt dat bewustwording van en aandacht voor een positieve uitwerking hebben op de kwaliteit van (de betreffende aspecten van) zorg. Een direct verband tussen de gegevens in het inspectierapport en de resultaten van de verbetertrajecten kan eigenlijk niet gelegd worden, omdat bij het inspectiebezoek niet gekeken is of de bezochte instelling ook participeert in een verbetertraject Zorg voor Beter.

Wel kan worden geconstateerd, zowel uit het inspectierapport als uit de resultaten van verbetertrajecten Zorg voor Beter, dat bewustwording van problemen of aandachtsgebieden, én het werken hieraan een positieve uitwerking heeft op de kwaliteit van zorg.

Na juli 2008 zal de IGZ zijn gefaseerd en gelaagd toezicht met name baseren op de concrete uitkomsten van de meting van de indicatoren verantwoorde zorg. Dat betekent dat het inspectietoezicht zowel op zorginhoudelijke uitkomsten als op procesuitkomsten kan worden gericht. In Zorg voor Beter wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering met behulp van dezelfde indicatoren als in het kwaliteitskader verantwoorde zorg.

Vraag 15

Hoe is de medische zorg voor asielzoekers beoordeeld, en bestaat thans meer duidelijkheid over hoe deze zorg in de toekomst georganiseerd zal worden?

Antwoord op vraag 15.

De medisch zorg voor asielzoekers (MOA) is adequaat. De MOA is opnieuw aanbesteed. De procedure is momenteel gaande. Een aantal partijen heeft hiervoor een offerte ingediend. In juni zal het COA overgaan tot gunning. Volgens planning zal vanaf 1 januari 2009 gewerkt worden volgens het nieuwe contract.

Vraag 16

Zijn er in 2007 en 2008 prioriteiten of doelstellingen op het gebied van geestelijke verzorging gesteld en zo ja, welke?

Antwoord op vraag 16.

Nee, zorgaanbieders hebben een wettelijke taak om voor verzekerden die zijn opgenomen voldoende geestelijke verzorging te bieden. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden om dit invulling te geven liggen bij het bestuur van de instellingen. VWS stelt geen specifieke prioriteiten en formuleert geen nadere doelstellingen op het gebied van geestelijke verzorging. Wel vind ik het van belang dat kennis en informatie over geestelijke verzorging in met name de palliatieve zorg wordt vergroot. In het kader van het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg hebben Agora en de NPTN

geestelijke verzorging opgenomen in hun activiteiten. Het platform Palliatieve Zorg zal projectvoorstellen in het kader van het Plan van Aanpak beoordelen en mij hierover adviseren. Projecten in dat kader kunnen door mij worden gesubsidieerd vanuit de begrotingsmiddelen.

Vraag 17

Kan precies worden aangegeven met welke organisaties van cliënten, aanbieders en verzekeraars gesproken wordt over de vergroting van de invloed van cliënten? Kunt u aangeven wanneer de resultaten hiervan te verwachten zijn?

Antwoord op vraag 17.

In het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» van 23 mei 2008, MC-U-2 852 129, geven de staatssecretaris en ik aan hoe we de invloed van cliënten in de zorg willen vergroten. Wij stellen een combinatie van instrumenten voor. Wetgeving ter versterking van de rechtspositie, het stimuleren van initiatieven in de praktijk en de introductie van de nieuwe subsidiesystematiek voor PGO-organisaties maken onderdeel uit van de voorstellen. We streven ernaar de nieuwe pgo-subsidiesystematiek per 1 januari 2009 in te voeren. Over de nieuwe systematiek hebben we in drie bijeenkomsten met het gehele pgo-veld gesproken.

De streefdatum voor de inwerkingtreding van de wetgeving ter versterking van de rechtspositie is 1 januari 2011. Omdat de echte verbeteringen in de praktijk moeten worden gerealiseerd is de betrokkenheid van organisaties in het veld essentieel. Over de voorstellen hebben wij gesproken met de NPCF, CG-Raad, Consumentenbond, CSO, Platform VG, Landelijk Platform GGZ, LSR, LOC/LPR, BOZ, KNMG, NFU, NVZ, ACTIZ, VGN, V&VN, GGZ NL, LHV, en met ZN. Diverse andere organisaties hebben via gesprekken en brieven bijgedragen aan de standpuntbepaling. Korthedshalve verwijs ik u daarvoor naar de inhoud van het programma.

Vraag 18

Hoe hoog is het percentage zorgaanbieders in de AWBZ dat in 2007 een voldoende krijgt? Ligt u op schema om het doel dat 90% van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg krijgt? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Antwoord op vraag 18.

Om zicht te krijgen op het percentage zorgaanbieders in de AWBZ dat een voldoende krijgt voor de kwaliteit van zorg zijn met name de cliënten aan het woord. Hierom worden geregeld cliëntervaringsonderzoeken gehouden (1x in de 2 of 3 jaar).

Voor de sector VVT zijn – in het kader van het kwaliteitskader verantwoorde zorg – in 2007–2008 in fases cliëntervaringsonderzoek gehouden. De uitkomsten hiervan – evenals van de zorginhoudelijke aspecten – zullen in juli 2008 beschikbaar komen. Op dat moment heeft 47% van de zorgaanbieders in de verpleging en verzorging deze cliëntervaringsonderzoek gehouden. De uitkomst van dit onderzoek is nu nog niet bekend.

Voor de sector GZ zijn deze cliëntervaringen in het kader van het kwaliteitskader nog niet gemeten. Wel zijn bij het benchmarkonderzoek (najaar 2007) cliënten bevraagd; deze wijzen uit dat cliënten in het algemeen positief zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Wat betreft metingen van cliëntervaringen geldt dat de CQ index voor ambulante GGZ-zorg medio juni 2008 wordt opgeleverd; de structurele

toepassing hiervan, ten behoeve van toegankelijke consumenten-informatie op kiesbeter.nl, is dan ook in voorbereiding en zal naar alle waarschijnlijkheid nog dit jaar starten. Begin 2008 is ook een pre-pilot gestart voor de ontwikkeling van een CQ index voor cliënten in langdurige zorg, al dan niet in klinische setting. De resultaten van deze pre-pilot zullen meewegen bij het bepalen van het verdere ontwikkelingstempo van deze module voor langdurige zorg. Besluitvorming hierover zal in de tweede helft van 2008 plaatsvinden.

Vraag 19

Kan er een overall beeld worden gegeven van uitkomst van de 15 verschillende verbetertrajecten, waarbij 350 zorginstellingen betrokken waren, in plaats van individuele voorbeelden? Hoeveel klachten waren er precies bij de verbetertrajecten? Waar namen de klachten het meeste af en waar is er nog aandacht nodig?

Antwoord op vraag 19.

Als je de resultaten van de 15 verschillende verbetertrajecten bij elkaar legt, kun je niet anders dan constateren dat de verbetertrajecten een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg van 350 zorginstellingen. De resultaten per instelling zijn wel verschillend, evenals het «probleem» dat wordt aangepakt. De deelnemers aan de verbetertrajecten hebben ieder voor zich een plan van aanpak gemaakt, gericht op de specifieke problemen (bij een bepaald thema) in hun organisatie. Het kan voorkomen dat instellingen dezelfde problematiek hebben, maar dit belichten vanuit een ander uitgangspunt. Bijvoorbeeld omdat er sprake is van een andere doelgroep. Zo is de aanpak van problemen bij eten&drinken in de ouderenzorg gericht op terugdringen van ondervoeding, terwijl in de gehandicaptenzorg juist de aanpak gericht is op terugdringen van te veel eten (obesitas).

De meeste aandacht blijft nodig voor de ondersteuning aan instellingen om hen te helpen bij het opstellen van een verbeterplan. In de verbetertrajecten worden projectleiders van de instellingen hierin geschoold.

Vraag 20

Onder het kopje kabinetsdoelstelling geeft u aan per sector aan wat er gerealiseerd is in 2007. Er is een groot aantal rapporten geproduceerd en er zijn programma's gestart. Er zijn echter slechts 2 prestatie-indicatoren opgesteld. Zijn dit de enige prestatie-indicatoren, en zo ja, komen er nog meer? Is het mogelijk deze voor de verantwoording op jaarbasis op te stellen, zodat per jaar bekeken kan worden of de streefcijfers zijn gerealiseerd?

Antwoord op vraag 20.

In het experiment verantwoording 2007, waarin VWS als pilot-departement participeert, is ervoor gekozen om de inhoudelijke verantwoording te beperken tot de hoofdlijnen van het beleid. Daardoor is ten opzichte van het jaarverslag 2006 het aantal onderwerpen waarover verantwoording is afgelegd teruggebracht. Ik heb gepoogd om binnen het beleidsverslag zoveel mogelijk de prestatie-indicatoren aan te laten sluiten bij de besproken beleidsprioriteiten. Daardoor heeft er een selectie plaatsgevonden op basis van dit criterium, en zijn er minder prestatie-indicatoren opgenomen in het jaarverslag 2007 ten opzichte van het jaarverslag 2006. In het beleidsverslag 2007 zijn overigens elf prestatie-indicatoren opgenomen in plaats van de door u genoemde twee indicatoren.

In het beleidsprogramma «Samen werken, samen leven» zijn de kabinetsprioriteiten op het terrein van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor deze kabinetsperiode vastgelegd. In de begroting 2008 heb ik prestatie-indicatoren opgenomen om de voortgang van deze kabinetsdoelstellingen meetbaar te maken. Hetzelfde geldt voor de departementsspecifieke prioriteiten. Over het jaar 2007 waren echter nog niet voor alle prioriteiten relevante prestatie-gegevens beschikbaar. De komende periode zal ik nagaan of voor alle prioriteiten prestatie-indicatoren kunnen worden opgenomen. Ik merk op dat dit waarschijnlijk niet voor alle prioriteiten zal lukken. Immers, sommige prioriteiten laten zich niet zo makkelijk vertalen naar prestatie-indicatoren.

Een voorbeeld hiervan is onderdeel D van kabinetsdoelstelling 45 die luidt dat de rechten en plichten van patiënten en cliënten in 2011 wettelijk zullen worden vastgelegd. In dit geval is geen tussentijdse streefwaarde mogelijk, omdat het uiteindelijke doel slechts 2 mogelijkheden kent (de wet is wel of niet gerealiseerd).

Vraag 21

Hoeveel zorginstellingen hebben gebruik gemaakt van de NZa beleidsregel CA-271, incidentele middelen doelmatigheid verpleeghuiszorg? In welke mate is gebruik gemaakt van deze beleidsregel? Hoeveel extra medewerkers zijn hiermee ingezet?

Antwoord op vraag 21.

De verdeling van de € 63 miljoen extra middelen in 2007 was gebaseerd op de aanwezigheid van zzp's 7 tot en met 10, zoals opgegeven in juli 2007. Bij bijna alle verpleeghuizen zijn cliënten met een dergelijke zorgzwaarte aanwezig. Er is dus in ruime mate gebruik gemaakt van deze beleidsmaatregel.

Vraag 22

Zijn voor alle sectoren de indicatoren nu ingevoerd om cliënttevredenheid te kunnen meten? Wat is de stand van zaken ten aanzien van de prestatie-indicatoren?

Antwoord op vraag 22.

De VVT is het verst gevorderd bij de invoering van indicatoren om de cliëntervaringen in kaart te brengen. De GZ en GGZ zijn bezig met de ontwikkeling van het instrument.

Voor de sector VVT zijn – in het kader van het kwaliteitskader verantwoorde zorg – in 2007–2008 in fases een cliëntervaringsonderzoek gehouden. De uitkomsten hiervan – evenals van de zorginhoudelijke aspecten – zullen in juli 2008 beschikbaar komen. Op dat moment heeft 47% van de zorgaanbieders in de verpleging en verzorging deze cliëntervaringsonderzoek gehouden. De uitkomst van dit onderzoek is nu nog niet bekend.

Voor de sector GZ zijn deze cliëntervaringen in het kader van het kwaliteitskader nog niet gemeten. Wel zijn bij het benchmarkonderzoek (najaar 2007) cliënten bevraagd; deze wijzen uit dat cliënten in het algemeen positief zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Er is voor de tweedelijns GGZ en verslavingszorg een vaste prestatie-indicatorenset beschikbaar; alle instellingen zijn voor het komende Jaar-document Maatschappelijke Verantwoording verplicht om de gevraagde data aan te leveren. Publicatie van de resultaten is in voorbereiding.

Wat betreft metingen van cliëntervaringen geldt dat de CQ index voor ambulante GGZ-zorg medio juni 2008 wordt opgeleverd; de structurele toepassing hiervan, ten behoeve van toegankelijke consumenten-informatie op kiesbeter.nl, is dan ook in voorbereiding en zal naar alle waarschijnlijkheid nog dit jaar starten. Begin 2008 is ook een pre-pilot gestart voor de ontwikkeling van een CQ index voor cliënten in langdurige zorg, al dan niet in klinische setting. De resultaten van deze pre-pilot zullen meewegen bij het bepalen van het verdere ontwikkelingstempo van deze module voor langdurige zorg. Besluitvorming hierover zal in de tweede helft van 2008 plaatsvinden.

Vraag 23

Hoeveel instellingen hebben te maken met incidenten omtrent medicatie? Bij hoeveel verzorgings- en verpleeghuizen was er sprake van incidenten met medicatie? Geldt de reductie van meer dan de helft bij alle instellingen of slecht bij één instelling?

Antwoord op vraag 23.

Medicatieveiligheid is een overkoepelend thema in alle zorgsectoren. Zo heeft ook de VVT-sector in het in november 2007 opgestelde plan veilige zorg medicatieveiligheid als onderwerp opgenomen. Eén van de indicatoren in het kwaliteitskader verantwoorde zorg VV&T betreft medicatieveiligheid (incidentenmeting). In juli 2008 komen de gegevens beschikbaar van de metingen van het kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT.

De resultaten van het verbetertraject medicatieveiligheid Zorg voor Beter wijzen uit dat reductie van de incidenten bij alle deelnemende instellingen in dit verbetertraject gerealiseerd is; oplopend tot een halvering van incidenten in sommige instellingen. Genoemd kan worden: door dubbele check op het uitzetten en toedienen van medicijnen neemt aantal incidenten af, evenals door meer zorgvuldigheid bij voorschrijven van medicatie (bv elektronisch voorschrijven van medicijnen, en compleetheid medicijnbriefje). Daarnaast is de informatie aan cliënten verbeterd, wordt nagegaan of cliënten zelf hun medicatie kunnen beheren en toedienen en krijgt de scholing van medewerkers meer aandacht. Door het systematisch aandacht besteden aan (bijna) fouten rond medicatie blijkt ook het aantal mip/fona-meldingen toe te nemen (toename transparantie) en wordt binnen de instellingen meer aandacht besteed aan de afhandeling van deze meldingen.

Vraag 24

Wat is er gedaan met het budget dat beschikbaar is gesteld voor de 5000–6000 extra paar handen aan het bed? Wat gaat u doen om er voor te zorgen dat deze extra medewerkers ook komen?

Antwoord op vraag 24.

Het extra budget ad € 248 miljoen om meer en kwalitatief betere zorg te leveren wordt voor 1 juli voor 75% door de NZa aan de hand van het aantal cliënten met ZZP's 5 tot en met 10 verdeeld over de instellingen die verpleeghuiszorg leveren. Als de ZZP's definitiever vaststaan dan thans wordt ook de laatste 25% verdeeld. De instellingen kunnen hierdoor meer zorgpersoneel in dienst nemen. In 2009 zal ik een meting naar de groei in 2007 en 2008 van het aanwezige personeel doen.

Vraag 25

Is het aantal kleine instellingen in 2007 veranderd ten opzichte van de jaren daarvoor? Zo ja, is het aantal toe- of afgenomen en met hoeveel?

Antwoord op vraag 25.

In september 2007 is de NZa monitor «Extramurale AWBZ-zorg, analyse van marktontwikkelingen in 2006–2007» verschenen. Uit deze monitor blijkt dat het totaal aantal extramurale aanbieders licht is gedaald van 2005 op 2006 (van 1 208 naar 1 178). Het aantal aanbieders met een marktaandeel minder dan 1% is gedaald van 795 naar 759. Het aantal aanbieders met een marktaandeel van 1–25% is licht gestegen van 384 naar 394 aanbieders.

Vraag 26

U geeft aan dat er sprake moet zijn van een juiste balans tussen de handen aan het bed en de sturing en organisatie door het management. Kunt u aangeven wie bepaalt welke balans de juiste is en wat de consequenties zijn als deze niet de juiste is?

Antwoord op vraag 26.

Er is geen norm voor de balans tussen handen aan het bed en «overhead». De zorginstelling is hiervoor verantwoordelijk en bepaalt zelf hoe de verdeling is tussen management en uitvoerend personeel (op de werkvloer). Zo kan ook het beste worden aangesloten bij de lokale situatie.

Vraag 27

Is er een plan van aanpak geschreven om de kennis opgedaan in het programma Sneller Beter een vervolg te geven? Waarom wordt het niet voortgezet?

Antwoord op vraag 27.

Het Programma Sneller Beter was eenmalig en is van het begin af aan tijdelijk van aard geweest. Na afloop van elk deeltraject is voorzien in overname door en voortzetting bij de betrokken organisaties en beroepsbeoefenaren. In feite is dus voorzien in het in de vraag genoemde plan van aanpak. Ook voert het Nivel, onder regie van ZonMW, een wetenschappelijke evaluatiestudie uit. In oktober 2008 worden deze resultaten en de «lessons learned» van de 24 ziekenhuizen op het eindcongres gepresenteerd. Het is nu aan veldpartijen om dit op te pakken en van elkaars best practices te blijven leren. Zo verschijnen nog artikelen in diverse wetenschappelijke en beroepsbladen. Alle binnen Sneller Beter ontwikkelde werkwijzen en instrumenten blijven via de websites van de aangesloten partners beschikbaar.

Vraag 28

Wat betekent de constatering dat het project screening op ondervoeding op vrijwel alle afdelingen voor verpleegkundige anamnese en behandeling goed valt in te voeren en het herstel van patiënten versnelt? Wordt dit project daadwerkelijk ingevoerd?

Antwoord op vraag 28.

Binnen het veiligheidsprogramma voor de ziekenhuizen «Voorkom schade, werk veilig» van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van medisch specialisten, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) is reduceren van vermijdbare onbedoelde schade op tien inhoudelijke thema's een belangrijk doel. Eén van deze thema's is het voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt met specifieke aandacht voor onder andere het voorkomen en verhelpen van ondervoeding. In januari dit jaar zijn expertgroepen gestart op verschillende thema's. Zij stellen de doelstelling, interventies en meetinstrumenten op per thema. De betrokken partijen streven ernaar dit voor de tien thema's in juni 2009 gereed te hebben. Monitoring en toezicht/handhaving op dit onderwerp zal door de IGZ plaatsvinden. Het project wordt dus daadwerkelijk ingevoerd (of beter gezegd, uitgevoerd).

Vraag 29

Waarom wordt gesteld dat de ruimte voor vrije prijsvorming zo snel mogelijk zal worden vergroot, «afhankelijk van verdere bevindingen bij de vrije prijsafspraken over kwaliteit en prijs van het zorgaanbod» terwijl in het regeerakkoord staat dat verdere stappen met vrije prijsvorming in de planbare zorg alleen mogelijk zijn na «zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid». Is er een wijziging opgetreden ten aanzien van de voorwaarden waaronder de uitbreiding van vrije prijsvorming zal plaatsvinden?

Antwoord op vraag 29.

Nee, de voorwaarden zijn niet gewijzigd. Iedere vervolgstap op weg richting vrije prijsvorming zal gebaseerd zijn op een zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid.

Vraag 30

Waarom wordt gesteld dat stapsgewijs wordt toegewerkt naar een bekostigingssysteem waarin geleverde zorg centraal staat en prijzen van DBC's primair worden vastgesteld in onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars «al dan niet in combinatie met een maatstaf als overgangsinstrument naar vrije prijzen», terwijl in het regeerakkoord is afgesproken dat voor het niet vrijegegeven deel van de ziekenhuiszorg dat zich leent voor onderhandelingen over de DBC-prijzen in de tussentijd het instrument van maatstafconcurrentie zal worden gehanteerd? Wordt overwogen het instrument van maatstafconcurrentie niet meer te hanteren?

Antwoord op vraag 30.

In mijn brief «Waardering voor betere zorg» van 13 juni 2007 heb ik aangegeven het instrument van maatstafconcurrentie in te willen zetten vanaf 2009. In de zinsnede «al dan niet in combinatie met een maatstaf als overgangsinstrument naar vrije prijzen» heeft het «niet» betrekking op het vrije B-segment, dat niet onder de maatstaf gebracht zou worden.

Op 28 mei 2008 heb ik u met mijn brief «Waardering II» bericht over het gewijzigde overgangstraject van budgetfinanciering naar prestatiebekostiging. Daarin heb ik aangegeven dat ik de WMG zal aanpassen om een maatstafstelsel/prijsbeheersingsinstrument mogelijk te maken, en dit zal inzetten wanneer ik dat noodzakelijk acht. In de aangepaste plannen

is het bij blijvend positieve resultaten met betrekking tot prijs, volume en kwaliteit in het B-segment denkbaar dat een maatstafstelsysteem niet daadwerkelijk wordt toegepast. Echter, de veldpartijen zijn zich bewust van het feit dat een maatstafstelsysteem toegepast kan worden en zullen de noodzaak voelen binnen de financiële en kwalitatieve kaders te blijven. Hiermee bewijst de maatstaf wel degelijk zijn waarde.

Vraag 31

Wanneer kunnen verdere bevindingen over de vrije prijsvorming worden verwacht; m.a.w. wanneer komt de NZa met een monitor?

Antwoord op vraag 31.

De Monitor Ziekenhuiszorg 2008 van de NZa verwacht ik in juli 2008.

Vraag 32

In de beleidsagenda 2008 is toegezegd dat uiterlijk in 2011 het aantal vermijdbare fouten en het aantal vermijdbare doden met de helft is teruggebracht ten opzichte van 2006; dat betekent concreet een vermindering van 15 000 gevallen van vermijdbare schade per jaar. Waarom wordt nu als prestatie-indicator een daling van 50% (15 000 gevallen) voor 2012, in plaats van 2011 gepresenteerd?

Antwoord op vraag 32.

Op 14 mei 2007 (Kamerstuk 31 016, nr. 8) heb ik uw Kamer voor het eerst geïnformeerd over het Actieplan Veilige zorg en de activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid. Hierbij gaf ik aan dat mijn ambitie is het aantal vermijdbare incidenten in de curatieve zorg met 50% te reduceren in vijf jaar. Het gaat daarbij om de reductie van de vermijdbare schade, inclusief de vermijdbare doden. De betrokken ziekenhuispartijen hebben op 12 juni 2007 aangegeven dat ze deze ambitie delen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van medisch specialisten, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) hebben het veiligheidsprogramma voor de ziekenhuizen «Voorkom schade, werk veilig» opgesteld om deze doelstelling te behalen. Dit programma is gestart in januari 2008 en eindigt formeel eind 2012. Het programma focust op het reduceren van vermijdbare onbedoelde schade op tien inhoudelijk thema's en op het implementeren van het veiligheidsmanagement systeem (VMS) in alle ziekenhuizen. Na vijf jaar, eind 2012 dus, zal bekeken worden wat het daadwerkelijke effect op de veiligheid voor patiënten is geweest en of de doelstelling behaald is.

Vraag 33

Hoeveel gevallen van vermijdbare schade in de curatieve zorg waren er in 2007? Licht u op schema om het doel voor 2012 van een maximaal aantal van 15 000 gevallen te behalen?

Antwoord op vraag 33.

In 2007 is geen meting uitgevoerd die vergelijkbaar is met het EMGO/Nivel onderzoek in 2006. Het programma «Voorkom schade, werk veilig» van de betrokken ziekenhuispartijen is in januari 2008 van start gegaan. Het programma bestaat uit twee pijlers. In de eerste pijler zijn tien inhoudelijke thema's benoemd, waarbij de verwachting is dat veel winst te behalen is op reduceren van vermijdbare schade. Over de eerste vier

inhoudelijke thema's (het voorkomen van ziekenhuisinfecties na operaties, het voorkomen van schade bij patiënten door sepsis (=bloedvergiftiging), het herkennen van patiënten met bedreigde vitale functies en het voorkomen van medicatiegerelateerde fouten) worden na komende zomer conferenties gehouden, waarbij «good practices» beschikbaar worden gesteld en kennis wordt gedeeld. Hierbij worden ook proces- en vooral uitkomstindicatoren ontwikkeld, waarmee de voortgang gemeten kan worden. Voor wat betreft alle tien de thema's moet dit in juni 2009 gereed zijn. De tweede pijler focust op de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem in alle ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen zullen in 2008 over een veiligheidsmanagementsysteem moeten beschikken. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) brengt eind 2008 een bezoek aan alle ziekenhuizen om dit te toetsen. Daarnaast zal de IGZ vanuit haar rol als toezichthouder monitoren of de vermijdbare onbedoelde schade in de Nederlandse ziekenhuizen in vijf jaar afneemt met 50% en of de resultaten op de pijlers worden behaald.

Vraag 34

Wanneer kan wetgeving ter versterking van de positie van de patiënt precies verwacht worden?

Antwoord op vraag 34.

Wij willen de voorgenomen wetgeving om de rechtspositie van cliënten uit te breiden, na de advisering door de Raad van State, in het voorjaar van 2009 bij uw Kamer indienen. We streven er naar om de wetgeving uiterlijk per 1 januari 2011 in werking te laten treden. Kortheidshalve verwijs ik naar het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» van 23 mei 2008 (MC-U-2852129), waarin de contouren voor de wetgeving worden geschetst.

Vraag 35

Kent de regering de bestaande feitelijke gegevens over kleinschalige woonvormen en welk aantal kleinschalige woonvormen wil de regering in 2011 bereikt hebben?

Antwoord op vraag 35.

De gegevens over het aantal kleinschalige woonvormen zijn niet systematisch beschikbaar.

Voor het volgen van de ontwikkelingen op het gebied van kleinschalig wonen voor mensen met dementie wordt uitgegaan van de gegevens van het Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen Zorg. De gegevensverzameling vindt bij dit kenniscentrum plaats op basis van enquêtes bij de instellingen en meldingen van initiatiefnemers en vindt dus plaats op vrijwillige basis. Dit betekent dat er een goed beeld is van de ontwikkelingen, maar dat er geen feitelijke gegevens over absolute aantallen beschikbaar zijn. Om te controleren of het beleid van stimuleren van kleinschalig wonen voor mensen met dementie succesvol is, kan worden volstaan met periodiek, bijvoorbeeld eenmaal per twee jaar, in aanvulling op de beschikbare gegevens van het kenniscentrum, een quick scan uit te voeren. Ik wil een teveel aan administratieve lasten als gevolg van (te) nauwgezette registratie voorkomen. Het ministerie monitort daarom niet zelf.

Het doel van het beleid voor kleinschalig wonen is, een evenwichtige verdeling van alle vormen van zorg met verblijf te bereiken die het voor de cliënt mogelijk maakt keuzes te maken. Het is daarbij niet noodzakelijk

de precieze capaciteit van kleinschalige woonvormen op een bepaald moment te kennen.

Op basis van de genoemde beschikbare gegevens van het Kenniscentrum zullen er in 2010 circa 12 100 plaatsen beschikbaar zijn, een jaarlijkse groei van circa 1 500 plaatsen. Op basis van deze groeicijfers komt een raming voor 2011 uit op 13 600 plaatsen. Dit is dus geen streefgetal maar een verwachting.

Vraag 36

In 2007 zijn in de AWBZ de eerste stappen gezet met betrekking tot regel-druk aanpakken en onnodige bureaucratie voorkomen. Is dit terug te vinden in de mening van de patiënten, cliënten en zorgprofessionals? Zijn deze positiever over de AWBZ-zorg en de regelgeving hieromtrent?

Antwoord op vraag 36.

Zoals in de vraagstelling is aangegeven zijn in 2007 de eerste stappen gezet. In algemene zin zijn cliënten en zorgprofessionals tevreden dat dit onderwerp hoog op de agenda wordt gezet en de communicatie vanuit VWS is verbeterd onder meer via het meldpunt. Cliënten en zorg-professionals willen echter concrete resultaten in de praktijk zien.

Voor cliënten gaat het dan om het indicatieproces en de aanvraagproce-dures. Regelhulp.nl is beschikbaar gekomen en dit is positief ontvangen. Een volgende stap kan worden gezet als de resultaten van het traject tot verbetering van de indicatiestelling beschikbaar komen. Aan de hand van de pilots kunnen hier concrete stappen worden gezet.

Bij de professionals is nog geen omslag zichtbaar in de beleving van de bureaucratische last. Weliswaar zijn de eerste resultaten bereikt door de introductie van het jaardocument maatschappelijke verantwoording. Verdere stappen zijn echter nodig om deze omslag in beleving te reali-seren. Op korte termijn wordt ingezet op de vereenvoudiging van het inkoopproces en het hanteren van uniforme kaders bij bijvoorbeeld kwali-teit. Bij de zorginkoop 2009 kan hierbij gebruik worden gemaakt van de kwaliteitskader verantwoorde zorg. Bureaucratische last voor de zorgver-leners komt niet alleen voort uit de overheid. Het management van zorg-instellingen dient ook terughoudend te zijn in het uitvragen van haar medewerkers en het opleggen van regels en procedures. Dat geldt ook voor zorgkantoren. Hierover worden afspraken gemaakt in het kader van de invoering van zorgzwaartebekostiging.

Vraag 37

Wat voor soort banen zijn er de afgelopen zes jaar in de zorg gecreëerd?

Antwoord op vraag 37.

Door de toenemende zorgvraag is de vraag naar personeel vanuit de zorgsector de afgelopen zes jaar sterk toegenomen. Bij de extra banen die er in de zorgsector bijgekomen zijn, gaat het dan ook om een afspiegeling van het totale personeelsbestand: zowel hoog als laag geschoold perso-neel, zowel direct zorgverlenend als ondersteunend personeel.

Vraag 38

Kan aangegeven worden op welke wijze de werving heeft plaatsgevonden onder bevolkingsgroepen die tot op heden ondervertegenwoordigd zijn in de zorgsector? Om welke bevolkingsgroepen gaat het?

Antwoord op vraag 38.

VWS stimuleert de werving van verschillende bevolkingsgroepen voor de zorgsector via de regionale proefprojecten (gericht op werkzoekende laag opgeleiden en niet-uitkeringsgerechtigden) en specifieke projecten voor allochtone vrouwen. De projecten worden op lokaal en regionaal niveau uitgevoerd. Daarbij zijn meerdere partijen betrokken, die nauw met elkaar samenwerken: zorginstellingen, gemeenten, UWV/CWI, ROC's. De vraag naar personeel vanuit de zorginstelling is leidend. Vervolgens worden geschikte kandidaten door de gemeenten het UWV en het CWI geselecteerd. Daarbij wordt bezien welk opleidingstraject gewenst is om het vereiste kwalificatieniveau te bereiken. Voor het opleidingstraject wordt het ROC gevraagd maatwerk te leveren.

Vraag 39

Hoe ontwikkelde zich in studiejaar 2007–2008 de instroom in de zorgopleidingen op mbo en hbo-niveau ten opzichte van eerdere jaren?

Antwoord op vraag 39.

In de twee bijgaande tabellen worden u de instroomgegevens in de relevante gezondheidszorg opleidingen van de afgelopen twee jaar gepresenteerd. Uit de twee tabellen blijkt een groei aan instroom van studenten in de gezondheidszorg opleidingen zowel in het mbo en hbo.

MBO-Opleiding	2006	2007
Verpleegkundige (niveau 4)	6 684	7 375
Verzorgende (niveau 3)	9 438	9 805
Helpende (niveau 2)	7 192	9 455
Apothekersassistent (niveau 4)	1 211	1 051
Tandartsassistent (niveau 4)	617	696
Doktersassistent (niveau 4)	1 343	1 392
Zorghulp (niveau 1)	1 352	1 211
Totaal	27 837	30 985

Bron CFI

HBO-Opleiding	2006	2007
ad praktijkondersteuner in de zorg		23
b antroposofische gezondheidszorg	135	151
b audiologie	21	18
b farmakunde	80	95
b huidtherapie	96	99
b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken	367	355
b mondzorgkunde	282	296
b oefentherapeut mensendieck	29	34
b oefentherapie cesar	66	76
b opleiding bewegingsagogie/psychomotorische therapie	83	110
b opleiding podotherapie	63	95
b opleiding tot fysiotherapeut	2 257	2 530
b opleiding tot verpleegkundige	3 561	3 594
b opleiding tot verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg	26	
b opleiding voor ergotherapie	506	394
b opleiding voor logopedie	645	678
b optometrie	72	96
b orthoptie	34	55
b voeding en diëtetiek	682	714

HBO-Opleiding	2006	2007
m advanced nursing practice	225	242
m physician assistant	75	79
Totaal	9 305	9 761

Bron HBO-raad
ad = associate degree
b = bachelor
m = master

Vraag 40

Hoe wordt bereikt dat de niet aangewende middelen voor om-, her- en bijscholing van thuishulpen beschikbaar blijven voor de zorgarbeidsmarkt? Is de subsidieregeling niet te complex of te bureaucratisch, waardoor vertraging ontstaat of de uitvoeringskosten hoog zijn?

Antwoord op vraag 40.

Ik heb u in mijn brief van 20 december 2007 (29 538, nr. 68) geïnformeerd over de besteding van de middelen in 2007. Uit hoofde van de Comptabiliteitswet (in casu het verplichtingen-kasstelsel) vallen onbestede middelen in enig jaar vrij voor het financieringssaldo. De niet aangewende middelen 2007 zijn dus niet beschikbaar gebleven voor de arbeidsmarkt van de zorg. Bij het ontwerpen van een subsidieregeling dien ik rekening te houden met allerlei regels. Binnen het kader van deze regels heb ik getracht een en ander zo simpel mogelijk te houden. Overigens heb ik bij het ontwerpen van de nieuwe subsidieregeling voor 2008 voor het behoud van medewerkers in de thuiszorg (waarover u met de derde voortgangsrapportage Wmo bent geïnformeerd) zoveel mogelijk rekening gehouden met de ervaringen van de subsidieregeling in 2007. Naar mijn mening is een subsidieregeling een adequaat instrument om het behoud van de (thuis)zorgmedewerkers voor de zorg mogelijk te maken.

Vraag 41

Hoeveel van de 500 ontslagen medewerkers van thuiszorginstellingen zijn behouden voor de zorg?

Antwoord op vraag 41.

Ik heb op dit moment niet de beschikking over deze cijfers. Het Mobiliteitscentrum Thuiszorg (MCT) inventariseert op dit moment de resultaten. Veel van deze trajecten lopen immers nog. Wanneer deze informatie beschikbaar is, zal ik u deze toesturen.

Vraag 42

Er wordt aangegeven aan dat er tien regionale platforms zijn opgericht om de afstemming tussen de beroepspraktijk en het opleiden van verplegend en verzorgend personeel te verbeteren. Wat zijn de resultaten van deze platforms, en worden deze geëvalueerd?

Antwoord op vraag 42.

De tien platforms zijn in 2007 gestart en hebben een looptijd van drie jaar. In 2008 is het verder uitgebreid met nog een achttal platforms, zodat er sprake is van landelijke dekking. Inmiddels zijn alle platforms operatio-

neel. Deelnemende partijen aan de platforms zijn zorginstellingen, ROC's, hogescholen en Calibris. Eind 2008 is er een eerste uitgebreide inhoudelijke evaluatie. Deze wordt verzorgd door Regioplus, die namens de regio's de contacten met VWS onderhoudt.

Vraag 43

Er wordt aangegeven dat het aangenomen amendement Joldersma/ Bussemaker (30 800 XVI, nr. 68) is uitgevoerd. Dit betekent dat er financiële middelen beschikbaar kwamen die ingezet konden worden voor om-, her- en bijscholing van huishulpen. Kunt u aangeven wat de effecten waren binnen de instellingen die deze subsidies hebben ontvangen en of de huishulpen voor de zorg beschikbaar zijn gebleven?

Antwoord op vraag 43.

De verantwoording van de wijze waarop de subsidies aan de 18 thuiszorginstellingen zijn ingezet, heeft nog niet plaatsgevonden. De thuiszorginstellingen dienen medio 2008 hun verzoek tot vaststelling van subsidie bij VWS in te dienen. Met de derde voortgangsrapportage Wmo bent u hierover geïnformeerd.

Vraag 44

Wat waren de kosten van de 6 projecten gericht op het toepassen van domotica en arbeidsbesparende technologie en wat waren de overige voorstellen/aanbevelingen om de kwaliteit en productiviteit van de zorg te verbeteren?

Antwoord op vraag 44.

Twee van de zes projecten zijn inmiddels afgerond en vier van de zes projecten bevinden zich in de afrondende fase. Voor de genoemde onderzoeken wordt subsidie verleend voor een maximum bedrag van € 523 984. Pas als alle onderzoeken definitief zijn kan het totale subsidiebedrag worden vastgesteld. Bij vijf van de zes genoemde projecten wordt door Hogescholen onderzoek gedaan naar de toepassing van verschillende soorten (arbeidsbesparende) technologie in de zorg. Het zesde project is gericht op de toepassing van domotica in kleinschalige groepswooningen voor cliënten met dementie. De conclusies en aanbevelingen om de kwaliteit en productiviteit van de zorg te verbeteren zijn vooral gericht op de verdere invoer van domotica/arbeidsbesparende technologie te weten:

- De toepassing van domotica blijkt een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van leven van cliënten met dementie. Hier moet op grotere schaal mee worden doorgegaan.
- Door de toepassing van domotica in kleinschalige groepswooningen voor cliënten met dementie kan er door slimme alarmopvolging personeel worden bespaard, vooral in de nacht.
- Om de opschaling van de toepassing van domotica te bewerkstelligen is het van belang dat er goed wordt gekeken naar mogelijk belemmerende wet- en regelgeving. Dit punt staat in het opgerichte Zorginnovatieplatform (ZIP) expliciet onder de aandacht.
- Bij de invoering van domotica is het van belang dat er aandacht wordt besteed aan de opleiding van het personeel dat uiteindelijk met de toegepaste apparatuur moet gaan werken. Het personeel moet dan ook bij de ontwikkeling van domotica moeten worden betrokken.

Bij de invoering van domotica in combinatie met kleinschalige woonvormen moet er goed worden gekeken naar de financieringsmogelijkheden. Op het terrein van kleinschalige woonvormen is hiernaar een onderzoek gestart.

Vraag 45

Welke specifieke voorlichting om gezond gedrag te bevorderen is gegeven in de richting van laag opgeleide mensen?

Antwoord op vraag 45, tevens op vraag 46.

Gezondheidsbevordering is vooral gericht op jongeren en op mensen die ongezond leven. Voor zover dat laag opgeleiden of allochtonen zijn, is het beleid dus op hen gericht. Bij het debat over de begroting van VWS is een motie-Van der Veen aangenomen (TK 31 200 XVI, nummer 49) waarin wordt overwogen dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland groot zijn en dat op dit moment onvoldoende beleid bestaat dat gericht is op het verkleinen daarvan.

Binnenkort zult u mijn eerste reactie hierop ontvangen waarbij ik eveneens de door de kamer aangenomen motie-Arib (TK 31 316, nr. 15) zal betrekken. Met deze motie vraagt u ten eerste om een nota, waarin wordt ingegaan op de verschillen in het voorkomen van gezondheidsproblemen en ziektebeelden bij verschillende bevolkingsgroepen, op de oorzaken van verschillen in zorgconsumptie en de toegankelijkheid van de zorg voor verschillende bevolkingsgroepen. En ten tweede vraagt u om een plan van aanpak gericht op het wegnemen van de gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen.

Vraag 46

Welke maatregelen zijn genomen om gezond gedrag te bevorderen en overgewicht terug te dringen, gericht op allochtone bevolkingsgroepen?

Antwoord op vraag 46.

Zie antwoord op vraag 45.

Vraag 47

Wat heeft het Convenant Overgewicht bereikt in 2007 met betrekking tot het aantal mensen met overgewicht en kennis over (gezonde) voeding en wat is het doel voor 2010?

Antwoord op vraag 47.

Zie antwoord op vraag 71.

Vraag 48

Figuur 2 laat zien dat de afgelopen jaren het aantal niet-rokers als percentage van de bevolking gelijk is gebleven, hoe verhoudt zich dit tot de conclusie op deze zelfde pagina dat het aantal rokers verder is teruggelopen de afgelopen jaren?

Antwoord op vraag 48

De grafiek en conclusie lijken een ander beeld te geven, maar het gaat hier over verschillende jaartallen. De grafiek loopt tot halverwege 2006. De conclusie is gebaseerd op gegevens vanaf 2006. De gemiddelde prevalentie rokers in 2006 was 28,2%. In 2007 is dit gedaald tot 27,5%. Als gekeken wordt naar de laatste kwartalen lijkt de dalende lijn zich voort te zetten. Eind 2007 was de prevalentie rokers 26,9% en voor het eerste kwartaal van 2008 was dit nog verder gedaald naar 26%. De afname van

0,7% volgens de laatste gemiddelde prevalentiecijfers van 2006 (28,2%) en 2007 (27,5%), betekent dat in 2007 ruim 100 000 mensen minder roken dan in 2006.

Vraag 49

Welke resultaten zijn behaald met Bewegen op recept? Wanneer kan worden besloten de beweegkuur op te nemen in het basispakket? Welke voorwaarden ten aanzien van kosteneffectiviteit en budgettaire inpasbaarheid worden daarbij gehanteerd?

Antwoord op vraag 49.

Aan de hand van bestaande literatuur en bestaande projecten (als Big Move in Amsterdam, Van Klacht naar Kracht in Rotterdam en Bewegen op Recept in Den Haag), is begin 2008 het prototype van de Beweegkuur gereed gekomen. Het project is vooralsnog bedoeld voor mensen met diabetes of een verhoogd risico hierop. Een centrale rol is daarbij weggelegd voor de leefstijladviseur. Het prototype wordt nu met subsidie van VWS in een aantal regio's uitgetest op werkbaarheid en toepasbaarheid. In totaal gaan 800 mensen in 2008 in de pilotregio's deelnemen.

De Universiteit van Maastricht doet de procesevaluatie. Eind 2008 moet de Beweegkuur zover zijn ontwikkeld en uitgetest dat deze in wetenschappelijk onderzoek getoetst kan worden op (kosten)effectiviteit. Dat onderzoek is nodig om antwoord te geven op de vraag of de Beweegkuur voldoende kosteneffectief is om voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking te komen. ZonMW coördineert dit onderzoek naar de individuele effecten op onder meer beweeggedrag en overgewicht.

Het RIVM rondt binnenkort een onderzoek af naar wereldwijd beschikbare, wetenschappelijke informatie ter onderbouwing van de relatie tussen bewegen en gezondheid voor de gekozen doelgroep. De resultaten daarvan vormen een deel van de bewijsvoering en worden in de eindversie van de beweegkuur verwerkt. Verwachting is dat het Kabinet in het voorjaar van 2011 een beslissing kan nemen voor opname van de beweegkuur in het basispakket per 2012.

De budgettaire inpasbaarheid is afhankelijk van de algehele budgettaire ruimte op het moment van besluitvorming.

Vraag 50

Zijn de prestatie-indicatoren die voor 2007 waren opgesteld, te weten «54,5% mensen zonder overgewicht» en «89,3% aantal niet zware drinkers ouder dan 12 jaar» in 2007 bereikt?

Antwoord op vraag 50.

De in de tabel «Prestatie-indicatoren» opgenomen cijfers van 54,5% (percentage mensen zonder overgewicht) en 89,3% (percentage mensen ouder dan 12 jaar dat geen zware drinker is) zijn gerealiseerd. Het zijn de meest recente cijfers van het CBS uit 2007. Het betreft in beide gevallen zelfrapportage.

Vraag 51

Hoe kan verklaard worden dat het aantal vrijwilligers tussen 2000 en 2005 is gedaald van 35% naar 33%?

Antwoord op vraag 51.

Cijfers over deelname aan vrijwilligerswerk komen uit verschillende onderzoeken die verschillende definities, verschillende onderzoeksmethoden en verschillende uitvoerders gebruiken. Zo kan het ene onderzoek een kleine daling constateren terwijl het andere een lichte stijging vaststelt. Goed inzicht in de werkelijke ontwikkeling ontstaat door de uitkomsten van meerdere onderzoeken over een lange(re) reeks van jaren te vergelijken.

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft dat op mijn verzoek gedaan en concludeert in de «Toekomstverkenning Vrijwillige Inzet» dat de deelname tot 2015 zich vrijwel op het huidig niveau handhaaft, onder voorbehoud van onvoorziene maatschappelijke ontwikkelingen en voortzetting van het ondersteunend rijksbeleid voor deze sector. Ik heb het CBS en het SCP gevraagd om de ontwikkeling van de deelname aan vrijwilligerswerk te blijven monitoren en zal de Kamer informeren over nieuwe cijfers en trends.

Vraag 52

Op welke wijze is de staatssecretaris voornemens om de kwaliteit van de ondersteuning van mantelzorgers te verbeteren?

Antwoord op vraag 52.

In de beleidsbrief «Voor elkaar» wordt een groot aantal activiteiten genoemd die erop zijn gericht de ondersteuning van mantelzorgers te verbeteren. Daarbij kan in de eerste plaats worden verwezen naar het in deze brief neergelegde voornemen om basisfuncties voor de ondersteuning van mantelzorgers te formuleren en gemeenten te helpen deze te implementeren. Daarnaast zal deze ondersteuning worden verbeterd door de resultaten die voortkomen uit het project «Borgen en versterken» van Mezzo uit te gaan voeren: het toepassen van kwaliteitsstandaarden voor de ondersteuners, het verbeteren van de samenwerking op lokaal niveau, het invoeren van een registratiesysteem etc. Ten slotte kan de ondersteuning van mantelzorgers worden verbeterd door de combinatie van arbeid en zorg te faciliteren. In «Voor elkaar» wordt daartoe een aantal stappen genoemd.

Vraag 53

Zijn alle centrumgemeenten bezig met de conceptplannen maatschappelijke opvang, en wanneer worden deze verwacht?

Antwoord op vraag 53.

Bijna alle centrumgemeenten hebben rond 1 april 2008 hun Stedelijk Kompas maatschappelijke opvang bij VWS ingediend. De gemeenten die dat nog niet gedaan hebben doen dat later in dit jaar of volgend jaar.

Vraag 54

Begin 2008 wordt de regeling m.b.t. het mantelzorgcompliment voor 2007 geëvalueerd. Zijn de resultaten van deze evaluatie al bekend?

Antwoord op vraag 54.

Het evaluatierapport is inmiddels verschenen. Ik zal dit rapport op korte termijn naar de Kamer sturen.

Vraag 55

Waar bestaat de impuls uit die gegeven zal worden aan de hulpverlening en opvang van tienermoeders en onbedoeld zwangere meisjes? Hoe wordt deze beleidsdoelstelling verder ingevuld?

Antwoord op vraag 55.

Er is € 1 miljoen beschikbaar op de begroting van Jeugd en Gezin voor de opvang voor tienermoeders. Deze middelen zullen worden toegevoegd aan de middelen die voor extra capaciteit beschikbaar zijn in het kader van «Beschermd en Weerbaar», waarover op 18 juni 2008 met de VNG en de MO-groep en de Federatie Opvang een actieverklaring wordt getekend. Hulp en opvang voor tienermoeders en onbedoeld zwangere meisjes vormt een onderdeel van het actieprogramma dat daarop volgt. Ik subsidieer de Fiom en de VBOK voor ambulante hulpverlening aan onbedoeld zwangere meisjes. Daarnaast ontvangt de Fiom subsidie voor het opzetten en ondersteunen van ketensamenwerking en Tienermoeder-informatiepunten.

Vraag 56

Op welke wijze is de preventie van ongewenste zwangerschappen versterkt? Waaruit blijkt dat hierbij speciale aandacht is besteed aan risicogroepen? Welke risicogroepen worden onderscheiden?

Antwoord op vraag 56.

In 2007 is het nieuwe programma «Seksuele gezondheid van de jeugd» gestart bij ZonMW. Binnen dit programma worden bestaande preventieve interventies op het gebied van seksuele gezondheid aangepast, op effectiviteit getoetst en de implementatie wordt bevorderd. Ook worden er nieuwe interventies ontwikkeld. De preventie van ongewenste zwangerschappen maakt deel uit van dit programma. Het programma is gericht op jongeren, met specifieke aandacht voor laagopgeleide en allochtone jongeren. Dit zijn de belangrijkste risicogroepen. Vanuit het programma zijn in 2007 meerdere projecten opgestart, die in de jaren hierna resultaat zullen opleveren. Het programma zal 5 jaar lopen.

Vraag 57

Wat is er in 2007 verbeterd ten opzichte van abortus/tienermoeders/onbedoeld zwangere meisjes?

Antwoord op vraag 57.

Met betrekking tot abortus heeft de Staatssecretaris van VWS maatregelen aangekondigd in de beleidsbrief Medische Ethiek, zoals verbeterde seksuele voorlichting en de ondersteuning van protocolontwikkeling. Er zijn verder onderzoeken uitgezet naar de psychosociale gevolgen van

abortus en naar de noodsituatie. De resultaten zullen een middel zijn om verbeteringen aan te brengen in onder meer voorlichting, de gespreksmethode en de psychosociale zorg.

Met betrekking tot tienermoeders heeft de Staatssecretaris van VWS het maken van de website tienermoeders.nl gesubsidieerd in 2007. Het is een site met informatie en ondersteuning voor jonge moeders en zwangere meiden. Dit project is uitgevoerd door de Stichting Ambulante Fiom. Daarnaast speelt de Fiom een rol bij het vormen van Tienermoeder Informatie Punten in verschillende regio's in Nederland. Dit is een speerpunt van de Fiom in de komende jaren. Hulp aan onbedoeld zwangere meiden wordt (landelijk) geboden door de Fiom en de VBOK, maar ook op lokaal en regionaal niveau (vrouwenopvang, AMW). Opvangmogelijkheden voor tienermoeders zijn er in de vrouwenopvang en de jeugdzorg. Voor zover geïndiceerd door Bureau Jeugdzorg.

Vraag 58

Er staat aangegeven dat de ambitie is dat 800 000 mensen voldoen aan de bewegingsnorm via het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en dat dit in 2007 verder is vorm gegeven. Hoeveel mensen voldoen er eind 2007 aan de bewegingsnorm?

Antwoord op vraag 58.

Het aantal van 800 000 komt globaal overeen met een stijging van 5% (fractie van de bevolking) over een periode van 5 jaar. Op grond van een gunstige trend in de jaren 2002–2005 is in de beleidsbrief «De Kracht van Sport» (Kamerstuk 30 234, nr. 13) aangegeven dat het streefcijfer voor 2010 (65%) opwaarts is bijgesteld. Thans wordt ernaar gestreefd dat in 2012 ten minste 70% van de volwassen bevolking voldoet aan de minimaal noodzakelijke beweegnorm (dagelijks ten minste 30 minuten matig intensief bewegen op minstens 5 dagen per week, of 3 maal 20 minuten intensief bewegen per week). De TNO cijfers over 2007 zijn nog niet bekend. Deze komen in de loop van 2008 beschikbaar.

Vraag 59

Hoe hoog is het bedrag dat in 2007 naar het bevorderen van sportdeelname van mensen met een beperking is gegaan?

Antwoord op vraag 59.

In 2007 is € 1,9 miljoen rechtstreeks naar de gehandicaptensport gegaan. Dit betrof onder meer de financiering van het werkprogramma en enkele specifieke projecten van de gehandicaptensportorganisatie NebasNsg (nu actief als Gehandicaptensport Nederland). Daarnaast zijn projectsubsidies verleend aan sportbonden voor de organisatorische integratie van de gehandicaptensport in de reguliere sport.

Met ingang van 2008 is het beleid sterker gericht op het bevorderen van de sportdeelname van mensen met een beperking, teneinde de achterstand in sportdeelname weg te werken. Daartoe is het beschikbare budget verhoogd naar € 2,5 miljoen.

Naast de directe financiering van de gehandicaptensport, wordt op de meeste beleidsdossiers ook «inclusief»-beleid gevoerd. Dat wil zeggen dat in de uitvoering van het beleid ook aandacht is voor minder valide sporters. Dit is onder meer het geval bij de programma's voor Nieuwe sportmogelijkheden (de proeftuinen), Nationaal Actieplan Sport en Bewegen, Coaches aan de top, Innovatie in de topsport en Topsportevenementen.

Vraag 60

Waaruit bestaat het «inventariserend onderzoek» naar adulte stamcellen? Wanneer worden de resultaten verwacht?

Antwoord op vraag 60.

De resultaten van het in de begroting aangekondigde inventariserende onderzoek naar adulte stamcellen zijn inmiddels beschikbaar gekomen, en wel in de vorm van de «Verkenning adult stamcelonderzoek» die ZonMW op mijn verzoek heeft uitgebracht (zie de website ZonMW, http://www.zonmw.nl/uploads/media/080408Verkenning_adult_stamcelonderzoek_eindversie.pdf).

Zoals ik onlangs in de beantwoording van vragen van het Tweede Kamerlid Koşer Kaya over het uitblijven van investeringen in onderzoek naar volwassen stamcellen heb bericht (zie Aangangsel Handelingen II 2007/2008, nr. 2384), bevat de verkenning onder meer ook inventarisaties van lopend onderzoek met adulte stamcellen dat in Nederland wordt uitgevoerd. Daarnaast bevat de verkenning een voorzet voor een onderzoeksprogramma Translationeel Adult Stamcelonderzoek met als hoofddoelstelling het stimuleren van klinisch onderzoek naar toepassing van adulte stamcellen ná gedegen preklinisch translationeel onderzoek. De verkenning is van belang bij besluitvorming van dergelijk onderzoek.

Vraag 61

Welke factoren hebben bijgedragen aan de minder grote stijging van de nominale Zvw-premie? Welk aandeel hebben de collectieve polissen in deze minder grote stijging?

Antwoord op vraag 61.

De stijging van de nominale Zvw-premie wordt door de verzekeraars bepaald. Bij een verzekeraar spelen verschillende zaken een rol bij de vaststelling van de nominale premie. Op het moment lijkt, naast uiteraard de door de verzekeraar te verwachten zorgkosten, vooral ook de concurrentiepositie – hoe verhoudt de premie zich tot die van de concurrenten – van betekenis.

Door Vektis is de premiestijging 2006–2007 nader onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat het aantal verzekerden met collectief contract gestegen is van 44% in 2006 naar 57% in 2007. De gemiddelde premiekorting op de Zvw bedroeg in 2006 6,3% en in 2007 7,4%.

Uitgaande van deze cijfers is terug te rekenen dat zonder wijziging in het aantal verzekerden met een collectieve polis en zonder wijziging in de premiekorting de premiestijging in 2007 geen 7,1% maar circa 8,2% zou hebben bedragen.

Vraag 62

De tegenvaller van € 1 miljard betrof voornamelijk tegenvallers in de premie, op welke premie heeft dit betrekking? Heeft dit met wanbetalers en onverzekerden te maken?

Antwoord op vraag 62.

Met «in de premie» wordt hier bedoeld: de uitgaven aan gezondheidszorg die onder de AWBZ en de Zvw vallen en waarvoor verzekeringspremies de dekking vormen. Dit heeft niets met wanbetalers en onverzekerden te maken.

Op blz. 103 van het jaarverslag vindt u in tabel 2 een overzicht van de begrote en gerealiseerde uitgaven en van de mutaties, die samen de tegenvaller vormen. Op blz. 104 – 112 worden de mutaties toegelicht.

Vraag 63

Onder het kopje Langdurige zorg staat dat er met de brancheorganisaties een convenant AWBZ 2005–2007 is afgesloten. Bij de uitvoering van het convenant bleek dat er verschillen zaten in de wederzijdse verwachtingen. Kan dit worden toegelicht?

Antwoord op vraag 63, tevens op vraag 67.

Het convenant AWBZ 2005–2007 is in de vorige kabinetsperiode afgesloten met de branche-organisaties. Het convenant was een verzameling van grote en kleine afspraken en maatregelen (alle voornamelijk gericht op het beheersen van de AWBZ-kosten en behoud van de AWBZ) en liep eind 2007 af.

Bij de start van het convenant lijken brancheorganisaties, dat wil zeggen ActiZ (vh Arcares en LVT), BTN, VGN, GGZ-N en VWS dezelfde doelstelling voor ogen te hebben: samen bouwen aan de AWBZ. ZN deed wel mee met de voorbereidende gesprekken, maar ondertekende uiteindelijk het convenant AWBZ niet.

Gedurende enige tijd verliepen de besprekingen over de voortgang moeizaam door verschillende verwachtingen. In het convenant waren veel maatregelen opgenomen, maar al snel kwam de focus bijna volledig op de contractering van zorgkantoren komen te liggen.

VWS had met name de kostenbeheersing op macroniveau – samenhangend met het binnen het macrokader te realiseren van inhoudelijke doelstellingen en maatregelen (bijv. stages en innovatie) – voor ogen en het creëren van een sturingsinstrument waarmee rust aan bestuurlijke tafels en in het veld kon worden gerealiseerd. De branches daarentegen wilden veranderingen in de algemene tarieven vermijden en nog belangrijker: ze hadden verwacht dat er meer sturing op de zorgkantoren werd gerealiseerd, zodat er bijvoorbeeld afspraken zouden kunnen worden gemaakt over de eisen bij zorgcontractering. Door het afsluiten van het convenant Zorgkantoren 2006–2008 tussen VWS en verzekeraars viel dit sturingsinstrument voor de branches weg.

De branches waren wel blij dat er een AWBZ-breed overleg tot stand kwam en dit overleg wilden zij, evenals VWS, graag continueren voor de toekomst. Het directeurenoverleg convenant AWBZ is daarom overgegaan in het directeurenoverleg langdurige zorg, en inmiddels uitgebreid met cliëntenorganisaties (NPCF, CSO en CG-Raad) en de Federatie Opvang.

Vraag 64

Kan precies aangegeven worden welke financiële effecten en welke gevolgen voor het BZK de beëindiging van het Transitieakkoord 2008–2009 heeft?

Antwoord op vraag 64.

De Bogin heeft het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008–2009 opgezegd. Daarmee is het akkoord niet beëindigd. Financieel heeft het opzeggen van de Bogin vooralsnog geen gevolgen. Ik sluit niet uit dat er de komende tijd op beperkte schaal prijsverhogingen zullen worden doorgevoerd door leden van de Bogin. De gevolgen daarvan zullen overigens naar verwachting meer dan gecompenseerd worden door (ook door

Bogin-leden) doorgevoerde prijsverlagingen in reactie op het individuele preferentiebeleid van zorgverzekeraars. De financiële taakstelling voor het jaar 2008, zoals opgenomen in het Transitieakkoord en het BKZ, zullen volgens de inzichten die ik op dit moment heb, worden gehaald of zelfs in positieve zin worden overschreden. De premiebetaler zou daarvan kunnen profiteren.

Vraag 65

Is er op het gebied van de ontwikkeling van ZZP's ook rekening gehouden met het feit dat kleinschalige verpleeghuizen mogelijk geen palliatieve zorg kunnen bieden omdat zij niet beschikken over een aantoonbare palliatieve unit?

Antwoord op vraag 65.

Bij de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) is er een apart ZZP ontwikkeld (ZZP 10 in de V&V) voor intensief palliatief terminale zorg. De zorg aan het einde van het leven is een normale taak van een verpleeghuis. Daarvoor is geen aparte indicatie nodig. Daar waar de cliënt speciale palliatief terminale zorg nodig heeft, die gespecialiseerde inzet van personeel en/of apparatuur noodzakelijk maakt, kan een herindicatie plaatsvinden voor ZZP 10. Zowel voor grootschalige als voor kleinschalige verpleeghuizen geldt dat de gespecialiseerde zorg uit ZZP V&V10 alleen geleverd kan worden in palliatieve units.

Vraag 66

Wat zijn de gevolgen van het vertrek van de Bogin (Bond van de Geneerike Geneesmiddelenindustrie Nederland) voor het Transitieakkoord/de farmacie?

Antwoord op vraag 66.

Financieel heeft het opzeggen van de Bogin vooralsnog geen gevolgen. Ik sluit niet uit dat er de komende tijd op beperkte schaal prijsverhogingen zullen worden doorgevoerd door leden van de Bogin. De gevolgen daarvan zullen overigens naar verwachting meer dan gecompenseerd worden door (ook door Bogin-leden) doorgevoerde prijsverlagingen in reactie op het individuele preferentiebeleid van zorgverzekeraars. De financiële taakstelling voor het jaar 2008, zoals opgenomen in het Transitieakkoord en het BKZ, zal, volgens de inzichten die ik op dit moment heb, worden gehaald of zelfs in positieve zin worden overschreden. De premiebetaler zou daarvan kunnen profiteren. De Bogin heeft aangegeven dat hij de lijn van mijn langetermijnbeleid in de farmaceutische zorg ondersteunt en dat hij aan de nadere concretisering en uitwerking daarvan blijft meewerken. De gevolgen voor de uitvoering van het Transitieakkoord zijn daarom beperkt.

Vraag 67

Het vorige kabinet heeft met de brancheorganisaties een convenant AWBZ afgesloten. Wat zijn de uitkomsten daarvan?

Antwoord op vraag 67.

Zie antwoord op vraag 63.

Vraag 68

Bij prioriteit 11, het opvangen arbeidseffecten Wmo is een bedrag van € 9 miljoen over. Waar wordt dit overschot aan besteed?

Antwoord op vraag 68.

Het genoemde bedrag van € 9 miljoen betreft onderuitputting. Dit geld is dus niet besteed en teruggevloeid naar de algemene middelen. Zie ook de toelichting bij de slotwetmutatie van artikel 44, onder de eerste operationele doelstelling.

Voor de volledigheid vermeld ik hier nog dat in 2008 op grond van de motie van Geel (kamerstukken 31 200, nr. 16) € 40 miljoen wordt uitgetrokken voor het opvangen van arbeidsmarkteffecten Wmo.

Vraag 69

De tabel op pagina 36 is niet aangepast voor de verslaggeving over de kabinetsprioriteiten departementspecifieke beleidsprioriteiten, zoals ook de Rekenkamer constateert. Bent u bereid alsnog een dergelijke tabel aan te leveren?

Antwoord op vraag 69.

Het jaarverslag 2007 was het eerste jaarverslag dat in het kader van het experiment verbetering en vereenvoudiging begroting en jaarverslag is verschenen. We hebben in het jaarverslag 2007 een tabel opgenomen waarin van een aantal onderwerpen in het beleidsverslag raming en realisatie van de uitgaven tegenover elkaar zijn afgezet. Deze tabel bestond inderdaad al in de jaarverslagen 2006 en 2005.

De Rekenkamer heeft naar aanleiding van de tabel opgemerkt dat die nog niet aangepast was aan de verslaggeving over de kabinetsprioriteiten en de departementsspecifieke prioriteiten. Tevens heeft de Rekenkamer in haar overkoepelende rapport Rijk verantwoord 2007 (kamerstukken 31 444, nr. 2, blz. 44) de suggestie gedaan om in het jaarverslag 2008 de tabel uit het jaarverslag van de Minister van Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit (LNV) over te nemen.

Ik ben op dit moment in overleg met het ministerie van Financiën over de vormgeving van de financiële tabel in de beleidsagenda 2009 en het jaarverslag 2008. Daarbij betrekken wij de suggestie van de Rekenkamer in haar rapport Rijk verantwoord 2007. Het lijkt mij niet zinvol om dit achteraf alsnog voor het jaarverslag 2007 te doen. Zoals gezegd is sprake van een experiment en ik zal daarom de ervaringen met het jaarverslag 2007 betrekken bij de begroting 2009 en het jaarverslag 2008.

Vraag 70

Waaruit bestaan de kosten voor de subsidieregeling Wet publieke gezondheid en wat is de relatie met het zojuist aangenomen wetsvoorstel Wet publieke gezondheid?

Antwoord op vraag 70.

In de budgettaire tabel zijn de uitvoeringskosten van de subsidieregeling publieke gezondheid opgenomen. Deze subsidieregeling valt onder de Kaderwet VWS-subsidies. De kosten zijn gemaakt voor de uitvoering van:

- het Bevolkingsonderzoek naar borstkanker
- het Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

- het Nationaal programma grieppreventie
- Pre- en postnatale preventie
- de Opsporing erfelijke hypercholesterolemie
- de Soa-coördinatie en soa-bestrijding

Er is geen directe relatie tussen de subsidieregeling publieke gezondheid en het zojuist aangenomen wetsvoorstel Wet publieke gezondheid. De enige relatie is dat beiden onderwerpen bevatten op het terrein van de publieke gezondheid.

Vraag 71

Is de streefwaarde voor 2007 met betrekking tot het percentage niet-rokers gestegen naar 75%? Zo neen, wat is hier de verklaring voor? Wat is het percentage mensen met voldoende beweging in 2007? Ligt u op schema om het doel voor 2010 van 65% te behalen? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Neemt het percentage mensen dat gezond eet toe? Zo ja, waaruit blijkt dat? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Wat is het percentage volwassen mannen en vrouwen zonder overgewicht en het percentage kinderen zonder overgewicht in 2007? Ligt u op schema om de doelen voor 2010 van respectievelijk 55%, 65% en 90% te behalen? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Antwoord op vraag 71, tevens op vraag 47.

In 2003 is het doel gesteld om de prevalentie (= het aantal rokers op een bepaald peilmoment) rokers in 2007 op maximaal 25% van de bevolking te hebben. De gedachte was toen dit te bereiken door een pakket aan maatregelen (zoals kleurenfoto's op sigarettenpakjes en het verhogen van de leeftijdsgrens voor tabaksverkoop). De Kamer is hiermee niet akkoord gegaan. Mede om die reden is het prevalentiecijfer van 25% in 2007 niet gehaald.

De realisatiecijfers in 2007 met betrekking tot lichaamsbeweging zijn nog niet beschikbaar. Op basis van de cijfers uit de enquête Ongevallen en Bewegen in Nederland, die in de tweede helft van 2007 beschikbaar kwamen, kan verwacht worden dat de doelen voor 2010 gehaald gaan worden. Zoals in het antwoord op vraag 58 is aangegeven, is het streefcijfer opwaarts bijgesteld.

De laatste gegevens van de Voedsel Consumptie Peiling (VCP), waarin de voedselconsumptie van de hele bevolking is gemeten, zijn uit 1998. Uit de VCP jong volwassenen van 19–30 jaar (2003) en de VCP jonge kinderen van 2–6 jaar (2008) blijkt dat het percentage mensen dat gezond eet laag is. Op dit moment wordt een nieuwe VCP voor de bevolking van 7–69 jaar gedaan. In 2010 verwacht ik daar de resultaten van.

Sinds 2001 nemen we in de jaarlijkse CBS trendanalyse een stabilisatie van het percentage volwassenen met overgewicht (en obesitas) waar. Het aantal volwassenen met overgewicht en obesitas stabiliseert rond de 45% (rond de 55% van de bevolking heeft dus een gezond gewicht).

Uitgesplitst naar mannen en vrouwen:

- Mannen: 51% heeft overgewicht, 49% heeft een gezond gewicht
- Vrouwen: 40% heeft overgewicht, 60% heeft een gezond gewicht.

Het percentage kinderen met overgewicht en obesitas stijgt nog steeds over de hele linie (0–19 jaar). Uit de recent gemeten overgewicht cijfers onder de allerjongsten (kinderen van 2–6 jaar) uit de VCP jonge kinderen) volgt dat 1 op de 7 kinderen overgewicht heeft.

De inspanningen met betrekking tot overgewicht zijn gericht op het keren van de trend bij volwassenen en het stabiliseren en keren van de trend bij kinderen (0–19 jaar).

Vraag 72

Wat is de oorzaak voor de € 10 miljoen onderuitputting van het beroepen- en opleidingenbudget?

Antwoord vraag 72.

Het grootste deel van deze mutatie wordt verklaard doordat met het instellen van het opleidingsfonds een aantal opleidingen niet meer uit het reguliere beroepen- en opleidingenbudget wordt gefinancierd. De oorspronkelijk in 2007 hiervoor gereserveerde middelen zijn daardoor vrij komen te vallen.

Vraag 73

Wat is de oorzaak van de € 13,4 miljoen onderuitputting voor de financiering van opleidingsplaatsen?

Antwoord op vraag 73, tevens op vraag 110.

De gerealiseerde uitgaven voor opleidingsplaatsen zijn lager uitgevallen, omdat het aantal door de instellingen opgegeven AIOS lager was dan geraamd. Ook de schoning van de budgetten van de opleidingsinstellingen valt daardoor lager uit.

Vraag 74

Wat is de reden dat de raming voor de zorgtoeslag t.o.v. de vastgestelde begroting gedurende 2007 verlaagd is met in totaal € 42,9 miljoen?

Antwoord op vraag 74.

De bijstelling van de ramingen vindt plaats op basis van nieuwe inzichten over de daadwerkelijke premiehoogte 2007 en de inkomensontwikkelingen in het Centraal Economisch Plan en de Macro Economische Verkenningen van het Centraal Planbureau. De nominale premie in 2007 is bijvoorbeeld lager uitgekomen dan geraamd in de begroting 2007, daarom valt ook de zorgtoeslag lager uit.

Vraag 75

Hoeveel geld hebben zorgverzekeraars uitgegeven aan reclame?

Antwoord op vraag 75.

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

Vraag 76

In hoeverre hebben zorgverzekeraars verlies geleden op de basisverzekering?

Antwoord op vraag 76.

Door de DNB wordt per kwartaal een rapportage uitgebracht met de winst- en verliesrekening van de ziektekostenverzekeraars. In de laatste door de DNB uitgebrachte kwartaalrapportage bedraagt het tekort voor 2007 circa € 0,5 miljard. Dit cijfer betreft een aggregatie van de individuele inschattingen van de verzekeraars. De gehanteerde schade- en inkomensgegevens zijn nog niet definitief. Ten eerste waren nog niet alle schades over 2007 (vooral kosten ziekenhuisverpleging vanwege de lange doorlooptijd van de DBCs) op het moment van rapportage bekend. In de mate waarin verzekeraars schades te voorzichtig (te hoog) hebben ingeschat, zal het uiteindelijke tekort over 2007 kunnen meevallen. In de tweede plaats dienen bij de ziekenhuiskosten 2007 nog correcties op de schadecijfers te worden doorgevoerd omdat zorgverzekeraars in 2007 te veel hebben betaald aan ziekenhuizen (overfinanciering 2007). Door deze onzekerheden is het definitieve resultaat van verzekeraars op de basisverzekering 2007 ook nog onzeker.

Vraag 77

Hoe hoog waren de bureaucratielasten voor het uitvoeren van de zorgtoeslag?

Antwoord op vraag 77.

Ik ga er vanuit dat u met bureaucratiekosten bedoelt de uitvoeringskosten van de zorgtoeslag. De kosten van de Belastingdienst in verband met de uitvoering van de zorgtoeslag bedroegen in 2007 circa € 77 miljoen. Dit bedrag is als volgt opgebouwd: personeel en materieel Kantoor Toeslagen € 38 miljoen, telefonische dienstverlening en baliebezoek € 24 miljoen communicatiekosten € 10 miljoen en ict kosten € 5 miljoen.

Vraag 78

Wat is de gemiddelde AWBZ-premie per hoofd van de bevolking?

Antwoord op vraag 78.

De inkomensafhankelijke AWBZ-premie bedroeg in 2007 12,00% met een inkomensgrens van € 31 123 euro. Voor de gemiddelde Nederlander met een modaal inkomen kwam dat in 2007 neer op ca. € 300 per maand.

Vraag 79

Er is € 10 miljoen toegevoegd aan het budget van het CIZ i.v.m. met het toegenomen aantal indicatieaanvragen. Hoeveel indicatieaanvragen zijn er meer uitgevoerd in 2007 t.o.v. de begroting 2007? Bestaat er een (raam) overeenkomst op grond waarvan het CIZ een beroep kan doen op een aanvullend budget en welke criteria en bedragen gelden daarbij?

Antwoord op vraag 79.

Het CIZ is bij de opstelling van de begroting 2007 uitgegaan van 885 000 indicaties. Het betreft hier de productie: positieve besluiten en afgebroken, vervallen en negatieve besluiten. De productie CIZ voor 2007 betreft 956 532. De stijging van de reguliere productie is daarmee uitgekomen op circa 8% ten opzichte van de begroting 2007. Voor de feitelijk gestegen productie boven de raming 2007 heeft het CIZ een extra bedrag aan instellingssubsidie ontvangen.

Het CIZ ontvangt jaarlijks een instellingssubsidie voor het uitvoeren van de indicaties AWBZ. Na afloop van het jaar wordt op grond van de definitieve productie van het CIZ de instellingssubsidie definitief vastgesteld. Bij een hogere productie heeft dat in 2007 geleid tot een opwaartse bijstelling van het bedrag aan instellingssubsidie. Met het CIZ is geen (raam)overeenkomst gesloten.

Vraag 80

Waarom is een aantal projecten zoals mentorschap, cliëntenondersteuning, ZZP-projecten en indicatorprojecten niet in 2007 van start gegaan?

Antwoord op vraag 80.

Het grootste deel van de geconstateerde onderbesteding wordt veroorzaakt door projecten op het gebied van mentorschap en cliëntondersteuning. Dit betreffen activiteiten waarvoor veelal het initiatief bij het veld ligt. Daardoor is de uiteindelijke realisatie van deze projecten op voorhand moeilijk in te schatten. Een aantal activiteiten is hierdoor verlaat of in mindere mate van de grond gekomen.

Een klein deel van de onderbesteding wordt veroorzaakt door projecten op het gebied van zorgzwaartebekostiging. Activiteiten op dit terrein waren aanvankelijk begroot onder doelstelling Betaalbare zorg maar zijn uiteindelijk in het kader van doelstelling Toegankelijke zorg gerealiseerd. Het betreft hier projecten als wegwerken van non-indicaties.

Vraag 81

Waardoor is het budget dat met de TBU gemoeid is met € 112 miljoen toegenomen? Is ook de teruggave per gebruiker toegenomen? Hoe verhoudt zich dit tot de Slotwetmutatie waarbij aangegeven wordt dat er minder personele en materiële koste gemaakt zijn dan geraamd op de TBU?

Antwoord op vraag 81.

Het beslag op de TBU is toegenomen waardoor er meer middelen naar het TBU-budget zijn gegaan teneinde deze uitgaven te financieren. De toename van de uitgaven is het gevolg van meer en gemiddeld ook hogere teruggaves. Er is hierbij geen sprake van een één-op-één relatie met de personele en materiële kosten op de TBU.

Vraag 82

Is de streefwaarde voor 2007 met betrekking tot het aantal mantelzorgers gestegen naar 2,5 miljoen? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Is de streefwaarde voor 2007 met betrekking tot de deelname aan vrijwillige inzet gestegen naar >31%? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Is de klanttevredenheid over Valys in 2007 gestegen naar >8,1? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Is het aantal Valyspashouders dat daadwerkelijk reist in 2007 gestegen naar 70%? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Is het percentage 65-plussers dat extramuraal woont in 2007 gestegen naar >92,5%? Zo neen, wat is hier de verklaring voor?

Antwoord op vraag 82.

In de beleidsbrief «Voor elkaar» is ingegaan op de raming van het aantal mantelzorgers in de toekomst. In de beleidsbrief is vermeld dat er naar wordt gestreefd dit aantal ten minste constant te houden. Het is tevens het streven van het kabinet om het aantal vrijwilligers uit te breiden. Of het in de begroting 2007 genoemde aantal mantelzorgers en vrijwilligers ook daadwerkelijk is gehaald, is nog niet bekend. In «Voor elkaar» geef ik aan dat ik het mijn verantwoordelijkheid acht de kwantitatieve ontwikkelingen op het terrein van mantelzorg en vrijwilligerswerk te monitoren. Het SCP en het CBS zijn daarmee belast. Zodra deze gegevens bekend zijn zal ik u daarover informeren.

In april 2007 is het nieuwe contract voor Valys ingegaan. In de maanden daarna is er een aantal aanloopproblemen geweest. Hierover heb ik met uw Kamer gesproken. De uitvoerder van Valys heeft eind oktober-begin november 2007 onder een steekproef van pashouders een klanttevredenheidsonderzoek gehouden. Hieruit is een gemiddelde score gekomen van 7,1 op een schaal van 1 tot en met 10.

De streefwaarde van 70% is wel gerealiseerd voor het hoog persoonlijk kilometerbudget, maar niet voor het standaard persoonlijk kilometerbudget. Van de mensen met een hoog pkb heeft namelijk 82% in 2007 met Valys gereisd. Van de mensen met een standaard pkb heeft 60,4% dat gedaan. Een mogelijke verklaring voor het feit dat een aanzienlijk deel van de pashouders met een standaard pkb niet gereisd heeft kan zijn dat er pashouders zijn die een Valyspas hebben, maar deze alleen gebruiken als zij bijvoorbeeld niet met familie of vrienden mee kunnen rijden.

Het percentage 65-plussers dat extramuraal woont is in 2007 gestegen tot bijna 93%.

Vraag 83

Welke verklaring is te geven voor het feit dat de implementatie van de Wmo € 4,4 miljoen meer kost dan is geraamd?

Antwoord op vraag 83.

De implementatie van de Wmo heeft € 4,4 miljoen meer gekost, omdat een aantal activiteiten niet was voorzien. Het betreft hier onder andere de kosten voor de business-case Wmo en ICT, de kosten van het plan van aanpak Taskforce operatie herindicatie, burgercommunicatie en diverse kleine projecten.

Vraag 84

Van de € 65 miljoen voor het mantelzorgcompliment is slechts € 12 miljoen uitgegeven. Verder is € 32 miljoen aan de gemeentefonds toegevoegd. De Slotwetmutatie geeft aan dat € 2,5 miljoen niet tot uitputting is gekomen. Op welk bedrag slaat dit terug?

Antwoord op vraag 84.

Het bedrag van € 2,5 miljoen slaat op de beschikbare € 65 miljoen. Zoals u in het jaarverslag op pagina 56 kunt zien is er van de € 65 miljoen in eerste instantie een bedrag van € 32 miljoen toegevoegd aan het gemeentefonds ten behoeve van mantelzorg(ondersteuning) en is er een bedrag van € 18 miljoen teruggevloeid naar de algemene middelen. Van de resterende € 15 miljoen is € 0,5 miljoen besteed aan uitvoeringskosten

en is een bedrag van € 2,5 miljoen niet tot uitputting gekomen. Zo blijft er een bedrag van € 12 miljoen over dat wel is uitgekeerd aan mantelzorgers.

Vraag 85

Welke argumenten liggen ten grondslag aan het feit dat gemeenten minder geld hebben uitgegeven aan projecten in het kader van tijdelijke stimuleringsmaatregel vrijwilligerswerk en dure woningaanpassingen in het kader van de WVG?

Antwoord op vraag 85.

Bij het vaststellen van de subsidies met betrekking tot de projecten in het kader van de tijdelijke stimuleringsmaatregel vrijwilligerswerk bleek dat de werkelijke kosten bij een aantal gemeenten lager uitkwamen, dan aan voorschotten was verstrekt. In de meeste gevallen was een latere start van het project hiervan de oorzaak.

Gemeenten kunnen een voorschot voor een dure woningaanpassing aanvragen.

De vergoeding voor de aanvrager wordt door de gemeente soms lager vastgesteld dan oorspronkelijk was begroot. Als de uiteindelijke vaststelling van de woonvoorziening lager uitpakt terwijl reeds een voorschot van VWS is ontvangen dan wordt bij de vaststelling van de rijksvergoeding aan de gemeente het teveel betaalde weer teruggevorderd. De aanpassing van de ontvangsten is bij de Wvg tot stand gekomen omdat gemeenten minder hebben uitgegeven dan dat zij oorspronkelijk begroot hadden.

Vraag 86

Waaruit bestaan de overschrijdingen op de bijdragen aan specifieke uitkeringen bij de tijdig juiste hulp voor geïndiceerde kinderen?

Antwoord op vraag 86.

De toelichting op pagina 62 van de jaarverantwoording biedt een overzicht van de belangrijkste mutaties op deze operationele doelstelling. In de volgende gevallen betreft dit een extra bijdrage aan specifieke uitkeringen (in dit geval de doeluitering jeugdzorg voor het zorgaanbod):

1. extra middelen om de wachtlijsten in de provinciale jeugdzorg aan te pakken	30 000
2. OVA-middelen 2007	17 354
3. overige mutaties (waaronder indexering pleegvergoeding 2007)	2 314
Totaal	49 668

Vraag 87

Hoe verklaart u de € 21,7 miljoen aan mutaties voor stijging van lonen en prijzen ten opzichte van de begroting?

Antwoord op vraag 87.

In de wetten voor oorlogsgetroffenen is geregeld dat een indexering van de uitkeringen en pensioenen plaatsvindt. Bij Wet van 13 december 1990 (Stb. 641, Wijziging indexeringsregelen wetten voor oorlogsgetroffenen) is bepaald dat de aanpassing van de buitengewone pensioenen en uitkeringen in de ontwikkelingen volgen van de ambtenarensalarissen, voor

zover deze ontwikkelingen een algemeen karakter dragen als bedoeld in artikel A8 van de Algemene burgerlijke pensioenwet. Ten aanzien van de Abp-pensioenen heeft het bestuur van het Abp-fonds eind november 2006 de volgende aanpassingen aan de loonontwikkeling vastgesteld. Over 2006 wordt een nabetaling verstrekt ter grootte van 2,47% in verband met een incidentele uitkering. Verder is per 1 januari 2007 de aangepaste middelsom van de Abp-pensioenen structureel verhoogd met 2,82%. Deze indexering leidt ertoe dat de uitgaven voor de wetten oorlogsgetroffenen in 2007 stijgen met € 21,2 miljoen, zoals ook aangegeven in de financiële verantwoording.

Vraag 88

Welke verbeteringen zijn er aan het AZR systeem toegebracht ter waarde van € 2,1 miljoen?

Antwoord op vraag 88.

Deze € 2,1 miljoen is bestemd voor het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Het CVZ draagt zorg voor het landelijk beheer van de AZR specificaties. Op basis hiervan wordt de AZR fasegewijs (releases) verder ontwikkeld en verbeterd.

De AZR specificaties geven houvast aan softwareleveranciers om de diverse systemen, die bij de ketenpartners in gebruik zijn, aan te passen. Ook worden de werkprocessen steeds verder geüniformeerd. Hierdoor verloopt het digitaal uitwisselen van gegevens tussen de ketenpartners steeds soepeler.

Vraag 89

Heeft de personele onderbezetting en onderuitputting van € 1,2 miljoen bij de IGZ gevolgen gehad voor de werkzaamheden van de IGZ? Zo ja, welke?

Antwoord op vraag 89.

De onderbezetting is, voor zover mogelijk, opgelost door het inhuren van tijdelijke krachten.

Niettemin is een aantal voorgenomen activiteiten uit het werkplan 2007 van de IGZ geschrapt dan wel gereduceerd en vertraagd uitgevoerd. Dit betreft activiteiten op het gebied van:

- verantwoord gebruik van infuuspompen in de thuissituatie (vertraagd);
- kinderchirurgie en interventie cardiologie (geschrapt);
- medicatieveiligheid (gereduceerd en vertraagd);
- vrijheidsbeperking (gereduceerd en vertraagd);
- spoedeisende zorg (SEH) (gereduceerd en vertraagd).

Vraag 90

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de personele onderbezetting bij de IGZ?

Antwoord op vraag 90.

Op het moment van schrijven (mei 2008) is de bezetting van de IGZ weer om en nabij de vastgestelde formatie.

Vraag 91

Was de herhuisvesting van de IGZ noodzakelijk?

Antwoord op vraag 91.

De herhuisvesting betrof het kantoor Amsterdam van de IGZ. In het betreffende kantoor deden zich grote en onoplosbare klimaatproblemen voor. Daarom is besloten een nieuw pand in Amsterdam te betrekken.

Vraag 92

Welke lonen zijn bijgesteld bij het IGZ, die van medewerkers en/of van het management?

Antwoord op vraag 92.

Dit betreft de structurele loonbijstelling 2007 conform de cao voor (alle) rijksambtenaren.

Vraag 93

Waaruit blijkt dat er verbetering van het subsidiebeheer is? Is daar onderzoek naar gedaan?

Antwoord op vraag 93.

De Algemene Rekenkamer schrijft in haar rapport dat de belangrijkste beheersmaatregelen aanwezig zijn voor een adequaat subsidiebeheer en dat in 2008 de aandacht van het management gericht moet zijn op het monitoren van het subsidieproces. De verbetering van het subsidiebeheer blijkt onder andere uit de vermindering van het aantal onrechtmatigheden en zware onvolkomenheden. De aandacht in 2007 heeft zich met name gericht op het verder inbedden van de aangescherpte werkwijze in de organisatie en de adequate en zorgvuldige uitvoering van het subsidiebeheer. Het merendeel van de subsidieverleningen is dan ook via het workflowmanagementsysteem Subsidieplein verlopen. Dit aantal zal de komende jaren nog toenemen. Daarnaast is er in 2007 een Task Force ingesteld, die achterstanden in de vaststelling van subsidies heeft weggevoerd. De Task Force is inmiddels opgeheven, en de aandacht voor deze vaststellingen is geborgd in de organisatie. In 2008 wordt daarnaast verder gewerkt aan het verder ontwikkelen van de managementinformatie. Dit geldt onder meer voor informatie over de subsidieaanvragen die voor het eerst via Subsidieplein zijn verleend in 2007 en in 2008 via het Subsidieplein worden vastgesteld. Tevens zal de werking van het vaststellingsbeleid nader beschouwd worden. Ik ga ervan uit dat deze inspanningen een belangrijke bijdrage leveren aan een adequaat subsidiebeheer.

Vraag 94

Kan de taakstelling nader worden verdeeld over de verschillende onderdelen van het ministerie van VWS? Hoe verhoudt zich die verdeling tot de beleidsprioriteiten? Kunnen ook de tussentijdse jaarlijkse meetbare doelen voor de taakstelling gegeven worden?

Antwoord op vraag 94.

De uitwerking en verdeling volgt zoveel mogelijk de lijnen van het SGO-rapport «De verkokering voorbij» die over zijn genomen in het coalitieakkoord.

Het SGO-rapport en de daarop volgende verdeling van de taakstelling gaan uit van gedifferentieerde taakstellingspercentages per functie/kolom binnen de rijksdienst. In de Ministerraad is bepaald dat flexibiliteit bij de verdeling tussen de functies/kolommen is toegestaan. Dit heeft geresulteerd in de volgende verdeling over de kolommen:

Beleid 17%, Staf/Ondersteuning 25%, Adviesraden 20%, Inspecties 16% (inclusief VWA), Uitvoering 12% (zbo's en batenlastendiensten).

Ter toelichting:

- **Beleid:** Ik bezuinig 17% op de beleidsdirecties. Een hogere taakstelling zou betekenen dat anders essentiële taken en dossiers geschrapt zouden moeten worden. VWS heeft al één van de kleinste beleidskernen van de rijksoverheid. Daarnaast is een aantal VWS-directies nadrukkelijk betrokken bij het uitvoeren van taken en de ondersteuning van het Programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- **Inspecties:** De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en Inspectie Jeugdzorg (IJZ) spelen een cruciale rol in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. In de politiek en maatschappij worden hoge eisen gesteld aan de uitoefening van de toezichttaken van deze inspecties. Om die reden zijn IGZ en IJZ relatief ontzien.
- **Uitvoering/zbo's:** Een aantal taken van zbo's wordt afgebouwd. De overheid doet een stap terug, als gevolg waarvan uitvoerende overheidstaken als bouwbeoordelingen, sluitingen en saneringstaken verdwijnen of worden afgebouwd vanwege demografische ontwikkelingen. Hierdoor is een iets grotere opbrengst in de kolom Uitvoering te realiseren.

Het streven naar continue verbetering van de kwaliteit in samenhang met de taakstelling heeft mij gedwongen nog scherper strategische keuzes te maken over de kerntaken en beleidsdossiers. Gezien de omvang van de taakstelling was het onvermijdelijk dat ik heb moeten prioriteren om met minder mensen het werk te kunnen doen met behoud van kwaliteit. Een inhoudelijke taakanalyse en de uitdagingen van coalitieakkoord en de beleidsagenda zijn voor deze prioritering uitgangspunt geweest.

Bij het invullen van de taakstelling zijn drie uitgangspunten gehanteerd. Allereerst ga ik door met de ingezette organisatieontwikkelingen. De ontwikkelingen worden versneld. Daarnaast herprioriteer ik taken waar mogelijk. Dat wil zeggen dat bepaalde taken niet of minder intensief gedaan zullen worden. Tot slot wil ik de kwaliteit van de organisatie behouden en waar mogelijk verbeteren. Dit wil ik bereiken door de flexibiliteit van medewerkers en de organisatie te vergroten, taken van staf en ondersteuning binnen VWS en interdepartementaal maximaal te bundelen, eenduidige regie te voeren, meer resultaatgericht te werken, processen te standaardiseren en de externe herkenbaarheid van de organisatie te vergroten.

Omdat het budget meerjarig en met het bij de taakstelling behorende ritme is afgeboekt, dient vooral gestuurd te worden op de ontwikkeling van de formatie. Hierover zijn afspraken gemaakt met de betrokken organisatieonderdelen. In de bedrijfsvoeringssystemen zijn voor alle onderdelen gegevens opgenomen over de gewenste afbouw en het bijbehorende schema. Daarbij wordt zoveel mogelijk het ritme van de financiële afslanking gevolgd (2008: 1/8, 2009: 1/4, 2010: 1/2, 2011: 1). Hiermee liggen de meetbare doelen voor elk jaar vast in afspraken en in de

systemen. Van belang hierbij is wel op te merken dat ik vanwege de taakstelling, de aansturing (van de opdrachten) van batenlastendiensten en zbo's heb ik op punten heb moeten wijzigen en deze aansturing zich – anders dan voorheen – ook richt op de personele omvang. De aanscherping van de aansturing van de zbo's en batenlastendiensten vraagt mogelijk nog om nadere maatregelen. Op dit moment ben ik bezig hierover mijn beeld te vormen.

BZK monitort de taakstelling één keer per jaar en stelt op basis van het Sociaal Jaarverslag van het Rijk een voortgangsrapportage op ten behoeve van de Tweede Kamer. Deze informatie wordt later aangevuld met gegevens over de bezetting bij zbo's, die later in het jaar verschijnen. Binnen VWS wordt de voortgang naast de jaarlijkse monitoring door BZK zoveel mogelijk structureel in de periodieke overleggen tussen de leden van de Bestuursraad en de hoofden van dienst besproken. Daarnaast vindt er rond 1 juni nog een extra, VWS-breed controlemoment plaats over de voortgang van de taakstelling.

Vraag 95

De in het regeerakkoord opgenomen taakstelling voor de rijksdienst betekent voor VWS dat in de periode tussen 2008 en 2011 941 fte ingeleverd moet worden. Wat zijn hiervan de gevolgen? Kan dit tot gevolg hebben dat externen worden ingehuurd?

Antwoord op vraag 95.

Ik probeer de voorziene gevolgen van de taakstelling zoveel mogelijk voor te zijn. In het taakstellingsplan is aangegeven dat VWS bepaalde taken niet of minder intensief zal doen. Tenslotte willen we de kwaliteit van de organisatie behouden en waar mogelijk verbeteren. Dit willen we bereiken door de flexibiliteit van medewerkers en de organisatie te vergroten, taken van staf en ondersteuning binnen VWS en interdepartementaal maximaal te bundelen, eenduidige regie te voeren, meer resultaatgericht te werken, processen te standaardiseren en de externe herkenbaarheid van de organisatie te vergroten. Dit alles neemt niet weg dat op een aantal dossiers de bezetting dun is of wordt. Ik zal de werkbelasting volgen en aan de hand van de agenda daar waar nodig nader prioriteren.

Het onderwerp externe inhuur is al een aantal jaar onderwerp van debat in de Tweede Kamer. Voorkomen moet worden dat er een «waterbedeffect» optreedt bij het uitvoeren van de personele taakstelling bij de rijksoverheid. Met dat «waterbedeffect» wordt bedoeld op de mogelijkheid dat de personele taakstelling weliswaar gehaald wordt, maar dat de eigen medewerkers worden ingeruild voor externe inhuur.

Ik zie er op toe dat er geen structurele inhuur nodig is om taken op te vangen. Wel kan het nodig zijn om over te gaan tot tijdelijke inhuur om de overgangssituatie en reorganisaties te begeleiden dan wel processen te rationaliseren en daarmee de uitgangspunten van de Nota Vernieuwing Rijksdienst en de eigen taakstellingsplannen te kunnen realiseren. Dat gezegd hebbende is het uitgangspunt dat ook deze ontwikkeling zoveel mogelijk met eigen medewerkers of in breder interdepartementaal verband wordt opgevangen.

Vraag 96

Welke (huidige) inzichten maken dat uitgegaan wordt van een overschrijding van € 567 miljoen bij de ziekenhuizen? Sinds wanneer bestaan deze inzichten? Welke oorzaken zijn aan te geven voor de overschrijding?

Antwoord op vraag 96.

De overschrijding van € 567 miljoen is berekend op basis van de reguliere rapportages van de NZa over de kostenontwikkeling ziekenhuizen. Het bedrag van € 567 miljoen is opgebouwd uit een reeds in 2006 geraamde overschrijding van € 291 miljoen in 2007 (reeds in de begroting 2007 verwerkt) en een additionele overschrijding van € 276 miljoen in 2007. Deze additionele overschrijding is berekend op basis van de NZa-rapportage maart 2007 en is gemeld in de Voorjaarsnota/Eerste Suppletore Wet 2007. De structurele doorwerking van deze overschrijding is verwerkt in de begroting 2008. De rapportages van de NZa die sinds maart 2007 zijn verschenen, geven vooralsnog geen aanleiding dit beeld bij te stellen.

De overschrijding wordt allereerst veroorzaakt door nagekomen bijstellingen op de ziekenhuisbudgetten van voorgaande jaren, die structureel tot een hoger uitgavenniveau leiden. Daarnaast zijn de kosten van de in 2007 verleende zorg hoger dan de voor dat jaar beschikbaar gestelde middelen.

Vraag 97

Heeft het CVZ advies uitgebracht over opname van vruchtbaarheidsmedicatie in het basispakket, zodat de meest ingrijpende IVF-behandeling minder vaak toegepast zal hoeven te worden omdat minder ingrijpende, maar vaak doelmatige vormen van vruchtbaarheidsbehandelingen volstaan? Betekent dit dat vruchtbaarheidsmedicatie per 1 juli vergoed wordt, gezien het feit dat de Kamer daar bij amendement geld voor heeft gereserveerd?

Antwoord op vraag 97.

Het CVZ heeft mij zeer recent positief geadviseerd over de uitbreiding van de vergoeding van vruchtbaarheidsmedicatie in het kader van een vruchtbaarheidsbehandeling anders dan IVF. Ik zal u spoedig schriftelijk informeren over mijn besluit.

Vraag 98

Voor het jaar 2007 zijn de huisartstarieven niet geïndexeerd in verband met overschrijdingen, zijn deze overschrijdingen reeds gecompenseerd hierdoor?

Antwoord op vraag 98.

In september 2007 is met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) afgesproken dat de tarieven voor huisartsenzorg in 2007 en 2008 niet geïndexeerd worden. Deze maatregel levert niet voldoende op om de totale overschrijding op de uitgaven aan huisartsenzorg te kunnen compenseren. Maar partijen hebben afgesproken dat de uitgaven aan de modules Praktijkondersteuning en Modernisering & Innovatie open einde regelingen zijn. Deze meeruitgaven zijn dan ook elders binnen het Budgettair Kader Zorg gedekt. Ik ben in gesprek met de LHV en ZN over het beheersen van de uitgaven aan huisartsenzorg vanaf 2009.

Vraag 99

Hoe hoog had de besparing in 2007 kunnen zijn wanneer geen convenant was afgesloten, maar kortingen en bonussen waren verboden?

Antwoord op vraag 99.

Het bedrag aan kortingen en bonussen over het jaar 2007 is niet afzonderlijk onderzocht.

Aan de hand van het onderzoek van de NZa naar praktijkkosten en inkoopvoordelen in 2004 is wel het bedrag aan kortingen en bonussen voor het jaar 2004 naar het jaar 2008 geëxtrapoleerd.

In 2008 zouden de kortingen en bonussen € 857 miljoen bedragen.

Van het bedrag van € 857 miljoen wordt € 217 miljoen via de clawback afgeroomd en is € 222 miljoen bestemd voor het «kostendekkend» maken van het tarief voor apotheehoudenden. Daarmee resteert een bedrag van € 418 miljoen aan kortingen en bonussen dat bespaard had kunnen worden door in 2008 de kortingen en bonussen te verbieden.

Jaarlijks stijgt het aantal recepten en het aantal af te leveren geneesmiddelen. Op grond hiervan zou het bedrag aan kortingen en bonussen dat resteert na aftrek van de clawback en het «kostendekkend» maken van het tarief in 2007 lager zijn dan voor het jaar 2008. Met het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 is een opbrengst van € 971 miljoen voor 2007 gemoeid. Dat is meer dan het bedrag aan kortingen en bonussen dat in 2007 «in de markt zat».

Vraag 100

Kunnen de hogere uitgaven dan geraamd, die zich voordoen bij algemene en academische ziekenhuizen, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg en logopedie worden gespecificeerd? Betreft dit hogere uitgaven ten gevolge van een grotere vraag of zijn andere oorzaken aan te geven?

Antwoord op vraag 100.

De hogere uitgaven dan geraamd bij de ziekenhuizen worden enerzijds veroorzaakt door nagekomen bijstellingen op de ziekenhuisbudgetten van voorgaande jaren, die structureel tot een hoger uitgavenniveau leiden, anderzijds doordat de kosten van de in 2007 verleende zorg hoger zijn dan geraamd. Voor de kostenontwikkeling ziekenhuizen, zijnde de (budget-) vergoeding die ziekenhuizen voor de te leveren hoeveelheid zorg ontvangen, wordt één totale raming afgegeven. Met het afbouwen van de budgetsystematiek en de overgang naar financiering op basis van DBCs, wordt de relatie tussen kostenontwikkeling, prijsontwikkeling en omvang en aard van de hoeveelheid geleverde zorg transparant.

De hogere uitgaven dan geraamd bij de medisch specialisten zijn deels (circa € 140 miljoen) het gevolg van een hogere productie door medisch specialisten in de lumpsum. Daarnaast vallen de uitgaven aan intramuraal/extramuraal werkende specialisten (niet lumpsum) en Zelfstandig Behandel Centra (ZBC) hoger uit dan geraamd (€ 150 miljoen). Dit verschil wordt vooral veroorzaakt doordat in de raming is uitgegaan van een lager aantal ZBCs met een lagere productie.

De tegenvaller van € 7 miljoen bij de verloskunde heeft betrekking op de invoering van de tweede termijn echo en is gebaseerd op de realisatiecijfers 2006. Dit is de stand van uitgaven zoals bekend ten tijde van de 1e supplettoire wet 2007.

Met betrekking tot de uitgaven aan logopedie is er sprake van een toegenomen autonome vraag door meer bewustzijn en onderkenning van spraak- en taalstoornissen binnen de samenleving. Daar komt bij dat huis- en schoolartsen steeds vaker doorverwijzen, waarbij positief gediagnosticeerde kinderen worden «meegenomen» naar de eigen praktijk.

Vraag 101

Waaruit bestaat de tegenvaller bij «overige curatieve zorg»?

Antwoord op vraag 101.

De hogere uitgaven bij de sector «overig curatieve zorg» zijn het gevolg van hogere uitgaven bij onder andere de (huisartsen)laboratoria, trombosediensten en centra voor erfelijkheidsonderzoek. Ook zijn de uitgaven hoger dan geraamd als gevolg van een overheveling van een subsidie taal- en spraakdiagnostiek naar deze sector (€ 4,8 miljoen). Ten slotte is er aanvullende volumegroei aan deze sector toebedeeld (€ 5 miljoen) en heeft er een nominale bijstelling plaatsgevonden (€ 8,5 miljoen).

Vraag 102

Waaruit bestaat de niet gerealiseerde besparing bij huisartsen? Wat is de oorzaak van het niet behalen van de besparing?

Antwoord op vraag 102.

In 2007 was de verwachte overschrijding bij de huisartsen in totaal circa € 191 miljoen. Een deel daarvan betrof een overschrijding op de modules POH en M&I (in totaal circa € 90 miljoen). Dit deel van de overschrijding kon conform de gemaakte afspraken in het Vogelaraakkoord niet bij de huisartsen worden teruggehaald. Het overige deel van de overschrijding heeft betrekking op het totaal van de overschrijding op de consulten, de inschrijftarieven en de passantentarieven. Met de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland is afgesproken dat de tarieven voor de jaren 2007 en 2008 niet zouden worden geïndexeerd. Voor het restant van de problematiek heb ik elders voor dekking moeten zorgen.

Vraag 103

Waarom is het niet mogelijk een verklaring te geven voor de onderschrijding van € 121 miljoen bij extramuraal verstrekte hulpmiddelen?

Antwoord op vraag 103.

De raming voor de hulpmiddelen wordt gemaakt op grond van de realisatie van de voorafgaande jaren. De raming is op basis hiervan bijgesteld. De verwachting is dat de komende jaren de reeks daarmee op het juiste niveau zit. Daarnaast is het waarschijnlijk dat het doelmatiger inkopen van de verzekeraars zijn vruchten afwerpt. Met het bijstellen van de raming is het effect van de voornaamste veroorzaker rechtgetrokken.

Vraag 104

Waarom is er enerzijds sprake van onderschrijding in de verloskunde, terwijl anderzijds gesteld wordt dat er sprake is van een tegenvaller van € 7 miljoen?

Antwoord op vraag 104.

De tegenvaller van € 7 miljoen is gebaseerd op de realisatiecijfers 2006 en heeft betrekking op de stand van uitgaven zoals bekend ten tijde van de 1e suppletore wet 2007. Naast deze tegenvaller hebben zich ten opzichte van de stand begroting 2007 nog andere mutaties voorgedaan, het betreft hier onder andere de jaarlijkse vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling 2007, de jaarlijkse toedeling van de middelen die gereserveerd waren voor de autonome volumegroei (2006–2007) en de meevaller die blijkt uit de recent ontvangen realisatiecijfers 2007.

Vraag 105

Hoe kan het dat in de kraamzorg sprake is van onderschrijding, terwijl er grote tekorten bestaan en er onvoldoende kraamzorg gegeven kan worden, met name ook in de komende zomermaanden? Kan de meevaller alsnog ingezet worden om de nijpende situatie in de kraamzorg op te lossen?

Hoe verhoudt zich de onderschrijding van de kraamzorg door het verminderd aantal kraamuren tot de doelstellingen uit het coalitieakkoord met betrekking tot extra kraamzorguren?

Antwoord op vraag 105.

Door het tekort aan kraamverzorgenden kan er momenteel minder kraamzorg worden geleverd dan volgens het Landelijk Indicatieprotocol (LIP) geïndiceerd is.

De meevaller van 2007 kan niet worden ingezet om de huidige problematiek in de kraamzorg op te lossen. De mee- en tegenvallers 2007 zijn binnen het BKZ conform de gebruikelijke systematiek met elkaar verrekend.

In het coalitieakkoord is afgesproken om het aantal uren kraamzorg uit te breiden. Met de uitbreiding van het aantal uren kraamzorg binnen het basispakket zijn kraamzorgorganisaties beter in staat om een voltijdse baan aan te bieden. Dat verhoogt de wervingskracht voor het beroep, met name onder jonge pasafgestudeerde kraamverzorgenden. Brancheorganisaties voor de kraamzorg verwachten hiervan een extra instroom van kraamverzorgenden. Voorts hebben zorgverzekeraars en kraamzorginstellingen verklaard een forse inhaalslag op het gebied van scholing en opleiding te willen maken. Zij hebben voorgesteld een deel van de € 34 miljoen, die gemoeid is met de in het coalitieakkoord afgesproken extra uren kraamzorg, incidenteel te gebruiken voor deze inhaalslag. Waarschijnlijk zal dit gehele bedrag in 2008 als gevolg van de ondercapaciteit van kraamverzorgenden immers niet worden benut. Onder voorwaarde dat er een gedegen plan wordt gepresenteerd, ben ik bereid om hiernaar welwillend te kijken.

Vraag 106

Wat is de stijging van het aantal ZBC's in het jaar 2007 ten opzichte van het jaar 2006 en 2005?

Antwoord op vraag 106.

Het aantal ZBC's is tussen 2005 en 2007 toegenomen. In 2005 en 2006 waren er respectievelijk 130 en 158 toegelaten ZBC's. In de loop van 2007 hebben nog eens 64 ZBC's een toelating ontvangen. Hiermee komt ultimo 2007 het totaal aantal toegelaten ZBC's op 222. Het is niet bekend hoeveel van deze ZBC's daadwerkelijk actief zijn, omdat sommige ZBC's bijvoor-

beeld al wel hun toelating hebben ontvangen, maar nog niet gereed zijn om zorg te gaan verlenen. Ook is het mogelijk dat sommige ZBC's niet langer actief zijn, maar nog wel als toegelaten instelling staan geregistreerd.

Vraag 107

Hoe groot is de stijging van het aantal verrichtingen in de ZBC's? Gaat het hier om meer verschillende verrichtingen of meer productie van dezelfde verrichtingen?

Antwoord op vraag 107.

Zelfstandig Behandel Centra (ZBC's) zijn zowel actief in het A- als het B-segment. Met name in het B-segment is de productie van ZBC gestegen. Het aantal ZBC's dat actief is in het B-segment is tussen 2005 en 2007 toegenomen. In 2005 en 2006 waren resp. 37 en 57 ZBC's actief in het B-segment. Dit aantal is in 2007 gestegen naar 68. Het B-segment is dat deel van de ziekenhuiszorg waarvoor sinds 1 februari 2005 vrije prijsvorming geldt. Het B-segment bestaat op dit moment uit 1 246 DBC's. De DBC's uit het B-segment zijn verdeeld over 15 specialismen en horen bij 28 diagnoses. Het aandeel van de verschillende specialismen in de omzet B-segment verschilt sterk.

De specialisme orthopedie heeft met bijna 35% het grootste aandeel in de omzet B-segment. Staar, heup en knie zijn naar omzet geordend de belangrijkste diagnoses in het B-segment. In termen van aantallen zijn staar en diabetes mellitus de meest voorkomende verrichtingen.

Vraag 108

Hoe is de door het CVZ berekende meevaller van € 44 miljoen bij de geneesmiddelen opgebouwd?

Antwoord op vraag 108.

Deze meevaller van € 44 miljoen bedraagt nog geen 1% van het geneesmiddelenkader van € 5 miljard. De € 44 miljoen kan daarmee gezien worden als een «reguliere fluctuatie» ten opzichte van de raming.

Vraag 109

Betekent de meevaller bij verloskunde over 2007, dat de raming voor 2008 ook te hoog is geschat? Zo ja, om welk bedrag gaat het? Kan deze dan te verwachten meevaller ingezet worden om de problemen van verloskundigen in achterstandswijken op te lossen?

Antwoord op vraag 109.

De onderschrijding bij verloskunde in 2007 betekent niet dat de raming voor 2008 ook te hoog is ingeschat. In de raming voor 2008 is rekening gehouden met de ontwikkeling van de verloskunde in de voorgaande jaren en de te verwachten demografische ontwikkelingen op basis van CBS-gegevens. Voor de verloskunde betekent dit dat de meevaller uit 2007 grotendeels structureel is verondersteld.

Wat de problemen van verloskundigen in achterstandswijken betreft, heeft de Nederlandse Vereniging voor Verloskunde (KNOV) in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht een aangepast tarief te ontwikkelen. Dit conform de procedures die daarvoor gelden. De NZa beoordeelt dat verzoek en stelt vervolgens de tarieven vast. Ik wil het besluit van de NZa afwachten alvorens ik een

definitief besluit hierover neem. Als blijkt dat de NZa een hoger tarief gerechtvaardigd vindt, ben ik bereid om hiernaar welwillend te kijken, onder de voorwaarde dat elders binnen het BKZ financiële dekking kan worden gevonden.

Vraag 110

Wat is de oorzaak voor het niet volledig benutten van de financiering voor opleidingsplaatsen?

Antwoord op vraag 110.

Zie het antwoord op vraag 73.

Vraag 111

Hoe wordt omgegaan met het negatief vermogen van het zorgverzekeringsfonds van € 2,3 miljard per ultimo 2007?

Antwoord op vraag 111.

Op grond van de ramingen die waren opgenomen in de ontwerpbegroting 2008 zou per ultimo 2007 een negatief vermogen van circa € 2 miljard ontstaan in het zorgverzekeringsfonds. Op basis van het jaarverslag van het CVZ is dit negatieve vermogen nu op € 2,3 miljard uitgekomen. Tijdens de begrotingsvoorbereiding 2008 is op grond van de toenmalige ramingen besloten tot een zodanige premiestelling voor 2008 dat het saldo van het zorgverzekeringsfonds in 2008 verbetert van een in september 2007 verwachte € - 2 miljard per ultimo 2007 naar € - 0,6 miljard per ultimo 2008. Daartoe is onder andere de inkomensafhankelijke bijdrage verhoogd van 6,5% naar 7,2%. Ook is de bijdrage aan de verzekeraars zodanig vastgesteld dat de verzekeraars naar verwachting hun premies zodanig hoger zouden vaststellen dat de in de Zorgverzekeringswet vastgelegde 50/50-verhouding tussen inkomensafhankelijke en nominale bijdragen zou worden gerealiseerd.

Vraag 112

Er wordt aangegeven dat de totale uitgaven in de AWBZ € 0,5 miljoen hoger zijn dan is geraamd in de begroting 2007. Kan worden toegelicht op welke deelterreinen van de AWBZ de uitgaven hoger zijn uitgevallen en wat de reden hiervan is.

Antwoord op vraag 112.

Zie antwoord op vraag 8.