

Vergaderjaar 2013–2014

33 940 XVI

Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota)

Nr. 3

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 23 juni 2014

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

De vragen zijn op 12 juni 2014 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 20 juni 2014 zijn ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

Vraag 1

Welke evaluaties ten aanzien van preventiebeleid zijn voorzien?

Antwoord 1

Binnenkort zal ik starten met de beleidsdoorlichting van het beleidsterrein Ziektepreventie. De afronding hiervan vindt plaats in 2015. In 2017 staat de beleidsdoorlichting van Artikel 1 integraal inclusief het Nationaal Programma Preventie (NPP) gepland. Voor meer informatie verwijs ik u naar het Overzicht evaluaties in de Begroting VWS 2014 (TK 2013–2014 33 750 XVI Nr. 2).

Vraag 2

Welke mutaties bij het Budgettair Kader Zorg (BKZ) hebben een structureel effect? Wat betekent dit voor de ruimte onder het BKZ in de periode 2015–2017?

Antwoord 2

Zoals in tabel 7 op pagina 31 en 32 is weergegeven, is er sprake van een onderschrijding van de netto-BKZ-uitgaven van circa € 2 miljard in 2015 oplopend tot circa € 2,1 miljard in 2018. De mutaties in de jaren 2015–2018 hangen vooral samen met de verwerking van de meest recente uitvoeringsinformatie van de NZa en het Zorginstituut Nederland (actualiseringscijfers). Zoals in de eerdergenoemde tabel is weergegeven, heeft circa – € 1,8 miljard van de mutaties een structureel effect. De belangrijkste structurele mutaties doen zich voor bij de eerstelijnszorg (circa – € 120 miljoen), de geneesmiddelen (circa – € 730 miljoen), nominaal en onverdeeld Zvw (circa – € 350 miljoen), de zorg in natura (circa + € 400 miljoen), nominaal en onverdeeld AWBZ (circa – € 510 miljoen) en de Wmo (circa – € 440 miljoen). De reeks onder nominaal en onverdeeld bij de Zvw en de AWBZ betreft voornamelijk mutaties van de raming van de loon- en prijsbijstelling. De reeks bij de Wmo betreft voornamelijk mutaties van de gereserveerde middelen op de aanvullende post bij Financiën.

De structurele doorwerking van de netto-BKZ-uitgaven betekent niet dat het BKZ in die periode daadwerkelijk met circa € 2 miljard onderschreden gaat worden. Het BKZ kan in de loop van 2015–2018 nog bijgesteld worden.

Vraag 3

Welke onzekerheden, die het CPB in het Centraal Economisch Plan 2014 noemen, hebben invloed op de zorgramingen voor 2014? Hoe is daar in de Voorjaarsnota rekening mee gehouden? Welke invloed hebben deze onzekerheden op de ramingen voor de jaren 2015 en volgende?

Antwoord 3

Het CPB noemt in het CEP drie onzekerheden in de zorg. Een onzekerheid betreft het lagere groeitempo bij ziekenhuiszorg en geneesmiddelen waar in de ramingen van de Voorjaarsnota van uit is gegaan. Het kabinet gaat er vanuit dat de afspraken uit de hoofdlijnenakkoorden bij de ziekenhuizen gerealiseerd zullen worden. Ten aanzien van de geneesmiddelen is de groei van de uitgaven na 2013 beperkt verlaagd. Een onzekerheid die het CPB noemt betreft de mogelijkheid en bereidheid van verzekeraars om bij de nominale premie 2015 beneden lastendeckend niveau vast te stellen. Deze onzekerheid betreft niet de zorguitgaven, maar de premie-inkomsten. De Voorjaarsnota bevat geen premieraming. Een derde onzekerheid die het CPB noemt betreft de haalbaarheid van de beoogde besparingen als gevolg van de hervorming langdurige zorg (HLZ). Ten opzichte van de eerder ingeboekte bedragen is er bij HLZ extra geld beschikbaar gekomen voor overgangsrecht. Daarnaast zijn er

afspraken gemaakt met de betrokken partijen. De resterende besparingen moeten daarom haalbaar zijn. De verzachtingen HLZ en de dekking worden overigens niet in de Voorjaarsnota, maar in de begroting 2015 gepresenteerd.

Vraag 4

Hoe komt de regering op de extra bijdrage uit de BIKK van € 382,5 mln.?

Antwoord 4

Na het verschijnen van de begroting 2014 is besloten het belastingtarief in de eerste schijf te verlagen van 5,85% naar 5,1%. Omdat de heffingskortingen worden verdeeld over belastingen en premies naar rato van hun aandeel in de eerste schijf, daalt door die verlaging van het belastingpercentage het aandeel van de heffingskortingen dat in mindering wordt gebracht op de belastingen. Het deel van de heffingskortingen dat neerslaat in de AWBZ-premie, AOW-premie en ANW-premie stijgt hierdoor. Door een verhoging van de BIKK worden deze fondsen hiervoor gecompenseerd.

Vraag 5

Welke financiële onderbouwing ligt ten grondslag aan de korting op de zorgtoeslag met € 504,6 mln.?

Antwoord 5

De belangrijkste reden van de bijstelling is het lager vaststellen van de nominale premie 2014 door verzekeraars dan geraamd in de begroting 2014.

Dit heeft er toe geleid dat de standaardpremie 2014 € 132 lager is vastgesteld dan waarmee gerekend werd in de begroting 2014. De zorgtoeslag komt daardoor (maximaal) € 132 per ontvangend huishouden lager uit.

Vraag 6

Kan de levering van vaccins ter uitvoering van het RVP worden gegarandeerd, nu de uitzondering op het eigen vermogen van het RIVM niet langer wordt gecontinueerd? Zo ja, hoe?

Antwoord 6

Het niet langer continueren van de uitzondering op het eigen vermogen van het RIVM geeft op de korte termijn geen problemen m.b.t. de levering van vaccins ter uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Mocht op termijn onvoorzien de financiële positie van het RIVM dermate verslechteren dat de financiering van het RVP en daarmee de levering van vaccins onder druk komt te staan, dan zal vroegtijdig in overleg met de Ministeries van Financiën en VWS naar een passende oplossing worden gezocht om de uitvoering van het RVP te kunnen blijven garanderen.

Vraag 7

Wat bedoelt de regering met «De ontvangstenraming wanbetalers en onverzekerden wordt op een realistisch niveau gebracht»?

Antwoord 7

De in de ontwerpbegroting 2014 opgenomen raming van ontvangsten uit hoofde van de aanpak van wanbetalers en onverzekerden was nog gebaseerd op een in een eerder jaar opgestelde raming van aantallen wanbetalers en onverzekerden. Ook lag aan de raming een uit een eerder jaar afkomstige inschatting van de slagingskans om de aan de wanbetalers op te leggen bestuursrechtelijke premie en de aan onverzekerden op te leggen boetes daadwerkelijk te innen ten grondslag. Actualisering van het aantal wanbetalers en onverzekerden en nieuwe inzichten over de

slagingskans om de bestuursrechtelijke premie daadwerkelijk te innen hebben geleid tot een aanpassing van de raming. In de 1^e suppletoire begroting 2014 zijn de ontvangsten wanbetalers en onverzekerden – in overleg met het Ministerie van Financiën – voor 2014 en 2015 op een niveau gebracht dat aansluit bij deze nieuwe inzichten.

Vraag 8

Hoeveel wanbetalers zijn nu bij Zorginstituut Nederland (voorheen het CVZ) geregistreerd? Wat is het verloop van mensen die uitstromen en instromen?

Antwoord 8

Er zijn momenteel (stand 1 juni 2014) 325.000 wanbetalers geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. De stand ultimo 2013 bedroeg 316.000. In het gehele jaar 2013 zijn er bijna 127.000 burgers aangemeld als wanbetalers. In diezelfde periode zijn er bijna 110.000 burgers afgemeld.

Vraag 9

Hoelang zit de langst bekende wanbetaler in het regime van het Zorginstituut Nederland?

Antwoord 9

De wanbetalersregeling is eind 2009 aangevangen. In de periode van eind 2009 tot eind 2010 hebben de zorgverzekeraars hun toen bestaande populatie wanbetalers aangemeld bij het Zorginstituut (275.000 burgers). Van die oorspronkelijke groep bevinden zich nog 100.000 burgers in het regime; zij zitten inmiddels 4 jaar in de regeling.

Vraag 10

Waarom vindt er een (structurele) mutatie plaats t.a.v. het beleid medische ethiek?

Antwoord 10

Aan deze mutatie ligt geen beleidsinhoudelijke wijziging c.q. beweegreden ten grondslag. Het betreft een financieel technische mutatie tussen verschillende instrumenten binnen hetzelfde beleidsterrein als gevolg van de invoering van Verantwoord Begroten. In dit geval betreft het een structurele overheveling van het instrument Subsidies naar het instrument Opdrachten.

Vraag 11

Waarom is € 8.8 mln. minder nodig voor ziektepreventie dan begroot?

Antwoord 11

Ik neem aan dat u hiermee de mutatie van +/- € 8,806 miljoen bedoelt die in de tabel Budgettaire gevolgen van beleid Artikel 1 Volksgezondheid is opgenomen onder Bevolkingsonderzoeken. Dit wordt met name veroorzaakt door een afboeking van € 9,6 miljoen met betrekking tot antivirale middelen. In de afgelopen periode is uit onderzoek van de fabrikant en van het RIVM gebleken dat de houdbaarheid van antivirale middelen langer is dan de eerder aangegeven periode. In afwachting van het advies van de Gezondheidsraad over de eventuele aanschaf van antivirale middelen (verwacht najaar 2015) zal in 2014 niet tot vervanging worden overgegaan en komen de gereserveerde middelen voor 2014 niet tot besteding.

Vraag 12

Hoe wordt de € 11.8 mln. besteed die is begroot voor «gezonde voeding»?

Antwoord 12

De € 11,8 mln. is het totaal aan mutaties tussen diverse instrumenten (subsidies, opdrachten en dergelijke) op het thema gezonde voeding en gezond gewicht, leidend tot de juiste budgetstand bij subsidies, namelijk € 10,2 mln. Dit bedrag wordt onder andere besteed aan het Voedingscentrum, het Convenant Gezond Gewicht (inclusief JOGG), het Vignet Gezonde School en het realiseren van gezonde schoolpleinen.

Vraag 13

Hoe wordt een gezonde leefstijl voor de jeugd concreet bevorderd? Welke maatregelen worden ingezet?

Antwoord 13

Er wordt extra aandacht besteed aan een gezonde leefstijl bij de jeugd. De minimumleeftijd waarop aan jongeren alcohol en tabak verkocht mag worden is op 1 januari 2014 van 16 naar 18 jaar gegaan. Onder de 18 jaar mogen jongeren ook geen drank in bezit hebben. Met de campagne NIX 18 worden ouders, jongeren, en de alcohol- en tabakverkopers voorgelicht over de nieuwe leeftijdsgrens. Het uitgangspunt van de campagne is het veranderen van de sociale norm, namelijk dat je niet rookt of drinkt onder de 18 jaar.

Tevens wordt in ingezet op het aanleren en stimuleren van een gezonde leefstijl, weerbaarheid, vroege signalering van risico's en het stellen van grenzen. Dit vindt onder andere plaats in het kader van Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl, de impuls gezonde leefstijl jeugd (Jeugdimpuls), de regeling buurtsportcoaches en het programma Gezonde Schoolpleinen. Het Trimbos Instituut ontvangt subsidie voor het uitvoeren van activiteiten die gericht zijn op preventie van (schadelijk) alcohol-, tabaks- en drugsgebruik.

In het Begrotingsakkoord 2013 zijn middelen (in totaal € 26,0 miljoen) vrijgemaakt voor een extra inzet op de bestrijding van overgewicht bij kinderen. De middelen worden ingezet via een intensivering van het programma Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), de Gezonde Schoolkantine en de Sportimpuls Kinderen op Sportief Gewicht. In lijn met de voorgenomen inzet om scholen te ondersteunen bij hun gezondheidsbeleid is een stimuleringsregeling voor gezondere schoolpleinen gestart. Ook wordt een extra contactmoment voor adolescenten ingevoerd als uitvloeisel van het besluit om het huidige basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg te moderniseren en een aantal inhoudelijke wijzigingen aan te brengen; dit naar aanleiding van het advies «Een stevig fundament, Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg» (TK 31 839, nr. 272).

Vraag 14

Kan de regering toelichten waarom komende jaren een negatieve mutatie plaatsvindt bij het Nationaal Programma Preventie, terwijl de kracht van dit programma juist lijkt te liggen in de stapsgewijze uitrol van initiatieven en groeiende publiek-private samenwerking?

Antwoord 14

Het betreft een overboeking naar het Gemeentefonds i.v.m. het kabinetsbesluit tot uitbreiding van de doeluitkering «Gezond in de stad». Het gaat om € 5 miljoen per jaar voor de periode 2014–2017. Een aantal middelgrote steden en plattelandsgemeenten in met name de krimpgebieden kan hierdoor ook wijkgericht werken aan gezondheidsachterstanden. Deze doeluitkering maakt onderdeel uit van het Nationaal Programma Preventie (TK 32 793, nr. 102).

Vraag 15

Kan de regering toelichten in hoeverre een negatieve mutatie voor de komende jaren op de gebieden infectieziektebestrijding en bevordering van seksuele gezondheid verantwoord is?

Antwoord 15

Ik neem aan dat u hiermee de mutatie van +/- € 150.000 bedoelt die in de tabel Budgettaire gevolgen van beleid Artikel 1 Volksgezondheid is opgenomen onder RIVM: Infectieziektebestrijding en/of bevordering seksuele gezondheid. Dit betreft een overboeking naar het Ministerie van Veiligheid en Justitie in verband met het stopzetten van hun bijdrage aan de stichting Arq.

Vraag 16

Kan de regering de negatieve mutaties op de Gezondheidsbevordering toelichten, met name wat betreft de subsidies aan «Preventie van schadelijk middelengebruik» en de «Gezonde leefstijl jeugd»?

Antwoord 16

Aan deze mutaties liggen geen beleidsinhoudelijke wijzigingen c.q. beweegredenen aan ten grondslag. Het gaat om financieel-technische mutaties tussen verschillende instrumenten binnen hetzelfde beleids-terrein als gevolg van invoering van Verantwoord Begroten.

Vraag 17

Waarom worden de subsidies voor het voorkomen van schadelijk middelengebruik de komende jaren afgebouwd? Welke activiteiten zullen worden gestaakt en hoe verhoudt zich dit tot de doelstellingen die de regering heeft ten aanzien van het terugdringen van schadelijk middelengebruik, in het bijzonder in relatie tot jongeren?

Antwoord 17

Aan deze mutaties liggen geen beleidsinhoudelijke wijzigingen c.q. beweegredenen aan ten grondslag. Het gaat om financieel-technische mutaties tussen verschillende instrumenten binnen hetzelfde beleids-terrein als gevolg van invoering van Verantwoord Begroten.

Vraag 18

Waarom worden de subsidies gericht op het voorkomen van overgewicht bij jongeren de komende jaren afgebouwd? Welke activiteiten worden gestaakt, en hoe verhoudt zich dit tot de doelstellingen die de regering heeft ten aanzien van het terugdringen van overgewicht en het reduceren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

Antwoord 18

Aan deze mutaties liggen geen beleidsinhoudelijke wijzigingen c.q. beweegredenen aan ten grondslag. Het gaat om financieel-technische mutaties tussen verschillende instrumenten binnen hetzelfde beleids-terrein als gevolg van invoering van Verantwoord Begroten. Er worden in 2014 geen activiteiten gestaakt op het gebied van overgewichtbestrijding bij kinderen.

Vraag 19

Hoe onderbouwt de regering de positieve mutaties ten aanzien van JOGG? Betekent dit dat de regering zeer tevreden is over de voortgang en de resultaten die de JOGG-aanpak oplevert, of wordt er een positieve mutatie ingezet om de voortgang te versnellen?

Antwoord 19

Hiervoor verwijs ik naar het antwoord op vraag 12. De mutaties betreffen niet alleen JOGG en zijn financieel-technisch van aard.

Los daarvan ben ik tevreden over de voortgang van JOGG en verwijs ik voor inhoudelijke onderbouwing, voorbeelden en verwachtingen graag naar mijn brief van 7 april jongstleden (TK 31 899, nr. 23).

Vraag 20

Wat is de toelichting bij de wijzigingen in onderdeel 3 van artikel I Volksgezondheid?

Antwoord 20

Het gaat grotendeels om financieel-technische mutaties tussen verschillende instrumenten binnen hetzelfde beleidsterrein als gevolg van invoering van Verantwoord Begroten. Aan deze mutaties liggen geen beleidsinhoudelijke wijzigingen c.q. beweegredenen aan ten grondslag. In deze gevallen betreffen het overhevelingen tussen instrumenten Subsidies, Opdrachten en bijdragen Medeoverheden en of Agent-schappen.

Vraag 21

Wat is de verklaring voor de structurele stijging in de hoogte van het subsidiebedrag voor de post zwangerschap en geboorte?

Antwoord 21

Er lijkt sprake te zijn van een structurele stijging maar dat is niet zo. Het gaat hierbij om een (technische) herschikking. Het budget wordt vanaf 2014 in de vorm van subsidies verstrekt waar dat voorheen in de vorm van opdrachten was voorzien.

Vraag 22

Wat is de verklaring voor de structurele daling in de hoogte van het subsidiebedrag voor de post donorregister?

Antwoord 22

De kosten van het Donorregister dalen door een combinatie van factoren. Enerzijds komt dit door een efficiëntere werkwijze in verband met een toegenomen digitalisering. Anderzijds vervallen in voorgaande jaren opgenomen kosten in verband met migratie van systemen.

Vraag 23

Waarom wordt het bedrag van € 1.7 mln. voor de bestrijding van zorgfraude met € 1.6 mln. verlaagd?

Antwoord 23

Deze neerwaartse bijstelling betreft een technische overboeking die deels binnen VWS plaatsvindt en deels naar andere ministeries gaat. Het gaat hierbij met name om middelen ten behoeve van het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZB) dat in 2014 via de VWS-begroting bekostigd wordt. De personele kosten van andere departementen die personele inzet beschikbaar stellen ten behoeve van het EZB worden in 2014 ook gedekt uit de VWS-begroting. Door middel van deze mutatie vindt de overboeking plaats zodat de middelen op de plek terecht komen waarop de uitputting plaatsvindt.

Vraag 24

Voor de financiering voor anonieme e-health wordt in 2014 een positieve mutatie ingeboekt. Hoe gaat de regering de beschikbaarheid van anonieme e-health waarborgen in de komende jaren? In hoeverre wordt er gewerkt aan een structurele oplossing en wanneer verwacht de regering uitsluitel?

Antwoord 24

Er ligt een wetsvoorstel in uw kamer m.b.t. de bekostiging van anonieme e-mental health. Uw kamer heeft schriftelijke vragen gesteld over dit wetsvoorstel. Ik verwacht u op afzienbare termijn de nota naar aanleiding van het verslag te kunnen sturen. Op dit moment is het tijdelijke subsidie-beleid van kracht waarmee anonieme e-mental health wordt bekostigd.

Vraag 25

Hoeveel meldingen heeft de regering gekregen van mensen die afzien van zorg vanwege de hoogte van het eigen risico?

Antwoord 25

Bij VWS komen mails en brieven binnen over het eigen risico. Naar schatting zijn dat op jaarbasis ongeveer 75 brieven en 150 e-mails. Hieronder vallen onder meer vragen en opmerkingen over de hoogte van het eigen risico, de compensatie eigen risico en de vraag welke zorg onder het eigen risico valt. Soms geven mensen aan dat de hoogte van het eigen risico een rol speelt bij hun afwegingen over zorggebruik. Aangezien burgers in hun meldingen dikwijls verschillende opmerkingen maken over het eigen risico, is er geen expliciete registratie van het aantal meldingen over het afzien van zorg vanwege de hoogte van het eigen risico.

Overigens heeft het mogelijk afzien van zorg vanwege de hoogte van het eigen risico wel degelijk mijn aandacht. In oktober 2013 heb ik hierover een onderzoek van Intomart GFK aan de Kamer gestuurd. Daaruit bleek dat het percentage mensen dat ongewenst heeft afgezien van zorg vanwege de kosten beperkt is. Bovendien lag dit percentage in 2013 lager dan in 2012, ondanks de verhoging van het eigen risico van € 220 in 2012 naar € 350 in 2013.

Het onderzoek van Intomart GFK is gebaseerd op de perceptie van verzekerden. Om deze reden laat ik ook een onderzoek uitvoeren naar het daadwerkelijke zorggebruik. Ook wordt er een verkenning uitgevoerd, waarbij Nederland met een aantal andere Westerse landen wordt vergeleken. Deze verkenning richt zich op het verzekerd pakket voor de curatieve zorg en de financiering van dat pakket, waaronder de eigen betalingen.

Vraag 26

Waarom is een overboeking van € 12,4 mln. aan het Zorginstituut Nederland in het kader van de regeling wanbetalers en onverzekerden noodzakelijk?

Antwoord 26

De in de 1^e Supplettoire Wet genoemde overboeking betreft een technische boeking tussen artikel 2 en artikel 4 van de VWS-begroting omdat de aan Zorginstituut Nederland te vergoeden uitvoeringskosten in het kader van de aanpak van wanbetalers en onverzekerden vanaf begrotingsartikel 4 worden betaald.

Vraag 27

Wat is de dekking voor de intensivering mantelzorgcompliment?

Antwoord 27

Dekking vindt plaats binnen de VWS-begroting (artikel 3). Het betreft € 5,5 miljoen minder projectsubsidies en opdrachten op het gebied van geweld in afhankelijkheidsrelaties, informele zorg en werking Wmo en € 5,5 miljoen minder projectsubsidies en opdrachten in de sfeer van de toegankelijkheid en kwaliteit langdurige zorg.

Vraag 28

Hoe worden de middelen voor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor de nieuwe taken ten gevolge van de Wet langdurige zorg (Wlz) gedekt?

Antwoord 28

De middelen voor de nieuwe taken ten gevolge van de Wlz bij het CIZ zijn beschikbaar binnen het bestaande kader.

Vraag 29

Waarom worden de middelen voor respectievelijk Kwaliteit Palliatieve Zorg, Informatievoorziening zorg en ondersteuning, het Deltaplan dementie en het nationaal programma ouderenzorg verminderd?

Antwoord 29

De middelen voor de genoemde programma's worden niet verminderd, maar zijn overgeboekt naar andere artikelen binnen de VWS-begroting. ZonMW voert activiteiten uit voor kwaliteit palliatieve zorg, het deltaplan dementie alsmede het nationaal programma ouderenzorg. De middelen zijn overgeboekt naar artikel 4.

De middelen voor de uitvoering van het programma Informatievoorziening zorg en ondersteuning zijn overgeboekt naar artikel 10.

Vraag 30

Wat is de reden voor de negatieve mutatie van € 15 mln. in 2016 op de subsidie van het CIZ, terwijl het CIZ in de nieuwe Wlz volledig verantwoordelijk wordt voor de indicatiestelling?

Antwoord 30

Als gevolg van de hervorming van de langdurige zorg ondergaat het werk van het CIZ forse wijzigingen. Niet alleen de omvang van de hoeveelheid indicatiebesluiten, ook de inhoud van de besluiten «nieuwe stijl» en werkwijze veranderen. Op basis van een eerste doorrekening van de uitvoeringslast bij het CIZ als gevolg van de herziening van de langdurige zorg is uitgegaan van een overschot vanaf 2016. Op dit moment werkt het CIZ een klantbedieningsconcept uit dat mede de basis vormt voor een herzien meerjarekader voor de financiering van de activiteiten van het CIZ in het kader van de indicatiestelling voor de Wlz.

Vraag 31

Waarom wordt een groot deel van de programma's Kwaliteit Palliatieve zorg, Informatievoorziening zorg en ondersteuning, het Deltaplan dementie en het Nationaal programma ouderenzorg verminderd?

Antwoord 31

Zie het antwoord op vraag 29.

Vraag 32

Hoeveel verzorgingshuizen zijn in 2014 inmiddels gesloten?

Antwoord 32

Er wordt landelijk geen overzicht bijgehouden met verzorgingshuizen die sluiten. Op basis van een recente enquête onder haar leden heeft ActiZ aangegeven dat er in het afgelopen jaar enkele tientallen verzorgingshuizen zijn gesloten. Overigens was ook in voorgaande jaren de trend al zichtbaar dat mensen langer thuis bleven wonen. Tussen 1980 en 2010 is het aantal verzorgingshuisplaatsen afgenomen van 150.000 naar ongeveer 84.000. Dat betekent in de afgelopen 30 jaar een afname met gemiddeld 2.200 verzorgingshuisplaatsen per jaar, hetgeen overeen komt met ongeveer 30 locaties per jaar.

Vraag 33

Hoeveel mensen zijn verhuisd door het sluiten van hun zorginstelling, of de locatie van de zorginstelling?

Antwoord 33

Zie antwoord op vraag 32.

Vraag 34

Hoeveel mensen die werkten in de zorg zijn hun baan verloren in 2014?

Antwoord 34

Over 2014 zijn nog maar beperkt cijfers beschikbaar. Twee bronnen geven cijfers over de werkgelegenheidsontwikkeling in het eerste kwartaal van 2014. Op basis van CBS-cijfers is de werkgelegenheid gedaald met 16.000 werknemers. PGGM-cijfers daarentegen laten een groei van 500 werknemers zien in het eerste kwartaal van 2014 (exclusief academische ziekenhuizen).

Voor beide bronnen geldt dat het voorlopige cijfers betreft. Tevens geldt voor beide bronnen dat het om een saldo van instroom en uitstroom gaat. Onderscheid daartussen is op dit moment niet te maken.

Vraag 35

Hoe onderbouwt de regering de negatieve mutaties ten aanzien van de uitvoering van de CIBG-subsidieregeling (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg)? Wat betekent dit voor de taken en de rol van het CIBG?

Antwoord 35

Per 1 juli 2013 is de uitvoering van subsidies voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties overgegaan van het CIBG naar VWS-kern. Als gevolg hiervan is de raming van de kosten voor het CIBG voor deze taak met € 930.000 neerwaarts bijgesteld. Deze middelen worden ingezet voor de uitvoeringskosten die VWS-kern voor deze taak maakt. Een deel van het budget blijft beschikbaar voor het CIBG ter dekking van onvermijdelijke frictiekosten.

Vraag 36

Waarom zijn voor komende jaren positieve mutaties nodig voor het functioneren van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)?

Antwoord 36

De mutaties betreffen voornamelijk extra middelen voor intensivering van het toezicht en de fraudebestrijding in de zorg.

Vraag 37

Wat is de reden van de afboeking van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ)?

Antwoord 37

De bouwregimes voor de curatieve- en de langdurige zorg zijn per 1 januari 2008 respectievelijk 1 januari 2009 afgeschaft. Daarmee zijn de wettelijke taken van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) komen te vervallen. Het CBZ blijft vooralsnog bestaan, maar houdt zich alleen bezig met de afwikkeling van de liquidatie. In lijn hiermee zijn de uitgaven de afgelopen jaren afgenomen en is daarom de structurele raming naar beneden bijgesteld.

Vraag 38

Wat is de oorzaak van de vertraagde betalingen zorgtoeslag en Wtcg, waardoor € 571 mln. minder nodig is?

Antwoord 38

Uit de tabel bij artikel 8 blijkt dat sprake is van € 439 miljoen lagere uitgaven. Dit betreft het saldo van een verlaging van het budget van zorgtoeslag met € 505 miljoen en een verhoging van het budget van de Wtcg met € 66 miljoen. De verhoging van het Wtcg budget wordt veroorzaakt door een vertraagde uitbetaling van een deel van de Wtcg tegemoetkomingen 2012. Door het inkomensafhankelijk maken van de Wtcg is uitbetaling daarvan vertraagd.

De verlaging van de uitgavenraming zorgtoeslag is een gevolg van het lager vaststellen van de nominale premie 2014 door verzekeraars dan geraamd in de VWS-begroting 2014. De standaardpremie 2014 is uiteindelijk € 132 lager vastgesteld dan waarmee gerekend werd in de begroting 2014. De zorgtoeslag komt daardoor (maximaal) € 132 per huishouden lager uit en leidt op macroniveau tot een ramingsbijstelling van € 505 miljoen.

Vraag 39

Hoe groot is het deel van de uitbetalingen van de tegemoetkomingen van de Wtcg dat vertraagd is, en wanneer zijn de achterstallige betalingen voltooid?

Antwoord 39

In totaal is er in 2013 € 326 miljoen betaald aan Wtcg-tegemoetkomingen. Hiervan betrof circa € 260 miljoen uitbetalingen over tegemoetkomingsjaar Wtcg 2012. Door het inkomensafhankelijk maken van de Wtcg is uitbetaling van een deel van de tegemoetkomingen Wtcg 2012 vertraagd. Het gaat om een bedrag van circa € 65 miljoen aan tegemoetkomingen Wtcg 2012 die niet tot uitbetaling zijn gekomen in 2013. De vertraagde betaling hiervan heeft inmiddels in het eerste kwartaal van 2014 plaatsgevonden.

Vraag 40

Waardoor worden de lagere uitgaven zorgtoeslag precies veroorzaakt?

Antwoord 40

Zie het antwoord op vraag 5.

Vraag 41

Wat is de oorzaak van de verzesvoudiging van de externe inhuur?

Antwoord 41

De externe inhuur verzesvoudigt niet. Het betreft een technische bijstelling van de raming van de post externe inhuur, waarbij middelen van andere onderdelen van de begroting zijn toebedeeld aan deze post. De verwachting is dat VWS evenals in 2013 binnen de gestelde norm van 10% blijft. In absolute zin bedroegen de uitgaven ten behoeve van externe inhuur bij het kernministerie in 2013 ruim € 13 mln.

Vraag 42

Wat wordt bedoeld met het begrip «taakstellende onderuitputting»?

Antwoord 42

De ervaring leert dat door onvoorziene omstandigheden, nieuwe ontwikkelingen en vertragingen jaarlijks sprake is van geraamde uitgaven die niet (volledig) worden gerealiseerd. Het is echter op voorhand niet duidelijk op welke artikelen sprake zal zijn van lagere uitgaven dan waarmee bij de opstelling van de begroting rekening is gehouden. Op de begroting van VWS is op het artikel Nominaal en onvoorzien een taakstelling verwerkt in verband met te verwachten onderuitputting. Jaarlijks wordt deze taakstelling bij tweede suppletore begroting

ingevuld, als er concreet zicht is op het hoe en waarom van lagere uitgaven op artikelniveau. De standen op artikelniveau worden dan verlaagd ter dekking van de taakstelling op het artikel Nominaal en onvoorzien.

Vraag 43

Hoe verhoudt de onderschrijding op de eerstelijnszorg zich tot de wens tot meer substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg?

Antwoord 43

Uit de voorlopige realisatiecijfers 2013 is een onderschrijding te zien op de eerstelijnszorg, waaronder de huisartsenzorg. Ik interpreteer dit zo dat er ook binnen het kader en de groei die daarover in het Onderhandelaarsakkoord eerste lijn 2014–2017 is afgesproken voldoende mogelijkheden zijn om zorg naar de eerste lijn te substitueren. Gelet op de afspraken in de akkoorden, die in de zomer van 2013 gesloten zijn, verwacht ik dat partijen de komende jaren stevig in gaan zetten op substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn alsmede naar zelfzorg en preventie.

Vraag 44

Wat is de onderbouwing van de kostenstijging AWBZ, dat vooral wordt verklaard door toename van de kapitaallasten? Hoe komt dit precies, en is dit structureel?

Antwoord 44

De kostenstijging van de AWBZ betreft een doorwerking van de realisatiegegevens van de NZa over 2013. De nacalculatie van de kapitaallasten was in 2013 hoger dan verwacht. De tegenvaller betreft hoofdzakelijk de doorwerking van de in 2012 gestegen kapitaallasten vanwege eerder in gebruik genomen nieuwe capaciteit en vanwege de compensatieregeling immateriële vaste activa. Deze toename heeft deels geen structureel karakter aangezien de kapitaallasten zoals afgesproken geleidelijk worden genormeerd in de periode van 2012 tot 2018. Vanaf 2018 zal de bekostiging plaatsvinden via integrale tarieven. Dit betekent dat het tarief van een zorgzwaartepakket niet alleen een vergoeding bevat voor loon- en materiële kosten maar ook een normatieve vergoeding voor kapitaallasten. Er is dan geen sprake meer van nacalculatie van kapitaallasten. De periode tot 2018 is een overgangstraject waarin ieder jaar een steeds groter deel van de kapitaallasten via de productiegebonden normatieve huisvestingscomponent (nhc) wordt vergoed. Het aandeel van de kapitaallasten dat wordt nagecalculeerd, neemt ieder jaar af. In 2014 wordt nog 70% van de kapitaallasten nagecalculeerd, 30% wordt bekostigd via de normatieve huisvestingscomponent. In 2018 zullen de kapitaallasten 100% via de normatieve huisvestingscomponent worden vergoed.

Vraag 45

Wanneer verwacht de regering voor de curatieve ggz en de medisch-specialistische zorg volledige en betrouwbare realisatiecijfers over 2013 beschikbaar te hebben?

Antwoord 45

Voor de medisch specialistische zorg verwacht VWS begin 2015 betrouwbare realisatiecijfers over 2013 te hebben, zoals toegelicht in de brief van 23 mei 2014 over de jaarrekeningen ziekenhuizen. Voor de curatieve GGZ verwacht VWS in het eerste kwartaal 2015 de eerste betrouwbare realisatiecijfers over 2013 te ontvangen.

Verbetering van de informatievoorziening is een van de speerpunten van mijn beleid. De door mij ingestelde stuurgroep Verbetering informatie-

voorziening zorguitgaven heb ik in dat kader drie opdrachten meegegeven: de informatievoorziening over de zorguitgaven na afloop van een boekjaar te versnellen, de monitoring van die uitgaven in de loop van het jaar te verbeteren en ten slotte instrumenten te ontwikkelen om de ontwikkelingen in de zorguitgaven te verklaren. Hierover ontvangt de Kamer voor de zomer een voortgangsrapportage. Met de uitvoering van de voorstellen van de stuurgroep verwacht ik in de toekomst eerder over betrouwbare realisatiecijfers te beschikken.

Vraag 46

Wat betekent de constatering dat de uitgaven tandheelkunde in 2012, met vrije prijzen, veel hoger waren dan in 2013 toen weer met maximumprijzen werd gewerkt?

Antwoord 46

In 2012 werd het experiment met de vrije prijsvorming in de mondzorg gehouden. Tijdens de experimenteerfase waren de wettelijke tarieven niet van kracht en bleek o.b.v. NZa rapportage dat de gemiddelde prijzen met bijna 10% stegen. Na de herinvoering van de maximumtarieven per 2013 kwamen de tarieven weer op het prijspeil van voor het experiment. Dit heeft geleid tot een daling van de uitgaven.

Vraag 47

Hoe wordt de € 29 mln. onderschrijding verloskunde en kraamzorg precies besteed?

Antwoord 47

De onderschrijding van de € 29 miljoen bij de verloskunde en kraamzorg maakt onderdeel van de totale onderschrijding van het BKZ van € 622 miljoen en is er dus geen specifieke bestemming voor.

Vraag 48

Welke convenanten met het veld in het kader van geneesmiddelenbeleid worden precies bedoeld? Welke geneesmiddelen lopen in 2014 en volgende jaren uit patent en welke daling in de kosten voor geneesmiddelen kan daardoor nog worden verwacht?

Antwoord 48

Met de convenanten worden de zogenaamde geneesmiddelenconvenanten bedoeld te weten:

- Het Convenant inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor generieke geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen (2004).
- Het Convenant inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen 2005.
- Het Convenant inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen 2006/2007.
- Het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009.

Welke daling in de kosten het uit octrooi lopen van geneesmiddelen in 2014 en volgende jaren oplevert is niet exact te berekenen maar slechts bij benadering aan te geven. Dat komt omdat het niet altijd duidelijk is wanneer er geen octrooibescherming meer is en het uit octrooi lopen van een geneesmiddel op zich zelf niets hoeft te zeggen 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 preferentie-

beleid 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 49

Wat zijn de oorzaken van de daling van het geboortecijfer? Daalt het geboortecijfer sneller of trager dan verwacht?

Antwoord 49

Volgens het CBS lijkt de afname van het aantal geboorten samen te hangen met de economische crisis waarin Nederland al enkele jaren verkeert. Deze leidt bij een deel van de bevolking tot uitstel of afstel van het krijgen van kinderen. In 2013 is het aantal geboorten met 172 duizend bijna net zo laag als in de eerste helft van de jaren tachtig van de vorige eeuw. Het laagste aantal sinds 1950 werd in 1983 bereikt met 170 duizend geboorten. Ook in 2011 en 2012 daalde het aantal geboorten. Dit hangt niet samen met een daling van het aantal vruchtbare vrouwen: de omvang van deze groep is de laatste jaren nagenoeg gelijk gebleven. Deze daling werd, gezien het gelijkblijvende aantal vruchtbare vrouwen, niet voorzien.

Vraag 50

Geeft het BKZ een te rooskleurig beeld, omdat de overschrijding van de ziekenhuiszorg nog niet verwerkt is?

Antwoord 50

Op grond van het met de sector afgesloten hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg gaan we ervan uit dat de bij VWS-jaarverslag verwerkte verwachte overschrijdingen 2012 en 2013 een incidenteel karakter hebben. Vandaar dat niet de conclusie getrokken kan worden dat het BKZ een te rooskleurig beeld geeft.

Vraag 51

In hoeverre wordt er naar verklaringen gezocht van de forse onderschrijding voor hulpmiddelen in 2013?

Antwoord 51

De onderschrijding heeft (zoals aangegeven in het jaarverslag 2013) m.n. te maken met de wijziging in de vergoedingssystematiek voor hoorhulpmiddelen, de overheveling van bruikleenhulpmiddelen en de daling in het gebruik van verbandmiddelen.

Ten algemene kan deze daling voor een groot deel worden toegeschreven aan het doelmatigheidsbeleid van zorgverzekeraars. Zo is het aantal

gebruikers van hulpmiddelen in 2013 met 2% gestegen naar bijna 2,2 miljoen verzekerden terwijl de uitgaven met 6% dalen naar 1,4 miljard euro.

Het Zorginstituut Nederland doet onderzoek naar de gevolgen van de wijziging in de vergoedingssystematiek voor hoorhulpmiddelen. Naar verwachting kunnen daaruit nadere conclusies worden getrokken. Ook zullen nieuwe (volume)cijfers nadere inzichten verschaffen.

Vraag 52

Hoe worden de middelen voor het bevorderen van patiëntenparticipatie ingezet, en welke doelstellingen heeft de regering?

Antwoord 52

Voor de looptijd van het akkoord medisch specialistische zorg heb ik jaarlijks € 3 miljoen ter beschikking gesteld voor initiatieven gericht op de patiënt, die bijdragen aan de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord en specifiek de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. Gedacht kan worden aan het ontwikkelen van keuzehulpen en het verder vullen van de zorgatlas. Waar deze middelen specifiek voor worden ingezet wordt door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) in gezamenlijkheid bepaald.

Vraag 53

Kan aangegeven worden wat wordt bedoeld met de toename van zorg in natura als gevolg van hogere kapitaallasten van € 55 mln.?

Antwoord 53

De uitgaven aan zorg in natura vallen op grond van realisatiegegevens van de NZa per saldo 55 miljoen hoger uit als gevolg van een hogere nacalculatie van de kapitaallasten van instellingen. Deze toename heeft deels geen structureel karakter aangezien de kapitaallasten zoals afgesproken geleidelijk worden genormeerd in de periode van 2012 tot 2018.

Vraag 54

Er is sprake van een structurele meevaller bij de eigen bijdrage AWBZ. Kan de oorzaak van deze meevaller worden toegelicht? Hoe wordt met deze structurele meevaller omgegaan?

Antwoord 54

De meevaller wordt veroorzaakt doordat de realisatie ten opzichte van de raming hoger uitkwam. De structurele meevaller wordt meegenomen in het totaal en komt ten gunste van het algemene BKZ-beeld doordat de meerjarenraming steeds wordt aangepast op basis van de laatste realisatiecijfers.

Vraag 55

Waarom wordt het BKZ structureel verlaagd met € 1.431,5 mln.?

Antwoord 55

Het BKZ is niet structureel verlaagd met € 1.431,5 miljoen.

Deze € 1.431,5 miljoen betreft de verwachte onderschrijding van de netto-Zvw-uitgaven in 2018. Dat betekent dat de Zvw-uitgaven op basis van de meest recente uitvoeringsinformatie naar verwachting lager zullen zijn dan eerder werd geraamd. Zie hiervoor tabel 7 op pagina 31 en 32. In tabel 7 is weergegeven dat de belangrijkste Zvw mutaties voor het jaar 2018 betrekking hebben op de eerstelijnszorg (circa – € 120 miljoen), de geneesmiddelen (circa – € 700 miljoen) en nominaal en onverdeeld (circa

– € 610 miljoen). De reeks onder nominaal en onverdeeld betreft voornamelijk mutaties van de raming van de loon- en prijsbijstelling.

Vraag 56

Waarom komt de structurele verlaging van BKZ ten goede op de Rijksbegroting?

Antwoord 56

De onderschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in 2014 wordt ingezet om de begrotingskaders rijksbreed te laten sluiten. Per saldo is sprake van een onderschrijding van € 0,6 miljard van het BKZ. Deze lagere uitgaven worden ingezet om de per saldo hogere uitgaven op de budgetdisciplinesector RBG-eng op te vangen.

Over de inzet van de structurele onderschrijding op het BKZ wordt u bij Prinsjesdag nader geïnformeerd.

Vraag 57

Hoe zal de structurele onderschrijding op het ziekenvervoer worden besteed?

Antwoord 57

De over 2013 geconstateerde onderschrijding op de uitgaven voor ziekenvervoer maakt deel uit van de bij Voorjaarsnota geconstateerde meevaller in de zorguitgaven. De meevaller wordt niet gebruikt om andere uitgaven in de zorg te dekken of te verhogen, de onderschrijding komt ten gunste van het algemene BKZ-beeld. De lagere uitgaven dragen bij aan een gematigde premieontwikkeling.

Vraag 58

Kunt u aangeven wat de achterliggende oorzaken zijn bij de overschrijding ergotherapie?

Antwoord 58

De bekendheid met ergotherapeutische zorg is de afgelopen jaren bij zorgverleners (doorverwijzers), zorgverzekeraars maar ook bij het publiek flink toegenomen. Dit heeft geleid tot een grotere toeloop naar de ergotherapeut, die bovendien steeds vaker extramuraal gaat werken. Door deze ontwikkeling zijn de uitgaven aan ergotherapie in de afgelopen jaren behoorlijk toegenomen. Dit is ook de belangrijkste verklaring van de (relatief beperkte) overschrijding van 2014.

Vraag 59

Hoe zal de € 41,5 mln. worden besteed die extra is binnengekomen door de stijging van de eigen bijdrage bij zorg zonder verblijf en een hogere opbrengst door de vermogensinkomensbijstelling?

Antwoord 59

De meevaller van € 41,5 mln. wordt niet gebruikt om andere uitgaven in de zorg te dekken of te verhogen, maar komt ten gunste van het algemene BKZ-beeld.