

*Vraag 1:*

Hoeveel is er minder aan kunst besteed in het afgelopen jaar nu kunst niet langer uit het bouwbudget maar uit het exploitatiebudget gefinancierd moet worden?

*Antwoord op vraag 1:*

Met de invoering van de WTZi per 1 januari 2006 (versoepeling van het bouwregime) is de mogelijkheid vervallen om 50% van de kosten voor kunsttoepassingen onder de rubriek Bijkomende kosten bij de bouwvergunning op te nemen en in het (CTG-/NZa-)budget aanvaardbare kosten te verrekenen. De mogelijkheid om voor kunsttoepassingen een subsidie van 50% van het ministerie van OCW aan te vragen via de Stichting Kunst en Openbare Ruimte (SKOR) blijft gehandhaafd. De zorginstellingen dienen vanaf 2006 minimaal 50% uit de eigen middelen bij te dragen. Zorginstellingen kunnen zelf bepalen of en in hoeverre zij in hun investeringsbudget ruimte voor kunsttoepassingen reserveren. In welke mate de zorginstellingen hun besteding voor kunsttoepassingen hierdoor laten beïnvloeden zal pas in de komende jaren duidelijk worden. Wel heeft de SKOR waargenomen dat het aantal aanvragen in 2005, het laatste jaar van de oude regeling, aanmerkelijk hoger ligt dan het gemiddelde in de jaren daarvoor. Het gemiddelde jaarbudget in de periode 2001-2004 voor volksgezondheidsprojecten bij de SKOR was € 340.000.

*Vraag 2:*

Kan de regering aangeven of, en zo ja waar, nog vrij besteedbare ruimte in de begroting is opgenomen?

*Vraag 3:*

Kan een overzicht worden gegeven van alle mutaties die in deze suppletore wet ten gunste, danwel ten laste, van de generale middelen zijn verwerkt? Op grond van welke criteria wordt besloten dat er extra geld VWS-begroting c.q. het BKZ gaat uit de generale middelen, respectievelijk dat meevallers in de zorg afgedragen moeten worden aan de generale middelen?

*Vraag 5:*

In de leeswijzer van de tweede suppletore begroting VWS schrijft de minister dat de mutaties in deze wet bestaan uit herschikkingen, overboekingen financieringsverschuivingen en toevoegingen uit, dan wel afdrachten aan de 'generale middelen'. Dit laatste staat voor de mutaties die binnen de begroting zijn opgelost, maar voor de bedragen die aan de begroting zijn toegevoegd uit, dan wel zijn afgedragen aan de schatkist.

Kan een overzicht worden gegeven van alle mutaties die in deze suppletore wet ten gunste, dan wel ten laste van de generale middelen zijn verwerkt?

Op grond van welke criteria wordt besloten dat er extra geld naar de VWS-begroting c.q. het BKZ gaat uit de generale middelen, respectievelijk dat meevallers in de zorg afgedragen moeten worden aan de generale middelen?

*Antwoord op vraag 2,  
tevens antwoord op vraag 3 en vraag 5:*

Aan de 2<sup>e</sup> suppletore begroting ligt een inventarisatie ten grondslag van alle mee- en tegenvallers die zich bij de begrotingsuitvoering hebben voorgedaan en van beleidsintensiveringen en -extensiveringen. De stand van de 2<sup>e</sup> suppletore begroting bevat dan ook geen vrij besteedbare ruimte. Het is echter mogelijk dat zich in de

resterende periode nog overwachte mee- of tegenvallers voordoen. Deze worden dan gemeld in de Slotwet.

Per saldo dalen de totale geraamde begrotingsuitgaven 2006 met circa € 171 miljoen, de ontvangsten stijgen met circa € 33 miljoen. Er zijn in deze 2<sup>e</sup> suppletore wet drie mutaties opgenomen die ook wel generaal genoemd worden, namelijk de lagere uitvoeringskosten van de Belastingdienst voor de uitvoering van de Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven met € 1,5 miljoen (zie artikel 38), de lagere uitkeringslasten van de Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers (€ 2,9 miljoen; zie artikel 36) en de Wet uitkeringen vervolgingssslachtoffers 1940 - 1945 (€3,6 miljoen; zie artikel 36).

In het regeerakkoord zijn de beleidsprioriteiten van het kabinet geformuleerd en afspraken gemaakt over de budgettaire verwerking ervan in de departementale begrotingen. Het kabinet heeft interne spelregels afgesproken die worden gehanteerd gedurende de kabinetsperiode bij het uitvoeren van de begrotingen. Deze begrotingsregels, die zijn gepubliceerd in bijlage 9 bij de Miljoenennota 2004, bieden handvatten bij de kabinetsbeslissingen om mee- of tegenvallers op een begroting binnen die begroting op te lossen (specifiek) of ten gunste of laste van de algemene middelen te brengen (generaal).

*Vraag 4:*

Voor wat betreft premie-uitgaven en -ontvangsten worden 'in principe' alleen mutaties die groter zijn dan € 10 mln. toegelicht. Waarom is dat? Wat betekent 'in principe'? In welke gevallen is hiervan afgeweken?

*Antwoord op vraag 4:*

Alle premiemutaties groter dan € 10 miljoen worden toegelicht. Mutaties kleiner dan € 10 miljoen worden in veel gevallen ook toegelicht in de artikelsgewijze toelichting. Dit betreft in ieder geval de ijklijnmutaties tussen premie en begroting.

Gelet op de totale omvang van de bruto BKZ-uitgaven van € 48,1 miljard, denk ik u met een grens van € 10 miljoen een voldoende gedetailleerd beeld van de bewegingen in de BKZ-uitgaven te geven.

*Vraag 6:*

Wat wordt concreet bedoeld met "wijziging van de invoeringsstrategie van het Elektronisch Kinddossier (EKD)"? Welk bedragen worden geraamd voor het EKD en welke bedragen zijn in welke jaren daadwerkelijk beschikbaar op dit moment in de VWS-begroting? Wordt de € 20 mln. van het EKD in 2006 via de eindejaarsmarge overgeheveld naar de begroting 2007? Wat is de maximale eindejaarsmarge voor de VWS-begroting en hoeveel is daar thans van ingevuld?

*Antwoord vraag 6:*

De invoeringsstrategie voor het EKD-JGZ was in eerste instantie die van een gemeenschappelijke functionaliteit. Deze strategie gaf jeugdgezondheidszorgorganisaties keuzevrijheid in de uitvoering, maar vraagt (ook in de toekomst) intensieve sturing op uniformiteit. De uniformiteit en kwaliteit zijn hierdoor minder goed gewaarborgd. Het Expertise centrum (HEC) heeft ons geadviseerd te wijzigen naar die van een gemeenschappelijk systeem. De Kamer is hierover geïnformeerd bij brief van 21 april 2006, kenmerk PG/OGZ 2.677.572.

Deze strategie biedt de beste kans op goede resultaten met betrekking tot kwaliteit, uniformiteit en beheer van het systeem. Nadeel is een beperkte keuzevrijheid voor de

jeugdgezondheidszorgorganisaties. Met de koepelorganisaties JGZ en de VNG zijn de resultaten van HEC besproken. De koepelorganisaties hebben aangegeven voorstander te zijn van het realiseren van één gemeenschappelijk registratiesysteem en volgen daarmee nu ook de hoofdlijn van de contra-expertise.

De totale kosten voor het ontwikkelen, (laten) bouwen, onderhouden en implementeren zijn geraamd op € 22 miljoen. De stichting EKD Nederland heeft haar subsidieverzoek voor de periode 2006 t/m 2008 ingediend.

In de ontwerpbegroting 2007 zijn geen middelen geraamd voor de invoering van het EKD JGZ. De eenmalige bijdrage van € 20 miljoen is in 2006 niet tot besteding gekomen. Bezien wordt of deze middelen via de eindejaarsmarge kunnen worden overgeheveld naar de begroting 2007. De maximale eindejaarsmarge bedraagt circa € 34 miljoen. De besteding is onderwerp van integrale afweging in de besluitvorming ter voorbereiding van de Voorjaarsnota.

*Vraag 7:*

In de VWS-begroting voor 2006 wordt € 22,7 mln. minder uitgegeven op het budget voor reguliere banen. In de toelichting wordt slechts gemeld dat dit komt door een beperkte benutting van de subsidieregeling voor het omzetten van gesubsidieerde banen naar reguliere banen. Wat is de oorzaak van de beperkte benutting van de subsidieregeling voor het omzetten van gesubsidieerde banen naar reguliere banen? Welke inspanningen zijn verricht om de benutting van deze subsidieregeling te vergroten? Kan de minister aangeven hoeveel budget voor deze regeling beschikbaar was, op welke deelname gerekend was en hoe het feitelijke gebruik is geweest? Hoeveel vaste banen in de zorg hadden gerealiseerd kunnen worden met het bedrag van € 22 mln. dat in 2006 onbenut blijft?

*Vraag 31:*

Wat zijn de oorzaken die ten grondslag liggen aan de beperkte benutting van de subsidieregeling voor het omzetten van gesubsidieerde banen in reguliere banen? Hoeveel banen zijn er, als gevolg van onderuitputting, niet omgezet in reguliere banen?

*Antwoord vraag 7,*

*tevens antwoord op vraag 31:*

Aanvankelijk was € 30 miljoen per jaar beschikbaar om in de zorgsector 2.500 gesubsidieerde banen jaarlijks om te zetten in reguliere banen. Van de 'Regeling stimuleringsubsidie doorstroom zorg' is echter door werkgevers in 2004, 2005 en 2006 zeer beperkt gebruik gemaakt. In 2004, 2005 en 2006 zijn respectievelijk 47, 259 en 317 aanvragen gehonoreerd. Dat minder gesubsidieerde banen in reguliere banen zijn omgezet dan begroot, is vooral terug te voeren op keuzes van individuele werkgevers om een gesubsidieerde werknemer al dan niet een reguliere baan voor onbepaalde tijd aan te bieden. Er is regelmatig tussen convenantpartners (gemeenten, werkgevers, werknemers en VWS) overleg gevoerd. Daarbij zijn eventuele extra inspanningen om benutting van de regeling te vergroten aan de orde geweest, maar deze hebben niet geleid tot oplossingen. Gezien het zeer beperkte gebruik van de regeling door werkgevers heeft VWS in 2005 besloten om de regeling structureel met € 5 miljoen te verminderen en dit bedrag te bestemmen voor de Sportnota. Dit is in 2005 bij Begroting VWS 2006 (blz. 205) aan de Kamer gemeld. Vervolgens is in juni 2006, na overleg met convenantpartners, door VWS besloten om de regeling met ingang van 1 januari 2007 te beëindigen. Dit is vóór 1 juli 2006 zowel aan de convenantpartners bekend gemaakt, alsmede gepubliceerd in de Staatscourant. Met de genoemde € 22,7

miljoen zouden 1.890 gesubsidieerde banen per jaar omgezet kunnen worden in een reguliere baan.

*Vraag 8:*

Waar zijn de € 611 mln. extra onder artikel 30 voor bedoeld? Hoe kan het dat het uitgavenbedrag maar liefst € 605 mln. lager ligt?

*Vraag 32:*

Wat is de reden van de verdubbeling van de verplichte uitgaven van de mutaties van de tweede suppletore begroting ten opzichte van de stand van de eerste suppletore begroting?

*Antwoord vraag 8,*

*tevens antwoord op vraag 32:*

De verplichtingenraming is verhoogd doordat in 2006 verplichtingen worden aangegaan en vastgelegd (circa € 600 mln.) die samenhangen met uitgaven 2007 in het kader van het opleidingsfonds. Omdat de bij deze verplichtingen te verrichten uitgaven pas in 2007 plaatsvinden zijn deze niet als uitgavenmutatie 2006 in de Suppletore wet terug te vinden.

*Vraag 9:*

Een toename van het aantal consulten en een groter beroep op de module praktijkondersteuning huisartsen (POH) leidt tot een overschrijding van € 50 mln. respectievelijk € 20 mln. De minister schrijft: het is mogelijk dat de uiteindelijke overschrijding hoger uitvalt dan € 70 mln.

Waarop was de oorspronkelijke raming voor huisartsen gebaseerd en hoe is het budget voor huisartsen destijds bepaald? Met welke aantallen consulten is gerekend en hoeveel meer zijn dit er in 2006 geworden? In hoeverre en hoe is het aantal huisartsconsulten te beïnvloeden? Waarom wordt gesteld dat het mogelijk is dat de uiteindelijke overschrijding hoger uitvalt dan € 70 mln.? Zijn de nieuwe cijfers (die eind november verwacht werden) al beschikbaar? Zo ja, welk beeld laten die zien?

*Antwoord op vraag 9:*

De oorspronkelijke raming was gebaseerd op een budgetneutrale invoering van het nieuwe bekostigingssysteem waarbij geen onderscheid meer wordt gemaakt in ziekenfonds en particulier verzekerden. Hierbij was het bestaande beschikbare kader voor huisartsenzorg leidend. Dat kader is verdeeld over o.a. een inschrijftarief, consulttarief en drie modulaire vergoedingen.

Omdat er geen ervaringscijfers voorhanden waren over het aantal consulten in het nieuwe bekostigingssysteem, zijn LHV, ZN en VWS een aantal aannames overeengekomen om tot een vaststelling daarvan te komen. Op grond van enkele onderzoeken (waaronder onderzoek van het Nivel) hebben partijen het aantal consulten in het Vogelaar-akkoord vastgesteld op 8296 consulten voor een normpraktijk met 2350 patiënten.

Partijen hebben in het Vogelaar-akkoord afgesproken een aantal zaken zorgvuldig te monitoren gedurende 2006 en 2007. Daarnaast is afgesproken dat, als het werkelijke aantal consulten zou afwijken van het oorspronkelijk geraamde aantal consulten (zowel naar boven als beneden), het consulttarief navenant verhoogd of verlaagd zou worden.

Op basis van huidige gegevens lijkt er sprake te zijn van een behoorlijke overschrijding van het geraamde budget voor consulten. Gegevens die in november (na de 2e

suppletore wet) gekomen zijn, zijn nog steeds zeer voorlopig en maken het lastig om een jaarprognose te stellen. Omdat het aantal inschrijvingen bij de huisarts lager lijkt dan oorspronkelijk werd verwacht, geven cijfers over de totale schadelast huisartsen vooralsnog geen aanleiding om het beeld uit de 2e suppletore wet te wijzigen. In afwachting van meer definitieve cijfers over 2006, is nu met partijen afgesproken dat de tarieven in 2007 voorlopig niet geïndexeerd worden.

*Vraag 10:*

Verwacht de minister nog meer tegenvallers in de uitgaven als gevolg van gerechtelijke uitspraken?

*Antwoord op vraag 10:*

In de sector Curatieve Zorg is sprake van een drietal zaken dat onder de rechter is. Het gaat om het beroep van de Stichting Platform Pijn en Pijnbestrijding te Leiden, inzake subsidiebeëindiging, het beroep van Medisch Spectrum Twente inzake de vaststelling van het aantal normatieve vierkante meters en het beroep van de Zorggroep Noorderbreedte inzake onder meer het aantal normatieve vierkante meters. Het beroep van de Stichting Platform Pijn en Pijnbestrijding dient medio december 2006. In de andere twee zaken is de datum van behandeling nog niet bekendgemaakt. Daarnaast is in één zaak sprake van aansprakelijkheidsstelling van de Staat door een particulier. De Landsadvocaat is hierin betrokken. Verder is thans in één zaak nog niet te overzien of in 2007 een schadeclaim wordt ingediend (Automotive Group Zuid inzake hulpambulances).

Momenteel vindt tevens de afwikkeling plaats van de verzoeken van gemeenten om een tegemoetkoming in ontvlechtingskosten die zijn ontstaan door de centralisatie van de indicatiestelling. Daarvoor is in 2006 een bedrag van € 5,6 mln gereserveerd. Mogelijk is, dat een of enkele gemeenten niet akkoord gaan met de vastgestelde tegemoetkoming. In dat geval kunnen bezwarenprocedures leiden tot hogere lasten in 2007.

De omvang van de tegenvallers is uiteraard afhankelijk van het verdere verloop van de procedures. Ik zie de uitspraken met vertrouwen tegemoet.

*Vraag 11:*

Bij de ziekenhuizen is in totaal een tegenvaller van € 345 mln. De toelichting met belangrijkste mutaties bevat opvallend genoeg geen bedragen als het gaat om de tegenvallers bij ziekenhuizen. Uit de toelichting op artikel 22 blijkt echter dat sprake is van:

- een tegenvaller van € 41 mln. medisch specialisten
  - een tegenvaller van € 112 mln. geneesmiddelen
  - een tegenvaller van € 192 mln. ziekenhuisbudgetten (volumeontwikkeling)
- Deze laatste tegenvaller zal gecompenseerd worden door een korting van € 192 mln. op de ziekenhuisbudgetten in 2007.

Wat is de oorzaak van de tegenvaller van € 41 mln. bij de medisch specialisten in 2006? Is hier sprake van een hoger uurtarief, meer declaraties of problemen met DBC's? Op welke specialismen heeft deze tegenvaller betrekking?

In welke mate is de tegenvaller van € 112 mln. toe te schrijven aan meer dure medicijnen die op de markt zijn gekomen? In hoeverre wordt met een dergelijke ontwikkeling al in de raming rekening gehouden?

Waarom wordt verwacht dat de tegenvaller bij de ziekenhuizen van € 192 mln. in 2006, in 2007 zal oplopen tot € 291 mln.? Welke maatregelen zullen de minister, respectievelijk de ziekenhuizen nemen om deze tegenvaller terug te dringen?

*Antwoord op vraag 11:*

De lumpsummen van medisch specialisten worden achteraf bijgesteld in relatie tot de productiestijging bij de ziekenhuizen. Deze werkwijze brengt met zich mee dat bijstellingen vertraagd in de totaalstanden van de lumpsummen terecht komen, namelijk ongeveer 1 á 2 jaar na afsluiting van het boekjaar. Hierdoor is een tegenvaller ontstaan.

De budgettaire consequenties van de beleidsregel dure geneesmiddelen nemen in 2006 naar verwachting toe met € 138 mln. ten opzichte van 2005. In de raming 2006 is rekening gehouden met een toename van € 26 mln. Het compenseren van de ziekenhuizen op grond van de beleidsregel dure geneesmiddelen leidt tot een ophoging van de raming in 2006 met € 112 mln.

De stijging van € 138 mln. heeft voor een bedrag van € 85 mln. betrekking op de macromeerkosten als gevolg van de groei in 2006 van bestaande en nieuwe dure geneesmiddelen. Het resterende bedrag van € 53 mln. heeft vervolgens betrekking op de macromeerkosten als gevolg van de aanpassing van het vergoedingspercentage in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Hierbij is het variabele vergoedingspercentage van maximaal 75% vanaf 2006 gewijzigd in een voor ieder ziekenhuis gelijk vergoedingspercentage van 80% van de kosten van een geneesmiddel dat op grond van de beleidsregel dure geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komt.

De volumeontwikkeling 2005 heeft geleid tot een overschrijding in 2005 van € 234 mln. De voortzetting daarvan in 2006 leidt tot een overschrijding van € 192 mln. in 2006. Indien de volumeontwikkeling bij de ziekenhuizen zich in 2007 in dezelfde mate blijft voordoen, zal de overschrijding in 2007 oplopen tot € 291 mln. Uit de rapportage van de NZa over de ontwikkeling van de ziekenhuisbudgetten 2006 is nog niet gebleken dat er in 2006 een afvlakking van de groei optreedt.

Voor wat betreft de ontwikkeling in 2007 vinden momenteel op lokaal niveau overleggen plaats tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Hierin worden afspraken gemaakt over de omvang van de productie 2007. Partijen hebben in deze overleggen zelf een directe invloed op de kostenontwikkeling. De uitkomsten van de lokale overleggen worden begin 2007 bij de NZa aangeleverd waarna de NZA rapporteert over de macroevolgen.

Zoals in de begroting 2007 is opgenomen, is het voornemen de overschrijding vanaf 2007 te compenseren met een macrokorting bij de ziekenhuizen van € 192 mln. In 2007 wordt een aanvullende kortingsmaatregel genomen indien blijkt dat er in 2007 nog sprake is van een overschrijding.

De NVZ en 10 individuele ziekenhuizen hebben echter een kort geding aangespannen tegen het voornemen van de macrokorting van € 192 mln. Op 20 november 2006 heeft de rechter uitgesproken dat de Staat met contractspartijen (ZN en NVZ) verder moet onderhandelen om te komen tot een evenwichtige verdeling van de maatregelen om de overschrijding op te lossen. Gedurende de onderhandeling mag de aanwijzing niet in de voorgenomen vorm worden geëffectueerd. De onderhandelingen zijn sinds de uitspraak hervat maar zijn nog niet afgerond.

*Vraag 12:*

Wat is de reden voor de uitgavenmutatie van € 18.202 mln. m.b.t. de toegankelijkheid en kwaliteit van de preventieve gezondheidszorg?

*Antwoord op vraag 12:*

De uitgavenmutatie van +/- € 18.202 mln. bestaat uit de volgende mutaties:

-/- € 5,5 miljoen: Overboeking naar het ministerie van BZK/het gemeentefonds voor hulp aan kinderen en gezinnen (risicogezinnen).

+ € 3,63 miljoen: De Stichting Koppeling vergoedt de kosten van hulpverleners die medisch noodzakelijke zorg verlenen aan onverzekerden zonder verblijfsvergunning. Voor 2006 worden de uitgaven begroot op € 7,2 miljoen, terwijl op grond van de Ontwerpbegroting € 3,6 miljoen beschikbaar was.

-/- € 20,0 miljoen: Voor het Elektronisch Kinddossier is € 20 miljoen beschikbaar gesteld voor 2006. Door wijzing van de invoeringstrategie kan het EKD niet worden gerealiseerd in 2006 en zijn de daarvoor beschikbare middelen niet aangewend.

+ € 3,7 miljoen: Overige en technische mutaties. Mutaties die afzonderlijk lager zijn dan € 2 miljoen en of betrekking hebben op interne verrekeningen binnen de administraties van VWS zijn hier gesaldeerd.

*Vraag 13:*

Wat is de reden voor de uitgavenmutatie van € 2.461 mln. m.b.t. het voorkomen van drugsgebruik?

*Antwoord op vraag 13:*

Het betreft een overheveling (€ 2,5 miljoen) naar artikel 98. Om de snelle verspreiding van Hiv en Aids onder drugsgebruikers een halt toe te roepen zijn preventieve maatregelen dringend nodig en worden middelen beschikbaar gesteld aan het United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Het UNODC voert projecten uit in landen die kampen met een enorme Hiv/Aids-epidemie en die behoefte hebben aan steun bij de implementatie van projecten om Hiv/Aids onder drugsgebruikers te voorkomen. De bijdrage voor het UNODC wordt op artikel 98 geraamd.

*Vraag 14:*

Op grond van welke criteria ontvangt de ontwikkeling van een vaccin tegen RSV een bijdrage uit het FES?

*Antwoord op vraag 14:*

De aanvraag is voorgeselecteerd op basis van de algemene criteria die gelden voor de beoordeling van het innovatiedeel binnen het kennisdomein in het kader van de Fes-meevaller 2006. Daarbij golden de algemene Fes-criteria éénmalige impuls, investeringskarakter en bijdrage aan economische structuurversterking. Ook is gekeken naar de relatie met de door het Kabinet geprioriteerde thema's, het departementale draagvlak en de mate van uitwerking en het snel van start kunnen gaan. Beoordeling heeft plaatsgevonden door het CPB en de Commissie van Wijzen ICES/KIS. Het CPB heeft gebruik gemaakt van drie criteria: legitimiteit overheidsingrijpen, effectiviteit en efficiëntie. De Commissie van Wijzen heeft gebruik gemaakt van vier criteria: excellente wetenschap, maatschappelijke/economische waardecreatie, organisatie en financiering. Bij het besluit om de ontwikkeling van een RSV-vaccin voor te financieren uit het FES hebben de criteria van het CPB en het belang van het ontwikkelen van een dergelijk vaccin, de vernieuwende toedieningsvorm en het vooraanstaand onderzoek van de indieners een rol gespeeld.

*Vraag 15:*

Waarom worden de uitgaven ten behoeve van de uitbreiding van de hielprik gefinancierd uit de middelen die beschikbaar zijn voor Advies, Instructie en Voorlichting van de

thuiszorg? Is deze overheveling ten koste gegaan van de preventie-activiteiten in de thuiszorg?

*Antwoord op vraag 15:*

Het onderdeel Preventie van de prestatie Advies, Instructie en Voorlichting (AIV-Preventie) is geen aanspraak in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. Deze preventieactiviteiten horen qua karakter niet thuis in de AWBZ. Formeel kunnen deze activiteiten daarom niet vanuit de AWBZ worden gefinancierd. Het gaat immers niet om langdurige, onverzekerbare zorg.

De middelen voor AIV-Preventie zijn na overleg met de sector verdeeld over een aantal beleidsprioriteiten op het gebied van preventie. De betreffende activiteiten worden voor een belangrijk deel door thuiszorginstellingen uitgevoerd.

*Vraag 16:*

Wat is de reden voor de uitgavenmutatie van € 1.444 mln. m.b.t. de eerstelijnszorg?

*Antwoord op vraag 16:*

De uitgaven zijn lager doordat enkele eerstelijns GGZ projectactiviteiten met een aanzienlijke vertraging van start zijn gegaan. Daarnaast zijn er minder activiteiten ontwikkeld op het onderdelen modernisering eerstelijns en benchmark huisartsen, o.a. doordat de voorbereiding bij deelnemers meer tijd heeft gekost dan verwacht en omdat de kosten van uitgevoerde projecten lager uitvielen.

Tevens zijn geen projectactiviteiten gerealiseerd voor palliatieve zorg. De jaren 2005 en 2006 zijn hoofdzakelijk gebruikt om het uitgezette beleid te monitoren. Hiervoor is in 2005 opdracht gegeven aan het NIVEL. Daarnaast zijn twee voorgenomen onderzoeken op dit beleidsdossier uit artikel 27 Langdurige Zorg betaald.

*Vraag 17:*

Is er een relatie tussen de hogere uitgaven aan de huisartsenzorg (zoals gemeld op pagina 5) en de lagere uitgaven aan eerstelijns curatieve zorg (pagina 9)? Zo ja, wat is deze relatie?

*Antwoord op vraag 17,*

*tevens antwoord op vragen 9 en 16:*

Nee. De hogere uitgaven op pagina 5 betreft de premiegefinancierde huisartsenzorg. Hiervoor verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 9. De lagere uitgaven aan eerstelijns curatieve zorg waar u op doelt, betreffen begrotingsgefinancierde uitgaven. Zie hiervoor tevens mijn antwoord op vraag 16.

*Vraag 18:*

Wat zijn de specifieke redenen voor de lagere uitgaven aan eerstelijnszorg en de hogere uitgaven aan tweedelijnszorg? Is er een relatie tussen de negatieve bijstelling van de uitgaven aan eerstelijnszorg en de positieve bijstelling van de tweedelijnszorg?

*Antwoord op vraag 18,*

*tevens (deels) antwoord op vraag 16:*

Voor de uitgaven aan eerstelijns zorg verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 16.

De hogere uitgaven aan tweedelijnszorg worden vooral veroorzaakt doordat het project DBC-onderhoud vanaf dit jaar duurder is geworden. De oorzaak ligt in de verdere personeelsopbouw van de projectorganisatie van DBC onderhoud en de uitvoering van extra projecten. Daarnaast zijn door projectorganisatie DBC-GGZ extra werkzaamheden verricht.



Er is geen relatie tussen de lagere uitgaven aan de eerstelijnszorg en de hogere uitgaven aan de tweedelijnszorg.

*Vraag 19:*

Wat is de reden voor de uitgavenmutatie van € 1.040 mln. m.b.t. de spoedeisende medische hulpverlening? Is er een relatie tussen de lagere uitgaven aan eerstelijnszorg en de hogere uitgaven aan de spoedeisende medische hulpverlening?

*Antwoord op vraag 19:*

In 2006 is de Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg (LMAZ) gerealiseerd. Deze meldkamer is ondergebracht bij het Korps Landelijke Politiediensten (KLPD). Hiervoor is een Dienstverleningovereenkomst (DVO) met het KLPD gesloten. De hiervoor geraamde kosten bedragen € 1,0 mln.

Er is geen relatie tussen de kosten voor deze meldkamer en de lagere uitgaven aan eerstelijnszorg.

*Vraag 20:*

Waarom is het project Psychiater en kwaliteit gestaakt?

*Antwoord op vraag 20:*

Het project past niet langer in de uitgangspunten van het nieuwe subsidiebeleid zoals vastgelegd in de nota Kennis, Innovatie en Meedoen (KIM) van 22 september 2003 (Kamerstukken II 2003/2004, 29214, nr. 1). Eén van de punten uit mijn subsidiebeleid is dat verstrekken van een subsidie alleen plaatsvindt in bijzondere gevallen en dat deze tijdelijk zijn. Voor het Project P&K is in de jaren van 2000 tot en met 2005 subsidie verleend. Vooraf was afgesproken het project in 2005 af te ronden. Het project was bedoeld als impuls voor de kwaliteitsontwikkeling. Met de tijdelijke subsidie die verleend is, is die impuls gegeven.

*Vraag 21:*

Waarom zijn de mutaties van de tweede suppletore begroting, wat verplichtingen betreft, toegenomen, de stand van de eerste suppletore begroting in ogenschouwen genomen? Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de groei van de programma-uitgaven wat geneesmiddelen betreft? Waarom zijn deze kosten niet voorzien?

*Antwoord op vraag 21:*

De toename van de verplichtingen wordt met name veroorzaakt door de verplichting die is aangegaan voor het Topinstituut Pharma en het verhogen van het budget voor doelmatigheidsonderzoek uitgevoerd door ZonMW. Door het verbeteren van de doelmatigheid en het bevorderen van innovaties binnen de geneesmiddelenketen wordt getracht de huidige opbrengsten van het convenant geneesmiddelen ook na afloop hiervan (per 1 januari 2008) in ieder geval te behouden. Hier wordt een beperkt deel van de meeropbrengsten van het convenant voor ingezet.

*Vraag 22:*

Kan worden toegelicht wat de flankerende maatregelen behelzen? Kunt u uitleggen waarom deze nodig zijn? Welke ontwikkelingen droegen er toe bij dat is besloten tot het nemen van deze maatregelen? Waarom zijn er meer onderzoeken nodig naar doelmatigheid? Wat schort er aan innovaties in de keten? Waarom komt u nu pas tot deze conclusie?

*Antwoord op vraag 22:*

De afgelopen jaren is d.m.v. het geneesmiddelenconvenant een flinke prijsverlaging gerealiseerd voor een grote groep geneesmiddelen. Om de daarmee behaalde besparingen vast te houden is op alle onderdelen van de geneesmiddelenketen faciliterend en activerend beleid, gericht op kwaliteit en doelmatigheid, noodzakelijk. Het gaat dan zowel om het handhaven van het bereikte lagere prijsniveau als om verbetering van het voorschrijf- en aflevergedrag van artsen resp. apothekers. De flankerende maatregelen betreffen onder andere onderzoeken bij ZonMw naar mogelijkheden tot verbetering van therapietrouw en verbetering van de doelmatigheid (o.a. ten aanzien van het gebruik van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen). Daarnaast worden innovaties op het terrein van medicatieoverdracht tussen de eerste en de tweede lijn actief gefinancierd en wordt het uitrollen van best practices met betrekking tot herhaalreceptuur, polyfarmacie en therapietrouw gestimuleerd. Voor 2007 ben ik voornemens actief het generiek voorschrijven van geneesmiddelen te bevorderen en een publiekscampagne te starten om het belang van therapietrouw onder de aandacht van de burgers te brengen.

De inzet op innovatie is geen nieuw inzicht. Al eerder is er beleid gevoerd op innovatie op het terrein van de genees- en hulpmiddelen. Door het beschikbaar komen van middelen om het flankerend beleid uit te voeren, kan er nu extra worden ingezet op innovatie.

*Vraag 23:*

Waarom zijn de verplichtingen met € 554.000 afgenomen? Wat is de reden dat de programma-uitgaven wat betreft het aanbod van zorgvoorzieningen zijn gekrompen? Op welke onderdelen in het aanbod kent de krimp zijn consequenties? Wat is de reden dat de programma-uitgaven wat betreft het verbeteren van de doelmatigheid zijn gekrompen?

*Antwoord op vraag 23:*

De afname van de verplichtingen hangt voornamelijk samen twee mutaties. Zo is er sprake geweest van een overboeking naar het ministerie van OCW in verband met een bijdrage aan het Nederlands gebarent centrum. Daarnaast zijn de uitgaven aan maatschappelijke ondersteuning en vrouwenopvang lager dan geraamd. De afname in de programma-uitgaven kent voor een deel dezelfde oorzaak als hierboven genoemd. Het overige deel van de afname wordt verklaard door een overboeking van de operationele doelstelling "Gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen" naar de doelstelling "Bevorderen rechtspositie van mensen met beperkingen" in het kader van de taskforce Handicap en Samenleving. Omdat de uitgaven via een andere operationele doelstelling worden betaald, zijn er geen gevolgen voor het aanbod. De afname van de programma-uitgaven voor het "Verbeteren doelmatigheid zorg- en dienstverlening" wordt veroorzaakt door het lager dan geraamd uitvallen van uitgaven aan maatschappelijke ondersteuning en vrouwenopvang.

*Vraag 24:*

Welke gevolgen heeft het overbrengen naar tandheelkundige zorg gehad voor de hoogte van de vergoedingen voor diegenen die er aanspraak op maakten? Heeft dit vervolgens ook invloed gehad op het aantal mensen dat aanspraak maakte?

*Antwoord op vraag 24:*

Deze mutatie betreft slechts een financiële overboeking. Onder de Ziekenfondswet vielen de kunstgebitten nog onder de regeling hulpmiddelen onder artikel 26. Omdat als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet kunstgebitten onder de verstrekkingen voor mondzorg vallen, is het budget overgeheveld van artikel 26 naar het

kader voor mondzorg op artikel 22 Curatieve Zorg. Deze boekhoudkundige mutatie heeft m.i. geen gevolgen voor de hoogte van vergoedingen door verzekeraars of het aantal mensen dat aanspraak maakt op tandheelkundige zorg.

*Vraag 25:*

Wat is de reden dat de verplichtingen afgenomen zijn in vergelijking met die van de eerste suppletore begroting? Waarom zijn de programma-uitgaven van de passendheid en keuzevrijheid van ouderenzorg gedaald? Op welke wijze zal het minder begrootte bedrag zich kenbaar maken? Welke consequenties heeft dit voor de passendheid van ouderenzorg? Welke consequenties heeft dit voor de keuzevrijheid

*Antwoord op vraag 25:*

Het gaat hier met name om de gevolgen van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Zoals in de toelichting is vermeld is een bedrag van € 30 mln overgeboekt van de begroting van VWS naar het gemeentefonds. Boekhoudtechnisch leidt dat op de begroting van VWS tot een verlaging van verplichtingen en uitgavenniveau. Bij de gemeenten zal dit leiden tot vergroting van de uitgaven. De overboeking bevordert een goede invoering van de Wmo, die de passendheid en de keuzevrijheid voor de burgers zal vergroten.

*Vraag 26:*

Waardoor is de vrijval ontstaan? Wat behelst de additionele ondersteuning? Is er behoefte aan additionele ondersteuning? Zo ja, wat gaat u doen om aan deze behoefte tegemoet te komen?

*Antwoord op vraag 26:*

De vrijval van middelen is ontstaan doordat instellingen minder dan geraamd aanspraak hebben gemaakt op de ondersteuningsregeling.

De additionele ondersteuning betreft ondersteuning aan instellingen waar de zorg voor cliënten kwalitatief onvoldoende is. Deze ondersteuning is mogelijk indien de organisatie van de zorg in de instelling onvoldoende is of indien er een individuele complexe zorgvraag bestaat waarvoor de instelling niet over de benodigde deskundigheid beschikt.

In de afgelopen anderhalfjaar hebben enkelen tientallen instellingen een beroep gedaan op het steunpunt, waaruit de behoefte aan de ondersteuning blijkt. Door de instelling van het steunpunt dat aan deze vraag naar ondersteuning kon voldoen ben ik aan deze behoefte tegemoet gekomen.

*Vraag 27:*

Hoe kan de vrijval van middelen bij het steunpunt Verpleeghuiszorg worden verklaard? Wat betekent dit voor de overheveling van het steunpunt naar de brancheorganisatie ActiZ?

*Antwoord op vraag 27:*

De vrijval van middelen is ontstaan doordat instellingen minder dan geraamd aanspraak hebben gemaakt op de ondersteuningsregeling.

Dit heeft geen gevolgen voor de overheveling van het steunpunt naar Actiz. Daar wordt een afzonderlijke subsidie voor afgegeven.

*Vraag 28:*

Wat verklaart het achterblijven van initiatieven in het kader van "Sneller Beter" en "Zorg voor Beter"? Heeft dit invloed op de beschikbare middelen voor deze programma's in de komende jaren?

*Vraag 29:*

Hoeveel projecten zijn ingediend op het thema arbeidsmarktbeleid in het kader van "Sneller Beter" en "Zorg voor Beter" en hoeveel projecten gehonoreerd?

*Antwoord op vraag 28,  
tevens antwoord op vraag 29:*

Per abuis is in de 2<sup>e</sup> suppletore begroting 2006 bij artikel 29 aangegeven dat er **minder** activiteiten ontwikkeld zijn via de programma's 'Sneller Beter' en 'Zorg voor Beter'. Dit had **meer** moeten zijn.

De programma's 'Sneller Beter' en 'Zorg voor Beter' waren in eerste instantie vooral gericht op de kwaliteit van zorg, in een later stadium zijn ook doelmatigheid en arbeidsproductiviteit belangrijke aandachtsgebieden geworden. In de care is dat nog versterkt door het Innovatieplatform AWBZ als onderdeel van het AWBZ-convenant.

Projecten gericht op verhoging van de arbeidsproductiviteit (in het kader van het terugdringen van personeelstekorten) kwamen in 2006 dan ook eerder terecht bij de programma's 'Sneller Beter' en 'Zorg voor Beter', respectievelijk de artikelen 22 en 27. Vandaar dat in het kader van het terugdringen van personeelstekorten de gereserveerde begrotingsmiddelen op artikel 29 niet volledig zijn benut.

In 2006 zijn er in het kader van 'Zorg voor Beter' in meer dan 100 instellingen projecten gestart, met name met betrekking tot decubitus, eten en drinken en zeggenschap. Bij deze projecten is de primaire insteek de kwaliteit van zorg, maar is een expliciete voorwaarde dat het tevens een gunstige uitwerking heeft op de (arbeids)productiviteit.

In het kader van 'Sneller Beter' zijn in 2006 ruim 100 projecten in 24 instellingen in uitvoering. Deze projecten zijn primair gericht op veiligheid en logistieke processen, veelal geïntegreerd met elkaar. Verhoging van de (arbeids)productiviteit is geen expliciete voorwaarde voor de projecten, maar is – gegeven de aard van de projecten – wel een belangrijke nevenopbrengst ervan.

*Vraag 30:*

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de vermindering van de programma-uitgaven terugdringen personeelstekorten? Is er op dit moment een personeelstekort in de zorg? Zo neen, waarom niet? Zo ja, welke stappen acht u noodzakelijk dit tekort in te lopen? Dreigt er in de toekomst een personeelstekort? Zo neen, waarom niet? Zo ja, welke stappen acht u noodzakelijk om een dreigend tekort te vermijden?

*Antwoord op vraag 30:*

De vermindering van de programma-uitgaven voor terugdringing personeelstekorten is vooral gelegen in het feit dat in het programma Zorg voor Beter en het Innovatieplatform AWBZ verhogen van arbeidsproductiviteit een belangrijke plaats is gaan innemen, waardoor allerlei initiatieven als het ware afgevangen zijn (zie ook antwoord op vraag 28).

Verder is er op dit moment geen personeelstekort in de zorg, wel dreigen er op middellange en lange termijn tekorten. De toenemende zorgvraag en de stagnerende beroepsbevolking zijn daar debet aan. In mijn arbeidsmarktbrief die ik onlangs naar de

TK gestuurd heb, ben ik daar uitgebreid op ingegaan. Het beleid zal zich moeten richten op verhoging van de arbeidsparticipatie, vergroting van de wervingskracht, verhoging van de arbeidsproductiviteit en beperking van de groei van de zorgvraag door de zelfredzaamheid te bevorderen.

*Vraag 33:*

Wat is de reden van de onderuitputting van het voor 2006 geraamde bedrag ten behoeve van extra opleidingsplaatsen in academische ziekenhuizen? Acht u het aantal opleidingsplaatsen in academische ziekenhuizen voldoende? Zo ja, waarom? Zo neen, waarom niet?

*Vraag 36:*

Waardoor is onderuitputting ontstaan bij de beschikbare middelen voor extra opleidingsplaatsen in academische ziekenhuizen?

*Antwoord op vraag 33,*

*tevens antwoord op vraag 36:*

De reden voor de onderuitputting is niet bekend. Of het aantal opleidingsplaatsen toereikend is, is landelijk niet bekend bij gebrek aan een stelselmatige gegevensverzameling over de desbetreffende opleidingen (voor verpleegkundige vervolgoopleidingen en opleidingen voor medisch ondersteunende functies zoals de operatieassistent). Totnogtoe leiden de academische en algemene ziekenhuizen voor deze soorten opleidingen vooral op voor de eigen bedrijfsvoering en stemmen zij hun opleidingsinspanningen hooguit op regionaal niveau op elkaar af. Dit maakt dat er eerder nog niet aanleiding werd gezien voor een landelijke regie en raming voor deze opleidingen. Binnen het brede moderniseringsproces rond beroepen en opleidingen, dat de afgelopen jaren in gang is gezet, is de noodzaak van een landelijke gegevensverzameling en aansturing nu wel aanwezig. Een concrete maatregel waartoe ik dit jaar heb besloten, is dat het gros van de desbetreffende opleidingen in aanmerking komt voor prestatiebekostiging via het opleidingsfonds vanaf januari 2008. Daartoe zal in de loop van 2007 gestart worden met een landelijke gegevensverzameling ten behoeve van een meer afgestemd systeem van ramen, sturen, bekostigen en monitoren van deze opleidingen. Ik heb de Kamer daarover geïnformeerd bij brief van 4 juli 2006 (TK 29 282 nr. 32).

*Vraag 34:*

Wat is de reden van de vermindering van € 8,2 mln. bij vernieuwingen in de zorg

*Antwoord op vraag 34:*

Dit betreft hoofdzakelijk de onderuitputting van € 9 mln. op het budget voor ICT in de zorg. Dit budget valt onder het kopje 'vernieuwingen in de zorg' en wordt onder de toelichting op de belangrijkste mutaties toegelicht.

*Vraag 35:*

Wat wordt in dit verband verstaan onder regulering van de zorg? Wat zijn de oorzaken die ten grondslag liggen aan de extra € 15,6 mln. die uitgetrokken wordt voor regulering van de zorg?

*Antwoord op vraag 35:*

Op de operationele doelstelling "regulering van de zorg" worden de uitgaven geraamd die nodig zijn voor de toezicht- en uitvoeringsorganen van het zorgstelsel. Nagenoeg het gehele bedrag is geraamd voor de NZa (CTG/CTZ), het CVZ, het CSZ en het CBZ. De

mutatie van € 15,6 mln bestaat hoofdzakelijk uit twee grote posten. Een administratieve overboeking van het onderzoeksbudget van het CVZ uit de premie naar de begroting (€ 10,6 mln) en een ophoging van het budget van het CVZ voor de inningskosten van verzekerden in het buitenland (€ 4,0 mln). Deze zijn ook reeds in de toelichting op de 2<sup>e</sup> suppletore begroting opgenomen. Daarnaast betreft de ophoging een aantal kleine en/of technische posten, bijvoorbeeld de toevoeging van loonbijstelling (€ 0,5 mln).

Voor een nadere toelichting op deze operationele doelstelling verwijs ik u naar de VWS-begroting 2006 (Kamerstukken II 2005/06, 30300 hoofdstuk XVI, nr. 2, blz. 83 en 84).

*Vraag 37:*

Waarom vormt de uitgifte van UZI-passen een obstakel voor de invoer van het Burger Service Nummer in de zorg? Waarom is in afwachting van dit Burger Service Nummer geen voortgang gemaakt met de uitgifte van UZI-passen? Hoeveel UZI-passen worden er dit jaar uitgeleverd?

*Antwoord op vraag 37:*

Er zijn meerdere redenen voor zorgaanbieders om een UZI-pas aan te vragen:

- 1) toegang tot de sectorale berichtenvoorziening voor de zorg (SBV-Z) om BSN's op te vragen,
- 2) toegang tot het Elektronisch patiëntendossier (EPD) via het Landelijk Schakelpunt (LSP),
- 3) voor gebruik bij interne systemen binnen zorginstellingen.

Alle voorbereidingen voor de uitgifte van UZI-passen zijn getroffen. In 2006 worden er circa 1500 passen uitgeleverd, vooral voor gebruik binnen de interne systemen van zorginstellingen.

In 2007 hebben de zorgaanbieders UZI-passen nodig voor toegang tot de SBV-Z en het LSP. Zodra duidelijk is wanneer de wet gebruik BSN in de zorg in werking zal treden, zal de uitgifte snel op gang komen. Dat moment is afhankelijk van de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer, waar het wetsvoorstel nog niet geagendeerd is. Het gebruik van het BSN is op zijn beurt weer een essentiële voorwaarde voor de landelijke invoering van het EPD. De uitgifte van de UZI-passen wacht dus op helderheid over de inwerkingtreding van de wet gebruik BSN in de zorg. De uitgifte van UZI-passen vormt geen obstakel voor de invoer van het BSN in de zorg.

*Vraag 38:*

Waarom is de betaalbaarheid van de jeugdzorg met € 15,77 mln. teruggebracht?

*Antwoord op vraag 38:*

Voor de betreffende doelstelling is bij eerste suppletore wet een bedrag van € 17 mln toegevoegd voor het wegwerken van de wachttijden in de jeugd geestelijke gezondheidszorg. Dit bedrag is nu overgeheveld naar de AWBZ en in mindering gebracht op deze doelstelling. Als gevolg van overige en technische mutaties is er een bedrag van € 1,23 mln bijgeboekt voor deze doelstelling.

*Vraag 39:*

Wat zijn de redenen die ten grondslag liggen aan het terugschroeven van de uitgaven voor meedoen door sport? Hoe verhoudt dit zich ten opzichte van het belang dat u stelt in maatschappelijke participatie door sport?

*Antwoord op vraag 39:*

Van het terugschroeven van de uitgaven voor Meedoen door sport is in dit geval geen sprake.

De oorzaak van de daling van de uitgaven in 2006 is een kasschuif van € 1,7 miljoen van 2006 naar 2007 voor de Tijdelijke stimuleringsregeling Buurt, Onderwijs en Sport (BOS-impuls). Daarmee is het budget voor 2006 en 2007 in overeenstemming gebracht met het kasritme van de subsidies aan de deelnemende gemeenten. Daar staat tegenover dat het budget is verhoogd met € 0,7 miljoen voor onder meer de compensatie van gestegen loonkosten (OVA).

*Vraag 40:*

Hoe verhoudt de mutatie op de post IGZ zich tot de uitvoering van de motie Heemskerk/Omtzigt?

*Antwoord op vraag 40:*

De beschreven mutatie heeft geen invloed op de uitvoering van de motie Heemskerk/Omtzigt. Tot nu toe besteedde de IGZ een bedrag van ruim € 4 mln per jaar aan onderzoek naar infectieziekten bij het RIVM. Bij de oprichting van het Centrum voor infectieziektenbestrijding (Cib) is besloten het infectieziektenonderzoek en de daarvoor beschikbare onderzoeksbudgetten in dat Centrum te concentreren. Dat heeft dus niet zozeer te maken met een teruggang in het IGZ-budget als wel met een concentratie van onderzoeksbudgetten. De mutatie heeft dan ook geen nadelige gevolgen voor de inspectiecapaciteit.

*Vraag 41:*

Waarom bent u tot overheveling naar artikel 21 overgegaan?

*Antwoord op vraag 41:*

Bij het agentschap RIVM is het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) ingericht en officieel per 21 maart 2006 van start gegaan. De projecten uit het programma Toezichtsondersteuning Infectieziekten maken nu deel uit van de totale opdrachtverlening aan het Cib. De aansturing van het Cib vindt vanuit artikel 21 plaats, de middelen zijn daarnaartoe overgeheveld.

*Vraag 42:*

Betekent de lagere uitgave aan tegemoetkoming in de zorgkosten van € 99.700 mln. dat deze tegemoetkoming voor de burgers in 2006 lager is dan oorspronkelijk verwacht? Zo ja, hoe heeft deze aanpassing exact vorm gekregen?

*Vraag 43*

Waardoor ontstaat de meevaller bij de zorgtoeslag? Hoe groot is de afname van het aantal ontvangers van zorgtoeslag? En hoeveel procent van de rechthebbenden ontvangt op dit moment zorgtoeslag?

*Antwoord op vraag 42,*

*tevens antwoord op vraag 43:*

Er bestaat in Nederland geen registratie die het mogelijk maakt vast te stellen wie er recht hebben op zorgtoeslag. Wie dat recht hebben was derhalve zowel bij de opstelling van de begroting 2006 als bij de opstelling van de begroting 2007 (de basis voor de getallen in de 2<sup>e</sup> suppletore wet) niet bekend. Ten tijde van de opstelling en de handeling van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag zijn inschattingen gemaakt van het gebruik van de zorgtoeslag. Die inschattingen zijn gebaseerd op informatie over de inkomensverdeling in Nederland. Een probleem daarbij is dat de

indeling van huishoudens die wordt gebruikt voor de zorgtoeslag (gebaseerd op de AWIR) niet aansluit op de in de meeste databestanden gebruikelijke indeling. Daarom is een benadering nodig. In de begroting 2006 is daartoe aangesloten bij een raming van het gebruik van de zorgtoeslag van het CPB. Ten tijde van de opstelling van de raming in de begroting 2007 waren er nog te weinig realisatiecijfers om daar een goede raming op te baseren. Daarom is ook nu weer aangesloten op de raming van het CPB. Die raming wijkt vooral af van de raming in de begroting 2006 omdat het CPB een aantal analytische verbeteringen heeft doorgevoerd bij de bepaling van de hoogte van de zorgtoeslag.

De meevaller bij de zorgtoeslag is dus niet gebaseerd op een afname van het aantal ontvangers van zorgtoeslag, maar op een verbeterde ramingstechniek. Omdat niet bekend is hoeveel rechthebbenden er zijn op zorgtoeslag valt ook niet te zeggen hoeveel daarvan op dit moment geen gebruik maken van zorgtoeslag.