

Vergaderjaar 2010–2011

32 360 XVI

Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2009

Nr. 6

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 4 november 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de regering over het jaarverslag over 2009 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 32 360 XVI nr. 3).

De regering heeft deze vragen beantwoord bij brief van 3 november 2010. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Ferrier, K.G. (CDA), Ham, B. van der (D66), Smeets, P.E. (PvdA), Fng voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Vacature, VVD.
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Koolmees, W. (D66), Dekken, T.R. van (PvdA), Ormel, H.J. (CDA), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Sharpe, J.E.J.W. (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Sterk, W.R.C. (CDA), Miltenburg, A. van (VVD), Koşer Kaya, F. (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Neppéus, H. (VVD), Snijder-Hazelhoff, J.F. (VVD), Sap, J.C.M. (GL), Halsema, F. (GL) en Nieuwenhuizen, C. van (VVD).

1

Hoe komt het dat vermeld wordt dat 3 500 DOT productbeschrijvingen worden ingevoerd, terwijl in de latere beleidsstukken over 3 600 DOT productbeschrijvingen wordt gesproken?

Zolang het DOT-systeem nog niet is ingevoerd blijft door DBC-Onderhoud en veldpartijen gewerkt worden aan het nog verder verbeteren van het systeem. Het exacte aantal zorgproducten ligt daarom nog niet 100% vast en kan nog licht wijzigen. Ook in het kader van de DOT-simulatie die op dit moment op verzoek van de Tweede Kamer wordt uitgevoerd, wordt er nog verder gewerkt aan het verder verbeteren van DOT. Hierdoor kan in verschillende beleidsstukken worden gesproken over verschillende aantallen, die wel in dezelfde orde van grootte liggen.

2

Voor de aanpak van wanbetalers is het per 1 september 2009 wettelijk mogelijk gemaakt voor zorgverzekeraars om wanbetalers in de schuldhulpverlening op te nemen. Eventueel kunnen zij een bestuursrechtelijke premie heffen die ingehouden kan worden op het inkomen. Het eerste resultaat laat een positief effect zien op het aantal wanbetalers. De huidige aanpak van wanbetalers laat een positief eerste beeld zien.

Kan de minister de feiten waaruit dit positieve resultaat blijkt meedelen? Waarom zijn de uitvoeringskosten van het nieuwe beleid t.a.v. wanbetalers zo hoog? Worden die niet volledig op de tot betaling gedwongen wanbetalers verhaald? Zo nee, waarom niet?

De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering laat tot op heden de volgende positieve resultaten zien:

Van de 304 000 wanbetalers die op 1 september 2009 geen premie betaalden aan hun zorgverzekeraar, betaalden er op 30 april 2010 al circa 125 000 een bestuursrechtelijke premie aan het CVZ. Over de cijfermatige stand van zaken na verwerking van het aantal wanbetalers dat reeds op de datum van inwerkingtreding van de wet een premieachterstand van 6 maanden had wordt het parlement in december 2010 geïnformeerd.

De praktijk wijst uit dat de inspanningen die de verzekeraars verrichten in het voortraject, zoals het aanschrijven van wanbetalers en het wijzen op de mogelijkheid van een betalingsregeling, leiden tot minder instroom van wanbetalers bij het CVZ dan was voorzien.

De gefaseerde verwerking door het CVZ van het aantal aanmeldingen van wanbetalers verloopt volgens plan.

Het opleggen en innen van de bestuursrechtelijke premie wordt verricht door het CVZ. Daarbij wordt gebruik gemaakt van broninhouders (werkgevers, SVB, UWV) en het Centraal Justitieel Incasso Bureau indien er geen regulier inkomen is. De hiermee samenhangende uitvoeringskosten worden gefinancierd uit de opbrengst van de (opslag van 30% in de) bestuursrechtelijke premie die wanbetalers betalen. De verwachting voor 2010 is dat de opbrengsten met circa € 5 miljoen de uitvoeringskosten overstijgen.

3

Hoeveel verplichte fusie-effectrapportages zijn er sinds de invoering opgesteld door bestuurders van zorginstellingen, en hoe zijn deze beoordeeld door de IGZ?

In de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» die de bewindslieden van VWS op 9 juli 2009 aan de Tweede Kamer hebben gestuurd (Tweede Kamer, 2008–2009, 32 012, nr. 1) is aangekondigd dat het toenmalige kabinet voornemens was om zorgbestuurders te verplichten om bij fusieplannen een fusie effectrapportage op te stellen

waaruit de meerwaarde van de fusie moet blijken. Deze verplichting is echter nog niet wettelijk verankerd.

4

Hoeveel extra wijkverpleegkundigen zijn daadwerkelijk aan het werk gegaan, en met welk resultaat? Hoe wordt deze ontwikkeling in de toekomst behouden c.q. verder uitgebouwd?

Naar aanleiding van de eerste start van het project zijn er 144 wijkverpleegkundigen aan het werk gegaan. Eind van het jaar zal een tweede ronde projecten starten, waarbij er nog meer wijkverpleegkundigen aan het werk zullen gaan. Een concreet aantal kan nog niet genoemd worden, omdat nog niet alle aanvragen gehonoreerd zijn, maar de verwachting is dat er nog zo'n 50 wijkverpleegkundigen bijkomen. Het blijkt dat er een aantal knelpunten zijn bij het invullen van de vacatures, met name in de grote steden. Het is niet altijd mogelijk om voldoende wijkverpleegkundigen met niveau 5 te vinden.

Middels voortgangsverslagen en bijeenkomsten met projectleiders en wijkverpleegkundigen worden de ervaringen in de projecten verzameld en uitgewisseld. Hieruit blijkt dat de wijkverpleegkundigen in grote behoefte voorziet, o.a. het leggen van verbindingen tussen wonen, welzijn en zorg enerzijds en preventie, cure en care anderzijds. Maar bovenal tijd om «achter de voordeur» met de bewoners de (gezondheids)problemen in kaart te brengen, te adviseren en te leiden naar de juiste instanties. In 2011 zal er een tussentijdse evaluatie gehouden worden, waarbij de uitkomsten meegenomen worden in het uitzetten van de taken van de wijkverpleegkundige in de toekomst. Hierover zullen wij de Kamer informeren zodra de informatie beschikbaar is.

5

Waarom is onvoldoende resultaat geboekt op het gebied van preventie? Waarom zijn de percentages niet-rokers en niet drinkers 1 procent gedaald en weer gelijk aan het percentage in 2007? Welke concrete maatregelen zijn in de afgelopen tijd genomen en met welk resultaat?

Voor wat betreft roken is in 2008 de rookvrije horeca ingevoerd, de accijns op tabaksproducten verhoogd en is een stoppen met roken campagne uitgevoerd. Dit heeft geleid tot een – niet statistisch significante – stijging van het percentage niet-rokers met 1 procentpunt. Het cijfer voor 2009 is minder negatief dan op het eerste gezicht lijkt. In 2009 is het percentage rokers dat dagelijks rookt namelijk verder gedaald, maar is het percentage rokers dat wel eens rookt toegenomen. Het nettoresultaat is dat het percentage niet-rokers in 2009 na afronding 1 procentpunt lager ligt dan in 2008. Behalve de positieve trend voor wat betreft het percentage dagelijkse rokers is in 2009 ook het gemiddeld aantal gerookte sigaretten/shagjes afgenomen ten opzichte van 2008.

Voor wat betreft alcohol is in 2009 ter bescherming van jeugdige kijkers een alcoholreclameverbod op tv en radio van 6.00 uur 's morgens en 21.00 uur 's avonds ingevoerd. Bovendien is de opvoedcampagne gericht op ouders gecontinueerd. Daarnaast is – samen het bedrijfsleven – een nieuw logo gepresenteerd met de tekst «Geen 16? Geen druppel!». Plenaire behandeling van het wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet is door de Tweede Kamer aangehouden. Ik zal u zo snel mogelijk informeren over de voortgang van dit wetsvoorstel. Het percentage zware drinkers in de leeftijdsgroep tot 15 jaar is tot 0% gedaald (CBS 2010). Bij de oudere jongeren (15 tot 25 jaar) zien we ook een daling, zij het licht, van 18,6% naar 17,6%. Bij de volwassenen van 25 tot 45 jaar zien we echter een stijging van het percentage zware drinkers: in 2008 was dat 10,2% in 2009 12,5%.

6

Kan de regering uitleggen waarom het huidige preventiebeleid voortgezet wordt, ondanks dat de doelstellingen uit de Preventienota niet gehaald zijn? Kan de regering aangeven wat er met de kritiek van het RIVM en de IGZ is gedaan, die beiden concludeerden dat de effectiviteit van de gehanteerde interventies (o.a. door het Centrum Gezond Leven) zeer gering is?

In de landelijke nota gezondheidsbeleid zal ik inhoudelijk ingaan op beide publicaties, deze zal begin 2011 aan de kamer worden gestuurd. Tevens zal ik daarin aangeven welk beleid de komende 4 jaar de nadruk zal krijgen.

7

Als het opkomstpercentage voor de HPV-vaccinatie is tegengevallen, wat is dan de verklaring dat de uitgave voor de aanschaf van de vaccins hoger is uitgevallen?

De bestelling en levering van de vaccins vonden plaats voorafgaand aan de vaccinatiecampagne, op basis van een prognose van het opkomstpercentage. Op dat moment was het werkelijke opkomstpercentage nog niet bekend.

8

Waarom ligt kabinetsdoelstelling 45 (kwaliteit zorg zichtbaar verhogen in 2011 ten opzichte van 2006) nog steeds onvoldoende op schema? Is het nog reëel te veronderstellen dat de doelstelling wordt gehaald?

Met betrekking tot kabinetsdoelstelling 45a (het vergroten van patiëntveiligheid, reductie van de vermijdbare schade in de Nederlandse ziekenhuizen met 50%) kan ik u melden dat ik het Emgo/Nivel heb gevraagd het dossieronderzoek naar vermijdbare schade en sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen uit 2007 te herhalen. Op 24 november 2010 wordt dit onderzoek over dossiers van 2008 aan mij aangeboden. De eindmeting van de doelstelling wordt gedaan over dossiers van 2011/2012 en komt eind 2013 beschikbaar. Op dit moment kan ik nog geen uitspraken doen over het behalen van deze doelstelling. Wel wil ik erop wijzen dat het veiligheidsprogramma voor de ziekenhuizen pas in 2008 gestart is en ik daarom verwacht dat pas in 2011/2012 een grotere daling in de schade- en sterftcijfers te zien is.

9

De stand per ultimo 2009 laat zien dat de genomen maatregelen aan het einde van deze kabinetsperiode leiden tot een vermindering van de administratieve lasten voor bedrijven tot ca. 28 procent ten opzichte van de stand in 2007, terwijl de vermindering voor burgers circa 26 procent in uren en 80 procent in kosten bedraagt.

Op welke «stand» doelt het verslag hier en hoe is deze tot stand gekomen?

Bij de afspraken over de vermindering van administratieve lasten (AL) is afgesproken dat er een berekeningsbasis aan het begin van de (vorige) kabinetsperiode zou worden vastgesteld. Met «stand» wordt dan ook de vastgestelde hoeveelheid AL aan het begin van de vorige kabinetsperiode bedoeld, waarbij deze stand dus diende als berekeningsbasis voor de te behalen vermindering van AL.

Deze stand is berekend door het doorlopen van relevante wetgeving op informatieverplichtingen conform een rijksbreed vastgesteld – uniform – model (vastgelegd in het document «Meten is Weten 2, waarin uitleg over

de definitie en gebruik van het «standaardkostenmodel» als basis voor de vermindering van AI/regeldruk).

10

De aansluiting van zorgverleners op het LSP heeft in 2009 enige vertraging opgelopen. Wat is hiervan de oorzaak? Waaruit bestaat de extra stimulans, welke middelen worden hiervoor ingezet, en welke waarborgen zijn er dat de vertraging hiermee wordt weggewerkt?

De vertraging in het aantal aansluitingen in 2009 houdt verband met 1) de verlengde periode van informed consent (tot 12 Juli 2009) en de daarmee verband houdende uitgestelde openstelling van het Landelijk Schakelpunt (LSP) en 2) het gegeven dat een aantal ICT-leveranciers meer tijd nodig heeft gehad voor de aanpassing van hun systemen om te kunnen voldoen aan de eisen die Nictiz stelt voor kwalificatie.

Om zorgverleners te stimuleren om aan te sluiten op het LSP is de Subsidieregeling LSP in het leven geroepen. Door een verlenging van de subsidieregeling hebben zorgverleners tot 1 juli 2010 de gelegenheid gehad om subsidie aan te vragen. De hoogte van de subsidie is als volgt vastgesteld: huisartsenpraktijken: € 3 000 vermeerderd met € 1 per op naam ingeschreven verzekerde binnen de praktijk; huisartsdienststructuren: € 0,42 per inwoner binnen het werkgebied van de betreffende structuur; apotheken: € 5 000 voor elke vestiging die is vermeld in het register van de IGZ. Er zijn in totaal ruim 5 000 subsidieaanvragen ingediend (totaal bedrag: ruim € 35 miljoen). Per 24-09-2010 zijn circa 1 300 zorgverleners (op een totaal van 6663) vrijwillig aangesloten op het Landelijk Schakelpunt (LSP). Aansluiting van ruim 4 000 nieuwe zorgverleners is in behandeling.

11

De ontwikkeling van innovatieve producten voor de zorg komt met de inzet vanuit het Zorginnovatieplatform (ZIP) goed van de grond, zodat steeds meer zorgorganisaties en bedrijven hiervan kunnen profiteren. Kan de regering deze stelling onderbouwen door een overzicht te geven van innovatieve producten die ontwikkeld zijn met inzet vanuit het ZIP?

Het Zorginnovatieplatform (ZIP) heeft in 2009 en 2010 d.m.v. verschillende financiële instrumenten innovaties gestimuleerd. Naast financiering voor de ontwikkeling van producten of diensten zijn er ca. 600 zorginnovatievouchers uitgegeven. Deze vouchers zijn door zorgaanbieders en MKB gebruikt voor financiering van onderzoek gericht op toekomstige ontwikkeling van producten of diensten. Daarnaast zijn er verschillende Zorginnovatieprestatiecontracten (ZIPC) gefinancierd. Hiermee zijn 21 organisaties in staat gesteld om samenwerkingsverbanden binnen de zorg te verkennen. Doel van deze samenwerkingen is altijd het gezamenlijk (zorgaanbieders en MKB) werken aan innovatieplannen.

De producten of diensten die ontwikkeld zijn met inzet vanuit het ZIP zijn:

Financiering voor doorbraakprojecten:

- MijnZorgNet
- Monitor Woonvormen Dementie
- Pharmafilter

Financiering voor ontwikkeling van ideeën of concepten:

- I-Cane: indoor navigatiesysteem
- SPRING-UP: sta-op-stoel
- Levolab: zelfmanagement systeem voor Parkinson patiënten

- Preventie van maatschappelijke uitval door computersimulaties van schouderbreuken
- Rehab-4-life na beroerte
- «With al little help»: opsta- en transferhulpmiddel ouderen
- Handylags: hulpmiddel voor ouderen om zelf steunkousen aan te trekken
- Vital Health Signs: meetapparatuur voor lichaamsindicatoren
- Oogdrukoptimalisatie: Meet- en regelsysteem voor oogdruk
- SOFIE: Slimme ondersteunende fiets
- Lifestyle Support Programme: zorg-op-afstand toepassing
- CareBOX: sensornetwerk voor monitoring chronisch zieken
- Mobiel incontinentienotificatiesysteem
- Systeem voor zwaartekrachtinfusie in thuiszorg
- VITAtuinen: ontmoetingsplaatsen voor ouderen
- Gaming for Health
- Ontlasting collectiekit
- POMP: optimalisatie van polyfarmacie
- Symfonie Huis: woonconcept voor Marokkaanse ouderen
- Integrale veiligheidsscreening aan huis
- Online Sportvereniging
- Digitaal custom-made schoeisel
- Langer thuis met dementie door mantelzorgers
- Wonen60plus: vraaggericht woonconcept voor ouderen
- Human Monitoring Support System: monitoring dmv oorsensor
- Onafhankelijk Blijven: sensorgebaseerd dienstensysteem voor ouderen
- Crowdsourcing in de zorg

Financiering voor opschaling van bewezen innovaties:

- E-cardio Care
- E-mental Health
- Optema COPD Zorgomgeving
- Ervaringsdeskundigheid in de GGZ
- Geriotto Teleoncologie in Geriatrie
- Oogbus
- PAL 4 – zorg op afstand
- CoCo zelfmanagement in beweging
- Belevingsgericht werken

12

Met welke concrete maatregelen wordt geanticipeerd op het extra beroep op de arbeidsmarkt in de zorg? Van welke verwachtingen ten aanzien van vraag en aanbod wordt op dit moment uitgegaan?

In 2007 is door de toenmalige bewindslieden VWS het actieplan «Werken aan de zorg» opgesteld (kamerstuk 29 282 nr. 46). In het kader van dit actieplan hebben de toenmalige bewindslieden aan het ZorgInnovatie-Platform (ZIP) advies gevraagd voor de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek op de langere termijn. Eind 2009 heeft het ZIP advies uitgebracht, op basis waarvan overleg is gevoerd met sociale partners. Het resultaat is een aantal concrete maatregelen, dat -mede op basis van het Regeerakkoord- wordt uitgewerkt in de met sociale partners op te stellen gezamenlijke agenda die ook verwerkt zal worden in de arbeidsmarktbrief 2010 die eind 2010 naar de Tweede Kamer zal worden gestuurd.

In de gezamenlijke agenda zullen de volgende onderwerpen aan bod komen:

Opleidingsbeleid (Aansluiting initieel onderwijs en praktijk, stagefonds, FZO, investeren in medewerkers en EVC)
 Inzetbaarheid personeel (waaronder onregelmatig werken en deeltijdwerk, arbeidsomstandigheden en loopbaan)

Innovaties in de zorg (sociale innovatie, technologische innovatie en zorgvernieuwing)
Administratieve lasten (taskforce en andere trajecten)
Afstemming landelijk en regionaal arbeidsmarktbeleid
Werven in het buitenland

Bij ongewijzigd beleid zal de vraag naar arbeid met 2% per jaar groeien wat neerkomt op ongeveer 470 000 extra arbeidsplaatsen in 2025. Het arbeidsaanbod daarentegen zal niet sterk groeien. In 2025 wordt er een groei van arbeidsaanbod van ongeveer 20 000 arbeidsplaatsen verwacht (ZIP-advies).

13

Ten slotte is in 2009 de samenhang in uitvoering onderzocht van verschillende wetten die gericht zijn op (het bevorderen van) participatie. Dit zijn naast de Wmo de Wet werk en bijstand (Wwb), de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en de Wet investeren in jongeren (WIJ) (29 538, nr. 108). Hieruit blijkt dat gemeenten al in toenemende mate verbindingen leggen in de uitvoering van de participatiewetten. Is het onderzoek naar deze samenhang gepubliceerd en, zo ja, waar? Wil de regering toezeggen dat in een volgend jaarverslag bij dergelijke mededelingen een bronverwijzing wordt vermeld, bijvoorbeeld via de beproefde methode van een notenapparaat?

In het Kamerstuk 29 538, nr 108 worden de resultaten van (het onderzoek naar) de samenhang tussen Wmo, WWB, WSW en WIJ beschreven.

14

«Medio 2008 is de «Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen» in 44 gemeenten van start gegaan. De Impuls is in 2009 goed op gang gekomen en de eerste resultaten zijn overwegend positief.» In welke zin zijn de resultaten overwegend positief, en waaruit blijkt dit?

De impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) wordt op verschillende manieren geëvalueerd en gevolgd. Een jaarlijkse verplicht vragenlijstonderzoek, aanvullende telefonische gesprekken en gegevens van NASB-adviseurs laten (eind 2009) zien, dat de deelnemende gemeenten concrete plannen hebben gemaakt voor het in beweging brengen van inactieve groepen. Daarnaast is in de meeste gemeenten gestart met de daadwerkelijke opzet en uitvoer van projecten. Positief zijn verder de aandacht voor de inactieve doelgroep, en het enthousiast bezoeken van regionale bijeenkomsten over het NASB door de betreffende gemeenten. Op 30 juli 2010 is een brief aan de Tweede kamer gezonden (TK 30 234, nr. 29) met als bijlage tevens de tussentijdse resultaten van de 1^e tranche gemeenten. In 2010 zijn bovendien 58 gemeenten in de 2^e tranche gestart met de Impuls.

15

In budgettair opzicht heeft het kabinet in 2009 te maken gehad met veel tegenvallers. De totale overschrijding uit de actualisatie ten opzichte van de ontwerpbegroting 2009 bedraagt circa € 1,9 mln. In de curatieve zorg was de overschrijding circa € 1,6 mln. Voor de langdurige zorg was in 2009 een overschrijding van circa € 0,3 mln. zichtbaar. Weten ambtenaren het verschil tussen een miljoen en een miljard? Wat mag uit deze passage worden afgeleid over hun nauwkeurigheid en oplettendheid?

Helaas is er een vervelende fout gemaakt. De bedragen zijn in miljarden, niet in miljoenen.

16

De implementatie van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) heeft in 2009 een vlucht genomen en tot aanzienlijk meer activiteiten en kosten geleid dan oorspronkelijk geraamd.

Kan de regering toelichten welke activiteiten zo'n vlucht namen, en per activiteit duiden welke kosten daarvoor werden gemaakt?

In het eerste half jaar van 2009 is burgers de gelegenheid geboden op voorhand bezwaar te maken tegen opname in het EPD. Sinds medio juli 2009, na afronding van de initiele informatie periode aan burgers, kunnen de huisartsen, apothekers, huisartsenposten en ziekenhuizen op vrijwillige basis aansluiten op de landelijke infrastructuur. In oktober 2009 is tevens de testfase in de koploperprojecten afgerond. Daarmee heeft de overgang plaatsgevonden van testen van het gebruik van de landelijke infrastructuur in pilot-omgevingen, naar het gecontroleerd landelijk ter beschikking stellen van die infrastructuur op vrijwillige basis.

In navolging van de voorlichtingscampagne eind 2008 hebben in 2009 verschillende activiteiten plaatsgevonden, met de focus op informatievoorziening.

Het informeren van burgers via het klantenloket en de persoonlijke brief.

(€ 1,7 mln (Communicatie), € 2,7 mln (Ontwikkeling klantenloket))

Informed Consent (€ 11 mln)

De ontwikkeling van de toegang van de patiënt (€ 2,6 mln)

Variabele kosten van het UZI-register. (€ 6 mln)

Tot slot heeft de verlenging van de subsidieregeling voor zorgaanbieders plaatsgevonden, waarvoor in 2009 € 10 mln additioneel aan het budget van CIBG is toegevoegd.

17

Lagere ontvangsten bestuurlijke boetes wegens een te hoge raming en wijzigingen in de uitoefening van het toezicht. Het nieuwe interventiebeleid van de VWA is gebaseerd op een risicogerichte aanpak en zogenaamde «compliance assistance».

Kan de regering aangeven of de lagere ontvangsten hier het gevolg zijn van een betere naleving of juist van minder controle?

Er zijn meerdere factoren die leiden tot lagere ontvangsten aan bestuurlijke boetes. Een belangrijke factor is de wijziging in de manier waarop de VWA toezicht uitoefent. Hierdoor wordt een risicogerichte aanpak gecombineerd met nalevingsondersteuning. Verder heeft de invoering van «Hard waar moet zacht waar het kan» geleid tot meer sluitingen van bedrijven en minder boetes. Met deze aanpak werkt de VWA aan het doel om het bedrijfsleven beter de regels te laten naleven.

Een andere factor betreft de inning van de boetes die zijn opgelegd in het kader van de Tabakswet. Deze zijn in 2009 opgeschort in verband met lopende juridische procedures. Na de uitspraak van de Hoge Raad op 23 februari 2010 zijn deze alsnog in behandeling genomen.

Verder is in overleg tussen VWS en VWA afgesproken de productie in 2009 te verlagen in verband met de fusie tot de nVWA. Hierdoor zijn ca 5% minder inspecties uitgevoerd.

18

In 2009 is een kosten- en batenanalyse uitgevoerd van de inzet van tolken en vertaaldiensten. In verband met de aankomende aanbesteding van de tolk- en vertaaldiensten worden de resultaten niet openbaar gemaakt.

Kan de regering toelichten waarom het voor de aanbesteding van belang is dat de kosten- en batenanalyse geheim blijft?

In de kosten- en batenanalyse is gebruik gemaakt van commerciële vertrouwelijke informatie, bijvoorbeeld de toen geldende tarieven. Omdat het de belangen van de betrokken marktpartij (partij waarmee contract is afgesloten) kan schaden, mogen andere marktpartijen deze informatie niet in hun bezit krijgen.

19

Wat is het gebruik van faxapparatuur voor auditief gehandicapten, allergeenvrije/stofdichte hoezen en sta-op-stoelen nadat de vergoeding van deze hulpmiddelen in 2009 uit het Zvw-pakket is gehaald?

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft geen gegevens over hulpmiddelen die niet meer worden vergoed. Ik kan daardoor geen antwoord geven op uw vraag wat het gebruik is van faxapparatuur, allergeenvrije/stofdichte hoezen en sta-op-stoelen die uit het Zvw-pakket zijn gehaald.

20

Hoeveel diagnoses en behandelingen van ernstige dyslexie werden in 2009 vergoed door de Zvw? Welk aantal diagnoses en behandelingen werden er in 2008 verricht?

Uit de NZa monitor Curatieve GGZ 2009 blijkt dat tot oktober 2009 ongeveer 2 300 kinderen zijn aangemeld voor de diagnose dyslexie. Uit de registratie van DBC Onderhoud blijkt dat 200 in 2009 geopende DBC's voor dyslexie zijn gesloten (peildatum 1 juli 2010).

Dit verschil kan worden verklaard door het feit dat de aanpraak pas sinds 1 januari 2009 binnen de Zvw is opgenomen en de behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie een lange doorlooptijd kent (12 tot 18 maanden). Een groot deel van de in 2009 geopende DBC's zal na 1 juli 2010 gesloten worden.

Registratie van dyslexiezorg vindt momenteel plaats onder de productgroep «overige stoornissen in de kindertijd». In hoeverre er een aparte productgroep dyslexie binnen de DBC-systematiek moet komen, zal uit de beleidsevaluatie dyslexiezorg moeten blijken. Eind 2011 wordt het eindrapport van deze evaluatie verwacht.

21

Hoeveel en welk bedrag aan benzodiazepinen werd er in 2009 aangeschaft nadat deze uit het Zvw-pakket werden gehaald? Hoeveel en welk bedrag aan benzodiazepinen werd er in 2008 aangeschaft toen deze nog wel onder de dekking van het Zvw-pakket vielen?

Gegevens met betrekking tot extramuraal verstrekte geneesmiddelen worden door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzameld. De hoeveelheid verstrekte geneesmiddel wordt weergegeven in DDD's (Defined Daily Doses, Standaarddagdosering). De uitgaven zijn de kosten die een geneesmiddel met zich meebrengt opgehoogd met de aflever vergoeding.

In 2008 zijn 208,8 miljoen DDD's aan benzodiazepines verstrekt waarvan de uitgaven € 90,6 miljoen bedroegen. In 2009 werden er 176,9 miljoen DDD's aan benzodiazepines verstrekt waarvan de uitgaven 79,1 miljoen euro bedroegen. Sinds 2009 worden de benzodiazepines voor bepaalde indicaties nog wel vergoed. Dit resulteert erin dat van de 176,9 miljoen verstrekte DDD's er 57,1 miljoen worden vergoed die € 23,1 miljoen aan uitgaven met zich meebrengen.

22

Waarom wordt voor de bepaling van de uitgaven onder het BKZ niet gebruik gemaakt van één informatiebron? Welke problemen doen zich voor bij de huidige getrapte aanlevering en welke voordelen heeft het?

In de huidige situatie wordt uit twee bronnen de financiële informatie over de uitgaven onder het BKZ ingewonnen, namelijk vanuit het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) (financieringsgegevens) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (budgetgegevens).

Voor de gebudgetteerde aanbieders geldt dat het uitgavniveau wordt bepaald door de budgetten die op basis van de beleidsregels van de NZa tot stand komen. Die beleidsregels voorzien er ook in dat partijen afspraken over onder andere de productie maken en realisatiegegevens beschikbaar stellen aan de NZa voor de (definitieve) vaststelling van de budgetten.

De budgetafspraken over het jaar t worden voor de aanbieders in de cure uiterlijk 1 april jaar t door de NZa ontvangen, voor de aanbieders in de AWBZ gebeurt dat op twee momenten nl. de eerste budgetronde jaar t uiterlijk 1 november jaar t-1 en de herschikkingsronde t uiterlijk 1 november jaar t.

Voor de definitieve vaststelling van de budgetten zijn de realisatiegegevens van belang. Deze zijn dan ook pas na de vaststelling van het jaarverslag van de aanbieder beschikbaar. De indieningstermijn van de nacalculatie AWBZ wordt het komende jaar vervroegd naar uiterlijk 1 juni t+1. Voor de cure wordt uiterlijk op 1 april t+1 de voorlopige nacalculatie ontvangen en voor 1 juni t+1 de definitieve nacalculatie t.

Voor wat betreft de niet-gebudgetteerde sectoren en de vrijgegeven Zvw zorg (het zogenaamde B-segment) worden de gegevens van het CVZ gebruikt. Dit is de feitelijke financiering van de geleverde zorg. Hier stuurt de zorgverzekeraar elk kwartaal op vrijwillige basis de feitelijke en de nog te verwachten (declaratie)gegevens naar het CVZ en aan het eind van het kalenderjaar (juni) verplicht de door de accountant geaccordeerde jaarstaat.

23

Wie bepaalt in welk jaar de financieringsachterstanden neervallen? Op basis van het totale bedrag worden toch de kortingen en de ex post compensatie bedragen vastgesteld?

Voor de gebudgetteerde sectoren uit de AWBZ, ambulances en het rijksvaccinatieprogramma worden de productieafspraken van de NZa aangehouden. De gegevens over de financiering van deze productieafspraken zijn afkomstig van het CVZ.

Het verschil tussen deze twee bronnen is de financieringsvoorsprong of -achterstand. Verondersteld wordt dat deze financieringsvoorsprong of -achterstand in het dooropvolgende jaar wordt verrekend. Dit wordt dan ook in de VWS-registratie als een technische mutatie beschouwd waarvoor geen compensatie (korting) geldt.