

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Aan de minister-president
minister van Algemene Zaken
drs. M. Rutte
Binnenhof 19
2513 AA DEN HAAG

Kenmerk: 201200456

Den Haag, 9 oktober 2012

Geachte heer Rutte,

Graag verzoeken wij u de ministers van Defensie en Financiën te vragen om ons ten behoeve van onze werkzaamheden op de kortst mogelijke termijn gezamenlijk antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Welk budget is nu in het meerjarenperspectief (30 jaar) van Defensie opgenomen voor de investerings- en exploitatiekosten van de vervanging van de F16 ?
2. Hoeveel F35's kunnen – naar de huidige inzichten voor wat betreft aanschafprijs en exploitatiekosten – voor dit bedrag worden gekocht en gebruikt ?
3. Hoeveel jachtvliegtuigen heeft Defensie nodig en wat zijn de meerkosten (aanschaf en exploitatie over 30 jaar) voor dit aantal ten opzichte van het aantal bij 2 ?
4. Kan dit extra bedrag eventueel binnen het huidige meerjarenperspectief worden vrijgemaakt en welke andere uitgaven moeten dan geschrapt worden ?

Hoogachtend,

H.G.J. Kamp

W.J. Bos



> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

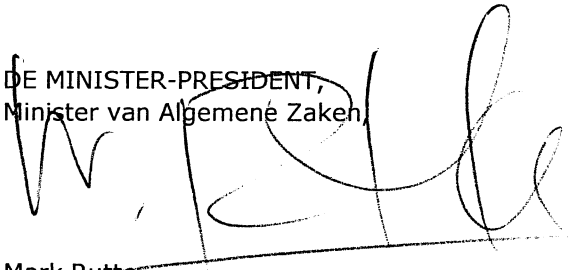
Onze referentie
3116533

Datum 9 oktober 2012
Betreft Beantwoording Fi (kenmerk 201200330)

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de minister van Financiën, de heer De Jager, op uw verzoek d.d. 4 oktober 2012 (kenmerk 201200330).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,



Mark Rutte



Ministerie van Financiën

> Retouradres Postbus 20201 2500 EE Den Haag

Ministerie van Algemene Zaken
t.a.v. Drs. M. Rutte, minister-president
Postbus 20001
2500 EA Den Haag

Directie Begrotingszaken

Korte Voorhout 7
2511 CW Den Haag
Postbus 20201
2500 EE Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen

mr. R.J.M. Creusen
T 070-3428115
F 070-3427946
r.j.m.creusen@minfin.nl

Ons kenmerk

BZ/ 2012/619 M

Uw brief (kenmerk)

Bijlagen

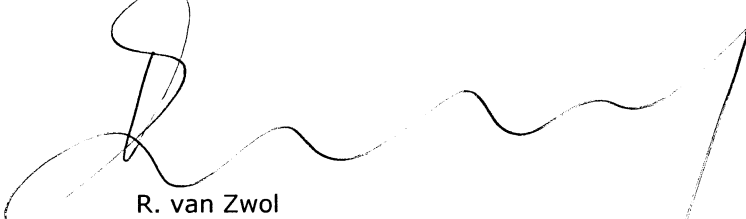
1

Datum 8 oktober 2012
Betreft Vraag informateurs betreffende de (on)mogelijkheden van een
doorlichting van zelfstandige bestuursorganen

Hierbij verzoek ik u bijgevoegd antwoord op de door hen d.d. 3 oktober 2012
gestelde vraag door te geleiden aan de informateurs.

Met vriendelijke groet,

de minister van Financiën,
namens deze,
de secretaris-generaal,



R. van Zwol

1. Vraag formateurs

Vanuit de formateurs is de vraag gekomen hen te informeren over (on-)mogelijkheden om een doorlichting van álle zelfstandige bestuursorganen uit te voeren. Deze doorlichting moet gericht zijn op het bereiken van meer efficiency in de meest brede zin, zoals onder meer harmonisatie van (primaire en secundaire) arbeidsvoorwaarden, van huisvesting, van overige kosten en mogelijkheden voor shared services. Daarnaast zou als onderdeel van de doorlichting bij elk ZBO de vraag gesteld moeten worden of hervorming van het ZBO tot agentschap (en dus terugkeer onder de ministeriele verantwoordelijkheid) tot de mogelijkheden behoort. Tot slot is verzocht een inschatting te geven van de budgettaire opbrengsten van een dergelijke efficiëncyslag.

2. Kernpunten antwoord

1. De doorlichting van ZBO's op bedrijfsvoeringsaspecten is één van de vier thema's voor specifieke **invulling** van de nieuwe taakstelling op de Rijksdienst (ad € 1,1 mrd vanaf 2016), die volgens de brief van het SGO d.d. 24 september 2012 mogelijk is. Ook de besparingen volgend uit de institutionele doorlichting kunnen invulling geven aan dit bedrag. Aanvullende taakstellingen op het apparaat van het Rijk (incl. ZBO's) zullen door het CPB niet worden gehonoreerd.
2. Het ZBO-veld is historisch gegroeid tot een zeer heterogeen veld zowel in organisatievorm, als in taken en budgettaire omvang. Er zijn ongeveer 128 clusters van ZBO's, met in totaal zo'n 400 individuele organisaties. Voor de rijksbijdrage aan ZBO's tbv hun uitvoeringskosten geldt dat ongeveer 80% hiervan naar 20 ZBO's gaat.
3. Geadviseerd wordt de doorlichting op te delen in een meer bedrijfseconomisch en in een meer institutioneel/politieke traject:
 - a) *bedrijfsvoeringstraject*: gericht op harmonisering en normering van de bedrijfsvoering, waarbij als basis het niveau van kerndepartementen en agentschappen dient. Hierbinnen vormen de arbeidsvoorwaarden een separaat onderdeel;
 - b) *institutioneel traject*: gericht op de institutionele vraag of de ZBO-status wel de meest geëigende organisatievorm is: belangrijkste uitgangspunt daarbij is "*agentschap tenzij...*".

Aanvullend aan beide trajecten zouden ook ketendoorlichtingen plaats moeten vinden (zie ook punt 14).

4. Voor het bedrijfsvoeringstraject heeft het SGO in haar brief geadviseerd om te onderzoeken of de bedrijfsvoeringsuitgaven van ZBO's genormeerd kunnen worden. In maart 2013 zou hiervoor een nadere uitwerking beschikbaar moeten zijn, alsmede de budgettaire opbrengsten die dit vanaf 2016 met zich meebrengt, verdeeld naar de departementale begrotingen. Dit alles gericht op een begrotingstechnische verwerking ten tijde van de VJN-besluitvorming in 2013, ter invulling van een taakstelling die verdeeld kan worden over de departementale begrotingen. Een normering en harmonisatie vergt mogelijk een wettelijke verankering.
5. Harmonisatie van primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden kan kostbaar en langdurig (overgangsregime) zijn, terwijl op voorhand niet duidelijk is om welke baten het gaat (sterk afhankelijk van harmonisatieniveau: naar beneden of naar boven). Als er baten zouden resulteren na harmonisatie, dan komen deze ten goede aan de CAO-tafel en worden aldaar afspraken gemaakt over de aanwending.
6. Het institutionele doorlichtingstraject heeft een aanzienlijk politiek gehalte: het gaat immers om "*het op afstand geplaatst hebben versus directe parlementaire controle*". Daarmee is het een vraagstuk van een andere orde dan het bedrijfsvoeringstraject.
7. De institutionele doorlichting van het ZBO-veld is enkel zinvol indien er een stevig politiek commitment van Kamer en Regering is, alsmede de politieke doorzettingsmacht goed geregeld wordt; het vele werk van twee eerder onafhankelijke ambtelijke Commissies (Cie Kohnstamm -2004- en de Cie Gerritse -2007-) hebben namelijk niet tot een significante herschikking van het ZBO-veld geleid.
8. In geval van een herijking van de ZBO-status, zou in de doorlichting uitgegaan kunnen worden van een afwegingskader met de volgende spelregels:
 - a) Afweging uitvoering *outsourcen* of binnen het publieke domein;

- b) Indien de keuze is uitvoering van de taak binnen het publieke domein geldt het principe "agentschap, tenzij". "Tenzij" moet verder worden uitgewerkt, waarbij het kader in het rapport Kohnstamm leidend is¹. Dit principe moet uiteindelijk ook wettelijk worden verankerd en geldt voor nieuwe en bestaande ZBO's;
 - c) Indien de ZBO-status noodzakelijk is, wordt de ZBO-status beperkt tot het bestuur en strekt zich niet automatisch uit tot de ondersteunende organisatie/ apparaat (NMA-constructie: bestuur is ZBO en ondersteund apparaat is Rijkspersoneel van min. EL&I).
- 9. Ingrijpen op de ZBO-status vergt wetgeving, omdat bijna alle ZBO's bij afzonderlijke individuele wetten zijn ingesteld.
 - 10. Bij een eventuele terugkeer onder de ministeriele verantwoordelijkheid moeten ook de eventuele transitiekosten en het "absorptievermogen" van ministeries in de beschouwing worden genomen.
 - 11. Ontwikkeling/uitwerking van dergelijke spelregels en de uitvoering van de institutionele doorlichting kunnen plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van het kabinet door middel van een (Staats)commissie. Uiteraard kan de Tweede Kamer dit ook zelf ter hand nemen.
 - 12. Bij de institutionele doorlichting zou gestart kunnen worden met die organisaties waar de meeste discussie over lijkt te bestaan.
 - 13. Beide doorlichtingstrajecten (bedrijfsvoering en institutioneel) kunnen parallel op lopen. Op het moment dat bijvoorbeeld de keuze wordt gemaakt om van een ZBO een agentschap te maken, worden de bedrijfsvoeringsactiviteiten immers al automatisch geharmoniseerd aan die van het Rijk.
 - 14. Naast deze doorlichtingen is het wenselijk al aan de start van de nieuwe kabinetsperiode te beginnen met het doorlichten van procesketens, zoals veiligheidsketen of vreemdelingenketen. Voor alle ketens geldt dat er doelmatigheidswinsten en kostenbesparingen te behalen zijn als meer gewerkt wordt vanuit een integrale keten-benadering in plaats vanuit de individuele organisatie in de keten. Doorlichting van dergelijke ketens kan via Interdepartementale Beleidsonderzoeken. Er loopt al een doorlichting van de Vreemdelingenketen vanuit het ministerie van BZK.
 - 15. Rechtspersonen met een wettelijke taak (RWT's) die geen ZBO zijn - zoals ProRail - vallen buiten de scope van de bedrijfsvoerings- en institutionele doorlichtingen;
 - 16. Doorlichtingen leggen extra beslag op (ambtelijke) capaciteit om ook tijdig resultaat te kunnen leveren en kunnen dus niet ingezet worden voor andere prioriteiten van het Kabinet.

¹ Het ligt in de lijn der verwachting dat dan sowieso instellingen als de Kiesraad, examencommissies, het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek), en (markt)toezichthoudende instellingen (bv DNB, AFM, NMa/ACM, NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) een ZBO blijven. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld APK-keuringsstations.

Bijlage 1 Toelichting

1 Het ZBO-veld

Een ZBO is een bestuursorgaan van de centrale overheid dat bij wet, krachtens de wet bij algemene maatregel van bestuur of krachtens de wet bij ministeriële regeling, met openbaar gezag is bekleed en dat niet hiërarchisch ondergeschikt is aan een minister. Het gaat dus om organisaties die, zonder dat er sprake is van (directe) ministeriële verantwoordelijkheid, openbaar gezag uitoefenen. Nagenoeg alle ZBO's krijgen deze bevoegdheid op basis van hun individuele instellingswetten, waarin tevens hun wettelijke taken zijn beschreven. Er is in de praktijk veel ruimte tot maatwerk bij de inrichting van ZBO's, zowel als het gaat om de instrumenten die een minister tot zijn beschikking krijgt om eventueel in te grijpen in (de bedrijfsvoering van) een ZBO, alsmede ten aanzien van de verantwoordingseisen die aan ZBO's worden gesteld.

Het huidige ZBO-veld wordt gekenmerkt door een grote mate van heterogeniteit, zowel in verschijningsvorm als in taken. Er zijn ongeveer 128 clusters van ZBO's, met in totaal zo'n 400 individuele organisaties. Deels gaat het om publiek rechtelijke organisaties en deels om privaatrechtelijke, waarbij laatstgenoemde verder op afstand staan van een minister. Gezamenlijk ontvangen ZBO's en RWT's circa EUR 47 mld aan rijksbijdragen, naast circa EUR 86 mld aan premies en tarieven.

De taken van ZBO's zijn zeer verschillend van aard, lopende van markttoezicht (oa. NMa, AFM) tot APK-keuringstations, examencommissies en uitkeringsorganisaties als het UVW. Die diversiteit is ook zichtbaar in de financiële omvang. Het grootste ZBO is het UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) met een omvang van de begroting van EUR 24 mld, waarvan EUR 1,9 mld besteed wordt aan apparaat. Tegelijkertijd zijn er ook hele kleine ZBO's zoals de Waarderingskamer met een omvang van de begroting van EUR 2,2 mln en het Bureau Architectenregister (EUR 236.000).

2 Doorlichtingen

De doorlichtingen zou gesplitst moeten worden in een tweetal doorlichtingstrajecten: er is een groot verschil in karakter tussen enerzijds de vraag hoe meer (bedrijfsvoerings)efficiency bereikt kan worden en anderzijds de vraag of agentschapsvorming tot de mogelijkheid behoort.

2.1 Bedrijfsvoeringstraject

Zoals het SGO heeft geadviseerd, moet het hierbij gaan om het – indien nodig – wettelijk normeren van de bedrijfsvoeringsuitgaven van ZBO's c.a.. Als vertrekpunt dient het niveau aan P&M-uitgaven bij de uitvoeringsorganisaties binnen het Rijk genomen te worden;

- Op basis van de beschikbare informatie ligt het gemiddelde van de P&M-uitgaven bij de grote uitvoeringsorganisaties van het Rijk (Defensie, Belastingdienst, DUO, Rijkswaterstaat, DJI) op circa EUR 110.000 per fte. Bij toepassing van zo'n bedrag als norm geldt dat de P&M-uitgaven van het totale ZBO-veld ongeveer EUR 250 mln boven de norm liggen.
- In het plan van aanpak dat in maart 2013 door het SGO zal worden vastgesteld zullen ten minste de volgende elementen nader uitgewerkt zijn:
 - normeren van bedrijfsvoeringuitgaven op basis van P&M-uitgaven per fte, of alternatieve bedrijfsvoeringsnormen die tot een gelijke of hogere besparing leiden;
 - het type instellingen waarop de norm betrekking heeft naast de ZBO's (ofwel invulling geven aan het begrip "c.a.");
 - de budgettaire gevolgen van de norm op de Rijksbegroting, alsmede de departementale begrotingen, voor de jaren 2016 - 2019;

- de concrete wettelijke verankering van het normeren, bijvoorbeeld in de vorm van een concept wetsvoorstel cq voorstel tot aanpassing van bestaande wetgeving.

Arbeidsrechtelijke issues

- Een specifiek aandachtspunt bij het bedrijfsvoeringstraject betreft het arbeidsrechtelijke aspect. Een ZBO (bestuursorgaan) zelf kan nl. geen werknemers in dienst hebben, alleen een rechtspersoon kan dat. Zelfs als een ZBO tot een rechtspersoon behoort – wat niet altijd het geval is – zijn de werknemers niet altijd toe te rekenen aan de ZBO (bv APK-keuring en werknemers garagebedrijven). Sommige ZBO's volgen de CAO van de sector Rijk. Sommige ZBO vallen juist niet onder een overheids-CAO (bv COA). Sommige ZBO's kennen een eigen CAO (b.v. UWV, DNB) en er zijn ook ZBO's die geen CAO hebben. De (arbeidsrechtelijke) situatie kan derhalve van ZBO tot ZBO verschillen, en is vaak historisch bepaald. Er loopt reeds een onderzoek door BZK over dit soort vragen rond het arbeidsrechtelijke regime. Op korte termijn (oktober) zouden resultaten bekend moeten zijn, en deze kunnen benut worden voor de doorlichting. Zo kan duidelijk worden bij welke ZBO's het wenselijk wordt geacht om de arbeidsvoorwaarden te wijzigen en meer in overeenstemming te brengen met die van de CAO sector Rijk.
- Gelet op de heterogeniteit van de ZBO's – en de medewerkers die erbij betrokken zijn – is er een risico dat een evt wenselijk geachte harmonisatie van primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden een kostbare en langdurige aangelegenheid wordt, terwijl op voorhand niet duidelijk is hoe groot de baten zijn. Dat laatste zal afhangen van de vraag op welk niveau geharmoniseerd zal worden: naar beneden of naar boven. Primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden behoren tot het domein van sociale partners; dat geldt ook voor harmonisatie. Ook als er baten zouden resulteren na harmonisatie, dan komen deze ten goede aan de CAO-tafel en worden aldaar afspraken gemaakt over de aanwending. Als een taakstelling zou worden ingeboekt, en deze leidt niet tot versobering van de arbeidsvoorwaarden, zal dit ten koste gaan van programma-uitgaven.
- Los van evt. opbrengsten door harmonisatie van arbeidsvoorwaarden zal dit deel van de doorlichting wel nuttige informatie kunnen opleveren voor de rest van de doorlichting. Zo zullen de desbetreffende CAO's tevens de mogelijkheden voor beheersing van oa. apparaatskosten beïnvloeden.

2.2 Institutionele traject

- Het institutionele traject dient gericht te zijn op de institutionele vraag of de ZBO-status wel de meest geëigende organisatievorm is. Uitgangspunten daarbij zouden kunnen zijn:
 - meer grip op ZBO's door deze waar zinvol onder ministeriële verantwoordelijkheid te brengen via toepassing van het principe "*agentschap tenzij...*"; zonder vooruit te lopen op de doorlichting ligt het in de lijn der verwachting dat er goede argumenten zijn om organisaties in het toezichts-, examen-, en keuringsveld als ZBO(-cluster) te behouden;
 - dat de keuze voor een organisatievorm mede wordt gezien in het licht van het ketenperspectief: verschillende verzelfstandigingsvormen hebben immers eigen aansturingseisen en verantwoordingslijnen, die nu niet altijd efficiënt op elkaar aansluiten;
 - voldoende aandacht voor transitiekosten en absorptiecapaciteit bij de kerndepartementen die teruggekantelde agentschappen opvangen.
- Het verleden heeft uitgewezen dat iedere discussie die raakt aan de "Z" van ZBO's beïnvloed wordt door gevestigde belangen. Ondanks de werkzaamheden vanuit de Commissies Kohnstamm en Gerritse zijn de vraagstukken van toentertijd gelijk aan die van heden ten dage.
- Ongeacht het instrument dient er een duidelijk politiek commitment inclusief doorzettingsmacht (via bv een wettelijke verankering) te zijn om de status van bestaande ZBO's ter discussie te stellen en waar nodig ook daadwerkelijk te veranderen in een agentschap.
- Naar aanleiding van de motie Heijnen-Schouw wordt vanuit BZK onder leiding van dhr. De Leeuw reeds een eerste aanzet gemaakt tot een brede (institutionele) doorlichting van het

ZBO-veld. Zijn werkzaamheden zouden volgens planning in november as. afgerond moeten zijn.

2.3 Ketendoorlichting

- Of het nu gaat om de justitiële en veiligheidsketen, de migratieketen (Marechaussee, COA (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers), IND (Immigratie- en Nationalisatiedienst), DTV (Dienst Terugkeer & Vertrek)) of andere ketens; voor alle ketens geldt dat er doelmatigheidswinsten te behalen zijn als meer gewerkt wordt vanuit een integrale keten-benadering.
- Bij een integrale ketenbenadering worden de processen die – in een bepaalde mate – afhankelijk van elkaar zijn op een efficiënte manier op elkaar aangesloten. Om dit te kunnen doen is het belangrijk om een beter inzicht te hebben in wie waar precies verantwoordelijk voor is. Welke personen kunnen waar precies op aangesproken worden en door wie? Voor het verkrijgen van dit inzicht kan een ketendoorlichting een nuttige instrument zijn.
- Een vervolgstap op zo'n doorlichting is om op basis van de bevindingen ook hier een harmonisatie en uniformeringsslag te maken waar dit nodig blijkt, waarbij het eventuele behouden van een in het verleden verkregen ZBO-status en daarbij behorende rechten geen doel *an sich* mag zijn.



> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Onze referentie
3116539

Datum 9 oktober 2012
Betreft Beantwoording minister van BZK (verzoek 201200331)

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, mw. Spies, op uw verzoek d.d. 4 oktober 2012 (kenmerk 201200331).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,

Mark Rutte



Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties

> Retouradres Postbus 20011 2500 EA Den Haag

De Minister-President,
Minister van Algemene Zaken
Postbus 20001
2500 EA Den Haag

Bestuursondersteuning

Afdeling advies

Schedeldoekshaven 200
2511 EZ Den Haag

Postbus 20011
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon

N.E.A.M. Leijendeckers

T 06-52043755
nicole.leijendeckers@minbzk.nl
l

Datum 4 oktober 2012
Betreft verzoek informateurs inzake BZK

2012-0000573680

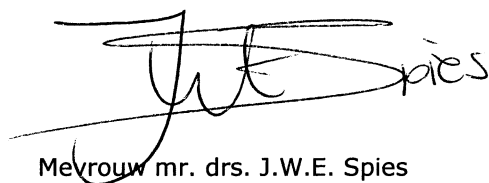
Uw Kenmerk
3116155

Geachte heer Rutte,

Bijgaand doe ik u toekomen de antwoorden in reactie op de brief (kenmerk 201200331) d.d. 4 oktober 2012 van de informateurs, de heren Kamp en Bos, met een drietal specifieke vragen betreffende het beleidsterrein van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Graag vraag ik u om de reactie door te geleiden naar de informateurs.

Hoogachtend,
De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,



Mevrouw mr. drs. J.W.E. Spies

Mogelijkheden tot afschaffing van de provinciale opcenten en de invoering van een gesloten provinciale huishouding

Formele mogelijkheden van sluiten huishouding provincies en afschaffen opcenten

- De open huishouding van de provincies is grondwettelijk vastgelegd (art. 124 lid 1), evenals het eigen belastinggebied van de provincies (art. 132 lid 6). De provinciewet bepaalt welke belastingen door de provincies worden geheven.
- Het invoeren van een gesloten huishouding is alleen te realiseren indien de Grondwet wordt gewijzigd. Hetzelfde geldt voor het afschaffen van het eigen belastinggebied van de provincies. Mochten de opcenten worden afgeschaft, dan dient daar een andere provinciale belasting voor in de plaats te komen.
- Invoering van een formeel gesloten huishouding en de afschaffing van de provinciale opcenten vragen grondwetsherziening, zijn daarom per definitie complex en langdurig

Materieel sluiten van de huishouding

- Wat betreft de provinciale huishouding is invoering van een materieel gesloten huishouding een alternatief.
- Door strikte handhaving van het profiel van de provincies, in combinatie met verkleining van de financiële mogelijkheden van de provincies is evengoed inperking van taken van de provincie te bereiken.

Handhaven profiel provincies

- Het profiel van de provincies is beschreven in de Bestuursafspraken 2011-2015.
- De beschrijving van het profiel was de basis voor de beperking van de provincies tot hun kerntaken. Geconstateerd kan worden dat de medebewindstaken inmiddels sporen met het profiel van de provincies. Hierin past ook de voorgenomen decentralisatie van de Jeugdzorg naar de gemeenten.
- Wel zijn er provincies die een royale taakopvatting hebben. In de autonome ruimte geven zij meer uit aan de kerntaken dan het Rijk nodig acht. En soms oefenen zij taken uit die niet tot het profiel behoren, bijvoorbeeld op het terrein van de zorg.
- Dat is mogelijk doordat zij hun eigen vermogen of de opbrengsten uit de opcenten voor die taken inzetten.

Opcenten verlagen/oplossing in het rekentarief

- Een materieel gesloten huishouding kan op twee manieren worden nagestreefd: via de opcenten op de motorrijtuigenbelasting, een belasting die alleen drukt op autobezitters (voorkeursvariant) en via de vermogens.
- Er is een mogelijkheid om de ruimte van de provincies te beperken door de opcenten te verlagen. De geraamde opbrengsten van de motorrijtuigenbelastingen bedragen 1,45 mld. (Ter vergelijking: het provinciefonds heeft een omvang van 1,25 mld.)
- Het provinciale belastinggebied kent een autonome groei door de groei van de omvang en het gewicht van het wagenpark. De opbrengst groeit dus zonder dat het tarief hoeft te stijgen.
- Conform de bestuursafspraken zijn de te heffen opcenten per 2013 gemaximeerd. Het maximum wordt jaarlijks geïndexeerd. Een verdere aanscherping van het *maximumtarief* is mogelijk, geen enkele provincie zit aan dit maximum. Dat leidt niet tot een feitelijke verlaging van de lastendruk, maar voorkomt wel verdere stijging.
- Een verdergaande mogelijkheid is om het maximumtarief te verlagen tot het *rekentarief* (of een bedrag iets hoger dan het huidige rekentarief om nog enige buffer te hanteren).¹ Daarmee ontstaat een lastenverlaging van maximaal 260 mln. Bovendien valt hiermee belastingcapaciteit vrij die het Rijk bijvoorbeeld ten goede kan laten komen aan gemeenten. De meeste provincies die dit treft hebben voldoende ruimte om dit op te vangen. Dit geldt niet voor Zuid-Holland, dat nu 100 mln. per jaar boven het rekentarief heft en geen groot eigen vermogen heeft. In mindere mate hebben ook Drenthe en Flevoland een probleem. Zij zitten respectievelijk 11 miljoen en 4,5 miljoen boven het rekentarief en hebben nauwelijks eigen vermogen om dit op te vangen. Hiervoor zou een oplossing gezocht kunnen worden via het verdeelmodel.

¹ Het rekentarief is het tarief dat provincies door het Rijk in het kader van de berekeningen rond het Provinciefonds verondersteld worden te hanteren.

Nota bene

- Het kabinet Balkenende IV heeft het provinciefonds met 300 miljoen gekort. Dit heeft veel discussie opgeleverd omdat er een verdeelsleutel moest worden ontwikkeld. Het huidige kabinet heeft geen generieke korting op het provinciefonds doorgevoerd.

Eigen bijdrage provincies bij gedecentraliseerde taken	
Onderwerp	Bedrag in mln
Korting op de Regionaal Historische Centra	5
Korting op de jeugdzorg	90
Salarisontwikkeling zorg	25
Natuur	55
Verlaging verevening	55
Negatief accres	7
Totaal	237

Omvang van het gemeentelijk belastinggebied in relatie tot een omvangrijke decentralisatie naar gemeenten en de betekenis hiervan voor het Gemeentefonds

Functie van het eigen belastinggebied

Gemeenten hebben steeds meer taken gekregen, met de bijbehorende financiële risico's. Deze trend zet zich de komende jaren door vanwege de decentralisaties op het sociale domein. Om gemeenten in staat te stellen hun taken goed uit te voeren is het noodzakelijk dat zij hun (financiële) risico's kunnen opvangen door middel van een eigen belastinggebied (de bufferfunctie). Deze buffer is des te noodzakelijker nu de overige eigen inkomsten van gemeenten (o.a. uit grondexploitatie) zijn afgenomen vanwege de economische crisis. Als het lokale belastinggebied te klein is kunnen gemeenten risico's minder goed opvangen. Ook is wenselijk dat zij de ruimte hebben om een goede afweging te maken tussen voorzieningenniveau en de mate waarin zij hun inwoners willen belasten (de allocatiefunctie).

Passend belastinggebied bij decentralisaties

Het lokaal belastinggebied kent thans een omvang van ongeveer € 8 miljard (ter vergelijking het Gemeentefonds €18 miljard), waarvan € 3,2 miljard de onroerende zaakbelasting betreft. Verder betreft het vooral kostendekkende bestemmingsheffingen zoals riool- en reinigingsheffing, leges en tarieven. Op dit moment bedragen deze belastinginkomsten gemiddeld 16% van de inkomsten van gemeenten.

We veronderstellen dat er voor de taken die zijn gemoeid met de drie grote decentralisaties € 10 miljard is gemoeid (NB dat is meer dan de omvang van het huidige belastinggebied.) De vraag is in hoeverre de eigen belastinginkomsten gezien deze ontwikkeling moeten worden verruimd.

Op dit moment ontbreekt het aan 'harde' inzichten met betrekking tot de wenselijke omvang van het eigen belastinggebied. De Studiegroep Begrotingsruimte en de CEC hebben mede om deze reden dan ook aanbevolen naar het eigen belastinggebied van gemeenten nader onderzoek te doen. In het onderzoek zal aan de orde moeten komen hoe de risico's kunnen worden beheerst ten aanzien van de ontwikkeling van de collectieve lasten en het EMU-saldo.

We nemen als vertrekpunt dat het huidige aandeel van 16% eigen belastinginkomsten nodig blijft. Op het moment dat er nieuwe decentralisaties zijn en er geen uitbreiding is van het eigen belastinggebied zou dit dalen naar ca. 14%. Om het percentage constant te houden zou een uitbreiding van de lokale belastingcapaciteit met circa € 1,6 miljard nodig zijn.

In aanvulling hierop zien we dat de risico's voor de gemeenten met de decentralisaties toenemen terwijl hun andere dekkingsmogelijkheden afnemen: de overige eigen inkomsten van gemeenten dalen, het accres daalt naar verwachting in de komende jaren en eigen inkomsten uit grondexploitaties zijn verdwenen (of zelfs negatief). Hiermee rekening houdend zou voor de verruiming van het eigen belastinggebied een bedrag gehanteerd kunnen worden van ca. € 3 mld.

Opties voor verruiming belastinggebied

Voor het passend maken van het lokale belastinggebied voor zijn bufferfunctie en mogelijke allocatiefunctie zijn er 3 opties, alle opties met verschillende voor- en nadelen, die ook naast elkaar kunnen worden ingevoerd:

1. Herinvoeren gebruikersdeel onroerende zaakbelasting

Deze wijziging is relatief snel en uitvoeringstechnisch eenvoudig in te voeren. Als we uitgaan van de toenmalige toevoeging aan het gemeentefonds (2005), geïndexeerd voor de accresontwikkeling, kunnen we uitgaan van een opbrengst van 1,5 miljard euro (exclusief verevening).

2. Introduceren van een nieuwe algemene belasting

Er kan gedacht worden aan een vorm van ingezetenenbelasting waaraan alle ingezetenen gelijkelijk bijdragen (koppengeld). Dit kan in de vorm van een zelfstandige heffing. Uitvoeringstechnisch is deze optie relatief eenvoudig.

3. Opcenten op de inkomstenbelasting

Er kunnen opcenten op de inkomstenbelasting worden geheven. Een dergelijke belasting zal door de Rijksbelastingdienst geïnd moeten worden. In het advies van de commissie Eenhoorn (2005) zijn de uitvoeringskosten hiervan geraamd op circa €200 miljoen.

De omvang van de opbrengst van de belastingen sub 2 en 3 wordt sterk bepaald door de vormgeving van de heffingen.

Noties hierbij:

- De huidige onroerende zaakbelasting (OZB) is onderworpen aan een bestuurlijke macronorm die de mogelijkheid voor gemeenten om onbegrensd OZB te heffen beperkt. Heffingen en rechten mogen maximaal kostendekkend zijn op het niveau van de verordening.
- Verwacht mag worden dat het lokale democratische systeem een rem vormt op een te uitbundige benutting van het (verruimd) eigen belastinggebied. Daarvoor is een goede monitoring van belang, bijvoorbeeld om vergelijking met andere gemeenten mogelijk te maken. Op dit moment wordt een uniforme monitor lokale lasten ontwikkeld waarin dit zou kunnen worden meegenomen. Voor een overgangsfase kan daarnaast de herinvoering van een micronorm worden overwogen. Deze norm bepaalt de maximale belastingruimte per belastingsoort per gemeente. Dit is evenwel een arbeidsintensieve opgave.
- In de heffings- en invorderingssfeer zou mogelijk efficiency kunnen worden bereikt door de uitvoering van heffing en invordering bij de rijksbelastingdienst onder te brengen. Deze gedachte is ook door de VNG geopperd in haar formatiebrief die zij recent aan u stuurde. Of dit ook daadwerkelijk zo is vereist echter ook nader onderzoek.

Betekenis voor het Gemeentefonds en het EMU-saldo.

De verruiming van het belastinggebied dient gepaard te gaan met een uitname uit het gemeentefonds (voor de afschaffing van het gebruikersdeel OZB zijn gemeenten destijds ook gecompenseerd door toevoeging van een bedrag van circa €1 miljard aan het Gemeentefonds). Die uitname is maximaal even groot als de stijging van het lokale belastinggebied. Als het gemeentefonds met het volledige bedrag van de verruiming van het eigen belastinggebied wordt verlaagd veronderstelt dit dat gemeenten ook direct de nieuwe belastingruimte volledig kunnen benutten.

Indien de microlastendruk gelijk moet blijven, moet de lastendrukontwikkeling bij medeoverheden worden ingepast in het algemene lastenkader. De consequenties hiervan zijn dat:

- 1) de stijgingen van lokale lastendruk gecompenseerd moeten worden door lastenverlichting bij het Rijk en
- 2) korten op het Gemeentefonds geen verbetering van het EMU-saldo oplevert voor zover gemeenten dit opvangen door verhogen van de lokale lasten.

Een alternatief voor de verlaging van het Gemeentefonds is om de uitbreiding van het lokale belastinggebied te koppelen aan de nieuw te decentraliseren taken. Gemeenten kunnen dan ingroeien in de nieuwe situatie. In dat geval wordt minder geld overgeheveld uit de rijksbegroting dan geacht wordt nodig te zijn voor de nieuwe taken (bijvoorbeeld 80%): gemeenten kunnen dat dekken uit hun lokale belastinggebied.

Wat zijn de budgettaire gevolgen van de vermindering van het aantal raadsleden vanwege de dualiseringscorrectie (wetsvoorstel Heijnen)?

Met de dualisering gemeentebestuur (2002) werd bepaald dat wethouders niet langer lid van de gemeenteraad konden zijn. Daardoor nam het aantal lokale politieke ambtsdragers toe. Maar de gemeenteraden werden niet overeenkomstig verkleind.

In 2006 werd in een wetsvoorstel tot wijziging van de Gemeentewet de «dualiseringscorrectie» opgenomen om het onbedoelde effect ongedaan te maken: een reductie van ruim 10%.

Als gevolg van het regeerakkoord Balkenende IV werd dit echter later bij nota van wijziging uit het wetsvoorstel gehaald.

Door het Kamerlid Heijnen werd in 2011 een wetsvoorstel opgesteld om de dualiseringscorrectie alsnog toe te passen. Het advies Raad van State was niet afwijzend.

In de kamerstukken worden geen financiële gevolgen becijferd. Maar uitgegaan moet worden van ongeveer 20 miljoen euro structureel (Gemeentefonds). Dit bestaat uit de verminderde loonsom (salaris en onkostenvergoeding vermenigvuldigd met de vermindering aantal raadsleden)

NB

1. Het huidige regeerakkoord voorziet in een vermindering van het aantal politieke ambtsdragers met 25%. De bezuiniging is reeds opgenomen als korting van 120 miljoen op de begroting Gemeentefonds (110 miljoen per 1014) en Provinciefonds (10 miljoen per 2015). Opgemerkt zij dat bij deze bedragen ook de bezuiniging op ondersteuning werd meegerekend. Voor het bedrag van 20 miljoen dualiseringscorrectie is uitgegaan van de toevoeging aan het Gemeentefonds bij de dualisering. Gevolgen voor ondersteuning zijn toen niet aan het Gemeentefonds toegevoegd. Bij nacalculatie zou waarschijnlijk tot een (iets) hoger bedrag worden gekomen.

Als de beoogde vermindering ambtsdragers niet doorgaat en wordt volstaan met de dualiseringscorrectie, ontvalt een dekking voor 100 miljoen. Deze korting zou moeten worden teruggedraaid of van een andere dekking voorzien.

2. De dualiseringscorrectie (die alleen de gemeenten betreft; de provincies zijn al eerder gecorrigeerd) gaat in met ingang van de volgende raadsperiode, dus per maart 2014.



> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

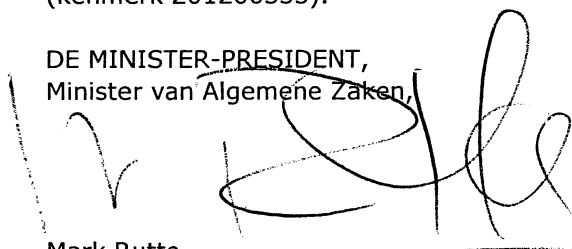
Onze referentie
3116499

Datum 8 oktober 2012
Betreft Beantwoording vragen informateurs Staatssecretaris van SZW

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer De Krom, op uw verzoek d.d. 4 oktober 2012 (kenmerk 201200333).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,



Mark Rutte



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

> Retouradres Postbus 90801 2509 LV Den Haag

Aan de minister-president
Ministerie van Algemene Zaken

Binnenhof 19
2513 AA S GRAVENHAGE



Postbus 90801
2509 LV Den Haag
Anna van Hannoverstraat 4
T 070 333 44 44
F 070 333 40 33
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon
mw. N. de Groot
T 070 333 52 84
NdGroot@minszw.nl

Onze referentie
2012-0000031529

Datum 5 oktober 2012
Betreft PBO

Naar aanleiding van uw verzoek zend ik u, ter doorgeleiding aan de informateurs,
bijgevoegde notitie met antwoorden op de vragen over de PBO.

Hoogachtend,
de Staatssecretaris van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid,

P. de Krom

Memo: Consequenties afschaffing publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie

Vraag informateurs

Verzoek te informeren over de organisatorische en financiële consequenties van opheffing van de publiek rechtelijke bedrijfsorganisatie op uw terrein en de hiermee gemoeide verdeling van taken tussen de overheid en sectoren buiten de overheid.

Antwoord

Verdeling van taken tussen overheid en sectoren buiten de overheid

De taken van de product- en bedrijfsschappen kunnen als volgt worden onderverdeeld:

1. Medebewindstaken (taken die in opdracht van de overheid worden uitgevoerd, bv. melkquotering om overproductie van melk te voorkomen)
2. Overige publieke taken. Het gaat dan om taken op de thema's bevordering van plant- en diergezondheid en dierenwelzijn, en voedselveiligheid en -gezondheid
3. Overige taken, bijvoorbeeld voorlichting, promotie en belangenbehartiging.

Over de eerste en tweede categorie van taken bestaat er breed consensus dat dit publieke taken zijn. Bij afschaffing van het stelsel zullen deze taken door de overheid moeten worden belegd. Dit is ook de kern van het voorstel dat het kabinet-Rutte in oktober 2011 naar de Tweede Kamer heeft gestuurd. Het kabinet heeft toen voorgesteld een drastische reductie van het aantal taken en het aantal product- en bedrijfsschappen te bewerkstelligen. Taken in de derde categorie (promotie, belangenbehartiging, en voorlichting) kunnen ook door private (branche)organisaties uitgevoerd worden.

Organisatorische en financiële consequenties van opheffing

De ministers van EL&I en SZW hebben in juni 2012 in een brief aan de Tweede Kamer twee alternatieven geschetst voor de wijze waarop de publieke taken in de toekomst georganiseerd kunnen worden: de publieke taken die nu door de schappen worden uitgevoerd worden ondergebracht bij een privaatrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan of bij één, nieuw in te stellen, openbaar lichaam. In beide modellen houden alle bestaande product- en bedrijfsschappen op te bestaan.

Optie 1: een privaatrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan

Een privaatrechtelijk zbo is een door private partijen opgerichte organisatie. De private partijen vormen (al dan niet samen met onafhankelijke derden) het bestuur van het zbo en zijn dan ook verantwoordelijk voor de uitvoering van het takenpakket van het zbo. Een belangrijk verschil met optie 2, het openbaar lichaam, is dat een zbo geen autonome bevoegdheden heeft, maar scherp gedefinieerde taken uitvoert onder de verantwoordelijkheid van de minister. De aard en reikwijdte van dat takenpakket wordt door de overheid vastgesteld; in dit opzicht is sprake van minder eigen zeggenschap door de sector dan in optie 2. Het privaatrechtelijk zbo kan daarnaast wel andere eigen taken uitvoeren, maar de financiering daarvoor komt dan uit vrijwillige bijdragen uit de sector of betalingen per geleverde dienst.

Op dit moment betaalt de overheid alleen voor de 'medebewindtaken', momenteel zo'n 27 miljoen euro. Dat zijn taken die ook in de toekomst nodig blijven; ze vloeien voort uit regelgeving en Europese verordeningen. De overige taken van de schappen worden gefinancierd door heffingen bij ondernemers, momenteel zo'n 220 miljoen euro. Door beperking van het takenpakket tot die activiteiten die echt noodzakelijk zijn (nl. bevordering van plant- en diergezondheid en dierenwelzijn, en voedselveiligheid en -gezondheid), kan dit bedrag omlaag gebracht worden tot 31 miljoen euro. Indien men de heffingen bij ondernemers volledig wil afschaffen, moet voor dit bedrag dekking gevonden worden binnen de rijksbegroting (zie tabel). Indien dat geld niet gevonden kan worden binnen de rijksbegroting, kan overwogen worden heffingen te blijven opleggen aan ondernemers in de betrokken sector (land- en tuinbouw).

Optie 1: private zbo	Huidig budget voor de pbo taken	Benodigd budget voor publieke taken
Door overheid betaald voor medebewindtaken	27 miljoen euro	27 miljoen euro
Door ondernemers betaald (heffingen)	220 miljoen euro	0 euro
Door overheid te betalen voor overige publieke taken	0 euro	31 miljoen euro
Totaal	247 miljoen euro	58 miljoen euro

Optie 2: uitvoering door een openbaar lichaam

Alle huidige schappen worden opgeheven, en de resterende publieke taken worden ondergebracht in één nieuw openbaar lichaam. De kern van het voorstel is dat het om een publiekrechtelijke organisatie gaat met een bestuur dat gevormd wordt door sociale partners uit de betreffende sector (land- en tuinbouw). Het openbaar lichaam heeft een eigen bevoegdheid om regels uit te vaardigen, heffingen op te leggen en taken uit te voeren. Wel zal de overheid door middel van wetgeving grenzen stellen aan de taken die op grond van heffingen mogen worden uitgevoerd. Er zal een zekere beslissingsbevoegdheid bij de minister zijn zoals dit ook in de huidige wet het geval is en de minister houdt toezicht op het openbaar lichaam. Met het voorstel voor reductie van het takenpakket uit het kabinetsstandpunt van oktober 2011 daalt het totale bedrag aan heffingen van 220 miljoen euro naar 31 miljoen euro. Als er meer taken worden toegevoegd (bijvoorbeeld innovatie) dan betekent dit dat de reductie beperkter is.

Optie 2: één openbaar lichaam	Huidig budget voor de pbo taken	Benodigd budget voor publieke taken
Door overheid betaald voor medebewindtaken	27 miljoen euro	27 miljoen euro
Door ondernemers betaald (heffingen)	220 miljoen euro	31 miljoen euro
Door overheid te betalen voor overige publieke taken	0 euro	0 euro
Totaal	247 miljoen euro	58 miljoen euro

Optie 3: uitvoering door de Rijksoverheid

Los van de 2 in de brief genoemde modellen, kan de Rijksoverheid ook besluiten de publieke taken zelf uit te voeren (bijvoorbeeld in een agentschap). De budgettaire consequenties hiervan zijn identiek als in optie 1. De kosten voor de Rijksoverheid stijgen als gevolg van de uitvoering van de overige publieke taken. Het gaat hierbij om in totaal 31 miljoen. Deze stijging staat los van eventuele aanvullende overgangskosten.

Gevolgen voor regelgeving

Afhankelijk van de uiteindelijke besluitvorming moet (een deel van) de Wet op de bedrijfsorganisatie worden gewijzigd of ingetrokken. Het wetgevingsproces duurt ongeveer twee jaar nadat het besluit genomen is. De schappen moeten bij algemene maatregel van bestuur worden opgeheven. Daarnaast moet aandacht zijn voor de financiële afwikkeling van de schappen, de juridische aspecten bij afbouw en voor de continuïteit van de publieke taakoefening in relatie tot het tempo van afbouwen.

Uitvoeringsconsequenties

In principe dient in alle modellen een nieuwe uitvoeringsorganisatie te worden opgezet. Dit brengt in alle gevallen uitvoeringsconsequenties met zich mee, hetgeen naast de structurele financiering, ook transitiekosten met zich mee brengt. Onduidelijk is wat de omvang hiervan is. In optie 1 en 2 wordt voortgebouwd op de kennis en ervaring van de bestaande schappen. Indien gekozen wordt voor de variant waarbij de taken worden belegd bij de Rijksoverheid wordt de afstand met de sector groter. In alle varianten wordt voorgesteld om de politieke verantwoordelijkheid voor het stelsel over te dragen van de minister van SZW naar de minister van EL&I.

Financiering topsectoren

Op dit moment betalen ondernemers via pbo-heffingen mee aan de topsectoren AgroFood en Tuinbouw & Uitgangsmaterialen (dit bedrag maakt geen deel uit van de eerdergenoemde 220 miljoen euro). Als het stelsel wordt afgeschaft moet in elke variant een oplossing gevonden worden voor de financiering hiervan. Het gaat daarbij in totaal om €47 mln bij (€17 mln voor AgroFood en €30 mln voor Tuinbouw & Uitgangsmaterialen). Indien de sector geen bijdrage meer zou leveren, dient voor dit bedrag dekking op de Rijksbegroting te worden gevonden.

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Aan de minister-president
minister van Algemene Zaken
drs. M. Rutte
Binnenhof 19
2513 AA DEN HAAG

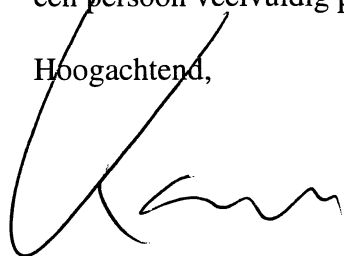
Kenmerk: 201200460

Den Haag, 10 oktober 2012

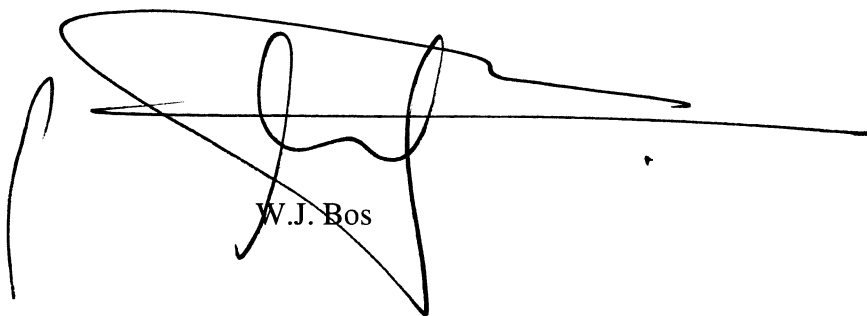
Geachte heer Rutte,

Graag verzoeken wij u de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties te vragen om ons ten behoeve van onze werkzaamheden op de kortst mogelijke termijn te informeren over de mogelijkheden tot beperking van herhaalde huwelijksmigratie waarbij een persoon veelvuldig partners uit zijn land van herkomst laat overkomen.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Aan de minister-president
minister van Algemene Zaken
drs. M. Rutte
Binnenhof 19
2513 AA DEN HAAG

Kenmerk: 201200461

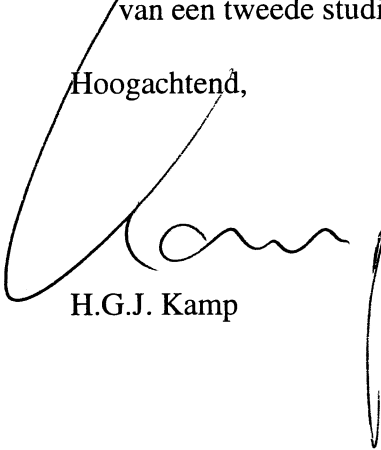
Den Haag, 10 oktober 2012

Geachte heer Rutte,

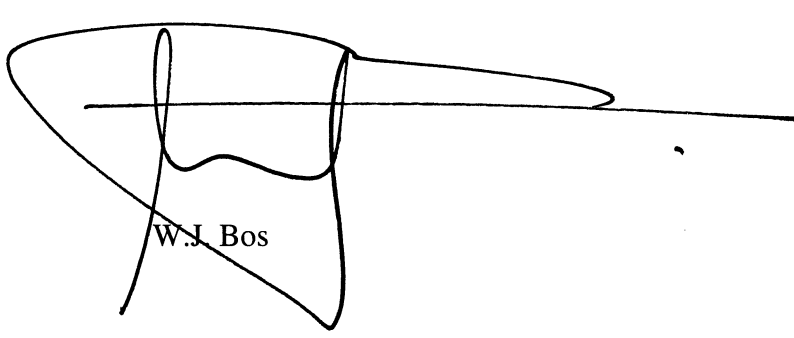
Graag verzoeken wij u de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap ons ten behoeve van onze werkzaamheden op de kortst mogelijke termijn te informeren over:

- de doelstellingen van het project "Toptechniek in bedrijf" en de stand van zaken bij de uitvoering hiervan;
- de kortst mogelijke termijn waarbinnen de OV-kaart voor studenten kan worden omgezet in een kortingkaart;
- de (bedoelde en onbedoelde) effecten van het terugbrengen van het collegegeld van een tweede studie naar het niveau van het wettelijk collegegeld.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Aan de informateurs
de heren drs. W.J. Bos en H.G.J. Kamp
Postbus 20008
2500 EA Den Haag

Briefnummer
12/11.468/FG/YBo

Den Haag
8 oktober 2012

Onderwerp
Dutch Sustainable Growth Coalition

Geachte heren,

Naar wij hopen en verwachten, vormen afspraken die leiden tot snelle terugkeer op het pad van substantiële duurzame economische groei de kern van het regeerakkoord dat u thans aan het voorbereiden bent. Het is belangrijk om daarbij voor ogen te houden dat *ondernemingen en ondernemers* een sleutelrol kunnen vervullen in het realiseren van duurzame groei. Dit is één van de kerncompetenties van de acht Nederlandse multinationals die zich verenigd hebben in de Dutch Sustainable Growth Coalition¹.

Wij, en met ons vele andere bedrijven in de Nederlandse economie, willen maximaal bijdragen aan het oplossen van de grote maatschappelijke uitdagingen van deze tijd (waaronder voedsel, energietransitie, het voorkomen van klimaatverandering, uitputting van grondstoffen). Wij hebben daartoe nieuwe duurzame groeistrategieën en duurzame bedrijfsmodellen in onze ondernemingen ontwikkeld en toegepast. Met deze strategie en business aanpak bestrijken wij talloze (internationale) ketens. Wij laten daarbij zien dat het aanpakken van maatschappelijke vraagstukken hand in hand gaat met het realiseren van economische groei.

Relevant is dat het daarbij om *integrale* verduurzaming gaat; het continu verbeteren van de dynamiek tussen de 3 P's: people, planet, profit. De bedrijven verenigd in de Dutch Sustainable Growth Coalition leveren ook graag een bijdrage aan het op de kaart zetten van Nederland als één van de *sustainability valleys* in de wereld. Deze ontwikkeling staat of valt met een goed vestigingsklimaat voor ondernemingen. Daarom adviseren wij u de navolgende condities en maatregelen in het regeerakkoord op te nemen:

- *Consistent en bestendig overheidsbeleid*
 - Voer, voor bestaand en voorgenomen beleid, altijd een full life cycle analysis uit.
 - Zorg dat het integrale overheidsbeleid voor de lange termijn consistent is ten aanzien van de verschillende duurzaamheidsthema's (milieu, energie, klimaat, voedsel, arbeidsomstandigheden). Houd per doelstelling vast aan één overheidsinstrument dat

¹ DSGC is een initiatief van Unilever, DSM, AkzoNobel, HEINEKEN, Philips, FrieslandCampina, Shell en KLM, wordt ondersteund door VNO-NCW en gefaciliteerd door Ernst & Young.

de concurrentie niet verstoort. Voorkom stapeling en voortdurende verandering van beleids- en overheidsinstrumenten die op hetzelfde thema/doel gericht zijn (bijvoorbeeld ten aanzien van CO₂-reductie: ETS, Ecotax, verplicht aandeel duurzaam en subsidies op hernieuwbare energie).

- Continueer de Green Deal aanpak.
 - Houd vast aan een internationaal en eenduidig kader voor Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (Ruggie guidelines), fiscaliteit (OECD kader), klimaat en internationale handel (VN, WTO, EU, OECD).
 - Blijf investeren in ons hoofdkantorenklimaat als 'Gateway to Europe'. Zorg daarbij voor een aantrekkelijk fiscaal vestigingsklimaat en stimulerende maatregelen voor het promoten van duurzame bedrijfsmodellen en goede internationale bereikbaarheid via een kwalitatief hoogwaardig netwerk van luchtverbindingen. Dit zal bedrijven in Nederland houden, nieuwe bedrijven aantrekken en Nederland op de kaart zetten als een van de 'Sustainability Valleys' van de wereld.
- *Innovatie en duurzaam ondernemerschap*
 - Omdat innovatie de sleutel is tot verduurzaming en competitiviteit van bedrijven versterkt, is krachtige voortzetting van het topsectorenbeleid met daarin promotie van duurzame business modellen en verbinding met het Europese Horizon 2020, een must. Hierbij hoort behoud/uitbouw van geld voor innovatie, langjarige toezegging en behoud/uitbouw van fiscale stimulansen (voldoende ruimte WBSO, RDA) en behoud/uitbouw van geld voor fundamenteel onderzoek.
 - Integreer mede in dat kader duurzaamheidsaspecten, die onder meer betrekking hebben op economische-, sociale- en milieudimensies in curricula en onderzoeksprogramma's van universiteiten, hoger en middelbaar onderwijs, zodat bewustwording rondom duurzaamheid en duurzaam ondernemerschap wordt gestimuleerd. Interdisciplinaire samenwerking tussen docenten, faculteiten, toezichtorganen, colleges van bestuur en andere stakeholders is daarbij cruciaal.
 - Zet de omslag naar nieuw duurzaam inkoopbeleid door de overheid, zoals ingezet door het kabinet Rutte I, krachtig voort. Hierdoor steunt de overheid de dynamiek van de markt door innovatiegericht duurzaam te gaan inkopen en aan te besteden in dialoog met de markt. Inkoop door de overheid moet daarbij uitgaan van een 'integrale' aanpak die kijkt naar het totale proces dat ten grondslag ligt aan een in te kopen product of dienst. Het huidige statische afvinkstelsel belemmert de dialoog in de markt en is daardoor een rem op innovatie.
 - Realiseer een betere aansluiting van Nederland op groeiemarkten buiten Europa. Nederland kan dan via bedrijven die duurzame groei strategieën en –business modellen hanteren veel meer profiteren van de kansen die landen die momenteel wel flink groeien ons bieden en tegelijkertijd daarmee duurzame bedrijfsmodellen ook internationaal verder uitrollen en stimuleren.
 - Stimuleer Nederlandse werkgevers om “inclusief” te ondernemen. Als bedrijven effectief worden gestimuleerd om Nederlanders met een afstand tot de arbeidsmarkt volwaardig te betrekken, heeft dit zowel maatschappelijk als economisch enorme potentie.
 - *Een circulaire en meer biobased economy*
 - Zet maximaal in op een transformatie van een thans nog overwegend lineaire economie naar een meer circulaire economie. Zet tevens in op een economie die zijn grondstoffen grotendeels betreft uit de levende natuur (biomassa, 'groene'

- grondstoffen), de zogenaamde 'biobased economy'. Een belangrijk voordeel van biomassa is dat het, mits duurzaam geproduceerd en benut, zichzelf blijft vernieuwen en een belangrijk alternatief kan worden voor eindige fossiele grondstoffen.
- Voer een actieve lobby in Brussel gericht op het stimuleren van meer innovatie in de EU agrosector en verhoog daarmee de kans op verdere liberalisering van de wereldmarkt.
 - In het kader van bevordering van duurzaamheid moet de EU worden aangemoedigd de huidige invoertarievensystematiek meer door de bril van duurzaamheid te beoordelen, resulterend in een spoedige realisatie van een nultarief invoerrechten voor duurzaam geproduceerde landbouwgewassen.

Vanzelfsprekend zijn wij graag bereid het bovenstaande nader aan u toe te lichten. Gezien het belang van het onderwerp hebben wij de vrijheid genomen een afschrift van deze brief te sturen aan de onderhandelaars van de fracties van VVD en PvdA in de Tweede Kamer.

Hoogachtend,

Jan Peter Balkenende, Voorzitter Dutch Sustainable Growth Coalition (DSGC)

Paul Polman, CEO Unilever

Jean-François van Boxmeer, CEO HEINEKEN

Frans van Houten, CEO Royal Philips Electronics

Feike Sijbesma, CEO Royal DSM

Ton Büchner, CEO AkzoNobel

Peter Hartman, CEO KLM Royal Dutch Airlines

Cees 't Hart, CEO FrieslandCampina

Peter Voser, CEO Shell

Pieter Jongstra, CEO Ernst & Young Nederland

Bernard Wientjes, Voorzitter VNO-NCW

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer mr.dr. J.P. Balkenende
Dutch Sustainable Growth Coalition
(DSGC)
p/a Postbus 2295
3000 CG Rotterdam

Kenmerk: 201200463

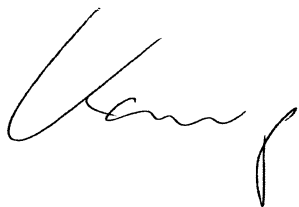
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Balkenende,

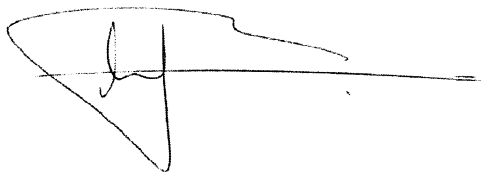
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kamp' with a long, sweeping horizontal stroke at the end.

H.G.J. Kamp

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Bos' with a large, stylized loop at the beginning and a long horizontal stroke extending to the right.

W.J. Bos



Aan de heren H.G.J. Kamp en W.J. Bos,
Informateurs
Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Laren, 4 oktober 2012

Geachte informateurs,

Het multi mediale eHealth project Hallo Dokter heeft inmiddels steun van veel partijen in de zorgsector. Wij hopen volgend jaar via een landelijk opgezette pilot de zorginhoudelijke kwaliteitsimpuls en de macro-economische besparingen aan te tonen.

Prof. dr. Guus van Montfort, bijzonder hoogleraar Bedrijfseconomie, Zorg en Medische Technologie aan de Universiteit Twente, heeft zich inmiddels bereid verklaard als onafhankelijke partij de doelstelling wetenschappelijk te volgen met het oog op een evaluatie van het project ten behoeve van de Minister van VWS.

Het is onze opvatting dat onze notitie met betrekking tot de ontwikkeling van de nulde tot de anderhalve lijns gezondheidszorg in het regeerakkoord niet mag ontbreken.

In dat kader doen wij u de volgende suggestie toekomen. Zie bijlage.

Separaat willen wij u graag in een gesprek nader informeren over de totale inhoud van het project Hallo Dokter.

Wij zijn zo vrij om ons secretariaat binnenkort hiervoor contact met u te laten opnemen.

Hoogachtend,
Hallo Dokter

Guido J.M. Maas
Voorzitter

Bijlage: 1

eHealth

Door en van (huis)arts(en) voor 16,5 miljoen Nederlanders

Basis voor eHealth is:

- Een landelijke infrastructuur, een communicatietool gebaseerd op een multimediaal platform in de nulde-, eerste- en anderhalfde lijns zorg. Het platform zal zelfmanagement (zelfonderzoek, zelfzorg en zelfmedicatie) bevorderen en een audio-video face2face consult tussen patiënt en aanbieder faciliteren.
- eHealth moet een kwaliteitsimpuls veroorzaken in de zorg, de zorg betaalbaar houden en toegankelijk zijn voor iedere Nederlander. eHealth verbetert de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg voor de Patiënt, de Zorgverzekeraar, de Overheid en de Zorgaanbieder.
- eHealth moet resulteren in substitutie van dure naar goedkope zorg en reductie van consulten door zelfmanagement.
- Voor een bezoek aan de eerste lijn in de dure NAW-uren mag een eigen bijdrage worden gevraagd aan de patiënt tenzij men vooraf aantoonbaar de – gratis - zelfmanagementtool heeft geraadpleegd.

Belangrijke supporters van dit nieuwe landelijke eHealth platform zijn verenigd in de NIA eHealth (NPCF, ZN en KNMG).

VWS, ZonMw, LHV, NHG en NZa zijn enthousiast over een landelijk eHealth platform en zijn van mening dat hier duidelijke mogelijkheden liggen om zowel een belangrijke kwaliteitsimpuls als een significante kostenbesparing en een toename van de arbeidsproductiviteit te realiseren.

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer G.J.M. Maas
Hallo dokter online medisch consult
Nieuweweg 53
1251 LH Laren

Kenmerk: 201200465

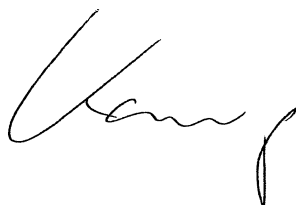
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Maas,

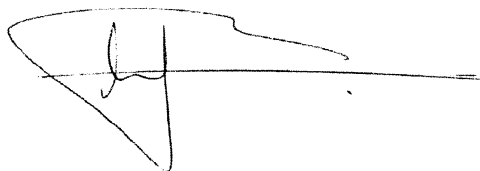
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

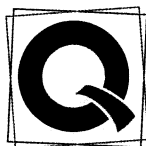
Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos



Q-UESTION
STICHTING VOOR MENSEN MET Q-KOORTS

201200400
Q-UESTION
POSTBUS 6288 • 5600 HG EINDHOVEN
INFO@STICHTINGQUESTION.NL
WWW.STICHTINGQUESTION.NL
06-27168689

De heren H.G.J. Kamp en drs. W.J. Bos
Ministerie van Algemene Zaken
Postbus 20001
2500 EA DEN HAAG

Eindhoven, 3 oktober 2012

Geachte heren,

De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft u verzocht een onderzoek in te stellen naar de mogelijkheid een regeringscoalitie te vormen tussen de VVD en de PvdA.

Het nieuwe kabinet zal worden geconfronteerd met aanzienlijke uitdagingen: de economie moet weer groeien, er moet meer grip komen op de overheidsfinanciën en de gezondheidszorg moet op peil blijven en zo mogelijk verbeteren. Tot de gezondheidszorg rekent onze patiëntenorganisatie eveneens het begrip tonen voor patiënten die in de periode 2007 tot heden besmet zijn geraakt met Q-koorts en daar tot op vandaag de gevolgen nog van ondervinden.

Tot op heden heeft het kabinet in onze ogen onvoldoende aandacht gehad voor de problemen waarmee Q-koortspatiënten nog steeds kampen, voor de niet-opgespoorde gevallen van chronische q-koorts en voor de stelling dat intensieve mensenhoudery naast intensieve veehouderij ook een plaats verdient. De uitkomsten van de rapporten Commissie Van Dijk en van de Ombudsman mogen hier als ingelast worden beschouwd.

Wij dringen erop aan dat in de regeringsverklaring stelling wordt genomen ten faveure van Q-koortspatiënten die onevenredig zwaar zijn getroffen vanwege falend overheidsbeleid en het uitblijven van tijdig te nemen maatregelen, teneinde deze epidemie te voorkomen. Tevens verzoeken wij u fondsen beschikbaar te stellen om de ca. 2.000 chronische patiënten (met de bacterie levend in hun lichaam) op te sporen en te behandelen. Onbehandeld gaan deze patiënten een zeer ongewisse toekomst tegemoet.

Wij hopen dat u bovenstaande in uw beschouwingen wilt betrekken en zijn graag bereid een en ander nader toe te lichten.

Hoogachtend,
Q-uestion, Stichting voor mensen met Q-koorts,

M.C.M. van den Berg,
voorzitter

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer M.C.M. van den Berg
Q-Uestion
Stichting voor mensen met Q-koorts
Postbus 6288
5600 HG Eindhoven

Kenmerk: 201200467

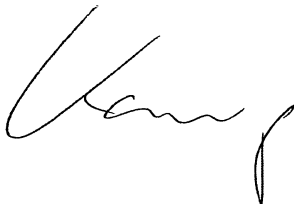
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Van den Berg,

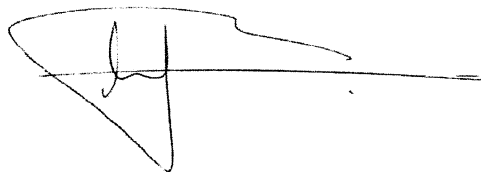
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

de heer H.G.J. Kamp
 Informateur
 Postbus 20018
 2500 Den Haag

Post- en bezoekadres Houttuinlaan 3
 3447 GM Woerden
 Telefoon (0348) 46 66 66
 Fax (0348) 46 66 67
 E-mail info@anbo.nl
 Website www.anbo.nl

K.v.K. Utrecht 40476442
 ABN AMRO 433715014

WOERDEN

5 oktober 2012

ONDERWERP

Nu tijd voor goed
 ouderenbeleid, waar
 jong en oud samen
 van profiteert

KENMERK

DIR1210504

INFORMATIE BIJ

r.devries@anbo.nl

Geachte heer Kamp,

Nederland telt bijna zes miljoen 50-plussers. In de jaren tot 2040 stijgt hun aantal fors, met onder hen dan 4,6 miljoen 65-plussers. Daarom is het nu de tijd voor integraal beleid. Beleid dat de negatieve gevolgen van de vergrijzing duurzaam oplost, en de positieve gevolgen verzilvert. We mogen niet vervallen in een zelfgecreëerd generatieconflict, waarin de belangen van jongeren en ouderen tegen elkaar uitgespeeld worden. Kern van goed ouderenbeleid is juist dat jong en oud samen profiteert. Daarnaast is het van groot belang om in te zien dat de sleutel tot gezonde overheidsfinanciën en verdere welvaartsgroei juist ligt in inclusie en participatie van senioren. Niet omdat ze dat "verdiend hebben", maar omdat wij het ons als samenleving niet kunnen veroorloven om geen gebruik te maken van het sociaal kapitaal en de arbeidskracht van senioren, en mensen aan de kant te zetten door ze oud te noemen.

Wat hebben we nodig om mensen in staat stellen om tot op hoge leeftijd volwaardig mee te doen in onze samenleving? We moeten de arbeidsmarktpositie van ouderen flink verbeteren – in 2011 werd slechts twee procent van de vacatures ingevuld door 55-plussers, waardoor de kennisoverdracht van oudere naar jongere werknemers verloren gaat. Dat kost de samenleving geld, dat moge duidelijk zijn. Forse investeringen in het imago van oudere werknemers zijn nodig, evenals een leven lang leren. Maar we moeten ook inzien dat werk slechts een onderdeel is van actief ouder worden. Integraal beleid gaat over het leveren van een actieve bijdrage door betaald werk, vrijwilligerswerk, mantelzorg en de mogelijkheid om tot op hoge leeftijd zelfstandig te wonen, met behulp van goede woonoplossingen en toegankelijk openbaar vervoer.



De volgende punten zijn van belang in het nieuwe regeerakkoord:

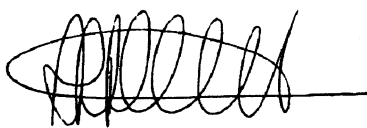
1. Zowel voor actieven als postactieven moet sprake zijn van een rechtvaardige en gelijkmatige inkomensontwikkeling. Binnen het Pensioenakkoord zijn afspraken gemaakt die dat effect hebben. Bescherming van de laagste inkomens is een eis van rechtvaardigheid. Dit vereist een afgewogen pakket fiscale maatregelen en een groeiagenda voor de komende jaren;
2. Realiseer een inkomenafhankelijke zorgpremie om de lasten eerlijk te verdelen. Door de nominale premie te verlagen kan de zorgtoeslag afgeschaft worden, zonder dat de concurrentiepositie van de verzekeraars aangetast wordt. De kosten voor de zorgtoeslag lopen volgend jaar op tot 4,9 miljard euro, en de administratieve lasten die dit met zich meebrengt zijn daar nog niet in meegerekend. Fiscaliseer de AOW en de AWBZ en realiseer een inkomensafhankelijke toeslag voor senioren;
3. Hervorm de zorg tot een stelsel gericht op gezondheidswinst. Inzet op preventie en e-health, tegengaan van verspilling en overbehandeling zijn hierbij de uitgangspunten. Ondersteun mantelzorgers bij de taken die zij hebben rondom kwetsbare ouderen. Een goede uitwerking van zorg in de buurt is daarvoor essentieel;
4. Maak ernst met de aanpak van de woningmarkt. Voer geen deelmaatregelen uit en doorbreek de stagnatie. Maak de samenleving seniorproof en zorg voor voldoende geschikte en betaalbare woningen voor senioren. Domotica en ICT kunnen hierbij een cruciale rol spelen;
5. Realiseer een betere beschikbaarheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van het openbaar vervoer. Het is de sleutel tot de volwaardige participatie van senioren. Zorg voor een effectieve overlegstructuur voor het openbaar vervoer, zodat alle soorten gebruikers zich gehoord voelen;
6. De arbeidsmarkt moet meer open staan voor oudere werknemers. Focus niet op het afschaffen van maatregelen die oudere werknemers duur zouden maken (dat houdt de negatieve beeldvorming juist in stand), maar leg de nadruk op de meerwaarde die oudere werknemers hebben in kennis en ervaring, en draag dit ook uit. Flankerend beleid, dat de arbeidsparticipatie van werkenden verduurzaamt, is randvoorwaarde voor langer werken en later met pensioen gaan. Tegelijkertijd moeten er banen komen voor alle jonge werknemers die noodgedwongen aan de kant blijven staan. U bent het aan de samenleving verplicht dat jonge werknemers goed worden opgeleid voor de golf gepensioneerden zijn hoogtepunt bereikt;



7. Stimuleer de participatie van senioren in de maatschappij en maak gebruik van hun sociaal kapitaal, door hun vrijwillige inzet vooral af te stemmen op hun wensen, vaardigheden en beschikbaarheid. Senioren zijn zich heel bewust van hun noodzakelijke bijdrage aan de maatschappij, zo blijkt onder andere uit het enorme aantal senioren dat vrijwilligerswerk doet. Binnen Europa is Nederland kampioen: ongeveer 27 procent van de 50 tot 65-jarigen, en 31 procent van de 65 tot 75-jarigen zet zich belangeloos in. Maar liefst 40 procent van de 65-plussers draagt actief bij aan recreatieve organisaties, zoals sportverenigingen. Daarnaast zetten zo'n anderhalf miljoen mensen (oud en jong) zich als mantelzorger in. Benut die inzet, en haal daar duurzaam economisch voordeel uit;
8. Met de decentralisatie in de eerste plaats, en de overheveling van begeleiding van AWBZ naar Wmo in de tweede plaats krijgen gemeenten steeds meer Wmo-taken. Echter, er komen geen extra middelen ter beschikking. De kwaliteit van de Wmo moet centraal blijven staan met betaalbare en goede Wmo-voorzieningen, Zorg voor een efficiënte overheveling van de functies extramurale begeleiding en kortdurend verblijf naar de Wmo, zodat cliënten een adequate en passende ondersteuning blijven behouden. ANBO pleit voor voldoende middelen en gelijktijdig voor een betere indicatiestelling, zodat de Wmo niet onnodig belast wordt;
9. Stel op Europees niveau de belangen van alle Nederlanders veilig. Het spookbeeld van een Europa dat onze verworvenheden aantast, moet bestreden worden. Laat Nederland het voortouw nemen bij het oplossen van de schuldencrisis op Europees niveau om zo de economische stabiliteit van Europa weer te herstellen;
10. De vergrijzing en ontgroening noodzaken een coördinerend minister, die verantwoordelijk is voor de samenhang en effecten van maatregelen aangaande inkomen, arbeid, zorg, wonen en mobiliteit. De huidige positie van senioren rechtvaardigt zelfs een minister voor ouderenbeleid. Zoals eerder gesteld niet omdat ouderen "dat verdiend hebben", of dat hun aantal dat rechtvaardigt, maar om toe te zien op de solidariteit tussen de generaties, en de samenleving te behoeden voor een dijk van een generatieconflict.

De aandacht moet uitgaan naar de zwakkeren in de samenleving. Mensen die geen regie over hun leven kunnen voeren, bijvoorbeeld omdat zij te ziek zijn, geen mensen om zich heen hebben of onvoldoende inkomen hebben om volwaardig mee te kunnen doen in de maatschappij.

Met vriendelijke groeten,



N.L. den Haan,
Algemeen directeur



H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer N.L. den Haan
ANBO
Houttuinlaan 3
3447 GM Woerden

Kenmerk: 201200469

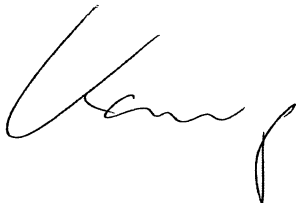
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Den Haan,

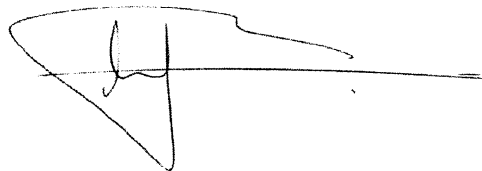
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Ministerie van Algemene Zaken
T.a.v. Dhr. W. Bos
Postbus 20001
2509 LV Den Haag

Amsterdam, 4 oktober 2012

Geachte heer Bos,

Aan u en de heer Kamp is de opdracht gegeven te onderzoeken of een kabinet mogelijk is tussen PvdA en VVD. Graag wens ik u als directeur van Aletta E-Quality daarmee veel succes.

Aletta E-Quality is het kennisinstituut voor emancipatie en vrouwengeschiedenis. Het heeft als taak het verzamelen, beheren en ontsluiten van het erfgoed van de vrouwenbewegingen, en door middel van onderzoek en analyse essentiële kennis en beleidsadviezen te leveren over de positie van vrouwen. Tegen de achtergrond van onze taakstelling vragen wij nadrukkelijk uw aandacht voor het volgende.

U staat voor de opgave een politiek en maatschappelijk stabiel en slagvaardig kabinet te formeren. Economie, zorg en Europa zijn daarbij kernvraagstukken. In het belang van een economisch gezond Nederland wil ik u vragen rekening te houden met de belangen van vrouwen omdat hier een vaak over het hoofd geziene sleutel ligt die bijdraagt aan economische stabiliteit. Ik licht dit hieronder toe. Het regeerakkoord (1998) van het tweede Paarse kabinet kende een apart hoofdstuk vrouwenemancipatie, waaruit bleek hoeveel waarde het kabinet hechtte aan de bevordering van maatschappelijke en economische participatie en zelfbeschikking van vrouwen. We hopen dat het nieuwe kabinet hieraan een voorbeeld neemt.

Ik neem de vrijheid een aantal specifieke feiten onder uw aandacht te brengen die duiden op de noodzaak van gericht overheidsbeleid om een einde te maken aan flagrante vormen van aanhoudende discriminatie van vrouwen in Nederland.

Discriminatie van vrouwen in arbeid

Beloningsongelijkheid bij gelijke arbeid van mannen en vrouwen is, ondanks het wettelijk verbod daarop, een schrijnend voorbeeld van aanhoudende discriminatie van vrouwen. Ook blijkt uit onderzoek dat 50% van de vrouwen tijdens hun zwangerschap te maken heeft met discriminatie (zowel bij de werving en selectie maar ook tijdens een baan, denk hierbij aan geen verlenging contract, geen hervatting van de vroegere werkzaamheden, geen promotie). Het zou een belangrijke stap zijn ter bevordering van gelijke kansen op arbeidsparticipatie van vrouwen - en daarmee van economische zelfstandigheid van vrouwen - als aan deze vormen van discriminatie een einde wordt gemaakt. Ook wijzen wij op de discriminatie van werksters in particuliere huishoudens. In Nederland is 'zwart' en onverzekerd werken de norm. Het gaat hier om vele tienduizenden werkneemsters waar de overheid in regelgeving in gebreke blijft. Ze zijn in Nederland veel slechter af dan in andere Europese landen omdat ze geen cao hebben en niet verplicht zijn verzekerd tegen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid.

Bezuinigingen in zorg en economische zelfstandigheid voor vrouwen

Door de bezuinigingen in de zorg verdwijnt betaalde arbeid die vrouwen onevenredig vaak treft en is in toenemende mate onbetaalde zorgarbeid noodzakelijk. Er is nog steeds een scheve verdeling van betaalde en onbetaalde arbeid tussen mannen en vrouwen. Vrouwen zorgen meer, mannen besteden

meer uren aan betaalde arbeid. 90% van de mannen gaat na de geboorte van zijn eerste kind, meer werken of blijft hetzelfde aantal uren werken. Deze bezuinigingen in de zorgsector vormen een onevenredig grote bedreiging voor de arbeidsparticipatie van vrouwen en daarmee wordt de economische zelfstandigheid van vrouwen als maatschappelijke groep verder aangetast.

Kinderopvang

Voor werkende ouders is zekerheid van toegang tot, betaalbaarheid en kwaliteit van kinderopvang van groot belang voor de continuïteit van hun betaalde werkzaamheden. De herinvoering van het oude kostenverdelingscriterium kinderopvang uit 1990 (overheid-werkgevers-werknemers betalen ieder een derde van de kosten) draagt niet bij aan economische zelfstandigheid van vrouwen. Uit recente CPB cijfers blijkt dat de arbeidsparticipatie van alleenstaande moeders is gedaald.

Sinds kort is het ontvangen van kinderopvangtoeslag gekoppeld aan het aantal gewerkte uren. Dit heeft bij zzp-ers en ondernemers al problemen opgeleverd (wisselend aantal uren). In de toekomst komt er nog een ander probleem bij als er meer mantelzorgers worden gevraagd. Mantelzorguren tellen voor de kinderopvangtoeslag niet mee als gewerkte uren, en dus worden vrouwen door dit beleid onevenredig nadelig getroffen.

Huiselijk Geweld

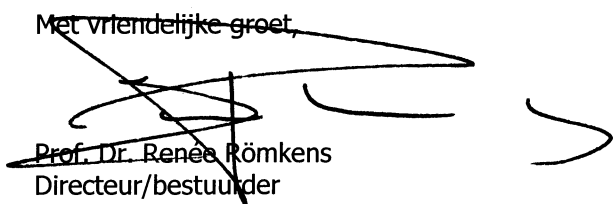
Hoewel Nederland actief beleid ontwikkelt op het terrein van huiselijk geweld zijn er weinig effecten merkbaar van de maatregelen die getroffen zijn om huiselijk geweld terug te dringen. Epidemiologisch onderzoek toont aan dat huiselijk geweld, vooral tegen vrouwen, kinderen en ouderen, een omvangrijk maatschappelijk probleem is (treft tenminste een op de drie gezinnen in Nederland). Het trekt een zware wissel op de veiligheid en het welzijn van burgers en daarmee ook op rechtshandhaving, gezondheidszorg en maatschappelijke opvang en op arbeidsproductiviteit. In Nederland bedraagt het economisch verlies door ziekteverzuim als gevolg van huiselijk geweld jaarlijks tussen de 74 en 192 miljoen euro. Decentralisering van beleid leidt momenteel tot versnippering, vooral in beleidsuitvoering maar ook in continuïteit van beleidsontwikkeling op dit terrein.

Gecoördineerd landelijk beleid is nodig middels een Nationaal Actieplan Huiselijk geweld gericht op alle betrokken professionele groepen (i.h.b. politie, openbaar bestuur, gezondheidszorg, vrouwenopvang, maatschappelijk werk). In dat verband is ondertekening en ratificatie van de Raad van Europa Conventie over preventie en bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, zoals in december 2011 aangekondigd door Minister Rosenthal, urgent. Landelijke beleidsaansturing op basis van gemeenschappelijke doelen is noodzakelijk om te komen tot meer efficiëntie en effectiviteit, zeker in de sfeer van preventie en ondersteuning. De noodzaak van een Nationaal Actieplan Huiselijk Geweld waarin meer aandacht is voor de onevenredige risico's die vrouwen lopen, wordt overigens ook onderstreept in de hiervoor genoemde Raad van Europa Conventie. Daarnaast is Nederland hiertoe reeds meermalen opgeroepen door de VN Commissie die toezicht houdt op de naleving door Nederland van het VN Vrouwenverdrag.

Met deze brief beperken wij ons tot enkele in het oog springende zaken waarin vrouwen nog steeds ongelijk worden behandeld. Het is niet bedoeld als uitputtend. Vanuit het oogpunt van emancipatie is structureel beleid nodig om achterstelling van vrouwen en meisjes tegen te gaan. We hopen op een vrouwenemancipatiebeleid in het regeerakkoord dat een duidelijke impuls geeft aan de verbetering van de positie van vrouwen en zo ook in sterke mate bijdraagt Nederland uit de economische crisis te halen. Wellicht ten overvloede wijs ik erop dat het hier in alle gevallen om een verplichting naar internationaal recht betreft die op de Nederlandse overheid rust. Met de ratificatie door Nederland van het VN Vrouwenverdrag is Nederland verplicht om "onverwijld met alle passende middelen een beleid te volgen, gericht op uitbanning van discriminatie van vrouwen, (en) om alles in het werk te stellen dat bijdraagt aan het beëindigen van discriminatie van vrouwen" (art. 2 VN Vrouwenverdrag). Die verplichting vloeit ook voort uit art. 1 van de Grondwet. Het betreft meer dan een inspanningsverplichting maar een resultaatsverplichting om een einde te maken aan discriminatie, ook op grond van sekse.

Wij zijn graag bereid constructief met u mee te denken hoe wij in de werkzaamheden van ons instituut u behulpzaam kunnen zijn om dit resultaat te realiseren.

Met vriendelijke groet,



Prof. Dr. Renée Römken
Directeur/bestuurder

Cc: de heer H.G.J. Kamp

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Mevrouw prof.dr. R. Römken
Aletta E-Quality
Kennisinstituut voor emancipatie en
vrouwengeschiedenis
Vijzelstraat 20
1017 HK Amsterdam

Kenmerk: 201200471

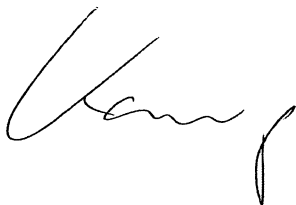
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte mevrouw Römken,

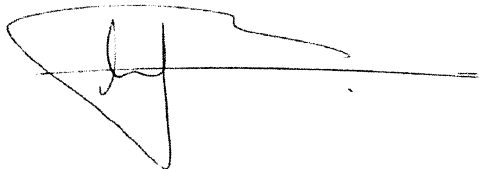
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Brieven aan de (in)formateur(s)
p/a Tweede Kamer
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Utrecht, 8 oktober 2012
Kenmerk: A.050./3550/pk
Betreft: 'de onderkant van de arbeidsmarkt'

Geachte informateurs,

Over het Wetsvoorstel werken naar vermogen van het huidige kabinet heeft vanwege de val van het kabinet geen stemming meer plaatsgevonden in de Tweede Kamer. Wij gaan ervan uit dat het onderwerp 'de onderkant van de arbeidsmarkt' een belangrijk gesprekpunt vormt in de formatie van het nieuwe kabinet. We doen u daarom graag een aantal suggesties vanuit de praktijk van de uitvoering.

De 400.000 mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt hebben recht op werk, bij voorkeur bij een gewone werkgever. Dat te bereiken is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, werkgevers en uitvoering. Als het lukt, is de maatschappelijke winst groot: de talenten van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt worden benut en het beroep op uitkeringen vermindert.

Wat doen de sociale werkvoorzieningsbedrijven?

De sociale werkvoorzieningsbedrijven (SW-bedrijven) bieden van oudsher werk in een beschutte werkomgeving voor mensen die daar echt op zijn aangewezen. Maar daarnaast streven zij er naar zoveel mogelijk mensen te bemiddelen naar gewoon werk bij een gewone werkgever. SW-bedrijven zijn daarin succesvol: ze kennen de regionale arbeidsmarkt en de werkgevers in de omgeving. En ze zijn er in gespecialiseerd om van bestaand werk geschikte banen te maken voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Ze 'ontzorgen' werkgevers en bieden hen constructies waarbij ze zo min mogelijk risico lopen. Een succesvol voorbeeld daarvan is detachering, waarbij de medewerker in dienst blijft van het SW-bedrijf en 'uitgeleend' wordt aan een gewone werkgever. Zo'n 100.000 mensen met een SW-indicatie zijn iedere dag aan de slag. Een derde van hen werkt bij een reguliere werkgever. Dit percentage stijgt nog ieder jaar. Tevens zijn nog zo'n 40.000 mensen uit andere doelgroepen via SW-bedrijven aan het werk.

Wat doen werkgevers?

Uit recent onderzoek¹ blijkt dat werkgevers steeds vaker bereid zijn mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt een kans te geven in hun bedrijf of organisatie. Werkgevers doen dit veelal vanuit een gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid. Maar werkgevers stellen wel voorwaarden:

¹ Kansen op de arbeidsmarkt, Newcom Research, september 2012. Beschikbaar via www.cedris.nl

- Ze willen financieel worden gecompenseerd voor de geringere arbeidsproductiviteit van iemand met een afstand tot de arbeidsmarkt.
- Ze willen geen administratieve rompslomp.
- Ze willen zo min mogelijk risico lopen en werken daarom bij voorkeur met flexibele constructies, zoals detachering.

Wat kan de overheid doen?

De verantwoordelijkheid van de overheid is om de juiste randvoorwaarden te scheppen. Het gaat om randvoorwaarden die de uitvoering de ruimte en de middelen bieden om het beoogde doel "Iedereen aan het werk" te realiseren. Daarnaast betreft het randvoorwaarden om werkgevers zoveel mogelijk te stimuleren mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt een werkplek te geven in hun organisatie. Want dat gaat niet vanzelf, ook niet als de arbeidsmarkt straks weer aantrekt. In bijlage 1 hebben we onze acht belangrijkste randvoorwaarden voor u op een rij gezet. We denken dat deze randvoorwaarden een grote impuls kunnen geven aan de arbeidsparticipatie van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt.

Een belangrijke randvoorwaarde betreft een uitvoerbaar instrument om werkgevers te compenseren voor de mindere productiviteit die iemand levert. In bijlage 2 hebben we voor u de voor- en nadelen op een rij gezet van de twee belangrijkste instrumenten die er zijn: loondispensatie en loonkostensubsidie. Er is veel discussie over nut en noodzaak van deze twee instrumenten en de bijlage kan voor u behulpzaam zijn bij het maken van een keuze hierin.

Wij wensen u veel succes en wijsheid in het huidige formatieproces. Uiteraard zijn wij beschikbaar om eventuele vragen te beantwoorden of om u inzicht te geven hoe maatregelen uitwerken in de praktijk van de uitvoering. Want zoveel mogelijk mensen helpen aan een werkplek op de arbeidsmarkt; daar is het onze leden om te doen!

Met vriendelijke groet,



Iris van Bennekom,
voorzitter

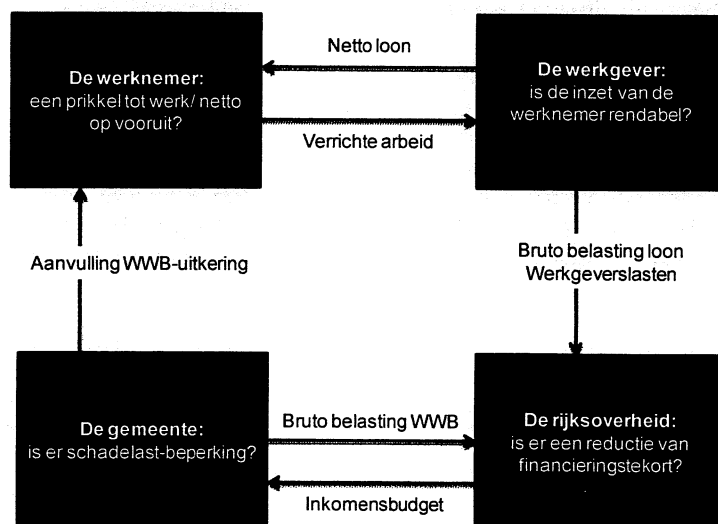
Loondispensatie en/of loonkostensubsidie: de voor- en nadelen

Werkgevers die iemand met een afstand tot de arbeidsmarkt aan het werk helpen, willen graag worden gecompenseerd voor de lagere productiviteit die iemand levert. Daarvoor bestaat het instrument loonkostensubsidie. Hierbij betaalt de werkgever de medewerker op minimaal het niveau van het wettelijk minimumloon en krijgt hij subsidie van de gemeente om het verschil tussen loonkosten en productiviteit te compenseren.

Het Wetsvoorstel werken naar vermogen introduceerde een nieuw instrument: loondispensatie. Hierbij betaalt de werkgever voor de loonwaarde die iemand heeft en wordt de rest aangevuld vanuit de uitkering door de gemeente. Volgens het wetsvoorstel mag iemand hierbij gedurende een bepaalde tijd onder het minimumloon uitkomen. Dat is echter geen automatisme, het is een politiek besluit tot welk niveau het loon wordt aangevuld.

In opdracht van Cedris heeft K+V Organisatieadvies de voor- en nadelen in kaart gebracht van beide instrumenten voor de groepen die hiermee te maken hebben: de werkgever, de medewerker, de gemeente en de rijksoverheid.

In onderstaande figuur staat samengevat hoe de geldstromen lopen en welke belangen de verschillende actoren hebben bij de inzet van het instrument loondispensatie.



Figuur 1. De vier actoren die een rol spelen bij loondispensatie

Naast financiële factoren zijn er vanzelfsprekend ook andere factoren die de uiteindelijke effectiviteit van het beleidsinstrument bepalen. Voorbeelden hiervan zijn

- biedt loondispensatie voor de werknemer mogelijkheden tot verdere ontplooiing, sociale ontwikkeling etc?
- biedt loondispensatie voor de werkgever invulling aan maatschappelijke verantwoordelijkheid?
- biedt loondispensatie voor de gemeente extra kansen op uitstroom?
- is het instrument loondispensatie uitvoerbaar?

Figuur 4. Gemeente: opbrengsten/ kosten loondispensatie

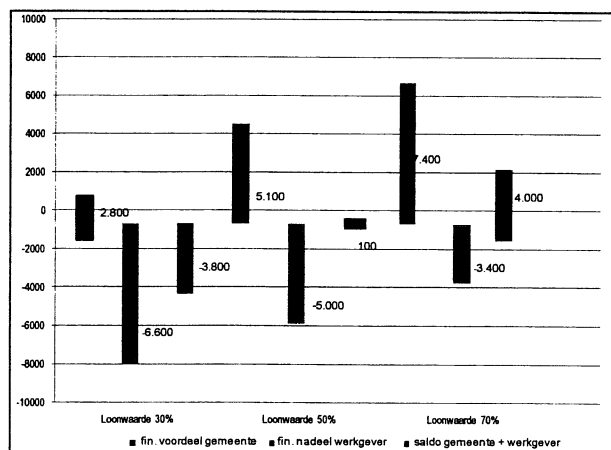
Figuur 5. Rijksoverheid: gevolgen voor belastingopbrengsten

Voor de *gemeente* geldt dat als de werknemer met loondispensatie bij een werkgever in dienst komt, er sprake is van een belangrijk financieel voordeel. In plaats van een volledige uitkering betaalt de gemeente alleen nog de bruto aanvulling en administratieve kosten voor het tot stand brengen van de loondispensatie (diagnose, berekening aanvulling etc).

In figuur 4 zien we dat voor een werknemer met 50% loonwaarde het om een verschil van € 5.100 gaat, dat gaandeweg oploopt bij hogere loonwaarden. Bedacht moet wel worden dat volledige uitstroom – voor zover mogelijk – het ultieme doel blijft, en uiteindelijk het grootste financiële voordeel oplevert (namelijk het besparen van een volledige uitkering van € 13.000).

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de relatie met het beschikbare budget voor de individuele gemeente (het zogenoemde budget Inkomensdeel). Als de budgetten op termijn worden aangepast op basis van het dalende aantal uitkeringen vormt dit een negatieve prikkel/ financieel risico voor de gemeente

Voor de *Rijksoverheid* geldt dat er met loondispensatie vooral indirecte gevolgen zijn voor de belastingopbrengsten. In een uitkerings situatie draagt de gemeente bruto belasting af over het WWB-bedrag. In het geval van werken met loondispensatie is dit eveneens het geval, waarbij een deel van de belastingafdracht gebeurt door de werkgever en een deel door de gemeente (de aanvulling). De werkgever draagt daarnaast werkgeverslasten af over het loon. In het voorbeeld bij 50% loonwaarde bedraagt het verschil circa € 1.900 (figuur 5). Hoe hoger de loonwaarde, hoe hoger de af te dragen werkgeverslasten zullen zijn.



Figuur 6. Gezamenlijk belang voor werkgever en gemeente

In figuur 6 staan de voor- en nadelen voor gemeente en werkgever samengevat. De gemeente heeft een voordeel (bij 50% loonwaarde € 5.100), de werkgever heeft een nadeel (bij 50% loonwaarde € 5.000).

- Als de gemeente zelf de werkgeversrol vervult, dan zijn de voor- en nadelen in één hand
- Als de gemeente gebruikt maakt van een intermediair als werkgever (bijv een overheids BV of SW-bedrijf als detacheerder) dan zijn via de gemeentelijke deelname/ eigenaarschap van de intermediair de voor- en nadelen ook in één hand
- Als werkgever een volledig onafhankelijke private partij is, wordt het ingewikkelder om de voor- en nadelen in één hand bij elkaar te brengen.

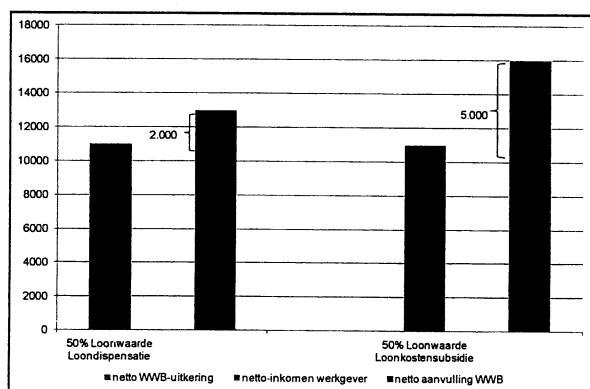
Belangrijke notie is dat in het voorgaande rekening is gehouden met forse administratieve lasten bij werkgever en gemeente (respectievelijk € 1.000 + € 2.000). Om voor loondispensatie in aanmerking te komen, is er eerst een toegangstoets en vervolgens een loonwaardemeting. Die wordt bovendien periodiek herhaald. Daarnaast heb je bij loondispensatie te maken met twee loonstroken: een voor het loon en een voor de aanvulling vanuit de gemeente. Dit maakt het voor de uitvoering ingewikkeld, bijvoorbeeld als er wijzigingen moeten worden

Loonkostensubsidie

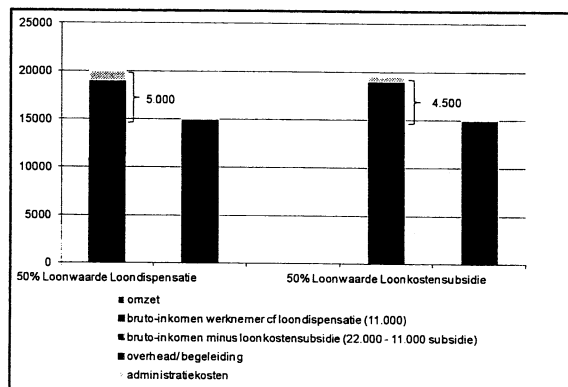
Een loonkostensubsidie beoogt in wezen hetzelfde als loondispensatie: namelijk de kosten voor de werkgever beperken, waarmee deze eerder geneigd zal zijn om een werknemer met een lage loonwaarde in dienst te nemen.

1. Werknemer en werkgever

Bij een loonkostensubsidie betaalt de werkgever tenminste het volledige minimumloon, inclusief belasting en werkgeverslasten. Voor de werknemer betekent dit dat hij op netto-WML-niveau een salaris ontvangt, een beduidende verbetering ten opzichte van de uitkerings situatie (figuur 7). De werkgever ontvangt van de gemeente een subsidie om de hoge loonkosten te compenseren. Voor de werkgever is het belangrijkste verschil dat de samenstelling van het bruto-bedrag wijzigt: in plaats van het betalen van één bedrag van € 11.000 moet er nu een volledig loonbedrag van € 22.000 betaald worden en wordt een gemeentelijke subsidie van € 11.000 ontvangen. Daarnaast zijn voor een werkgever de administratieve lasten voor het tot stand komen van een subsidieovereenkomst lager dan de vereisten bij het instrument loondispensatie. Bij een loonwaarde van 50% zal het gat echter nog steeds circa € 4.500 bedragen (figuur 8).



Figuur 7. Werknemer: verschil loondispensatie en loonkostensubsidie



Figuur 8. Werkgever: verschil loondispensatie en loonkostensubsidie

2. Gemeenten en Rijksoverheid

Voor de gemeente en de Rijksoverheid zijn de verschillen tussen loondispensatie en loonkostensubsidie groter. De gemeente betaalt in plaats van de aanvulling op het inkomen van € 5.900 een substantieel subsidiebedrag van € 11.000 aan de werkgever. Dit komt omdat de werkgever volledig gecompenseerd wordt in de loonbelasting en werkgeverslasten. De administratieve kosten voor de gemeente voor het tot stand komen van een subsidieovereenkomst zijn lager dan bij het instrument loondispensatie (wettelijke vereisten, diagnose, loonwaardemeting etc). Het voordeel voor de gemeente daalt bij loonkostensubsidie van € 5.100 naar € 1.500 (figuur 9).

Acht punten voor een toekomstige Wet voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt

1 Eén regeling voor alle mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt

Maak geen verschil tussen bijstand, Wajong en Wsw: het gaat om mensen die een afstand hebben tot de arbeidsmarkt. Deze groep van zo'n 400.000 mensen moet aan de slag worden geholpen, bij voorkeur bij gewone werkgevers. Hierbij geldt: gelijke monniken, gelijke kappen. Dat betekent één regeling met één arbeidsvoorwaardenregime. Beschut werk kan binnen die regeling een voorziening zijn voor mensen die dit echt nodig hebben. Eén regeling voorkomt bureaucratie. En het voorkomt dat een perverse prikkel ontstaat als de ene regeling financieel aantrekkelijker is dan de andere.

2 Gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering

Om mensen succesvol aan de slag te kunnen helpen, is het nodig de uitvoering decentraal te beleggen. Gemeenten kennen de regionale arbeidsmarkt en de mensen om wie het gaat. Zij zijn bij uitstek in staat die twee bij elkaar te brengen.

3 (Financiële) prikkels voor werkgevers

Voor werkgevers moet maatschappelijk verantwoord ondernemen aantrekkelijk zijn, ook financieel. SW-bedrijven kunnen werkgevers het risico en de administratieve lasten uit handen nemen, bijvoorbeeld via detacheringen. Maar dat is onvoldoende om grote aantallen werkgevers te 'verleiden' om mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt aan de slag te helpen. Daar zijn financiële prikkels voor nodig, bijvoorbeeld via de fiscus. Idealiter loopt de omvang van het financiële voordeel op naarmate een werkgever meer mensen aan de slag helpt. Een uniforme en duidelijke no-riskpolis helpt eveneens om werkgevers over de streep te trekken.

4 Voldoende budget voor begeleiding

Mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt hebben in de meeste gevallen begeleiding nodig om aan de slag te komen en te blijven. Ook werkgevers geven aan dat begeleiding essentieel is. SW-bedrijven kunnen die begeleiding bieden. Bovendien hebben zij de expertise om van het werk bij een werkgever geschikte banen te maken voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Of om constructies te bedenken waarbij de medewerker voldoende structuur en zekerheid wordt geboden, terwijl tegelijkertijd wordt ingespeeld op de behoefte aan flexibiliteit bij de werkgever. Voor deze begeleiding en bemiddeling is voldoende budget nodig.

5 Werk moet lonen

Om mensen te stimuleren aan de slag te gaan, moet de financiële 'winst' tussen uitkering en werk substantieel zijn. De politiek beslist over de hoogte van de beloning; de uitvoering is erbij gebaat als mensen gemotiveerd zijn om aan de slag te gaan omdat ze er financieel op vooruit gaan.

6 Een uitvoerbare compensatie voor werkgevers

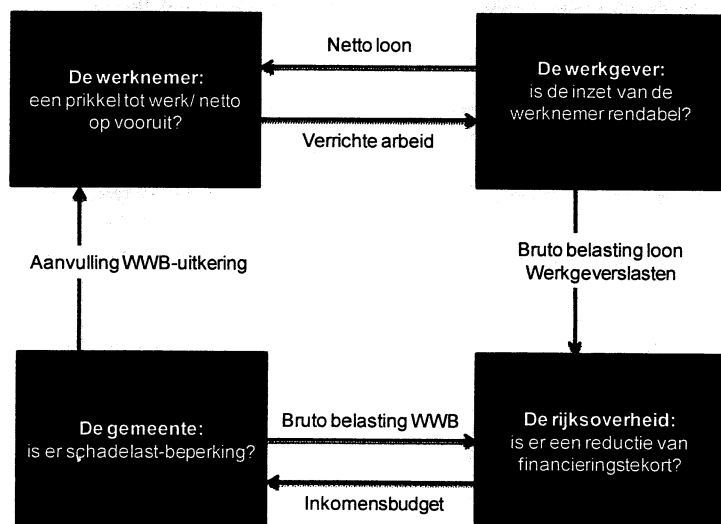
Loondispensatie en/of loonkostensubsidie: de voor- en nadelen

Werkgevers die iemand met een afstand tot de arbeidsmarkt aan het werk helpen, willen graag worden gecompenseerd voor de lagere productiviteit die iemand levert. Daarvoor bestaat het instrument loonkostensubsidie. Hierbij betaalt de werkgever de medewerker op minimaal het niveau van het wettelijk minimumloon en krijgt hij subsidie van de gemeente om het verschil tussen loonkosten en productiviteit te compenseren.

Het Wetsvoorstel werken naar vermogen introduceerde een nieuw instrument: loondispensatie. Hierbij betaalt de werkgever voor de loonwaarde die iemand heeft en wordt de rest aangevuld vanuit de uitkering door de gemeente. Volgens het wetsvoorstel mag iemand hierbij gedurende een bepaalde tijd onder het minimumloon uitkomen. Dat is echter geen automatisme, het is een politiek besluit tot welk niveau het loon wordt aangevuld.

In opdracht van Cedris heeft K+V Organisatieadvies de voor- en nadelen in kaart gebracht van beide instrumenten voor de groepen die hiermee te maken hebben: de werkgever, de medewerker, de gemeente en de rijksoverheid.

In onderstaande figuur staat samengevat hoe de geldstromen lopen en welke belangen de verschillende actoren hebben bij de inzet van het instrument loondispensatie.



Figuur 1. De vier actoren die een rol spelen bij loondispensatie

Naast financiële factoren zijn er vanzelfsprekend ook andere factoren die de uiteindelijke effectiviteit van het beleidsinstrument bepalen. Voorbeelden hiervan zijn

- biedt loondispensatie voor de werknemer mogelijkheden tot verdere ontplooiing, sociale ontwikkeling etc?
- biedt loondispensatie voor de werkgever invulling aan maatschappelijke verantwoordelijkheid?
- biedt loondispensatie voor de gemeente extra kansen op uitstroom?
- is het instrument loondispensatie uitvoerbaar?

Figuur 4. Gemeente: opbrengsten/ kosten loondispensatie

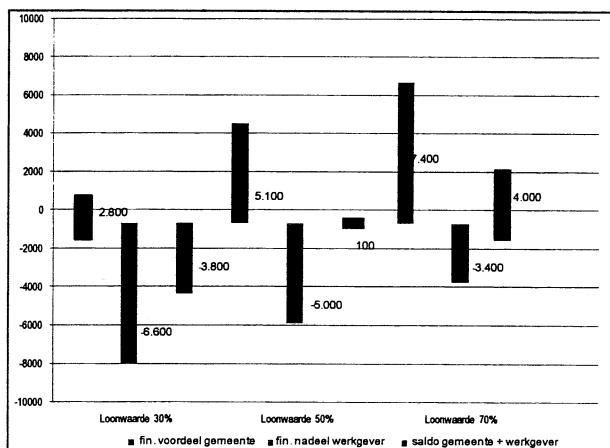
Figuur 5. Rijksoverheid: gevolgen voor belastingopbrengsten

Voor de *gemeente* geldt dat als de werknemer met loondispensatie bij een werkgever in dienst komt, er sprake is van een belangrijk financieel voordeel. In plaats van een volledige uitkering betaalt de gemeente alleen nog de bruto aanvulling en administratieve kosten voor het tot stand brengen van de loondispensatie (diagnose, berekening aanvulling etc).

In figuur 4 zien we dat voor een werknemer met 50% loonwaarde het om een verschil van € 5.100 gaat, dat gaandeweg oploopt bij hogere loonwaarden. Bedacht moet wel worden dat volledige uitstroom – voor zover mogelijk – het ultieme doel blijft, en uiteindelijk het grootste financiële voordeel oplevert (namelijk het besparen van een volledige uitkering van € 13.000).

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de relatie met het beschikbare budget voor de individuele gemeente (het zogenoemde budget Inkomensdeel). Als de budgetten op termijn worden aangepast op basis van het dalende aantal uitkeringen vormt dit een negatieve prikkel/ financieel risico voor de gemeente

Voor de *Rijksoverheid* geldt dat er met loondispensatie vooral indirecte gevolgen zijn voor de belastingopbrengsten. In een uitkerings situatie draagt de gemeente bruto belasting af over het WWB-bedrag. In het geval van werken met loondispensatie is dit eveneens het geval, waarbij een deel van de belastingafdracht gebeurt door de werkgever en een deel door de gemeente (de aanvulling). De werkgever draagt daarnaast werkgeverslasten af over het loon. In het voorbeeld bij 50% loonwaarde bedraagt het verschil circa € 1.900 (figuur 5). Hoe hoger de loonwaarde, hoe hoger de af te dragen werkgeverslasten zullen zijn.



Figuur 6. Gezamenlijk belang voor werkgever en gemeente

In figuur 6 staan de voor- en nadelen voor gemeente en werkgever samengevat. De gemeente heeft een voordeel (bij 50% loonwaarde € 5.100), de werkgever heeft een nadeel (bij 50% loonwaarde € 5.000).

- Als de gemeente zelf de werkgeversrol vervult, dan zijn de voor- en nadelen in één hand
- Als de gemeente gebruikt maakt van een intermediair als werkgever (bijv een overheids BV of SW-bedrijf als detacheerder) dan zijn via de gemeentelijke deelname/ eigenaarschap van de intermediair de voor- en nadelen ook in één hand
- Als werkgever een volledig onafhankelijke private partij is, wordt het ingewikkelder om de voor- en nadelen in één hand bij elkaar te brengen.

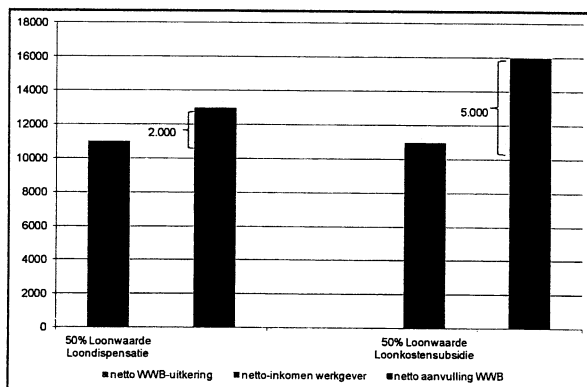
Belangrijke notie is dat in het voorgaande rekening is gehouden met forse administratieve lasten bij werkgever en gemeente (respectievelijk € 1.000 + € 2.000). Om voor loondispensatie in aanmerking te komen, is er eerst een toegangstoets en vervolgens een loonwaardemeting. Die wordt bovendien periodiek herhaald. Daarnaast heb je bij loondispensatie te maken met twee loonstroken: een voor het loon en een voor de aanvulling vanuit de gemeente. Dit maakt het voor de uitvoering ingewikkeld, bijvoorbeeld als er wijzigingen moeten worden

Loonkostensubsidie

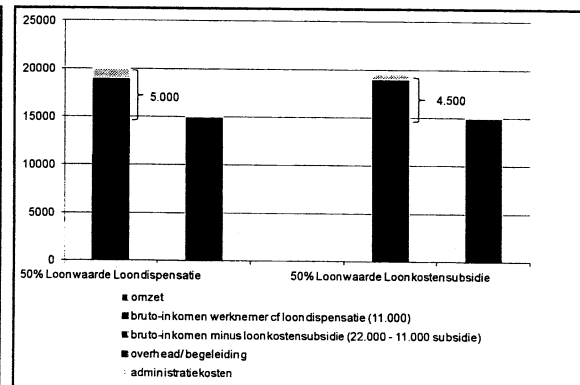
Een loonkostensubsidie beoogt in wezen hetzelfde als loondispensatie: namelijk de kosten voor de werkgever beperken, waarmee deze eerder geneigd zal zijn om een werknemer met een lage loonwaarde in dienst te nemen.

1. Werknemer en werkgever

Bij een loonkostensubsidie betaalt de werkgever tenminste het volledige minimumloon, inclusief belasting en werkgeverslasten. Voor de werknemer betekent dit dat hij op netto-WML-niveau een salaris ontvangt, een beduidende verbetering ten opzichte van de uitkerings situatie (figuur 7). De werkgever ontvangt van de gemeente een subsidie om de hoge loonkosten te compenseren. Voor de werkgever is het belangrijkste verschil dat de samenstelling van het bruto-bedrag wijzigt: in plaats van het betalen van één bedrag van € 11.000 moet er nu een volledig loonbedrag van € 22.000 betaald worden en wordt een gemeentelijke subsidie van € 11.000 ontvangen. Daarnaast zijn voor een werkgever de administratieve lasten voor het tot stand komen van een subsidieovereenkomst lager dan de vereisten bij het instrument loondispensatie. Bij een loonwaarde van 50% zal het gat echter nog steeds circa € 4.500 bedragen (figuur 8).



Figuur 7. Werknemer: verschil loondispensatie en loonkostensubsidie



Figuur 8. Werkgever: verschil loondispensatie en loonkostensubsidie

2. Gemeenten en Rijksoverheid

Voor de gemeente en de Rijksoverheid zijn de verschillen tussen loondispensatie en loonkostensubsidie groter. De gemeente betaalt in plaats van de aanvulling op het inkomen van € 5.900 een substantieel subsidiebedrag van € 11.000 aan de werkgever. Dit komt omdat de werkgever volledig gecompenseerd wordt in de loonbelasting en werkgeverslasten. De administratieve kosten voor de gemeente voor het tot stand komen van een subsidieovereenkomst zijn lager dan bij het instrument loondispensatie (wettelijke vereisten, diagnose, loonwaardemeting etc). Het voordeel voor de gemeente daalt bij loonkostensubsidie van € 5.100 naar € 1.500 (figuur 9).

Acht punten voor een toekomstige Wet voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt

1 Eén regeling voor alle mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt

Maak geen verschil tussen bijstand, Wajong en Wsw: het gaat om mensen die een afstand hebben tot de arbeidsmarkt. Deze groep van zo'n 400.000 mensen moet aan de slag worden geholpen, bij voorkeur bij gewone werkgevers. Hierbij geldt: gelijke monniken, gelijke kappen. Dat betekent één regeling met één arbeidsvoorwaardenregime. Beschut werk kan binnen die regeling een voorziening zijn voor mensen die dit echt nodig hebben. Eén regeling voorkomt bureaucratie. En het voorkomt dat een perverse prikkel ontstaat als de ene regeling financieel aantrekkelijker is dan de andere.

2 Gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering

Om mensen succesvol aan de slag te kunnen helpen, is het nodig de uitvoering decentraal te beleggen. Gemeenten kennen de regionale arbeidsmarkt en de mensen om wie het gaat. Zij zijn bij uitstek in staat die twee bij elkaar te brengen.

3 (Financiële) prikkels voor werkgevers

Voor werkgevers moet maatschappelijk verantwoord ondernemen aantrekkelijk zijn, ook financieel. SW-bedrijven kunnen werkgevers het risico en de administratieve lasten uit handen nemen, bijvoorbeeld via detacheringen. Maar dat is onvoldoende om grote aantallen werkgevers te 'verleiden' om mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt aan de slag te helpen. Daar zijn financiële prikkels voor nodig, bijvoorbeeld via de fiscus. Idealiter loopt de omvang van het financiële voordeel op naarmate een werkgever meer mensen aan de slag helpt. Een uniforme en duidelijke no-riskpolis helpt eveneens om werkgevers over de streep te trekken.

4 Voldoende budget voor begeleiding

Mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt hebben in de meeste gevallen begeleiding nodig om aan de slag te komen en te blijven. Ook werkgevers geven aan dat begeleiding essentieel is. SW-bedrijven kunnen die begeleiding bieden. Bovendien hebben zij de expertise om van het werk bij een werkgever geschikte banen te maken voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Of om constructies te bedenken waarbij de medewerker voldoende structuur en zekerheid wordt geboden, terwijl tegelijkertijd wordt ingespeeld op de behoefte aan flexibiliteit bij de werkgever. Voor deze begeleiding en bemiddeling is voldoende budget nodig.

5 Werk moet lonen

Om mensen te stimuleren aan de slag te gaan, moet de financiële 'winst' tussen uitkering en werk substantieel zijn. De politiek beslist over de hoogte van de beloning; de uitvoering is erbij gebaat als mensen gemotiveerd zijn om aan de slag te gaan omdat ze er financieel op vooruit gaan.

6 Een uitvoerbare compensatie voor werkgevers

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Mevrouw I. van Bennekom
Cedris
Brancheorganisatie sociale werkgelegenheid
& arbeidsintegratie
Postbus 8151
3503 RD Utrecht

Kenmerk: 201200473

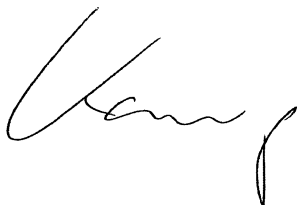
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte mevrouw Van Bennekom,

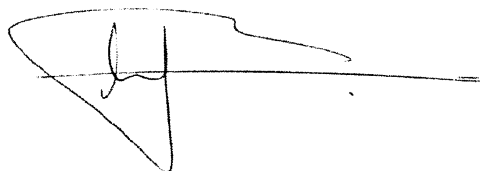
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Aan de heren formateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Tweede Kamer der Staten Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Datum: 4 oktober 2012
Ons kenmerk 941896
Aantal bijlagen --
Contactpersoon Jaap Jelle Feenstra
Hoofd Public Affairs - HbR.
Telefoon +31 (0)10 252 13 25
Mob 06-511 74 876
E-mail jj.feenstra@portofrotterdam.com

Onderwerp: Advies Havenbedrijf (HbR) voor Regeerakkoord.

Geachte heren formateurs,

In het nieuwe regeerakkoord zal het formuleren van een krachtig economisch herstelbeleid zonder meer uw topprioriteit vormen. In dat kader wijzen we u graag op de halfjaarcijfers van het Rotterdamse haven- en industriecomplex (HIC). Over de eerste helft van 2012 hebben wij een volumetoename van 3.2% gerealiseerd. Aangezien het HIC een 1/30^{ste} deel het BNP vormt, is daarmee 0.1% van de bescheiden groei van Nederland in het afgelopen kwartaal geleverd, zijnde de helft van het percentage dat ons land buiten een recessie heeft gehouden. Deze ontwikkeling onderstreept het belang van een gericht mainportbeleid. Graag leggen wij u onderstaand enkele voorstellen voor, die van belang zijn voor het succesvol kunnen voortzetten van een verantwoord en voor de nationale economie profijtelijk mainportbeleid.

Voorstel Mainportbeleid: Het Kabinet wil met een gericht mainportbeleid het perspectief van haar Mainportvisie van juni 2009 en de ambitie van de in december 2011 vastgestelde Havenvisie 2030 mogelijk maken.

Gebiedsvergunning

Succesvol mainportbeleid vergt het versnellen van de besluitvorming en het stroomlijnen van procedures. Wij bepleiten een ruime toepassing van de CHW en het versneld tot stand brengen van de Omgevingswet. Omdat bij het organiseren van co-siting het klassieke instrumentarium van vergunningverlening per afzonderlijke inrichting minder passend is, verzoeken wij u in dat kader om een pilot voor een gebiedsgericht beheerinstrument voor het gehele Rotterdamse haven- en industriecomplex te starten. Hiermee wordt een passend vervolg gegeven aan de status van ontwikkelingsgebied in het kader van de pCHW. Met zo'n gebiedsvergunning stellen de vaste milieucontouren de omgevingskwaliteiten voor omwonenden veilig en kunnen binnen deze contouren optimalisaties met co-siting, common-use projecten en industriële synergie worden bereikt.

Voorstel: Het Kabinet start een pilot met een gebiedsvergunning voor het Rotterdamse havengebied.

Bereikbaarheid

In de MIRT-verkenning "Rotterdam Vooruit" is de urgentie evenals nut en noodzaak van de komst van een Nieuwe Westelijke Oeververbinding NWO aangetoond. Nagenoeg alle partijen uit de regio onderschrijven deze uitkomst, wij verwijzen op dit punt naar het bestuurlijk advies dat namens het Regionaal Bestuurlijk Overleg door portefeuillehouder mevrouw J. Baljeu van de Stadsregio Rotterdam aan de minister van I&M is aangeboden.

In de aanvullende studie van I&M wordt deze MIRT-conclusie bevestigd en wordt vervolgens geconstateerd dat de Blankenburgverbinding in het kader van de bereikbaarheid op de Benelux-corridor en voor de A15 en de Ruit van Rotterdam een meer robuuste en goedkopere oplossing biedt dan de Oranjeverbinding. De Minister van I&M heeft op basis van deze bevindingen begin december 2011 dan ook gekozen voor de realisatie van de Blankenburgtunnel.

Wij signaleren dat in het bestuurlijk overleg en in het politieke debat de maatschappelijke weerstand, met name vanuit de gemeenten Schiedam en Vlaardingen nadrukkelijk verwoord wordt. Wij erkennen deze lokale belangen voluit, maar merken daarbij gelijktijdig op dat de aangetoonde en breed gedragen nut en noodzaak van een NWO, de bijdrage van een Blankenburgverbinding aan de bereikbaarheid in de regio, de gunstige kostenverhouding van het Blankenburgtracé ten opzichte van de Oranjetunnel en de in de regio dagelijks ervaren urgentie van het bereikbaarheidsvraagstuk eveneens voluit aandacht en gewicht verdienen. Daarbij verwijzen we naar de door 22 gemeenten, bewoners- en belangenorganisaties onderschreven Pleitbrief van 4 april 2012.

Voorstel: gelet op het brede draagvlak voor een NWO en de aangetoonde baten van een Blankenburgtracé in termen van bereikbaarheid, inpassing en kosten besluit het Kabinet de Blankenburg-variant snel en voortvarend te realiseren.

Spoorvervoer

Om de groeiambities van de mainport op een verantwoorde wijze te kunnen accommoderen hanteert HbR een modalsplit-beleid ten gunste van binnenvaart en spoor.

Voor de groei van het spoorvervoer op de Havenspoorlijn en Betuweroute vormt de Calandspoorbrug daarbij een knelpunt. Deze spoorbrug biedt nu reeds een beperkende capaciteit en loopt in 2020 tegen het einde van haar technische levensduur aan, hetgeen een tijdige aanpak vergt.

HbR heeft samen met ProRail een studie uitgevoerd naar een nieuw tracé, waarbij deze spoorontsluiting voldoende capaciteit voor de verwachte volumetoename biedt, maar ook de lokale overlast voor bewoners en de achter deze brugverbinding liggende bedrijven verminderd. Een deel van de financiering kan gevonden worden door een herrangschikking binnen de ProRail-budgetten en HbR is bereid een deel voor te financieren ten gunste van een versnelde realisatie.

Voorstel: Het Kabinet neemt het tracévoorstel voor de Calandspoorbrug op in het MIRT en maakt op basis van voorfinanciering samen met HbR een versnelde realisatie mogelijk.

Voor het verbeteren van het spoorvervoer hebben de beide havenbeheerders van Amsterdam en Rotterdam en ProRail recentelijk een gezamenlijk onderzoek laten uitvoeren naar een vernieuwde en aangepaste exploitatie-opdracht aan Keyrail, de exploitant van de Betuweroute.

HbR bepleit dat bij het vernieuwen van de concessie in 2013 de minister van I&M bepaalt dat Keyrail als hét goederenspoorloket voor de Betuweroute en het gemengde net optreedt.

Voorstel: Het Kabinet neemt in de nieuwe concessie-opdracht aan Keyrail op dat Keyrail wordt ontwikkeld tot hét spoorgoederenloket voor de Betuweroute en het gemengde net.

Het spoorvervoer op de Betuweroute ontwikkelt zich voorbeeldig, momenteel passeren ca. 500 treinen per week en de verwachting is dat dit in 2020 uitgroeit tot 900 treinen per week. Deze gunstige ontwikkeling verscherpt onze zorgen over de benodigde capaciteit op het aansluitende Duitse baanvak. Voor de toegezegde blokverdichting is de planologische procedure nog niet gestart en voor de bouw van het derde spoor heeft het Bundesverkehrsministerium voor haar aandeel in de kosten de zgn. Finanzierungsvereinbarung nog niet gereserveerd, hetgeen een voorwaarde is voor het vrijkomen van de hieraan verbonden bijdrage van de deelstaat NRW.

Voorstel: Het Kabinet dringt er bij de Duitse regering op aan m.b.t. de Betuweroute de procedure voor de blokverdichting te starten en haar kostenreservering vast te stellen.

Energie, grondstoffen en duurzaamheid

Het belang van een strategisch energie- en grondstoffenbeleid is evident. HbR meent dat het opzetten van een grondstoffenrotonde en het toewerken naar een circulaire economie zowel ecologische als economische kansen biedt. Op basis van een briefwisseling met minister-president Hannelore Kraft van NRW menen wij dat een gezamenlijke inzet m.b.t. zowel het strategische grondstoffenbeleid als m.b.t. CCS kansen biedt voor zowel economische activiteiten als voor het Rotterdamse initiatief voor CO₂-transport en berging onder de Noordzee.

Voorstel: Het Kabinet zoekt m.b.t. grondstoffenbeleid en CO₂-berging naar een grensoverschrijdende samenwerking met Duitsland.

Verwijzend naar de brief van RCI van 28 september 2012, bepleiten wij bij de kolenbelasting een vormgeving waarbij ontheffing wordt verleend aan centrales die biomassa bijstoken en die deelnemen aan CCS voor CO₂-afvang en -opslag.

Voorstel: Het Kabinet biedt energiecentrales vrijstelling van de kolenbelasting voor het bijstoken van biomassa en bij deelname aan CCS.

Vanuit de LNG-terminal van GATE kan vloeibaar aardgas bijdragen aan diversificatie en aan het verduurzamen van het transport. LNG is als transportbrandstof inzetbaar voor zeeschepen, binnenvaart en wegtransport. Een ruime en voorspoedige marktintroductie -in lijn met de Greendeal LNG- stagneert door op deze innovatie niet toegesneden, belemmerende regelgeving.

Voorstel: Het Kabinet stimuleert met wetgeving, normstelling en fiscale maatregelen een ruime en voorspoedige marktintroductie van LNG als transportbrandstof voor zeeschepen, binnenvaart en wegtransport.

Recente incidenten vergen een sluitend systeem voor vergunningverlening, toezicht en handhaving. HbR is voorstander van Regionale Uitvoeringsdiensten (RUD's) voor de uitvoering van BRZO en

IPPC. De afstemming op Rijksniveau kan verder vorm worden gegeven binnen het bestaande programma Landelijke Aanpak Toezicht risicobeheersing bedrijven (LAT). Het verbeteren van de dienstverlening en het verminderen van de administratieve lasten vergen een organisatievorm waarbij de specifieke verantwoordelijkheden en deskundigheden in de directe nabijheid van de regio-specifieke bedrijvenclusters is ondergebracht. Vanuit deze overweging menen wij dat het vanwege de actualiteit niet geboden is om nu vormen van bestuurlijke daadkracht te tonen door het toezicht op te schalen naar een landelijk niveau; wij bepleiten een kwalitatief-hoogwaardige en sluitende regionale aanpak voor de industrieel-logistieke bedrijvigheid van Rijnmond, Dordrecht, Moerdijk en Zeeland.

Voorstel: Het Kabinet zet een dekkend systeem van Regionale Uitvoeringsdiensten op voor toezicht en handhaving van BRZO- en IPPC-bedrijven.

Graag zijn wij bereid tot een gesprek om bovengenoemde onderwerpen en voorstellen nader te verduidelijken.

Met vriendelijke groet,
Hoogachtend,
Havenbedrijf Rotterdam



Ir. drs. H.N.J. Smits
President-directeur

CC:

VVD Tweede Kamerfractie, de heer M. Rutte
VVD Tweede Kamerfractie, de heer S.A. Blok
VVD Tweede Kamerfractie, de heer T.M.C. Elias
VVD Tweede Kamerfractie, de heer M.G.J. Harbers
VVD Tweede Kamerfractie, de heer R. Dijkstra
VVD Tweede Kamerfractie, de heer R.W. Leegte
PvdA Tweede Kamerfractie, de heer D.M. Samson
PvdA Tweede Kamerfractie, de heer J.R.V.A. Dijsselbloem
PvdA Tweede Kamerfractie, de heer R.H.A. Plasterk
PvdA Tweede Kamerfractie, mevrouw A.H. Kuiken
PvdA Tweede Kamerfractie, de heer J. Vos
PvdA Tweede Kamerfractie, de heer A. de Vries

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer ir.drs. H.N.J. Smits
Port of Rotterdam
Havenbedrijf Rotterdam N.V.
Postbus 6622
3002 AP Rotterdam

Kenmerk: 201200475

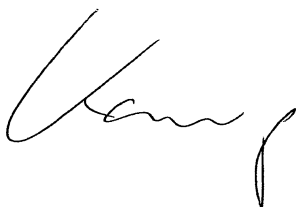
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Smits,

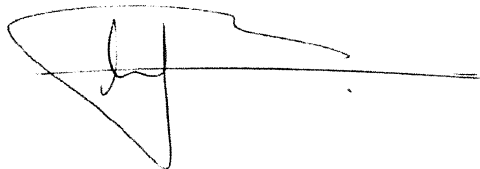
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Bureau formatie
T.a.v.: de heer H.G.J. Kamp
de heer W.J.Bos
P/a Postbus 20018
2500 EA Den Haag

KPN Nederland BV

Röntgenlaan 75
2719 DX Zoetermeer
Postbus 2
2700 AA Zoetermeer

T +31[0]88 663 55 89
I www.KPN.com

KvK Haaglanden 34115845

Datum	08 oktober 2012	Bijlage(n)	Tekstvoorstel
Ons kenmerk	-	Uw kenmerk	-
Inlichtingen bij	Ferry Heeneman	Doorkiesnummer	06-29525808
Onderwerp	tekstvoorstel cybersecurity ten behoefte van regeerakkoord		

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand bied ik u ten behoeve van het regeerakkoord een passage aan met betrekking tot cybersecurity.
Dit is een concretisering van de oproep die u van de Cyber Security Raad heeft ontvangen.
Naast de economische uitdaging waarvoor u zich als nieuw kabinet gesteld ziet, mag ook die van de veiligheid niet uit het ook worden verloren.
Cybersecurity is daarin de belangrijkste nieuwe bedreiging voor onze samenleving.
Daarin is het van het grootste belang dat de overheid invulling geeft aan verantwoordelijkheid om daar de juiste randvoorwaarden te scheppen.
Om dat niet bij mooie woorden te laten blijven doen wij u bijgaand concreet voorstel.



Danielle Schuur
COO Corporate Market



Ferry Heeneman
Senior Client Director

De informateurs en de onderhandelaars van VVD en PvdA

De ondertekenaars,

Constateerende:

- Dat het nieuwe kabinet zich inzet voor economisch herstel, een slagvaardige overheid en het belang van de burger;
- Dat een deel van de noodzakelijke bezuinigen ook bij de overheid zelf gevonden zal moeten worden;
- Dat ondersteunende diensten als ICT daarbij niet buiten schot zullen blijven;
- Dat veiligheid een kerntaak is van de overheid en dat de informatiesamenleving nieuwe voorwaarden stelt aan het waarborgen daarvan;
- Dat cybersecurity om die reden hoog op de politiek- en maatschappelijke agenda staat;
- Dat een effectieve- en efficiënte aanpak gewaarborgd is bij goede samenwerking tussen ministeries en van de overheid met het bedrijfsleven;
- Dat voorbeelden als Dorifel en Diginotar hebben laten zien dat er nog kwetsbaarheden in het systeem zitten van netwerken en governance;
- Dat cybercrime een dreiging is die door de burger steeds concreter wordt gevoeld, maar waar er onvoldoende 'hang en sluitwerk' is om het eigen huis te beschermen;
- Dat de veiligheid van onze samenleving kwetsbaar is bij stroomuitval en overbelasting van netwerken;
- Dat niet alleen voice-, maar ook data-verkeer van vitaal belang is voor het waarborgen van veiligheid;

Overwegende:

- Dat Nederland er ooit voor gekozen heeft haar nationale telecombedrijf te privatiseren;
- Dat deze echter wel verantwoordelijk is voor het waarborgen van vitale netwerkinfrastructuren.
- Dat een eenduidige governance ontbreekt bij vitale netwerken als C2000 en 112;
- Dat het waarborgen van cybersecurity niet mag worden ondergraven door een onheldere verantwoordelijkheidsverdeling;

- Dat echter ook voorkomen moet worden dat de overheid bijvoorbeeld door fiscale- en organisatorische belemmeringen gaat investeren in zaken die door het bedrijfsleven al gewaarborgd kunnen worden;
- Dat innovaties vanuit het bedrijfsleven kunnen bijdragen aan het probleemoplossend vermogen door de overheid;
- Dat een hybride samenwerkingsmodel de verantwoordelijkheid van de overheid in takt laat en nationale belangen beter kan waarborgen dan sourcing en aanbesteding;
- Dat de burger gebaat is bij extra maatregelen voor computerveiligheid, anti-fraude en privacy;
- Dat de digitale identiteit van de burger nu onvoldoende gewaarborgd is, waardoor preventiebeleid van de overheid (bijvoorbeeld ten aanzien van minderjarigheid) minder effectief is;
- Dat de Cyber Security Raad de onderhandelaars voorstellen heeft gedaan voor een open en veilige digitale samenleving;
- Dat deze kunnen worden vertaald naar zichtbare resultaten voor zowel overheid, burger als bedrijfsleven;

Stellen als tekst voor het regeerakkoord voor:

“Het kabinet wil vanuit de kerntaak voor veiligheid serieus invulling geven aan de uitdagingen die de digitale samenleving stelt. Het effectief realiseren van cybersecurity vraagt om een heldere verantwoordelijkheidsverdeling, een optimale bescherming en werking van de vitale infrastructuur - voor zowel voice als data - en concrete maatregelen om de digitale identiteit van de burger te verzekeren. De Cyber Security Raad wordt gevraagd voorstellen te doen voor een verbeterde governance van de vitale netwerken, het realiseren van een vitaal netwerk voor dataverkeer en het ontwikkelen van een digitaal paspoort in samenhang met een Persoonlijke Internet Pagina (PIP) voor iedere burger.”

Was getekend,



Danielle Schuur
COO Corporate Market

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Mevrouw D. Schuur en
De heer F. Heeneman
KPN Nederland BV
Postbus 2
2700 AA Zoetermeer

Kenmerk: 201200477

Den Haag, 11 oktober 2012

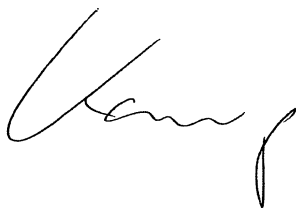
Geachte mevrouw Schuur,

Geachte heer Heeneman,

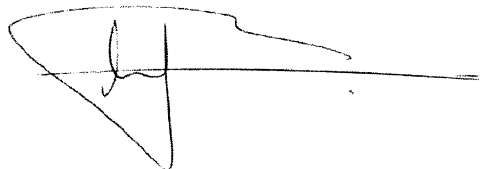
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

NATIONAAL BERAAD BETER BENUTTEN (NBBB)

Ingesteld door de minister van Infrastructuur en Milieu op 15 oktober 2011

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Aan de informateurs (Regentenkamer)
De heer H.G.J. Kamp
De heer drs. W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Den Haag, 05 oktober 2012

Geachte heer Kamp,
Geachte heer Bos,

Investerings in de infrastructuur, en aanvullende maatregelen zoals uitgewerkt in het Platform Slim Werken, Slim Reizen blijven hard nodig om een goed niveau van bereikbaarheid te verkrijgen en te behouden. Het Nationaal Beraad Beter Benutten (NBBB) is van mening dat deze ontwikkeling breed moet worden ondersteund. Maar er is meer. De bevolkingssamenstelling en de samenstelling van de beroepsbevolking ondergaan de komende jaren grote veranderingen. In samenhang daarmee zijn er belangrijke opgaven in de afstemming tussen ruimtelijke ordening, de mobiliteitsbehoefte en de leefbaarheid in Nederland. In het programma Beter Benutten zitten veel maatregelen waarmee flexibel kan worden ingespeeld op de vragen van deze en komende tijd, waarbij oplossingen onder meer gevonden kunnen worden met technologie (ITS) en gedragsverandering, in samenhang met de maatregelen uit de SVIR, en nieuwe vormen van prijsinstrumenten.

De wens om snel te komen tot economisch herstel was een belangrijk onderdeel van de campagne van de verschillende politieke partijen. Het NBBB heeft daarom de discussies met zeer veel belangstelling gevolgd. Om de economie structureel te versterken heeft Nederland een goed functionerende en duurzame infrastructuur van wegen, spoor- en vaarwegen en openbaar vervoer nodig die optimale bereikbaarheid biedt aan personen en goederen. Om dit te bereiken zet het Rijk, conform de Structuurvisie Infrastructuur en Ruimte (SVIR) in op Slim Investeren, innoveren en in standhouden. Het NBBB wil zich inzetten voor een sterke economie en een duurzame en gezonde wereld. Samen met bedrijven, overheden en NGO's, allen verenigd in het NBBB, willen wij het verschil maken om te komen tot minder emissies, slimmere mobiliteitsvormen, goede mobiliteitsmanagement en duurzaam vervoer van personen en goederen.

Ons aanbod aan u, verwoord in de bijlage van deze brief, is het de komende jaren kunnen voeren van beleid met **maatschappelijk draagvlak** op bovenstaande punten. Wij vragen de politiek om bij invulling van het Regeerakkoord en het kabinetsbeleid ook de maatschappelijke partijen, verenigd in het NBBB, te betrekken. Ook gedurende de komende regeerperiode is het NBBB graag bereid om zijn kennis en zienswijze aan te bieden, met als doel de besluitvorming rond mobiliteit in Nederland te verrijken en te bespoedigen.

Nationaal Beraad Beter Benutten

Ir. P.H. Hofstra onafhankelijk voorzitter
box2@pieterhofstra.eu

Infrastructuur secretariaat

drs. L.H.M. Osterholt onafhankelijk secretaris
LHM.Osterholt@gmail.com

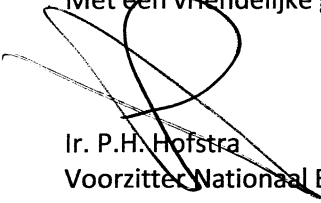
M: +31 (0)6-51 44 08 22

NATIONAAL BERAAD BETER BENUTTEN (NBBB)

Ingesteld door de minister van Infrastructuur en Milieu op 15 oktober 2011

Wij hebben onze inzet in bijgaande notitie geformuleerd. Wij zijn graag bereid om de bereikbaarheidsagenda van Nederland samen aan te pakken. In het belang van een duurzame bereikbaarheid, en van duurzame economische groei in Nederland.

Met een vriendelijke groet, namens de leden van het NBBB,


Ir. P.H. Hofstra
Voorzitter Nationaal Beraad Beter Benutten

CC

Aan de fractievoorzitters in de Tweede Kamer
Aan de Minister van Infrastructuur en Milieu
Aan de staatssecretaris van Financiën

Deelnemers in het NBBB zijn

Mevrouw	J.		Baljeu	SKVV
De heer	J.H.A.S.		Biesheuvel	MKB Nederland
De heer	O.	de	Bruijn	RAI Vereniging
De heer	J.G.S.M.		Burgman	BOVAG
De heer	A.J.M.		Heerts	De Vakbeweging
Mevrouw	R.		Hemerik	VNA
De heer	M.	van der	Kuijl	EVO
De heer	J.W.R.	van	Lunteren	IPO
De heer	A.B.		Sakkers	TLN
De heer	J.		Smit	CNV
De heer	A.J.		Toet	KNV
De heer	T.		Wagenaar	Natuur en Milieu (NM onthoud zich van ondertekening van deze brief).
De heer	E.		Wiebes	G4 / VNG
De heer	B.E.M.		Wientjes	VNO-NCW
De heer	G.H.N.L.	van	Woerkom	ANWB

Nationaal Beraad Beter Benutten

Ir. P.H. Hofstra
box2@pieterhofstra.eu

onafhankelijk voorzitter

Bereikbaarheid secretariaat

des. L.H.M. Osterholt
LHM.Osterholt@gmail.com

onafhankelijk secretaris

NI: +31 (0)6-5144 08 22



Advies betreffende Beter Benutten infrastructuur, ITS, fiscaliteit en de bereikbaarheidsagenda van Nederland

NATIONAAL BERAAD BETER BENUTTEN (NBBB) ⁱ

02 oktober 2012

1 De inzet van het NBBB

Het Nationaal Beraad Beter Benutten (NBBB) is een door de minister van Infrastructuur en Milieu ingestelde adviescommissie, die de minister adviseert over alle aspecten voor een goed mobiliteitsbeleid voor de komende jaren, in relatie tot het Rijksprogramma Beter Benutten. In het NBBB hebben die partijen en personen zitting die er in de aanpak van de bereikbaarheid in Nederland toe doen. Wij willen bijdragen aan zo veel mogelijk duurzame oplossingen voor mobiliteitsvraagstukken die de bereikbaarheid van Nederland verbeteren. In het NBBB werken de partijen samen om de gezamenlijke oplossingen ook tot besluitvorming te laten leiden en tot toepassing in de praktijk. Met deze position paper, die op onderdelen verder gaat dan onze opdracht, geven wij onze inzet hiervoor aan. Wij geven de inhoud van deze notitie graag in overweging aan de partijen die onderhandelen over een nieuw regeerakkoord.

Om de economie structureel te versterken heeft Nederland een goed functionerende infrastructuur van wegen, spoor- en vaarwegen en openbaar vervoer nodig die optimale bereikbaarheid biedt aan personen en goederen en een juiste beprijzing daarvan. Om dit te bereiken zet het Rijk, conform de Structuurvisie Infrastructuur en Ruimte (SVIR) in op Slim Investeren, innoveren en instandhouden. Het NBBB steunt deze beweging.

Mobiliteit heeft veel aspecten. Het gaat over het vervoer van personen en goederen over de weg, het water, het spoor en door de lucht, en voor goederen ook door buisleidingen. Het gaat over ambities voor de kwaliteit van infrastructuur, van leefomgeving, over fiscaliteit en flankerend beleid, over het stimuleren van reizen in de daluren in plaats van in de spits, en het gaat over het maken van keuzes op nationaal en Europees gebied. Vanuit deze verantwoordelijkheid is deze notitie tot stand gekomen. Het NBBB wil met maatschappelijk draagvlak de Rijksoverheid helpen in het maken van keuzes, waarvan de gevolgen door iedere Nederlander gevoeld worden.

2 Uitgangspunten voor een bereikbaar Nederland.

Om de bereikbaarheid in Nederland te verbeteren is de verdere voortzetting van een meersporenbeleid van groot belang. Centraal staan in onze opvatting het Beter Benutten, het veiliger maken en het slimmer gebruiken van de bestaande infrastructuur. Wij pleiten voor het gebruiken van moderne technologieën (ITS).ⁱⁱ Ons inziens dient de overheid een faciliterende rol te spelen bij het bij elkaar brengen van partijen en de discussie te modereren over datavergaring, datadeling en datadistributie in termen van eigendom en overige rechten.ⁱⁱⁱ



Voorts pleiten wij voor:

- het verbeteren van infrastructuur om knelpunten op te lossen en het netwerk robuuster^{iv} te maken;
- het gelijktijdig verder werken aan een adequaat systeem van openbaar vervoer en de samenhang daartussen, zowel op het (regionaal) spoor, als via stad-en streekvervoer als onderdeel van een beleid gericht op duurzame mobiliteit;^v
- goede fietsvoorzieningen (fiets, e-fiets en e-scooter) die van groot belang zijn voor een volwaardig mobiliteitsbeleid;
- het organiseren van een gericht en integraal mobiliteits -en fiscaal beleid op het gebied van duurzaam vervoer in de toekomst, voor elke modaliteit, waarbij de externe (onder andere milieu-) kosten in de prijs tot uitdrukking komen, binnen Europese kaders. Deze internalisering van externe kosten dient op gedegen en objectieve gegevens te zijn gebaseerd;
- het blijven stimuleren, daar waar zinvol en mogelijk, van goederenvervoer over het spoor en het water;
- het in lijn met eerdere adviezen van de ambassadeur Stedelijke distributie en de Topsector Logistiek, het verbeteren van de logistieke voorwaarden voor goederenvervoerend Nederland en het versnellen van innovatie naar meer duurzame logistiek. Daarbij denken wij ook aan ICT/ Portbase-achtige ontwikkelingen ten bate van de logistiek in de havens;
- verbeterde ontsluiting van de Mainports middels weg en spoor in termen van capaciteit en betrouwbaarheid;
- beleid dat stimulerend werkt en aansluit bij Europees beleid en / of Europese normen waarbij rekening wordt gehouden met de concurrentiepositie van het goederenvervoer ten opzichte van andere Europese landen;
- een beleid dat zo veel mogelijk op een geïntegreerde manier grenseffecten aanpakt;
- een beleid dat de kwaliteit van de leefomgeving verbetert.

Wij pleiten ook voor een stapsgewijze hervorming van het Nederlandse stelsel van auto- en mobiliteit gerelateerde belastingen: van belasting op aanschaf en bezit van een vervoermiddel naar “betalen naar gebruik”, deels op basis van de milieukeurmerken van het vervoermiddel. In de komende Kabinetsperiode kan ervaring worden opgedaan met systemen voor het variabiliseren van (autogerelateerde) belastingen door het starten van één of meerdere kleinschalige en overzichtelijke pilots. Tevens kan verdere ervaring worden opgedaan met beloningssystemen voor het spitsmijden, waarbij een volledig publieke financiering gaandeweg kan verschuiven naar publiek/privaat of zelfs helemaal privaat.

3 Ons Advies

Wij ondersteunen het streven om ook Nederland te laten voldoen aan de norm waarbij het begrotingstekort de 3% niet te boven gaat. Nederland heeft hiervoor in Europa steeds gepleit.

De leden van het NBBB begrijpen dat ook infrastructuur en gedragsbeïnvloeding bijdragen dienen te leveren aan onvermijdelijke bezuinigingen en ontwikkeling naar duurzame mobiliteit, en pleiten:

1. voor een prioriteitstelling bij investeringen in infrastructuur op basis van maatschappelijke toegevoegde waarde, en het daartoe maken van een actualisatie van toekomstige verkeer- en vervoerstromen, mede als gevolg van de zich wijzigende (beroeps-)bevolkingssamenstelling;
2. voor een verdere voortzetting van een meersporenbeleid. Centraal in een meersporenbeleid staan in onze opvatting het beter benutten en het veiliger maken van de bestaande infrastructuur, onder meer met behulp van moderne technologieën (ITS). Stimuleren van testcases met ITS is van groot belang;



3. voor het aanhouden van voldoende budget voor onderhoud, verbetering en inpassing van infrastructuur (nat en droog);
4. er voor dat noodzakelijke investeringen doorgang vinden; het NBBB bepleit om de oplossing voor budgettaire schaarste eerder te zoeken in toepassen van PPS en in de fasering van de uitvoering;
5. voor een directere koppeling van onderhoud en investeringen in infra met (Rijks)inkomsten uit verkeer en vervoer, waarbij behoefte bestaat aan een robuuste en voorspelbare doorkijk voor auto gerelateerde belastingen voor een langere periode;
6. voor een toekomstgericht integraal (fiscaal-en politiek) beleid om de duurzaamheid van mobiliteit te bevorderen en mobiliteit betaalbaar te houden;
7. voor het voor alle reizigers en modaliteiten de komende jaren in stand houden van een fiscaal toegestane onbelaste vergoeding voor woon-werk vervoer;
8. er voor om de vergoeding voor zakelijk reizen fiscaal als bedrijfskosten te blijven aanmerken, inclusief de forfaitaire vergoeding voor privévervoer;
9. voor het bieden aan de werkgever en werknemer van meer (fiscale) vrijheid voor de invulling van de mobiliteitsbehoefte naar eigen inzicht, voor woon-werkverkeer;
10. voor het beter benutten van de infrastructuur door het stimuleren van gedragswijziging – bijvoorbeeld het nieuwe werken – en door het gericht gebruiken van fiscale en niet fiscale financiële prikkels. Dit geldt voor alle modaliteiten.

4 *Ons aanbod*

Ons aanbod is het in de komende jaren kunnen voeren van beleid met maatschappelijk draagvlak op bovenstaande punten. Wij vragen de politiek om bij de invulling van het Regeerakkoord en het kabinetsbeleid ook de maatschappelijke partijen, verenigd in het NBBB, te betrekken. Ook gedurende de komende regeerperiode is het NBBB graag bereid om zijn kennis en zienswijze aan te bieden, met als doel de besluitvorming rond mobiliteit in Nederland te verrijken en te bespoedigen.

Wij hebben onze inzet in deze notitie geformuleerd. Wij zijn graag bereid om de bereikbaarheidsagenda van Nederland samen aan te pakken. In het belang van een duurzame bereikbaarheid, en van economische groei in Nederland.

Toelichtende noten

ⁱ De door het ministerie van Infrastructuur en Milieu ingestelde Nationaal Beraad Beter Benutten (NBBB) heeft tot taak om aan de minister van Infrastructuur en Milieu te rapporteren over de mogelijkheden van en rond het programma Beter Benutten welke bijdragen aan de Rijksdoelstelling om de bereikbaarheid te verbeteren. Daarbij wordt getoetst of de voorgestelde maatregelen op maatschappelijk draagvlak kunnen rekenen. Het Nationaal Beraad heeft daarbij een signalerende en op gezette tijden reflecterende rol. Tevens wordt een actieve aanjagende rol verwacht richting het programma alsmede richting de eigen achterbannen.

De Minister wil het Nationaal Beraad inzetten om van vrijblijvendheid te komen tot verbondenheid: door hechte samenwerking tussen rijk, regionale overheden en private partijen komen tot concrete maatregelen en tot goede benutting van de verschillende vervoersnetwerken. Hierbij spelen maatregelen die reizigers keuzemogelijkheden bieden om hun reisgedrag te veranderen een cruciale rol.

ⁱⁱ Beter Benutten en ITS

Om een eerste stap te kunnen maken wordt voorgesteld om vertegenwoordigers van partijen die zich bezighouden met relevante dataverwerking, informatieproductie voor de reiziger en benodigde technische hulpmiddelen aan te sporen een testcase op te zetten om aan te tonen dat Beter Benutten met behulp van ITS in de praktijk werkt, om daarmee een aanzet te geven voor ontwikkeling van een markt voor deze toepassingen). Intelligente Transport Systemen (ITS) bieden belangrijke mogelijkheden om de bestaande infrastructuur voor verkeer en vervoer beter te benutten. ITS biedt mogelijkheden om met slimme toepassingen van techniek en informatie, de reiziger te beïnvloeden in zijn mobiliteitsbeslissing. Ten aanzien van de reiziger dient te worden gedacht aan toepassingen ("apps") die hij zowel voor als tijdens zijn (voorgenomen) reis kan raadplegen met behulp van bijvoorbeeld een smartphone die gebruikt wordt in zijn voertuig of in het openbaar vervoer teneinde een maatschappelijk wenselijke beslissing te nemen over zijn verplaatsingsgedrag. De benodigde techniek is momenteel al voorhanden. Ook de data om tot de gewenste informatie te komen is in belangrijke mate reeds voorhanden. Om daadwerkelijk te komen tot werkbare initiatieven is samenwerking nodig tussen verschillende relevante partijen om de reiziger te voorzien van de gewenste informatie. Dit sluit naadloos aan bij het streven van de Rijksoverheid om per 1 januari 2015 zoveel als mogelijk door het Rijk en mede overheden verzamelde data aan de markt ter beschikking te stellen als "open" data. Om de samenwerking op gang te brengen, zal eerst een indruk moeten worden verkregen welke informatie door de reiziger gewenst is om zijn mobiliteitsgedrag daadwerkelijk te (laten) beïnvloeden (antwoord op de vraag: "what's in it for him?"). Vervolgens dient te worden vastgesteld welke data hiervoor benodigd zijn, waar deze (zowel publiek als privaat) is te vinden dan wel hoe en onder welke condities deze vergaard kunnen worden en kan worden gedeeld. Voorts dienen partijen aan tafel te worden gebracht die de infrastructuur voor hard- en software voor de informatievoorziening aan de reiziger kunnen inrichten voor zowel Openbaar Vervoer als privaat vervoer en de dwarsverbanden daartussen. Vooraleerst is dit een bestuurlijk proces, waar het NBBB zich graag voor inzet.

ⁱⁱⁱ De Praktijkproef Amsterdam waarvan de voorbereiding recent van start gegaan is, is daarin een goede voorloper. Betrokkenheid van het NBBB zou de proef nog waardevoller kunnen maken.

^{iv} De term **Robuuste infrastructuur** komt uit de Rijksnota *Mobiliteitsaanpak, Vlot en Veilig van deur tot deur*.

Op pagina 4 staat:

(---) De komende jaren werken wij aan een mobiliteitssysteem dat gebruikersvriendelijk is en dat reizigers en vervoerders de mogelijkheid biedt om voor een aantrekkelijke vervoerswijze te kiezen. Een mobiliteitssysteem dat tegen een stootje kan, zodat er weinig vertraging optreedt als zich onverhoopt ergens een ongeval of een storing voordoet. We werken, met andere woorden, aan een robuust en samenhangend mobiliteitssysteem van Olympische kwaliteit met sterke verbindingen en sterke modaliteiten. Een systeem dat duurzaam is en de Nederlandse economie verder helpt.

^v Initiatieven zoals het "Beter OV plan voor de Stadsregio Amsterdam" passen hier goed in.

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer ir. P.H. Hofstra
Nationaal Beraad Beter Benutzen (NBBB)
Nadinegang 15
2719 CZ Zoetermeer

Kenmerk: 201200479

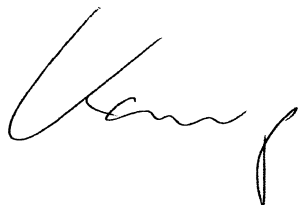
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Hofstra,

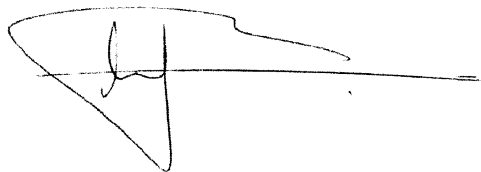
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Postadres

Postbus 620
2270 AP Voorburg

Secretariaat

Huize Middenburg
Westeinde 28

2275 AE Voorburg

Telefoon (070) 386 02 04

Fax (070) 387 63 26

E-mail info@nvb-bouw.nl

Internet www.nvb-bouw.nl

Tweede Kamer
Dhr. Drs. W.J. Bos en Dhr. H.G.J. Kamp
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum:
8 oktober 2012

Ons kenmerk:
NR/LM/hr/095

Uw kenmerk:

Onderwerp: *Schijf van Vijf voor een gezonde bouw en economie*

Geachte heren Bos en Kamp,

De woningbouw van huur- en koopwoningen is extreem zwaar getroffen en de nood is intussen zo hoog, dat zonder ingrijpen volgend jaar een complete sector wordt weggevaagd, met alle maatschappelijke schade van dien.

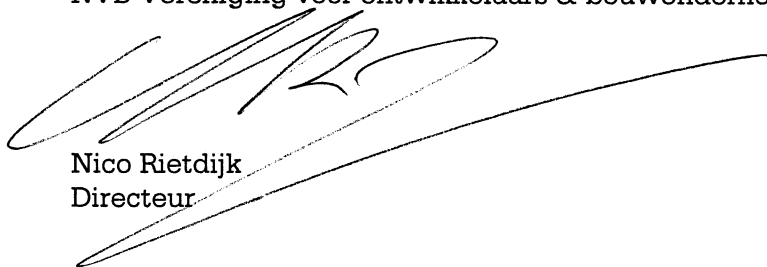
Om dat te voorkomen heeft NVB, Vereniging voor ontwikkelaars & bouwondernemers, samen met 14 andere organisaties uit de wereld van wonen en bouwen het 'Nationaal Stimuleringspakket Woningmarkt' opgesteld. Dit pakket richt zich op de korte termijn en geeft praktische oplossingen hoe de grootste calamiteiten 'op de steiger' en in aanpalende sectoren bestreden kunnen worden. De urgentie is hoog. Momenteel gaan dagelijks 5 bouw-bedrijven (exclusief eenmanszaken) failliet en verdwijnen er ook vijftig bouwbanen.

Los van dit korte termijn stimuleringspakket is het van het allergrootste belang dat de nieuwe regering op korte termijn duidelijkheid verschaft over de integrale hervorming van de woningmarkt. Dit betekent dus ook duidelijkheid in de discussie over de fiscale behandeling van het eigen huis. Diverse interessante voorstellen hiertoe zijn reeds gepresenteerd, zoals het plan van de 22 economen eerder dit jaar, alsook het plan van de verenigde huurders (Woonbond), huiseigenaren (VEH), corporatiekoepel (Aedes) en makelaarsorganisatie (NVM), Wonen 4.0.



Burgers en bedrijfsleven hebben behoefte aan snelle besluitvorming die duidelijkheid verschaft voor vele jaren. Wij hopen dat de komende coalitie deze duidelijkheid kan verschaffen.

Met vriendelijke groet,
NVB Vereniging voor ontwikkelaars & bouwondernemers



Nico Rietdijk
Directeur

Bijlage(n):

- 2 exemplaren van 'De Schijf van Vijf voor een gezonde bouw en economie

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer N. Rietdijk
Vereniging voor ontwikkelaars &
bouwondernemers
Postbus 620
2270 AP Voorburg

Kenmerk: 201200481

Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Rietdijk,

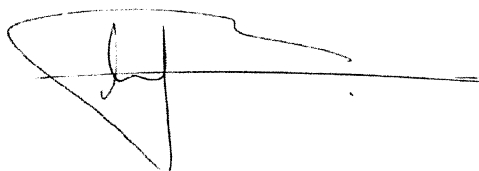
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven,
nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons
onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos



organisatie van zorgondernemers

De informateurs drs. W.J. Bos en H.G.J. Kamp
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Onderwerp Deltaplan Ouderenzorg

datum

8 oktober 2012

Geachte informateurs, geachte heren Bos en Kamp,

ons kenmerk

MVI/12u.0832

Hierbij sturen wij u het Deltaplan Ouderenzorg: het aanbod van ActiZ aan de politiek en samenleving met de oplossing om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven bieden aan die groep mensen die ook in de toekomst zorg nodig heeft.

in behandeling bij

Mw. M. Visser

Die oplossing - maatwerk voor individuele cliënten en een afbraak van de bureaucratie in de branche- reduceert bovendien de kosten voor de ouderenzorg in 2017 met € 1,2 miljard per jaar. ActiZ geeft met het Deltaplan Ouderenzorg nadere invulling aan een breed gedragen visie van de SER en de organisaties die samen de Agenda voor de zorg hebben opgesteld, dat vooral de AWBZ ingrijpend hervormd moet worden.

doorkiesnummer

(030) 27 39 499

pagina

1/2

Om dit Deltaplan Ouderenzorg te realiseren, stellen wij de volgende uitgangspunten:

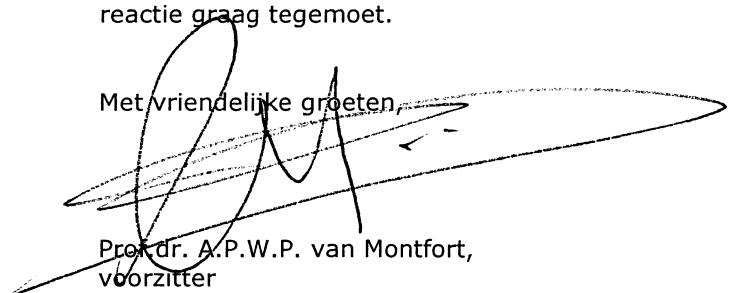
1. de bestedingsmacht komt bij de cliënt te liggen;
2. de cliënt maakt met de zorgaanbieder afspraken over de te leveren zorg die de cliënt echt nodig heeft;
3. het is van cruciaal belang dat de overheid alle overbodige regels schrapt, waardoor de zorgorganisaties flexibeler en efficiënter kunnen werken.

Hiervan uitgaande heeft ActiZ berekend, gebaseerd op gegevens van het Centraal Plan Bureau, dat een besparing in de ouderenzorg mogelijk is van € 145 miljoen in 2013, oplopend tot € 1,2 miljard in 2017. Hiermee wordt de verwachte jaarlijkse kostengroei van 4,0% (exclusief inflatie) gedempt tot 2,0% in 2017.

Om dit te kunnen realiseren willen wij duidelijke afspraken maken over deze kostenbeheersings-maatregel en de daarbij behorende voorwaarden. Wij stellen ons voor om dat te doen in de vorm van een convenant met het nieuw te vormen kabinet.

Wij zijn graag bereid om dit plan in een persoonlijk gesprek toe te lichten en zien uw reactie graag tegemoet.

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort,
voorzitter

Bijlage: Deltaplan Ouderenzorg

c.c. De heer drs. M. Rutte , VVD
De heer ir. D.Samsom , PvdA.

Inleiding

De zorg voor ouderen en chronisch zieken verbeteren en betaalbaar houden, dat is de opgave waar we in Nederland voor staan. Door de vergrijzing, de crisis in de overheidsuitgaven en gewijzigde voorkeuren van burgers is doorgaan op dezelfde weg niet wenselijk en niet mogelijk. Het is niet wenselijk omdat burgers meer zeggenschap willen over de zorg en ondersteuning die zij krijgen. Het is niet mogelijk omdat de AWBZ bij ongewijzigd beleid volgens velen onbetaalbaar wordt en omdat de daarvoor benodigde arbeid niet beschikbaar is. We staan als maatschappij voor een enorme opgave om de zorg ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te houden.

Dit is geen reden voor somberheid. Als we tien jaar of langer in de tijd terug gaan, zien we goed welke veranderingen er al in de sector zijn aangebracht. Om een aantal voorbeelden te noemen:

- Het aantal verpleeghuiscliënten dat kleinschalig woont, is van vrijwel nihil naar 25% gegroeid;
- Het aantal plaatsen in drie- en meerbedskamers in v&v-huizen is gedaald van meer dan 27.000 naar 1.300;
- Het cliëntenoordeel over v&v-huizen en voor zorg thuis is van 7,7 naar 8,2 (voor pg naar 7,8) gestegen;
- Het medewerkersoordeel (jaarlijks bijna 45.000 medewerkers die deelnemen aan enquête) is van 6,7 gestegen naar 7,3;
- Steeds meer ouderen kunnen langer thuis blijven wonen, waardoor de intramurale capaciteit gedaald is van bijna 200.000 plaatsen in 1980 tot minder dan 160.000 in 2010. In die periode nam bijv. het aantal 80plussers toe van 312.000 tot 648.000.

De zorgvraag is onder invloed van de vergrijzing gegroeid en goed opgevangen door de branche, waardoor de wachtlijsten goeddeels zijn verdwenen.

De leden van ActiZ laten door middel van de benchmark zien dat ze zich willen verbeteren en dat de branche transparant is. Er is met andere woorden veel verandering gerealiseerd in de ouderenzorg. We maken ons nu op voor de komende grote transitie.

Er zijn ontwikkelingen en initiatieven in de samenleving die de weg naar de toekomst wijzen. Wat op kleine schaal al lukt, kan overal gerealiseerd worden. Bestaande wetgeving, financiering, instituties, gewoonten moeten hierop worden aangepast. Het is mogelijk, maar niet makkelijk. Het is een fundamentele transitie – een paradigmashift – in de zorg voor ouderen en chronisch zieken die van alle betrokkenen – overheid, zorgondernemers, cliënten, burgers, verzekeraars, gemeenten – ander gedrag vraagt.

Net als de samenleving worstelt de politiek ook met de toekomst van de AWBZ. Verkiezingsprogramma's geven verschillende toekomstrichtingen en eenmaal ingenomen posities van partijen, blijken onder invloed van CPB doorrekeningen, niet diep geworteld. Welke beleidsrichting een nieuw kabinet inslaat, is dan ook een *black box*. Zonder visie, regeert de boekhouder. Daarmee loopt de sector het gevaar van eendimensionale oplossingen (doelmatigheid,

schrappen managementlagen, verhogen eigen bijdrage) terwijl een integraal, samenhangend pakket nodig is. ActiZ geeft hierbij aan hoe een dergelijk pakket eruit kan zien.

ActiZ is bereid met de overheid concrete afspraken te maken over de periode en het financiële kader waarbinnen deze transitie plaatsvindt, op voorwaarde dat de randvoorwaarden worden ingevuld en andere partijen (cliëntorganisaties, zorgverzekeraars, corporaties, gemeenten) commitment afgeven voor het flankerend beleid dat nodig is om deze transitie te doen slagen.

Paradigmashift

De grote transitie in de langdurige zorg is het 'ontzorgen'; de beweging is van zorg naar kwaliteit van leven. In de huidige langdurige zorg is het medische paradigma dominant, waardoor vragen van burgers in termen van zorgaanbod worden beantwoord. Een vraag of probleem van de burger wordt vertaald in een medische interventie of zorg. Door kwaliteit van leven centraal te stellen krijgen de vragen van burgers een antwoord in termen van hulp, ondersteuning en soms zorg. Van zorgaanbieders transformeren deze organisaties zich tot organisaties die de zelf- en samenredzaamheid versterken en kwaliteit van leven toevoegen. Organisaties die mensen stimuleren tot gezond gedrag, de zelfredzaamheid van mensen zo veel mogelijk versterken, sociale netwerken mobiliseren en professionele zorg alleen inzetten waar nodig. Hierdoor kunnen ouderen en chronisch zieken zelfstandiger en minder afhankelijk van zorg door het leven.

Wat willen we?

Met de slimmere inzet van beschikbare mensen en middelen willen we:

1: Nadruk op gezondheid en gedrag in plaats van ziekte en zorg

Voorkomen blijft beter dan genezen. Daarom is het nodig om de focus van zorg te verschuiven naar preventie. Een bredere inzet van de wijkverpleegkundige speelt hierbij een belangrijke rol, omdat de wijkverpleging kan helpen mensen in hun eigen kracht (terug) te zetten. Het moet dan ook veel meer gaan over wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat zij niet meer kunnen. Tegenover het beroep op een collectieve regeling, staat ook de plicht van de burger om zich in te spannen voor een gezonde levensstijl en zelf bij te dragen aan een oplossing voor de beperkingen.

2. Kwaliteit van leven als centrale doelstelling

In de zorg voor ouderen en chronisch zieken staat verbetering van de kwaliteit van leven centraal. Anders dan in de curatieve zorg staat niet herstel voorop, maar het verbeteren van de kwaliteit van leven, ondanks de beperking. Het medisch paradigma wordt losgelaten. Vragen van burgers worden te vaak in termen van zorg vertaald, daar waar aandacht, participatie, welzijn of andere diensten mogelijk meer bijdragen aan de kwaliteit van leven voor die betreffende burger. Dit betekent meer aandacht voor eenzaamheidsbestrijding, mobiliteit, participatie, eten&drinken etc.

3. Versterken van de zelf- en samenredzaamheid

Er wordt een sterker beroep gedaan op mensen om zelf – in samenhang met hun sociale omgeving – te voorzien in oplossingen. Om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen laten functioneren – zowel in de thuissituatie als in een zorghuis- is bovendien een slimmere inzet van vrijwilligers en mantelzorgers nodig. Dit is ook nodig om mensen later en in mindere mate een beroep te laten doen op professionele zorg. Want hoeveel 'handen' je ook extra regelt voor de ouderenzorg, met alleen uitbreiding van de professionele zorg kan de groeiende vraag naar zorg in de toekomst niet opgevangen worden. Er zal dus veel meer gekeken moeten worden naar wat de omgeving van een cliënt kan betekenen. Dat vraagt ook een fundamenteel andere werkwijze van zorgaanbieders en professionals. Voor mensen die nu of in de toekomst hun werk (welk werk dan ook) willen combineren met mantelzorg of vrijwilligerswerk, is bovendien een flexibeler houding van hun werkgever nodig. Het vergt ook een goede ondersteuning van mantelzorgers zelf, opdat zij zolang mogelijk hun belangrijke bijdrage kunnen blijven leveren.

4. Zorg en ondersteuning dichtbij

Er is een proces van extramuralisering gaande dat we graag verder willen voortzetten. Door de politieke discussie over scheiden van wonen en zorg ontstaat soms de indruk alsof het proces van extramuralisering net begonnen is. Juist hier zijn al geweldige prestaties neergezet door de sector. De verzorgingshuiscapaciteit is de afgelopen 5 jaar al gereduceerd met 20%. Als de populaties verpleeg- en verzorgingshuizen worden vergeleken met circa 10 jaar geleden, valt vooral op hoeveel zwaarder de zorgvraag van deze doelgroep is geworden: "De bewoners van 15 jaar geleden, zijn de vrijwilligers van nu".

Om ouderen ook met een zwaardere zorgvraag in staat te stellen thuis te wonen, zijn aanpassingen nodig. Dit vraagt nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders, en woningcorporaties om woningen ook geschikt te maken voor zorglevering (woningaanpassingen, toezicht (domotica). Ook zullen zorgaanbieders een nieuw zorgaanbod moeten ontwikkelen om mensen die tot voor kort naar een verzorgingshuis nu te ondersteunen in de thuissituatie.

De behoefte aan verpleeghuiszorg zal als gevolg van de vergrijzing ook toenemen. Het is wenselijk de verzorgingshuiscapaciteit – waar mogelijk – door te ontwikkelen zodat het geschikt is voor de stijgende vraag naar zwaardere zorgvormen. Daarmee wordt kapitaalvernietiging en verspilling tegengegaan.

5. Professionele zorg alleen waar nodig

Er is een grens aan wat burgers zelf en samen kunnen doen, dus goede professionele zorg zal altijd nodig blijven. Voor professionals in de zorg betekent de paradigma shift ook een transformatie van de rol en houding van de professional. Er is ruimte voor professionals nodig om de zelfredzaamheid van cliënten goed vorm te geven en goede professionele zorg te leveren. De dialoog tussen cliënt, sociaal netwerk en professional over de mogelijkheden en wijze waarop de eigen kracht van de cliënt en de ondersteuning vanuit zijn omgeving kan worden versterkt is zeer belangrijk. Dit vraagt ook andere competenties om te

luisteren naar de vraag en het aanbod hierop af te stemmen, maar ook om zelfredzaamheid te stimuleren.

Wat is daarvoor nodig?

1. Zeggenschap bij cliënt

Als van burgers een grotere verantwoordelijkheid wordt gevraagd, dan is de keerzijde ervan ook dat zij meer zeggenschap krijgen over die zorg en ondersteuning. Zowel over wie die zorg levert, als over wat die zorg precies inhoudt. Nu krijgen cliënten regelmatig 'nee' te horen, omdat de door hen gewenste zorgaanbieder al aan zijn productieplafond zit. Bij het nieuwe paradigma past dat cliënten daadwerkelijke bestedingsmacht over hun zorgbudget krijgen. De bestedingsmacht neerleggen bij de cliënt heeft het gunstige effect dat cliënten selectiever worden in wat zij aan zorg vragen en daadwerkelijk afnemen. Dat zet aanbieders van zorg op hun beurt aan tot het luisteren naar wat de cliënt wil en dus het bieden van maatwerkzorg. Om dit maatwerk te kunnen leveren, hebben zorgondernemers wel tijd nodig en minder regels, te beginnen bij het afschaffen van minutenregistratie. Maar ook de zeer specifieke vastlegging van zorgproducten in regels, zoals de nauwkeurige en inflexibele omschrijving van de inhoud van de zzp-pakketten, moet van tafel.

2. Maatschappelijk ondernemerschap

Zorgorganisaties profileren zich als maatschappelijke ondernemers. Ondernemers in de zin dat ze gestuurd worden door de vraag van cliënt en optimaal gestimuleerd worden om zoveel mogelijk waarde te creëren voor die betreffende cliënt. De ondernemer wordt afgerekend op de mate waarin de zorg en ondersteuning de cliënt echt helpt, op uitkomsten in termen van kwaliteit van leven, niet op handelingen, verrichtingen, of uren/minuten. Zorgorganisaties gedragen zich als maatschappelijke ondernemers doordat ze niet alleen diensten leveren aan een cliënt, maar ook betrokken zijn bij de ontwikkeling van de sociale omgeving van cliënten. Dat betreft de mensen die om de cliënt staan, andere organisaties in de keten, sociale verbanden in de wijk etc. De ondernemers kijken breder dan alleen de directe relatie met de cliënt. Anderzijds kan van een ondernemer niet verwacht worden zorg en ondersteuning te leveren als daar geen financiering (collectief of privaat) tegen over staat.

3. Tijd en ruimte voor deze transitie

Om deze transitie mogelijk te maken is het nodig dat alle partijen zich inspannen, overheid, burgers, zorgaanbieders, inkopers als verzekeraars, gemeenten en cliënten. Het versterken van de zelf- en samenredzaamheid is een maatschappelijke verandering, voor zorgaanbieders geldt dat zij nieuwe arrangementen moeten ontwikkelen, medewerkers moeten begeleid worden naar deze nieuwe professionaliteit, er is flankerend beleid nodig in de buurten en wijken, om mogelijk te maken dat ouderen met een zwaardere zorgvraag ook in hun thuisomgeving een leven kunnen leiden.

Wat levert het op?

Door slimmere inzet van zorg en ondersteuning bereiken wij - in nauwe samenwerking met cliënten, cliëntorganisaties, medewerkers, gemeenten, zorgverzekeraars, woningbouwcorporaties, welzijnsinstellingen - op termijn:

1. Mensen die langer zelfredzaam zijn en langer zonder professionele zorg kunnen, met een hogere kwaliteit van leven.
2. Cliënten die zelf kunnen kiezen van wie ze zorg en ondersteuning willen ontvangen en hoe die zorg wordt ingevuld.
3. Zorgorganisaties waarin zorgmedewerkers de ruimte krijgen om hun (nieuwe) professionaliteit uit te oefenen.
4. Maatschappelijke ondernemers die hun zorg en diensten afstemmen op de behoefte van de cliënt, met oog voor de sociale omgeving voor de cliënt.
5. Zorg en ondersteuning die dicht bij huis wordt geleverd, ook voor cliënten die nu nog in verzorgingshuizen zitten.
6. Gecontroleerde afbouw van verzorgingshuiscapaciteit en -waar mogelijk - doorontwikkeling naar verpleeghuiscapaciteit.
7. Door minder beroep op professionele zorg en de bestedingsmacht neer te leggen bij cliënten neemt de zorgconsumptie af, en wordt een bijdrage geleverd aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg.

Ons aanbod

ActiZ is bereid met de overheid concrete afspraken te maken over de periode en het financiële kader waarbinnen deze transitie plaatsvindt, op voorwaarde dat de randvoorwaarden worden ingevuld en andere partijen (cliëntorganisaties, zorgverzekeraars, corporaties, gemeenten) commitment afgeven voor het flankerend beleid dat nodig is om deze transitie te doen slagen.

ActiZ is bereid af te spreken dat het budget voor de (collectieve bekostigde) zorg voor ouderen en chronisch zieken minder zal groeien dan het door het CPB geraamde percentage van jaarlijks 4% (exclusief inflatie). Voor de jaren 2013 tot en met 2017 zou - op voorwaarde dat de condities van ActiZ ingevuld worden - het CPB-percentage als volgt verlaagd kunnen worden:

2013: 3%

2014: 2,60%

2015: 2,30%

2016: 2,10%

2017: 2%

Overigens zal zo'n ingrijpende transitie meer jaren in beslag nemen dan 1 (volle) kabinetsperiode. ActiZ is er echter van overtuigd dat het transitietraject vanaf nu ingezet moet worden om met de ervaring van de komende jaren in 2017 adequate afspraken voor de periode 2018 - 2023 te kunnen maken.

De randvoorwaarden die ActiZ daaraan verbindt, zijn:

1. De afspraak met de overheid wordt gemaakt voor de komende Kabinetsperiode tot en met 2017, waarin de overheid zich niet bemoeit met de uitvoering, de VVT-branche volledig transparant is, en er een herstructurerings- en investeringsfonds komt om de vernieuwde aanpak te implementeren. Het gaat dan om de afbouw van de leegkomende intramurale capaciteit, de ombouw naar voorzieningen voor zware intramurale PG zorg, investeringen in technologie (ehealth) etc.
2. Geen landelijke blauwdruk, maar een aanpak per regio en/of wijk.
3. ActiZ continueert met haar leden het kwaliteitsbeleid waarin kwaliteit van leven centraal staat en bekostigd wordt op uitkomsten.
4. De overheid past het stelsel zodanig aan dat het de transitie mogelijk maakt en stimuleert:
 - a. Overhevelen van de ouderenzorg van de AWBZ naar de ZVW.
 - b. Overhevelen van begeleiding naar de WMO.
 - c. Het handhaven van een onafhankelijke (toetsing van de) indicatiestelling.
 - d. De politiek verantwoordelijkheid neemt voor het systeem van eigen bijdragen en de inhoud van het verzekerde pakket.
 - e. De risicodragendheid van Zorgverzekeraars gefaseerd invoeren op basis van een systeem van risicoverevening.
 - f. WMO gelden oormerken.
5. De bekostiging aanpassen.
 - a. Cliëntvolgendheid als uitgangspunt via een systeem van bijv. pvb, pgb, vouchers, zorgbewijs etc.
 - b. Ruime beleidsruimte voor lokaal overleg tussen zorgverzekeraars en gemeenten om een goede zorginfrastructuur te creëren.
 - c. De zorginkooprol bij de cliënt tenzij de cliënt dit aan de zorgverzekeraar overdraagt.
 - d. Zorgvuldige en gefaseerde invoering van het scheiden van wonen en zorg voor ZZP 1 tot en met 3 en na gedegen onderzoek zo mogelijk ook ZZP 4.
 - e. Aan elke ZZP-indicatie wordt een budget voor de cliënt gekoppeld, waarmee de cliënt zijn zorg en ondersteuning kan inkopen. De contracteerruimte is het budgettaire kader van deze financiële vertaling van de indicatie van de cliënt. Indien de demografische groei niet volledig wordt doorvertaald naar de contracteerruimte, dan zal het budget per cliënt afnemen. De cliënt en zorgaanbieder maken gezamenlijk het zorgplan. Het beschikbare budget is daarin leidend en de nauwkeurige door CVZ bepaalde invulling van de diverse ZZP-pakketten komt daarmee te vervallen.
 - f. Ook voor de extramurale zorg zal worden gewerkt met zorgzwaarteklassen (bij voorkeur niet meer dan 3), waaraan via de indicatiestelling budgetten per cliënt zullen worden gekoppeld. Ook hiervoor geldt hetzelfde principe als bij punt e beschreven.
 - g. Fundamentele verlichting van de administratieve lasten, voortvloeiend uit de hiervoor genoemde punten.

6. Eigen regie van de cliënt mogelijk maken

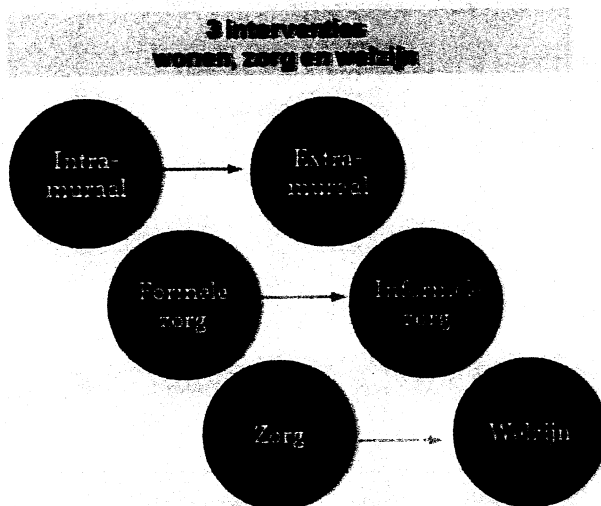
- a. Via inzet van technologie bv voor zelfmonitoring, toezicht, communicatie etc.

In de mate waarin bovenstaande randvoorwaarden kunnen worden ingevuld, zal de door ActiZ voorgestelde kostenbeheersing ook daadwerkelijk kunnen plaatsvinden.

Het macro-economische simulatiemodel

ActiZ heeft met PWC een macro-economisch model ontworpen waarin de effecten van beleidsmaatregelen gesimuleerd worden. Het is het doel om een aantal grote interventies door te rekenen op hun financiële effecten. Met interventies wordt bedoeld maatregelen die de beweging stimuleren van:

- o zorg naar ondersteuning en welzijn
- o formele naar informele zorg
- o intramuraal naar extramuraal

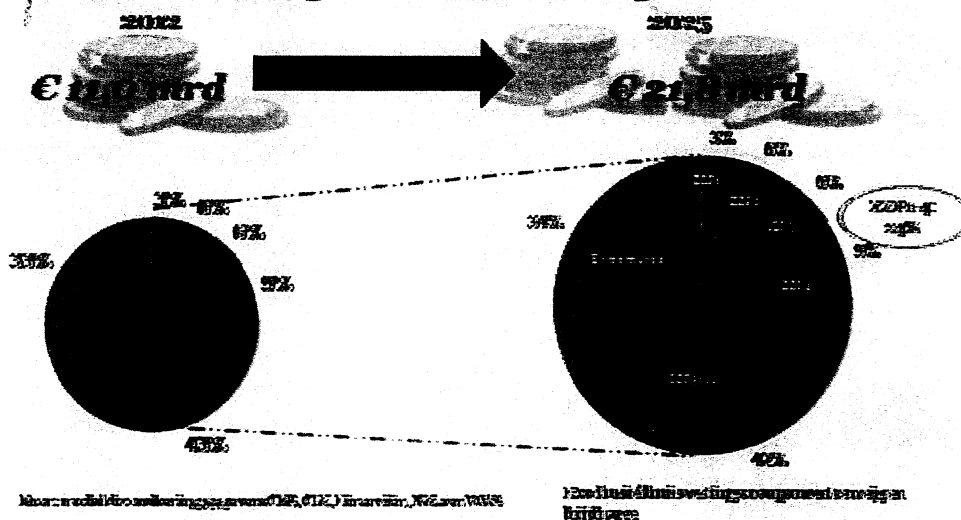


Door deze effecten te kwantificeren ontstaat een realistischer beeld van de aard van de benodigde maatregelen en de te verwachten effecten in termen van besparingen op de zorguitgaven.

Duidelijk wordt vooral dat bij ongewijzigd beleid de zorgkosten voor de VVT bijna verdubbelen tussen 2012 en 2025.¹

¹ De genoemde bedragen zijn de bedragen beschikbaar voor zorgverlening en exclusief de normatieve huisvestingscomponent en de eigen bijdrage.

Bij "onveranderd beleid" zullen zorgkosten VVT nagenoeg verdubbelen in de periode 2012 tot 2025



Het aanbod van ActiZ leidt tot een ander paradigma en werkwijze in de ouderenzorg waarmee dit financiële scenario wordt omgebogen. ²

Groeipercentage CPB	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Groeipercentage ActiZ Agenda voor de Zorg		4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%
Lagere groei		3,80%	2,60%	2,30%	2,10%	2,00%
Cumulatief effect in betreffende jaar		1,00%	1,40%	1,70%	1,90%	2,00%
		1,00%	2,41%	4,16%	6,13%	8,26%
Kosten voor de woonruimte (inclusief normatieve huisvestingscomponent en eigen bijdrage) 2012						
	14.500.000,00	14.870.000,00	15.240.000,00	15.610.000,00	15.980.000,00	16.350.000,00
Kosten voor de ondersteuning (inclusief normatieve huisvestingscomponent en eigen bijdrage) 2012						
	14.500.000,00	14.870.000,00	15.240.000,00	15.610.000,00	15.980.000,00	16.350.000,00

ActiZ heeft in samenwerking met PWC een macro economisch model ontwikkeld waarin verschillende scenario's m.b.t. extramuralisering en informalisering zijn doorgerekend.

² Het bedrag voor 2012 is het bedrag inclusief normatieve huisvestingscomponent en eigen bijdrage

Op basis van maatschappelijke wens zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen, zijn 4 scenario's doorgerekend



De derde trend – van zorg naar welzijn – wordt nog vertaald naar een of meer scenario's waarna we de consequenties hiervan via het model in kaart brengen.

Via deze scenario's maken wij inzichtelijk op welke manier de paradigmashift in de ouderenzorg concreet kan worden gemaakt. Op welk moment welk scenario precies ingezet wordt, staat nog open. ActiZ wil dit graag onderwerp van gesprek maken met de meest betrokken partijen, zoals de cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars, corporaties, gemeenten en de rijksoverheid. Het zijn immers ook deze partijen die nodig zijn om de randvoorwaarden te creëren voor deze paradigmashift in de ouderenzorg. Een gezamenlijke inspanning is nodig om de uitgavengroei om te buigen zoals ActiZ in dit aanbod uiteen heeft gezet.

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer prof.dr. A.P.W.P. van Montfort
Actiz
Organisatie van zorgondernemers
Postbus 8258
3503 RG Utrecht

Kenmerk: 201200483

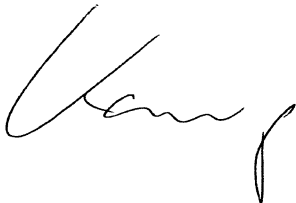
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Van Montfort,

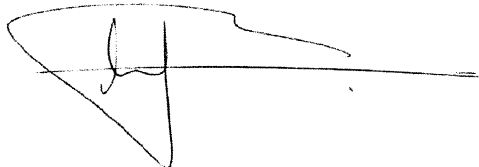
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

VERZEKERINGSBEURS VOOR ONDERNEMINGEN

Aan de heren H.G.J. Kamp en Drs.W.J. Bos,
 Informateurs
 Postbus 20018
 2500 EA Den Haag

Rotterdam, 5 oktober 2012

Telefoonnummer	Contactpersoon	Onze referentie
010-253 2001	J.A.H. Westerbeek	JW/BG/2012-127

Betreft: verhoging assurantiebelaasting

Geachte Heren Kamp en Bos,

U bent op dit moment bezig met activiteiten en onderhandelingen, die moeten leiden tot de vorming van een regeringscoalitie van VVD en PvdA. De nieuw te vormen regering staat voor de moeilijke taak beleid te formuleren, dat antwoorden geeft op en oplossingen biedt voor o.m. de grote financieel-economische vraagstukken in deze zeer moeilijke tijd.

In uw brief van 1 oktober jl. aan de Tweede Kamer, heeft u deze reeds geïnformeerd over voorstellen tot wijziging van de begroting 2013. Onderdeel van die voorstellen is de verhoging van de assurantiebelaasting naar 21%.

Namens het bestuur van VNAB bericht ik U, dat VNAB kennis heeft genomen van dit voorstel. Door middel van deze brief wil VNAB, als brancheorganisatie voor de (groot)zakelijke schadeverzekeringsmarkt (ook wel aangeduid met co-assurantiemarkt), U haar visie geven op dit voorstel en daar ook een aantal kanttekeningen bij plaatsen.

Binnen de verzekeringsmarkt neemt co-assurantie een bijzondere plaats in. De in dit marktsegment opererende makelaars werken met verzekeraars samen om – in goed overleg met de klant - adequate, betaalbare oplossingen te vinden voor multinationals en andere grotere en middelgrote ondernemingen om hun vaak omvangrijke financiële risico's (brand, storm, transport, bestuurders-, product en bedrijfsaansprakelijkheid etc.) af te dekken. Omdat de hiermee gepaard gaande risico's doorgaans te groot c.q. te complex zijn om door één verzekeraar gedragen te worden, is het noodzakelijk, dat meerdere verzekeraars in de verzekering van dergelijke risico's participeren en dus de betreffende polis mede ondertekenen. De co-assurantiemarkt is goed voor een jaaromzet van ca. 1,2 miljard euro.

Hoewel VNAB begrijpt, dat om een gezonde begroting te realiseren, forse, ingrijpende en veelal vervelende maatregelen nodig zijn, acht zij het niet logisch, dat die maatregelen onder

meer bestaan uit een verhoging van het tarief voor de assurantiebelaasting met ruim meer dan 100%! Europees gezien zal Nederland daarmee een van de hoogste tarieven gaan hebben. In deze tijden, waarin het bedrijfsleven in zwaar weer verkeert en het aantal faillissementen ongekend hoog is, is een dergelijke verhoging naar de mening van VNAB onverantwoord; het zal de economie juist schaden. Gevolgen zullen zijn, dat bedrijven financieel nog meer in de problemen gaan komen. Om dit te voorkomen, zal een aantal bedrijven hun dekkingen beperken c.q. eigen risico's verhogen.

Er moet tevens rekening mee worden gehouden, dat internationaal opererende bedrijven elders zullen zoeken naar beter betaalbare oplossingen.

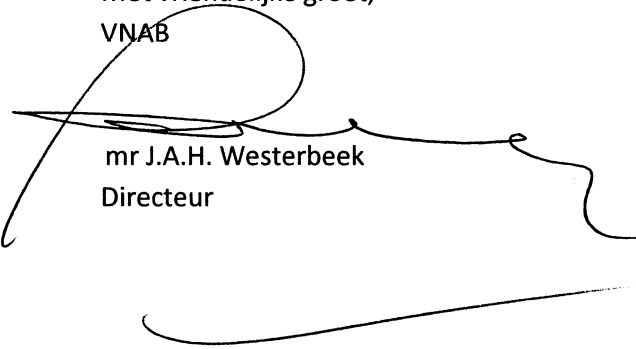
Per saldo zal dit alles kunnen leiden tot afname van het premievolume in Nederland, hetgeen in relatie tot uw voorstellen zal betekenen, dat het geprognostiseerde bedrag aan extra belastinginkomsten daarmee niet zal worden gerealiseerd.

Daarnaast merkt VNAB nog het volgende op: in uw brief aan de Tweede Kamer maakt u t.a.v. het toe te passen tarief een brug naar het BTW tarief. Schadeverzekeringen zijn naar de mening van VNAB geen "luze producten", maar broodnodige voorzieningen ter bescherming van de risico's die bedrijven en particulieren lopen. Zo geredeneerd, zou het AB-tarief eerder verlaagd moeten worden naar 6% (zoals ook in het verleden het geval was).

Tenslotte: aanpassingen van tarieven leiden vaak tot problemen en onduidelijkheid bij de invoering. Bij de verhoging van 2011 (destijds aangekondigd als tijdelijk!) is het overgangsrecht vanuit het Ministerie van Financiën niet tijdig en niet goed geregeld. Bij een eventuele aanpassing van het tarief (naar boven of naar beneden!) dient aan dit onderdeel degelijke en tijdige aandacht te worden besteed. Voor overleg daaromtrent zijn wij uiteraard gaarne beschikbaar.

Ik verzoek u van het bovenstaande nota te nemen en onze opmerkingen te betrekken bij uw verdere activiteiten.

Met vriendelijke groet,
VNAB



mr J.A.H. Westerbeek
Directeur

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer mr. J.A.H. Westerbeek
VNAB
Verzekeringsbeurs voor ondernemingen
Kralingseweg 227a
3062 CE Rotterdam

Kenmerk: 201200485

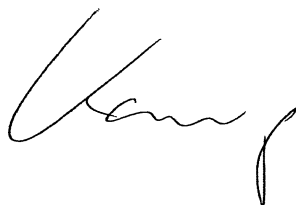
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Westerbeek,

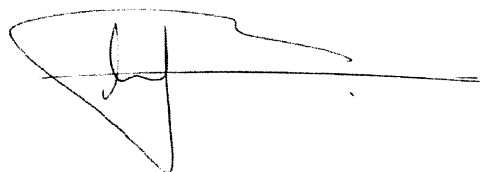
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos



Aan de Tweede Kamer der Staten Generaal
t.a.v. de informateurs (Regentenkamer)
de heer drs. W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA 's-GRAVENHAGE

Kenmerk: COM12-022

Amersfoort, 8 oktober 2012

Betreft: Regeerakkoord: bestrijding mensenhandel verdient effectieve aanpak van samenwerkende ministeries

Geachte heren Kamp en Bos,

Namens CoMensha, het Coördinatiecentrum ter bestrijding van Mensenhandel, verzoek ik u om de volgende passage in het regeerakkoord op te nemen.

'De overheid dient prioriteit te geven aan een adequate aanpak van mensenhandel. (Mogelijke) slachtoffers van mensenhandel hebben recht op bescherming en op goede opvang/huisvesting en begeleiding. De bij mensenhandel betrokken ministeries van Veiligheid en Justitie, VWS en SZW werken hiertoe nauw samen. Zij richten hun beleid en samenwerking zo in dat alle (mogelijke) slachtoffers van mensenhandel worden herkend en geregistreerd, de juiste opvang/huisvesting en begeleiding krijgen en dat handelaren worden gestraft.'

Toelichting

Het aantal (mogelijke) slachtoffers van mensenhandel dat in 2011 bij CoMensha werd geregistreerd, steeg ten opzichte van het jaar daarvoor met 23 % van 993 naar 1.222. Ook steeg in 2011 het aantal slachtoffers van mensenhandel dat ondersteuning en een plaats nodig had bij instellingen van maatschappelijke en vrouwenopvang. In 2011 zocht CoMensha voor 280 mensen een plek voor opvang en begeleiding, dat waren er 54 meer dan in 2010, een stijging van 24 %. Het aantal slachtoffers van mensenhandel is nog veel hoger dan het aantal dat bij CoMensha wordt gemeld en geregistreerd. De meldplicht van slachtoffers mensenhandel geldt op dit moment immers slechts voor de politie, de Koninklijke Marechaussee en de inspectie. Tervijl veel meer instanties met slachtoffers mensenhandel te maken hebben. CoMensha pleit daarom al jaren voor uitbreiding van de meldplicht.

Het zorgen voor voldoende en de juiste opvang voor het groeiende aantal slachtoffers mensenhandel is voor CoMensha nog steeds niet mogelijk ten gevolge van lacunes in het beleid en nog onvoldoende samenwerking tussen de verantwoordelijke ministeries. Weliswaar heeft er een uitbreiding van 20 plaatsen voor de opvang van slachtoffers mensenhandel in de categorale opvang plaatsgevonden in juni 2012, maar het is de vraag of dit aantal voldoende is. Bovendien is de doorstroom naar geschikte vervolgoopvang en woningen voor slachtoffers van mensenhandel nog niet geborgd. Voor de slachtoffers van mensenhandel die aangewezen zijn op een plaats in de maatschappelijke- of vrouwenopvang, zijn bijna geen plaatsen beschikbaar.

Er is al jaren een capaciteitsgebrek in de maatschappelijke- en vrouwenopvang. Bovendien ontbreekt de structurele financiering voor de opvang van slachtoffers mensenhandel voor deze vormen van opvang. Gemeenten houden zich nog onvoldoende aan hun taakstelling voor wat betreft het beschikbaar stellen van woningen ten behoeve van slachtoffers mensenhandel. In 2011 werkte CoMensha daarom noodgedwongen met een wachtlijst van gemiddeld 30 mensen, die daar meestal lang op stonden. Ook dit jaar kan CoMensha niet aan alle slachtoffer van mensenhandel direct een

opvangplaats bieden. Slachtoffers ontwikkelen daardoor onnodig meer trauma's en vallen daardoor ook onnodig opnieuw in handen van mensenhandelaren.

De nieuwe regering is het aan zichzelf en aan de Nederlandse samenleving verplicht de schrijnende problematieken van slachtoffers van mensenhandel zo snel mogelijk op te lossen. Een hechte en doelgerichte samenwerking tussen de verantwoordelijke ministeries is het enige middel om tot die oplossingen te komen.

Wij ondersteunen uiteraard graag de verantwoordelijke ministeries met informatie en adviezen om de hulp aan slachtoffers van mensenhandel en de opsporing van daders zo snel mogelijk te verbeteren.

Tot nadere toelichting zijn wij natuurlijk ook graag bereid.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Sitalsing', enclosed within a large, loopy oval stroke.

Martin Sitalsing
Voorzitter CoMensha

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer M. Sitalsing
Coördinatiecentrum Mensenhandel
Johan van Oldenbarneveltlaan 34-36
3818 HB Amersfoort

Kenmerk: 201200487

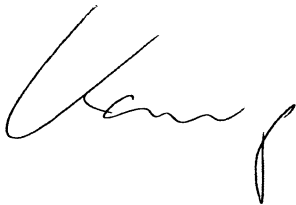
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Sitalsing,

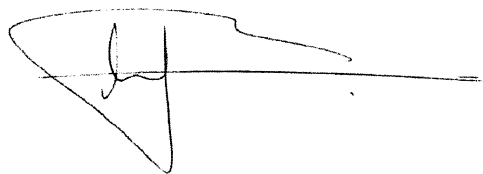
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
EDELPELSDIERENHOUDERS



de heer H.G.J. Kamp
Informateur
Postbus 20008
2500 EA 'S-GRAVENHAGE

Land- en Tuinbouworganisatie Nederland

Postbus 29773, 2502 LT Den Haag
Bezoekadres : Bezuidenhoutseweg 225
2594 AL Den Haag
Bankrekening : 35.76.06.760
Telefoon : 070-3382700
Fax : 070-3382710
E-mail : secretariaat@lto.nl

Datum : 8 oktober 2012
Ons kenmerk : AJM\2012\ ABG\002408
Onderwerp : Pelsdierhouderij
Informatie : M. Hoste, M. 06-54 27 13 14

Geachte heer Kamp,

U onderhandelt momenteel met de PvdA over een regeerakkoord dat Nederland uit de crisis kan leiden. U neemt verantwoordelijkheid om de overheidsfinanciën op orde te brengen en de Nederlandse economie draaiende te houden. LTO Nederland en de Nederlandse Federatie van Edelpelsdierenhouders onderschrijven het belang hiervan en benadrukken nogmaals de belangrijke rol die het bedrijfsleven speelt bij het herstel van de economie.

Haaks hierop staat het initiatiefwetsvoorstel om de pelsdierhouderij, een succesvolle economische sector, in Nederland te verbieden. Initiatiefnemers van dit wetsvoorstel zijn Jeroen Dijsselbloem (PvdA) en Henk van Gerven (SP). Voor het zomerreces heeft de Tweede Kamer ingestemd met het wetsvoorstel en momenteel ligt het in de Eerste Kamer voor behandeling. De initiatiefnemers willen op ethische gronden de pelsdierhouderij in Nederland verbieden. LTO Nederland en NFE kunnen zich niet vinden in de argumenten die hiervoor worden genoemd. Wij vinden dat de discussie zou moeten gaan over de randvoorwaarden die aan deze tak van dierhouderij gesteld worden. Nederland voldoet daaraan en is zelfs voorloper in internationale context. Het simpelweg verbieden van de pelsdierhouderij in Nederland zorgt slechts voor een verschuiving van de nertsenhouders naar andere landen, die minder belang hechten aan dierenwelzijn.

Het initiatief wetsvoorstel zal er dus toe leiden dat een economische sterke sector uit Nederland verdwijnt. Het gaat in de sector om 1200 banen, € 300 miljoen jaarlijkse exportwaarde en tussen de € 50 en € 70 miljoen per jaar aan belastingafdracht. Dit betekent dat het verbod op de pelsdierhouderij een behoorlijke kostenpost zal zijn voor de Rijksoverheid. De indieners van het wetsvoorstel hebben ter compensatie een pensioenregeling voorgesteld die een totale omvang heeft van € 24 mln. Uit onderzoek van het LEI uit 2008/2009 blijkt dat deze regeling bij lange na niet kostendekkend is. Een reële compensatieregeling komt naar verwachting uit op bedragen tussen € 52 en € 148 mln.

LTO Nederland en NFE verzoeken u kennis te nemen van het initiatief wetsvoorstel en de gevolgen daarvan mee te nemen bij uw gesprekken in de formatie. Om te voorkomen dat er te vroeg definitieve besluiten genomen worden, verzoeken we u te bevorderen om de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer in ieder geval op te schorten tot dat u de huidige formatie hebt afgerond. Liever zouden we zien dat de behandeling van het wetsvoorstel wordt gestaakt.

Mocht u nog nadere informatie nodig hebben, dan zullen wij die graag verstrekken.

Hoogachtend,

A.J. Maat
Algemeen voorzitter

W.P.A.M. Verhagen
Directeur NFE

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer A.J. Maat en
De heer W.P.A.M. Verhagen
p/a LTO Nederland
Postbus 29773
2502 LT Den Haag

Kenmerk: 201200489

Den Haag, 11 oktober 2012

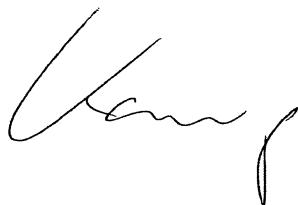
Geachte heer Maat,

Geachte heer Verhagen,

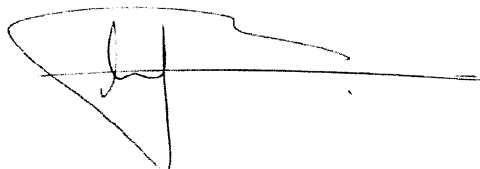
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Dhr. drs. W.J. Bos en dhr. H.G.J. (Henk) Kamp (informaten)
p/a Tweede Kamer
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

5 oktober 2012

Geachte heren Bos en Kamp,

In het kader van de formatie van een nieuw Kabinet vraagt FIAR CE, de vertegenwoordiger van elektronica producenten, uw aandacht voor het Auteursrecht. Dit is een dossier waarop al een aantal jaren geen enkele vooruitgang wordt geboekt. Als gevolg van technische ontwikkelingen en de open markt is de omgeving van het auteursrecht inmiddels dusdanig veranderd dat een aanpassing van het systeem van heffingen noodzakelijk is. Dit systeem zorgt voor een heffing op blanco informatiedragers om zo auteurs te compenseren voor het illegaal downloaden van hun muziek. Een parlementaire werkgroep onder leiding van Kamerlid Arda Gerken pleitte eerder al voor de afschaffing van de thuiskopieheffing en voor het stimuleren van nieuwe verdienmodellen.

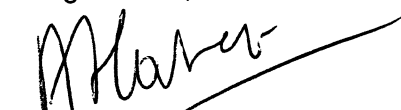
Ook staatssecretaris Teeven was voornemens was afscheid te nemen van deze heffing maar hij heeft in afwachting van een aantal lopende procedures toch besloten tot het herinvoeren van het heffingensysteem met ingang van 1 januari 2013. Het systeem van de thuiskopieheffing belemmert de markt, remt de innovatie en is zeer kostbaar.

De Nederlandse producenten van consumentenelektronica roepen de partijen betrokken bij de formatie dan ook op:

1. **Innovatieve ontwikkelingen op de markt via het auteursrecht niet in de weg te staan.** Doordat de inkomsten via offline muziekverkoop teruglopen slagen rechthebbenden er steeds meer in om via nieuwe verdienmodellen geld te verdienen, zoals Spotify, Youtube. Via deze systemen kan direct worden afgerekend tussen rechthebbende en consument, zonder dat daarbij een derde partij of een productheffing benodigd is zoals dat het geval is bij de Thuiskopieheffing.
2. **Consumenten niet dubbel te belasten voor het downloaden van muziek.** Zoals hierboven vermeld zijn er talloze legale modellen waarbij consumenten legaal en online hun muziek via internet kopen en afrekenen. Door de Thuiskopieheffing uit te breiden naar USB sticks, telefoons, iPods, settopboxen en PC's worden zij nu gedwongen tot tweemaal een vergoeding te betalen voor iets waar zij zich niet schuldig aan maken, namelijk illegaal downloaden.

Wij pleiten daarom voor het afschaffen van de thuiskopieheffing. Zo komt er een auteursrecht tot stand dat voldoet aan de eisen en de omstandigheden van de 21^{ste} eeuw.

Hoogachtend,


FIAR CE
André Habets

CC: VVD fractie (dhr. A. Van der Steur,)
PvdA fractie: (dhr. J. Recourt, mw. M. Vos)
Ministerie van Veiligheid en Justitie (Dhr. F. Teeven)

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer A. Habets
FIAR CE
De Baken 68
5231 HS 's-Hertogenbosch

Kenmerk: 201200491

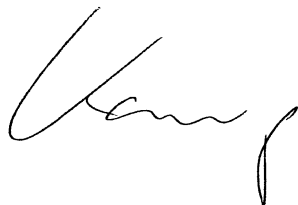
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Habets,

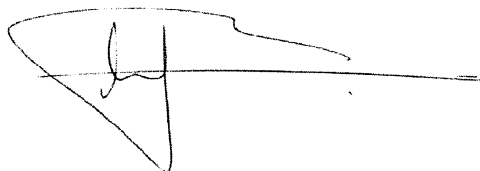
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

8 oktober 2012

Aan : Dhr. Bos en dhr. Kamp
Van: : Robbert Coops en Sander Hartemink, namens de
Stichting Gezond Ondernemen

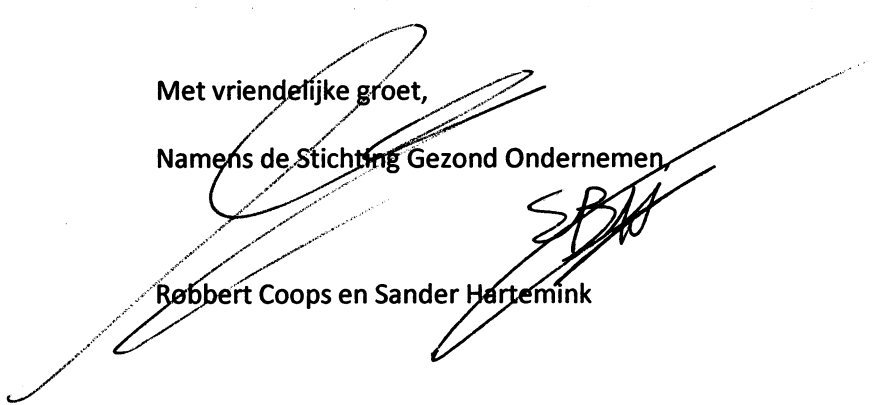
Geachte informateurs,

Eén van de grote problemen waar een nieuw kabinet mee te maken krijgt, is het gure ondernemersklimaat. Faillissementen berokkenen de samenleving jaarlijks miljarden euro's schade. Om ondernemerschap te stimuleren en te professionaliseren – waardoor faillissementen in omvang zullen worden beperkt – is de Stichting Gezond Ondernemen opgericht, die op korte termijn een laagdrempelig ondernemerscentrum wil oprichten. Daar kunnen ondernemers terecht voor advies, ondersteuning en kennisuitwisseling. Het adresseert de groeiende ondernemersproblematiek en kan bijdragen aan de broodnodige hervorming van de arbeidsmarkt en sociale zekerheid. Maar hiervoor is wel steun, geld en medewerking nodig van het nieuwe kabinet. Onder andere Senator Esther-Mirjam Sent en voormalig Unilever-topman Kees van der Waaij hebben zich al achter het initiatief geschaard.

We verzoeken u vriendelijk dit voorstel te betrekken bij uw coalitiebesprekingen met de VVD en de PvdA.

Met vriendelijke groet,

Namens de Stichting Gezond Ondernemen,


Robbert Coops en Sander Hartemink

Position paper: realisatie van Centrum O³

Het Centrum O³ verbetert het ondernemersklimaat en beperkt maatschappelijke en persoonlijke schade

De Nederlandse arbeidsmarkt is structureel veranderd; ondernemers vormen meer dan ooit de spil van de economie. Zij creëren economische groei, werkgelegenheid en innovatie. Daarvoor is een gezond ondernemersklimaat van cruciaal belang. Ondernemen is uiteraard niet zonder risico. Uit cijfers blijkt dat het aantal faillissementen – nu al meer dan 8.000 op jaarbasis - steeds verder stijgt. Dit kost de samenleving jaarlijks ruim 4,8 miljard euro. Deze maatschappelijke kosten staan nog geheel los van de 1,5 miljard aan uitkeringen en de individuele en emotionele (vervolg)schade.

Met de juiste sociale ondersteuning van (en samenwerking met) de ondernemer, voorlichting, onderzoek en educatie kunnen veel faillissementen voorkomen worden. Bovendien kan daardoor de maatschappelijke en persoonlijke schade worden beperkt. Ondanks het onzekere bestaan dat ze dikwijls leiden, stijgt het aantal ondernemers en zelfstandigen zonder personeel de laatste jaren flink. De klassieke verhouding werkgevers - werknemers is aan het veranderen, terwijl het sociale zekerheidsstelsel nog op de oude manier is ingericht. Het is hoog tijd te voorzien in ondersteuning en een sociaal vangnet, waardoor het ondernemersklimaat flink verbetert en afgestemd wordt op de huidige en toekomstige arbeidsmarkt. Het moet aantrekkelijker worden om te ondernemen, door te werken aan een **menswaardig, gezond, succesvol, maatschappelijk verantwoord en duurzaam ondernemerschap**.

De Stichting Gezond Ondernemen is daarom bezig met de oprichting van het Centrum O³. Centrum O³ is een laagdrempelig centrum voor ondernemers (waaronder zelfstandigen zonder personeel, ZZP-ers) in elke fase van het ondernemen. Het centrum is gericht op het voorkomen van problemen en op de vakmatige ontwikkeling van ondernemers. Daarnaast biedt O³ opvang, nazorg en hersteltrajecten na een onverhoopt faillissement. Het gaat daarbij om een unieke, psychologische en sociale benadering van de ondernemer, het ondernemen en de onderneming.

*Stichting Gezond Ondernemen staat voor **menswaardig, gezond, succesvol, maatschappelijk verantwoord en duurzaam ondernemerschap**. De stichting vormt een laagdrempelige, professionele eerstelijnsbasisvoorziening voor ondernemers in elke fase van ondernemen. Dit om succesvol ondernemen en het welzijn van ondernemers te bevorderen, onnodige faillissementen te voorkomen en persoonlijke en maatschappelijke schade te beperken.*

Comité van aanbeveling i.o.

*Mevrouw prof. dr. E.M. Sent (Esther-Mirjam) - Universiteit Nijmegen, Eerste Kamer
De heer drs. K.W. van der Waaij (Kees) – voormalig Directievoorzitter Unilever NL*

Stichting Gezond Ondernemen Centrum O³

Ondernemer, Ondernemen, Onderneming

Het Centrum O³ is een particulier initiatief, dat zo mogelijk in het verlengde van bestaande organisatorische (hulp)structuren kan functioneren. Uiteraard zal dit centrum samen met de overheid en anderen verder vormgegeven moeten worden. Het centrum wordt gehuisvest op een fysieke locatie in het midden van Nederland.

In een later stadium zal ook een Waarborgfonds Ondernemers worden opgericht, alsmede dependances van de hoofdlocatie.

De noodzaak van de oprichting van het Centrum O³ blijkt uit:

- Het groeiend aantal faillissementen (jaarlijks meer dan 8.000)
- Het groeiend aantal ondernemers dat in de bijzondere bijstand terechtkomt (nu al 65.000)
- Het hoge percentage (15% oftewel 63.363) van het totaal aantal ondernemers dat leeft onder of op de armoedegrens
- De slechte doorverwijzing naar bestaande minimaregelingen
- De ongebruikte pool van voorzieningen voor ondernemers
- Het stijgend aantal schuldsaneringen onder ondernemers
- Het stijgend aantal zelfdodingen (nu al 400 op jaarbasis) onder ondernemers

De Stichting Gezond Ondernemen is – tot nu toe – een privaat initiatief, waaraan lang gewerkt is. Uit gesprekken met stakeholders blijkt dat er veel behoefte is aan de oprichting van een dergelijk centrum. De eerste grote samenwerkingspartners hebben inmiddels hun steun uitgesproken.

Een succesvol Centrum O³:

- Verbeterd het ondernemersklimaat, en draagt daardoor indirect bij aan economische herstel en werkgelegenheidsgroei
- Bundelt bestaande kennis en expertise
- Beperkt de grote maatschappelijke kosten (enkele miljarden per jaar)
- Brengt het aantal (onnodige) faillissementen structureel terug
- Vermindert het persoonlijke leed voor ondernemers en hun gezinnen

Om de realisatie van het centrum mogelijk te maken is een eenmalige, gezamenlijke startinvestering door publieke en private partijen van tien miljoen euro benodigd. De organisatie zal later zelfvoorzienend zijn, door donaties, sponsoring en participatie en de levering van diensten en producten aan ondernemers.

Contactgegevens

De heer N.T.A. de Melker (Norbert): info@nkcc.nl

Voorzitter Stichting Gezond Ondernemen Centrum O³

Bereikbaar : 088-6522000 / 06-55101322

Woordvoerder:

Schinkelshoek & Verhoog Communicatie

drs. R. Coops (Robbert): r.coops@schinkelshoekverhoog.com

drs. S. Hartemink (Sander): s.hartemink@schinkelshoekverhoog.com

Waarborgfonds Ondernemers

Ook bij nood en rood !

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer R. Coops en
De heer S. Hartemink
Stichting Gezond Ondernemen
p/a Postbus 18646
2502 EP Den Haag

Kenmerk: 201200493

Den Haag, 11 oktober 2012

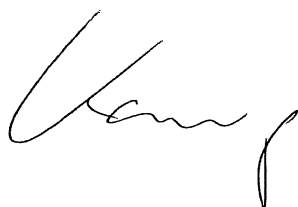
Geachte heer Coops,

Geachte heer Hartemink,

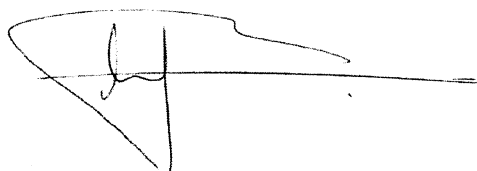
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

**ADVIESCOMMISSIE
RECHTSPOSITIE
POLITIEKE AMBTSDRAGERS**

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Datum 2 oktober 2012

Door middel van deze brief vragen de leden van de voormalige Adviescommissie rechtspositie politieke ambtsdragers¹ (commissie Dijkstal) aandacht voor het scheppen van randvoorwaarden voor een kwalitatief goede overheid in de formatiebesprekingen. Bij ongewijzigd beleid wordt de problematiek steeds groter. Daarover maken wij ons grote zorgen, die wij met u willen delen. Ook als hoeders van de erfenis van onze overleden voorzitter Hans Dijkstal, die als geen ander gestreden heeft voor de kwaliteit in de overheidsdienst. Dienen en verdienen was zijn toets op goede samenhang.

De adviezen van de commissie zijn goeddeels overgenomen door het kabinet en voor een belangrijk deel aan het parlement gepresenteerd. De behandeling in de Eerste Kamer van de Wet Normering van bezoldigingen van Topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (de "WNT") is aanstaande. Wij zijn erover verheugd dat het door ons geadviseerde systeem thans goeddeels ingevoerd zal worden.

In 2004 heeft de commissie, uit staatsrechtelijke overwegingen en vanwege de eindverantwoordelijkheid die hij draagt, geadviseerd dat de minister weer als ijkpunt aan het hoofd van het salarisgebouw dient te staan. Dit betekent dat het ministersalaris zodanig moet worden verhoogd, dat het weer het hoogste salaris is in de publieke sector. Het huidige salarisniveau van de minister moet met 30% worden verhoogd om de ontstane achterstand ten opzichte van topambtenaren in te lopen. De afstand tot vergelijkbare functies in de marktsector rechtvaardigt nog een separate inhaalslag van 20%, eventueel in fasen. Ook dit advies was door het kabinet overgenomen, maar helaas niet doorgevoerd. Daardoor ontbreekt tot op heden een realistische norm. Dat werkt ook door op de lagere schalen en zet het systeem onder druk. Bij de lagere schalen bestaat immers een uitlaatklep om de functie te belonen met de naast hogere schaal, de zogenaamde ranginflatie. Dit is riskant omdat het weinig zichtbaar is en kan leiden tot autonome kostenstijging. We hebben daar begrip voor, gelet op het huidige politieke klimaat rond topinkomens, maar verzoeken u dat zodra er meer maatschappelijk draagvlak ontstaat deze stap ook gezet wordt.

De druk op het systeem wordt vergroot daar in 2010, bij het aanhouden van de crisis het kabinet de nominale nullijn van toepassing heeft verklaard op de overheids- en

¹ De commissie is samengesteld geweest uit de volgende leden: de dames .C.P. Vogelaar, M van Rossen en de heren H.F. Dijkstal (voorzitter), A.A. Westerlaken, C.J.A. van Lede en A.J.E. Havermans.

onderwijssectoren. Met het oog op het op orde krijgen van de overheidsfinanciën is in het regeerakkoord daaraan 2011 toegevoegd en, na de val van het kabinet, in het lenteakkoord 2012 en 2013. Voor de marktsector zijn geen maatregelen genomen of aangekondigd. De aanhoudende nullijn versterkt de tendens van de ranginflatie. Omdat, zoals ook het CPB redeneert, de arbeidsmarkt de prijs van arbeid bepaalt. De budgettaire opbrengsten van een (afgedwongen) nullijn hebben volgens het CPB slechts een tijdelijk effect omdat na verloop van enkele jaren de opgelopen achterstand ingelopen blijken te zijn. De ranginflatie evenwel is blijvend en jaagt de kosten voor de Rijksbegroting op.

Datum
2 oktober 2012

Een soortgelijke ontwikkeling betreft de premieontwikkeling bij het pensioenfonds voor de ambtenaren, het ABP. De premie is de afgelopen jaren als gevolg van een stijgende levensverwachting en een lage rente fors gestegen. Ook onder de nieuwe strengere toetsingskaders die zullen gaan gelden in 2014, en waarvan het kabinet onlangs heeft aangekondigd dat een deel daar van in 2013 zal worden geëffectueerd, zal de premie bij de huidige regeling fors toenemen. De helft van die stijging komt direct ten laste van de rijksbegroting. Het gaat hierbij om bedragen die meerjarig in de miljarden lopen en die al snel de omvang van de ingeboekte bezuinigingen op lonen ver overtreffen. Zou hierop omgebogen kunnen worden, dan gaat het, anders dan bij de nullijn, om structurele bezuinigingen, die ook het CPB als zodanig erkent. Ook Eurocommissaris Rehn waarschuwt Nederland onlangs nog voor stijgende pensioenpremie en dalende koopkracht. Versobering van de pensioenregeling vereist wel overleg en overeenstemming met vakcentrales en decentrale overheden. Op dit punt knelt het dat het kabinet met de nominale nullijn de onderhandelars in de overheids- en onderwijssectoren veel van hun speelruimte ontnemt. Dat terwijl een resultaat waarmee een pensioenversobering wordt gerealiseerd in ruil voor het toestaan van een beperkte loonontwikkeling in begrotingstermen al snel rationeel kan zijn. Dit heeft bovendien als voordeel dat het vergroten van de koopkracht van bijna een miljoen overheidswerknemers (12% van de beroepsbevolking) onze economie versterkt.

De erkenning van het maatschappelijk belang van publieke functies rechtvaardigt dat ook in de kwaliteit van de arbeidsvoorwaarden de goede dingen worden gedaan. De commissie heeft er begrip voor dat in deze tijdsgeest het niet mogelijk is om de verhoging van het ministersalaris door te voeren. Nochtans is een realistische norm wel noodzakelijk, juist voor een goede beheersing van de rijksbegroting. De complexiteit van de problematiek rechtvaardigt dat het kabinet een neutrale commissie, die neutraal weergeeft wat de feitelijke stand van zaken is, opdracht geeft daaromtrent advies uit te brengen. Onze commissie heeft indertijd geadviseerd een dergelijk adviesorgaan in te stellen en deze krijgt door middel van de WNT binnenkort zijn wettelijke status. Indien daar behoefte aan bestaat bij de toekomstige minister van Binnenlandse Zaken zijn wij graag bereid hierover van gedachten te wisselen, om te helpen de goede en zorgvuldige afwegingen te maken zodat het perspectief van een kwalitatief goede overheid gerealiseerd (blijft) wordt(en).

DE WAARNEMEND VOORZITTER VAN DE VOORMALIGE ADVIESCOMMISSIE
RECHTSPOSITIE POLITIEKE AMBTSDRAGERS,


A.A. Westerlaken

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer A.A. Westerlaken
Adviescommissie Rechtspositie Politieke
Ambtsdragers
Postbus 9100
3007 AC Rotterdam

Kenmerk: 201200495

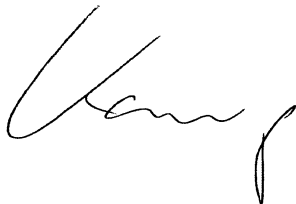
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Westerlaken,

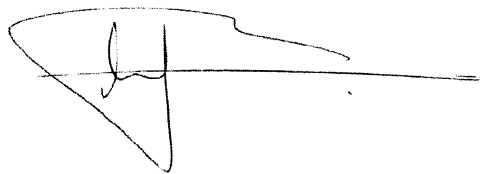
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Aan de minister-president
minister van Algemene Zaken
drs. M. Rutte
Binnenhof 19
2513 AA DEN HAAG

Kenmerk: 201200496

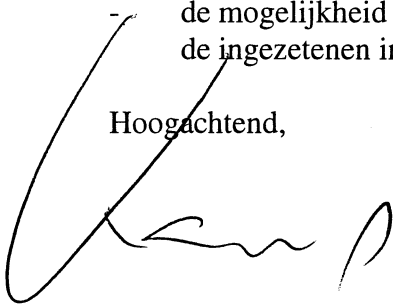
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Rutte,

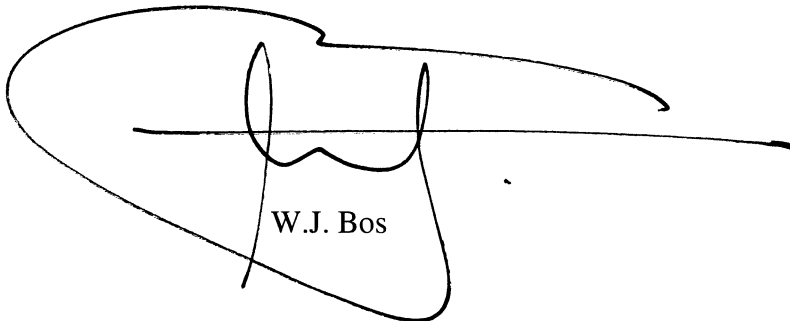
Graag verzoeken wij u de staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu te vragen om ons ten behoeve van onze werkzaamheden op de kortst mogelijke termijn te informeren over:

- de stand van zaken met betrekking tot de voorstellen tot wijziging van de Waterschapswet tot invoering van indirecte verkiezingen door leden van gemeenteraden en uitstel van de komende waterschapsverkiezingen;
- de mogelijkheid van een fusie tussen de ambtelijke diensten van waterschappen en provincies met handhaving van de afzonderlijke besturen van waterschappen en provincies;
- de mogelijkheid tot schrapping van de verkiezing van de vertegenwoordigers voor de ingezetenen in het algemeen bestuur van het waterschap.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Aan de minister-president
minister van Algemene Zaken
drs. M. Rutte
Binnenhof 19
2513 AA DEN HAAG

Kenmerk: 201200497

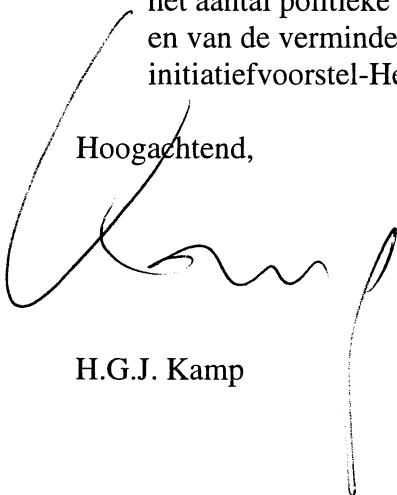
Den Haag, 11 oktober 2012

Geachte heer Rutte,

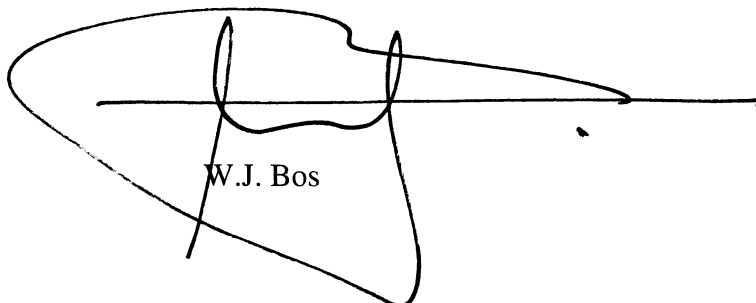
Graag verzoeken wij u de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties te vragen om ons ten behoeve van onze werkzaamheden op de kortst mogelijke termijn te informeren over:

- de overgang van taken en bevoegdheden naar andere organen bij opheffing van de WGR+-regio's;
- het verschil tussen de geraamde budgettaire consequenties van vermindering van het aantal politieke ambtsdragers in het huidige regeerakkoord (25%, 120 miljoen) en van de vermindering van het aantal politieke ambtsdragers in het initiatiefvoorstel-Heijnen (10%, 20 miljoen).

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

201200498



Secretariaat Ministerraad
Ministerie van Algemene Zaken

> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Onze referentie
3116582

Datum 10 oktober 2012
Betreft Beantwoording SZW (201200408)

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de minister van SZW, de heer De Krom, op uw verzoek d.d. 8 oktober 2012 (kenmerk 201200408).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,

Mark Rutte



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

> Retouradres Postbus 90801 2509 LV Den Haag

Aan de minister-president
Ministerie van Algemene Zaken
Binnenhof 19
2513 AA S GRAVENHAGE



Postbus 90801
2509 LV Den Haag
Anna van Hannoverstraat 4
T 070 333 44 44
F 070 333 40 33
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon

mw. N. de Groot

T 070 333 52 84

NdGroot@minszw.nl

Onze referentie

2012-0000032516

Datum 10 oktober 2012

Betreft Werknemers uit Roemenië en Bulgarije

Geachte minister-president,

Naar aanleiding van uw verzoek zend ik u, ter doorgeleiding aan de informateurs,
bijgevoegde notitie over werknemers uit Roemenië en Bulgarije.

Hoogachtend,
de Staatssecretaris van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid,

P. de Krom

Vraag informateurs d.d. 8 oktober jl. over de beperking van de komst van werknemers uit Bulgarije en Roemenië na 1 januari 2014

Gevraagd wordt naar de mogelijkheden tot beperking van de komst van werknemers uit Bulgarije en Roemenië na 1 januari 2014 en hierbij een gerichte aanpak van werkgevers van hier illegaal verblijvende Bulgaren en Roemenen en malafide verhuurders van woonruimte te betrekken.

Reactie SZW

Mogelijkheden beperking komst Bulgaarse en Roemeense werknemers

- In de Toetredingsverdragen met Bulgarije en Roemenië is, net als in eerdere Toetredingsverdragen, een overgangsregime van in totaal 7 jaar opgenomen voor het vrij verkeer van werknemers. Gedurende dit overgangsregime, dat eindigt op 1 januari 2014, mogen lidstaten op grond van arbeidsmarktoverwegingen maatregelen treffen om de instroom van werknemers uit Bulgarije en Roemenië te reguleren.
- Nederland heeft gebruik gemaakt van de maximale overgangsperiode. Dit betekent dat tot 1 januari 2014 een tewerkstellingsvergunning vereist is voor Bulgaarse en Roemeense werknemers.
- Daarna geldt op grond van de Toetredingsverdragen een volledig vrij verkeer van werknemers voor Bulgaarse en Roemeense werknemers in alle landen van de Europese Unie. Per die datum zijn geen maatregelen meer toegestaan die de toegang van Bulgaarse en Roemeense werknemers tot de arbeidsmarkt reguleren.
- Om ook na 1 januari 2014 de komst van Bulgaarse en Roemeense werknemers te kunnen reguleren, is aanpassing van de Toetredingsverdragen nodig. Voor aanpassing van verdragen is unanimititeit vereist binnen de EU. Bulgarije en Roemenië gaan hier zeker niet mee akkoord. Ook bij andere lidstaten verwachten we geen steun.
- In het navolgende wordt alleen ingegaan op de situatie na 1 januari 2014.

Aanpak van werkgevers

- Via een aanpak van werkgevers is het niet mogelijk om de komst van Bulgaarse en Roemeense werknemers te beperken.
- Op grond van de Richtlijn vrij verkeer van personen is het na 1 januari 2014 niet toegestaan een onderscheid te maken tussen Bulgaren en Roemenen enerzijds en andere EU-burgers anderzijds.
- Werknemers in de betekenis van het EU-werkingsverdrag (voorwaarde is dat ze minimaal 56 uur per maand werken) hebben verblijfsrecht op grond van de Richtlijn Vrij verkeer van personen. Het fenomeen 'werkgevers van illegaal verblijvende Bulgaren en Roemenen', zoals opgenomen in de vraag van de informateurs, zal zich in de praktijk nauwelijks voordoen. Dit is alleen het geval wanneer een werknemer bijvoorbeeld minder dan 56 uur werkt en/of om een andere reden niet legaal in Nederland verblijft, bijvoorbeeld omdat hij veelpleger is.
- Evenals nu is het denkbaar dat na 2014 Bulgaarse en Roemeense werknemers zich presenteren als zelfstandige om met een laag uurtarief het wettelijk minimumloon te ontduiken. Ook kan schijnzelfstandigheid nog worden gebruikt om fiscale voordelen te behalen. Op basis van signalen treden de Inspectie SZW en de Belastingdienst hiertegen op, door respectievelijk te controleren op naleving van de WML en op schijnzelfstandigheid.

- De handhaving van de Wet op het minimumloon zou kunnen worden geïntensiveerd. Dit gaat ten koste van andere taken van de Inspectie, of heeft (bij uitbreiding van de capaciteit) budgettaire gevolgen. Hierbij kan worden opgemerkt dat de handhaving van het wettelijk minimumloon door de Inspectie SZW arbeidsintensief is. De vraag is dan ook in hoeverre een intensivering van de handhaving effectief is. SZW onderzoekt op dit moment in hoeverre de handhaafbaarheid van de wet kan worden verbeterd.

Ingezette maatregelen rondom EU-arbeidsmigratie

- Het direct beperken van de instroom kan dus niet. Wel zijn er reeds generieke maatregelen in gang gezet om ongewenste effecten van de komst van arbeidsmigranten uit de EU tegen te gaan.
- Het gaat dan om maatregelen zoals genomen in het project EU-arbeidsmigratie (waaronder de aanpak van malafide verhuurders: bestuurlijke boete voor huisjesmelkers, huisvestingsnormen opnemen in cao's en handhaving daarvan door een onafhankelijke instantie, een striktere koppeling tussen recht op sociale voorzieningen aan verblijfsrecht en verbeterde registratie van EU-burgers bij de IND en in de GBA), het Programma Aanpak Malafide Uitzendbureaus en de Fraudewet.
- De Europese Commissie heeft zich tot nu toe kritisch opgesteld ten aanzien van een aantal maatregelen op het terrein van EU-arbeidsmigratie.



> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Onze referentie
3116584

Datum 10 oktober 2012
Betreft Beantwoording VenJ (201200407)

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de minister van VenJ, de heer Opstelten, op uw verzoek d.d. 8 oktober 2012 (kenmerk 201200407).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,

Mark Rutte



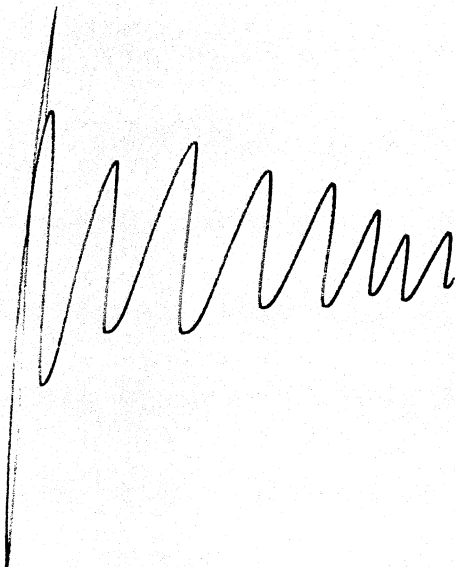
MINISTER VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Minister-President
Binnenhof 19
2513 AA DEN HAAG

Den Haag, 10 oktober 2012

Geachte Mijnheer de Minister-President, Berend Marling,

Bijgaand doe ik u de informatie toekomen zoals door de informateurs Kamp en Bos op 8 oktober jl. is verzocht (kenmerk 201200407).

lv o 

Vraag informateurs over detentiefasering

Naar aanleiding van uw verzoek ontvangt u hierbij meer informatie over de mogelijkheden om gedetineerden meer bewegingsruimte en detentiefasering op maat te bieden en algemene detentiefasering af te schaffen. De informatie ziet op de situatie na invoering van het nieuwe systeem van detentiefasering per 1 juli 2013.

Wijzigingen detentiefasering: eigen verantwoordelijk wordt leidend

Het doel van detentiefasering is het gefaseerd re-integreren van gedetineerden om zo de kans op recidive te verkleinen en de maatschappelijke veiligheid te vergroten. Op 8 november 2011 heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie de Tweede Kamer geïnformeerd over de beleidswijzigingen met betrekking tot de detentiefasering. Deze brief treft u als bijlage aan.

Geconstateerd is dat het huidige stelsel van detentiefasering niet op alle onderdelen een logische samenhang kent. Aan het toekennen van verlof is bijvoorbeeld geen concreet re-integratiedoel verbonden. Tevens geldt dat detentiefasering in de praktijk vaak als recht wordt gezien, hoewel de Penitentiare beginselenwet geen recht op detentiefasering kent. Dit leidt er toe dat gedetineerden de toekenning van vrijheden, zoals verlof, ervaren als een vrijblijvende vanzelfsprekendheid.

Daarom wordt het systeem van detentiefasering m.i.v. 1 juli 2013 aangescherpt waarbij de volgende aandachtspunten leidend zijn:

1. de eigen verantwoordelijkheid van de gedetineerde: zijn gedrag en motivatie zijn bepalend;
2. een nieuwe balans tussen detentie en externe vrijheden: externe vrijheden dienen een concreet resocialisatiedoel;
3. de aansluiting van de detentiefasering op de v.i.;
4. meer rekening houden met de veiligheid van de samenleving en de belangen van slachtoffers en nabestaanden.

In de nieuwe vorm van detentiefasering zijn de volgende stappen te onderscheiden:

1. Basisprogramma: alle gedetineerden stromen in het basisprogramma met beperkte re-integratie-activiteiten. Het programma bestaat uit de wettelijke basisactiviteiten, zoals recreatie, luchten en arbeid. Bij goed gedrag kunnen gedetineerden "promoveren" naar het plusprogramma.
2. Plusprogramma: In het plusprogramma krijgen gedetineerden een meer individueel dagprogramma en wordt in hen geïnvesteerd door het aanbieden van scholing, terugkeeractiviteiten en ruimere mogelijkheden voor arbeid. Als dit programma succesvol doorlopen is komen gedetineerden in aanmerking voor het programma met externe vrijheden.
3. Programma met externe vrijheden. Onder externe vrijheden wordt verstaan:
 - a. kort re-integratieverlof;
 - b. programmatisch re-integratieverlof voor externe arbeid, opleiding of zorg;
 - c. programmatisch re-integratieverlof voor een extern verblijf op een verlofadres of in een zorginstelling in combinatie met externe arbeid, opleiding of zorg.

Vanzelfsprekend kunnen gedetineerden in dit nieuwe stelsel van het plus- naar het basisprogramma degraderen indien ze bijvoorbeeld de huisregels hebben overtreden of als er sprake is van een positieve urinecontrole. Bovendien komt het standaard weekendverlof te vervallen. Voorts wordt de periode waarin een gedetineerde in aanmerking kan komen voor externe vrijheden beperkt van 18 maanden voor de datum van voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) naar twaalf maanden voor de v.i.-datum.

Conclusie

Door de uitvoering van deze beleidswijzigingen is detentiefasering als recht/vanzelfsprekendheid niet meer aan de orde: verlof moet je verdienen door goed gedrag en inzet voor een succesvolle re-integratie.

Stand van zaken oktober 2012

Om de promotie/degradatie-gedachte door te voeren is een toetsingskader ontwikkeld op basis waarvan het gedrag van gedetineerden beoordeeld wordt. Dit toetsingskader is de afgelopen periode bij 7 penitentiare inrichtingen getest. Voor 1 januari 2013 wordt het toetsingskader vastgesteld. Daarnaast wordt het hiervoor omschreven basis/plusprogramma ontwikkeld. Tenslotte worden de noodzakelijke wetswijzigingen van de Penitentiare Beginselenwet voorbereid. Dit wetsvoorstel zal nog dit jaar ter consultatie gaan.

Vergaderjaar 2011–2012

29 270

Reclasseringsbeleid

Nr. 61

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 november 2011

In mijn brief d.d. 4 juni 2011 heb ik uw Kamer bericht over mijn uitwerking van het programma Modernisering Gevangeniswezen¹. Zoals aangekondigd hecht dit kabinet belang aan het verder terugdringen van de recidive om op die manier de veiligheid in Nederland te vergroten. Een goede voorbereiding van gedetineerden op hun terugkeer in de samenleving is daarbij onontkoombaar. Een succesvolle terugkeer in de samenleving vraagt allereerst om de inzet van de gedetineerde. Een gedetineerde is zelf verantwoordelijk voor de invulling van zijn detentieperiode. Dit geldt tevens voor de detentiefasering: vrijheden worden gekoppeld aan de delictgeschiedenis (herhaaldelijke recidive), het gedrag en de motivatie van de gedetineerde. In deze brief heb ik tevens kort mijn visie op detentiefasering geschetst. De detentiefasering dient een integraal onderdeel te vormen van het detentie- en re-integratieplan. Tevens ben ik van mening dat het verloop op een andere wijze dient te worden ingezet. In bijgaande brief treft u de uitwerking op deze visie aan.

1. Het huidige stelsel

De huidige detentiefasering bestaat uit verschillende modaliteiten. Elke modaliteit heeft haar eigen juridisch kader voor de toekenning en de invulling:

1. Algemeen verloop (verloop vanuit een gesloten inrichting). Dit kan na één derde deel van de straf en de laatste 12 maanden van de detentie plaatsvinden en betreft elke twee maanden een weekendverloop van maximaal 60 uur.
2. Vanaf de laatste 18 maanden van de detentie kan overplaatsing naar een beperkt beveiligde inrichting (BBI) plaatsvinden. Vanuit een BBI kan regimesgebonden verloop worden toegekend, dit bestaat uit een maandelijks weekendverloop van maximaal 60 uur. Een zelfmelder (een persoon die zich zelf meldt bij de penitentiaire inrichting) wordt standaard in een BBI geplaatst tenzij deze een straf van meer dan 2 jaar heeft.

¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2010–2011, 29 270, nr. 52.

3. De laatste 6 maanden voor de v.i.-datum óf voorafgaande aan een penitentiaal programma, kan plaatsing in een zeer beperkt beveiligde inrichting (ZBBI) plaatsvinden. Vanuit een ZBBI wordt regimegebonden verlof toegekend, dit bestaat uit een wekelijks weekendverlof van maximaal 60 uur.
4. Het verrichten van arbeid buiten de inrichting vanuit een BBI of ZBBI.
5. De deelname aan een Penitentiaal programma (PP): de gedetineerde neemt deel aan een reïntegratieprogramma buiten de gevangenis en verblijft op een goedgekeurd verlofadres in beginsel onder elektronisch toezicht.
6. Incidenteel verlof voor het bijwonen van gebeurtenissen in de persoonlijke sfeer van de gedetineerde, waarbij zijn aanwezigheid noodzakelijk is of t.b.v. studie of voorbereiding op de invrijheidstelling¹

Het huidige stelsel kent niet op alle onderdelen een logische samenhang. Aan het toekennen van verlof is bijvoorbeeld geen concreet re-integratiedoel verbonden. Dit acht ik onwenselijk en wil ik dan ook veranderen.

Verder is in 2008 de voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) opnieuw ingevoerd, die gekenmerkt wordt door een terugkeer in de samenleving onder voorwaarden en onder toezicht. De periode van detentiefasering en van voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) zijn thans nog te veel aparte fenomenen. Dit is echter niet de insteek geweest bij de totstandkoming van de wet v.i.. De periode van detentiefasering en de mogelijkheden van de vi-regeling moeten meer in onderlinge samenhang worden gezien, zodat de regelingen elkaar aanvullen en ondersteunen.

Tevens geldt dat detentiefasering in de praktijk vaak als recht wordt gezien, hoewel de Penitentiaire beginselenwet geen recht op detentiefasering kent. Dit leidt er toe dat gedetineerden de toekenning van vrijheden, zoals verlof, ervaren als een vrijblijvende vanzelfsprekendheid. Ik ben echter van mening dat verlof nooit vrijblijvend kan zijn, maar altijd moet bijdragen aan de terugkeer van de gedetineerde in de maatschappij. Gedetineerden dienen in aanmerking te komen voor vrijheden als zij dit ook hebben verdiend. Daarnaast ben ik, mede vanuit de gedachte dat verlof gekoppeld moet zijn aan terugkeer in de maatschappij, van mening dat gedetineerden op dit moment te snel in aanmerking komen voor detentiefasering. Met mijn voorstellen wil ik er voor zorgen dat de toegekende vrijheden meer in verhouding komen te staan met de opgelegde straf en daardoor beter zijn uit te leggen aan de maatschappij, slachtoffers en nabestaanden.

2. Nieuwe uitgangspunten voor de detentiefasering

Bij de nieuwe inrichting van de detentiefasering zijn de volgende uitgangspunten leidend:

1. de eigen verantwoordelijkheid van de gedetineerde: zijn gedrag en motivatie zijn bepalend;
2. een nieuwe balans tussen detentie en externe vrijheden: externe vrijheden dienen een concreet resocialisatiedoel;
3. de aansluiting van de detentiefasering op de v.i.;
4. meer rekening houden met de veiligheid van de samenleving en de belangen van slachtoffers en nabestaanden.

Eigen verantwoordelijkheid van de gedetineerde

De eigen verantwoordelijkheid van gedetineerden krijgt vorm in het systeem van «promoveren» en «degraderen». Van een gedetineerde wordt eigen inzet verwacht voor zijn terugkeer in de samenleving. Interne

¹ Art. 30 en 31 RTVI.

vrijheden (meer bewegingsruimte binnen de muren) en re-integratie-activiteiten kunnen worden verdiend als de gedetineerde aangetoond heeft dat hij om kan gaan met verantwoordelijkheden en zich wil inzetten voor zijn detentie- en re-integratieplan. Het gaat hier steeds om een persoonsgerichte aanpak. Als de rechter een schadevergoedingsregeling heeft opgelegd, wordt verwacht dat de gedetineerde dit betaalt. Verlof wordt niet meer standaard verleend, de gedetineerde moet zelf expliciet aangeven, waarom dit aan hem moet worden verleend.

Overigens houdt de persoonsgerichte aanpak ook in dat er rekening wordt gehouden met de (on)mogelijkheden van een gedetineerde en dat, waar nodig, extra begeleiding en ondersteuning van de gedetineerde wordt aangeboden. Het personeel heeft een belangrijke rol bij het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid bij gedetineerden die hierbij, bijvoorbeeld door hun verstandelijke beperking, hulp nodig hebben. Dit is onderdeel van de motiverende bejegening waarin het personeel van het gevangeniswezen de afgelopen jaren in is geschoold.

Nieuwe balans tussen detentie en externe vrijheden

Een nieuwe balans tussen de periode van detentie en de periode waarin externe vrijheden worden toegekend acht ik noodzakelijk. Naar mijn mening komen gedetineerden op dit moment te snel in aanmerking voor detentiefasering. De toegekende externe vrijheden moeten meer in verhouding staan met de opgelegde straf en meer uit te leggen zijn aan de maatschappij, slachtoffers en nabestaanden. Zoals ik al aangaf moeten externe vrijheden worden verdiend en alleen verleend met het oog op een concreet resocialisatiedoel. Nu kan het bijvoorbeeld voorkomen dat iemand met een gevangenisstraf van 2 jaar direct na zijn veroordeling in aanmerking komt voor plaatsing in een BBI en hij maandelijks een weekend verlof heeft van 60 uur zonder toezicht. Hierin wil ik wijzigingen aanbrengen.

Beter benutten van voorwaardelijke invrijheidstelling

De periode van v.i. kan worden gebruikt om activiteiten en interventies die tijdens detentie of tijdens de deelname aan een programmatisch verlof zijn gestart, maar nog niet zijn afgerond, door te laten lopen in de fase van de voorwaardelijke invrijheidstelling. Voor gedetineerden die tijdens detentie geen inzet hebben getoond om verantwoordelijkheid te willen dragen voor zijn toekomst, geldt dat de noodzakelijke resocialisatieactiviteiten uitsluitend tijdens de v.i. moeten plaatsvinden in de vorm van een bijzondere voorwaarden bij de v.i. zo nodig met elektronisch toezicht. Op deze wijze vormt de voorwaardelijke invrijheidstelling een passende afsluiting van de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen die gepaard kan gaan met een toename van vrijheden en die verbonden is aan de bereidheid van de gedetineerde om verantwoordelijkheid te dragen voor zijn eigen toekomst. Dit komt onder andere tot stand door een verbetering te maken in de advisering van DJI over de invulling van de v.i.. Bij gebleken misdragingen, (poging) tot ontvluchtingen of ongeoorloofde afwezigheid en een hoog recidiverisico zal DJI in haar advies aan het openbaar ministerie inzetten op uit- of afstel van de v.i. Tevens zullen de opgelegde voorwaarden, zoals een locatieverbod, tijdens de detentieperiode en de v.i.-periode beter op elkaar worden aangesloten.

Meer rekening houden met de veiligheid van de samenleving en de belangen van slachtoffers en nabestaanden

Bij het toekennen van eventuele vrijheden wil ik dat meer rekenschap wordt gegeven aan de veiligheid van de samenleving, de belangen van slachtoffers en nabestaanden en de roep uit de samenleving om een strengere aanpak. Maatschappelijke aspecten, zoals de belangen van slachtoffers en nabestaanden, inschatting van het recidiverisico, vluchtgevaar, en (de ernst van) het gepleegde delict dienen expliciet bij deze afweging te worden betrokken. Ook ben ik van mening dat er meer gebruik moet worden gemaakt van controlemiddelen, zoals het inzetten van elektronisch toezicht, een meldplicht of het verbinden van voorwaarden aan het verlop, zoals een contactverbod.

Tevens acht ik in ieder geval een strengere aanpak wenselijk voor de groep gedetineerden die na het begaan van een (eerder) ernstig gewelds- of zedendelict recidiveren. Dit geldt ook voor de gedetineerden die op de lijst staan van gedetineerden met een vlucht- en maatschappelijk risico (GVM). Bij hen geldt dat zware eisen worden gesteld aan eventuele detentiefasering en zij kunnen alleen in de laatste fase van hun detentie eventueel in aanmerking komen voor re-integratie- en resocialisatieactiviteiten.

3. Voorstellen nieuwe vorm van detentiefasering

In de nieuwe vorm van detentiefasering zijn de volgende stappen te onderscheiden:

- 1) Basisprogramma
- 2) Plusprogramma
- 3) Programma met externe vrijheden. Onder externe vrijheden wordt verstaan:
 - a) kort re-integratieverlop;
 - b) programmatisch re-integratieverlop voor externe arbeid, opleiding of zorg;
 - c) programmatisch re-integratieverlop voor een extern verblijf op een verlofadres of in een zorginstelling in combinatie met externe arbeid, opleiding of zorg;

Basisprogramma

Het basisprogramma is een programma met beperkte re-integratieactiviteiten. Het programma bestaat uit de wettelijke basisactiviteiten, zoals recreatie, luchten en arbeid. De gedetineerden zitten achter de deur op momenten dat re-integratieactiviteiten voor andere gedetineerden zijn gepland (terugkeeractiviteiten, gedragsinterventies of scholing).

Alle gedetineerden die in het gevangeniswezen instromen als preventief gehechte, arrestant of zelfmelder starten met een basisprogramma. Gedetineerden komen in aanmerking voor een plusprogramma als kans op succes aanwezig is en als de motivatie en/of houding van de gedetineerde hiertoe aanleiding geeft. Dit houdt in dat ook niet (steeds) opnieuw bij een zelfde gedetineerde activiteiten zullen worden aangeboden.

Plusprogramma

Een plusprogramma betekent dat gedetineerden een meer individueel dagprogramma krijgen en dat er in hen wordt geïnvesteerd door het aanbieden van scholing, terugkeeractiviteiten en gedragsinterventies. Ook kan de gedetineerde in aanmerking komen voor specifiek werk binnen de inrichting, zoals schoonmaakwerk, schilderwerk of werk in de winkel of

keuken. Het betreft hier werk waar ook een (vak)scholing aan gekoppeld kan worden.

Programma met externe vrijheden

Door gedetineerden vanuit een penitentiaire inrichting geleidelijk meer activiteiten gericht op re-integratie buiten de inrichting te geven en door hen wanneer mogelijk onder toezicht buiten de inrichting te laten verblijven, wordt hun terugkeer in de maatschappij verder voorbereid.

De periode waarin een gedetineerde in aanmerking kan komen voor externe vrijheden, wordt beperkt van 18 maanden voor de v.i.-datum naar twaalf maanden voor de v.i.-datum. Tevens geldt als algemene eis dat ten minste de helft van de nettostraf (opgelegde straf minus de v.i.) dient te zijn uitgezeten. De overige eisen zijn opgenomen in het toetsingskader (zie paragraaf 6).

De huidige extramurale modaliteiten: algemeen verlof, regimesgebonden verlof en het penitentiair programma komen te vervallen. Hiervoor in de plaats komt: kort re-integratieverlof of programmatisch re-integratieverlof, bestaande uit externe arbeid, opleiding of zorg, extern verblijf op een verlofadres of in een zorginstelling in combinatie met externe arbeid, opleiding of zorg. Ook het onderscheid tussen een BBI en ZBBI komt te vervallen, deze inrichtingen zullen worden aangeduid als minder beveiligde inrichting.

A. Kort re-integratieverlof

Het verlenen van kort re-integratieverlof heeft tot doel om de gedetineerden voor te bereiden op hun terugkeer in de samenleving. Het verlof wordt alleen toegekend als er sprake is van een concreet re-integratiedoel. Hierbij kan gedacht worden aan verlof voor het ophalen van een identiteitsbewijs, een sollicitatiegesprek, het inschrijven bij een woningcorporatie of hereniging met het gezin. Het verlof zal in tegenstelling tot het huidige regimesgebonden en algemeen verlof vooral door de week worden verleend. De instanties waar de re-integratiezaken geregeld dienen te worden zijn immers alleen tijdens kantooruren open. Dit betekent dat het standaard weekendverlof verdwijnt en de penitentiaire inrichtingen die voorheen ZBBI's waren ook in de weekends open blijven.

Tevens wordt de duur van het verlof gewijzigd. Het korte re-integratieverlof zal ten hoogste 24 uur per keer bedragen, tenzij er sprake is van de laatste twee maanden voor een extern verblijf of voor de v.i.-periode. Dan kan het verlof maximaal 48 uur bedragen, om de overgang naar meer vrijheid te faseren.

B. Programmatisch re-integratieverlof voor externe arbeid, opleiding of zorg

In het programma met externe vrijheden is het mogelijk om buiten de inrichting te werken, een opleiding te volgen of een zorgprogramma te doorlopen. 's Avonds verblijft de gedetineerde in de penitentiaire inrichting.

C. Programmatisch re-integratieverlof voor een extern verblijf op verlofadres of zorginstelling

De laatste stap in de detentiefasering is een programmatisch verlof voor externe arbeid, opleiding of zorg van minimaal 32 uur in combinatie met verblijf in een 24-uurs nazorginstelling, een zorginstelling of op een

geschikt verlofadres. De duur van dit programmatisch verlof is ten hoogste een zesde deel van de nettostraf. Deze vorm van verlof vindt plaats onder de uitvoeringsverantwoordelijkheid van de reclassering en wordt altijd gekoppeld aan toezicht van de reclassering en vindt zo nodig onder elektronisch toezicht plaats.

Naast de algemene instroomeisen, gelden voor het programmatisch re-integratieverlof aanvullende instroomeisen:

- tenminste één goed verlopen kortdurend re-integratieverlof,
- de gedetineerde is veroordeeld tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf van ten minste zes maanden.
- passend in het detentie en re-integratieplan.

Toezicht op verlof

Bij de toekenning van re-integratieverlof wordt aangesloten bij de gedachte achter «redesign toezicht» van de reclassering. De mate van (elektronisch) toezicht en de opgelegde voorwaarden worden bepaald aan de hand van het risicoprofiel van de gedetineerde. Deze werkwijze verschilt met de huidige situatie, bijvoorbeeld bij een penitentiaal programma waar dit toezicht niet afhankelijk is van het getaxeerde risico, maar standaard is gedurende een vastgestelde periode.

Bij laag risico betekent dat een beperkte inzet van toezichtmiddelen. Bij hoog risico zal worden gezien of het recidiverisico kan worden beperkt door het stellen van voorwaarden, zoals een contact of gebiedsverbod ter bescherming van slachtoffers en nabestaanden. Voorwaarden kunnen zijn dat iemand zich meldt bij de reclassering, telefonisch contact heeft of onder elektronisch toezicht wordt geplaatst bij een weekendverlof voorafgaand aan een programmatisch verlof of de v.i..

Incidenteel verlof

Het incidenteel verlof zal blijven bestaan vanwege het specifieke karakter ervan, dat los staat van re-integratie. Tijdens de detentie kan er sprake zijn van bijzondere gebeurtenissen in de persoonlijke levenssfeer van de gedetineerde, waarbij zijn aanwezigheid noodzakelijk is. Het betreft hier bijvoorbeeld een sterfgeval in de familie. De gedetineerde dient, als de veiligheid van de samenleving kan worden gewaarborgd, in de gelegenheid te worden gesteld om deze gebeurtenissen zo nodig met begeleiding of met elektronisch toezicht bij te wonen. Om dit moment kan echter incidenteel verlof ook in het kader van re-integratie worden verleend. Die mogelijkheid komt te vervallen, omdat voor dergelijke activiteiten het kort re-integratieverlof is bedoeld.

4. Toetsingskader

Of er sprake is van promoveren of dat het gedrag en de motivatie van de gedetineerde aanleiding is tot degraderen, is steeds een persoonsgerichte beoordeling. Deze wordt verricht door het Multi Disciplinair Overleg (MDO) op basis van een toetsingskader. In de beslissing worden onder meer de volgende toetsingselementen meegewogen:

- aard, zwaarte en achtergrond van het gepleegde delict;
- delictgeschiedenis/mate van recidive;
- bereidheid tot verandering (willen);
- gedrag (nakomen van afspraken, motivatie, werkhouding, middelengebruik);
- detentieduur;
- risico van ongewenste confrontatie met slachtoffers of nabestaanden;
- risico voor maatschappelijke onrust;

- kans op onttrekking;
- advies ketenpartners (advies van openbaar ministerie, reclasseringsorganisaties en de politie)

Eén van de elementen uit het toetsingskader is de delictgeschiedenis. Ik acht het namelijk niet verantwoord om te blijven investeren in gedetineerden van wie is vast te komen staan dat eerdere inspanningen geen toegevoegde waarde hebben gehad. Dit betekent dat er bij herhaalde recidive slechts een (wettelijk) minimumaanbod van re-integratieactiviteiten in het detentie- en re-integratieplan wordt opgenomen, tenzij een specifieke persoonsgerichte beoordeling in uitzonderingssituaties aanleiding geeft hiervan af te wijken. Deze categorie gedetineerden komt dan ook in principe niet in aanmerking voor een programma met externe vrijheden. Eventueel noodzakelijke re-integratieactiviteiten zullen plaatsvinden (in de vorm van bijzondere voorwaarden) tijdens de v.i.

Promotie en degradatie

De directeur van de inrichting bepaalt of een gedetineerde kan promoveren van een basisprogramma naar een plusprogramma. Dit gebeurt op advies van MDO. De plaatsing in een programma met externe vrijheden is een besluit van de selectiefunctionaris op basis van een gemotiveerd verzoek van de gedetineerde en een selectieadvies van de directeur. Dit selectieadvies behelst het advies van ketenpartners, de visie van het MDO en de visie van de vrijhedencommissie.

5. Arbeid

De persoonsgerichte benadering gaat ook gelden voor arbeid tijdens detentie. Een gedetineerde kan in de toekomst, als er sprake is van promoveren, in aanmerking komen voor meer vakmatige arbeid en arbeid binnen de facilitaire dienst. Aan die vakarbeid kan bij een langere straf een vakopleiding gekoppeld worden. De opgelegde straf is hiervoor nu bepalend, straks gaat daarbij ook nadrukkelijk het gedrag van de gedetineerde een rol spelen.

Tijdens het algemeen overleg van 14 september 2011 heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over de wijze waarop arbeid in detentie in andere West-Europese landen is georganiseerd. Inmiddels heb ik dit onderzoek uitgevoerd. Specifiek heb ik naar de volgende onderwerpen gekeken: het aantal uren arbeid, de hoogte van het arbeidsloon en is arbeid een plicht of een recht. Hieronder treft u een kort overzicht aan per land.

Verenigd Koninkrijk

Volgens de regelgeving in het Verenigd Koninkrijk zijn alle veroordeelde gevangenen verplicht om te werken. Preventief gehechten zijn niet verplicht om te werken, maar mogen dit wel. Gedetineerden mogen maximaal 10 uur per dag werken. In de praktijk zijn gedetineerden gemiddeld 22 uur per week bezig met doelgerichte activiteiten zoals arbeid of educatie. Gedetineerden verdienen gemiddeld £9,60 (plm. € 11,-) per week. Het daadwerkelijke bedrag dat gedetineerden ontvangen verschilt per soort arbeid dat wordt verricht maar ook per penitentiaire inrichting. De directeur van de penitentiaire inrichting bepaalt het minimale en maximale bedrag.

Op 26 september 2011 is in het Verenigd Koninkrijk de «Prisoners Earnings Act» in werking getreden. Deze wet zorgt ervoor dat gevangenen die netto meer dan £20,- (plm. € 23,-) per week verdienen (voornamelijk gevangenen die buiten de gevangenis werken), over dat deel van hun

netto salaris dat boven dit bedrag uitkomt een heffing van 40% krijgen. Deze heffing wordt gedoneerd aan Victim Support, een liefdadigheidsinstelling gericht op slachtofferhulp. Met een dergelijke wet wordt ook de belastingbetaler deels ontzien van het betalen voor de gevolgen van misdaad.

België

In België heeft de gedetineerde het recht om deel te nemen aan de in de gevangenis beschikbare arbeid. Ongeveer 50% van de gedetineerden werkt of volgt een opleiding. In België wordt in de werkplaatsen tussen de 25 en 40 uur per week gewerkt. Het is aan de directie van een gevangenis om het aantal uur dat in hun werkplaats arbeid wordt verricht te bepalen. Het minimale uurtarief is € 0,62 en het maximale uurtarief is € 3,50. Als een gedetineerde het examen van een beroepsgerichte opleiding haalt, krijgt hij een bonus van € 0,10 per gevolgd lesuur.

Duitsland

In Duitsland kan de deelstaat zelf bepalen hoe arbeid in detentie wordt georganiseerd. Er wordt altijd naar gestreefd om een gedetineerde die veroordeeld is overdag te laten werken. Ongeveer 50% van de gedetineerden die veroordeeld zijn heeft werk, van de preventief gehechten heeft 10% werk. Een gedetineerde die veroordeeld is en geen werk heeft, kan als compensatie voor het feit dat er geen werk is zakgeld aanvragen bij de sociale dienst van de gemeente (€ 30 per maand). In Duitsland verschilt het aantal uur dat een gedetineerde werkt per deelstaat en het is mede afhankelijk of de gevangenis voldoende werkopdrachten heeft ontvangen en hoeveel capaciteit de gevangenis heeft om gedetineerden te laten werken. Een gedetineerde die werkt, verdient gemiddeld tussen € 120 en € 180 per maand. Soms werkt een gedetineerde op basis van stukloon. Het loon wordt in drie elementen onderverdeeld: zakgeld, kledinggeld en «overbruggingsgeld» voor wanneer de gedetineerde wordt vrijgelaten.

Zweden

In Zweden is er een verplichting om arbeid of een alternatieve bezigheid te verrichten voor 6 tot 8 uur op weekdays. In preventieve hechtenis is het verrichten van arbeid vrijwillig. Het arbeidsloon is 11 kronen (plm. € 1,-) per uur. Bij weekenddienst kan het salaris 150% zijn. De vergoeding wordt één keer per twee weken uitbetaald, daarvan wordt 10% op een «verlof-rekening» gezet, waaruit onder andere de thuisreis na vrijlating betaald moet worden.

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek wil ik de mogelijkheden nader onderzoeken om in Nederland meer te differentiëren in het aanbod van arbeid. Dit betekent ook dat als iemand niet meer gemotiveerd is of slecht gedrag vertoont, arbeid als uiterste consequentie wordt stopgezet. De eventuele gevolgen voor het «recht op arbeid» zoals dat omschreven is in de Penitentiaire Beginselenwet worden momenteel nader bestudeerd. Tevens zie ik interessante aanknopingspunten in de beloningssystematiek, zoals dat recentelijk is vastgelegd in de PrisonersEarningsAct uit het Verenigd Koninkrijk. Deze plannen werk ik momenteel nader uit, begin volgend jaar informeer ik uw Kamer over eventuele wijzigingen in het beleid rond arbeid in detentie.

6. Tot slot

Voor medewerkers in een penitentiaire inrichting betekent de invoering van een nieuwe vorm van detentiefasering een andere werkwijze en tevens een cultuuromslag. Zij krijgen een belangrijke rol bij het stimuleren van gedetineerden om hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van hun periode in detentie te vergroten. Omdat er al veel veranderingen in het gevangeniswezen gaande zijn wil ik dit beleid dan ook gefaseerd invoeren.

Het systeem van «promoveren» en «degraderen» wordt verder in de praktijk ontwikkeld. Dit jaar hebben de penitentiaire inrichtingen het avond- en weekendprogramma en het persoonsgerichte dagprogramma ingevoerd. De basis voor het plusprogramma is hiermee al gedeeltelijk gelegd, volgend jaar gaan ze aan de slag met het invoeren van het systeem van promoveren en degraderen. Dit zal uiteindelijk eind 2012 in alle penitentiaire inrichtingen zijn ingevoerd. Tevens wil ik volgend jaar starten met een pilot om vanuit een gesloten inrichting externe vrijheden toe te kennen. Dit omdat er in verband met de uitvoering van het Masterplan Gevangeniswezen per 1 januari 2013 minder beveiligde capaciteit wordt gesloten.

Tevens vraagt de nieuwe opzet van de detentiefasering om aanpassing van wet- en regelgeving. Dit vergt enige tijd, ik verwacht dan het nieuwe beleid in 2013 kan worden ingevoerd. De voorstellen voor aanpassing op het gebied van de wetgeving kan uw Kamer begin volgend jaar verwachten.

Het personeel zal ook worden voorbereid op de nieuwe werkwijze. De basis hiervoor ligt in de doorontwikkeling van de MGW-thema's, zoals vakmanschap, motiverende bejegening en leiding geven als professie. Ook zal het personeel gericht geschoold worden in de nieuwe wet- en regelgeving.

De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven

Vraag informateurs over minimumstraffen

U heeft gevraagd u te informeren over de mogelijkheden de strafvorderingsrichtlijnen aan te passen door minimale strafeisen te bepalen voor de gevallen waarvoor het wetsvoorstel minimumstraffen geldt en daarbij de motivering van de aanpassing te ontleen aan de strekking van het wetsvoorstel.

Antwoord

- Het is juridisch mogelijk om in de strafvorderingsrichtlijnen van het Openbaar Ministerie voor ernstige gevallen van recidive van zware misdrijven die een ernstige inbreuk maken op de lichamelijke integriteit, minimale strafeisen vast te leggen. Dergelijke richtlijnen (beleidsregels) normeren de hoogte van de straffen die het OM in toepasselijke gevallen zal eisen.
- Kenmerk van een strafvorderingsrichtlijn van het Openbaar Ministerie is wel dat de officier van justitie hier gemotiveerd van kan afwijken. Dat kan in het bijzonder in die gevallen waarin het misdrijf, de omstandigheden waaronder het is gepleegd en de persoon van de verdachte daartoe aanleiding geven. In dit geval kan daaraan worden tegemoet gekomen door de hardheidsclausule zoals opgenomen in het wetsvoorstel minimumstraffen, onderdeel te maken van de strafvorderingsrichtlijnen
- Voorts moet bedacht worden dat -anders dan bij wettelijke strafminima- de rechter bij de straftoemeting niet gebonden is aan strafvorderingsrichtlijnen van het Openbaar Ministerie.

NB: Zowel bij het wetsvoorstel minimumstraffen als bij een regeling via strafvorderingsrichtlijnen is sprake van budgettaire consequenties i.v.m. een groter beslag op sanctiecapaciteit. Zoals destijds aan de Tweede Kamer gemeld bij het wetsvoorstel minimumstraffen zullen de daadwerkelijke effecten op de celcapaciteit getoetst worden aan de hand van het Prognosemodel Justitiële ketens. De eventuele kosten voor minimumstraffen zullen binnen de begroting van VenJ moeten worden opgevangen .



> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Onze referentie
3116579

Datum 10 oktober 2012
Betreft Beantwoording IenA (kenmerk 201200409)

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de minister voor IenA, de heer Leers,
op uw verzoek d.d. 8 oktober 2012 (kenmerk 201200409).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,

Mark Rutte



Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties

> Retouradres Postbus 20011 2500 EA Den Haag

De Minister-President,
Minister van Algemene Zaken
Postbus 20001
2500 EA Den Haag

Bestuursondersteuning
Afdeling advies

Schedeldoekshaven 200
2511 EZ Den Haag

Postbus 20011
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon
T.M. Wolterink

T 06-57317556
thomas.wolterink@minbzk.nl

Kenmerk
2012-0000579852

Uw Kenmerk
201200409

Datum 9 oktober 2012
Betreft verzoek informateurs inzake Immigratie, Integratie en Asiel

Geachte heer Rutte,

Bijgaand doe ik u toekomen de antwoorden in reactie op de brief (kenmerk 201200409) d.d. 8 oktober 2012 van de informateurs, de heren Kamp en Bos, met een vijftal specifieke vragen betreffende het beleidsterrein van Immigratie, Integratie en Asiel.
Graag vraag ik u om de reactie door te geleiden naar de informateurs.

Hoogachtend,
De minister voor Immigratie, Integratie en Asiel

G.B.M. Leers

Inhoud:

1. De mogelijkheden om in het kader van huwelijks- en gezinshereniging voor toelating een inkomenseis te stellen van 120% van het wettelijk minimumloon en een inkomenseis te stellen van 120% van het wettelijk minimumloon en een minimum leeftijd van 24 jaar; 2
2. De mogelijkheid over te gaan tot een regeling die ertoe leidt dat een vreemdeling na veroordeling wegens een misdrijf tijdens de eerste drie verblijfsjaren ongewenst wordt verklaard en na detentie wordt uitgezet en hierbij te betrekken of en zo ja, in hoeverre met de huidige glijdende schaal of een aanscherping daarvan een vergelijkbaar resultaat kan worden bereikt; 5
3. De mogelijkheid om de in het initiatiefvoorstel inzake de worteling van minderjarige vreemdelingen opgenomen regeling ten aanzien van het gebruik van procedures zo eenduidig en sluitend mogelijk te formuleren en hierbij te bezien of en zo ja, in hoeverre de inhoud van het regeling kan aansluiten bij de voorgenomen maatregelen en regelgeving ten aanzien van de stroomlijning van asiel- en toelatingsprocedures; 6
4. De verhouding tussen het initiatiefvoorstel van wet inzake de regulering van de vestiging van Nederlanders van Aruba, Curaçao en Sint Maarten in Nederland enerzijds en anderzijds een vergelijkbaar voorstel van een minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie alsmede vergelijkbare voorontwerpen van een voorstel van rijkswet inzake het personenverkeer binnen het Koninkrijk van de minister van Justitie respectievelijk de minister voor Immigratie en Asiel en hierbij te betrekken of en zo ja, in hoeverre Statuut, Grondwet en verdragen een dergelijke regeling toelaten; 8
5. De vraag of in het kader van gezinsvorming niet eenvoudiger is het criterium van duurzaam samenleven te gebruiken omdat het criterium van een huwelijk eenvoudiger te omzeilen is; 10

1. De mogelijkheden om in het kader van huwelijks- en gezinshereniging voor toelating een inkomenseis te stellen van 120% van het wettelijk minimumloon en een inkomenseis te stellen van 120% van het wettelijk minimumloon en een minimum leeftijd van 24 jaar;

1. Mogelijkheden verhoging leeftijdseis naar 24 jaar en inkomenseis naar 120% bij gezinsmigratie

In het navolgende wordt omschreven op welke wijze invulling kan worden gegeven om bij gezinsmigratie te komen tot:

- een leeftijdseis van 24 jaar en
- een inkomenseis van 120%.

Verhoging leeftijdseis van 21 jaar naar 24 jaar

Het verhogen van de leeftijdseis van 21 jaar naar 24 jaar kan alleen worden gedaan voor Nederlandse referenten (omdat die niet onder de werking van de richtlijn vallen) voor zover (internationale) mensenrechtenverplichtingen zich daartegen niet verzetten. In artikel 4 lid 5 van de Richtlijn gezinshereniging is de leeftijd van referenten en echtgenoten namelijk op ten hoogste 21 jaar gesteld. Een leeftijdseis van 24 jaar introduceren voor referenten (en echtgenoten) uit derde landen die onder de richtlijn vallen is derhalve niet mogelijk. Nederland heeft de afgelopen twee jaar ingezet op aanpassing van de Richtlijn gezinshereniging. Echter, de Europese Commissie heeft aangegeven geen voorstel in te zullen dienen bij de Raad en het EP tot aanpassing van de Richtlijn gezinshereniging.

Toelichting

De richtlijn gezinshereniging ziet op gezinshereniging bij legaal verblijvende onderdanen van *derde landen*. In Nederland is ervoor gekozen om ook het beleid voor Nederlanders hierop te laten aansluiten. Europeesrechtelijk bestaat hiervoor geen noodzaak. Het is derhalve mogelijk om de leeftijdseis van 24 jaar te introduceren voor Nederlandse referenten. Dit betekent echter wel dat er een situatie van 'omgekeerde discriminatie' ontstaat: onderdanen van derde landen worden gunstiger behandeld dan Nederlanders. Strengere maatregelen zijn mogelijk voor zover (internationale) mensenrechtenverplichtingen zich daartegen niet verzetten. Dit betekent in de praktijk dat bijvoorbeeld het recht op bescherming van het gezinsleven niet onevenredig mag worden aangetast en dat deze omgekeerde discriminatie objectief gerechtvaardigd moet kunnen worden.

Cijfers¹

Gemiddeld 68% van de referenten heeft de Nederlandse nationaliteit (inclusief genaturaliseerden). Van deze Nederlandse referenten is gemiddeld 6% tussen de 21 en de 24 jaar. Het overgrote deel, namelijk gemiddeld 91%, is ouder dan 24 jaar wanneer zij referent zijn. Gemiddeld 3% van de Nederlandse referenten is jonger dan 21 jaar.

Om inzicht te krijgen in het effect dat het introduceren van de leeftijdseis van 24 jaar zal hebben, is gekeken naar de bij de IND beschikbare cijfers van 2011 ten aanzien van gezinsmigranten in de leeftijd van 21 t/m 23 afkomstig uit een derde land en de referenten met Nederlandse nationaliteit in de leeftijd van 21 t/m 23 jaar.

¹ Geen van de genoemde cijfers/percentages zijn openbaar.

Gezinsmigranten 21 t/m 23 jr

In 2011 hebben zich ongeveer 950 gezinsmigranten afkomstig uit een derde land in de leeftijdscategorie 21 t/m 23 jaar bij een referent met de Nederlandse nationaliteit gevoegd.²

Zaken met referenten 21 t/m 23 jr

Voor zover bekend heeft in circa 480 zaken een referent met de Nederlandse nationaliteit in de leeftijd van 21 t/m 23 jaar in 2011 één of meerdere gezinsleden over laten komen. Om te zien op hoeveel gevallen van gezinsmigratie deze maatregel effect zou hebben, volstaat het niet om beide hierboven genoemde getallen bij elkaar op te tellen. Het is namelijk aannemelijk dat de laatstgenoemde groep gezinsmigranten, behorende bij een referent in de leeftijd van 21 t/m 23 jaar, deels overlapt met de groep van 950 gezinsmigranten. Het gaat dan om gevallen waarin zowel referent als gezinsmigrant in de leeftijdscategorie van 21 t/m 23 jaar vallen. Echter, over de grootte van de overlap kan geen uitspraak worden gedaan, omdat gezinsmigranten in het gegevenssysteem van de IND niet gekoppeld kunnen worden aan een individuele referent.

Risico's

De belangrijkste doelgroep voor het aangescherpte beleid (derdelanders die gezinshereniging vragen bij derdelanders) wordt door deze maatregel niet geraakt. Deze groep bestond in 2011 uit zo'n 12.500 gezinsmigranten.

Mogelijk zullen meer Nederlanders gebruik gaan maken van de 'Europaroute' (tijdelijk verblijf in een andere lidstaat om zo onder de werkingssfeer van de richtlijn vrij verkeer te komen en onder soepeler voorwaarden gezinshereniging met derdelanders te realiseren). Inmiddels heeft de Afd. bestuursrechtspraak prejudiciële vragen aan het Europese Hof gesteld die de werkingssfeer van de richtlijn vrij verkeer mogelijk verbreedt tot Nederlanders die in Nederland wonen, maar een bepaald aantal maanden over de grens hebben verbleven als dienstenontvanger. De Europa-route kan daarmee aantrekkelijker worden, zeker als het beleid wordt aangescherpt.

Het onderscheid tussen Nederlanders en derdelanders moet objectief kunnen worden gerechtvaardigd om verenigbaar te zijn met internationale mensenrechtenverdragen (EVRM, IVBPR) en artikel 1 van de Grondwet. Dit betekent dat moet kunnen worden onderbouwd dat gezinsleden (uit derde landen) van Nederlanders bijvoorbeeld een groter gevaar voor onze economische orde of de integratie zouden zijn dan gezinsleden van derdelanders. Deze onderbouwing is juridisch kwetsbaar. Daarnaast valt niet uit te sluiten dat artikel 8 EVRM zich in een aanzienlijk aantal individuele gevallen zal verzetten tegen deze hogere eisen. De maatregelen mogen er immers niet toe leiden dat gezinshereniging feitelijk onmogelijk wordt gemaakt, omdat men te lang moet wachten.³

Uitvoeringsconsequenties

- Het is mogelijk dat het aanbod (aantal aanvragen) voor gezinsmigratie bij een hogere leeftijdseis wat afneemt, maar de kans is reëel dat een deel van de aanvragen later wordt ingediend, in afwachting van het bereiken van de juiste leeftijd.
- Het aanpassen van de leeftijdeis leidt op zichzelf niet tot extra werk per aanvraag.
- Voor de invoering van deze maatregel zijn enkele aanpassingen van het systeem noodzakelijk.

² Een aanzienlijk deel van deze groep heeft de Turkse nationaliteit, wat het effect kleiner kan maken (het Associatieverdrag).

³ Het EHRM heeft zich hier nog niet over uitgesproken, maar het UK Supreme Court oordeelde reeds op basis de leeftijd van 21 jaar die in het huidige artikel van de richtlijn is opgenomen, zij het op basis van de Human Rights Act die het EVRM incorporeert, dat een dergelijke leeftijdsgrens voor het verlenen van een verblijfsvergunning een onevenredige inperking inhoudt op het gezinsleven ten aanzien van het doel om schijnhuwelijken tegen te houden.

Verhoging inkomenseis van 100% naar 120 %

In de richtlijn is opgenomen dat de referent bewijs moet leveren dat hij beschikt over stabiele en regelmatige inkomsten die volstaan om hem zelf en zijn gezinsleden te onderhouden, zonder een beroep te doen op de sociale bijstand. De lidstaten kunnen rekening houden met de aard en regelmaat van de inkomsten, minimumlonen, pensioenen en aantal gezinsleden.

Het is niet mogelijk om een harde inkomenseis te stellen waar nooit van mag worden afgeweken. Over de gehele linie kan wel een meer individuele inkomensstoets worden ingevoerd met een referentiebedrag van 120% minimumloon waarin extra criteria kunnen worden opgenomen, zoals aantal gezinsleden en de daadwerkelijke financiële situatie van betrokkenen. In tegenstelling tot de leeftijdeis kan dit bij zowel Nederlandse als niet-Nederlandse referenten. Boven het bedrag van 120% minimumloon is geen individuele toetsing nodig. Individuele toetsing zal er in de praktijk, gelet op de Chakroun-criteria (zie toelichting), naar verwachting toe leiden dat de aanvraag moet worden ingewilligd van een persoon die 100% WML (minimumloon) verdient en voor wie geen bijzondere omstandigheden gelden die een hoger vereist percentage rechtvaardigen. Dit houdt in dat de mogelijkheid bestaat een *optische* 120%-norm in te voeren, waarvan in individuele gevallen afgeweken kan worden.

Gemiddeld heeft ongeveer 60% van de referenten meer dan 120% van het wettelijke minimumloon wanneer de gezinsmigrant overkomt. Op dat moment heeft gemiddeld 3% van de referenten tussen de 100% en 120%. Gemiddeld heeft 37% minder dan 100% WML.⁴

Toelichting

De noodzaak om de inkomenseis individueel te toetsen en de mogelijkheid om een referentiebedrag te hanteren is bepaald in de uitspraak van het Hof van Justitie in de zaak Chakroun: *"Aangezien de omvang van de behoeften van persoon tot persoon sterk kan verschillen, moet deze bevoegdheid bovendien als volgt worden uitgelegd dat de lidstaten wel een bepaald referentiebedrag kunnen vaststellen, maar niet dat zij een minimuminkomen kunnen bepalen waaronder geen gezinshereniging wordt toegestaan, zonder enige concrete beoordeling van de situatie van iedere aanvrager."*

Nederland hanteerde als referentiebedrag in het verleden 120% en baseerde dit op de mogelijkheid om aanspraak te maken op aanvullende bijstand. Het Hof heeft deze uitleg niet geaccepteerd: *"De hantering van een referentiebedrag van een inkomensniveau dat gelijk is aan 120% van het minimuminkomen van een 23-jarige werknemer, waarbij boven dit bedrag een beroep op bijzondere bijstand in beginsel is uitgesloten, beantwoordt kennelijk niet aan het doel, uit te maken of een persoon beschikt over regelmatige inkomsten om in zijn onderhoud te voorzien."*

Eventuele herinvoering van een 120%-toets moet in elk geval anders gemotiveerd worden dan voorheen; een sluitende motivering ligt niet direct voor hand. Om wel recht te doen aan de noodzaak om over regelmatige en voldoende inkomsten te beschikken kan worden voorgesteld om, meer dan nu het geval is, individueel te toetsen of het inkomen in het specifieke geval van de aanvrager voldoende is. Hierbij moet het in zeer bijzondere gevallen ook mogelijk zijn om een aanvraag in te willigen indien een referent minder dan 100% WML verdient. Individuele toetsing zal er in de praktijk, gelet op de Chakroun-criteria, naar verwachting toe leiden dat de aanvraag moet worden ingewilligd van een persoon die 100% WML verdient en voor wie geen bijzondere omstandigheden gelden.

Individuele toetsing is enerzijds eerlijker omdat nauwkeuriger naar de individuele situatie wordt gekeken of betrokkenen beroep (zullen gaan) doen op openbare middelen.

⁴ Deze groep bestaat bijvoorbeeld uit EU-burgers die niet aan het inkomensvereiste hoeven te voldoen en referenten die volledig arbeidsongeschikt zijn en/of vrijgesteld zijn van de sollicitatieplicht of personen die uitsluitend alimentatie ontvangen.

Anderzijds draagt dit het risico in zich van rechtsongelijkheid en rechtsonzekerheid, naast een aanzienlijke extra belasting voor de uitvoering en de administratieve lasten. Rechtszekerheid is voor migranten in dit geval ook daarom zo belangrijk omdat de legesheffing zeer hoog is (ruim 1.500 euro voor echtgenoot) en ze dus belang hebben om bij voorbaat zeker te weten of ze aan de voorwaarden voldoen of niet.

Indien voor individuele toetsing wordt gekozen, wordt voorgesteld hiervoor wel kaders te geven. Hierbij kan, naar Frans voorbeeld, worden gekeken naar het aantal gezinsleden waaruit het gezin bestaat. Ook wordt de mogelijkheid onderzocht om rekening te houden met het inkomen dat betrokkenen daadwerkelijk ter beschikking hebben, door te kijken naar opgebouwde schulden en de hoogte van de woonlasten.

Risico's

Het herinvoeren van een referentiebedrag ter hoogte van 120%, wat eerder door het Hof in een Nederlandse zaak als onrechtmatig is bestempeld, behelst een evident juridisch risico (ook indien het anders wordt gemotiveerd). De toegenomen individualisering van de toets draagt een risico van rechtsongelijkheid en rechtsonzekerheid in zich.

Uitvoeringsconsequenties

- Deze maatregel is bewerkelijk. De wegingsfactoren die je zou moeten betrekken bij een afweging zijn talrijk en divers. De complexiteit wordt niet alleen bepaald door *wat* moet worden gewogen, maar ook door *hoe* de verschillende elementen tegen elkaar moeten worden afgezet.
- Hoe complexer de afweging, hoe meer de juridische houdbaarheid van de maatregel in het geding komt. Dit leidt tot vervolgpcedures.
- Deze maatregel levert naar verwachting een geringe bijdrage aan de instroombeperking. Immers, deze maatregel nodigt vreemdelingen juist uit om een aanvraag in te dienen terwijl zij niet aan de norm voldoen.
- De maatregel is in strijd met de trend die is ingezet met onder andere het Moderne Migratiebeleid om de behandelkosten te beperken en om kortere doorlooptijden te bewerkstelligen zodat de vreemdeling snel duidelijkheid krijgt.

Op basis van de verwachte instroom en productie in relatie tot een extra beslistijd van 5 uur per zaak en een middenloonsom van €60.000, zullen de jaarlijkse extra kosten voor de maatregel op ongeveer €6 miljoen uitkomen. De systeemkosten zijn hier nog niet bij opgeteld. Deze kunnen niet eerder exact worden gekwantificeerd dan na precieze uitwerking van de maatregel, maar worden nu grofweg geraamd op € 1 mln. incidenteel.

De bovenstaande voorgestelde maatregelen zijn juridisch kwetsbaar. De IND zal bij de uitvoering hiervan dan ook vaker geconfronteerd worden met beroepzaken. Ook vanuit de Wet Dwangsom dreigt de IND geconfronteerd te worden met kosten bij niet tijdig beslissen, waarbij het overigens zo is dat de oplegging van een dwangsom niet gekoppeld is aan de rechtmatigheid van een besluit, maar aan de tijdigheid.

In algemene zin kan overwogen worden de Wet dwangsom niet van toepassing te verklaren op de Vreemdelingenwet. In Vreemdelingenzaken is de overheid immers in belangrijke mate afhankelijk van derden voor besluitvorming, waaronder de mate van gedocumenteerdheid van de vreemdeling zelf en de mogelijkheid tot onderzoek in het land van herkomst. Bovendien kan termijnoverschrijding een gevolg zijn van het moeten vragen van advies aan bijvoorbeeld Bureau Medische Advisering of de AIVD of van ambtsberichten.

2. De mogelijkheid over te gaan tot een regeling die ertoe leidt dat een vreemdeling na veroordeling wegens een misdrijf tijdens de eerste drie verblijfsjaren ongewenst wordt verklaard en na detentie wordt uitgezet en

hierbij te betrekken of en zo ja, in hoeverre met de huidige glijdende schaal of een aanscherping daarvan een vergelijkbaar resultaat kan worden bereikt;

Huidige wet- en regelgeving

De huidige regelgeving voorziet in de mogelijkheid om een vreemdeling die in de eerste drie verblijfsjaren wordt veroordeeld wegens een misdrijf, tot ongewenst vreemdeling te verklaren of een inreisverbod op te leggen en na detentie uit Nederland te verwijderen. Dit wordt in de praktijk ook zo toegepast.

Sinds begin 2012 geldt het inreisverbod voor derdelanders. Het inreisverbod vloeit voort uit de terugkeerrichtlijn en is in de plaats gekomen voor de ongewenstverklaring. Het inreisverbod heeft hetzelfde rechtsgevolg als de ongewenstverklaring namelijk dat een vreemdeling met een inreisverbod geen rechtmatig verblijf kan hebben. De ongewenstverklaring geldt nog wel voor EU-burgers.

Beschrijving van de procedure

- Een vreemdeling wordt in de eerste drie jaren van het rechtmatig verblijf wegens een misdrijf veroordeeld tot een gevangenisstraf.
- De glijdende schaal wordt toegepast, het rechtmatig verblijf wordt beëindigd.
- De vreemdeling krijgt een inreisverbod (ongewenstverklaring als het een EU-burger is).
- Na het uitzitten van de gevangenisstraf gaat de vreemdeling direct in vreemdelingenbewaring ten behoeve van verwijdering uit Nederland.

3. De mogelijkheid om de in het initiatiefvoorstel inzake de worteling van minderjarige vreemdelingen opgenomen regeling ten aanzien van het gebruik van procedures zo eenduidig en sluitend mogelijk te formuleren en hierbij te bezien of en zo ja, in hoeverre de inhoud van het regeling kan aansluiten bij de voorgenomen maatregelen en regelgeving ten aanzien van de stroomlijning van asiel- en toelatingsprocedures;

De maatregelen gericht op stroomlijning van toelatingsprocedures zijn gericht op de volgende doelstellingen:

- Bescherming wordt alleen geboden aan vreemdelingen die zelf, op grond van de internationale en Europese beschermingsnormen, vervolging of ernstige mensenrechtenschendingen te vrezen hebben; hiertoe worden de nationale beschermingsgronden, waaronder het categoriale beschermingsbeleid, uit de Vreemdelingenwet geschrapt;
- Procedures zullen zo kort mogelijk zijn, zeker als het gaat om vervolgaanvragen en reguliere aanvragen die worden ingediend door mvv-plichtige vreemdelingen; hiertoe worden bij de eerste toelatingsprocedure alle elementen meegetoetst die kunnen leiden tot verblijf en worden vervolgaanvragen en reguliere aanvragen die door mvv-plichtige vreemdelingen in Nederland worden ingediend in één dag beoordeeld;
- Prikkels om procedure op procedure te stapelen worden weggenomen; hiertoe wordt 'no cure, less fee' ten aanzien van rechtsbijstand bij vervolgaanvragen ingevoerd, de bewijslast bij procedures op medische gronden wordt richting de vreemdeling verschoven en in alle gevallen vindt na afwijzing van de aanvraag overdracht aan de DT&V plaats.

Al deze maatregelen zijn erop gericht zorgvuldig te toetsen of bescherming nodig is, maar bij afwijzing het perspectief eenduidig op terugkeer te richten. Doorprocederen of speculeren op lange procedures wordt ontmoedigd en mag nooit lonen. Een doorlopende regeling die louter op tijdsverloop is gericht zou deze doelstelling doorkruisen: (gezinnen met) kinderen zouden hierdoor

aangemoedigd worden door te procederen en het terugkeerproces te frustreren. Dit dient op geen enkele wijze het belang van het kind, en kan dit zelfs schaden.

Tegelijkertijd moet geconstateerd worden dat er nu (gezinnen met) kinderen in Nederland zijn die gebruik hebben gemaakt van de procedurele mogelijkheden die er waren en voor wie terugkeer stuit op groot maatschappelijk verzet.

Het kan verdedigbaar zijn om een overgangsregeling te treffen, gebaseerd op de uitgangspunten van het voorstel voor een wortelingswet, die een oplossing biedt voor deze kinderen. Deze regeling zou eenmalig moeten zijn om te voorkomen dat de doelstellingen van de stroomlijning van toelatingsprocedures wordt ondermijnd, en vreemdelingen blijven speculeren op langdurig verblijf in Nederland dat uiteindelijk leidt tot aanvaarding van het verblijf.

De kern van de regeling zou dan kunnen zijn:

Aan (gezinnen met) kinderen die op een nader te bepalen datum hier acht jaar of langer ononderbroken zijn na het indienen van een eerste asielaanvraag in Nederland, wordt een verblijfsvergunning verleend, tenzij van de overheid niet in redelijkheid kan worden gevraagd de vergunning te verlenen als gevolg van het eigen handelen van de vreemdeling of van leden van het gezin (eenmalige regeling).

Aandachtspunten voor de uitwerking:

- Om onnodige discussie over randsituaties te vermijden, zou overwogen kunnen worden om aan vreemdelingen die hun eerste asielaanvraag in Nederland hebben ingediend, maar slechts korte tijd in een andere EU-lidstaat hebben verbleven, dit niet tegen te werpen⁵.
- De term 'worteling' wordt vermeden omdat deze te vaag en te arbitrair is. Er zijn verschillende factoren die een rol kunnen spelen bij worteling en deze gelden niet voor ieder kind op dezelfde wijze. Worteling is daardoor lastig meetbaar en objectiveerbaar. Ten behoeve van de uitvoering is behoefte aan eenduidige begrippen; er wordt derhalve aangesloten bij de verblijfsduur.
- In het initiatiefwetsvoorstel wordt voor amv's een andere termijn voor verblijf in Nederland gehanteerd dan voor kinderen in gezinnen, namelijk 5 jaar. Overwogen kan worden dit onderscheid te behouden. Als alternatief kan de termijn voor alle categorieën op vijf jaar worden gesteld. Zie voor cijfers onderaan.
- De wettelijke grens voor meerderjarigheid van 18 jaar wordt gehanteerd als criterium (in tegenstelling tot 21 jaar in de initiatiefwet). Dit sluit aan bij de motie Slob c.s. van 20 september jl, waarin is gevraagd om in elk geval tijdens de duur van de onderhandelingen geen minderjarige kinderen gedwongen uit te zetten.
- Het criterium 'verwijtbaar handelen door de overheid', dat genoemd wordt in het initiatiefwetsvoorstel, is niet goed te operationaliseren en wordt hier daarom buiten beschouwing gelaten (bijvoorbeeld 1F-zaken vergen langdurig onderzoek, maar het is wel degelijk wenselijk dat de overheid dit uitvoert).
- Onder gezinsleden worden verstaan eveneens in Nederland verblijvende ouders en minderjarige broer(s) en/of zus(sen) en/of afhankelijke meerderjarige broer(s) en/of zus(sen).
- Een beroep op de regeling genereert geen opvang of onderdak gedurende de procedure, tenzij de vreemdeling al opvang of onderdak heeft.
- In het initiatiefwetsvoorstel zijn geen contra-indicaties benoemd. Het is aangewezen om, in het algemeen belang, de regeling uit te sluiten voor bepaalde plegers van bijvoorbeeld misdrijven, oorlogsmisdrijven (1F), etc. Hierbij kan worden aangesloten bij de 'openbare orde drempel' bij toelating (elk vergrijp wordt tegengeworpen). Ook kan worden overwogen om, gezien de achtergrond van de regeling – zekerheid bieden aan lang verblijvende kinderen – een hogere openbare orde drempel te hanteren (dus slechts een zwaarder vergrijp leidt tot verblijfsweigering).
- Wanneer er sprake is van openbare ordeaspecten, die de ouder zijn aan te rekenen, is het denkbaar om aan het gehele gezin een vergunning te onthouden. Het is aannemelijker dat terugkeer kan worden bewerkstelligd voor het gehele gezin, dan alleen voor één van de

⁵ De huidige meest schrijnende categorie zaken die wordt voorgelegd in het kader van de discretionaire bevoegdheid, betreft Dublinclaimanten die waren uitgezonderd van de Regeling Afwikkeling Nalatenschap Oude Vreemdelingenwet (RANOV).

ouders. Daadwerkelijk vertrek zal echter lastig blijven. Immers, het gezin verblijft hier inmiddels al 8 jaar of langer.

- Vraag is of actief frustreren van de terugkeer tegengeworpen moet worden. Om redenen van uitvoerbaarheid is het aangewezen dit niet te doen. Enerzijds zal het de groep drastisch verkleinen omdat simpelweg kan worden vastgesteld dat vreemdelingen die onder de regeling vallen niet hebben voldaan aan hun vertrekplicht. Daarbij is de definitie van 'actief frustreren' lastig te objectiveren omdat frustratie van terugkeer vele vormen en gradaties kent.

Ook in de uitvoering kunnen maatregelen worden getroffen om de doorlooptijden aanzienlijk terug te dringen, en daarmee om worteling tegen te gaan. Door capaciteitsuitbreiding bij de IND kunnen vervolgaanvragen middels een ééndagstoets worden beoordeeld (structurele kosten ca €1,25 mln). In aanvulling hierop kunnen bij de rechterlijke macht de doorlooptijden worden verkort. Bij zaken waarin de IND in de algemene asielprocedure binnen 8 dagen beslist, kan de rechter het beroep binnen een maand beoordelen. Bij complexe zaken moet de gehele rechtsgang in eerste instantie, tot en met de Raad van State, binnen een jaar zijn afgerond. De extra kosten voor versnelling rechterlijke procedures bedragen 12,5 mln in 2013 en 2014 (inclusief incidentele kosten) en structureel ca € 8,2 mln vanaf 2015. De Raad van State acht dit reëel, de Raad voor de Rechtspraak stelt niet verder te kunnen bekorten dan 23 weken.

Cijfers:

Jonger dan 18 jaar, 8 jaar of langer in Nederland en eerste aanvraag asiel, inclusief gezinsleden.

In opvang	400
Niet in opvang, wel in procedure	290
Niet in beeld ⁶	10.100
Totaal in beeld	690

Jonger dan 18 jaar, 5 jaar of langer in Nederland en eerste aanvraag asiel, inclusief gezinsleden.

In opvang	700
Niet in opvang, wel in procedure	710
Niet in beeld	12.500
Totaal in beeld	1.410

Het aandeel amv's jonger dan 18 jaar en langer dan 5 jaar in Nederland is zeer gering.

4. De verhouding tussen het initiatiefvoorstel van wet inzake de regulering van de vestiging van Nederlanders van Aruba, Curaçao en Sint Maarten in Nederland enerzijds en anderzijds een vergelijkbaar voorstel van een minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie alsmede vergelijkbare voorontwerpen van een voorstel van rijkswet inzake het personenverkeer binnen het Koninkrijk van de minister van Justitie respectievelijk de minister voor Immigratie en Asiel en hierbij te betrekken of en zo ja, in hoeverre Statuut, Grondwet en verdragen een dergelijke regeling toelaten;

Het initiatief wetsvoorstel ziet op de toelating van Nederlanders uit Aruba, Curaçao en Sint Maarten tot het Europese deel van het Koninkrijk.

⁶ 'Niet in beeld' betekent dat een eerste aanvraag respectievelijk 8 jaar of langer geleden of 5 jaar of langer geleden is ingediend, er een kind jonger dan 18 jaar is, en er geen vertrek is geregistreerd. Van deze groep zijn mogelijk wel mensen vertrokken, maar het aantal geeft een theoretisch maximum weer. Een daadwerkelijke verwachting is lastig te geven.

Het initiatiefwetsvoorstel maakt het mogelijk dat Nederlanders uit bovengenoemde landen langer of anders dan als toerist alleen in Nederland kunnen verblijven indien zij voldoen aan de onderstaande criteria (momenteel kunnen zij zich vrij in Nederland vestigen):

1. het voldoende beheersen van de Nederlandse taal;
2. het bezitten van voldoende middelen van bestaan in Nederland;
3. het bezitten van een startkwalificatie die aansluit bij de Nederlandse arbeidsmarkt;
4. niet in aanraking zijn geweest met justitie;
5. geen gevaar vormen voor de openbare orde, de publieke rust of veiligheid, de goede zeden of het algemeen belang;
6. in het bezit zijn van een bewijs van uitschrijving uit het bevolkingsregister van één van de landen.

Als uitzondering geldt dat Nederlanders die door de overheid van bedoelde landen naar Nederland zijn uitgezonden (en hun gezinsleden) in Nederland mogen verblijven voor de duur van hun uitzending.

Indien betrokkene niet aan bovenstaande criteria voldoet, komt hij niet voor toelating tot verblijf in aanmerking. Als gevolg daarvan komt de betrokkene vervolgens niet in aanmerking voor inschrijving in de Gemeentelijke basisadministratie. Daardoor weer komt de betrokkene ook niet in aanmerking voor een uitkering op grond van de Wet werk en bijstand noch ook voor een sociale huurwoning (hij krijgt geen huisvestingsvergunning).

Als de betrokkene zich na zes maanden nog in Nederland bevindt (of na afwijzing van zijn aanvraag om toelating), kan hij worden gestraft met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of een geldboete van ten hoogste € 3.900. Een uitzetting is niet mogelijk.

Verhouding tot andere voorstellen op dit terrein.

Het initiatiefwetsvoorstel is een eenzijdige regeling en geen regeling op rijksniveau.

Het initiatiefwetsvoorstel regelt voorwaarden voor de vestiging van Antilianen in Nederland. Zowel in de conceptrijkswet personenverkeer van de minister van Justitie als in de uitgangspuntennotitie van de minister voor I&A zouden regels op hoofdlijnen worden vastgesteld omtrent het verkeer (inclusief toelating en verblijf) van vreemdelingen als het verkeer en verblijf van Nederlanders inclusief uitzetting. Uitzetting zou mogelijk zijn op grond van het Europeesrechtelijke criterium betreffende de openbare orde: het door het persoonlijk gedrag een ernstige, daadwerkelijke en actuele bedreiging van de openbare orde of veiligheid vormen, waardoor een fundamenteel belang van de samenleving wordt aangetast. De regels over het verblijf zouden in de conceptrijkswet personenverkeer alleen kunnen worden gesteld door de landen overzee. Nederland zou geen voorwaarden stellen voor het verblijf, maar wel het Europeesrechtelijke openbare orde criterium gebruiken.

In deze voorstellen zou in verhouding tot initiatiefwetsvoorstel het recht op vrij verkeer en verblijf van alle Nederlanders tot alle delen van het Koninkrijk worden vastgelegd. Daarnaast zouden er ook nadere regels worden gesteld met betrekking tot de grensbewaking binnen het Koninkrijk. Het initiatiefwetsvoorstel beperkt zich tot de vestiging van Antillianen in het Europese deel van Nederland.

In het initiatiefwetsvoorstel wordt in tegenstelling tot de andere voorstellen een koppeling gemaakt met de inschrijving in het GBA.

Het uitgangspunt van het initiatiefwetsvoorstel om een eenzijdige Nederlandse regeling te treffen komt overeen met het uitgangspunt van het voorstel van de toenmalige minister voor Vreemdelingenzaken Verdonk. In dit voorstel werden ook eenzijdig regels gesteld t.b.v. de toelating en terugkeer van Antilliaanse jongeren.

In het initiatiefwetsvoorstel wordt net als het in het conceptvoorstel van de minister van Justitie geen onderscheid gemaakt naar een leeftijdscategorie, wat weer wel het geval is bij het voorstel van toenmalige minister Verdonk.

In tegenstelling tot alle eerdere voorstellen bevat dit initiatief wetsvoorstel geen regels omtrent terugkeer van Antilliaanse Nederlanders naar de andere landen van het Koninkrijk.

In alle voorstellen is de openbare orde aspect een voorwaarde voor toelating en verblijf.

Verhouding Statuut, grondwet en andere internationale verdragen

Statuut

Het initiatiefvoorstel-Bosman regelt het interlandelijk personenverkeer van Nederlanders binnen het Koninkrijk, dus niet van vreemdelingen. Ook regelt het niets over het Nederlanderschap als zodanig. Voorts bevat het wetsvoorstel geen bepalingen inzake het toezicht op de algemene regelen betreffende de toelating en uitzetting van Nederlanders. Daarmee is het geen Koninkrijksaangelegenheid en verzet het Statuut zich niet tegen een dergelijke eenzijdige regeling. Er kan ook ingezet worden op een regeling in samenwerking met Aruba, Curaçao en Sint Maarten. Daartoe zijn afspraken gemaakt op de Koninkrijksconferentie vorig jaar. Het voorstel van Bosman doorkruist deze afspraken.

Grondwet en verdragen

Het initiatiefwetsvoorstel staat op gespannen voet met artikel 8 EVRM: het kan in strijd zijn met het recht op gezinsleven om het verblijfsrecht van iemand bij zijn gezin in te trekken om niet zwaarwegende redenen. Hierbij dient in ieder geval een proportionaliteitsafweging plaats te vinden, die niet is voorzien in het initiatiefwetsvoorstel.

Daarnaast staat het initiatiefwetsvoorstel op gespannen voet met artikel 1 van de Grondwet. De reikwijdte van het voorstel betreft ook kinderen van Antilliaanse Nederlanders, die in Nederland geboren zijn. Deze zijn voor de Grondwet Nederlander onder de Nederlanders. De voorgestelde regeling kan leiden tot direct onderscheid op grond van afkomst, en indirect onderscheid op grond van etniciteit.

Aandachtspunten

Tot slot lijkt het initiatiefwetsvoorstel om verschillende redenen moeilijk uitvoerbaar:

1. Voorzieningen voor rechtmatig verblijf gedurende de aanvraag ontbreken. Nu is het zo dat de persoon in kwestie in overtreding is gedurende de aanvraag, maar op een later moment met terugwerkende kracht weer toegang krijgt. In de tussenliggende periode is hij echter wel strafbaar.
2. Er ontbreken voorzieningen voor 'vrijwillige terugkeer' en eventueel 'gedwongen terugkeer'. Omdat een eventuele gevangenisstraf op Nederlands grondgebied uitgezet zal worden, zal hij tijdens zijn gevangenisstraf reeds opnieuw strafbaar zijn.
3. Er ontbreekt een regeling voor minderjarigen. Aan hen kunnen niet dezelfde eisen worden gesteld als aan meerderjarigen, te meer daar het voorstel ook van toepassing is op Nederlands-Antilliaanse kinderen die in Nederland geboren worden.

5. De vraag of in het kader van gezinsvorming niet eenvoudiger is het criterium van duurzaam samenleven te gebruiken omdat het criterium van een huwelijk eenvoudiger te omzeilen is;

Verschillen en overeenkomsten

Voor het toestaan van verblijf in het kader van gezinsmigratie is het belangrijkste feit waarover zekerheid moet bestaan dat er tussen betrokkenen een duurzame en exclusieve relatie bestaat. Dat is onderdeel van bestaand beleid. Een huwelijksakte is hiervoor een bewijsmiddel, maar niet het enige.

Het stellen van de voorwaarde dat men gehuwd moet zijn om een verblijfsvergunning voor verblijf bij partner te kunnen krijgen, geeft een formele zekerheid over het bestaan van een gezinsband. Een huwelijksakte geeft geen feitelijke zekerheid over de vraag of er daadwerkelijk duurzaam zal worden samengeleefd.

Zoals de benaming al aangeeft, geldt er bij een niet-geregistreerd partnerschap niet het minimumvereiste dat er een officiële overheidsakte moet zijn om het bestaan en de rechtsgeldigheid van de relatie te onderbouwen. Weliswaar zijn een relatieverklaring en een ongehuwdverklaring vereist, maar een relatieverklaring is enkel een verklaring van betrokkenen zelf dat zij door een «duurzame en exclusieve relatie» aan elkaar verbonden zijn, en heeft beperkte onderscheidende waarde: het enkel stellen dat men een partner is, is voldoende voor de afgifte van een relatieverklaring, tenzij een schijnrelatie

aannemelijk is. De ongehuwdverklaring is een overheidsverklaring om aan te tonen dat men niet met een ander dan de referent gehuwd is. Het ongehuwd zijn met een ander dan de referent zegt nog niets over het bestaan van een duurzame en exclusieve relatie met de referent zelf. Consequentie van het ontbreken van een minimumvereiste van officieel bewijs is dat het toelaten van ongeregistreerde partnerschappen heeft geleid tot bewerkelijke procedures met een verhoogd risico op fraude, omdat gedocumenteerd bewijs omtrent het bestaan van een relatie ontbreekt. Voorts is het lastig dat het criterium «duurzame en exclusieve relatie» geen internationaal erkende rechtsfiguur is. Om na te gaan of er sprake is van een zodanige relatie worden er meer (privé)documenten gevraagd, zoals persoonlijke e-mailwisselingen met de partner, worden meer aanvullende onderzoeken uitgevoerd in de vorm van het stellen van vele vragen aan de vreemdeling over zijn privéleven en zijn er meer controles naar samenwoning nodig

Bij gezinshereniging bestond de gezinsrelatie reeds in het buitenland en kan samenwoning derhalve al voor inreis in Nederland worden vastgesteld. Bij gezinsvorming hebben de partners doorgaans in het buitenland geen gemeenschappelijke huishouding gevoerd. Wel kan, ook in het buitenland, bijvoorbeeld door het simultaan horen van de partners, enige zekerheid worden verkregen over het feitelijk bestaan van een duurzame relatie.

Om te bewaken dat een huwelijk niet uitsluitend met het oogmerk om een verblijfsvergunning te verkrijgen wordt gesloten, vindt op dit moment controle plaats op grond van de Wet voorkoming schijnhuwelijken en in de nabije toekomst op grond van de Wet elektronische dienstverlening burgerlijke stand. Hierdoor kan worden vastgesteld of er twijfel bestaat aan het oogmerk van beiden. Verhoogde inzet van IND en Vreemdelingenpolitie kan het risico dat een verblijfsvergunning wordt verleend in malafide gevallen, verder terugdringen.

Intensivering van aanpak

Intensiveren van het bestrijden van schijnhuwelijken en -relaties is mogelijk door extra inzet van handhavingsinstrumenten. Van belang is om schijnhuwelijken en schijnrelaties in een zo vroeg mogelijk stadium te onderkennen. Dit betekent dat daar waar mogelijk de intensivering ziet op bestrijding van schijnconstructies reeds voor inreis naar Nederland. Dit kan door middel van het inzetten van IND medewerkers op meerdere posten of installatie van apparatuur voor videovergadering, zodat er simultaan gehoord kan worden op de posten. Inzet is gewenst op posten waar veel signalen zijn van misbruik en fraude in het kader van gezinsmigratie.

Daarnaast kan bestrijding van schijnhuwelijken en -relaties ook in Nederland geïntensiveerd worden. Het gaat hier vooral om gestelde relaties en huwelijken tussen EU-burgers met derdelanders.

De bestrijding van schijnrelaties en schijnhuwelijken is een arbeidsintensief proces. Dit geldt zowel voor de bestrijding voor inreis (handhavingswerkzaamheden op onze ambassades in het buitenland) als bestrijding in Nederland (in het bijzonder (simultaan) horen van migranten). De kosten betreffen derhalve voornamelijk fte's.

Uitgaande van een structurele inzet op bestrijding van schijnhuwelijken en -relaties, zijn de kosten per jaar geschat op:

Budg. consequenties (x 1.000 euro)	2013	2014	2015	2016	2017
Bestrijding schijnhuwelijken voor inreis	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Bestrijding schijnhuwelijken in Nederland	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500

Na vergunningverlening:

Of de partners vervolgens in Nederland een gemeenschappelijke huishouding blijven voeren is iets dat na verlening van de verblijfsvergunning alleen feitelijk kan worden gecontroleerd. Dat geldt voor zowel gehuwde partners als ongehuwden.

Dit vergt extra capaciteit van de IND, maar met name ook van de Vreemdelingenpolitie. Uitbreiding van adrescontroles door de Vreemdelingenpolitie met 500 zaken per jaar wordt begroot op 3 miljoen euro per jaar.

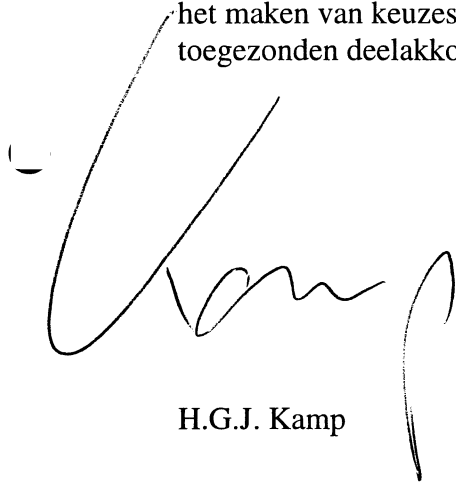
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

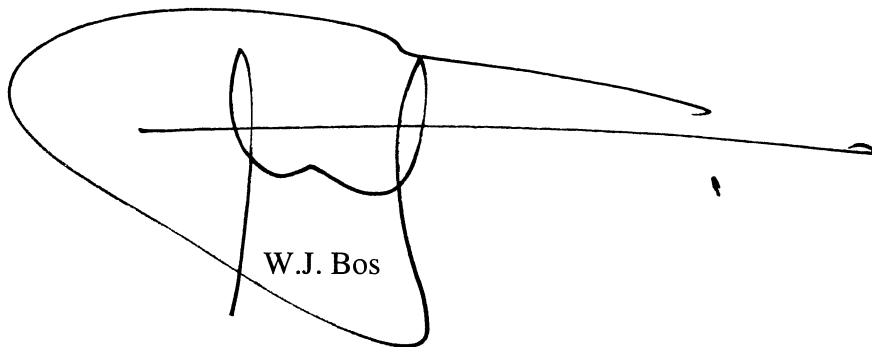
Kenmerk: 201200501

Den Haag, 15 oktober 2012

Graag voldoen wij aan uw verzoek te reageren op vragen van de leden Van Bommel en Pechtold tijdens de regeling van werkzaamheden van 11 oktober 2012. Onderhandelaars van VVD en PvdA werken aan een samenhangend regeerakkoord voor de periode 2013-2017. Over de volle breedte van het kabinetsbeleid wordt ten behoeve van dit proces feitelijke informatie ingewonnen. Soms gebeurt dit door informateurs, soms door informateurs en onderhandelaars gezamenlijk. Deze informatie kan worden betrokken bij het maken van keuzes en finale afwegingen. Akkoorden zijn niet gesloten na het u toegezonden deelakkoord over de begroting 2013.



H.G.J. Kamp



W.J. Bos



> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

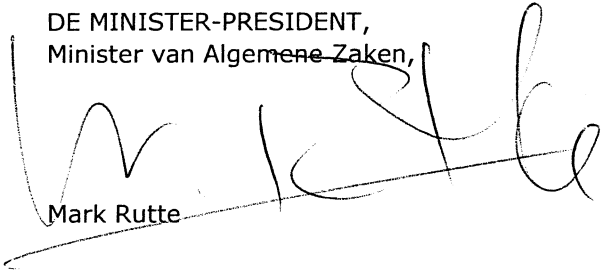
Onze referentie
3116608

Datum 11 oktober 2012
Betreft Beantwoording staatssecretaris van BuZ

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, de heer Knapen, op uw verzoek d.d. 5 oktober 2012 (kenmerk 201200372).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,



Mark Rutte



STAATSSECRETARIS VAN BUITENLANDSE ZAKEN

Drs. M. Rutte
Minister-President en
Minister van Algemene Zaken
Den Haag

Den Haag, 10 oktober 2012

Zeer geachte heer Rutte,

Hierbij bied ik u aan, ter doorgeleiding aan de informateurs, mijn reactie op hun verzoek om informatie over een agentschap voor ontwikkelings-samenwerking zoals dat is voorgesteld in een WRR-rapport. Voorts ben ik graag bereid tot een mondelinge toelichting.

Verzoek: informatie over de mogelijkheden tot invoering van een agentschap voor ontwikkelingssamenwerking zoals dat is voorgesteld in een rapport ter zake van de WRR¹ incl. de budgettaire consequenties.

I Context

Een aantal aspecten en ontwikkelingen is van belang om de (on)mogelijkheden van de invoering van een OS-agentschap te duiden:

1. Het WRR-rapport richt zich bij het voorstel tot inrichting van een agentschap vooral op meer focus van de OS-activiteiten en vergroting van de kennis en professionalisering van het OS-apparaat.
2. Mede n.a.v. het WRR-rapport heeft het kabinet Rutte-1 ontwikkelingssamenwerking verregaand hervormd. Versnippering is aangepakt en focus aangebracht. Het aantal partnerlanden is verminderd van 33 naar 15, het kennisbeleid is vernieuwd en de focus ligt op vier speerpunten, alle overige activiteiten worden op dit moment uitgefaseerd of zijn al gestopt. De samenwerking met de private sector is aanzienlijk toegenomen.

De stap naar de oprichting van een zelfstandig uitvoeringsorganisatie zoals NL AID is niet gemaakt. De redenering was dat deze op gespannen voet zou staan met het principe van de integraliteit en

¹ WRR. 2010. *Minder pretentie, meer ambitie: Ontwikkelingshulp die verschil maakt*. Amsterdam.

coherentie van het buitenlands beleid. In internationale vergelijking scoort Nederland juist op deze punten erg goed. Bovendien was er, gelet op deze ingrijpende saneringen, de afweging of eventuele efficiencywinst zou opwegen tegen het wrijvingsverlies te midden van dit proces.

3. De internationale omgeving verandert snel. De armoedeproblematiek spitst zich steeds meer toe in een aantal fragiele staten; de ontwikkelingsagenda in andere zich ontwikkelende landen richt zich steeds meer op private sector-ontwikkeling; de aanpak van mondiale uitdagingen zoals klimaatsverandering en schaarste-vraagstukken wordt urgenter. Deze ontwikkelingen vragen om een coherente aanpak met een grotere verscheidenheid aan instrumenten, waarbij Nederlandse kennis en kunde zo goed mogelijk wordt ingezet (van defensie in het 3D-beleid tot en met het nieuwe instrumentarium voor het internationaal investeren door het Nederlandse bedrijfsleven).
4. In de Compacte Rijksdienst, die scheiding van beleid en uitvoering voorstaat, is vorige maand besloten om subsidies zoveel mogelijk te bundelen bij AgentschapNL (subsidies voor bedrijfsleven), dan wel SZW (overige subsidies). Dit heeft gevolgen voor een deel van de uitvoering van het OS-beleid, dat van beide subsidievormen gebruik maakt.

II Agentschap OS

De weging van bovenstaande (enigszins tegenstrijdige) elementen is doorslaggevend voor het antwoord op de vraag of er een agentschap moet komen, en zo ja, welke vorm zo'n agentschap zou kunnen krijgen. Het is zaak de juiste balans te vinden.

Als startmodel zou een agentschap kunnen worden opgericht dat dicht tegen het ministerie van Buitenlandse Zaken functioneert. Dit model, waarin het instrumentarium voor het bedrijfsleven is meegenomen, wordt hieronder verder uitgewerkt. Met het oog op de geïntegreerde uitvoering van een Nederlandse globaliseringsagenda lijkt het op termijn voor de hand te liggen om ook programma's gericht op internationale handel onder te brengen in dit agentschap. Dit resulteert bovendien in een extra kostenreductie.

Voor varianten die verder afstaan van de Haagse beleidskernen, een onafhankelijk agentschap met eigen kantoren in het buitenland, is de uitwerking complexer en zullen uitgebreidere business cases moeten worden opgesteld. Hier zijn immers aanzienlijke investeringen mee gemoeid waarvan het de vraag is of die worden terugverdiend.

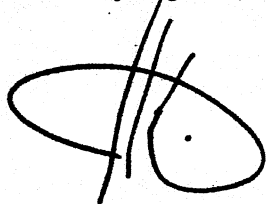
Mogelijk startmodel

Conform het WRR rapport kan het startmodel van het agentschap een eigen organisatorisch verband binnen BZ krijgen, budgettair geplaatst onder de HGIS. Dit kan op relatief korte termijn worden gerealiseerd omdat gebruik wordt gemaakt van de bestaande BZ infrastructuur voor bedrijfsvoering en het postennet (waar de economische en politieke inzet bij elkaar komt).

Een dergelijk agentschap zou de uitvoering verzorgen van een belangrijk deel van het OS-beleid, inclusief het bedrijfsleven-instrumentarium. Een deel van AgentschapNL zal in het nieuwe agentschap worden opgenomen.

Kenmerken	Het DG Internationale Samenwerking en het ODA-deel van AgentschapNL gaan op in een nieuw agentschap, organisatorisch afgebakend en met een eigen personeelsbeleid. Het agentschap blijft fysiek onderdeel van BZ en maakt gebruik van het BZ-(posten)netwerk. Bewindspersoon is politiek verantwoordelijk voor het agentschap en draagt zorg voor de uitvoering van de Nederlandse globaliseringsagenda.																							
Voordelen t.o.v. huidige situatie	• Eigen personeelsbeleid versterkt kennisopbouw en kennisbehoud gericht op de verbetering van de kwaliteit van ontwikkelingssamenwerking. Gerichte inzet experts, minder overplaatsingen. • Kostenbesparing door bundeling subsidieprogramma's AgentschapNL en toekomstig agentschap SZW: geen verdere versnippering uitvoering • Biedt aanknopingspunten voor efficiëntere werkverdeling beleid en uitvoering. • Biedt mogelijkheden voor (Holland)branding • Relatief snel te implementeren.																							
Nadelen t.o.v. huidige situatie	• Beleid dreigt los te zingen van uitvoering. • Reorganisatie kost geld en energie, naast de bestaande bezuinigingen en hervormingen. • Mogelijke duale en dus minder eenduidige aansturing postennet.																							
Besparingen	<table><tr><td></td><td>2013</td><td>2014</td><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td></tr><tr><td>Structurele besparingen</td><td>-</td><td>-</td><td>8</td><td>13</td><td>17,5</td></tr><tr><td>Incidentele kosten</td><td>-</td><td>5</td><td>5</td><td>-</td><td></td></tr></table> • Structurele kostenbesparingen door schaalvoordelen en minder overplaatsingen. Incidentele kosten door oprichting organisatie en flankerend beleid.							2013	2014	2015	2016	2017	Structurele besparingen	-	-	8	13	17,5	Incidentele kosten	-	5	5	-	
	2013	2014	2015	2016	2017																			
Structurele besparingen	-	-	8	13	17,5																			
Incidentele kosten	-	5	5	-																				
Planning	2013: plan van aanpak 2014: implementatie																							

Met vriendelijke groet,



Ben Knapen
Staatssecretaris van Buitenlandse Zaken



Secretariaat Ministerraad
Ministerie van Algemene Zaken

> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

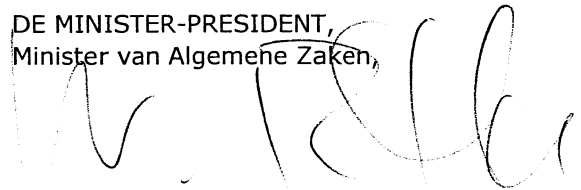
Onze referentie
3116611

Datum 11 oktober 2012
Betreft Beantwoording minister van IenA

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de minister van Immigratie, Integratie en Asiel, de heer Leers, op uw verzoek d.d. 10 oktober 2012 (kenmerk 201200460).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,


Mark Rutte



Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties

> Retouradres Postbus 20011 2500 EA Den Haag

De Minister-President,
Minister van Algemene Zaken
Postbus 20001
2500 EA Den Haag

Bestuursondersteuning
Afdeling advies

Schedeldoekshaven 200
2511 EZ Den Haag

Postbus 20011
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon
T.M. Wolterink

T 06-57317556
thomas.wolterink@minbzk.nl

Kenmerk
2012-0000583905

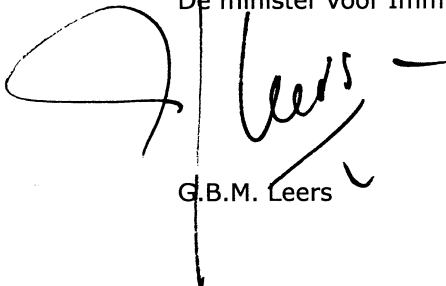
Uw Kenmerk
201200460

Datum 10 oktober 2012
Betreft verzoek informateurs inzake Immigratie, Integratie en Asiel

Geachte heer Rutte,

Bijgaand doe ik u toekomen het antwoord in reactie op de brief (kenmerk 201200460) d.d. 10 oktober 2012 van de informateurs, de heren Kamp en Bos, met een vraag betreffende het beleidsterrein van Immigratie, Integratie en Asiel. Graag vraag ik u om de reactie door te geleiden naar de informateurs.

Hoogachtend,
De minister voor Immigratie, Integratie en Asiel



G.B.M. Leers

Inhoud:

1. De mogelijkheden tot beperking van herhaalde huwelijksmigratie waarbij een persoon veelvuldig partners uit zijn land van herkomst laat komen;..... /

1. De mogelijkheden tot beperking van herhaalde huwelijksmigratie waarbij een persoon veelvuldig partners uit zijn land van herkomst laat komen;

De Europese Richtlijn gezinshereniging staat niet toe dat het aantal huwelijkspartners wordt gelimiteerd. Zonder aanpassing van de Richtlijn is het niet mogelijk om in het nationale beleid voor te schrijven dat men niet bij herhaling een aanvraag zou mogen doen voor gezinsmigratie, of dit nu een huwelijkspartner betreft of een ander gezinslid. De Europese Commissie heeft aangegeven niet bereid te zijn op korte termijn een aanpassing van de Richtlijn in gang te willen zetten.

Dat betekent dat er op dit moment geen mogelijkheden zijn om de herhaalde immigratie van huwelijkspartners te voorkomen in de gevallen dat men aan de overige toelatingsvoorwaarden voldoet.

Wel is het mogelijk om door middel van effectief toezicht te voorkomen dat er in zijn algemeenheid relaties worden aangegaan met het oogmerk op het verschaffen van toelating of om redenen van geldelijk gewin. Graag verwijs ik naar de beantwoording van uw vragen van 8 oktober jl. over de voorwaarde van duurzaamheid van de relatie en het stellen van het huwelijksvereiste waarbij ingegaan werd op de mogelijkheden van verdere intensivering van het bestrijden van schijnhuwelijken en –relaties. Voor herhaalde huwelijksmigratie zou verscherpte handhaving standaard plaats kunnen vinden.

Uit nog niet gepubliceerde tabellen van het CBS met betrekking tot referenten blijkt het volgende. In de afgelopen tien jaar liet in ongeveer 80% van de gevallen een referent voor gezinsmigratie een partner overkomen (naast wellicht nog een ander gezinslid). In de overgrote meerderheid van deze gevallen (namelijk in ruim 90% van deze partnermigratie) liet de referent, zowel die met de Nederlandse nationaliteit als die met een vreemde nationaliteit, slechts één partner naar Nederland overkomen. In tien jaar tijd lieten minder dan ca. 1680 personen, als referent, twee partners overkomen. Meer dan twee partners kwam ca. 60 keren voor in de afgelopen 10 jaar.



> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

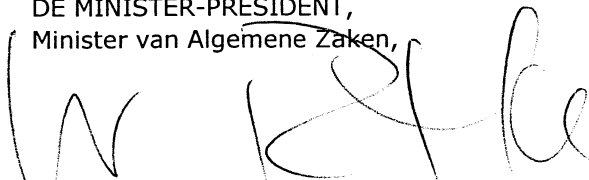
Onze referentie
3116615

Datum 11 oktober 2012
Betreft Beantwoording minister van OCenW

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de minster van Onderwijs Cultuur en Wetenschap, mevrouw Van Bijsterveldt-Vliegenthart, op uw verzoek d.d. 10 oktober 2012 (kenmerk 201200461).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,


Mark Rutte



Ministerie van Onderwijs, Cultuur en
Wetenschap

> Retouradres Postbus 16375 2500 BJ Den Haag

Aan de minister-president
minister van Algemene Zaken
drs. M. Rutte
Binnenhof 19
2513 AA DEN HAAG

Rijnstraat 50
Den Haag
Postbus 16375
2500 BJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon
M. Ait Mallouk

T +31-70-412 3598
m.aitmallouk@minocw.nl
IPC 1300

Uw brief van:
10 oktober 2012

Datum 11 oktober 2012
Betreft antwoorden op gestelde vragen informateurs d.d. 10 oktober 2012

Onze referentie
449604

Geachte heer Rutte,

Bijgaand treft u aan de antwoorden op de vragen aan u gesteld door de informateurs d.d. 10 oktober (kenmerk 201200461).

Met vriendelijke groet,

de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap,

Marja van Bijsterveldt-Vliegenthart

Vraag	<i>Wat is de doelstelling van het programma "Toptechniek in bedrijf" en de stand van zaken bij de uitvoering hiervan?</i>
Antwoord	<u>Doelstelling</u> • Toptechniek in bedrijf is een programma dat streeft naar een toekomstbestendig vmbo en mbo techniek en meer en betere afgestudeerde (vmbo en mbo) technici. Er zijn twee programmalijnen: • <u>Programmalijn 1</u>: het aantrekkelijker maken van vmbo en mbo techniekopleidingen, ten behoeve van een verhoogde instroom en een betere doorstroom van vmbo naar mbo door de ontwikkeling van: I. Vakmanschapsroute: een doorlopende leerlijn vanaf vmbo leerjaar 3 tot en met mbo-niveau 2 en 3; II. De technologieroute: een doorlopende leerlijn vanaf vmbo leerjaar 3 tot en met mbo-niveau 4, gericht op instroom in de topsectoren van Nederland, als aantrekkelijk alternatief voor onder meer het havo. • <u>Programmalijn 2</u>: Centra voor innovatief vakmanschap: het verbeteren van de samenwerking tussen onderwijs en het bedrijfsleven, door middel van publiek-private samenwerking en een nauwe aansluiting van het onderwijs met regionale economische speerpunten (in lijn met topsectoren). <u>Stand van zaken:</u> • Programmalijn 1: In het voorjaar van 2012 dienden samenwerkingsverbanden van bedrijven en scholen hun ideeën in bij de expertcommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van het bedrijfsleven en het (v)mbo. Maximaal zeventien initiatieven van onderwijsinstellingen uit het technische (v)mbo en bedrijven kunnen een toekenning ontvangen. • Programmalijn 2: De aanvragen voor de Centra voor innovatief vakmanschap worden nu beoordeeld. Uitgangspunt is om per topsector een nieuw CIV tot stand te laten komen. Onderdeel van deze aanvraag zijn 6 van 9 topsectoren. In november wordt bekend welke Centra voor Innovatief Vakmanschap in het mbo hiervoor in aanmerking komen.
Financiële consequenties	Financiële middelen voor dit programma zijn reeds ingeboekt. Voor programmalijn 1 geldt dat per regio maximaal € 637.500 toegekend wordt, maximaal 17 regio's ontvangen een toekenning. Maximaal € 10,8 miljoen wordt uitgekeerd in de jaren 2012-2014. Voor Programmalijn 2 geldt dat per CIV maximaal 1,9 miljoen wordt toegekend, maximaal 6 CIV's ontvangen een toekenning. Maximaal € 11,4 miljoen wordt uitgekeerd in de jaren 2012-2016.
Overige consequenties/risico's (Extern, veld, publicitair)	• Het aantal aanmeldingen voor het programma toptechniek in bedrijf laat zien dat er veel behoefte is aan ondersteuning bij het vernieuwen van het techniekonderwijs.

Beschrijving relatie met huidig beleid	• In het 'Actieplan MBO' en de 'Beleidsbrief op weg naar een toekomstbestendig vmbo' zijn nieuwe experimenten met een doorlopende leerlijn aangekondigd. Deze hebben als doel de aantrekkelijkheid van de beroepskolom te vergroten. Bij de opzet van deze experimenten worden eerdere ervaringen met het experiment VM2 gebruikt.
Samenhang met andere onderwerpen die zouden kunnen spelen	• De evaluatie van het VM2-experiment laat zien dat nauwe samenwerking tussen vmbo en mbo ervoor kan zorgen dat het aantal voortijdig schoolverlaters wordt teruggedrongen.

Vraag	<i>Wat is de kortst mogelijke termijn waarbinnen de OV-kaart voor studenten kan worden omgezet in een kortingskaart?</i>
Antwoord	• Gegeven de contractuele opzegtermijn van twee kalenderjaren, kan de huidige OV-studentenkaart op z'n vroegst per 1 januari 2015 worden omgezet in een kortingskaart. Dit vergt tijdige afronding van het wetstraject en opzegging van het contract vóór eind december 2012. Indien het contract na 31 december 2012 wordt opgezegd, is omzetting in een kortingskaart pas mogelijk per 1 januari 2016. • Aangezien het omzetten van de huidige voorziening in een kortingskaart omvangrijke budgettaire consequenties heeft voor de vervoerbedrijven, is het niet reëel om te veronderstellen dat de vervoerbedrijven zullen instemmen met tussentijdse openbreking van het contract.

Vraag	<i>Informeren over de (bedoelde en onbedoelde) effecten van het terugbrengen van het collegegeld van een tweede studie naar het niveau van het wettelijke collegegeld.</i>
Antwoord	- Wanneer het instellingscollegegeld voor tweede studies wordt vervangen door wettelijk collegegeld, dalen de inkomsten van de instellingen. - Daarom zou het afschaffen van het instellingscollegegeld voor tweede studies in ieder geval gepaard moeten gaan met het opnieuw bekostigen van deze studies, met andere woorden met een verhoging van het macrobudget. - Het opnieuw bekostigen van tweede studies kost ten minste ca € 135 mln. - Verwacht wordt dat door een lager collegegeld meer studenten een tweede studie gaan volgen. - Naast het volledig terugdraaien van de maatregel voor tweede studies zijn er ook alternatieven denkbaar. Hieronder wordt daar verder op ingegaan.
Financiële consequenties	De bekostiging voor een studie is gemiddeld € 6.000, dat is exclusief het (wettelijk) collegegeld dat de instellingen van de student ontvangen. Bij het opnieuw bekostigen van tweede studies zouden in totaal 22.203 studenten (niveau 2011) opnieuw moeten worden bekostigd. Dit kost in totaal ten minste ca. € 135 mln. per jaar. De instellingen ontvangen dan € 6.000 aan bekostiging plus € 1.835 aan (wettelijk) collegegeld. Aangezien de instellingen op dit moment echter veelal een hoger collegegeld vragen dan deze ca. € 7.835, dalen de inkomsten van de instellingen met een hoger bedrag dan de ca € 135 mln. Indicatief is dit ca. € 40 mln per jaar.
Uitvoeringsconsequenties	Het afschaffen van het instellingscollegegeld vereist een wijziging van de WHW. De invoering van de bekostiging van tweede studies vergt een wijziging van het UWHW 2008. De maatregel zou op zijn vroegst in het studiejaar 2014/2015 in kunnen gaan.
Beschrijving huidig beleid	- Sinds studiejaar 2011/2012 betalen studenten instellingscollegegeld voor een tweede studie. Vanuit het oogpunt van beperkte overheidsmiddelen is ervoor gekozen de financiële verantwoordelijkheid van de overheid niet verder te laten strekken dan één bekostigde bachelor en één bekostigde master. Het is een investering van de student in zijn of haar toekomst. Het is aan elke instelling om gemotiveerd te bepalen welk instellingscollegegeld zij studenten in rekening brengt (de ondergrens is het wettelijk collegegeld). - Er geldt een uitzondering voor tweede studies in de overheidssectoren onderwijs en gezondheidszorg, als in die sectoren nog geen diploma is behaald. Deze groep betaalt het wettelijk collegegeld en de instellingen ontvangen hiervoor bekostiging. Voor de overige sectoren is het aan de werkgevers in die sectoren om daarin een rol te spelen. - Voor de groep (excellente) studenten die twee studies

	tegelijkertijd volgen, is er een tijdelijke subsidieregeling tweede graden. Deze tijdelijke subsidieregeling regelt dat de tweede graden worden bekostigd, mits de opleiding gestart is tijdens een eerste opleiding en ononderbroken gevolgd is, en waarvan de graad ten minste zes maanden ná een eerste graad behaald is. De subsidieregeling wordt in 2013 geëvalueerd.
Samenhang met andere onderwerpen die zouden kunnen spelen	Het instellingscollegegeld kan nu als scholingskosten worden afgetrokken van de inkomstenbelasting. Als minder studenten het instellingscollegegeld betalen dan is er sprake van een meevaller bij de belastinguitgaven.
Alternatieven voor het volledig terugdraaien van de maatregel tweede studies	In plaats van het volledig terugdraaien van de maatregel tweede studies kan er ook voor gekozen worden de scherpe kantjes van de maatregel af te halen. Dit kan door: - de huidige subsidieregeling voor parallelle tweede studies te verlengen vanaf 2014. De geraamde kosten zijn nu ca. € 7 miljoen per jaar. - Daarnaast kan worden gezien of er nog andere groepen zijn waarvoor een uitzondering zou kunnen worden gemaakt. Dit brengt wel extra kosten met zich mee. - Het collegegeldkrediet kan worden opengesteld voor studenten die een tweede studie volgen of breder voor alle studenten die daar nu nog geen gebruik van kunnen maken (zoals deeltijders en studenten die het instellingscollegegeld betalen). De relevante kosten zijn ca. € 12 mln (oninbare leningen). Echter de staatsschuld loopt door de (niet-relevante) leningen jaarlijks naar schatting op met ca. € 80 mln (cumulatief ongeveer 1 miljard).



Secretariaat Ministerraad
Ministerie van Algemene Zaken

> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

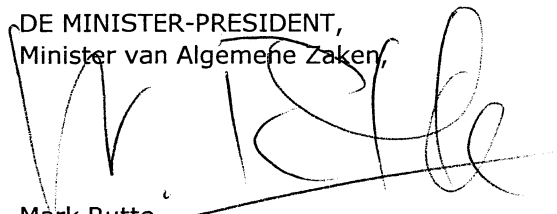
Onze referentie
3116621

Datum 11 oktober 2012
Betreft Beantwoording SZW (201200011)

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de minister van SZW, de heer De Krom, op uw verzoek d.d. 24 september 2012 (kenmerk 201200011).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,


Mark Rutte



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

> Retouradres Postbus 90801 2509 LV Den Haag

Aan de minister-president
Ministerie van Algemene Zaken
Binnenhof 19
2513 AA S GRAVENHAGE



Postbus 90801
2509 LV Den Haag
Anna van Hannoverstraat 4
T 070 333 44 44
F 070 333 40 33
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon

mw. N. de Groot

T 070 333 52 84
NdGroot@minszw.nl

Onze referentie

2012-0000029670

Datum 8 oktober 2012
Betreft Werken lonend maken

Geachte minister-president,

Naar aanleiding van uw verzoek zend ik u, ter doorgeleiding aan de informateurs,
bijgevoegde notitie over maatregelen om werken lonender te maken.

Hoogachtend,
de Staatssecretaris van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid

P. de Krom

Formatiememo marginale druk

1. Voor welke groepen is werken niet – of in onvoldoende mate lonend.
2. Voor welke groepen is meer werken niet/onvoldoende lonend c.q. bruto meer verdienen niet/onvoldoende aantrekkelijk
3. Welke reële opties zijn er om voor deze groep (meer) werken/bruto meer verdienen in voldoende mate lonend/aantrekkelijk te maken
4. Hoe kan dit budgettair neutraal worden gefinancierd.

Antwoord vraag 1: voor welke groepen in werken niet – of in onvoldoende mate lonend

- Alleenstaande ouders in de bijstand: zij gaan er 5% op achteruit wanneer zij vier dagen tegen het minimumloon aan het werk gaan. Deze inkomensachteruitgang wordt voornamelijk veroorzaakt doordat de tegemoetkoming voor de kosten van kinderen veel hoger is voor alleenstaande ouders in de bijstand dan voor werkende alleenstaande ouders. Daarnaast hebben deze ouders te maken met kosten voor kinderopvang.
- Alleenverdieners met kinderen en paren zonder kinderen in de bijstand: deze groepen gaan er slechts 3% op vooruit wanneer zij vanuit de bijstand fulltime aan het werk gaan. Deze lage participatieprikkel wordt veroorzaakt door een relatief hoge bijstandsuitkering ten opzichte van het minimumloon.
- Herintreders met lage inkomens die gaan werken tegen een inkomen op het minimumloon met een partner die ook het minimumloon verdient: Deze herintreder heeft een marginale druk van 79%. Dat betekent dat van het bruto loon van de partner die drie dagen gaat werken 79% op gaat aan belastingen, minder toeslagen en kosten kinderopvang. Deze hoge marginale druk wordt veroorzaakt door de afbouw van regelingen zoals de huurtoeslag en de kosten voor kinderopvang.

Antwoord vraag 2: Voor welke groepen is meer werken niet/onvoldoende lonend c.q. bruto meer verdienen niet/onvoldoende aantrekkelijk

- Uit onderzoek van SZW uit 2010 blijkt dat circa 37% van de werknemers een marginale druk heeft van meer dan 52%. Naast het hoogste belastingtarief van 52% wordt deze hoge marginale druk vooral veroorzaakt door regelingen met een relatief steil afbouwtraject zoals de aanvullende beurs, huurtoeslag, tegemoetkoming in studiekosten en kinderopvangtoeslag. Een marginale druk boven de 60% komt dan ook relatief vaak voor bij personen met een inkomen tussen het wettelijk minimumloon en modaal.
- In de bijlage van dit memo is een uitsplitsing gemaakt van de marginale druk voor werknemers in verschillende huishoudentypes.
- Vooral werknemers die gebruik maken van kinderopvang (alleenstaande ouders, minstverdienende partners) hebben een hoge marginale druk (meer dan 70%). Dit komt omdat de toeslag niet alleen daalt met de hoogte van het inkomen, maar ook vaak voor extra uren betaald moet worden.
- Ook werknemers met een inkomen tussen de 20.000-30.000 euro en een huurwoning hebben een hoge marginale druk. Dat komt door het steile afbouwtraject van de huurtoeslag.

Antwoord vraag 3 en 4: Welke reële opties zijn er om voor deze groep (meer) werken/bruto meer verdienen in voldoende mate lonend/aantrekkelijk te maken. Hoe kan dit budgettair neutraal worden gefinancierd.

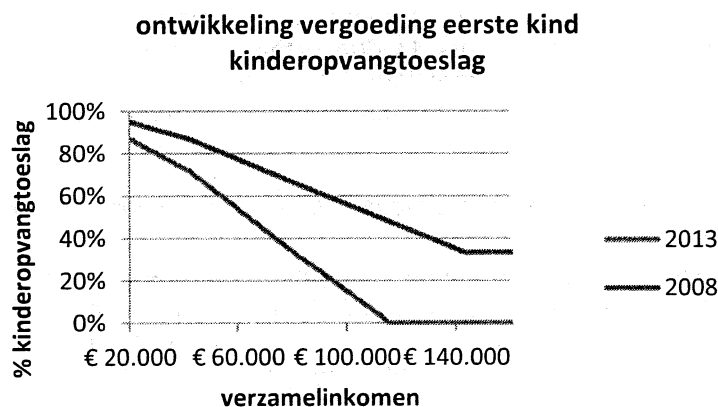
Oplossingsrichtingen werkloosheidval (behorend bij vraag 1)

- Er zijn grofweg twee manieren om ervoor te zorgen dat het financieel aantrekkelijker wordt om te gaan werken vanuit een bijstandsuitkering:
 1. Door het verschil tussen het besteedbaar inkomen van werken tegen het minimumloon en een bijstandsuitkering te vergroten. Dat kan door uitkeringen te ontkoppelen (voor mensen die het minimumloon verdienen verbetert de armoedeval hierdoor niet, omdat de ont koppeling ook het minimumloon raakt) of de algemene heffingskorting te verlagen en de arbeidskorting te verhogen. Ook maatregelen in het gemeentelijk inkomensbeleid kunnen de armoedeval verkleinen (zie formatiememo armoedebelief).
 2. Door regelingen op elkaar af te stemmen, zodat mensen in een uitkering niet méér recht hebben op een bepaalde tegemoetkoming dan werkenden met lage inkomens.

- Ter illustratie kan het probleem dat alleenstaande ouders er op achteruit gaan als zij tegen het minimumloon aan het werk gaan worden opgelost door het verschil in de wijze van inkomensondersteuning voor niet-werkende en werkende alleenstaande ouders weg te nemen. Dat kan door de verschillende regelingen voor alleenstaande ouders af te schaffen en in plaats daarvan het kindgebonden budget voor alleenstaande ouders te verhogen (zie formatiememo kindregelingen).

Oplossingsrichtingen verlagen marginale druk voor werkenden (behorend bij vraag 2)

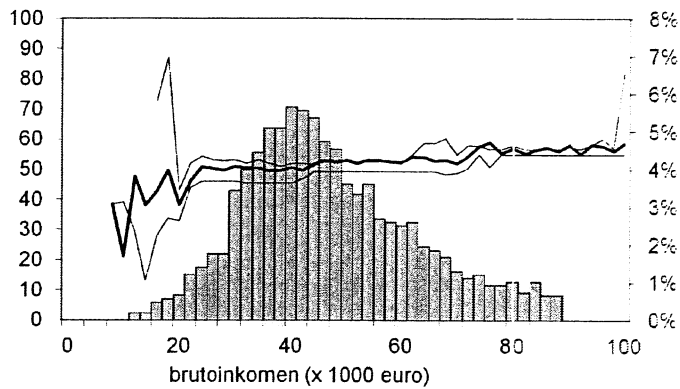
- In tijden van bezuinigingen zijn de mogelijkheden om de marginale druk te verlagen beperkt, als de politieke wens bestaat om groepen met lage inkomens te ontzien. Om lage inkomens te ontzien en een budgettaire besparing te realiseren worden regelingen namelijk sneller afgebouwd. Dat heeft tot gevolg dat de marginale druk voor groepen in het afbouwtraject wordt vergroot. Daarnaast heeft het verlichten van de marginale druk op één punt vaak als gevolg dat de marginale druk op andere plekken toeneemt.
- Dit kan goed worden geïllustreerd door de ontwikkelingen in de kinderopvangtoeslag, zoals gepresenteerd in onderstaande grafiek. Daaruit blijkt duidelijk dat in de verschillende bezuinigingsrondes de laagste inkomens relatief zijn ontzien met als gevolg een steilere afbouw en dus hogere marginale druk voor midden en hoge inkomens.



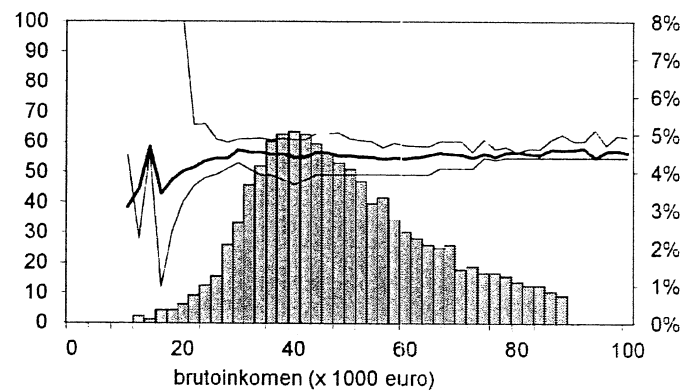
De volgende concrete maatregelen zijn denkbaar om (budgettair neutraal) de marginale druk te verlagen zonder verschuivingen tussen inkomensgroepen:

1. Versnellen afbouw overdraagbaarheid algemene heffingskorting
 - Vanaf 2009 wordt de overdraagbaarheid van de algemene heffingskorting in de fiscaliteit stapsgewijs in 15 jaar afgebouwd. Dat vergroot de prikkel voor de minst verdienende partner om (meer) te gaan werken. Bovendien heeft het vorige kabinet geregeld dat met ingang van 2012 de dubbele algemene heffingskorting in het referentieminimumloon in twintig jaar wordt afgebouwd. Hierdoor wordt werken meer lonend voor alle groepen in de bijstand.
 - Het is mogelijk de afbouw te versnellen naar bijvoorbeeld 10 jaar. Hiermee wordt tevens een budgettaire besparing gerealiseerd.
2. Rechte lijn huurtoeslag:
 - De huurtoeslag kent een harde inkomensgrens. Bij het passeren van deze grens vervalt de toeslag abrupt (inkomensgrens is 22.575 euro voor een alleenstaande jonger dan 65). Om deze inkomensachteruitgang te voorkomen kan de huurtoeslag geleidelijker worden afgebouwd.
 - Voordeel is dat groepen rond de huidige inkomensgrens een lagere marginale druk krijgen, omdat zij niet in één keer hun recht op huurtoeslag verliezen. Nadeel is dat de al zeer steile afbouw van de huurtoeslag, nog steiler wordt, om dit budgettair neutraal te financieren. Dat verhoogt de marginale druk. Dit probleem kan worden opgelost door de huurtoeslag voor alle inkomens te verlagen. Dit geeft echter negatieve inkomenseffecten voor de laagste inkomens.

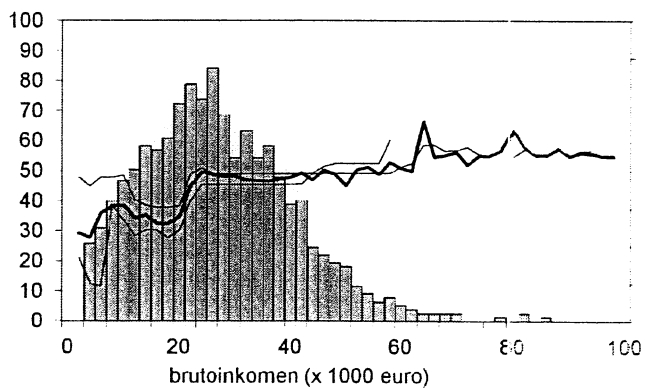
Meestverdiener zonder kinderen (aantal hh=1,0 mln)



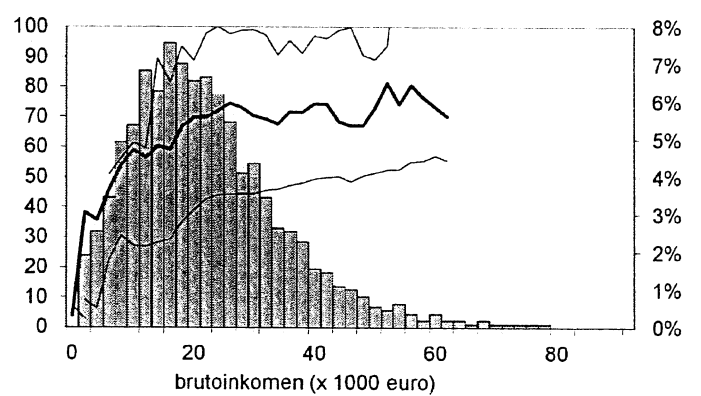
Meestverdiener met kinderen (aantal hh=1,1 mln)



Minstverdiener zonder kinderen (q=0,9 mln)



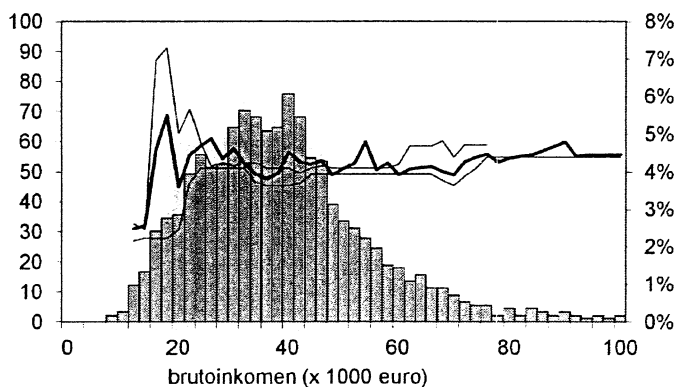
Minstverdiener met kinderen (q=1,0 mln)



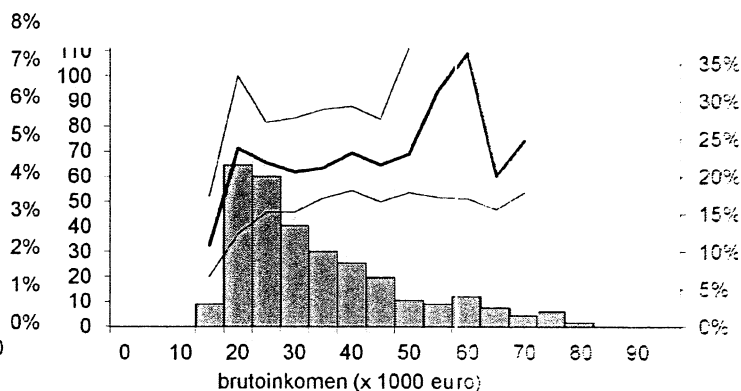
Bijlage: marginale druk voor werknemers

- Onderstaande figuren presenteren de marginale druk bij een inkomensstijging van 3%. Bij de groepen 'alleenstaande met kinderen' en 'minstverdienende partner met kinderen' is, om rekening te houden met de kosten van kinderopvang, gerekend met de marginale druk wanneer er een extra dag wordt gewerkt (en er een extra dag kinderopvang wordt opgenomen).
- Aan de linker verticale as staat het percentage marginale druk. Dat correspondeert met de drie lijnen in de figuren.
- De dikke lijn geeft de gemiddelde marginale druk weer voor het inkomen van het huishoudtype. In de figuren zijn tevens dunne lijnen weergegeven die het 25^e percentiel (onderste lijn) en het 75^e percentiel (bovenste lijn) weergegeven. De percentiel lijnen geven een indicatie van de spreiding in de marginale druk. Tussen de twee dunne lijnen bevindt zich 75% van de werknemers in de totale groep.
- Aan de rechter verticale as staat het percentage van het aantal huishoudens (hh), dat in een bepaalde inkomensklasse zit. Deze rechteras correspondeert met de staven in de figuren. Wanneer bijvoorbeeld de staaf bij een inkomen van 40.000, gemeten op de rechteras uitkomt op 6%, betekent dat 6% van het totaal aantal huishoudens van deze groep zich in deze inkomensklasse bevindt.

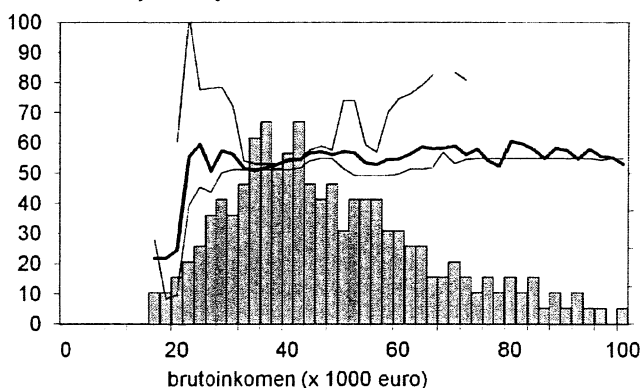
Alleenstaande zonder kinderen (aantal hh=1,2 mln)



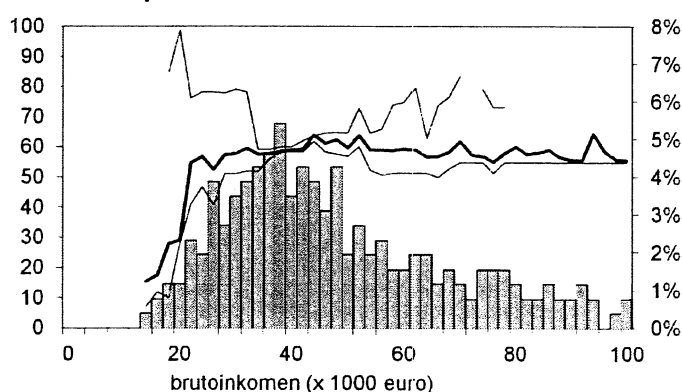
**Alleenstaande met kinderen (aantal hh=0,2 mln)
gemeten bij dag extra werken, incl. kosten kinderopvang**



Alleenverdiener zonder kinderen (aantal hh=0,3 mln)



Alleenverdiener met kinderen (aantal hh=0,3 mln)



3. Schuif van kinderbijslag naar kinderopvangtoeslag en kindgebonden budget.
 - Een belangrijke oorzaak voor de hoge marginale druk voor mensen met kinderen wordt veroorzaakt door de steile afbouw van de kinderopvangtoeslag.
 - Door extra geld toe te voegen aan het budget voor de kinderopvangtoeslag kan deze minder steil worden afgebouwd. Dat kan worden gefinancierd uit de kinderbijslag. Om lage inkomens die geen gebruik maken van formele kinderopvang te ontzien kan het kindgebonden budget worden verhoogd.
 - De schuif van kinderbijslag naar kinderopvangtoeslag heeft als voordeel dat de marginale druk van jonge moeders wordt verlaagd. Volgens CPB onderzoek is dit een groep die relatief sterk reageert op financiële prikkels om (meer) te gaan werken.
4. Grondslagversmallers afschaffen en tarieven verlagen.
 - Specifieke aftrekposten voor bijvoorbeeld de eigen woning, giften, scholingskosten, zelfstandigen, etc, versmallen de belastinggrondslag. Deze regelingen stimuleren bepaald gedrag (bijvoorbeeld giftenaftrek het doen van giften). Door deze aftrekposten af te schaffen en de opbrengst te gebruiken voor lagere tarieven of een hogere arbeidskorting verbetert de marginale druk zonder verschillen in de inkomensverdeling.



Secretariaat Ministerraad
Ministerie van Algemene Zaken

> Retouradres Postbus 20001 2500 EA Den Haag

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Kabinet Minister-President

Binnenhof 19
2513 AA Den Haag
Postbus 20001
2500 EA Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Onze referentie
3116622

Datum 11 oktober 2012
Betreft Beantwoording ElenI (201200211)

Geachte heren Kamp en Bos,

Bijgaand treft u aan de beantwoording van de staatssecretaris van ElenI, de heer Bleker, op uw verzoek d.d. 1 oktober 2012 (kenmerk 201200211).

DE MINISTER-PRESIDENT,
Minister van Algemene Zaken,

Mark Rutte



STAATSSCRETARIS
MINISTERIE VAN ECONOMISCHE ZAKEN, LANDBOUW EN INNOVATIE

De heer drs. M. Rutte
Minister van Algemene Zaken
Binnenhof 19
2513 AA 's-GRAVENHAGE

Den Haag, **10 OKT. 2012**

Beste Mark,

Hierbij treft u de beantwoording aan van de drie vragen die de informateurs, via u, aan mij gesteld hebben met hun brief van 01 oktober 2012, kenmerk 201200211.

De antwoorden op de drie vragen treft u aan in de bijlage.

dr. Henk Bleker



Bijlage 1:

Vraag 1:

De verhouding tussen het voorstel tot wijziging van de wet inrichting landelijk gebied waarover de Raad van State advies heeft uitgebracht en de mogelijkheid tot oormerking voor natuurbeheer van het bedrag van 200 miljoen op dit terrein dat onderdeel vormt van het begrotingsakkoord.

Antwoord:

Het voorstel tot wijziging van de wet inrichting landelijk gebied (WILG) regelt de wettelijke verankering van de decentralisatie van het natuurbeleid naar de provincies en is noodzakelijk voor het definitief maken van de bezuinigingen op natuur van het kabinet VVD-CDA.

De 200 miljoen uit het begrotingsakkoord wordt ingezet ten behoeve van het (herstel)beheer van de natuur, het op orde brengen van de waterhuishouding (vernatting) van de natuurgebieden en het gericht ontwikkelen van robuuste natuurgebieden.

Deze middelen zijn meerjarig noodzakelijk om te voldoen aan de Europese eisen van de Vogel- en Habitatrichtlijn (Natura 2000 gebieden) en voor het mogelijk maken van ontwikkeling van bedrijven (bijv. 2e Maasvlakte, kolencentrale Eemshaven, agrarische bedrijven) en infrastructuur (Programmatie Aanpak Stikstof).

Daarnaast zijn deze middelen noodzakelijk om de moeizame decentralisatie succesvol te kunnen afronden. De WILG biedt de ruimte om, anders dan in het begrotingsakkoord waar de uitvoering vooral bij het rijk is gelegd, deze middelen te besteden conform de decentralisatieafspraken tussen rijk en provincies. Het planbureau voor de leefomgeving onderschrijft de noodzaak.

Vraag 2:

De gevolgen (impactanalyse) van een heffing op het gebruik van stikstof in het kader van PAS?

Antwoord:

Een heffing op het gebruik van stikstof zal een beperkt matigend effect op de productie en emissie van stikstof hebben bovenop het reeds op vermindering gerichte beleid. Introductie van een dergelijke heffing zal bestuurlijke processen rond het nieuwe mestbeleid en vormgeving van de PAS vertragen voor tenminste één jaar. Herstelbeheer en herstel van hydrologie in het kader van de PAS zullen onverminderd uitgevoerd moeten worden. De opbrengsten van de heffing zouden hiervoor aangewend kunnen worden, deze opbrengsten zijn niet voor 2016 te verwachten. De benodigde wettelijke grondslag voor een dergelijke heffing kan namelijk op zijn vroegst in 2014/2015 gereed zijn.

Deze bestemmingsheffing lijkt Europees rechtelijk niet tot bezwaren te leiden. Uitvoeringstechnisch lijken dieraantallen het beste aangrijpingspunt, dat is makkelijker en minder fraudegevoelig dan productiewaarden. Dit is niet in lijn met het thans in de TK voorliggende wetsvoorstel om dierrechten af te schaffen. Een dergelijk systeem houdt bovendien onvoldoende rekening met innovatie van stalsystemen, mestverwerking of andere technieken die leiden tot geringere emissies. Dit vereist derhalve meer differentiatie in de uitvoeringsregels en kan leiden tot een ingewikkeld uitvoeringscomplex.

Overigens dragen ook industrie en verkeer bij aan de stikstofemissies, een heffing zou dan ook op die sectoren van toepassing moeten zijn.

**Vraag 3:**

De mogelijkheden van een herverkaveling van de grondeigendom van natuurbeheerorganisaties ter realisering van een doelmatiger natuurbeheer waarbij tevens de mogelijkheid van privatisering wordt betrokken.

Antwoord:

Dertien van de veertien natuurbeheerorganisaties, namelijk Natuurmonumenten en de 12 Landschappen, zijn private instellingen. Hun grondbezit kan niet door een overheid worden vervreemd. Hun bezit is vaak verkregen door schenkingen en legaten. Doelmatigheidswinst door ruil van gronden kan alleen op basis van vrijwilligheid en zal beperkt zijn doordat grond veelal op een logische positie ligt. Door het hanteren van een invloedssferenkaart is reeds sprake van grote beheereenheden.

Privatisering van Staatsbosbeheer betekent de verkoop van Rijksgrond. Deze grond staat borg voor het realiseren van onze internationale verplichtingen (Natura 2000). Op het moment dat de Staat zich terugtrekt als eigenaar van SBB heeft zij minder sturing op realisering internationale doelen. En dat is nu al moeilijk genoeg. Het is nu niet het moment om dat te doen.

Meer private betrokkenheid/ burgerparticipatie bij het bezit van SBB is goed denkbaar, bijvoorbeeld door een andere positionering van SBB. Gezien het bovenstaande vraagt dit om een zorgvuldig proces.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Brieven aan de (in)formateur(s)
p/a Tweede Kamer
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

CZ-3135281

Bijlagen

2

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

Datum **10 OKT. 2012**
Betreft Aanbieding rapport commissie inkomens medisch specialisten

Geachte informateurs,

Ik heb de onafhankelijke commissie inkomens medisch specialisten, onder voorzitterschap van prof. dr. P.L. (Pauline) Meurs, gevraagd om uitvoering te geven aan de in het begrotingsakkoord afgesproken inventarisatie van beleidsopties om de inkomens van Nederlandse medisch specialisten meer in lijn te brengen met hun collega's in andere landen. Daarnaast heb ik een extern onderzoeksbureau, te weten SEO Economisch Onderzoek, opdracht gegeven een internationaal vergelijkende analyse te doen naar de relatieve inkomenspositie van Nederlandse medisch specialisten.

Ik bied u het advies van de commissie inkomens medisch specialisten en de uitgevoerde inkomensanalyse hierbij aan.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,


mr. drs. E.I. Schippers



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Brieven aan de (in)formateur(s)
p/a Tweede Kamer
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

CZ-3135281

Bijlagen

2

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

Datum **10 OKT. 2012**
Betreft Aanbieding rapport commissie inkomens medisch specialisten

Geachte informateurs,

Ik heb de onafhankelijke commissie inkomens medisch specialisten, onder voorzitterschap van prof. dr. P.L. (Pauline) Meurs, gevraagd om uitvoering te geven aan de in het begrotingsakkoord afgesproken inventarisatie van beleidsopties om de inkomens van Nederlandse medisch specialisten meer in lijn te brengen met hun collega's in andere landen. Daarnaast heb ik een extern onderzoeksbureau, te weten SEO Economisch Onderzoek, opdracht gegeven een internationaal vergelijkende analyse te doen naar de relatieve inkomenspositie van Nederlandse medisch specialisten.

Ik bied u het advies van de commissie inkomens medisch specialisten en de uitgevoerde inkomensanalyse hierbij aan.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,


mr. drs. E.I. Schippers

Remuneration of medical specialists

seo economic research

Amsterdam, 4 October 2012
Commissioned by the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport

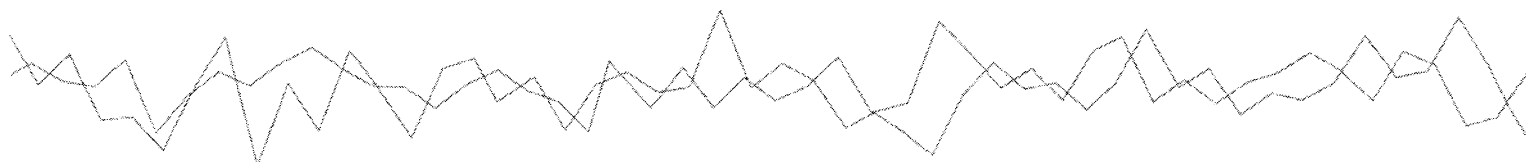
Remuneration of medical specialists

An international comparison

Lucy Kok
Marloes Lammers
Caren Tempelman

With the cooperation of:

Hans Bénard (Kema van den Berk praktijkadviseurs)
Seán Boyle (London School of Economics)
Isabelle Durand-Zaleski (Unité de Recherche Clinique de Économie de
la Santé d' Ile-de-France: URC-ECO)
Paul Guillaume (Belgian Healthcare Knowledge Centre: KCE).
Mareike Heimeshoff (Hamburg Center for Health Economics)
Christian Jervelund (Copenhagen Economics)



seo economie research

REMUNERATION OF MEDICAL SPECIALISTS

SEO Economic Research carries out independent applied economic research on behalf of the government and the private sector. The research of SEO contributes importantly to the decision-making processes of its clients. SEO Economic Research is connected with the Universiteit van Amsterdam, which provides the organization with invaluable insight into the newest scientific methods. Operating on a not-for-profit basis, SEO continually invests in the intellectual capital of its staff by encouraging active career planning, publication of scientific work, and participation in scientific networks and in international conferences.

SEO-report nr. 2012-77

ISBN 978-90-6733-618-5

Copyright © 2009 SEO Economic Research, Amsterdam. All rights reserved. Permission is hereby granted for third parties to use the information from this report in articles and other publications, with the provision that the source is clearly and fully reported.

Table of contents

Summary	i
Samenvatting.....	v
1 Introduction.....	1
2 Income differences between countries.....	3
2.1 OECD definition.....	3
2.2 Payment systems.....	3
2.3 Self-employed specialists: Dutch doctors earn the highest incomes	4
2.4 Salaried specialists: English doctors earn the most.....	7
2.5 All medical specialists: differences are less pronounced.....	10
3 Income differences within countries	11
3.1 Self-employed medical specialists earn more than salaried	11
3.2 Income of self-employed specialists differs by specialism	14
3.3 Income salaried specialist differs per function	15
3.4 Summary	15
4 Explanations for differences in income between countries	17
4.1 Healthcare utilisation and waiting lists.....	17
4.2 Numbers and characteristics of medical specialists.....	18
4.3 Differences in payment systems	21
4.4 Production by physicians in training.....	21
4.5 Differences in education	21
4.6 Differences in roles of GPs	22
4.7 Conclusions	22
References	25
Appendix A Adjustment OECD figures.....	27
Appendix B Sources	35
Appendix C Taxes and premiums in the Netherlands.....	41

Summary

The Ministry of Health, Welfare and Sport in the Netherlands wants to know how the incomes of medical specialists in the Netherlands compare with those of medical specialists in other European countries. To answer this question, the incomes of Dutch medical specialists were compared with those of their colleagues in five neighbouring countries that made recent OECD figures on the remuneration of medical specialists available: Belgium, Denmark, France, Germany and the United Kingdom (UK).

According to the OECD, the incomes of self-employed medical specialists in the Netherlands are among the highest in the world. A comparison based on the OECD figures is not reliable, however, as gross income measurements differ extensively by country. For this study, 2009 OECD figures were taken as a starting point and corrected for differences in measurement. These corrections were based on information and additional data provided by experts of renowned research institutes in the countries under investigation.

For the Netherlands, 2009 was a special year, because of the introduction of a new payment system. Therefore, an additional estimation has been made of the income of Dutch doctors in 2012.

Differences between countries

Payment systems

In four of the six countries under investigation (i.e. Denmark, England, France and Germany), all medical specialists working within hospitals are salaried. In Denmark and England, few medical specialists are self-employed (6% and 4%, respectively). They have a private practice outside the hospital. In Germany and France, a large number of medical specialists have a private practice outside the hospital (41% and 51% respectively).

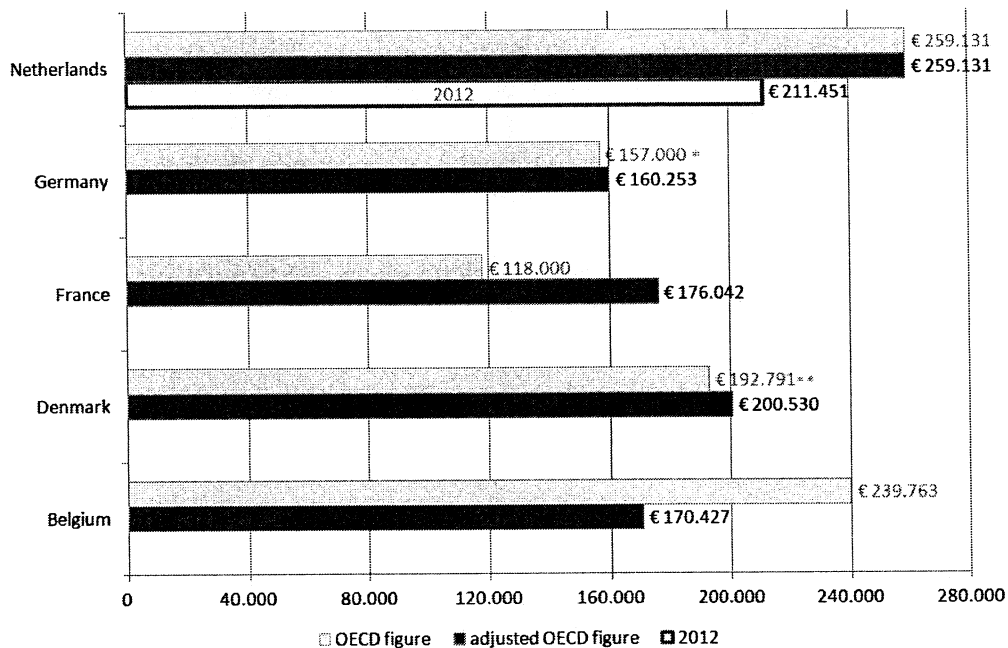
In the Netherlands and Belgium, a large number of medical specialists are self-employed, but, as opposed to the other countries, they are self-employed while they are working within the hospital. In Belgium, it is common to work as a self-employed medical specialist in the hospital. In the Netherlands, there is a mix of self-employed and salaried doctors in the hospital. In both countries, all medical specialists in academic hospitals are salaried. On the whole, 74% and 43% of medical specialists in Belgium and the Netherlands, respectively, are self-employed.

The difference between salaried and self-employed doctors is not clear. In England, around 50% of the salaried doctors also work in a private practice. In Belgium, 7% of medical specialists are both salaried and self-employed; in the Netherlands, this is 19%. They are included in the figures of salaried specialists. In France, self-employed doctors working outside the hospital also often work one day a week (on a salary) in the hospital.

Self-employed specialists

The figures for self-employed specialists deviate in various ways from the OECD definition. The French figure refers to net income, instead of gross income. In Belgium and France, income from extra billing above the regulated fees is excluded. In France, some self-employed specialists are also salaried; these salaries are not included in the income figures of the OECD. On the other hand, OECD figures for Belgium still include practice costs, whereas these are excluded in all other countries. Figure S.1 illustrates the OECD figures, as well as the figures corrected for the mentioned deviations from the OECD definition. For England, there are no figures on the income of the few doctors that only work in private hospitals.

Figure S.1 Gross income of self-employed specialists, per person per year, in 2009 Euros



*2007 **2008

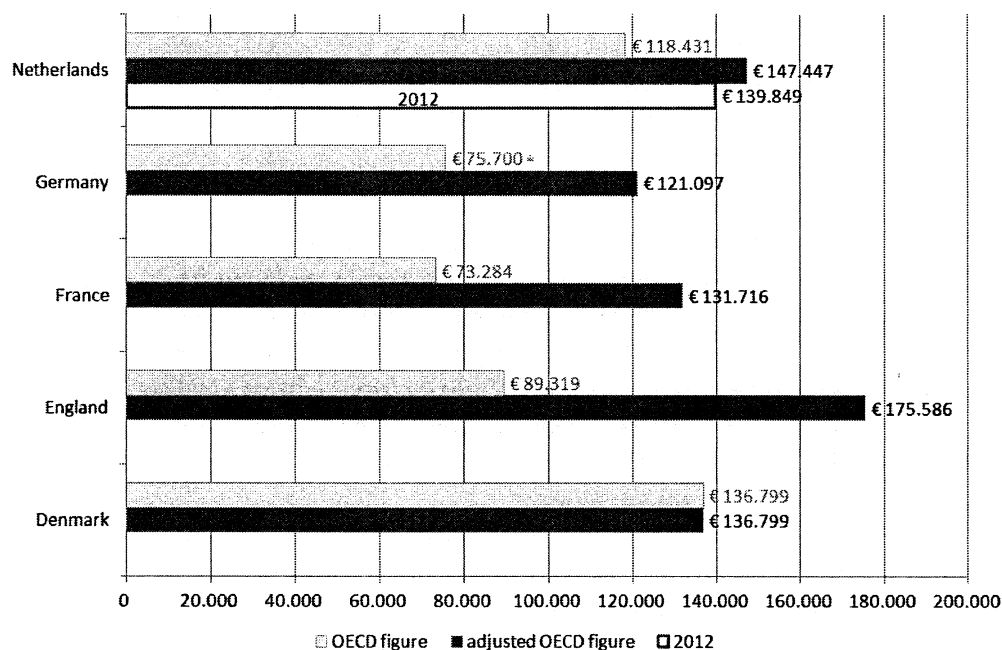
Figure S.1 illustrates that in 2009, Dutch doctors earn more than their colleagues in Germany, France, Denmark and Belgium. This is the case before and after the adjustment for deviations from the OECD definition. The income of the French doctors is adjusted upwards, from net to gross income, including extra billing and extra income from salaried work in hospitals. The income of the Belgian specialists is adjusted downwards by excluding practice costs and upwards by including extra billing.

For the Dutch, 2009 was a special year for self-employed doctors. Their income increased rapidly in 2008 and 2009 because of a change in the payment system. The government decreased the DRG-rates in 2010 and 2011 and introduced a revenue ceiling (a maximum budget) in 2012 to contain costs. The income of medical specialists in 2012 is estimated at around €211,500. As incomes in other countries will have risen from 2009 onwards, the income differences with the other countries will have narrowed.

Salaried specialists

For salaried specialists, the OECD figures for England and Germany include physicians in training. Therefore, the figures for these countries are underestimated. France and Germany include the salaries of GPs (General Practitioners) in their numbers. Moreover, the numbers for French specialists are net income instead of gross, also resulting in an underestimation. On top of this, England, Germany and the Netherlands do not include income from private practice. Figure S.2 presents the OECD figures and the figures adjusted for the mentioned deviations from the OECD definition. For Belgium, there is no figures about the gross income of salaried medical specialists.

Figure S.2 Gross income salaried specialists, per full time equivalent per year, in 2009 Euros



*2006

Figure S.2 shows that the Danish and the Dutch salaried specialists earn much more than specialists in Germany, France and England, according to the OECD figures. Excluding specialists in training (England and Germany) and GPs (Germany), including taxes (France) and extra income from private practice (England, Germany and the Netherlands), it was determined that the English salaried specialists have the highest income. The reason for this is that they top up their salaries with income from work in the private sector.

The income of Dutch doctors will decrease to around €140,000 in 2012, because salaried doctors that also work in a private practice were confronted with a revenue ceiling for self-employed doctors in 2012.

Strong correlation between gross income and the number of doctors

There is a strong correlation between gross income (averaged over self-employed and salaried doctors) in countries and the number of doctors. More specifically, the more doctors there are,

the lower is their income. English and Dutch doctors earn more than the doctors in the other countries in the study. In England, there are 0.91 medical specialists per 1,000 inhabitants; in the Netherlands, it is 0.98. In Germany and Denmark, the countries with the lowest incomes for medical specialists, there are 2.4 and 2.3 medical specialists, respectively, per 1,000 inhabitants. Higher productivity explains part of the correlation. Doctors in the Netherlands work more hours than their colleagues in Denmark and are also most likely to be more productive per hour, because they are self-employed more often. German doctors work as many hours as Dutch doctors. They are also just as productive per hour as the Dutch doctors; however, they earn substantially less. Another explanation might be that a low number of doctors leads to a high negotiation power, and therefore, higher prices and associated incomes.

Other factors, such as the composition of the workforce, the gate keeping role of GPs, if the production of the physicians in training accrues to the hospital or the medical specialist, and differences in education, do not seem to have a significant influence on the earnings of medical specialists.

Differences within countries

Large differences in income exist between doctors within countries.

- Self-employed doctors earn more than salaried doctors. In the Netherlands, in 2009, self-employed doctors earned, on average, 1.8 times the average gross income of a (primarily) salaried doctor. If self-employed doctors pay more taxes and premiums than salaried doctors the differences in net income are smaller. In the Netherlands, self-employed doctors pay more premiums for disability insurance and old age pensions, but less taxes than salaried doctors. On the whole, the burden of taxes and premiums is about the same for self-employed and salaried doctors with the same gross income.
- Within the group of self-employed doctors, income differs with specialism. Radiologists and anaesthesiologists are the highest earners in most countries, while psychiatrists and paediatrics usually earn least. In France, a radiologist earns 3.5 times as much as a psychiatrist.
- Within the group of salaried doctors, income differs with the hierarchical level. Doctors on the highest level in Germany earn 3.1 times the income of doctors on the lowest level. In addition, large differences exist between salaried doctors that are also self-employed and those that only have an income from salary. In England, a medical specialist that also works in private practice earns 1.9 times the income of a doctor not working in the private sector.

Samenvatting

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in Nederland wil weten hoe de inkomens van Nederlandse medisch specialisten zich verhouden tot die van hun collega's in andere Europese landen. Om hierin inzicht te krijgen heeft SEO Economisch Onderzoek de inkomens van Nederlandse medisch specialisten vergeleken met die van hun collega's in vijf buurlanden waarvoor recente OESO cijfers beschikbaar waren: België, Denemarken, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

Volgens de OESO behoren de inkomens van Nederlandse vrijgevestigde medisch specialisten tot de hoogste ter wereld. De vergelijking op basis van de OESO-cijfers is echter niet betrouwbaar omdat de manier waarop het bruto-inkomen wordt gemeten in deze landen verschilt. Dit onderzoek neemt de OESO-cijfers als uitgangspunt en corrigeert vervolgens voor verschillen in de definities. De correcties zijn gemaakt op basis van informatie en aanvullende data geleverd door experts van gerenommeerde onderzoeksinstituten in de onderzochte landen.

Voor Nederland was 2009 een bijzonder jaar. Daarom is voor Nederland ook een schatting gemaakt van het inkomen van medisch specialisten in 2012.

Verschillen tussen landen

Bekostigingssystemen

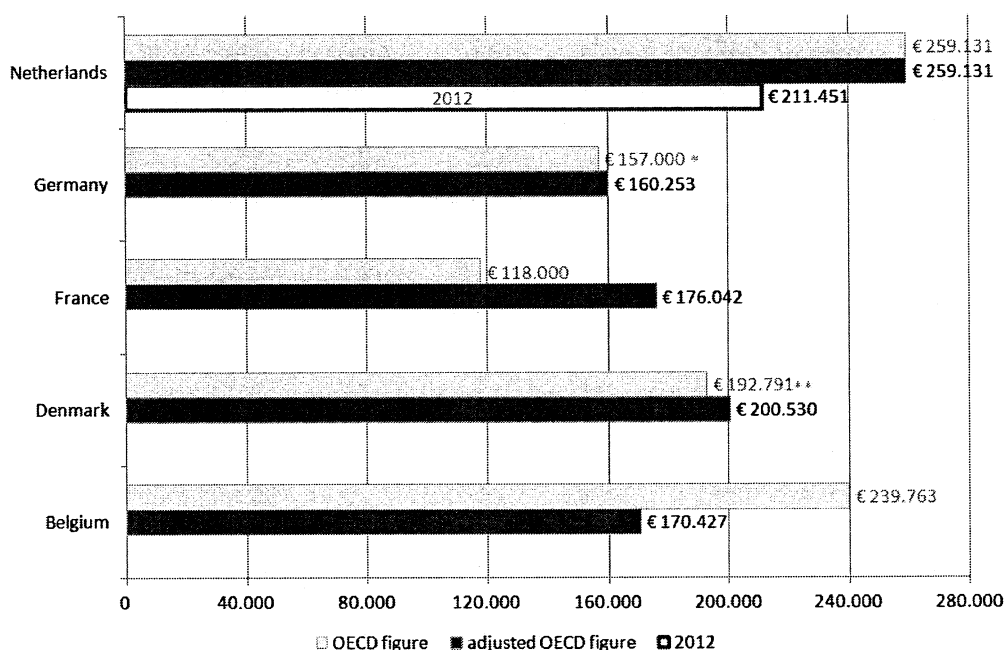
In vier van de zes landen (Denemarken, Engeland, Frankrijk en Duitsland) zijn alle specialisten die in een ziekenhuis werken in loondienst. In Denemarken en Engeland is slechts een klein deel van de medisch specialisten vrijgevestigd (respectievelijk 6% en 4%). Zij hebben een eigen praktijk buiten het ziekenhuis. In Duitsland en Frankrijk heeft een groot deel van de medisch specialisten een eigen praktijk buiten het ziekenhuis (respectievelijk 41% en 51%). Ook in Nederland en België is een groot deel van de medisch specialisten vrijgevestigd, maar, in tegenstelling tot de andere landen, werken zij vaak in het ziekenhuis. In België is het gebruikelijk om als vrijgevestigd medisch specialist in het ziekenhuis te werken. Nederland kent een mix van vrijgevestigden en artsen in loondienst in het ziekenhuis. In beide landen zijn de medisch specialisten in academische ziekenhuizen in loondienst. In totaal is 74% van de Belgische en 43% van de Nederlandse artsen vrijgevestigd.

Er is vaak overlap tussen loondienst en vrije vestiging. Zo heeft in Engeland ongeveer 50% van de artsen in loondienst ook een eigen praktijk. In België is 7% van de medisch specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd en in Nederland gaat het hier om 19% van de medisch specialisten. De inkomens van deze artsen zijn meegeteld bij de cijfers voor specialisten in loondienst. In Frankrijk werken vrijgevestigde artsen ook vaak één dag per week (in loondienst) in het ziekenhuis.

Medisch specialisten in vrije vestiging

De cijfers voor vrijgevestigde specialisten wijken op verschillende manieren af van de OESO-definitie. Het Franse inkomen betreft netto- in plaats van bruto-inkomen en in België en Frankrijk zijn de extra opbrengsten uit declaraties met tarieven boven de gereguleerde tarieven niet meegenomen. Daarnaast is in Frankrijk een aantal vrijgevestigde specialisten ook in loondienst. Deze salarissen zijn niet meegeteld in de inkomenscijfers van de OESO. Aan de andere kant zitten de praktijkkosten nog in het OESO-cijfer voor België, terwijl deze in de andere landen niet zijn meegenomen. Figuur S.1 geeft de bruto-inkomens van vrijgevestigde specialisten zowel op basis van de oorspronkelijke OESO-cijfers als de cijfers gecorrigeerd voor bovenstaande afwijkingen. Voor Engeland zijn er geen cijfers over de inkomsten van het kleine aantal artsen dat alleen in private ziekenhuizen werkt.

Figuur S.1 Bruto inkomen vrijgevestigde specialisten, per persoon per jaar, in 2009 euro's



*2007 **2008

Figuur S.1 laat zien dat, zowel voor als na correctie voor afwijkingen van de OESO-definitie, de Nederlandse artsen in 2009 meer verdienden dan hun collega's in Duitsland, Frankrijk, Denemarken en België. De inkomsten van de Franse artsen zijn naar boven bijgesteld, van netto- naar bruto-inkomen, inclusief aanvullende declaraties en extra inkomsten uit arbeid in loondienst. Het inkomen van Belgische specialisten is naar beneden bijgesteld door aftrek van de praktijkkosten en naar boven vanwege de aanvullende declaraties. Hun uiteindelijke aangepaste inkomen is lager dan het OESO-cijfer.

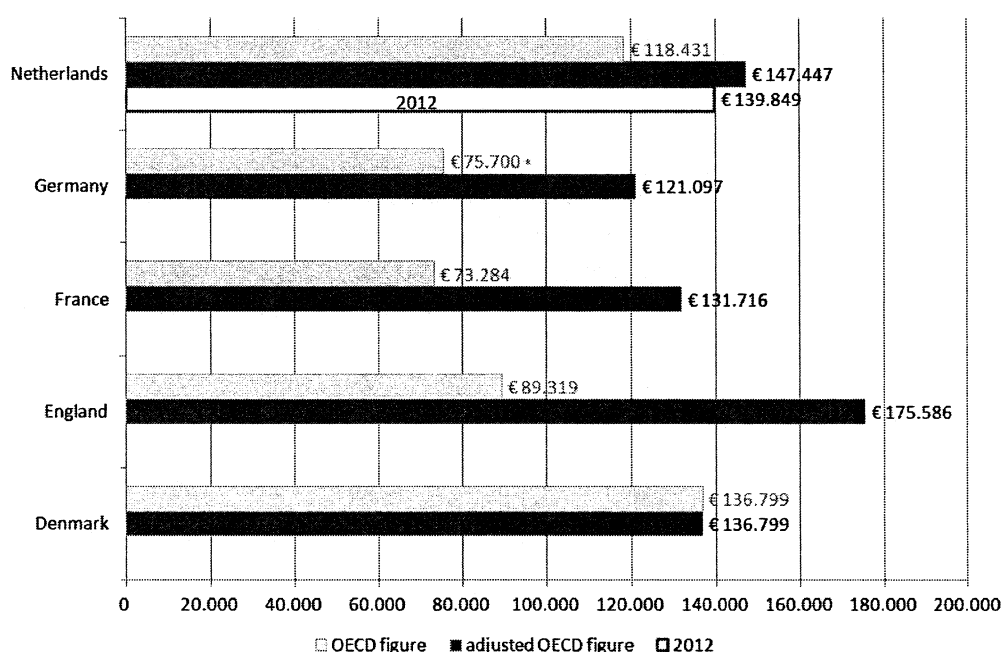
Voor Nederlandse artsen was 2009 een bijzonder jaar. Hun inkomen steeg in de jaren 2008 en 2009 sterk als gevolg van een verandering in het bekostigingssysteem. In 2010 en 2011 zijn de DBC-tarieven verlaagd en in 2012 is een omzetplafond ingesteld om de kosten te beheersen. Het inkomen van medisch specialisten in 2012 is naar schatting ongeveer € 211.500. Omdat de

inkomens in de andere landen vanaf 2009 waarschijnlijk zijn gestegen, zullen de inkomensverschillen tussen Nederlandse en buitenlandse specialisten kleiner zijn geworden.

Medisch specialisten in loondienst

De OESO-cijfers voor Engelse en Duitse artsen in loondienst bevatten ook artsen in opleiding. De inkomens van medisch specialisten in deze landen worden daarom onderschat. De cijfers voor Frankrijk en Duitsland bevatten ook de inkomens van huisartsen, die vaak minder verdienen dan medisch specialisten. De inkomens voor Franse specialisten zijn bovendien netto- in plaats van bruto-inkomen, wat ook een onderschatting geeft. Daarnaast zijn de inkomsten uit private werkzaamheden in Engeland, Duitsland en Nederland niet meegenomen. Figuur S.2 toont de oorspronkelijke OESO-cijfers en de cijfers gecorrigeerd voor bovenstaande afwijkingen van de OESO-definitie. Voor België zijn er geen cijfers over het bruto-inkomen van medisch specialisten in loondienst.

Figuur S.2 Bruto inkomen specialisten in loondienst, per fte per jaar, in 2009



*2006

Figuur S.2 laat zien dat op basis van de oorspronkelijke OESO-cijfers Deense en Nederlandse specialisten in loondienst veel meer verdienen dan specialisten in Duitsland, Frankrijk en Engeland. Als specialisten in opleiding (Engeland en Duitsland) en huisartsen (Duitsland) niet meegenomen worden en belastingen (Frankrijk) en extra inkomsten uit de eigen praktijk (Engeland, Duitsland en Nederland) wel, dan blijkt dat Engelse specialisten het hoogste inkomen hebben. Dit komt omdat zij hun salarissen aanvullen met werk in de particuliere sector.

De Nederlandse specialisten in loondienst die deels als vrijgevestigde werken zijn in 2012 ook geconfronteerd met het omzetplafond voor vrijgevestigde specialisten. Hun inkomen zal als gevolg van deze maatregel zijn gedaald tot naar schatting € 140.000.

Sterke samenhang tussen bruto-inkomen en het aantal artsen

Er is een sterke samenhang tussen de bruto-inkomsten (gemiddeld over vrijgevestigden en artsen in loondienst) en het aantal artsen: hoe meer artsen, hoe lager het inkomen. De Engelse en Nederlandse artsen verdienen meer dan de artsen in de andere onderzochte landen. In Engeland zijn er 0,91 medisch specialisten per 1.000 inwoners, en in Nederland 0,98. In Duitsland en Denemarken, de landen met de laagste inkomens, zijn er respectievelijk 2,4 en 2,3 medisch specialisten per 1.000 inwoners. Een hogere productiviteit verklaart een deel van deze samenhang. Artsen in Nederland werken meer uren dan hun collega's in Denemarken en zijn waarschijnlijk ook productiever per uur omdat ze vaker vrijgevestigd zijn. De Duitse artsen werken echter net zoveel uren en zijn vermoedelijk net zo productief per uur als de Nederlandse artsen, maar verdienen veel minder. Een andere verklaring kan zijn dat artsen meer onderhandelingsmacht hebben in landen waar relatief weinig artsen zijn. Dit leidt tot hogere tarieven en hogere inkomens.

Andere factoren zoals de verdeling naar leeftijd en geslacht van specialisten, de poortwachterrol van de huisarts en verschillen in de opleiding lijken weinig invloed te hebben op het inkomen van medisch specialisten.

Verschillen binnen landen

Er zijn grote verschillen in inkomen tussen artsen binnen landen.

- Vrijgevestigde artsen verdienen meer dan artsen in loondienst. In Nederland was het bruto inkomen van vrijgevestigden in 2009 gemiddeld 1,8 keer meer dan het bruto inkomen van een arts die (voornamelijk) in loondienst was. Als vrijgevestigde specialisten meer belasting en premies betalen dan specialisten in loondienst dan zijn de verschillen in netto inkomens kleiner dan de verschillen in bruto inkomens. In Nederland is er weinig verschil in het bruto-netto traject tussen vrijgevestigden en specialisten in loondienst: vrijgevestigde artsen betalen meer premies maar minder belasting dan specialisten in loondienst.
- Binnen de groep vrijgevestigden verschilt het inkomen sterk tussen verschillende specialismen. Radiologen en anesthesisten zijn in de meeste landen degenen met het hoogste inkomen, terwijl kinderartsen en psychiaters juist het minst verdienen. In Frankrijk verdient een radioloog gemiddeld 3,5 keer zoveel als een psychiater.
- Binnen de groep van artsen in loondienst verschilt het inkomen met het hiërarchische niveau. In Duitsland verdienen artsen op het hoogste niveau gemiddeld 3,1 keer zoveel als artsen op het laagste niveau. Daarnaast zijn er ook grote verschillen tussen artsen die alleen in loondienst werken en artsen die ook deels als vrijgevestigde werken. In Engeland verdient een medisch specialist die ook in een eigen praktijk werkt 1,9 keer zoveel als een arts die alleen in loondienst werkt.

1 Introduction

The Ministry of Health, Welfare and Sport in the Netherlands wants to know how the incomes of medical specialists in the Netherlands compare to those of their colleagues in other European countries. To answer this question, the incomes of Dutch medical specialists are compared with those of their colleagues in five neighbouring countries: Belgium, Denmark, France, Germany and the UK.

To compare the incomes of medical specialists, the figures the OECD publishes about the gross income of medical specialists in 2009 are taken as a starting point. These figures, however, are measured in different ways and do not always represent total gross income. In addition, for salaried medical specialists, extra income from a private practice is not always included. For self-employed medical specialists, the figures sometimes refer to revenue instead of income. To correct for these differences, information has been gathered by national researchers in the countries under study. Subsequently, the OECD figures are adjusted to make them comparable.

The next chapter compares the incomes of medical specialists between countries. It presents the OECD figures and the adjusted figures. Information is also provided about working hours and the difference between gross and net income, to place the income differences in perspective. Chapter 3 describes the income differences within countries. Chapter 4 tries to explain the differences in income of the medical specialists between countries.

2 Income differences between countries

2.1 OECD definition

The OECD gathers data from OECD-countries on the remuneration of medical specialists. Medical specialists are defined as physicians who have specialised and work in areas other than general practice. Physicians in training should be excluded from the medical specialists category. In addition, the figures on remuneration should refer to the average *gross* annual income.

The medical specialist income figures should include:

- The value of any social contributions, (income) taxes etc., payable by the employee
- All gratuities, bonuses, overtime compensation and ‘thirteenth month payments’
- Any supplementary income

And should exclude:

- For salaried medical specialists: social contributions payable by the employer
- For self-employed medical specialists: practice expenses
- Any physicians who are still in training to become a specialist
- Physicians who have specialised in general practice (GP)

The actual figures provided by the various countries depend on availability. Therefore, they often deviate from this OECD definition.

The next section describes the main features of the payment systems of medical specialists in the six countries. Section 2.3 provides the OECD figures and the adjusted figures for self-employed medical specialists and Section 2.4 does the same for salaried medical specialists. Section 2.5 summarises. Appendix A contains a detailed description of the adjustment procedure.

As the OECD figures for the UK refer only to England, all figures are only reported for England.

2.2 Payment systems

In four of the six countries under investigation (i.e. Denmark, England, France and Germany), all medical specialists working within hospitals are salaried. In Denmark and England, few medical specialists are self-employed (6% and 4%, respectively). They have a private practice outside the hospital. In Germany and France, a large number of medical specialists have a private practice outside the hospital (41% and 51% respectively).

In the Netherlands and Belgium, a large number of medical specialists are self-employed, but, as opposed to the other countries, they are self-employed while they are working within the hospital. In Belgium, it is common to work as a self-employed medical specialist in the hospital. In the Netherlands, there is a mix of self-employed and salaried doctors in the hospital. In both

countries, all medical specialists in academic hospitals are salaried. On the whole, 74% and 43% of medical specialists in Belgium and the Netherlands, respectively, are self-employed.

Self-employed medical specialists are paid fee for service. The service can be a Diagnosis Related Group (DRG), but can also be an activity (e.g. a visit or an operation).

The difference between salaried and self-employed doctors is not clear-cut. In England, around 50% of the salaried doctors also work in a private practice. In Belgium, 7% of medical specialists are both salaried and self-employed; in the Netherlands, this is 19%. As they work more than half time on a salary, they are included in the figures of salaried specialists. In France, self-employed doctors working outside the hospital also often work one day a week (on a salary) in the hospital to remain in contact with their colleagues.

Table 2.1 Payment systems and number of medical specialists in 2009

	Primarily salaried	Primarily self-employed	Total number of medical specialists
Netherlands	57%*	43%	16,210
Germany	59%	41%	187,825
France	49%	51%****	108,061*****
England	96%**	4%	47,008
Denmark	94%	6%	13,190
Belgium	26%***	74%	18,852

* including 19% of doctors which have income from both salary and fee for service

** including around 50%-60% of doctors which have income from both salary and fee for service

*** including 7% of doctors which have income from both salary and fee for service

**** including 11% of doctors which have income from both salary and fee for service

***** 2011

Sources: See Appendix B

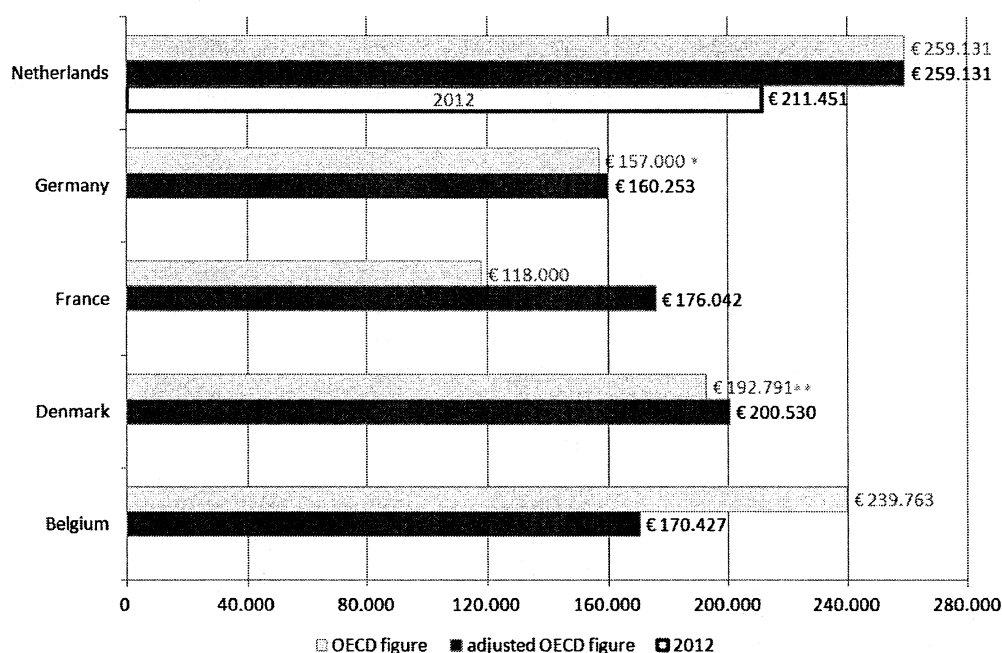
2.3 Self-employed specialists: Dutch doctors earn the highest incomes

The figures for self-employed specialists deviate in various ways from the OECD definition. The French figure, once again, refers to net income instead of gross. In Belgium and France, extra billing is excluded. For Belgium, this means that supplemental income (e.g. for sleeping in a single room instead of a shared room) are excluded. In France, medical specialists in the so called "secteur 2" can set their own fees.¹ The part of the fee above the standard fee, which is not reimbursed by health insurance, is not included in the income figure. On the other hand, OECD figures for Belgium still include practice costs, whereas these are excluded in all other countries. In France, some self-employed specialists are also salaried. These salaries are not included in the income figures of the OECD.² Figure 2.1 shows the OECD figures as well as the figures corrected for the mentioned deviations from the OECD definition. For England, there are no figures on the income of the few doctors that only work in private hospitals.

¹ Secteur 1 doctors apply the official rates negotiated with the social security system. Secteur 2 doctors, have signed an agreement with the national health insurance system but are free to set their own rates

² <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/343.html>

Figure 2.1 Gross income of self-employed medical specialists, per person per year, in 2009
Euros



*2007 **2008

Sources: OECD 2012, calculations SEO Economic Research. See Appendix A for details.

Figure 2.1 illustrates that, before and after the adjustment for deviations from the OECD definition, Dutch doctors in 2009 earned more than their colleagues in Germany, France, Denmark and Belgium. The income of the French doctors is adjusted upwards, from net to gross income, including extra billing in 'secteur 2' and extra income from salaried work in hospitals. The income of the Belgian specialists is adjusted downwards by excluding practice costs and upwards by including extra billing.

For Dutch doctors, 2009 was a special year. Their income increased rapidly in 2008 and 2009, because of a change in the payment system. In 2007, they received a lump sum payment, independent of production. In 2008, performance pay was introduced; they received a payment dependent on the production of DRGs (in fact, the Dutch equivalent: DBCs: Diagnose Behandel Combinaties). Their income rose from €186,999 in 2006 and €205,059 in 2007 to €235,105 in 2008 and €259,131 in 2009. Errors in the DRG-rates, and more registered production, led to the rise in income. The government decreased the DRG-rates in 2010 and 2011 and introduced a revenue ceiling (a maximum budget) in 2012 to contain costs. The income of medical specialists in 2012 is estimated at approximately €211,500 (See Box 2.1).

Box 2.1 Estimation income for self-employed medical specialists in the Netherlands in 2012

Total revenue for self-employed medical specialists working in hospitals in the Netherlands was €2,239 billion in 2009. The revenue ceiling in 2012 is set on €1,939. This is a reduction of 13.4%³. The decreased income is 86.6% (100-13.4%) of the income in 2009. As the number of self-employed specialists rises, the decrease in total revenue is bigger: the smaller budget has to be divided by more doctors. The number of self employed specialists rose on average with 2% in the period 2006-2010, see Table below. Not all self-employed specialists fall under the revenue ceiling. It is assumed that the growth rate of the number of specialists under the revenue ceiling is equal to the growth rate of specialist not under the revenue ceiling.

	2006	2007	2008	2009	2010	Average growth rate 2006-2010
number						
Salaried	5,310	5,615	5,910	6,210	6,765	
Self-employed	6,650	6,705	6,885	6,985	7,200	
Both salaried and self-empl.	2,930	2,925	2,895	3,015	3,040	
Total	14,890	15,245	15,690	16,210	17,005	
Growth rate						
Salaried		1.06	1.05	1.05	1.09	1.06
Self-employed		1.01	1.03	1.01	1.03	1.02
Both salaried and self-empl.		1.00	0.99	1.04	1.01	1.01
Total		1.02	1.03	1.03	1.05	1.03

Source: Statistics Netherlands

If the number of specialists increases by 2% per year in the period of 2009-2012, this will lead to 6.12% more doctors in 2012 compared to 2009. The increase in doctors will lead to an extra decrease in income: 5.76% (1/1,0612). An extra decrease of 5.76% of 86.6% of the income in 2009 leads to an income of 81.6% of the original income. The total decrease is: 100%-81.6%=18.4%. It is assumed that practice costs are a fixed percentage of revenue. A total decrease of 18.4% of the income of €259,131 leads to an estimated income in 2012 of €211,451.

As incomes in other countries will have risen from 2009 onwards, the income differences with the other countries will have narrowed down. It is likely that the gross income of the Danish self-employed doctor will come close to the gross income of the other Dutch doctors. However, this is a very small group in Denmark. Moreover, the prices in Denmark are higher than in the Netherlands.

Table 2.2 shows that, when corrected for purchasing power, Danish doctors earn less than the doctors in other countries. However, Dutch doctors still have the highest income, even when taking into account the decrease in income of the Dutch doctors in 2012. Dutch doctors in 2009 earned 6.5 times the average wage in the Netherlands. This is far more than in other countries. Taking into account the decrease in income in 2012, the Dutch doctors (5.3 times the average wage) and the French doctors (5.4 times the average wage) earn approximately the same.

³ Source: NZa 2011. The figure of €2,215 billion in this document (p.66) was based on figures from nearly all hospitals (see p. 68). After receiving information from the missing hospitals this figure is adjusted to €2,239 billion, according to the NZa (Dutch Healthcare Authority). The revenue ceiling is not equal to the total budget for all medical specialists (BKZ), see NZa 2011 p.68 and the Appendix in the same document, p. 46.

Table 2.2 Dutch self-employed doctors earn the highest income in 2009

	Gross income of self-employed specialists, per FTE per year, in PPP 2009 Euros	Self-employed gross income times average wage, 2009
Netherlands	259,131 (211,500 in 2012)	6.5 (5.3 in 2012)
Germany	167,540	5.0
France	170,474	5.4
Denmark	159,280	4.0
Belgium	166,751	4.4

PPP=purchasing power parity. The Netherlands =100

Source: figure 2.1 and stat.oecd.org

Do Dutch doctors work more hours for their higher income? The table below illustrates that this is the case. Danish doctors, on the other hand, earn less and also work less hours a week. German doctors work more than French doctors, but earn less. Thus, there is not a one to one relationship between hours worked and income.

Table 2.3 Working hours of primarily self-employed medical specialists: Dutch doctors work the most hours

	Year	
Netherlands	2001 ⁴	55
Germany	2010	52
France	2012	50
Denmark	2008	43
Belgium	2009	48

Sources: See Appendix B. Comparability is limited, due to differences in measurement.

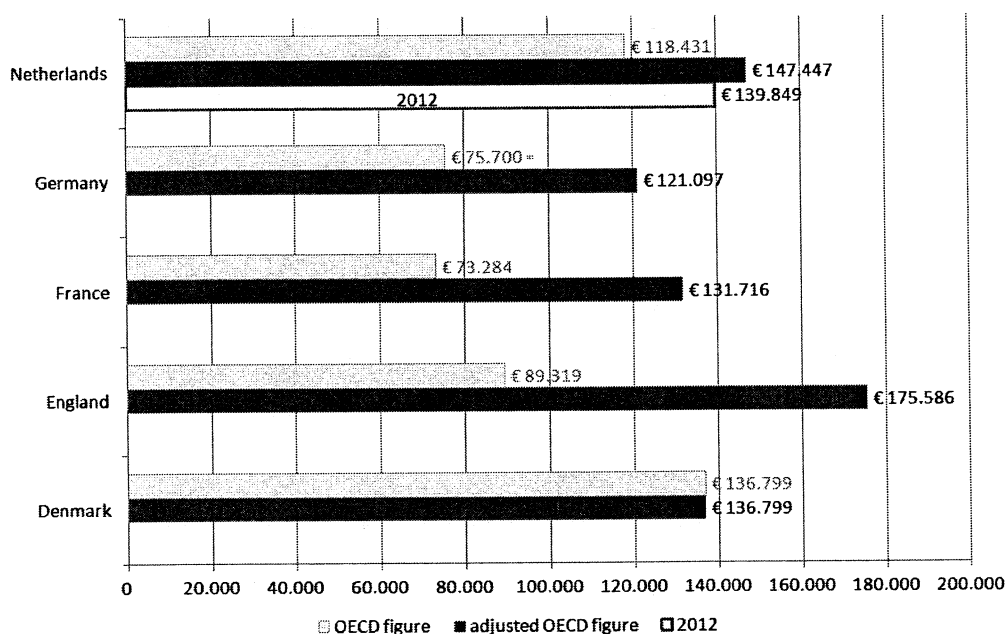
2.4 Salaried specialists: English doctors earn the most

For salaried specialists, the OECD figures for England and Germany include physicians in training (foundation/registrars and Ärzte, respectively). Therefore, the figures for these countries are underestimated. France and Germany's values include the salaries of GPs⁵. Moreover, the numbers for French specialists are net income figures instead of gross, also resulting in an underestimation. On top of this, England, Germany and the Netherlands do not include income from private practice. Figure 2.2 presents the OECD figures and the figures adjusted for the mentioned deviations from the OECD definition. For Belgium, there are no figures about the gross income of salaried medical specialists.

⁴ A survey in 2010 among doctors confirms the results from the survey in 2001. The median work hours in small hospitals is 50; in large hospitals, it is over 50 (Lagendijk, 2010).

⁵ OECD documentation (OECD, 2012) reports that for salaried physicians in Denmark, there is no distinction made between GP's and salaried specialists. However, this remark is irrelevant, since Danish GP's are never salaried and are therefore not included in the Danish income figure for salaried specialists.

Figure 2.2 Gross income salaried specialists, per full time equivalent per year, in 2009 Euros



*2006

Sources: OECD 2012, calculations SEO Economic Research. See Appendix A for details.

Figure 2.2 shows that, according to the OECD, the figures for the Danish and Dutch salaried specialists earn much more than specialists in Germany, France and England. By excluding specialists in training (England and Germany) and GPs (Germany) and including taxes (France) and extra income from private practice (England, Germany and the Netherlands), however, the English salaried specialists are found to have the highest income. This is because they top up their salaries with income from work in the private sector.

In the Netherlands Salaried doctors also working in private practice were confronted in 2012 with the revenue ceiling for self-employed doctors. This will have led to a decrease in income, with around €7,500 per year to €140,000 per year, averaged over all salaried doctors. In this figure, the wage increases from 2009-2012 have not been taken into account.

Do English doctors work more hours for their higher income? The table below shows that English doctors work more hours a week than the Dutch, French and Danish doctors. But the German doctors work more hours than English doctors and earn substantially less. The English doctors work 46 hours in the public NHS hospitals and 5 hours in private practice. However, 31% of their income comes from private practice.

Table 2.4 Working hours of primarily salaried full time medical specialists: German doctors work the most

	Year	Contractual hours	Actual hours worked
Netherlands	2001 ⁶	40-48	47
Germany	2010	40-42	55
France	2012	35	40
England	2006	40	51
Denmark	2008	37	44

Sources: See Appendix B. Comparability is limited due to differences in measurements.

Between countries, there are large differences in the standard of living. Denmark has, on average, a higher price level and higher average wages. Corrected for the purchasing power per Euro in the countries under study, Danish doctors earn less than the doctors in other countries (See Table 2.5). The Danish doctors earn 2.7 times the average wage, which is also less than in other countries. The English doctors earn the most, when salaries are corrected for purchasing power parity and compared with the average wage in the country.

Table 2.5 English salaried doctors earn 5.2 times the average wage in England

	Gross income salaried specialists, per FTE per year, in PPP 2009 Euros	Salaried gross income times average wage, 2009
Netherlands	147,447	3.7
Germany	126,604	3.8
France	127,550	4.0
England	201,331	5.2
Denmark	108,659	2.7

PPP=purchasing power parity. The Netherlands =100

FTE=Full time equivalent

Source: Figure 2.2 and stat.oecd.org

Large differences in the amount of taxes and premiums might cause differences in net income. Taxes and premiums for social insurance (including unemployment, sickness and disability insurance, but excluding pension contributions) together amount to about 37% in England, 40-44% in Belgium, France, and the Netherlands and 52% in Denmark. However, high tax rates also reflect more public facilities. If tax rates are high, this may reduce the need for private spending on, for instance, pensions and healthcare. They might also reflect higher future income (e.g. during unemployment periods) and a higher quality of life. Therefore, to compare the wealth of medical specialists across countries, it is better to compare gross income.

⁶ A survey in 2010 among doctors indicates that in 2010, the working hours of salaried medical specialists may be higher. The median work hours in non-academic hospitals is 45; in academic hospitals, it is more than 50 (Lagendijk 2010). As more than half of the salaried doctors work in academic hospitals, the average number of hours worked is probably higher than 47.

2.5 All medical specialists: differences are less pronounced

To compare incomes between countries, the income averaged over self-employed and salaried workers is calculated. The comparison of the incomes of primarily salaried doctors is hindered by the fact that there are a lot of doctors which combine a salaried position with working in private practice as self-employed. Therefore, salaried doctors are not quite comparable between countries; the same holds for self-employed doctors.

Table 2.6 illustrates the results. For Belgium, there were no figures available for salaried doctors. An estimated guess was that the difference between salaried and self-employed doctors in Belgium would be more or less the same as, on average, in Denmark, Germany and France. The Netherlands is excluded, because it is an outlier. This leads to an estimated gross income of salaried doctors in Belgium of €123,691.

Table 2.6 Average income in Euros per year

	Salaried	Self-employed	% salaried	Average
Belgium	(123,691)*	170,427	26	158,276
Denmark	136,799	200,530	94	140,623
England	175,586	n.a.	96	175,586
France	131,716	176,042	49	154,322
Germany	121,097	160,253	59	137,151
Netherlands	147,447 (139,849 in 2012)**	259,131 (211,451 in 2012)**	57	195,471 (170,638 in 2012)**

* The average fraction of the salaried income divided by the self-employed income of medical specialists in Denmark, France and Germany multiplied by the income of self-employed medical specialists in Belgium.

** Estimation

Source: See Figures 2.1 and 2.2

Comparing the incomes of all doctors shows that differences in income are less pronounced than when comparing only salaried or only self-employed doctors. The Dutch doctors are still the ones with the highest income, due to the high incomes of the self-employed doctors. Taking into account the decrease in income, with 18.4% from 2009, the average income of doctors in the Netherlands will decrease to €170,000, which is a bit lower than the English doctors.

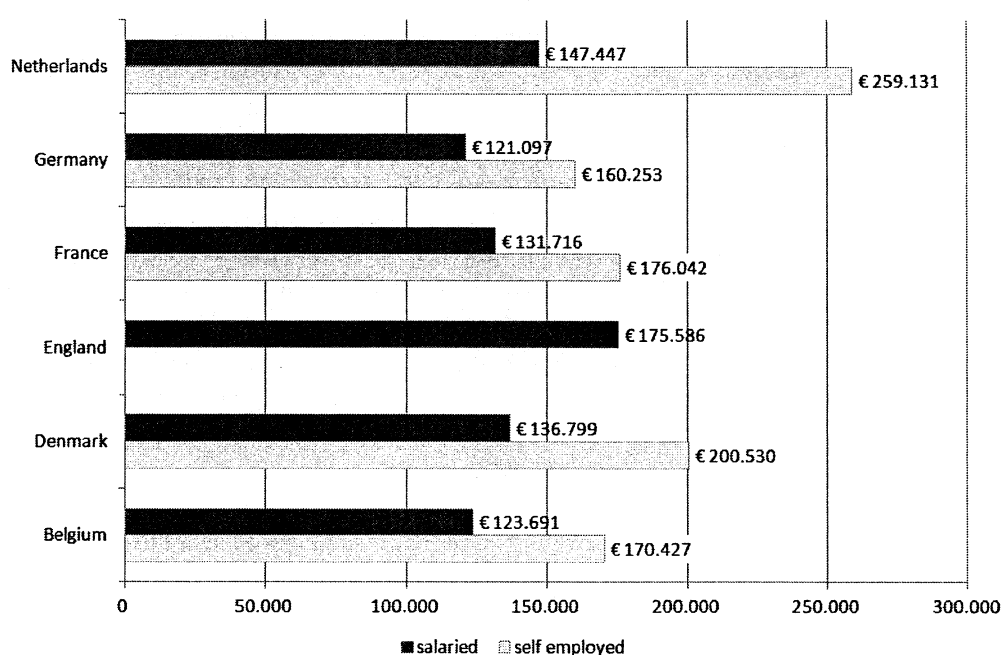
In all countries, self-employed medical specialists earn more than their salaried colleagues. Does this mean that in countries where more doctors are self-employed the average income is higher? The comparison illustrates that incomes are not systematically higher if a higher percentage of doctors is self-employed. The English doctors even earn more than doctors in most other countries, while the majority is salaried. However, a large part of the salaried doctors also work in a private practice; thus, they are partly self-employed. The Danish doctors, on the other hand, earn less than doctors in most other countries and are also almost all salaried. The proportion of salaried doctors in Germany and the Netherlands is about the same, but the Dutch doctors earn substantially more than the German doctors.

3 Income differences within countries

3.1 Self-employed medical specialists earn more than salaried

Comparing the gross incomes of salaried medical specialists with self-employed medical specialists within countries reveals that in all countries under study self-employed doctors earn more than salaried doctors (Figure 3.1).

Figure 3.1 Gross income of salaried and self-employed medical specialists, in 2009 Euros per year



In Germany, France and Denmark, self-employed doctors earn around 30% to 40% more than salaried doctors. In the Netherlands, self-employed doctors earned 76% more than their primarily salaried colleagues. Taking into account the income decrease in 2012 of self-employed doctors, and salaried doctors working also in a private practice, the income differences decrease to 50% (€211,451/€139,849, see Table 2.6).

Differences in working hours

A difference in working hours explains some of the differences between self-employed and salaried medical specialists. In France, self-employed doctors work around 20% more hours per week than salaried doctors. This explains more than half of the differences in gross income. In Germany and Denmark, self-employed medical specialists seem to work about the same number of hours as their salaried colleagues.

Table 3.1 Working hours per week

	Year	Primarily salaried	Primarily self-employed
Netherlands	2001	47	55
Germany	2010	55	52
France	2012	40	50
England	2006	51	
Denmark	2008	44	43
Belgium	2009		48

Source: See Appendix B. Comparability is limited, due to differences in measurement. The figure for primarily salaried doctors in the Netherlands is probably underestimated, see Footnote 6.

Self-employed medical specialists produce more services per hour

Self-employed medical specialists work on a fee for service basis. Hence, they have a strong incentive to increase the number of services per hour (and decrease the time per service), whereas salaried medical specialists do not have this incentive. In empirical research, it is systematically found that doctors working on a fee for service basis are more productive than their salaried colleagues (Barro & Beaulieu, 2003). The differences stem from two causes. Not only does a fee for service payment system stimulate production, it also attracts more productive persons. So doctors who think of themselves as highly efficient and productive want to be rewarded for their higher production, and therefore, choose a fee for service position. Moreover, the fee for service payment schedule in and of itself induces higher productivity. If the payment system of salaried doctors is changed into a fee for service scheme, they become more productive (Barro & Beaulieu, 2003). The other way around is also the case: if the payment schedule of the self-employed is changed from fee for service to fixed payment (lump sum), then productivity decreases. If a revenue ceiling is introduced, they will not produce fewer services per hour, but will work fewer hours in order to increase their leisure time.

Differences in taxes and premiums: In the Netherlands on balance small differences

Differences between self-employed and salaried doctors may stem from differences in taxes and premiums. For the Netherlands, a comparison is made between the taxes and premiums of self-employed and salaried specialists with the same net income. On balance these differences appear to be small. In the Netherlands, salaried doctors do not pay a contribution for unemployment and disability insurance. Moreover, in non-academic hospitals, they pay only half of the premium for their old age pension; in academic hospitals, they pay even less (30%). The other part is paid by the hospital. Self-employed doctors have to pay themselves for disability insurance and old age pensions, leading to substantially higher costs. They also have costs due to the goodwill they paid for their practice.⁷ On the other hand, self-employed doctors are entitled to tax benefits leading to a lower tax burden than salaried doctors. On balance self-employed doctors pay a little more taxes and premiums than salaried doctors with the same gross income. Table 3.2 illustrates this for a salaried doctor in the highest pay scale and a self-employed doctor with the same net income.⁸

⁷ The goodwill is the sum self-employed medical specialists in the Netherlands pay to buy a private practice.

⁸ The highest pay scale in non academic hospitals is € 10,565 gross per month. Including 15%, inconvenience pay and 8% holiday pay this amounts to € 158,000

Table 3.2 Taxes and premiums for salaried and self-employed doctors in the Netherlands in 2012 are about the same (Euros per year)

	Salaried	Self-employed
Gross revenue		193,400
Collective practice costs		-15,500
Individual practice costs		-12,000
Gross income	158,000	165,900
Pensions	-18,074	-34,300
Disability insurance		-10,500
Loss of interest goodwill		-2,625
Taxes and premiums	-66,125	-44,669
Net income	73,801	73,806

Source: calculations Hans Bénard (Kema van den Berk praktijkadviseurs). See Appendix C for details.

Table 3.2 also shows that in order to earn a net income of €73,806, a self-employed doctor needs a gross revenue of €193,400. Self-employed doctors pay collectively (the partnership of self-employed doctors) around 8% of their gross revenue to the hospital (€15,500 per doctor) to compensate the hospital for the practice costs of the partnership (such as the wage costs of the secretary). Individually, doctors pay around €12,000 practice costs, such as costs for conferences, professional literature, accounting and insurance. Thus, a gross revenue of €193,400 leads to a gross income of €165,900 and a net income of €73,806. On the other hand, for salaried doctors, the costs for the hospital are higher than the gross wage. The hospital pays several premiums on top of the gross wage, such as a part of the pension premium (€18,074), employer premiums for unemployment and disability (€4,500), the premium for health care insurance (€4,170) and other expenses like the costs of conferences (€5,500). So, in total, the hospital pays €32,670 on top of the gross wage. The total costs of a salaried doctor for the hospital amounts to €190,244 (€158,000+€32,244). The total costs of a salaried doctor can be compared with the net revenue of a self-employed doctor. The collective practice costs are paid by the self-employed doctors to the hospital for costs like the secretary. Salaried doctors also use the services of the secretary. The net revenue of a self-employed doctor is €177,900 (€193,400-€15,500). This is lower than the total wage costs for salaried doctors with the same net income (€190,244).

The calculations in Table 3.2 are based on medical specialists with the same net income. As the gross income of self-employed medical specialists is substantially higher than the income of salaried doctors, their net income is also substantially higher. In Table 3.3, the net incomes of self-employed and salaried doctors are calculated based on the estimated gross income for 2012. For salaried doctors, the net income is calculated based on the income of doctors that do not have any income from a private practice. In 2009, they earned a gross income of €118,000 per year (See Figure 2.2). Including a wage indexation of 3% per year, this will amount to a gross salary of €129,000 in 2012. The following table illustrates that a self-employed doctor earns a net income of about 50% more than a salaried doctor without extra income from a private practice.

Table 3.3 Net income for salaried and self-employed doctors in the Netherlands in 2012 (Euros per year)

	Salaried*	Self-employed
Gross revenue		243,000
Collective practice costs		-19,500
Individual practice costs		-12,000
Gross income	129,000	211,500
Pensions	-14,507	-43,300
Disability insurance		-14,000
Loss of interest goodwill		-3,173
Taxes and premiums	-52,900	-59,597
Net income	61,594	91,430

* Excluding salaried doctors that also work in a private practice

Source: calculations Hans Bénard (Kema van den Berk praktijkadviseurs). See Appendix C for details.

3.2 Income of self-employed specialists differs by specialism

The income of medical specialists differs between countries and between specialties. In general, psychiatry and paediatrics are among the lowest earning specialties. Anaesthesiologists and radiologists receive a much higher pay. Surgeons are usually also among the higher paid specialists, and in Denmark, they even earn more than anaesthesiologists. High earning specialties make about 2-3 times as much money as the lowest earning specialties in most countries. An exception is France, where radiologists earn 3.5 times the salary of psychiatrists. In Belgium and France, the difference between specialties with a lot of patient contact (psychiatry, paediatrics, internal medicine) and technical specialties, such as radiology and surgery, is striking. One explanation offered by van den Oever (2008) is that fees were never thoroughly revised. Since technical developments decreased time spent on medical acts, the income of specialists that perform a lot of technical procedures increased in comparison to other doctors.

Table 3.4 Self-employed radiologists are top earners. Gross income of self-employed medical specialists in 2009.

	Psychiatry	Paediatrics	General surgery	Anaesthesiology	Radiology
Belgium	€172,943	€177,474	€233,224	€276,456	€334,632
Denmark	€156,932	€177,977	€246,613	€210,788	n.a.
France*	€62,080	€71,060	€130,060	€187,300	€217,070
Germany	€122,486	€127,590	€142,900	n.a.	€233,744
Netherlands	€ 129,000	n.a.	n.a.	€353,000	€421,000

* Net income

Income figures are stated in 2009 Euros using the growth rate of average wages per country (stats.oecd.org).

Sources: Belgium: Swartenbroekx et al. (2012). Denmark: Danish Regions (2009). France: Bellamy (2011). Germany: Statistische Bundesamt (2009) Netherlands; Statistics Netherlands (2012).

In the Netherlands, radiologists and anaesthesiologists earned incomes high above the average income of medical specialists in 2009. In 2012, differences between specialists will have decreased due to the new payment system. In the new system, the maximum budget is set per hospital. Medical specialists themselves have to allocate the budget over the specialists. It seems that in a

lot of hospitals, medical specialists decided to base their allocation on productivity and disutility's. Traditional income differences that cannot be justified by high productivity or high disutility's disappeared in those hospitals.

3.3 Income salaried specialist differs per function

The difference in income between salaried medical specialists in the same country is not driven by their specialty, but by their function profile. An example is England, where consultants earn an average NHS (National Health Service) pay of €134,730 per year in 2009, whereas associate specialists earn €97,926 and staff grade doctors only earn €76,227, on average (own calculations, based on NHC IC 2009)⁹. Since consultants can earn an extra income as self-employed specialists outside the NHS, total earning differences are even larger. On average, consultants earned €60,628 outside the NHS, on average, in 2009 (See Appendix A). Since only 50% of NHS consultants have income from a private practice, this amounts to a €121,256 average extra income for NHS consultants who have an income from a private practice. Associate specialists and staff grade doctors are usually full specialists (meaning that they completed the full specialty education), but may not have been able to obtain consultant-level posts. This primarily occurs because the number of consultant-posts is limited. All non-consultant specialists are only allowed to practice in the NHS under the supervision of a consultant; they are not on any formal training programs.

Another country with a clear hierarchy of salaried specialists is Germany. Right after completing training, a specialist can become a Facharzt in a hospital. After a few years, he/she can continue as an Oberarzt. In this function, he/she is allowed to train young specialists and lead the other doctors. On the top of the pyramid is the Chefarzt. These are usually professors who are responsible for the coordination of work in an entire department of the hospital. The Chefarzt earns a much higher income (€257,000, on average, in 2010) than an Oberarzt (€113,000) or a Facharzt (€82,000) (Thurm, 2011).

In countries where the hierarchy is not so clear cut, there are differences in wages. For example, in the Netherlands, the starting (basic) salary of a specialist working in an academic hospital is €5,334 per month, whereas a professor in a leading function can earn as much as €12,307 (basic) salary per month in 2012. This excludes extra pay for work at nights and on weekends (CAO UMC 2011-2013).

3.4 Summary

Within countries, large differences in income exist between self-employed and salaried doctors. In Germany, France and Denmark, self-employed doctors earn around 30% to 40% more than salaried doctors. In the Netherlands, self-employed doctors earned 76% more than their salaried colleagues. Taking into account the income decrease in 2012 of self-employed doctors in the Netherlands and an income increase of salaried doctors, self-employed doctors in the Netherlands will still earn 50% more than salaried doctors. Differences in income can be

⁹ Exchange rates used to express figures in pounds in Euros can be found at stats.oecd.org

explained partly by differences in working hours and productivity per hour. They may also be explained by differences in taxes and contributions. For the Netherlands, however, taxes and contributions do not differ much.

Within the groups of salaried and self-employed doctors, large differences in income exist. Within the group of self-employed doctors, earnings differ by specialism, where psychiatrists earn from €111,901 to €172,943 per year, which is relatively little, compared to radiologists, who earn up to €334,632 per year. Within the group of salaried specialists, earnings differ with the hierarchical level in the hospital. In Germany, a medical specialist of the highest level earns, on average, €257,000; on the lowest level, they earn €82,000.

4 Explanations for differences in income between countries

Fujisawa & Lafortune (2008) attempted to explain the remuneration of medical specialists according to differences in income between countries using the following factors:

- hours worked
- number of doctors per capita
- gate keeping role of GPs
- payment system (self-employed/mixed payment/fee for service payment)

All factors had the expected influence on the income of medical specialists. The more hours specialists worked, the more they earned. The fewer specialists there are per capita, the more they earned. A gate keeping role of general practitioners led to a lower income of medical specialists and self employment.¹⁰ Fees for service or mixed payments led to higher incomes than salaries.

None of Fujisawa & Lafortune's (2008) conclusions were statistically significant. This was due to the limited number of countries for which data were available (only eight). Consequently, the authors stressed that remuneration of medical specialists may be influenced by other factors not included in the analysis.

The numbers of hours worked has been examined in the previous chapters. The Dutch and the English doctors work more hours than doctors in other countries (except Germany) and earn more. The Danish doctors work less hours than doctors in other countries and earn less.

In this chapter, some other factors will be examined. Indicators for the demand for healthcare are summarised in Section 4.1. Section 4.2 deals with the influence of the number of medical specialists and the characteristics of medical specialists by gross income. Section 4.3 examines if differences in payment systems can account for differences in gross income between countries; Section 4.4 does the same for differences in medical education. Section 4.5 goes into the influence of the role of the GP on the incomes of medical specialists. Section 4.6 concludes.

4.1 Healthcare utilisation and waiting lists

There are large differences in the use of healthcare between countries. Danish residents only visit a doctor (GP and medical specialist) 4.6 times per year, while Germans visit a doctor more than 8 times per year.

¹⁰ In countries where GPs have a gate keeping role, patients do not have direct access to secondary care. They need a referral from their (primary care) GP to get access to a hospital or a specialist.

Table 4.1 Doctors visits per year per person (GPs and specialists)

	Doctor visits 2009
Belgium	7.6
Denmark	4.6
England	5.0
France	6.9
Germany	8.2
Netherlands	5.7

Source: OECD, Health at a glance 2011

This difference in doctors' visits might reflect differences in preferences, but might also reflect restrictions on the supply side. Waiting lists are indications of the latter. In Belgium, France, Germany and the Netherlands, there seems to be no supply side restrictions. In Belgium, there are no waiting lists. In France, Germany and the Netherlands, waiting lists are short. In the past, problems with waiting lists existed in the Netherlands, England and Denmark. In the Netherlands and England, policy has successfully reduced waiting lists. In Denmark, since 2007, the maximum waiting time from diagnosis to treatment is set at 1 month (2 months from 2002). If the patient cannot be guaranteed treatment within one month, he or she may choose to be treated at another hospital, including private hospitals and hospitals in other countries. However, the health system has had difficulties fulfilling the waiting time guarantees. It is unclear what percentage of patients is actually treated within one month (Olejz et al. 2012). Thus, the low number of doctors' visits in Denmark might be due to supply side restrictions.

4.2 Numbers and characteristics of medical specialists

Table 4.2 illustrates that, in the Netherlands and England, the number of doctors per inhabitant is low. In Denmark and Germany, there are more than twice as many doctors per inhabitant when compared with the Netherlands and England. France and Belgium take an intermediate position. The percentage of female doctors is around 30%, as is the percentage of doctors aged 55 years and older. Exceptions include Belgium, where more doctors are female (39%), England, where doctors are younger (only 21% are aged 55 years and over), and Denmark, where doctors are relatively old (49% are aged 55 years and older). Female doctors are younger than male doctors. In Denmark, 33% of the female doctors were aged 55 years and older, as compared with 57% of male doctors being aged 55 years and older. Of the doctors aged 35-44, the majority (53%) are female.

Table 4.2 Number of medical specialists (excluding trainees)

	Total number of medical specialists	% female	% 55 years and older	Number of medical specialist per 1,000 inhabitants
Netherlands	16,210	33	29	0.98
Germany	187,825	44**	34***	2.29
France	108,061*	30	41	1.71
England	47,008	29	21	0.91
Denmark	13,190	35	49	2.39
Belgium	18,852	39	40***	1.75

* 2011

** including GPs and medical specialists in training (Assistenzärzte)

*** % 50 years and older

Sources: See Appendix B

In general, female doctors work less hours and earn less. Older doctors earn more when they are salaried. Age has no influence on the income of the self-employed. There is no clear relationship between characteristics and income. The two highest earning countries (The Netherlands and England) have a relatively young workforce. The English workforce is very young, because it is growing fast due to government policy to increase the number of medical students. Of the countries with the lowest incomes (Denmark and Germany), Denmark has a high proportion of elderly, but also has a large percentage of female doctors.

There is a clear relationship between the number of doctors and income. In countries with few doctors (the Netherlands and England), incomes are higher (See Figure 4.1). This is consistent with the previous study of Fujisawa & Lafortune (2008). In the UK, waiting lists in the NHS have led to an incentive for patients to buy healthcare in the private sector. As the private sector attracts wealthy patients, and as volumes are not budgeted by the government, doctors can earn a substantial extra income from private practice.

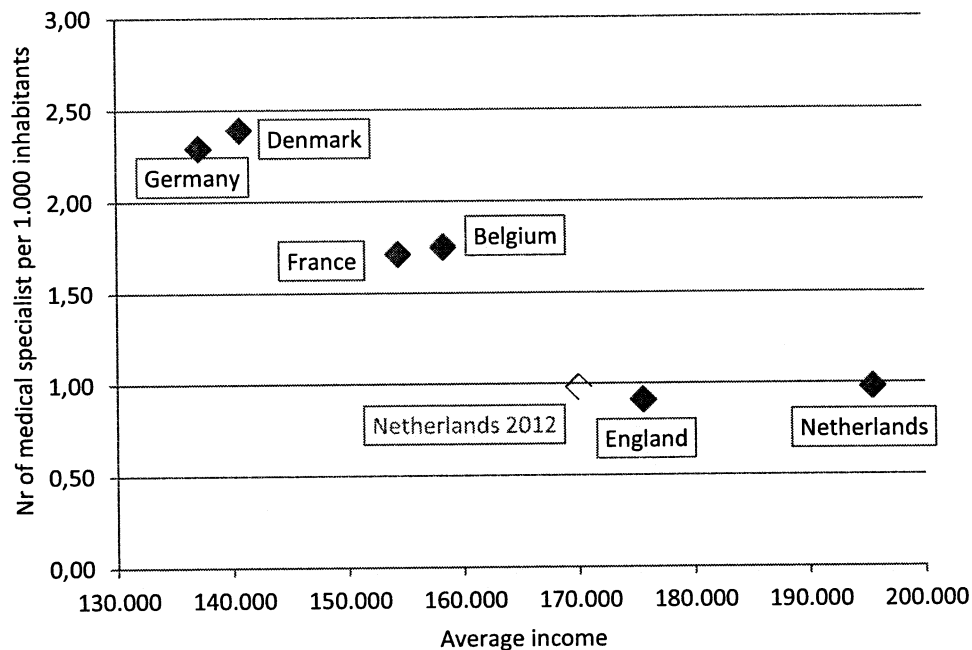
In the Netherlands, self-employed medical specialists received, until 2007, a lump sum payment. The lump sum payment was introduced in 1995, because costs increased rapidly. Before 1995, medical specialists worked on a fee for service, as they have since 2008. The result of the introduction of the lump sum payment was waiting lists. Since 2002, the government has released the budgets of hospitals and medical specialists in order to resolve the issue of waiting lists. As of 2008, the system is back to fee for service. The difference with the situation before 1995 was that, since 2008, DRGs are reimbursed, while before 1995, services like visits and operations were reimbursed. Because of the errors in the DRGs and an increase in registered production, the incomes of medical specialists increased rapidly. In 2010, DRG tariffs have been adjusted downwards; in 2012, a temporary budgeting system was introduced. History illustrates that as soon as budgets are released, the production of a medical specialist increases and so does their income.

In England, as in the Netherlands, cost containment strategies lead to waiting lists; resolving waiting lists leads to high incomes.

In Denmark and Germany, on the other hand, there are a large number of medical specialists. Even with the large number of doctors, Denmark had a problem with waiting lists. Danish

doctors work short weeks and are almost all salaried. Therefore, even in Denmark, the solution for waiting lists had to come from the private sector. However, the private sector has stayed small and incomes of specialists stayed relatively low, compared to other countries. In Germany, doctors work long hours and a large part of them are self-employed, which stimulates their productivity. Therefore, the pressure on the system is low. Correspondingly, incomes are relatively low.

Figure 4.1 Fewer doctors: higher incomes



A low number of doctors are thus associated with a high income. Does this mean that income differences can be explained by differences in productivity? It seems plausible that part of the differences in income between countries is explained by differences in productivity. However, there is no one-to-one relationship between income and the number of hours worked. Working hours in the Netherlands and England are higher than in Denmark, but not higher than in Germany. Productivity per hour might be lower in Denmark than in the Netherlands and England because the Danish doctors are all salaried, but of the German doctors, there are also a large number of them that are self-employed.¹¹ So there must be more to it than differences in productivity.

Another explanation might be that a low number of doctors leads to high negotiation powers. Therefore, there are higher prices and associated incomes are also higher.

¹¹ If the German doctors are as productive as the Dutch doctors, the German population must receive more than twice as much care from medical specialists than the Dutch population. After all, the number of doctors per inhabitant is more than twice as high in Germany as it is in the Netherlands. This is reflected in the number of hospital beds in Germany: 5.7 per 1,000 inhabitants, compared to 2.8 in the Netherlands. In addition, the occupancy rate of hospital beds in Germany is higher (Heida & Otter, 2012). This might mean the German system is less efficient. However, this subject goes beyond the scope of this report.

4.3 Differences in payment systems

Self-employed doctors earn more than salaried doctors in all countries where both systems exist side by side (See Chapter 3). However, English doctors earn, on average, more than doctors in other countries (except the Netherlands) and are almost all salaried. The English doctors responded on supply side restrictions by working in the private sector. As the private sector is not budgeted, it functions as an escape valve for the budgeted NHS. In countries where part of the workforce is self-employed, there is more flexibility in responding to higher demands by increasing the number of hours worked. In theory, it is possible to increase the production of salaried doctors by introducing pay for performance. However, in the countries in this investigation, hardly any performance pay has been introduced. In countries with two systems, this might not be necessary, because pressure on the system can be accommodated by self-employed doctors. However, in England and Denmark, there are hardly any performance pay measures for salaried workers. Therefore, waiting lists can occur and lead to a parallel private market. In Denmark, the private market is quite small, due to the relatively large number of salaried doctors. But in England, the number of doctors is low, leading to an increasing private sector. Therefore, the English government is now releasing severe entrance restrictions for medical education.

On the whole, the differences in payment systems do not seem to have a significant influence on the earnings of doctors.

4.4 Production by physicians in training

Part of the production of the Dutch and the Belgian doctors is produced by physicians in training. The Dutch and Belgian doctors work inside the hospital and are responsible for the education of physicians in training. In all other countries, self-employed doctors work outside the hospital, while physicians in training almost always are educated in the hospital. The revenues of the physicians in training by the Dutch and Belgian self-employed doctors is added to their revenue. This is a compensation for the time they invest in the training. However, the Belgian doctors pay the wages of the physicians in training, while the Dutch doctors do not. The wages are paid by a national fund. This might explain, to some extent, the higher incomes of the Dutch self-employed doctors. However, the English doctors do not get extra revenue from physicians in training and earn as much as the Dutch doctors.

4.5 Differences in education

The education of English doctors is 12 to 15 years in length and is longer than the education in the other countries. This might explain, to some extent, the high incomes of the English doctors. Since 2012, undergraduate students have paid a fee of a maximum £ 9,000 per year (on average £ 8,300). Existing doctors will have paid lower fees. Up to 2006, the maximum fee was £ 1,225. From 2006-2011, the maximum was £ 3,225 (Jongbloed & Dassen 2009).

The education of the Dutch doctors, on the other hand, is just as long as it is in France and Germany. The costs they pay are not much higher than in other countries and the salary in post graduate training is about the same as in most other countries.

In all countries, except Belgium, entrance to medical study is restricted by numerous clauses. In the Netherlands and the UK, the restrictions are more severe.

Table 4.3 Aspects of medical education

	France	UK	Germany	Belgium	Denmark	Nether-lands
Years of education	10-12	12-15	10-12	11-13	11-12	10-12
-undergraduate	6	5	6	7	6	6
-graduate	4-5	7-10	4-6	4-6	5-6	4-6
Costs for undergraduate students (per year)	€402	£ 8,300	€600 to €1000	€840	€0	€1,620
Yearly salary of students during (post graduate) training 2009	€18,000-€24,000	£22,400-£57,000	€55,000*	€50,000	n.a.	€42,000 - €53,700
Restricted entrance	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes

* 2004

Sources: See Appendix B

4.6 Differences in roles of GPs

In the Netherlands, England and Denmark, the GP has a gate keeping role. In Belgium, France and Germany, the GP has no role as a gatekeeper, but in practice, most patients have a family doctor whom they generally consult first.

Fujisawa and Lafortune (2008) find that in countries where the GP is a gatekeeper, medical specialists earn less. They expected this relationship because the GP constrains the demand for medical specialists. But it might also be the other way around: if the GP is gatekeeper, the medical specialists only treat the more complex patients. The less complex patients will be treated by the GP and will not be referred to the medical specialists. This might partly explain the higher income of the specialists in the Netherlands and the UK. However, in both the Netherlands and the UK, the number of GPs is also relatively low. This is because of the restricted entrance to the medical education. On the whole, the role of the GP cannot explain differences in income between countries.

4.7 Conclusions

Income differences between countries are associated with differences in the number of doctors. In countries with a low number of doctors, incomes are high, whereas in countries with a high number of doctors, incomes are relatively low. The differences are partly explained by differences in working hours. A lower number of doctors might also lead to a high negotiation power of doctors, and therefore, higher prices and associated incomes.

Other factors, such as the composition of the workforce, the gate keeping role of GPs, differences in payment systems, whether the production of the physicians in training accrues to the hospital or the medical specialist and differences in education do not seem to have a significant influence on the earnings of medical specialists.

References

- Attal-Toubert, K., H. Fréchou, F. Guillaumat-Tailliet (2009). Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale, *Les revenus d'activité des indépendants, édition 2009*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- Barro, J. & N. Beaulieu (2003). Selection and improvement: physician responses to financial incentives. NBER Working paper 10017.
- Bellamy, V. (2011). Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- CBS (Statistics Netherlands)(2012). Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep. Available from statline.cbs.nl.
- Chevreur, K. I. Durand-Zaleski, S. Bahrami, C. Hernandez-Quevedo, P. Mladovsky (2010). France: Health system review, *Health Systems in Transition*, URC Eco & European Observatory on Health Systems and Policies.
- Danish Regions (2009). Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse af speciallægepraksis 2008. Obtained via http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/F_A_S/FAPS/FAPS%20i%20tal/omkostningsunders%C3%B8gelsen%202008.pdf
- Fujisawa, R. & Lafortune G. (2008) The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries. Paris: OECD. Health Working papers no. 41.
- Hiltén O. van, Aaldijk M., Smit J. (2011). Nieuwe Nederlandse cijfers voor OESO over beloning artsen. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag/Heerlen.
- Jongbloed B. & A. Dassen (2009). Collegegelden en studiefinanciering. De situatie in Australia, Canada, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en de VS. Enschede: Center for Higher Education Policy Studies (CHEPS).
- Ketel, N, E. Leuven, H. Oosterbeek en B. van der Klaauw (2012), The returns to medical school in a regulated labor market: evidence from admission lotteries, werkdokument, Universiteit van Amsterdam/Vrije Universiteit Amsterdam.
- Lagendijk, P. (2010). Vrijgevestigde specialisten versus specialisten in dienstverband. deel 1. (Beschikbare Specialisten Uren).

- Morris S., Elliot B., Ma A., McConnachi A., Rice N., Skatun D., Sutton M. (2008). Analysis of consultants' NHS and private incomes in England in 2003/2004. *J R Soc Med* 2008; 101: 372-380.
- NHS IC (2009). Information centre for health and social care 2009 NHS staff earnings estimates. Downloadable via: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-earnings>
- NZa (Dutch Healthcare Authority) (2011) Verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg. Uitwerking van implementatie per 2012
- OECD (2012). OECD health data 2012. Definitions, sources and methods. Remuneration of Medical specialists.
- Olejz M., Juul Nielsen A., Rudkjøbing A., Okkels Birk H., Krasnik A., Hernández-Quevedo C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(2):1 – 192.
- Oever. R. van den (2008). De vergoeding van de arts in België. De nomenclatuur: van prestatievergoeding naar budgetfinanciering?
- Siciliani L. and Hurst J. (2003) Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. Paris:OECD.
- Siciliani L., Verzulli R. (2009). Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Economics*, 18(11):1295 – 1306.
- Statistics Netherlands (2012). Gezondheid en zorg in cijfers 2012. CBS: The Hague.
- Statistische Bundesamt (2009). Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen. Pp36-37 (income from solo practice). Obtained via www.destatis.de
- Statistische Bundesamt (2012). Grunddaten der Krankenhäuser 2010.
- Swartenbroekx N., Obyn C., Guillaume P., Lona M., Cleemput I. (2012). Manual for cost-based pricing of hospital interventions. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE). KCE Report 178C.
- Thurm, T. (2011). Immer mehr Krankenhäuser vergüten variabel. In: *Arzt und Krankenhaus* 3/2011

Appendix A Adjustment OECD figures

Deviations from the OECD definition

The OECD gathers data from OECD-countries on the remuneration of medical specialists. Ideally, these figures should be the average *gross* annual income.

The figures should include:

- The value of any social contributions, (income) taxes, etc., payable by the employee
- All gratuities, bonuses, overtime compensation and ‘thirteenth month payments’
- Any supplementary income

And should exclude:

- For salaried: social contributions payable by the employer
- For self-employed: practice expenses
- Any physicians who are still in training to become a specialist
- Physicians who have specialised in GPs

Earnings are given per FTE for salaried specialists and per specialist for the self-employed. The actual figures provided by the various countries depend on availability, and therefore, often deviate from this OECD definition. The deviations per country are provided in Table A.1

For salaried specialists, both England and Germany include physicians in training (foundation/registrars and *Ärzte* respectively). The figures for these countries are therefore underestimated. France and Germany include the salaries of GPs in their numbers¹². Moreover, the numbers for French specialists are net income figures instead of gross, also resulting in an underestimation. England and Germany do not include income from private practice. On the other hand, France and the Netherlands only include those specialists that do not have any income from private practices, thereby possibly selecting a group of specialists that earns less, on average.

The figures for self-employed specialists also deviate in various ways from the OECD definition. The French figure once again refers to net income instead of gross. In Belgium and France, extra billing is excluded. For Belgium, this means that supplemental income (e.g. for sleeping in a single room instead of a shared room) are excluded. In France, medical specialists in the so called “secteur 2” can set their own fees. The part of the fee above the standard fee not reimbursed by health insurance is not included in the income figure. On the other hand, OECD figures for Belgium still include practice costs, whereas these are excluded in all other countries. In France, some self-employed specialists are also salaried. These salaries are not included in the income figures.¹³

¹² OECD documentation (OECD, 2012) reports that for Danish salaried physicians, there is no distinction made between GP’s and salaried specialists. However, this remark is irrelevant, since Danish GP’s are never salaried and are, therefore, not included in the Danish income figure for salaried specialists.

¹³ <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/343.html>

Table A.1 OECD figures for incomes of medical specialists in 2009 Euros

	Belgium	Denmark	England	France	Germany	Netherlands
Gross income salaried		€136,799	€89,319	€73,284	€75,700*	€118,431
Includes specialists in training			X		X	
Includes GP's				X	X	
Net income instead of gross				X		
Excludes extra income as self-employed			X	Only salaried	X	Only salaried
Gross income self-employed	€239,763	€192,791***		€118,000	€157,000**	€259,131
Net income instead of gross				X		
Excludes extra billing	X			X		
Includes practice costs	X					
Excludes extra income from salary				X		

*2006 **2007 ***2008

Adjustments to the OECD figures

Belgium

The OECD only provides figures for the Belgian self-employed specialists. Figures are taken from the Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). These already include any patient contributions to the nationally set tariffs (20-25% of the tariff, on average). However, supplemental income that specialists can charge to the patients (e.g. for using a single room instead of a shared room) over and above the nationally set tariffs are excluded. On the other hand, the practice costs of specialists are still included in the figures, leading to an overestimation of income.

A study by the Belgian Healthcare Knowledge Centre (Swartenbroekx et al., 2012) provides more information on the income of self-employed specialists working in hospitals. This study gathers 2010 income figures from specialists in 13 hospitals in Belgium. This report not only presents income figures including practice costs and excluding supplemental income, but also lists income including supplemental income and/or excluding practice costs. In the report, income figures are separated by specialty. In order to determine the percentage of income that consists of supplemental income, and the percentage of income that is spent on practice costs, the specialty-specific income figures are combined with the number of specialists in each specialty according to the 'Federale Overheidsdienst Volksgezondheid'. From this, it is calculated that, on average, the supplemental income add an extra 13.50% to income (ranging from 0% for specialists working on intensive care to 35% for plastic surgeons). Extra earnings in terms of supplemental income are $€239,763 \times 13.50\% = €32,378$, on average. The income of Belgian specialists, including supplemental income is therefore $€239,763 + €32,378 = €272,141$.

In the same way, the percentage of income (including supplemental income) that the specialist pays to the hospital in order to cover practice expenses is determined. On average, 37% of gross wages (including supplemental income) are deducted as practice costs (ranging from 13% for oncologists to 81% for clinical biologists). Deductions on earnings in terms of practice costs are

$€272,141 * 37\% = €101,714$, on average. Adjusted gross income (including supplemental income, excluding practice costs) are therefore $€239,763 + €32,378 - €101,714 = €170,427$ per medical specialist.¹⁴ The final line of Table A.2 shows that the corrected gross wage is about 71% of the original OECD figure ($€170,427 / €239,763 = 71\%$).

Denmark

The Danish figures both for self-employed and salaried specialists are in accordance with OECD definitions and therefore do not need to be adjusted. These are taken from the joint municipal payroll data office (FLD) for salaried specialists, and from a survey of the Danish Association of Practising Medical Specialists (FAPS) for self-employed specialists. For self-employed specialists, the most recent OECD figure is from 2008. Assuming that the income of specialists increases at the same rate as the average wage in Denmark between 2008 and 2009, the estimated income in 2009 is €200,530.¹⁵

England

The figures for England (data do not include Scotland, Northern Ireland and Wales) are taken from the NHS Information Centre for Health and Social Care (IC) Electronic Staff Record (ESR) data (IC NHS, 2009). Since nearly all English specialists are salaried, income of self-employed specialists is not available. Income figures are averages over all doctors, including those who are still in training to become specialists (foundation and registrars). When those are excluded, the average wage of a medical specialist becomes £ 112,111 or €125,720 in 2009 (exchange rates from stats.oecd.org are used throughout). This adds an extra €125,720 - €89,319 = €36,401 to the OECD figure. For the supplement income, we refer to research by Morris et al. (2008). They use a unique, anonymized, non-disclosive dataset derived from tax returns for a sample of 24,407 consultants (92.3% of the total) in England for the financial year 2003/4 and report that the ratio of mean private to NHS income for consultants was 0.45. According to data from the NHS Information Centre (IC NHS, 2009), consultants earn an average income of £ 120,145 or €134,730. Supplementary income then amounts to $0.45 * €134,730 = €60,628$. This means consultants earn €195,358, of which 31% comes from private practices. Since consultants account for around 82% of the total specialist FTE, the mean supplementary income added is $0.82 * €60,628 = €49,866$, which makes the total gross wage income of English salaried specialists equal to $€125,720 + €49,866 = €175,586$.

France

For France, the OECD figures for salaried specialists are based on administrative data from the French Statistical Office (INSEE). The figures do not make a distinction between salaried GP's and salaried medical specialists working in the hospitals. However, the majority of salaried doctors are medical specialists, and therefore, the figures provide a good indication of specialist income. The OECD figures are net income instead of gross. Income taxes and social

¹⁴ The KCE report (KCE, 2012) calculates income figures per FTE. The OECD figures for self-employed specialists are calculated per specialist. Using KCE income figures, the weighted (country-wide) average income per FTE is €249.819 for self-employed specialists in hospitals. Since the 18.566 Belgian specialists represent 12.429 FTE (Health Systems in Transition, 2012), the average number of FTEs per specialist is 0.67. The KCE figures therefore imply an average income of $€249.819 * 0.67 = €167.242$ per specialist in 2010. This is only slightly different from the adjusted OECD figure of €170.427 per specialist in 2009.

¹⁵ Average income per year is obtained from stats.oecd.org

contributions are about 44% for these income groups.¹⁶ This means that, approximately, the gross average income of salaried specialists is €131,716.

Figures on self-employed specialists are based on administrative data from the Système National Inter-Régimes (SNIR) and provided by DREES.¹⁷ These refer to the fees that are reimbursed by the statutory health insurance. Again, the provided numbers refer to net income instead of gross and exclude social security contributions. DREES has also calculated average gross incomes based on the same data source, see Bellamy (2011). It is found that in 2009, self-employed medical specialists received, on average, €178,530 in fees. This number is used to estimate the average income.

The gross income of €178,530 still does not meet the OECD definition. First of all, practice costs are included. Unfortunately, no source is available on the average practice costs, and therefore, the difference between this figure and the OECD number is used: €60,530 (= €178,530 - €118,000). This is an overestimation, as this amount also includes social security contributions.

Sources of supplementary income are currently excluded and need to be added. First of all, French specialists in “secteur 2” can set their own fees. The part of their fee above the regular fee (Sécu-tariff) is paid directly by the patient. In 2011, this extra billing (in French “dépassements”) amounted to €2.1 billion.¹⁸ Divided by the approximately 50,000 self-employed specialists, this results in around €40,000 additional gross income. Next to this, some self-employed specialists also have a part-time job as a salaried medical specialist. They do this, among other reasons, to maintain relationships with the hospital or to keep up their medical knowledge. About 21% of self-employed specialists earn additional income through salaried work, referring to approximately 10,000 specialists.¹⁹ Attal-Toubert et al. (2009) from DREES calculated the total revenue of medical specialists in 2005, taking into account the supplementary income earned through salaried work (but excluding extra billing). They found that medical specialists that work both as self-employed and as a salaried employee earn approximately the same as specialists that are solely self-employed. Furthermore, approximately 37% of their net income comes from salaried work. Based on this, we assume that the OECD figure of €118,000 contains the total income of medical specialists that work solely as self-employed and 63% of the total income of specialists that also work as salaried employees. The corrected average net income then becomes: €127,941 (=€118,000 x 49,817 self-employed medical specialists / (39,355 solely self-employed + 10,462 both self-employed and salaried x 63%). The additional net income is therefore €9,941. This means that the gross additional income is, on average, €17,867.

Adding extra income and excluding practice costs, the gross corrected income for French self-employed medical specialists is estimated to be €176,042. This is still an underestimation, as social contributions are excluded.

¹⁶ Source: interview and own calculations based on “charges sociales 2009” and “barème impôt 2009”.

¹⁷ DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (du Ministère du Travail, de l’Emploi et de la Santé)

¹⁸ See www.gouvernement.fr: “L’encadrement des dépassements d’honoraires et l’amélioration de l’accès aux soins” or <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/24-milliards-de-depassements-en-2011-il-est-temps-d-agir-pour-marisol-touraine>

¹⁹ <http://www.ecosante.fr/Franfra/343.html>

Germany

The OECD figures for salaried specialists in Germany come from a structure earnings survey of the Federal Statistic Office (Statistisches Bundesamt). This survey provides a general overview of income in various occupations, including doctors (Ärzte). Comparable to the English figures, no distinction is made between specialists who completed their training (Chefärzte, Oberärzte and Fachärzte) and specialists that are still in training (Ärzte). Unlike in England, separate figures for the various hierarchical levels of salaried specialists in German hospitals are not available from the Federal Statistic Office. We, therefore, use a different source to estimate the average income of German salaried specialists.

Thurm (2011) reports on a survey among salaried medical specialists in German hospitals. Reported income figures include any bonus and variable payments to the specialists, and also include income from the so-called 'Liquidationsrecht' for leading specialists (Chefärzte), which means they can treat private patients within the hospitals, and charge them directly for the treatment. From this survey, average income of German Chefärzte, Oberärzte and Fachärzte in 2010 are €257,000, €113,000 and €82,000, respectively. According to data from the Statistische Bundesamt (2012), there were 13,065 Chefärzte, 33,705 Oberärzte and 33,556 Fachärzte working in German hospitals in 2010. Taken together, these figures imply an average income of €123,471 for German specialists. Adjusting wages for the average wage increase in Germany between 2009 and 2010 provides an estimated income of €121,097 in 2010.²⁰ When specialists in training are included (68,370 trainees earning about €50,000 per year), earnings are only €89,689, on average, in 2010.

The reported German income for the self-employed is in accordance with the OECD definition. However, the figure refers to income earned in 2007, instead of 2009, and therefore, is corrected for the average wage increase between 2007 and 2009, in order to make the figures comparable between countries. This correction adds another €3,253 to the income of the self-employed for a total income of €160,253 in 2009.

Netherlands

The data on the income of Dutch specialists is taken from Statistics Netherlands. Specialists are identified by their registration in the BIG register as a medical specialists²¹ and are working in the healthcare sector (van Hilten et al., 2011).

The income for salaried specialists is only based on those specialists who do not have any income from private practice. However, in the Netherlands, 57% of specialists are salaried: 38% only have income from their salary, whereas 19% also have income from private practice. Those that have income from private practice had an average wage of €81,599 in 2009 and an average income from private practice of €123,881, for a total of €205,480 per specialist.²² The average wage of salaried specialists is therefore a weighted average of €118,431 and €205,480: $(0.38 * €118,431 + 0.19 * €205,480) / (0.38 + 0.19) = €147,447$.

²⁰ Average income per year is obtained from stats.oecd.org

²¹ Medical specialists can only register in the BIG after completing their full education. The BIG-register uses the registration of the Medical Specialists Registration Committee (MSRC) to identify a person as a medical specialist.

²² Data acquired from Statistics Netherlands.

The Dutch figures for self-employed specialists are in accordance with OECD definitions and therefore do not need to be adjusted. For the self-employed, only those who obtain their full income from profit are included. The income reported is gross profit excluding any practice costs.

Table A.2 Calculated gross income medical specialists in 2009 Euros

	Belgium	Denmark	England	France	Germany	Netherlands
(Gross) income salaried without corrections		€136,799	€89,319³	€73,284	€89,689^{1****}	€118,431
Excluding specialists in training			€36,401		€33,782	
Excluding GP's				not available		
Income taxes and social charges				€58,432		
Extra income as self-employed			€49,866		None	€29,016
'Inflation' correction					-€2,374	
Gross income salaried with corrections		€136,799	€175,586	€131,716	€121,097	€147,447
Income OECD figure		€136,799	€89,319	€73,284	€75,700*	€118,431
Correction in%*****		100%	197%	180%	-	100%
Gross income self-employed without corrections	€239,763	€192,791***		€178,530²	€157,000**	€259,131
Excluding GP's						
Including extra billing	€32,378			€40,175		
Excluding practice costs	-€101,714			€60,530		
Including extra income as employee				€17,867	None	
'Inflation' correction		€7,739			€3,253	
Gross income self-employed with corrections	€170,427	€200,530		€176,042	€160,253	€259,131
Income OECD figure	€239,763	€192,791		€118,000	€157,000	€259,131
Correction in%*****	71%	100%		149%	100%	100%

*2006 **2007 ***2008 ****2010 ***** without inflation correction

Source: ¹Thurm (2010) ²Bellamy (2011) ³NHS IC (2009). All other income figures from OECD Health Database.

Corrected OECD income figures from 2006-2009

Table A.3 provides an overview of the corrected OECD income figures from 2006-2009 (if available). These corrected figures are calculated by multiplying the ratio between uncorrected OECD figures and the corrected gross income figures for the year 2009 (given in Table A.2) with the uncorrected OECD figures in all years. For the Netherlands, we know the average income of those salaried specialists that have income from a private practice (data acquired from Statistics Netherlands) and we know the proportion of salaried specialists that have income from a private practice for all years 2006-2009. This implies that the use of a correction factor for the Netherlands is unnecessary. The Dutch figures are therefore exact for all years.

Table A.3 Corrected OECD income figures of medical specialists 2006-2009 in Euros

	Belgium	Denmark		England		France	Germany	Netherlands
Gross income salaried with corrections								
	€	€	DKK	€	£	€	€	€
2006		116,637	870,129			128,303		128,072
2007		120,968	901,286	215,272	147,251	135,996		133,507
2008		129,154	964,502	192,484	153,374	140,214		137,924
2009		136,799	1,018,783	175,586	156,578	131,716	121,097	147,447
Gross income self-employed with corrections								
2006	147,237					165,748		186,999
2007	152,975					169,925	157,000	205,059
2008	161,122	192,791	1,439,738			174,252		235,105
2009	170,426	200,530	1,497,532			176,042	160,253	259,131

Source: calculations SEO Economic Research

Appendix B Sources

Sources total number of medical specialists:

Netherlands: CBS (2012). *Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep*. Available from statline.cbs.nl. Data over 2009

Germany: Bundesärztekammer (2009). Abbildung 3: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31. 12. 2009. Available from <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abb03.pdf>. Data over 2009

France: INSEE (2011): Médecins suivant le statut et la spécialité, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T12F092

England: NHS IC (2010). NHS Staff 1999-2009 (Medical and Dental). Table 8: Hospital and Community Health Services (HCHS): Medical and dental staff by grade and ageband. Available from <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-numbers/nhs-staff-1999--2009-medical-and-dental> Data over 2009.

Denmark: Sundhedsstyrelsen. Arbejdsstyrken af sundhesuddannede 2000-2009. Available from <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Arbejdsmarked/Arbejdsstyrken%20af%20sundhesuddannede.aspx>. Data over 2009

Belgium: FOD Volksgezondheid. Artsen specialisten praktijk 2009. Data over 2009

Sources percentage self employed/salaried:

Netherlands: CBS (2012). *Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep*. Available from statline.cbs.nl. Data over 2009

Germany: Bundesärztekammer (2009). Tabelle 7: Stationär tätige Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen Stand: 31. 12. 2009. Available from <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Tab07.pdf>. Data over 2009.

France: Chevreul (2010)

England: Office for Fair Trading: Private market Healthcare market survey, December 2011. Data over 2011. Available from http://www.oft.gov.uk/shared/oft/market-studies/OFT1396_Private_healthcare.pdf

Denmark: Sundhedsstyrelsen. Arbejdsstyrken af sundhesuddannede 2000-2009. Available from <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Arbejdsmarked/Arbejdsstyrken%20af%20sundhesuddannede.aspx>. Data over 2009

Danish Regions (2009). Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse af speciallægepraksis 2008. Available from http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/F_A_S/FAPS/FAPS%20i%20tal/omkostningsunders%C3%B8gelsen%202008.pdf. Data over 2008

Belgium: FOD Volksgezondheid. Artsen specialisten. Data over 2009.

Sources working hours:

Netherlands: Weening, H. (2002). Artsen en de arbeidstijdenwet, eindrapport. Amsterdam: Regioplan. Data over 2001.

Germany:

Salaried: Marburger Bund (2010). Marburger Bund Mitgliederbefragung 2010. Zur beruflichen Situationen der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte. Data over 2010.

Self-employed: Stillfried D. Von, Leibner M., Erhart M. (2012). Wirtschaftliche Lage niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland: Kritische Entwicklung in den Einzelpraxen? Available from http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/G_S_Erste_Ergebnisse_des_ZiP_P_end.pdf. Data over 2008

France: Estimation from national expert (Isabelle Durand-Zaleski) and Breuil-Genier, P. & D. Sicart (2005), La situation professionnelle des conjoints de médecins, DREES: Études et Résultats, no 430.

England: NAO (2007). *Survey of NHS consultants – May 2006*. National Audit Office. Available from http://www.nao.org.uk/publications/0607/pay_modernisation_a_new_contr.aspx. Data over 2006

Denmark:

Self-employed: Danish Regions (2009). Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse af speciallægepraksis 2008. Obtained via http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/F_A_S/FAPS/FAPS%20i%20tal/omkostningsunders%C3%B8gelsen%202008.pdf. Data over 2008

Salaried: Overlægers arbejdsvilkår. Obtained via http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/F_A_S/Overl%C3%A6geroreningen/Rapporter/arbejdsvilkaer09.pdf. Data over 2008

Belgium: Claes A. And V. Milis (2009). Eindrapport bevraging beroepsgroep artsen-specialisten. Rapport in opdracht van FOD Volksgezondheid. Data over 2009

Sources number of medical specialists per 1000 inhabitants

For sources on the number of medical specialists: see above

Source on the number of inhabitants: stat.oecd.org

Sources % female

Netherlands: *Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep*. Available from statline.cbs.nl. Data over 2009

Germany: Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung. Available from: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD.FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_104&OPINDEX=10&HANDLER=XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=XWD_132&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=43&D.928=11899&D.100=10101. Data over 2009

France: Féminisation. Pourcentage dans la “spécialité”. Available from www.irdes.fr. Data over 2007

England: NHS IC (2010). NHS Staff 1999-2009 (Medical and Dental). Table 1.1 and Table 1.2 : Hospital and Community Health Services (HCHS): Medical and dental staff by specialty group and grade. Available from <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-numbers/nhs-staff-1999--2009-medical-and-dental> Data over 2009.

Denmark: Danish Regions (2009). Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse af speciallægepraksis 2008. Available from http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/F_A_S/FAPS/FAPS%20i%20tal/omkostningsunders%C3%B8gelsen%202008.pdf. Data over 2009

Belgium: FOD Volksgezondheid. Artsen specialisten praktijk 2009. Data over 2009

Sources % 55 years and older

Netherlands: *Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep*. Available from statline.cbs.nl. Data over 2009

Germany: Bundesärztekammer (2009). Tabelle 7: Stationär tätige Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen. Stand: 31. 12. 2009. Available from <http://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik/04c.pdf>. Data over 2009

France: Vieillessement. % des médecins de 55 ans et plus. Available from www.irdes.fr

England: NHS Staff 1999-2009 (Medical and Dental). Table 8 : Hospital and Community Health Services (HCHS): Medical and dental staff by grade and ageband. Available from <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-numbers/nhs-staff-1999--2009-medical-and-dental> Data over 2009.

Denmark: Sundhedsstyrelsen. Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede 2000-2009. Available from <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Arbejdsmarked/Arbejdsstyrken%20af%20sundhedsuddannede.aspx>. Data over 2009

Belgium: FOD Volksgezondheid. Artsen specialisten leeftijd. Data over 2009

Sources medical education (Data over 2009 unless otherwise specified)

Netherlands:

Number of years of education:

Opleiding tot medisch specialist. Available from: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/Opleiding/medisch-specialist-3.htm>.

College fees:

Betalingswijzen collegegeld. Available from: http://www.wageningenuniversity.nl/NL/Informatie+voor/huidige_bsc_students/financi%C3%A4n+en+verzekeringen/Betalingswijzen+Collegegeld/.

Salary of students during (postgraduate) training:

CAO Universitair Medische Centra. Available from: [http://www.nu91-leden.nl/uploads/CAO%20UMC%2008-11\[1\].pdf](http://www.nu91-leden.nl/uploads/CAO%20UMC%2008-11[1].pdf).

Germany:

Number of years of education:

Busse R., Riesberg A. (2004). Health Care Systems in Transition 2004. Germany. (Information confirmed by national contact)

College fees:

Information from national contact.

Salary of students during (postgraduate) training:

Walger M., Köpf P. (2005). Einkommen von Krankenhausärzten –eine differenzierte Betrachtung. Krankenhaus 12-2005. Data over 2004

France:

Number of years of education:

Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrani, S., Hernandez-Quevedo, C., Mladovsky, P. (2010). Health Systems in Transition, URCeco, Health System Review 2010. France (Confirmed by national contact).

College fees:

Université publique : droits de scolarité pour la rentrée universitaire 2009-2010. Available from: <http://www.actualite-francaise.com/depeches/universite-publique-droits-scolarite-rentree-universitaire,5165.html>

Salary of students during (postgraduate) training:

Medisch contact, 67e jaargang, nr 26, p 1653, 6 juli 2012 (In Dutch).

England:

Number of years of education:

Boyle, S. (2011). Health Systems in Transition, Health System Review 2011. United Kingdom. (LSE). (Information confirmed and extended by national contact)

College fees:

Information from Seán Boyle.

Salary of students during (postgraduate) training:

NHS IC (2009). Information Centre for Health and Social Care 2009 NHS Staff Earnings Estimates. Downloadable via: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-earnings>.

Denmark:

Number of years of education:

Olejz, M., Nielsen, A.J., Rudkjober, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernandez-Quevedo, C. (2012). Health Systems in Transition, Health System Review 2012. Denmark (confirmed by national contact).

College fees:

Information from national contact.

Belgium:

Number of years of education:

Gerken, S., Merkur, M. (2010). Health System in Transition, Health System Review 2010. Belgium. (KCE). (Confirmed and extended by national contact)

College fees:

Information from national contact.

Salary of students during (postgraduate) training:

Estimation national contact.

Appendix C Taxes and premiums in the Netherlands

Assumptions Table C.1

Salaried

- Wage: highest pay scale in AMS system (non academic wage scale) with an income of €158.000, - euro (step 6 with 15% disutility and 8% holiday pay)
- Pension contribution is based on: accrual rate 1,95% per year, starting age of 35 years, retirement age of 65, a franchise of over €10.000, -. This leads to a pension at retirement of €85.000, excluding the state pension (AOW).

Self-employed

- Collective practice costs are costs which are made for the common practice. This could include, wages and salaries secretary, doctors not in training (anions) and other support personnel, depreciation of tangible assets, audit fees, liability insurance costs charged by the hospital, collection and administration etc.. Costs are estimated at 8% of gross revenue.
- Individual practice costs are costs of an accountant €3.000, -, congress fees, literature, subscriptions, telephone etc. approximately €7.000, - per year, insurance €2.000, - per year.
- Pension premium: to reach €85.000 retirement benefits a total pension premium of €34.300 is needed.
- The premium disability insurance is calculated on an insured daily amount from €310, - which gives a coverage of €110.000, - i.e. 70% of the salaried income. Details:
 - minimum age 35 years
 - until age of 65 years
 - own risk period 1 month
 - indexed benefits
- As a self-employed in most cases has had to pay a goodwill sum there has been a loss of interest on the invested capital. It is assumed the goodwill sum is equal to the gross income and a net return of 1.5% = gross yield of 2.7% minus 1.2% tax Box 3.

Additional assumptions Table C.2

Salaried

- Wage: Average wage of €118,000 of salaried medical specialists not working also in private practice (see figure 2.2), indexed with 3% per year for the period 2009-2012.

Self-employed

- Revenue: derived from gross income: see Box 2.1
- The supplementary pension is calculated on the basis of what would be paid be built with an equal amount of net income. A net income of employed €91.430, - means a gross salary of €200.000, -
- The premium disability insurance, in addition to the note above assumptions, calculated on a insured daily amount of €404, - which coverage of €148.000, - i.e. 70% of gross income.

Table C.1 Taxes and premiums for salaried and self employed doctors with the same net income

	Self employed		Salary					
Gross revenu	€	193,400						
Collective practice costs		15,500						
Net revenue	€	177,900						
Total wage costs			€	190,244				
Individual practice costs	€	12,000						
Gross income	€	165,900						
Employers costs								
Contribution health insurance			€	4,170				
Contribution social insurance			€	4,500				
Pension contribution			€	18,074				
Other expenses			€	5,500				
Gross wage			€	158,000				
		Fiscal	Cashflow	Fiscal	Cashflow			
Gross income	€	165,900	€	165,900	€	158,000	€	158,000
Employers contribution health insurance					€	4,170	€	4,170
					€	162,170	€	162,170
Employees pension contribution					€	18,074	€	18,074
					€	144,096	€	144,096
Pension contribution (SPMS)	€	28,300	€	28,300				
Pension supplement	€	6,000	€	6,000				
Totaal	€	34,300	€	34,300				
Profit	€	131,600						
Tax exemption MKB	€	15,792						
Tax exemption self employed	€	7,280						
Disability insurance	€	10,500	€	10,500				
Taxable income	€	98,028			€	144,096		
Tax	€	43,011			€	66,697		
Tax credit	€	3,442			€	3,442		
Total taxes			€	39,569			€	63,525
Contribution health insurance								
-Not income dependent			€	2,600			€	2,600
-Income dependent			€	2,500			€	4,170
Total charges			€	89,469			€	70,295
Interest loss goodwill			€	2,625			€	
Net income			€	73,806			€	73,801

Source: calculations Hans Bénard (Kema van den Berk praktijkadviseurs).

Table C.2 Taxes and premiums for salaried and self employed based on the estimated gross income in 2012

	Self employed		Salary	
Gross revenue	€	243,000		
Collective practice costs		19,500		
Net revenue	€	223,500		
Total wage costs			€	157,677
Individual practice costs	€	12,000		
Gross income	€	211,500		
<i>Employers costs</i>				
Contribution health insurance			€	4,170
Contribution social insurance			€	4,500
Pension contribution			€	14,507
Other expenses			€	5,500
Gross wage			€	129,000
	<i>Fiscal</i>	<i>Cashflow</i>	<i>Fiscal</i>	<i>Cashflow</i>
Gross income	€ 211,500	€ 211,500	€ 129,000	€ 129,000
Employers contribution health insurance			€ 4,170	€ 4,170
			€ 133,170	€ 133,170
Employees pension contribution			€ 14,507	€ 14,507
			€ 118,663	€ 118,663
Pension contribution (SPMS)	€ 28,300	€ 28,300		
Pension supplement	€ 15,000	€ 15,000		
Totaal	€ 43,300	€ 43,300		
Profit	€ 168,200			
Tax exemption MKB	€ 20,184			
Tax exemption self employed	€ 7,280			
Disability insurance ^c	€ 14,000	€ 14,000		
Taxable income	€ 126,736		€ 118,663	
Tax	€ 57,939		€ 53,742	
Tax credit	€ 3,442		€ 3,442	
Total taxes		€ 54,497		€ 50,300
Contribution health insurance				
-Not income dependent		€ 2,600		€ 2,600
-Income dependent		€ 2,500		€ 4,170
Total charges		€ 116,897		€ 57,070
Interest loss goodwill		€ 3,173		€
Net income	€	€ 91,430		€ 61,594

Source: calculations Hans Bénard (Kema van den Berk praktijkadviseurs).

seo economic research

Roetersstraat 29 · 1018 WB Amsterdam · T (+31) 20 525 16 30 · F (+31) 20 525 16 86 · www.seo.nl

Gezond belonen

Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten

10 oktober 2012

Commissie inkomens medisch specialisten
prof. dr. P.L. Meurs (voorzitter)
M. Bontje
drs. H. Borstlap
prof. dr. J. Legemaate

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1. Inleiding	8
2. De beloning van medisch specialisten.....	10
2.1 Specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten.....	10
2.2 De specialisteninkomens internationaal bezien.....	12
2.2.1 Samenvatting SEO-analyse	12
2.2.2 Bevindingen commissie op basis van de SEO-analyse.....	16
3. Publieke belangen en toetsingscriteria	17
3.1 Inkomen en betaalbaarheid	17
3.2 Kwaliteit.....	20
3.3 Toegankelijkheid.....	21
3.4 Realiseerbaarheid, fiscale aspecten en goodwill	22
4. Beleidsopties getoetst	24
4.1 Beleidsopties die aangrijpen op het inkomen.....	24
4.2 Beleidsopties die aangrijpen op de arbeidsverhouding.....	24
4.3 Beleidsopties die aangrijpen op de bekostiging.....	25
4.4 Hoofdpijnen toetsing beleidsopties	26
Bijlage 1 Uitgebreide beschrijving toets beleidsopties	29
Bijlage 2 Feiten en cijfers	40
Bijlage 3 Samenstelling commissie en geraadpleegde gesprekspartners	43
Literatuur.....	44

Samenvatting

De wijze waarop de commissie de opdracht heeft ingevuld

De minister van VWS heeft, voortvloeiend uit het Begrotingsakkoord 2013 van mei 2012, de commissie gevraagd een inventarisatie van beleidsopties te maken om de norminkomens van medisch specialisten meer in lijn te brengen met die van hun collega's in andere landen. Het voorliggend rapport is de weerslag van die inventarisatie. De commissie heeft haar opdracht ruim opgevat. Voor de totale kostenontwikkeling in de curatieve zorg is immers de wijze waarop die inkomens tot stand komen en welke prikkels daar van uitgaan, nog belangrijker dan de absolute hoogte van de inkomens van de medisch specialisten. De commissie constateert ook dat de discussie over de hoogte van de inkomens soms meer op beeldvorming is gebaseerd dan op feiten. Dat is de reden dat de commissie vooral de feiten centraal wil stellen.

Tegelijkertijd heeft de minister het onderzoeksbureau SEO opdracht gegeven onderzoek te doen naar de inkomenspositie van Nederlandse specialisten ten opzichte van die van hun collega's in het buitenland. De resultaten daarvan zijn vervat in een apart rapport, waarvan de hoofdlijnen zijn overgenomen in dit rapport.

Nederlandse curatieve zorg scoort internationaal gezien kwalitatief goed

De commissie wil vooraf gezegd hebben dat, hoewel internationale vergelijkingen over de kwaliteit van zorg niet eenvoudig zijn, er veel aanwijzingen zijn dat de curatieve zorg in Nederland op een kwalitatief hoog peil staat. Ook de gemiddelde productiviteit ligt hoog en het aantal ingrepen relatief laag (SiRM 2012). Dat wil niet zeggen dat alles goed gaat. Zo is opvallend dat er zowel regionaal als tussen medisch specialisten onderling een flinke onverklaarbare praktijkvariatie bestaat (zie onder andere CPB 2012) die zowel kan wijzen op overbehandeling als op onderbehandeling.

Specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten

Nederland kent al geruime tijd een gemengd beeld qua arbeidsverhouding, met zowel specialisten in loondienst als vrijgevestigde specialisten. De laatste jaren neemt het aandeel specialisten in loondienst in de totale specialistenpopulatie gestaag toe. De hoogte en de aard van de beloning van medisch specialisten hangt onder andere af van het feit of zij in loondienst of vrijgevestigd zijn. Bij vrijgevestigd specialisten verschilt het te verlonen inkomen van de omzet omdat onder andere rekening gehouden moet worden met kosten voor pensioenopbouw, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en door de instelling in rekening gebrachte kosten. Vrijgevestigd specialisten zijn bovendien fiscaal gezien - mits zij aan bepaalde voorwaarden voldoen - ondernemer, hetgeen fiscale voordelen met zich mee brengt. Vrijgevestigd specialisten betalen ten slotte doorgaans goodwill om zich in te kopen in een maatschap.

Loondienst gaat traditioneel gepaard met andere financiële prikkels dan vrije vestiging. In dat verband is een opvallende ontwikkeling dat inmiddels een substantieel deel van de specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd werkzaam is. Daarnaast zijn nieuwe organisatievormen in opkomst: zo richten specialisten of ziekenhuizen zelfstandige behandelcentra op, gaan ziekenhuismaatschappen zich instellingsoverstijgend organiseren (de zogenaamde regiomaatschappen) en komen er *joint ventures* of ziekenhuis-BV's tot stand, waarbij specialisten rechtstreeks gaan participeren in een instelling. Ten slotte wordt in een toenemend aantal situaties door ziekenhuizen en de aldaar werkzame specialisten in loondienst inkomensafspraken gemaakt die zowel een vaste als een variabele component bevatten. Deze variabele component hangt dan onder meer samen met geleverde productie, maar bijvoorbeeld ook met kwaliteit en financiële resultaten.

De beloning van medisch specialisten internationaal bezien

Uit verschillende bronnen blijkt dat de totale uitgaven aan medisch specialistische zorg (waaronder ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en honoraria medisch specialisten) in Nederland in internationaal perspectief niet buitensporig zijn te noemen; wel baart de forse groei in de afgelopen jaren zorgen. De uitgaven voor honorering van medisch specialisten bedragen circa 12% van de totale uitgaven aan medisch specialistische zorg. Dat is weliswaar een beperkt aandeel, maar de specialisten zijn de spil in de zorg en hun beslissingen bepalen uiteindelijk voor een belangrijk deel de totale uitgaven in de medisch specialistische zorg. Toch betekent dit niet dat de sleutel tot matiging van de groei van de zorguitgaven uitsluitend in handen van de medisch specialisten ligt.

De resultaten van het SEO-onderzoek naar de relatieve inkomenspositie van Nederlandse specialisten laten zich als volgt samenvatten. Medisch specialisten in loondienst bevinden zich voor wat betreft hun gemiddelde inkomen internationaal gezien in de middenmoot. De gemiddelde inkomens van vrijgevestigde specialisten behoren internationaal gezien tot de hoogste. Deze laatste conclusie houdt volgens het SEO-onderzoek ook

stand na de recente tariefkortingen en onder het in 2012 ingevoerde beheersmodel. Wel is een belangrijke constatering dat het verschil van de Nederlandse vrijgevestigde specialisten met hun buitenlandse collega's minder groot is dan op basis van de onbewerkte OECD-cijfers op het eerste gezicht lijkt. Correctie van de cijfers leidt met name voor buitenlandse gegevens tot significante bijstellingen.

De commissie stelt op basis van de SEO-analyse vast dat met de invoering van het beheersmodel een belangrijke stap is gezet in de richting van matiging van de inkomens van vrijgevestigd specialisten. De commissie stelt niettemin ook vast dat de inkomens van Nederlandse vrijgevestigd specialisten in 2012 hoog zijn, zowel in internationaal perspectief als in vergelijking met hun Nederlandse collega's in loondienst. Dit laatste verschil zou deels verklaard kunnen worden door verschillen in productiviteit.

Publieke belangen, realiseerbaarheid en de toetsingscriteria voor de beleidsopties

De commissie heeft niet volstaan met een inventarisatie van de theoretisch mogelijke beleidsopties maar heeft gemeend dat haar werk niet compleet zou zijn zonder deze ook te toetsen aan een aantal essentiële criteria. Primair heeft de toetsing betrekking op het effect dat een beleidsoptie zou kunnen hebben op het inkomensniveau van de individuele medisch specialist (de opdracht aan de commissie) en op het effect dat een beleidsoptie zou kunnen hebben op de productieprikkel en langs die weg op de macrobeheersing van de uitgaven aan medisch specialistische zorg. Aanvullend vindt toetsing plaats op het effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, op de realiseerbaarheid van een beleidsoptie en op governance-aspecten. Ten slotte wordt aandacht besteed aan fiscale aspecten en eventuele consequenties voor de goodwill.

Opties voor beleid

In het rapport formuleert de commissie drie typen aangrijpingspunten voor beleid. Binnen deze drie typen aangrijpingspunten zijn verschillende concrete maatregelen denkbaar. Ten eerste is het mogelijk direct aan te grijpen op het inkomen van de medisch specialist. De commissie onderscheidt drie manieren om dat te doen. Ten eerste zou de overheid via een wettelijke inkomensnormering het maximuminkomen van specialisten kunnen bepalen. Een andere maatregel zou het introduceren van een top belastingtarief kunnen zijn. Een dergelijk belastingtarief kan overigens niet alleen van toepassing zijn op een specifieke groep, zoals in dit geval medisch specialisten. Een derde mogelijkheid is het afspreken van een bezoldigingscode door de beroepsgroep. Een volgend aangrijpingspunt voor beleid is de arbeidsverhouding van medisch specialisten. Hieronder valt bijvoorbeeld het verplichten van de medisch specialisten om in loondienst te gaan. Iets dergelijks zou ook gerealiseerd kunnen worden via indirecte maatregelen (bijvoorbeeld fiscaal) waardoor vrije vestiging minder aantrekkelijk wordt gemaakt.

Een derde onderscheiden aangrijpingspunt betreft de tarieven. De commissie bespreekt hier vier mogelijkheden: een terugkeer naar de bekostiging met tariefregulering uit de periode 2008-2011, de introductie van degressieve tarieven, het continueren van het thans geldende zogenoemde beheersmodel en ten slotte de introductie van integrale tarieven voor de ziekenhuisbekostiging.

Beleidsalternatieven gewogen: ingrijpen in het inkomen

Dit type beleidsalternatieven overziend constateert de commissie dat de mogelijkheden om van overheidswege direct in te grijpen op het inkomen beperkt zijn of weinig effect sorteren. De realiseerbaarheid van wettelijke inkomensnormering specifiek voor specialisten wordt door de commissie op juridische gronden en op grond van uitvoerbaarheid op nihil ingeschat. Ook het introduceren van een specifiek topbelastingtarief voor inkomens verdiend door medisch specialisten lijkt (juridisch) haalbaar noch uitvoerbaar, noch te verdedigen op grond van het gelijkheidsbeginsel.

De introductie van een bezoldigingscode heeft in het algemeen pas op langere termijn effect (geldt alleen voor de nieuwe 'gevallen'). Niettemin kan er wel enig matigend effect van uitgaan en kunnen excessen transparant worden. Het is zeer wel denkbaar dat de beroepsgroep het initiatief neemt tot zo'n bezoldigingscode. Als zelfstandige maatregel verwacht de commissie er slechts een bescheiden effect van.

Direct ingrijpen in de inkomens zal volgens de commissie hoe dan ook niet bijdragen aan het bredere beheersingsvraagstuk waar de curatieve zorg zich voor gesteld ziet. Behalve de juridische onhaalbaarheid, de moeilijke uitvoerbaarheid en het geringe te verwachten effect plaatst de commissie bovenal vraagtekens bij de wenselijkheid van zo'n rigide aanpak. Maatwerk en innovatief handelen op decentraal niveau worden in feite op voorhand sterk ingeperkt, terwijl dergelijk gedrag juist nodig zal zijn om gepast gebruik, transparantie en verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg te bevorderen.

Beleidsalternatieven gewogen: ingrijpen in de arbeidsverhouding

De tweede categorie maatregelen grijpt aan bij de arbeidsverhouding. Het gaat om het medisch

specialisten verplichten in loondienst te werken dan wel het langs indirecte (bijvoorbeeld fiscale) weg stimuleren dat specialisten in loondienst gaan werken. Behalve dat een verplichting om in loondienst te gaan werken juridisch niet haalbaar is, is de commissie ook hier van mening dat een dergelijke rigide maatregel onvoldoende recht doet aan de dynamiek van de praktijk van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd. Er kunnen diverse inhoudelijk legitieme redenen zijn om te kiezen voor loondienst dan wel vrije vestiging; het past de overheid niet om daar centraal voor alle specialisten eenmalig een definitieve keuze in te maken. Wel acht de commissie het wenselijk dat financiële overwegingen minder bepalend zijn bij de keuze tussen vrije vestiging en loondienst dan nu soms het geval is. Wat dat betreft zijn indirecte maatregelen de moeite van het overwegen waard, zoals een beperking van de fiscale voordelen van vrije vestiging. Afschaffen of versoberen van de zelfstandigenaftrek is in dit verband een denkbare maatregel, hoewel er geen groot effect van mag worden verwacht. Dergelijke fiscale maatregelen kunnen niet uitsluitend voor medisch specialisten worden genomen.

Naar de mening van de commissie is het cruciaal dat de belangen van instelling en specialisten zoveel mogelijk gelijk gericht worden. Dat zou onder meer bewerkstelligd kunnen worden door participatie van specialisten in juridische en financiële zin in een instelling. De commissie stelt op basis van gevoerde interviews vast dat voor het stimuleren van dergelijke verbanden nieuwe wetgeving die winstuitkering mogelijk zou maken niet noodzakelijk is. Ook vast-variabele afspraken tussen instelling en specialisten over het inkomen zullen een positief effect hebben op de gelijkgerichtheid van belangen.

De commissie merkt hier op dat de recente ontwikkeling naar regionaal georganiseerde, instellingsoverstijgende maatschappen er toe kan leiden dat belangen van instelling en specialisten juist gaan divergeren. Dat acht de commissie zeer onwenselijk, gezien ook langere termijn trends rondom concentratie van de ziekenhuiszorg en verplaatsing van zorg naar de eerste lijn. Het komt de commissie voor dat, hoewel regionale samenwerking tussen specialisten op zichzelf valt toe te juichen, de figuur van de regiomaatschap vooral wordt gedreven door financiële overwegingen. Met een regiomaatschap neemt het risico op een tegenstelling tussen de belangen van instelling en specialist toe, terwijl voor het bevorderen van regionale samenwerking het oprichten van een regiomaatschap niet nodig is; die samenwerking kan ook op allerlei andere manieren vormgegeven worden. Om deze ontwikkeling een halt toe te roepen zou in toelatingsovereenkomsten moeten worden voorzien in de mogelijkheid voor het bestuur van een instelling om het oprichten van regiomaatschappen door in de instelling werkzame specialisten tegen te gaan.

Beleidsopties gewogen: ingrijpen in de bekostiging

De derde categorie maatregelen grijpt aan bij de tarieven. Het terugkeren naar prestatiebekostiging met tariefregulering, zoals in de jaren 2008 tot en met 2011 gehanteerd, wijst de commissie af. Het belangrijkste nadeel van dit systeem is dat het altijd voor specialisten de prikkel in zich zal dragen om meer te produceren. De belangen van de instelling (die een prijs afsprekt met verzekeraars voor het ziekenhuisdeel) en de specialist (die op basis van een min of meer vast honorariumtarief per behandeling werkt) liggen daarbij niet altijd parallel, hetgeen de totstandkoming van evenwichtige tarieven niet bevordert. De effectiviteit in termen van het beheersen van het individuele inkomen van de specialist en in termen van de beheersing van de macro zorguitgaven is daarmee gering tot afwezig.

De introductie van degressieve tarieven door de overheid zou naar het oordeel van de commissie weinig opleveren in termen van inkomensmatiging en kostenbeheersing. De uitvoerbaarheid van deze maatregel is qua regulering uitermate complex en de registratielast zal fors verzwaren.

Diverse partijen hebben de commissie gemeld dat met de diverse tariefmaatregelen sinds 2010 en vervolgens onder het huidige beheersmodel de inkomens van medisch specialisten al stevig neerwaarts zijn bijgesteld en dat inkomensexcessen inmiddels ten minste flink zijn verminderd. Het beheersmodel lijkt in dit opzicht een effectief instrument, al werkt het nog te kort om een eindoordeel te kunnen vellen. Tegelijkertijd kent het beheersmodel ook een aantal evidente nadelen. Het is niet erg flexibel, het beperkt de dynamiek en het is zeer complex in de uitvoering. Alles afwegend kan de commissie zich wel voorstellen dat het beheersmodel met een aantal aanpassingen gebruikt kan blijven worden in de aanloop naar een meer structurele maatregel.

De commissie verwacht op lange termijn het meest van de invoering van (vrije) integrale tarieven. Er is ook al afgesproken tussen de Orde van Medisch Specialisten (Orde), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de minister van VWS dat dit per 2015 zijn beslag krijgt. Deze maatregel scoort goed op met name de toetsingscriteria macrobeheersing en kwaliteit. Daarnaast doet deze maatregel recht aan de lokale dynamiek

en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De commissie acht het van groot belang dat juist op het niveau van het ziekenhuis tussen Raad van Bestuur en medische staf afspraken worden gemaakt over productie, kwaliteit en doelmatigheid. De commissie is een sterke voorstander van deze decentrale benadering, die tevens met zich mee brengt dat de verzekeraar een stevige inkooprol op zich neemt.

Alles afwegend...

Vanwege de positieve impact die invoering van het beheersmodel inmiddels heeft gehad en met het oog op een gedegen voorbereiding op de invoering van integrale tarieven acht de commissie het wenselijk het beheersmodel te blijven hanteren in aanloop naar de invoering van integrale tarieven. Gezien de ruimte voor inkomensmatiging die nog resteert na invoering van het beheersmodel met ingang van 2012 zou de commissie zich kunnen voorstellen dat er verdere aanpassingen worden gedaan aan de cijfermatige veronderstellingen die aan het beheersmodel ten grondslag hebben gelegen, zoals bijvoorbeeld het aanpassen van de normomzet cq. het geldende macrokader.

De commissie ziet invoering van integrale tarieven als een beloftevol perspectief met het oog op macrobeheersing en kwaliteit. Eventuele risico's met betrekking tot de governance (zijn Raden van Bestuur en specialisten voldoende geëquipeerd voor het voeren van productieve onderhandelingen?) kunnen onder meer worden ondervangen door een actieve inkooprol en tegenkracht van de verzekeraar. Bovendien kunnen partijen in dat verband ervaring opdoen onder het huidige beheersmodel, waarin instelling en specialisten geacht worden afspraken te maken over de honorering onder een plafond. Door de inkomens onder het beheersmodel in aanloop naar invoering van integrale tarieven verder te matigen wordt tevens een solide fundament gelegd voor een beheerste inkomensvorming in deze nieuwe constellatie.

Een ander belangrijk aandachtspunt bij de invoering van integrale tarieven zijn de gevolgen voor de goodwill. Hoewel er geen sprake is van een één-op-één relatie zal een grote groep vrijgevestigde specialisten onder integrale tarieven er voor kiezen om over te stappen naar loondienst. Deze beweging, die kan worden geplaatst binnen de reeds bestaande trend richting loondienst, zal op zijn minst gepaard gaan met een flinke waardedaling van de goodwill waar vrijgevestigd specialisten doorgaans een lening voor hebben afgesloten teneinde zich in te kopen in een maatschap.

Naar de mening van de commissie is dit een transitievraagstuk dat oplossing behoeft. Bij het aanpakken van dat vraagstuk zal bovendien maatwerk geboden zijn; specifieke groepen binnen de specialistenpopulatie zullen op verschillende wijze worden geraakt door een waardedaling van de goodwill: een jonge specialist die net een lening ter hoogte van een jaaromzet heeft afgesloten waarvan de onderliggende waarde daalt heeft hier nu eenmaal meer last van dan een specialist die 20 jaar aan het werk is, inmiddels zijn lening heeft afgelost, en zich heeft kunnen voorbereiden op een eventuele toekomstige waardedaling van de goodwill.

Om die reden is de commissie van mening dat dit transitievraagstuk primair in individueel overleg tussen verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten opgelost zou moeten worden. Er zijn ook al diverse voorbeelden van instellingen waar inmiddels maatwerkafspraken zijn gemaakt over de afwikkeling van de goodwill.

Het succesvol aanpakken van het goodwillvraagstuk richting 2015 heeft als bijkomend voordeel dat in de toekomst ruimte voor medisch specialisten zou kunnen worden geboden om meer differentiatie in beloning aan te brengen dan nu het geval is, onder meer langs lijnen van senioriteit en ervaring. Een beloning die ook meer dan nu geschoeid zal kunnen worden op vast-variabele afspraken rondom productie, kwaliteit en transparantie.

Ten slotte

De commissie onderstreept het belang van de matiging van de groei in de uitgaven voor de curatieve zorg. De sleutel voor de oplossing van dit vraagstuk kan niet alleen worden gevonden bij ongenueanceerde ingrepen in de inkomens van medisch specialisten of in hun arbeidsverhouding. Het is noodzakelijk dat de belangen -het leveren van effectieve en efficiënte zorg waarbij er geen sprake is van over- of onderbehandeling- van de instelling en van de medisch specialist en uiteindelijk ook van de samenleving als geheel meer parallel lopen. Dat kan langs de weg van het verder verbeteren van het beheersmodel in aanloop naar de invoering van integrale tarieven. Maar er is meer nodig. De commissie denkt in dit verband aan zaken als het stimuleren van substitutie en taakherschikking, aan het belang van zorg in de buurt en het leveren van zorg waar dat kan, op een adequate opleiding(-capaciteit) et cetera.

Alles overziende constateert de commissie dat de medisch specialistische zorg is gebaat - en dat is een heel veel gehoord signaal door de commissie - bij een zekere rust op het front van systeemwijzigingen. Er is de afgelopen jaren immers al heel veel veranderd. Bovenstaande ideeën passen daarin. De maatregelen die de afgelopen jaren zijn getroffen beginnen effect te sorteren. Het is belangrijk ook voor het onderling vertrouwen tussen overheid, specialisten, Raden van Bestuur van instellingen en zorgverzekeraars om op de ingeslagen weg voort te gaan. Tegelijk is er ook de roep om als lonkend perspectief het meer belonen van (en daarmee sturen op) gezondheidswinst voor ogen te houden. De commissie beveelt aan op dit terrein meer onderzoek te doen en experimenten te stimuleren. Een oude wijsheid in de zorg luidt immers: waar je voor betaalt, daar krijg je veel van.

1. Inleiding

Opdracht

De commissie kreeg uit hoofde van het begrotingsakkoord 2013 van mei 2012 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opdracht een inventarisatie op te stellen van beleidsopties om de norminkomens van Nederlandse medisch specialisten meer in lijn te brengen met die van hun collega's in andere landen¹. De commissie is ingesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die tevens SEO Economisch Onderzoek (SEO) opdracht heeft gegeven om parallel een internationale vergelijkende analyse uit te voeren van de relatieve inkomenspositie van Nederlandse medisch specialisten².

Invulling opdracht

De commissie heeft gemeend de aan haar gegeven opdracht ruim te moeten interpreteren. Dit vanuit de vaststelling dat beleidsopties die aangrijpen op de regulering en bekostiging van medisch specialisten wezenlijke gevolgen hebben die verder strekken dan het inkomen van de specialist alleen. De commissie constateert dat het feitelijke loon en omzet van medisch specialisten (in totaal ca. 2,7 miljard euro) een relatief beperkt deel uitmaakt van de totale uitgaven aan de medisch specialistische zorg (23,6 miljard euro). Neerwaarts bijstellen van specialisteninkomens heeft daarmee op zichzelf besparingspotentieel, maar daarin zit naar de mening van de commissie niet de grootst mogelijke winst in financiële zin. Die zit potentieel veel meer in het gegeven dat de medisch specialist de absolute spil is in de feitelijke levering van zorg. Hij is daarmee zeer bepalend voor de omvang en kwaliteit van geleverde zorg.

Omdat het inkomen van met name vrijgevestigd specialisten onder het huidige bekostigingssysteem sterk samenhangt met de hoeveelheid geleverde zorg hebben beleidsopties die raken aan de bekostiging in potentie een grote impact op de beheersing van de totale kosten van de geleverde medisch specialistische zorg. Weliswaar is het uitgavenniveau in de medisch specialistische zorg in internationaal perspectief minder hoog dan dikwijls wordt verondersteld, maar feit is dat de uitgavengroei zoals deze zich de afgelopen jaren heeft gemanifesteerd op de langere termijn niet houdbaar is. In verschillende recente rapporten (onder andere het rapport van de 14^e Studiegroep Begrotingsruimte en de Taskforce Beheersing Zorguitgaven) wordt dan ook gewezen op de steeds urgentere noodzaak tot uitgavenbeheersing in de verschillende deelsectoren van de curatieve zorg, zoals de geestelijke gezondheidszorg en de medisch specialistische zorg.

De commissie heeft zich laten leiden door een feitenonderzoek naar de relatieve hoogte van de inkomens van medisch specialisten en heeft vervolgens gezien op welke wijze eventuele aanpassingen van die inkomens zouden kunnen worden vormgegeven. Met deze aanpak heeft de commissie geen eigen standpunt ingenomen over de 'juiste' hoogte van een specialisteninkomen. De commissie is zich terdege bewust van de lopende discussie over (semi-)publieke topinkomens en daarbinnen de discussie over specialisteninkomens. De commissie stelt vast dat medisch specialisten in hun functie een grote verantwoordelijkheid dragen en dat de maatschappij (terecht) veel verwacht van deze bijzondere beroepsgroep. Welke honorering in die context passend wordt geacht, in loondienstverband dan wel in vrije vestiging, is evenwel niet ter beoordeling aan deze commissie. De commissie schetst beleidsopties die desgewenst toegepast kunnen worden.

De commissie heeft geconstateerd dat er over het onderwerp de laatste jaren al veel gezegd en geschreven is en dat er inmiddels allerlei beelden bestaan rondom de inkomens van medisch specialisten die niet in alle gevallen stroken met de werkelijkheid. De commissie hoopt een bijdrage te leveren aan de discussie door een zoveel mogelijk feitelijke beschrijving van de situatie anno 2012 te geven.

Een discussie over specialisteninkomens kan bovendien niet los gezien worden van de geleverde kwaliteit van zorg. In hoeverre slagen specialisten op dit moment in het leveren van goede zorg? Goede internationale vergelijkingen van kwaliteit van zorg zijn slechts beperkt beschikbaar; het direct vergelijken van zorginhoudelijke kwaliteit is lastig omdat er weinig betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsindicatoren zijn die internationaal worden gemeten. In elk geval beoordeelde in 2009 91% van de Nederlandse consumenten de kwaliteit van ziekenhuizen als 'goed'; alleen in België en Oostenrijk ligt het percentage hoger en in Frankrijk is het gelijk (Eurobarometer, 2010). Er is bovendien een aantal internationale onderzoeken dat concludeert dat

¹ Zie bijlage 2 (begrotingsakkoord 2013) bij de Voorjaarsnota 2012 (TK 2011-2012, 33280, nr. 1)

² Zie het instellingsbesluit van de commissie (12 juli 2012, CZ-3120160) en de brieven aan Eerste en Tweede Kamer over instelling van de commissie (13 juli 2012, CZ-3122607 en CZ-3122608).

de Nederlandse curatieve zorg van hoge kwaliteit is (EHCI, 2012; Commonwealth Fund, 2010). Kan in deze bevindingen de rol van de specialist afgezonderd worden? Ook dat is ingewikkeld. Ander onderzoek (SIRM, 2012) lijkt uit te wijzen dat het aantal chirurgische verrichtingen in Nederland relatief laag is (staar en amandelen uitgezonderd). Ook worden in Nederland relatief weinig mensen klinisch opgenomen en is de duur van de opname relatief kort. Finale conclusies trekken is al met al lastig, maar in internationaal perspectief lijkt de Nederlandse curatieve zorg (en daarbinnen de beroepsgroep van medisch specialisten) heel behoorlijke resultaten te leveren.

Dit rapport gaat na deze inleiding in hoofdstuk 2 verder met een beschrijving van een aantal feiten rond de positie van medisch specialisten, de verschillen tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst en presenteert ook een samenvatting van het SEO-onderzoek naar de inkomenspositie van Nederlandse medisch specialisten ten opzichte van die van hun collega's in het buitenland.

De commissie heeft niet willen volstaan met een inventarisatie van mogelijke beleidsopties om de inkomens te beheersen, maar vindt dat deze beleidsopties ook getoetst moeten worden. In hoofdstuk 3 wordt toegelicht op welke aspecten de beleidsopties zullen wordt getoetst. Allereerst natuurlijk aan de kern van de opdracht van de commissie: het effect op de individuele inkomens van specialisten en op de macro betaalbaarheid van de curatieve zorg. Daarnaast kunnen de beleidsinterventies gevolgen hebben voor andere publieke belangen, zoals de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ook dat zijn dus toetsingscriteria, evenals de realiseerbaarheid van de beleids optie, fiscale aspecten en eventuele gevolgen voor de goodwill.

Hoofdstuk 4 bespreekt drie categorieën van beleidsopties die ieder een aantal concrete maatregelen bevatten. Ook vindt in dit hoofdstuk de toetsing plaats van de beleidsopties aan de criteria.

De bijlagen bevatten een uitgebreide beschrijving van de toets van de beleidsopties, aanvullende feiten en cijfers over de medisch specialisten in Nederland en de samenstelling van de commissie en een lijst met de door de commissie geraadpleegde deskundigen. Het feit dat deze deskundigen zijn geraadpleegd in verschillende stadia van het werk van de commissie betekent niet dat zij enige verantwoordelijkheid dragen voor de inhoud van dit rapport. Die verantwoordelijkheid komt geheel de commissie toe.

2. De beloning van medisch specialisten

In dit hoofdstuk wordt stil gestaan bij het fundament van de opdracht: wat zijn de feiten rondom de beloning van medisch specialisten? In paragraaf 2.1. wordt eerst ingegaan op de belangrijkste institutionele verschillen tussen medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigde medisch specialisten. Vanwege de relevantie besteedt de commissie apart aandacht aan goodwill en de fiscale status van specialisten. Daarna volgt in paragraaf 2.2. de integrale samenvatting van de internationale inkomensvergelijking die SEO heeft uitgevoerd, en de conclusies die de commissie op basis van die analyse trekt.

2.1 Specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten

Nederland kent al geruime tijd arbeidsverhoudingen met zowel specialisten in loondienst als vrijgevestigde specialisten³. Medisch specialisten in loondienst, in totaal ongeveer 5.900 fte (NZa, augustus 2012) hebben een arbeidsovereenkomst met de instelling waarvoor zij werkzaam zijn. Voor specialisten werkzaam bij algemene ziekenhuizen geldt de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in algemene ziekenhuizen (AMS); deze AMS maakt deel uit van de Cao Ziekenhuizen. Medisch specialisten in dienst bij universitair medische centra vallen onder de Cao UMC. Vrijgevestigde specialisten, in totaal bijna 6.800 fte, worden door de fiscus als fiscaal ondernemer aangemerkt. Fiscaal ondernemers kunnen in hun fiscale aangifte - onder voorwaarden - een aantal aftrekken toepassen, waarvan de belangrijkste de zelfstandigen- en startersaftrek en de MKB-winstvrijstelling zijn.

De arbeidsverhoudingen variëren sterk tussen én binnen instellingen. Alle specialisten werkzaam voor universitair medische centra zijn in loondienst. Bij algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra is het beeld daarentegen gemengd: bij sommige specialismen, zoals kindergeneeskunde en radiotherapie, zijn bijna alle specialisten (traditioneel) in loondienst, terwijl bij bijvoorbeeld orthopedie en cardiologie het overgrote deel van de specialisten vrijgevestigd is. De laatste jaren neemt het aandeel specialisten in loondienst in de totale specialistenpopulatie gestaag toe. Een andere opvallende en waarschijnlijk hiermee samenhangende ontwikkeling is de sterke toename van het aandeel (jonge) vrouwen in de specialistenpopulatie. Per saldo constateert de commissie dat, voor zover vrije vestiging van specialisten in het algemeen als probleem wordt ervaren, dit probleem gezien deze trends mettertijd steeds kleiner zal worden: de verschuiving naar loondienst is onmiskenbaar en bestendig.

Een andere opvallende ontwikkeling is de opkomst van arbeidsverhoudingen die zich niet eenvoudig onder de traditionele noemers loondienst of vrije vestiging laten vangen. Zo is inmiddels bijna 20% van de specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd werkzaam. Daarnaast zijn nieuwe organisatievormen in opkomst: zo richten specialisten of ziekenhuizen zelfstandige behandelcentra op, gaan ziekenhuismaatschappen zich instellingsoverstijgend organiseren (de zogenaamde regiomaatschappen) en komen er *joint ventures* of ziekenhuis-BV's tot stand, waarbij specialisten rechtstreeks gaan participeren in een instelling. Anders gezegd: er zijn steeds meer verschillende manieren waarop specialisten vorm (kunnen) geven aan de eigen rechtspositie en de wijze waarop men inkomen verkrijgt. Het is van belang op te merken dat de aantrekkingskracht van deze nieuwe organisatievormen voor betrokken partijen voor een belangrijk deel zit in het meer gelijk richten van de belangen en risico's van instelling en specialisten.

Een belangrijke uitzondering hierop vormt de regiomaatschap. Deze samenwerkingsvorm draagt het risico in zich dat belangen van individuele instellingen en specialisten juist meer gaan divergeren. Voor regionale samenwerking kunnen legitieme inhoudelijke redenen zijn. Toch lijken aan de instelling van een regiomaatschap vooral financiële overwegingen ten grondslag te liggen. Voor bijvoorbeeld regionale afspraken over kwaliteit lijkt het opzetten van een regiomaatschap niet nodig. In hoofdstuk 3 en 4 gaat de commissie hier nader op in.

Anders dan vaak gedacht wordt heeft het type arbeidsverhouding niet direct een oorzakelijk verband met de formele relatie tussen Raad van Bestuur en specialist, maar zijn verschillen veeleer te vinden in elementen als de duur van de werkweek, behoefte aan ondernemerschap of juist een focus op onderzoek of een opleidingsfunctie. In elk geval worden zowel bij vrijgevestigde specialisten als specialisten in loondienst door Raad van Bestuur en betrokken specialisten (al dan niet georganiseerd in een maatschap) in het zogenaamde

³ De formele term die voor deze groep gehanteerd wordt is 'medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren'. In dit rapport wordt kortheidshalve volstaan met 'vrijgevestigde (medisch) specialisten'.

Document Medische Staf (DMS) afspraken gemaakt over onder andere de nadere invulling van de functie-uitoefening door de specialisten in de instelling.

Een vrijgevestigd medisch specialist is aan een ziekenhuis verbonden door middel van een toelatingsovereenkomst. Essentie van de toelatingsovereenkomst is dat het ziekenhuis de medisch specialist toestaat om binnen het ziekenhuis, al dan niet samen met enkele beroepsgenoten, een praktijk uit te oefenen. In vrijwel alle gevallen wordt hiertoe de door de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) overeengekomen Model Toelatingsovereenkomst (MTO) gehanteerd. Bij brief van 1 november 2011 is door het Ministerie van Financiën aan de Orde bevestigd dat specialisten die een overeenkomst met het ziekenhuis sluiten die overeenkomt met de recent aangepaste Model Toelatingsovereenkomst, en die ook daadwerkelijk hiernaar handelen, in fiscale zin als ondernemer kunnen worden aangemerkt. Daarmee kunnen (in elk geval in de periode tot 2015) vrijgevestigd medisch specialisten fiscaal als ondernemer worden aangemerkt. Aan deze goedkeuring ligt in de kern het zogenaamde 'VIA-declaratiemodel' ten grondslag. In dat model wordt de specialist geacht een zelfstandig declaratierecht te hebben ten opzichte van (meer dan drie) zorgverzekeraars cq. patiënten, ook al vindt het declaratieproces feitelijk plaats via het ziekenhuis.

In mei 2011 hebben overheid, ziekenhuizen en medisch specialisten een convenant afgesloten waarin onder meer is afgesproken dat per 2015 integrale tarieven zullen worden ingevoerd. Daarmee komt de bestaande deelregulering van het specialistenhonorarium te vervallen en wordt het honorarium vrij onderhandelbaar als integraal onderdeel van een DOT-zorgproduct⁴. Aan de hand van dergelijke integrale tarieven kan door verzekeraars en zorgaanbieders worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Onder integrale tarieven zullen de mogelijkheden voor continuering van het fiscaal ondernemerschap door vrijgevestigd specialisten beperkt zijn. Verwacht mag worden dat een grote groep specialisten over zal stappen op een loondienstverband. Deze ontwikkelingen zullen hun weerslag hebben op de huidige praktijk van het overnemen van goodwill door specialisten onderling.

Wat is goodwill?

In het algemene zin komt bij de verkoop van een onderneming een verkoopprijs tot stand door onderhandeling tussen koper en verkoper. De basis daarbij is de waarde van de bezittingen verminderd met de schulden van de onderneming. Alles wat meer wordt betaald dan het saldo van bezittingen en schulden valt onder de noemer 'goodwill'. Het is met andere woorden de meerwaarde van de onderneming boven de 'tastbare' bezittingen. Bij medisch specialisten zal de onderneming over het algemeen uitsluitend uit deze immateriële post – de goodwill – bestaan. De goodwill drukt de toekomstige winstpotentie van de onderneming uit in euro's. Omdat goodwill niet tastbaar is, is de hoogte van de goodwill in beginsel een onderhandelingspunt bij de overname. Factoren die onder meer een rol spelen zijn: verwachte bestendigheid van het winstniveau, schaarste en de beschikbaarheid van berekeningsmodellen specifiek voor de betreffende branche.

Voor de financiering van de inkoop in de maatschap van een vrijgevestigd specialist (i.e. de goodwill) wordt doorgaans een lening afgesloten die binnen een aantal jaren wordt afgelost. De hoogte van deze goodwill is onder meer afhankelijk van de huidige en in de toekomst verwachte omzet van de maatschap. Wie toetreedt tot een maatschap, wordt geacht circa één keer de gecorrigeerde jaaromzet van de op te volgen maat in te brengen. De goodwill mag in minimaal 10 jaar worden afgeschreven ten laste van het fiscale resultaat van de specialist. Daarnaast is de rente op een goodwillfinanciering fiscaal aftrekbaar.

De commissie heeft geconstateerd dat de bestaande praktijk van het moeten overnemen van goodwill door intredende vrijgevestigd medisch specialisten een belemmerende factor is voor het doorvoeren van veranderingen en het aanbrengen van meer flexibiliteit in inkomen en rechtspositie van die medisch specialisten

Daarnaast stelt de commissie vast dat veranderingen in de waarde van de goodwill die samenhangen met veranderingen in de bekostiging zeer verschillend uit kunnen pakken voor deelgroepen binnen de specialistenpopulatie: zo zal een jonge specialist die zich in 2008 voor een verwachte jaaromzet heeft ingekocht veel sterker geraakt worden door een waardedaling van de goodwill dan een specialist die al vele jaren werkzaam is en zijn lening inmiddels heeft afgelost. In de toetsing van beleidsopties zal separaat stil worden gestaan bij de gevolgen van de beleidsopties voor de (waarde van de) goodwill.

Een in het oog springend verschil tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigd specialisten is de wijze van beloning. Vrijgevestigd specialisten genereren zelfstandig omzet, terwijl specialisten in loondienst hun inkomen van de instelling verkrijgen. Omzet en inkomen zijn ongelijksoortige begrippen, maar ze worden nogal eens door elkaar gehaald. De begrippen laten zich pas goed vergelijken door een aantal posten bij de omzet te betrekken; pas dan kan uit de omzet een te verlonen inkomen afgeleid worden.

⁴ Een DOT-zorgproduct beschrijft, evenals zijn voorganger de DBC (DiagnoseBehandelCombinatie), een samenhangend geheel van medische verrichtingen behorend bij een bepaalde diagnose.

Onder de huidige bekostiging van vrijgevestigd specialisten, het beheersmodel, wordt een normomzet gehanteerd voor alle specialismen van ongeveer 270.000 euro. Afhankelijk van geleverde productie en specifieke afspraken binnen de maatschap en met de Raad van Bestuur kan de omzet van de individuele vrijgevestigd specialist hoger of lager uitpakken dan deze normomzet. Uit interviews blijkt dat ziekenhuizen doorgaans een bandbreedte rondom genoemde normomzet hanteren als basis voor de interne verdeling van het honorariumbudget. Van de omzet dient vervolgens een aantal kostenposten afgetrokken te worden. De belangrijkste daarvan zijn: pensioenopbouw, individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering en zogenaamde praktijkkosten (zowel collectief als individueel). Bij dat laatste gaat het individueel bijvoorbeeld om kosten voor congressen en cursussen, administratiekosten, kosten van vakliteratuur, et cetera. Ook zijn er vaak collectieve afspraken tussen instelling en maatschap over het in rekening brengen van bepaalde door de instelling gemaakte kosten bij de maatschap.

Zowel de kosten van het pensioen als die voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering wijken bij vrijgevestigd specialisten af ten opzichte van die voor specialisten in loondienst. Bij arbeidsongeschiktheid volgt dat uit het gegeven dat vrijgevestigde specialisten zich privaats dienen te verzekeren. Pensioenpremies verschillen onder meer door een andersoortige pensioenopbouw. Specialist in loondienst zijn deelnemer bij het ABP of het Pensioenfonds Zorg en Welzijn. Zowel werkgever als werknemer nemen een deel van de pensioenlasten en bij de pensioenopbouw wordt rekening gehouden met het salaris van de specialist (middelloon). Vrijgevestigd medisch specialisten zijn deelnemer bij de Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten (SPMS). De hoogte van de verschuldigde premie (waarbij geen sprake is van een werkgeversbijdrage) is gerelateerd aan het aandeel van de specialist in de praktijkomzet van de maatschap. De pensioenopbouw van de SPMS is niet salarisgerelateerd. Het SPMS-pensioen vormt dan ook het basispensioen van de vrijgevestigd medisch specialist; de goodwill wordt doorgaans beschouwd als aanvullend onderdeel van de pensioenvoorziening. Praktijkkosten komen bij specialisten in loondienst voor een groot deel voor rekening van de instelling.

Per saldo is er weinig verschil in het bruto-netto traject tussen vrijgevestigden en specialisten in loondienst: vrijgevestigde specialisten betalen meer premies maar minder belasting (voortvloeiend uit het fiscaal ondernemerschap) dan specialisten in loondienst. Voor een nader inzicht in deze vergelijking is hieronder tabel 3.2 uit het SEO-rapport overgenomen. In deze tabel wordt, uitgaande van een netto-inkomen van 73.800 euro (het nettobedrag dat hoort bij de hoogste inkomensschaal uit de AMS), berekend welk bruto-inkomen daarbij hoort voor zowel een specialist in loondienst als een vrijgevestigd specialist.

Tabel 1. Vergelijking van belastingen en premies voor een specialist in loondienst en een vrijgevestigd specialist (2012, in euro's; overgenomen uit SEO 2012)

	Loondienst	Vrijgevestigd
Bruto omzet		193.400
Praktijkkosten (collectief)		-15.500
Praktijkkosten (individueel)		-12.000
Bruto inkomen	158.000	165.900
Pensioen	-18.074	-34.300
Arbeidsongeschiktheid		-10.500
Renteverlies goodwill		-2.625
Belasting en premies	-66.125	-44.669
Netto-inkomen	73.801	73.806

2.2 De specialisteninkomens internationaal bezien

Deze paragraaf bevat de integrale samenvatting van het in opdracht van VWS uitgevoerde SEO-rapport (SEO, 2012), vergezeld van enkele conclusies die de commissie trekt op basis van de door SEO uitgevoerde analyse.

2.2.1 Samenvatting SEO-analyse

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in Nederland wil weten hoe de inkomens van Nederlandse medisch specialisten zich verhouden tot die van hun collega's in andere Europese landen. Om

hierin inzicht te krijgen heeft SEO Economisch Onderzoek de inkomens van Nederlandse medisch specialisten vergeleken met die van hun collega's in vijf buurlanden waarvoor recente OESO cijfers beschikbaar waren: België, Denemarken, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

Volgens de OESO behoren de inkomens van Nederlandse vrijgevestigde medisch specialisten tot de hoogste ter wereld. De vergelijking op basis van de OESO-cijfers is echter niet betrouwbaar omdat de manier waarop het bruto-inkomen wordt gemeten in deze landen verschilt. Dit onderzoek neemt de OESO-cijfers als uitgangspunt en corrigeert vervolgens voor verschillen in de definities. De correcties zijn gemaakt op basis van informatie en aanvullende data geleverd door experts van gerenommeerde onderzoeksinstituten in de onderzochte landen.

Voor Nederland was 2009 een bijzonder jaar. Daarom is voor Nederland ook een schatting gemaakt van het inkomen van medisch specialisten in 2012.

Verschillen tussen landen

Bekostigingssystemen

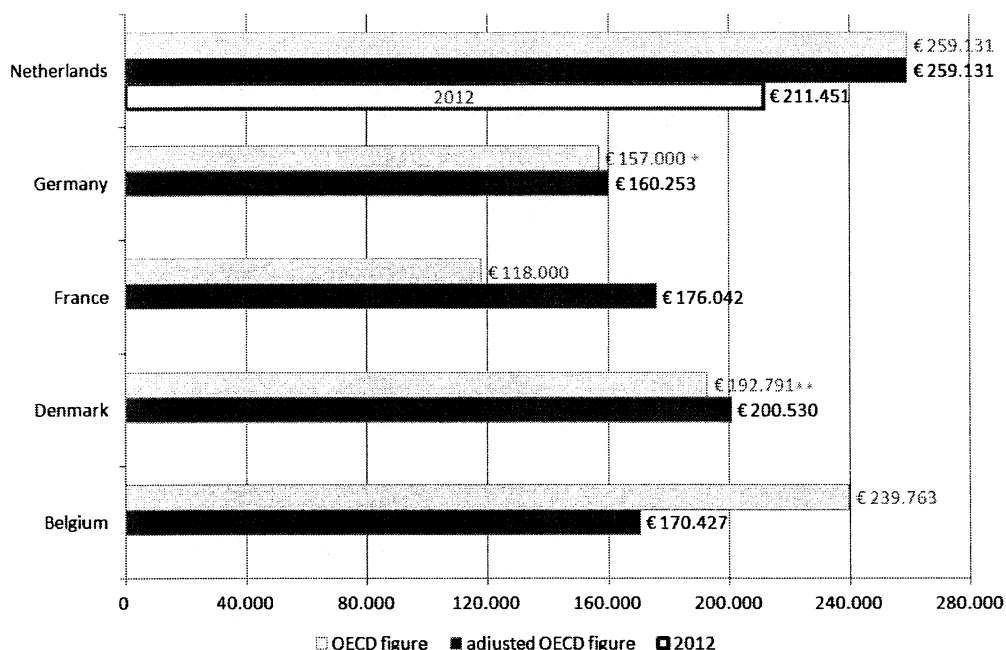
In vier van de zes landen (Denemarken, Engeland, Frankrijk en Duitsland) zijn alle specialisten die in een ziekenhuis werken in loondienst. In Denemarken en Engeland is slechts een klein deel van de medisch specialisten vrijgevestigd (respectievelijk 6% en 4%). Zij hebben een eigen praktijk buiten het ziekenhuis. In Duitsland en Frankrijk heeft een groot deel van de medisch specialisten een eigen praktijk buiten het ziekenhuis (respectievelijk 41% en 51%). Ook in Nederland en België is een groot deel van de medisch specialisten vrijgevestigd, maar, in tegenstelling tot de andere landen, werken zij vaak in het ziekenhuis. In België is het gebruikelijk om als vrijgevestigd medisch specialist in het ziekenhuis te werken. Nederland kent een mix van vrijgevestigden en artsen in loondienst in het ziekenhuis. In beide landen zijn de medisch specialisten in academische ziekenhuizen in loondienst. In totaal is 74% van de Belgische en 43% van de Nederlandse artsen vrijgevestigd.

Er is vaak overlap tussen loondienst en vrije vestiging. Zo heeft in Engeland ongeveer 50% van de artsen in loondienst ook een eigen praktijk. In België is 7% van de medisch specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd en in Nederland gaat het hier om 19% van de medisch specialisten. De inkomens van deze artsen zijn meegeteld bij de cijfers voor specialisten in loondienst. In Frankrijk werken vrijgevestigde artsen ook vaak één dag per week (in loondienst) in het ziekenhuis.

Medisch specialisten in vrije vestiging

De cijfers voor vrijgevestigde specialisten wijken op verschillende manieren af van de OESO-definitie. Het Franse inkomen betreft netto- in plaats van bruto-inkomen en in België en Frankrijk zijn de extra opbrengsten uit declaraties met tarieven boven de gereguleerde tarieven niet meegenomen. Daarnaast is in Frankrijk een aantal vrijgevestigde specialisten ook in loondienst. Deze salarissen zijn niet meegeteld in de inkomenscijfers van de OESO. Aan de andere kant zitten de praktijkkosten nog in het OESO-cijfer voor België, terwijl deze in de andere landen niet zijn meegenomen. Figuur 1 geeft de bruto-inkomens van vrijgevestigde specialisten zowel op basis van de oorspronkelijke OESO-cijfers als de cijfers gecorrigeerd voor bovenstaande afwijkingen. Voor Engeland zijn er geen cijfers over de inkomsten van het kleine aantal artsen dat alleen in private ziekenhuizen werkt.

Figuur 1 Bruto inkomen vrijgevestigde specialisten, per persoon per jaar, in 2009 euro's



*2007 **2008

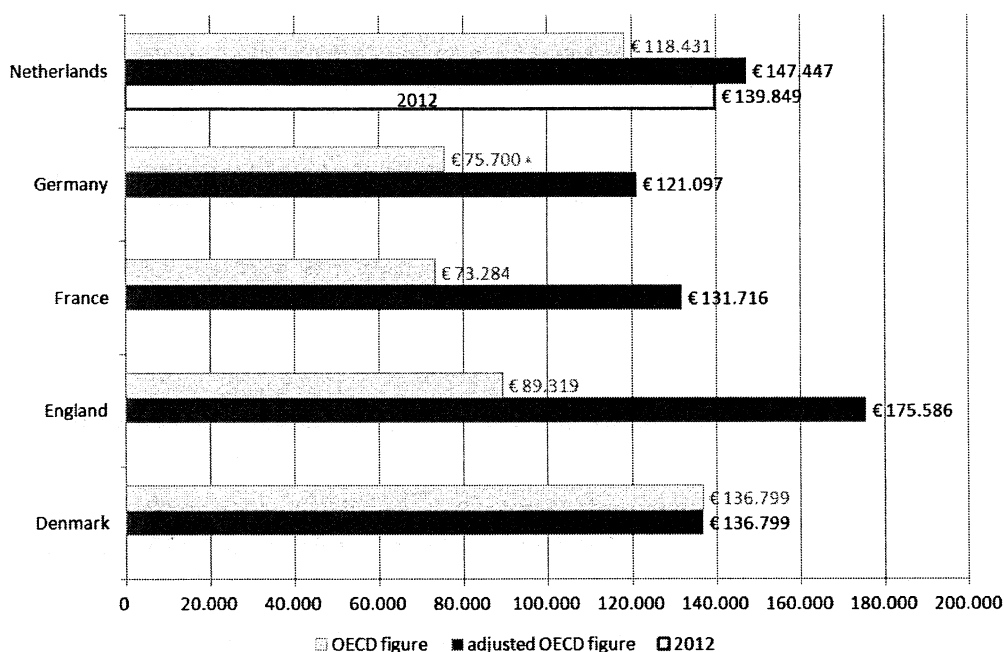
Figuur 1 laat zien dat, zowel voor als na correctie voor afwijkingen van de OESO-definitie, de Nederlandse artsen in 2009 meer verdienen dan hun collega's in Duitsland, Frankrijk, Denemarken en België. De inkomsten van de Franse artsen zijn naar boven bijgesteld, van netto- naar bruto-inkomen, inclusief aanvullende declaraties en extra inkomsten uit arbeid in loondienst. Het inkomen van Belgische specialisten is naar beneden bijgesteld door aftrek van de praktijkkosten en naar boven vanwege de aanvullende declaraties. Hun uiteindelijke aangepaste inkomen is lager dan het OESO-cijfer.

Voor Nederlandse artsen was 2009 een bijzonder jaar. Hun inkomen steeg in de jaren 2008 en 2009 sterk als gevolg van een verandering in het bekostigingssysteem. In 2010 en 2011 zijn de DBC-tarieven verlaagd en in 2012 is een omzetplafond ingesteld om de kosten te beheersen. Het inkomen van medisch specialisten in 2012 is naar schatting ongeveer € 211.000. Omdat de inkomens in de andere landen vanaf 2009 waarschijnlijk zijn gestegen, zullen de inkomensverschillen tussen Nederlandse en buitenlandse specialisten kleiner zijn geworden.

Medisch specialisten in loondienst

De OESO-cijfers voor Engelse en Duitse artsen in loondienst bevatten ook artsen in opleiding. De inkomens van medisch specialisten in deze landen worden daarom onderschat. De cijfers voor Frankrijk en Duitsland bevatten ook de inkomens van huisartsen, die vaak minder verdienen dan medisch specialisten. De inkomens voor Franse specialisten zijn bovendien netto- in plaats van bruto-inkomen, wat ook een onderschatting geeft. Daarnaast zijn de inkomsten uit private werkzaamheden in Engeland, Duitsland en Nederland niet meegenomen. Figuur 2 toont de oorspronkelijke OESO-cijfers en de cijfers gecorrigeerd voor bovenstaande afwijkingen van de OESO-definitie. Voor België zijn er geen cijfers over het bruto-inkomen van medisch specialisten in loondienst.

Figuur 2 Bruto inkomen specialisten in loondienst, per fte per jaar, in 2009



*2006

Figuur 2 laat zien dat op basis van de oorspronkelijke OESO-cijfers Deense en Nederlandse specialisten in loondienst veel meer verdienen dan specialisten in Duitsland, Frankrijk en Engeland. Als specialisten in opleiding (Engeland en Duitsland) en huisartsen (Duitsland) niet meegenomen worden en belastingen (Frankrijk) en extra inkomsten uit de eigen praktijk (Engeland, Duitsland en Nederland) wel, dan blijkt dat Engelse specialisten het hoogste inkomen hebben. Dit komt omdat zij hun salarissen aanvullen met werk in de particuliere sector.

De Nederlandse specialisten in loondienst die deels als vrijgevestigde werken zijn in 2012 ook geconfronteerd met het omzetplafond voor vrijgevestigde specialisten. Hun inkomen zal als gevolg van deze maatregel zijn gedaald tot naar schatting € 140.000 .

Sterke samenhang tussen bruto-inkomen en het aantal artsen

Er is een sterke samenhang tussen de bruto-inkomsten (gemiddeld over vrijgevestigden en artsen in loondienst) en het aantal artsen: hoe meer artsen, hoe lager het inkomen. De Engelse en Nederlandse artsen verdienen meer dan de artsen in de andere onderzochte landen. In Engeland zijn er 0,91 medisch specialisten per 1.000 inwoners, en in Nederland 0,98. In Duitsland en Denemarken, de landen met de laagste inkomens, zijn er respectievelijk 2,4 en 2,3 medisch specialisten per 1.000 inwoners. Een hogere productiviteit verklaart een deel van deze samenhang. Artsen in Nederland werken meer uren dan hun collega's in Denemarken en zijn waarschijnlijk ook productiever per uur omdat ze vaker vrijgevestigd zijn. De Duitse artsen werken echter net zoveel uren en zijn vermoedelijk net zo productief per uur als de Nederlandse artsen, maar verdienen veel minder. Een andere verklaring kan zijn dat artsen meer onderhandelingsmacht hebben in landen waar relatief weinig artsen zijn. Dit leidt tot hogere tarieven en hogere inkomens.

Andere factoren zoals de verdeling naar leeftijd en geslacht van specialisten, de poortwachterrol van de huisarts en verschillen in de opleiding lijken weinig invloed te hebben op het inkomen van medisch specialisten.

Verschillen binnen landen

Er zijn grote verschillen in inkomen tussen artsen binnen landen.

- Vrijgevestigde artsen verdienen meer dan artsen in loondienst. In Nederland was het bruto inkomen van vrijgevestigden in 2009 gemiddeld 1,8 keer meer dan het bruto inkomen van een arts die (voornamelijk) in loondienst was. Als vrijgevestigde specialisten meer belasting en premies betalen dan specialisten in loondienst dan zijn de verschillen in netto inkomens kleiner dan de verschillen in bruto inkomens. In

Nederland is er weinig verschil in het bruto-netto traject tussen vrijgevestigden en specialisten in loondienst: vrijgevestigde artsen betalen meer premies maar minder belasting dan specialisten in loondienst.

- Binnen de groep vrijgevestigden verschilt het inkomen sterk tussen verschillende specialismen. Radiologen en anesthesisten zijn in de meeste landen degenen met het hoogste inkomen, terwijl kinderartsen en psychiaters juist het minst verdienen. In Frankrijk verdient een radioloog gemiddeld 3,5 keer zoveel als een psychiater.
- Binnen de groep van artsen in loondienst verschilt het inkomen met het hiërarchische niveau. In Duitsland verdienen artsen op het hoogste niveau gemiddeld 3,1 keer zoveel als artsen op het laagste niveau. Daarnaast zijn er ook grote verschillen tussen artsen die alleen in loondienst werken en artsen die ook deels als vrijgevestigde werken. In Engeland verdient een medisch specialist die ook in een eigen praktijk werkt 1,9 keer zoveel als een arts die alleen in loondienst werkt.

2.2.2 Bevindingen commissie op basis van de SEO-analyse

De commissie is van de mening dat de door SEO uitgevoerde analyse nuttige feitelijke ingrediënten bevat voor de nadere formulering en weging van beleidsopties. De commissie benoemt hier een aantal hoofdlijnen die zij heeft opgemaakt uit de analyse.

De commissie stelt met de onderzoekers vast dat Nederlandse specialisten in loondienst een in internationaal perspectief gemiddeld inkomen verdienen en dat Nederlandse specialisten in vrije vestiging in vergelijking met andere landen een relatief hoge honorering genieten. Dit verschil is minder groot dan eerder op basis van de onbewerkte OESO-cijfers geconcludeerd is. Invoering van het beheersmodel in 2012 lijkt tot een substantiële neerwaartse bijstelling van de inkomens van vrijgevestigd specialisten te hebben geleid. Tegelijk moet worden vastgesteld dat ook in 2012 Nederlandse vrijgevestigde specialisten nog een relatief hoge honorering in internationaal perspectief kennen.

De commissie merkt in dat verband op dat ook het verschil in gemiddeld netto inkomen tussen Nederlandse specialisten in loondienst en hun vrijgevestigde collega's substantieel is, ook in 2012. Dit verschil zou deels verklaard kunnen worden door verschillen in productiviteit.

3. Publieke belangen en toetsingscriteria

De commissie heeft niet volstaan met een inventarisatie van de theoretisch mogelijke beleidsopties maar heeft gemeend dat haar werk niet compleet zou zijn zonder deze ook te toetsen aan een aantal essentiële criteria. Deze criteria worden ontwikkeld in dit hoofdstuk. In paragraaf 3.1 wordt uitgewerkt dat primair de toetsing plaats vindt aan de hand van twee vragen: welk effect de beleidsoptie wordt verwacht te hebben op het inkomensniveau van de individuele medisch specialist (de opdracht aan de commissie) en welk effect verwacht wordt op de productieprikkel en langs die weg op de macrobeheersing van de uitgaven aan medisch specialistische zorg. Aanvullend vindt toetsing van beleidsopties plaats op het te verwachten effect op de publieke belangen kwaliteit (paragraaf 3.2) en toegankelijkheid (paragraaf 3.3) van zorg. In paragraaf 3.4 wordt ten slotte ingegaan op het toetscriterium van de realiseerbaarheid van beleidsopties, waarbij speciale aandacht wordt ingeruimd voor fiscale aspecten en eventuele consequenties voor de goodwill.

3.1 Inkomen en betaalbaarheid

Zoals in de inleiding opgemerkt, is de opdracht aan de commissie beleidsopties te inventariseren die de inkomens van de specialisten meer in lijn brengen met die van hun collega's in het buitenland. Dit vooral tegen de achtergrond van de betaalbaarheid van zorg. Verlaging van de specialisteninkomen leidt op zichzelf tot enige besparing, maar grotere financiële winst zit in het feit dat de specialist de spil in de zorg is en dat zijn handelen van grote invloed is op de omvang, de kwaliteit en de kosten van de geleverde zorg. Om die reden worden de beleidsopties allereerst tegen dit licht gehouden: wat betekent de desbetreffende beleidsoptie voor het individuele inkomen van de specialist en wat betekent het voor de (macro-)betaalbaarheid van zorg? Omdat de bekostiging van de medisch specialistische zorg relatief ingewikkeld in elkaar zit schetst de commissie eerst de hoofdlijnen daarvan.

Bekostiging van de medisch specialistische zorg

Het bestaande systeem gaat uit van het basisprincipe dat iedereen in Nederland zich verplicht moet verzekeren voor het basispakket. Op deze zorgverzekeringsmarkt worden zorgverzekeraars geacht te dingen naar de gunsten van verzekerden en hen te verleiden een zorgverzekeringspolis af te sluiten. Verzekeraars kunnen zich van elkaar onderscheiden door de prijs van de polis, de service die ze bieden en in inhoud van de polis waarbij het door de overheid bepaalde basispakket een fundamentele randvoorwaarde is. Zorgaanbieders – zoals ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra – dingen op hun beurt met een zo aantrekkelijk mogelijke prijs/kwaliteit-verhouding van hun zorg naar de gunst van de verzekeraar om contracten binnen te halen voor de levering van zorg die zorgverzekeraars moeten inkopen voor hun verzekerden. De specialist, al dan niet georganiseerd in een maatschap, neemt een bijzondere positie in in dit krachtenveld. Enerzijds 'loopt hij mee' in de onderhandelingen tussen verzekeraar en instelling, anderzijds heeft hij een doorslaggevende rol bij de uiteindelijke totstandkoming van kwaliteit en volume van de geleverde zorg.

Met ingang van 2012 heeft de overheid een aantal maatregelen getroffen om het in 2005 gestarte systeem van prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg een stap verder te brengen. De invoering van DOT als opvolger van de bestaande DBC-systematiek is daar één van, evenals de uitbreiding van het vrije B-segment naar 70% van de ziekenhuisomzet, toename van de risicodragendheid van verzekeraars en introductie van een zogenaamd macrobeheersinstrument. Deze maatregelen zijn vergezeld door twee akkoorden die de overheid met respectievelijk ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en verzekeraars en met medisch specialisten en ziekenhuizen gesloten heeft die voornamelijk gericht zijn op het beheersen van de uitgavengroei de komende jaren. Voor zowel de ziekenhuizen als de medisch specialisten wordt tot 2015 uitgegaan van een uitgavengroei van 2,5% per jaar (exclusief loon- en prijsbijstelling).

De bekostiging van medisch specialisten binnen dit geheel is de afgelopen jaren verschillende malen aangepast (zie bijlage 2 voor een beknopte geschiedenis). Vanaf 2008 was er sprake van een directe koppeling tussen het specialisteninkomen en de hoeveelheid geleverde zorg, door een vast uurtarief binnen de DBC te vermenigvuldigen met een vaste normtijd (via tijdsbestedingsonderzoek vastgesteld). Met deze wijziging werd een versterking van de koppeling tussen prestaties en inkomen van de medisch specialist beoogd, evenals een grotere prikkel tot doelmatigheid, innovatie en ondernemerschap. Al snel werden er echter forse overschrijdingen vastgesteld (en in het verlengde daarvan een flinke stijging van de specialisteninkomens) die het gevolg bleken van achteraf gezien onjuist vastgestelde tarieven en onvoorziene meerproductie.

Kern van het huidige bekostigingssysteem van vrijgevestigde medisch specialisten, het zogenaamde beheersmodel dat per 2012 van kracht is, is dat de minister jaarlijks een vast macrobudget voor honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten vaststelt, passend binnen de macro beschikbare middelen van het door de overheid gehanteerde budgettaire kader zorg (BKZ). Op basis van dit macrobudget stelt de NZa op haar beurt per instelling vast welk omzetplafond (grens) er in een betreffend jaar voor alle bij die instelling werkzame vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk geldt. Deze omzetplafonds kunnen niet worden overschreden. Input voor de omzetplafonds is een zogenaamde normomzet van ongeveer 270.000 euro voor alle specialismen, uitgaande van een gelijke werklast en een gelijke productie.

De Raad van Bestuur van de instelling en het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten worden geacht verdeelafspraken te maken over de betalingen ten behoeve van de door de vrijgevestigd medisch specialisten verrichte diensten; deze verdeelafspraken moeten uit een vast en een variabel deel bestaan en ze zijn een voorwaarde voor het door de specialisten mogen declareren via de instelling aan de verzekeraar of patiënt. Afspraken hierover worden per instelling door het bestuur van de instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten vastgelegd in de toelatingsovereenkomsten. Medisch specialisten zijn verzekerd van hun fiscaal ondernemerschap als zij deelnemen aan een lokaal collectief.

De commissie heeft uit diverse gesprekken met betrokkenen opgetekend dat introductie van dit beheersmodel in belangrijke mate heeft bijgedragen aan een recente verlaging en harmonisatie van de specialisteninkomens met als spil de eerder gememoreerde normomzet. De excessieve inkomensontwikkeling die met name in de jaren 2008-2011 heeft plaatsgevonden, inclusief fors oplopende inkomensverschillen tussen specialismen, is naar de mening van veel betrokkenen inmiddels voor een belangrijk deel teruggedraaid.

Een opvallend gegeven daarbij is dat de verdeling van de honorariumbudgetten 'achter de voordeur' van het ziekenhuis vooralsnog niet lijkt te worden gebaseerd op de te verwachten honorariumomzet uit DOT-productie (in principe het voorziene vehikel om premiegeld van verzekeraar bij de zorgaanbieder te krijgen), omdat de nieuwe DOT-systematiek naar de mening van betrokkenen nog te veel problemen bevat om te kunnen dienen als grondslag voor een als eerlijk ervaren onderlinge verdeling van het honorariumbudget tussen individuele specialisten en specialismen.

Bij de contractering van ziekenhuizen door verzekeraars ziet de commissie een vergelijkbare ontwikkeling. In de contractering voor het jaar 2012 opteren veel verzekeraars en instellingen er voor om, in plaats van contracten te sluiten over prijzen van producten en te leveren aantallen, contracten te sluiten met als leidend principe zogenaamde aanneemsommen. Een aanneemsom is voor zowel verzekeraar als instelling aantrekkelijk, want het biedt op voorhand zekerheid over de te realiseren omzet cq. schadelast, terwijl er tegelijkertijd specifieke afspraken gemaakt kunnen worden over inhoudelijke aandachtsgebieden binnen de aanneemsom. Aanneemsommen bieden ten slotte, veel meer dan de gebruikelijke afspraken over prijzen en aantallen producten, mogelijkheden om meerjarige verbintenissen aan te gaan.

De in 2012 ingezette veranderingen in de bekostiging, in combinatie met de gesloten sectorakkoorden brengen (beoogde) veranderingen in de ordening van de medisch specialistische zorg met zich mee. De in het stelsel voorziene selectieve inkoop door verzekeraars krijgt langzamerhand steeds meer inhoud, waardoor concentratie en specialisatie van instellingen en specialismen (bijvoorbeeld door middel van het hanteren van minimum volumennormen) daadwerkelijk van de grond beginnen te komen. Een ander actueel thema in dit verband is de beweging om 'zorg op de juiste plek' te leveren. Dit streven heeft enerzijds een geografische component (meer zorg in de wijk), maar raakt ook aan de taakverdeling binnen de zorgketen. De gedachte is dat via zelfmanagement en het leveren van meer zorg in de eerste lijn, relatief dure tweedelijns zorg kan worden verplaatst en worden voorkomen. Op dit moment wordt gezien in hoeverre in de bekostiging van de ziekenhuiszorg samenwerking tussen eerste en tweede lijn verder gefaciliteerd zou kunnen worden. De commissie heeft in dat verband uit interviews vernomen dat de beperkte flexibiliteit van het huidige beheersmodel (afhankelijk van productieafspraken met verzekeraars kunnen de omzetplafonds voor maximaal 3,2% bijgesteld worden) een rem zou kunnen zetten op deze beweging.

Toets: effect op inkomensniveau van de specialist

Dit criterium is de kern van de opdracht aan de commissie. Elke beleidsoptie zal worden getoetst op de mate waarin deze zal kunnen leiden tot een (neerwaartse) bijstelling van de specialisteninkomens. Vooraf kan worden vastgesteld dat zo'n bijstelling in feite twee vormen kan aannemen. Ten eerste zou, vergelijkbaar met

de methodiek in het huidige beheersmodel waarin een normomzet gehanteerd wordt, een landelijk gemiddeld (norm)inkomen van specialisten bepaald kunnen worden. Bij zo'n aanpak tendeert een groot deel van de individuele specialisteninkomens naar het gemiddelde, maar zijn individuele afwijkingen naar boven en naar beneden mogelijk, al dan niet binnen een vooraf vastgestelde bandbreedte. Ten tweede zouden individuele inkomens genormeerd kunnen worden, waarbij variatie (althans naar boven) niet meer mogelijk is. In dat geval kan vooraf met zekerheid worden gezegd dat alle inkomens onder de gestelde norm zullen blijven.

De door de commissie geïnventariseerde beleidsopties zullen worden getoetst op het effect op het individuele inkomen van de medisch specialist.

Toets: effect op macrobeheersing van de uitgaven

De achterliggende gedachte bij de opdracht aan de commissie is de noodzaak tot uitgavenbeheersing in de curatieve zorg. Immers, de wijze waarop het inkomen van de specialist tot stand komt is van grote invloed op de totale uitgaven aan curatieve zorg. Dit verband loopt via prikkels in termen van productie en inkomen die de regulering en bekostiging met zich mee brengen, zoals onder meer geschetst in een eerder door SEO uitgevoerde analyse (SEO, 2010).

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat de wijze van beloning van specialisten verschillende financiële prikkels geeft. Zo hadden vrijgevestigde specialisten in de bekostiging gedurende de jaren 2008-2011 een maximaal financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit per uur en een zorgvolume waarbij zij voldoende inkomen genereren en ook voldoende vrije tijd overhouden. Vanuit dat perspectief gezien was het niet verwonderlijk dat er in die periode sprake is geweest van een sterke toename van de specialisteninkomens en het volume van geleverde zorg, hoewel naast dit effect fouten in de tariefstelling ook een rol hebben gespeeld. Onder het huidige beheersmodel is deze financiële prikkel in feite afgetopt tot het 'bereiken' van het omzetplafond van de instelling. Specialisten in loondienst hebben op hun beurt in principe geen financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit en een hoog zorgvolume, waardoor het risico van wachtlijsten en/of onderbehandeling op de loer ligt.

Vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst ervaren daarnaast allebei prikkels voor zowel doelmatig als ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten. Voor vrijgevestigde specialisten zijn de prikkels voor doelmatig én de prikkels voor ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten sterker dan voor specialisten in loondienst. Doelmatigheidsprikkels komen voort uit een belang bij een financieel gezond ziekenhuis en bij vrijgevestigden ook uit een belang om binnen de bestaande capaciteit zoveel mogelijk zorg te kunnen leveren en de DBC-prijs laag te houden. Ondoelmatigheidsprikkels komen voort uit een belang bij verlaging van de werkdruk door het verschuiven van werk naar ander ziekenhuispersoneel en bij vrijgevestigden ook uit een belang bij extra investeringen door het ziekenhuis waardoor zij extra inkomen kunnen genereren.

Wel dient opgemerkt te worden dat deze beschouwing van financiële prikkels een theoretisch zuiver onderscheid veronderstelt tussen volledig vast inkomsten (loondienst) en volledig productieafhankelijke inkomsten (vrije vestiging). Eerder heeft de commissie opgemerkt dat er een substantieel aantal specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd (bijvoorbeeld in een zelfstandig behandelcentrum) werkzaam is. Daarnaast is de commissie in interviews gewezen op een toenemend aantal situaties waarin ziekenhuizen en de aldaar werkzame specialisten in loondienst inkomensafspraken maken die zowel een vaste als een variabele component bevatten. Deze variabele component hangt dan onder meer samen met geleverde productie, maar bijvoorbeeld ook met kwaliteit en financiële resultaten. Aan de hand van dergelijke vast-variabele afspraken tracht men in de praktijk een balans te vinden in de prikkelwerking rondom productiviteit, kwaliteit en beheersing.

De huidige bekostiging, het beheersmodel, is in termen van macrobeheersing eveneens als een gemengd systeem te beschouwen: enerzijds worden vrijgevestigde specialisten (en overigens ook ziekenhuizen) geprikkeld om hun omzet te maximaliseren, terwijl als veiligheidsklep met het oog op macrobeheersing de honorariumomzet van specialisten begrensd is door middel van een instellingsplafond.

Hoe dan ook, de wijze van bekostiging brengt financiële prikkels met zich mee die op hun beurt consequenties kunnen hebben voor de macrobeheersing van het systeem als zodanig. Het is daarom van belang beleidsopties vanuit deze invalshoek tegen het licht te houden.

De commissie zal de beleidsopties toetsen op het effect op de macrobeheersing van de uitgaven.

Toets: effect op de gelijkgerichtheid van belangen van de specialist en het ziekenhuis.

De traditionele opvatting is dat de Raad van Bestuur van het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering van de instelling en de medisch specialisten voor het verlenen van patiëntenzorg. In de huidige, complexe ziekenhuisomgeving volstaat deze zwart-wit benadering al lang niet meer. Er is veeleer sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid van beide partijen voor het reilen en zeilen van de instelling als geheel. In de praktijk ontstaan op het snijvlak van deze verantwoordelijkheden spanningen, en daarmee complexe vragen over de governance van een ziekenhuis. Voorbeelden van dergelijke vragen zijn: wie bepaalt uiteindelijk welke geneesmiddelen in de instelling gebruikt mogen worden, wie gaat er over de aanschaf van een nieuwe operatierobot? Deze vragen zijn niet voorbehouden aan instellingen waar alle specialisten in vrije vestiging werkzaam zijn.

Bij dit soort vraagstukken is de achterliggende vraag volgens de commissie: zijn de belangen van Raad van Bestuur en medisch specialisten in voldoende mate gelijk gericht? Dat is een vraag die niet altijd eenvoudig te beantwoorden is. Hij is in elk geval complexer dan de suggestie die wordt gewekt door de oplossing 'alle specialisten moeten verplicht in loondienst'. Er zijn immers allerlei manieren waarop de paralleliteit van belangen van Raad van Bestuur en medisch specialisten gestimuleerd en gewaarborgd kunnen worden, ongeacht de juridische relatie tussen instelling en (collectief van) specialisten. Een aantal van de eerder genoemde nieuwe organisatievormen zijn te beschouwen als een manier waarop die paralleliteit van belangen (én risico's) vormgegeven kunnen worden.

De figuur van de regiomaatschap, een tamelijk recente ontwikkeling, lijkt een samenwerkingsvorm te zijn die maakt dat belangen van individuele instellingen en specialisten juist meer gaan divergeren. Voor regionale samenwerking kunnen legitieme inhoudelijke redenen zijn, zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling naar subspecialisatie en het steeds meer hanteren van minimum-volumenormen voor bepaalde verrichtingen. Toch lijken aan de instelling van een regiomaatschap vooral financiële overwegingen ten grondslag te liggen. Het maken van integrale contractafspraken tussen verzekeraar en instelling wordt erg complex als er een regiomaatschap een rol speelt binnen die instelling. Ook leidt het bestaan van een regiomaatschap tot onduidelijkheid over de vraag wie van deze partijen de feitelijke leiding heeft bij het maken van portfoliokeuzes (i.e. specialisatie en concentratie). Dergelijke onduidelijkheid is onwenselijk. Gelijkgerichtheid van belangen betekent naar de mening van de commissie dat het de Raad van Bestuur van de instelling is die in onderhandeling met de verzekeraar(s) en in nauwe samenwerking met de betrokken medisch specialisten hiervoor eindverantwoordelijk is.

De commissie zal de beleidsopties toetsen op het effect op de gelijkgerichtheid van de belangen van Raad van Bestuur en medisch specialisten.

3.2 Kwaliteit

Eerst en vooral wordt de specialist geacht goede zorg te bieden. De specialist is verantwoordelijk voor de door hem te verlenen zorg aan de individuele patiënt en is medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg in de instelling waarin hij werkt. Kwaliteit kent verschillende aspecten. Het begint er mee dat de specialist zich dient te richten op de binnen zijn beroepsgroep geldende professionele standaard. Hieronder wordt verstaan het geheel van overwegingen (richtlijnen, uitkomsten van onderzoek, gedragsregels, wetgeving en dergelijke) dat een specialist geacht wordt bij zijn beoordeling van de gezondheidssituatie van een patiënt te betrekken. De professionele standaard van de specialist bepaalt de inhoud en de grenzen van zijn professionele 'domein', en beïnvloedt daardoor ook zijn relatie met de patiënt. De patiënt mag van de specialist geen interventies verlangen die buiten de professionele standaard vallen. Het is de verantwoordelijkheid van de specialist om op dat punt binnen zijn relatie met de patiënt zo nodig grenzen te stellen.

Gepast gebruik is een ander element van kwaliteit. Het bestaan van ongewenste en onverklaarbare praktijkvariatie, het verschijnsel dat specialisten bij eenzelfde diagnose voor een andere behandeling kiezen, kan een signaal zijn dat sprake is van ongepast gebruik van zorg. Belangrijk is ook dat wordt vermeden dat financiële prikkels overbodige zorg 'uitlokken'. Gepast gebruik kan gestimuleerd worden door het opstellen van

kwaliteitsindicatoren en richtlijnen die niet alleen leidraad vormen voor het handelen van de arts maar ook voor de contractering door verzekeraars⁵.

Kortom, de door de specialist te verlenen zorg moet doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht zijn: effectieve en (ethisch) verantwoorde patiëntenzorg – tegenwoordig ook wel samengevat onder de noemer ‘zinnige en zuinige zorg’. Deze verantwoordelijkheid rust op alle specialisten, ongeacht de aard van hun juridische relatie met het ziekenhuis. Dit alles stelt hoge eisen aan de kennis en vaardigheden die ten grondslag liggen aan het daadwerkelijk medisch handelen door de specialist, die hij in samenwerking levert met collega’s en ondersteunend personeel binnen het verband van een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Zonder volledig te kunnen zijn, vermeldt de commissie een aantal ontwikkelingen die consequenties zullen hebben voor de wijze waarop de specialist goede zorg zal kunnen blijven bieden (zie hiervoor onder andere Projectgroep Medisch Specialist 2015, oktober 2012). Zo vraagt de vergrijzing en de toename van comorbiditeit om onder andere meer coördinatie in de samenwerking tussen specialismen; mensen met een chronische ziekte gebruiken veel en langdurig zorg. Ze bezoeken regelmatig de huisarts of medisch specialist, ze gebruiken veel geneesmiddelen en maken geregeld gebruik van bijvoorbeeld paramedische zorg, thuiszorg of hulpmiddelen. De zorg voor mensen met een chronische ziekte vraagt om een systematische aanpak en een goede organisatie van de zorg. Tegelijkertijd worden bijvoorbeeld pregnante vragen ten aanzien van behandelbeslissingen rondom het levenseinde steeds nadrukkelijker voor het voetlicht gebracht. Ook de toenemende mondigheid van de patiënt en de opkomst van sociale media en ICT leiden tot veranderingen in de maatschappelijke positie van de specialist, maar beïnvloeden evenzeer de individuele dokter-patiënt relatie.

Ten slotte is er onmiskenbaar een steeds grotere behoefte richting meer transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Vanuit verschillende hoeken wordt bepleit om veel meer te sturen op gezondheidsuitkomsten. Noodzakelijke voorwaarde daarvoor is de beschikbaarheid van goede uitkomstindicatoren. Specialist hebben een cruciale rol in de totstandkoming van dergelijke indicatoren, hetgeen ook geldt voor algemene kwaliteitsnormen en zorgstandaarden die nodig zijn om een dergelijke aanpak inhoud te geven. Het proces om daar toe te komen is evenwel lang en zal zich de komende jaren moeten voltrekken.

Toets: effect op kwaliteit

Om de zware verantwoordelijkheid voor de kwaliteit te kunnen realiseren is belangrijk dat de specialist de vrijheid heeft om naar eigen inzicht beslissingen te nemen in het medisch belang van zijn patiënt. Dit is wat van oudsher de professionele autonomie van de specialist wordt genoemd: bij het nemen van behandelbeslissingen moet de specialist zich kunnen laten leiden door het medisch belang van de betreffende patiënt. Andere partijen mogen de specialist daarin niet belemmeren. De professionele autonomie is aan de orde op het niveau van de arts-patiënt relatie en kan worden gezien als een element van het bredere begrip professionele verantwoordelijkheid. Dat laatste begrip incorporeert de professionele autonomie van de specialist, maar ook diens verantwoordelijkheid om zich transparant en toetsbaar op te stellen en om een bijdrage te leveren aan het tegengaan van overbodige zorg.

Kwaliteit kan heel wel concreet geoperationaliseerd worden. Zo kent de huidige bekostiging van medisch specialisten de voorwaarde dat 15 tot 25% van het te verdelen honorariummiddelen binnen de instelling variabel wordt verdeeld en specifiek aangewend wordt voor afspraken over onder andere kwaliteit, innovatie en het terugdringen van praktijkvariatie. Dit is – als dit inderdaad in de praktijk wordt toegepast – een voorbeeld van het incorporeren van kwaliteit in de bekostiging.

De commissie zal de beleidsopties toetsen op het effect op de verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor de kwaliteit.

3.3. Toegankelijkheid

Toegankelijke zorg betekent dat mensen die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening. In de literatuur komt een aantal aspecten steeds terug die samen de toegankelijkheid bepalen en die de toegankelijkheid kunnen beperken, te weten de kosten, de reisafstand, de

⁵ Zie als concreet voorbeeld hiervan het breed gedragen convenant ‘Gepast gebruik van zorg’ dat diverse organisaties in de zorg in juni 2011 hebben gesloten.

wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en de vraag van burgers. Een tekort aan personeel kan in alle aspecten van toegankelijkheid ingrijpen en problemen veroorzaken, zoals hogere kosten, lacunes in de geografische spreiding, lange wachttijden of minder diversiteit in aanbod. Voldoende beschikbaarheid van personeel is een voorwaarde voor toegankelijkheid.

Het bestaan of ontstaan van wachtlijsten is de meest in het oog springende verschijningsvorm van (on)toegankelijkheid. In het verleden hebben we gezien dat al te strikte (macro)beheersing van de uitgaven aan medisch specialisten gepaard is gegaan met oplopende wachtlijsten.

Het vraagstuk van de toegankelijkheid hangt voorts samen met twee actuele ontwikkelingen: taakherschikking en substitutie. In beide gevallen worden taken verdeeld; bij taakherschikking gaat het doorgaans om taken van medisch specialisten die binnen een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum worden verplaatst naar verpleegkundig specialisten en *physician assistants* en bij substitutie gaat het om verplaatsen van taken van het ziekenhuis naar de huisarts. Taakherschikking kan een bijdrage leveren aan een efficiëntere inzet van de capaciteit van zorg en daarmee van toegankelijkheid doordat anders (en korter) opgeleide professionals routinematige (geprotocolleerde) taken en laagcomplexe zorgverlening over nemen van hoger opgeleiden. Belangrijk is wel dat taakherschikking en substitutie de kwaliteit van zorg niet in negatieve zin beïnvloeden. Voorstelbaar is overigens dat taakherschikking en substitutie niet alleen bijdragen aan een betere toegankelijkheid, maar ook aan een betere kwaliteit.

Toets: effect op toegankelijkheid

De wijze van beloning van de medisch specialisten kan dus gevolgen hebben voor de toegankelijkheid. Op de kortere termijn kunnen specialisten door de wijze van beloningen worden geprikkeld harder of minder hard te werken (beïnvloeding van de productiviteit) en worden geprikkeld langer of korter te werken (invloed op de arbeidsduur). Op de langere termijn is de beloning van medisch specialisten tevens van invloed op nieuwe aanwas: kiest men wel of niet voor het beroep, al spelen daar natuurlijk ook tal van andere factoren een rol.

De commissie zal de beleidsopties toetsen op het effect op de toegankelijkheid.

3.4 Realiseerbaarheid, fiscale aspecten en goodwill

Toets: realiseerbaarheid

Niet elke beleidsoptie is van de een op andere dag ingevoerd. Behalve het oplossen van specifieke uitvoeringsvraagstukken gaat daar bijvoorbeeld de formulering en vaststelling van wet- en regelgeving aan vooraf, maar ook draagvlak bij betrokken partijen speelt een belangrijke rol bij de verwachte realiseerbaarheid van beleidsopties. Aan dit alles gaat bovendien nog een fundamentele juridische toets vooraf: de juridische haalbaarheid van beleidsopties is een absolute randvoorwaarde.

De wijze waarop een beleidsoptie zich verhoudt tot het huidige stelsel, is ook van belang. Sinds 2006 hebben opeenvolgende kabinetten van verschillende politieke samenstelling stappen gezet op weg naar een systeem van gereguleerde concurrentie. Dit heeft onder meer vorm gekregen in een geleidelijke afbouw van de budgetsystematiek voor ziekenhuizen. Bekostiging van zorgaanbieders die gekoppeld is aan daadwerkelijk geleverde prestaties vormt de kern van het huidige systeem. De mate waarin een beleidsoptie past bij dit stelsel is medebepalend voor de (termijn van) realiseerbaarheid ervan. De commissie heeft in haar gesprekken ervaren dat er in dat verband behoefte is aan 'rust aan het front': geen van de gesprekspartners zit te wachten op grote systeemwijzigingen de komende jaren.

De commissie zal toetsen of, en zo ja op welke termijn, de beleidsopties realiseerbaar zijn op grond van juridische aspecten, draagvlak in het veld en de mate waarin de opties passen binnen het huidige systeem.

Toets: fiscale aspecten en goodwill

In hoeverre mag er van uitgegaan worden dat bij bepaalde beleidsopties de bestaande fiscale voordelen die nu gekoppeld zijn aan het ondernemerschap voor vrijgevestigd medisch specialisten blijven bestaan? De huidige praktijk van koop en verkoop van goodwill hangt (indirect) samen met het verdienpotentieel van de tot de maatschap toetredende specialist, en dat verdienpotentieel hangt op zijn beurt nauw samen met de fiscale voordelen die zijn verbonden aan het fiscaal ondernemerschap (mits de toetredende door Orde en NVZ vastgestelde Model Toelatingsovereenkomst hanteert). Als deze fiscale voordelen vervallen, of als anderszins

het toekomstige verwachte inkomen van intredende specialisten daalt, daalt de waarde van de goodwill navenant. De vraag is in welke mate dit een probleem is, voor wie dat een probleem is, en of er oplossingen mogelijk zijn.

De commissie zal toetsen wat de mogelijke gevolgen van de beleidsopties zijn voor de fiscale positie van medisch specialisten en in hoeverre de beleidsopties een goodwillvraagstuk met zich mee brengen.

4. Beleidsopties getoetst

In de vorige hoofdstukken zijn relevante feiten over de medisch specialisten in Nederland en hun relatieve inkomenspositie in vergelijking met het buitenland op een rij gezet. Ook zijn de criteria besproken op grond waarvan beleidsopties gericht op het beheersen van deze inkomens door de commissie worden beoordeeld. In dit hoofdstuk komen de beleidsopties zelf aan de orde en worden deze vervolgens daadwerkelijk getoetst. De commissie inventariseert drie categorieën van beleidsopties. Onder elke categorie kan telkens een aantal individuele maatregelen geschaard worden. Ten eerste worden in paragraaf 4.1 beleidsopties besproken die aangrijpen op het inkomen. In paragraaf 4.2 worden beleidsopties geïnventariseerd die aangrijpen op de arbeidsverhouding en in paragraaf 4.3 beleidsopties die aangrijpen op de bekostiging. In paragraaf 4.4 benoemt de commissie de hoofdlijnen van de toetsbevindingen; een uitgebreide bespreking van deze toetsing is in de bijlage opgenomen.

4.1 Beleidsopties die aangrijpen op het inkomen

Onder dit type interventie vallen beleidsopties die een plafond aanbrengen in het individueel door specialisten te verdienen inkomen, maar de wijze waarop het inkomen tot stand komt en de aard van de arbeidsverhouding in principe in stand houden. De commissie voorziet binnen deze categorie drie denkbare maatregelen: inkomensnormering door de overheid, het door de beroepsgroep laten opstellen van een bezoldigingscode en het introduceren van een toptarief in de belasting voor specialisteninkomens.

In het eerste geval, inkomensnormering, bepaalt de overheid bij wet dat medisch specialisten niet meer dan een bepaald maximuminkomen kunnen verdienen. Deze aanpak is enigszins vergelijkbaar met de huidige Wet normering topinkomens (WNT) die overigens wel uitsluitend is gericht op een kleine, specifieke groep medewerkers in loondienst. Qua uitvoering zou het meer voor de hand liggen een separate wet voor de normering van specialisteninkomens op te stellen dan aansluiting te zoeken bij de WNT.

Een tweede denkbare maatregel is dat specialisten zichzelf committeren aan een bepaalde beloningsnorm via een sectorale bezoldigingscode. Dit is vergelijkbaar met de vigerende bezoldigingscode die geldt voor zorgbestuurders. Deze vorm van zelfregulering vergt geen directe overheidsinterventie.

Een derde mogelijkheid is het introduceren van een hoger toptarief inkomstenbelasting voor specialisteninkomens. Specialisteninkomens boven een bepaald niveau zouden in dat geval belast worden met het gewenste hogere tarief (toptarief nu is 52%). Deze maatregel pakt iets anders uit dan de andere twee aangezien er geen sprake is van een absoluut inkomensplafond. In plaats daarvan neemt de marginale opbrengst van meerproductie boven het nieuwe toptarief af en daarmee de financiële prikkel om meer inkomen te genereren.

4.2 Beleidsopties die aangrijpen op de arbeidsverhouding

Onder dit type interventie vallen beleidsopties die ingegeven zijn vanuit de gedachte dat de financiële prikkels, en daarmee het te genereren inkomen van vrijgevestigd specialisten, gemitigeerd zouden kunnen worden door de overstap naar een loondienstverband. Een eerste optie is het bij wet verplichten dat alle medisch specialisten in loondienst werkzaam zouden moeten zijn. Daarnaast zijn meer indirecte maatregelen voorstelbaar die vrije vestiging zijn relatief minder aantrekkelijk maakt, zoals het afschaffen of versoberen van de bestaande zelfstandigenaftrek.

Een voorkeur voor een loondienstverband zou ook gemotiveerd kunnen worden door de grotere gelijkgerichtheid van belangen die er van verwacht wordt. Het is echter maar de vraag of dit verband zich daadwerkelijk voordoet. Meer effect mag verwacht worden van combinaties, waarbij bijvoorbeeld een deel van de tijd in loondienst wordt gewerkt en een andere deel in vrije vestiging. Dat kan leiden tot vast-variabele afspraken over het inkomen, met als voordeel dat ook artsen in loondienst dan een prikkel ervaren voor doelmatigheidswinst of extra productie.

Participatie in juridische en financiële zin van specialisten in een instelling is in dat verband ook een interessante oplossingsrichting, die onder meer gestimuleerd zou kunnen worden door een wet die winstuitkering in de curatieve zorg mogelijk zou maken.

4.3 Beleidsopties die aangrijpen op de bekostiging

Het bekostigingstype is de basis voor de wijze waarop specialisten hun omzet verkrijgen (vrijgevestigd) of de wijze waarop specialisten omzet genereren voor hun ziekenhuis (loondienst)). Dit gebeurt door middel van het vehikel van declarabele tarieven die geheel of gedeeltelijk door de overheid gereguleerd kunnen worden. Veranderingen in de bekostiging zijn daarmee zeer bepalend voor de totstandkoming van het specialisteninkomen. Hier noemt de commissie vier mogelijkheden om aanpassingen in de bekostiging door te voeren: degressieve tarieven, integrale tarieven, bekostiging met tariefregulering zoals in de periode 2008-2011 en continueren van het beheersmodel.

Bij degressieve tarieven komen tarieven tot stand waarvan de hoogte afneemt met de toename van de productie van de specialist. Een voorbeeld: het honorariumtarief voor bijvoorbeeld de 20^e verrichting is lager dan het tarief voor de 10^e verrichting dat lager is dan het tarief voor de 1^e verrichting. Degressieve tarieven kunnen zowel via overheidsregulering tot stand komen als door onderhandelingen tussen verzekeraar, instelling en medisch specialisten, hetgeen in de praktijk al plaatsvindt, bijvoorbeeld via de eerder gememoreerde praktijk om in de contractering afspraken te maken over aanneemsommen.

Integrale tarieven voor een gezamenlijk DOT-zorgproduct van instelling en medisch specialist behelzen het afschaffen van de bestaande deelregulering van de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten: zowel het bestaande beheersmodel medisch specialisten (honorariumplafonds per instelling) als de door de NZa vastgestelde honorariumtarieven (uurtarief en normtijd) per DOT-zorgproduct worden afgeschaft. In plaats daarvan komen tarieven volledig tot stand in onderhandeling tussen verzekeraars en Raad van Bestuur van de instelling⁶. De Raad van Bestuur van de instelling onderhandelt vervolgens met de specialisten over hun honorarium.

De derde mogelijkheid is het continueren van het huidige beheersmodel, waarbij medisch specialisten een uurtarief vermenigvuldigd met een normtijd declareren binnen DBC, maar nooit meer kunnen declareren dan een door de NZa vooraf bepaald plafond per ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (instellingsplafond).

Ten slotte zou teruggekeerd kunnen worden naar het bekostigingsmodel uit de periode 2008-2011. Medisch specialisten zouden in dat geval een uurtarief vermenigvuldigd met een normtijd binnen een DBC kunnen declareren. Er gelden in dat geval geen instellingsplafonds.

In tabel 2 wordt een overzicht van de beleidsopties naar interventietype weergegeven. Tot op zekere hoogte zijn combinaties van beleidsopties mogelijk, bijvoorbeeld het combineren van prestatiebekostiging met een bezoldigingscode. Ook een zekere opeenvolging in de tijd van beleidsopties kan in de rede liggen. De opname van beleidsopties in deze tabel zegt nog niets over de wenselijkheid of praktische uitvoerbaarheid daarvan. Dit zijn louter ex ante denkbare beleidsopties; pas na toetsing kan de balans worden opgemaakt over de te verwachten effecten van implementatie van een bepaalde beleidsoptie.

Tabel 2. Beleidsopties gerubriceerd naar type interventie

Type interventie	Inkomen	Arbeidsverhouding	Bekostiging
	Inkomensnormering via wet	Specialisten verplicht in loondienst	Bekostiging met tariefregulering 2008-2011
	Belasting	Indirecte maatregelen die aangrijpen op arbeidsverhouding	Degressieve tarieven
	Bezoldigingscode		Continueren beheersmodel Integrale tarieven

⁶ Dit geldt voor het vrije segment dat in 2012 ca. 70% van de ziekenhuisomzet bedraagt. In het gereguleerde segment (ca. 15-20%) zal de NZa nog een integraal maximumtarief vaststellen. Onder dit maximumtarief kan vrij onderhandeld worden.

4.4 Hoofdpijnen toetsing beleidsopties

Bij de beoordeling van het type beleidsopties dat aangrijpt op het inkomen constateert de commissie dat de mogelijkheden om van overheidswege direct in te grijpen op het inkomen beperkt zijn of weinig effect sorteren. De realiseerbaarheid van wettelijke inkomensnormering specifiek voor specialisten wordt door de commissie op juridische gronden en op grond van uitvoerbaarheid op nihil ingeschat. Ook het introduceren van een specifiek topbelastingtarief voor inkomens verdiend door medisch specialisten lijkt (juridisch) haalbaar noch uitvoerbaar, noch te verdedigen op grond van het gelijkheidsbeginsel.

De introductie van een bezoldigingscode heeft in het algemeen pas op langere termijn effect (geldt alleen voor de nieuwe 'gevallen'). Niettemin kan er wel enig matigend effect van uitgaan en kunnen excessen transparant worden. Het is zeer wel denkbaar dat de beroepsgroep het initiatief neemt tot zo'n bezoldigingscode. Als zelfstandige maatregel verwacht de commissie er slechts een bescheiden effect van.

Direct ingrijpen in de inkomens zal volgens de commissie hoe dan ook niet bijdragen aan het bredere beheersingsvraagstuk waar de curatieve zorg zich voor gesteld ziet. Behalve de juridische onhaalbaarheid, de moeilijke uitvoerbaarheid en het geringe te verwachten effect plaatst de commissie bovenal vraagtekens bij de wenselijkheid van zo'n rigide aanpak. Maatwerk en innovatief handelen op decentraal niveau worden in feite op voorhand sterk ingeperkt, terwijl dergelijk gedrag juist nodig zal zijn om gepast gebruik, transparantie en verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg te bevorderen.

Dan de maatregelen die aangrijpen op de arbeidsverhouding. Behalve dat een verplichting om in loondienst te gaan werken juridisch niet haalbaar is, is de commissie ook hier van mening dat een dergelijke rigide maatregel onvoldoende recht doet aan de dynamiek van de praktijk van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd. Er kunnen diverse inhoudelijk legitieme redenen zijn om te kiezen voor loondienst dan wel vrije vestiging; het past de overheid niet om daar centraal voor alle specialisten eenmalig een definitieve keuze in te maken. Wel acht de commissie het wenselijk dat financiële overwegingen minder bepalend zijn bij de keuze tussen vrije vestiging en loondienst dan nu soms het geval is. Wat dat betreft zijn indirecte maatregelen de moeite van het overwegen waard, zoals een beperking van de fiscale voordelen van vrije vestiging. Afschaffen of versoberen van de zelfstandigenaftrek is in dit verband een denkbare maatregel, hoewel er geen groot effect van mag worden verwacht. Dergelijke fiscale maatregelen kunnen niet uitsluitend voor medisch specialisten worden genomen.

Naar de mening van de commissie is het cruciaal dat de belangen van instelling en specialisten zoveel mogelijk gelijk gericht worden. Dat zou onder meer bewerkstelligd kunnen worden door participatie van specialisten in juridische en financiële zin in een instelling. De commissie stelt op basis van gevoerde interviews vast dat voor het stimuleren van dergelijke verbanden nieuwe wetgeving die winstuitkering mogelijk zou maken niet noodzakelijk is. Ook vast-variabele afspraken tussen instelling en specialisten over het inkomen zullen een positief effect hebben op de gelijkgerichtheid van belangen.

De commissie merkt hier op dat de recente ontwikkeling naar regionaal georganiseerde, instellingsoverstijgende maatschappen er toe kan leiden dat belangen van instelling en specialisten juist gaan divergeren. Dat acht de commissie zeer onwenselijk, gezien ook langere termijn trends rondom concentratie van de ziekenhuiszorg en verplaatsing van zorg naar de eerste lijn. Het komt de commissie voor dat, hoewel regionale samenwerking tussen specialisten op zichzelf valt toe te juichen, de figuur van de regiomaatschap vooral wordt gedreven door financiële overwegingen. Met een regiomaatschap neemt het risico op een tegenstelling tussen de belangen van instelling en specialist toe, terwijl voor het bevorderen van regionale samenwerking het oprichten van een regiomaatschap niet nodig is; die samenwerking kan ook op allerlei andere manieren vormgegeven worden. Om deze ontwikkeling een halt toe te roepen zou in toelatingsovereenkomsten moeten worden voorzien in de mogelijkheid voor het bestuur van een instelling om het oprichten van regiomaatschappen door in de instelling werkzame specialisten tegen te gaan.

De derde categorie maatregelen grijpt aan bij de bekostiging. Een terugkeer naar de bekostiging met tariefregulering uit de periode 2008-2011 wijst de commissie af. Het belangrijkste nadeel van dit systeem is dat het altijd voor specialisten de prikkel in zich zal dragen om meer te produceren. De belangen van de instelling (die een prijs afsprekt met verzekeraars voor het ziekenhuisdeel) en de specialist (die op basis van een min of meer vast honorariumtarief per behandeling werkt) liggen daarbij niet altijd parallel, hetgeen de totstandkoming van evenwichtige tarieven niet bevordert. De effectiviteit in termen van het beheersen van het

individuele inkomen van de specialist en in termen van de beheersing van de macro zorguitgaven is daarmee gering tot afwezig.

De introductie van degressieve tarieven door de overheid zal naar het oordeel van de commissie weinig opleveren in termen van inkomensmatiging en kostenbeheersing. De uitvoerbaarheid van deze maatregel is qua regulering uitermate complex en het zal de registratielast fors verzwaren. Ten slotte zijn verzekeraars, instellingen en specialisten heel wel in staat om zelf degressieve tarieven af te spreken.

Diverse partijen hebben de commissie gemeld dat met de diverse tariefmaatregelen sinds 2010 en vervolgens onder het huidige beheersmodel de inkomens van medisch specialisten al stevig neerwaarts zijn bijgesteld en dat inkomensexcessen inmiddels ten minste flink zijn verminderd. Het beheersmodel lijkt in dit opzicht een effectief instrument, al werkt het nog te kort om een eindoordeel te kunnen vellen. Tegelijkertijd kent het beheersmodel ook een aantal evidente nadelen. Het is niet erg flexibel, het beperkt de dynamiek en het is zeer complex in de uitvoering. Alles afwegend kan de commissie zich wel voorstellen dat het beheersmodel met een aantal aanpassingen gebruikt kan blijven worden in de aanloop naar een meer structurele maatregel.

De commissie verwacht op lange termijn het meest van de invoering van (vrije) integrale tarieven. Er is ook al afgesproken tussen de Orde van Medisch Specialisten (Orde), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de minister van VWS dat dit per 2015 zijn beslag krijgt. Deze maatregel scoort goed op met name de toetsingscriteria macrobeheersing en kwaliteit. Daarnaast doet deze maatregel recht aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De commissie acht het van groot belang dat juist op het niveau van het ziekenhuis tussen Raad van Bestuur en medische staf afspraken worden gemaakt over productie, kwaliteit en doelmatigheid. De commissie is een sterke voorstander van deze decentrale benadering, die tevens met zich mee brengt dat de verzekeraar een stevige inkooprol op zich neemt.

Alles afwegend...

Vanwege de positieve impact die invoering van het beheersmodel inmiddels heeft gehad en met het oog op een gedegen voorbereiding op de invoering van integrale tarieven acht de commissie het wenselijk het beheersmodel te blijven hanteren in aanloop naar de invoering van integrale tarieven. Gezien de ruimte voor inkomensmatiging die nog resteert na invoering van het beheersmodel met ingang van 2012 zou de commissie zich kunnen voorstellen dat er verdere aanpassingen worden gedaan aan de cijfermatige veronderstellingen die aan het beheersmodel ten grondslag hebben gelegen, zoals bijvoorbeeld het aanpassen van de normomzet cq. het geldende macrokader.

De commissie ziet invoering van integrale tarieven als een beloftevol perspectief met het oog op macrobeheersing en kwaliteit. Eventuele risico's met betrekking tot de governance (zijn Raden van Bestuur van specialisten voldoende geëquipeerd voor het voeren van productieve onderhandelingen?) kunnen onder meer worden ondervangen door een actieve inkooprol en tegenkracht van de verzekeraar. Bovendien kunnen partijen in dat verband ervaring opdoen onder het huidige beheersmodel, waarin instelling en specialisten al geacht worden afspraken te maken over de honorering onder een plafond. Door de inkomens onder het beheersmodel in aanloop naar invoering van integrale tarieven verder te matigen wordt tevens een solide fundament gelegd voor een beheerste inkomensvorming in deze nieuwe constellatie.

Een ander belangrijk aandachtspunt bij de invoering van integrale tarieven zijn de gevolgen voor de goodwill. Hoewel er geen sprake is van een één-op-één relatie zal een grote groep specialisten onder integrale tarieven er voor kiezen om over te stappen naar loondienst. Deze beweging, die kan worden geplaatst binnen de reeds bestaande trend richting loondienst, zal op zijn minst gepaard gaan met een flinke waardedaling van de goodwill waar vrijgevestigd specialisten doorgaans een lening voor hebben afgesloten teneinde zich in te kopen in een maatschap.

Naar de mening van de commissie is dit een transitievraagstuk. Bij het aanpakken van dat vraagstuk is bovendien maatwerk geboden; specifieke groepen binnen de specialistenpopulatie zullen op verschillende wijze worden geraakt door een waardedaling van de goodwill: een jonge specialist die net een lening ter hoogte van een jaaromzet heeft afgesloten waarvan de onderliggende waarde zal dalen heeft hier nu eenmaal meer last van dan een specialist die 20 jaar aan het werk is, inmiddels zijn lening heeft afgelost en zich heeft kunnen voorbereiden op een eventuele toekomstige waardedaling van de goodwill.

Om die reden is de commissie van mening dat dit transitievraagstuk primair in individueel overleg tussen verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten opgelost zou moeten worden,

Het succesvol aanpakken van het goodwillvraagstuk richting 2015 heeft als bijkomend voordeel dat in de toekomst ruimte voor medisch specialisten zou kunnen worden geboden om veel meer differentiatie in beloning aan te brengen dan nu het geval is, onder meer langs lijnen van senioriteit en ervaring. Een beloning die ook meer dan nu geschikt zal kunnen worden op vast-variabele afspraken rondom productie, kwaliteit en transparantie.

Bijlage 1 Uitgebreide beschrijving toets beleidsopties

1. Type interventie: inkomen

Bij dit type interventie blijven bekostigingsmodel en arbeidsverhouding ongewijzigd en wordt het inkomen van een medisch specialist beperkt tot een bepaald maximum (ongeacht de wijze waarop dat verkregen wordt).

Beleids optie: wettelijke inkomensnormering

Bij deze beleids optie bepaalt de overheid bij wet dat medisch specialisten niet meer dan een bepaald maximuminkomen kunnen verdienen.

Toets op inkomen

Als het uitvoerbaar en afdwingbaar is dan leidt deze optie inderdaad tot een bijstelling van het inkomen. Het is evenwel sterk de vraag of aan deze voorwaarden kan worden voldaan. Verder is niet ondenkbaar dat er manieren zijn waarop dit in te stellen plafond in individuele gevallen kan worden ontweken. Met name voor vrijgevestigd specialisten zijn er diverse boekhoudkundige mogelijkheden om het inkomen te beïnvloeden.

Macrobeheersing

Ook voor de macrobeheersing geldt dat de uitvoerbaarheid en afdwingbaarheid van een dergelijke inkomensnormering een belangrijke randvoorwaarde is. Indien aan deze voorwaarden wordt voldaan is in principe sprake van een verminderde productieprikkel, waardoor in elk geval het honorariumdeel van de uitgaven in aanleg beter beheerst kan worden.

Kwaliteit

Onder een centrale inkomensnormering neemt wellicht de ruimte af voor instelling en specialist om variabele inkomensafspraken gerelateerd aan kwaliteit te maken.

Toegankelijkheid

Het instellen van een wettelijke inkomensnormering kan via de verminderde productieprikkel betekenen dat de kans op onderbehandeling en langere wachttijden toenemen.

Governance instelling

Door het instellen van een wettelijk verankerde inkomensnormering wordt de discussie over specialisteninkomens voor een groot deel buiten de instelling geplaatst, hetgeen de samenwerking intern mogelijk vereenvoudigt. Bovendien is er onder centrale inkomensnormering voor een medisch specialist in financiële termen weinig meer te winnen met een overstap naar een ander ziekenhuis. Tegelijkertijd leidt de afgenomen productieprikkel mogelijk tot minder paralleliteit van belangen tussen ziekenhuis en medisch specialist, bijvoorbeeld als de medisch specialist een prikkel heeft om minder productie te leveren dan het ziekenhuis heeft afgesproken met de verzekeraar.

Realiseerbaarheid

Deze beleids optie is enigszins vergelijkbaar met de huidige Wet normering topinkomens (WNT) die overigens wel gericht is op topfunctionarissen, een kleine, specifieke groep medewerkers in loondienst. Qua uitvoering zou het meer voor de hand liggen een separate wet voor de normering van specialisteninkomens op te stellen dan aansluiting te zoeken bij de WNT.

Op grond van juridische overwegingen is zo'n normering alleen mogelijk voor specialisten in loondienst, onder meer vanwege het feit dat het uiterst ingewikkeld is om bij vrijgevestigden het inkomen vast te stellen. In de jaren tachtig is met weinig succes getracht om via wetgeving de inkomens van individuele specialisten te normeren. De hiertoe strekkende wetgeving heeft uiteindelijk geen stand gehouden bij de rechter en is begin jaren negentig door de regering ingetrokken.

Normering van inkomens van specialisten in loondienst zou diverse vragen oproepen, te beginnen met de vraag: is er een dwingende reden om in te grijpen in het bestaande loongebouw zoals betrokken partijen hebben afgesproken in de CAO? Uit het SEO-onderzoek blijkt dat de gemiddelde inkomens van specialisten in loondienst internationaal in de pas lopen. Een van de aanvullende vragen is welke organisatie naleving van het vastgestelde maximuminkomen effectief zou moeten gaan handhaven.

Theoretisch is nog denkbaar om individuele specialisteninkomens te reguleren door middel van omzetplafonds per vrijgevestigd medisch specialist. Dit is een variant op de huidige bekostiging (het beheersmodel) die omzetplafonds per instelling kent. Een dergelijke aanpak is administratief enorm complex, een aantal ordes complexer dan het huidige beheersmodel. Zo zal de NZa in dat geval ca. 6.800 omzetplafonds op basis van historische realisaties moeten vaststellen (zowel voorlopig als definitief, op grond van de contractering door verzekeraars). Bovendien biedt de Wet Marktordening Gezondheidszorg op dit moment niet de ruimte om via de tariefstelling inkomensbeleid op individueel niveau te voeren.

Fiscale consequenties en goodwill

Een succesvolle maximering van het inkomen zal een drukkend effect hebben op de hoogte van de goodwill, aangezien de hoogte van de goodwill onder andere afhankelijk is van de hoogte van de te verwachten (jaar)omzet per maat van een maatschap. Continuering van het fiscaal ondernemerschap is onder deze beleids optie geborgd.

Conclusie

De commissie concludeert dat de realiseerbaarheid van deze optie op nihil moet worden ingeschat.

Beleids optie: bezoldigingscode

Specialisten committeren zich in deze beleids optie aan eigen beloningsnormen, te vergelijken met de huidige bezoldigingscode van zorgbestuurders.

Toets op inkomen

Bezoldigingscodes hebben behalve de toegevoegde waarde van transparantie en normering een behoorlijk vrijblijvend karakter, en beperken zich doorgaans tot de normering van nieuwe contracten. Het is daarmee de vraag of deze beleids optie veel effect zal sorteren; wellicht zullen echte uitbijters cq. excessen minder vaak gaan voorkomen. In de praktijk zijn gevallen bekend waarbij maatschappelijke druk ervoor heeft gezorgd dat individuele hoge inkomens zijn teruggebracht, bijvoorbeeld door het vrijwillig retourneren van een bonus.

Macrobeheersing

Deze beleids optie heeft waarschijnlijk niet of nauwelijks effect op de macrobeheersing, aangezien er – bij een gelijk blijvende bekostiging – niets verandert aan bestaande productieprikkels.

Kwaliteit

Onder inkomensnormering, ook in de vorm van een algemeen aanvaarde bezoldigingscode, neemt de mogelijkheid af voor instelling en specialist om variabele inkomensafspraken gerelateerd aan kwaliteit te maken. Denkbaar is wel dat kwaliteit uitdrukkelijk geïncorporeerd wordt in de door de beroepsgroep op te stellen code.

Toegankelijkheid

Gelijk aan wettelijke inkomensnormering, voor zover de bezoldigingscode daadwerkelijk effect sorteert.

Governance instelling

Door het opstellen van een algemeen aanvaarde bezoldigingscode wordt de discussie over specialisteninkomens enigermate buiten de instelling geplaatst, hetgeen de samenwerking intern mogelijk vereenvoudigt.

Realiseerbaarheid

Deze vorm van zelfregulering vergt geen directe overheidsinterventie. Een bezoldigingscode is op zichzelf goed realiseerbaar, maar handhaving is niet per definitie verzekerd.

Bij vrijgevestigden is het uiterst complex om de inkomens vast te stellen, bijvoorbeeld in het geval van specialisten die een BV-vorm hanteren.

Fiscale consequenties en goodwill

Maximering van het inkomen als gevolg van een bezoldigingscode kan een drukkend hebben op de hoogte van de goodwill, aangezien de hoogte van de goodwill doorgaans afhankelijk is van de hoogte van de (jaar)omzet van een praktijk. Of dit effect plaatsvindt is afhankelijk van het daadwerkelijk implementeren van deze

bezoldigingscode in de praktijk. Continuering van het fiscaal ondernemerschap lijkt onder deze beleidsoptie geborgd.

Conclusie

De commissie concludeert dat deze beleidsoptie een bijdrage zou kunnen leveren aan normering, maar verwacht een zeer bescheiden matigend effect op de hoogte van de inkomens.

Beleids optie: belastingtarief medisch specialisten

Deze beleidsoptie behelst het introduceren van een hoger toptarief inkomstenbelasting voor specialisteninkomens. Specialisteninkomens boven een bepaald niveau zouden in dat geval belast worden met het gewenste hogere tarief.

Toets op inkomen

Als het uitvoerbaar en afdwingbaar is dan heeft deze optie inderdaad enig effect op het inkomen van medisch specialisten, hoewel vermoedelijk aanzienlijk minder sterk dan de andere beleidsopties die op het inkomen aangrijpen. Het is evenwel sterk de vraag of aan deze voorwaarden kan worden voldaan.

Macrobeheersing

Ook voor de macrobeheersing geldt dat de uitvoerbaarheid en afdwingbaarheid van een dergelijke inkomensnormering een belangrijke randvoorwaarde is. De productieprikkels neemt iets af ten opzichte van de huidige situatie omdat de marginale opbrengst van meerproductie lager is. Het effect is waarschijnlijk zeer beperkt.

Kwaliteit

Op voorhand lijkt van deze beleidsoptie geen positief dan wel negatief effect op de kwaliteit uit te gaan.

Toegankelijkheid

Deze beleidsoptie zal waarschijnlijk geen significant effect hebben op de toegankelijkheid.

Governance instelling

Aangezien uitsluitend de marginale opbrengst van meerproductie afneemt en bekostiging en arbeidsverhouding verder niet wijzigen is er naar verwachting geen significant effect op de governance.

Realiseerbaarheid

Een toptarief in de belastingheffing voor een specifieke groep personen, in dit geval uitsluitend voor medisch specialisten, is niet mogelijk vanuit het oogpunt van gelijke behandeling. Bovendien zou introductie van zo'n heffing een opwaarts effect kunnen hebben in onderhandelingen over vergoedingen, doordat daarbij de netto uitkomst bepalend wordt gemaakt.

Fiscale consequenties en goodwill

Deze optie zal naar verwachting geen effecten hebben voor de fiscale duiding van de arbeidsverhouding (loondienst of ondernemer). Als de netto inkomens inderdaad zullen dalen, dan daalt de waarde van de goodwill naar verwachting navenant.

Conclusie

Deze maatregel pakt anders uit dan de bezoldigingscode en wettelijke inkomensnormering, aangezien er geen sprake is van een hard inkomensplafond. In plaats daarvan neemt de marginale opbrengst van omzet boven de belastinggrens af, hetgeen beperkte inkomenseffecten met zich mee zou kunnen brengen. Het introduceren van een belastingtarief specifiek voor medisch specialisten acht de commissie evenwel niet realiseerbaar.

2. Type interventie: arbeidsverhouding

Bij dit type interventie blijft het bekostigingsmodel ongewijzigd, is geen sprake van directe inkomensnormering en wordt een maatregel genomen die effect heeft op de arbeidsverhouding tussen specialist en instelling.

Beleids optie: specialisten verplicht in loondienst

Met deze optie wordt wettelijk verankerd dat medisch specialisten enkel op basis van een arbeidsovereenkomst in een instelling werkzaam mogen zijn.

Toets op inkomen

Bij deze optie geldt dat een mogelijk effect op inkomen vooral afhankelijk is van de uitvoerbaarheid en afdwingbaarheid. Het is evenwel sterk de vraag of aan deze voorwaarden wordt voldaan. Vervolgens is de vraag relevant of het in loondienst betrekken van een medisch specialist daadwerkelijk het inkomen van die individuele medisch specialist verlaagt. Voor een medisch specialist met arbeidsovereenkomst zijn de verschillende CAO's dan van belang. Het is op voorhand niet te zeggen wat de uitkomsten van de loononderhandelingen op individueel niveau zijn. Waarschijnlijk zullen de inkomens per saldo enigszins dalen, maar het is niet ondenkbaar dat vrijgevestigd medisch specialisten die door middel van deze maatregel een arbeidsovereenkomst zouden moeten sluiten in loononderhandelingen op eenzelfde netto inkomen aansturen.

Macrobeheersing

Ook de macrobeheersing bij deze maatregel is afhankelijk van bovengenoemde uitkomsten op individueel niveau, van alle medisch specialisten tezamen.

Kwaliteit

De commissie acht het op voorhand moeilijk vast te stellen dat de kwaliteit van de geleverde zorg sterk afhankelijk is van het vrijgevestigd dan wel in loondienst zijn van een medisch specialist. Evident is dat deze twee groepen verschillende prikkels hebben, maar dit lijkt op zichzelf geen reden waarom een van beiden betere zorg zou leveren. Zowel binnen een loondienstconstructie als een overeenkomst met een vrijgevestigd medisch specialist kunnen kwaliteitsafspraken worden gemaakt.

Toegankelijkheid

Het verplicht in loondienst nemen van specialisten leidt op korte termijn in principe tot volumebeperking en daardoor waarschijnlijk tot wachtlijsten en mogelijk onderbehandeling. Het effect op de toegankelijkheid zal afhankelijk zijn van het type loonafspraken dat de medisch specialist maakt met het betreffende ziekenhuis. Diverse loonafspraken zijn mogelijk, zoals onder andere afspraken over een vast inkomensdeel, productieafspraken en kwaliteitsafspraken.

Governance instelling

Het verplichten van een arbeidsovereenkomst plaats de medisch specialisten formeel gezien in een gezagsverhouding met het ziekenhuis. Op de (aan)sturing van de organisatie door het ziekenhuis wordt doorgaans een positief effect verwacht, maar de praktijkervaringen daaromtrent zijn niet eenduidig. Wel is het zo dat door de afgenomen productieprikkel de belangen van het ziekenhuis en de medisch specialist meer uit de pas gaan lopen. Dit zou de instelling kunnen oplossen door prikkels in de beloning in te bouwen.

Realiseerbaarheid

Werken in loondienst houdt in dat er een arbeidsovereenkomst wordt gesloten tussen een specialist en zijn werkgever. Kenmerk van een overeenkomst en derhalve ook van een arbeidsovereenkomst, is de contractsvrijheid. Dat wil zeggen dat partijen er al dan niet voor kunnen kiezen een overeenkomst te sluiten. De contractsvrijheid is een zo wezenlijk beginsel van het overeenkomstenrecht, dat een wet die zou regelen dat alle specialisten vanaf aan bepaalde datum op arbeidsovereenkomst werkzaam zijn bij – bijvoorbeeld – het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum waar ze tot dan toe het meest voor werkten, niet goed denkbaar is. Om dezelfde reden is het niet goed denkbaar dat de wetgever twee private partijen verplicht om een arbeidsovereenkomst met elkaar te sluiten. Kortom, de overheid kan niet rechtstreeks bewerkstelligen dat specialisten in loondienst werken.

Fiscale consequenties en goodwill

Het wettelijk afdwingen van het sluiten van een arbeidsovereenkomst tussen medisch specialisten en instellingen betekent dat fiscaal ondernemerschap voor medisch specialisten niet meer mogelijk is. Aangezien

de goodwill nauw samenhangt met de fiscale voordelen die gekoppeld zijn aan het fiscaal ondernemerschap betekent dit feitelijk dat de waarde van de individuele goodwill naar nul wordt gereduceerd.

Conclusie

Het wettelijk verplichten tot een arbeidsovereenkomst voor alle medisch specialisten acht de commissie juridisch onhaalbaar. Overigens merkt de commissie op dat ook in een loondienstverband vast-variabele afspraken over inkomen, productie en kwaliteit mogelijk zijn.

Beleids optie: indirecte maatregelen arbeidsverhouding

In dit verband zou overwogen kunnen worden om de huidige fiscale voordelen, in het bijzonder de zelfstandigenaftrek, die vrijgevestigde specialisten genieten te versoberen dan wel af te schaffen.

Toets op inkomen

Deze maatregel veronderstelt dat vermindering van het verschil in honorarium leidt tot een toename van het aantal specialisten in loondienst en daarmee per saldo inkomensverlaging. De vraag is of dit verband in de praktijk daadwerkelijk op zal gaan, te meer omdat het om relatief kleine bedragen gaat (netto effect zelfstandigenaftrek circa 3.800 euro; zie verder).

Macrobeheersing

Het effect op de macrobeheersing is waarschijnlijk zeer beperkt.

Kwaliteit

Net als bij het verplicht in loondienst betrekken van medisch specialisten acht de commissie het op voorhand moeilijk vast te stellen dat de kwaliteit van de geleverde zorg sterk afhankelijk is van het vrijgevestigd dan wel in loondienst zijn van een medisch specialist. Evident is dat deze twee groepen verschillende prikkels hebben, maar dit lijkt op zichzelf geen reden waarom een van beide betere zorg zou leveren. Zowel binnen een loondienstconstructie als een overeenkomst met een vrijgevestigd medisch specialist kunnen kwaliteitsafspraken worden gemaakt.

Toegankelijkheid

Gezien de geringe bedragen is het effect op het aantal specialisten dat voor een loondienstverband opteert waarschijnlijk zeer klein. Daarmee is het effect op de macrobeheersing ook waarschijnlijk zeer beperkt.

Governance instelling

Gezien de geringe bedragen is het effect op het aantal specialisten dat voor een loondienstverband opteert waarschijnlijk zeer klein. Daarmee is het effect op de governance waarschijnlijk ook zeer beperkt.

Realiseerbaarheid: beperken fiscale voordelen

Vrijgevestigd specialisten betalen, net als andere groepen zelfstandigen minder belasting dan werknemers als gevolg van (onder meer) de MKB-winstvrijstelling en de zelfstandigenaftrek. Het CPB concludeert in zijn Policy brief 2012/02 dat in het algemeen de MKB-winstvrijstelling wel is te rechtvaardigen op economische gronden, maar de zelfstandigenaftrek niet. De MKB-winstvrijstelling vermindert volgens het CPB verstoringen bij de keuze van rechtsvorm van ondernemingen en moedigt zelfstandigen aan om meer winst te maken. Het CPB stelt dat een groep mensen kiest voor de zelfstandige status vanwege de fiscale voordelen en niet zozeer omdat ondernemen hen beter afgaat dan werken in loondienst. Op basis van inzichten uit de literatuur blijkt dat voor een zelfstandigenaftrek in zijn huidige generieke vorm geen economische ratio bestaat.

Afschaffing of versoering van de zelfstandigenaftrek zou voor medisch specialisten de beslissing om in loondienst te gaan werken of als vrijgevestigd specialist te opereren minder afhankelijk kunnen maken van fiscale overwegingen. Een dergelijke maatregel zou naar zijn aard niet beperkt kunnen worden tot alleen vrijgevestigd specialisten en zou voor alle fiscaal ondernemers moeten gelden⁷, maar het CPB volgend ligt een algemene maatregel economisch gezien wellicht in de rede. Het effect van zo'n maatregel is bij medisch specialisten overigens beperkt: van de ongeveer 17.500 euro netto voordeel uit fiscale faciliteiten vloeit slechts circa 3.800 euro voort uit de zelfstandigenaftrek, de rest vloeit voort uit de MKB-winstvrijstelling. Ofwel, deze maatregel zal – hoewel te beschouwen als no regret-optie – vermoedelijk weinig effect sorteren.

⁷ Dit geldt vanzelfsprekend ook voor maatregelen die zouden aangrijpen op andere fiscale voordelen die medisch specialisten en fiscaal ondernemers in het algemeen genieten.

Fiscale consequenties en goodwill

Indirecte maatregelen die vrije vestiging in financiële zin minder aantrekkelijk maken hebben per definitie een negatief effect op de waarde van de goodwill. Indirecte maatregelen hebben niet direct consequenties voor de fiscale positie van vrijgevestigd medisch specialisten, zij het dat de voordelen ervan kleiner worden.

Conclusie

De commissie verwacht geen betekenisvol effect van het versoberen dan wel afschaffen van fiscale voordelen.

3. Type interventie: tarieven

Beleids optie: continueren beheersmodel

Onder het huidige beheersmodel declareren vrijgevestigde medisch specialisten een uurtarief vermenigvuldigd met een normtijd binnen een DBC, maar men kan nooit meer declareren dan een door de NZa vooraf bepaald plafond per ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (instellingsplafond). Dit plafond is overigens geen omzetgarantie; het moet 'gevuuld' worden met declaraties. Het is dus denkbaar dat een plafond van een individuele instelling niet volledig wordt benut. Het instellingsplafond is beperkt flexibel, afhankelijk van productieafspraken met verzekeraars. In 2012 bedroeg deze schuifruimte 3,2% van het totale macrobudget van ongeveer 2 miljard euro.

Toets op inkomen

Aan het huidige beheersmodel liggen twee variabelen ten grondslag: het beschikbare macrokader en het aantal vrijgevestigde specialisten. Hieruit kan een normomzet van ongeveer 270.000 euro worden afgeleid. Afhankelijk van afspraken tussen maatschap en Raad van Bestuur kan de uiteindelijke omzet van een individuele specialist hoger of lager uit komen, maar de bandbreedte is beperkt. Immers, binnen een instelling zijn alle specialisten gebonden aan één plafond. Aanpassingen van de normomzet in dit model zijn derhalve behoorlijk bepalend voor de daadwerkelijk te realiseren inkomens van specialisten.

Macrobeheersing

Het voornaamste voordeel van het continueren van het beheersmodel medisch specialisten is dat de overheid een aanvullend instrument behoudt waarmee aan de voorkant gestuurd kan worden op macrobeheersbaarheid. Dat biedt zekerheid, maar daar staan belangrijke nadelen tegenover, namelijk de zeer beperkte flexibiliteit en dynamiek van het model. Het langer behouden van het beheersmodel kan ertoe leiden dat de beheersing van de kosten door de ziekenhuisbestuurders met in het verlengde daarvan selectieve zorginkoop door de zorgverzekeraars wordt belemmerd, hetgeen deels zou kunnen worden ondervangen door een forse vergroting van de schuifruimte.

Kwaliteit

Vanwege de beperkte flexibiliteit en dynamiek gaan er weinig prikkels voor verhoging van de kwaliteit uit van dit model.

Toegankelijkheid

Het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten in een individuele instelling heeft onder het beheersmodel een prikkel om het plafond vol te maken en niet meer dan dat. Voor meerproductie boven het plafond ontvangt men immers geen honorarium. De productieprikkel wordt daarmee afgetopt. Deze volumebeperking geeft een zeker risico op onderbehandeling en leidt mogelijk tot langere wachttijden.

Governance instelling

Gegeven de afgetopte productieprikkel kunnen de belangen van ziekenhuis en medisch specialist uit elkaar gaan lopen, bijvoorbeeld in het geval dat de specialist het instellingsplafond in begin december van het lopende jaar heeft bereikt, terwijl het ziekenhuis nog wel ruimte heeft om zorg te leveren binnen de gemaakte afspraken met de verzekeraar. Door de van overheidswege vastgestelde instellingsplafonds is er beperkt ruimte voor ziekenhuis en specialist om deze situatie te ondervangen aan de hand van vast-variabele afspraken

Realiseerbaarheid

Het beheersmodel is het vigerende bekostigingsmodel en is in termen van wet- en regelgeving betrekkelijk eenvoudig te continueren. Niettemin is het beheersmodel en de hiermee gepaard gaande (deel)regulering een administratief complex geheel, waarbij instellingen en NZa vele handelingen moeten verrichten in het kader van het vaststellen van het honorariumplafond. Deze complexiteit heeft in de praktijk al tot een aantal vraagstukken geleid. Een voorbeeld is dat als een ziekenhuis met een maatschap afsprekt dat de specialisten beter in loondienst kunnen komen, dit betekent dat op een of andere manier geregeld moet worden dat het bijbehorende honorarium aan de ziekenhuiskostenkant toegevoegd wordt. De overheid moet dan (in de huidige situatie) bijvoorbeeld het kader aanpassen. Of omgekeerd kan het betekenen dat een instelling zich genoodzaakt voelt om specialisten in loondienst te nemen omdat het honorarium via de omzetplafonds niet verworven kan worden.

De inflexibiliteit van het model wordt geïllustreerd door het gegeven dat inherent aan het beheersmodel is dat de overheid (i.c. de NZa) op een gegeven moment de honorariumplafonds voor het betreffende jaar moet gaan vaststellen. Dit betekent onherroepelijk dat er een datum is in het lopende jaar waarna verschuivingen in productie niet meer kunnen worden toegewezen. Hiermee hangt samen het probleem van het niet mee kunnen nemen van honorariumbudget door individuele specialisten of maatschappen die gedurende het jaar overstappen van de ene naar de andere instelling.

Fiscale consequenties en goodwill

De fiscale positie van medisch specialisten is door de fiscale 'ruling' van het Ministerie van Financiën van 1 november 2011 geborgd onder het huidige beheersmodel, voor alle medisch specialisten die 'via' het ziekenhuis declareren aan patiënten en verzekeraars. Het continueren van het beheersmodel verandert hier in principe niets aan.

Van een verdere matiging van het makrodoel in het beheersmodel, en daardoor matiging van de honorariumplafonds, mag wel een negatief effect worden verwacht op de hoogte van de goodwill.

Conclusie

Het continueren van het huidige beheersmodel medisch specialisten is zeer goed realiseerbaar. De makrobeheersing is de voornaamste kracht van dit model, met als bijkomend voordeel de mogelijkheid van een behoorlijk strakke sturing op de normomzet van vrijgevestigd specialisten. Vanwege de beperkte flexibiliteit, dynamiek en administratieve complexiteit is dit model bij uitstek geschikt als transitie-model.

Beleids optie: bekostiging met tariefregulering uit de periode 2008-2011

In dit model wordt terug gegaan naar het systeem van honorering zoals dat werkte van 2008 tot en met 2011: honorariumtarieven per DOT-zorgproduct. Gezien de risico's van dit model ligt het in de rede om vooraf de tarieven en/of de normtijden te beperken.

Toets op inkomens

Door de inherente sterke volume prikkel is beheersing van inkomens in dit systeem niet eenvoudig. Door het bestaan van geregleerde honorariumtarieven kan nog wel achteraf door de overheid generiek worden ingegrepen in de inkomens van medisch specialisten door deze tarieven lager vast te stellen.

Macrobeheersing

In het verleden hebben we gezien dat de makrobeheersing weliswaar achteraf geborgd kan worden door eventueel tariefmaatregelen te treffen bij overschrijdingen, maar gezien de inherente volume prikkels in dit systeem is de kans op een terugkerende situatie van overschrijdingen en het achteraf opleggen van tariefkortingen groot. Dit is het grootste nadeel van dit tariefsysteem: in de jaren vanaf 2008 heeft het honorariumtarief geleid tot enorme overschrijdingen. Weliswaar lagen hier ook systeemfouten aan ten grondslag (die inmiddels met kortingen en andere aanpassingen gerepareerd zouden moeten zijn), maar dat neemt niet weg dat de prikkel in dit systeem er een is van produceren. De vrijgevestigd medisch specialist krijgt immers het honorariumtarief per gedeclareerd zorgproduct. Het is niet uit te sluiten dat dergelijke effecten en fouten in het systeem zich wederom zullen manifesteren, ook als er ex ante maatregelen door de overheid worden getroffen. Het is namelijk de vraag of de overheid überhaupt in staat is om een juiste honorariumbandbreedte en inzet van de specialist per zorgproduct te bepalen.

Het (her)invoeren van bekostiging op basis van honorariumtarieven heeft bovendien als nadeel dat integrale zorginkoop minder goed mogelijk is. Dit betekent ook dat veldpartijen niet of moeilijker zelf invulling kunnen geven aan taakherschikking en substitutie, en het vormt tevens een belangrijke belemmering voor het bereiken van het langetermijnperspectief van uitkomstbekostiging.

Kwaliteit

Dit systeem geeft kans op overbehandeling en ongepast gebruik van zorg.

Toegankelijkheid

Deze bekostigingsvorm bevat een sterke prikkel tot produceren. Dit kan tot kortere wachttijden leiden.

Governance instelling

De mate waarin belangen tussen ziekenhuis en specialist parallel lopen hangt af van de mate waarin de productieprikkels van de medisch specialist aansluit bij die van het ziekenhuis. Gezien de door de commissie

geconstateerde ontwikkeling richting het sluiten van vaste aanneemsommen tussen verzekeraar en ziekenhuis bestaat kans dat belangen van ziekenhuis en specialisten in dit model uit elkaar gaan lopen.

Realiseerbaarheid

Tariefregulering is op zich zelf realiseerbaar, met als belangrijkste kanttekening dat gebleken is dat het door de overheid vaststellen van juiste honorariumtarieven zonder nadere veiligheidskleppen geen makkelijke opgave is.

Fiscale consequenties en goodwill

Van dit model wordt geen effect verwacht op de fiscale positie van specialisten en de waarde van de goodwill.

Conclusie

Het (her)invoeren van tariefregulering is op zichzelf realiseerbaar, maar ligt gezien de ervaringen die met dit model zijn opgedaan niet bepaald voor de hand. De sterke productieprikkel die van dit systeem uitgaat en de opgedane ervaringen in termen van overheidsregulering (i.e. het bepalen van de juiste gemiddelde tarieven en normtijden) bieden weinig vertrouwen voor een succesvolle herinvoering van dit model.

Beleids optie: degressieve tarieven

Deze beleids optie betreft de totstandkoming van honorariumtarieven waarvan de hoogte afneemt met de toename van de productie van de specialist. De overheid stelt dan vast dat het honorariumtarief voor bijvoorbeeld de 20^e verrichting lager is dan het tarief voor de 10^e verrichting dat weer lager is dan het tarief voor de 1^e verrichting.

Toets op inkomen

Onder degressieve tarieven wordt meerproductie met een lager tarief beloond. Bij een gelijke productie leidt dit in principe tot lagere inkomens.

Macrobeheersing

Beperking van de productieprikkel biedt meer waarborgen voor macrobeheersing.

Kwaliteit

Dit systeem vermindert het risico op overbehandeling (afhankelijk van de gekozen degressiviteit).

Toegankelijkheid

Risico op onderbehandeling en wachtlijsten (afhankelijk van de gekozen degressiviteit).

Governance instelling

Mogelijk minder paralleliteit van belangen als de productieprikkel van de medisch specialist afwijkt van die van het ziekenhuis.

Realiseerbaarheid

De complexiteit van het door de overheid vaststellen van degressieve tarieven is dermate groot dat de commissie zich moeilijk kan voorstellen dat deze optie realiseerbaar is; in de bekostiging 2008-2011 is al gebleken dat de overheid moeilijkheden heeft met het vaststellen van gemiddelde tarieven. Invoering van degressieve tarieven zou bovendien een enorme registratielast met zich mee brengen en introduceert mogelijk nieuwe prikkels voor strategisch gedrag.

Onder de huidige bekostiging zijn er overigens al legio mogelijkheden voor verzekeraars, instellingen en specialisten om degressieve tarieven af te spreken, en dat gebeurt dan ook. Zo is een macro-aanneemsom te beschouwen als een ruwe vorm van een degressief tarief.

Fiscale consequenties en goodwill

Van dit model wordt geen effect verwacht op de fiscale positie van specialisten. Als de inkomens inderdaad dalen dan leidt dit tot een navenante verlaging van de waarde van de goodwill.

Beleids optie: integrale tarieven

Tussen Orde, NVZ en VWS is in een convenant afgesproken dat per 2015 integrale tarieven ingevoerd zullen worden. De invoering van integrale tarieven behelst het afschaffen van de bestaande deelregulering van de

honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. Dit betekent concreet het afschaffen van het beheersmodel specialisten (honorariumplafonds per instelling) en het afschaffen van vastgestelde honorariumtarieven (uurtarief en normtijd) per DOT-zorgproduct.

Toets op inkomen

Onder integrale tarieven wordt de bezoldiging van specialisten primair een resultante van onderhandelingen binnen het ziekenhuis. Een eenduidige uitkomst van die onderhandelingen is op voorhand niet te voorspellen. Dat is onder meer afhankelijk van het machtsevenwicht tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten, en de mate van tegenkracht die door de verzekeraar wordt ingebracht. Het gemiddelde inkomensniveau en de mate van inkomensharmonisatie tussen specialisten en specialisten ten tijde van invoering van de integrale tarieven zal een belangrijk ijkpunt vormen bij de onderhandelingen.

Macrobeheersing

De macrobeheersing wordt op totaalniveau gerealiseerd door het beheersen van de totale ziekenhuisuitgaven. Onder integrale tarieven is er geen apart honorariumtarief, zodat de sturing op macroniveau zich niet meer toespitst op de afgezonderde honorariumuitgaven.

Doordat het honorarium niet meer door de NZa hoeft te worden vastgesteld wordt het risico op kostenoverschrijdingen beperkt. Het risico komt te liggen bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft meer inzicht in de productie van specialisten dan de NZa en kan daardoor betere afspraken maken over de honorering.

Zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs van een DOT-zorgproduct en kunnen, bijvoorbeeld door in de inkoop rekening te houden en/of te sturen op taakherschikking en substitutie, indirect sturen op de honorariumuitgaven. Die ruimte voor sturing ontstaat bij integrale tarieven door het afschaffen van de onder het huidige beheersmodel door de NZa vastgestelde honorariumtarieven, de normtijden, het omzetplafond en de schuifruimte.

Kwaliteit en toegankelijkheid

Aan de hand van integrale tarieven zal door verzekeraars en zorgaanbieders worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Dit leidt er toe dat zorgaanbieders meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten, rekening houdend met kwaliteit en toegankelijkheid.

Governance instelling

De specialist zal meer worden beschouwd als één van de mogelijke productiefactoren en zal een meer integraal onderdeel vormen van de onderhandelingen tussen instelling en verzekeraar. Ook binnen de instelling zal, althans in termen van de bekostiging, een meer gelijk speelveld ontstaan tussen Raad van Bestuur en specialisten. Het past in een model van prestatiebekostiging waarbij de aanbieder volledig verantwoordelijk is voor de prestatie. Vraag is of alle Raden van Bestuur voldoende geëquipeerd zijn voor deze onderhandelingen 'achter de voordeur'. Met name in een situatie waarin regiomaatschappen een rol spelen neemt de kans op een ongelijk speelveld toe.

Realiseerbaarheid

Aangezien de principe-afspraken tussen Orde, NVZ en VWS over invoering van integrale tarieven al is gemaakt kan betrekkelijk eenvoudig overgegaan worden op de feitelijke implementatie. Wel is de afwikkeling van het goodwillvraagstuk een belangrijk, maar oplosbaar, aandachtspunt. 2015 lijkt de commissie een reëel invoeringsjaar.

Fiscale consequenties en goodwill

In de huidige situatie is er een honorariumtarief dat de specialist via het ziekenhuis in rekening brengt bij meerdere patiënten/verzekeraars. Hierdoor is er sprake van 'zelfstandig declaratierecht', meerdere opdrachtgevers en is zodoende de fiscale status geborgd. Na invoering van integrale tarieven is er nog maar één integraal tarief dat gedeclareerd wordt aan één 'hoofdaannemer' voor één geleverd zorgproduct. Die 'hoofdaannemer' is het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum, waarbinnen verschillende medisch specialisten werken. De medisch specialist die in de huidige situatie maar in één ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum werkt en toch fiscaal ondernemer is, zal dus geen fiscaal ondernemer meer zijn onder integrale tarieven.

Medisch specialisten hebben onder integrale tarieven wel een beperkt aantal alternatieven om ondernemer te blijven, bijvoorbeeld door voor drie of meer ziekenhuizen te werken, te gaan werken vanuit een eigen besloten

vennootschap (met verschillende ziekenhuizen als opdrachtgever) of een zelfstandig behandelcentrum te starten.

Vanwege het vervallen van fiscaal ondernemerschap voor een groot aantal specialisten zal er sprake zijn van een forse daling van de waarde van de goodwill.

Hoewel er dus geen sprake is van een één-op-één relatie zal een grote groep vrijgevestigde specialisten onder integrale tarieven er voor kiezen om over te stappen naar loondienst. Deze beweging, die kan worden geplaatst binnen de reeds bestaande trend richting loondienst, zal op zijn minst gepaard gaan met een flinke waardedaling van de goodwill waar vrijgevestigd specialisten doorgaans een lening voor hebben afgesloten teneinde zich in te kopen in een maatschap.

Dit is een transitievraagstuk dat oplossing behoeft. Bij het aanpakken van dat vraagstuk zal bovendien maatwerk geboden zijn; specifieke groepen binnen de specialistenpopulatie zullen op verschillende wijze worden geraakt door een waardedaling van de goodwill: een jonge specialist die net een lening ter hoogte van een jaaromzet heeft afgesloten waarvan de onderliggende waarde daalt heeft hier nu eenmaal meer last van dan een specialist die 20 jaar aan het werk is, inmiddels zijn lening heeft afgelost, en zich heeft kunnen voorbereiden op een eventuele toekomstige waardedaling van de goodwill.

Conclusie

In een model van prestatiebekostiging worden zorgaanbieders idealiter volledig afgerekend op de integrale prestatie die geleverd wordt, waarbij de aanbieder volledig verantwoordelijk is voor de totstandkoming van die prestatie. In deze logica past geen deelregulering van specialisten en de door hen te declareren tarieven. Invoering van integrale tarieven is derhalve te beschouwen als een logische volgende stap in de bekostiging van de medisch specialistische zorg. In aanloop naar de invoering per 2015 dienen wel maatregelen te worden genomen om mogelijke risico's rondom de governance te beperken.

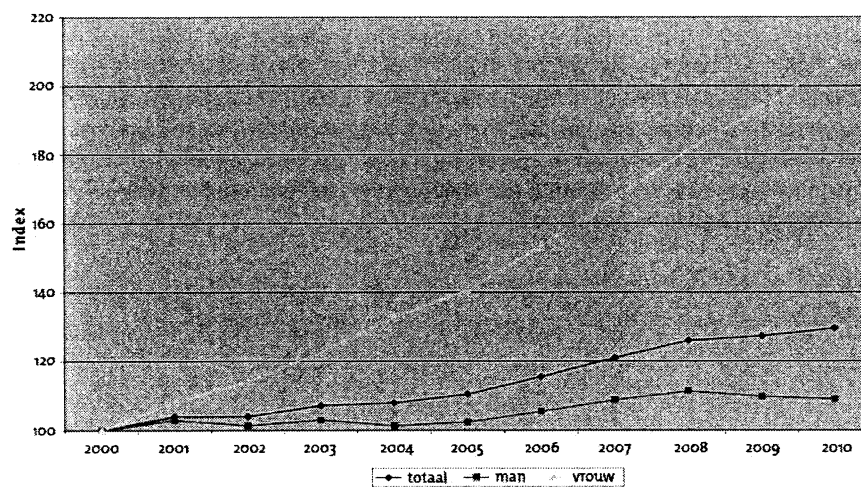
Bijlage 2 Feiten en cijfers

Tabel 1. Procentuele verdeling medisch specialisten naar arbeidsverhouding, 2007 t/m 2010

	2007	2008	2009	2010
Loondienst	36,8	37,7	38,3	39,8
Vrijgevestigd	44,0	43,9	43,1	42,3
Combinatie	19,2	18,5	18,6	17,9
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: voorlopige cijfers Capaciteitsorgaan (dd. 20 augustus 2012).

Tabel 2. Ontwikkeling geregistreerde medisch specialisten naar geslacht, 2000 t/m 2010



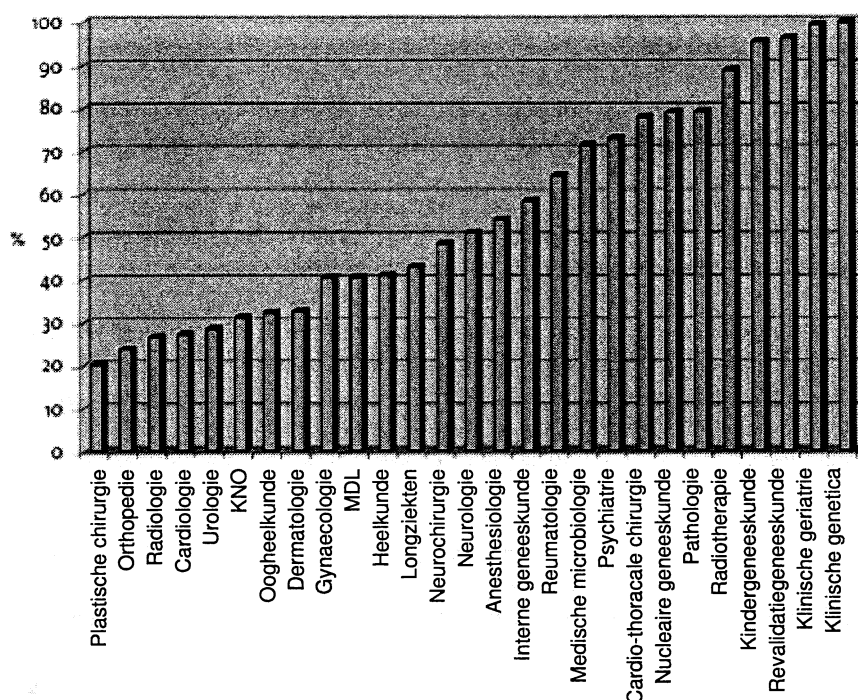
Bron: Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten, december 2010.

Tabel 3. Leeftijdsofbouw geregistreerde medisch specialisten naar geslacht, 1 januari 2012

	Man	Vrouw	Totaal
30 t/m 34 jaar	2,3	6,8	3,9
35 t/m 39 jaar	12,8	24,3	17,0
40 t/m 44 jaar	13,2	23,6	16,9
45 t/m 49 jaar	14,5	18,1	15,8
50 t/m 54 jaar	17,2	12,6	15,6
55 t/m 59 jaar	16,3	8,6	13,5
60 t/m 64 jaar	14,3	4,4	10,8
65 t/m 69 jaar	8,0	1,4	5,6
70+	1,4	0,2	1,0
Totaal	100%	100%	100%

Bron: voorlopige cijfers Capaciteitsorgaan (dd. 20 augustus 2012).

Tabel 4. Specialisten in loondienst per medisch specialisme, 2007



Bron: Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten, december 2010.

Tabel 5. Aantallen medisch specialisten, 2009 en 2010, in fte

	2009	2010
Vrijgevestigd	6.590,9	6.796,6
Loondienst	5.304,1	5.908,7
Totaal	11.895,0	12.705,3

Bron: http://www.nza.nl/95826/99842/498512/Notitie_FTE_aantallen_DHD_2010.pdf, op 4 oktober 2012 geraadpleegd. Deze fte-aantallen zijn door de NZa gehanteerd bij de verdeling van het macrokader voor 2012 en 2013.

Bekostiging medisch specialisten

De bekostiging van medisch specialisten is de afgelopen jaren aan verandering onderhevig (geweest), zowel die van vrijgevestigd medisch specialisten - waar tot op heden sprake is van deelregulering – als de specialisten in loondienst die onderdeel uitmaken van de ziekenhuisbekostiging. In vogelvlucht de meest recente wijzigingen in de bekostiging:

Lumpsum (1995-2008)

- Tot 1995 liepen de inkomsten van vrijgevestigd medisch specialisten gelijk op met de verrichtingen die ze uitvoerden. Dit systeem droeg daarmee een productieprikkel voor specialisten in zich. Tegelijkertijd waren ziekenhuizen gebudgetteerd, waardoor er spanning ontstond tussen instelling en specialist, want ook de kosten van het ziekenhuis stegen als een specialist meer verrichtte.
- Om het risico op overproductie te verkleinen en de financiële beheersbaarheid te vergroten werd in 1995 een budgetsystematiek voor vrijgevestigd specialisten geïntroduceerd: de lumpsum. Hierbij werd de omzet van een specialist bevroren op een historisch niveau; het totaal van de lumpsummen van de in een ziekenhuis werkzame specialisten werd per instelling verdeeld (in de zogenaamde lokale initiatieven).
- In termen van kostenbeheersing kan de lumpsumsystematiek als succesvol worden beschouwd. Duidelijke keerzijde was dat het bijdroeg aan het ontstaan van wachtlijsten, alsook het in stand houden van historisch gegroeide omzetverschillen tussen specialismen.

Prestatiebekostiging via DBC's (2008-2011)

- Inmiddels waren in 2005 DBC's in de medisch specialistische zorg geïntroduceerd en was een begin gemaakt met vrije prijsvorming via geleidelijke uitbreiding van het B-segment. Met ingang van 2008 kwam de lumpsumbekostiging te vervallen en werd het honorarium van vrijgevestigde specialisten in DBC's opgenomen volgens de formule 'uurtarief maal normtijd'. Aan het normatieve uniforme uurtarief lag een overeenkomst tussen Orde en VWS ten grondslag; normtijden per verrichte activiteit werden na onderzoek door de NZa vastgesteld.
- Met deze wijziging werd een versterking van de koppeling tussen prestaties en inkomen van de medisch specialist beoogd, evenals een grotere prikkel tot doelmatigheid, innovatie en ondernemerschap. Ten slotte zou er een einde moeten komen aan de historisch gegroeide verschillen tussen specialistenhonoraria.
- De verwachting vooraf was dat de invoering van het nieuwe uurtarief met normtijden macro betrekkelijk weinig veranderingen met zich mee zou brengen. Niettemin werden al in het voorjaar van 2009 forse overschrijdingen vastgesteld die het gevolg bleken van onvoorziene meerproductie en achteraf gezien onjuist vastgestelde tarieven. Omdat de overschrijdingen tussen specialismen onderling verschillen, zag de overheid zich vervolgens genoodzaakt tot het opleggen van forse specialisme-specifieke kortingen.

Beheersmodel (2012-heden)

- Om een eind te maken aan het achteraf opleggen van forse tariefkortingen hebben de Orde van Medisch specialisten (Orde), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en VWS in mei 2011 een convenant gesloten over de bekostiging van medisch specialisten en de invoering van het beheersmodel medisch specialisten.
- Kern van het beheersmodel, dat per 2012 van kracht is, is dat de minister jaarlijks een vast macrobudget voor honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten vaststelt, passend binnen de macro beschikbare middelen van het budgettaire kader zorg (BKZ). Op basis van dit macrobudget stelt de NZa op zijn beurt per instelling vast welk omzetplafond (grens) er in een betreffend jaar voor alle bij die instelling werkzame vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk geldt. Deze omzetplafonds kunnen niet worden overschreden.
- De Raad van Bestuur van de instelling en het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten worden geacht verdeelafspraken te maken over de betalingen ten behoeve van de door de vrijgevestigd medisch specialisten verrichte diensten; deze verdeelafspraken moeten uit een vast en een variabel deel bestaan en ze zijn een voorwaarde voor het door de specialisten mogen declareren via de instelling aan de verzekeraar of patiënt. Afspraken hierover worden per instelling door het bestuur van de instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten vastgelegd in de toelatingsovereenkomsten. Medisch specialisten zijn verzekerd van hun fiscaal ondernemerschap als zij deelnemen aan een lokaal collectief.
- 2012 is tevens het jaar dat DOT als productstructuur is ingevoerd als opvolger van de bestaande DBC's. Veranderingen in DOT zijn onder andere dat de DOT-zorgproducten specialisme-overstijgend zijn en dat zorgtrajecten worden geopend en gesloten op basis van uniforme open- en afsluitregels. Na afsluiting volgt via een geautomatiseerd systeem buiten de instelling (de zogenaamde grouper) afleiding van het DOT-zorgproduct uit de registratie van typerende diagnose en zorgactiviteiten.

Integrale tarieven (2015-)

- Orde, NVZ en VWS hebben in een convenant afgesproken dat per 2015 integrale tarieven ingevoerd zullen worden. De invoering van integrale tarieven behelst het afschaffen van de bestaande deelregulering van de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. Dit betekent concreet het afschaffen van het beheersmodel specialisten (honorariumplafonds per instelling) en het afschaffen van vastgestelde honorariumtarieven (uurtarief en normtijd) per DOT-zorgproduct.
- Aan de hand van integrale tarieven zou door verzekeraars en zorgaanbieders moeten worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Invoering van integrale tarieven kan daarmee worden beschouwd als de laatste stap naar volledige prestatiebekostiging en zou er toe moeten leiden dat zorgaanbieders meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten.

Bijlage 3 Samenstelling commissie en geraadpleegde gesprekspartners

De commissie, bestaande uit Pauline Meurs (voorzitter), Martin Bontje, Hans Borstlap en Johan Legemaate, is in totaal zeven maal bijeengekomen en heeft zich laten bijstaan door een gezamenlijk secretariaat van VWS (Mark Schuitemaker) en SEO (Caren Tempelman). Ten behoeve van de opstelling van het rapport heeft de commissie interviews met een aantal betrokkenen afgenomen. Ook heeft zij gedurende de opstelling van het rapport van gedachten gewisseld met een externe klankbordgroep. De commissie dankt alle betrokkenen voor hun waardevolle inbreng. Vanzelfsprekend draagt de commissie de eindverantwoordelijkheid voor dit rapport.

Gesprekspartners

Douwe Biesma (voorzitter RvB Antonius Ziekenhuis)
Jak Dekker (voorzitter Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), directeur Equip Zorgbedrijven)
Gita Gallé (RvB lid Jeroen Bosch Ziekenhuis)
Joël Gijzen (directeur zorg, CZ)
Janko de Jonge (voorzitter Kamer Vrij Beroep, Orde van Medisch Specialisten)
Hugo Keuzenkamp (RvB lid Westfries Gasthuis)
Bas Leerink (RvB lid Menzis)
Marcel Levi (voorzitter RvB Academisch Medisch Centrum)
Wouter Mooijen (voorzitter Jonge Orde)
Marjanne Sint (voorzitter RvB Isala Klinieken)
Stefan van Zutphen (voorzitter regionale maatschap heelkunde Elisabeth en Tweesteden Ziekenhuis)

Externe klankbordgroep

Maarten Akkerman (manager zorginkoop medisch specialistische zorg, Achmea)
Erica Bakum (gynaecoloog, voorzitter medische staf, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis)
Focco Boekkooi (gynaecoloog, voorzitter stafmaatschap, St. Elisabeth Ziekenhuis)
Roeland van Leeuwen (neuroloog, Gelre Ziekenhuis)
Robert Jan Stolker (hoogleraar en afdelingshoofd anesthesiologie, Erasmus Medisch Centrum)
Betty van der Walle (voorzitter RvB Elkerliek Ziekenhuis)
Joost Zuurbier (directeur Casemix/Q-Consult)

Literatuur

Capaciteitsorgaan (2010). 'Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten'. Utrecht, december 2010.

CPB (2012). 'The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments', CPB discussion paper 208, 30 maart 2012.

CPB (2012). 'De fiscale behandeling van zelfstandigen. Een kritische blik', CPB Policy Brief 2012/02.

K. Davis, C. Schoen, and K. Stremikis (2010). 'Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally 2010 Update', The Commonwealth Fund. Verenigde Staten, juni 2010.

Health Consumer Power House (2012). Euro Health Consumer Index 2012 Report. Zweden, mei 2012.

Medisch specialist 2015 (2012). 'Visiedocument de medisch specialist 2015'. Utrecht, oktober 2012.

Ministerie van Financiën (2012). 'Voorjaarsnota 2012'. Tweede Kamerstuk 33 620, nr. 6. Den Haag, 25 mei 2012.

Ministerie van VWS (2011). 'Zorg die loont'. Tweede Kamerstuk 32 620. nr. 6. Den Haag, 14 maart 2011.

Ministerie van VWS (2011). 'Convenant bekostiging van de vrij gevestigd medisch specialisten gedurende de transitieperiode 2012-2014'. Bijlage bij Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 211. 20 juni 2011.

Ministerie van VWS (2012). 'Besluit commissie inkomens medisch specialisten'. nr. CZ-3120160. Den Haag, 13 juli 2012.

Ministerie van VWS (2012). 'Instelling commissie inkomens medisch specialisten'. Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 237. Den Haag, 23 juli 2012.

SEO (2010). 'De relatie tussen medisch specialist en het ziekenhuis. Rapport in opdracht van het ministerie van VWS. Bijlage bij Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 118. 7 mei 2010.

SEO (2012). 'Remuneration of medical specialists. An international comparison'. Amsterdam, 4 oktober 2012.

SiRM (2012). 'Achtergronddocument bij NVZ brancherapport ziekenhuizen vergelijking Europa. Vergelijking van prestaties van ziekenhuizen in Nederland, Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Spanje, Zwitserland, Groot-Brittannië, Oostenrijk en België op basis van gegevens van de OECD en andere bronnen'. Rapport in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Den Haag, 12 juli 2012.

Studiegroep Begrotingsruimte (2012). 'Stabiliteit en vertrouwen. Veertiende rapport Studiegroep Begrotingsruimte'. Den Haag, 15 juni 2012.

Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). 'Naar beter betaalbare zorg'. Den Haag, 15 juni 2012.

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Mevrouw drs. E.I. Schippers
Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Kenmerk: 201200508

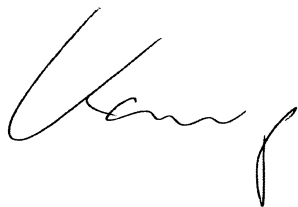
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte mevrouw Schippers,

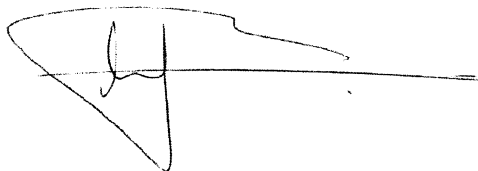
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kamp', with a long horizontal stroke extending to the right.

H.G.J. Kamp

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Bos', with a large loop on the left and a long horizontal stroke extending to the right.

W.J. Bos

Aan de informateurs
de heren drs W.J. Bos en H.G.J. Kamp
Postbus 20008
2500 EA DEN HAAG

Woerden, 10 oktober 2012

Onderwerp : input Koninklijke Horeca Nederland bij het formatieproces voor het nieuwe kabinet
Contact : 0348-489423 / j.kant@khn.nl

Geachte heren Bos en Kamp,

Koninklijke Horeca Nederland is met 20.000 zelfstandige en kwaliteitsbewuste ondernemers de brancheorganisatie voor ondernemers in de Nederlandse horeca. Koninklijke Horeca Nederland representeert 72% van de horecaomzet en 78.6% van de horecaloonsom.

In verband met het formatieproces voor de vorming van een nieuw kabinet vraag ik uw aandacht voor de bijgaande position paper 'Integraal alcoholbeleid, drank- en horecawet en leeftijdsgrenzen'.

Koninklijke Horeca Nederland is van mening dat het onderwerp dat wordt geadresseerd in de position paper, gezien het belang van een integrale aanpak van problematisch alcoholgebruik en alcoholmisbruik, aandacht verdient in een te smeden regeerakkoord.

In de position paper vindt u de visie van Koninklijke Horeca Nederland op integraal alcoholbeleid, waarom verhoging van de leeftijdsgrens voor het schenken van zwakalcoholische drank daar nu geen bijdrage aan levert en concrete tekstvoorstellen voor in het regeerakkoord.

Koninklijke Horeca Nederland is van mening dat het verwerken van de tekstsuggesties niet alleen goed is voor de horeca, maar ook daadwerkelijk een bijdrage levert aan een meer bewust, gezonder en uiteindelijk ook veiliger uitgaansklimaat.

Ik vertrouw erop dat ik u hiermee heb voorzien van een waardevolle aanvulling voor een robuust regeerakkoord. Vanzelfsprekend ben ik te allen tijde bereid het standpunt van Koninklijke Horeca Nederland nader toe te lichten.

Hoogachtend,
Koninklijke Horeca Nederland

De heer Lodewijk J.H.M. van der Grinten
directeur

Position Paper Koninklijke Horeca Nederland

Integraal alcoholbeleid, drank- en horecawet en leeftijdsgrenzen

tekstelementen voor een mogelijk regeerakkoord

- het verhogen van de leeftijdsgrens voor het verkopen van zwakalcoholhoudende drank (bier en wijn) van 16 naar 18 geeft op dit moment geen oplossing van de problematiek van alcoholmisbruik door jeugd en leidt hoogstens tot verschuiving naar illegaliteit en toename van drankmisbruik in groepsverband en in thuissituaties
- investeer echt in integraal alcoholbeleid; onlosmakelijk onderdeel daarvan is een goede handhaving op verboden bezit van alcohol en handhaving op de juiste verstrekking/verkoop van alcohol
- bekijk bij de evaluatie van de Drank- en Horecawet over drie jaar of leeftijdsgrensverhoging naar 18 dan (nog) nuttig en nodig is
- het initiatiefwetsvoorstel daarom mede betrekken in evaluatie (over drie jaar) van de nieuwe Drank- en Horecawet.

wettelijk kader

De Drank- en Horecawet reguleert de verantwoorde verstrekking van alcohol door horeca, supermarkten, sportverenigingen, buurthuizen etc.

In de huidige Drank- en Horecawet geldt een leeftijdsgrens voor de verkoop van wijn en bier van 16 en voor sterke drank (meer dan 15% alcohol) van 18 jaar.

Er treedt een nieuwe Drank- en Horecawet in werking per 1 januari 2013. De leeftijdsgrenzen blijven in die nieuwe wet 16 en 18 en bezit van alcohol door jongeren onder de 16 jaar wordt strafbaar.

In juli 2012 hebben ChristenUnie, PvdA, CDA en SGP een (initiatief)wetsvoorstel ingediend om de minimumleeftijd voor verstrekking van bier en wijn te verhogen van 16 naar 18 jaar.

KHN: nu verhogen van de leeftijdsgrens voor wijn en bier is symboolpolitiek

KHN is het oneens met het initiatiefwetsvoorstel. Onze boodschap aan de politiek: investeer in een integrale aanpak van alcoholproblematiek. Daarbij hoort onlosmakelijk dat brede en strakke handhaving op orde moet zijn voordat een verhoging van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar aan oplossingen kan bijdragen.

KHN over alcoholbeleid:

KHN staat een integrale aanpak van alcoholproblematiek voor. Daarmee bedoelen we dat alle stakeholders (gemeente, politie, sport, horeca, ggz-instellingen, Trimbos-instituut, supermarkten, scholen, ouders, maar vooral ook jongeren zelf!) samenwerken in de aanpak van problematisch alcoholgebruik en alcoholmisbruik. Partijen pakken ieder hun eigen verantwoordelijkheid en spreken elkaar daar ook op aan;

- Ongeveer 80 procent van genuttigde alcohol vindt zijn weg naar gebruikers via de supermarkt cq groothandel. De rest gaat via de horeca. Alcoholverkoop door supermarkten moet alleen plaats kunnen vinden in een aparte, afgesloten ruimte door verantwoordelijke professionals die daarvoor zijn opgeleid. Zoals dat op dit moment het geval is bij slijterijen en horeca;
- KHN is tegen stuntprijzen en happy hours door alle alcoholverstrekkers (zowel retail, horeca als sportkantines); de verantwoordelijkheid die samenhangt met het verkopen van alcohol brengt met zich mee dat je als verkoper niet stunt met de prijzen;

- Bij een integraal alcoholbeleid hoort een duidelijke en strakke handhaving vanuit de overheid. Handhaving betekent ook handhaving op strafbaar bezit van alcohol door jongeren onder de 16 jaar en handhaving op illegale situaties in de zogenaamde 'hokken en keten';
- KHN staat voor "Geen16?, Geen druppel!"; wij voorzien de horecaondernemers van de middelen om de leeftijdsgrenzen zo goed mogelijk te handhaven (oa een e-learning Verantwoord Alcohol Schenken), maar royeren ook leden die zich herhaaldelijk niet houden aan de wettelijke regels.

Niet nu van 16 naar 18; Inzet op cultuurverandering is belangrijker

Het nu verhogen van de leeftijdsgrens is niet de oplossing voor het terugdringen van het alcoholmisbruik door jongeren. Wat dat betreft is KHN het eens met de huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, namelijk dat de handhaving op de huidige leeftijdsgrenzen eerst maar eens op orde moet zijn. Het uitbannen van alcoholmisbruik vraagt om niet minder dan een cultuurverandering en dus een integrale aanpak.

Een integrale aanpak, inclusief voldoende handhavings- en nalevingsinstrumenten naast de juiste voorlichting op het goede moment en plaats, begint gestalte te krijgen maar is er nog niet.

Met name de handhaving is nu nog niet op orde. Met de nieuwe Drank- en Horecawet verschuift de handhaving bovendien van VWA naar gemeenten. De geluiden uit gemeenteland op dit moment zijn dat de meeste gemeenten niet zijn voorbereid op die nieuwe handhavingstaak.

De evaluatie van de Drank- en Horecawet, zoals nu voorzien over drie jaar, is het meest geschikte moment om de (handhavings)situatie te bezien en te bezien of leeftijdsgrensverhoging naar 18 dan (nog) nuttig en nodig is.

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer L.J.H.M. van der Grinten
Koninklijke Horeca Nederland
Postbus 566
3440 AN Woerden

Kenmerk: 201200510

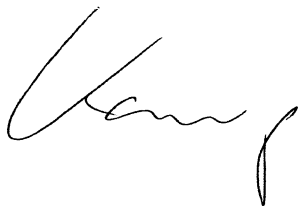
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte heer Van der Ginten,

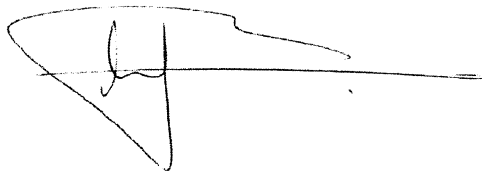
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kamp' with a long, sweeping horizontal stroke at the end.

H.G.J. Kamp

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Bos' with a large, stylized initial 'B' and a long horizontal stroke extending to the right.

W.J. Bos

Tweede Kamer der Staten Generaal
Bureau Informatie
T.a.v. dhr. W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum:

10 oktober 2012

Onze referentie:

12.184/JW/MdG

Contactpersoon:

Jan Walburg

Betreft: position paper Trimbos-instituut - investeren in geestelijke gezondheid loont

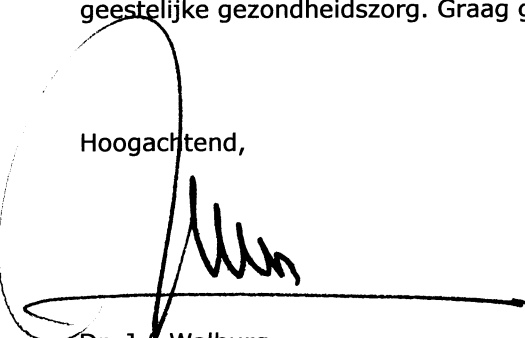
Geachte heer Bos,

Concrete ideeën voor meer gezondheidswinst op het gebied van eerstelijnszorg ggz, ambulantisering, e-mental health en depressiepreventie is wat wij u bieden met de position paper van het Trimbos-instituut. Op deze relevante thema's binnen de geestelijke gezondheidszorg valt nog veel impact en gezondheidswinst te realiseren. Met feiten en cijfers uit wetenschappelijke studies wordt in de position paper kort aan u toegelicht waarom en hoe dit gerealiseerd kan worden.

De economische situatie dwingt ons om duidelijke keuzes te maken. De nieuwe kabinetsformatie biedt kansen om doelstellingen in de geestelijke gezondheidszorg te realiseren. Meer samen werken, kennis delen en investeren in de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking zorgt op de langere termijn voor meer gezondheid en minder kosten. Om dit te bereiken is het zaak dat de beschikbare wetenschappelijke kennis en feiten worden toegepast. Het Trimbos-instituut werkt samen met zorgprofessionals en zorgaanbieders en ondersteunt initiatieven om dit te realiseren.

Wij hopen dat u de aangedragen ideeën en oplossingen voor de eerstelijnszorg ggz, ambulantisering, e-mental health en depressiepreventie meeneemt in uw afwegingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Graag gaan wij daarover met u in gesprek.

Hoogachtend,



Dr. J.A. Walburg
Voorzitter Raad van Bestuur

Improving Mental Health
by Sharing Knowledge

Verbeteren van Geestelijke Gezondheid
door het delen van kennis

Position Paper

Focus op de geestelijke gezondheid
2012 – 2014



- Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg kan sterker en beter
- Ambulantisering werkt beter door goede afspraken, heldere routekaart en een gedegen kennisagenda
- E-mental health helpt client én zorgaanbieder
- Depressiepreventie rendeert

Het Trimbos-instituut zet zich met wetenschappelijke kennis en innovatie in om deze initiatieven te ondersteunen. Door samen te werken en de krachten te bundelen bereiken we meer in de GGZ.

De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg kan sterker en beter



De eerstelijns GGZ kan sterker en beter. Kosten-effectiviteitsstudies en innovatieve projecten van het Trimbos-instituut laten zien hoe dat kan.

De huisarts en andere eerstelijns hulpverleners zoals de praktijkondersteuner huisarts GGZ, de eerstelijnspsycholoog en het maatschappelijk werk spelen een belangrijke rol in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Zij vangen het grootste deel van de mensen met psychische klachten op, tegen een zeer aanvaardbare prijs, zo berekende het Trimbos-instituut: elke euro die geïnvesteerd wordt in de eerstelijns GGZ levert een geschatte waarde op van €2,59 door toegenomen gezondheid. Toch kan er nog heel wat verbeteren aan de kwaliteit en efficiëntie van de eerstelijns GGZ, zeker in het licht van de stijgende zorgkosten, het toenemende aantal chronisch zieken en dreigend personeelstekort. Met behulp van onderstaande punten, kan de eerstelijns GGZ tot 30% kosteneffectiever worden [1]. Op een aantal gebieden is hierbij sturing van de overheid nodig, om op landelijk niveau verbeteringen aan te brengen of de kwaliteit te waarborgen. Het Trimbos-instituut levert hier graag een bijdrage aan met behulp van onderzoek, ontwikkeling en implementatie van (e-health) interventies, advies en scholing van zorgverleners.

1. Bevorderen van mentale gezondheid en preventie van psychische klachten

Psychische klachten hangen vaak samen met sociale omstandigheden, leefstijl, een chronische ziekte of werkomstandigheden. Monitoren op populatieniveau geeft de mogelijkheid om het gezondheidsbeleid af te stemmen op de (gezondheids)problemen die spelen in de wijk. (E-health) zelfmanagement cursussen en sociale, niet-medische interventies ('social prescribing') zoals creatieve- en fysieke activiteiten kunnen helpen de mentale gezondheid en veerkracht te vergroten [2]. Door de inzet van zelfmanagement/empowerment interventies kunnen psychische stoornissen en zorggebruik voorkómen worden. Van de huisarts én patiënt vraagt dit een andere rol: de patiënt gaat meer eigen regie voeren over zijn gezondheid en de huisarts ondersteunt hierbij. Gezamenlijk met de huisartsen is het nodig een manier te ontwikkelen waarop de huisarts kan bijdragen aan het zelf management van patiënten. Een omslag in denken is nodig van "ziekte en zorg" naar "gezondheid en gedrag".

2. Tijdige signalering, juiste diagnostiek in samenspraak met de zorgvrager en met goede keuze-informatie

De ontwikkeling van de functie POH-GZ, digitale instrumenten voor beslisondersteuning [3], teleconsulten met specialisten, en shared decision making kunnen allen bijdragen aan goede en efficiënte signalering, diagnostiek en zorgtoewijzing: de juiste zorg op de juiste plek. Omdat lichamelijke klachten en chronische aandoeningen vaak samengaan met psychische klachten, is een integraal zorgplan belangrijk. Scholing van zorgverleners, ICT ondersteuning en flexibele financiering zijn hierbij belangrijk aandachtspunten.

3. Aanbieden van (kosten) effectieve (e-health) interventies

Meer inzet van e-health interventies en begeleide zelfhulp kan tot forse besparingen leiden [4], maar tot nu toe is het bereik laag. Om het bereik te vergroten is informatie nodig voor burgers en zorgverleners over de (kosten)effectiviteit, betrouwbaarheid en voordelen van interventies en waar deze interventies gevolgd kunnen worden. Ook zijn passende (e-health) interventies nodig voor kwetsbare groepen die niet goed bereikt worden in de huidige zorg.

4. Goede samenwerking en ketenzorg

Ketenzorg kan bijdragen aan verbetering van de zorg en kostenbeheersing. Te vaak gaat het mis in de afstemming of overdracht van zorg, waardoor de patiënt niet de juiste zorg ontvangt. Zorgstandaarden kunnen de basis vormen om afspraken te maken welke hulp en begeleiding, op welke wijze, wanneer geboden moet worden [5]. Door het toepassen van *collaborative care* krijgen patiënten zoveel mogelijk evidence-based zorg in de eerste lijn, met adequaat gebruik van de expertise van de specialistische GGZ [6].

Reference List

1. Lokkerbol J, Verhaak P, Smit F. Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ: Scenario's voor zorginnovatie. 2012. Utrecht, Trimbos-instituut.
2. Sinnema H, Smiesing J, Vossepoel L, De Groot K, Muntingh A. Welzijn op recept. Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept. 2012. Utrecht, Trimbos-instituut.
3. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *Jama* 2005; 293(10):1223-1238.
4. Smit F, Lokkerbol J, Riper H, Majo MC, Boon B, Blankers M. Modeling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders: how implementation of eHealth interventions improves cost-effectiveness. *J Med Internet Res* 2011; 13(3):e56.
5. Van de Lindt S, Volker D, Franx G. Eindtekst voor de Zorgstandaard Depressie. Versie 5.0. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
6. Van der Feltz-Cornelis C.M., Vlasveld MC, Ader H, Hakkaart-Roijen L, Huijbregts KM, van Steenbergen-Weijenburg KM et al. Collaborative care in Nederland. Eindrapport van het Depressie Initiatief. 2011. Utrecht, Trimbos-instituut.

Ambulantisering

Ambulantisering werkt beter door
goede afspraken, heldere routekaart
en een gedegen kennisagenda



Beddenafbouw staat momenteel met stip bovenaan de GGZ-beleidsagenda. Voor een succesvol ambulantiseringstraject zijn goede afspraken, een heldere routekaart en gedegen kennisagenda nodig.

Stand van zaken

Anno 2012 telt Nederland bijna 40.000 intramurale plaatsen in de GGZ-instellingen. Circa 60 % van de GGZ uitgaven wordt besteed aan intramurale voorzieningen. Nederland is daarmee koploper intramurale GGZ in Europa. In het Bestuurlijk Akkoord tussen VWS, zorgaanbieders en verzekeraars is daarom een drastische beddenafbouw afgesproken. Het is van cruciaal maatschappelijk belang dat die beddenafbouw geen doel op zich wordt, maar ten goede komt aan de kwaliteit van zorg en de sociale inclusie van met ernstige psychische aandoeningen.

Toekomstperspectief

In 2020 kan de GGZ toe met de helft van de huidige intramurale capaciteit. Daarvoor is nodig dat mensen met ernstige en aanhoudende psychische problemen zoveel mogelijk in hun eigen woon- en werkomgeving worden geholpen. Dat is niet per se goedkoper, maar levert wel veel op: mensen met psychische aandoeningen doen weer mee. Dat is sociale en maatschappelijke winst.

Mensen met aanhoudende psychische aandoeningen willen, net als anderen, op eigen benen staan. Velen hebben daar hulp bij nodig. Maar mensen beschikken ook zelf over een schat aan ervaring over hoe te leven met een psychische handicap. Over wat nodig is om het hoofd boven water te houden, te kunnen blijven werken en zoveel mogelijk de regie over het eigen leven te behouden. Om die eigen wensen, ervaringen en vermogens van mensen met psychische aandoeningen draait het in de toekomstige, geambulantisering GGZ.



Routekaart

De weg naar participatie, eigen regie en empowerment leggen mensen met psychische aandoeningen zelf af. Anderen zijn faciliterend. Die anderen zijn familie, burens en kennissen. Professionals van GGZ-instellingen zijn ondersteunend aan de cliënt en diens omgeving. Maar ook arbeidsorganisaties, onderwijsinstellingen, woningbouwverenigingen, gemeenten en zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol. Ambulantisering is een brede, maatschappelijke opdracht. Die gezamenlijke opdracht vraagt om goede afspraken en een duidelijke routekaart, met sociale inclusie als bestemming.

Op de routekaart van ambulantisering en sociale inclusie wordt aangegeven wat nodig is om de eigen kracht van cliënten en hun naasten optimaal te ontwikkelen en aan te wenden; op welke wijze anderen (professionals) daaraan kunnen bijdragen; wat nodig is voor een goede samenwerking tussen alle betrokkenen; hoe bestuurders van de GGZ en van andere maatschappelijke sectoren daar de juiste voorwaarden voor kunnen creëren; en welke systeemprikkels nodig zijn om te zorgen dat partijen zich verbonden weten aan het gezamenlijke doel van sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen.



Kennisagenda

Op onderdelen is de routekaart al in beeld, maar er zijn ook nog de nodige hiaten en blinde vlekken. Een kennisagenda ambulantisering kan de koers helpen verduidelijken en verankeren. De agenda die het Trimbos-instituut voorstelt bestaat uit drie hoofdlijnen en heeft betrekking op kennisontwikkeling en –implementatie rond respectievelijk:

- De zorginhoudelijke koers: ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid en zelfmanagement, effectieve vormen van ambulante zorg en van ondersteuning bij werk, vereiste competenties en vaardigheden van professionals.
- De organisatorische koers: coördinatie van zorg, samenwerking in de wijk en in de regio (maatschappelijke steunsystemen).
- De beleidsmatige koers: faciliteren en stimuleren van de veldpartijen, monitoren van de voortgang van het ambulantiseringsproces, kosteneffectiviteit en maatschappelijke opbrengsten.

Van belang voor een breed gedragen en succesvol ambulantiseringstraject is vooral de samenhang tussen deze drie pijlers van de kennisagenda. Het Trimbos-instituut pleit daarom voor een bundeling van krachten in een kenniscentrum ambulantisering.



E-mental health

**standaard binnen GGZ – bespaart geld
en levert gezondheidswinst**



E-mental health moet een standaard zijn binnen de GGZ in Nederland

E-mental health bespaart geld en levert gezondheidswinst

Naast de vele voordelen van e-mental health, is deze vorm van zorg ook zeer kosteneffectief en kan daardoor veel kosten besparen en meer kwaliteit van zorg bieden.

Gezondheidseconomische doorrekeningen laten zien dat de zorg voor alcoholstoornissen kosteneffectiever wordt wanneer (betaalbare) e-health interventies een deel van de (duurdere) face-to-face interventies vervangen. Elke euro die momenteel besteed wordt aan de zorg voor alcoholgerelateerde stoornissen genereert €1,08 aan maatschappelijke waarde; na substitutie van een deel van de face-to-face behandelingen door e-health stijgt het rendement naar €1,62 per geïnvesteerde euro (Smit et al, 2011). Vergelijkbare doorrekeningen rondom toepassing van e-health voor depressie laten zien dat investeren in preventieve eHealth leidt tot een zorgsysteem dat naar verwachting 21% kosteneffectiever is (Lokkerbol ea, submitted) **waarbij depressiepreventie via ehealth zichzelf binnen 5 jaar terug verdient**, doordat preventie besparingen oplevert bij latere en duurdere behandelingen. **Zowel bij alcohol als depressie biedt een verbeterde kosteneffectiviteit door e-health ruimte voor keuzes tussen meer gezondheidswinst tegen dezelfde zorguitgaven, of een gelijke gezondheidswinst tegen een lagere zorguitgaven.** Welke keuzes ook gemaakt worden, verbeteringen in de zorg die uitsluitend berusten op het inzetten van meer verzorgend personeel zullen niet van structurele aard zijn gelet de huidige ontwikkelingen rond vergrijzing en dus duurzame zorg bedreigen (zie oa Nyfer, 2012).

De bereikbaarheid vergroten en meer voordelen te benutten

De bereikbaarheid van e-mental health moet vergroot worden: in de 0^e lijn (zelfmanagement en preventie) en in de 1^e lijn, met de nadruk op kwetsbare groepen (kinderen, jongeren en ouderen).

E-mental health biedt heel veel voordelen welke, naast bovenstaande argumenten, een hoge toegevoegde waarde creëert voor de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

Voordelen voor cliënten	Voor professionals/behandelaars
- Makkelijk informatie vinden - Anonimiteit - 24/7 (geen kantoor tijden) - Niet gebonden aan gebouwen / fysieke plekken - Laagdrempelig - Meer keuzemogelijkheden - Cliënt bepaalt zelf frequentie, intensiteit, duur, snelheid - Evidence based – Effectief	- Laagdrempeligheid vergroten - Groter bereik; bereiken groepen die nu buiten beeld blijven - Beter bedienen huidige patiëntgroepen - Wachtlijstbeheer door online contacten - Voor preventie: stimuleren zelfzorg - Verbeteren communicatie tussen hulpverleners en cliënten - Hoge kosteneffectiviteit

Gezien de onderzoeksresultaten en marktsituatie zou Nederland de ambitie moeten hebben om in 2015 5% van het zorgvolume in de GGZ via e-mental health te behandelen en in 2020 10%.

Hoe kunnen we dit bereiken?

- **Goedkope, laagdrempelig e-mental health via een soort APP store (met APIs) voor toegankelijkheid van e-mental health voor burgers en professionals.**
Zelfmanagement tools en preventieve zelfhulp programma's toegankelijk maken voor burgers door de invoering van een soort APP store met flexibel inzetbare modules (APIs): lage kosten voor specifiek afgekaderde modules, tests of programma's (bijv. modules op het gebied van klachten zoals slaapproblemen of piekeren). De applicaties kunnen verwijzen naar geprotocolleerde (bestaande) interventies en kunnen eenvoudig, snel en goedkoop online gekocht worden door cliënten, maar ook door professionals ter opname in hun eigen aanbod. De APP store zou gekoppeld moeten worden aan het reeds ontwikkelde Keurmerk voor e-mental health om de kwaliteit van het aanbod binnen de store transparant te maken.
- **Publiek informatiepunt over e-mental health.** De Publieks Informatie afdeling van het Trimbos-instituut kan, i.s.m. instellingen en aanbieders, een centraal informatiepunt vormen voor burgers op het gebied van e-mental health bij vragen, advies en ondersteuning. Ondersteuning kan via de infolijn maar ook via Social Media.

- **Integratie e-mental health in Social Media.** Om drempels te verlagen en het gebruik van e-mental health te bevorderen kan dit aangeboden worden op plaatsen op internet waar burgers regelmatig terugkeren: Social Media. Gebruikers kunnen het e-mental health aanbod gebruiken binnen de Social Media, onzichtbaar voor anderen en zonder de Social Media website te verlaten. Van belang is dat het aanbod niet gekoppeld is aan de database van de Social Media website.
- **Geen eigen bijdrage voor e-mental health.** E-mental health wordt toegankelijker door de drempel van een eigen bijdrage te verlagen of af te schaffen. Burgers moeten nog bekend raken met e-mental health. Een eigen bijdrage belemmert burgers in hun keuze voor e-mental health, omdat zij niet willen betalen voor een zorgvorm die zij niet kennen.
- **Gezamenlijke strategie (boodschap verspreiden) van het Trimbos-instituut met zorgaanbieders, 1e lijn, 2e lijn, gemeentes en scholen.** Om massaal het bestaan van e-mental health te communiceren is het efficiënt om op gebied van Marketing, communicatie en Social Media de krachten (investering maar ook beschikbare kanalen) te bundelen. Een innovatieve landelijke campagne welke verspreid zou moeten worden via Social Media, flyers, verwijzing via alle websites van de partijen, PR (persberichten, interviews, etc.). Kortom, veel aanwezigheid op alle fronten van de GGZ.

Voor het opschalen en intensief gebruik van e-mental health stellen we het volgende voor:

- Krachtenbundeling voor een zeer innovatieve landelijke communicatie strategie teneinde burgers en professionals te informeren en te bereiken;
- Verlagen kosten eigen bijdragen of laten vervallen in deze herintroductiefase;
- E-mental health heel laagdrempelig via een "APP store" met APIs aanbieden. Hiermee worden eveneens doorverwijzingen en implementatie van tools en programma's bij de 1e en 2e lijn vergroot.
- Inrichting van een sterk Publieksinformatiekanaal om vragen, advies en ondersteuning te bieden bij e-mental health;
- E-mental health integratie in Social Media om burgers in contact te brengen met e-mental health en de stap om het gebruik van zelfmanagement tools en programma's sterk te verlagen.
- Overheidssteun te geven om de markt voldoende initiatieven op te laten pakken.



Depressiepreventie rendeert



Preventie van depressieve stoornis is cruciaal om de geestelijke volksgezondheid op peil te houden en de economische kosten laag te houden.

Depressie kost de Nederlandse samenleving veel

Depressieve stoornis treft jaarlijks 800.000 Nederlanders. De helft van hen overwint de depressie binnen drie maanden en dikwijls op eigen kracht. Bij de overigen duurt de depressie ruim zes maanden en komt daarna meerdere keren terug in hun leven. Deze groep brengt daarmee 21% van hun levensduur door in een depressieve conditie.ⁱ Daarmee gaan in Nederland jaarlijks 183.000 gezonde levensjaren verloren. Dit is niet zonder economische gevolgen. Alleen al in de leeftijdsgroep van 18-64 jaar veroorzaakt depressie, inclusief lichte vormen van depressie, een maatschappelijke kostenpost van jaarlijks 3,98 miljard euro. Het leeuwendeel (85%) van deze kosten ontstaat door productieverliezen, het restant (15%) staat op conto van zorggebruik.^{ii, iii} In deze context biedt depressiepreventie een interessant alternatief.

Depressiepreventie is effectief

Preventie van depressie helpt om de geestelijke volksgezondheid op niveau te houden en de economische kosten laag te houden. Het goede nieuws is dat depressiepreventie uitvoerbaar, effectief en kosteneffectief is. Depressiepreventie richt zich op mensen met een beginnende depressieve stoornis en dan in het bijzonder bij scholieren, jonge moeders (postpartumdepressie), de beroepsbevolking, en bij (oudere) mensen met lichamelijke ziekten. Preventieve zelfhulp via het internet (e-health) is een slimme manier om depressiepreventie betaalbaar te houden, veel mensen te bereiken en hun zelfredzaamheid te vergroten. Op basis van 30 wetenschappelijk gecontroleerde studies is er robuuste evidentie dat depressiepreventie werkzaam is,^{iv} ook als e-health interventie.^v Zo dienen gemiddeld 8 - 10 mensen preventie te ontvangen om één nieuwe depressie te voorkomen.^{vi} Dat is een getalsverhouding die zich gunstig verhoudt tot de rest van de preventieve geneeskunde, zoals de ruim 100 personen die preventief behandeld moeten worden voor hoge bloeddruk om bij één van hen het ontstaan van een cardiovasculair incident te voorkomen.^{vii}

Depressiepreventie rendeert economisch

Depressiepreventie is bovendien kosteneffectief.^{viii,ix} Betaalbare preventie voorkomt niet alleen leed, maar ook de hogere kosten van latere behandelingen. Om die reden is een zorgsysteem dat voorziet in depressiepreventie zelfs betaalbaarder dan een zorgsysteem zonder depressiepreventie.^x Depressiepreventie is daarnaast van belang voor de duurzame inzetbaarheid van de beroepsbevolking. Zo verdient depressiepreventie zichzelf terug.^{xi} Ingegeven door dit soort overwegingen is depressiepreventie sinds 2007 een speerpunt in het preventief volksgezondheidsbeleid. Hiermee loopt Nederland in de pas met doeleinden in breder Europees verband.^{xii} Met depressiepreventie wordt er bovendien gekapitaliseerd op eerdere investeringen van voorgaande kabinetten en VWS.

Conclusie:

Op depressiepreventie dient niet bezuinigd te worden. Dat zou een averechtse bezuiniging zijn, want depressiepreventie rendeert. Echter, wanneer het overheidsbeleid zich ruimhartig inzet voor depressiepreventie zal er veel gewonnen kunnen worden.

- i Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijschaar M, Corry J, Andrews G. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1097-1103.
- ii Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, De Graaf R, Beekman A. (2006) Costs of common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9: 193-200.
- iii De Graaf R, Tuithof M, Van Dorselaer S, Ten Have M. Verzuim door psychische en aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht, Trimbos-instituut, 2011.
- iv Muñoz RF, Cuijpers P, Smit F, Barrera AZ, Leykin Y. Prevention of major depression. *Ann Rev Clin Psychol* 2010; 6: 181-212.
- v Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS ONE* 2010;5(10): e13196
- vi Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008, 165, 1272-80.
- vii Thompson AM, Hu T, Eshelbrenner CL, Reynolds K, He J, Bazzano LA. Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a meta-analysis. *JAMA* 2011;305:913-22.
- viii Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A. Economic evaluation of preventing depression in primary care patients: randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 330-6.
- ix Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Smit F, Carter R. Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money? *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45(1):36-44
- x Lokkerbol J, Adema D, Cuijpers P, Reynolds III CF, Schulz R, Weehuizen R, Smit F. Improving the cost-effectiveness of a health care system for depressive disorders with the implementation of preventive telemedicine: a health economic modelling study. Submitted for publication.
- xi Van den Berg M, Smit F, Vos T, Van Baal PHM. Cost-effectiveness of opportunistic screening and minimal contact psychotherapy to prevent depression in primary care patients. *Plos One* 2011;6(8): e22884.
- xii Wahlbeck K, Mäkinen M. (Eds). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities, 2008.

De rol van het Trimbos-instituut bij innovaties:

Het Trimbos-instituut is het nationaal kennis- en innovatie-instituut op het gebied van de geestelijke gezondheid en verslaving. Rond de onderwerpen: eerstelijns, ambulantisering, mental health en depressiepreventie heeft het Trimbos-instituut kennisnetwerken gevormd die initiatieven op deze gebieden ondersteunt. Innovaties vinden plaats op basis van up to date wetenschappelijke informatie. Deze netwerken bieden een infrastructuur als het gaat om kennisondersteuning van decentrale initiatieven vanuit het veld. Het Trimbos-instituut zorgt daarbij voor kennisoverdracht, kennisuitwisseling, toepassing van kennis en samenwerking.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 3500
7500 AS Utrecht
T 030 – 297 11 00
E info@trimbos.nl

I www.trimbos.nl



Preventie van depressie

Factsheet Preventie 2011

Depressie is een veel voorkomende stoornis met een aanzienlijke ziektelast en hoge economische kosten, - het laatste vooral door verlies in productiviteit. Binnen het gezondheidszorgsysteem lukt het niet om de ziektelast als gevolg van depressie te keren. Aanvullende strategieën zijn nodig. Er zijn effectieve interventies voor de preventie van depressie beschikbaar, met name voor mensen met depressieve klachten. Het gaat dan om groepsinterventies, zelfhulp in de vorm van bibliotherapie en online interventies.

1. Depressie: definitie, prognose en prevalentie

Definitie van depressie

Er is sprake van een depressieve stoornis als iemand minimaal vijf van de onderstaande symptomen heeft, waaronder één of beide kernsymptomen, gedurende tenminste twee weken.

Kernsymptomen:

- Een neerslachtige stemming
- Een duidelijk verlies aan interesse in (bijna) alle activiteiten

Aanvullende symptomen:

- Eetproblemen (heel veel of heel weinig eten) of verandering in het gewicht
- Slaapgebrek of juist te veel slapen
- Geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd
- Vermoeidheid en verlies aan energie
- Gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens
- Concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
- Terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding

Bij jongeren kan depressie gepaard gaan met agitatie en risicovol gedrag en bij ouderen met motorische vertraging, wanideeën en fysieke pijn.

Prognose van depressie

Depressie biedt een ongunstige prognose wat betreft beloop en uitkomsten:

- Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden, maar bij 20% van de gevallen duurt een depressie langer dan twee jaar.
- Een recidiverende depressie heeft een grote en negatieve impact op iemands leven. In de vijf jaar na het herstel is er een kans van 70% op een nieuwe episode. Elke bijkomende episode verhoogt de kans op weer een episode: een persoon die drie depressieve episodes heeft gehad, heeft 90% kans op een vierde.
- Mensen met een depressie lopen een hoger risico op voortijdig overlijden. Dit risico is een factor 1.65 hoger ten opzichte van mensen die nooit een depressieve episode kenden.

Prevalentie: jaarlijks 797.000 mensen

In Nederland kampen jaarlijks 797.000 mensen (vanaf 13 jaar) met een depressie. Bij jongeren (13-17) is de 1-jaarsprevalentie van depressie 3,8%, bij volwassenen (18-65) 5,8% en bij ouderen (65+) 5,0%. Depressie komt enigszins vaker voor in de leeftijdsgroep 35-45 jaar en bij vrouwen. Voor het achttiende levensjaar heeft ongeveer 15% van de jongeren een depressieve episode meegemaakt. Een 'vroeg' depressie kan iemands schoolprestaties en de reguliere ontwikkeling in de levensloop verstoren.

2. Depressie: kosten, verzuim en ziektelast

Economische kosten: jaarlijks €1,5 miljard

Volgens een conservatieve schatting bedragen de economische kosten van depressie in de leeftijdsgroep 18-65 jaarlijks €1,5 miljard. Deze kosten worden deels gemaakt in de gezondheidszorg en hoofdzakelijk in de arbeidproductieve sfeer. De daadwerkelijke economische kosten van depressie voor de samenleving zijn aanzienlijk hoger omdat adolescenten en mensen boven de 65 in deze schatting niet zijn opgenomen.



Depressie grootste oorzaak van verzuim

Depressie verklaart 8,2% van de verzuimdagen van de werkende bevolking. Daarmee is het de grootste oorzaak van verzuim. Mensen met een depressie blijken gemiddeld 35,3 dagen verzuim te hebben, dat is gemiddeld 22,8 dagen meer dan mensen zonder depressieve stoornis.

Na depressie wordt de top vijf van verzuim bepaald door chronische rugpijn, aandoeningen aan de luchtwegen, drugsgebruik en spijsverteringsproblemen. Het voorkomen, genezen en beperken van de gevolgen van depressie zal een positief effect hebben op het terugdringen van ziekteverzuim en het functioneren op het werk. Omdat de verzuimkosten van depressie vaak beduidend groter zijn dan de medische kosten ervan, zal preventie en behandeling van deze aandoeningen kosteneffectief zijn. Preventie en behandeling gericht op risicogroepen, zoals mensen met een lage sociaal-economische status, zijn mogelijk extra kosteneffectief.

Ziektelast: verlies van 183.000 gezonde levensjaren

Geestelijke stoornissen als depressie, angststoornissen en alcoholproblemen staan hoog in de top tien van de meest invaliderende ziektes over de hele wereld. Ook in Nederland is depressie een van de meest invaliderende ziektes. Jaarlijks gaan in ons land 183.000 gezonde levensjaren (Quality Adjusted Life Years, QALYs) verloren door depressie. Hoe dit komt is duidelijk: depressie komt veel voor, veroorzaakt een grote individuele ziektelast (vergelijkbaar met bijna-blindheid), heeft een slechte prognose en is geassocieerd met voortijdig overlijden.

3. Preventie van depressie: een noodzaak

De jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen is aanzienlijk

Jaarlijks krijgen 2,7% van de volwassenen en 2,8% van de ouderen (65+) een eerste depressie (incidentie). In totaal gaat het om 365.000 nieuwe gevallen, gelijk aan 48% van de bestaande gevallen. Eén op de twee personen met een depressie is dus een nieuw geval. Het is verstandig alles te doen om deze instroom in te dammen. Om dit te realiseren is preventie nodig.

Behandeling kan de ziektelast slechts deels verminderen

Met het huidige behandelaanbod wordt slechts 10-20% van de ziektelast van depressie weggenomen. Een omvangrijke 80-90% blijft dus bestaan en veroorzaakt individueel lijden, verlies van kwaliteit van leven en economische kosten. Opnieuw moet geconcludeerd worden dat preventie noodzakelijk is naast behandeling.



Effectiviteit van preventie van depressie

Resultaten uit een meta-analyse tonen aan dat de incidentie van depressie kan worden verminderd met 20-30% door de inzet van preventieve interventies. Het aanbieden van preventieve interventies volgens een stepped-care werkwijze kan de incidentie zelfs verminderen met 50%. Dit effect duurt 2 jaar.

Kosteneffectiviteit van preventie van depressie

Economische gegevens wijzen erop dat depressiepreventie bij volwassenen kosteneffectief is, in het bijzonder wanneer deze wordt aangeboden in de vorm van zelfhulp (bibliotherapie of via het internet) met minimale begeleiding van een therapeut. Dit geldt zeker als gekeken wordt vanuit een maatschappelijk perspectief, wanneer de kosten van vermindering in productiviteit worden meegenomen.

4. Preventie van depressie: doelgroepen

Risicogroepen en risicofactoren

Aangenomen wordt dat een depressie ontstaat door een combinatie van risicofactoren. Op basis van sociale en psychische factoren kan een aantal risicogroepen worden onderscheiden.

- Mensen van wie de ouders of naaste familieleden te maken hebben gehad met een depressieve stoornis, angststoornis of alcoholprobleem
- Mensen die al eerder een depressie hebben meegemaakt (kans op recidiverende depressie)
- Mensen met een subklinische depressie, dat wil zeggen enkele depressieve klachten die nog niet beantwoorden aan de criteria van een klinische depressie
- Mensen die een langdurige angststoornis hebben (verhoogd risico op secundaire depressie)
- Mensen met een jeugdtrauma, zoals mishandeling of verwaarlozing voor hun zestiende levensjaar
- Kwetsbare persoonlijkheden, bijvoorbeeld hoog neuroticisme, weinig zelfvertrouwen, hoge interpersoonlijke sensitiviteit en kinderen met leerproblemen
- Kwetsbare mensen die te maken krijgen met ingrijpende levensgebeurtenissen zoals ernstige ziekte, verlies van arbeid of overlijden van een echtgenoot

- Mensen met een chronische lichamelijke ziekte, waaronder tumoren, cardiovasculaire ziektes, chronisch obstructieve longziekte (COPD), lage rugpijn; of een handicap, bijvoorbeeld een visuele handicap of iets waardoor beperkingen in het functioneren ontstaan
- Mensen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen
- Vrouwen: de 1-jaarsprevalentie voor vrouwen van 18-64 jaar is 6,3% tegen 4,1% voor mannen
- Alleenstaanden, die weinig sociale steun en eenzaamheid ervaren (ook weduwen en weduwnaren)
- Kwetsbare groepen zoals dak- en thuislozen en asielzoekers

Een opeenstapeling van risicofactoren bij eenzelfde individu verhoogt het risico op depressie aanzienlijk. Door preventie op deze hoog-risicogroepen te richten, zou een behoorlijke gezondheidswinst bereikt kunnen worden.

Beschermende factoren

De volgende factoren kunnen mensen beschermen tegen het ontstaan van een depressie en kunnen mogelijk ingezet worden in preventieve strategieën voor het verhogen van de veerkracht en daarmee het bevorderen van de geestelijke gezondheid:

- Hoge intelligentie
- Zelfinzicht, een realistische zelfwaardering, zelfvertrouwen
- Begrip, kennis van depressie en wat eraan gedaan kan worden
- Een gemakkelijke (flexibele) persoonlijkheid
- Goede interpersoonlijke relaties, makkelijke omgangsstijl met anderen
- Een gevoel van 'mastery', het versterken van de interne locus of control
- Het plannen van en deelnemen aan plezierige activiteiten
- Fysieke activiteiten, sport

Beschermende factoren specifiek bij kinderen:

- De aanwezigheid van tenminste één steunende ouder
- (Eventueel) een heldere kijk op het psychische probleem van de ouder

5. Preventie van depressie: interventies

In Nederland zijn er diverse goed beschreven en effectieve interventies voor preventie van depressie beschikbaar. De interventies zijn gericht op mensen met depressieve klachten en mensen die behoren tot risicogroepen. Het gaat vaak om groepsinterventies, zelfhulp in de vorm van bibliotherapie en online interventies. Hieronder worden enkele lang bestaande en nieuwe interventies uitgelicht.

• **Cursus 'In de put, uit de put: zelf depressiviteit overwinnen'**

De groepscursus 'In de put, uit de put: zelf depressiviteit overwinnen' is een gestructureerde cognitieve gedragstherapeutische interventie en wordt sinds 15 jaar door de meeste instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aangeboden. Op basis van de cursussen voor volwassenen (18+) en voor ouderen (55+), is een verkorte versie voor alle volwassenen 18+ samengesteld. Verder bestaan er versies voor jongeren en jongvolwassenen, en is er een cultuursensitieve versie voor migranten.

• **Mentale veerkracht**

Mentale veerkracht kan beschouwd worden als een beschermende factor voor depressie. Mensen kunnen aan hun mentale veerkracht werken via de website www.mentaalvitaal.nl en de zelfhulp cursus www.psyfit.nl. Ook mindfulness wordt als cursus aangeboden bij depressiepreventie, met als focus het doelbewust aandacht geven en volledig bewust zijn van het moment, zonder te oordelen.

• **Bewegen**

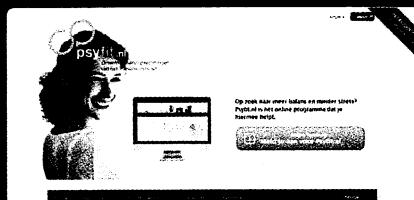
Sinds enkele jaren worden interventies ontwikkeld waarbij de nadruk ligt op bewegen, omdat bewegen een gunstig effect heeft op mensen met lichte depressieve klachten. Een voorbeeld is het programma 'Liever bewegen dan moe'.

• **Klachtgericht aanbod**

Er worden ook klachtgerichte interventies aangeboden, zoals korte interventies over piekeren, anders leren denken, slaapproblemen, stress en assertiviteit.

• **E-health**

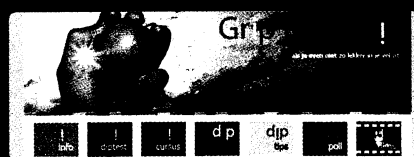
Online interventies worden gezien als een laagdrempelig alternatief en/of aanvulling op het bestaande aanbod. Het anoniem kunnen deelnemen aan deze interventies is daarbij vaak een belangrijk aspect. Enkele voorbeelden:



Psyfit.nl is een online zelfhulp cursus om de mentale veerkracht te verbeteren. Mensen leren wat mentale veerkracht is, en hoe ze gelukkiger en meer ontspannen in het leven kunnen staan. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, positieve psychologie en mindfulness.



Kleurjeleven.nl is een online zelfhulp cursus bestaande uit acht lessen en een terugkomles, om volwassenen en ouderen vaardigheden te leren om hun stemming te verbeteren. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.



Gripopjedip.nl biedt een online groepscursus aan in een beveiligde chatbox, om jongeren en jongvolwassenen te ondersteunen bij het aanpakken van sombere gevoelens en depressieve klachten. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.



Een overzicht van aanbevolen interventies tegen depressie is te vinden in het Interventieoverzicht Depressie van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/settings/gezond-gemeente/depressie/interventieoverzicht). De meeste interventies zijn geschikt voor toepassing in de eerste lijn ('basis-GGZ'). Zij kunnen worden aangeboden door of via gezondheidscentra, eerstelijnspsychologen en anderen. De meeste preventieafdelingen van GGZ-instellingen hebben een cursusaanbod gericht op de regio.

6. Preventie van depressie: een integrale aanpak

In de praktijk bestaat depressiepreventie uit vele verschillende activiteiten, die zijn geordend in een integrale aanpak. Een integrale aanpak van depressiepreventie is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen. Deze aanpak berust op verschillende 'pijlers'. Welke worden ingezet, wanneer en in welke verhouding, is afhankelijk van de lokale situatie, doelstellingen en doelgroepen. De volgende pijlers kunnen een rol spelen:

• Inrichting van de omgeving

Het creëren van een groene en veilige leefomgeving heeft een gunstige invloed op de psychische gezondheid van mensen.

• Voorlichting en educatie

Met een actief voorlichtings- en bewustwordingsbeleid kan men onjuiste ideeën en vooroordelen over depressie en andere psychische problemen bijstellen en het belang van mentale vitaliteit benadrukken. Educatieve activiteiten op scholen, zoals onderdelen in het curriculum over mentale vitaliteit, kunnen ook bijdragen aan een beter begrip van psychische gezondheid.

• Signalering en advies

Activiteiten op het gebied van signalering en advies zijn belangrijk voor het toeleiden van mensen naar preventieve interventies en zorg. Intermediären, zoals maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen en docenten, die vaak in contact komen met de doelgroepen kunnen worden getraind om signalen van depressie te leren herkennen. Vervolgens kunnen zij cliënten adviseren over geschikte preventieve activiteiten.

• Ondersteuning

Preventieve ondersteuning is gericht op mensen met depressieve klachten. Deze ondersteuning kan bestaan uit (korte) cursussen, individuele ondersteuning of een digitaal aanbod waarbij mensen in hun eigen tijd en op eigen kracht een aanbod op internet volgen. Ook is er een ondersteuningsaanbod voor risicogroepen, zoals kinderen van ouders met psychische problemen en mantelzorgers.

Een uitwerking van de integrale aanpak van lokaal gezondheidsbeleid depressiepreventie is te vinden in de Handreiking Gezonde Gemeente, themadeel Depressie (www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie).

7. Preventie van depressie: een gezamenlijke verantwoordelijkheid

Depressiepreventie heeft veel invalshoeken en er zijn veel activiteiten en interventies denkbaar, die door verschillende organisaties kunnen worden uitgevoerd. De volgende samenwerkingspartners kunnen een bijdrage leveren:

- **Gemeenten** stellen eens in de vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op. Depressiepreventie is daarvan meestal een onderdeel.
- De **GGD** is het eerste aanspreekpunt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid en heeft een belangrijke adviserende, soms ook uitvoerende functie. De GGD kan veel activiteiten in het kader van depressiepreventie coördineren.
- Op het snijvlak van preventie en zorg zijn de **preventieafdelingen van de GGZ-instellingen** actief. Zij beschikken over kennis van depressiepreventie en bieden preventieve ondersteuning aan voor risicogroepen en mensen met depressieve klachten. Ook voeren zij activiteiten uit in het kader van de Wmo, zoals voorlichting, deskundigheidsbevordering, signalering en advies.
- **Welzijnsorganisaties en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening** zijn onmisbaar voor het bereiken van doelgroepen; zij hebben meestal een rechtstreekse relatie met gemeenten en kunnen belangrijke uitvoeringstaken op zich nemen.
- Het **Centrum voor Jeugd en Gezin** is er voor kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar, vooral op het gebied van opvoedingsondersteuning en de begeleiding van risicogezinnen.
- Waar preventie overgaat in zorg, speelt de **eerste lijn** een belangrijke rol. Werkers in de eerste lijn (o.a. huisartsen en praktijkondersteuners, eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en thuiszorgorganisaties) hebben een belangrijke taak bij het vaststellen en behandelen van depressies. Daarnaast kunnen zij ook een rol spelen in de preventieketen door bij te dragen aan bewustwording, educatie, en signalering en advies. Ook kunnen zij geïndiceerde preventie uitvoeren.
- **Verpleeg- en verzorgingshuizen** organiseren activiteiten waar ook thuiswonende ouderen vanuit de omgeving aan kunnen deelnemen.
- **Bedrijfsartsen** hebben te maken met mensen die deelnemen aan het arbeidsproces, en kunnen hen verwijzen naar lokale preventieve activiteiten.
- Ook **lokale organisaties** uit bijvoorbeeld de sectoren werk en inkomen, onderwijs en sport kunnen samenwerkingspartner zijn.

Websites depressiepreventie:

Kiesbeter.nl
Loketgezondleven.nl
Mentaalvitaal.nl
Nationaalkompas.nl
Psychischegezondheid.nl
Trimbos.nl/preventie

Literatuur

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Chisholm, D., Sanderson, K., Ayuso-Mateos, J.L. & Saxena, S. (2004). Reducing the global burden of depression Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 184, 393-403.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Smit, F., Mihalopoulos, C. & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-80.
- Dijkstra, M. & Ruiters, M. (2011). *Aard en omvang GGZ- en Verslavingspreventie 2010. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en Verslavingspreventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Graaf, R. de, Have, M. & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut. [uitkomsten zijn geprojecteerd naar de Nederlandse bevolking van 14 juni 2010]
- Graaf, R. de, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, & Have, M. ten (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Loket Gezond Leven, RIVM. *Interventieoverzicht depressie*. Geraadpleegd op 1 december 2011, www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/interventieoverzicht.
- Loket Gezond Leven, RIVM. *Handreiking Gezonde Gemeente*. Geraadpleegd op 1 december 2011, www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie.
- Meijers, S., Smit, F., Schoemaker, C. & Cuijpers, P. (2006). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen*. De Bilt: RIVM.
- Smit, F., Majo, C., Lokkerbol, J., Petrea, I., Beekman, A. & Cuijpers, P. *Costs and benefits of preventing mental disorders: the economic case*. In voorbereiding.
- Van't Veer-Tazelaar, P., Marwijk, H. van, Oppen, P. van, Hout, P. van, Horst, H. van der, Cuijpers, P., Smit, F., Beekman, A. (2009). Stepped-Care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life. A Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 66(3), 297-304.

Colofon

Projectleiding
Marijke Ruiter

Auteurs
Barbara Conijn
Marijke Ruiter

Advies
Filip Smit

Tekstredactie
Kati Dobos
Agnes van der Poel

Productbegeleiding
Joris Staal
Kati Dobos

Ontwerp
Ladenius Communicatie BV Houten

Productie
Ladenius Communicatie BV Houten

Beeld
www.istockphoto.com

Deze uitgave is te bestellen via
www.trimbos.nl/webwinkel met
artikelnummer AF 1115

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets
uit deze uitgave mag worden
verveelvoudigd en/of openbaar
gemaakt, in enige vorm of op
enige wijze, zonder voorafgaande
toestemming van het Trimbos-
instituut.

Strategische verkenning eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

De eerstelijnszorg is volop in beweging. Door de toenemende hulpbehoefte, het dreigende personeelstekort, de snel oplopende kosten en de bezuinigingen is het nodig de zorg nog efficiënter en effectiever in te richten. Het gezondheidszorgbeleid van de regering is gericht op kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Beleidsdoelstellingen zijn gericht op de versterking van bereikbare goede basiszorg dicht bij huis, in de wijk. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderscheidt in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) twee hoofdfuncties, GGZ-basiszorg en Generalistische GGZ, ook wel 'Basis GGZ' genoemd [1].

Terugdringen van ziektelast en kosten door versterking eerste lijn

De uitdaging is om de prevalentie, ziektelast en kosten van veelvoorkomende psychische problemen terug te dringen. De ziektelast is namelijk hoog: depressie en angststoornissen staan beide in de top 5 van meest belastende ziekten, tussen hart- en vaatziekten, beroertes en diabetes in. Extra kosten van psychische problemen zijn hoog en het grootste gedeelte van deze kosten wordt veroorzaakt door productiviteitsverliezen. De last van psychische problemen kan verminderd worden door:

- Bevorderen van mentale gezondheid en de preventie van psychische problemen
- Tijdig signaleren en verrichten van juiste diagnostiek, in samenspraak met de zorgvrager en met goede keuze-informatie voor behandeling
- Aanbieden van (kosten)effectieve (e-health) interventies
- Goede samenwerking en ketenzorg realiseren

De eerstelijnszorg speelt hierin, als eerste contactpunt voor mensen met een hulpbehoefte, een belangrijke rol. Gebleken is dat de eerste lijn, mits hiervoor uitgerust, psychische problemen en lichte tot matig ernstige aandoeningen goed kan behandelen.

Wat is eerstelijnszorg?

Belangrijke elementen van eerstelijnszorg zijn [2]:

- generalistische zorgverlening,
- laagdrempelige toegang, zowel financieel als geografisch,
- gericht op de mens in zijn omgeving,
- continuïteit van zorg,
- coördinatie van zorg rond cliënten.

Prevalentie, ziektelast, zorggebruik en kosten van angststoornissen, depressie, alcohol en drugs

	12-maands prevalentie*	Rangordening ziektelast**	Gebruik huisartsenzorg*	Kosten van ziekte*** (in miljoenen)	Kosten van ziekte in de eerstelijnszorg **** (in miljoenen)
Angststoornis	10,1%	3	23%	349,3	64,8
Depressie	5,2%	4	41,1%	648,8	88,3
Alcohol en drugs	5,6%	20***	21,7%	800,5	5,9

* In de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, 2007-2009 [3]; ** Rangordening ziektelast, 2007 [4];

*** Alleen gegevens over alcoholafhankelijkheid bekend; **** In de Nederlandse bevolking van 20-64 jaar, 2007 [5]

Speerpunten voor de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

Het Trimbos-instituut heeft een agenda voor innovatie opgesteld voor de periode 2011-2015, om een toegankelijke, kosteneffectieve 'Basis GGZ' te realiseren. Een agenda die een aantal oplossingen bevat voor de aanpak van psychische problemen in de eerste lijn en die een leidraad kunnen zijn voor de substitutie van tweede naar eerste lijn. Oplossingen die voortkomen uit de wetenschappelijke literatuur of die nog volop in onderzoek zijn als het gaat om de kosteneffectiviteit. Met partijen zoals eerstelijnszorgverleners en hun verenigingen, cliëntverenigingen, zorgverzekeraars, geestelijke gezondheidszorgorganisaties en VWS werken we de speerpunten graag verder uit.

1. Bevorderen van mentale gezondheid en preventie van psychische problemen

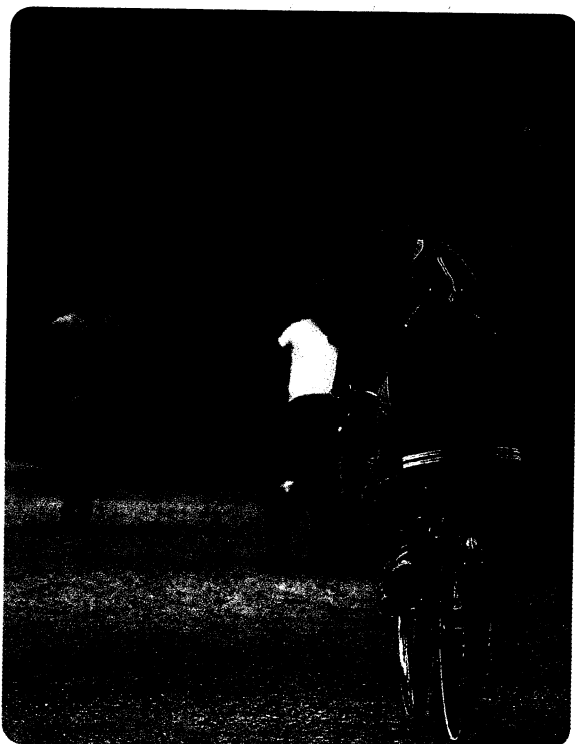
Veel mensen hebben psychische problemen die samenhangen met sociale omstandigheden, leefstijl,

een chronische ziekte of werkomstandigheden. (E-health) zelfmanagement cursussen en sociale, niet-medische interventies ('social prescribing') zoals creatieve- en fysieke activiteiten kunnen helpen de mentale gezondheid en veerkracht te vergroten [6]. Preventieve, laagdrempelige interventies kunnen psychische stoornissen en zorggebruik voorkomen.

2. Tijdige signalering, juiste diagnostiek in samenspraak met de zorgvrager en met goede keuze-informatie

In de eerstelijns GGZ speelt de huisartsvoorziening een centrale rol. Van de huisarts wordt verwacht dat deze psychosociale en psychische problemen tijdig herkent en van elkaar onderscheidt voor een juiste toeleiding naar zelfhulp, welzijnsorganisaties, eerstelijns- of tweedelijnszorg.

Voor het bevorderen van tijdige herkenning, juiste diagnostiek en toeleiding naar zorg is verdere ontwikkeling nodig van:



Welzijn op recept

In 'Welzijn op recept' verwijzen eerstelijns zorgverleners mensen met psychosociale klachten door naar activiteiten van een welzijnsorganisatie, die het welbevinden van mensen kunnen verhogen. Dit kunnen creatieve activiteiten zijn, maar ook bewegen, of gezond koken. Zo worden mensen met klachten die bijvoorbeeld veel te maken hebben met eenzaamheid, op een laagdrempelige manier ondersteund.

Samenwerkende organisaties: Gezondheidscentrum De Roerdomp en welzijnsorganisatie MOvactor

Financiers: de provincie Utrecht en Bestuur Regio Utrecht, de gemeente Nieuwegein en ZonMw.

Contact: Henny Sinnema,
hsinnema@trimbos.nl



- De functie praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). Op dit moment is de functie van POH-GGZ nog in ontwikkeling en dit is de uitgelezen mogelijkheid om ervoor te zorgen dat deze functie waarde toevoegt in herkenning, diagnostiek en toeleiding naar zorg.
- Digitale beslisondersteunende instrumenten [7] waarin vragenlijsten voor screening, ernstvaststelling, zorgtoewijzing en routine outcome monitoring zijn opgenomen en die toegankelijk zijn voor zowel burgers, cliënten als zorgverleners.
- Teleconsulten, bij complexe diagnostiek, waarin de eerstelijnszorgverlener digitaal advies van specialisten uit de tweede lijn krijgt [8]. Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van teleconsulten bij twijfel over diagnostiek in de eerstelijns GGZ wordt sterk aanbevolen. Waarbij belangrijke vragen zijn of teleconsulten leiden tot: sneller hulp, tevredenheid, minder verwijzingen naar de tweedelijns GGZ; en afname van de zorgkosten.
- Shared decision making, waarbij de zorgverlener en cliënt samen bespreken wat er aan de hand kan zijn, wat dit betekent voor de cliënt en wat de opties zijn voor het reduceren of leren omgaan met de klachten. Er zijn aanwijzingen dat deze gezamenlijke besluitvorming leidt tot kwaliteit verbetering, patiënttevredenheid en therapietrouw [9-11].

Ontwikkelen van een perinatale depressie preventie interventie (online en groep) voor zwangere Turkse en Marokkaanse vrouwen

In dit project wordt een cultuursensitieve variant van de 'Mothers and Babies Course' ontwikkeld voor zwangere / net bevallen Turkse en Marokkaanse vrouwen ter voorkoming van depressie. De 'Mothers and Babies Course' bestaat uit 8 sessies en kan zowel online als in een groep aangeboden worden. In dit project vergelijken wij de kosten/baten van een online en een groep versie onder zwangere Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Samenwerkende organisatie: 1ste Lijn Amsterdam
Financier: ZonMW
Contact: Hedda van 't Land,
hland@trimbos.nl

Doorbraakprojecten

De doorbraakmethode is een veel gebruikte strategie om richtlijn- en standaard aanbevelingen toe te passen in de praktijk. Eerste- en tweedelijns zorgverleners werken samen in een team en worden gestimuleerd verbeteringen in hun eigen praktijksituatie toe te passen. Teams registreren zoveel mogelijk hun eigen veranderproces en worden daarbij begeleid door experts. In de regio's waar de doorbraakprojecten zijn uitgevoerd is men stepped care gaan behandelen. Resultaten laten zien dat er minder medicatie voorgeschreven wordt bij lichte klachten.

Samenwerkende organisaties: Regionale Ondersteuningsstructuren.
Financiers landelijke Doorbraakprojecten: het College voor Zorgverzekeringen (Depressie I); het Innovatiefonds Zorgverzekeraars (Depressie II); VWS en door ZonMw gecoördineerd (Angststoornissen).
Contact: Gerdien Franx, gfranx@trimbos.nl

Mentaal Vitaal

Mentaal Vitaal (www.mentaalvitaal.nl) is een laagdrempelige internetportal over geestelijke gezondheid. De portal stimuleert zelfmanagement vaardigheden: mensen kunnen zelf actief hun eigen mentale gezondheid onderhouden of verbeteren met behulp van de aangeboden informatie en tips, oefeningen en online interventies zoals Psyfit.nl. Zo nodig verwijst Mentaal Vitaal door naar het face-to-face behandelaanbod (stepped care).

Samenwerkende organisatie: Fonds psychische gezondheid

Financier: Ministerie van VWS.

Contact: Linda Bolier, lbolier@trimbos.nl

Veerkracht

Om ouderen te ondersteunen bij het behouden en verbeteren van controle over het leven ontwikkelt het Trimbos-instituut een internetinterventie om welbevinden te verbeteren door vergroting van zelfmanagementvaardigheden. Uit onderzoek blijkt dat de vergroting van zelfmanagementvaardigheden leidt tot een verbetering van het welbevinden bij ouderen. Daarnaast lijken gevoelens van eenzaamheid af te nemen. Deze interventie wordt in samenwerking met drie gemeenten, verschillende welzijnsorganisaties en een eerstelijnsorganisatie in de provincie Overijssel ontwikkeld.

Financier: Provincie Overijssel

Contact: Anne Margriet Pot, apot@trimbos.nl

3. Aanbieden van (kosten) effectieve (e-health) interventies

Internetinterventies zijn nodig om zo veel mogelijk zorgvragers betaalbare zorg te kunnen bieden. Meer inzet van e-health interventies kan tot forse besparingen leiden [12]. Het op tijd inzetten van geïndiceerde preventieve interventies in de vorm van begeleide (e-health) zelfhulp levert vaak gezondheidswinst op en bespaart kosten. Er bestaan verschillende begeleide (e-health) zelfhulpinterventies [13]. Het bereik is echter laag om diverse redenen. Bijvoorbeeld doordat cliënten denken dat de interventie niet effectief is; geïndiceerde preventieve interventies vaak aangeboden worden door gespecialiseerde GGZ instellingen; en door de toename van het e-health aanbod via verschillende portals en websites waardoor het overzicht zoek raakt. Voor cliënten en zorgverleners is het vaak niet bekend wanneer ze welke e-health interventie kunnen gebruiken. De huisarts, POH-GGZ en eerstelijns-

psycholoog kunnen meer cliënten verwijzen naar dit soort interventies en zij kunnen de cliënt hierin zonodig begeleiden met face-to-face contacten (blended e-health). Om het bereik te vergroten is informatie nodig voor burgers, cliënten en zorgverleners over de kosteneffectiviteit van interventies en waar deze interventies gevolgd kunnen worden. Ook zijn passende zorggerelateerde (preventieve) (e-health) interventies nodig voor kwetsbare groepen, zoals mensen met chronische psychische problemen; chronische lichamelijke problemen en psychosociale problemen en mensen met een lage sociaal economische status.

De ontwikkeling van een 'Software as a Service' portal, een soort marktplaats, waar iedereen op eenvoudige wijze toegang kan krijgen tot zelfmanagement tools en interventies die de mentale gezondheid kunnen versterken, kan opschaling van e-health versnellen.



Signaleren en verwijzen bij depressieve klachten

Het Partnership Depressiepreventie heeft een kort traject ontworpen voor medewerkers van thuiszorginstellingen, gezondheidscentra en jeugdgezondheidszorg ter ondersteuning van: signaleren van depressieve klachten bij hun cliënten, bespreken, adviseren over te ondernemen actie en verwijzen naar preventief (en zo nodig curatief) aanbod. Uitgangspunt hierbij is de regionale context: depressiepreventie is een schakel in de keten tussen preventie en zorg.

Financier: Ministerie van VWS.

Contact: Marijke Ruiter, mruijter@trimbos.nl



4. Goede samenwerking en ketenzorg

Ketenzorg kan bijdragen aan verbetering van de zorg en kostenbeheersing wanneer professionals onderling beter afstemmen. Ketenzorg is bedoeld om de zorg voor het gehele beloop van een klacht of stoornis soepel te laten verlopen. Zo ontstaat er een keten van preventie van een volwaardige psychische stoornis tot en met nazorg aan mensen met een chronisch psychisch probleem om terugval te voorkomen. Gemeenten, waaronder de GGD en welzijnsorganisaties, huisartsen en eerste- en tweedelijns zorgaanbieders werken hierin samen. Zorgstandaarden vormen de basis voor de inhoud van zorg. Zo beschrijft de in ontwikkeling zijnde zorgstandaard Depressie de norm waaraan goede depressiezorg moet voldoen: welke hulp en begeleiding, op welke wijze, wanneer geboden moet worden [14].

Voor mensen met een complexe zorgvraag als gevolg van een (chronisch) psychisch probleem is collaborative care effectief in de eerste lijn [15-17]. Bij collaborative care wordt de huisarts ondersteund door een GGZ zorgverlener, die de zorg coördineert en waarin (e-health) zelfmanagement, routine outcome monitoring en terugvalpreventie belangrijke interventies zijn. Voor advies kan een psychiater geraadpleegd worden. De POH-GGZ lijkt bij uitstek geschikt om de zorg te coördineren. Zo kunnen cliënten met chronische problemen vanuit de tweede lijn worden (terug)verwezen naar de eerste lijn. Voorwaarde is wel dat de huidige POH-GGZ financieringsregeling structureel en flexibel wordt ingevoerd, zodat meer huisartsen gebruik kunnen maken van deze regeling.

Collaborative care bij depressie en angst

In het collaborative care model wordt de huisarts ondersteund door een care manager (bijvoorbeeld de POH-GGZ) die de zorg voor de cliënt coördineert, in overleg met de huisarts. Zelfmanagement, kortdurende evidence based interventies, monitoren van klachten en terugvalpreventie zijn belangrijke onderdelen van het model. Tijdens de behandeling kan een psychiater geraadpleegd worden. Uit onderzoek blijkt dat collaborative care effectiever is dan de gebruikelijke zorg bij de behandeling van angst en depressie in de eerste lijn.

Financiers: Innovatiefonds zorgverzekeraars (collaborative care bij depressie); ZonMW, Agentschap NL, Rivierduinen (collaborative stepped care bij angst)

Contact: Christina van der Feltz, cfeltz@trimbos.nl

Wat het Trimbos-instituut aan de 'Basis GGZ' te bieden heeft

Het Trimbos-instituut onderzoekt in samenwerking met andere partijen:

- Voorkomen en zorggebruik van psychische problemen

Het Trimbos-instituut ontwikkelt, implementeert en doet onderzoek naar:

- Kosteneffectieve (preventieve) e-health interventies en zorgmodellen
- Methoden voor implementatie van richtlijnaanbevelingen
- Beleid gericht op versterking van de eerstelijns GGZ

Het Trimbos-instituut begeleidt:

- Implementatie van zorginnovaties
- Deskundigheidsbevordering
- Ontwikkeling van zorgpaden
- Aanvragen van subsidies

Het Trimbos-instituut maakt:

- Stakeholder-analyses en kennissyntheses

Het Trimbos-instituut adviseert verzekeraars, overheid, gemeentes, eerstelijnspraktijken en GGZ-aanbieders over de eerstelijns GGZ. Medewerkers van het Trimbos-instituut gaan graag met u in gesprek over wat wij voor u kunnen betekenen. In de kaders vindt u informatie over enkele projecten die we in de eerste lijn uitvoeren.

Literatuur

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Advies Basis GGZ. 2011.
2. Wiegers T, Hopman P, Kringos D, de Bakker D. Overzichtstudies de eerste lijn. 2011. Utrecht, Nivel.
3. de Graaf R, ten Have M, VAN Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. 2010.
4. Gommer AM, Hoeymans N, Poos MJJC. Wat is de ziektelast in Nederland? In: Volksgezondheid Toekomstverkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010.
5. Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ. Kosten van ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010. 2011. RIVM.
6. Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J. Social prescribing for mental health. A guide to commissioning and delivery. 2008.
7. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *Jama* 2005; 293(10):1223-1238.
8. van der Heijden JP, de Keizer NF, Bos JD, Spuls PI, Witkamp L. Tele dermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol* 2011; 165(5):1058-1065.
9. Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Sherbourne CD et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care* 2006; 44(5):398-405.
10. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2007; 67(3):324-332.
11. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008; 77(4):219-226.
12. Smit F, Lokkerbol J, Riper H, Majo MC, Boon B, Blankers M. Modeling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders: how implementation of eHealth interventions improves cost-effectiveness. *J Med Internet Res* 2011; 13(3):e56.
13. Berg M van den, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
14. Van de Lindt S, Volker D, Franx G. Conceptversie Zorgstandaard Depressie. Versie 5.0.
15. Huijbregts KM, de Jong FJ, Marwijk HWJv, Beekman ATF, Adèr H, Hakkaart-Roijen L et al. Effectiveness of collaborative care for Major Depressive Disorder in primary care in the Netherlands. A (cluster)randomised trial with a preference arm. *Bmj* 2011.
16. Muntingh ADT, van der Feltz-Cornelis CM, Van Marwijk HWJ, Spinhoven P, Assendelft WJJ, de Waal MW et al. Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research* 2009; 9(1):159.
17. Feltz-Cornelis CMvd. The depression initiative. Description of a collaborative care model for depression in the primary care setting in the Netherlands. *Clinical Neuropsychiatry* 2011; 8(4):260-267.

Colofon

In opdracht / met financiering van
Trimbos-instituut

Auteurs

Anna Muntingh
Henny Sinnema

Advies

Linda Bolier
Brigitte Boon
Els Bransen
Christina van der Feltz-Cornelis
Gerdien Franx
Hans Kroon
Hedda van 't Land
Jasper Nuyen
Filip Smit
Peter van Splunten
Jan Walburg
Bernadette Willemse

Productie

Ladenius Communicatie BV Houten

Beeld

www.istockphoto.com

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

Deze uitgave is te downloaden via
www.trimbos.nl/webwinkel met
artikelnummer AF1123

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
verveelvoudigd en/of openbaar
gemaakt, in enige vorm of op
enige wijze, zonder voorafgaande
toestemming van het Trimbos-instituut.

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer dr. J.A. Walburg
Trimbos Instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht

Kenmerk: 201200512

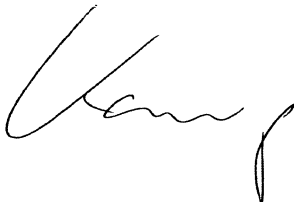
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte heer Walburg,

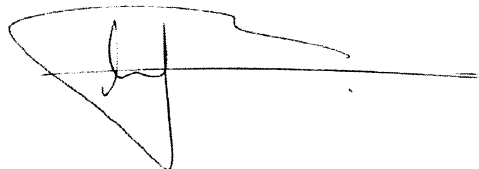
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kamp', with a long horizontal stroke extending to the right.

H.G.J. Kamp

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W.J. Bos', with a large loop at the start and a long horizontal stroke extending to the right.

W.J. Bos

Aan de politiek leiders van VVD en PvdA,
de heer Mark Rutte en de heer Diederik Samsom

Cc: informateurs Henk Kamp, Wouter Bos en alle Tweede Kamer fracties

Betreft: **Formatie nieuw kabinet en toekomstig woonbeleid**

Amsterdam, 10 oktober 2012

Geachte heren Rutte en Samsom,

De verkiezingsuitslag heeft uw beide partijen (VVD en PvdA) het mandaat gegeven om deel te gaan nemen aan een nieuw te formeren regering. Bij de formatie zult u het eens moeten worden over belangrijke thema's, waaronder en niet de minste het woningmarktbeleid. Wij willen u daarbij een paar ideeën van de huurders in Amsterdam meegeven.

Het is duidelijk dat uw partijen inhoudelijk op het onderwerp scherp van elkaar verschillen. Toch zult u deze verschillen moeten overbruggen om tot een gedragen woonbeleid te komen, want het is duidelijk dat de huidige situatie op de woningmarkt om oplossingen vraagt. Wij beseffen dat integrale overname van wensen onwaarschijnlijk is, dus geven wij hieronder een vijftal randvoorwaarden weer die wij als noodzakelijk beschouwen voor een verstandig huurbeleid.

Randvoorwaarde 1: Voorkom grote verschillen tussen oude en nieuwe gevallen

Voor zowel de koop- als de huursector geldt dat introduceren van maatregelen die vooral de starters of verhuizers treffen bijdragen aan het verder op slot zetten van de woningmarkt als geheel. De in oktober 2011 ingevoerde 'schaarstepunten' in het WWS (Donnerpunten) laten dit effect glashelder zien voor de huurders. Alle deskundigen en organisaties verwachten dit effect ook van de maatregelen voor kopers uit het Kunduz-akkoord. Zorg daarom voor maatregelen die niet aan dit euvel leiden, zodat beweging op de woningmarkt niet langer wordt afgestraft.

Randvoorwaarde 2: Bewaak de betaalbaarheid

Welk specifiek huurbeleid u ook gaat overeenkomen, noodzakelijk is dat de betaalbaarheid voor de doelgroep is gegarandeerd. De invoering van de Donnerpunten in combinatie met de kortingen op de huurtoeslag en de inkomensgrens voor sociale huurwoningen resulteren nu in veel te hoge huurquotes voor mensen met lage of lage middeninkomens. Deze leggen een veel te groot beslag op het netto-inkomen en dat leidt tot grote problemen. Wij dringen daarom aan op een scherpe toetsing op de betaalbaarheid bij elk nieuw huurbeleid. Een huurquote van 25% achten wij redelijk.

Randvoorwaarde 3: Vermeng huurrecht niet met belastingrecht

In Wonen 4.0, maar ook in veel partijprogramma's, wordt gesproken over een koppeling van de maximale huur aan de WOZ-waarde. In het verleden heeft minister Dekker dat al getracht, maar dat is mede op de complexiteit van de vermenging van huurrecht met belastingrecht stukgelopen. Het huurrecht is civiel recht en de WOZ-waarde valt onder bestuursrecht. Die twee

Aan de politiek leiders van VVD en PvdA,
de heer Mark Rutte en de heer Diederik Samsom

Cc: informateurs Henk Kamp, Wouter Bos en alle Tweede Kamer fracties

Betreft: **Formatie nieuw kabinet en toekomstig woonbeleid**

Amsterdam, 10 oktober 2012

Geachte heren Rutte en Samsom,

De verkiezingsuitslag heeft uw beide partijen (VVD en PvdA) het mandaat gegeven om deel te gaan nemen aan een nieuw te formeren regering. Bij de formatie zult u het eens moeten worden over belangrijke thema's, waaronder en niet de minste het woningmarktbeleid. Wij willen u daarbij een paar ideeën van de huurders in Amsterdam meegeven.

Het is duidelijk dat uw partijen inhoudelijk op het onderwerp scherp van elkaar verschillen. Toch zult u deze verschillen moeten overbruggen om tot een gedragen woonbeleid te komen, want het is duidelijk dat de huidige situatie op de woningmarkt om oplossingen vraagt. Wij beseffen dat integrale overname van wensen onwaarschijnlijk is, dus geven wij hieronder een vijftal randvoorwaarden weer die wij als noodzakelijk beschouwen voor een verstandig huurbeleid.

Randvoorwaarde 1: Voorkom grote verschillen tussen oude en nieuwe gevallen

Voor zowel de koop- als de huursector geldt dat introduceren van maatregelen die vooral de starters of verhuizers treffen bijdragen aan het verder op slot zetten van de woningmarkt als geheel. De in oktober 2011 ingevoerde 'schaarstepunten' in het WWS (Donnerpunten) laten dit effect glashelder zien voor de huurders. Alle deskundigen en organisaties verwachten dit effect ook van de maatregelen voor kopers uit het Kunduz-akkoord. Zorg daarom voor maatregelen die niet aan dit euvel leiden, zodat beweging op de woningmarkt niet langer wordt afgestraft.

Randvoorwaarde 2: Bewaak de betaalbaarheid

Welk specifiek huurbeleid u ook gaat overeenkomen, noodzakelijk is dat de betaalbaarheid voor de doelgroep is gegarandeerd. De invoering van de Donnerpunten in combinatie met de kortingen op de huurtoeslag en de inkomensgrens voor sociale huurwoningen resulteren nu in veel te hoge huurquotes voor mensen met lage of lage middeninkomens. Deze leggen een veel te groot beslag op het netto-inkomen en dat leidt tot grote problemen. Wij dringen daarom aan op een scherpe toetsing op de betaalbaarheid bij elk nieuw huurbeleid. Een huurquote van 25% achten wij redelijk.

Randvoorwaarde 3: Vermeng huurrecht niet met belastingrecht

In Wonen 4.0, maar ook in veel partijprogramma's, wordt gesproken over een koppeling van de maximale huur aan de WOZ-waarde. In het verleden heeft minister Dekker dat al getracht, maar dat is mede op de complexiteit van de vermenging van huurrecht met belastingrecht stukgelopen. Het huurrecht is civiel recht en de WOZ-waarde valt onder bestuursrecht. Die twee

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Huurdersvereniging Amsterdam
De heer F. Ligtvoet
Nieuwezijds Voorburgwal 32
1012 RZ Amsterdam

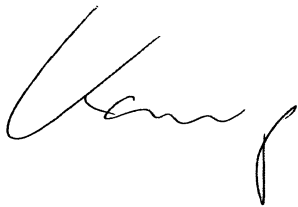
Kenmerk: 201200514

Den Haag, 15 oktober 2012

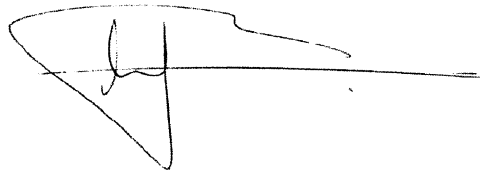
Geachte heer Ligtvoet,

In goede orde ontvingen wij een afschrift van uw brief die u aan de politiek leiders van
VVD en PvdA deed toekomen.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kamp', with a long horizontal stroke extending to the right.

H.G.J. Kamp

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W.J. Bos', with a large, stylized 'W' and a long horizontal stroke extending to the right.

W.J. Bos



Tweede Kamer der Staten-Generaal
Aan de informateurs
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Datum

9 oktober 2012

Contactpersoon

Dhr. S. Terphuis

Kenmerk

1829.2705//2054/ST

Onderwerp

Enkele belangwekkende thema's vanuit de rechtspraak

Geachte heer Kamp,
Geachte heer Bos,

De Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR) is de beroepsorganisatie en vakbond voor rechters en officieren van justitie in Nederland. Ruim 75 % van alle magistraten is lid van de NVvR. De NVvR stelt zich, onder meer, ten doel om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de rechtspraak te bewaken en te bevorderen. Op nadrukkelijk verzoek van onze leden brengen wij het navolgende onder uw aandacht.

Waarborgen toegang tot het recht

Rechtspraak draagt bij aan de instandhouding van de rechtsstaat en het vertrouwen van de burger in het recht. De vrije toegang tot de rechter vormt de basis voor het effectueren van rechten en aanspraken. Omdat een ieder voor de wet gelijk is, moet iedere burger zich, ongeacht zijn financiële positie of het maatschappelijk overwicht van zijn wederpartij, tot de rechter kunnen wenden.

Eén van redenen voor buitenlandse bedrijven in Nederland te investeren is gelegen in toegankelijke en betaalbare rechtspraak. Het verhogen van griffierechten doet daar afbreuk aan en zal aldus ook economische schade tot gevolg hebben. Wij brengen in herinnering dat in de afgelopen jaren de griffierechten al herhaaldelijk zijn verhoogd. De effecten van wederom een ingrijpende verhoging van griffierechten mogen niet los daarvan worden beschouwd.

Wij verzoeken u te garanderen dat de toegang tot de rechter voor iedereen gewaarborgd blijft. Het verhogen van griffierechten als bezuinigingsmaatregel, zoals voorgesteld door het demissionaire kabinet, dient van de agenda te worden afgevoerd.

Strafklimaat, veiligheid en ketenfinanciering

Met de invoering van minimumstraffen en het adolescentenstrafrecht meent het demissionaire kabinet te bereiken dat de samenleving veiliger wordt. Dat de veiligheid in de samenleving wordt vergroot door strenger te straffen, is echter een niet bewezen aanname. Daar komt bij dat, zelfs bij dalende criminaliteitscijfers, het algehele gevoel van onveiligheid in de samenleving niet blijkt af te nemen. Er wordt bovendien te vaak een onjuist beeld geschetst van de straftoemettingspraktijk in Nederland.

Tenslotte zal strenger straffen tot gevolg hebben dat veroordeelden langer worden opgesloten, hetgeen meer kosten met zich brengt. Nu tevens wordt beoogd te bezuinigen op de kosten van het gevangeniswezen, vallen deze doelstellingen niet met elkaar te rijmen.

Adolescenten die met het strafrecht in aanraking komen vereisen maatwerk. Dit is onomstreden en wordt onderschreven door diverse wetenschappelijke studies in binnen- en buitenland. Zo dient ten aanzien van adolescenten in het bijzonder rekening te worden gehouden met de schadelijke gevolgen die uit detentie voortvloeien en dient er aandacht te zijn voor hun terugkeer in de samenleving en voor hun toekomstperspectief in algemene zin. Het verhogen van de maximale gevangenisstraf voor adolescenten van twee jaar naar vier jaar, zoals door het demissionair kabinet is voorgesteld, is naar de mening van de NVvR zeer onwenselijk. De beroepsgroep kan met de huidige strafmaxima prima uit de voeten. Kortom: de NVvR ziet in de motieven van het demissionaire kabinet onvoldoende aanknopingspunten voor de voorgestane rigoureuze systeemwijzigingen in het strafrecht.

Daarnaast vraagt de NVvR aandacht voor de financiering binnen de strafrechtketen. Een adequaat veiligheidsbeleid is een keten gerelateerd proces, gevormd door opsporing (politie en bijzondere opsporingsdiensten als FIOD), vervolging (door OM) en berechting (door ZM). Op dit moment wordt fors geïnvesteerd in het politieapparaat en in de opsporing(-diensten). Tegelijkertijd worden OM en ZM geconfronteerd met dreigende bezuinigingen. Door deze disbalans komt een vlotte doorstroom van werk van politie naar OM naar ZM in gevaar, hetgeen afbreuk doet aan het streven naar een efficiënte en adequate afdoening van strafzaken binnen de keten.

Wij verzoeken u ervoor te zorgen dat de invoering van minimumstraffen en de verzwaring van het regiem in het adolescentenstrafrecht geen doorgang zullen vinden. Tevens vragen wij aandacht voor een goede balans in de financiering van de gehele strafrechtketen.

Innovatieve rechtspraak

Van de overheid mag worden verwacht dat zij een effectief en efficiënt stelsel creëert en in stand houdt dat burgers helpt de meest geëigende manier te vinden om een geschil adequaat op te lossen. Daarnaast moeten burgers met een juridisch probleem een beroep kunnen doen op rechtskundige bijstand. Het stelsel van geschiloplossing dient bij de tijd te zijn en in te spelen op veranderende wensen en behoeften van de samenleving. De NVvR onderschrijft de urgentie van innovatie in de rechtspraak.

De NVvR heeft eerder richting politiek aangegeven bereid te zijn een bijdrage te leveren aan dit innovatieproces. Door het mobiliseren van haar achterban en het aanboren van de energie die er onder de professionals leeft, kan de NVvR een betekenisvolle rol spelen bij het vormgeven en implementeren van innovaties in de rechtspraak. Tevens kan onze bijdrage het draagvlak voor de door te voeren vernieuwingen en verbeteringen vergroten.

Gezien het belang van een innovatieve rechtspraak verzoeken wij u de beroepsgroep meer te betrekken bij de innovatieagenda.

Wij zijn gaarne bereid de eventuele vragen naar aanleiding van deze brief te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,


Maria C.C. van de Scheep
voorzitter NVvR

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Mevrouw M.C.C. van de Schepop
Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak
Postbus 30315
2500 GH Den Haag

Kenmerk: 201200516

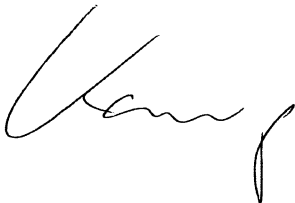
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte mevrouw Van de Schepop,

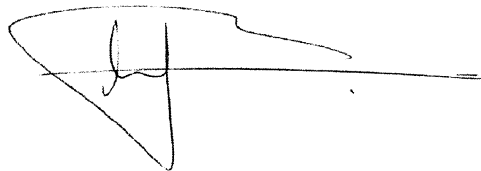
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven,
nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons
onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Aan de Tweede Kamer der Staten Generaal
t.a.v. de informateurs (Regentenkamer)
de heer H.G.J. Kamp
Postbus 20018
2500 EA 's-Gravenhage

Datum : 8 oktober 2012
Kenmerk : 12022/JN
Onderwerp : Aandachtspunten bij ambulantisering van de GGZ

Geachte heer Bos en geachte heer Kamp,

Kenniscentrum Phrenos ontwikkelt en verspreidt kennis die bijdraagt aan het persoonlijk herstel en de maatschappelijke participatie van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)¹. Wij doen dat in nauwe samenwerking met 32 geïntegreerde instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg en instellingen voor Regionaal Beschermd Wonen (RIBW). De omvang van de EPA-groep is naar schatting 190.000 mensen inclusief verslavingszorg en forensische problematiek. Het perspectief van deze groep is vooral het bevorderen van persoonlijk en maatschappelijk herstel. Dat wil zeggen: niet zozeer streven naar volledige genezing maar wel naar een goed en actief leven ondanks je beperkingen.

In het Bestuurlijk Akkoord "Toekomst ggz 2013 – 2014" is een ambulante aanpak (ook bij complexe problematiek) een belangrijk uitgangspunt. Dit ondersteunen wij van harte! Ten behoeve van de kabinetsformatie brengen wij een aantal punten onder uw aandacht die betrekking hebben op een ambulante aanpak mét landelijke regie² en met behoud van bewezen effectieve praktijken.

Integrale zorg

Mensen met EPA hebben veelal dezelfde levenswensen als andere burgers, maar hebben doorgaans veel meer moeite om die wensen te realiseren. Behalve met hun ernstige psychische aandoening hebben zij namelijk te kampen met grote problemen en belemmeringen op andere levensgebieden. Een en ander is nauw met elkaar verweven! Integrale zorg en ondersteuning is daarom van levensbelang.

Ambulante zorg conform breed gedragen richtlijnen, kan leiden tot de gewenste maatschappelijke participatie en verbetering van kwaliteit van leven. Deze visie wordt breed gedragen en ondersteund door toonaangevend (Nederlands) onderzoek naar de effectiviteit van medisch-psychiatrische behandelingen en psychosociale interventies op het gebied van multidisciplinaire thuiszorg (Flexibel - Assertive Community Treatment), sociaal functioneren (Individuele Rehabilitatie Benadering), arbeidsparticipatie (Individuele Plaatsing en Steun) en herstelondersteuning (Wellness RecoveryAction Plan).

F-ACT is een goed voorbeeld van multidisciplinaire teams die met een "outreaching" werkwijze ondersteuning aan huis bieden op alle levensgebieden (van psychologische behandeling tot werkbegeleiding), zo lang en zo intensief als nodig, als team verantwoordelijk zijn (ook als de cliënt vanwege een ernstige crisis of terugval kortdurend moet worden opgenomen) en gepositioneerd zijn in wijken. F-ACT verschaft daarmee een uitstekende basis voor zelfredzaamheid en participatie.

¹ We spreken van EPA als er sprake is van een psychische aandoening die zorg/behandeling noodzakelijk maakt en ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren voortbrengt, niet van voorbijgaande aard is en gecoördineerde zorg noodzakelijk is. Alhoewel de definitie relatief los staat van specifieke psychiatrische ziektebeelden vormen mensen met psychotische aandoeningen de grootste groep. Ph. Delespaul e.a. Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie

² Uit een vergelijkend onderzoek van nationaal beleid en zorgstelsels in Nederland, Engeland en Denemarken naar "Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen", (Trendrapportage GGZ 2011, Themarapportage Trimbos Instituut) blijkt dat landelijke regie essentieel is om de ambulantisering voor mensen met ernstige psychische aandoeningen tot een succes te maken.

Uit onderzoek blijkt dat het aantal mensen dat zelfstandig kan wonen met intensieve zorg en begeleiding nog aanzienlijk kan stijgen. Hier liggen dus kansen die benut kunnen worden mits zorgvuldig voorbereid. Phrenos ondersteunt de aangekondigde maatregel in het Herfstakkoord om meer tijd te nemen (i.c. tot 1 januari 2015) voor het extramuraliseren van zorgzwaartepakket (ZZP) GGZ 3.

Een mooie ontwikkeling om ambulantisering en de scheiding van wonen en zorg te ondersteunen is de toepassing van E- health en dan met name zorg op afstand. Een brede toepassing hiervan vraagt echter om meer beleid.

In overeenstemming met het recente ontwerpadvies van de Sociaal Economische Raad constateren wij de noodzaak tot een nauwere afstemming van de functie begeleiding met de (sociale) omgeving van mensen met een ernstige psychische aandoening. Wij ondersteunen de opvatting van de Raad dat overheveling van de begeleiding uit de AWBZ naar de WMO in zijn huidige vorm, geen optie is; de beleidsvrijheid van gemeenten is daarvoor te groot, waardoor het gevaar van verschraling van voorzieningen kan optreden.

Integrale financiering

De ervaring van partijen in Nederland die integrale ambulante zorg gerealiseerd hebben, leert dat jarenlange investering van alle partijen in de keten (ggz-instelling, zorgverzekeraar, gemeente, welzijn, woningbouwcorporatie, UWV) nodig is. De uiteindelijke succesfactoren zijn de gezamenlijke visie en gezamenlijke inzet van beschikbare middelen. Het succes lijkt eerder ondanks in plaats van dankzij het bestaande financieringsstelsel gerealiseerd.

Mensen met een ernstige psychische aandoening moeten overal in Nederland op dezelfde zorg en begeleiding kunnen rekenen. Daarom is voor deze zorg een speciaal financieel regime nodig dat in de kern bestaat uit passende integrale bekostiging vanuit de verschillende wettelijke kaders als de Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Wet Werken naar Vermogen (arbeidsre-integratiebudgetten). Dit regime bevat bij voorkeur ook financiële prikkels om samenwerking tussen partijen (zorgverzekeraars, ministeries, gemeenten en aanbieders in sectoren) en sociale inclusie te bevorderen en af te dwingen.

Een bijkomend maar niet onbelangrijk voordeel van een speciaal regime is de verwachting dat de omvangrijke uitvoeringskosten gemaakt door alle gemeenten, verzekeraars en aanbieders (van zorg tot arbeidsbemiddeling) teruggebracht kunnen worden.

Startkwalificaties en destigmatisering

Velen in de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen beschikken (nog) niet over de vereiste startkwalificatie voor een betaalde baan; bij hen is sprake van gemiste opleidingskansen, een marginale positie op de arbeidsmarkt en vaak ook een groot sociaal isolement. Wij zijn verheugd over het schrappen van de eigen bijdrage in de GGZ in de begroting 2013. Deze eigen bijdrage zou een klimaat van uitsluiting en stigmatisering handhaven. Vroegtijdige onderkenning, kansen op opleiding & werk en toegankelijke zorg zijn voorwaarden om maatschappelijk te (blijven) participeren.

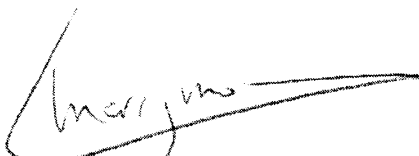
Gelukkig groeit het besef dat ook mensen met ernstige psychische aandoeningen tot veel meer maatschappelijke inzet in staat zijn en dat zij ook graag willen deelnemen aan de samenleving! Maar het 'psychiatrisch stigma' blijkt daarbij een belemmerende factor. Destigmatisering is wat ons betreft terecht een onderdeel van het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014.

Wij hopen met deze brief een bijdrage te leveren aan het Regeerakkoord en zijn desgewenst graag bereid een bijdrage te leveren aan een plan voor de ambulantisering van de zorg voor, en de maatschappelijke ondersteuning van mensen met een ernstige psychische aandoening.

Namens bestuur en directie Phrenos,



Prof. dr. Jaap van Weeghel
Directeur Wetenschap



Drs. Marry Mos
voorzitter

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Mevrouw drs. M. Mos
Kenniscentrum Phrenos
Postbus 1203
3500 BE Utrecht

Kenmerk: 201200518

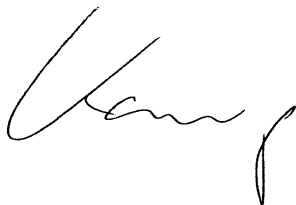
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte mevrouw Mos,

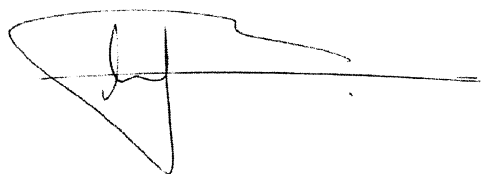
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos



Vakcentrale voor middengroepen en hoger personeel
de vakcentrale voor professionals

Multatulilaan 12, 4103 NM Culemborg
Postbus 575, 4100 AN Culemborg
Telefoon (0345) 851 900
Telefax (0345) 851 915
E-mailadres: info@vc-mhp.nl

Aan de heren drs. W.J. Bos en H.G.J. Kamp,
kabinetsinformateurs
Postbus 20018
2500 EA 'S-GRAVENHAGE

Culemborg, 9 oktober 2012
HdG/EH//cn/B.068

Geachte heer Bos en heer Kamp,

Met het oog op de informatiebesprekingen brengen wij u graag de nota 'Nederland vol talent, onderwijs als werkplaats voor talent' onder de aandacht. Deze nota bevat tien speerpunten om de kwaliteit van het onderwijs in Nederland naar een hoger plan te tillen en is opgesteld door het MHP-Platform Onderwijs. In dit platform werken veertien bij de MHP aangesloten vak- en beroepsorganisaties uit het onderwijsveld samen.

Wij doen een dringend beroep op u om het onderwijs niet als een kostenpost te benaderen, maar als investering in de toekomst. Taakstellingen en plannen voor een sociaal leenstelsel staan haaks hierop en zullen op termijn de samenleving meer kosten dan opleveren. De rode draad van het tienpuntenplan is verder dat er weer meer accent komt te liggen op het primaire proces, namelijk het lesgeven en het vak van docent/leraar. Ook zal het onderwijsaanbod beter moeten inspelen op de behoeftes van de arbeidsmarkt.

Tot slot is ons pleidooi om een sterke publieke toezichthouder in het leven te roepen, die wildgroei tegengaat, toeziet op voldoende opleidingen en de toegankelijkheid in het hoger onderwijs bewaakt.

Wij hopen dat onze voorstellen een bijdrage kunnen leveren aan de totstandkoming van het programma voor een nieuw kabinet. Uiteraard zijn wij te allen tijde bereid de inhoud van deze brief nog mondeling toe te lichten, indien daartoe behoefte bestaat. Wij wensen u verder veel sterkte en succes bij de verdere besprekingen.

Met vriendelijke groet,

drs. R.T.B. Visser,
duovoorzitter MHP

drs. J.E.M. van Langeraad - Goes
voorzitter MHP-Platform Onderwijs

c.c. minister Van Bijsterveldt, staatssecretaris Zijlstra van OC&W en de Vaste Commissie voor OC&W van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Bij de MHP zijn aangesloten:

- * CMHF, Centrale van Middelbare en Hogere Functionarissen bij Overheid, Onderwijs, Bedrijven en Instellingen
- * UOV, Unie van Onafhankelijke Vakorganisaties
- * VHKP, Vereniging van Hoger KLM Personeel
- * VNV, Vereniging van Nederlandse Verkeersvliegers



Nederland vol Talent

Tien speerpunten voor het onderwijs als werkplaats voor talent

Inleiding

Het Platform Onderwijs van de vakcentrale MHP, waarin de aangesloten organisaties uit het onderwijsveld zitting hebben, wil in de aanloop naar de vorming van een nieuw kabinet onderstaande aanbevelingen onder uw aandacht brengen. Deze aanbevelingen, beschreven in tien speerpunten, hebben betrekking op de positie die het onderwijs in de samenleving inneemt en onderstrepen de wenselijkheid te investeren in kennis en niveau, met de nadruk op topkwaliteit van het onderwijs. De termen leraar en docent worden naast elkaar gebruikt.

Culemborg, oktober 2012

Samenvatting

1 – Meer investeringen in onderwijs

De wens om in de top tien te staan van de kenniseconomieën, staat niet in verhouding tot de reële plaats die Nederland inneemt als het gaat om investeringen in het onderwijs. Er moet meer worden geïnvesteerd, waarbij het onderwijs niet als kostenpost dient te worden beschouwd, maar als investering met een duidelijk positief rendement. Initieel onderwijs dient toegankelijk te zijn, zonder financiële drempels zoals een sociaal leenstelsel en/of een langstudeerboete. De MHP begrijpt de noodzaak tot beperking van het gebruik van gesubsidieerd hoger onderwijs, maar zou dit graag gecombineerd zien met een flexibel en transparant systeem van in- en uitschrijving voor de student.

2 – Betere aansluiting onderwijs arbeidsmarkt

Aan de keuzevrijheid qua opleiding zitten grenzen, indien deze voor een belangrijk deel uit algemene middelen wordt gefinancierd. Het huidige opleidingsaanbod is teveel gebaseerd op de korte termijn. Dit moet veranderen in een meer lange termijn kwaliteitsvisie; wat heeft de Nederlandse arbeidsmarkt in de toekomst nodig? Meer sturing om toekomstige arbeidsmarkttekorten te beperken, is gewenst. Het bedrijfsleven en de non-profitsector kunnen onder voorwaarden meer 'bemoeienis' met het onderwijs krijgen. Aan de vraagkant kan meer sturing gestalte krijgen door het beter voorlichten over de arbeidsmarktkansen van een opleiding en het inzetten van positieve financiële prikkels.

3 – Motiveren door inhoud en perspectief: het primaire proces weer centraal

De samenleving zorgt voor een grote belasting van onderwijsinstellingen op het gebied van verantwoorden en publiceren van onderwijsresultaten. Dit zorgt voor toename van management en kosten, waarbij managementfuncties overgewaardeerd dreigen te worden. Leraarsfuncties zouden een uitloop moeten hebben, die hoger uitkomt. Een functioneel die aantrekkelijk en uitdagend is en blijft.

4 – Positie leraar in de school, professionele ruimte en carrièrelijnen voor docentenfuncties

De positie van de leraar als vakdeskundige moet worden versterkt. Zeggenschap van de leraar over het hoe en wat van het onderwijs en over diens positie en het bieden mogelijkheden tot eigen initiatief zijn noodzakelijk om het leraarschap aantrekkelijker te maken.

5 – Carrièreperspectief in het leraarsvak

De functiemix voor leraren is een instrument dat geen garantie geeft voor meer niveau in het onderwijs. De beschikbare middelen dienen onderwerp van gesprek te zijn tussen de personeelsgeleding van de medezeggenschapsraad en de schoolleiding, dan wel aan de orde te komen tijdens lokaal overleg.

6 – Werving – Langer doorwerken – Flexibel deeltijdpensioen

Langer doorwerken in het onderwijs is nastrevenswaardig, mits op basis van vrijwilligheid en onder gelijkwaardige arbeidsvoorwaarden. De MHP is voorstander van flexibele deeltijdpensioenen, ook na de AOW-gerechtigde leeftijd.

7 – Werkdruk verminderen

Door te veel taken kan werkdruk ontstaan. Daardoor kan zich het gevoel ontwikkelen niet erkend en gewaardeerd te worden, geen controle te hebben over de eigen werksituatie en voortdurend tekort te schieten. Een taaktoedeling- en taakbelastingsinstrument toont objectief de omvang van het takenpakket aan en leidt tot meer begrip. Meer personele middelen bij een verhoging van de instroom vormen een tweede vereiste.

8 – Subsectoren: geen communicerende vaten

In het verleden leidde prioritering van de ene onderwijssector tot niet, of te weinig, investeren in andere onderwijssectoren. Voor een verantwoorde aanpak van het kwaliteits- en kwantiteitsprobleem is een meer evenwichtige aanpak nodig. Wanneer prioriteiten even hoog liggen, dient de overheid daarvoor ook de middelen beschikbaar te stellen.

9 – Managementaudits en onderwijskwaliteit

De MHP bepleit, naast goede verankering van de medezeggenschap, de invoering van een systeem van managementaudits als kwaliteitsmiddel. Een audit toont de meerwaarde van het management voor het primaire proces. Gerichtheid op goed onderwijs moet in de plaats komen van overmatige nadruk op bestuur en controle.

10 – Hoger onderwijs: publiek en privaat

Het hoger onderwijs wordt in toenemende mate geconfronteerd met marktwerking, privatisering en globalisering. Dit kan kansen bieden, maar anderzijds ook leiden tot vervlakking en kwaliteitsdaling. Fusies en monopolies als gevolg van marktwerking kunnen ertoe leiden dat bepaalde opleidingen, met bijvoorbeeld een maatschappelijke relevantie, niet meer worden aangeboden. Minimaal vereist is daarom een sterke publieke toezichthouder, die let op breedte van het opleidingsaanbod, de (financiële) toegankelijkheid en het behoud van de nationale 'opleidingsinfrastructuur'.

Aanbevelingen 'Tien speerpunten voor het onderwijs als basis voor talent'

1 – Meer investeringen in onderwijs

De beeldvorming m.b.t. de investeringen in het Nederlandse onderwijs dient genuanceerd of zelfs bijgesteld te worden. De wens om in de top tien te staan van de kenniseconomieën staat niet in verhouding tot de reële plaats, die Nederland in Europa inneemt als het gaat om de investeringen in het onderwijs. Vergeleken met andere Europese landen zit Nederland wat dat betreft in de middenmoot. Met organisaties als de KIA en het ISO is de MHP van mening dat er meer moet worden geïnvesteerd in onderwijs. Het initieel onderwijs moet niet als kostenpost worden beschouwd, maar als investering met een duidelijk positief rendement. Niet alleen voor het individu, maar vooral ook voor de maatschappij. Daarom moet het initieel onderwijs laagdrempelig zijn, opdat de toegankelijkheid wordt gewaarborgd. Dit betekent onder meer dat er geen financiële drempels mogen worden opgeworpen, zoals wel het geval is bij maatregelen als een sociaal leenstelsel voor studenten in de masterfase, boetes voor langstudeerders en (negatieve) collegegelddifferentiatie. Overigens betekent dit niet dat de MHP een recht op onbeperkt gebruik van het gesubsidieerd hoger onderwijs bepleit. De MHP begrijpt de noodzaak vanuit de overheid tot het beperken hiervan, maar zou dit graag gecombineerd zien met een flexibel en transparant systeem van in- en uitschrijving voor de student, waardoor deze zelf kan bepalen wanneer en met welke studielast de studie wordt ingevuld en voortgezet. Voor een kenniseconomie moet het in- en uitstappen in het onderwijs (bijscholing, omscholing) een normale zaak zijn en dus gefaciliteerd worden.

2 – Betere aansluiting onderwijs arbeidsmarkt

Aan de keuzevrijheid qua opleiding zitten grenzen, indien deze voor een belangrijk deel uit algemene middelen wordt gefinancierd. Het opleidingsaanbod is op dit moment bovendien teveel gebaseerd op de korte termijn en veelal 'modegevoelig'. Dit moet veranderen in een meer lange termijn kwaliteitsvisie; wat heeft de Nederlandse economie / de Nederlandse arbeidsmarkt in de toekomst nodig? Om de aansluiting van het onderwijsveld op de arbeidsmarkt te bevorderen kunnen het bedrijfsleven en de non-profitsector meer 'bemoeienis' met het onderwijs krijgen. Daarbij kan ook een deel van de financiering bij het bedrijfsleven worden neergelegd. Dit mag echter nooit ten koste gaan van de kwaliteit en de autonomie van de onderwijsinstellingen.

Om meer sturing aan de vraagkant te bewerkstelligen, kan in de volgende richting worden gedacht:

- Meer voorlichting over de kansen op de arbeidsmarkt; het moet inzichtelijk zijn of het volgen van een bepaalde opleiding veel of weinig kans geeft op de arbeidsmarkt. Hierbij kan worden gedacht aan een 'studiebijsluiter' en de mogelijkheid tot het voeren van een matchingsgesprek.
- Het inzetten van positieve financiële prikkels; hierdoor kan de keuze voor een bepaalde opleidingsrichting worden gestimuleerd. De MHP denkt hierbij aan een (positieve) differentiatie van het collegegeld (lager collegegeld voor een opleiding waarin tekorten op de arbeidsmarkt worden verwacht), kwijtschelding van studieschulden indien men na afloop van een studie gedurende een bepaalde periode voor een bepaald beroep kiest, of een beurs indien men in een later stadium voor een studie kiest waarvoor tekorten worden verwacht (bijvoorbeeld: de lerarenbeurs voor leraren die hun vakkenis willen uitbreiden).

3 – Motiveren door inhoud en perspectief: het primaire proces weer centraal

Er moet een einde worden gemaakt aan de situatie dat docenten een managementfunctie moeten verwerven om aan een hoger salaris of aantrekkelijker (meer uitdagend) werk te komen. Ook betekent het dat de onbalans tussen het aantal functies in het onderwijsproces

(te laag) en staven (te hoog) moet veranderen.

De samenleving zorgt voor een grote belasting van onderwijsinstellingen op het gebied van verantwoorden en publiceren van onderwijsresultaten. De verantwoordingstaak zorgt voor een toename van management en kosten. De financiën moeten aan het echte onderwijs worden onttrokken. Management is net als onderwijsondersteunende diensten uiteindelijk een serviceafdeling om efficiënt en goed onderwijs te faciliteren. Managementfuncties lijken overgewaardeerd te worden; leraarsfuncties zouden een uitloop moeten hebben, die hoger uitkomt. Er dient daarom voor de leraar een functielijn te komen, die aantrekkelijk en uitdagend is en blijft om carrière in te kunnen maken. De docent dient zich daarover van begin af aan een totaalbeeld te kunnen vormen. De nadere invulling van 'employabilitymogelijkheden' van leraren ten dienste van het niveau en de kwaliteit van het onderwijs moet volgens de MHP worden aangepakt door de sociale partners binnen de subsectoren.

Naar de mening van de MHP verdient het overigens wel aanbeveling dat onderwijsmanagers zelf onderwijservaring hebben opgedaan. De kloof tussen 'beleid' en 'uitvoering' dient te worden gedicht.

4 – Positie leraar in de school, professionele ruimte en carrièrelijnen voor docentenfuncties

Wettelijke verankering alleen van professionele ruimte is onvoldoende garantie voor verbetering van de positie van de leraar. Zijn positie als vakdeskundige moet worden versterkt. De bestuurlijke interne en externe verantwoording over het hoe en wat van het onderwijs moet meer expliciet worden gemaakt. Een sectoraal professioneel statuut is één instrument. Het gewicht van de functielijn van de leraar is een ander. Zeggenschap van de leraar over het hoe en wat van het onderwijs en diens positie in de school, evenals beoordeling ervan bij controle en accreditatie, zijn daarvoor noodzaak. Te weinig zeggenschap van leraren, te weinig mogelijkheden tot eigen initiatief en inrichting van het onderwijs maken het leraarschap minder aantrekkelijk.

De carrièrelijnen voor docentenfuncties zijn in diverse sectoren al deels ingekort door de invulling, die is gegeven aan het convenant 'Leerkracht!'. De MHP streeft naar korte schalen, waarbij al te grote concurrentie tussen de onderwijssectoren moet worden vermeden. Dit proces moet niet ten koste gaan van de onderwijsondersteunende functies.

5 – Carrièreperspectief in het leraarsvak

De leraar moet een professional zijn met visie over het totale onderwijsconcept en moet carrière kunnen maken in zijn vak. In de opleiding tot leraar en in de ontwikkeling tijdens de loopbaan moeten onderwijsinstellingen hieraan uitdrukkelijk aandacht besteden. De functiemix voor leraren is een instrument dat geen garantie geeft voor meer niveau in het onderwijs. De beschikbare middelen voor de functiemix dienen onderwerp van gesprek te zijn tussen de personeelsgeleding van de medezeggenschapsraad (PMR) en de schoolleiding, dan wel aan de orde te komen tijdens lokaal overleg, zodat in gezamenlijkheid tot aanpassing van de functiemix kan worden gekomen.

6 – Werving - Langer doorwerken - Flexibel deeltijdpensioen

Mede met het oog op de vergrijzing van het onderwijspersoneel zijn voor de korte termijn (tijdelijke) premies een optie om personeel te behouden of te verwerven. Primaire, secundaire en tertiaire arbeidsvoorwaarden die marktconform zijn, verdienen de voorkeur. Kwijtschelden van studieschuld wordt als een goed instrument voor werving en binding voor de beginnende leraar beschouwd.

Langer doorwerken wordt ook in het onderwijs aanvaardbaar geacht en is zelfs nastrevenswaardig, mits op basis van vrijwilligheid en onder gelijkwaardige arbeidsvoorwaarden. Mede met het oog op de aanstaande vergrijzing acht de MHP het gewenst dat langer doorwerken in positieve zin wordt gestimuleerd. De MHP is daarbij voorstander van flexibele deeltijdpensioenen, ook na de AOW-gerechtigde leeftijd.

7 – Werkdruk verminderen

In het verlengde van langer doorwerken is vermindering van de werkdruk noodzakelijk. Talent ontwikkelen kan alleen in een ordelijke en ordentelijke werksituatie. Door teveel taken kan werkdruk in de negatieve betekenis ontstaan. Daardoor kan het gevoel niet erkend en gewaardeerd te worden, het gevoel geen controle te hebben over de eigen werksituatie en het gevoel voortdurend tekort te schieten, zich ontwikkelen. Het staat productiviteit in de weg. Het sneller toekennen van meer personele middelen bij een verhoging van de instroom is een eerste vereiste om niet in de fuik van het eigen succes te lopen.

In het algemeen wordt het noodzakelijk geacht dat op elke onderwijsinstelling een instrument wordt gehanteerd dat beschikbare tijd koppelt aan een taak (*taaktoedeling- en taakbelastinginstrument*). De docent krijgt daarmee een middel in handen waarmee objectief de omvang van het takenpakket kan worden aangetoond. Bovendien leidt het tot meer begrip tussen personeel onderling en tussen personeel en studenten. Klachten kunnen worden voorkomen terwijl teamgeest wordt bevorderd.

In de sectoren waar al met een al dan niet expliciet taakbelastingsbeleid wordt gewerkt, moet helaas worden geconstateerd dat de taak steeds minder in overeenstemming is met de tijd, die hiervoor wordt toebedeeld. Er zijn te weinig middelen voor een goede uitvoering van dit beleid. Bovendien veroorzaakt de regelgeving van overheidswege een toenemende administratieve lastendruk. De MHP verwacht in dezen stappen vanuit de overheid.

8 – Subsectoren: geen communicerende vaten

Voor een verantwoorde aanpak van het kwaliteits- en kwantiteitsprobleem is een meer evenwichtige aanpak nodig voor zowel primair en secundair onderwijs, als mbo, hbo en wo. In het verleden leidde prioritering van de ene sector tot niet, of te weinig, investeren in andere sectoren. Bijvoorbeeld: aandacht voor rekenen en taal in het primair onderwijs mag niet betekenen dat in een kenniseconomie niet of onvoldoende wordt ingezet op excellentie in wo en hbo. Wanneer prioriteiten even hoog liggen, dient de overheid daarvoor ook de middelen beschikbaar te maken.

9 – Managementaudits en onderwijskwaliteit

De MHP bepleit, naast een goede verankering van de medezeggenschap binnen het onderwijs, de invoering van een systeem van managementaudits als kwaliteitsmiddel. Een audit toont de meerwaarde, goed/beter onderwijs en onderzoek, dat het management faciliteert voor het primaire proces. Het management voelt zich immers mede verantwoordelijk voor de uitvoering en de daarvoor benodigde middelen. Gerichtheid op goed onderwijs, waar leerlingen/studenten, leraren en samenleving baat bij hebben, moet in de plaats komen van overmatige nadruk op bestuur en controle. Management en lerarenkorps weten zich gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van het onderwijs. Een waarschuwing: De samenleving verlangt concurrentie van verschillende instellingen op basis van slaagpercentages als versimpelde maat voor kwaliteit (schoolprestaties moeten voor iedereen transparant en vergelijkbaar op het web worden gepubliceerd). Deze vraag om versimpelde kwaliteitsverantwoording introduceert het gevaar van oneigenlijke criteria voor

sturing van onderwijskwaliteit.

10 – Hoger onderwijs: publiek en privaat

Het hoger onderwijs wordt in toenemende mate geconfronteerd met marktwerking, privatisering en globalisering. Dit kan kansen bieden voor Nederlandse hoger onderwijs instellingen. Anderzijds kan globalisering leiden tot vervlakking en kwaliteitsdaling van het Nederlandse onderwijs. Als er internationale, private onderwijsinstellingen in Nederland komen, kunnen die zich beroepen op oneerlijke concurrentie indien alleen publieke instellingen door de overheid worden gefinancierd. De vraag wordt dan of alleen publieke instellingen, of alle instellingen die geaccrediteerd hoger onderwijs aanbieden, publiek worden gefinancierd. Een private instelling die voor Nederlandse publieke financiering in aanmerking wil komen, zal ook moeten voldoen aan de Nederlandse eisen op het vlak van de (financiële) toegankelijkheid van het opleidingsaanbod, die evenzeer gelden voor publieke instellingen.

Marktwerking vereist een aantal aanbieders en vragers, die vrij zijn keuzes te maken. Een groot deel van het onderwijs valt onder de leerplichtwet. Dit is anders bij het hoger onderwijs. De overheid vindt de keuzemogelijkheid voor onderwijsvragers van belang, maar marktwerking leidt vaak tot fusies en monopolies, die ertoe kunnen leiden dat bepaalde opleidingen, met bijvoorbeeld een maatschappelijke relevantie, niet meer worden aangeboden. Dit is ongewenst. De MHP is mede daarom van mening dat overheidstoezicht nodig is, zowel in het onderwijs dat onder de leerplichtwet valt, als in het onderwijs dat niet daaronder valt.

Als er geen of minder rechtstreekse publieke financiering van onderwijsinstellingen zou plaatsvinden, kan financiering via leerlingen/studenten, bijvoorbeeld door middel van een vouchersysteem, een oplossing zijn. Leerrechten zouden dan internationaal inwisselbaar en niet aan leeftijd gebonden moeten zijn. Invoering hiervan zal alleen aanvaardbaar zijn indien deze met zo min mogelijk bureaucratie gepaard gaat. Instellingen zullen de behaalde resultaten moeten registreren. Op termijn kunnen andere financiële stromen ontstaan, wanneer het bedrijfsleven bereid is mee te financieren.

De MHP ziet een taak voor de overheid de nationale, culturele identiteit te behouden. De MHP staat open voor particuliere instellingen, maar is van mening dat deze instellingen momenteel kunnen parasiteren op de aanwezige publieke voorzieningen. Te denken valt hierbij aan het niet aanbieden van dure en/of moeilijke of complexe opleidingen (de krenten uit de pap nemen). Voor bepaalde opleidingen ziet de MHP op termijn een oplossing in nauwere, internationale samenwerking. Meer marktwerking in het hoger onderwijs, inclusief publieke financiering van private instellingen, is alleen onder strenge voorwaarden aanvaardbaar. Minimaal is een sterke, publieke toezichthouder vereist, die let op de breedte van het opleidingsaanbod, de (financiële) toegankelijkheid ervan en het behoud van de nationale 'opleidingsinfrastructuur'; dit laatste eventueel in een multilateraal samenwerkingsverband.



de vakcentrale voor professionals

www.vakcentralemhp.nl

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Mevrouw drs. J.E.M. van Langeraad-Goes en
De heer drs. R.T.B. Visser
Vakcentrale voor middengroepen en hoger
personeel
Postbus 575
4100 AN Culemborg

Kenmerk: 201200520

Den Haag, 15 oktober 2012

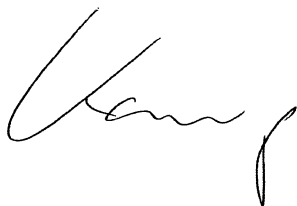
Geachte mevrouw Van Langeraad,

Geachte heer Visser,

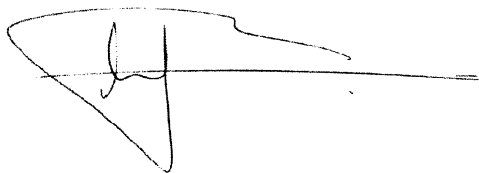
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven,
nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons
onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos



POSTADRES
Postbus 84500
2508 AM Den Haag
BEZOEKADRES
Carnegielaan 1
2517 KH Den Haag
TELEFOON
070 - 416 06 00
FAX
070 - 416 06 90
INTERNET
www.mijnvakbond.nl
E-MAIL
denhaag@cnvpubliekezaak.nl

De heren H.G.J. Kamp en W.J. Bos, informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

AFDELING
Bestuur
DOORKIESNUMMER
070-4160602

PLAATS
Den Haag
DATUM
11 oktober 2012

ONS KENMERK
18.120/EdM/GH
UW KENMERK

E-MAIL
e.macker@cnvpubliekezaak.nl

BETREFT
decentralisering van (onder)delen van de zorg

Geachte heren,

Middels deze brief willen we graag uw aandacht vestigen op de mogelijke gevolgen van de overheveling van delen van de AWBZ-zorg en de jeugdzorg naar de gemeenten. Een parallel is hier te trekken met de invoering van de Wmo in de thuiszorgsector. Onze zorgen richten zich vooral op de gevolgen voor de kwaliteit van zorg en de werkgelegenheid in deze sectoren. We willen u met klem vragen de decentralisering van de zorg nog eens goed onder de loop te nemen.

Sinds de invoering van de Wmo heeft er een grote verschuiving plaatsgevonden van huishoudelijke hulp 2 naar de goedkopere huishoudelijke hulp 1. Vanuit financieel perspectief is dit wellicht een goede zaak voor een gemeente, maar voor de kwaliteit van de geleverde zorg betekent dit een rechtstreekse verslechtering. Onze leden constateren dat cliënten gewoonweg minder zorg krijgen, hetgeen de doelstelling van zelfredzaamheid van de burger natuurlijk in belangrijke mate ondergraaft. Bovendien is het niet kunnen leveren van de noodzakelijke zorg, voor mensen die met passie hun vak uitoefenen, natuurlijk maar moeilijk te verkroppen. Wij vrezen voor eenzelfde uitholling van het vak van bijvoorbeeld de jeugdzorgers als decentralisering gepaard gaat met een bezuinigingsdoelstelling. Een herbezinning op de decentralisatie van de jeugdzorg, zeker ook gelet op de conclusies en aanbevelingen van de Commissie Samson, is dan ook zeker op zijn plaats.

Daarnaast gaat onze bezorgdheid natuurlijk ook uit naar de personele gevolgen voor de zorgmedewerkers. De ervaringen met de Wmo hebben ons geleerd dat de goedkopere indicaties de aanbieders van thuiszorg in grote financiële problemen brengen, doordat ze goedkopere zorg moeten leveren met een reeds professioneel opgebouwd personeelsbestand. Deze mensen zijn opgeleid tot zorgmedewerkers en niet tot schoonmakers. Doordat de zorgaanbieders moeten concurreren met nieuwe toetreders in de thuiszorgmarkt, worden de kosten vaak afgewenteld op het personeel. Zij worden geconfronteerd met de keuze: salarisverlaging of ontslag. Op deze manier zijn al veel thuiszorgmedewerkers hun baan kwijtgeraakt of fors in salaris achteruitgegaan en worden zij dientengevolge onder hun niveau betaald. Wij

willen waken voor soortgelijke consequenties voor andere zorgwerkers. Mede gelet op het feit dat het behoud van gemotiveerde en professionele zorgmedewerkers voor deze belangrijke groeisectoren in Nederland een prioriteit van de overheid zou moeten zijn.

Wij willen u dan ook met klem verzoeken om niet alleen te focussen op kostenbesparingen in de zorg. Vooral niet wanneer dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg en de motivatie van goed opgeleide medewerkers. Hierin zijn de keuzes die u maakt omtrent de inrichting en financiering van de zorg van doorslaggevende betekenis.

Wanneer u vragen hebt of onze verdere visie op deze onderwerpen wilt vernemen, dan ben ik natuurlijk van harte bereid hierover met u in gesprek te treden.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eric de Macker', written over a single horizontal line.

Eric de Macker
Voorzitter

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer E. de Macker
CNV
Bestuur Publieke Zaak
Postbus 84500
2508 AM Den Haag

Kenmerk: 201200522

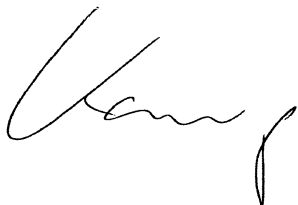
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte heer De Macker,

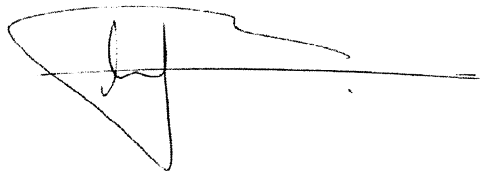
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Aan de kabinetsinformateurs
De heren H.Kamp en W.J.Bos
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Den Haag, 11 oktober 2012
Betreft: positie cliënt in het stelsel van werk en inkomen.
Ref.: LCR TK 12-0097/ER/GvdM

Geachte heren Bos en Kamp,

De Landelijke Cliëntenraad op het terrein van werk en inkomen (LCR) wil hierbij uw aandacht vragen voor de cliënt in het stelsel van werk en inkomen. Het betreft zowel de positie van de individuele cliënt als de rol van de cliënten bij vormgeving beleid en uitvoering van de sociale zekerheid.

1 Versterk de positie van de cliënt

Bij de inrichting van het sociale zekerheidstelsel wordt de eigen verantwoordelijkheid van de burger centraal gesteld. Niet de overheid maar de burger moet zelf zijn problemen oplossen. Op zich is dat een goed uitgangspunt. Maar is er werkelijk iemand te vinden die alles zelf doet? Een directeur van een bedrijf zorgt ervoor dat anderen hem assisteren. Zo kan hij doen waar hij sterk in is. Voor veel mensen in de sociale zekerheid en de zorg is dat niet anders. Om zelf de regie te voeren, hebben zij ook assistentie nodig. Echter de instanties waar zij een beroep op moeten doen, zoals de sociale dienst, UWV, zorginstellingen, enzovoorts, zijn er vaak niet op gericht om mensen zoveel als mogelijk de regie in handen te geven. Het is alles of niets. Je moet jezelf redden en lukt dat door welke oorzaak dan ook niet, dan nemen de instanties de regie volledig over.

De LCR pleit ervoor dat cliënten de regie over hun leven kunnen voeren. Daartoe is het noodzakelijk dat zij een sterke positie in het stelsel van werk- en inkomen krijgen. Maak gebruik van de kracht van cliënten om de weg (terug) te vinden naar de arbeidsmarkt. Uit onderzoek blijkt dat wanneer mensen zelf sturing kunnen nemen en krijgen op hun weg naar werk, zij veel meer energie in dat traject steken en het succes groter is. Daarmee wordt ingezet geld om aan het werk te komen veel effectiever besteed. De LCR moet helaas constateren dat het ontbreekt aan randvoorwaarden voor de burger om zijn eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen.

• Bezoekadres

Landelijke Cliëntenraad
Bezuidenhoutseweg 60
2594 AW Den Haag

• Postadres

Landelijke Cliëntenraad
Postbus 95966
2509 CZ Den Haag

• Tel. 070 – 34 99 790
• e-mail: info@lcr-suwi.nl
• www.landelijkeclientenraad.nl

Daartoe is het noodzakelijk te regelen dat:

- Burgers een beroep kunnen doen op onafhankelijke informatie en advies als zij zich oriënteren op en/of op zoek zijn naar werk;
- Cliënten in staat worden gesteld hun wensen en mogelijkheden met betrekking tot re-integratie kenbaar te maken;
- De cliënt, indien noodzakelijk, ondersteuning krijgt bij het verwerven van inzicht in zijn vaardigheden en mogelijkheden op de arbeidsmarkt;
- De cliënt de regie (sturing) bij zijn re-integratie kan voeren. Dat betekent dat de cliënt invloed kan uitoefenen op zijn re-integratietraject of de inkoop van afzonderlijke producten en keuzevrijheid heeft bij het kiezen van re-integratiebedrijven.
- De cliënt persoonlijk recht heeft op werkplek aanpassingen/werkvoorzieningen wanneer zonder deze aanpassingen/voorzieningen niet kan worden gewerkt.

De LCR kent de vrees voor financiële onbeheersbaarheid wanneer cliënten te veel rechten krijgen. Die vrees is ongegrond. Een recht betekent niet dat iedere burger alle beschikbare middelen kan claimen. Inzet van middelen is alleen aan de orde als na toetsing blijkt dat deze ook werkelijk nodig zijn.

2 Betrek cliënten meer bij de vormgeving van beleid en uitvoering in de sociale zekerheid.

De LCR gaat er vanuit dat de politiek ook in de komende periode belang hecht aan goede cliëntenparticipatie en de rol die cliëntenraden kunnen spelen bij het overbruggen van de kloof tussen overheid en burgers en het verbeteren van beleid en dienstverlening. Daarover willen wij graag in overleg treden met de nieuwe minister en/of staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De huidige regelingen voor cliëntenparticipatie staan in verschillende wetten en zijn daardoor niet eenduidig en voor beleidsbeslissers en leden van cliëntenraden niet overzichtelijk. De LCR is van mening dat op elk niveau van beleidsvoorbereiding en –ontwikkeling een beoordeling vanuit cliëntenperspectief noodzakelijk is. Dat is ook in het voordeel van beleidsmakers en uitvoerders, zo blijkt uit een onderzoek van de inspectie SZW.

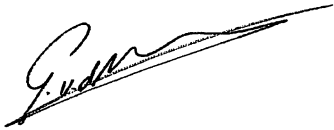
Private uitvoering van de sociale zekerheid dient zich aan en is binnen de WIA al aan de orde. In geval van private uitvoering van de sociale zekerheid is cliëntenparticipatie nog niet geregeld. Het is van groot belang dat zowel bij private als publieke uitvoering van de sociale zekerheid de cliëntenparticipatie goed wordt geregeld.

Het gebrek aan duidelijke wet- en regelgeving op het terrein van cliëntenparticipatie wreekt zich in het bijzonder bij de gezamenlijke ketendienstverlening in de regio. De uitvoeringsorganisaties zien de cliëntenparticipatie hierbij als een interne aangelegenheid voor ieder van hen afzonderlijk.

De gewenste levensbrede integrale dienstverlening aan burgers vraagt om afstemming van cliëntenparticipatie op het terrein van de sociale zekerheid en WMO.

De LCR pleit ervoor dat cliëntenparticipatie eenduidig wordt verankerd in wet- en regelgeving. In dit kader stelt de LCR voor één *Wet voor de cliëntenparticipatie* in de sociale zekerheid te maken. In de diverse materiewetgeving kan dan met betrekking tot cliëntenparticipatie worden verwezen naar deze wet.

Met vriendelijke groet,



Gerrit van der Meer
Voorzitter

C.c.:

- de heren D.M. Samsom, J.R.V.A. Dijsselbloem, M. Rutte en S.A. Blok
- leden Vaste Tweede Kamercommissie SZW

Samenstelling Landelijke Cliëntenraad

- **Landelijke cliëntenorganisaties:** Vakcentrale voor Middengroepen en Hoger personeel / Christelijk Nationaal Vakverbond (MHP/CNV), Chronisch zieken en Gehandicaptenraad Nederland (CG-Raad), Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO), Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV, publieke sector), Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV, private sector), Landelijke Vereniging van Arbeidsongeschikten (LVA), Samenwerkingsverbanden Landelijk Overleg Minderheden (LOM), vertegenwoordiging cliënten GGZ, Platvorm VG.
- **vertegenwoordigers van cliëntenraden:** cliëntenraden SVB en UWV
- **vertegenwoordigers van de gemeentelijke cliëntenparticipatie:** Landelijk overleg cliëntenraden Sociale Zekerheid (LocSZ), Landelijk overleg cliëntenraden Sociale Zekerheid (LocSZ)/cliëntenraden G4, Landelijke Vereniging Thuislozen (LVT).

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer G. van der Meer
Landelijke Cliëntenraad
Postbus 95966
2509 CZ Den Haag

Kenmerk: 201200524

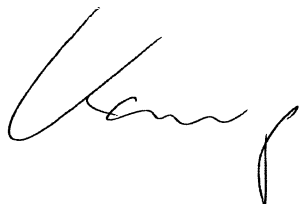
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte heer Van der Meer,

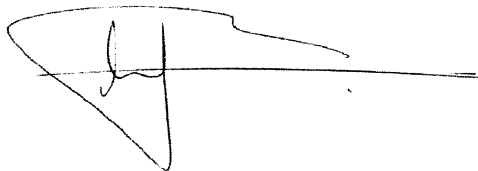
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos



Aan de informateurs

de heren H.G.J. Kamp en drs. W.J. Bos

p/a Tweede Kamer

Postbus 20018

2500 EA Den Haag

Cc: fractievoorzitters Tweede Kamer

Geachte heren Kamp en Bos,

Voor de economie van ons land en voor de inwoners van onze steden is van belang dat zoveel mogelijk mensen naar vermogen bijdragen aan de arbeidsmarkt van de toekomst. Wij willen de komende jaren, als wethouders Werk en Inkomen in de vier grote steden, samen met een nieuw kabinet onze verantwoordelijkheid daar voor nemen.

We doen dat in de overtuiging dat gemeenten vanuit integraal beleid voor alle inwoners het meest optimale resultaat kunnen bereiken. En ook omdat wij doeltreffend verbindingen kunnen realiseren tussen vraagstukken van werk, inkomen, zorg, onderwijs en welzijn.

Dit vereist echter andere oplossingen dan in het eerder dit jaar ingediende wetsvoorstel Werken naar Vermogen. In deze brief doen wij daarvoor concrete voorstellen.

Sociale werkvoorziening

Wij willen de sociale werkvoorziening moderniseren door beter rekening te houden met ieders vermogen om bij te dragen aan de arbeidsmarkt. Wij willen arbeidsgehandicapten bovendien zoveel mogelijk in een reguliere werkomgeving laten werken. Daarom pleiten wij voor een sterke inzet op Begeleid Werken WSW 'nieuwe stijl' met de volgende kenmerken:

- Nieuwe instroom in de WSW bestaat uit arbeidsgehandicapten met een indicatie voor Begeleid Werken en die over een loonwaarde van tenminste 50% van het wettelijk minimumloon beschikken; de rijkssubsidie kan om die reden voor nieuwe instroom lager zijn dan voor huidige werknemers;
- Gemeenten mogen de helft van toekomstige vacatures in de WSW herbezetten vanuit deze doelgroep;
- Gemeenten krijgen een gemaximeerd budget voor nieuwe instroom, gebaseerd op de verdeelsleutel van het huidige Participatiebudget;
- Werknemers worden periodiek (bijvoorbeeld eens per drie jaar) beoordeeld op de vraag of zij nog tot de doelgroep behoren.

Wij realiseren ons dat werk in een reguliere omgeving voor sommige arbeidsgehandicapten, zelfs met subsidie en begeleiding, te hoog gegrepen is. Wij willen deze doelgroep voortaan een



participatievoorziening (zonder arbeidsovereenkomst) aanbieden, vergelijkbaar met het aanbod dat wij ook andere inwoners doen met een (te) grote afstand tot de arbeidsmarkt. Het kan daarbij gaan om (arbeidsmatige) dagbesteding of sociale activering, te financieren uit een deel van de besparingen op de WSW die voortvloeien uit ons voorstel.

Deze modernisering is gericht op het maximaal benutten - bij toekomstige vacatures - van het arbeidsvermogen van arbeidsgehandicapten die dicht bij de arbeidsmarkt staan. Ons voorstel heeft geen betrekking op de huidige WSW-werknemers. Wel willen wij alle huidige werknemers (voor zover dat nog niet is gebeurd) beoordelen op de vraag of zij in staat zijn tot Begeleid Werken. En, zo ja, er naar streven dat zij in die reguliere werkomgeving (met subsidie en begeleiding) aan de slag gaan.

Om de kansen op werk voor arbeidsgehandicapten te verbeteren, is van belang dat in navolging van gemeenten ook rijk, provincies en waterschappen serieus invulling gaan geven aan 'social return' bij het aanbesteden van werken en diensten.

Wij realiseren ons dat de economische situatie lastige budgettaire afwegingen vergt, óók in het sociale domein. Een modernisering van de WSW zoals hierboven omschreven kan daar een belangrijke bijdrage aan leveren. Constructieve samenwerking met een nieuw kabinet is voor ons in dit kader alleen mogelijk indien er geen nieuwe verlaging volgt van de rijkssubsidie voor huidige WSW-werknemers. Een verdere verlaging dan de afgelopen jaren reeds is doorgevoerd, is simpelweg door gemeenten niet met doeltreffender beleid of doelmatiger uitvoering op te vangen en daarom onbehoorlijk bestuur.

Ons voorstel beschouwen wij ook als een goed alternatief voor het instrument van loondispensatie, waarvan wij in de praktijk tot nu toe ervaren dat het onvoldoende werkt. Bovendien biedt een tijdelijke loondispensatie geen oplossing voor de arbeidsgehandicapten die door de aard van hun beperking vaak blijvend een beperkte compensatie in de loonkosten nodig hebben om bij een werkgever aan de slag te kunnen blijven.

Ook de ervaring in het recente verleden met een landelijke herstructureringsfaciliteit WSW rechtvaardigt niet om dat initiatief door te zetten. Gemeenten kunnen hun eigen verantwoordelijkheid nemen indien er lokaal een noodzaak is te herstructureren. Daar is geen zwaar opgetuigde landelijke regeling voor nodig die in feite toch door gemeenten zelf betaald moet worden.

Re-integratie en participatie

Gemeenten hebben de opdracht om voor bijna 400.000 cliënten re-integratie en participatie vorm te geven. Het aantal cliënten is de laatste jaren met bijna een kwart gestegen, terwijl ons Participatiebudget in dezelfde periode meer dan gehalveerd is (exclusief de bezuinigingen op inburgering en educatie). Gemeenten hebben hierdoor gemiddeld nog maar € 1.800 per cliënt aan budget voor re-integratie en participatie beschikbaar.

Wij beseffen dat de doelmatigheid en doeltreffendheid van re-integratiebeleid regelmatig, ook in het parlement, ter discussie staat. En wij weten dat niet ieder project of iedere aanbesteding om onze moeilijke doelgroep werkzoekenden richting arbeidsmarkt te leiden een succes is geweest. Maar een budgetkorting van 60% bij een fors toenemend aantal cliënten heeft weinig relatie meer met een (terechte) opdracht om doelmatigheid en doeltreffendheid te verbeteren.

De belemmeringen van veel bijstandsgerechtigden, van wie driekwart langdurig werkloos is, zijn niet met een eenvoudige sollicitatietraining op te lossen. Juist in onze steden is de rijke schakering van belemmeringen prominent aanwezig: van taalachterstanden tot verslaving; van ernstige schulden en loonbeslag tot psychische belemmeringen. En vaak is er sprake van een combinatie van problemen. Behalve re-integreren richting arbeidsmarkt zijn voor veel cliënten ook andere inspanningen nodig om uiteindelijk de maatschappelijke ontwikkeling in onze wijken en buurten te verbeteren. Integratie en participatie is niet voor iedereen via zelfredzaamheid en tegen minimale kosten te realiseren.

Wij bepleiten daarom – in aanvulling op het huidige Participatiebudget - een resultaatgerichte aanpak, waarbij uitsluitend extra budget beschikbaar komt voor re-integratie indien er gegarandeerd meer baten voor de rijksbegroting tegenover staan, in de vorm van lagere uitkeringslasten. Een eerste uitwerking van deze ‘no cure, no pay’- benadering kan op korte termijn al worden gerealiseerd door aan te sluiten bij het recente wetsvoorstel waarin mobiliteitsbonussen zijn uitgewerkt. Een voorstel dat wij zeer ondersteunen en als basis beschouwen voor onze voorstellen in deze brief.

In aanvulling op dat wetsvoorstel willen wij een specifieke mobiliteitsbonus invoeren voor werkgevers die langdurige (langer dan een jaar) werklozen in dienst nemen voor tenminste twaalf uur per week en voor tenminste zes maanden. Analooq aan de andere bonussen kan de hoogte € 7.000 op jaarbasis bedragen. De duur kan echter beperkt blijven tot één jaar en de subsidie kan naar rato worden verlaagd bij een werkweek van minder dan 36 uur. Het resultaat is een fiscaal instrument voor re-integratie (als toevoeging aan het gemeentelijk instrumentarium voor re-integratie) dat volledig resultaatgebonden is, uitsluitend bestemd is voor werkzoekenden die moeilijk naar de arbeidsmarkt toe te leiden zijn en dat de vorm heeft van lastenverlichting voor het bedrijfsleven.

Inkomensbeleid

Het nettoloon van een kleine groep werknemers die alleenverdiener is en het minimumloon verdient, gaat de komende jaren stapsgewijs omlaag door nieuwe fiscale wetgeving. Deze verlaging werkt echter door in honderdduizenden bijstandsuitkeringen, zowel van samenwonenden, alleenstaande ouders als alleenstaanden. Het sociaal minimum daalt uiteindelijk met € 1400 tot €2000 op jaarbasis. Wij willen onze zorgen daar over uiten: de armoedeproblematiek in de grote steden dwingt tot grote behoedzaamheid met het sociaal minimum.

Tegelijkertijd vinden wij ook dat werk moet lonen ten opzichte van een uitkering. Wij bepleiten daarom de geleidelijke verlaging van het sociaal minimum op te schorten en binnen twee jaar dit dilemma te onderzoeken en een nieuw evenwicht te vinden tussen de wens om werk te laten lonen en de noodzaak een verantwoord niveau van het sociaal minimum te waarborgen. In dat onderzoek kunnen nadrukkelijk ook het inkomensafhankelijke karakter van tal van regelingen en de reikwijdte en normering van lokaal inkomensbeleid (ten opzichte van landelijk bepaald inkomensbeleid) op de agenda staan. Wij zien in de praktijk werk bijvoorbeeld minder lonend worden door ingrijpen van het rijk in de lokale normen voor inkomensonderseuning. Bij het onderzoek kan tevens de uitvoeringsproblematiek betrokken worden die voortvloeit uit het feit

dat bijstandsuitkeringen netto in plaats van bruto worden vastgesteld. Dit is een belemmering op een arbeidsmarkt die steeds flexibeler wordt.

Wij constateren dat veel voorstellen in discussie zijn met betrekking tot herziening van ontslagrecht, vermindering van uitkeringsduur bij werkloosheid (ww) en afschaffing van inkomensvoorzieningen voor oudere werklozen en zelfstandigen (ioaw en ioaz).

Wij signaleren dat de voorstellen een kettingreactie teweeg kunnen brengen waarbij werknemers in zeer korte tijd hun volledige inkomen en uitkeringsaanspraken kunnen verliezen (bij aanwezigheid van een werkende partner) of terug kunnen vallen in de bijstand. In dat laatste geval zal vaak sprake zijn van vermogen in de vorm van een eigen huis dat eerst 'opgegeten' moet worden. Deze potentiële stapeling van effecten heeft financiële gevolgen die onderbelicht blijven, maar veel ingrijpender zijn dan de effecten van andere in discussie zijnde hervormingen. Wij vragen daar nadrukkelijk uw aandacht voor.

Één regeling?

De afgelopen jaren hebben in het teken gestaan van het streven naar één wettelijke regeling voor werkzoekenden die over arbeidsvermogen beschikken. In het voorstel 'Werken naar vermogen' blijft dit beperkt tot de re-integratie van bijstandsgerechtigden, wsw-geïndiceerden en jonggehandicapten met arbeidsvermogen.

De belangrijke doelgroep van werkzoekenden met een WW-uitkering ontbreekt in dat nieuwe concept. Dat wringt vooral bij WW-gerechtigden die al langer dan een jaar werkloos zijn en nauwelijks nog kans hebben op uitstroom naar werk. Een deel van deze langdurig werklozen komt uiteindelijk, soms pas na enkele jaren, in de bijstand. Gemeenten moeten dan met veel vertraging aan de slag met cliënten bij wie – onnodig – een grote afstand tot de arbeidsmarkt is ontstaan. Met het oog op een beter functionerende arbeidsmarkt pleit dit voor een integrale regeling waarin – als volgende stap – óók de verantwoordelijkheid voor re-integratie van langdurig werkloze WW-gerechtigden een gemeentelijke taak wordt. Dit kan lokaal arbeidsmarktbeleid versterken en integrale verbindingen tussen uiteenlopende beleidsterreinen eenvoudiger maken.

Het streven naar één regeling voor werkzoekenden met arbeidsvermogen is voor ons geen doel op zich. Wij denken dat dit voor de economie, voor onze steden en voor de werkzoekenden de beste oplossing zou kunnen zijn. Maar dit kan alleen slagen indien gemeenten de bevoegdheden en de budgettaire middelen ontvangen om een succes te maken van deze nieuwe taken. Nieuwe doelgroepen kunnen wij niet effectief bedienen met een 'uitgekleed' budget. Wij kunnen namelijk niet toveren. Meer verantwoordelijkheid voor gemeenten bij doelgroepen die moeilijk te re-integreren zijn, is alleen in ons aller belang als we in staat worden gesteld beter te presteren dan bij ongewijzigd beleid.

Ten slotte

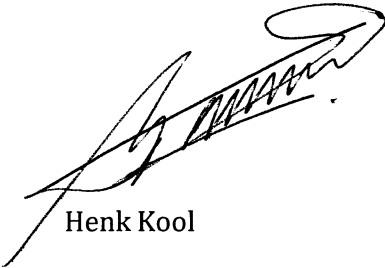
Onze agenda voor de toekomst is breder en dieper dan in het bestek van deze brief aan de orde kan komen. Wij zijn ons bewust van de beperkingen die we onszelf op dit moment ten behoeve van de kabinetsformatie moeten opleggen. Vanzelfsprekend zijn wij graag bereid onze voorstellen desgewenst mondeling of schriftelijk toe te lichten. Wij hopen oprecht dat een nieuw



van de kabinetsformatie moeten opleggen. Vanzelfsprekend zijn wij graag bereid onze voorstellen desgewenst mondeling of schriftelijk toe te lichten. Wij hopen oprecht dat een nieuw kabinet, mede op basis van de voorwaardelijke handreikingen in deze brief, in staat is een constructieve samenwerking met onze steden op gang te brengen.

Namens de G4 wethouders,

Met vriendelijke groet,



Henk Kool

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer H. Kool
G4
Postbus 12600
2500 DJ Den Haag

Kenmerk: 201200526

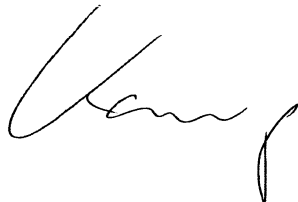
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte heer Kool,

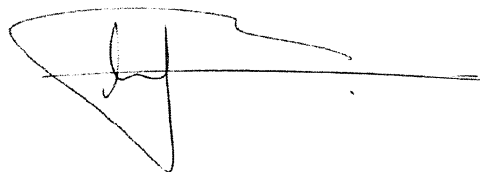
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,



H.G.J. Kamp



W.J. Bos

Bijlage: Investeer in talent en groei

Investeer in talent

In Brainport Regio Eindhoven liggen de technische banen voor het oprapen. Bedrijven als ASML, DAF en VDL investeren de komende jaren fors in onderzoek en productiefaciliteiten. Hierdoor neemt het aantal banen in de technische sectoren in en buiten Brainport Regio Eindhoven fors toe. Los daarvan is er sprake van een forse vervangingsvraag doordat mensen met pensioen gaan. Alleen al voor Brainport Regio Eindhoven gaat het daarmee jaarlijks om zo'n 5.000 banen, waarvan de helft op MBO-niveau.

Echter: de huidige uitstroom uit het technisch onderwijs is absoluut onvoldoende om deze enorme vraag op te vangen. De instroom in techniekopleidingen groeit, maar zonder extra inspanningen loopt het tekort in Nederland verder op tot 155.000 technici in 2016. Dat kost veel geld: iedere baan is goed voor een bijdrage van 80.000 euro aan de BV Nederland.

Stichting Brainport doet drie voorstellen voor het oplossen van het tekort aan bèta talent:

a. Stimuleer bèta techniek en ondernemerschap in het onderwijs

Versterk excellent onderwijs met doorlopende leerlijnen en met aandacht voor technologie, ondernemerschap en sociale innovatie dat goed is aangesloten op het bedrijfsleven. Concreet gaat het daarbij om centra voor innovatief vakmanschap (in het MBO), centres of excellence (in het HBO) en het technisch universitair onderwijs dat momenteel onevenredig hard getroffen wordt door de bezuinigingen. Aanpassingen in beurzen voor studiefinanciering dienen er niet toe te leiden dat deze bovenop hun al forse investering nog extra (financieel) moeten bijdragen. De door de Technische Universiteit Eindhoven ingezette groeistrategie wordt anders ongewild afgeremd, juist op een moment dat de markt vraagt om stimulering van technische studies. Investeer tenslotte in de promotie van bèta techniek in het basis- en voortgezet onderwijs.

b. Bied buitenlandse kenniswerkers een warm welkom

Maak van expat centres een one-stop-shop voor internationale kenniswerkers. Breid daartoe de dienstverlening uit en maak die toegankelijk voor een grotere doelgroep zoals onderzoekers, kenniswerkers uit EU-landen en grensarbeiders. Het gaat daarbij om de RDW (omwisselen rijbewijs), belastingdienst (30%-aanvraag), UWV Werkbedrijf (werkvergunning) en douane (inklaren van goederen). Zorg ook dat kort verblijvende kennismigranten snel en eenvoudig Nederland binnen kunnen komen. De huidige wetgeving werkt belemmerend, met name voor hightech bedrijven die veel klanten of nevenvestigingen in Azië hebben, wat het risico in zich heeft van verdere uitplaatsing van economische activiteiten.

c. Moderniseer de arbeidsmarkt door het creëren van experimenteer ruimte in regio's voor slimme flexibilisering van de arbeidsmarkt

In Brainport Regio Eindhoven wordt gewerkt aan slimme flexibilisering van de arbeidsmarkt met als uitgangspunt dat iedereen nodig is. Competenties van werknemers vormen de spil van dit nieuwe beleid dat leidt tot een grotere transparantie en het soepel functioneren van de arbeidsmarkt. Het rijksbeleid vanuit het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en de opstelling van nationale stakeholders moet ruimte laten aan de oplossingskracht die vanuit de regio wordt geboden, bijvoorbeeld via regio-specifieke cao's.

Investeer in groei

Brainport Regio Eindhoven zet, als slimste regio van de wereld, Nederland op de kaart als vooruitstrevende kenniseconomie. Om de slagkracht van Nederland op gebied van economie, innovatie en duurzaamheid te vergroten, dient specifiek aandacht uit te gaan naar de technologische industrie en naar Brainport Regio Eindhoven als één van de Europese topregio's voor innovatie en kenniseconomie.

Stichting Brainport doet zes voorstellen voor investeringen in de innovatie- en concurrentiekracht van Nederland:

1. Jaag innovatie aan door het versterken van het open innovatie ecosysteem

De overheidsinvesteringen in de kennisontwikkeling van de Brainport regio Eindhoven zijn nationaal gezien al jarenlang onder de maat. Repareer dat met langjarige toezeggingen voor publiek-private samenwerking in plaats van de huidige twee jaar zoals die nu binnen de topsectoren is vormgegeven. Garandeer ook een stabiele en robuuste basisfinanciering voor publieke kennisinstellingen die van groot belang zijn voor de innovatiekracht van de topsectoren. Dit geeft ook het technisch wetenschappelijk onderwijs een impuls en leidt tot meer goed opgeleide talenten. Het is paradoxaal dat kennisinstellingen met het beste track record op onderzoekssamenwerking met het bedrijfsleven (zoals TU/e, Holst Centre en DPI) onder huidig beleid met grote inkomstendalingen worden geconfronteerd door het wegvallen van publieke financiering. Dat kan Nederland zich niet permitteren.

2. Vergemakkelijk de financiering van (door)groeierende bedrijven door het creëren van een sluitende kapitaalstructuur

Bied innovatieve bedrijven in de topsectoren een sluitende structuur voor het aantrekken van extern kapitaal: een instrumentarium waarmee externe financiering kan worden aangewend, toegespitst op de specifieke behoeften van elk van de clusters, in een doorlopende lijn van opstart en groei tot volwassenheid.

3. Kies voor technologische vernieuwing als antwoord op maatschappelijke vraagstukken

Dit vereist een ondernemende overheid, die in samenwerking met de regio's Nederland internationaal wil neerzetten als proeftuin voor innovatie. Dit behelst onder meer mogelijkheden in het ontwikkelen van een meer efficiënte gezondheidszorg, het ontwikkelen van duurzame decentrale energieopwekking en –besparing en het ontwikkelen en beter benutten van infrastructuur voor mobiliteit.

4. Zet in op een gericht en pro-actief export- en acquisitiebeleid

Maak daarbij effectief gebruik van de wervingskracht van Brainport Regio Eindhoven in het algemeen en van High Tech Campus Eindhoven, Automotive Campus NL in Helmond en het Science Park van Technische Universiteit Eindhoven in het bijzonder, als brandpunt van internationale technologische bedrijvigheid. Verder is blijvende aandacht nodig voor het financieel instrumentarium voor exportgaranties en kredietverzekeringen. Dit instrumentarium dient zo te functioneren dat het exporterende industriële bedrijven in Nederland een gelijk speelveld biedt t.o.v. hun concurrenten in het omringende buitenland.

5. Investeer in de internationale bereikbaarheid en omgevingskwaliteit van Brainport Regio Eindhoven

Het belang voor de nationale (kennis)economie rechtvaardigt een prioritaire positie in de Structuurvisie Infrastructuur en Ruimte (SVIR) en rijksondersteuning bij versterking van de ruimtelijke economische structuur van Brainport Regio Eindhoven. In het bijzonder is van belang dat in de hoofdrailnetconcessie wordt opgenomen dat intercitytreinen doorrijden naar hogesnelheidstreinstations in Duitsland (Düsseldorf, Aken) en België (Luik), dit als opstap richting het doel om Eindhoven direct aan te sluiten op het Europese netwerk van hogesnelheidstreinen. Daarnaast is de realisatie van de grote ruit rond Eindhoven/Helmond van belang. Respecteer verder de uitvoering van de door de Alderstafel Eindhoven gemaakte afspraken over toename van het vliegverkeer op Eindhoven Airport.

6. Pak problemen en uitdagingen aan op het meest optimale schaalniveau

Bij het verbeteren van het concurrentievermogen is het geografische schaalniveau volgend, niet leidend. Niet alle vestigingsfactoren kunnen op het niveau van de topsectoren worden aangepakt; veel factoren vereisen een aanpak op het schaalniveau van het regionale ecosysteem. Daarbij heeft het bedrijfsleven een sturende rol en neemt elk van de geledingen in de regionale triple helix een eigen verantwoordelijkheid voor noodzakelijke investeringen. Rijksbeleid is van belang op die

Datum
08-10-2012

Ons kenmerk
BPD-12-764

Pag. nr.
5

onderwerpen waar nationale wet- en regelgeving van toepassing is en/of waar de aspecten in het vestigingsklimaat een verantwoordelijkheid zijn van nationale overheden.

- Brainport Regio Eindhoven één van de drie meest dynamische en kansrijke regio's van Nederland, volgens het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) is. Economische groeicijfers bevestigen dit: in 2011 was Brainport regio Eindhoven met 3,2% de snelst groeiende regio van Nederland; en
- De Brainport 2020 agenda, het ontwikkelprogramma voor Zuidoost-Nederland met Brainport Regio Eindhoven als kern waar samen met de rijksoverheid aan wordt gewerkt, bevat concrete voorstellen voor investeringen in de innovatie- en concurrentiekracht van Nederland.

In de bijlage worden onze punten voor investeren in talent en investeren in groei nader onderbouwd. Als wij ons land willen oprichten uit de economische crisis en ook voor de langere termijn een impuls geven aan een duurzame en innovatieve samenleving, zijn dit essentiële punten.

Indien gewenst ben ik uiteraard bereid u hierover verder te informeren.

Met vriendelijke groet,



Rob van Gijzel
Burgemeester van Eindhoven
Voorzitter Stichting Brainport

In Stichting Brainport hebben de bestuursvoorzitters van Philips Electronics Benelux, VDL Groep, Kamer van Koophandel Brabant, Brabant-Zeeuwse Werkgeversvereniging, Technische Universiteit Eindhoven, Tilburg University, Fontys Hogescholen, ROC Eindhoven, de burgemeesters van Eindhoven, Helmond en Veldhoven en de portefeuillehouder sociaal-economische zaken van het Samenwerkingsverband Regio Eindhovenzitting.



Aan de (in)fomateurs
p/a Tweede Kamer der Staten Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

CC: de heren Rutte, Blok, Samsom, Dijsselbloem

Postadres
 Postbus 2181
 5600 CD Eindhoven

Bezoekadres
 Emmasingel 11
 Eindhoven

Malietoren kamer 8.03
 Bezuidenhoutseweg 12
 Den Haag

T 040 751 24 24
 F 040 751 24 99
 E info@brainport.nl

KvK 171.84.308

www.brainport.nl

Datum
 08-10-2012

Ons kenmerk
 BPD-12-764

Uw kenmerk
 -

Bijlage(n)
 1

Telefoonnummer
 06-23240039

E-mail
e.vanleest@brainportdevelopment.nl

Onderwerp
 Formatiebesprekingen

Geachte heren Kamp en Bos,

Nederland staat voor enorme uitdagingen op zowel economisch als sociaal-maatschappelijk vlak. Uitdagingen die we alleen het hoofd kunnen bieden indien we investeren in onze innovatie- en concurrentiekracht. En dat betekent investeren in talent en investeren in groei.

Gezien onze bijdrage aan de innovatiecapaciteit en het verdienvermogen van Nederland, zijn we het aan onze stand verplicht daaraan een bijdrage te leveren. Maar dat kan alleen indien de Brainport regio Eindhoven in aanvulling op de mainports Amsterdam en Rotterdam op erkenning kan rekenen en op samenwerking met het Kabinetsbeleid. Graag zouden wij in het regeerakkoord de volgende formulering zien opgenomen:

De mainports Amsterdam en Rotterdam en de Brainport Regio Eindhoven vormen een krachtige economische basis voor de Nederlandse economie, deze basis is van essentieel belang om de crisis aan te pakken en snel in te spelen op de toekomstige groei.

De internationale concurrentiekracht van Nederland wordt hoofdzakelijk bepaald door knooppunten van economische topclusters: de regio's Amsterdam (internationale luchthaven, zakelijke dienstverlening), Rotterdam (wereldhaven, logistiek en energie) en Eindhoven (hightech, kennisintensieve maakindustrie); deze topclusters worden door het Rijk maximaal ondersteund.

Regionale samenwerking rondom deze steden zal verder geïntensiveerd worden en het kabinet zal de drie regio's Amsterdam, Rotterdam en Eindhoven hierin maximaal faciliteren, zodat het hoogste rendement op de investeringen behaald kan worden. Maximaal faciliteren houdt ook in dat deze grootstedelijke regio's ruimte krijgen om in partnerschap met het rijk hun bereikbaarheid te optimaliseren, hun concurrentiepositie te verbeteren, toptalent aan te trekken en belemmeringen in het vestigingsklimaat weg te nemen.

Voor wat betreft Brainport zijn daar zeer goede argumenten en kansen voor:

- De innovatieve industrie is de motor voor economische ontwikkeling en voor het vinden van oplossingen voor maatschappelijke uitdagingen;
- Het Centraal Planbureau (CPB) stelt dat circa 70% van de concurrentiekracht van Nederland wordt bepaald door regionale factoren die ook op dat schaalniveau moeten worden opgepakt en ondersteund;

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer R. van Gijzel
Stichting Brainport
Postbus 2181
5600 CD Eindhoven

Kenmerk: 201200528

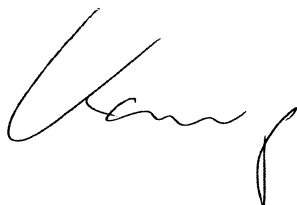
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte heer Van Gijzel,

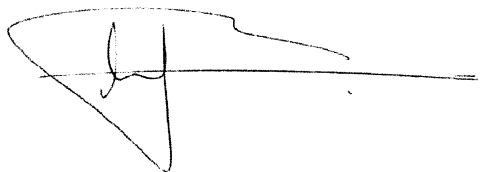
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kamp' with a long, sweeping horizontal stroke at the end.

H.G.J. Kamp

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Bos' with a large, stylized loop at the beginning and a long horizontal stroke extending to the right.

W.J. Bos

Brainport Commissie 2020

Postadres
Postbus 2181
5600 CD Eindhoven

Bezoekadres
Emmasingel 11
Eindhoven

T 040 751 24 24
F 040 751 24 99
E info@brainport2020.nl

www.brainport2020.nl

Tweede Kamer der Staten-Generaal
T.a.v. de informateurs
De heer drs. W.J. Bos en de heer mr. H.G.J. Kamp
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Datum
11-10-2012

Ons kenmerk
bpd-12-800

Uw kenmerk

Behandeld door)
J. Sistermans

E-mail
l.hammecher@brainport2020.nl

Telefoon
040 - 751 2422

Bijlage(n)

Onderwerp
Brainport 2020

Geachte heer Bos en heer Kamp,

Verder investeren in groei en innovatie staat voorop in Zuidoost-Nederland. Hier werken bedrijfsleven, kennisinstellingen en overheid eendrachtig samen volgens het zogenaamde triple helix-principe in een bottom up aanpak die de basis vindt in een sterke maakindustrie.

De leidraad is de Brainport 2020-agenda. Innovatie is het middel. De bijdrage van Zuidoost-Nederland aan het bruto nationaal product neemt toe met 40 miljard tot 136 miljard euro per jaar in 2020. Het innovatieve MKB speelt hierin een belangrijke rol met een gepland aandeel in de omzet uit innovatie van 11% nu naar 20% in 2020.

De ambities zijn groot, maar realistisch en steunen op aanwezige competenties. Er is echter veel nodig om de acties uit de Brainport 2020-agenda te realiseren. Investerings volgens de Brainport 2020-agenda in Zuidoost-Nederland zijn essentieel om het beoogde rendement te realiseren. Het gaat hierbij om het scheppen van de voorwaarden voor het realiseren van de nationale opgave van Zuidoost-Nederland:

- Ondersteuning van de ingezette marsroute van de regio naar de EU op Horizon 2020 "smart" gecombineerd met de mogelijkheden van de structuurprogramma's.
- Het bieden van ruimte voor talent door het extra ondersteunen van de regionale arbeidsmarktaanpak.

- Het mede zorg dragen voor een sluitende kapitaalstructuur voor innovatieve startende en groeiende ondernemingen.
- Het wegnemen van grensbelemmeringen ten gunste van de krachtenbundeling van ondernemers en kennisinstellingen in de driehoek Eindhoven-Leuven-Aken (ELAt).
- Het stimuleren van een grensoverschrijdende infrastructuur: het doorrijden van intercity-treinen naar Düsseldorf, Aachen en Liège en verdere verbetering van het wegennet waaronder de A2 en A67.
- Het realiseren van een structurele financiering van de technologische topinstituten in de regio Zuidoost-Nederland.

Binnen Brainport 2020 werken zes regio's - drie in Noord-Brabant en drie in Limburg – samen. Via een triple helix aanpak met de universiteiten, hogescholen, ROC's, grote en kleine ondernemingen, provincies en gemeenten om de excellente regio verder te doen groeien. Deze groei is gebaseerd op de sterkte in kennis en bedrijvigheid in High Tech Systems en Materials (inclusief Lifetec en Automotive), Chemie, Agrofood en Life Sciences.

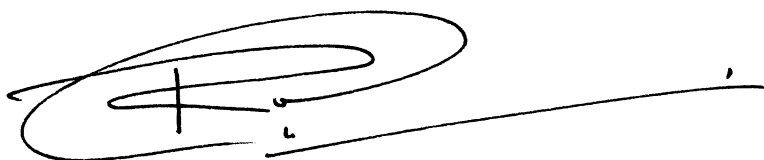
De Brainport 2020-agenda is mede op initiatief van eerdere kabinetten ontstaan en zal door de integrale aanpak op de schaal van Zuidoost-Nederland de topsectoren-aanpak versterken. In feite is deze instrumenteel voor de realisatie ervan.

Het is een agenda van (open) innovatie als middel voor groei in export, de economische motor, groei in BNP en groei in welvaart voor Zuidoost-Nederland, voor Nederland als geheel en voor de grensoverschrijdende regio in Europa.

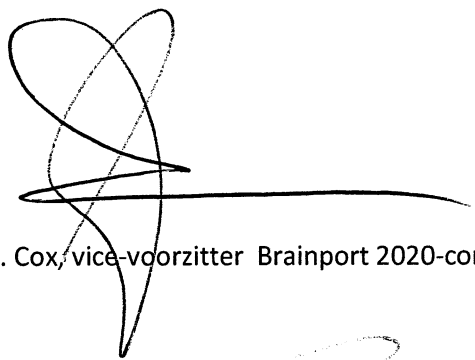
Graag treden we in overleg om de acties en investeringen nodig om bovenstaande ambities waar te maken te bespreken.

Wij zien met belangstelling uit naar uw reactie.

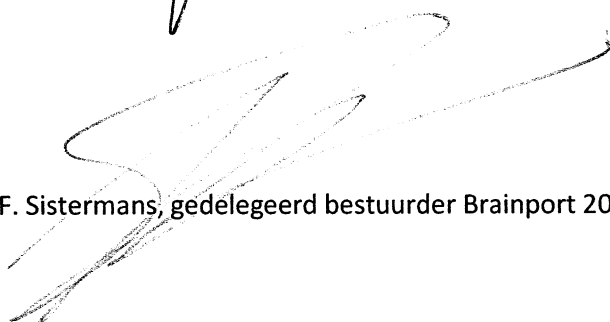
Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'R' followed by a horizontal line.

R. van Gijzel, voorzitter Brainport 2020-commissie

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'C' followed by a horizontal line.

G.J.M. Cox, vice-voorzitter Brainport 2020-commissie

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'S' followed by a horizontal line.

J.F. Sistermans, gedelegeerd bestuurder Brainport 2020-commissie

H.G.J. Kamp en W.J. Bos
Informateurs
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

De heer R. van Gijzel
De heer G.J.M. Cox
De heer J.F. Sistermans
Brainport 2020-commissie
Postbus 2181
5600 CD Eindhoven

Kenmerk: 201200530

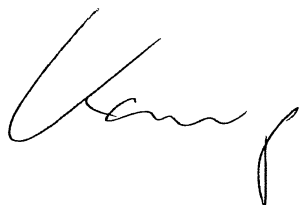
Den Haag, 15 oktober 2012

Geachte heren,

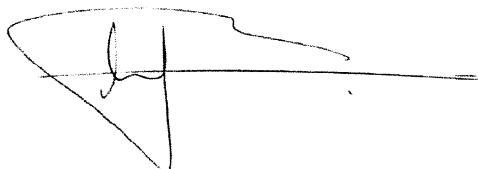
Dank voor de brief die wij van u mochten ontvangen.

In het kader van onze werkzaamheden ontvangen wij een grote hoeveelheid brieven, nota's en verzoeken. Wij vertrouwen erop dat u zult begrijpen dat het voor ons onmogelijk is om daarop inhoudelijk te reageren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kamp' with a long, sweeping horizontal stroke at the end.

H.G.J. Kamp

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W.J. Bos' with a large, stylized initial 'W' and a long horizontal stroke.

W.J. Bos