

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

**Directie Financieel-
Economische Zaken**
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

kenmerk
FEZ-U-3118812

Bijlage
1

Datum 12 juni 2012
Betreft Antwoorden op Kamervragen over het jaarverslag VWS
2011 en over het rapport van de Algemene Rekenkamer
bij dit jaarverslag

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

De leden van de Tweede Kamer hebben schriftelijke vragen gesteld over het
jaarverslag VWS 2011 en over het rapport van de Algemene Rekenkamer bij dit
jaarverslag.

De antwoorden op deze vragen bied ik u hierbij aan.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op schriftelijke Kamervragen Jaarverslag VWS 2011

Vraag 1

Hoeveel HKZ-keuringen zijn er afgegeven in 2010 t/m 2012?

Antwoord 1

Op de website www.hkz.nl staat een overzicht van alle afgegeven HKZ-certificaten. Volgens dat overzicht zijn in de periode 2010 t/m 1 juni 2012 857 HKZ-certificaten afgegeven.

Vraag 2

Hoeveel zorgaanbieders, uitgesplitst per sector, zijn HKZ-gecertificeerd?

Antwoord 2

Op de website www.hkz.nl staat een overzicht van afgegeven HKZ-certificaten. Volgens dat overzicht zijn er t/m 1 juni 2012 in totaal aan 3140 bedrijven HKZ-certificaten afgegeven; uitgesplitst per sector:

Sector	Aantal bedrijven met HKZ-certificaat
Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties	606
Geestelijke Gezondheidszorg	232
Gehandicaptenzorg	170
Zorgboerderijen	23
Openbare Apotheken	794
Extramurale Fysiotherapiepraktijken	283
Huisartsendienstenstructuren	34
Ambulancezorg	55
Jeugdzorg / bureaus Jeugdzorg / Justitiële jeugdinrichtingen	96
Openbare gezondheidszorg	215
Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening	233
Kinderopvang	245
GHOR	28
Dialysecentra	54
Overig	72
Totaal	3.140

Vraag 3

Hoeveel fte's per sector vallen onder een HKZ-gecertificeerde zorgaanbieder?

Antwoord 3

Ik beschik niet over de gevraagde informatie.

Vraag 4

Hoeveel levert het afschaffen van het HKZ op?

Antwoord 4

Het stopzetten van de VWS-subsidie aan HKZ levert een besparing op van ruim € 750.000 per jaar.

Dit betekent niet dat HKZ wordt afgeschaft. HKZ is per 1 mei 2012 gefuseerd met het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN). In het persbericht hierover melden NEN en HKZ: "Het HKZ-keurmerk en de daaraan verbonden activiteiten blijven bestaan."

Vraag 5

Hoeveel bedroegen de uitvoeringskosten van het HKZ in 2011?

Antwoord 5

Volgens de jaarrekening 2011 van HKZ bedroegen de totale uitvoeringskosten van HKZ in 2011 € 1.303.016.

Vraag 6 en 9

Hoeveel hulpmiddelen, uitgesplitst in Wmo, AWBZ en Zvw, worden jaarlijks weggegooid en welke bedragen zijn hiermee gemoeid?

Hoeveel incontinentiematerialen worden jaarlijks weggegooid en wat kost dit?

Antwoord 6 en 9

Omdat er geen lokale, regionale of landelijke registratie is van deze gegevens, is niet bekend hoeveel materiaal er jaarlijks wordt vernietigd en welke kosten hiermee gemoeid zijn.

Hoewel doelmatig gebruik en verstrekking van hulpmiddelen al deel uitmaakt van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, blijkt dat nog steeds sprake is van verspilling van hulpmiddelen. Zo blijkt uit een recent onderzoek van thuiszorgorganisatie Buurtzorg dat patiënten in de thuiszorg voor gemiddeld zo'n honderd euro aan overgebleven medicijnen, verbandmiddelen en andere materialen thuis hebben liggen. Ik hecht veel waarde aan doelmatig gebruik en ben dan ook voornemens dergelijke verspilling aan te pakken. Daarom zal ik op korte termijn met zorgaanbieders en zorgverzekeraars overleggen om te bezien hoe deze verspilling nog verder terug te dringen.

Over mogelijkheden om, bijvoorbeeld via de verpakkingsgrootte van genees- en hulpmiddelen, bij te dragen aan het terugdringen van verspilling, wil ik in gesprek gaan met de fabrikanten. Bij hen rust een grote verantwoordelijkheid op dit punt.

Vraag 7 (en 178)

Wat is de omzet van hulpmiddelen uitgesplitst in AWBZ, Zvw en WMO?

Antwoord 7 (en 178)

In de Zvw bedragen de kosten aan medische hulpmiddelen € 1,4 miljard.

In de AWBZ bedragen de kosten aan (uitleen) hulpmiddelen € 75 miljoen.

De totale jaarlijkse kosten aan medische hulpmiddelen (rolstoelen e.d.) in de Wmo zijn niet bekend.

Vraag 8

Hoeveel apothekers telt Nederland?

Antwoord 8

Volgens de Stichting Farmaceutische kengetallen, gelieerd aan de KNMP, was het aantal werkzame (beherend en tweede) apothekers in de openbare farmacie 2859 in 2011. Er waren 1997 apotheken. Voor elke apotheek moet een beherend (verantwoordelijke) apotheker staan ingeschreven.

Vraag 10

Hoeveel geld kan bespaard worden door incontinentiematerialen gezamenlijk in te kopen?

Antwoord 10

Zorgverzekeraars onderhandelen al scherp met zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van het incontinentiemateriaal dat aan de verzekerde wordt geleverd. Desondanks blijkt uit een recent onderzoek van thuiszorgorganisatie Buurtzorg dat er nog steeds verspilling van hulpmiddelen is. Ik wil dergelijke verspilling aanpakken. In welke mate besparingen mogelijk zijn door grootschalige inkoop is niet bekend.

Ik zal op korte termijn met zorgverzekeraars en zorgaanbieders overleggen om te bezien of er bij de inkoop van deze hulpmiddelen nog meer besparingen te realiseren zijn.

Vraag 11

Welke verschillen zijn waarneembaar in het voorschrijfgedrag tussen medisch specialisten en artsen? Over welke cijfers beschikt de regering?

Antwoord 11

Medisch specialisten zijn verantwoordelijk voor 12% van de voorschriften van extramuraal geleverde geneesmiddelen, de huisartsen zijn verantwoordelijk voor de resterende 88% van deze voorschriften. Dit blijkt uit cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) en cijfers van het CVZ (GIP-database). Voor zowel huisartsen als specialisten geldt dat er, daar waar medisch mogelijk, nog veel winst te behalen valt door duurdere specialistische geneesmiddelen om te zetten naar generieke geneesmiddelen. Gemiddeld genomen worden er door specialisten nog meer spécialité's voorgeschreven dan door huisartsen. Deels kan dit komen door een zwaardere casemix van patiënten. Cijfers laten echter ook zien dat er tussen ziekenhuizen sprake is van een grote praktijkvariatie die niet volledig te verklaren valt door verschil in casemix.

Vanuit deze basis, en op basis van een inschatting van het besparingspotentieel, ben ik een taakstelling overeengekomen met de Orde van Medisch Specialisten met betrekking tot het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen, ter hoogte van € 30 miljoen structureel. Tevens ben ik hierover in gesprek met de huisartsen. Ik ga er van uit dat beide beroepsgroepen alles in het werk stellen om deze opbrengst nog dit jaar te realiseren.

Vraag 12

Wat levert het afschaffen van de minutenregistratie op?

Antwoord 12

Wellicht ten overvloede meld ik dat er vanuit de overheid geen regelgeving bestaat die betrekking heeft op de minutenregistratie. Zie hierover ter toelichting mijn brief van 17 april jongstleden (DLZ/SFI-U-3112526).

Het ministerie heeft geen gegevens over de budgettaire effecten van het afschaffen van de minutenregistratie op macroniveau jaarlijks. Dit verschilt namelijk van instelling tot instelling en is in grote mate afhankelijk van de wijze waarop de organisatie de registratie heeft ingericht en wat en op welk niveau er wordt geregistreerd.

Vraag 13

Hoeveel geld wordt bespaard als zorgverleners in de VV&T per dag een half uur minder aan administratieve handelingen kwijt zijn?

Antwoord 13

Met het verminderen van de administratieve lasten in de care beoog ik meer tijd voor de cliënt beschikbaar te krijgen. Tegelijkertijd krijgt de zorgprofessional daardoor ook meer tijd beschikbaar voor het werk waarvoor hij met hoofd en hart heeft gekozen in plaats van het invullen van formulieren. Het mes snijdt zo aan twee kanten. Dit impliceert dat een vermindering van de administratieve lasten niet zonder meer hoeft te leiden tot een daling van de zorguitgaven.

Vraag 14 en 15

Wat kost(te) de ICT in de gezondheidszorg per sector in 2010, 2011 en 2012?
Welke toepassingen of diensten zijn verantwoordelijk voor de hoogste ICT kosten in de zorg en om welke bedragen gaat het?

Antwoord 14 en 15

Voor de uitgaven aan ICT in de gezondheidszorg zijn geen gegevens beschikbaar. Deze uitgaven zijn dermate verweven met primaire en ondersteunende middelen en processen dat deze uitgaven niet afzonderlijk in beeld te brengen zijn.

Vraag 16

Hoeveel geld besteedden zorgverzekeraars aan reclame in 2010, 2011 en 2012?

Antwoord 16

- Zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om hun marktpositioneringsstrategie en hebben de vrijheid om zelf te bepalen hoeveel geld ze aan reclame besteden.
- Ik heb daarom nooit onderzoek gedaan naar de uitgaven aan reclames door zorgverzekeraars. Wel is recent een onderzoek¹ gepubliceerd waaruit de volgende gegevens blijken:
- In 2009 bedroegen de uitgaven aan reclame € 38 miljoen, in 2010 € 40 miljoen en in 2011 € 43 miljoen. Dit is exclusief uitgaven aan reclame via internet.
- In 2011 is circa € 15 miljoen aan reclame via internet besteed.
- Een juiste vergelijking van reclamebestedingen via internet met voorgaande jaren is (nog) niet mogelijk, omdat er een nieuwe registratie methode wordt toegepast sinds 2011.

¹ Bron: Rapport "Reguliere zorgpolis verliest terrein" van BS Health Consultancy

Vraag 17 t/m 20

Hoeveel geld besteedden verpleeghuizen, verzorgingshuizen, revalidatiecentra en ziekenhuizen aan reclame in 2010, 2011 en 2012?

Antwoord 17 t/m 20

Het Ministerie heeft geen gegevens over de uitgaven aan reclame van zorginstellingen en ziekenhuizen. Over de totale uitgaven verantwoordend zorginstellingen zich via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. In de resultatenrekening wordt bij de bedrijfskosten de zorginstellingen niet gevraagd de uitgaven aan reclame te specificeren. Ook in het jaardocument van ziekenhuizen zijn de uitgaven aan reclame niet als herkenbaar onderdeel opgenomen.

Vraag 21 t/m 26 en 170 t/m 172

Vraag 21 t/m 26:

Welke zorgbestuurders, uitgesplitst per sector, verdienen meer dan 100% van het ministersalaris?

Welke zorgaanbieders hebben bestuurders die meer dan 100% van het ministersalaris verdienen?

Welke zorgverleners, uitgesplitst per sector, verdienen meer dan 100% van het ministersalaris?

Welke zorgaanbieders werken met zorgverleners die meer dan 100% van het ministersalaris verdienen?

Hoeveel personen in de zorg verdienen in totaal meer dan 100% van het ministersalaris?

Wat is het totaalbedrag dat in de zorg wordt uitgegeven aan salariskosten boven de 100% van het ministersalaris?

Vraag 170 t/m 172:

Kan er een lijst worden gegeven conform bijlage topinkomens met personen die werken in de jeugdzorg die meer dan 100% van het ministersalaris verdienen?

Hoeveel personen verdienen meer dan 100% van het ministersalaris in de jeugdzorg?

Wat is het totaalbedrag aan uitgaven aan bestuurders in de jeugdzorg die boven de 100% van het ministersalaris verdienen?

Antwoord 21 t/m 26 en 170 t/m 172

Deze gegevens over het verslagjaar 't-1' moeten instellingen op grond van de WOPT (wet openbaarmaking publiekgefinancierde topinkomens) in hun eigen jaarverslag opnemen en vervolgens melden bij de minister van BZK. Die verzamelt die in de loop van het jaar t. Aan het eind van het jaar 't' worden deze gegevens over de totale werkingssfeer van die wet altijd in één keer aan de Kamer aangeboden door de minister van BZK. Ik verwijs u derhalve naar de komende WOPT-rapportage van de minister van BZK die aan het eind van dit jaar uitkomt. In 2011 is de laatste rapportage naar de Kamer gestuurd, die over de jaarverslagen-2010, zie TK 30111, nr. 55.

Vraag 27

Hoeveel mensen met een chronische ziekte telt Nederland?

Antwoord 27

Cijfers zijn moeilijk te geven omdat het begrip 'chronisch' op vele uiteenlopende aandoeningen van toepassing is, variërend van een lage tot hoge ziektelast. Uit onderzoek van het RIVM² blijkt dat ons land minimaal 4,5 miljoen personen kent die chronisch ziek of beperkt zijn en waarvan 1,3 miljoen meer dan één chronische aandoening heeft. Deze schatting is gebaseerd op een selectie van 30 chronische aandoeningen met een doorgaans hoge ziektelast.

² Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2008

Vraag 28

Hoeveel mensen met een beperking telt Nederland?

Antwoord 28

In lijn met de optiek van onder andere de Wereld Gezondheidsorganisatie en met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap is een beperking een wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving. Daarin wordt 'beperking' dus niet gezien als een objectief vast te stellen medische eigenschap, maar als een sociale constructie. Deze definitie leidt onder andere tot de individuele aanpak op grond van de Wmo om mensen te ondersteunen bij hun maatschappelijke participatie naar hun individuele behoefte en uitgaande van waartoe mensen wèl in staat zijn.

Er is dus geen sprake van een 'registratie' van mensen met een beperking, hoewel er wel cijfers bekend zijn met betrekking tot verschillende regelingen voor voorzieningen waarvan mensen met een beperking gebruik kunnen maken. Voor algemeen beleid wordt veelal gebruik gemaakt van de cijfers die door het CBS worden verzameld. De meest actuele gegevens betreffen functiebeperkingen in 2010. In 2010 had 47,5 % van de bevolking één of meer langdurige aandoeningen³.

Vraag 29

Hoeveel 65-plussers telt Nederland en hoeveel daarvan zijn als kwetsbare ouderen aan te merken?

Antwoord 29

Per 1-1-2010 waren circa 2,5 miljoen mensen ouder dan 65 jaar (15,3% van de bevolking; gebaseerd op CBS Statline).

Wat betreft het deel van de 65-ouderen dat als kwetsbaar is aan te merken, noemt het SCP (Kwetsbare ouderen in de praktijk) in 2011 een percentage van 27%. Het Verwey Jonker Instituut (Kwetsbare ouderen in tel: De balans tussen lokale zorgvraag en lokale ondersteuning) noemt in 2012 een percentage van 42,7 % van de 65-plussers kwetsbaar. Het SCP gaat uit van lichamelijke, psychische en sociale problemen die mensen ervaren, die in combinatie leiden tot kwetsbaarheid; het VJI kiest ervoor te kijken naar de situatie waarin mensen leven hierbij wordt een onderscheid gemaakt naar de gezondheidssituatie, materiële en sociale situatie.

Vraag 30

Hoeveel 65-plussers ontvangen zorg uit de VVT?

Antwoord 30

Het CBS/Statline publiceert cijfers over:

³ Het percentage personen dat één van de volgende aandoeningen heeft of in de laatste 12 maanden heeft gehad: Aandoening elleboog, pols of hand, de nek of schouder; Astma, chronische bronchitis, CARA; Beroerte, hersenbloeding, herseninfarct; Chronische eczeem; Chronische gewrichtsontsteking; Darmstoornissen langer dan 3 maanden; Duizeligheid met vallen; Gewrichtsslijtage van heupen of knieën; Hartaandoening; Hartinfarct; Hoge bloeddruk; Kanker; Migraine of ernstige hoofdpijn; Incontinentie; Psoriasis; Rugaandoening; Suikerziekte; Vernauwing bloedvaten in buik of benen (CBS: Statline).

- het aantal personen dat gedurende een jaar zorg *met* verblijf heeft ontvangen van een VVT-instelling (recentste jaar 2009)
- het aantal personen dat gedurende een jaar zorg *zonder* verblijf heeft ontvangen (huishoudelijke hulp/Wmo en/of AWBZ, recentste jaar 2010).

De aantallen kunnen niet worden opgeteld om het totaal aantal 65-plussers te bepalen: het komt namelijk voor dat een persoon gedurende een jaar zowel zorg zonder verblijf als zorg met verblijf heeft ontvangen.

	Zonder Verblijf (2010)	Met verblijf (2009)
65 tot 70 jaar	44.195	9.170
70 tot 75 jaar	68.000	16.720
75 tot 80 jaar	108.645	33.825
80 tot 85 jaar	134.970	55.245
85 tot 90 jaar	106.400	67.970
90 tot 95 jaar	41.350	40.500
95 jaar of ouder	9.195	15.830
Totaal 65-plus	512.755	239.260

Voor verdere kerninformatie over de VVT verwijs ik u naar de brochure “VVT feiten en cijfers” op de website van ActiZ.

Vraag 31

Hoeveel zorgverleners werken er in de VVT?

Antwoord 31

De meest recente cijfers dateren uit 2009.

Uit deze cijfers blijkt dat in dat jaar in de VVT in totaal ongeveer 427.000 mensen (246.000 fte) werkzaam waren. Daarvan werkten in de verpleegkundige, verzorgende en sociaal- pedagogische beroepen (VOV) 219.000 mensen (130.000 fte).

Vraag 32

Hoeveel studenten stromen jaarlijks in een zorgopleiding, uitgesplitst naar zorgopleiding?

Antwoord 32

Tabel Instroom in de zorg-opleidingen 2008-2010

Opleiding	2008	2009	2010
Zorghulp	1.100	1.183	1.281
Helpende zorg en welzijn	11.362	11.659	11.694
Verzorging	10.433	10.426	10.533
Verpleegkunde 4	6.387	7.012	7.408
Verpleegkunde 5	3.089	3.185	3.488

Bron: onderwijsstatistiek CBS en AZW in Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2011-2015, Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, 2012

Vraag 33

Hoeveel studenten stromen jaarlijks uit de zorgopleiding, uitgesplitst naar opleiding, en om welke reden?

Antwoord 33

Tabel Diplomering (uitstroom) in de zorg-opleidingen in 2007-2009

Opleiding	2007	2008	2009
Zorghulp	1.186	1.131	1.190
Helpende zorg en welzijn	8.809	8.914	9.692
Verzorging	5.977	6.325	6.251
Verpleegkunde 4	3.987	3.932	3.976
Verpleegkunde 5	2.166	2.247	2.374

Bron: onderwijsstatistiek CBS in Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2011-2015, Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, 2012

Met uitstroom worden studenten bedoeld die met goed gevolg een opleiding afronden. Niet iedereen die aan de opleiding begint behaalt uiteindelijk het diploma. Deze zogenoemde uitval heeft te maken met de uiteindelijk studiekeuze en switchen naar een andere opleiding. De hbo-verpleegkunde opleiding is bijvoorbeeld voor uitgelote studenten geneeskunde of verloskunde een tijdelijke keuze (parkeerstudie).

Vraag 34

Hoeveel mensen stromen jaarlijks in de zorg, uitgesplitst naar oorzaak?

Antwoord 34

Het meest recente jaar waarvoor deze data beschikbaar zijn is 2009. In 2009 stroomden ca. 38.000 verplegenden, sociaal agogen en verzorgenden (VOV-personeel) in de zorg in. Over de oorzaak van instroom zijn geen gegevens bekend. Algemeen wordt aangenomen dat gesolliciteerd wordt op vacatures.

Bron: Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn, Panteia i.s.m. Seor en E'til.

Vraag 35

Hoeveel mensen stromen jaarlijks uit de zorg, uitgesplitst naar oorzaak?

Antwoord 35

Het meest recente jaar waarvoor deze data beschikbaar zijn is 2009. In 2009 stroomden ca. 20.000 verplegenden, sociaal agogen en verzorgenden (VOV-personeel) uit de zorg. Dit aantal kan niet uitgesplitst worden naar oorzaak.

Bron: Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn, Panteia i.s.m. Seor en E'til.

Vraag 36

Er geldt voor de Normatieve Huisvestingscomponent een overgangssituatie waarbij organisaties zich tot 1 juni kunnen melden indien zij problemen hebben. Hoeveel organisaties hebben zich gemeld en hoeveel bedraagt de totale problematiek?

Antwoord 36

Tot nu toe hebben zich bij de NZa 35 zorginstellingen gemeld, 15 daarvan kwamen via de brancheorganisaties ActiZ en VGN daar terecht. De NZa heeft met zorgaanbieders hierover

overleg gevoerd, deels in 2011 en deels in 2012.

Op verzoek van de Tweede Kamer zal de staatssecretaris naar verwachting binnen twee weken de TK kunnen informeren over de invoering van de normatieve huisvestingscomponent en daarbij specifiek ingaan op de boekwaardeproblematiek.

Vraag 37, 38 en 41

Hoeveel zorginstellingen verwachten af te moeten boeken op hun vastgoed?
Voor welk bedrag wordt door zorginstellingen naar verwachting in totaal afgeboekt op vastgoed?
Van hoeveel curatieve zorginstellingen is bekend dat zij financiële problemen met hun vastgoed hebben?

Antwoord 37, 38 en 41

VWS houdt niet bij of instellingen moeten afboeken op hun vastgoed en hierdoor in financiële problemen komen. Wel is er net een benchmark van Deloitte verschenen op basis van een analyse van de jaarverslagen over 2011 van het merendeel van de ziekenhuizen. Hierin meldt Deloitte dat ziekenhuizen in 2011 nauwelijks hebben afgewaardeerd op vastgoed. De sector waardeerde slechts 20 miljoen af op vastgoed.

Vraag 39 en 40

Hoe groot is de totale schuld van zorgaanbieders bij zorgverzekeraars?
Hoe groot is de totale schuld van zorgaanbieders bij zorgverzekeraars, uitgesplitst per sector?

Antwoord 39 en 40

Op basis van de jaarstaten 2011 die alle zorgverzekeraars hebben ingediend bij De Nederlandsche Bank (DNB) blijkt een totale vordering van zorgverzekeraars op zorgverleners van ongeveer € 2,7 miljard (balansdatum 31-12-2011).

Volgens opgave van DNB gaat het om:

- Voorschotten aan ziekenhuizen;
- Voorschotten aan GGZ-Instellingen;
- Voorschotten aan apothekers;
- Voorschotten overige zorgverleners;
- Te verrekenen overfinanciering GGZ;
- Te verrekenen overfinanciering ziekenhuizen.

Het merendeel van dit bedrag bestaat uit voorschotten. Tegenover deze voorschotten staat onderhanden werk, dat wil zeggen activiteiten die de instellingen in het afgelopen jaar hebben uitgevoerd, maar die pas na afsluiting van het jaar tot declaratie bij de zorgverzekeraars zullen komen. De omvang van dit bedrag is niet precies bekend en daarmee ook niet voor welk bedrag er sprake is van een echte vordering.

Uitsplitsing naar sectoren is niet mogelijk. De reden hiervoor is dat in de jaarstaten de vorderingen op alle tegenpartijen geaggregeerd worden opgenomen.

Vraag 42

Hoeveel eigen middelen hebben de provincies in 2010 en 2011 in totaal ingezet voor de jeugdzorg? Kunt u dit per provincie en of per stadsregio specificeren?

Antwoord 42

Uit de provinciale begrotingen (CBS data) voor 2010 blijken provincies € 103,3 miljoen aan eigen middelen begroot te hebben voor de functie jeugdhulpverlening. Uit de rekeningen van de

grootstedelijke regio's voor 2010 blijken zij voor € 0,5 miljoen aan eigen middelen te hebben ingezet. In totaal gaat het om € 103,8 miljoen eigen middelen. Dit bedrag is berekend als het saldo van de baten en lasten voor deze functie in dat jaar.

Voor 2011 betreft het voor de provincies voorlopige begrotingscijfers (CBS data) en gaat het om een totaalbedrag van € 86,8 miljoen. Voor de Grootstedelijke regio's is in hun begrotingen een bedrag opgenomen van € 0,3 miljoen. In totaal, provincies en grootstedelijke regio's samen, gaat het om een bedrag van € 87,1 miljoen.

Saldo baten en lasten van de functie Jeugdhulpverlening in 2010 en 2011 (* mln.)

	2011	2010
Groningen	1,5	1,6
Friesland	14,0	5,6
Drenthe	2,1	2,0
Overijssel	9,7	9,7
Flevoland	4,7	6,1
Gelderland	4,4	8,9
Utrecht	11,9	9,5
Noord-Holland	9,3	5,5
Zuid-Holland	18,4	16,4
Zeeland	3,1	1,2
Noord-Brabant	18,6	16,8
Limburg	5,6	3,4
Totaal Provincies	103,3	86,8
Amsterdam	0,2	0,1
Rotterdam	0,1	0,0
Haaglanden	0,2	0,2
Totaal GSR	0,5	0,3
Totaal provincies en GSR	103,8	87,1

Vraag 43

Voor hoeveel geld hebben gemeenten het afgelopen jaar bezuinigd op (preventieve) jeugdhulp en zorg?

Antwoord 43

Gemeenten voeren het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg uit en Wmo-taken op het gebied van preventieve jeugdhulp. Daarnaast is met de gemeenten overeengekomen dat er in iedere gemeente een CJG is. In 2011 werden deze taken gefinancierd via de BDU CJG en via het gemeentefonds. Per 2012 zijn de middelen van de BDU CJG toegevoegd aan het gemeentefonds. Op deze middelen is van rijkswege geen bezuiniging doorgevoerd. Gemeenten hebben beleidsvrijheid voor de besteding van middelen die uit het gemeentefonds beschikbaar worden gesteld voor preventief jeugdbeleid. Er is geen specifiek zicht op de besteding van bedragen uit het gemeentefonds aan preventief jeugdbeleid. Zodoende kan ook geen uitspraak worden gedaan in hoeverre er door gemeenten op deze zaak is bezuinigd.

Vraag 44

Hoeveel geld is er in 2011 door Bureaus Jeugdzorg in totaal uitgegeven aan interim-managers?

Antwoord 44

Met het oog op de beperking van de administratieve lasten bij de bureaus jeugdzorg en de jeugdzorginstellingen, behoort deze informatie niet tot de gegevens die op reguliere basis worden opgevraagd. Over 2011 zijn deze gegevens daarom niet beschikbaar. Bij een eenmalige inventarisatie is gebleken dat de kosten voor de inhuur van interim managers bij de bureaus jeugdzorg in 2008 circa 0,8% van de totale personeelskosten bedroegen.

Vraag 45

Hoe lang duurde de gemiddelde ondertoezichtstelling in 2010 en 2011?

Antwoord 45

De duur van de OTS bedroeg in 2010 gemiddeld 2,96 jaar. De duur van de OTS in 2011 was 2,81. De gegevens over 2011 zijn voorlopige gegevens. In juli 2012 zijn de definitieve gegevens beschikbaar.

Vraag 46

Hoeveel geld ging er in 2010 en 2011 vanuit het Rijk naar de jeugdbescherming? En hoeveel jongeren zijn er in 2010 en 2011 begeleid in de jeugdbescherming?

Antwoord 46

In 2011 is € 286,9 miljoen besteed aan de jeugdbescherming. In 2010 was dit € 271,2 miljoen. Op 31/12/2010 werden er 39.517 OTS/voogdijcliënten begeleid. Op 31/12/2011 werden 40.043 OTS/voogdijcliënten begeleid in de jeugdbescherming. De gegevens over 2011 zijn voorlopige gegevens. In juli 2012 zijn de definitieve gegevens beschikbaar.

Vraag 47

Hoeveel Zorg Advies Teams waren er eind 2011? Kunt u dit specificeren naar basisonderwijs, voortgezet onderwijs, (V)MBO, HAVO, VWO?

Antwoord 47

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) doet in opdracht van het ministerie van OCW jaarlijks onderzoek naar de ontwikkeling van de Zorg en Adviesteams en de dekkingsgraad in de verschillende onderwijssectoren.

De monitorgegevens over 2011 zijn echter nog niet beschikbaar. Naar verwachting zullen de nieuwe cijfers voor de zomer beschikbaar komen.

Vraag 48

Kan per Bureau Jeugdzorg worden aangegeven hoeveel zorgmeldingen zij in 2011 hebben ontvangen van de politie?

Antwoord 48

Over het aantal zorgmeldingen bij bureaus jeugdzorg door de politie wordt niet apart aan het Rijk gerapporteerd. Ik beschik daarom niet over een uitsplitsing daarvan naar bureaus jeugdzorg.

Vraag 49

Waarom zijn er geen gegevens bekend over de participatie van slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties?

Antwoord 49

De groep 'slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties' is breed en zeer divers. Het betreft bijvoorbeeld kinderen die te maken hebben gehad met seksueel misbruik of mishandeling, vrouwen die te lijden hebben van huiselijk geweld, maar ook ouderen die mishandeld zijn. Het gaat om groepen mensen die in participatieonderzoek niet als zodanig geregistreerd worden of zich zo mogelijk niet als slachtoffer van geweld in afhankelijkheidsrelaties zouden presenteren.

Vraag 50

Waarom zijn er geen gegevens over de participatie van zwerfjongeren?

Antwoord 50

De categorie zwerfjongeren is een specifieke, relatief kleine categorie burgers. De groep zwerfjongeren verandert bovendien voortdurend van samenstelling. Om deze redenen wordt niet afzonderlijk, op landelijk niveau, voor (ex)zwerfjongeren bijgehouden in welke mate wordt geparticipeerd.

Vraag 51

Is er een nulmeting gehouden waarmee de resultaten van de te houden meting regeldruk in de jeugdzorg kan worden vergeleken? Zo ja, wat zijn de resultaten van deze meting?

Antwoord 51

Ja, in het voorjaar van 2008 is een nulmeting gehouden. Het rapport is op 8 oktober 2008 aan de Tweede Kamer gezonden. Het onderzoek leverde een top vijf van knelpunten op vanuit de ervaren regeldruk van cliënten en professionals in de zorg voor jeugd. Voor cliënten stond de onduidelijkheid van de indicatieprocedure op de eerste plaats. Voor professionals was dat 'als de keten niet werkt komt er steeds een schakel bij'. Belangrijke conclusie uit het onderzoek was dat het niet zo zeer de regels zelf zijn die de regeldruk veroorzaken, maar dat het veel meer gaat om de wijze waarop alle betrokkenen met de regels omgaan. Daarnaast speelde de inrichting van het stelsel in de wet- en regelgeving een rol. Vooral het naast elkaar bestaan van verschillende wet- en regelgeving die in de uitvoeringspraktijk kan leiden tot onduidelijkheid, met regeldruk als gevolg.

Vraag 52

Kan worden aangegeven welke onderzoeken er op wijzen dat invoering van prestatiebekostiging, met vrije prijzen, laten zien dat een kostendaling op zal treden?

Antwoord 52

Uit veel onderzoeken waaronder de marktscans van de NZa blijkt dat de prijzen in het vrije segment de afgelopen jaren zijn gedaald en de volumes in delen van de sector zijn gestegen. Om de volumegroei en daarmee de uitgavengroei naar een reëel niveau bij te buigen heb ik voor de periode 2012 – 2014 met de sector bestuurlijke afspraken gemaakt over substitutie, de aanpak van onnodige praktijkvariatie, doelmatig voorschrijven en het stimuleren van doelmatigheidsinitiatieven en gepast gebruik. Deze afspraken zijn gemaakt tegen de achtergrond van de invoering van prestatiebekostiging waarmee partijen enerzijds meer (financieel) belang krijgen bij goede, doelmatige zorg en anderzijds meer ruimte krijgen om doelmatigheid te belonen. Onderzoek naar de effecten op de uitgavengroei is nog niet beschikbaar.

Vraag 53 (en 77)

Vraag 53:

Hoe is de 852 miljoen euro voor extra personeel en opleiding precies besteed?
Hoeveel extra medewerkers zijn er inmiddels?

Vraag 77:

Zijn de 12.000 extra fte waarvoor structureel 852 miljoen is uitgetrokken reeds besteed en opgeleid?

Antwoord 53 (en 77)

Het bedrag van € 852 miljoen is onderverdeeld in een bedrag van € 74 miljoen ten behoeve van het stagefonds, € 142 miljoen ten behoeve van de algemene contracteerruimte en € 636 miljoen voor het extra opleiden en aannemen van personeel. Met het stagefonds wordt voorzien in een tegemoetkoming aan werkgevers voor het bieden van stageplekken. Van de € 852 miljoen is € 142 miljoen in algemene zin toegevoegd aan de contracteerruimte. Hier zijn geen specifieke doelstellingen aan verbonden. Tot slot is € 636 miljoen gereserveerd voor het ophogen van de maximum ZZP-tarieven. De middelen zijn beschikbaar gesteld per 1 januari 2012 en daartoe worden momenteel activiteiten verricht. Er zijn nog geen integrale meetresultaten bekend. In het Begrotingsakkoord 2013 is besloten om de tariefsverhoging in de GGZ en GHZ ongedaan te maken per 1 januari 2013. De tariefsverhoging voor de V&V-sector blijft wel behouden.

Vraag 54

Is het kabinet geslaagd in het terugdringen van administratieve verantwoordingslasten en hoe is invulling gegeven aan de ontwikkeling van eigen kwaliteitsnormen en richtlijnen door verplegend en verzorgend personeel?

Antwoord 54

VWS levert als onderdeel van de kabinetsbrede afspraak de administratieve lasten te verminderen haar aandeel. VWS zet zich in om de administratieve lasten die samenhangen met registratie en verantwoording te verminderen.

De Tweede Kamer zal voor het zomerreces nog door de minister van EL&I separaat worden geïnformeerd over de voortgang van de kabinetsbrede doelstelling over de vermindering van administratieve lasten en regeldruk. Hierin is opgenomen dat VWS naar de huidige stand van zaken ca. €208 mln. aan administratieve lasten vermindert en ook de nalevingskosten met zo'n €215 mln. reduceert.

Met betrekking tot de kwaliteitsnormen en richtlijnen hebben verpleegkundigen en verzorgenden een eigen verantwoordelijkheid evenals bij andere beroepsgroepen. De overheid ondersteunt op specifieke terreinen wel de ontwikkeling door subsidieaanvragen hierover te honoreren. In de nabije toekomst zal het Kwaliteitsinstituut een nadrukkelijke rol gaan spelen in het stimuleren van de ontwikkeling van de kwaliteitsnormen en richtlijnontwikkeling voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Vraag 55

Hoe is het principe 'high trust, high penalty' afgelopen jaar gebruikt?

Antwoord 55

Wanneer sprake is van een structurele tekortkoming bij een ondertoezichtstaande grijpt de IGZ in. De IGZ heeft in vergelijking tot voorgaande jaren meer maatregelen opgelegd. Dit blijkt uit de onderstaande tabel (bron: Jaarbeeld IGZ, 2011):

Instrument	2008	2009	2010	2011
Advies aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen	2	4	3	54
Bevel	4	4	6	19
Aanwijzing Wet klachtrecht cliënten zorgsector	1	0	1	3
Verscherpt toezicht	6	13	11	27
Tuchtzaken	6	18	12	12
Gestarte boeteprocessen (Bestuurlijke boete en waarschuwing)	12	12	9 (3)	23 (34)*

De IGZ houdt toezicht op de gebieden waar de risico's op gezondheidsschade het grootst zijn. Daar waar het goed gaat kan de IGZ meer afstand nemen en zo de lasten voor ondertoezichtstaanden verminderen. Ter illustratie: in 2011 heeft de IGZ een toezichtinstrument ontwikkeld voor huisartsenposten waarmee de inspectie zich kan concentreren op huisartsenposten waar de meeste risico's zijn te verwachten. Daarnaast heeft de IGZ in 2011 meer gebruik gemaakt van onaangekondigde bezoeken, waardoor de papierlast minder groot is.

Vraag 56

Is de positie van patiënt en cliënt het afgelopen jaar versterkt? Wat voor concrete afspraken zijn er gemaakt tussen bewoners van instellingen en zorgverlener?

Antwoord 56

In 2011 is verder gewerkt aan de wetgeving die de positie van de cliënt in de zorg moet versterken. De wetsvoorstellen betreffende de Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) en de Beginselenwet AWBZ-zorg zijn na de schriftelijke inbreng in maart en april 2012 aangemeld voor plenaire behandeling in de Tweede Kamer. Uw Kamer heeft op 5 juni besloten de behandeling van de beide wetsvoorstellen uit te stellen totdat er een nieuw kabinet is. Met eventuele implementatie van de wetsvoorstellen kan eerst een aanvang worden gemaakt nadat zij zijn aanvaard in de beide Kamers der Staten Generaal. Dat neemt niet weg dat het belang van de dialoog tussen cliënt en zorgverlener en het maken van afspraken over het leven in de instelling ook thans al steeds meer wordt ingezien. In bijvoorbeeld het 'In voor zorg' programma wordt veel aandacht besteed aan het gesprek tussen cliënt en zorgverlener.

Wat betreft het maken van concrete afspraken tussen bewoners van instellingen en zorgverlener wijs ik u op de verplichting voor zorgaanbieders zoals opgenomen in het bij u aanhangige voorstel voor de Beginselenwet AWBZ-zorg om met bewoners concrete afspraken maken over de wijze waarop de cliënt zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de cliënt daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen.

Vraag 57

Er is 70 miljoen euro extra vrijgemaakt om sport en bewegen in de buurt te stimuleren. Hoe is dit besteed en heeft dit ertoe geleid dat meer mensen zijn gaan sporten?

Antwoord 57

Het programma Sport en Bewegen in de Buurt is in 2012 van start gegaan. Jaarlijks is daarvoor ca. € 70 miljoen gereserveerd.

Over de voortgang en resultaten valt op dit moment nog weinig te zeggen. In het najaar van 2012 zal ik de Tweede Kamer informeren over de voortgang van het programma Sport en Bewegen in de Buurt.

Vraag 58

De IGZ ziet er op toe dat huisartsen binnen 30 seconden bereikbaar zijn. Zo niet, dan volgen er sancties. In hoeveel gevallen is tot nu toe gebleken dat huisartsen niet binnen 30 seconden bereikbaar waren? Is in al deze gevallen een sanctie opgelegd? Zo ja, hoeveel en welke? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 58

De IGZ heeft in mei 2011 het rapport 'telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat' uitgebracht. Al voor publicatie van het rapport is de IGZ gestart met het handhavingstraject. Dit heeft er toe geleid dat in november 2011 IGZ mij heeft geadviseerd om 49 huisartsenpraktijken een aanwijzing te geven om de spoedbereikbaarheid op orde te krijgen. Uiteindelijk hebben 42 huisartsenpraktijken een aanwijzing gekregen. In totaal 7 huisartspraktijken hebben geen aanwijzing gekregen, omdat in 6 gevallen sprake was van wisseling van eigenaar en in een enkel geval de praktijk gestopt was. Medio december 2011 voldeden alle huisartsenpraktijken aan de normen voor spoedbereikbaarheid zoals door de beroepsgroep zijn opgesteld.

Vraag 59

Op welke wijze heeft de regering een gezonde leefstijl bevorderd teneinde het aantal kankergevallen terug te dringen?

Antwoord 59

Zoals aangegeven in de nota Gezondheid Dichtbij (TK 32793), zet ik bij het bevorderen van een gezonde leefstijl vooral in op jeugd en op gezonde omgeving. Over belangrijke leefstijlfactoren in het ontstaan van kanker, zoals roken, alcohol en ongezonde voeding, is betrouwbare informatie beschikbaar. Ik heb het budget voor voorlichting op scholen over middelengebruik, waaronder roken, vergroot en zet daarbij in op weerbaarheid van jongeren. Ook zorgverleners hebben een belangrijke rol bij bijvoorbeeld het begeleiden van stoppen met roken. Er is een kwaliteitsregister opgezet met effectieve stoppen met roken zorg en gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken is verzekerde zorg. De keuze voor een gezondere leefstijl kan echter alleen door de betrokkene zelf worden genomen.

Zoals u weet vind ik het aanbieden van goed georganiseerd bevolkingsonderzoek een overheidstaak. Ik heb besloten om vanaf 2013 een bevolkingsonderzoek naar darmkanker in te voeren (naast de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker). Hiermee verwacht ik op termijn jaarlijks 2400 sterfgevallen aan darmkanker te voorkomen.

Vraag 60

Welke belemmeringen bestaan er om meer zorg en ondersteuning in de buurt te realiseren en wat voor maatregelen werden noodzakelijk geacht?

Antwoord 60

Het toekomstbeeld dat de staatssecretaris en ik hebben geschetst in de brief Zorg en ondersteuning in de buurt⁴ gaat uit van het principe dat zorg en ondersteuning daar plaatsvindt, waar deze het meest doelmatig tegen de beste kwaliteit kan worden geleverd. Dat is dichtbij mensen en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk en iets verder weg waar dat voor de kwaliteit van de zorg nodig is. De toename van het aantal chronisch zieken, stijgende kosten, toenemende medicalisering en een krimpende arbeidsmarkt maken het noodzakelijk om de zorg en ondersteuning anders te organiseren en te financieren.

⁴ TK, vergaderjaar 2011-2012, 32 620, nr. 27

De belangrijkste belemmeringen komen voort uit het feit dat veel verschillende partijen nodig zijn om een samenhangend pakket aan zorg en ondersteuning in de buurt te realiseren. Patiënten en cliënten, zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en hulpverleners, de rijksoverheid. Allen met hun eigen rol, verantwoordelijkheid en belangen. Samenwerking tussen deze partijen gaat niet vanzelf en heeft tijd nodig. Tijd om te komen tot een gezamenlijke visie op zorg en ondersteuning op lokaal niveau en overeenstemming over de concrete maatregelen die voor een specifieke buurt of wijk nodig zijn om de gezondheid van de bewoners te verbeteren. De financiering van zorg en ondersteuning is daar ook nog onvoldoende op ingericht (verschillende stelsels en daarbinnen allerlei verschillende vormen van bekostiging). Een voorbeeld daarvan is dat we nog niet zien dat met het overnemen van zorg vanuit de tweede lijn door de eerste lijn een besparing in de tweede lijn wordt gerealiseerd. Ik heb de NZa gevraagd mij te adviseren hoe de financiering beter kan. Die adviezen verwacht ik nog voor de zomer.

In de bijlage bij de genoemde brief beschrijven wij bijna 40 maatregelen en initiatieven die erop gericht zijn de ontwikkeling van meer zorg en ondersteuning in de buurt, gekoppeld aan even zoveel ervaren knelpunten of belemmeringen.

Met het overzicht dat wij hebben gegeven pretenderen we niet compleet te zijn of de indruk te wekken dat met deze maatregelen zorg en ondersteuning in de buurt zonder meer realiteit is. Dat is een stapsgewijs proces. We zien veel beweging op dit vlak. Overal in het land worden initiatieven ontplooid op dit terrein. De rode lijn die door de meeste van deze initiatieven is te trekken is dat ze zich richten op een combinatie van sterk preventiebeleid, decentralisatie van zorg, versterking tussen publieke gezondheid en eerstelijnszorg en meer samenwerking en samenhang tussen zorg- en hulpvormen. Waar dat binnen de bestaande wetten en kaders kan, moedig ik partijen aan om vooral aan de slag te gaan. Waar initiatieven schuren tegen bestaande regels wil ik experimenten mogelijk maken, onder meer op het vlak van taakherschikking, E-health, populatiegebonden financiering en uitkomstfinanciering.

Vraag 61

Heeft het programma van Erasmus MC ertoe geleid dat de verbinding tussen preventieve activiteiten van de gemeenten en de curatieve zorg, in het kader van perinatale sterfte, is versterkt?

Antwoord 61

Gezien de fase van het programma van het ErasmusMC is het op dit moment te vroeg om de vraag concreet te kunnen beantwoorden. Mijn indruk is overigens wel dat de verbinding tussen de preventieve activiteiten van de gemeenten en de curatieve zorg versterkt wordt door het traject dat men binnen het project thans uitvoert.

Op dit moment nemen 14 gemeenten deel aan het project van de Erasmus MC. Dit aantal is beduidend groter dan eerst voorzien. De colleges van de betrokken gemeenten achten de "sense of urgency" van de hogere lokale perinatale mortaliteit/morbiditeit dermate hoog dat zij allen deel wensen te nemen aan het project. De gemeenten hebben lokale projectleiders aangesteld, die veelal in dienst zijn van de gemeentelijke gezondheidsdienst. Deze projectleiders zijn thans bezig met het oprichten en uitbouwen van de netwerken die de verbinding tussen preventieve activiteiten van de gemeenten en de curatieve zorg vorm geven. Daar waar mogelijk wordt aangesloten bij reeds bestaande lokale samenwerkingsvormen. De ontwikkeling en invulling van de lokale zorgpaden, waarbinnen de samenwerking van de beschikbare (eerste en tweede lijns) zorg en het sociaal maatschappelijk werk wordt georganiseerd, is volop aan de gang. Ook de organisatie van de preconceptiezorg (preventie en curatie) in de gemeenten krijgt vorm. De betrokken lokale partijen reageren in het algemeen positief op het inrichten van de netwerken. Gezien het groter aantal deelnemende gemeenten vraagt het organiseren van de verbinding meer tijd dan eerder binnen het project is voorzien. De verwachting is dat vlak na de zomer de netwerken ook in praktijk actief zijn.

Vraag 62

Hoeveel compensatie is er beschikbaar gesteld voor eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwwijken vanwege de aanloopp problemen van deze centra?

Antwoord 62

Een bedrag van € 3 miljoen was in 2011 beschikbaar voor compensatie voor eerstelijnscentra op VINEX locaties vanwege de aanloopp problemen van deze centra. Op basis van de subsidieaanvragen is in 2011 voor een bedrag van in totaal ongeveer € 2 miljoen subsidie verleend aan de diverse centra.

Vraag 63

Het accent in het gezondheidsbeleid is door het kabinet gelegd op bewegen. Is het kabinet erin geslaagd dit succesvol te verbinden met de andere speerpunten?

Antwoord 63

Ik zie goede ontwikkelingen. We zetten goede stappen en doen dit niet alleen. Samen met gemeenten, professionals, scholen, (sport)verenigingen en relevante (private) partijen verbinden we thema's en activiteiten om mensen te stimuleren gezonde keuzes te maken. Ik werk hierin ook samen met collega's van andere departementen, zoals met het ministerie van OCW, EL&I en I&M. Een recent resultaat in die lijn is bijvoorbeeld de inzet op Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl.⁵ Samen met relevante partners zetten wij ons in om integraal beleid op en rond de scholen te bereiken, zodat de jeugd tot en met achttien jaar kan sporten en bewegen en gestimuleerd wordt tot een gezonde leefstijl.

We bundelen ook leefstijlinterventies en daarmee de inzet op de speerpunten. Sport en bewegen zijn in deze bundeling logisch verbonden met de andere speerpunten van het gezondheidsbeleid. De landelijke thema-instituten leveren hier een belangrijke bijdrage aan en zorgen daarmee dat het themasport en bewegen de andere thema's stimuleert en vice versa. Zij hebben bijvoorbeeld binnen hun bestaande activiteitenplannen ruimte gevonden om een gezamenlijke inzet op een gezonde leefstijl van de jeugd te intensiveren. Samen stellen zij een programmering op voor school en de Jeugdgezondheidszorg. Daarnaast gaan ze samenwerken in het beter bereiken van jongeren en hun ouders op het terrein van leefstijlinformatie. Dit is een mooie beweging.

Doordat er vanuit sport en bewegen ook in toenemende mate aandacht is voor een gezonde en verantwoorde sportomgeving, zie ik ook meer draagvlak ontstaan voor het uitrollen van bijvoorbeeld gezonde sportkantines. Vanuit de ervaring met gezonde schoolkantines proberen we hierin kruisbestuiving te realiseren. Partijen zoals betrokken bij het Convenant Gezond Gewicht spelen hierin een belangrijke rol.

Vanuit het sport- en beweegbeleid wordt ook expliciet de verbinding gelegd met het gezondheidsbeleid. In 2012 is het programma Sport en Bewegen in de Buurt (SBB) van start gegaan om ervoor te zorgen dat mensen makkelijker kunnen sporten en bewegen. Dit programma is vormgegeven in samenwerking met mijn bestuurlijke partners, de VNG, NOC*NSF en VNO-NCW. Want om sport- en beweegaanbod te realiseren dat beter aansluit op de lokale vraag, is lokale samenwerking nodig tussen diverse partijen. Hoe deze lokale samenwerking er uitziet en wat dit concreet bijdraagt aan het gezondheidsbeleid, heb ik niet vooraf willen bepalen omdat het uitgangspunt van het programma de lokale vraag is. Dit biedt zowel gemeenten als lokale sport- en beweegaanbieders de flexibiliteit om een voor hen passende oplossing te zoeken. Lokaal wordt dus bepaald hoe de middelen worden ingezet die vanuit het programma Sport en Bewegen in de Buurt beschikbaar zijn gesteld. Deze middelen kunnen worden ingezet om de gezondheid van de lokale bevolking te bevorderen maar ook voor sociale en educatieve doeleinden (bijvoorbeeld maatschappelijke participatie, het leren over sportiviteit en respect,

⁵ TK 2011-2012, 30234, nr. 65

weerbaarheid van kinderen).

Vraag 64

Bij de CTO (Centra voor Topsport en Onderwijs) wordt aangegeven dat ze gericht zijn op het verbeteren van de aansluiting van de topsportomgeving van de topsporters met het onderwijs. Is dit voor alle onderwijsniveaus goed geregeld (PO, VO, MBO en HBO/WO) en zijn de extra middelen uit 'Uitblinken in Sport' voldoende om alle geïndiceerde topsporters de combinatie onderwijs en topsport met goed gevolg te kunnen laten volbrengen?

Antwoord 64

De aansluiting topsport en onderwijs is met name in het VO lastig gebleken, vanwege de hoge behoefte aan flexibel onderwijs en extra coördinatie. Om aan de verplichte urennorm binnen het VO te voldoen, vraagt deze onderwijsvorm een nauwgezette planning, flexibiliteit en veel discipline, zowel van de leerling en zijn coach als van de school, docenten en andere begeleiders. Deze aspecten maken de aansluiting topsport en onderwijs voor het VO binnen het verband van het CTO kostbaarder. De middelen uit 'Uitblinken in Sport' bleken hiervoor als aanzet nuttig, maar niet voldoende. Om die reden heb ik in de beleidsbrief 'Sport en Bewegen in Olympisch perspectief' (TK 30 234, nr. 37) een extra impuls gegeven om de knelpunten in het VO op te lossen.

In de beleidsbrief 'Sport en Bewegen in Olympisch perspectief' heb ik voorts toegezegd om een evaluatie uit te voeren van de CTO's. Ik zal de Tweede Kamer voor het zomerreces informeren over de uitkomsten van deze evaluatie.

Vraag 65

Uit de intenties van VWS blijkt de wens om meer burgers aan het bewegen c.q. sporten te krijgen. Veelal geschieden deze intenties (pilot)projectmatig. Kenmerken van projectmatig werken (PMW) zijn:

- Er is een vastomlijnd doel
- Er is een vastgestelde output omschreven
- Er zijn vastgestelde middelen beschikbaar
- Er is een vastgestelde termijn gesteld

In hoeverre voldoen de volgende projecten aan deze criteria:

- Vraaggericht sport en beweegaanbod,
- Het stimuleren van particuliere initiatieven in de buurt, en
- De inzet van (meer) buurtsportcoaches?

Antwoord 65

Het programma Sport en Bewegen in de Buurt (SBB) is vormgegeven in samenwerking met mijn bestuurlijke partners, de VNG, NOC*NSF en VNO-NCW. Het is geen project maar een programma dat op basis van de lokale samenwerking wordt vormgegeven. Zo kan een sport- en beweegaanbod worden gerealiseerd dat beter aansluit op de lokale vraag. Lokaal wordt bepaald hoe de middelen, die vanuit het programma Sport en Bewegen in de Buurt beschikbaar zijn gesteld, worden ingezet. Op dat niveau zal veelal wel sprake zijn van een projectmatige aanpak.

Voor de buurtsportcoaches worden de output en outcome gemonitord. Voor de andere onderdelen van het programma zullen de ontwikkelingen worden gevolgd en geëvalueerd.

Vraag 66

Kan de regering een overzicht geven van de resultaten van de handhaving van het rookverbod in de horeca? Hoe vaak zijn overtredingen van het rookverbod bestraft in 2011?

Antwoord 66

In 2011 zijn er in de niet-bereidende horeca 3488 locaties bezocht. In de bereidende horeca zijn in diezelfde periode 15438 locaties bezocht. Het aantal controles in de bereidende horeca is hoog omdat deze worden gecombineerd met voedselveiligheidsinspecties. In 2011 zijn er in totaal 1799 boeterapporten opgemaakt en 341 schriftelijke waarschuwingen uitgedeeld voor overtreding van het rookverbod in de horeca.

Vraag 67

Waarom is de streefwaarde van het percentage van de Nederlandse bevolking dat minimaal 12 keer per jaar aan sport doet in 2011 op hetzelfde percentage gezet als in 2007? Waarom niet hoger? Wat was het percentage jeugdigen dat voldoet aan de beweegnorm in 2011?

Antwoord 67

Het streefcijfer voor 2011 (65%) is in 2005 opgesteld op basis van de realisatie over 2003 (60%). Op basis van de ervaring dat de sportdeelname slechts zeer geleidelijk toeneemt en dat de stijging zelfs leek af te zwakken werd een streefcijfer van 65% reëel geacht. De realisatiecijfers in 2007 lieten een onverwachte stijging zien. Omdat uit de peiling van 2007 niet kon worden afgeleid dat die gunstige ontwikkeling zich zonder meer zou voortzetten, is niet gekozen voor een opwaartse bijstelling van het streefcijfer.

De landelijke cijfers over lichaamsbeweging in 2011 zullen naar verwachting dit najaar beschikbaar zijn.

Vraag 68

Wat opvalt is het % van de Nederlandse bevolking >18 jaar dat voldoet aan de beweegnorm in 2010 met 2% is gedaald t.o.v. 2009. De streefwaarde 2012 is 4% hoger dan in 2009 en is 70%. Ziet het % van 2011 er hoopvol uit nu er pilotprojecten voor vraaggericht sport- en beweegaanbod in 2011 zijn gefinancierd?

Antwoord 68

Het percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder dat aan de beweegnorm voldoet is in 2010 licht gedaald. Op basis van dat jaarcijfer kunnen nog geen conclusies getrokken worden over een ombuiging van de gunstige trend in de afgelopen 10 jaar. De cijfers over het jaar 2011 zijn thans nog niet beschikbaar (vermoedelijk najaar 2012).

Van pilotprojecten zullen – door het beperkte aantal - geen merkbare effecten uitgaan op de landelijke cijfers. Effecten zijn pas op langere termijn te verwachten via het overnemen en verspreiden van werkzame methoden zoals via het programma Sport en Bewegen in de Buurt wordt gestimuleerd.

Vraag 69

Hoeveel Centra voor Jeugd en Gezin waren er eind 2011?

Antwoord 69

Volgens de eigen opgave van gemeenten beschikten op 31 december 2011 409 gemeenten (van de 415) over ten minste één Centrum voor Jeugd en Gezin. Deze opgave moet nog worden

bevestigd door het inhoudelijk verslag dat elke gemeente conform artikel 8 van de Tijdelijke regeling CJG binnen zes maanden na afloop van ieder jaar indient bij mijn ministerie.

Vraag 70

Hoe lang waren de wachtlijsten per provincie en stadsregio eind 2011? Als de cijfers niet beschikbaar zijn, wat is daarvan de reden?

Antwoord 70

Met ingang van het Afsprakenkader Jeugdzorg 2010-2011 ontvangt u jaarlijks de wachtlijstcijfers van peildatum 1 juli. Op 24 oktober 2011 heb ik u geïnformeerd over de wachtlijstcijfers op peildatum 1 juli 2011 (TK 2011-2012, 31 839, nr. 137). In september kunt u de wachtlijstcijfers tegemoet zien van peildatum 1 juli 2012.

Vraag 71

Wat is de gemiddelde doorlooptijd voor een indicatie (van aanmelding tot indicatiebesluit) bij Bureau Jeugdzorg?

Antwoord 71

De gemiddelde doorlooptijd tussen aanmelding en eerste indicatiebesluit in het vrijwillig kader in 2010 was 67 kalenderdagen. In 2009 was dit 82 kalenderdagen. Gegevens over doorlooptijden in 2011 zijn nog niet beschikbaar.

Vraag 72

Wat is het percentage Wmo-cliënten dat heeft aangegeven dat de Wmo-ondersteuning bijdraagt aan langer zelfstandig blijven wonen en/of meedoen in de samenleving in 2011?

Antwoord 72

Tot 2009 was het kengetal het percentage Wmo-cliënten dat aangeeft dat de Wmo ondersteuning bijdraagt aan zelfstandig blijven wonen en/of meedoen (zie toelichting bij de tabel). Vanaf 2009 is deze opgesplitst in:

- het percentage Wmo-cliënten dat aangeeft dat de Wmo-ondersteuning bijdraagt aan zelfstandig blijven en
- het percentage Wmo-cliënten dat aangeeft dat de Wmo-ondersteuning bijdraagt aan meedoen aan de samenleving.

In het jaarverslag 2010 zijn op blz. 22 de percentages van 2009 en 2010 weergegeven. De percentages van 2011 zijn nog niet bekend.

Vraag 73

Op welke wijze zal het Kwaliteitsinstituut de verschillen in de kwaliteit van kankerzorg terugdringen?

Antwoord 73

Het Kwaliteitsinstituut stelt samen met de veldpartijen een meerjarenagenda op voor de ontwikkeling van professionele standaarden. Deze professionele standaarden beschrijven wat goede zorg is vanuit het perspectief van de cliënt. Door ondersteuning te bieden bij de implementatie en door de kwaliteit van de geleverde zorg op basis van de professionele standaarden inzichtelijk te maken – en daarmee ook de verschillen in kwaliteit – worden zorgaanbieders aangezet om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren, worden verzekeraars geprikkeld om goede zorg in te kopen en worden zorgvragers in staat gesteld om te kiezen voor goede zorg. Het Kwaliteitsinstituut 'stuurt aan de voorkant' door te stimuleren dat

professionele standaarden worden ontwikkeld, maakt de kwaliteit inzichtelijk en kan op die manier de verschillen in kwaliteit van (oncologische) zorg terugdringen. Wanneer de kwaliteit van de geboden zorg onvoldoende is, is het aan de IGZ om in te grijpen. In 2012 gaat een pilot van start voor de ontwikkeling van een professionele standaard voor darmkanker. De lessen die uit deze pilot worden geleerd zijn toepasbaar op andere vormen van oncologische zorg.

Vraag 74

Past de concentratie van ziekenhuiszorg binnen de doelstellingen van het kwaliteitsinstituut?

Antwoord 74

Concentratie van ziekenhuiszorg is geen doel op zich. Het Kwaliteitsinstituut is daar dus niet op gericht. Als ziekenhuizen ten gevolge van het aanscherpen van volumenormen besluiten bepaalde verrichtingen niet meer aan te bieden dan wel samen met anderen het zorgaanbod te verschaffen, dan is dat een zelfstandige afweging van het ziekenhuis/bestuur. Het Kwaliteitsinstituut staat daar buiten.

Vraag 75

Is het gebruik van e-health toepassingen in de tweede helft van 2011 toegenomen? Zo ja, in welke mate, en om wat voor toepassingen gaat het dan precies?

Antwoord 75

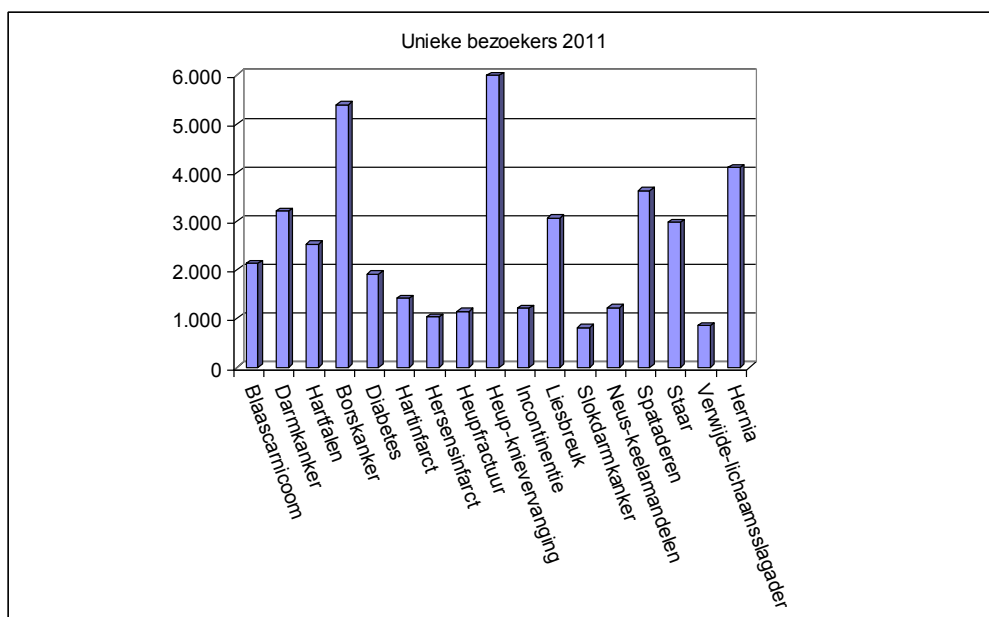
Over het gebruik van e-healthtoepassingen zijn momenteel geen cijfers voorhanden. Om het gebruik van e-health-toepassingen in de zorg in de toekomst wel te kunnen bepalen, zal ik dit de komende jaren gaan monitoren. Ik zal in de tweede helft van dit jaar starten met de ontwikkeling van deze monitor. Hierover heb ik de Kamer op 7 juni 2012 geïnformeerd in mijn brief over e-health.

Vraag 76

De kwaliteitsinformatie van ziekenhuizen per aandoening op kiesbeter.nl is uitgebreid naar 17 aandoeningen. Kan ook toegelicht worden hoe vaak deze informatie geraadpleegd wordt en in hoeverre mensen die deze informatie raadplegen tevreden hierover zijn?

Antwoord 76

Informatie over de aandoeningen valt onder het onderdeel zorgverleners op kiesbeter.nl. Dit onderdeel trekt circa 150.000 unieke bezoekers per maand. Binnen het onderdeel zorgverleners heeft het onderdeel ziekenhuizen, waar de 17 aandoeningen onder vallen, circa 20.000 unieke bezoekers per maand. Op jaarbasis zien de bezoekersaantallen er per specifieke aandoening als volgt uit:



De tevredenheid over kiesbeter.nl in het algemeen wordt via onderzoek van TNS NIPO Click onderzocht. Dit is onderzoek onder het surfgedrag van Nederlanders. Van de bezoekers van kiesbeter.nl geeft 78% aan de informatie over zorgverleners belangrijk te vinden. KiesBeter vraagt bezoekers ook direct op haar website de informatie te waarderen. Minder dan 50 bezoekers hebben dat gedaan. Zij geven aan dat zij de kwaliteitsinformatie over het algemeen positief waarderen.

Vraag 77

Zijn de 12.000 extra fte waarvoor structureel 852 miljoen is uitgetrokken reeds besteed en opgeleid?

Antwoord 77

Zie antwoord 53.

Vraag 78

Zonder extra inzet – met name op het gebied van risicomanagement – lijkt voor een groot aantal ziekenhuizen een volwaardig VMS in 2012 niet haalbaar. Zijn er sancties voor deze ziekenhuizen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke?

Antwoord 78

De NVZ en de NFU voeren overleg met accreditatie- en certificatie instanties (zoals het NIAZ) om te bezien of het VMS in het accreditatietraject van ziekenhuizen een prominenter plek kan krijgen, waardoor het belang duidelijker benadrukt wordt.

De ziekenhuizen hebben tot 1 januari 2013 de tijd om VMS in te voeren. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) zal daarna vaststellen welke ziekenhuizen nog niet geaccrediteerd zijn voor wat betreft het VMS. Vast staat dat de IGZ in 2013 hierop zal gaan handhaven. De aard van de handhaving en de sancties zal proportioneel zijn. Met andere woorden: eventuele sancties zullen gerelateerd zijn aan de aard en omvang van de geconstateerde risico's voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De inspectie kan in algemene zin advies, stimulering, correctie of dwang toepassen. In ernstige gevallen kan de inspectie het initiatief nemen tot bestuursrechtelijke maatregelen.

Ik verwacht daarnaast van verzekeraars dat zij het thema veiligheid en met name de wijze waarop ziekenhuizen hun VMS hebben ingericht, meenemen als een belangrijk thema bij hun inkoopbeleid.

Vraag 79

Hoeveel ziekenhuizen hadden eind 2011 een volwaardig veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Antwoord 79

Een Quickscan van het VMS uit december 2011 laat zien dat 30 van de 81 ziekenhuizen die mee hebben gedaan aan de Quickscan op dat moment over een volwaardig VMS beschikt.

De IGZ doet sinds 2009 elk jaar uitgebreid onderzoek naar de implementatie van het VMS. Ik verwacht het rapport over 2011 in het derde kwartaal van dit jaar en zal dit, zoals inmiddels gebruikelijk, aan Uw Kamer zenden.

Vraag 80

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het zoeken naar een alternatief MBI?

Antwoord 80

In mijn brief van 4 april 2012 (TK 2011-2012, 29248 nr. 228) heb ik u geïnformeerd over de instelling van de onafhankelijke commissie Baarsma. Deze commissie heeft begin juni advies uitgebracht over mogelijke alternatieven voor het huidige macrobeheersinstrument. Dit advies zal naar verwachting nog deze week naar de Eerste en Tweede Kamer worden gestuurd. Mijn reactie op dit advies zal ik u op zo kort mogelijke termijn doen toekomen.

Vraag 81

Hoeveel ziekenhuizen telt Nederland, gesplitst per algemeen, academisch en ZBC?

Antwoord 81

Volgens de Marktscan Medisch specialistische zorg die de NZa in maart 2012 heeft uitgebracht zijn er in 2011 84 algemene ziekenhuizen, 8 UMC's en 221 ZBC's actief in A en/of B-segment.

Vraag 82

Hoeveel DBC's zijn er in ZBC's geopend en gesloten in 2011?

Antwoord 82

De onderstaande tabel laat het aantal in 2011 geopende en gesloten DBC's in ZBC's zien. De gegevens zijn afkomstig uit het DBC Informatiesysteem (DIS). Het betreft voorlopige cijfers (peildatum juni 2012) aangezien het DIS voor 2011 nog niet compleet is.

Jaar van openen DBC	Jaar van sluiten DBC	Aantal DBC-Trajecten
2010	2011	129.680
2011	2011	562.445
2011	2012*	15.453

**De weergegeven cijfers over 2011 zijn voorlopige cijfers. Dat dit cijfer nog aanzienlijk kan wijzigen, blijkt uit ontwikkelingen in registraties van DBC-trajecten in eerdere jaren. Zo is het aantal geregistreerde DBC-*

trajecten dat in 2010 is geopend en gesloten, na het peilmoment in juni 2011 nog aanzienlijk gestegen.

Vraag 83

Welke kostenbesparing levert het afschaffen van DBC's/DOT?

Antwoord 83

Het afschaffen van DBC's/DOT levert geen kostenbesparing op. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord heb ik in het licht van de invoering van prestatiebekostiging op basis van DOT/DBC's met ingang van 2012 juist met de sector afspraken gemaakt over beperking van de uitgavengroei in de periode 2012 – 2014.

Vraag 84

Welke verschillen zijn er tot nu toe geconstateerd tussen de DBC's en de DOT's? Kan dit cijfermatig worden aangetoond?

Antwoord 84

De DOT-zorgproducten zijn medisch beter herkenbaar dan de oude DBC's. Dat betekent dat de DOT-zorgproducten de geleverde zorg beter beschrijven dan de oude DBC's. Ook komt de complexiteit van zorg voor patiënten beter tot uitdrukking, doordat de structuur van de DOT-zorgproducten meer rekening houdt met de zwaarte van de behandeling. Tot slot kan gesteld worden dat de kosten van de zorg aan de patiënt beter tot uitdrukking komen in de DOT-zorgproducten, doordat er in de formulering van de zorgproducten meer rekening is gehouden met de werklust en de kosten van de zorg.

De inschatting is dat op landelijk niveau geen macro-meerkosten zullen ontstaan t.o.v. de oude dbc-systematiek. Wel zorgen de genoemde voordelen van de DOT-zorgproducten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars beter kunnen onderhandelen. Het effect hiervan is nog niet bekend.

Vraag 85

Wat is er veranderd in de administratieve/ondersteunende diensten in de ziekenhuizen na de invoering van de DBC's? Kan dit worden gekwantificeerd?

Antwoord 85

Voordat er DBC's werden geregistreerd werden er administratieve handelingen gedaan ten behoeve van het Functionele Budget. Hiervoor werden FB-parameters geregistreerd in de zogenaamde basisregistratie. Bij veel ziekenhuizen was de basisregistratie in gebreke. De verbetering die nodig was voor het DBC-systeem heeft gezorgd voor meer transparantie in het zorgproces, waardoor het sturen op kwaliteit en kosten meer mogelijk is geworden.

Bij de invoering van de DBC's zijn de effecten voor de ziekenhuizen in beeld gebracht. Er is gekeken naar de wijzigingen die de invoering van de DBC's met zich meebrachten voor het declaratieproces. Deze wijzigingen brachten met zich mee dat per ziekenhuis een medewerker moest worden aangesteld en dat er ICT kosten moesten worden gemaakt (onderhoud, licentie en gebruik DIS/validatiemodule). Tot slot leidde de invoering tot extra accountantscontroles, die meegenomen zijn bij de bepaling van de effecten. Het totaal bedrag van de invoering van DBC's is ingeschat op ca. € 18 mln.

Vraag 86

Hoeveel fte's hebben ziekenhuizen aangenomen voor de invoering van de DOT's en kan dat worden uitgesplitst per ziekenhuis?

Antwoord 86

Voor de invoering van DOT hebben ziekenhuizen tijdelijk extra inspanningen moeten leveren. Dit is in veel gevallen gedaan door werknemers die al in dienst waren van het ziekenhuis. Voor de piekperiodes is veelal hulp van buitenaf ingeroepen. De invoering van DOT heeft niet structureel geleid tot meer fte's.

Vraag 87 en 88

Wat is de omzet van ziekenhuizen in 2011, uitgesplitst naar algemeen, academisch en ZBC's? Hoeveel bedraagt de omzetstijging van ziekenhuizen, uitgesplitst naar algemeen, academisch en ZBC?

Antwoord 87 en 88

Aangezien de jaarverslagen van ziekenhuizen pas net zijn gedeponereerd hebben we op dit moment nog geen inzicht in de omzetontwikkeling. Voor de ontwikkeling van het BKZ is deze ook maar deels relevant.

De geraamde BKZ ontwikkeling (gebaseerd op schadelastcijfers van het CVZ en budgetcijfers van de NZa) voor de algemene (inclusief categoralen), academische ziekenhuizen en ZBC's in 2011 en de stijging ten opzichte van 2010 zijn opgenomen in onderstaande tabel. Opgemerkt dient te worden dat een aantal correcties naar rato van uitgaven verwerkt zijn in de sectoren algemene en academische ziekenhuizen, waardoor de cijfers van deze onderliggende sectoren geen betrouwbaar beeld geven van de ontwikkelingen in deze onderliggende sectoren. VWS gaat voor deze sectoren uit van het totaal.

	2011	groei t.o.v. 2010*
Algemene en categorale ziekenhuizen	12.396,2	3,6%
Academische ziekenhuizen	3.130,8	8,7%
ZBC's	673,2	21,5%
Totaal	16.200,2	5,2%

* De groei is berekend ten opzichte van de omzet 2010, gecorrigeerd voor de eenmalige compensatie immateriële vaste activa (IVA) en Fonds Ziekenhuisopleidingen.

Bron: jaarverslag 2011 van VWS.

Cijfers daarin zijn gebaseerd op cijfers van de NZa, CVZ en berekeningen van VWS

In het Benchmarkonderzoek ziekenhuizen 2011 van Deloitte van 5 juni jl. staat dat de opbrengst van algemene ziekenhuizen en UMC's tussen 2010 en 2011 is gestegen met 6,8%. ZBC's zijn in dit cijfer niet meegenomen en van 5 ziekenhuizen waren geen gegevens bekend. De opbrengst is in dit onderzoek niet verder uitgesplitst naar sector en het is onduidelijk in hoeverre de opbrengstgroei is gecorrigeerd voor kortingsmaatregelen. Overigens is opbrengst niet gelijk aan omzet.

Vraag 89

Hoeveel medisch specialisten werken in loondienst en hoeveel in een maatschap?

Antwoord 89

Op basis van de meest recente beschikbare gegevens van de NZa (2009) zijn er circa 14.400 medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra. Van dit totaal

werken ongeveer 6.900 medisch specialisten in loondienstverband, 7.500 medisch specialisten werken als vrijgevestigde.

Vraag 90

Hoeveel ziekenhuispoliklinieken die zorg aanbieden met een eerstelijns karakter telt Nederland?

Antwoord 90

Ik vind dat de zorg die in de buurt geleverd kan worden ook daar moet plaats vinden, in de meeste gevallen zal dat door de eerste lijn gebeuren. De medisch specialistische zorg is in Nederland, met uitzondering van spoedsituaties, alleen toegankelijk via een verwijzing van de huisarts. Dat ziekenhuizen en partijen in de eerste lijn meer gaan samenwerken om de zorg dichter in de buurt van de patiënt te organiseren vind ik een goede ontwikkeling. Volgens de telling van het RIVM kende Nederland in 2011 134 ziekenhuislocaties en 88 buitenpoliklinieken. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen welke zorg hij op deze locaties wenst in te kopen. Het ministerie van VWS houdt geen overzichten bij van de activiteiten van alle afdelingen en poliklinieken van ziekenhuizen en eerstelijns centra.

Vraag 91 en 92

Wat zijn de uitvoeringskosten van ziekenhuispoliklinieken die zorg aanbieden met een eerstelijns karakter?

Wat is de omzet van ziekenhuispoliklinieken die zorg aanbieden met een eerstelijns karakter?

Antwoord 91 en 92

De bekostiging van de ziekenhuiszorg is zo georganiseerd dat er op landelijk niveau geen onderscheid wordt gemaakt in de afdeling of locatie waar de zorg binnen het ziekenhuis wordt geleverd. Informatie over de kosten van specifieke buitenpoliklinieken is ook niet op macroniveau beschikbaar.

Vraag 93

Hoeveel en welke hulpmiddelen uit de Wmo zijn afgegeven in 2011? Welke kosten zijn daar jaarlijks mee gemoeid?

Antwoord 93

Hulpmiddelen worden verstrekt vanuit de AWBZ, de Zorgverzekeringswet, de WIA of de Wmo. De Wmo komt pas in beeld wanneer een hulpmiddel niet uit anderen hoofde wordt verstrekt. Het van toepassing zijnde kader is afhankelijk van de persoonlijke situatie van de aanvrager en van het doel dat met het hulpmiddel wordt beoogd.

De Wmo is een gedecentraliseerde wet; er bestaat geen centrale registratie van hulpmiddelen. Individuele gemeenten houden wel bij welk budget zij besteden aan dit soort voorzieningen.

Vraag 94 en 95

Welke gemeenten hanteren wel een eigen bijdrage voor voorzieningen in de Wmo?

Welke gemeenten hanteren geen eigen bijdrage voor voorzieningen in de Wmo?

Antwoord 94 en 95

Alle gemeenten in Nederland heffen in enige vorm eigen bijdragen in de Wmo (Bron: Het CAK).

Vraag 96

Hoeveel hulpmiddelen staan ongebruikt opgeslagen in depots en wat kost deze verspilling?

Antwoord 96

Het is niet bekend hoeveel hulpmiddelen (van welke soort) zijn opgeslagen in depots van aanbieders van hulpmiddelen.

In een depot van een leverancier staan in principe alleen hulpmiddelen die vanwege de acute vraag op voorraad moeten zijn of hulpmiddelen waarbij herverstrekken economisch rendabel is. Bijna alle contracten zijn van dien aard, dat het zowel in het belang is van de zorgverzekeraar/gemeente als in het belang van de zorgaanbieder, dat eerst gekeken wordt of een herverstrekking mogelijk is, alvorens een nieuw hulpmiddel wordt ingezet. Daarbij speelt de afweging tussen de kosten voor transport, reconditioneren en opslag die nodig zijn om het gebruikte hulpmiddel als 'nieuw' te kunnen herverstrekken ten opzichte van de kosten van een nieuw hulpmiddel, een doorslaggevende rol. Er is in dat geval juist sprake van een efficiënte en doelmatige verstrekking.

Of dit altijd het geval is en er nooit verspilling optreedt, is niet goed te beoordelen omdat we daar geen informatie over hebben. Het zijn echter zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten die daar als contracterende partij op zullen toezien.

Vraag 97

Hoeveel burgers zijn in 2009, 2010 en 2011 een juridische procedure gestart tegen een Wmo-beschikking? Hoe vaak is in het voordeel van deze burgers beslist?

Antwoord 97

Er bestaat geen landelijke registratie van aantallen zaken waarin bezwaar, beroep en hoger beroep is ingediend noch van zaken waarin in het voordeel van de burger is beslist. Op de site van de rechterlijke macht (rechtspraak.nl) wordt een selectie geplaatst van zaken die in beroep voor de rechtbank zijn geweest. Van zaken die in hoger beroep (Centrale Raad van Beroep, CRvB) zijn geweest, wordt ook een selectie gemaakt voor publicatie. Verschillende uitgevers nemen jurisprudentie op in hun uitgaven, bijvoorbeeld Schulink en Kluwer. Kijkend naar uitspraken over de Wmo, krijgen we de volgende indicatie (die dus geen inzage geeft in het totaal aantal zaken):

2009

CRvB: 23 uitspraken
Rechtbanken: 44 uitspraken

2010

CRvB: 56 uitspraken
Rechtbanken: 79 uitspraken

2011

CRvB: 90 uitspraken
Rechtbanken: 56 uitspraken

Vraag 98

Wie is verantwoordelijk voor het invullen van het begrip compensatieplicht op grond van jurisprudentie? Op welke wijze neemt de rijksoverheid hier verantwoordelijkheid?

Antwoord 98

De Wmo is een gedecentraliseerde wet, die algemene uitgangspunten en kaders bevat. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een goede uitvoering van de wet, inclusief de invulling van de compensatieplicht jegens burgers met beperkingen die niet zelfredzaam zijn. De Wmo bevat waarborgen voor een goede werking van de wet binnen de gemeente. De gemeenteraad is er verantwoordelijk voor om toepassing van de compensatieplicht beleidsmatig richting te geven in het beleidsplan en vervolgens op uitvoering daarvan te oordelen.

De gemeente dient jaarlijks de uitkomst van onderzoek naar de tevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning over de uitvoering van de wet te publiceren.

De rijksoverheid heeft een 'systeemverantwoordelijkheid': zij gaat niet op de stoel van de gemeente zitten bij de invulling van de concrete taken maar bewaakt op afstand de goede uitvoering van de wet. Daartoe bepaalt de Wmo dat de doeltreffendheid en effecten van de wet in de praktijk vierjaarlijks worden geëvalueerd.

Indien een burger het niet eens is met de wijze waarop de gemeente de compensatieplicht heeft ingevuld, kan zij daartegen in rechte opkomen. Zo geeft de jurisprudentie nader vorm aan de compensatieplicht en de wijze waarop gemeenten zich van die verantwoordelijkheid kwijten.

Vraag 99 t/m 101

Wat is het gemiddelde tarief dat gemeenten hanteren voor huishoudelijke verzorging?

Wat is het hoogste tarief dat wordt gehanteerd voor huishoudelijke verzorging en welke gemeente betreft het?

Wat is het laagste tarief wordt gehanteerd voor huishoudelijke verzorging en welke gemeente betreft het?

Antwoord 99 t/m 101

In 2010 werden voor hh1 uurtarieven gehanteerd tussen de € 14,89 en € 28,44 en de uurtarieven voor hh2 lagen tussen de € 15,66 en € 28,90. Niet bekend is welke gemeenten deze uurtarieven hanteerden.

Het gemiddelde uurtarief voor hh1 bedroeg in 2010 bijna € 21,- en voor hh2 ruim € 23,-. Deze gegevens werden verzameld in het kader van het advies van de onafhankelijk derde inzake de vaststelling van het budget huishoudelijke verzorging. Deze systematiek is inmiddels verlaten, waardoor de gevraagde informatie over 2011 niet is verzameld.

Vraag 102

Waarom daalden de percentages voor eerste /vervolgaanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgenomen in 2010 en namen ze in 2011 (flink) toe?

Antwoord 102

De lagere percentages voor eerste en vervolgaanvragen die binnen de (verlengde) termijn zijn afgehandeld in 2010 zijn voornamelijk te verklaren uit de invoering per 1 januari 2010 van het nieuwe geautomatiseerde systeem. Dat heeft aanpassing en gewenning gevraagd van medewerkers. Verder is in 2011 na de overheveling van de uitvoering van de oorlogswetten naar de SVB aansluiting gezocht bij de aansturing op hogere termijndoelstellingen die binnen de SVB voor andere wetten van toepassing zijn en dat heeft duidelijk resultaat gehad.

Vraag 103

Welke sanctiemogelijkheden heeft het CIZ wanneer zorgaanbieders onterecht of verkeerd herindicieren of bij een onterechte / verkeerde indicatiemelding door zorgaanbieders?

Antwoord 103

Er is een verschil tussen het herindicieren in taakmandaat (HiT) en de melding 80+. Weliswaar verstrekt het CIZ zowel bij herindicieren in taakmandaat als bij toepassing van de Melding 80+ een indicatiebesluit, de manier waarop het CIZ toeziet op de totstandkoming van de HiT en de Melding 80+ verschilt. Het CIZ toetst een percentage van de herindicaties in taakmandaat. De meldingen 80+
-en pilot die in 2014 zal worden geëvalueerd- worden niet getoetst . Ten aanzien van de melding 80+ is voor de eerste jaren (2012 en 2013) afgesproken dat het gebruik (kwantitatief en kwalitatief) door het CIZ wordt gemonitord.

Beide mogelijkheden die zorgaanbieders ten dienste staan snel zelf cliënten te voorzien van een indicatiebesluit dat aansluit op de actuele zorgbehoefte gaan uit van het principe High trust high penalty. Uitgangspunt is vertrouwen op de zorgaanbieder dat die als voorgeschreven door het CIZ indicaties zal stellen. Als dat vertrouwen wordt beschaamd ligt het voor de hand dat de "vrijheden" van de zorgaanbieder worden ingeperkt. Bij de toetsing van de herindicaties zou bijvoorbeeld kunnen blijken dat van bepaalde aanbieders verhoudingsgewijs een groot aantal herindicaties moet worden gewijzigd. Als dat het geval is kan besloten worden een groter aantal HiT's van die aanbieder in de te toetsen besluiten op te nemen. Het weigeren van de toegang tot de AanmeldFunctionaliteit zou de ultieme sanctie kunnen zijn, ook bij gebleken voortdurend en ongewijzigd foutief gebruik van de AanmeldFunctionaliteit voor de melding 80+. Het CIZ zet overigens eerst lichtere vormen van bijsturing in zoals het scholen van aanbieders in het goede gebruik van de modaliteiten. Een en ander laat onverlet dat blijvend niet gepast gebruik zal worden aangepakt.

Vraag 104

Er wordt € 11 miljoen euro geïnvesteerd in het CIZ, met als doel een kleiner en doelmatiger CIZ. Kan dit worden toegelicht? Hoe wordt deze € 11 miljoen besteed? Wanneer zal dit leiden tot resultaten? Hoeveel kleiner en doelmatiger wordt het CIZ?

Antwoord 104

In mijn brief over het hervormingsprogramma voor de langdurige zorg (HLZ) van 1 juni 2011 en de eerste Voortgangsrapportage HLZ van 1 oktober 2011 heb ik aangegeven welke vereenvoudigingen worden doorgevoerd op het terrein van het indicieren van cliënten die aanspraak maken op AWBZ-zorg. Bovendien is in die brief aangegeven dat enkele onderdelen van de AWBZ als aanspraak zouden komen te vervallen en deels ondergebracht in de Wmo met ingang van 2013. Ten behoeve van de transitie die het CIZ dientengevolge moet maken heb ik € 11 miljoen ter beschikking gesteld om kosten die moeten worden gemaakt voor een sociaal plan en voor leegstand van gebouwen op te kunnen vangen.

Vraag 105

Hoeveel indicatiestellingen zijn er afgegeven door het CIZ in 2011 en 2012?

Antwoord 105

Over het jaar 2011 heeft het CIZ 981.000 indicatieaanvragen in behandeling genomen. Hiervan hebben 847.000 aanvragen geleid tot besluiten waarin een aanspraak op AWBZ zorg is vastgelegd.

Over 2012 kan ik nog geen uitspraak doen.

Vraag 106

Hoeveel beroepen op bezwaar heeft CIZ in 2011 en 2012 ontvangen?

Antwoord 106

De aan een cliënt geboden rechtsbescherming bestaat uit de mogelijkheid van bezwaar tegen een afgegeven besluit bij het CIZ zelf en de mogelijkheid om tegen de beslissing op bezwaar beroep aan te tekenen bij de rechtbank.

Daarom wordt tussen deze twee hieronder onderscheid gemaakt.

In 2011 zijn 6.582 bezwaarschriften ingediend door cliënten bij het CIZ.

Er is in 686 gevallen door cliënten in beroep gegaan tegen beslissingen op bezwaar van het CIZ.

Over het jaar 2012 kan ik in dit kader nog geen aantallen noemen.

Vraag 107

Hoeveel bedroegen de uitvoeringskosten van het CIZ in 2011?

Antwoord 107

Aan het CIZ is in 2011 een instellingssubsidie ter beschikking gesteld van € 124,3 miljoen.

Vraag 108

Hoeveel medewerkers heeft het CIZ in de buitendienst? Hoeveel waren dat er in 2009, 2010, en 2011?

Antwoord 108

Het CIZ had in 2009 1.653 fte's (1.995 mensen) die zich bezighielden met indicatiestellen voor de AWBZ. Ik interpreteer de medewerkers als buitendienst.

In 2010 ging het om 1.330 fte's (1.680 mensen) en in 2011 om 1.181 fte's (1.474 mensen). Het betreft voor alle drie de jaren gemiddelden over een heel jaar.

Vraag 109 t/m 111

Wat zijn de totale kosten van de verwerking van één indicatieaanvraag bij het CIZ?

Hoeveel kost een indicatieaanvraag van een zorginstelling?

Hoeveel kost één indicatieaanvraag via het Standaard Indicatieprotocol?

Antwoord 109 t/m 111

De gemiddelde kosten van het CIZ per indicatieaanvraag bedroegen in 2011 € 126,70.

Aan het CIZ is gevraagd om dit jaar een kostprijsmodel te ontwikkelen aan de hand waarvan een goed inzicht kan worden verkregen in de relatie tussen activiteiten per indicatiestroom en de daarvoor noodzakelijk te maken kosten. Met ingang van 2013 zullen met dit model de kosten per (soort) indicatieaanvraag onderbouwd in beeld kunnen worden gebracht.

De kosten per indicatieaanvraag van een zorgaanbieder zijn mij niet bekend.

Vraag 112

Kunnen voorbeelden worden gegeven uit binnen- of buitenland waarbij gedragsverandering bij jongeren is opgetreden door invloed van sociale media? Kan het kabinet laten zien dat huidige sociale media campagnes een positief effect hebben op het vergroten van seksuele weerbaarheid van jongeren?

Antwoord 112

Er worden momenteel geen leefstijl campagnes meer gevoerd. Wel worden sociale media ingezet als middel om *het bereik van jongeren te vergroten* ten behoeve van het bevorderen van een gezonde leefstijl van de jeugd, doordat met sociale media beter wordt aangesloten bij de belevingswereld van de jeugd. Veelal wordt er naar gestreefd sociale media in te zetten in combinatie met andere, effectieve interventies (zgn. interventiemix) zodat wordt ingezet op verschillende determinanten van gedrag (bijvoorbeeld houding, eigen effectiviteit, sociale druk, vaardigheden etcetera). Uiteindelijk moet dat effect hebben op gedrag.

Een voorbeeld uit het binnenland waarbij een interventiemix – waaronder het gebruik van sociale media - heeft geleid tot gedragsverandering, is de recente Vrij veilig campagne, welke heeft geresulteerd in een stijging van het aantal personen dat condoom gebruik bespreekbaar maakt van 56% naar 74%.

Dit jaar, 2012, gaat de 'jongerenaanpak seksuele weerbaarheid via sociale media' van start. Dit driejarige project wordt gefinancierd door de ministeries van VWS en OCW en wordt uitgevoerd door Soa Aids Nederland en Rutgers WPF. Aangezien de aanpak nog van start moet gaan kan ik op dit moment nog geen uitspraken doen over de effecten ervan. Ik heb de uitvoerders van deze aanpak wel gevraagd effectonderzoek te doen.

Ook gaat dit jaar de Jeugdimpuls van start waarvoor ik in totaal € 6 miljoen heb gereserveerd om een gezonde leefstijl van de jeugd te bevorderen via scholen en door de inzet van sociale media. De opdracht voor de jeugdimpuls is belegd bij het Centrum Gezond Leven, ik heb hen gevraagd het effect van de inzet van sociale media te monitoren.

Vraag 113 en 114

Welke concrete maatregelen zijn genomen om te voorkomen dat mensen beginnen met roken? Op welke wijze heeft het kabinet de kennis over de schadelijkheid van roken vergroot?

Antwoord 113 en 114

Er is goede voorlichting op scholen over middelengebruik, waaronder roken. Zowel voor de bovenbouw van het basisonderwijs, als voor het voortgezet onderwijs en het MBO. Het budget voor voorlichting op scholen over middelengebruik heb ik verruimd.

In de vaste contactmomenten in de Jeugdgezondheidszorg wordt ook aandacht besteed aan preventie van roken.

Daarnaast is, ook voor volwassenen, betrouwbare online informatie beschikbaar over roken. Onder andere op de website van Stivoro (binnenkort op de website van het Trimbos-instituut). En binnenkort start de website Tabaksinfo.nl, waarop mensen informatie kunnen krijgen over de stoffen die in een sigaret zitten.

Ten slotte zijn ook zorgverleners zoals huisartsen, verloskundigen en praktijkondersteuners getraind in het geven van voorlichting over de risico's van roken.

Vraag 115

Wat waren de uitkomsten van de indicatoren over leefstijl in 2011?

Antwoord 115

Voor de meeste indicatoren over leefstijl geldt dat er geen jaarlijkse metingen plaatsvinden. Dit is over het algemeen ook niet nodig om een beleidsmatige trend te signaleren. De meest recente

beschikbare cijfers laten een wisselend beeld zien wat betreft de indicatoren op blz 34 van het jaarverslag. Op onderdelen neemt de prevalentie van ongezond gedrag af (zoals het aantal rokers van 15 jaar en ouder en alcoholgebruik onder jongeren), is het stabiel (overgewicht), maar op andere terreinen (zoals ernstig overgewicht) neemt het probleem toe.

Vraag 116

Waarom bevat het jaarverslag geen realisatiecijfers in de opsporing van gonorrhoe en chlamydia over 2011? Hoeveel gevallen van gonorrhoe en chlamydia zijn in dat jaar opgespoord?

Antwoord 116

De surveillance van soa wordt door het RIVM/Cib uitgevoerd. Op het moment van publicatie van het jaarverslag van VWS waren de cijfers nog niet beschikbaar.

Eind juni 2012 publiceert het RIVM/Cib het soa-jaarverslag op de website van het RIVM www.rivm.nl onder de naam "Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2011".

Het aantal gevallen gonorrhoe en chlamydia, gediagnosticeerd bij de GGD soa-poliklinieken, was in 2011 voor gonorrhoe 3.575 en 12.913 voor chlamydia.

Vraag 117

Hoe komt de tabel eruit te zien als ook de cijfers van de huisartsen worden meegenomen?

Antwoord 117

Gemiddeld wordt 70% van alle soa's via de huisarts gediagnosticeerd. De registratie bij de huisarts verloopt niet systematisch maar wordt geschat op basis van deelnemende huisartsen praktijken (Nivel). Voor 2011 zijn deze gegevens nog niet beschikbaar.

Vraag 118

Hoeveel soa's zijn in de jaren 2005-2011 opgespoord, en welke soa's betreft dit?

Antwoord 118

In onderstaande tabel is het aantal gevonden soa opgenomen over de jaren 2005 - 2011. Deze gegevens zijn afkomstig van de soa-poliklinieken die hun werkzaamheden uitvoeren in het kader van de aanvullende regeling seksuele gezondheidszorg. In de tabel is ook het vindpercentage opgenomen. Dit percentage relateert het totaal aantal gevonden soa aan het totaal aantal tests.

Tabel: Aantal gevonden soa per totaal aantal onderzoeken (n/N) en percentage per soa in de jaren 2005 tot 2011.

Soa	n/N (%) 2005	n/N (%) 2006	n/N (%) 2007	n/N (%) 2008	n/N (%) 2009	n/N (%) 2010	n/N (%) 2011	n/N (%) Total
Chlamydia	5978/576 85 (10,4)	7078/666 21 (10,6)	7797/769 45 (10,1)	9433/876 72 (10,8)	9771/926 91 (10,5)	11526/10 4559 (11,0)	12913/11 2766 (11,5)	69585/65 1085 (10,7)
Gonorrhoe	1619/563 25 (2,9)	1754/665 47 (2,6)	1822/768 76 (2,4)	1964/876 73 (2,2)	2422/926 21 (2,6)	2815/104 510 (2,7)	3575/112 690 (3,2)	17624/64 7884 (2,7)
Syfilis	653/5306 1 (1,2)	637/6435 4 (1,0)	558/7635 4 (0,7)	599/8712 1 (0,7)	512/9217 3 (0,6)	500/1037 52 (0,5)	476/1119 57 (0,4)	4633/637 670 (0,7)
HIV	307/3676 8 (0,8)	255/4886 0 (0,5)	304/6586 7 (0,5)	393/7743 6 (0,5)	387/8313 1 (0,5)	375/9925 7 (0,4)	416/1073 96 (0,4)	2678/550 673 (0,4)

Vraag 119 en 120

Wanneer komt er wel een exacte opgave beschikbaar van onderrapportage van het aantal geslachtsziekten? Is er al wel een schatting beschikbaar? Zo ja, hoe luidt deze?
Kan een schatting gemaakt worden van de ontwikkeling van het aantal soa's, gecorrigeerd voor de verhoging van het aantal opsporingen?

Vraag 119 en 120

Op basis van de systematische surveillancegegevens afkomstig van hoogrisico cliënten bij de soa-poliklinieken kunnen trends bijgehouden worden. Voor een exacte opgave is periodieke screening van de totale Nederlandse bevolking nodig. Aangezien dit niet wenselijk is, zal altijd sprake zijn een schatting.

De cijfers van het aantal gevonden soa's (zie tabel bij vraag 118) laten zien dat het vindpercentage jaarlijks toeneemt.

Vraag 121

Wat was het percentage vrijwillige inzet van het aantal mensen onder de 18 jaar in 2011?

Antwoord 121

Hierover zijn geen landelijk betrouwbare gegevens beschikbaar.

Vraag 122

Kunnen in de cijfers de effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz inzichtelijk worden gemaakt?

Antwoord 122

In de ontwerpbegroting 2011 was de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz opgenomen. Na bespreking in de Tweede Kamer is besloten deze invoering een jaar uit te stellen naar 2012. De invoering van de eigen bijdrage in 2012 heeft geen financieel effect op de gepresenteerde cijfers over 2011. Voor 2012 is er een monitor opgestart om de effecten voor kwetsbare groepen te onderzoeken. De eerste tussenresultaten van deze monitor zullen in september 2012 naar de Tweede Kamer worden gezonden.

Vraag 123

Hoe kan het dat het aantal personen dat instroomt in het eerste jaar van de opleiding tot medisch specialist relatief gezien flink is toegenomen in 2011?

Antwoord 123

De aantallen nieuwe opleidingsplaatsen die VWS jaarlijks beschikbaar stelt, zijn gebaseerd op de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Voor de toewijzing in 2011 vormt het Capaciteitsplan 2008 de basis. In 2009 heeft het Capaciteitsorgaan een aanvullend advies uitgebracht over de instroom van medisch specialisten uit het buitenland. De strekking van dit advies was dat de buitenlandse instroom de komende jaren zal teruglopen en dat in Nederland dus meer specialisten moeten worden opgeleid om ook op termijn aan de zorgvraag tegemoet te kunnen komen. Dit advies is overgenomen en is voor het eerst zichtbaar in de hogere aantallen nieuwe opleidingsplaatsen in 2011. Daarnaast treedt in 2011 een inhaaleffect op. In 2008 is een aantal van de toen beschikbaar gestelde instroomplaatsen niet ingevuld. Deze plaatsen zijn in 2011 alsnog beschikbaar gesteld.

Vraag 124 A

Kunnen de volgende extra uitgaven in euro's concreet en bondig worden uitgelegd?
- Beleidsartikel 42 – Gezondheidszorg: 727,4 miljoen

Antwoord 124 A

De extra uitgaven op artikel 42 ad € 727,4 miljoen betreffen een saldo post die bestaat uit de verschillende positieve en negatieve mutaties uit de 1^e en 2^e suppletoire wet en de slotwet. Deze mutaties worden op de pagina's 53 tot en met 60 van het jaarverslag toegelicht. De extra uitgaven hebben voornamelijk (€ 695,3 miljoen) betrekking op operationele doelstelling 3 'Zorgaanbieders bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket aan' en dit betreft met name de bijstelling van de uitgavenraming Zorgtoeslag (€ 707,1 miljoen) naar aanleiding van geactualiseerde ramingen van het Centraal Planbureau en verrekeningen met de Belastingdienst van voorschotten Zorgtoeslag 2011 en 2012 en nabetalings Zorgtoeslag als gevolg van definitieve vaststellingen oude jaren.

Vraag 124 B

Kunnen de volgende extra uitgaven in euro's concreet en bondig worden uitgelegd?
- Beleidsartikel 43 – Langdurige zorg: 266,8 miljoen

Antwoord 124 B

93% van de geraamde begrotingsuitgaven op artikel 43 betreffen de rijksbijdragen in het kader van de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK), het verstrekken van tegemoetkomingen op grond van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), de regeling tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ) en de uitfinanciering van de inmiddels beëindigde regeling tegemoetkoming buitengewone uitgaven (TBU). De extra uitgaven op artikel 43 zijn ook voor ruim 90% het gevolg van bijgestelde ramingen van het CPB bij de BIKK en tegenvallers bij Wtcg, TSZ en TBU.

Vraag 124 C

Kunnen de volgende extra uitgaven in euro's concreet en bondig worden uitgelegd?
- Beleidsartikel 44 - Maatschappelijke ondersteuning: 3,2 miljoen.

Antwoord 124 C

De extra uitgaven op artikel 44 ad € 3,2 miljoen betreffen een saldo post die bestaat uit de verschillende positieve en negatieve suppletoire wet mutaties die in de pagina's 68 tot en met 70 van het jaarverslag worden toegelicht. Voor de uitleg van de extra uitgaven op artikel 47 verwijs ik naar de pagina 85 van het jaarverslag. De extra uitgaven hebben betrekking op de wettelijke indexering van de pensioenen en uitkeringen op grond van de wetten voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen.

Vraag 124 D

Kunnen de volgende extra uitgaven in euro's concreet en bondig worden uitgelegd?
- Beleidsartikel 45: € 27,2 miljoen)

Antwoord 124 D

De extra uitgaven ter grootte van € 27,2 miljoen zijn verantwoord in de toelichting onder de operationele doelstellingen van artikel 45 Jeugd. Het betreft het totaal van het verschil tussen de stand incidentele suppletoire begroting 2011 en de realisatie 2011 van de programma – en apparaatsuitgaven.

De belangrijkste verschillen zijn:

Loonbijstelling tranche 2011	€ 22,9 miljoen
Vergoeding overname Jeugdzorg+ instelling Avenir van ministerie VenJ	€ 9,5 miljoen
Overboeking VenJ inzake vergoeding onkosten jeugdzorg+ instellingen	€ 4,7 miljoen
Overboeking ministerie OCW inzake onderwijskosten jeugdzorg+ instellingen	-/- € 3,6 miljoen
Overboeking OCW inzake project 'de Wijkschool'	-/- € 2,2 miljoen
Diverse kleinere mutaties (saldi)	-/- € 4,1 miljoen
Totaal mutaties	€ 27,2 miljoen

Vraag 124 E

Kunnen de volgende extra uitgaven in euro's concreet en bondig worden uitgelegd?

- Beleidsartikel 47 – Oorlogsgetroffenen en herinnering WOII: 2,4 miljoen.

Antwoord 124 E

Zie antwoord 124 C.

Vraag 124 F

Kunnen de volgende extra uitgaven in euro's concreet en bondig worden uitgelegd?

- Niet-beleidsartikel / Artikel 98: 126,8 miljoen

Antwoord 124 F

De extra uitgaven op artikel 98 ad € 126,8 miljoen betreffen een saldo post die bestaat uit de verschillende positieve en negatieve suppletoire wet mutaties die op de pagina's 88 tot en met 93 van het jaarverslag worden toegelicht. De extra uitgaven hebben voornamelijk betrekking op hogere apparaatsuitgaven als gevolg van de financiële afwikkeling van de baten-lastendienst Nederlands Vaccin Instituut.

Vraag 124 G

Kunnen de volgende extra uitgaven in euro's concreet en bondig worden uitgelegd?

- Niet-beleidsartikel / Artikel 99: 55,6 miljoen

Antwoord 124 G

Het verschil op artikel 99 ad € 55,6 miljoen is een saldo post die bestaat uit de verschillende positieve en negatieve suppletoire wet mutaties die op de pagina's 94 tot en met 97 van het jaarverslag worden toegelicht. Het betreft voornamelijk die prijsbijstelling tranche 2011 en de invulling van de taakstelling uit het Regeerakkoord.

Vraag 125

Wat is het concrete streven in cijfers als het gaat om het aantal mensen dat kiest voor een gezonde leefstijl?

Antwoord 125

Kenmerkend voor het gezondheidsbeleid is dat de rijksoverheid zich vooral op het faciliteren, stimuleren en ondersteunen van gezond gedrag richt. De concrete acties vinden voornamelijk plaats op lokaal niveau. Dat zal overal anders zijn (maatwerk) en afhankelijk zijn van vele

partijen zoals gemeenten, scholen, sportclubs, zorgverleners en individuen. Leefstijl is uiteindelijk een eigen keuze van mensen zelf. Dit betekent dat er geen sprake is van landelijke streefcijfers, maar het beschikbaar stellen van (landelijke) betrouwbare cijfers over leefstijlindicatoren wel van belang is.

Vraag 126

Welke specifieke uitgaven zijn gedaan om een gezonde leefstijl te vergemakkelijken of te stimuleren, uitgesplitst naar stoppen met roken, alcoholmindering en verantwoord zonnebaden?

Antwoord 126

In 2011 is binnen de operationele doelstelling "meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl" € 38,7 miljoen uitgegeven, waarvan ruim € 17 miljoen is besteed aan de specifieke uitkering Heroïnebehandeling. Van het resterende bedrag is ruim € 2,6 miljoen besteed aan tabaksontmoediging, o.a. subsidie aan STIVORO. Daarnaast is € 0,7 miljoen besteed aan alcoholmatiging, o.a. het partnership vroegsignalering alcohol en een onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrenzen alcoholverstrekking.

Ook heeft de Nieuwe Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) in 2011 ruim € 7,6 miljoen besteed aan het toezicht op de naleving van de Drank- en Horecawet en de Tabakswet.

Verder was in 2011 € 20 miljoen beschikbaar binnen het BKZ voor de vergoeding van het programma stoppen met roken zorg, d.w.z. ondersteuning inclusief medicatie.

VWS subsidieert geen specifieke activiteiten op het terrein van verantwoord zonnebaden. Maar er is een scala aan informatie voorhanden op dit terrein. Zo levert het RIVM de benodigde informatie omtrent UV straling, het KWF biedt informatie rond zonnen en huidkanker via de website <http://www.zonverstandig.nl/> en via teletekst is informatie te vinden ten aanzien van de zonkracht en de aanbevolen tijd om in de zon te zitten.

Vraag 127

Welk onderscheid wordt gemaakt bij uitgaven ter bevordering van een gezonde leefstijl tussen begrotingsuitgaven en premiegefinancierde uitgaven?

Antwoord 127

Subsidies en opdrachten worden vanuit de begroting gefinancierd en verzekerde zorg wordt vanuit de premiemiddelen gefinancierd. Bij subsidies en opdrachten is sprake van directe aansturing vanuit VWS. Bij premiegefinancierde activiteiten is dat veel minder het geval. VWS bepaalt de omvang van het verzekerde pakket en stelt randvoorwaarden over bijvoorbeeld tarieven. De uitvoering gebeurt op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Vraag 128

Er is sprake van circa 25 miljoen euro aan hogere opbrengsten in het kader van de aanpak van wanbetalers en onverzekerden. Kan dit worden toegelicht?

Antwoord 128

Bij wanbetalers wordt een bestuursrechtelijke premie geïnd. Een deel van deze premie (30/130^{ste} deel) kan worden aangewend ter dekking van de uitvoeringskosten. Dit deel is eerder geraamd op € 23 miljoen, maar in de praktijk is dit deel € 25 miljoen hoger uitgekomen. Dit heeft te maken met het aantal wanbetalers dat in 2011 veel hoger is dan verwacht. De uitstroom uit het premierechtelijk regime bleef achter bij de verwachting. In mijn brief van 4 november 2011 aan de Tweede Kamer heb ik daarom maatregelen aangekondigd om de uitstroom te bevorderen.

Vraag 129

Wat kosten de hulpmiddelen uit de AWBZ jaarlijks?

Antwoord 129

De definitief vastgestelde cijfers over de periode 2008-2010 met betrekking tot de hulpmiddelen die kortdurend worden uitgeleend (zoals rollator, krukken e.d.) zijn: in 2008 € 74,7 miljoen, in 2009 € 75,9 miljoen, en in 2010 € 72,0 miljoen. Voor het jaar 2011 zijn nog geen definitief vastgestelde cijfers beschikbaar.

Vraag 130 t/m 132

Hoeveel meldingen van onterechte bijbetalingen in zorginstellingen heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangen?

Hoe vaak heeft de NZa boetes opgelegd vanwege onterechte bijbetalingen in zorginstellingen?

Hoe vaak heeft de NZa zorgbestuurders aansprakelijk gesteld voor onterechte bijbetalingen in zorginstellingen?

Antwoord 130 t/m 132

Bij de NZa zijn bij het meldpunt tussen medio mei 2011 tot en met 1 mei 2012 in totaal 95 meldingen binnengekomen. In de meerderheid van de gevallen bleek geen sprake van een onterechte bijbetaling. Tot op heden bleek er in vijf gevallen sprake van een overtreding en is er door de NZa handhavend opgetreden.

De NZa heeft in deze gevallen een aanwijzing aan de zorgaanbieder opgelegd en de naam van de overtreder openbaar gemaakt. Het handhavend optreden heeft geleid tot het staken van de overtreding en tot het compensatie van de benadeelde bewoners.

Deze werkwijze is in lijn met de motie Gerbrands en Agema. In de motie-Gerbrands en Agema van 21 juni 2011 (Kamerstukken II, 30597, nr. 194) wordt verzocht te bewerkstelligen dat een geconstateerde onterechte bijbetaling in het vervolg in alle gevallen tot gevolg zal hebben dat de overtreding en naam van de overtreedende instelling gepubliceerd wordt.

Vraag 133 t/m 141

Wat is het vulpercentage van de thuiszorg?

Wat is het vulpercentage van de verpleeghuiszorg?

Wat is het vulpercentage van de zorg in verzorgingshuizen?

Wat is het vulpercentage van de intramurale ouderenzorg?

Wat is het vulpercentage van de extramurale ouderenzorg?

Wat is het vulpercentage van de intramurale lichamelijke gehandicaptenzorg?

Wat is het vulpercentage van de extramurale lichamelijke gehandicaptenzorg?

Wat is het vulpercentage van de intramurale verstandelijke gehandicaptenzorg?

Wat is het vulpercentage van de extramurale verstandelijke gehandicaptenzorg?

Antwoord 133 t/m 141

Het vulpercentage wordt door ActiZ geregistreerd in de rapportage "benchmark in de zorg". De laatste rapportage is verschenen in oktober 2011 en bevat informatie over 2010. In dit rapport bedraagt het vulpercentage voor de extramurale zorg 49%. Dit wordt niet uitgesplitst naar deelsectoren.

In de intramurale zorg is geen sprake van vulpercentages omdat daar de financiering van zorgaanbieders geschiedt door middel van zorgzwaartepakketten.

Vraag 142

Kan met cijfers de toe- of afname van de aanspraak begeleiding van 2009 tot op heden worden verschaft?

Antwoord 142

In 2009 was er € 1016 miljoen begeleiding individueel en € 1088 miljoen begeleiding groep. In 2011 was er € 998 miljoen begeleiding individueel en € 1094 miljoen begeleiding groep. In deze cijfers zijn de effecten van de pakketmaatregel 2009, de nominale ontwikkeling en de volume ontwikkeling in de jaren 2009-2011 verdisconteerd. Over het jaar 2012 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Vraag 143

Hoeveel zorgverlenende flexwerkers telt de langdurige zorg?

Antwoord 143

Het meest recente jaar waarvoor deze data beschikbaar zijn is 2009. In de langdurige zorg (VVT (verpleging, verzorging en thuiszorg) + gehandicaptenzorg + GGZ langdurige zorg) is ca. 12% een flexwerker. Dit komt voor 2009 neer op ca. 47.000 flexwerkers in de langdurige zorg.

Vraag 144

Hoeveel fulltime-zorgverleners zijn in dienst in de langdurige zorg?

Antwoord 144

Het meest recente jaar waarvoor deze data beschikbaar is is 2009. In de langdurige zorg (VVT + gehandicapten zorg + GGZ langdurige zorg) is ca. 8% van het cliëntgebonden personeel een voltijder. Dit komt voor 2009 neer op ca. 39.000 voltijders met een cliëntgebonden functie in de langdurige zorg.

Vraag 145

Hoeveel parttime-zorgverleners zijn in dienst in de langdurige zorg?

Antwoord 145

Het meest recente jaar waarvoor deze data beschikbaar is, is het jaar 2009. In de langdurige zorg (VVT + gehandicapten zorg + GGZ langdurige zorg) is ca. 92% van het cliëntgebonden personeel een deeltijder. Dit komt voor 2009 neer op ca. 470.000 deeltijders met een cliëntgebonden functie in de langdurige zorg.

Vraag 146

Hoeveel zelfstandigen zonder personeel verlenen zorg in de langdurige zorg?

Antwoord 146

Het meest recente jaar waarvoor deze data beschikbaar zijn is 2009. In de langdurige zorg (VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg) + gehandicaptenzorg + GGZ langdurige zorg) is ca. 1% een ZZP'er. Dit komt voor 2009 neer op ca. 3.800 ZZP'ers in de langdurige zorg.

Bron: Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn, Panteia i.s.m. Seor en E'til.

Vraag 147

Kan met cijfers de leeftijdsopbouw van het zorgverlenende personeel laten zien, uitgesplitst per sector in de langdurige zorg, worden getoond?

Antwoord 147

Het meest recente jaar waarvoor deze data beschikbaar is, is het jaar 2009. In de tabel hieronder staat de leeftijdsopbouw van het totaal personeel in de langdurige zorg, uitgesplitst naar sector.

Leeftijdsklasse	GGZ	V&V-huizen	GHZ	Thuiszorg	Totaal
<20	3%	8%	6%	4%	6%
20-24	10%	9%	13%	8%	9%
25-29	12%	7%	12%	7%	8%
30-34	11%	7%	11%	8%	8%
35-39	11%	11%	11%	11%	11%
40-44	12%	14%	12%	14%	14%
45-49	14%	16%	14%	17%	16%
50-54	14%	15%	12%	16%	15%
55-59	10%	10%	8%	12%	10%
60+	3%	3%	2%	4%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Vraag 148

Welke sectoren in de langdurige zorg hebben of verwachten binnen 10 jaar personeelstekorten? Kunt u dit met cijfers zichtbaar maken?

Antwoord 148

In de publicatie 'Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2011-2015' (TK 29282 nr. 152) die ik u op 19 april toestuurde kunt u zien in welke sectoren er tekorten dreigen. Verder kijken dan een paar jaar heeft weinig zin, omdat de vraag naar personeel afhankelijk is van veel factoren. De resultaten in deze publicatie houden geen rekening met aanpassingsmechanismen die de discrepanties tussen vraag en aanbod verkleinen. De prognoses geven dus een ontwikkeling weer zonder nadere reacties van werkgevers, werknemers en de overheid. De rapportage geeft dan ook geen daadwerkelijk optredende tekorten aan, maar geeft met name aan waar tekorten dreigen.

In de publicatie wordt uitgegaan van een laag scenario (met een beperkte groei van de vraag naar zorgpersoneel en een hoog scenario (met een sterkere groei van de vraag naar zorgpersoneel). In het lage scenario dreigen niet of nauwelijks tekorten, alleen beperkt in de VVT-sector. In het hoge scenario dreigen er in vrijwel alle sectoren tekorten op te treden.

Vraag 149

Welke zorgkantoren waren frictiegeld kwijt ter voorkoming van wachtlijsten of opnamestops? Om welke bedragen ging het per zorgkantoor?

Antwoord 149

In 2011 zijn de geheten margemiddelen ingezet ter hoogte van ruim € 20 miljoen bij zorgkantoorregio Friesland ter voorkoming van wachtlijsten/opnamestops. Naar de volgende kantoren zijn kleinere bedragen gegaan: Groningen, Apeldoorn/Zutphen e.o, Arnhem, Utrecht, 't Gooi. Amsterdam. Zuid-Holland. Delft/Westland/Oostland, Nieuwe Waterweg Noord, Noordoost Brabant.

Vraag 150

Hoeveel bedraagt de onderuitputting in de AWBZ-contracteerruimte?

Antwoord 150

In 2010 is de contracteerruimte gedurende het jaar verhoogd met een bedrag van € 31 miljoen in het kader van de zogenaamde margeregeling. Bij de nacalculatie over het jaar 2010 is een bedrag van € 210 miljoen niet benut ten opzichte van de beschikbare contracteerruimte (inclusief de verhoging in het kader van de margeregeling; bron NZa). Met deze onderuitputting is overigens reeds rekening gehouden in het budgettaire kader zorg, omdat er elk jaar sprake is van onderuitputting. Het bedrag voor 2011 is nog niet bekend.

Vraag 151 en 152

Kan in cijfers weergegeven worden hoe groot de wachtlijsten zijn voor de verschillende indicaties in de AWBZ? Hoe groot zijn de wachtlijsten in de verpleeghuizen en hoe groot in de verzorgingshuizen?

Hoe groot is het totale capaciteitstekort aan intramurale bedden in de AWBZ?

Antwoord 151 en 152

Net als voorgaande jaren volg ik de ontwikkeling van de toegankelijkheid van de AWBZ. Op dit moment worden de gegevens verzameld bij de zorgkantoren. Het zijn nog voorlopige cijfers, die ontleend zijn aan de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Met de zorgaanbieders en zorgkantoren zijn in AZR verband afspraken gemaakt over de te hanteren wachtlijstdefinitie en het actualiseren van de bestanden in de diverse registraties.

Om een globaal beeld te schetsen van de toegankelijkheid van de AWBZ maak ik onderscheid tussen de sector verpleging en verzorging enerzijds en gehandicaptenzorg anderzijds. Tevens maak ik een onderscheid tussen extramuraal en intramuraal (met en zonder behandeling). Ik geef aan welk percentage van de cliënten binnen de Treeknorm zorg ontvangt. Dit is een norm voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden.

Sector	Extramuraal	Intramuraal	
		Met behandeling	Zonder behandeling
Verpleging en verzorging	96 %	81 %	88 %
Gehandicaptenzorg	85 %	Nvt	82 %

Tabel: toegankelijkheid AWBZ: % cliënten dat binnen de Treeknorm zorg ontvangt (2011)

Een deel van de cliënten wacht langer dan de Treeknorm, maar slechts een klein deel hiervan is problematisch wachtend.

Komende zomer zal ik uw Kamer per brief informeren over de ontwikkeling van de toegankelijkheid van de AWBZ en waar mogelijk meer detailinformatie verstrekken.

Er worden geen capaciteitsgegevens meer geregistreerd in de AWBZ in termen van bedden. Vraag en aanbod worden voortaan uitgedrukt in zzp-termen (zorgzwaartepakketten).

Treeknormen verpleging en verzorging:

- extramuraal: 6 weken
- intramuraal met behandeling: 6 weken
- intramuraal zonder behandeling = 13 weken,

Treeknormen Gehandicaptenzorg:

- extramuraal = 6 weken,
- intramuraal = 13 weken

(zie: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/welke-normen-zijn-er-voor-aanvaardbare-wachttijden-in-de-zorg>)

Vraag 153

Hoe groot is de totale overschrijding van Valys?

Antwoord 153

In 2011 is de totale overschrijding van Valys € 6,7 miljoen.

Vraag 154

Hoeveel mensen hebben hun kilometerbudget helemaal opgemaakt?

Antwoord 154

In 2011 waren er 7639 pashouders die hun kilometerbudget volledig hebben opgemaakt.

Vraag 155

Hoeveel mensen hebben hun kilometerbudget niet helemaal opgemaakt?

Antwoord 155

In 2011 waren er 165.871 pashouders die wel met Valys gereisd hebben en hun kilometerbudget niet helemaal hebben opgemaakt.

Vraag 156

Hoeveel mensen hebben 0 km van hun kilometerbudget gebruikt?

Antwoord 156

In 2011 waren er 181.694 pashouders die geen rit met Valys hebben gemaakt.

Vraag 157

Hoeveel mensen hebben aanspraak gekregen op Valys en om welke redenen of via welke wegen?

Antwoord 157

In 2011 zijn er ruim 46.000 nieuwe pashouders bijgekomen. Een persoon komt in aanmerking voor de Valyspas indien hij of zij beschikt over:

- een verklaring met betrekking tot een door of vanwege de gemeente verstrekte vervoersvoorziening of
- een gehandicaptenparkeerkaart of
- een OV-Begeleiderskaart.

Van de ruim 46.000 nieuwe pashouders in 2011 hebben ruim 39.000 personen (84%) een Valyspas ontvangen op basis van een verklaring met betrekking tot een door of vanwege de gemeente verstrekte vervoersvoorziening. Ruim 4600 personen (10%) hebben een Valyspas ontvangen op basis van een gehandicaptenparkeerkaart. Een kleine 2800 personen (6%) heeft een Valyspas ontvangen op basis van een OV-Begeleiderskaart.

Vraag 158

Hoeveel combinatiefunctionarissen zijn in 2011 aangesteld geweest?

Antwoord 158

In 2011 zijn in totaal 1369 fte's gerealiseerd.

Vraag 159

Hoeveel topsportaccommodaties zijn er gerealiseerd?

Antwoord 159

Er zijn in 2011 geen topsportaccommodaties gerealiseerd met financiële steun vanuit de Rijksoverheid. Wel is er basis van bestuurlijke afspraken € 5 miljoen euro (€ 2,5 miljoen in 2010 en € 2,5 miljoen in 2011) beschikbaar gesteld voor de bouw van de multifunctionele Arnhemhal op sportcentrum Papendal.

Vraag 160

Hoe gaat de minister inzicht krijgen in het aantal mensen dat via de sport respectvol met elkaar omgaat?

Antwoord 160

Om te stimuleren dat mensen respectvol met elkaar omgaan in de sport is op 21 november 2011 het Actieplan 'Naar een veiliger Sportklimaat' van start gegaan.

Het doel van het actieplan is het creëren van een veiliger sportklimaat zodat iedereen met plezier kan sporten zonder last te hebben van intimidatie of geweld. Hiervoor stelt VWS tot en met 2016 € 7 miljoen per jaar beschikbaar. NOC*NSF geeft samen met de sportbonden uitvoering aan dit plan.

Het actieplan bestaat enerzijds uit maatregelen ter voorkoming van ongewenst gedrag en ter stimulering van gewenst gedrag. Anderzijds worden maatregelen genomen om ongewenst gedrag en excessen in de sport aan te kunnen pakken.

Momenteel wordt het plan voor monitoring en evaluatie uitgewerkt. Er zullen onder meer vragen toegevoegd worden aan de VrijeTijdsOmnibus (VTO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau. De VTO is een enquête onder een steekproef uit de bevolking en zal worden uitgevoerd door het CBS. Medio 2013 zullen de bevindingen gereed zijn van de eerste meting.

In het najaar van 2012 zal ik de Tweede Kamer informeren over de voortgang van het Actieplan 'Naar een veiliger Sportklimaat'.

Vraag 161

In de programma's 1 en 2 blijven de uitgaven ver achter op de begroting. Vertraging van de beleidsbrief en verlenging/verschuiving naar 2012 zijn daar twee oorzaken van. Worden deze beide programma's wel voldoende door (alle) gemeenten opgepakt of zijn daar haperingen in te zien?

Antwoord 161

Binnen beide operationele doelstellingen zijn forse bedragen overgeboekt naar de begroting van het Gemeentefonds. De uitkeringen voor zowel de Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en de Impuls Brede scholen, Sport en Cultuur zijn vanuit het Gemeentefonds uitbetaald aan de

deelnemende gemeenten. Beide impulsen zijn door de gemeenten zeer goed opgepakt.

Vraag 162

Er zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de inzet van combinatiefunctionarissen. Kan worden aangegeven welk rendement deze middelen daadwerkelijk opleveren in termen van: Hoeveel burgers gaan meer bewegen en sporten in georganiseerd verband? Hoeveel bedraagt het (voorgecalculeerd) percentage overheadkosten om de intenties te realiseren, gedifferentieerd naar de diverse (bestuurs)lagen waarin de gelden worden ingezet?

Antwoord 162

Er is niet op grote schaal onderzocht hoeveel meer burgers gaan bewegen door de inzet van combinatiefunctionarissen. Wel blijkt uit kwalitatief onderzoek⁶ dat daar waar combinatiefunctionarissen worden ingezet, zowel de kwaliteit als de kwantiteit van het aanbod toeneemt.

Voor de combinatiefunctionarissen geldt een vast normbedrag van € 50.000 per fte. Dit zijn directe loonkosten en er is niet voorzien in overhead. Eventuele overhead komt voor rekening van de gemeenten.

Vraag 163

Hoeveel geld is in totaal door het ministerie uitgegeven aan subsidies in verband met de Olympische Spelen, inclusief reizen, voordrachten, diners?

Antwoord 163

Aan de voorbereiding op een mogelijk Nederlands bid op de Olympische Spelen is in 2011 ongeveer € 2,6 miljoen uitgegeven aan de volgende onderwerpen:

- Opdracht aan SCP voor het uitvoeren van een draagvlakonderzoek 2011
- Opdracht aan Rebel Group voor het uitvoeren van een Verkenning naar de maatschappelijke kosten en baten van de Olympische Spelen in 2028
- Studiereis naar Brazilië in het kader van onderzoek bidstrategie megasportevenementen Rio 2016
- Subsidie aan NOC*NSF voor het program office Olympisch Vuur
- Pilots rondom sportevenementen gericht op maatschappelijke spin-off.

Vraag 164

Is er onderuitputting in het stipendium topsporters? Zoja voor welk bedrag?

Antwoord 164

Nee. Van een onderuitputting is geen sprake.

Vraag 165

Door tekortkomingen in de werking van het onderdeel accountantscontrole in het M&O-beleid is er voor € 0,6 miljoen euro onzekerheid over o.a. de rechtmatige besteding van de specifieke uitkering voor seksualiteitshulpverlening en coördinatie.

- a. Bij welke gemeenten en/of coördinerende GGD'en is er onzekerheid over de rechtmatigheid van de besteding van deze € 0,6 miljoen euro?
- b. Hoe groot is de kans dat de middelen zijn uitgegeven aan andere doelen dan waarvoor deze bestemd zijn?

⁶ Mulier Instituut en Kennispraktijk (2011). Impuls lokaal bekeken: Meer en beter. Verdiepingsonderzoek naar effecten en processen van inzet combinatiefunctie in 6 gemeenten.

- c. Wat gaat de minister doen om te waarborgen dat de middelen voor seksualiteitshulpverlening en coördinatie daadwerkelijk worden uitgegeven aan datgene waarvoor zij bedoeld zijn?
- d. Wat heeft de vraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar aanvullende informatie bij gemeenten opgeleverd? Bij welke gemeenten is navraag gedaan?

Antwoord 165

- a. Deze onzekerheid zou zich uitsluitend voor kunnen doen bij die gemeentes die een GGD huisvesten die als coördinerende GGD aangewezen is binnen de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) in het kader van de Wet publieke gezondheid;
- b. De kans dat deze middelen uitgegeven zijn aan andere doelen dan waarvoor zij bestemd zijn is buitengewoon klein. De activiteitenverslagen en de gegevens die de uitvoerende GGD'en vastleggen in het Digitale Sense Dossier (DSD), het elektronische cliëntdossier, dienen als basis voor de afrekening. Hierbij wordt afgerekend op aantallen uitgevoerde consulten met een in de regeling aangegeven maximum per regio;
- c. Zie antwoord b. Binnen de regeling ligt vast dat de GGD'en consulten moeten registreren in het DSD. Bovendien wordt sinds 2012 vooraf en achteraf verantwoording aan de uitvoerende GGD'en gevraagd, betreffende seksualiteitshulpverlening, in de vorm van activiteitenplannen en verantwoordingsverslagen.
- d. Er is nog geen navraag bij gemeenten gedaan. Met het ministerie van BZK worden momenteel de mogelijkheden hiertoe onderzocht.

Vraag 166

Volgens het Jaarverslag 2011 bestaat er door tekortkomingen in de werking van het onderdeel accountantscontrole in het M&O-beleid voor € 0,6 miljoen onzekerheid over o.a. de rechtmatige besteding van de specifieke uitkering voor seksualiteitshulpverlening en coördinatie. Daarnaast meldt de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties in het jaarlijkse Onderhoudsrapport Specifieke Uitkeringen (OSU) d.d. 14 mei 2012 dat de specifieke uitkering Seksualiteitscoördinatie- en hulpverlening + aanvullende curatieve SOA bestrijding op termijn wordt opgenomen in het Gemeentefonds.

- a. Wat is het tijdspad van de voorgenomen afschaffing van de specifieke uitkering Seksualiteitscoördinatie- en hulpverlening + aanvullende curatieve SOA?
- b. Wat gaat de minister van VWS doen om te voorkomen dat met het vervallen van de oormerking in de vorm van een specifieke uitkering, in de toekomst helemaal niet meer na te gaan is of gemeenten de middelen die zij ontvangen voor seksualiteitscoördinatie- en hulpverlening en aanvullende curatieve SOA-bestrijding ook daadwerkelijk voor deze doelen gebruiken

Antwoord 166

In tegenstelling tot hetgeen in jaarlijkse Onderhoudsrapport Specifieke Uitkeringen (OSU) is opgenomen zijn het ministerie van BZK en VWS overeengekomen dat de specifieke uitkering Seksualiteitscoördinatie- en hulpverlening + aanvullende curatieve SOA niet zullen worden overgeheveld naar het Gemeentefonds. Per abuis is dit in de OSU blijven staan.

Inmiddels zijn deze regelingen onlangs samengevoegd tot de nieuwe regeling Aanvullende seksuele gezondheidszorg.

Vraag 167

VWS is achterborg voor het WFZ. In hoeverre is het ministerie van VWS tot op heden aangesproken op deze achterborg? In hoeverre verwacht het Ministerie in de (nabije) toekomst aangesproken te worden op deze achterborg?

Antwoord 167

Het ministerie van VWS is tot op heden niet aangesproken op deze achterborg. Ik heb geen enkele reden om aan te nemen dat dat in de (nabije) toekomst zal veranderen. Het WFZ heeft onlangs de triple-A status van Standard and Poor's gekregen

Vraag 168

Wanneer kunnen de effecten van de fusie van de gesloten jeugdzorginstellingen De Lindenhorst en Den Dolder tot een private instelling wel gekwantificeerd worden?

Antwoord 168

De instellingen voor gesloten jeugdzorg De Lindenhorst en Almata, locatie Den Dolder zullen fuseren. Deze fusieorganisatie zal in 2013 geprivatiseerd worden. Pas na privatisering zullen de effecten van deze operatie duidelijk worden.

Vraag 169

Kunt u een overzicht geven van wat de bestuurders van jeugdzorginstellingen, die overheidsgeld ontvangen, op jaarbasis verdienen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 169

Vanaf verslagjaar 2012 wordt door jeugdzorgaanbieders verantwoording afgelegd via het Jaardocument Jeugdzorg. Dit gebeurt op basis van een convenant dat ik heb gesloten met het IPO, de stadsregio's Amsterdam, Rotterdam en Haaglanden, Jeugdzorg Nederland, het CBS, de Inspectie Jeugdzorg en het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg. Naar voorbeeld van de systematiek van het Jaardocument Zorg worden kwantitatieve gegevens over de bezoldiging van bestuurders en Wopt-meldingen opgenomen. Analoog aan het Jaardocument Zorg moet ook melding worden gemaakt van bonussen en gegevens over een auto van de zaak. Volgens planning zijn vanaf medio 2013 de jaardocumenten van jeugdzorgaanbieders via de website van het CIBG beschikbaar.

Het Jaardocument Jeugdzorg is niet (wettelijk) verplicht, maar met het convenant hebben alle relevante partijen wel laten zien zelf op een eenduidige manier openheid te willen geven over de uitvoering van de jeugdzorg, waaronder de beloning van de bestuurders van zorgaanbieders.

Vraag 170 t/m 172

Kan er een lijst worden gegeven conform bijlage topinkomens met personen die werken in de jeugdzorg die meer dan 100% van het ministersalaris verdienen?

Hoeveel personen verdienen meer dan 100% van het ministersalaris in de jeugdzorg?

Wat is het totaalbedrag aan uitgaven aan bestuurders in de jeugdzorg die boven de 100% van het ministersalaris verdienen?

Antwoord 170 t/m 172

Zie antwoord 21 t/m 26.

Vraag 173

Wat is de achterliggende oorzaak van het feit dat er 76 miljoen euro in plaats van de geraamde 100 miljoen minder is uitgegeven bij de pakketmaatregel tandheelkunde 18-21 jaar? Is het tandartsbezoek onder de 18-21 jarigen afgenomen?

Antwoord 173

Op basis van CVZ-cijfers zijn de totale kosten voor de jeugdigen met € 76 miljoen gedaald in tegenstelling tot de verwachting van de opbrengst van de pakketmaatregel 18-21 die € 100 miljoen betrof. Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat de kosten voor mensen tot 18 jaar zijn toegenomen (zie vraag 198). In juni levert het CVZ uitgebreidere en actuelere gegevens vanuit de verzekeraars zodat een gedetailleerder inzicht bestaat over de opbouw van de kosten.

Op dit moment beschikt VWS niet over gegevens die inzicht geven in een mogelijke afname van de aantallen tandartsbezoeken onder de 18-21 jarigen. Ik zal het CVZ verzoeken hier in het eerstvolgende signalement mondzorg aandacht aan te besteden.

Vraag 174

Kan worden aangegeven welke opbrengst (binnen een aan te geven marge) toegeschreven kan worden aan preferentiebeleid geneesmiddelen in de afgelopen jaren?

Antwoord 174

Het is moeilijk aan te geven wat de exacte opbrengst van het preferentiebeleid in de afgelopen jaren is geweest. Naast het gevoerde preferentiebeleid door zorgverzekeraars zijn er ook andere beleidsmaatregelen die een verlagend effect hebben op de bruto geneesmiddelenprijzen. Of er echt sprake is van lagere uitgaven voor geneesmiddelen wordt bepaald door de prijzen die de patiënt betaalt en die daadwerkelijk worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Volgens Zorgverzekeraars Nederland (met als informatiebron Informatiecentrum Vektis) hebben de zorgverzekeraars door het toepassen van preferentiebeleid voor geneesmiddelen in de periode van 2008 tot en met 2010 de maatschappij 1,115 miljard euro bespaard. De opbrengst van het preferentiebeleid loopt op. Enerzijds omdat er meer geneesmiddelen onder het preferentiebeleid vallen. Anderzijds omdat de afzet van geneesmiddelen (het volume) toeneemt. En dus ook het effect van het preferentiebeleid toeneemt. Vektis verwacht dat de totale besparing van het preferentiebeleid oploopt tot jaarlijks 600 miljoen euro vanaf 2012.

Vraag 175 en 176

Welke geneesmiddelen zijn in 2011 uit patent gegaan, en welk aandeel hebben deze middelen in de lagere kosten voor geneesmiddelen?

Welke geneesmiddelen zullen in 2012 uit patent lopen, hoeveel minder kosten worden hiervan verwacht en welk deel van deze kosten zijn in de ramingen meegenomen?

Antwoord 175 en 176

Welke opbrengst het uit octrooi lopen van geneesmiddelen in 2011 en 2012 oplevert is niet exact te berekenen maar slechts bij benadering aan te geven. Dat komt omdat het uit octrooi lopen van een geneesmiddel op zich zelf niets zegt over de prijs van dat geneesmiddel. Pas als er generieke varianten van een niet meer geoctrooieerd geneesmiddel met lagere prijzen beschikbaar zijn, staan ook de prijzen van de oorspronkelijk geoctrooieerde geneesmiddelen onder druk.

Dat komt enerzijds door de werking van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) omdat de lagere prijzen voor de generieke varianten in de referentielanden meetellen voor het berekenen van de Nederlandse maximumprijzen en anderzijds door het inkoopbeleid en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars.

Volledigheidshalve merk ik verder op dat op een geneesmiddel vaak meerdere octrooien rusten en dat daarvoor een Aanvullend beschermingscertificaat kan zijn afgegeven waardoor de

octrooiduur feitelijk wordt verlengd. Octrooien voor geneesmiddelen hebben niet alleen betrekking op de "werkzame stof" maar vaak ook op fabricagemethoden. Dat betekent dat hoewel het octrooi op de werkzame stof is verlopen er toch geen generiek geneesmiddel kan worden gemaakt zonder inbreuk op een octrooi. Daarnaast moet ook de zogenaamde "gesloten dossier periode" na afloop van een octrooi in acht worden genomen voordat een handelsvergunning voor een generieke variant van een geneesmiddel kan worden afgegeven en het generieke geneesmiddel op de markt mag komen. Over het al of niet aflopen van octrooien voeren farmaceutische ondernemingen talloze juridische procedures waarvan de uitkomst vooraf niet duidelijk is.

Gelet op het voorgaande kan daarom slechts bij benadering een inschatting worden gemaakt welk aandeel de uit octrooi gelopen geneesmiddelen hebben in de kosten voor geneesmiddelen. In de raming wordt hiermee rekening gehouden op basis van trends uit het verleden.

Vraag 177

Hoeveel had bespaard kunnen worden als dure geneesmiddelen eerder waren overgeheveld van extra- naar intramuraal? Kan de opbrengst per geneesmiddel worden aangegeven en kan worden aangegeven wanneer deze geneesmiddelen wel zullen worden overgeheveld?

Antwoord 177

De overheveling van dure geneesmiddelen van extra- naar intramuraal was oorspronkelijk gepland om per 1 januari 2011 uitgevoerd te worden. Uiteindelijk is besloten om de invoering uit te stellen tot 1 januari 2012. Daarnaast is besloten om af te zien van een aanpak waarbij alle relevante geneesmiddelgroepen in één keer worden overgeheveld. Per 1 januari 2012 is als eerste stap de geneesmiddelgroep TNF-alfaremmers overgeheveld, waarbij een doelmatigheidsbesparing van € 50 miljoen is voorzien.

De planning is dat in 2013 en 2014 in navolging van de TNF- resterende geneesmiddelgroepen worden overgeheveld. In 2013 gaat het om oncolytica, overige weesgeneesmiddelen, groeihormonen en fertiliteitshormonen (brief TK 29248, nr. 231) . In 2014 is de overheveling voorzien van o.a. immunoglobulinen en geneesmiddelen tegen bloedarmoede. Op dit moment is wat betreft de geplande overheveling van dure geneesmiddelen in 2013 en 2014 nog geen over te hevelen budget, en ook geen doelmatigheidsbesparing, vastgesteld. Om die reden is het nu niet mogelijk om te becijferen in welke eventuele besparingen een eerdere uitvoering van de overheveling had geresulteerd.

Ik ben voornemens de bekostiging van de over te hevelen middelen per 1 januari 2013 budgettair onder het Hoofdlijnenakkoord te laten vallen.

Vraag 178

Wat kosten medische hulpmiddelen jaarlijks?

Antwoord 178

In de Zvw bedragen de kosten aan medische hulpmiddelen € 1,4 miljard.

In de AWBZ bedragen de kosten aan (uitleen) hulpmiddelen € 75 miljoen.

De totale jaarlijkse kosten aan medische hulpmiddelen (rolstoelen e.d.) in de Wmo zijn niet bekend. (zie vraag 7)

Vraag 179

Wat kosten geneesmiddelen jaarlijks uitgesplitst per hoofdgroep?

Antwoord 179

Geneesmiddelen worden geclusterd naar ATC-hoofdgroep. De ATC-hoofdgroep (ATC staat voor Anatomisch Therapeutisch Chemisch) wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie in Noorwegen

toegekend. De indeling naar werkingsstrategie is gebaseerd op de manier waarop het geneesmiddel inwerkt op het ziekteproces. Elke hoofdgroep is onderverdeeld in 5 niveaus. Onderstaand vindt u de 16 hoofdgroepen op niveau 1.

	2011 (*€ 1.000)
A Maagdarmkanaal en metabolisme	687.010
B Bloed en bloedvormende organen	239.270
C Hart vaatstelsel	898.740
D Dermatologica	139.470
G Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	154.370
H Systemische hormoonpreparaten excl geslachtshormonen	174.790
J Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	358.130
L Oncolytica en immunomodulantia	795.160
M Skeletspierstelsel	148.850
N Zenuwstelsel	633.440
P Antiparasitica insecticiden en insectenwerende middelen	6.765
R Ademhalingsstelsel	589.230
S Zintuiglijke organen	124.810
V Diverse middelen	64.131
X Geen ATC-code	209.730
Y Niet ingevuld	932
Totaal	5.224.828

Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen 2011

Geactualiseerd op: 15-05-2012

NB/ cijfers over 2011 zijn voorlopige cijfers.

Vraag 180 t/m 183

Voor welk bedrag wordt er jaarlijks aan geneesmiddelen vernietigd?

Welke geneesmiddelen worden veelal weggegooid en met welke reden?

Zijn er provinciale verschillen in de hoeveelheid geneesmiddelen die jaarlijks worden weggegooid?

Zo ja, welke?

Hoeveel geneesmiddelen laten apothekers vernietigen en wat kost dit gemiddeld per apotheek?

Antwoord 180 t/m 183

Omdat er geen lokale, regionale of landelijke registratie is van deze gegevens is niet bekend hoeveel medicatie jaarlijks wordt vernietigd na inlevering, om welke geneesmiddelen het veelal gaat en welke kosten hiermee per apotheek gemoeid zijn.

In sommige gevallen is vernietiging onvermijdelijk. Apotheken dragen zorg voor de afvoer en vernietiging van ingeleverde medicatie. Niet gebruikte medicatie die door de patiënt wordt ingeleverd is niet herbruikbaar omdat de apotheker niet weet onder welke condities de medicatie is bewaard en hij/zij daarom geen verantwoordelijkheid kan nemen voor de kwaliteit van de medicatie.

Hoewel doelmatig gebruik en verstrekking van geneesmiddelen al deel uitmaakt van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zoals apothekers, blijkt uit signalen van zorgaanbieders dat nog steeds sprake kan zijn van verspilling van genees- en hulpmiddelen. Zo blijkt uit een recent onderzoek van thuiszorgorganisatie Buurtzorg dat patiënten in de thuiszorg voor gemiddeld zo'n honderd euro aan overgebleven medicijnen, verbandmiddelen

en andere materialen thuis hebben liggen. Ik hecht veel waarde aan doelmatig gebruik en ben dan ook voornemens dergelijke verspilling aan te pakken. Daarom zal ik op korte termijn met zorgaanbieders en zorgverzekeraars overleggen om te bezien hoe deze verspilling nog verder terug te dringen.

Over mogelijkheden om, bijvoorbeeld via de verpakkingsgrootte van genees- en hulpmiddelen, bij te dragen aan het terugdringen van verspilling, wil ik in gesprek gaan met de fabrikanten. Bij hen rust een grote verantwoordelijkheid op dit punt.

Vraag 184

Wat zijn de kosten aan vermijdbare aan geneesmiddelen gebruik gerelateerde opnames per jaar in 2010, 2011 en 2012?

Antwoord 184

Eind 2006 verscheen met de HARM-studie, het allereerste inzicht in Nederland van ziekenhuisopnames die het gevolg waren van vermijdbaar onjuist gebruik van ziekenhuisopnames. Het bleek om 19.000 patiënten te gaan. In deze studie is aangegeven dat een vermijdbare geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopname gemiddeld € 4,573,- aan directe kosten met zich brengt. Naast deze directe kosten, is mogelijk ook nog sprake van indirecte kosten zoals bijvoorbeeld arbeidsverzuim.

Ik heb over de gevraagde jaren 2010-2012 geen cijfers met betrekking tot de ontwikkeling van deze kosten.

Vraag 185

Wat zijn de kosten verbonden aan te weinig therapietrouw?

Antwoord 185

Een hoge therapietrouw is belangrijk om het optimale effect te behalen van een behandeling. Therapietrouw verschilt tussen aandoeningen. Ruim negen op de tien diabetespatiënten is therapietrouw. Van patiënten die ADHD-geneesmiddelen of onderhoudsmedicatie voor astma/COPD gebruiken is zes op de tien patiënten therapietrouw. Er zijn geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Jongere mensen zijn minder vaak therapietrouw dan oudere mensen. Ook zijn er regionale verschillen, met name bij ADHD en astma/COPD. Het percentage patiënten dat stopt met de medicatie is hoger onder nieuwe gebruikers dan onder patiënten die de middelen al langer gebruiken. Dit geldt voor alle geneesmiddelgroepen. Gezien deze diversiteit aan therapietrouw cq therapieontrouw van de groepen patiënten en de geneesmiddelgroepen, kan er geen algemene uitspraak worden gedaan over de kosten die verbonden zijn aan te lage therapietrouw.

Vraag 186

Hoeveel medische hulpmiddelen worden jaarlijks ingezet?

Antwoord 186

In de Zvw gaat het om 2,4 miljoen gebruikers van hulpmiddelen. De hoeveelheid hulpmiddelen is niet volledig te geven omdat het hier zowel om gebruiks- (rollator) als verbruikshulpmiddelen (verbandmateriaal) kan gaan.

In de AWBZ gaat het om 1,5 miljoen gebruikers van (uitleen)hulpmiddelen. Hoeveel hulpmiddelen (krukken, bedden etc.) daar voor worden ingezet is niet bekend.

Het aantal gebruikers van Wmo hulpmiddelen (rolstoelen e.d.) is niet bekend. (zie vraag 7)

Vraag 187

Op welke wijze houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg precies toezicht op de veiligheid en deugdelijkheid van medische hulpmiddelen?

Antwoord 187

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft het toezicht op medische hulpmiddelen georganiseerd in haar programma 'Medische Technologie' (IGZ programma 10). In 2011 bestond dit programma uit 10 fte. De wettelijke basis voor het toezicht op medische hulpmiddelen is de Wet Medische Hulpmiddelen, die is geïmplementeerd vanuit de Europese wetgeving (Medical Devices Directives - MDD). Dit betreft productwetgeving waarin markttoelating van medische hulpmiddelen voor Europa is geregeld. Het toezicht kent de volgende hoofdelementen:

1. Toezicht op producten via meldingen
2. Toezicht op Notified Bodies in de lidstaat
3. Toezicht op in de lidstaat gevestigde fabrikanten van klasse 1 medische hulpmiddelen
4. Toezichtsonderzoeken op speciale thema's
5. Europese structurering en informatie uitwisseling

Sinds 2010 lopen er op Europees niveau discussies over aanpassingen van de wetgeving voor medische hulpmiddelen. Dit kan leiden tot een majeure herziening van de MDD. De verwachting is dat deze herziening pas over enkele jaren zal kunnen worden geïmplementeerd. De EU-commissaris Dalli heeft, n.a.v. de PIP affaire (borstimplantaten), vergaande maatregelen aangekondigd, die het toezicht zeer versterkt zonder dat daarvoor wetgeving hoeft worden aangepast. Ik heb mijn medewerking hieraan toegezegd.

Vraag 188

Hoeveel medische hulpmiddelen zijn ingetrokken vanwege onveiligheid of ondeugdelijkheid? Welke hulpmiddelen betrof het?

Antwoord 188

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2011 geen medische hulpmiddelen van de markt laten halen vanwege onveiligheid of ondeugdelijkheid. Wel is één mogelijk vervalst medisch hulpmiddel uit de handel gehaald (SpO2 sensoren van zuurstofmeters) op aanwijzen van de IGZ.

Vraag 189

Hoeveel geneesmiddelen zijn in 2010 en 2011 preferent geworden?

Antwoord 189

Voor het beantwoorden van deze vraag is informatie van en afstemming met zorgverzekeraars nodig. Zodra deze informatie is ontvangen en verwerkt zal de vraag schriftelijk worden beantwoord.

Vraag 190

Hoeveel geneesmiddelen worden komend jaar preferent?

Antwoord 190

Preferentiebeleid wordt gevoerd door zorgverzekeraars. Welke producten zij opnemen in het preferentiebeleid is per zorgverzekeraar verschillend en is voor komend jaar nog niet bekend gemaakt. Zorgverzekeraars geven dit aan in hun verzekeringspolissen.

Vraag 191

Hoeveel geneesmiddelen zijn ingetrokken vanwege onveiligheid of ondeugdelijkheid?

Antwoord 191

Er zijn sinds 2007 ruim 7 handelsvergunningen geschorst n.a.v. problemen met de geneesmiddelen (veiligheidsissues). Een schorsing n.a.v. een veiligheidsissue of ernstige bijwerking is de afgelopen jaren 1 à 2 keer per jaar aan de orde geweest. Het betreft hier geneesmiddelen die al geregistreerd zijn en op de markt verkrijgbaar.

Daarnaast heeft de IGZ in 2011 48 *recalls* geregistreerd. Een recall betreft het terughalen van het product door een fabrikant of distributeur in verband met een defect aan het product en/of aan de verpakking.

Vraag 192

Hoeveel mensen krijgen via thuisvoorziening TNF-alfaremmers?

Antwoord 192

Naar schatting gebruiken een kleine 30.000 mensen deze geneesmiddelen. In 2011 kreeg de grote meerderheid daarvan deze geneesmiddelen thuis afgeleverd. Naar schatting minder dan vijf procent van die mensen kreeg bij die aflevering ook verpleegkundige ondersteuning bij de toediening ervan. Vanaf 2012 is deze situatie veranderd. Het merendeel van de mensen die voorheen de medicatie thuis kreeg afgeleverd krijgt deze medicatie nu direct mee uit het ziekenhuis. Er zijn op dit moment nog geen cijfers beschikbaar over de thuisvoorziening.

Vraag 193

Voor welk bedrag is in totaal gedeclareerd via verlengde-armconstructies, uitgesplitst naar instellingen en zelfstandige behandelaren?

Antwoord 193

Het is niet bekend voor welk bedrag er wordt gedeclareerd via de verlengde-armconstructie. Dit wordt namelijk niet geregistreerd in de dbc-systematiek en is ook niet uit andere bron bekend.

Vraag 194 en 195

Hoeveel ggz-zorgaanbieders zijn gecontracteerd?
Hoeveel zelfstandige ggz-zorgverleners zijn gecontracteerd?

Antwoord 194 en 195

In 2009 is 64% van de eerstelijnspsychologen met een omzet boven de duizend euro gecontracteerd en 80% van de tweedelijns vrijgevestigde aanbieders met een omzet van boven de duizend euro. Bij de GGZ instellingen zijn alle gebudgetteerde instellingen gecontracteerd. Meer recente cijfers zijn nog niet beschikbaar. De contracteergraad van de niet gebudgetteerde instellingen is niet bekend.

Vraag 196

Welke oorzaken zijn er voor volumegroei bij ziekenhuizen en medisch specialisten? In hoeverre heeft deze volumegroei te maken met het DBC/DOT systeem? In hoeverre bevat het DBC-systeem een prikkel voor het declareren van extra verrichtingen, welke onderzoeken zijn hierover bekend?

Antwoord 196

De kosten in de zorg stijgen. Dat komt enerzijds doordat de vraag naar zorg toeneemt (vergrijzing, toename aantal chronisch zieken, hogere eisen patiënt) en anderzijds doordat steeds meer mogelijk is in de zorg (technische ontwikkeling).

Het DBC/DOT-systeem is onderdeel van het bekostigingssysteem; belonen naar prestaties. Samen met het veld is gekozen voor deze wijze van bekostigen, waarmee kwaliteit en efficiency worden gestimuleerd. Hoewel uit veel onderzoeken (waaronder de Marktscan Medisch specialistische zorg van de NZa) blijkt dat de prijs in het vrije segment de afgelopen jaren is gedaald, is het volume in delen van de sector gegroeid. Dit heeft als positief effect dat veel wachtlijsten zijn weggewerkt. Welk effect het DBC/DOT-systeem heeft op volumegroei staat niet vast (zo wijst ook het promotieonderzoek van dr. Hasaart⁷ uit). Wel is het van belang om perverse prikkels zoveel mogelijk uit het systeem te halen.

Het DOT-systeem zorgt voor betere herkenbaarheid en dus een betere sturingsmogelijkheid voor zorgverzekeraars. Dat betekent niet dat de ontwikkeling van het systeem klaar is. Het is van belang om te blijven streven naar een balans tussen het belonen van prestaties zonder de prikkel voor onnodige zorgverlening. Er zijn daarom bestuurlijke afspraken gemaakt over een beheerste groei en er is een beheersmodel medisch specialisten ingevoerd. Op lange termijn worden de mogelijkheden voor het belonen van kwaliteit onderzocht.

Vraag 197

Kunnen de oorzaken van de tegenvallers, die bij elkaar 1,56 miljard euro vormen worden uitgelegd?

Antwoord 197

De zorguitgaven 2011 zijn op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ geactualiseerd. Uit deze actualisering volgt een tegenvaller van € 1,56 miljard. Deze tegenvaller is in het VWS jaarverslag 2011 in tabel 5A op pagina 157 per sector uitgesplitst. Deze overschrijding is niet nieuw. Een groot deel hiervan is reeds in eerdere budgettaire nota's gemeld en toegelicht.

- 1 ^e suppletore wet 2011	€ 665,9 miljoen
- Begroting 2012	€ 407,1 miljoen
- 2 ^e suppletore wet 2011	-/- € 140,9 miljoen
- Slotwet 2011	€ 629,4 miljoen

De Slotwet-mutaties 2011 (€ 629,4 miljoen) zijn toegelicht in het VWS jaarverslag 2011 (zie verdiepingsbijlage op pagina 169 t/m 180).

⁷ Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care, dr. F. Hasaart, Julie 2011

Vraag 198

Wat is de oorzaak van de overschrijding op tandheelkundige zorg van € 47 miljoen. Kan de oorzaak per hoofdgroep worden gespecificeerd?

Antwoord 198

De huidige cijfers laten zien dat de stijging van de kosten in alle onderscheiden hoofdgroepen voorkomt: in de groep jeugdigen (o.a. preventie en mondhygiëne), in de groep volwassenen (m.n. implantaten) en in de groep gebitsprothesen (m.n. volledige prothesen).

In juni levert het CVZ uitgebreidere en actuelere gegevens vanuit de verzekeraars zodat een gedetailleerder inzicht bestaat over de opbouw van de kosten.

Vraag 199

Met welk aantal is het aantal consulten bij huisartsenzorg toegenomen? Wat is hiervan de oorzaak?

Antwoord 199

Op basis van meest recente CVZ-gegevens is gebleken dat in 2011 circa 665.000 meer consulten hebben plaatsgevonden dan in 2010. Het is niet duidelijk wat hiervan de oorzaak is.

Vraag 200

Welk bedrag is er in 2011 besteed aan modernisering & innovatiemodules bij de huisartsenzorg? Is dit meer dan geraamd?

Antwoord 200

Op basis van de gegevens die het CVZ in maart jl. heeft aangeboden over de M&I modules blijkt dat in 2011 € 132,9 miljoen is uitgegeven. De verschillende onderdelen binnen de huisartsenzorg worden niet apart geraamd. In de begroting wordt dan ook een totaalbedrag opgenomen. Wel kunnen we constateren dat sprake is van een toename van het gebruik van M&I modules ten opzichte van 2010. In dat jaar bedroegen de uitgaven voor M&I modules € 17,3 miljoen. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de module POH-S vanaf 2011 gecontracteerd wordt via de M&I-modules of de ketens. In 2010 bedroegen de uitgaven voor POH-S € 77 miljoen. De toename wordt voor een deel hiermee verklaard.

Vraag 201

Hoeveel medici zijn in 2010 en 2011 afgestudeerd, uitgesplitst per specialisme?

Antwoord 201

Het aantal personen dat in een bepaald jaar een opleiding tot medisch specialist of tot profielarts heeft afgerond, valt af te leiden uit de specialistenregisters en de profielregisters die door de registratiecommissies van de KNMG worden bijgehouden. Na het afronden van een erkende medische vervolgopleiding of profielopleiding dient betrokkene zelf te verzoeken om inschrijving in het betreffende register. Inschrijving is een administratief proces met een aantal controlemomenten. Er kunnen daardoor marginale verschillen bestaan tussen het aantal personen dat in een bepaald jaar een opleiding heeft afgerond en het aantal personen dat in datzelfde jaar in het betreffende register is ingeschreven. De overzichten van de inschrijvingen in de registers in 2010 (uit mei 2011) en in 2011 (uit mei 2012) zijn hieronder weergegeven.

Vraag 202

In welke specialismen zijn de grootste tekorten aan medisch-specialisten te vinden?

Antwoord 202

Het Capaciteitsorgaan heeft mij gemeld dat er tekorten zijn in specialisten ouderengeneeskunde, jeugdartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten.

Vraag 203

Hoeveel klachten heeft het CAK in 2010 t/m 2012 ontvangen?

Antwoord 203

2010	<ul style="list-style-type: none">Het aantal ontvangen klachten in 2010 bedraagt 365 stuks.Deze klachten hebben betrekking op de eigen bijdrage regelingen en de CER.In 2010 zijn geen klachten m.b.t. de Wtcg ontvangen. Eind december 2010 is de eerste maand waarin tegemoetkomingen op basis van de Wtcg zijn uitgekeerd.
2011	<ul style="list-style-type: none">Het aantal ontvangen klachten in 2011 bedraagt 432 stuks.Deze klachten hebben betrekking op de eigen bijdrage regelingen, de CER en de Wtcg.
2012	<ul style="list-style-type: none">Het aantal ontvangen klachten in Q1 2012 bedraagt 129 stuks. Deze klachten hebben betrekking op de eigen bijdrage regelingen, de CER en de Wtcg.

Vraag 204 en 205

Hoeveel beroepen op bezwaar heeft het CAK in 2010 t/m 2012 ontvangen?

In hoeveel van het totaal aantal beroepen op bezwaar is de indiener in het gelijk gesteld?

Antwoord 204 en 205

De cijfers hieronder hebben betrekking op alle beroepen op bezwaar (eigen bijdrage regelingen, CER, Wtcg).

Jaar	Aantal ingediende beroepen	Gegrond/ deels gegrond; d.w.z. dat de indiener door de rechter minimaal deels in het gelijk is gesteld	Percentage
2010	398	144	36%
2011	279	82	29%
2012	99 (t/m 31 mei 2012)	57	57%
Totaal	776	283	36%

Vraag 206

Hoeveel bedroegen de uitvoeringskosten van het CAK in 2011?

Antwoord 206

De totale uitvoeringskosten van het CAK (AWBZ/WMO/CER en Wtcg) bedroegen € 95,6 miljoen in 2011. Dit bedrag geeft de totale exploitatiekosten van het CAK over 2011 weer.

Bron: bestuurlijke verantwoording CAK 2011.

Vraag 207

Hoeveel bezwaarprocedures lopen thans bij het CAK en hoe lang lopen deze procedures? Hoeveel uit 2009, 2010 en 2011?

Antwoord 207

Gestart in het jaar	Aantal nog lopende bezwaarprocedures
2009	2
2010	2
2011	21
2012	299
Totaal per 31-5-2012	324

NB: De cijfers hierboven hebben betrekking op bezwaarprocedures m.b.t eigen bijdrage regelingen (niet CER en Wtcg).

Vraag 208

Wat is de totale openstaande schuld die burgers bij het CAK hebben?

Antwoord 208

Opgelegd totaal door CAK = € 2,031 miljard

Totale openstaande schuld die burgers hebben bij het CAK = € 112,5 miljoen.

Onderverdeeld:

ZZV/WMO	= € 38,4 mln (vrij invorderbaar € 29,6 miljoen) (niet vrij invorderbaar* = € 8,7 miljoen)
ZMV	= € 74,1 mln (vrij invorderbaar € 59,1 miljoen) (niet vrij invorderbaar = € 34,1 miljoen)

* onder niet vrij invorderbaar wordt verstaan die schulden die door het CAK niet direct zijn te vorderen, dit vanwege o.a. een betalingsregeling.

Doordat het CAK periodiek (voor ZMV maandelijks en voor ZZV/Wmo per vier weken) factureert, is er altijd een hoog openstaand saldo. Zeker op het moment dat de facturen net zijn verzonden en de betalingstermijn nog niet is verstreken.

Vraag 209

Wat is de gemiddelde hoogte van een openstaande schuld van een burger bij het CAK?

Antwoord 209

Bij de eigen bijdrage regelingen is de gemiddelde hoogte van een openstaande vordering, uitgesplitst naar ZZV/WMO en ZMV het volgende:

Regeling	Gemiddelde openstaande vordering
Zorg zonder Verblijf (ZZV)/Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)	€ 32
Zorg met verblijf (ZMV)	€ 117

Vraag 210 t/m 214

Hoeveel mensen hebben een openstaande schuld tot 1000 euro, van 1000 tot 5000 euro, van 5000 tot 10.000 euro, van 10.000-20.000, en meer dan 20.000 euro bij het CAK?

Antwoord 210 t/m 214

Aantallen mensen / regelingen	< € 1000	€ 1000 - € 5000	€ 5000 - € 10.000	€ 10.000 - € 20.000	> € 20.000
ZMV	64.078	13.545	2.234	865	238
ZZV/WMO	364.238	4.047	221	44	1

Hierbij dient te worden opgemerkt dat de maximale eigen bijdrage ZMV € 2.136,40 per maand bedraagt. Hierdoor kan de openstaande vordering dus in korte tijd snel oplopen.

Ook dient te worden opgemerkt dat in deze openstaande vorderingen facturen zijn opgenomen waarvan de betalingstermijn nog niet is verstreken. Deze facturen zijn dus kort geleden verstuurd.

Vraag 215

Hoeveel vorderingen van boven de 20.000 euro heeft het CAK verstuurd in 2009, 2010 en 2011?

Antwoord 215

Aantal facturen boven € 20.000	
Jaar	Totaal
2009	257
2010	266
2011	304
Totaal	827

Voor de ZMV verstuurt het CAK per jaar 2,76 miljoen facturen. Deze hoge facturen zijn dus een uitzondering.

Bij correcties (bijv. een gewijzigd inkomen) worden de oorspronkelijke facturen gecrediteerd en daarna wordt deze gehele periode opnieuw gefactureerd. Dit verklaart ook de facturen met hoge bedragen.

Het CAK kent een speciale behandeling van hoge facturen. Deze worden eerst extra gecontroleerd. Daarna wordt contact gezocht met de klant. Deze rekening wordt dus nooit zomaar zonder toelichting vooraf verstuurd. De klant wordt telefonisch geïnformeerd over de ontstane situatie. Indien noodzakelijk wordt gezamenlijk gekomen tot een betalingsregeling.

In de huidige regelgeving is geen termijn opgenomen voor de herziening van de eigen bijdrage ZMV. Dit houdt in dat het CAK correcties tot maximaal vijf jaar terug (conform BW) dient door te voeren. In de praktijk speelt nu nog de facturatiestop Wtcg (dit houdt in dat we vanaf 1 december 2009 niet meer met terugwerkende kracht over 2008 en eerder mogen factureren in het nadeel van de klant). Door de facturatiestop dient het CAK nu maximaal vier jaar terug correcties door te voeren.

Vraag 216

Hoeveel mensen hebben hun tegemoetkoming op grond van de Wtcg teruggestort?

Antwoord 216

In totaal hebben in 2010 en 2011 19 rechthebbenden de tegemoetkoming op basis van de Wtcg teruggestort.

Vraag 217

Hoeveel mensen hebben bezwaar ingediend omdat zij geen tegemoetkoming wensen te ontvangen?

Antwoord 217

Geen. Mensen die geen tegemoetkoming wensen te ontvangen, kunnen dit op diverse manieren aangeven. Daardoor leidt dit niet tot een bezwaar. Indien een burger een afstandverklaring heeft getekend, maakt het CAK de tegemoetkoming niet over. Daarnaast zijn er mensen die de tegemoetkoming terugstorten. Zoals vermeld in vraag 216 hebben in 2010 en 2011 19 klanten de tegemoetkoming teruggestort.

Vraag 218

Hoeveel mensen hebben bezwaar ingediend omdat zij menen ten onrechte geen tegemoetkoming Wtcg te hebben ontvangen?

Antwoord 218

Er zijn voor regelingsjaar 2010 (uitgekeerd in 2011) in totaal 27.404 aanvragen afgewezen. In 3.044 gevallen is hiertegen bezwaar ingediend.

Vraag 219

Wat is de gemiddelde looptijd van een bezwaar met betrekking tot de Wtcg?

Antwoord 219

De gemiddelde doorlooptijd van een bezwaar is 92 dagen. Dit is gemeten vanaf ontvangst bezwaar tot versturen van de beslissing op bezwaar.

Vraag 220 t/m 222

Hoeveel mensen hebben in 2009, 2010 en 2011 bezwaar gemaakt met betrekking tot de Compensatie Eigen Risico (CER)? Hoeveel tot dusverre in 2012? Hoeveel bezwaren met betrekking tot de CER zijn toegekend? Indien alle jaarlijks ingediende bezwaren met betrekking tot de CER werden toegekend, welk bedrag zou hiermee gemoeid zijn?

Antwoord 220 t/m 222

Jaar	Aantal (220)	Bedrag (222)	Toegekend (221)	Percentage (221)
2009	2.957	€ 147.850,--	224	7,7%
2010	1.976	€ 106.704,--	612	31%
2011	515	€ 28.840,--	49	9,5%

Bovenstaande aantallen geven het aantal bezwaarschriften voor de CER weer die over de jaren 2009 t/m 2011 zijn ontvangen.

In 2010 heeft zorgverzekeraar VPZ en Turien & co in eerste instantie niets aangeleverd. Zodoende zijn klanten van deze verzekeraars niet in aanmerking gekomen voor de CER 2010 in de primaire beschikkingsronde. Nadat deze klanten zijn afgewezen voor hun aanvraag, zijn zij in bezwaar gegaan. Hieruit volgden veel gegronde bezwaren. Dit verklaart het significante verschil in percentage tussen de overige regelingsjaren en 2010.

Vraag 223

Hoeveel volwassenen in Nederland hebben overgewicht in 2010, 2011 en 2012?

Antwoord 223

Alleen de cijfers van overgewicht, inclusief ernstig overgewicht (obesitas), van 2010 zijn bekend. Van de volwassenen (20 jaar en ouder) had 48,2% overgewicht (waarvan 11,4% obesitas). Onderverdeeld in geslacht heeft 53,6% van de mannen overgewicht (waarvan 10,2% obesitas) en 42,9% van de vrouwen (waarvan 12,6% obesitas).⁸

Vraag 224

Hoeveel kinderen in Nederland hebben overgewicht in 2010, 2011 en 2012?

Antwoord 224

Voor kinderen (2-20 jaar) zijn alleen de cijfers van overgewicht, inclusief ernstig overgewicht (obesitas), van 2010 bekend. Van de jongens had 13,7% overgewicht (waarvan 3,4% obesitas) en van de meisjes had 13% overgewicht (waarvan 3% obesitas).⁹

Vraag 225

Welke verschillen van overgewicht percentages zijn waarneembaar tussen provincies?

Antwoord 225

Er zijn gegevens bekend voor jongeren en voor volwassenen.

Voor jongeren is Nederland verdeeld in vier landsdelen, niet in provincies. Het beeld op basis van die indeling is voor 2010 als volgt:¹⁰

- landsdeel Noord, percentage overgewicht 10,4% (waarvan obesitas 2,3%)
- landsdeel Oost, percentage overgewicht 15,3% (waarvan obesitas 2,7%)
- landsdeel West, percentage overgewicht 16,0% (waarvan obesitas 3,4%)
- landsdeel Zuid, percentage overgewicht 15,3% (waarvan obesitas 4,3%)

Voor volwassenen is een indeling over provincies beschikbaar.

Het gemiddelde beslaat de periode 2008-2010 en laat verschillen in overgewicht (inclusief obesitas) zien.¹¹ We zien een paar verschillen: Noord-Holland, Friesland en Utrecht hebben minder overgewicht dan de andere provincies. Gemiddeld heeft het merendeel van de provincies 47-53% overgewicht. Utrecht heeft gemiddeld minder overgewicht dan Noord-Holland en Friesland: 35-39% vs. 43-47% gemiddeld.

De vergelijking op provincieniveau wordt sinds 1981 bijgehouden. Over deze periode heen is een toename van overgewicht te zien vanuit Noord en Oost Nederland via Zuid naar West. Drenthe scoort over alle periodes het hoogst en Utrecht het laagst.

⁸ Bron: CBS Permanent Onderzoek Leef Situatie (POLS)

⁹ Bron: CBS Jeugdmonitor

¹⁰ Bron: CBS Jeugdmonitor

¹¹ Bron: RIVM Zorgatlas <http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/lichamelijke-eigenschappen/ontwikkeling-overgewicht-per-provincie/>

Antwoorden op schriftelijke vragen van de Algemene Rekenkamer bij rapport over het Jaarverslag VWS 2011

Vraag 1 en 6

Wat is de structurele oplossing waarmee vanaf 2012 jaarlijkse zekerheid zal worden gekregen over de rechtmatigheid van de bestedingen voor de Wtcg?

De minister kondigt aan dat zij een structurele oplossing heeft gevonden om vanaf 2012 jaarlijks zekerheid te krijgen over de rechtmatigheid van de bestedingen voor de Wtcg. Kan dit nader toegelicht worden?

Antwoord 1 en 6

De Minister van VWS laat jaarlijks een statistische steekproef (vanaf 2012 juridisch verankerd) uitvoeren door externe accountants. Deze steekproef bestrijkt de gehele keten van de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten. Alle betrokken uitvoeringspartijen in de keten worden in de steekproef meegenomen. De omvang van de steekproef zorgt voor voldoende representatieve uitkomsten. De Minister van VWS beoordeelt de rechtmatigheid van de uitgaven voor de tegemoetkoming op basis van de resultaten van de steekproef. Afhankelijk van de uitkomsten wordt bezien of het beleid aanpassing behoeft.

Het CAK neemt deze beoordeling van de Minister over in zijn jaarrekening. De jaarlijkse steekproef is opgenomen in de ministeriële regeling onder de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

Vraag 2

Wanneer zal het subsidiebeheer verbeterd zijn?

Antwoord 2

Het subsidiebeheer is reeds verbeterd als gevolg van de aandacht die het ministerie van VWS hieraan gegeven heeft. Er is volgens de Algemene Rekenkamer geen sprake meer van een ernstige onvolkomenheid.

Het ministerie van VWS zal de in gang gezette verbetering van het subsidiebeheer continueren. In 2012 werkt het ministerie van VWS met een nieuwe interne normatiek, waarmee het ministerie van VWS eerder en beter kan bijsturen op de belangrijkste risico's in het beheer.

Vraag 3

Op welke wijze gaat de minister zich blijvend verantwoordelijk over de toegankelijkheid en effecten van het maatschappelijke ondersteuningsbeleid?

Antwoord 3

De uitvoering van de Wmo ligt bij het college van B&W, deze legt daarvoor verantwoording af aan de gemeenschap.

De minister legt verantwoording af via de evaluatie van Wmo.

Vraag 4

De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan het toezicht op de kwaliteit van de indicatiestelling zo snel mogelijk te regelen en de Kamer hierover te informeren. Is de minister het met de ARK eens dat onvoldoende gewaarborgd is dat de patiënt de juiste zorg krijgt en dat de kosten van de zorg beheersbaar blijven? In hoeverre kan het stelsel van interne kwaliteitszorg bij het CIZ hieraan een bijdrage leveren?

Antwoord 4

Uit mijn reactie op de geconstateerde onvolkomenheid ten aanzien van toezicht op de kwaliteit van de indicatiestellingen in het Rapport bij het Jaarverslag 2011 van het ministerie van VWS blijkt dat ik mij op het standpunt stel dat ik mij inderdaad dien te vergewissen van het interne kwaliteitstoezicht door het CIZ en de uitkomsten daarvan. Maar dat het zou ontbreken aan

kwaliteitstoezicht op de indicatiestelling en dat als gevolg daarvan geen zekerheid zou bestaan over de vraag of cliënten wel de best passende zorg ontvangen, onderschrijf ik niet. In mijn reactie op het rapport heb ik aangegeven dat ik er aan hecht de kwaliteit van de indicatiestellingen door het CIZ te plaatsen in het bredere verband van het (wettelijk) systeem van indicatiestellen. Centrale begrippen zijn objectieve en onafhankelijke vaststelling van iemands zorgbehoefte en daarop aansluitende aanspraak op zorg. In dat proces worden tal van privacygevoelige, ook medische gegevens verzameld en beoordeeld. Mede daarom, maar ook om te voorkomen dat de indicatiestellingen beïnvloed zouden kunnen worden om toegankelijkheid te beïnvloeden, is inmenging van alle andere betrokkenen dan het CIZ bij de totstandkoming van indicaties uitgesloten. Vanuit dat perspectief is de Kwaliteitsborging van de indicatiestellingen (let wel, het betreft dan de individuele wegingen en beslissingen op aanvragen om vast te stellen of aanspraak bestaat op AWBZ-zorg) op tal van manieren vormgegeven en aanwezig bij het CIZ. Het toezicht op de kwaliteit van de indicatiestellingen door het CIZ is mijns inziens goed geregeld. Dat ik mij periodiek op de hoogte moet laten stellen van de uitkomsten van dat toezicht onderschrijf ik en dit zal ik effectueren in de subsidiebeschikking 2013.

Vraag 5

De minister heeft toegezegd zich periodiek op de hoogte te stellen van de interne kwaliteitstoetsen van het CIZ. Welke instrumenten heeft de minister om in te grijpen, mochten deze resultaten kwaliteitstoetsen niet de gewenste uitkomst tonen?

Antwoord 5

Het CIZ treft bij tegenvallende resultaten in het interne kwaliteitstoetsingssysteem direct maatregelen ter verbetering. Daarnaast ligt het voor de hand dat op bestuurlijk niveau met het CIZ afspraken worden gemaakt over de geconstateerde tekortkomingen, de gewenste verbeteringacties en hun resultaten en het tempo waarin die moeten worden doorgevoerd.

Vraag 7

Is er informatie bekend over participatie van burgers met (psycho)sociale problemen?

Antwoord 7

Die informatie is ten dele beschikbaar. In de monitor Plan van aanpak maatschappelijke opvang wordt jaarlijks gerapporteerd over de bereikte resultaten in de grote vier steden. Daarin is met ingang van de monitor over 2011 ook informatie opgenomen over de mate waarin cliënten dagbesteding hebben. Aan de monitor is namelijk een indicator toegevoegd die inzicht geeft in het aantal daklozen dat niet alleen een 'stabiele mix' heeft (inkomen, huisvesting en hulpverlening), maar eveneens minstens 2 dagdelen per week dagbesteding heeft. De monitor over 2011 zal rond de zomer gereed zijn.

De monitor over 2010 bevatte nog geen integraal beeld van de vier grote steden. Wel kon er uit worden opgemaakt dat er in Amsterdam (in ieder geval) 1915 daklozen waren met een stabiele mix en stabiele dagbesteding.

Vraag 8

Hoe toegankelijk is maatschappelijke ondersteuning?

Antwoord 8

Toegankelijkheid van maatschappelijke ondersteuning is een breed begrip en kan te maken hebben met bijvoorbeeld financiële - en fysieke belemmeringen. De Algemene Rekenkamer geeft bij het begrip toegankelijkheid van maatschappelijke ondersteuning het voorbeeld van de toegankelijkheid van openbare gebouwen. In algemene zin is over de toegankelijkheid van de maatschappelijke ondersteuning het volgende bekend:

- 21 % van de volwassen Wmo-aanvragers vindt dat ze (ruim) onvoldoende kunnen deelnemen aan activiteiten. Zij zouden beter kunnen participeren als openbare gebouwen beter

toegankelijk zouden zijn (7% noemde dit) of als ze korting of meer financiële middelen zouden hebben (15% noemde dit).¹

- 96% van de aanvragers van Wmo-voorzieningen geeft aan dat het Wmo-loket toegankelijk is voor rolstoelen.²
- 57% van de Wmo-aanvragers kreeg in 2008 een eigen bijdrage opgelegd. Een kwart hiervan vindt het bedrag aan eigen bijdragen hoog en 13% vindt het bedrag zo hoog dat men daardoor moeite had om rond te komen.³

Vraag 9

Zijn er meer recente cijfers bekend over het percentage van de Nederlandse bevolking dat lid is van een sportvereniging en het percentage van de Nederlandse bevolking dat als vrijwilliger in de sport actief is?

Antwoord 9

Omdat de geplande peiling van het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in 2011 geen doorgang kon vinden, ontbreken recente cijfers die vergeleken kunnen worden met eerdere jaren. Dit najaar zal het SCP op basis van andere peilingen een zo goed mogelijke inschatting gereed hebben over de ontwikkelingen omtrent het percentage van de Nederlandse bevolking dat lid is van een sportvereniging en het percentage van de Nederlandse bevolking dat actief is als vrijwilliger in de sport.

Vraag 10

Is er informatie bekend over de gerealiseerde prestaties met betrekking tot sport in de buurt in 2011?

Antwoord 10

Het programma Sport en Bewegen in de Buurt is in 2012 van start gegaan. Jaarlijks is daarvoor ca. € 70 miljoen gereserveerd. Vooruitlopend op het programma Sport en Bewegen in de Buurt zijn in 2011 twee pilots gestart, namelijk de Beleidskaders Sport en Bewegen in de Buurt voor private interventies en voor de uitrol van bestaande interventies in de sport. De projecten zijn nog niet allemaal afgerond en zijn nog niet geëvalueerd.

Vraag 11

Wat is het percentage van de bevolking dat via sport respectvol met elkaar omgaat?

Antwoord 11

Dat is niet bekend. Om te stimuleren dat mensen respectvol met elkaar omgaan in de sport is op 21 november 2011 het Actieplan 'Naar een veiliger Sportklimaat' van start gegaan.

Het doel van het actieplan is het creëren van een veiliger sportklimaat zodat iedereen met plezier kan sporten zonder last te hebben van intimidatie of geweld. Hiervoor stelt VWS tot en met 2016 € 7 mln. per jaar beschikbaar. NOC*NSF geeft samen met de sportbonden uitvoering aan dit plan.

Het actieplan bestaat enerzijds uit maatregelen ter voorkoming van ongewenst gedrag en ter stimulering van gewenst gedrag. Anderzijds worden maatregelen genomen om ongewenst gedrag en excessen in de sport aan te kunnen pakken.

Momenteel wordt het plan voor monitoring en evaluatie uitgewerkt. Er zullen onder meer vragen toegevoegd worden aan de VrijeTijdsOmnibus (VTO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau. De VTO is een enquête onder een steekproef uit de bevolking en zal worden uitgevoerd door het CBS. Medio 2013 zullen de bevindingen gereed zijn van de eerste meting.

In het najaar van 2012 zal ik de Tweede Kamer informeren over de voortgang van het Actieplan 'Naar een veiliger Sportklimaat'.

¹ SCP, Derde tussenrapportage Evaluatie Wmo, p. 50, tabel 6.4.

² SCP, Derde tussenrapportage Evaluatie Wmo, p. 21, tabel 3.1

³ SCP, Derde tussenrapportage Evaluatie Wmo, p. 33.

Vraag 12

Hoe draagt topsport bij aan het nationale imago in binnen –en buitenland?

Antwoord 12

Wanneer een topsporter of een team een bijzondere prestatie neerzet op een Europees Kampioenschap, Wereldkampioenschap of bij de Olympische Spelen, heeft dat een positief effect op het imago van Nederland.

Daarnaast draagt de succesvolle organisatie van grote sportevenementen in Nederland bij aan het beeld dat de wereld heeft van Nederland als organisator van grote internationale gebeurtenissen. Dat draagt bij aan de rol van Nederland als kruispunt in de wereld op vele terreinen.

Successen in de topsport ondersteunen tevens de bekendheid van Nederland als belangrijke leverancier van sportinnovaties. Bekende voorbeelden daarvan zijn de klapschaats en de snelle schaatspakken. In die zin ligt er dus ook een rechtstreekse relatie tussen topsport en handel.

Het imago van een land heeft indirect invloed op de handelsbetrekkingen. Ook bij internationale handel speelt de gunfactor een belangrijke rol. Een positief imago ondersteunt beslissingen om in zaken te gaan met bedrijven van Nederlandse afkomst.