

Overzicht reacties externe consultatie Monitor effecten langer thuiswonen

Nr.	Hoofdstuk	Partij	Vraag/Opmerking (Citaat originele reacties)	Reactie NZa
	Algemeen			NZa neemt alle tekstuele opmerkingen zoveel mogelijk mee.
	Algemeen	DSW	"Wij hebben geen toevoegingen of opmerkingen aangaande de monitor."	Behoeft geen reactie.
	Algemeen	Achmea / Zilveren kruis	"Zilveren Kruis herkent de gepresenteerde gegevens zoals aan ons is voorgelegd."	Behoeft geen reactie.
	Algemeen	VGN	"De rapportage geeft ons geen aanleiding de inhoud in twijfel te trekken, daarbij zij opgemerkt dat wij ook moeilijk de gepresenteerde info kunnen controleren op feitelijke onjuistheden."	Behoeft geen reactie.
	Algemeen	Eno	"De bevindingen in de rapportage van de NZa sluiten aan bij onze eigen inzichten".	Behoeft geen reactie.
	Algemeen	CZ	"We herkennen ons in de conclusies van dit rapport. We constateren dat aanbieders in onze regio's de effecten van het langer thuis wonen vertalen in de wijze waarop de zorgorganisatie in de toekomst hieraan kan bijdragen en navenante keuzes maakt met betrekking tot bestaande vastgoed. We missen in het rapport de ontwikkeling rondom eerstelijns verblijf. We zien dat in 2015 en 2016 deze voorziening niet alleen vanuit cliëntbehoefte zeer nodig is, maar aanbieders ook de mogelijkheden geeft bestaande (en leegstaande) capaciteit te benutten. Ook zien we dat het (gezamenlijk) gebruik van PGB leidt tot benutting van beschikbare woonvoorzieningen."	Dit is een terechte opmerking, we zullen dit dan ook verwerken in de definitieve versie van het rapport.

	Algemeen	NPCF	<p>“Het valt ons op dat in de analyse vooral gekeken is naar de (financiële) risico's voor zorgaanbieders en de continuïteit voor zorgaanbieders op basis van de financiële risico's. Er is weinig oog voor de continuïteit van zorg en risico's voor cliënten. Blijft er naast voldoende aanbod ook voldoende passend aanbod over? In het rapport wordt bijvoorbeeld aangegeven dat vooral kleine zorgaanbieders een grote veranderopdracht en weinig veranderruimte hebben. Wij willen graag inzicht krijgen in de gevolgen voor cliënten. Hoe groot is het risico dat kleine zorgaanbieders wegvallen? Moeten cliënten dan overstappen/verhuizen naar een andere aanbieder? Wordt het zorgaanbod minder gevarieerd? Valt er nog wel iets te kiezen?”</p>	<p>Voor de uitwerking van het begrip continuïteit van zorg kijkt de NZa of er voldoende aanbod beschikbaar is/blijft. We constateren dat ondanks dat er voldoende aanbod is, het beleid langer thuis wonen wel gevolgen heeft voor de individuele cliënt.</p> <p>Op de vraag of het zorgaanbod minder gevarieerd wordt, geeft deze monitor geen antwoord op.</p>
	Algemeen	Eno	<p>“In een eerdere rapportage waren er 5 zorgkantoorregio's met een verhoogd risico, nu geen enkele meer.”</p>	<p>Wij bevestigen dat deze opmerking klopt. In de monitor Continuïteit van langdurige zorg die in 2014 is uitgebracht zijn vijf zorgkantoorregio's met een verhoogd risico voor het borgen van de continuïteit van langdurige zorg aangewezen. Een belangrijke factor hierin was de verwachte leegstand van zorgwoningen. In deze monitor is er op basis van financiële indicatoren en kwalitatieve analyses geconcludeerd dat het risico op het niet kunnen borgen van de continuïteit van zorg in de zorgkantoorregio's klein is.</p>

	Algemeen	ANBO	<p>“We kunnen ons op zich vinden in het rapport maar we signaleren ook een aantal knelpunten. In het rapport komen deze weliswaar aan de orde maar we schatten ze zwaarder in dan uit het rapport blijkt. Sommige conclusies vinden wij dan ook wat wankel.” (...) “De aankomende transitie dient hier rekening mee te houden en het zou jammer zijn om deze kans te laten liggen.”</p> <p>“De continuïteit van zorg is een groot punt van aandacht. Er bestaan wel degelijk wachtlijsten. Deze zorgen er voor dat het moeilijk blijkt te zijn voor een cliënt om op basis van eigen afwegingen een autonome keuze te maken. Gezien het feit dat mensen pas vanaf zzp 5 in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz, leidt er toe dat men te lang wacht met het beroep doen op de Wlz. Wanneer dit dan toch nodig is leidt dit tot hoge urgentie waar het aanbod onvoldoende op voorbereid is.”</p>	<p>In de marktscan langdurige zorg wordt in hoofdstuk 4. ‘Wachttijden in de langdurige zorg’ ingegaan op de wachtlijsten. Voor verdere informatie verwijzen wij naar de marktscan langdurige zorg.</p> <p>Met het beleid langer thuis wonen is een aantal lichte indicaties voor nieuwe cliënten komen te vervallen. In de V&V is het lichtste zorgprofiel waarop geïndiceerd wordt ZP VV 4.</p>
	Algemeen	ANBO	<p>De achteruitgang gaat vaak in eerste instantie geleidelijk. Het eerste beroep wordt dan terecht gedaan op de thuiszorg en de directe omgeving. Dat gaat een tijd goed maar als achteruitgang plaats vindt, gaat dit meestal sneller dan men denkt. De thuishulp is dan niet voldoende meer, voor een deel ook omdat veel woningen niet ingericht zijn op rolstoelen, speciale bedden en verpleeghulp.</p>	<p>De NZa erkent dat dit zich voor kan doen. Het is dan ook noodzakelijk goed te anticiperen op de zorgbehoefte van de cliënt.</p>

	Algemeen	ANBO	“Wij spreken ook zorgaanbieders en horen ook andere geluiden. Wij horen dat met het verdwijnen van de zorgplekken, de toenemende complexiteit van de nieuwe bewoners, de kosten ook toenemen en de inkomsten ongewis zijn. Diverse aanbieders vinden het prima om zich als ondernemer op te stellen maar missen dan de duidelijkheid over de te verwerven inkomsten, de rol van de zorgkantoren en de transitie van budget naar persoonsvolgende financiering. Het rapport gaat niet in op de grote transitie. Terwijl het ons lijkt dat juist het beroep dat gedaan wordt op de zorgbestuurders als ondernemers en de wijze waarop de transitie in de bekostiging wordt vormgegeven van cruciaal belang zijn voor de continuïteit van zorg.”	Dit is geen onderdeel van deze monitor. De NZa heeft zich voor dit rapport gericht op de effecten van het beleid langer thuis wonen op het borgen van de continuïteit van langdurige zorg.
	Managementsamenvatting	Zorg en Zekerheid	Volgens Zorg en Zekerheid is het, gevoelsmatig, lang niet altijd het geval dat de sector VV er financieel gunstig voor staat. In het rapport wordt aangegeven dat dit uit het kwantitatieve deel van het onderzoek wel blijkt.	De NZa heeft de financiële kengetallen gehaald uit DigiMV.
	Hoofdstuk 1	Zorg en Zekerheid	In tabel 1.1 staat aangegeven dat in 2016 de V&V een uitstroom kent van onder andere zzp 4. De vraag van Zorg en Zekerheid is: “Is dit het volledige zzp4 of een deel, aangezien deze indicaties nog steeds worden afgegeven.”	We zijn voor ZZZP VV4 er van uit gegaan dat 50% van de nieuwe cliënten nog steeds een Wlz-indicatie krijgt. Zie hiervoor voetnoot 1 in de monitor.
	Hoofdstuk 1	ActiZ	In tabel 1.1 staat aangegeven dat in 2016 de V&V een uitstroom kent van onder andere zzp 4. ActiZ merkt op dat deze zzp 4 gedeeltelijk uitstroomt.	We zijn voor ZZZP VV4 er van uit gegaan dat 50% van de nieuwe cliënten nog steeds een Wlz-indicatie krijgt. Zie hiervoor voetnoot 1 in de monitor.
	Hoofdstuk 1	Ieder(in)	In tabel 1.1. staat aangegeven dat in 2016 de V&V een uitstroom kent van onder andere zzp VG 3. Ieder(in) geeft aan dat dit niet aan de orde is: “Is niet aan de orde. Alleen voor VG jonger dan 18 jaar wordt VG ZZZP 3 niet meer afgegeven, voor 18 plus wel. Wij merken wel dat veel cliënten met ZZZP VG 3 moeite hebben om een plek in een instelling te vinden.”	We zijn voor ZZZP VG3 er van uit gegaan dat 50% van de nieuwe cliënten nog steeds een Wlz-indicatie krijgt. Zie hiervoor voetnoot 1 in de monitor.

	Hoofdstuk 1	Eno	“Langdurige ggz maakt geen onderdeel uit van het onderzoek.”	Het klopt dat de langdurige ggz geen deel uitmaakt van dit onderzoek. Ggz-zorgaanbieders leveren zowel Zvw- als Wlz-zorg. Daardoor is het niet mogelijk om op basis van Wlz-data de effecten van het beleid langer thuis wonen in kaart te brengen.
	Hoofdstuk 1	Eno	“De scope van de NZa voor risico’s voor continuïteit van zorg is hier zeer beperkt genomen, namelijk de veranderopdracht en veranderruimte van zorgaanbieders. Derhalve de mate waarin zorgaanbieders in staat zijn om de beperking van de doelgroep Wlz ‘op te vangen’ binnen de bedrijfsvoering (financiële middelen, eventuele leegstand). Continuïteit van zorg is natuurlijk van meer factoren afhankelijk.”	In de vorige monitor is aandacht besteed aan overige aandachtspunten voor de continuïteit van een zorgaanbieder, waaronder de wijze van bedrijfsvoering. Omdat we in deze monitor het risico voor het niet borgen van de continuïteit van zorg klein achten, is hier geen aandacht aan besteed.
	Hoofdstuk 2	ANBO	Het rapport is gebaseerd op interviews met 10 zorgaanbieders en dan ook nog kleine zorgaanbieders, dat lijkt ons gezien het totale veld van zorginstellingen wat mager.	Het klopt dat er inderdaad 10 interviews zijn uitgevoerd met kleine zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders hebben volgens onze gegevens de grootste uitdaging, waardoor deze doelgroep interessant is voor ons onderzoek. Daarnaast zijn er voor dit onderzoek verschillende onderzoeksmethoden gebruikt, waar de interviews een onderdeel van uitmaken.
	Hoofdstuk 2	Ieder(in)	In het rapport staat aangegeven dat voor het kwalitatieve onderzoek er contact is geweest met individuele zorgaanbieders, koepelorganisaties en zorgkantoren. Dit roept bij Ieder(in) de vraag op: “En gesprekken met cliënten of directe vertegenwoordigers? Gaat het niet juist om hun ervaringen?”	Er zijn geen gesprekken gevoerd met cliënten of directe vertegenwoordigers. Er zijn gesprekken gevoerd met diverse cliëntorganisaties.
	Hoofdstuk 2	Zorg en Zekerheid	Opmerking over het eigen vermogen dat wordt gebruikt bij het uitrekenen van de solvabiliteit: “Als het EV vast zit in bakstenen komen er mooie ratio’s te voor schijn. Effectief kan de organisatie dan nog steeds grote uitdagingen kennen om te veranderen (i.c.m. lage liquiditeit).”	Dit klopt. De NZa is hier zich bewust van.

	Hoofdstuk 3	Eno	“Helaas ontbreekt in deze rapportage een detailanalyse per zorgkantoor (behalve een paar plot-diagrammen). We kunnen dus de situatie in onze zorgkantoorregio niet terugzien.”	In deze monitor constateren we voor geen van de zorgkantoorregio's een hoog risico op het niet kunnen borgen van de continuïteit van langdurige zorg. Om die reden is besloten om geen detailanalyse uit te voeren per zorgkantoorregio.
	Hoofdstuk 3	Eno	“Er is landelijk slechts een beperkt aantal zorgaanbieders met een grote veranderopdracht i.c.m. een beperkte veranderruimte; dit zijn voornamelijk kleine zorgaanbieders.”	Behoeft geen reactie.
	Hoofdstuk 3	Zorg en Zekerheid	Vraag vanuit Zorg en Zekerheid over tabel 3.4: “Waarom is 2014 niet in deze tabel opgenomen?”	De gerealiseerde productiecijfers zijn gebaseerd op volledig nagecalculeerde budgetten van 2012 en 2013. Voor 2014 is gebruik gemaakt van de productieafspraken uit de tweede budgetronde. We hebben geconcludeerd dat het niet passend is om deze cijfers te gebruiken om de solvabiliteit te tonen.
	Hoofdstuk 3	Zorg en Zekerheid	Opmerking Zorg en Zekerheid op dat er vooralsnog geen aanwijzingen zijn voor risico's op de continuïteit van zorg: “Dat is dan dus t/m 2013. Mijn inziens is er een aardige impact op een later moment waarneembaar. Het loont dan waarschijnlijk zeker de moeite de analyses door te trekken naar 2014 en 2015”.	De effecten van de uitstroom van de lage zzp's op het vastgoed wordt meegenomen in de evaluatie van de invoering van integrale tarieven.

	Hoofdstuk 4	ANBO	<p>“Het begint goed merkbaar te worden dat de stap die ligt tussen zelfstandig thuis en opname in het verpleeghuis, weggevallen is. De aanleunwoningen leunen nergens meer tegen aan en de plaatsen in verzorgingshuizen verdwijnen. Hierdoor ontstaat een leemte die maar zeer mondjesmaat en dus onvoldoende wordt opgevangen.”</p> <p>“De leemte zorgt er dus voor dat mensen lang wachten in plaats van meegroeien met de toenemende beperkingen. De laatste stap namelijk opname in een verpleeghuis overkomt mensen nog te vaak in plaats dat men hier op voorbereid is. De belemmeringen op de woningmarkt zorgen er ook voor dat mensen ook amper zelf de tussenstap van de woning naar een aangepast huis kunnen maken.”</p>	In hoofdstuk vier van deze monitor schrijven we verschillende vastgoedstrategieën die we in de interviews geconstateerd hebben. We zien dat enkele zorgaanbieders vrijkomend vastgoed inzetten voor bewoners die voorheen een indicatie zouden hebben ontvangen voor een lage zzp. Deze zorgaanbieders spelen op deze manier in op de behoeften van burgers in hun omgeving.
	Hoofdstuk 4	Eno	“Er is sprake van meerdere vastgoedstrategieën die zorgaanbieders hanteren. In een enkel geval heeft het zorgkantoor de regierol in het regionaal vastgoedbeleid”	Behoeft geen reactie.
	Hoofdstuk 4	Ieder(in)	In het rapport staan enkele knelpunten genoemd ten aanzien van het vastgoedvraagstuk. De opmerking van Ieder(in) hierbij is: “Wij missen het feit dat ook Wlz aanbieders de gevolgen van de decentralisatie van AWBZ naar Wmo verhalen op de Wlz waardoor er binnen Wlz minder financiën overblijven. Denk aan dagcentra waar 50 % Wmo cliënten gebruik van maken en 50 % Wlz cliënten. Tarieven Wmo liggen lager, maar toch wordt dezelfde zorg geleverd/ overhead berekend.”	In hoofdstuk 4 gaat het om vastgoed wat eerst is ingezet voor lage zzp's. Het gaat hier niet om vastgoed van dagactiviteitcentra. De ketenproblematiek tussen de verschillende domeinen wordt benoemd in hoofdstuk 5
	Hoofdstuk 4	Eno	“Het leveren van zorg aan zwaardere cliëntgroepen i.p.v. lichtere cliëntgroepen wordt niet altijd gehonoreerd door het zorgkantoor, hierbij speelt ook de beperkte contracteerruimte een rol.”	Behoeft geen reactie.
	Hoofdstuk 4	Eno	“Meerjarenafspraken in de vorm van productie- en financieringsgaranties vinden zorgaanbieders wenselijk, maar worden niet door het zorgkantoor gemaakt. Meerjarenafspraken beperken zich tot kwaliteit(sverbetering)/ontwikkelplannen.”	Dit klopt. Behoeft verder geen reactie.

	Hoofdstuk 4	ANBO	<p>“De zogenaamde uitdagingen in het vastgoed zijn volgens ons wel degelijk een knelpunt. Gebouwen zijn verouderd maar staan toch op de balans voor hoge bedragen. Van de gebouwen is ongeveer de helft eigendom van de woningbouwcorporaties. Dus men is begonnen om bewoners daar waar dit kan te verplaatsen van locaties van woningbouwcorporaties naar de eigen locaties. De ontstane leegstand wordt daarmee op het bordje van de woningbouwcorporaties gelegd die zoals eerder vastgesteld niet staan te springen om hierin te investeren, want ze kunnen de huren niet vragen die horen bij de investeringen.”</p>	<p>De NZa herkent het beeld dat ANBO schetst dat enkele zorgaanbieders de locaties die eigendom zijn van woningbouwcorporaties als eerste afstoten.</p> <p>Daarnaast zien we goede voorbeelden in de samenwerking tussen zorgaanbieders en woningbouwcorporaties. Bijvoorbeeld het gebruik van flexibele huurcontracten.</p>
	Hoofdstuk 4	ActiZ	<p>In het rapport staat dat zorgaanbieders die ruimten verhuren in andere sectoren (denk bijvoorbeeld aan studenten) te maken krijgen met andere wet- en regelgeving, zoals het puntensysteem van de sociale huurwoningen en de verhuurderheffing van de Belastingdienst. ActiZ merkt hierbij op: “Dit hangt niet samen met de doelgroep: geldt ook als aan ouderen zonder WLZ-indicatie wordt verhuurd.”</p>	<p>Dit klopt. Behoeft verder geen reactie.</p>
	Hoofdstuk 4	Zorg en Zekerheid	<p>Zorg en Zekerheid geeft aan dat het wellicht handig is om te specificeren wat ‘warme bedden’ zijn.</p>	<p>Onder een ‘warm bed’ verstaan we een bezet bed. Dit is aangepast in de monitor.</p>
	Hoofdstuk 4	Zorg en Zekerheid	<p>In het rapport staat dat één zorgaanbieder en zorgkantoor specifiek een accounthouder heeft ingesteld voor kleine aanbieders. Opmerking van Zorg en Zekerheid: “Bij ZZ heeft een kleine aanbieder gewoon een inkoper (gelijk aan de grote aanbieders).”</p>	<p>Het is belangrijk dat er aandacht is voor de kleine zorgaanbieder.</p>

	Hoofdstuk 4	Ieder(in)	Over de passage "4.4 Kleine zorgaanbieders" heeft Ieder(in) de volgende opmerking: "Betwijfel erg of deze passage klopt. Wij bemerken juist dat de bezuiniging (dat wat de cliënt er van merkt) veel groter is bij grote aanbieders dan bij kleine aanbieders. We merken natuurlijk ook dat veel zorgkantoren tot op heden kleine aanbieders eigenlijk niet willen contracteren. Dat is natuurlijk wel een probleem. Verder zijn kleine aanbieders veel eerder bereid om over de gemaakte productieafspraken heen te gaan, dus meer cliënten op te nemen dan waar voor wordt betaald. (laten geen mensen in de kou staan). Ook dat heeft uiteindelijk natuurlijk gevolgen voor het geheel."	Behoeft verder geen reactie.
	Hoofdstuk 4	Ieder(in)	In het rapport staat dat de afname van het voorzieningenniveau in verzorgingstehuizen een nieuw signaal is. Ieder(in) geeft hierbij als opmerking: "In het kader van een zo normaal mogelijke samenleving kun je je natuurlijk afvragen of het wel zo erg is dat er geen kapper meer in het verpleeghuis is. Geldt voor hen ook niet; zo veel mogelijk deel nemen aan de samenleving?"	Wij hebben dit signaal ontvangen. Het is discutabel in hoeverre dit nadelig is voor de cliënt.
	Hoofdstuk 5	Eno	"In hoofdstuk 5 noemt de NZa nog effecten op andere domeinen. Het gesignaleerde 'van-kastje-naar-muur'-gedrag is hier minder aan de orde omdat we nauw samenwerken met gemeenten in de regio (expertteam)."	NZa neemt de opmerking voor kennisgeving aan
	Hoofdstuk 5	Ieder(in)	Ieder(in) geeft aan dat het van-het-kastje-naar-de-muur gedrag niet tussen de gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren maar tussen de gemeenten, zorgverzekeraars en CIZ gaande is.	Is aangepast in de monitor.

	Hoofdstuk 5	Ieder(in)	Wanneer het gaat over de bijzondere cliëntgroepen en met name over de cliënt in de geestelijke gezondheidszorg voegt Ieder(in) toe: "GGZ valt pas na 3 jaar opname onder Wlz. Daarvoor altijd Wmo of jeugdzorg. Dat is nog al een stevige wijziging. Nieuw is ook dat het aangrijpingspunt van zorg centraal staat waardoor kinderen met VG bijna nooit een Wlz indicatie krijgen omdat somatiek veelal dominant is aan de VG beperking. Indien GGZ problematiek dominant is, wordt altijd verwezen naar Wmo of jeugdwet."	Behoeft verder geen reactie.
	Hoofdstuk 5	ANBO	"Zorgkantoren pakken hun rol in cliëntondersteuning onvoldoende op. Ze geven geen ruchtbaarheid aan deze wettelijke taak waardoor veel mensen hier ook niet van op de hoogte zijn."	In de marktscan langdurige zorg komt cliëntondersteuning aan de orde en wordt verwezen naar een evaluatie van ZN waaruit blijkt dat, ondanks de centrale rol van de cliënt in de Wlz, de onafhankelijke cliëntondersteuning in 2015 nog maar weinig gebruikt wordt. De NZa heeft eind vorig jaar een onderzoek uitgebracht over beschikbaarheid van keuze-informatie en cliëntondersteuning in de Wlz en de rol van wlz-uitvoerders hierin. Later dit jaar zal de NZa een vervolgonderzoek publiceren over hoe en in welke mate Wlz-uitvoerders de informatieverstrekking en de ondersteuning aan cliënten hebben verbeterd ten opzichte van het eerdere onderzoek.

	Hoofdstuk 5	ANBO	<p>“Er zijn behoorlijk wat mensen die niet kunnen beschikken over een sociaal netwerk en nog niet zwaar genoeg zijn voor een verpleeghuis. Zij kunnen niet meer volledig zelfstandig wonen. De woonvoorzieningen verdwijnen, de Wmo voorzieningen als dagbesteding zijn vaak vanwege eigen bijdragen onbereikbaar, sociale contacten evenals eventuele gezamenlijke maaltijden. Veel levensloopbestendige woningen zijn gebouwd in buitenwijken en in de buurt van de voormalige verzorgingshuizen die dus een sociale functie bekleedden die verder ging dan alleen de bewoners van het betreffende huis. Zodra dit stopt, zitten ook deze mensen verstoken van sociale contacten en andere vormen van dienstverlening. De mensen die in dit soort huizen wonen zijn over het algemeen beperkt mobiel en eenzaamheid dreigt. Vanwege het gebrek aan beschutte woonvormen is er voor deze groep geen continuïteit van zorg.”</p>	<p>Met een Wlz indicatie hebben cliënten recht op keuze voor verblijf. Voor cliënten die nog geen Wlz indicatie hebben zorgt de gemeente via de Wmo of zorgverzekeraars via Zvw voor de zorg en ondersteuning. Aangezien deze monitor zich richt op de Wlz-zorg, wordt de keuze voor verblijf voor niet Wlz geïndiceerde buiten beschouwing gelaten.</p>
	Hoofdstuk 5	Zorg en Zekerheid	<p>In het rapport staat dat er mogelijk vanuit gemeenten te weinig middelen beschikbaar zijn, voor de cliëntgroep zwerfjongeren, waardoor er langere wachttijden ontstaan. Zorg en Zekerheid geeft hier als opmerking: “Is het niet zo dat ze de doelgroep niet scherp hebben? En wat ik bij aanbieders hoor is dat gemeenten niet goed weten wat zij deze cliënten bieden (o.a. LVB)”.</p>	<p>Dit klopt, we zullen dit dan ook in de tekst aanpassen.</p>
	Hoofdstuk 5	Zorg en Zekerheid	<p>In het rapport staat vermeld dat alle zorgkantoren aangeven dat zij op gemeentelijk niveau afspraken maken over bijvoorbeeld regioplannen, ketenzorg en vraagontwikkeling. Zorg en Zekerheid geeft aan binnenkort een speciale gemeente-beleidsmedewerker te hebben om hier (samenwerking in de regio) verder invulling aan te geven.</p>	<p>Behoeft geen nadere reactie.</p>