

Vergaderjaar 2008–2009

**31 700 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009**

**Nr. 23**

### **VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 28 oktober 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, belast met het voorbereidend onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

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

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemsse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

1

*U heeft de Kamer bij de begrotingsbehandeling 2008 toegezegd alternatieven te zoeken voor de vermogensstoets in de AWBZ. Wanneer en hoe is deze toezegging door u uitgevoerd?*

In mijn brief «Invoering vermogensinkomensbijtelling in de AWBZ» van 8 oktober 2008 (MEVA-28883227) wordt ingegaan op de verschillende alternatieven die zijn overwogen voor de vermogensinkomensbijtelling. In deze brief zijn verschillende alternatieven behandeld en de inkomenseffecten en de opbrengsten van deze varianten geschetst.

2

*Wat zijn de uitvoeringstechnische redenen die leiden tot een half jaar uitstel van de vermogentoets?*

Het CAK heeft aangegeven dat de invoering van een vermogensinkomensbijtelling grote gevolgen heeft voor de berekening van de eigen bijdragen AWBZ en daarom systeemaanpassingen vergt. Dit grijpt in op de huidige systemen, en vergt daarom een impactanalyse, systeem-aanpassingen en een testtraject, conform de standaard werkwijze van het CAK. Het CAK heeft aangegeven hiervoor minimaal zes maanden nodig te hebben.

Omdat eerst verschillende varianten zijn verkend, is pas recent besloten tot de definitieve vormgeving van de vermogensinkomensbijtelling. Pas na de behandeling van het wetsvoorstel in het parlement staat de definitieve vorm vast. Om een zorgvuldige invoering te kunnen waarborgen komt 1 januari 2009 simpelweg te vroeg.

3

*Hoe, met welke concrete maatregelen en wanneer realiseren de bewindslieden de taakstelling voor het verminderen van de administratieve lasten in de cure en de care? Liggen deze maatregelen op schema?*

Over de vermindering van de lasten die de burger ondervindt bij de indicatiestelling in de care heb ik de Tweede Kamer 7 juli jl. een brief zonden, waarin ik beschrijf welke vereenvoudigingen hierin worden doorgevoerd. In de kabinetsreactie op het SER-Advies die op 13 juni jl. aan de Tweede Kamer is gestuurd, wordt ook ingegaan op het verminderen van de registratiedruk in de AWBZ. In november 2008 wordt het programma vermindering administratieve lasten aan de Tweede Kamer aangeboden. Hierin wordt de voortgang van de administratieve lasten reductie in de zorg beschreven.

Het verminderen van de registratiedruk blijft een belangrijke opgave. Een aantal van de door ons getroffen maatregelen zijn:

#### **Zorgbreed**

- Invoering Jaardocument maatschappelijke verantwoording per 1-1-2008. Deze vereenvoudiging van de jaarverantwoording heeft gezorgd voor een administratieve lastenreductie van de jaarverantwoording van 59%.
- Afschaffen bouwregime cure per 1-1-2008 en care 1-1-2009.

#### **Care**

- Eenduidig indicatorengebruik als onderdeel van het kwaliteitskader verantwoorde zorg.
- Gebruik van het elektronisch cliëntendossier (ECD).
- Verdere ontwikkeling van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR).
- Introductie van zorgzwaartepakketten (ZZP). Dit vereenvoudigt de bekostiging en de daarmee samenhangende administratie. Het werken met ZZP's zorgt ervoor dat o.a. sneller kan worden geïndiceerd, omdat

bij de indicatiestelling op basis van een clientprofiel kan worden vastgesteld welk pakket daarbij hoort. Voorts heeft werken met ZZP's als gunstig effect dat de zorg niet langer per minuut wordt geregistreerd. De feitelijke bijdrage aan lastenreductie kan na invoering worden gemeten.

- Het vereenvoudigen van het proces van indicatiestelling AWBZ. Over de uitkomsten van de pilots die het CIZ in dit kader heeft uitgevoerd en de beleidsconclusies die de staatssecretaris daaraan heeft verbonden, is de Tweede Kamer bij brief van 7 juli 2008 geïnformeerd.

### **Cure**

- Invoering nieuwe Ambulancewet. Onder deze wet is niet langer nodig om per auto een vergunning aan te vragen. De vergunning wordt verleend per Regionale Ambulance Voorziening (RAV).
- Vereenvoudiging van de structuur van Diagnose Behandel Combinaties (DBC) in ziekenhuizen per 1 januari 2010. Hiermee worden aanbevelingen van het onderzoek van Capgemini ter hand genomen (zie vraag 25).
- Invoering nieuwe wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) zorgt voor minder verplichte registratie door zorgverlener. Een eerste effect bij voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling is reeds zichtbaar (-/- € 2,9 mln.) Ziekenhuizen hoeven niet langer de wachttijdgegevens centraal aan te leveren, maar slechts te publiceren op hun eigen website.

4

*Welke richtlijnen voor voorschrijven van geneesmiddelen van de beroepsgroepen voldoen al aan de doelmatigheidscriteria die de minister voor ogen staat?*

De doelmatigheid van een richtlijn kan m.i. op twee niveaus worden geborgd. De richtlijn dient in mijn ogen vooral waarborgen te bieden voor een doelmatige *inzet van geneesmiddelen*: dat wil zeggen «goedkoop waar het kan en duur waar het moet». Als tweede dimensie zou bij het ontwikkelingsproces van de richtlijn aandacht moeten worden besteed aan de doelmatigheid van de behandeling zelf door de verhouding tussen de baten en de kosten inzichtelijk te maken.

In mijn opdracht hebben IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare en het CBO recent een analyse uitgevoerd naar de mate waarin veiligheids- en doelmatigheidsaspecten zijn meegenomen in Nederlandse behandelrichtlijnen. De onderzoekers concluderen dat er bij de totstandkoming van die richtlijnen geen sprake was van een op systematische wijze geborgde rol voor doelmatigheidsaspecten. De doelmatige inzet van behandelingen speelt impliciet hier en daar een rol, terwijl kosten-batenanalyses slechts in enkele gevallen zijn meegenomen. De richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (NHG/CBO) is hierop een positieve uitzondering in de zin dat bij de ontwikkeling van deze richtlijn de doelmatige inzet van geneesmiddelen een plaats heeft gekregen en daarnaast ook kosten-batenanalyses en een budget-impactanalyse een rol hebben gespeeld.

Op dit moment laat ik aanvullend onderzoek uitvoeren naar een aantal specifieke behandelrichtlijnen voor geneesmiddelen om te bezien in hoeverre deze waarborgen bieden voor één of beide bovengenoemde dimensies van doelmatigheid. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het iMTA.

Ik ben voornemens om in de taakopdracht voor het nog door mij op te richten Regieorgaan aandacht te vragen voor een systematische en integrale borging van doelmatigheidsaspecten bij de richtlijnontwikkeling.

5

*Hoe wordt kennis op het terrein van medisch wetenschappelijk onderzoek met minderjarigen vergroot? Om welk type onderzoek gaat het hier?*

In haar jaarverslag 2006 constateerde de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) dat de terughoudende regels van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) en internationale regelgeving tot gevolg hebben dat bepaalde fasen van onderzoek met geneesmiddelen voor minderjarigen niet uitgevoerd kunnen worden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van vormen van (jeugd)kanker. Medisch-wetenschappelijk onderzoek met minderjarigen is in Nederland onder strikte wettelijke voorwaarden mogelijk: minderjarigen mogen alleen bij zulk onderzoek worden betrokken als zij er zelf baat bij kunnen hebben – het zogenaamde therapeutisch onderzoek –, of als het onderzoek alleen maar bij minderjarigen kan worden uitgevoerd. In het laatste geval moeten de risico's verwaarloosbaar en de belasting voor de minderjarige minimaal zijn.

In december 2007 is de Commissie medisch-wetenschappelijk onderzoek met minderjarigen, onder voorzitterschap van professor J. E. Doek, samengesteld. De Commissie Doek is gevraagd na te gaan of en, zo ja, in welke mate de nationale en internationale regelgeving belemmerend werkt op noodzakelijk geacht wetenschappelijk onderzoek met minderjarigen. De commissie dient daarnaast te adviseren over de wenselijkheid van een aanpassing van de huidige regeling van medisch-wetenschappelijk onderzoek met minderjarigen dat hen zelf niet ten goede kan komen en over de aard van deze mogelijke aanpassing. Medio 2009 zal zij, volgens de huidige planning, haar advies gereed hebben. Ik zal daarna mijn standpunt bepalen.

6

*Hoe wordt gestimuleerd dat meer ziekenhuizen deelnemen aan de HSMR (hospital standardised mortality rate)?*

Door de subsidiëring van het «Move your dot» programma, dat dit jaar geëindigd is, heb ik gestimuleerd dat ziekenhuizen enerzijds kennis maken met de HSMR als meetinstrument en anderzijds interventies ontwikkelen om tot verbetering te komen. Via de HSMR kunnen de resultaten van interventies gevolgd worden. De HSMR-cijfers kunnen daarbij ook gezien worden als blijvende stimulans.

De verbeterinterventies zullen de komende tijd waarschijnlijk opnieuw aandacht krijgen maar dan ditmaal vanuit het patiëntveiligheidsprogramma waarbinnen tien deelthema's lopen. De aandacht voor de HSMR zal op langere termijn geborgd kunnen worden omdat de IGZ het gebruik van de HSMR opneemt in de indicatoren voor het veiligheidsprogramma. Overigens zien ook andere partijen hun rol hierbij. Zo heeft de NVZ voor haar leden op 20 juni 2008 en op 31 oktober een symposium georganiseerd om de leden wegwijs te maken met de invoering van de HSMR en het reageren op mediavragen naar aanleiding van de HSMR.

7

*Waarom zijn de begrotingsvoorstellen voor het lopend jaar 2008 niet in de financiële overzichten opgenomen?*

De begroting 2009 richt zich in op de beleidsvoornemens en de financiële gevolgen daarvan voor dat betreffende begrotingsjaar. Het jaar 2009 wordt ook in een meerjarig financieel kader (van 2007 tot en met 2013) weergegeven. Dit geldt onder andere voor de tabellen begrotingsbijdragen en premie-uitgaven onder de paragrafen budgettaire gevolgen van

beleid. Tevens wordt in de verdiepingsbijlage de ontwikkeling geschetst vanaf de stand ontwerp-begroting 2008 tot de stand ontwerpbegroting 2009. Meer gedetailleerde verantwoording over de uitvoering van de voornemens en de mogelijke financiële mutaties in de begroting 2008 wordt geleverd in de eerste en tweede suppletore begrotingswetten en het jaarverslag (inclusief slotwet) 2008.

8

*Waar is in de begroting van VWS de vermogenstoets voor de eigen bijdrage terug te vinden? Wat houden de plannen voor de vermogens-toets precies in?*

Tijdens de voorbereiding van de begroting 2008 is door het kabinet besloten tot een aanscherping van de eigen bijdragen AWBZ met € 80 miljoen vanaf 2009 voor meer draagkrachtigen met gebruik van inkomens- en vermogenstoetsen. Dit staat vermeld op de pagina's 152 en 155 van de begroting 2008. In de begroting 2009 is op de pagina's 179 en 183 gemeld dat de vermogensinkomensbijtelling pas zal ingaan op 1 juli 2009. De inkomensgevolgen van deze heffing staan vermeld op pagina 191 van de begroting van SZW. Beoogd is dat de wetwijziging waarin de vermogensinkomensbijtelling wordt geïntroduceerd in november aan de Tweede Kamer wordt aangeboden. Daarin staat de exacte vormgeving. In mijn brief over de vermogensinkomensbijtelling (zie het antwoord op vraag 1) zijn de plannen voor de vermogensinkomensbijtelling uitgebreid gemeld.

9

*Wat is uw reactie op de zorgen van de VNG over de AWBZ pakketmaatregelen?*

De VNG heeft bij mij zijn zorgen geuit over de pakketmaatregelen en ik neem deze zorgen uiteraard serieus. Daarom heb ik met de VNG intensief contact over de mogelijke gevolgen van de pakketmaatregelen voor gemeenten. Tijdens het Algemeen Overleg dat ik 30 oktober met de Tweede Kamer over de pakketmaatregelen voer, zal ik de Tweede Kamer informeren over de stand van zaken van het overleg met de VNG.

10

*Bent u bereid de subsidie voor het Erfocentrum overeind te houden? Zo nee, waarom niet? Welke organisatie zou volgens de regering de taken van dit Erfocentrum moeten uitvoeren?*

De tijdelijke subsidie die in de jaren 2005 tot en met 2007 aan het Erfocentrum is toegekend als stimulans om publieksinformatie op het gebied van erfelijke aandoeningen en medische biotechnologie te ontwikkelen, is gestopt. Deze subsidie diende als basis voor een onafhankelijke financiële positie van het Erfocentrum ná 2007. Het voortzetten van deze subsidie past niet meer in het subsidiebeleid van VWS. Het bezwaar van het Erfocentrum tegen dit besluit is recent afgewezen. In het lopende subsidiejaar 2008 heeft het Erfocentrum nog een (afbouw)subsidie ontvangen van € 85 000,00.

Tijdens het Algemeen Overleg over Zwangerschap en geboorte met uw Kamer op 9 oktober jl. is gesproken over het belang van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van algemene informatie op het terrein van preconceptionele zorg. Ik heb het RIVM gevraagd om mij te adviseren hoe de centrale regie op informatie en voorlichting rondom preconceptionele zorg vorm gegeven kan worden, mede in samenhang met de reeds bestaande taken van het RIVM op dit terrein. Ook de huidige rol van het Erfocentrum wordt daarin meegenomen. Dat advies ontvang ik naar verwachting in het voorjaar van 2009. In afwachting van dat advies en mogelijke vervolgstappen heb ik uw Kamer aangegeven dat ik bereid ben om het Erfocen-

trum in het jaar 2009 subsidie te verlenen voor informatievoorziening op het terrein van preconceptiezorg. Ik zal met het Erfo-centrum in overleg gaan om dit verder uit te werken.

11

*Welke prijs vindt de regering voor een HPV-vaccin acceptabel? Wat is uw reactie op de kritiek op het HPV-vaccin zoals verwoord in het artikel in het Nederlands tijdschrift voor geneeskunde?*

Zoals ik in mijn brief van 8 juli jl. over preventiebeleid voor de volksgezondheid (TK 2007–2008, 22 894, nr. 178) heb aangegeven streef ik ernaar om een totaalpakket preventieve maatregelen tegen baarmoederhalskanker aan te bieden dat in zijn totaliteit voldoet aan de eis van kosten-effectiviteit.

Op 13 september 2008 verscheen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een artikel over de vaccinatie van jeugdigen tegen baarmoederhalskanker. In dit artikel werd kritiek geuit op het advies van de Gezondheidsraad over vaccinatie tegen baarmoederhalskanker en mijn daarop gebaseerde principebesluit om de vaccinatie op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma.

Onmiddellijk na het verschijnen van het artikel heb ik gesproken met de Voorzitter van de Gezondheidsraad. Hierbij is duidelijk geworden dat dezelfde informatie door de auteurs en door de Gezondheidsraad op een verschillende manier wordt gewogen. Op basis hiervan heb ik geen aanleiding gezien om mijn beleid m.b.t. de invoering van deze vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma te veranderen.

Ik heb u, ter kennisname, de reactie van de Gezondheidsraad die op 18 oktober 2008 in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde is gepubliceerd per brief toegezonden.

12

*Hoeveel instellingen uit welke sectoren hebben gebruik gemaakt van CCE?*

Dit jaar zijn er tot nu toe (6 oktober 2008) 796 (her) aanmeldingen bij CCEN binnen gekomen.

Daarvan zijn 591 uit de gehandicaptenzorg, 58 uit de ggz en 44 uit de v&v-sector afkomstig. Van 103 aanvragers heeft in de administratie van de CCEN nog geen verdeling over de sectoren plaatsgevonden.

13

*Hoeveel hebben zorgverzekeraars uitgegeven aan reclame?*

De hoogte van reclamebudgetten van zorgverzekeraars is geen onderwerp van toezicht door de overheid. Ik beschik dan ook niet over de informatie die nodig is om deze vraag te kunnen beantwoorden.

14

*Wat is uw reactie op het tekort aan psychiaters? Welke maatregelen gaat u nemen?*

Door het Capaciteitsorgaan is begin dit jaar een advies uitgebracht vanuit een lange termijn perspectief voor de jaarlijkse instroom van medisch specialisten, inclusief psychiaters. Dat advies is op 28 april door VWS aan de Kamer gezonden.

Het Capaciteitsorgaan heeft voor de psychiatrie (met een opleidingsduur van 4,5 jaar) een instroom geadviseerd van minimaal 124 en maximaal 150 assistenten in opleiding tot specialist (aios) op jaarbasis. Ik ben aan de

bovenkant van dat advies gaan zitten en laat de komende jaren 150 aiossen per jaar instromen met ingang van 2009. Hiermee kan per 2019 een evenwicht worden bereikt in vraag en aanbod.

Het Capaciteitsorgaan wordt geacht een zorgvuldig advies op te stellen. Wetenschappelijke verenigingen worden daarbij betrokken en om hun inbreng gevraagd. Het Capaciteitsorgaan, in het bijzonder het plenair orgaan waarin de medisch specialisten worden vertegenwoordigd, maakt een afweging van de relevante feiten en belangen die spelen. Daarmee mag worden verwacht, dat een afgewogen advies tot stand komt. Mocht er vervolgens voortschrijdend inzicht ontstaan, dan kan dat door het Capaciteitsorgaan ook tussentijds aan VWS worden gemeld.

Het Capaciteitsorgaan deelde mij desgevraagd mee, dat er geen enkele aanleiding is voor het tussentijds bijstellen van het begin dit jaar opgestelde advies.

15

*Welke CAO wordt algemeen verbindend verklaard in de VenVT sector?*

Het algemeen verbindend verklaren (avv-en) is een taak van de minister van SZW. Het nemen van initiatief tot een verzoek voor een avv moet van de betrokken sociale partners uitgaan. VWS is/wordt niet betrokken in de procedure van het avv-en.

Volgens SZW ligt de avv-procedure van de CAO-VVT op dit moment stil omdat er nog onduidelijkheden zijn over de precieze afbakening van de werkingssfeer.

16

*Kunt u een overzicht geven van de middelen die uitgegeven worden aan de uitrol van het Elektronisch Patiëntendossier?*

Voor de uitrol van het elektronisch patiëntendossier zijn in de begroting 2009 de volgende bedragen geraamd:

- Implementatie organisatie VWS € 2 mln.
- Aansluitteam Nictiz € 1,5 mln.
- Communicatiebudget € 2 mln.

Daarnaast ontvangen zorgaanbieders die hun zorginformatiesysteem aansluiten op het Landelijk Schakelpunt (LSP) een subsidie op basis van de Subsidieregeling LSP. Voor deze subsidieregeling is in 2009 een bedrag van € 30 mln. begroot. De subsidie is een eenmalige tegemoetkoming in de initiële kosten van de zorgaanbieder bij de deelname aan het EPD. Bovenstaande kosten zijn direct gerelateerd aan de uitrol van het EPD. Hierin zijn niet opgenomen de kosten van de reguliere exploitatie van de dienstverlening van CIBG (UZI en SBV-Z) en NICTIZ, waaronder de kosten voor beheer, onderhoud en (door)ontwikkeling van het EPD, alsmede de reguliere informatievoorziening via internet en servicedesk.

17

*In de begroting worden niet alle geraamde subsidie-uitgaven genoemd. Hoe ziet de lijst met alle subsidies eruit?*

In de begroting zijn in elk beleidsartikel per operationele doelstelling de belangrijkste voorgenomen uitgaven weergegeven. Deze uitgaven zijn gerubriceerd naar categorie/instrument waaronder ook instellingssubsidies/structurele subsidies en projectsubsidies. Deze zogenaamde tabellen geraamde uitgaven bieden inzicht in de belangrijkste subsidies, het type subsidie, de gemoeide financiële middelen en het meerjarige karakter ervan.

Naar aanleiding van het wetgevingsoverleg over het begrotingsonderzoek van 8 november 2007 heb ik u in november vorige jaar (kenmerk FEZ-U-2813076) een uitgebreid subsidieoverzicht 2007 en 2008 toegezonden. In datzelfde wetgevingsoverleg is aangekondigd dat ik bezig ben met een project inzake de doorlichting van het subsidiebeleid en subsidies. Ik verwacht de uitkomsten hiervan in het eerste kwartaal van 2009 aan uw Kamer aan te kunnen bieden. Daarbij zal ik tevens de lijst met de subsidies voor 2009 toevoegen.

18

*Wat is het totale bedrag dat in 2009 wordt uitgetrokken voor de ontwikkeling, validatie en implementatie van alternatieven voor dierproeven, onderverdeeld naar de verschillende posten?*

Het totale bedrag dat VWS in 2009 beschikbaar heeft is €1 855 000.

1. € 300 000 ASAT
  2. € 900 000 ZonMw
  3. € 300 000 RIVM/TNO
  4. € 355 000 Kabinetsvisie
  5. €1 855 000 Totaal
- Het financiële beeld voor de ontwikkeling, validatie en implementatie van alternatieven voor dierproeven ziet er voor VWS als volgt uit: Voor ASAT is over 2008 en 2009 € 1,2 miljoen uitgetrokken, hiervan rust € 900 000 op de begroting van 2008 en € 300 000 op de begroting van 2009. De uitvoering berust bij SenterNovem. Het ASAT initiatief beoogt het ontwikkelen van innovatieve methoden van evaluatie van toxische eigenschappen die stoffen op mensen hebben. Het gaat om methoden die beter zijn dan de huidige diermodellen in de zin van kwalitatief beter en sneller.
  - Voor het ZonMw-programma Dierproeven Begrensd III reserveer ik € 900 000. Het ZonMw programma Dierproeven Begrensd is de enige financieringsbron die toegankelijk is voor alle onderzoeksorganisaties in Nederland. Voor de goedkeuring van onderzoeksprojecten in deze programma's en de toekenning van gelden geldt een nadrukkelijke voorwaarde, namelijk het realiseren van een grote mate van effectiviteit op één of meer aspecten van de 3V's (Vervangen, verfijnen en verminderen). Daarnaast moeten de projecten nieuwe (onderzoeks-) strategieën ontwikkelen of toepassen, waarbij de kansen worden aangetoond van de 3V-alternatieven bij de uiteindelijke implementatie.
  - Via RIVM en TNO wordt € 300 000 besteed aan ontwikkeling, validatie en implementatie van alternatieven voor dierproeven.
  - In de kabinetsvisie Alternatieven voor dierproeven worden de volgende activiteiten genoemd ter ondersteuning van de coördinatie en uitvoering van onderzoek.

Onderwerp	K€
NKCA (Nationaal Kenniscentrum Alternatieven voor Dierproeven)	350
Communicatie	25
Internationale werkconferentie	100
Programmeringsstudie	400
Totaal	875

De bijdrage van VWS voor deze activiteiten bedraagt in 2009 € 355 000. De genoemde bedragen vormen onderdeel van begrotingsartikel 41.3.2. De middelen via ZonMw worden geraamd op 41.3.5.



- Het amendement Van Velzen had betrekking op de begroting 2007 en komt niet terug in de begroting 2009.

19

*Kunt u een uitsplitsing geven van de verschillende posten die betrekking hebben op dierproeven en de ontwikkeling, validatie en implementatie van alternatieven voor dierproeven en de verschillende projecten en bijbehorende doelstellingen nader toelichten?*

Zie antwoord op vraag 18.

20

*Waar in de begroting voor 2009 is de financiering van de uitwerking van de Kabinetsvisie Alternatieven voor Dierproeven terug te vinden?*

Zie antwoord op vraag 18.

21

*Waar is het in de Kabinetsvisie Alternatieven voor Dierproeven aangekondigde innovatieprogramma dat gestart zal worden door Senter Novem in de begroting voor 2009 terug te vinden? Welk deel van dit budget zal worden besteed aan de uitwerking van het ASAT-initiatief en waar zal dit innovatieprogramma nog meer uit bestaan?*

Zie antwoord op vraag 18.

22

*Is het waar dat het ZonMw-programma Dierproeven begrensd in 2009 wordt voortgezet? Zo ja, op welke wijze zal het programma worden vormgegeven? Wat is het budget dat hiervoor in 2009 wordt uitgetrokken en waar is dit bedrag terug te vinden op de begroting?*

Zie antwoord op vraag 18.

23

*Waar in de begroting is het resterende deel terug te vinden van het budget dat is vrijgekomen middels het amendement Van Velzen dat is aangenomen bij de begrotingsbehandeling in 2007?*

Zie antwoord op vraag 18.

24

*Bent u bereid op de suppletore begrotingen en de begroting voor 2010 een aparte post op te nemen voor dierproeven en de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven? Zo neen, waarom niet?*

Bij de voorbereiding van de begroting 2010 zal ik bezien hoe de presentatie van het onderwerp (alternatieven voor) dierproeven binnen de operationele doelstelling Voedsel- en productveiligheid kan worden verduidelijkt. Ook in de suppletore begrotingen 2009 zal ik daar in de presentatie rekening mee houden.

25

*De motie Douma spreekt uit dat de doelstellingen in de begroting zo veel mogelijk in termen van maatschappelijke effecten en in daarbij passende indicatoren geformuleerd moeten worden. De indicatoren bij de doelstellingen geven een gewenst maatschappelijk effect weer. Hoeveel specifieke doelstellingen zijn nu wel en hoeveel niet meetbaar?*

De begroting van VWS is opgebouwd uit zeven beleidsartikelen met daaronder 7 algemene doelstellingen en 22 operationele doelstellingen. Voor 20 van de 22 doelstellingen zijn indicatoren ontwikkeld. Aan twee specifieke doelstellingen zijn in de begroting 2009 dus geen prestatie indicatoren gekoppeld. De overige doelstellingen zijn zover mogelijk – in lijn met de motie Douma – in outcome gedefinieerd. Het is echter niet mogelijk gebleken om dit bij alle doelstellingen te doen. In die gevallen zijn dus, waar mogelijk, outputindicatoren opgenomen. De indicatoren geven een gewenst maatschappelijk effect weer en wij kunnen ze maar gedeeltelijk beïnvloeden. De belangrijkste functie van een indicator is dan ook om een positieve danwel negatieve trend weer te geven. Inhoudelijk moeten de indicatoren overigens met enige terughoudendheid worden beoordeeld. Zoals reeds in de begroting uitgelegd, de gehanteerde indicatoren geven een *indicatie* van de uitkomsten van het beleid weer.

26

*Door zorgaanbieders meer ruimte te geven om verschil te maken in kwaliteit en prijs wordt de zorg verbeterd. Met hoeveel procent zekerheid kan dit worden aangenomen?*

- Het is niet in percentages uit te drukken met hoeveel zekerheid kan worden aangenomen dat de zorg verbetert door zorgaanbieders meer ruimte te geven.
- Wat ik wel kan zeggen is dat, als de overheid op de stoel van de professionals en zorgmanagers zou gaan zitten, dan zou de creativiteit, kennis en motivatie die in de sector zit nodeloos worden ingeperkt.
- Ons beleid is erop gericht om de cliënt in de zorg centraal te stellen. We geven zorgaanbieders en verzekeraars de ruimte en het vertrouwen om, door zich te onderscheiden en uit te blinken, zorg van goede kwaliteit te leveren. Goede competitie vormt een impuls voor hogere kwaliteit. Daarbij stimuleren we competitie tussen partijen voor zover die competitie dienstig is aan de publieke belangen in de zorg. Tegelijkertijd creëren wij dusdanige randvoorwaarden dat met het geven van die ruimte de cliënt ook daadwerkelijk beter af is en stellen wij waar nodig duidelijke grenzen.

Het is aan verzekeraars om aanbieders scherp te houden door kwalitatief goede zorg in te kopen. In de praktijk zien we dat partijen hun rollen ook oppakken. Verzekeraars groeien langzaam maar zeker in hun rol als scherpe inkoper op het gebied van kwaliteit en prijs. En meer en meer zorgaanbieders zijn druk doende hun strategische positie te verkennen en vanuit hun specifieke kracht en kwaliteit die keuzes te maken die inhoudelijke meerwaarde voor hun cliënten bieden. We stellen cliënten of vertegenwoordigers van cliënten beter in staat zelf de zorg te kiezen die bij hen past en hun invloed uit te oefenen op de geleverde zorg.

27

*Er worden concrete vernieuwingen van het in 2008 opgerichte Zorginnovatieplatform verwacht? wat houden deze vernieuwingen in?*

Medio 2009 zal het ZIP haar lange termijn visie op innovatie presenteren. Daarin wordt ingegaan op de rol van innovatie om de uitdagingen van de toekomst aan te kunnen. Ook wordt ingegaan op de vraag hoe de innovatiekracht en opschaling van innovaties concreet kunnen worden versterkt en welke voorname belemmeringen moeten worden aangepakt. Dit gebeurt aan de hand van de volgende thema's: (1) een analyse van de arbeidsmarkt, (2) een sterkere inzet op arbeidsbesparende technologie en ICT, (3) totaal nieuwe zorgconcepten en sociale innovatie, (4) medische technologie, (5) inzet op de top 6 chronische ziekten door ondermeer zorgstandaarden en zelfmanagement, en (6) identificeren van (financiële)

belemmeringen in de stelsels en het introduceren van (financiële) prikkels. Concreet gaat het bij financiële prikkels om bijvoorbeeld de uitwerking van innovatie-vouchers en een voorinvesteringsfonds voor de zorgsector.

Parallel aan deze lange termijn visievorming zijn op korte termijn diverse trajecten in werking gezet. Denk hierbij ondermeer aan een uitgebreid communicatietraject, waaronder een landelijke event en regionale tour in 2009 en een vernieuwde website met netwerkfunctie. Op dat laatste kunnen zorginnovatoren een profiel aanmaken, hun innovaties publiceren en in contact komen met en reageren op andere zorginnovatoren. Voorts zal met de ZorgInnovatieWijzer nauw worden samengewerkt. Ook wordt gewerkt aan een specifiek innovatieplan voor de V&V-sector, waarbij wordt aangesloten bij ondermeer de bestaande Transitieprogramma's in de langdurige zorg. Ten behoeve van intersectorale zorginnovatie wordt de Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid uitgewerkt naar een programma. Een laatste voorbeeld, waardoor concrete vernieuwing van de grond gaat komen, is het starten en ondersteunen van experimenten. Binnenkort wordt bijvoorbeeld gestart met een op opschaling gerichte proef naar Telemedicine en ICT guided diseasemanagement bij hartfalen; een initiatief van het Martini Ziekenhuis en UMCG in samenwerking met acht andere ziekenhuizen, gericht op gedragsverandering, netwerkgerichte zorg in de thuissituatie en ondersteund door ICT en eHealth.

28

*Ziekenhuizen krijgen de ruimte om het verschil te maken, zich te specialiseren. Specialisatie leidt in sommige situaties ook tot het versterken dan wel afbouwen van bepaalde vormen van electieve zorg. Waar ligt volgens de minister de verantwoordelijkheid voor een goede (geografische) spreiding van electieve zorg?*

In de tweedelijnszorg heeft het geleidelijk invoeren van meer vrijheden voor het veld geleid tot een meer divers aanbod van zorg. Het zorgaanbod wordt niet alleen meer geleverd door het algemene alles-in-één-ziekenhuis, maar kent inmiddels verschillende verschijningsvormen: one-stop-shops, zorgondernemingen gericht op één specialisme of ingeëld naar cliëntengroepen. De initiatieven die in het veld worden ontwikkeld verbeteren niet alleen de kwaliteit van zorg maar brengen de zorg in veel gevallen dichterbij de cliënt zelf. Waar ten behoeve van het publieke belang wel bereikbaarheidsnormen gesteld zijn voor de acute zorg, zijn er voor de bereikbaarheid van electieve zorg geen normen. Geografische spreiding van electieve zorg moet in de markt tot stand komen. Verzekeraars hebben er alle belang bij electieve zorg te bieden die voor hun klanten goed bereikbaar is.

29

*Wacht- en behandelzeiten kunnen door meer efficiënte werkmethode korter worden. Wat is hierbij de verwachting?*

Eerste rapportages over het B-segment hebben laten zien dat integrale prestatiebekostiging een positieve invloed heeft op de wachttijden. In de NZa ziekenhuismonitor wordt gesteld dat de wachttijden in 2007 zijn afgenomen. Voor de hernia geldt bijvoorbeeld dat deze in 2007 circa 5 weken was, terwijl dat 7,3 en 9 weken was in respectievelijk 2006 en 2005. Ook de wachttijden voor knie- staar en heupoperaties zijn gedaald. Mijn verwachting is dat volgende rapportages een voortzetting van deze trend zullen laten zien.

30

*Voor de bekostiging van het resterende deel wordt een systeem uitgewerkt voor de zorg waarvoor (nog) niet direct vrije prijsvorming wordt*

*voorgestaan. Eerder gaf de minister aan (op 8 september in zijn brief aan de Kamer): «Tevens is het denkbaar dat bij een eventuele uitbreiding in 2010 van integrale prestatiebekostiging een deel van de zorg die nu nog op basis van FB-parameters wordt bekostigd, onderhevig zal zijn aan maximum DBC-tarieven». Kan de minister specifieker zijn, vooral m.b.t. de bekostiging van de zorg die niet in DBC's is uit te drukken?*

Zowel ziekenhuizen als verzekeraars, maar ook de NPCF, zijn het er over eens dat de FB-systematiek (zo snel als zorgvuldig mogelijk) vervangen moet worden door een andere vorm van bekostiging, welke grotendeels gebaseerd zal zijn op DBC's. Bekostiging op basis van DBC's is echter niet per definitie hetzelfde als «vrije prijsvorming». Het kan wenselijk zijn om voor bepaalde zorg wél prestatiebekostiging in te voeren (dus op basis van DBC's), maar nog geen vrije prijsvorming, bijvoorbeeld omdat er signalen zijn dat «de markt» in handen is bij van een te klein aantal ziekenhuizen. In dat kader heb ik gesproken over «maximum tarieven».

Een deel van de zorg laat zich echter niet goed beschrijven in termen van DBC's, waarbij gedacht kan worden aan de academische component, opleidingen, of de beschikbaarheidsfunctie van de spoedeisende hulp. De financiering van deze functies kan dan bijvoorbeeld (voorlopig) een meer lump-sum achtig karakter krijgen, zoals we die nu al kennen van de academische component.

In het najaar zal ik de Kamer uitgebreider informeren over mijn bekostigingsplannen voor 2010 en verder.

31

*Waarom staat er bij de behandeling van ernstige dyslexie – wordt opgenomen in het pakket – geen bedrag genoemd? Ook het recht op dyslexiezorg voor alle kinderen op de basisschool zou toch begroot moeten worden? Waar is dat terug te vinden?*

De voor de behandeling van ernstige dyslexie geraamde bedragen staan op verschillende plaatsen in de VWS-begroting vermeld. Zie bijvoorbeeld pagina 60 in de tabel «Geraamde premie-uitgaven bij de belangrijkste prioriteiten», maar ook op pagina 76, pagina 179 en pagina 198 van de ontwerp-begroting is melding gemaakt van de met uitbreiding van het verzekerde pakket met dyslexiezorg geraamde kosten. Omdat gekozen is voor een ingroei-model, zijn de kosten voor dyslexiezorg geraamd op € 27,9 miljoen in 2009, oplopend tot € 33,5 miljoen in 2013. Het ingroei-model houdt in dat stapsgewijs het recht op dyslexiezorg wordt uitgebreid naar alle leeftijden op de basisschool, beginnend met kinderen van zeven en acht jaar op 1 januari 2009. Vanaf 2010 komen daar de kinderen van negen jaar bij, in 2011 van tien jaar, in 2012 van elf jaar en in 2013 van twaalf jaar. In het jaar 2014 is de ingroei voltooid en geldt alleen nog dat het kind met ernstige dyslexie zeven jaar of ouder moet zijn en basisonderwijs moet volgen.

32

*Ziekenhuizen en zorgverzekeraars bereiden zich het komend jaar verder voor op de invoering van het verbeterde DBC-systeem. Om alvast praktische ervaring op te doen gaat een aantal ziekenhuizen «schaduwdraaien». Hoeveel ziekenhuizen gaan schaduwdraaien en per wanneer is dit het geval?*

Op 1 december 2008 zal Stichting DBC Onderhoud de nieuwe productstructuur opleveren ten behoeve van het schaduwdraaien. Op 1 februari 2009 zal het technisch proefdraaien starten met 10 koplopers. Vanaf 1 april zal het technisch proefdraaien mogelijk zijn voor alle ziekenhuizen. Het

inhoudelijk proefdraaien (inclusief samenvattingsfunctie waarbij producten uit de registratie worden afgeleid) zal mogelijk zijn vanaf eind maart voor de koploperziekenhuizen. Vanaf 1 juli is het volledig schaduwdraaien voor alle ziekenhuizen mogelijk en kunnen zij ervaring opdoen met het nieuwe DBC-systeem dat per 1 januari 2010 zal worden ingevoerd.

33

*Vrije prijzen moeten niet leiden tot onnodige behandelingen en indicaties. Hoe kan dit worden voorkomen?*

Ik heb geen aanwijzingen dat vrije prijsvorming heeft geleid tot onnodige behandelingen en indicaties. De ervaringen met het vrije B-segment zijn overwegend positief.

Zoals aangekondigd in mijn brief van 8 september 2008 wil ik bij een onverwacht hoge kostengroei in het B-segment een prijsbeheersingsinstrument kunnen inzetten. Ik ben van mening dat de mogelijkheid om een prijsbeheersingsinstrument in te zetten ziekenhuizen ertoe zal aanzetten om onnodige volumegroei te voorkomen. Met de eventuele daadwerkelijke inzet van een prijsbeheersingsinstrument zou de bewegingsruimte van ziekenhuizen immers (voor een nog niet nader bepaalde periode) worden ingeperkt. Dat is geen aantrekkelijk perspectief. Ziekenhuizen hebben er dus alle belang bij om hun verantwoordelijkheid in het B-segment waar te maken door te zorgen voor een doelmatige prijsontwikkeling en door maatregelen te nemen om eventuele onnodige behandelingen en indicaties tegen te gaan. Ik heb er vertrouwen in dat zij dat ook daadwerkelijk zullen doen.

De NZa werkt aan informatieproducten die spiegelinformatie moeten opleveren voor zorgaanbieders. Daarmee kunnen voor zorgaanbieders verschillen inzichtelijk worden gemaakt (gecorrigeerd voor patiëntkarakteristieken) in de behandeling van specifieke diagnoses. Deze informatie kan helpen om eventuele onnodige behandelingen te voorkomen.

34

*Wat is de reactie van de regering op het onderzoek van TNO over de sta-op-stoel? Bent u bereid de effecten van het schrappen van de sta-op-stoel op het gebruik van de thuiszorg en andere zorg te monitoren?*

Het rapport heeft aangetoond dat een sta-op-stoel kan voorkomen dat men afhankelijk wordt van andere zorgvormen zoals hulp bij het huishouden of eventueel verhuizen naar een zorgcentrum. De functionaliteit van deze stoelen heeft ook nimmer ter discussie gestaan. Mijn besluit om deze stoelen niet langer te vergoeden is gebaseerd op het feit dat een sta-op-stoel in principe niet duurder hoeft te zijn dan een normale ergonomische verantwoorde stoel. Nu er geen sprake is van meerkosten, vind ik het te rechtvaardigen wanneer mensen deze stoelen voor eigen rekening zullen aanschaffen. Voor de beantwoording wil ik tevens verwijzen naar mijn eerdere antwoorden op Kamervragen van het lid van Miltenburg over de gevolgen van het schrappen van de sta-op-stoel (ingezonden 1 augustus 2008) en van het lid Agema over het bericht dat het niet vergoeden van de sta-op-stoel volgens TNO minimaal 43 miljoen euro extra gaat kosten (ingezonden 31 juli 2008). De conclusie van TNO dat deze maatregel zal leiden tot een toename aan zorgkosten, deel ik niet. Ik heb dit ook in mijn antwoorden op bovenstaande Kamervragen aangegeven. Naar mijn mening zijn de scenario's die TNO in het rapport gebruikt niet overtuigend, omdat het veronderstelt dat mensen de afhankelijkheid van zorg zouden verkiezen boven de zelfredzaamheid die met een dergelijke stoel geboden kan worden. Hoewel ik ze niet tot aanschaf kan verplichten, ben ik wel van mening dat burgers een eigen verantwoordelijkheid hebben voor de wijze waarop zij hun leefomstandigheden kunnen aanpassen aan hun situatie. Op die manier kan men langer zelf-

standig blijven functioneren in de thuissituatie en kan een beroep op thuiszorg uit de Awbz worden voorkomen of worden beperkt. Ik voorzie dat goede communicatie ertoe zal bijdragen dat men zich van deze regie bewust wordt. Daarvoor zie ik ook een belangrijke rol weggelegd voor de indicatiesteller. Bij een beroep op de thuiszorg zal het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) altijd rekening houden met voorliggende voorzieningen. Dat kan ook zijn, het voor eigen rekening aanschaffen van een sta-op-stoel alvorens thuiszorg zal worden geïndiceerd. Ik verwacht dan ook niet dat deze maatregel zal leiden tot een toename van AWBZ thuiszorg of andere zorgvormen zoals bijvoorbeeld hulp bij het huishouden uit de Wmo. Ik zie dan ook geen aanleiding om de effecten van het schrappen van de sta-op-stoel apart te monitoren.

35

*De minister bepleit meer dynamiek in de eerstelijnszorg ziekenhuizen zijn nu voor hun eerstelijnsproductie nog gebonden aan vaste tarieven, waardoor dynamiek rond bijvoorbeeld eerstelijnsdiagnostiek moeizaam van de grond komt. Is het ook mogelijk dat ook ziekenhuizen hun eerstelijnsdiagnostiek op basis van vrije tarieven mogen aanbieden, zoals ook de eerstelijnslaboratoria dat mogen? Kan de minister aangeven wat er nog moet gebeuren om een gelijk speelveld te laten ontstaan tussen ziekenhuizen en eerstelijnslaboratoria?*

Op dit moment kennen de tarieven die eerstelijnslaboratoria hanteren geen vrije prijs. Eerstelijnslaboratoria zijn gehouden aan maximumtarieven en een ordertarief als sluittarief voor hun begroting. De Nederlandse Zorgautoriteit is voornemens op korte termijn oplossingen te vinden om level playing field te creëren tussen de ziekenhuizen en eerstelijnslaboratoria. Dit kan inderdaad door het vrijgeven van de huidige tarieven. Ik heb de NZa gevraagd te kijken of de markt van de eerstelijnsdiagnostiek voldoende klaar is voor vrije tarieven. De rol die de huisarts bijvoorbeeld heeft in die markt, is aanzienlijk, aangezien de huisarts verwijst naar eerstelijnslaboratoria. Bij een goed werkend bekostigingssysteem zal de huisarts een prikkel moeten ervaren om door te verwijzen naar een doelmatig laboratorium. Ik heb de NZa gevraagd te onderzoeken welke gevolgen deze zienswijze heeft voor een nieuw bekostigingssysteem. Ik verwacht binnen enkele maanden een advies van de NZa.

36

*Welke samenwerkingsverbanden in de eerste lijn ziet de minister op dit moment en welke verbanden werken het beste?*

Uit onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg (NIVEL) in 2007<sup>1</sup> blijkt dat er de afgelopen jaren sprake is van een schaalvergroting in de eerstelijnszorg. Samenwerking in de eerstelijnszorg, ook multidisciplinair, ter verbetering van de kwaliteit van de zorg neemt toe. Inmiddels is in de helft van alle huisartsenpraktijken in Nederland minimaal één andere discipline op dezelfde locatie gevestigd. In totaal zijn bij een kwart van alle huisartsenpraktijken in Nederland niet alleen andere disciplines op hetzelfde adres gevestigd, maar heeft de huisarts hiermee ook een formeel samenwerkingsverband. Het aantal gezondheidscentra neemt toe in Nederland. Op dit moment is niet bewezen welk soort samenwerkingsverbanden het beste zijn voor de zorgverlening. Wel kan ik mij voorstellen dat – gezien de toenemende integrale zorgverlening rondom chronisch zieken – geïntegreerde samenwerkingsverbanden daar makkelijker op in kunnen spelen dan een setting waarin een beroepsbeoefenaar als solist werkt. Ik ben voornemens te laten onderzoeken welke samenwerkingsverbanden het meest effectief zijn, zowel qua organisatie als qua outcome in de vorm van gezondheidswinst.

<sup>1</sup> Hansen J., Nuijen T., Hingstman L. Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2007.

*Waarop worden de criteria voor minimale zorg in een spoedeisende hulp van een ziekenhuis gebaseerd? Ligt het in de lijn der verwachtingen dat alle SEH's aan deze criteria voldoen en voldoende kwaliteit van zorg leveren?*

Een vertegenwoordiging van relevante veldpartijen (werkgroep Level-indeling SEH) heeft op mijn verzoek het profiel beschreven waaraan een SEH-afdeling van een ziekenhuis minimaal aan zou moeten voldoen om de kwaliteit van de geleverde zorg op de SEH te waarborgen. Daarnaast heeft de werkgroep criteria verbonden aan die SEH-afdelingen die zich toeleggen op het leveren van het hoogste niveau van zorg op de SEH, inclusief de achterliggende infrastructuur.

De criteria voor minimale zorg op een SEH is gebaseerd op de keuze om competenties en profielen (karakteristieken) als uitgangspunten te kiezen om de verschillen tussen SEH's aan te duiden. Het uitgangspunt is dat de professional op de SEH de bagage heeft om de patiënt met een acute hulpvraag op de SEH te helpen: kennis, vaardigheden en materieel in een goed georganiseerde omgeving.

Voor het verder completeren en aanscherpen van de criteria is toetsing aan de praktijk wenselijk. Met een zogenaamde testfase in de komende maanden, voorafgaand aan de implementatie van de criteria, wordt in deze praktijktoets voorzien. Om die reden hecht ik eraan om te spreken van een voorlopig eindresultaat.

Naast deze testfase zal ik in de komende maanden eveneens onderzoeken of er ziekenhuizen zijn met een SEH die op dit moment niet aan de minimale criteria kunnen voldoen. Nadat ik beschik over deze informatie en over de resultaten van de testfase zal ik u daarover informeren.

*«VWS gaat mogelijk maken dat de bekostiging en de risicoverevening beter op die samenhangende en nabije zorg afgestemd wordt.» Op welke wijze is de minister voornemens dat te doen? Wanneer kunnen we zijn voorstellen verwachten? Is er in de begroting van 2009 ruimte voor vrij gemaakt? De minister rept over een meer functionele bekostiging van de eerstelijnszorg. Hoe en op welke wijze wordt de bekostiging van de eerstelijnszorg gewijzigd en wanneer wordt de Tweede Kamer daarover geïnformeerd?*

Ik ben voornemens om het bekostigingssysteem, niet beperkt tot alleen dat van de eerstelijnszorg, meer uit te laten gaan van de zorgvraag in plaats van de zorgaanbieder. Voor de aanpak van chronische ziekten komt dit tot uitdrukking door het ontwikkelen, experimenteren en implementeren van zorgstandaarden voor de chronische aandoeningen: diabetes, hartfalen, cardiovasculair risico management, COPD, depressie en kanker. Deze functioneel omschreven zorgstandaarden geven aan waar goede zorg voor een specifieke aandoening tenminste aan moet voldoen, gezien vanuit patiëntenperspectief. Het bekostigingsstelsel zal daarop worden aangepast. De tarieven in de eerstelijnszorg zijn nu nauwelijks gelabeld aan een type zorgvraag. Het is dus niet duidelijk welke zorg de huisarts levert voor het consult- of inschrijftarief. Ook is op dit moment de risicodragenheid van verzekeraars in de tweede lijn (nog) beperkt, waardoor substitutie belemmerd wordt.

De zorgvraag van cliënten overschrijdt vaak de domeinen van zorgaanbieders. Bij aandoeningen als diabetes, hartfalen en COPD houdt de zorgvraag immers niet op bij de grenzen van de ziekenhuiszorg of de eerstelijnszorg, noch bij de bestaande overgangen in financiering.

Door bekostiging te baseren op heldere functieomschrijvingen, wordt zorg inkoopbaar en meetbaar aan de hand van prestatie-indicatoren. Daarmee wordt substitutie van zorg gestimuleerd en kunnen verzekeraars hun

zorginkoop bepalen aan de hand van te leveren prestaties. Zo wordt het mogelijk om, waar dat van belang is, een integraal aanbod van zorg te bieden en in te kopen op basis van zorgstandaarden (bouwstenen zoals bv. preventie, geneesmiddelen, zelfmanagement, diagnose, behandeling en begeleiding). Deze zorg kan dan daar geleverd worden waar de kwaliteit en doelmatigheid het grootst zijn.

De introductie van een functionele bekostiging vraagt niet om aanvullende ruimte in de begroting. Wel maakt het macrobudgettaire verschuivingen, als gevolg van veranderend zorgaanbod door substitutie, zichtbaar.

Ik zal u zo spoedig mogelijk informeren over de nadere uitwerking van mijn plannen.

In een brief aan uw Kamer dd 26 september jl. heb ik reeds aangegeven dat de risicodragendheid voor verzekeraars het komende jaar aanzienlijk (met 15% punt) zal toenemen. Met name voor het «deelbedrag kosten b-dbc's», een belangrijk deel van het B-segment, is de nacalculatie fors verlaagd, van 50% naar 15%. In 2010 zal ik dit percentage verder verlagen tot 0%. Hiermee is een stap gezet in de opheffing van de belemmeringen die voor de gewenste substitutie tussen eerste- en tweedelijnszorg bestonden.

39

*Voor de huisartsen, farmacie, fysiotherapie, kraamzorg, mondzorg en acute zorg zijn kwaliteitsindicatoren in ontwikkeling. Wanneer zijn deze indicatoren gereed?*

Het is de bedoeling dat de indicatoren voor al deze sectoren de komende jaren stapsgewijs beschikbaar komen, te beginnen met Fysiotherapie. Daartoe maken deze sectoren onderdeel uit van het programma Zichtbare Zorg zoals dat op mijn verzoek door de IGZ wordt uitgevoerd om zo snel mogelijk in alle sectoren van zorg de kwaliteit van de voorzieningen zichtbaar te maken. Per sector ontwikkelt een stuurgroep waarin alle betrokken partijen participeren onder (bege-)leiding van de IGZ deze indicatoren.

De fysiotherapie loopt hierop vooruit: de indicatorontwikkeling bevindt zich in deze sector in zijn afrondende fase. De indicatoren voor de fysiotherapie zijn in concept gereed en zullen nog dit jaar beschikbaar komen. Er vindt op dit moment overleg plaats over de inrichting van de implementatiefase.

40

*VWS stimuleert de integratie van de huisartsenposten in de afdelingen spoedeisende hulp. Hoe wordt deze integratie gestimuleerd?*

In de brief «Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit» (juni 2008) heb ik aangegeven ik wil stimuleren dat de huisartsenposten en spoedeisende hulp (SEHs) zich op één locatie vestigen. Door co-locatie komt de patiënt op de juiste plek in de keten van de acute zorg, namelijk bij de huisarts die in eerste instantie de acute basiszorg verleent. Op een geïntegreerde locatie kan daardoor een doelmatigheidsslag worden gemaakt, waardoor de patiënt niet meer onnodig door een dure medisch specialist wordt behandeld. Om dit te stimuleren wil ik zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte bieden om de zorg zodanig in te kopen dat de patiënt ook echt op de meest doelmatige en kwalitatief goede manier wordt behandeld. Een op zorgvraaggerichte bekostiging in de keten acute zorg kan hiervoor een oplossing bieden, omdat zorgverzekeraars dan makkelijker zorg op de juiste plek in kopen voor eenzelfde prijs. Op dit moment is de bekostiging nog te veel gericht op de diverse organisatievormen. Door als verzekeraar de zorg integraal in te kunnen kopen, zal de organi-



satie rondom die zorgvraag ook beter aansluiten bij de wensen van de patiënt. De prikkel voor integratie van de SEH met de huisartsenpost komt dan op dat moment beter bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars te liggen. Ik informeer u aan het eind van dit jaar of deze wijze van bekostigen in de toekomst tot de mogelijkheden behoort.

41

*Wordt het regieorgaan ondergebracht bij een bestaande ZBO, zo ja, welk orgaan, of wordt er een nieuwe structuur opgezet?*

Wij willen met het regieorgaan de regie op richtlijnontwikkeling en implementatie een stimulans geven. Dat betekent echter geenszins dat we daarmee de verantwoordelijkheid voor de daadwerkelijke richtlijnontwikkeling en -implementatie bij het veld weg willen halen. Het regieorgaan zal derhalve ook geen (onderdeel van een) ZBO worden, maar vorm worden gegeven via het model van een raad of commissie van onafhankelijke deskundigen. Deze raad zal in nauw overleg met veldpartijen bezien op welke terreinen richtlijnen ontwikkeld zouden moeten worden dan wel aanpassing behoeven, hoe de richtlijnontwikkeling en -implementatie systematisch verbeterd kan worden en vervolgens de uitvoerende partijen stimuleren hiermee aan de slag te gaan. Zie ook het antwoord op vraag 43.

42

*Wanneer en hoe worden de GVS-limieten aangepast?*

Ik ben niet voornemens om op korte termijn over te gaan tot een herberekening van de GVS limieten. In het kader van mijn langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid wil ik per 1 januari 2010 een pilot uitvoeren bij een aantal specifieke GVS clusters. Deze pilot houdt in dat de aanspraak op de geneesmiddelen in deze clusters op een meer algemeen niveau omschreven zal worden. Daarnaast zullen de limieten van deze clusters worden «vrijgelaten». Mijn intentie is om deze pilot uit te voeren met het cluster van de cholesterolverlagende geneesmiddelen en het cluster van de maagzuurremmers.

43

*De minister wil via een regieorgaan Kwaliteit en Veiligheid betere richtlijnontwikkeling stimuleren. Wie ziet de minister in de rol van regieorgaan en in hoeverre is de rol van het regieorgaan onderscheidend ten opzichte van bestaande organisaties?*

Richtlijnen zijn van groot belang voor kwalitatief goede, veilige zorg. Zowel als basis voor het handelen van de zorgverleners, ter ondersteuning van patiënten/cliënten bij hun keuzeprocessen, ter ondersteuning van verzekeraars bij de zorginkoop én als handvat voor de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) om haar toezicht vorm te kunnen geven. Binnen de zorgsector gebeurt veel op het terrein van richtlijnen, maar toch is daar nog wel winst te behalen. Meer systematische aandacht voor de organisatorische aspecten van zorg, voor multidisciplinairiteit, voor de belangen van de patiënt/cliënt, voor doelmatigheidsafwegingen en misschien nog wel vooral voor het implementatietraject, kan de veiligheid en de doelmatigheid van zorg vergroten. Om die reden willen wij de regie op richtlijnontwikkeling, -onderhoud en -implementatie een impuls geven. We denken daarbij aan de instelling van een Regieorgaan. De gedachten gaan daarbij uit naar de instelling van een commissie of raad die zal worden gevormd door onafhankelijke deskundigen. Wij zullen de commissie vragen concrete thema's te agenderen waar de ontwikkeling en de implementatie van richtlijnen aandacht behoeft, handvatten voor richtlijnontwikkeling en implementatie te ontwikkelen en uitvoerende partijen

vervolgens te stimuleren hun verantwoordelijkheid op te pakken. Naast het directe effect hiervan op het veiliger en doelmatiger handelen van zorgverleners zal ook het toezicht door de IGZ worden gefaciliteerd doordat richtlijnen bouwstenen bevatten voor de IGZ om haar toezicht-normen nader te expliciteren.

De raad zal in nauw overleg met veldpartijen optrekken waarbij ze de samenhang met lopende trajecten, waaronder de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, bewaakt. Voor alle helderheid: de raad heeft een regisserende en stimulerende rol. De daadwerkelijke richtlijnontwikkeling en -implementatie blijft de taak van organisaties die nu ook al werkzaam zijn op dit terrein.

44

*Wat zijn voorbeelden van kwaliteitsindicatoren die de zorgverzekeraar kan betrekken bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding van de apotheker?*

Het tarief voor apotheekhoudenden is een maximum-tarief. Apotheekhoudenden en zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld afspreken dat het maximumtarief alleen in rekening mag worden gebracht als voldaan is aan bepaalde kwaliteitseisen.

Voorbeelden van kwaliteitsindicatoren die de zorgverzekeraar kan betrekken bij het overeenkomen van de hoogte van de vergoeding voor de apotheker zijn opgenomen in de zogenaamde prestatie-indicatoren die de Inspectie voor de Gezondheidszorg in samenspraak met het veld ontwikkelt. Vooralnog zijn 44 prestatie-indicatoren vastgesteld die niet alleen gericht zijn op externe verantwoording maar ook op interne kwaliteitsbevordering. Aandachtspunten daarin zijn bijvoorbeeld de therapietrouw, medicatieveiligheid, polyfarmacie bij ouderen maar ook het meten van patiëntervaringen (via de zgn. CQ-index (Consumer Quality), een gevalideerd instrument). De hoogte van de vergoeding kan aan de hand van concrete en te meten afspraken over bijvoorbeeld het aandeel patiënten waaraan vervolginstructies voor inhalatie-medicatie is gegeven of een af te spreken aantal uit te voeren medication-reviews, worden bepaald. Daarnaast kunnen apothekers en zorgverzekeraars zorgvernieuwing bekostigen op basis van de Beleidsregel innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit. Het gaat hier om innovaties ten behoeve van nieuwe zorgprestaties die als zodanig niet in het reguliere tarief zijn opgenomen.

45

*Op welke wijze heeft de regering oog voor de positieve kracht van ouderen? Hoe uit zich dat in beleid?*

Het beeld dat ouderen een (financiële) last zijn voor de maatschappij willen wij bestrijden. Ouderen leveren een zinvolle bijdrage aan de samenleving, onder meer via vrijwilligerswerk.

Om dit feit te benadrukken en het debat hierover in brede kring te voeren heb ik in maart 2008 een debatavond in de Rode Hoed georganiseerd. Primair zijn de gemeenten via de Wmo aan zet om op lokaal niveau het vrijwilligerswerk van ouderen te stimuleren en te faciliteren. De Wmo gaat uit van wat mensen wél kunnen in plaats van niet (meer) kunnen. Dit is zeker relevant voor ouderen. Om gemeenten te ondersteunen heb ik samen met de VNG en het NOV een aantal gemeentelijke basisfuncties voor het vrijwilligersbeleid benoemt. Deze zijn ook van belang voor oudere vrijwilligers. In het verlengde hiervan is aandacht voor de rol van ouderen als begeleider van de maatschappelijke stagiairs. Dit gebeurt in het programma «Ondersteuning van de lokale makelaarsfunctie voor vrijwilligers en de maatschappelijke stages». Het programma wordt door

mijn collega Van Bijsterveldt (OC&W) en mij gefinancierd en uitgevoerd door Movisie en door CPS, een organisatie voor onderwijsontwikkeling en advies.

Daarnaast voert Movisie het door VWS gefinancierde nationale stimuleringsprogramma «Zilveren Kracht» uit. Dit programma is gestart in 2005 en loopt tot en met 2010. Zilveren Kracht helpt organisaties om de maatschappelijke inzet van senioren te stimuleren. Dit werkt twee kanten op: senioren blijven actief en daarmee gezonder, de maatschappij plukt de vruchten van de ervaring en kennis van de senioren.

46

*Wat wordt verstaan onder zorg die op een goede en doelmatige manier kan worden geleverd?*

Deze vraag verwijst naar een passage in de begroting waarin de regeling volledig pakket thuis nader wordt belicht. De regeling volledig pakket thuis betekent voor een cliënt met een indicatie voor verblijf dat hij de mogelijkheid heeft thuis te blijven wonen en daar de zorg te krijgen. Het volledig pakket thuis is geen afdwingbaar recht; het moet voor de instelling wel mogelijk zijn om de zorg op een verantwoorde en doelmatige manier te leveren. Verantwoord wil zeggen dat de instelling bij levering van de zorg thuis de kwaliteit van de zorg kan waarborgen. In het geval een cliënt permanent toezicht nodig heeft, zal de instelling dat bij zorg thuis ook moeten kunnen waarmaken. Doelmatige levering van de zorg wil zeggen dat de instelling de zorg thuis kan leveren tegen de vastgestelde prijs.

Meer in algemene zin wil ik ook ingaan op de nadere duiding van het begrip goede en doelmatige zorgleverantie. Goed en doelmatig zijn, naast het begrip toegankelijkheid, de twee kernbegrippen van de zorg. Voorop staat de kwaliteit van de zorg. Deze dient te voldoen aan de kwaliteitscriteria die worden gesteld. In de langdurige zorg geldt hierbij voor de sector verpleging, verzorging en thuiszorg het kwaliteitskader verantwoorde zorg.

De doelmatigheid betreft de kosten die gemoeid zijn met de levering van de zorg. In de langdurige zorg wordt hierbij de contracteerruimte AWBZ als ijkpunt genomen.

Samengevat betekent goede en doelmatige zorg voor de totale AWBZ dat voldaan wordt aan de kwaliteitskaders en de totale uitgaven de contracteerruimte AWBZ niet overschrijden.

47

*Op welke wijze worden door afschaffing van het bouwregime de administratieve lasten van instellingen verminderd?*

Met het afschaffen van het bouwregime vervallen de artikelen in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) die handelen over bouw (prioriteitstelling, opstellen prestatie-eisen door het CBZ, vergunningverlening door CBZ en eindafrekening) (artikelen 6 (deels), 7, 8 en 10 tot en met 12). Dat betekent dat instellingen die nieuw- of verbouw willen plegen geen formele toestemming vanuit de overheid meer nodig hebben, dat wil zeggen geen toelating met bouw van het CIBG of bouwvergunning van het CBZ. De daarmee gemoeide administratieve lasten vervallen met het afschaffen van het bouwregime.

48 en 180

*Welk bedrag is gemoeid met de compensatie voor gemeenten bij overheveling van de grondslag psychosociaal? Kan worden aangegeven hoe dit budget precies verdeeld is over de gemeenten?*

*Hoe is de overheveling van de verdeelsleutel psychosociaal tot stand gekomen?*

De volgende bedragen zijn gemoeid met de compensatie voor gemeenten voor de gevolgen van het schrappen van de grondslag psychosociale problematiek voor de functies Ondersteunende begeleiding algemeen, Ondersteunende begeleiding dagbesteding en Persoonlijke verzorging:

Compensatie voor het schrappen van de grondslag psychosociale problematiek i.r.t. de functie	Centrumgemeenten maatschappelijke opvang en vrouwenopvang	Alle gemeenten
OB-a (maatregel 2008)	€ 36 mln.	€ 17 mln.
OB-dag (maatregel 2009)	€ 1,5 mln.	In onderzoek
PV (maatregel 2009)	€ 0,2 mln.	In onderzoek

Het bedrag OB-a dat in 2009 wordt overgeheveld naar de centrumgemeenten zal op basis van de historische verdeling in 2007 verdeeld worden over deze gemeenten. Daarna zullen de middelen voor maatschappelijke opvang via de verdeelsleutel maatschappelijke opvang worden verdeeld. Over de verdeling van de middelen voor vrouwenopvang vanaf 2010 neem ik in overleg met de VNG nog een besluit. De € 17 mln. die gemeenten ontvangen als compensatie voor de gevolgen van het schrappen van grondslag psychosociale problematiek voor de functie OB-a voor cliënten van andere zorginstellingen dan de opvanginstellingen worden verdeeld volgens criteria van het Gemeentefonds (in dit geval de criteria maatschappelijke zorg). Hierover zijn de gemeenten via de september-circulaire geïnformeerd. Op dit moment vindt nog een inventarisatie plaats bij deze zorginstellingen naar de financiële effecten van het schrappen van grondslag psychosociale problematiek voor de functies OB-dag en PV. Deze inventarisatie is eind november afgerond. Daarna neem ik in overleg met de VNG een besluit over de verdeling.

49

*Welke deel van dit budget zal worden besteed aan dak- en thuislozen?*

In uw vraag refereert u aan het budget dat overgeheveld wordt naar gemeenten. Op basis van de inventarisatie onder de opvanginstellingen voor dak- en thuislozen zal bepaald worden welk deel van dat budget overgeheveld wordt naar de specifieke uitkering maatschappelijke opvang.

50

*Welke groeperingen vallen, naast dak- en thuislozen, onder de noemer psychosociaal?*

Naast dak- en thuislozen vallen hieronder cliënten van de vrouwenopvang, ontregelde gezinnen en geïsoleerd functionerende ouderen.

51

*In hoeverre zijn gemeenten voorbereid om cliënten die onder de noemer psychosociaal vallen op te vangen? Welke inzet pleegt het ministerie van VWS hierop?*

Zie antwoord op vraag 52.

52

*In hoeverre zijn gemeenten voorbereid om slachtoffers van huiselijk geweld, die nu begeleiding via de ABWZ ontvangen, per 1 januari 2009 de*

In september 2007 (VWS-begroting 2008) is het schrappen van de grondslag psychosociale problematiek voor de functie ondersteunende begeleiding algemeen per 1 januari 2008 aangekondigd. De VNG heeft aandacht gevraagd voor de voorbereidingsperiode om gemeenten goed voor te bereiden op de gevolgen. Daarom heeft VWS een overgangsregeling getroffen waarbij gemeenten weliswaar formeel verantwoordelijk waren, maar zorgkantoren en het CIZ hun rol bleven vervullen. Gemeenten dienden 2008 te gebruiken om zich op de gevolgen van deze maatregel voor te bereiden. Zij hebben dat bijvoorbeeld gedaan door met instellingen te overleggen over de cliënten en de aard van de geboden begeleiding. VWS heeft met de VNG een informatiebijeekoms voor gemeenten georganiseerd. Daarnaast is in opdracht van VWS de Informatiebrochure voor gemeenten over veranderingen in de toegang tot de functie Ondersteunende Begeleiding algemeen op grondslag psychosociaal probleem gemaakt. Ter voorbereiding op 2009 vindt overleg plaats tussen gemeenten en instellingen over het in 2009 te voeren beleid.

Een van de doelgroepen waar in de brochure op gewezen wordt zijn slachtoffers van huiselijk geweld. Gemeenten zijn voldoende voorbereid om slachtoffers van huiselijk geweld de benodigde begeleiding te bieden. In het kader van «Beschermd en Weerbaar» komt de komende jaren veel extra geld beschikbaar om de opvang en hulp aan deze slachtoffers te intensiveren. VWS, VNG, Federatie Opvang, MOGroep en GGD Nederland zetten zich gezamenlijk in voor een adequate aanpak. Daarnaast financiert VWS het verbeterplan vrouwenopvang om voor vrouwen in deze opvang passende en goede hulp en begeleiding te bieden.

De VNG is actief betrokken geweest bij de opstelling van de brochure en heeft tijdig haar leden geïnformeerd over de voorgenomen wijziging. Over de gevolgen van het schrappen van deze grondslag voor de functies Ondersteunende begeleiding dag en persoonlijke verzorging wordt deze brochure aangevuld.

53

*Gemeenten krijgen in het kader van de Wmo een compensatie voor de verdwijning van de grondslag psychosociaal. Wat moeten gemeenten precies voor die compensatie doen? Op welke wijze wordt gecontroleerd of gemeenten hun taak goed oppakken?*

Gemeenten worden financieel gecompenseerd door het rijk voor de gevolgen van het schrappen van de grondslag psychosociaal, omdat de verwachting is dat mensen met psychosociale problemen vaker een beroep zullen doen op door gemeenten gefinancierde voorzieningen. Hoe gemeenten deze gevolgen zullen opvangen, hangt af van het beleid dat gemeenten gaan ontwikkelen. Dat wil niet zeggen dat gemeenten niet nu al beleid voor mensen met psychosociale problemen voeren. Want prestatieveld vijf van de Wmo spreekt over het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en over het zelfstandig functioneren van onder andere mensen met een psychosociaal probleem. Ook zijn gemeenten natuurlijk al verantwoordelijk voor het tijdelijk bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die, door een of meerdere problemen, al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (prestatieveld 7). Gemeenten zijn vrij in de wijze waarop ze de Wmo-middelen besteden. In het kader van de Wmo is primair sprake van horizontale verantwoording. De Wmo bepaalt verder dat gemeenten jaarlijks gegevens verzamelen over de resultaten van het gevoerde beleid en de tevredenheid van hun burgers en dat deze gegevens (ook vergelijkenderwijs) gepubliceerd worden.

Er is hier geen sprake van een nieuwe taak die naar gemeenten overgedragen wordt waarvan de uitoefening apart gecontroleerd kan worden. Het gaat om een intensivering van het beleid op bestaande prestatievelden. Daarop ziet VWS toe in het kader van de bestaande systeemverantwoordelijkheid.

54

*Welke specifieke resultaten worden er verwacht van ZonMw ten aanzien van de 2,4 miljoen euro die zij krijgen voor een opdracht ter verbetering van de kwaliteit van de palliatieve zorg? Wat houdt de opdracht die ZonMw heeft gekregen precies in? Wat wordt er verwacht van het platform palliatieve zorg?*

Het huidige ZonMw programma Palliatieve Zorg kent een looptijd van 2006 tot en met 2009. De staatssecretaris van VWS heeft besloten tot een aanvullende opdracht op dit programma Palliatieve Zorg voor de periode van 2008–2010. De resultaten van dit programma zijn afhankelijk van de projectvoorstellen die worden ingediend.

VWS hanteert als basis voor deze aanvullende opdracht dezelfde doelstelling en dezelfde uitgangspunten als het huidige programma. De algemene doelstelling die geldt voor het huidige programma Palliatieve Zorg wordt verbreed. Dat wil zeggen dat het aanvullende programma zich niet alleen richt op het verbeteren van de palliatief terminale zorg, maar op de palliatieve zorg in brede zin. Namelijk vanaf het moment dat voor de patiënt en zijn naasten duidelijk is dat er geen zicht meer is op genezing. De toevoeging «ongeacht waar de patiënt zich bevindt» blijft van kracht. Daarnaast is de aanvullende opdracht gericht op met name twee doelstellingen uit de brief aan de Tweede Kamer van 15 april 2008. Het gaat om de doelstellingen «vroegtijdige inzet van palliatieve zorg» en «de kwaliteit verhogen». Met betrekking tot de thematische indeling staat met name thema 2 centraal; Verbeteren van de kwaliteit van palliatieve zorg en transparantie en thema 3 voor wat betreft het mee helpen ontwikkelen van onderwijsmodules voor opleidingen van de beroepsgroepen die actief zijn in de palliatieve zorg. Voor aanvullende informatie verwijs ik naar de brief Plan van aanpak Palliatieve Zorg 2008–2010 (CZ/EKZ-2830414A) en het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg 2008–2010 (CZ/EKZ-2830414B).

Voor de uitwerking van dit plan van aanpak is een Landelijk Platform Palliatieve Zorg ingesteld. Het Platform bestaat uit vertegenwoordigers van de relevante (koepel)organisaties in het palliatieve veld, de Kenniscentra Palliatieve Zorg, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. De taken van het Platform zijn het op hoofdlijnen uitwerken, monitoren van de voortgang en evalueren van het plan van aanpak. Jaarlijks bekijkt het Platform welke actiepunten in het plan van aanpak worden uitgewerkt. De inhoudelijke uitwerking en uitvoering van het plan van aanpak is geen taak van het Platform, maar deze heeft hierin wel een belangrijke adviserende taak. Afhankelijk van de aard en invulling van de actiepunten en de betrokken actoren kan voor de uitvoering voor verschillende wegen worden gekozen. Op dit moment zijn in het kader van het Platform een groot aantal (29) kortdurende projecten van start gegaan. De doelen voor 2009 en 2010 worden, binnen de kaders van het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg 2008–2010, nu door het Platform uitgewerkt.

55

*Zorgverzekeraars mogen gezond leven van hun verzekerden belonen. Mogen zorgverzekeraars gezond leven ook afdwingen? Hoe ligt in dit geval de precieze rolverdeling? Welke rol en verantwoordelijkheid heeft de minister op het vlak van preventie?*

Gezond leven is primair een zaak van de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Mensen bewegen tot gezond gedrag is alleen succesvol als ze daartoe zelf gemotiveerd zijn. Die motivatie kan worden opgewekt of versterkt door mensen te belonen voor gezond gedrag. Het kwijschelden van (een deel van) het verplichte eigen risico, dat met ingang van 1 januari 2009 mogelijk wordt, is zo'n beloning. Nog daargelaten dat verzekeraars geen instrumenten hebben om mensen te dwingen tot gezond gedrag zou dwang ook een niet-effectieve benadering zijn. Hoe ik mijn rol en verantwoordelijkheid zie als het gaat om preventie heb ik uitvoerig uiteengezet in de preventiebrief (Tweede Kamer, 2006/07, 22 894, nr. 134) die ik op 24 september 2007 aan de Tweede Kamer heb gestuurd. Het bijbehorende actieprogramma voer ik nu uit. Daartoe behoort het voornemen tot het uitbreiden van de preventieve zorg die voor vergoeding uit de zorgverzekering in aanmerking komt met enkele gerichte leefstijlinterventies, zoals ondersteuning bij het stoppen met roken, het stimuleren van bewegen. Indien deze interventies deel uit gaan maken van het basispakket is het aan verzekeraars om deze preventieve zorg zo effectief en efficiënt mogelijk in te kopen of te organiseren.

56

*De inzet van het ministerie van VWS is dat de eerste lijn de tweede lijn vervangt, als het om de diabetes-zorg gaat. Die uitbreiding zal ook moeten plaatsvinden naar andere chronische aandoeningen. Daarvoor is 2,5 miljoen euro uitgetrokken voor een periode van 3 jaar. Om welke chronische aandoeningen gaat het hier? Op welke wijze is dit bedrag tot stand gekomen? Is rekening gehouden met de grote toename aan chronisch zieken? Wanneer wordt de Kamer hierover nader geïnformeerd?*

Via de aanpak van diabetes wordt ervaring opgedaan met het organiseren van zorg vanuit de vraag van de patiënt. Dat betekent dat gebruik wordt gemaakt van maatwerk behandelplannen, uitgevoerd door een multidisciplinair team op basis van de zorgstandaard met een belangrijke rol voor de 1ste lijn. Voor diabetes is een budget van € 2,5 miljoen beschikbaar gesteld, dit bedrag zal in zijn geheel worden besteed aan het Nationaal Actieprogramma Diabetes. Mede op grond van de ervaringen met dit Actieprogramma zal deze aanpak worden uitgebreid met andere prioritaire chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, astma en chronische longziekten en psychische klachten.

In mijn brief, programmatische aanpak van chronische ziekten, heb ik de TK op 13 juni 2008 (TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155) geïnformeerd over mijn beleid. Daarin schets ik de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en de consequenties hiervan voor het individu, de zorg en de maatschappij. Over de voortgang van mijn beleid, in het bijzonder het Nationaal Actieprogramma Diabetes, zal ik de Kamer voor juni 2009 informeren.

57

*Welke indicaties hebben prioriteit bij de ontwikkeling van disease management programma's? Hoe gaat bij zorgverleners de disease management aanpak gestimuleerd worden?*

De basis voor mijn aanpak van chronische ziekten is het ontwikkelen, experimenteren en implementeren van zorgstandaarden voor de chronische aandoeningen: diabetes, hartfalen, cardiovasculair risico management, COPD, depressie en kanker. Deze functioneel omschreven zorgstandaarden geven aan waar goede zorg voor een specifieke aandoening tenminste aan moet voldoen, gezien vanuit patiëntenperspectief. Het bekostigingsstelsel zal daarop worden aangepast.

De uitwerking van de disease management aanpak richt ik vooral op de zes grote (groepen van) chronische aandoeningen: 1. Diabetes mellitus

2. Harten vaatziekten, 3. Astma en chronische longziekten, 4. Kanker  
5. Psychische klachten, 6. Klachten aan het bewegingsapparaat.

De brief over de diseasemanagement aanpak van 13 juni 2008 («programmatische aanpak chronische ziekten», TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155) heb ik in intensieve samenspraak met zorgverleners (maar ook patiënten-vertegenwoordigers en zorgverzekeraars) opgesteld.

De diseasemanagement aanpak stimuleer ik nu op verschillende manieren bij de zorgverleners, waaronder:

- ik betrek ze bij de uitwerking van deze aanpak;
- agendering, kennisoverdracht en ervaringen delen via bijvoorbeeld conferenties;
- de diseasemanagement aanpak is een speerpunt van het ZorgInnovatie Platform;
- de prikkels in het systeem gaan we zo aanpassen dat de belemmeringen worden weggenomen en deze aanpak vanzelfsprekend wordt (bijvoorbeeld functionele bekostiging, keten-DBC, ketenindicatoren).

58

*Wordt er ook een programma voor preventieve screening opgezet?*

Op dit moment is er geen landelijk programma voor preventieve screening naar diabetes en wordt dat ook niet overwogen. De GR heeft in 2004 een advies over een landelijk screening naar diabetes uitgebracht. Daarin werd gesteld dat er te weinig bekend is over de effectiviteit van screening voor het verminderen van gezondheidschade en sterfte en over de kosten-effectiviteit om screening op grote schaal in te voeren.

Initiatieven in georganiseerd verband voor vroegtijdige opsporing onder risicogroepen vinden als zodanig wel plaats. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft – in samenwerking met het NIGZ, NISB en Voedingcentrum en met subsidie van ZonMw, de campagne «Kijk op Diabetes» uitgevoerd. De campagne was er vooral op gericht om de kennis en de risicoperceptie bij personen, die een verhoogd risico lopen om type 2 diabetes te krijgen, te verhogen en hen te stimuleren na te gaan of zij wellicht al diabetes of een voorstadium van diabetes hebben. De campagne is een succes gebleken en ik heb de NDF voor 2008 t/m 2010 een subsidie verstrekt voor een vervolgcampagne «Kijk op Diabetes 2», waarin o.a. «nieuwe» lokale partners worden gezocht (naast de reeds gebruikelijke) om mensen die tot de specifieke doelgroepen behoren nog beter te bereiken.

Vooruitlopend op en in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes, dat de NDF mij voor het einde van het jaar zal aanbieden, heb ik de NDF per oktober 2008 subsidie verleend voor de periode van 4 jaar om in een project dat in de regio Zwolle wordt uitgevoerd, de effectiviteit van de beïnvloeding van de leefstijl bij mensen met een hoog risico op diabetes na te gaan. Opzet is dat de resultaten uit dit project kunnen worden gebruikt bij de doelstelling om preventie aan de zorgzorgstandaard voor goede diabeteszorg toe te voegen.

59

*Kan aangegeven worden welke beroepsgroepen reeds over algemeen bindende normen beschikken en welke niet? Op welke wijze kan de Inspectie druk uitoefenen om tot algemeen bindende normen te komen? Welke instrumenten heeft de Inspectie daarvoor? Wanneer zullen alle beroepsgroepen over algemeen bindende normen beschikken? Welk tijdspad wordt gehanteerd voor het tot stand brengen van verscherpt toezicht door de Inspectie?*

Als algemeen verbindende norm wordt de norm «verantwoorde zorg» omschreven in de wet. Veldpartijen vullen die norm concreet in, dat gebeurt veelal in de zogeheten richtlijnen. Indien een veldnorm breed



gedragen is, geeft dat algemene gelding. Dat blijf echter inhouden dat gemotiveerd kan worden afgeweken van die norm, maar dat hij in principe gevolgd moet worden.

De inspectie oefent druk uit op koepels en wetenschappelijke verenigingen om tot nadere invulling van wettelijke normen te komen. Ik ben voornemens om via een regieorgaan de totstandkoming van richtlijnen (en daarmee van normen) verder te stimuleren. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 43. Eén van de eerste opdrachten voor dat regieorgaan zal zijn het opstellen van een knelpuntenanalyse van lacunes in richtlijnontwikkeling en implementatie waaraan gekoppeld een meerjarenagenda voor verbetering van de geconstateerde lacunes.

Indien zorgaanbieders nadere normering nalaten kan de inspectie met toezichtnormen haar handhavingsbeleid invullen en daarmee een nadere invulling geven van de wettelijke norm «verantwoorde zorg». Zij heeft dat naar aanleiding van haar toezicht in enkele rapporten en bij handhaving ook gedaan. In het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (WCZ) zal de bevoegdheid worden geregeld voor de minister om waar nodig kwaliteitsnormen te precisieren. Het is niet de intentie dergelijke normen altijd in regelgeving (algemeen verbindend) vast te leggen, omdat de praktijk van de geneeskunst zich vaak sneller ontwikkelt dan in wetgeving kan worden vastgelegd. Maar in die gevallen waar de veiligheid van zorg dat nodig maakt wil ik heldere normen kunnen bepalen die ook door de IGZ gehandhaafd kunnen worden.

De inspectie heeft vervolgens concrete wettelijke bevoegdheden om in te grijpen daar waar zij van mening is dat geen sprake is van «verantwoorde zorg». Deze bevoegdheden zullen worden verruimd indien de Eerste Kamer het daar voorliggende «Wetsvoorstel uitbreiding bestuurlijke handhavingsinstrumenten volksgezondheidswetgeving» aanneemt. Ten aanzien van het verscherpt toezicht kan ik het volgende opmerken. Verscherpt toezicht betekent dat een zorgaanbieder verscherpt in de gaten gehouden wordt. Het is geen afzonderlijk handhavingsmiddel, maar een verhoging van de frequentie en/of aanscherping van de aard van toezicht (bijv. bezoeken) bij die zorgaanbieder. Afhankelijk van de aard van de feiten wordt overgegaan tot verscherpt toezicht en wordt dit voortgezet bij die zorgaanbieder tot de inspectie van mening is dat verscherpt toezicht kan worden beëindigd. Verscherpt toezicht wordt actief openbaar gemaakt door de inspectie.

60

*Wanneer en hoe wordt door zorginstellingen vastgelegd welk lid van de Raad van bestuur verantwoordelijk en aansprakelijk is voor kwaliteit? Aan welke criteria moet het inzichtelijk maken van kwaliteit en het leveren van informatie aan de Inspectie voldoen? Welke sanctiemogelijkheden heeft de inspectie ten aanzien van instellingen c.q. leden van de Raad van bestuur die de genoemde verantwoordelijkheid niet of onvoldoende invullen?*

Het verhelderen van wie er daadwerkelijk verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde zorg binnen een instelling is een belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg. Het staat buiten kijf dat het bestuur (Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht) van de instelling verantwoordelijk is voor het voldoen aan alle voorwaarden die noodzakelijk zijn voor het leveren van verantwoorde zorg.

Er dient in iedere organisatie een structuur te zijn die verantwoording van de medisch specialist naar de Raad van Bestuur verzekert. Dat geldt ook voor de verantwoording van de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht. Dit valt voor mij onder goed bestuur en het dragen van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. In dat kader is het van belang dat de benodigde bevoegdheden van en verantwoordingsplichten aan het bestuur goed zijn geregeld zodat het bestuur deze verantwoordelijkheid

ook in de praktijk kan waarmaken. Hetzelfde geldt voor de interne toezicht-houders binnen instellingen. Het overheidstoezicht kan des te beter functioneren als het interne toezicht bij instellingen zelf op orde is. Dit is een punt dat ik in samenspraak met de betrokken partijen (waaronder de IGZ) het komende jaar ga aanpakken. Eind dit jaar zal ook de Raad voor de Volksgezondheid een advies uitbrengen over governance in de gezondheidszorg. Aan de eisen die gesteld kunnen worden aan governance, ook op het gebied van kwaliteit van zorg, wordt ook aandacht besteed aan nieuwe wetgeving met betrekking tot cliëntenrechten die ik heb aangekondigd.

Op grond van artikel 4.2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn zorginstellingen verplicht op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van de zorg te verzamelen en te registreren en aan de hand van de gegevens op systematische wijze te toetsen in hoeverre het gevoerde beleid leidt tot een verantwoorde zorgverlening. In dat kader wordt hard gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Bij het ontwikkelen en aanleveren van deze indicatoren bestaat nadrukkelijk aandacht voor de validatie van de gegevens (zeggen de indicatoren daadwerkelijk iets over wat je wilt weten), de verificatie (hoe worden de gegevens gegenereerd, wat is de bron) en de vergelijkbaarheid van de geleverde gegevens (case-mix correcties).

Wat sanctiemogelijkheden betreft is het volgende van belang. Een zorgaanbieder moet de zorgverlening op zodanige wijze organiseren en zorgdragen voor een zodanige verantwoordelijkheidtoedeling dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Als een zorgaanbieder dat niet of in onvoldoende mate doet, kan ik een aanwijzing geven. Als sprake is van een direct gevaar voor de gezondheid kan de inspectie een bevel geven aan de zorgaanbieder. Dit bevel, dat een geldigheidsduur heeft van zeven dagen kan door mij worden verlengd. Voor de handhaving van de verplichtingen voortvloeiend uit een bevel en aanwijzing kan ik bestuursdwang toepassen.

61

*Ligt dit kabinet op koers waar het gaat om het behalen van kabinetsdoelstelling 45a (de vermijdbare schade in ziekenhuizen is in 2012 met 50% gedaald)? Wat waren de waarden van de aan deze kabinetsdoelstelling gekoppelde prestatie-indicatoren voor 2007?*

Voor de tussenliggende jaren tot 2012 en dus ook voor 2007 zijn geen specifieke waarden vastgesteld. De effecten van maatregelen die nu ingezet worden zijn veelal pas veel later meetbaar. Na vorig jaar juni zijn de koepelorganisaties aan de slag gegaan en hebben met mijn steun een organisatie opgezet die de doelstelling moet gaan realiseren. In januari 2008 is het veiligheidsprogramma «voorkom schade, werk veilig» van start gegaan. Via allerlei ondersteuningsaanbod worden verbeteringen in ziekenhuizen gerealiseerd. Zie daarvoor ook [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl). In het programma is ook opgenomen dat de effecten van de verbeteringen gemeten worden. Dat vindt door de organisatie zelf plaats, maar ook door de IGZ. De IGZ zal aan de hand van verschillende meetmethoden, waaronder het gebruik van proces- en uitkomstindicatoren, meten of de doelstellingen worden behaald. In de komende jaren zal de IGZ over nadere gegevens omtrent de aanpak van veiligheid in de verschillende ziekenhuizen beschikken, en zich zo een oordeel kunnen vormen of ziekenhuizen zowel individueel als collectief voldoende vorderingen maken ter verbetering van de (voorwaarden voor) veilige zorg. Daarnaast zullen we monitoren hoe actief ziekenhuizen aan de slag zijn gegaan én zullen door een herhaling van het onderzoek naar vermijdbare schade (door dossieronderzoek) kunnen monitoren of na twee jaar de streefwaarden voor onder andere vermijdbare incidenten én vermijdbare sterfte worden gehaald en we ook inderdaad op de goede weg zijn. Als dat niet het geval

is zal ik mij beraden welke stappen er gezet moeten worden om de doelstelling 50% per 2012 alsnog te realiseren.

62

*Van wie is het patiëntendossier dat zorginstellingen bijhouden na het overlijden van patiënten? Hebben nabestaanden het recht om het patiëntendossier in te zien na overlijden van een patiënt?*

Uit de parlementaire geschiedenis bij het wetsvoorstel Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst volgt dat het juridische eigendom van het (fysieke) medisch dossier niet bij de patiënt berust, maar bij de hulpverlener. Dit is niet anders na het overlijden van de patiënt. De patiënt heeft wel het recht op inzage van het medische dossier. Voor het elektronisch patiëntendossier geldt dat er geen juridisch eigenaar bestaat. Anders dan bij het (fysieke) medische dossier gaat het hier om gegevens die elektronisch zijn opgeslagen. Volgens het recht bestaat hiervoor alleen «houderschap».

Het beroepsgeheim van de hulpverlener geldt ook na het overlijden van een patiënt. Nabestaanden kunnen de hulpverlener in beginsel niet ontheffen van het beroepsgeheim en het patiëntendossier van de overledene inzien. Echter, in de jurisprudentie zijn omstandigheden aangenomen op grond waarvan nabestaanden toch inzage kregen in een patiëntendossier.

63

*De minister heeft in zijn eerdere beantwoording van Kamervragen aangegeven dat hij zou onderzoeken of het mogelijk is zorginstellingen te verplichten deel te nemen aan de Geschillencommissie Zorginstellingen. Is dit onderzoek reeds gestart? Hoe lang gaat dit onderzoek duren? Is het mogelijk om een klacht in behandeling te laten nemen door de Geschillencommissie zorginstellingen als de betreffende zorginstelling niet aangesloten is?*

In de huidige situatie kan de Geschillencommissie alleen geschillen in behandeling nemen als de betreffende zorginstelling is aangesloten. Het onderzoek hierover is inmiddels afgerond. Ik ben voornemens om in de wet cliëntenrechten zorg te regelen dat alle zorginstellingen verplicht moeten zijn aangesloten bij een geschillencommissie. Ik verwacht dit wetsvoorstel medio volgend jaar aan Uw Kamer aan te bieden. Cliënten krijgen hiermee de mogelijkheid om al hun geschillen op eenvoudige, snelle en laagdrempelige wijze te laten beslechten door een externe en onafhankelijke commissie. Ik verwijs hiervoor naar de brief over patiënten- en cliëntenrechten van 23 mei 2008.

64

*Welke doelgroepen worden benaderd om het aantal vrijwilligers uit te breiden?*

In diverse programma's en projecten worden verschillende doelgroepen benaderd om deelname aan vrijwilligerswerk te stimuleren. De maatschappelijke stages die stapsgewijs in het voortgezet onderwijs worden ingevoerd hebben tot doel jongeren als onderdeel van hun middelbare schoolprogramma kennis te laten maken met vrijwilligerswerk en een onbetaalde bijdrage te laten leveren aan de samenleving. Hierin trekken OCW en VWS gezamenlijk op. In het Deltaplan Inburgering wordt vrijwilligerswerk ingezet om allochtonen te laten inburgeren. Het emancipatieprogramma 1001-Kracht van OCW, WWI, SZW, VWS richt zich op het maatschappelijk activeren, met name door vrijwilligerswerk, van allochtone vrouwen tot 2012. Inmiddels nemen 25 gemeenten actief aan het programma deel.

Ik ben in overleg met het bedrijfsleven (MVO Nederland) om de mogelijkheden voor werknemers in het kader van maatschappelijk betrokken ondernemen te bevorderen. In toenemende mate wordt daar gevolg aan gegeven.

Ten behoeve van de maatschappelijke activering van ouderen, met name hun vrijwilligerswerk, voert het landelijk expertisecentrum maatschappelijke ondersteuning Movisie het programma De Zilveren Kracht uit, bestaande uit bewustwordingscampagnes, het ontsluiten van kennis, en bevorderen van innovatie. Movisie levert verder informatie en advies aan gemeenten, organisaties, en bedrijven gericht op het werven en behouden van vrijwilligers uit alle onderscheiden doelgroepen, zoals jongeren, vrouwen, allochtonen, werknemers, mensen zonder werk, mensen met beperkingen, ouderen.

De formulering en implementatie van basisfuncties in de periode 2008–2011 helpt gemeenten onder meer om vrijwilligersorganisaties te ondersteunen bij hun inspanningen om specifieke doelgroepen te werven en te behouden.

65

*Hoe bereikt het kabinet dat er in 2012, 2500 voltijds combinatiefuncties VWS, OCW, gemeenten en sport en cultuursector zijn?*

Het kabinet heeft het beleid inzake combinatiefuncties (Impuls brede scholen, sport en cultuur) neergelegd in de beleidsbrief *De kracht van sport* (Tweede Kamer 2007–2008, 30 234, nr. 13). Flankerend beleid is beschreven in het *Beleidskader sport, bewegen en gezondheid* dat op 8 oktober jl. aan uw Kamer is toegezonden.

Om het beoogde aantal van 2500 fte's combinatiefuncties te realiseren zijn bestuurlijke afspraken gemaakt met de VNG en gemeenten, en met de koepels van de onderwijs-, sport- en cultuursector. De uitkering voor combinatiefuncties komt beschikbaar voor gemeenten die een bestuurlijke verklaring hebben getekend. In 2008 is de eerste tranche gestart (30 gemeenten van de G-31). Opend met het budget komen in 2009, 2010 en 2011 de volgende tranches van gemeenten aan de beurt. Dit gebeurt in volgorde van het inwonertal onder de 18 jaar.

De VNG en sectoren zijn door VWS en OCW in de gelegenheid gesteld om de achterban intensief te ondersteunen bij de uitvoering van de impuls. Het centrale informatie- en ondersteuningspunt is door de partners uitbesteed aan de Vereniging Sport en Gemeenten (VSG).

De VNG meet jaarlijks hoeveel fte's worden gerealiseerd. De resultaten van de éénmeting van de eerste tranche worden opgenomen in de tussenrapportage sport die eind dit jaar aan uw Kamer wordt toegestuurd. Een aantal bestaande monitors worden ingezet om de ontwikkelingen in het sport- en beweegaanbod, de uitbreiding van het aantal brede scholen en de versterking van sportverenigingen te volgen.

66

*Op welke wijze wordt voorkomen dat opnieuw groepen chronisch zieken en gehandicapten buiten de regeling tegemoetkoming ziektekosten vallen?*

In het wetsvoorstel Wtcg en de brief over de inkomenseffecten BU/Wtcg (ASEA/CSI/2008/28255) heeft het kabinet aangegeven hoe het deze groep wil bereiken.

67

*Is een «dringende oproep» om «na te denken over orgaandonatie» en het uitspreken van een «voorkeur» voor het kiezen voor donatie voldoende om het tekort aan donororganen op te lossen? Heeft de overheid hiermee voldoende verantwoordelijkheid genomen?*

De overheid doet veel meer dan alleen oproepen tot registratie als orgaandonor. Intensiveringen en veranderingen in de voorlichting, maatregelen in de ziekenhuizen gecombineerd met de voorgestelde systeemwijziging moeten er gezamenlijk toe leiden dat meer transplantaties kunnen worden uitgevoerd. Op basis van de berekeningen heeft het kabinet de ambitie uitgesproken om in vijf jaar te komen tot een stijging van 25% van het aantal postmortale transplantaties. Daarnaast worden belemmeringen voor donatie bij leven weggenomen, waardoor nog meer mensen geholpen kunnen worden.

68

*Moet de dringende oproep aan de burger om zich positief te registreren als orgaandonor de stijging van 25 procent realiseren?*

Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 67. Niet alleen de indringende oproep, maar ook maatregelen in de voorlichting, in de ziekenhuizen en de voorgestelde systeemwijziging zullen gezamenlijk moeten leiden tot de toename van 25% van het aantal postmortale transplantaties.

69

*Kan bij het onderzoek naar redenen voor abortus ook redenen voor het niet plegen van onderzoek bij met name tienermoeders worden meegenomen?*

Tienermoeders die wel een abortus hebben overwogen, maar deze niet hebben ondergaan zijn als doelgroep niet te traceren. Een deel van de tienermoeders dat een abortus heeft overwogen maar zich nooit bij een abortuskliniek heeft gemeld, is immers niet bekend. Het deel dat zich wel heeft gemeld bij een abortuskliniek, maar vervolgens afziet van een abortus, wordt door de abortusklinieken niet gevolgd. Zij beschikken derhalve niet over deze gegevens.

70

*In hoeverre weten burgers die hun AWBZ-voorziening kwijt raken waar ze terecht kunnen voor de zorg die ze gewend waren te krijgen via de AWBZ?*

Burgers zullen via een voorlichtingscampagne van VWS geïnformeerd worden over de komende pakketmaatregelen. Informatie kunnen zij naast de algemene campagne van VWS ook krijgen via hun zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, zorgkantoor en gemeente. Overigens betekent dit niet dat het kwijtraken van het recht op de AWBZ-voorziening vanzelfsprekend betekent dat er een beroep gedaan kan worden op een andere voorziening. In veel gevallen zal sprake zijn van een individuele verantwoordelijkheid. Van belang is dat burgers die zelf zaken kunnen regelen, dit ook daadwerkelijk zelf zullen doen.

71

*Welk bedrag is gekort op de GGZ zorg vanwege het wegvallen van de eigen bijdrage?*

Het vervallen van de eigen bijdrage psychotherapie betekent een besparingsverlies van naar schatting maximaal € 24 mln. Ik ben nog aan het bezien hoe ik dit (structurele) besparingsverlies zal compenseren binnen de curatieve ggz. Ik zal u hier zo snel mogelijk nader over informeren.

72

*Waar staat de financiële dekking voor het onderzoek naar het kennisniveau van artsen en burgers t.a.v. medische beslissingen rond het levens-einde? Valt onder dit beleidsartikel ook de voorlichting t.a.v. euthanasie?*

Het onderzoek naar het kennisniveau van artsen en burgers ten aanzien van medische beslissingen rond het levenseinde zal worden uitgevoerd binnen de operationele doelstelling «Bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek» van het beleidsartikel 41 Volksgezondheid in het kader van het onderzoeksprogramma Ethiek en Gezondheid bij ZonMw. Voorlichting ten aanzien van euthanasie valt eveneens onder deze operationele doelstelling van het beleidsartikel 41.

73

*Kan het verschil worden verklaard tussen de voorziene verhoging in de begroting (388 miljoen euro) en de Miljoenennota (413 miljoen euro) van het budget voor het Persoonsgebonden budget in 2009?*

Het verschil tussen de begroting van VWS 2009 en de Miljoenennota heeft een puur technische achtergrond en hangt samen met het tijdstip waarop mutaties in het cijferbeeld zijn verwerkt. De totale mutatie met betrekking tot de pgb-uitgaven in 2009 bedraagt € 413 miljoen. Omdat in een eerdere stadium door VWS reeds een mutatie van € 25 mln. was verwerkt, is in de begroting van VWS 2009 een mutatie van € 388 mln. opgenomen.

74

*Hoe staat het met de gebiedscongruentie tussen GGD, GHOR en VWA? Is er al sprake van doelmatiger en effectiever toezicht?*

In de begrotingstekst gaat het over de gebiedscongruentie tussen GGD en GHOR-regio's. Ten aanzien van de gebiedscongruentie tussen GGD en GHOR, verwijs ik u naar vraag 109. Er is in ons beleid geen sprake van gebiedscongruentie tussen GGD/GHOR enerzijds en VWA anderzijds. Voor wat betreft het streven naar doelmatiger en effectiever toezicht bij de VWA kan ik u als volgt informeren. De aard en omvang van het toezicht wordt in eerste instantie bepaald door de risico's die aan de orde zijn. In het vernieuwingsbeleid «Handhaven met verstand en gevoel» worden door de VWA de risico's in beeld gebracht met de toezichtpiramide. De risico's worden bepaald door de processen in het bedrijf én de mate waarin het bedrijf de risico's van die processen beheerst. De VWA verdeelt bedrijven in permanent risico (rood), beperkt risico (oranje) en geen risico (groen). De voedselveiligheid is het eerste aandachtsgebied. Daarna volgen Drank- en Horecawet, productveiligheid en andere aandachtsgebieden. Met de indeling in de piramide hangt de aard en omvang van het toezicht samen. Ook de eventuele interventies worden hierop afgestemd. Op deze wijze wordt invulling gegeven aan het bonus/malusprincipe van het vernieuwingsbeleid. De groene bedrijven zitten op een voldoende nalevingniveau en vormen geen risico's voor de burger. Zo'n bedrijf zal in principe niet meer met handhavingactiviteiten te maken krijgen en alleen gevolgd worden via monitoringonderzoek. Van groene bedrijven mag verwacht worden dat bij een eventuele overtreding zelf afdoende corrigerende acties gestart worden. Het bonus/malusprincipe houdt ook in dat bedrijven in de oranje categorie te maken krijgen met de traditionele handhaving zolang zij niet op een voldoende nalevingsniveau zitten. Bij het vaststellen van overtredingen zullen passende maatregelen genomen worden, zoals vastgelegd in het interventiebeleid van de VWA. Dit kunnen bijvoorbeeld een boeterapport of een schriftelijke waarschuwing zijn. De top van de piramide, de rode categorie, wordt gevormd door bedrijven die structureel de (voedsel)veiligheid in gevaar brengen door niet-naleving. Deze bedrijven vallen onder een streng toezichtregime dat als maatwerk wordt ingezet.

*Collectieve preventie op lokaal niveau. Hebben alle gemeenten inmiddels een Nota Lokaal gezondheidsbeleid? Zo ja, wat is het algemene beeld? Waar liggen grosso modo de prioriteiten?*

In december 2007 rapporteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat voor de eerste beleidscyclus (die met de wijziging van de WCPV in 2003 startte) vrijwel alle gemeenten, op vier na, een nota voor lokaal gezondheidsbeleid hadden vastgesteld.

Op peildatum 1 juli 2008 hadden 203 gemeenten een nota voor de tweede beleidscyclus vastgesteld, bij 208 gemeenten was die in ontwikkeling, terwijl 32 gemeenten nog niet begonnen waren. Het faseverschil is verklaarbaar, omdat in de eerste beleidscyclus bij veel gemeenten vertraging was ontstaan, die zich doorvertaald naar de tweede cyclus. Voor een goed beeld van de tweede nota's dient het rapport van de Inspectie afgewacht te worden die in 2009 een onderzoek zal uitvoeren naar de verbeteringen van de lokale gezondheidsnota's. Dit rapport geeft ook een beeld op welke wijze de prioriteiten uit de Preventienota doorvertaald zijn naar de gemeentelijke nota's.

*De programmauitgaven in de tabel op pagina 36 zijn de komende jaren substantieel lager dan in 2007. Dit ondanks de intensivering in de operationele doelstelling dat meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl. De daling zit voornamelijk in de operationele doelstelling dat er bevorderd wordt dat er ethisch verantwoord gehandeld wordt in de gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek. Kan de minister een toelichting geven op de daling van deze uitgaven over de komende jaren?*

In tegenstelling tot het gestelde in de vraag zit de substantiële daling van de programmauitgaven vooral in de operationele doelstelling «Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid». Deze daling wordt veroorzaakt door:

- 1) de overheveling van € 200 mln. naar de begroting van Jeugd en Gezin met ingang van 2008 voor de TRSU Jeugdgezondheidszorg en de uitkering preventief jeugdbeleid/Motie Verhagen;
- 2) vanuit de Eindejaarsmarge 2006 zijn voor 2007 middelen beschikbaar gesteld voor een eenmalige uitkering van € 6,5 mln. voor een tegemoeting aan de gemeenten voor de voorbereiding van de invoering van het Elektronisch Kinddossier én een bedrag van € 8,6 mln voor de subsidiëring van de Stichting EKD Nederland. In het kader van het bestuursakkoord «Samen aan de slag» is een bedrag oplopend van € 5 miljoen in 2008 tot € 20 miljoen in 2011 beschikbaar voor de invoering van het EKD en de Verwijsindex. Deze bedragen worden beschikbaar gesteld via de algemene uitkering uit het Gemeentefonds;
- 3) een overheveling van € 6,3 mln. naar artikel 42 doordat met ingang van 1 januari 2008 de deelopleidingen Collectieve preventie via de Subsidieregeling zorgopleidingen worden bekostigd;
- 4) de rest van de afname heeft voornamelijk te maken met de afloop van een aantal additionele programma's die werden uitgevoerd door ZonMw.

De operationele doelstelling «Bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek» laat in 2009 geen daling zien. Vanaf 2012 is dit wel het geval. Dit wordt veroorzaakt doordat voor de periode 2008–2011 extra middelen beschikbaar zijn gesteld voor het verbeteren van de abortushulpverlening en registratie én voor de uitvoering van het onderzoeksprogramma Euthanasie en het standpunt op de evaluatie van de Euthanasiewet.

*Het Rijksvaccinatie Programma zal, mits budgettair inpasbaar, met ingang van 2009 worden uitgebreid met de HPV-vaccinatie tegen baarmoederskanker voor meisjes van 12 jaar. Voorts is het de intentie voor de HPV-vaccinatie in 2009 een inhaalcampagne te laten plaatsvinden voor meisjes van 13 tot en met 16 jaar. Bij positief advies van de Gezondheidsraad zal de vaccinatie tegen Hepatitis B ook worden ingevoerd. Wat houdt budgettair inpasbaar in? Waarom wordt voor de genoemde leeftijdscategorieën gekozen? Wanneer zal het standpunt van de GR inzake de vaccinatie tegen Hepatitis B uitkomen? Kan in kaart worden gebracht wat de consequenties zijn wanneer er voor de cohorten van vrouwen van 17 en 18 jaar een Tijdelijke Regeling in het GVS wordt gecreëerd?*

*Op pagina 38 gaat de minister in op de opname van HPV-vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma. Waarom wordt voor deze leeftijdscategorieën gekozen? Kan in kaart worden gebracht wat de consequenties zijn wanneer er voor de cohorten van vrouwen van 17 en 18 jaar een Tijdelijke Regeling in het GVS wordt gecreëerd? Is er al meer duidelijkheid over de budgettaire inpassing?*

- 1) Budgettaire inpasbaarheid: zie vraag 11.
- 2) De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om HPV vaccinatie routinematig (binnen het RVP) aan te bieden aan 12 jarige meisjes. Deze groep heeft het meest baat bij vaccinatie omdat op deze leeftijd de (meeste) meisjes nog niet seksueel actief zijn. Dit is belangrijk want wanneer met een HPV type besmetting heeft plaatsgevonden – en dat kan gebeuren vanaf het moment dat meisjes seksueel actief worden – heeft vaccinatie tegen dat virustype geen zin meer. Voor de inhaalcampagne adviseert de Gezondheidsraad een leeftijdsgrens van 16 jaar. Uit onderzoek is gebleken dat de groep van meisjes die ervaring hebben met geslachtsgemeenschap in de groep van 17-jarigen met meer dan 63% bijna verdubbeld is t.o.v. de groep van 16-jarigen (37%). In mijn brief van 14 april 2008 over preventiebeleid voor de volksgezondheid (TK 2007–2008, 22 894, nr. 165) heb ik een en ander uiteengezet.
- 3) De Gezondheidsraad heeft aangegeven dat het advies m.b.t. Hepatitis B vaccinatie voor het einde van 2008 uit zal komen.
- 4) Op dit moment lopen bij CVZ twee beoordelingen van het HPV vaccins voor het Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS) voor de groepen meisjes die niet via het RVP gevaccineerd zullen worden. De beoordeling zal plaatsvinden volgens de normale criteria. Dit betekent dat er ondermeer naar de therapeutische meerwaarde, kostenconsequenties (budgetimpact) en onderbouwing van de doelmatigheid wordt gekeken. Het eerste advies hierover verwacht ik voor het einde van het jaar van het CVZ te kunnen ontvangen. Op basis hiervan besluit ik over het wel of niet opnemen in het te verzekeren pakket. Daarnaast verwacht ik dat het CVZ mij zal adviseren of opname in het GVS in de uitvoering mogelijk is.

78

*In 2007 heeft de Gezondheidsraad aangekondigd haar adviezen over vaccinatie tegen gordelroos, varicella en het rotavirus in 2009 te vernieuwen. Deze adviezen zijn niet opgenomen in het werkprogramma 2009. Wat is hiervan de reden? Wanneer kunnen de adviezen van de Gezondheidsraad worden verwacht?*

De advisering over rotavirus en gordelroos/waterpokken staat in het werkprogramma 2009 vermeld onder 3.10.



79

*Op pagina 38 gaat de minister in op de opname van HPV-vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma. Waarom wordt voor deze leeftijdscategorieën gekozen? Kan in kaart worden gebracht wat de consequenties zijn wanneer er voor de cohorten van vrouwen van 17 en 18 jaar een Tijdelijke Regeling in het GVS wordt gecreëerd? Is er al meer duidelijkheid over de budgettaire inpassing?*

Zie het antwoord op vraag 77/79.

80

*Een van de doelstellingen is een goede bescherming tegen chronische ziekte. Op welke manier wordt hier vorm en inhoud aangegeven?*

Op 13 juni jl. zond ik u mijn brief over de programmatische aanpak van chronische ziekten. Ik heb u daarin mijn visie gegeven en u aangekondigd langs welke weg ik de sterke toename van chronische ziekten wil beperken en kan bijdragen om mensen met een chronische aandoening in staat te stellen zo goed mogelijk met hun aandoening om te gaan.

Het beschermen tegen chronische ziekten, wat ik op als voorkomen van de ziekte en het voorkomen dan wel vermijden van complicaties.

Mijn aanpak verloopt volgens een aantal stappen:

- Ontwikkelen, experimenteren en implementeren van zorgstandaarden voor de chronische aandoeningen: diabetes, hartfalen, cardiovasculair risico management, COPD, depressie en kanker. Deze functioneel omschreven zorgstandaarden geven aan waar goede zorg voor een specifieke aandoening tenminste aan moet voldoen, gezien vanuit patiëntenperspectief. Het bekostigingsstelsel zal daarop worden aangepast.
- In 2009 zal het door mij ingestelde coördinatieplatform zorgstandaarden van ZonMw een raamwerk ontwikkelen waaraan alle zorgstandaarden zullen voldoen.
- Het bewust worden van risico's op ziekten en complicaties, het vroegtijdig onderkennen en het leren met de aandoening om te gaan, zijn allemaal elementen van zelfmanagement. Kennis verzamelen, analyseren, ervaring opdoen en vervolgens gereed maken voor opname in de zorgstandaard zijn wegen die nu worden afgelegd via projecten van het CBO ism de NCPF, het ZonMw diseasemanagement programma chronische ziekten en het Nationaal Actieprogramma Diabetes. Met het CVZ wordt nagegaan of zelfmanagement in het basispakket kan worden opgenomen. Deze activiteiten lopen van 2008–2012.
- Preventie in relatie tot chronische ziekten biedt goede mogelijkheden om mijn beleid te realiseren. Ik noem enkele stappen die al zijn gezet of spoedig gezet zullen worden:
  - ervaring opdoen met de beweegkuur pilots en gereed maken voor opname in zorgstandaarden en het basispakket, uiterlijk 2012;
  - afronden van het 3de preventieprogramma via ZonMw in 2010. De kern van dit programma is de kennis over (kosten)effectieve preventie en de toepassing ervan te vergroten en vernieuwende en kansrijk (kosten)effectieve preventie-mogelijkheden te benutten. Op basis van de nieuwe inzichten zal een vervolg preventieprogramma worden ontwikkeld;
  - Via het Nationaal Actieprogramma Diabetes (2009–2013) zal ervaring worden opgedaan met mijn programmatische aanpak en een bijdrage worden geleverd aan het terugdringen van de groei van het aantal diabetespatiënten en het verminderen van complicaties.

81

*De prestatie-indicator voor het aantal niet-rokers is ondanks de groei door het instellen van het rookverbod onduidelijk gelaten. Kan de minister dit verklaren?*

De afgelopen jaren is het percentage niet-rokers – na een stijging in 2004 – niet verder toegenomen ten opzichte van 2004. Van een autonome stijging lijkt dus geen sprake te zijn. Daar komt bij dat de invoering van de rookvrije horeca, sport en kunst/cultuur gericht is op het beschermen van werknemers in die sectoren tegen tabaksrook. Ik weet dat deze maatregel ook voor rokers een aanleiding kan zijn om te stoppen met roken, maar dit is niet het primaire doel van de maatregel. Om deze redenen ben ik bij het formuleren van de prestatie-indicator voor het aantal niet-rokers in 2009 terughoudend geweest.

82

*De overheid volgt de ontwikkelingen van de positievere trend naar gezondere voeding via voedselconsumptiepeilingen, statusonderzoek en monitoring van productsamenstelling. Kan de minister aangeven waarom hoe de hiervoor uitgetrokken 2 miljoen euro zich verhoudt tot de peiling die in de Voedingsnota is aangekondigd?*

De voedselconsumptiepeiling zoals genoemd in de Voedingsnota, is dezelfde als die in de begrotingstekst staat. Voor de genoemde peiling, statusonderzoek en het onderhouden van een levensmiddelendatabank die data bevat die nodig zijn voor de berekeningen bij de voedselconsumptiepeiling is 2 miljoen euro beschikbaar.

83

*Kan de minister een toelichting geven op het Schoolpreventieprogramma voorlichting «De Gezonde school en Genotmiddelen»? Wat houdt dit programma precies in en wat zijn de kosten hiervan?*

«De gezonde school en genotmiddelen» is een preventieprogramma voor het basis- en voortgezet onderwijs en heeft tot doel jongeren zoveel mogelijk bij te brengen over de risico's van genotmiddelen (alcohol, drugs en tabak). Dit programma wordt ontwikkeld door het Trimbos instituut en wordt uitgevoerd op scholen door preventiemedewerkers van instellingen voor verslavingszorg. Het Trimbos instituut ontvangt hiervoor in 2009 een subsidie van € 540 000.

84

*verscherpt toezicht controle leeftijdsgrenzen Drank- en Horecawet? Wat leveren de pilots voor informatie op? Is er veel belangstelling om hieraan deel te nemen bij gemeenten?*

Inmiddels is er door de VWA een begin gemaakt met de intensivering van het toezicht op de leeftijdsgrenzen. Daartoe zullen de komende tijd door de VWA extra mensen worden ingezet. Het werven van voldoende personeel is de afgelopen periode moeilijk geweest. De vraag is groter dan het aanbod.

In totaal hadden ruim 100 gemeenten zich aangemeld voor de pilot lokaal toezicht DHW. Uiteindelijk zijn vijftien (regio's van) gemeenten geselecteerd voor deelname aan deze pilot van BZK en VWS. Het doel van de pilot is het in kaart brengen van de mogelijke knelpunten bij decentralisatie van het toezicht. Lopende het project zal de pilot worden geëvalueerd. In februari 2009 zijn de resultaten van de tussenevaluatie beschikbaar. De betrokken gemeenten hebben bij aanvang van de pilot aangegeven actief te zullen meewerken aan de evaluatie. Dit was ook een van de

door de rijksoverheid gestelde voorwaarden om mee te mogen doen aan deze pilot.

85

*Hoe is het toezicht op de controle van leeftijdsgrenzen van de Drank- en horecawet nu en hoe zal dit volgend jaar toenemen?*

Op dit moment heeft de VWA de beschikking over 70 fte voor de controle op de naleving van de Drank- en Horecawet. In het kader van de intensivering zullen er 25 fte bijkomen, specifiek voor de controle op de leeftijdsgrenzen (zie ook mijn antwoord op vraag 84). Binnen de reguliere planning is het onderwerp alcohol en jeugd prioritair. In 2008 zijn in totaal 10 000 inspecties op de leeftijdsgrenzen gepland. Door verschillende omstandigheden (o.a. door extra toezicht naar aanleiding van de invoering van de rookvrije horeca en het gegeven dat de vraag naar personeel groter is dan het aanbod) zal dit jaar slechts 70% van het geplande aantal inspecties worden gehaald. Volgend jaar zal het aantal inspecties, mede door de intensivering, worden verhoogd. Het aantal geplande controles op de leeftijdsgrenzen Drank- en Horecawet in 2009 is 20 000 inspecties.

86

*De streefwaarde voor het aantal twaalfjarigen dat nog nooit alcohol heeft gedronken is 47% in 2009. Waarom is, gezien de inzet van dit ministerie op dit onderwerp, hier niet gekozen voor 100%?*

Er is gekozen voor een streefwaarde die in 2009 realiseerbaar is. Deze waarde is niet de uiteindelijke doelstelling op dit onderwerp. Zoals in de Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid van 20 november 2007 aangegeven wil dit kabinet uiteindelijk bereiken dat kinderen niet vóór hun 16de jaar met drinken beginnen.

87

*De later dit jaar te verschijnen nota overgewicht staat voor 1,8 miljoen euro op de begroting. Kan de minister toelichten hoe er tot dit bedrag is gekomen? Zijn dit enkel de kosten van het opstellen van de nota of zitten hier ook uitvoeringskosten in?*

Het bedrag van 1,8 miljoen euro bestaat uit kosten van een aantal beleidsactiviteiten die een belangrijk element zullen vormen van de nota overgewicht, zoals het Kenniscentrum overgewicht, het Partnerschap Overgewicht Nederland en het Convenant Overgewicht. Het gaat om programmageld. De kosten van het opstellen van de nota zitten hier niet in.

88

*Waarom is er geen streefwaarde voor 2009 opgenomen voor niet zwaar drinken in de tabel op pagina 41?*

Het verleden leert ons dat de waarde voor niet zwaar drinken slechts langzaam verandert. Dit is de reden dat we alleen een streefwaarde voor 2011 hebben opgenomen. De effecten van het alcoholbeleid op de waarde voor niet zwaar drinken zullen pas op langere termijn zichtbaar zijn.

89

*Wat is de stand van zaken met betrekking tot de wijziging van de Drank- en Horecawet? Wanneer komt het wetsvoorstel naar de Kamer? Worden in dat wetsvoorstel ook maatregelen opgenomen over de prijzen van alcohol (stunten/dumpen)?*

Momenteel wordt volop gewerkt aan de wetswijziging Drank- en Horecawet. Het concept voorontwerp is bijna gereed, en op dit ogenblik

worden de belanghebbende en maatschappelijk betrokken partijen geconsulteerd over de voorgenomen wijzigingen.

Het kabinet kent prioriteit toe aan deze wetswijziging en streeft er naar het wijzigingsvoorstel nog dit jaar in de Ministerraad te behandelen, waarna het voor advies wordt voorgelegd aan de Raad van State. De verwachting is dat het wetsvoorstel in het voorjaar van 2009 aan Uw Kamer zal worden aangeboden.

In de komende wetswijziging wordt het gemeenten mogelijk gemaakt om via een verordening prijsacties die kortdurend van aard zijn, zoals stunt-prijzen of happy hours, te reguleren of zelfs te verbieden.

90

*De prestatie-indicator aantal problematische drugsverslaafden per 1000 inwoners wordt op de lange termijn gelijk gehouden met de waarde in 2005, ondanks de interdepartementale drugnota die in 2010 zal verschijnen. Zou de ambitie met dit nieuwe beleid niet hoger moeten zijn dan de waarde van 2005 te behouden?*

In 2008 en 2009 wordt het drugsbeleid geëvalueerd. Deze evaluatie zal ten grondslag liggen aan de nieuwe interdepartementale drugnota die het kabinet in 2010 naar de Tweede Kamer zal sturen. Op basis van de evaluatie zal ook worden bezien in hoeverre het streefcijfer met betrekking tot het aantal problematische drugsverslaafden aanpassing behoeft.

91

*Is er in 2009 sprake van indexering van de tarieven voor pgb's? Zo nee, waarom niet?*

Ja, in 2009 worden de pgb-tarieven geïndexeerd.

92

*In Canada is onlangs listeria uitgebroken met als gevolg tenminste 20 doden en honderden besmettingen. Is Nederland voorbereid op een dergelijke besmetting? Zo, ja, op welke wijze? Is de regering ervan op de hoogte waarom het in Nederland ontwikkelde fabriek Listex, dat de listeriabacterie doodt, en dat o.a. in de VS en Zwitserland is goedgekeurd, nog steeds niet in de EU is erkend? Is de regering bereid dit te bevorderen?*

In Europese regelgeving ((EG) 2073/2005) zijn voor *Listeria monocytogenes* microbiologische criteria opgenomen. De bedrijven moeten strikte hygiëne toepassen conform de eisen van de Hygiëneverordeningen ((EG) 853/2004, (EG) 854/2004). Door de Voedsel en Warenautoriteit wordt op de naleving van de criteria en toepassing van hygiëne normen toegezien. Het ligt in Nederland daarom niet in de verwachting dat dergelijke besmettingen zullen voorkomen. Indien een dergelijk incident toch voorkomt zal een crisisdraaiboek gehanteerd worden om de besmetting zo snel mogelijk te traceren en in te dammen.

Ik ben op de hoogte van het in Nederland ontwikkelde fabriek Listex. Dit bevat bacteriofagen die pathogene bacteriën als *Listeria* en *Campylobacter* kunnen bestrijden. Ik vind de toepassing van bacteriofagen veelbelovend en wil me daarom, op voorwaarde dat het bewezen veilig, effectief en praktisch toepasbaar is, inzetten voor het mogelijk maken van dergelijke toepassingen binnen de Europese hygiëneaanpak. Op dit moment ligt het dossier echter nog bij de EFSA, die een uitspraak moet doen binnen welk wettelijk kader de bacteriofagen gaan vallen. Wanneer het advies van de EFSA er is wordt ook duidelijk of en welke toelatingsprocedures Listex moet doorlopen.

*Wat is het verschil tussen heroïnebehandeling op medisch voorschrift als specifieke uitkering (15,178 miljoen euro), medische heroïnebehandeling als projectsubsidie (1,066 miljoen euro) en verbetering kwaliteit methadonbehandeling als premiegefinancierde prioriteiten (15 miljoen euro)? Waar worden deze middelen precies aan besteed?*

Heroïnebehandeling op medisch voorschrift is bedoeld voor chronische therapie-resistente heroïneverslaafden. Deze behandeling zal in 2009 in 15 gemeenten worden verzorgd. De specifieke uitkering is bestemd voor de bekostiging van deze behandeling.

De projectsubsidie medische heroïnebehandeling is bedoeld voor de werkzaamheden van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden. De medische heroïnebehandeling vindt op dit moment nog steeds zijn grondslag in het medisch-wetenschappelijk onderzoek dat aan de behandeling is verbonden. Naar verwachting zal de CCBH de werkzaamheden, bestaande uit het begeleiden en adviseren van behandel eenheden en het verrichten van onderzoek, in 2009 afronden.

De middelen ter verbetering van de kwaliteit van de methadonbehandeling zijn bedoeld om de methadonbehandeling in te richten volgens de voorschriften en protocollen zoals in de Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling (RIOB) is aangegeven. Met deze extra middelen kunnen verzekeraars productie-afspraken maken met de instellingen voor verslavingszorg over de extra inzet van medisch personeel.

*Leidt bevordering van productveiligheid ook tot extra administratieve lasten voor het bedrijfsleven?*

Productveiligheidseisen hebben in de regel betrekking op de samenstelling, eigenschappen en etikettering van producten en het productieproces. Volgens de definitie van het begrip administratieve lasten (Meten is Weten II, definitiedocument opgesteld door de Regiegroep Regeldruk van het ministerie van Financiën) vallen productveiligheidseisen onder nalevingskosten en dus niet onder het begrip administratieve lasten. Dat laatste begrip beperkt zich tot informatieverplichtingen van de ondernemer richting de overheid.

Productveiligheidseisen worden voor het overgrote deel in EU verband vastgesteld. De vaststelling van Europese productveiligheidsvoorschriften heft bestaande handelsbelemmeringen tussen lidstaten op door harmonisatie en levert dus een belangrijke bijdrage aan een lastenverlaging voor het bedrijfsleven. De Nederlandse inzet is gericht op proportionaliteit van maatregelen: een hoog beschermingsniveau van de consument en een in dat kader zo gering mogelijke belasting van het bedrijfsleven in het algemeen (inclusief nalevingskosten). Waar een aanscherping van eisen leidt tot een verzwaring van lasten zonder dat een proportionele verhoging van het veiligheidsniveau mag worden verwacht, wordt door Nederland daarop gewezen. Zo wordt thans in het kader van de herziening van de Speelgoedrichtlijn door een aantal lidstaten gepleit voor introductie van een door de producent op te zetten verplicht productbewakingsstelsel zonder dat duidelijk is wat hier van mag worden verwacht in termen van de verhoging van de veiligheid van speelgoed. Nederland steunt om die reden dit voorstel niet.

*Kan een toelichting worden gegeven op de programmeringsstudie, waarbij het door de overheid gefinancierde onderzoek in Nederland meer zal worden gestroomlijnd? Waar zal deze uit bestaan en door wie zal deze worden uitgevoerd? Is dit een budget dat zal terugkeren op de begroting van 2010?*

Het kabinet zal in 2008 en 2009 een programmeringsstudie naar alternatieven voor dierproeven laten verrichten. In de studie worden alle actuele ontwikkelingen op het gebied van 3V-alternatieven (vervangen, verfijnen en vermindering) in kaart gebracht, zowel van onderzoeksprogramma's waarbij de overheid betrokken is als daarbuiten. Uit deze studie zal een werkagenda worden gedestilleerd op basis waarvan het kabinet zijn 3V-alternatievenbeleid gedurende deze kabinetsperiode kan aanscherpen en van meer samenhang voorzien.

Voor deze programmeringsstudie is in 2008 € 100 000 en in 2009 € 400 000 uitgetrokken en de studie wordt in 2009 afgerond. Het eerste deel zal worden uitgevoerd door ZonMw in samenwerking met anderen, het tweede deel door het NKCA (Nationaal kenniscentrum alternatieven voor dierproeven) in samenwerking met ZonMw. In 2010 zal dit budget dan ook niet terugkeren op de begroting.

96

*Op pagina 47 staat: «In het kader van het verbinden van curatieve zorg en preventie wordt ingezet op het voorkomen of het verder verergeren van deze chronische ziekten». Kan worden aangegeven op welke wijze deze nieuwe doelstelling van het verergeren van chronisch ziekten zal worden uitgewerkt in het beleid?*

Inzet is het ontwikkelen, experimenteren en implementeren van zorgstandaarden voor chronische aandoeningen: diabetes, hartfalen, cardiovasculair risico management, COPD, depressie en kanker. Deze functioneel omschreven zorgstandaarden geven aan waar goede zorg voor een specifieke aandoening tenminste aan moet voldoen, gezien vanuit patiëntenperspectief. Het bekostigingsstelsel zal daarop worden aangepast. De zorgstandaard is de basis voor de programmatische aanpak van chronische ziekten die ik u in mijn brief van 13 juni jl. heb uiteengezet. Concreet betekent dit dat via ZonMw een gemeenschappelijk raamwerk wordt ontwikkeld voor zorgstandaarden. Ook zullen de consequenties van zorgstandaarden voor ondermeer de bekostiging, pakket, concurrentie en aansprakelijkheid worden benoemd en knelpunten worden opgelost. Via het ZonMw diseaseamangement programma en het Nationaal Actieplan Diabetes zal ervaring worden opgedaan met zorgstandaarden. Onder tussen wordt gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe modules voor zorgstandaarden zoals preventie en zelfmanagement. Over drie jaar zullen de zorgstandaarden voor diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculaire aandoeningen volledig operationeel zijn volgens het gemeenschappelijk raamwerk. De standaarden voor kanker en depressie zullen in die periode worden ontwikkeld. Naast de aanpak van zorgstandaarden gaan we, uiteraard binnen de daarvoor beschikbare budgettaire ruimte, kosten-effectieve interventies opnemen in het basispakket. Concreet gaat het om interventies voor «beweegkuur», «stoppen met roken» en «depressiepreventie».

97

*In de begroting staat vermeld dat er 1 miljoen euro extra wordt geïnvesteerd in voorlichting over seksualiteit aan allochtone jongeren. Komt dit bovenop de middelen die de vorige begroting met dit doel waren begroot? Zo ja, hoeveel is er in totaal voor dit doel begroot voor 2009?*

Nee, dit komt niet bovenop de middelen van de begroting 2008. Het woord «extra» heeft betrekking op de middelen die het Kabinet vanaf 2008 extra aan voorlichting over seksualiteit aan allochtone jongeren beschikbaar stelt. In totaal is er voor dit onderwerp € 1 miljoen begroot voor 2009.

98

*De drie preventiestrategieën worden mogelijk opgenomen in het basispakket. Past dit binnen de door het CVZ ontwikkelde pakketvoorwaarden?*

Als met de drie preventiestrategieën wordt bedoeld ondersteuning bij stoppen met roken, bewegen en vroegtijdige zorg ter voorkoming van depressie is het antwoord ja. Overigens behoort hiertoe ook zelfmanagement bij chronische ziekte. Dit jaar brengt het CVZ vijf speciale pakket-rapportages uit gericht op preventie van de drie risicofactoren roken, alcohol en overgewicht en de twee aandoeningen diabetes en depressie. Mede aan de hand van deze rapportages zullen de pakketbeslissingen worden genomen. Los van de pakketcriteria die het CVZ bewaakt, spelen ook de praktische uitvoerbaarheid en de budgettaire inpasbaarheid een rol bij die beslissingen.

99

*Hoe wordt ingezet op het verminderen van diabetes?*

Zie antwoord op vraag 100.

100

*Er komt een Nationaal Actieprogramma Diabetes. Kan de minister aangeven hoe dit programma precies ingevuld gaat worden?*

Via het Nationaal Actieprogramma Diabetes wordt de diabetesproblematiek aangepakt. De Nederlandse Diabetes Federatie heeft in 2008 subsidie ontvangen om dit programma te ontwikkelen.

Het Nationaal Actieprogramma Diabetes heeft als voornaamste ambitie kansen te benutten, belemmeringen weg te nemen en samenhang te creëren gericht op preventie en goede zorgverlening op diabetesgebied. Het actieprogramma richt zich op thema's zoals: zorgstandaard en ketenzorg, positie van de cliënt/patiënt, voorlichting en leefstijlinterventie, financiering, zelfmanagement. Voor het einde van het jaar zal de NDF zijn inhoudelijk voorstel voor het programma aan mij overhandigen, daarna zal ik mijn standpunt bepalen en kan het programma van start. Ik zal u voor juni 2009 informeren.

101

*Er wordt in totaal 1,9 miljoen euro beschikbaar gesteld voor interventiestrategieën voor chronische ziekten, te weten voor de beweegkuur, depressiepreventie en zelfmanagement. Welk bedrag wordt beschikbaar gesteld per interventie? Kan de minister aangeven welke effecten hij verwacht? Zijn er onderbouwingen dat deze interventies leiden tot betere gezondheidseffecten?*

De basis voor mijn aanpak is het ontwikkelen, experimenteren en implementeren van zorgstandaarden voor de chronische aandoeningen: diabetes, hartfalen, cardiovasculair risico management, COPD, depressie en kanker. Deze functioneel omschreven zorgstandaarden geven aan waar goede zorg voor een specifieke aandoening tenminste aan moet voldoen, gezien vanuit patiëntenperspectief. Het bekostigingsstelsel zal daarop worden aangepast. Tegen deze achtergrond wordt deze vraag beantwoord.

De 1,9 miljoen is voor depressiepreventie en zelfmanagement. Naast deze 1,9 miljoen is er 2 miljoen euro in 2009 beschikbaar voor de «Beweegkuur».

Voor depressiepreventie is 0,7 miljoen euro beschikbaar gesteld aan het Trimbos instituut voor het innovatieprogramma depressiepreventie «Mentaal Vitaal». Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat preventie goed werkt om depressieve klachten te verminderen en om te voorkomen dat

depressie ontstaat. Depressiepreventie levert dus gezondheidswinst op. Via Mentaal Vitaal wil ik onder meer het bereik van depressiepreventie vergroten.

Via het ZonMw programma diseasemanagement is 1,2 miljoen beschikbaar voor het onderwerp zelfmanagement. In de kabinetsbrief «programmatische aanpak chronisch ziekten» (TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155) van 13 juni 2008 heb ik aangegeven veel te verwachten van zelfmanagement. Van verschillende zelfmanagement interventies is de effectiviteit aangetoond, maar voor veel andere interventies is dit nog niet onderzocht. Via het ZonMw programma diseasemanagement wordt de effectiviteit en toepasbaarheid van zelfmanagement verder onderzocht.

De 2 miljoen euro voor de «Beweegkuur» is voor het doen van het kosten-effectiviteitsonderzoek en het uitvoeren van de proefimplementaties in pilots. Het effect van bewegen op de gezondheid wordt door het RIVM onderzocht op basis van de internationale literatuur. Dit onderzoek wordt binnenkort in rapportvorm aangeboden. Op basis van eerdere rapportages verwacht ik dat het gezondheidseffect van bewegen positief is. Een prototype van de Beweegkuur wordt momenteel ontwikkeld en uitgetest door het NISB in de vorm van 7 pilots. Het kosten-effectiviteitsonderzoek op basis van het uiteindelijke prototype wordt vanaf begin 2009 uitgevoerd onder coördinatie van ZonMw.

102

*Er komt een experiment «Gezonde Wijk». Kan de minister aangeven wat de prestatie-indicatoren hiervoor zijn en wat de kosten hiervoor zijn? Het experiment wordt ingezet op het gebied van geïntegreerde zorg, sport en bewegen. Is dit alleen beschikbaar voor bewoners van de krachtwijken?*

Doel van de experimenten is de gezondheid van inwoners in de krachtwijken te verbeteren via een integrale aanpak gericht op gezonde bewoners, gezonde leefomgeving en een samenhangende eerstelijnszorg met preventief aanbod. Met deze experimenten willen we realiseren dat krachtwijken gezonde(re) wijken worden. Gemeenten die meedoen met de experimenten stellen ieder een eigen plan van aanpak op, waarin zij aangeven wat zij met deze experimenten willen bereiken (prestatie-indicatoren per gemeente) en hoe zij deze experimenten gaan uitvoeren. De gemeenten die meedoen met de experimenten Gezonde wijk hebben dit in hun charters – opgenomen. In de charters staan alle afspraken tussen rijk en gemeente in het kader van de aanpak krachtwijken, inclusief de hiervoor beschikbare middelen per stad (zie antwoord op vraag 107). Dat betekent dat uitvoering van de experimenten Gezonde wijk meeloopt (ook wat betreft financiering) met de overige activiteiten voor aanpak krachtwijken, waarvoor verwezen wordt naar de WWI-begroting. Deze experimenten vinden voornamelijk alleen in de krachtwijken plaats. De resultaten van deze experimenten zullen landelijk gevolgd worden, waarna effectieve werkwijze landelijk zullen worden uitgedragen.

103

*Waarom is er geen uitwerking terug te vinden in de begroting over de aanpak van de sociaal economische gezondheidsverschillen (motie-Van der Veen)? Ook in de passage over actieplan krachtwijken wordt deze motie niet genoemd. Hoe kan dit worden verklaard?*

De motie Van der Veen is genoemd in het onderdeel Moties van de Begroting. De bedoelde uitwerking is verder genoemd in de brief van 9 juli 2008 van de minister van VWS (TK 22 894, nr. 176). Daarin is beschreven dat op deze motie, in samenhang met de motie-Arib over allochtone gezondheidsverschillen, ik voornemens ben om in december 2008 een beleidsplan SEGV naar uw Kamer te sturen.



*Op welke wijze wordt uitvoering gegeven aan het amendement Kant op de Wet publieke gezondheidszorg? Krijgen de gemeenten daar voldoende middelen voor?*

Via het amendement Kant krijgen de gemeenten de wettelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de publieke gezondheidszorg ten behoeve van mensen ouder dan 65 jaar. Hierbij gaat het voor een belangrijk deel om preventieve activiteiten. Deze groep maakt vaak gebruik van bestaande voorzieningen zowel binnen de zorg (huisartsenzorg, thuiszorg) als daar buiten (maatschappelijke ondersteuning). Om afstemmingsproblemen te voorkomen, is het noodzakelijk dat gemeenten zoeken naar verbindingen met deze sectoren om hun nieuwe verantwoordelijkheid adequaat in te vullen. Dit betekent dat ze een helder beeld moeten hebben van bestaande activiteiten en de mogelijke lacunes. Wij willen daarom eerst een inventarisatie uitvoeren en hierover in overleg treden met veldpartijen, zoals de ouderenbonden, zorgaanbieders, VNG en GGD Nederland. Als de keuze voor de praktische invulling van het amendement bekend is, kan worden bepaald of gemeenten hiervoor voldoende middelen hebben.

Het is de bedoeling dat de Tweede Kamer medio 2009 over de stand van zaken nader wordt geïnformeerd. Dit betekent dat Artikel 5a van de Wpg, inzake ouderengezondheidszorg, niet eerder dan medio 2009 in werking kan treden. Dit wordt geregeld in het Besluit inwerkingtreding Wpg.

*Er komt een nieuw vierjarig innovatieprogramma om lokale bestuurders meer te betrekken bij het lokaal gezondheidsbeleid en om de openbare gezondheidszorg te verbeteren. Kan de minister aangeven wat de beoogde doelstellingen zijn, of hier prestatie-indicatoren voor zijn opgesteld, hoe de continuïteit wordt gewaarborgd (bijvoorbeeld bij vertrekkende wethouders na een verkiezing) en wat de kosten van dit programma zijn?*

Het programma is een gezamenlijk traject van VNG, GGD-Nederland en VWS. Op dit moment zijn deze partijen in overleg om het programma concreet uit te werken. Daarbij wordt uitgegaan van de volgende doelstellingen:

6. betere afstemming tussen landelijk en lokaal gezondheidsbeleid;
7. vergroten van betrokkenheid van lokale bestuurders bij het lokaal gezondheidsbeleid;
8. betere afstemming tussen gemeenten en GGD'en;
9. versterking van de GGD'en wat betreft taken, kennis en kunde;
10. betere lokale afstemming tussen openbare gezondheidszorg, curatieve zorg, WMO en langdurige zorg.

Voor de formulering van de bijbehorende prestatie-indicatoren wordt aangesloten bij de indicatoren van de IGZ mede ter beperking van administratieve lasten.

Het traject richt zich vooral op agendasetting, verspreiding van goede voorbeelden, ontwikkelen van praktische instrumenten en, indien nodig, het ondersteunen van lokale initiatieven. Bijvoorbeeld door bestaande en nieuwe ZonMw-programma's (waarvoor budget is gereserveerd) beter in te zetten om lokale activiteiten te versterken en meer samenhang te brengen tussen lokale initiatieven. Het streven is om het traject in het voorjaar van 2009 te lanceren. De focus ligt in eerste aanleg op een betere aanwending van de beschikbare financiële middelen door bestaande geldstromen beter op elkaar af te stemmen.

*Er wordt een tolk- en vertaalcentrum voor de gezondheidszorg voor 10,8 miljoen eurogefinancierd. Kan de minister aangeven wat de redenen zijn om dit centrum op te richten, wie de doelgroep is en welke doelstellingen de minister hiermee wil bereiken? Kan de minister aangeven welk percentage tolken aangetrokken worden voor Arabisch/Berbers/Turks?*

Het Tolk en Vertaalcentrum Nederland (TVcN) bestaat als voorziening al vele jaren en is sinds 2006 onderdeel van Manpower Business Solutions. VWS heeft op de begroting geld gereserveerd staan voor het afnemen van tolk- en vertaaldiensten bij TVcN voor patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn om tot een juiste diagnose/behandeling te komen. Met het beschikbaar stellen van tolk- en vertaaldiensten wil ik voorkomen dat gebrekkige communicatie invloed heeft op de kwaliteit van bijvoorbeeld diagnosestelling, therapie en gebruik van medicijnen. Het inschakelen van een tolk/vertaler kan de effectiviteit van de te verlenen zorg bevorderen en bijdragen aan een doelmatige aanwending van middelen.

Van het totaal aantal talen waarin voor VWS door TVcN in 2007 is bemiddeld heeft

- 17,2% betrekking op Arabisch (standaard en Marokkaans);
- 5,2% betrekking op Berbers (noord en zuid);
- 29,7% betrekking op Turks.

Verder verwijs ik u naar het antwoord op vraag 108.

*Wat zijn de kosten van het Actieplan Krachtwijken?*

In de brief van de minister van WWI van 31 mei 2008 (TK 2007–2008, 30 995, nr. 47) is aangegeven wat de kosten van het Actieplan Krachtwijken voor de WWI-wijkenbegroting zijn. Daarnaast zetten gemeenten en andere organisaties die actief zijn in de wijken, zoals woningcorporaties, scholen, jeugdzorg en politie ook extra middelen in om het Actieplan Krachtwijken uit te voeren. Met corporaties heeft de minister van WWI bijvoorbeeld een afspraak gemaakt over een additionele inzet van € 250 miljoen per jaar in de 40 krachtwijken. Deels wordt de inzet van gemeenten en andere door het rijk gesubsidieerde/gefinancierde instellingen weer gefinancierd uit de extra middelen die het kabinet via haar beleidsintensiveringen ter beschikking heeft gesteld aan gemeenten en andere organisaties. Daarnaast zetten organisaties via herprioritering eigen reguliere gelden in. Via de brief van de minister van WWI van 1 februari 2008 (TK 2007–2008, 30 995, nr. 40) is een totaal overzicht gegeven van de rijksintensiveringen, die de betrokken 18 gemeenten met de 40 krachtwijken ter beschikking hebben gekregen en die zij kunnen aanwenden voor de wijkenaanpak. Een totaaloverzicht van wat de kosten van het Actieplan Krachtwijken zal zijn, is als gevolg van deze zeer verschillende financieringsbronnen van de wijkactieplannen niet te geven.

De experimenten Gezonde wijk zijn onderdeel van de afspraken die gemeenten en rijk in de charters hebben gemaakt, inclusief de daarvoor beschikbaar middelen (zie ook antwoord op vraag 102).

Tijdens de Algemeen Politieke Beschouwingen op 25 september 2008 is een motie ingediend (motie) Hamer (PvdA) waarin de Tweede Kamer de regering verzoekt om de wijkaanpak extra te verbreden en financieel te ondersteunen door ondermeer in het kader van het Actieplan Beter (t)huis in de buurt het aantal wijkverpleegkundigen uit te breiden, te beginnen in de 40 krachtwijken. De hiervoor beschikbaar middelen (structureel 10 miljoen per jaar) zijn vooralsnog aan de begroting van WWI toegevoegd. VWS en WWI zoeken gezamenlijk naar manieren om de hiervoor beschikbare middelen zo eenvoudig en gericht mogelijk in te zetten.

De uitvoering van deze motie willen we in samenhang zien met de experimenten Gezonde wijk.

108

*Hoe vaak wordt er, opgesplitst naar taal, gebruik gemaakt van het tolk- en vertaalcentrum voor gezondheidszorg? Hoeveel gebruikers maken langer dan een jaar gebruik van de diensten van het tolk- en vertaalcentrum?*

In onderstaande tabel is een top 25 van het totaal aantal talen waarin voor VWS door TVcN in 2007 is bemiddeld, weergegeven:

1	Turks	38 418
2	Standaard Arabisch	11 224
3	Marokkaans Arabisch	10 991
4	Farsi	6 928
5	Berber Noord (Rifia)	6 525
6	Russisch	5 728
7	Frans	4 056
8	Servisch/Kroatisch	3 930
9	Dari	3 803
10	Spaans	3 644
11	Mandarijn	3 238
12	Somalisch	2 770
13	Armeens	2 732
14	Portugees	2 555
15	Pools	2 182
16	Sorani	1 866
17	Vietnamees	1 710
18	Tamil	1 536
19	Kantonees	1 379
20	Albanees	1 177
21	Engels	1 073
22	Kirmandji Overige landen	817
23	Pashto	763
24	Urdu	611
25	Lingala	558

Bij TVcN wordt niet bijgehouden voor welke individuele zorggebruiker de dienst wordt geleverd.

109

*De GGD'en voeren wettelijke preventietaken van gemeenten uit. Kan de minister aangeven hoe de uitvoering op dit moment verloopt? Hoe staat het op dit moment met de prestatie-indicator congruentie GGD'en/GHOR met veiligheidsregio's?*

Voor het 1e deel van de vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 75. Ten aanzien van uw vraag over de gebiedscongruentie tussen GGD en GHOR heb ik 13 oktober jongstleden uw Kamer een brief (met kenmerk PG/CBV-2879314) gestuurd over de stand van zaken territoriale congruentie GGD'en en de GHOR. Het proces tot congruentie en schaalvergroting van de GGD'en loopt volop en ik verwacht dat congruentie per 2010 haalbaar is. Ik zal de congruentie van de GGD met de veiligheidsregio als verplichting opnemen in de volgende tranche Wet Publieke Gezondheid.

110

*Wat wordt bedoeld met «het verbeteren van de opleiding van hulpverleners» inzake hulpverlening aan vrouwen die ongewenst zwanger zijn? In welke opzichten schieten deze hulpverleners nu te kort, waarop is de verbetering gericht? Waarop richt zich het ZonMW-onderzoek?*

Uit de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap uit 2005 kwam naar voren dat de hulpverlening aan ongewenst zwangere vrouwen zorgvuldig

is. De artsen en verpleegkundigen die zijn betrokken bij de hulpverlening schieten dus niet te kort.

Wel is het zo dat hulpvragen in de huidige maatschappij vaak meervoudig en complex zijn. Ook abortushulpverleners moeten scherp blijven op de zorg die ze leveren. Dit kabinet streeft in algemene zin naar meer zorgvuldigheid, betere zorg, en meer keuzemogelijkheden in de hulpverlening. Met het coalitieakkoord heeft het kabinet de taak op zich genomen de preventie te versterken. Ook binnen de abortushulpverlening verdient deze preventie speciale aandacht, zeker als het gaat om het voorkomen van herhaalde ongewenste zwangerschappen. De inspanningen van zowel de richtlijnontwikkeling, de onderzoeken van ZonMw als de aanpassingen aan de huidige opleiding zijn er dus op gericht om de preventie verder te versterken.

111

*Kan worden toegelicht waarom de evaluatie van diverse medisch-ethische wetten drie jaar gaat duren? Over welke wetten gaan die evaluaties? Wat is de startdatum? Wanneer zijn de diverse rapporten hierover bekend?*

In 2007 heeft ZonMw opdracht gekregen voor een meerjarig programma thematische wetsevaluatie. De bedoeling van dit programma is om aandacht te geven aan thema's die met name de rechtspositie cq. ethische vraagstukken rondom de positie van patiënt beïnvloeden, zoals die zijn vastgelegd in verschillende wetten als de WGBO, de Wet Bopz en de Wet op het Mentorschap en op welke wijze deze rechten door hulpverleners en andere betrokkenen – vertegenwoordigers van de cliënt bij voorbeeld – in de praktijk worden toegepast. Dit laatste programma is onlangs van start gegaan. Een eerste onderzoek dat op stapel staat is een onderzoek naar de positie van wilsonbekwame patiënten. Dit onderzoek zal naar verwachting begin 2010 worden afgerond.

112

*Heeft de minister buitenlandse voorbeelden voor ogen bij zijn plannen rond ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden? Zo ja, welke?*

Ten aanzien van mijn plannen voor een programmatische aanpak bij de ontwikkeling van zorgstandaarden voor chronische aandoeningen heb ik het RIVM gevraagd de internationale ontwikkelingen op dit terrein voor mij te monitoren. Ook in andere landen bestaat daar veel belangstelling voor en wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van bijvoorbeeld disease-management programma's. De lessen die we uit de monitor kunnen trekken zullen we natuurlijk meenemen in onze eigen beleidsvorming. Wat betreft het oprichten van een regieorgaan voor de ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden heb ik op dit moment geen concrete buitenlandse voorbeelden voor ogen die ik direct in het Nederlandse systeem zou kunnen en willen overnemen. Wel bieden buitenlandse voorbeelden mij de mogelijkheid om die opzet met de Nederlandse aanpak te vergelijken en op zoek te gaan naar verdere verbetermogelijkheden.

113

*Wat worden de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen met betrekking tot de 80 aandoeningen?*

Ik wil benadrukken dat ik niet bepaal wat de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen worden met betrekking tot de 80 aandoeningen. Het bureau Zichtbare Zorg faciliteert een proces waarin de belangrijkste stakeholders gezamenlijk bepalen wat voor een aandoening kwalitatief goede zorg is en met welke indicatoren dit gemeten zou kunnen worden. Deze partijen bepalen ook voor welke 80 aandoeningen indicatoren worden ontwikkeld. Een aandachtspunt hierbij is dat er in de totale set voor alle specialismen

een aantal aandoeningen zijn opgenomen. Het lukt niet om hiervan in compact bestek een uitputtend overzicht te geven. Voor de lijst met aandoeningen verwijs ik naar de website <http://www.zichtbarezorg.nl>. Hier is per aandoening zichtbaar welke indicatoren er per aandoening gebruikt kunnen worden. De aandoeningen waar het om gaat zijn: Adenotonsilliectomie, Angst en Depressie, Blaascarcinoom, Cataract, Chronische (rhino-) sinusitis, Coeliakie, Coloncarcinoom, COPD, CVA, Cystic Fibrosis, Decompensatio cordis, Diabetes mellitus, Heup en knie vervanging, Incontinentie bij de vrouw, Licht Traumatisch Schedelhersensletsel, Liesbreuk (Hernia inguinalis), Lumbosacraal radiculair syndroom, Mammacarcinoom, Parkinson, Perioperatieve voeding, Pijn bij de bevalling, Pijn bij Kanker, Reumatoïde Artritis, Sedatie buiten OK-complex, Slaapapneu (OSAS), Varices, Ziekte van Crohn en colitis ulcerosa.

Volledige bron:

[http://www.zichtbarezorg.nl/nl/home/ziekenhuizen/meetinstrumenten002/indica\\_toren-\(alfabetisch\)](http://www.zichtbarezorg.nl/nl/home/ziekenhuizen/meetinstrumenten002/indica_toren-(alfabetisch))

114

*De website kiesbeter.nl zal uitgebreid worden naar 80 aandoeningen. Kan de minister aangeven waarom deze website conform de brief van juli uitgeplaatst wordt bij het RIVM? Is dit enkel vanwege de reductie van het aantal fte's, of zijn er signalen van veldpartijen dat zij niet tevreden zijn over de huidige informatievoorziening via deze website?*

Sinds het ministerie van VWS in 2004 aan het RIVM gevraagd heeft om een portalorganisatie op te zetten voor vragen over zorg en gezondheid heeft er een grote cultuuromslag in de sector plaatsgevonden. De weerstand tegen verantwoording is verminderd en er komt steeds meer informatie over zorgaanbieders beschikbaar. Dit vraagt om een herbezinning op de rol van de overheid ten aanzien van het informeren van zorggebruikers. Andere partijen dan de overheid zijn beter in staat om informatie over de geleverde zorg te vertalen naar voor de zorggebruiker relevante en begrijpelijke informatie. Partijen als de Consumentenbond, Independer en specifieke cliënten- en patiëntenorganisaties moeten gelijke toegang hebben tot betrouwbare informatie om op doeltreffende wijze hun eigen doelgroep te informeren en te adviseren. Dit is aanleiding om het RIVM te vragen om kiesBeter over te plaatsen naar de markt. In de komende periode zal ik bezien of Kiesbeter geheel of slechts gedeeltelijk naar de markt moet worden gebracht. Dit hangt af van de wijze waarop ik mijn verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van gevalideerde informatie vormgeef. Over de voorwaarden voor de uitplaatsing zal ik met het RIVM in overleg treden.

115

*Onder de tabel op pagina 60 wordt duidelijk dat met de invoering van prestatiebekostiging intensiveringen en extensiveringen zijn gemoeid. Impliceert dit dat ziekenhuizen in de komende jaren in elk geval geen additionele taakstellingen hoeven te verwachten en hierop kunnen rekenen?*

De tabel op pagina 60 van de Begroting 2009 geeft weer welke premie-uitgaven zijn geraamd voor de in de begroting 2009 opgenomen nieuwe beleidsprioriteiten. Bij het onderdeel «prestatiebekostiging ziekenhuizen» staat in de tabel vermeld «n.v.t.». De redenen hiervoor zijn:

11. Op dit onderdeel zijn in de begroting 2009 geen nieuwe intensiveringen opgenomen.
12. De met de vigerende bekostigingssystemen te realiseren taakstellende efficiencybesparing van € 160 miljoen in 2008 oplopend tot structureel € 400 miljoen vanaf 2011 is reeds in de begroting 2008 verwerkt.
13. De kostenontwikkeling ziekenhuizen gaf ten tijde van het opstellen van

de begroting 2009 geen aanleiding tot het opnemen van een additionele taakstelling.

Of en onder welke omstandigheden er de komende jaren sprake zou kunnen zijn van additionele taakstellingen, heb ik aangegeven in mijn brief Prijsbeheersingsinstrument/maatstafstelsel van 8 september 2008 (TK 2007–2008, 29 248, nr. 52). De tabel op pagina 60 van de begroting 2009 impliceert derhalve niet dat er in komende begrotingen geen sprake meer zou kunnen zijn van additionele taakstellingen.

116

*Wat is de verhouding tussen de websites zichtbare zorg.nl en kiesbeter.nl? Is het de bedoeling deze sites in de toekomst te integreren? Zo nee, waarom niet?*

Het ligt op het eerste gezicht niet voor de hand om de websites kiesBeter.nl en zichtbarezorg.nl te integreren. De websites kennen ieder een eigen doel en doelgroep. De website zichtbare zorg richt zich op professionals in de zorg die de kwaliteit van hun zorg inzichtelijk willen maken. De website kiesBeter.nl bevat informatie voor burgers over zorg en zorgaanbod en biedt zorggebruikers de mogelijkheid om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken. KiesBeter maakt hiervoor onder meer gebruik van de kwaliteitsgegevens die via zichtbarezorg.nl worden verzameld.

117

*Wat is de stand van zaken m.b.t. de invoering van veiligheidsmanagementsystemen? Hoeveel ziekenhuizen hebben deze geïmplementeerd? Hoe is dat in de GGZ?*

Onderdeel van het veiligheidsprogramma «voorkom schade, werk veilig» is de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Ziekenhuizen doen dat aan de hand van de NTA 8009:2007, een NEN norm die in 2007 is vastgesteld. Alle ziekenhuizen hebben in het eerste kwartaal van 2008 een plan van aanpak aan de IGZ gestuurd waaruit blijkt dat zij aan de slag zijn om het VMS te implementeren. Op dit moment is onbekend hoeveel ziekenhuizen een operationeel VMS hebben. De IGZ zal echter eind dit jaar alle ziekenhuizen beoordelen in hoeverre het VMS gereed is. Voor de GGZ instellingen is de toets op het VMS vanaf begin 2009 ingebouwd in de HKZ certificering. Nagenoeg alle GGZ instellingen zijn HKZ gecertificeerd. Om het HKZ certificaat te behouden moeten zij ook het VMS implementeren. Hoewel HKZ certificering niet verplicht (maar wel gebruikelijk) is, zal het ontbreken van een VMS door IGZ ook bij de ggz instellingen worden gezien als strijdig met het leveren van «verantwoorde zorg».

GGZ Nederland heeft in haar plan patiëntveiligheid de doelstelling geformuleerd dat in 2011 80% van de HKZ gecertificeerde ggz-instellingen beschikken over een effectief operationeel VIM-systeem. Wat betreft de toepassing van het Veiligheids Management Systeem is een doelstelling geformuleerd dat eind 2008 de inbouw van de patiëntveiligheidseisen in het vernieuwde HKZ-certificatieschema ggz-instellingen is gerealiseerd.

118

*Ten aanzien van het aantal vermijdbare incidenten in ziekenhuizen stond op de begroting voor 2008 een reductie van 50% voor 2011. Op de begroting voor 2009 staat deze reductie voor de langere termijn, namelijk 2012. Kan de minister aangeven waarom de peildatum een jaar later is gelegd? Kan de minister aangeven of de doelstelling nog realistisch is, gezien de streefwaarde voor 2009 (28 500), wat er op neer komt dat er in 5 jaar een reductie is geweest van 1500?*

Er is hier *geen* sprake van een inhoudelijke beleidswijziging: het streven is altijd geweest de vermijdbare onbedoelde schade in 5 jaar met 50% te reduceren. Om dit te bereiken is het veiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig» ontwikkeld. Het programma is begin 2008 gestart en loopt tot eind 2012. Wat betreft het tempo van de daling van het aantal vermijdbare incidenten het volgende. Hoewel de metingen alweer van enige tijd geleden zijn, worden de verbeter-interventies nog maar net uitgerold. Zo zullen alle ziekenhuizen aan het eind van dit jaar over een VMS kunnen beschikken. De effecten van het VMS en van de specifieke thema's (postoperatieve wondinfectie, medicatieveiligheid enzovoorts), zullen de komende periode merkbaar worden. Gelet daarop is het reëel dat op de korte termijn nog maar een kleine daling te verwachten is. Voor mij is het belangrijkste dat we met de ingezette activiteiten zodanige resultaten boeken dat het einddoel per 2012 gerealiseerd wordt. Er zal gemonitord worden hoe actief ziekenhuizen aan de slag zijn gegaan én door een herhaling van het onderzoek naar vermijdbare schade (door status-onderzoek) wordt gekeken of we halverwege die periode ook inderdaad op de goede weg zijn. Als dat niet het geval is zal ik mij beraden welke stappen er gezet moeten worden om de doelstelling 50% per 2012 alsnog te realiseren.

119

*Ten aanzien van de vermijdbare sterfte in ziekenhuizen geldt dat de peilwaarde van 2004 ten opzichte van de streefwaarde van 2009 een reductie van 87 heeft opgeleverd. Is de minister van mening dat de lange termijn doelstelling van 2012 (wat vorig jaar nog voor 2011 op de begroting stond) van 50% reductie gehaald gaat worden?*

Ik ben zeker de mening toegedaan dat de 50% reductie op langere termijn gehaald kan worden. Mijn inzet is dat hij ook gehaald moet worden en ik zet daarbij in op 2012. Verbetering van veiligheid in ziekenhuizen vergt een structurele aanpassing van verschillende processen in de instellingen. We zetten er nu op in om het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) al op heel korte termijn (d.w.z. voor het einde van 2008) geïmplementeerd te krijgen. Daarnaast zullen ziekenhuizen door deelname aan de tien verschillende thema's uit het veiligheidsprogramma hun vermijdbare schade en sterfte kunnen reduceren. We zullen monitoren hoe actief ziekenhuizen hiermee aan de slag zijn gegaan én zullen door een herhaling van het onderzoek naar vermijdbare schade (door dossieronderzoek) kunnen monitoren of we na twee jaar ook inderdaad op de goede weg zijn. Als dat niet het geval is zal ik mij beraden welke stappen er gezet moeten worden om de doelstelling 50% per 2012 alsnog te realiseren. Er is ook geen sprake van een beleidswijziging als gevolg waarvan de termijn doorschuift: de ook genoemde datum van 2011 berust op een eenmalige miscommunicatie.

120

*Via de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte wordt bijzondere aandacht besteed aan de wijze waarop verloskundige zorg en kraamzorg gericht op hoogrisicogroepen verleend moet worden, hiervoor is 0,4 miljoen euro beschikbaar, is dit om de «kwaliteit van perinatale zorg migranten en in achterstandswijken» te bevorderen?*

Ja, de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte is ingesteld om de gehele verloskundige keten door te lichten, ten einde aanbevelingen te kunnen doen voor verbetering van proces en organisatie. In het bijzonder wordt daarbij aandacht besteed aan de specifieke problematiek in achterstandswijken, met name in relatie tot migranten.

Medication review is erop gericht onnodige polyfarmacie terug te dringen. De activiteiten op dit terrein vallen derhalve deels samen met activiteiten gericht op het terugdringen van polyfarmacie. Het maartnummer van het Pharmaceutisch Weekblad bevat een uitgebreid overzicht. Dat leert dat er rond de 23 initiatieven (maart 2008) op dit terrein zijn. De trajecten kennen een grote variëteit in diepgang en aanpak. Het initiatief dat wordt uitgevoerd door LLOYDS Apotheken, in nauwe samenwerking met de KNMP, de verzekeraars Achmea en Menzis en het farmaceutische bedrijf AstraZeneca bevat ook een onderzoekscomponent, uitgevoerd door het SIR (Institute for Pharmacy, practice and policy). Resultaten uit studies in het buitenland, maar ook de eerste resultaten van de hiervoor genoemde pilot laten zien dat medication review positief resultaat heeft op de medicatieveiligheid. De (tussentijdse) onderzoeksresultaten worden in 2009 verwacht, de definitieve resultaten in 2010. In het kader van de uitkomsten van het Harm-onderzoek heb ik een traject met DGV, NHG, Winap en Actiz in gang gezet om onder de grootste risicogroep – de bewoners van verzorgingshuizen die vijf geneesmiddelen of meer gebruiken – medication review te faciliteren. Cruciaal is in dit verband dat apothekers en artsen richting zorgverzekeraar goed duidelijk kunnen maken welke (gezondheids)winst hiermee kan worden geboekt zodat hierover concrete resultaatsafspraken kunnen worden gemaakt.

122

*De aanbevelingen van commissie De Smet worden overgenomen en risico's van het verkrijgen van geneesmiddelen worden daarin ook genoemd. Hoe is in dit verband de stand van zaken m.b.t. het onderzoek naar de indeling van NSAID's?*

Begin 2009 wil het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een heldere invulling van de wettelijke systematiek beschikbaar hebben om de betrokken producten concreet te beoordelen. Dit traject moet uiteraard met de nodige zorgvuldigheid worden vormgegeven.

123

*Wat is de stand van zaken wat betreft de pilots medication review?*

Zie het antwoord op vraag 121

124

*Er wordt in 2009 een Regieorgaan kwaliteit en veiligheid ingesteld. De oprichtingskosten hiervoor bedragen 1,6 miljoen euro. Kan de minister aangeven waarom een dergelijk orgaan nodig is, en wie de financiering op lange termijn overneemt, gezien de geraamde begrotingsuitgaven in de tabel op pagina 72, waarin 1 miljoen euro wordt gereserveerd, maar niets voor de jaren erna?*

Voor de redenen voor opstart van het regieorgaan verwijs ik naar het antwoord op vraag 43. In de begroting voor 2009 is in totaal € 1,6 miljoen gereserveerd voor het regieorgaan. Deels is dit bedrag bedoeld voor vacatievergoedingen en bureauondersteuning, deels voor onderzoek- en ontwikkelingsactiviteiten. Voor de jaren na 2009 is in de begroting € 0,6 miljoen gereserveerd voor het regieorgaan (zie tabel op pagina 72, onder Opdrachten). Aan de hand van de ervaringen in 2009 zal ik bezien of de middelen toereikend zijn.



125

*Hoe vaak komt het voor dat potentiële donoren met een positieve aantekening in het Donorregister toch niet als donor kunnen worden gebruikt omdat nabestaanden zich sterk tegen de orgaandonatie verzetten?*

Uit het jaarverslag van de Nederlandse Transplantatie Stichting over 2007 blijkt dat dit in 2007 bij 5% van de potentiële donoren is voorgekomen.

126

*Hoeveel meer orgaandonoren worden er verwacht naar aanleiding van de nieuwe vijfde keuzemogelijkheid in het Donorregistratiesysteem?*

Het toevoegen van de vijfde keuze leidt vermoedelijk tot een toename van het aantal geregistreerde donoren. Dit leidt ik af uit het feit dat in het Masterplan de «ja, mits-keuze» is meegenomen bij het onderzoek naar een ADR-variant. Daaruit blijkt dat bijna 40% van de niet-geregistreerden kiest voor de «ja, mits-optie». De nieuwe vijfde keuzemogelijkheid staat echter niet op zichzelf. De groei in het aantal postmortale transplantaties wordt naast een toename van het aantal geregistreerde donoren veroorzaakt door een pakket aan maatregelen, zoals voorgesteld in het Masterplan Orgaandonatie. Met uitzondering van de keuze voor het systeem, worden alle voorgestelde maatregelen overgenomen door het kabinet.

127

*Kan de 35 miljoen euro worden verklaard die nodig is om een nieuwe beslissysteem in te voeren? Waar wordt die 35 miljoen euro aan besteed? Kan dit overzichtelijk worden weergegeven?*

De kosten bij het donorregister voor de aanschrijving van ongeveer 12,5 miljoen inwoners bedragen circa € 24 miljoen, de kosten voor voorlichting over het nieuwe systeem bedragen circa € 4 miljoen. Rekening houdend met een maximaal bedrag van € 7 miljoen voor het verwerken van de aanschrijvingen, is begroot dat een systeemwijziging maximaal 35 miljoen euro zal gaan kosten, waarbij er van uit is gegaan dat alle ingezetenen, dus ook de reeds geregistreerden boven 18 jaar, worden aangeschreven.

128

*De prestatie-indicator percentage bevolking dat binnen 30 minuten een SEH afdeling met de auto kan bereiken ligt lager dan de gerealiseerde streefwaarde van 2006. Kan de minister dit verklaren?*

In de begroting staat een normtijd voor de bereikbaarheid van de SEH per auto van 30 minuten opgenomen. Echter, de streefwaarde voor de bereikbaarheid per ambulance van de plaats van het ongeval naar een SEH bedraagt 25 minuten. Dit aantal minuten maakt deel uit van de totale normtijd van 45 minuten norm die geldt voor de ambulancebereikbaarheid (15 minuten aanrijtijd, 5 minuten stabilisatie en 25 minuten rijtijd naar de dichtstbijzijnde SEH). De acute ziekenhuiszorg is in Nederland hiermee zeer goed bereikbaar. Uit de analyse van het RIVM uit 2006 blijkt 98,8% van de Nederlandse bevolking binnen de normtijd van 45 minuten per ambulance toegang te hebben tot de acute ziekenhuiszorg. Dit percentage is dan ook als minimum lange termijn streefwaarde voor de 45 minutennorm bedoeld, in tegenstelling tot de abusievelijk in de begroting vermeldde 30 minuten. Uit de onlangs door het RIVM uitgevoerde actualisatie met als peildatum 1 januari 2008 blijkt dit percentage inmiddels verder te zijn gegroeid naar 99,6%.

129

*Het stagefonds wordt met 10 miljoen euro verhoogd met de onderuitputting van de gelden afkomstig uit de motie Van Geel. Kan worden aangegeven hoe hoog het beroep op dit stagefonds is en of daar de gelden wel zullen worden aangewend of ook onderuitputting dreigt?*

Voor het stagefonds maken we gebruik van gegevens van de onderwijsinstellingen. Op basis van deze gegevens is per zorginstelling vastgesteld hoeveel stageplaatsen er in het studiejaar 2007–2008 zijn gerealiseerd. Alle instellingen hebben een overzicht gekregen van de door hen gerealiseerde stageplaatsen, dat als basis voor de subsidieaanvraag gebruikt kan worden. De vergoeding per stageplaats is zodanig berekend dat – gegeven het totaal aantal gerealiseerde stageplaatsen – het totale budget voor het stagefonds gebruikt wordt. Als alle instellingen de aanvraag tijdig indienen (vóór 24 oktober 2008) zal het beschikbare budget volledig opgaan. Op dit moment is nog niet bekend in welke mate dat zal gebeuren. De verwachting is echter dat het volledige budget benut zal worden.

130

*Zijn er inmiddels eenduidige minimumnormen voor de bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg ontwikkeld en zo ja welke?*

In mijn «Kiezen voor kwaliteit en bereikbaarheid» (juni 2008) heb ik partijen gevraagd om binnen een jaar eenduidige normen te ontwikkelen ten aanzien van de fysieke bereikbaarheid van acute huisartsenzorg en tevens de telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg. Dit betekent dat in 2010 de zorg op basis van deze normen zodanig is georganiseerd, dat deze normen zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenden gehaald kunnen worden. Dit geldt voor zowel de spoed als de minder spoed oproepen. De Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hanteren in hun richtlijnen een norm van 30 seconden voor spoedoproepen. De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) hanteert voor minder spoedoproepen een norm van twee minuten. De sector zal deze door de IGZ geformuleerde normen moeten overnemen of een «betere» norm moeten formuleren en implementeren. De ruimte om met een andere norm voor de twee minuten te komen lijkt groter dan de norm voor spoedoproepen. In ieder geval zal de bereikbaarheid in 2010 moeten zijn verbeterd.

131

*Functionele integratie SEH en HAP. In hoeveel ziekenhuizen is hiervan al sprake? Wat zijn de belemmeringen?*

Op dit moment is in 40% van de ziekenhuizen sprake van een integratie van SEH en HAP. De belemmeringen om te integreren zitten voornamelijk in de huidige wijze van bekostigen. Ik ben hier nader op ingegaan bij vraag 40.

132

*Welke belemmeringen zijn er voor substitutie van tweedelijns door eerstelijnszorg?*

De belangrijkste belemmeringen zitten vooral in de bekostiging en risicoverevening. Op dit moment wordt de zorg namelijk op uiteenlopende wijze bekostigd en gefinancierd. In de tweedelijns somatische zorg vindt bekostiging met name plaats op basis van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) en in de AWBZ wordt de zorg in de toekomst grotendeels bekostigd op basis van Zorg Zwaarte Pakketten (ZZPs). In de eerste lijn zijn hoofdzakelijk tarieven per verrichting per beroepsgroep<sup>1</sup>. DBC's in ziekenhuizen kunnen nu (op een enkele uitzondering na) alleen geopend

---

<sup>1</sup> Met uitzondering van huisartsenzorg en verloskundige zorg.

worden door specialisten en niet door eerstelijns zorgaanbieders zoals bijvoorbeeld huisartsen. Omgekeerd kunnen ziekenhuizen geen huisartsen-consult declareren. Daarbij zijn de tarieven in de eerstelijns nauwelijks gelabeld aan het type zorgvraag. Het is dus niet duidelijk wat de huisarts voor zorg levert voor dit consult of het inschrijftarief. Ook worden in sommige gevallen dezelfde prestaties geleverd, maar op verschillende wijze bekostigd, afhankelijk van welke zorgaanbieder deze zorg levert. Door deze huidige heterogene wijze van het financieren van zorg kan voor een zorgverzekeraar dus een risico bestaan dat prestaties tweemaal bij hem in rekening worden gebracht. Bij hartfalen bijvoorbeeld zullen huisartsen of zorggroepen cq. ketens met diverse hulpverleners een groot deel van de zorg goed kunnen overnemen van de specialisten in het ziekenhuis. Op dit moment zal iedere handeling die deze aanbieders voor de aandoening hartfalen uitvoeren in de bekostiging niet of nauwelijks gelabeld zijn aan die aandoening. De huisarts levert deze zorg voor het inschrijf- en consulttarief. De fysiotherapeut voor een zitting en dergelijke. Echter, de specialist opent wel een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) die gericht is op de aandoening hartfalen, terwijl hij de patiënt door substitutie door de eerstelijnszorgverleners nog maar twee keer ziet. Ook kan het zo zijn dat dezelfde prestaties in de ene sector een vrij tarief kennen, terwijl men in een andere sector gebonden is aan maximumtarieven. De prijs van die behandeling in het ziekenhuis ligt vaak hoger dan in de eerstelijnszorg. Tevens maken de gehanteerde maximumprijzen in de eerstelijnszorg het niet makkelijk om de gesubstitueerde zorg uit de tweede lijn te verdisconteren in die tarieven. Ik zal de komende periode stappen om deze substitutiebelemmeringen op te lossen. Ik zal u daar zo spoedig mogelijk over informeren.

Tot slot is de risicodragendheid van verzekeraars in de tweede lijn kleiner dan in de eerstelijns, waardoor substitutie belemmerd wordt. Overigens is door de invoering van het deelbedrag «kosten b-dbc's in de risicoverevening», in 2009, een belangrijk deel van deze belemmering weggenomen. De nacalculatie op dit deelbedrag bedraagt in 2009 nog slechts 15%, in 2010 zal er op dit deelbedrag niet meer nagecalculeerd worden en zal voor deze prestaties in de risicoverevening voor verzekeraars geen belemmering meer zijn voor substitutie.

Resumerend, de schotten in de bekostiging, zowel binnen de zogenoemde eerstelijnszorg, als wel tussen de eerstelijnszorg, de tweedelijnszorg, AWBZ-zorg en de WMO-gerelateerde zorg belemmeren dus op deze wijze de substitutie van zorg tussen de genoemde disciplines. Door de stappen die ik gezet heb in de risicoverevening voor verzekeraars is echter wel een stap gezet in de opheffing van de belemmeringen die voor de gewenste substitutie bestaan.

133

*Het is de ambitie om spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen binnen 3 jaar functioneel te integreren met een huisartsenpost uit de regio van de betreffende ziekenhuizen. Kan de minister aangeven hoe dit zich beleidsmatig en budgettair vertaalt?*

Zie het antwoord op vraag 40

134

*Voor de compensatie van zorgkosten illegalen is een bedrag gereserveerd van 45,7 miljoen euro. Kan de minister aangeven wat de onderbouwing is van dit bedrag? Hoe kunnen illegalen gebruik maken van AWBZ-instellingen (wat 15,5 miljoen euro van het bedrag van 45,7 miljoen euro inhoudt)?*

In de VWS-begroting voor het jaar 2008 was voor vergoeding van medisch noodzakelijke zorg aan in betalingsonmacht verkerende illegalen

een (structureel) bedrag van € 44,2 miljoen beschikbaar (zie de tabel met geraamde begrotingsuitgaven op pagina 66). Zoals geldt voor alle loon-gevoelige budgetten op de VWS-begroting, is in het voorjaar van 2008 ook aan dit budget de loonbijstelling tranche 2008 toebedeeld. Dit betrof een structureel bedrag van € 1,5 miljoen, waardoor in de begroting 2009 een structureel bedrag van € 45,7 miljoen voor zorg aan illegalen staat vermeld.

Dit bedrag is als volgt opgebouwd:

- € 22,9 miljoen voor ziekenhuiszorg (afkomstig uit de beleidsregel dubieuze debiteuren, die is bedoeld om (een deel van de) oninbare vorderingen van onder meer ziekenhuizen te bekostigen in het geval zij, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten.);
- € 15,5 miljoen voor AWBZ-zorg;
- € 7,3 miljoen voor eerstelijnszorg (bedrag van de jaarlijkse subsidie aan Stichting Koppeling, die met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel komt te vervallen).

Met betrekking tot de vraag hoe illegalen gebruik kunnen maken van AWBZ-instellingen deel ik u mee dat illegalen toegang hebben tot medisch noodzakelijke zorg. Zorgaanbieders zullen aan illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen op grond van de professionele verantwoordelijkheid medisch noodzakelijke zorg verlenen, inclusief AWBZ-zorg. In beginsel zullen illegalen daarvoor de rekening gepresenteerd krijgen. Als zij die rekening niet zelf kunnen betalen (of hun wettelijk vertegenwoordiger voor hen) kunnen zorgaanbieders onder voorwaarden een bijdrage in de oninbare vordering vragen als het zorg betreft als bedoeld in (artikel 11 van de Zvw of) artikel 6 van de AWBZ.

135

*Welke zorg wordt er verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen door eerstelijnszorgaanbieders, ziekenhuizen en AWBZ-instellingen?*

Nederland kent geen wetgeving die het verlenen van medische zorg aan wie dan ook verbiedt. Als illegalen behoefte hebben aan medische zorg zijn zorgaanbieders uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid gehouden om in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg te verlenen. In beginsel zullen illegalen daarvoor zelf de rekening gepresenteerd krijgen. Als zij die rekening niet zelf kunnen betalen (of hun wettelijk vertegenwoordiger voor hen) zullen zorgaanbieders onder voorwaarden een bijdrage in de oninbare vordering kunnen vragen als het zorg betreft als bedoeld in artikel 11 van de Zvw of artikel 6 van de AWBZ. Dit is opgenomen in het wetsvoorstel dat een bijdragemogelijkheid regelt voor zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg verlenen aan in betalingsonmacht verkerende illegalen.

136

*Is het mogelijk dat er in betalingsonmacht verkerende illegalen zijn die een indicatie hebben voor langdurig verblijf in een AWBZ-instelling? Zo ja, hoeveel illegalen verblijven in AWBZ-instellingen en betalen zij een eigen bijdrage?*

Het CIZ indiceert in voorkomende gevallen ook een illegaal persoon. Indien diens status als «illegaal» bekend is bij het CIZ (bijv. via degene die hem aanmeldde) dan geeft het CIZ deze informatie door aan het zorgkantoor. Het CIZ toetst niet of een aanvrager legaal of illegaal verblijft. Het is bij ons niet bekend hoeveel illegalen in AWBZ-instellingen verblijven. Een illegaal is niet AWBZ-verzekerd, dus zal hij de volledige kosten van het verblijf in AWBZ-instellingen zelf moeten betalen. De eigen

bijdrageregeling geldt voor AWBZ-verzekerden en dat is een illegaal nu eenmaal niet. Daarom kan de AWBZ eigen-bijdrageregeling ook niet op een illegaal van toepassing zijn. Als de illegaal de kosten niet kan betalen aan de instelling, kan de instelling, na aanvaarding en inwerkingtreding van het wetsvoorstel stroomlijning financiering medisch noodzakelijke zorg aan illegalen (Kamerstukken 2007/08, 31 249, nrs 1–2 en verder), in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten.

137

*Is het mogelijk dat er in betalingsonmacht verkerende illegalen zijn die een donororgaan krijgen? Zo ja, hoeveel gevallen zijn er bekend van in betalingsonmacht verkerende illegalen die een donororgaan krijgen?*

Als illegalen behoefte hebben aan medische zorg zijn zorgaanbieders uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Dit geldt ook als die medisch noodzakelijke zorg een orgaantransplantatie betreft. Mij is niet bekend of er in betalingsonmacht verkerende illegalen zijn die een donororgaan hebben ontvangen. In beginsel zullen illegalen voor een orgaantransplantatie zelf de rekening gepresenteerd krijgen. Als zij die rekening niet zelf kunnen betalen (of hun wettelijk vertegenwoordiger voor hen) zullen zorgaanbieders onder voorwaarden een bijdrage in de oninbare vordering kunnen vragen als het zorg betreft als bedoeld in artikel 11 van de Zvw of artikel 6 van de AWBZ. Dit is opgenomen in het wetsvoorstel dat een bijdragemogelijkheid regelt voor zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg verlenen aan in betalingsonmacht verkerende illegalen.

138

*Er worden meer middelen beschikbaar gesteld voor zorg aan in betalingsonmacht verkerende illegalen dan in de vorige begroting, waar komt deze groei vandaan?*

In de VWS-begroting voor het jaar 2008 was voor vergoeding van medisch noodzakelijke zorg aan in betalingsonmacht verkerende illegalen een (structureel) bedrag van € 44,2 miljoen beschikbaar (zie de tabel met geraamde begrotingsuitgaven op pagina 66). Zoals geldt voor alle loon-gevoelige budgetten op de VWS-begroting, is in het voorjaar van 2008 ook aan dit budget de loonbijstelling tranche 2008 toebedeeld. Dit betrof een structureel bedrag van € 1,5 miljoen, waardoor in de begroting 2009 een structureel bedrag van € 45,7 miljoen voor zorg aan illegalen staat vermeld.

139

*Het ZorgInnovatiePlatform is volgens de website inmiddels opgericht. Een duidelijk werkprogramma staat op dit moment niet op de website en ook niet in de begroting. Kan de minister aangeven wanneer dit programma aan de Kamer voorgelegd wordt? Hoe zijn de ervaringen met het zorg-innovatiepunt tot dusver?*

Medio 2009 zal het ZIP haar lange termijn visie op innovatie presenteren. Daarin wordt ingegaan op de rol van innovatie om de uitdagingen van de toekomst aan te kunnen. Ook wordt ingegaan op de vraag hoe de innovatiekracht en opschaling van innovaties concreet kunnen worden versterkt en welke voorname belemmeringen moeten worden aangepakt. Dit gebeurt aan de hand van de volgende thema's: (1) een analyse van de arbeidsmarkt, (2) een sterkere inzet op arbeidsbesparende technologie en ICT, (3) totaal nieuwe zorgconcepten en sociale innovatie, (4) medische technologie, (5) inzet op de top 6 chronische ziekten door ondermeer zorgstandaarden en zelfmanagement, en (6) identificeren van (financiële)

belemmeringen in de stelsels en het introduceren van (financiële) prikkels. Concreet gaat het bij financiële prikkels om bijvoorbeeld de uitwerking van innovatie-vouchers en een voorinvesteringsfonds voor de zorgsector.

Parallel aan deze lange termijn visievorming zijn op korte termijn diverse trajecten in werking gezet. Denk hierbij ondermeer aan een uitgebreid communicatietraject, waaronder een landelijke event en regionale tour in 2009 en een vernieuwde website met netwerkfunctie. Op dat laatste kunnen zorginnovatoren een profiel aanmaken, hun innovaties publiceren en in contact komen met en reageren op andere zorginnovatoren. Voorts zal met de ZorgInnovatieWijzer nauw worden samengewerkt. Ook wordt gewerkt aan een specifiek innovatieplan voor de V&V-sector, waarbij wordt aangesloten bij ondermeer de bestaande Transitieprogramma's in de langdurige zorg. Ten behoeve van intersectorale zorginnovatie wordt de Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid uitgewerkt naar een programma. Een laatste voorbeeld, waardoor concrete vernieuwing van de grond gaat komen, is het starten en ondersteunen van experimenten. Binnenkort wordt bijvoorbeeld gestart met een op opschaling gerichte proef naar Telemedicine en ICT guided diseasemanagement bij hartfalen; een initiatief van het Martini Ziekenhuis en UMCG in samenwerking met acht andere ziekenhuizen, gericht op gedragsverandering, netwerkgerichte zorg in de thuissituatie en ondersteund door ICT en eHealth.

140

*Hoeveel gaat de regering meer uitgeven aan voorlichting t.a.v. orgaan-donatie ten opzichte van het jaar 2008, en hoeveel meer voor donor-werving?*

Ten opzichte van 2008 wordt in 2009 2,01 miljoen euro meer uitgegeven aan voorlichting en 0,5 miljoen euro meer aan donorwerving.

141

*Is 1,745 miljoen euro voor voorlichting voldoende om 25% meer donoren over de streep te trekken?*

Het totale bedrag voor voorlichting bedraagt in 2009 4,7 miljoen euro. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 67. Niet alleen de voorlichting, maar ook de dringende oproep vanuit de overheid om donor te worden, de maatregelen in de ziekenhuizen en de voorgestelde systeemwijziging zullen gezamenlijk moeten leiden tot de toename van 25% van het aantal postmortale transplantaties. Toename van het aantal getransplanteerde organen is het doel van mijn beleid.

142

*De toegankelijkheid van de aanvullende verzekering is niet veranderd maar gemeld wordt wel dat enkele zorgverzekeraars een meer restrictief beleid hanteren voor aanvullende verzekeringen; in hoeverre wordt de aanvullende verzekering als selectiemechanisme gebruikt?*

Uit de NZa-monitor zorgverzekeringsmarkt 2008 blijkt dat enkele zorgverzekeraars in vergelijking met 2007 meer medische selectie hebben ingevoerd voor de meest uitgebreide aanvullende pakketten en de duurste tandartsverzekeringen. Het uiteindelijke effect daarvan is volgens het NZa-onderzoek echter marginaal. Geen van de geënquêteerde verzekeren die serieus een overstap overwoog, heeft hiervan afgezien omdat hij door de verzekeraar werd geweigerd. Het aantal verzekerden dat niet is overgestapt uit vrees niet te worden geaccepteerd is met 0 tot 1% gelijk gebleven.

143

*Het wetsvoorstel wanbetalers wordt aan de Kamer voorgelegd. Het CVZ zal deze regeling gaan uitvoeren. Is de streefwaarde van 190 000 voor 2011 niet weinig ambitieus, omdat de streefwaarde van 2009 200 000 is?*

De doelstelling van de voorgestelde wetswijziging wanbetalers is dat de inning van de (hogere) bestuursrechtelijke premie en de inhouding op het inkomen (bronheffing) preventief werkt en dat het aantal wanbetalers daardoor snel zal afnemen. Men betaalt immers liever de goedkopere premie aan de zorgverzekeraar. In het wetsvoorstel wordt daarom rekening gehouden met een afname van per saldo 50 000 wanbetalers per jaar. Anderzijds is het mijn voornemen om onverzekerden vanaf 2010 actief op te sporen. Een wetsvoorstel voor de opsporing van onverzekerden is hiervoor in voorbereiding. Deze opsporing kan er uiteindelijk toe leiden dat betrokkenen ambtshalve onder worden gebracht bij een zorgverzekeraar, waarbij op hen tijdelijk het bestuursrechtelijke premieregime van toepassing zal zijn dat is voorzien in het wetsvoorstel «structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering». Als gevolg hiervan zal naar verwachting juist een toename van het aantal wanbetalers optreden. Naar verwachting zijn afname en toename tot en met 2011 ongeveer even groot.

144

*Hoeveel onverzekerden waren er op 1 mei 2008? Hoe groot is de schadelast die veroorzaakt wordt door de groep onverzekerden? Hoeveel mensen met een (basis)zorgverzekering met een betalingsachterstand van meer dan drie maanden zijn er? Hoe groot is de schadelast die veroorzaakt wordt door deze groep wanbetalers?*

Het aantal onverzekerden op 1 mei 2008 is nog niet bekend. Het Centraal Bureau voor de Statistiek kan het aantal onverzekerden per 1 mei 2008 pas op 1 mei 2009 vaststellen, omdat dan pas de benodigde bestanden voorhanden zijn.

Op 31 december 2007 waren er 231 000 onverzekerden, waarvan circa 40 000 onverzekerde kinderen onder de 18 jaar die gratis kunnen worden verzekerd. Met een aantal van circa 190 000 onverzekerden van 18 jaar of ouder is een bedrag gemoeid van ruim € 200 miljoen per jaar aan gedeelde premies.

Bij brief van 3 maart 2008 heeft de regering aan de beide Kamers het Plan van aanpak inzake het terugdringen van onverzekerden gezonden: doelgroepgerichte voorlichting en actieve opsporing van onverzekerden door bestandsvergelijking. Een wetsvoorstel waarin de in dat Plan van aanpak genoemde maatregelen worden uitgewerkt, is in voorbereiding. Hoeveel mensen er zijn met een betalingsachterstand van 3 maandpremie voor de (basis)zorgverzekering is niet bekend. Op 31 december 2007 waren er 240 250 verzekerden waarvoor de verzekeringspremie al langer dan 6 maanden niet was betaald. Hiermee is een bedrag gemoeid van ongeveer € 220 miljoen per jaar aan gedeelde premies. Momenteel onderzoek ik de mogelijkheden om inzicht te kunnen krijgen in de zorgkosten van de wanbetalers.

145

*Er is 1,6 miljoen euro begroot voor doelgroepgerichte voorlichting in 2009 aan onverzekerden. Wat is de verwachting ten aanzien van het aantal onverzekerden? Hoeveel onverzekerden zullen zich naar verwachting wel gaan verzekeren na deze voorlichting?*

Op 1 mei 2006 waren er 240 000 onverzekerden. Om onverzekertheid te voorkomen zijn maatregelen in de voorlichtings sfeer getroffen.

Per 1 mei 2007 bleek een lichte afname van het aantal onverzekerden naar 231 000. Om het aantal onverzekerden verder terug te dringen vindt doelgroepgerichte voorlichting plaats, door onder meer de Stichting de Ombudsman. Gezien het voorgaande valt een verdere daling van het aantal onverzekerden te verwachten.

146

*De SVB bouwt aan een bestand van alle verzekeringsplichtigen om onverzekerden op te sporen. Van de bestanden van welke instanties wordt hierbij gebruik gemaakt?*

De SVB treft op dit moment voorbereidingen voor het bouwen van een bestand van alle AWBZ-verzekerden. Naar verwachting zal in 2009 dit bestand worden gevuld. Daarvoor zal de SVB in eerste instantie gebruik maken van gegevens uit de gemeentelijke basisadministratie (gba) en de polisadministratie UWV.

147

*Is de regering bereid grondige studie te verrichten naar de problemen die gewetensbezwaarden ten aanzien van verzekeren ondervinden als gevolg van het nieuwe zorgstelsel, ten aanzien van onder meer DBC's en de tarieven voor huisartsenzorg? Wil de regering de Kamer hierover voor het einde van het jaar berichten?*

De NZa heeft regels opgesteld wanneer en aan wie gedeclareerd kan worden en welke informatie op de factuur moet staan. Die regels gelden voor alle declaraties van Zvw-zorg, ongeacht de wijze van declaratie (elektronisch of op papier) en ongeacht aan wie de factuur wordt gestuurd (de verzekeraar of de patiënt) en ongeacht wie de factuur verstuurt. Voor patiënten die de kosten van de zorg zelf betalen en niet declareren bij de zorgverzekeraar gelden de tarieven dus onverkort en daarmee de regels over de declaratie ook.

Ik wil geen verschil maken in tarieven voor verzekerde patiënten en patiënten die niet verzekerd zijn vanwege gemoedsbezwaren. In beide gevallen dienen zoveel mogelijk reële tarieven in rekening te worden gebracht.

De NZa heeft de declaratieregels binnen de kaders van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) vastgelegd. In de WMG staat dat zorgaanbieders een informatieverplichting hebben jegens de patiënt. Zorgaanbieders moeten patiënten goed informeren over de prijs, de kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden zorg. Zo kan de consument bewust kiezen voor een bepaalde behandeling, een bepaald ziekenhuis of een verzekering. Ook gebeurt het vaststellen van eenduidige, vergelijkbare producten in de zorg uit oogpunt van bescherming van de cliënt. Voor zover het gaat om de hoogte van een rekening die gemoedsbezwaarden ontvangen van bijvoorbeeld een instelling, een individuele huisarts of een ziekenhuis, zie ik geen reden om nader onderzoek te verrichten.

148

*Is de regering bekend met een grote achterstand bij het doen van uitbetalingen aan gemoedsbezwaarden door het CAK? Hoe lang is de wachttijd totdat het geld wordt uitbetaald? Vindt de regering dit verantwoord? Is de regering bereid (tijdelijk) extra menskracht in te zetten om de achterstanden in te lopen?*

De uitvoering van de regeling voor de gemoedsbezwaarden (artikel 57 Zvw) wordt sinds de invoering van de Zvw uitgevoerd door het College voor zorgverzekeringen. Begin 2008 werd het CVZ geconfronteerd met een sterke toename van ingediende declaraties van gemoedsbezwaarden. Veel gemoedsbezwaar-



den sparen hun declaraties op en sturen deze aan het eind van een kalenderjaar in één zending aan het CVZ. Hierdoor is begin 2008 bij de verwerking van de declaraties een achterstand ontstaan. Deze achterstand is inmiddels weggewerkt. Momenteel is de situatie zo dat declaraties van gemoedsbezwaarden binnen dertien weken zijn verwerkt en betaling heeft plaatsgevonden. Deze termijn van dertien weken, die is gebaseerd op termijnen die ingevolge de Algemene wet bestuursrecht gelden voor het nemen van beslissingen, acht de regering verantwoord. Begin 2009 neemt het CVZ een nieuw geautomatiseerd systeem in gebruik, waardoor de behandeling van declaraties van gemoedsbezwaarden efficiënter kan worden uitgevoerd en de behandeltermijn mogelijk kan worden bekort.

149

*Hoe wordt voor het afsluiten van een verzekering voor de consument duidelijk welke afspraken een zorgverzekeraar en zorgverlener hebben gemaakt in hun contracten?*

Bij brief van 1 september 2008 (Kamerstukken II, 2007/08, 31 200 XVI, nr. 181) heb ik de Kamer geïnformeerd over de totstandkoming van het Richtsnoer Informatieverstrekking van de NZa. Het doel van het richtsnoer is om tot betere informatieverstrekking door zorgverzekeraars te komen en verzekerden de beschikking te geven over juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)informatie. In het richtsnoer zijn ook concrete richtlijnen opgenomen over de transparantie van het gecontracteerde zorgaanbod. Zo moet de verzekeraar die met gecontracteerde aanbieders werkt, op de website een overzicht opnemen met alle gecontracteerde zorgaanbieders, en desgevraagd een overzicht toezenden aan mensen die daar telefonisch om vragen. Gezien de opzeggingsmogelijkheden van verzekerden hebben zorgverzekeraars er belang bij zich in te spannen om het contracteerproces voor de overstapperperiode af te ronden.

150

*Om definitieve beslissingen te nemen over de preventieve interventies in het basispakket worden met behulp van pilots de kosteneffectiviteit en praktische uitvoerbaarheid onderzocht. Wanneer worden deze pilots afgerond?*

Ik ben voornemens om in het voorjaar van 2009, mede aan de hand van de bevindingen van de proef en van de CVZ-rapportage over roken (zie antwoord op vraag 98) een nadere pakketbeslissing voor 2010 te nemen.

Voor depressiepreventie wordt nader onderzoek gedaan door het Trimbos-instituut in het kader van het programma «Mentaal vitaal». Dit onderzoek moet eind 2009 voldoende inzicht hebben opgeleverd om, tezamen met de CVZ-rapportage over depressie, in het voorjaar 2010 een nadere pakketbeslissing voor 2011 te kunnen nemen.

Het effect van bewegen op de gezondheid is door het RIVM onderzocht op basis van de internationale literatuur. Een prototype van de beweegkuur wordt momenteel ontwikkeld en uitgetest door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) in de vorm van 7 pilots. Het bijbehorend onderzoek wordt vanaf begin volgend jaar gecoördineerd door ZonMW. De RIVM-studie, de CVZ-rapportages over diabetes en overgewicht en de uitvoering van de pilots en het bijbehorende onderzoek moeten ultimo 2010 voldoende informatie hebben opgeleverd om in het voorjaar 2011 een nadere pakketbeslissing voor 2012 te kunnen nemen.

151

*Hoe is de aanspraak geregeld als de nationale richtlijn afwijkt van de Europese richtlijn? Welke richtlijn is dan leidend voor vergoeding?*

Welke zorg tot de verzekerde prestaties behoort wordt niet door nationale of internationale richtlijnen bepaald. Richtlijnen zijn «evidence based» inzichten en aanbevelingen voor de optimale zorg voor een patiënt en richten zich op zorgverleners. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. In die zin zijn ze een geheel andere status en werking dan de Europese richtlijnen hebben voor de lidstaten van de Europese Unie.

Het kan voorkomen dat een Nederlandse richtlijn enigszins afwijkt van een internationale richtlijn. In nationale richtlijnen wordt namelijk ook rekening gehouden met de landelijke medische «cultuur».

Binnen het kader van de wettelijk geregelde prestaties, beoordeelt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) welke zorg deel uitmaakt van de verzekerde zorg. Het CVZ gebruikt bij dergelijke beoordelingen richtlijnen als een van de middelen.

152

*Hoe is de aanspraak geregeld als specialistenrichtlijnen verschillen van huisartsen- richtlijnen?*

Richtlijnen zijn landelijk geldende, op «evidence» gebaseerde inzichten en aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. Richtlijnen zijn dus primair bedoeld als houvast voor zorgverleners om de best mogelijke zorg te verlenen. Juist omdat richtlijnen op optimale zorg zijn gericht, zou er geen verschil moeten zijn tussen de richtlijnen voor de verschillende hulpverleners. Om die reden is mijn beleid dan ook gericht op het bevorderen van de afstemming en samenhang tussen de specialistenrichtlijnen en de huisartsenrichtlijnen. Met het oog daarop wil ik via een regieorgaan Kwaliteit en Veiligheid betere richtlijnontwikkeling stimuleren.

Het is niet zo dat de richtlijnen van de beroepsgroepen bepalen welke zorg tot de aanspraak behoort. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) beoordeelt, binnen de kaders van de wettelijk geregelde prestaties, welke zorg deel uitmaakt van de verzekerde zorg. Als een van de middelen om dit te bepalen gebruikt het CVZ ook de richtlijnen. De verzekerde kan aanspraak maken op zorg die tot de verzekerde prestaties behoort, indien die zorg voor hem is aangewezen.

153

*De aanspraak op hulpmiddelen wordt gewijzigd van een aanspraak op basis van het productaanbod naar een aanspraak op basis van een functiebeperking. Kan de minister aangeven hoe dit traject gaat verlopen? Is hier sprake van een gefaseerde aanpak? Is het mogelijk om hoofddek- sels bij patiënten die een chemokuur ondergaan hebben in deze fasen naar voren te halen?*

Zoals ik in mijn brief van 16 april jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 186) aan de Kamer aankondigde, streef ik ernaar dat in 2011 de hulpmiddelen- aanspraak zoveel mogelijk op basis van functiebeperkingen is omschreven. Nu is deze aanspraak nog gekoppeld aan een limitatieve lijst van hulpmiddelen. Belangrijkste doelstellingen van dit beleid zijn het stimuleren van vraagsturing en keuzemogelijkheid voor de burger, het creëren van meer innovatiekansen voor de hulpmiddelensector en het dereguleren van de aanspraak in overeenstemming met de sturingsfilosofie van de Zorgverzekeringswet. Deze deregulering is in 2000 ingezet en heeft ertoe geleid dat een aantal hulpmiddelencategorieën al op die wijze is omschreven. Ik heb verheugd geconstateerd dat er binnen veldpartijen, met name gehandicaptenorganisaties en zorgverzekeraars en in de Kamer (motie Schippers 28 439, nr. 21), een breed draagvlak bestaat voor een meer vraaggestuurde aanspraak. Om deze doelstelling te realiseren, kies ik voor een geleidelijke invoering. Dit is in overeenstemming met het plan

van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om de aanspraak in fasen meer in functiebeperking gerichte termen te gaan omschrijven. Het CVZ zal deze systeemwijzigingen in haar jaarlijkse pakketadviezen opnemen. In mijn brief van 16 april 2008 heb ik ook het belang van een meer uniform indicatieproces en zorgprotocollen benadrukt en een beroep gedaan op de regiefunctie van zorgverzekeraars om de ontwikkeling daarvan, samen met de gebruikers, te stimuleren. Ik ben blij te constateren dat zorgverzekeraars en gehandicaptenorganisaties dit inmiddels voortvarend hebben opgepakt. Voor de transitie naar een beperking gerelateerde aanspraak hebben betrokken partijen voorgesteld om te starten met die hulpmiddelcategorieën waar de limitatieve lijst als meest knellend wordt ervaren en die als voorbeeld kunnen dienen voor andere domeinen. Ik vind dit een logische aanpak en ik vertrouw erop dat zowel zorgverzekeraar als patiëntorganisaties een goed beeld hebben van de probleemsituaties die het meest om een oplossing vragen. Ik wil me daarom op voorhand niet mengen in de planning. Voorop staat mijn streven dat de aanspraak in 2011 zoveel mogelijk op basis van beperkingen is omschreven.

154

*Betreft de 15 miljoen euro voor methadon een uitbreiding van de capaciteit? Werd dit geld eerst niet structureel verstrekt?*

Het betreft extra budget voor de implementatie van de Richtlijn Opiaat-onderhoudsbehandeling (RIOB). Deze richtlijn heeft tot doel de huidige methadon verstrekking om te vormen tot een professionele opiaat-onderhoudsbehandeling. De RIOB bestaat uit twee onderdelen: het verstrekken van medicatie en het monitoren van de effecten, en het begeleiden van de individuele patiënt.

De RIOB is van groot belang voor de verbetering van de zorg aan verslaafden. Daarom is het budgettair kader voor 2008 opgehoogd met 7,5 miljoen euro, en vanaf 2009 structureel met 15 miljoen euro ten behoeve van de medische zorg aan verslaafden in de methadonprogramma's. Hierdoor kunnen verzekeraars productie-afspraken maken met de instellingen voor verslavingszorg over de extra inzet van medisch personeel. Dit geld werd inderdaad eerst niet structureel verstrekt.

155

*Is intussen bekend wat het toekomstige tarief voor geneesmiddelen (receptregelvergoeding) en voor apotheekhoudenden zal zijn? Is het onderzoek hiernaar door de NZa al afgerond?*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft het onderzoek naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen van apotheekhoudenden nog niet afgerond. Zoals toegezegd zullen de resultaten daarvan begin november beschikbaar zijn. De NZa zal bij de vaststelling van het apothekerstarief (de receptregelvergoeding en de clawback) gebruik maken van de uitkomsten van het onderzoek naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen.

156

*In een eerdere brief (CZ/TSZ-2803120) geeft de minister aan dat er een expliciet besluit genomen zou moeten worden over de vermogenskostenontwikkelingen op basis van de NZa-monitor. Is deze monitor inmiddels uitgevoerd? Zo ja, wat zijn de conclusies?*

De monitor is nog niet gestart. Ik wacht nog op nadere informatie van de NZa.

157

*Per Kamerbreed amendement is voor 2008 1.5 miljoen euro ter beschikking gesteld voor de ontwikkelcentra revalidatiegeneeskunde, dit ter overbrugging tot opname van deze financiering in de DBC's, voorzien per 1 januari 2009. Hoe is in de nieuwe DBC's voor revalidatie per 1 januari 2009 voorzien in financiering van de Ontwikkelcentra voor revalidatie geneeskunde?*

In 2007 en 2008 is de erkenning voor de revalidatie-ontwikkelcentra op basis van artikel 8 WBMV naar aanleiding van de aangenomen amendementen van respectievelijk de leden Koşer Kaya en Omtzigt (30 800 XVI, nr. 127) en Koşer Kaya (31 200 XVI, nr. 21) verlengd tot en met 31 december 2008. Voornaamste reden voor verlenging was om de periode tot de invoering van de DBC-systematiek bij de revalidatiegeneeskunde te overbruggen. Aangezien de revalidatiecentra per 1 januari 2009 ook daadwerkelijk overgaan op DBC declaratie zal de erkenning voor de revalidatie-ontwikkelcentra worden beëindigd. Per 1 januari 2009 ontvangen de revalidatieontwikkelcentra derhalve geen additioneel budget meer ten behoeve van innovatie. Dit is conform het amendement.

Per 1 januari 2009 worden de revalidatiecentra net als algemene ziekenhuizen gefinancierd op basis van DBC's en bekostigd op basis van het FB. Uitgangspunt van het DBC-systeem is dat «alle» kosten integraal deel uitmaken van de DBC. Hieronder vallen ook de kosten van innovatie. Dit uitgangspunt is niet uniek voor de revalidatie instellingen maar geldt ook voor de algemene en topklinische ziekenhuizen en in de toekomst zo mogelijk ook voor de curatieve GGZ.

Dat de revalidatiecentra overgaan op DBC financiering wil echter niet zeggen dat de revalidatie DBC's al volledig zijn uitontwikkeld. Net als bij de DBC's in de reguliere ziekenhuizen vindt er jaarlijks onderhoud plaats aan de DBC's. Om de revalidatie DBC's de komende tijd verder te ontwikkelen heeft de sector samen met de onderhoudspartijen een doorontwikkelagenda opgesteld. Enkele aandachtspunten van deze doorontwikkelagenda zijn het verbeteren van prikkels voor efficiëntie en kwaliteit. Daarnaast vraagt de sector in de doorontwikkelagenda aandacht voor structurele bekostiging van innovatie. Aan deze punten wordt komend jaar samen met de sector nog verder gewerkt.

158

*De uitgaven aan de zorgtoeslag nemen de komende jaren substantieel toe (van 3,8 miljard euro in 2009 tot 5,2 miljard euro in 2013). Kan de minister deze cijfers onderbouwen?*

De uitgaven voor zorgtoeslag stijgen naar verwachting fors omdat de nominale premie naar verwachting sneller groeit dan de inkomens. De nominale premie groeit – afgezien van bijzondere ontwikkelingen – elk jaar mee met de ontwikkeling van de zorguitgaven. Een verzekerde ontvangt zorgtoeslag naar de mate waarin de nominale premie een bepaald deel van zijn inkomen te boven gaat. Zo wordt bij een tweepersoonshuishouden de zorgtoeslag bepaald als twee maal de standaardpremie minus 5% van het inkomen. Aangenomen wordt dat de nominale premie tussen 2009 en 2013 gemiddeld met ruim 5% zal stijgen terwijl het inkomen naar verwachting met ruim 3½% stijgt. Dit betekent dat verzekerden die al zorgtoeslag krijgen een steeds groter deel van de nominale premie gecompenseerd krijgen via de zorgtoeslag. Daarnaast zal een groep verzekerden die in 2009 nog (net) geen recht op zorgtoeslag heeft in 2013 wel zorgtoeslag ontvangen.

159

*Hoeveel is er in totaal begroot voor de arbeidsmarktproblemen in de langdurige zorg voor 2009, 2010 en 2011?*

Voor de arbeidsmarktproblematiek in de zorg is een budget van in totaal respectievelijk € 72 mln., € 84 mln. en € 82 mln. beschikbaar, waarvan ongeveer driekwart voor de arbeidsmarktproblemen in de langdurige zorg is gereserveerd. Dit is bedoeld voor ondersteunend arbeidsmarktbeleid op hetgeen sociale partners op dit terrein aan verantwoordelijkheden hebben.

160

*Welke middelen komen er in 2009, 2010 en 2011 bij om de groei (dubbele vergrijzing) in de langdurige zorg op te vangen?*

Onder meer de (dubbele) vergrijzing zal leiden tot een extra zorgvraag in het kader van de AWBZ. Om de groei in de AWBZ-zorgbehoefte te kunnen opvangen wordt jaarlijks een groeiruimte van ca. 3% te beschikking gesteld. Jaarlijks is dit een bedrag van € 600 mln. In de genoemde periode van 2009–2011 gaat het om een bedrag van ca. € 1,8 mld. Dit bedrag is zowel bedoeld voor de toenemende vraag naar zorg als voor de hogere eisen die aan de zorg worden gesteld.

161

*Bij de aanpak van de minister staat veiligheid hoog in het vaandel. Hiervoor zijn een aantal duidelijke criteria ontwikkeld waarlangs de veiligheid gemeten en gemonitord kan worden (zie pagina 63). Hoe staat het met de prioritering van veiligheid binnen de AWBZ? Zijn er hiervoor criteria, en zo nee, bent u bereid die te ontwikkelen? Welke methoden zijn er om de veiligheid binnen de AWBZ(-instellingen) te verbeteren?*

Op 10 december 2007 informeerde ik u per brief over het programma «Veilige Zorg» (TK 2007–2008, 28 439, nr. 22). Aanvullend daarop stuurde ik u op 26 maart 2008 het verbeterplan kwaliteit gehandicaptenzorg (TK 2007–2008, 24 170, nr. 83). Alle partijen in de sectoren van de langdurige zorg voeren nu de door hen opgestelde plannen ter verbetering van de veiligheid uit. Onderdeel van deze plannen is het werken met een veiligheidmanagementsysteem, dat in 2011 in alle instellingen geïmplementeerd moet zijn. Veiligheid is een essentieel onderdeel van de kwaliteit van zorg. Deze kwaliteit en dus ook de veiligheid wordt gemeten met de indicatoren verantwoorde zorg.

De zorgprofessionals kunnen heel concreet werken aan de veiligheid door deel te nemen aan Zorg voor Beter. In dit programma zijn verbetertrajecten gerelateerd aan veiligheid, zoals medicatieveiligheid, preventie seksueel misbruik en valpreventie.

De IGZ heeft als toezichthouder de rol om het waarmaken van de ambities die zijn opgenomen in de veiligheidsplannen van de sectoren, te monitoren.

162

*Het CVZ heeft veel bevoegdheden op het gebied van de AWBZ. Zijn zij eveneens betrokken bij de opstelling van de glasheldere polis, zoals toegezegd aan de Kamer in het hoofdlijnen debat AWBZ?*

Ja, het CVZ is betrokken bij het komen tot glasheldere aanspraken. Zo is het CVZ destijds gevraagd te rapporteren over de aanspraken ondersteunende en activerende begeleiding. Het rapport hierover van het CVZ vormt mede de basis van de maatregel die per 1 januari 2009 wordt getroffen en die zoals aangegeven in de brief van 13 juni 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 30 597, nr. 15) onderdeel vormt van de eerste stap op weg naar glasheldere aanspraken.

163

*Waarom is er voor het programma kwalitatief goede zorg euro 33 miljoen minder in de begroting opgenomen dan in 2008?*

Voor de operationele doelstelling Kwaliteit wordt in 2009 circa € 22 mln. meer (in plaats van € 33 mln. minder) dan in 2008 beschikbaar gesteld. Kwaliteit van zorg acht ik van groot belang. Daarom stel ik onder andere voor de onderdelen Cliëntondersteuning/reductiebureaucratie, het Nationaal Programma Ouderenzorg en Arbeidsmarkt Langdurige zorg in 2009 meer middelen beschikbaar. Wellicht doelt u op de € 33 mln. die voor de operationele doelstelling «Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar» in 2009 minder dan in 2008 in de begroting is opgenomen. Dit verschil wordt grotendeels veroorzaakt door middelen die in 2008 eenmalig aan het CIZ ter beschikking zijn gesteld.

164

*Er wordt aangegeven dat de hoogte van de instellingsubsidie aan het CIZ de komende jaren als gevolg van de vereenvoudigingen in de uitvoering en de beoogde efficiencyverbetering verder daalt. Hoe wordt deze doelstelling concreet bereikt?*

Ook het CIZ is aangeslagen in het kader van de rijksbrede taakstelling, zoals die zijn beslag heeft gekregen in het Coalitieakkoord voor de jaren 2007–2011. Door het indicatiestellingsproces AWBZ te vereenvoudigen en meer efficiënt in te richten, zullen de kosten voor het verwerken van de indicatieaanvragen de komende jaren geleidelijk kunnen dalen. In een brief van 7 juli 2008 (TK 2007/08, 26 631/30 597, nr. 268) is de Tweede Kamer geïnformeerd over de concrete maatregelen tot vereenvoudiging van de indicatiestelling AWBZ, waarnaar hier korthedshalve zij verwezen.

165

*Ligt het in de lijn der verwachtingen dat de regionale zorgkantoorstructuur na 2011 nog bestaat?*

Het kabinet heeft nog geen definitief besluit genomen over de uitvoeringstructuur van de AWBZ na 2011. In het SER-advies wordt aangegeven dat zorgverzekeraars een belangrijke rol moeten spelen bij de uitvoering van de AWBZ. Het kabinet is van mening dat eerst aan een aantal randvoorwaarden voldaan moet zijn voordat de zorgverzekeraars voor hun eigen klanten de AWBZ kunnen gaan uitvoeren. Het gaat dan onder meer om het vraagstuk van risicodragendheid en het invoeren van administraties en declaraties op individueel cliëntniveau. Met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is een traject ingezet om de vraagstukken op te lossen en invulling te geven aan de gestelde voorwaarden. VWS zal samen met onder meer CVZ actief participeren in dit traject. Over twee jaar zal het kabinet bezien of aan de voorwaarden voor een verandering in de uitvoering is voldaan. Bij die afweging zal het voorstel van de SER als vertrekpunt worden genomen. Om die reden wordt de duur van de regionale zorgkantoorstructuur beperkt tot en met 2011 en zal voor 2012 een nieuwe keuze met betrekking tot de uitvoeringstructuur worden gemaakt.

166

*Bij de prestatie-indicatoren staat aangegeven dat het aantal instellingen dat met een CQ-index meet bij zowel de verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg in 2009 naar 100% moet. Hoe wordt deze doelstelling bereikt?*

Voor de sector VVT (verpleging, verzorging en thuiszorg) is een CQ-meetinstrument beschikbaar. In het kader van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg zal 1x in de 2 jaar een meting van de cliëntervaringen in

verpleeg- en verzorgingshuizen gedaan worden. Niet alle verpleeg- en verzorgingshuizen doen in hetzelfde jaar deze meting: sommige meten in oneven jaren, andere in even jaren. De resultaten van de metingen van cliëntervaringen zijn 2 jaar geldig en worden op [www.Kiesbeter.nl](http://www.Kiesbeter.nl) geplaatst.

Voor de Gehandicaptenzorg is een nieuw meetinstrument in ontwikkeling. Deze zal naar verwachting voorjaar 2009 gereed zijn en vervolgens landelijk kunnen worden geïmplementeerd. De bevraging van cliënten in de gehandicaptenzorg vraagt specifieke aandacht en andere vormen dan een schriftelijke vragenlijst, zoals het gebruik van pictogramma en het houden van mondelinge interviews. Deze vorm van bevraging vergt veel menskracht en tijd. Daarom is ervoor gekozen om in de gehandicaptenzorg minimaal 1x in de 3 jaar een onderzoek te doen naar de cliëntervaringen in de gehandicaptenzorg. Ook deze instellingen doen in verschillende jaren de meting. De resultaten van de meting worden voor 3 jaar geldig verklaard.

Bij het toezicht zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg onder andere gebruik maken van de uitkomsten van de metingen van cliëntervaringen, en instellingen ook aanspreken als zij hier in gebreke blijven. Instellingen zijn verplicht informatie over de kwaliteit aan te leveren in het jaardocument zorg. Vanaf 2009 zal dit voor genoemde sectoren via de indicatoren verantwoorde zorg gebeuren. Instellingen die die niet op deze manier leveren voldoen daarmee niet aan de verplichtingen op grond van de Wtz-i. Inspectie zal daar op handhaven.

167

*Zijn de resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2008 (LPZ) bekend waarin staat dat 1 op de 4 patiënten in de verpleeg- en verzorgingshuizen is ondervoed? In hoeverre worden deze gegevens meegewogen in de prevalentie voedingstoestand in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg van 3,2%?*

De resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2008 (LPZ) zijn niet meegewogen in de prevalentie voedingstoestand in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. De LPZ meet binnen een beperkt aantal instellingen en op basis van deels andere criteria. In 2007–2008 heeft de sector verpleging & verzorging voor het eerst het Kwaliteitskader verantwoorde zorg in *alle* instellingen gemeten. Het gebruiken van alleen deze meting geeft een eenduidiger en transparanter beeld voor de hele sector.

168

*Is het nodig om de indicator voedingstoestand van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg aan te scherpen op basis van de nieuwe gegevens van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2008 (LPZ)?*

Zie antwoord op vraag 169.

169

*Is het nodig om aanvullend beleid te formuleren om de ondervoedingsproblematiek in de Nederlandse gezondheidszorg het hoofd te bieden?*

Op dit moment voorzie ik geen wijziging in de indicator voedingstoestand van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg. De uitkomsten van de meting op deze indicatoren zijn in september van dit jaar voor de eerste maal gepubliceerd. Voor de werkbaarheid in de uitvoeringspraktijk en voor de vergelijkbaarheid van de informatie is stabiliteit in de indicatoren van belang.

Met hulp van de verbetertrajecten van Zorg voor Beter worden goede resultaten behaald bij «eten en drinken». Deze trajecten zijn ook nu nog beschikbaar voor instellingen. Gezien de behaalde resultaten zie ik geen reden op dit moment aanvullend beleid te formuleren.

170

*In 2009 wordt er 42 miljoen euro uitgetrokken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor gehandicapten met een hoge zorgzwaarte. Hoe worden deze financiële middelen besteed?*

Deze extra middelen worden verrekend in de zorgzwaartepakketten zzp 5 tot en met 7 voor lichamelijk en zzp 5 tot en met 7 voor verstandelijk gehandicapten. In 2009 gaat het om € 42 miljoen en vanaf 2010 om € 72 miljoen.

171

*Een actief en consequent arbeidsmarktbeleid is bittere noodzaak in de zorg. De komende decennia zijn tienduizenden, zo niet honderdduizenden gekwalificeerde beroepskrachten nodig. De minister schrijft voort te gaan op de ingeslagen weg en nog met uitwerking te komen. Welke extra activiteiten mogen we in dit kader verwachten. Wat zijn de afrekenbare doelstellingen die de minister zichzelf heeft opgelegd op dit terrein?*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar de brief van 24 september 2008 over het arbeidsmarktbeleid in de zorg, Kamerstuk 2008–2009, 29 282, nr. 71, Tweede Kamer. In deze brief wordt, binnen de context van de verantwoordelijkheidsverdeling, een nadere uitwerking gegeven van het arbeidsmarktbeleid. Er wordt hierbij waar mogelijk ingegaan op concrete acties en doelen, voorzien van instrumenten, kosten en deadlines.

172

*Hoeveel moeilijk oplosbare vacatures zijn er momenteel in de ziekenhuizen? Hoeveel moeilijk oplosbare vacatures zijn er op dit moment in de gehandicapten zorg? Hoeveel moeilijk oplosbare vacatures zijn er op dit moment in de verpleeg en verzorgingshuizen? Hoeveel moeilijk oplosbare vacatures zijn er op dit moment in de thuiszorg? Betreft het hier verpleegkundige, verzorgenden, paramedici, artsen of anderen?*

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal vacatures. Het betreft hier de totalen van vacatures in de tweede kwartalen van de jaren 2005 tot en met 2008, uitgesplitst naar de verschillende branches.

Branche	2005-II	2006-II	2007-II	2008-II
Academische ziekenhuizen	900	900	1 200	2 000
Overige ziekenhuizen	2 100	2 700	3 000	3 700
Geestelijke gezondheidszorg	1 600	2 300	2 200	2 400
Verpleeg- en verzorgingshuizen	2 300	3 600	4 000	4 200
Gehandicaptenzorg	1 800	2 900	3 000	3 200
Thuiszorg	1 600	2 500	3 100	3 100
<b>Totaal</b>	<b>10 300</b>	<b>14 900</b>	<b>16 500</b>	<b>18 600</b>

Bron: CBS

Uit bovenstaande tabel valt af te leiden dat het aantal openstaande vacatures stijgt. Er zijn geen gegevens bekend of deze vacatures «moeilijk vervulbaar» zijn. Ook zijn er geen gegevens bekend over het aantal openstaande vacatures uitgesplitst naar beroepsgroep.



173

*Hoeveel leerlingen maken op dit moment gebruik van het stagefonds en hoe is per sector verdeeld?*

Het stagefonds is geen vergoeding voor leerlingen, maar een tegemoetkoming voor zorginstellingen voor het bieden van een goede begeleiding van stagiaires. Naar verwachting gaat het daarbij om circa 26 000 volledige stageplaatsen verdeeld over ruim 60 000 stagiaires. Op dit moment is de precieze verdeling naar sector nog niet bekend. Het stagefonds is zo opgezet dat circa 75% van de beschikbare middelen terecht komt in de care-sectoren.

174

*Hoeveel verpleegkundigen werken op dit moment als zelfstandige zonder personeel?*

Daar wordt geen registratie van bijgehouden. Vermoedelijk, als ik kijk naar studies van OSA en EIM, gaat het om een paar duizend mensen die als zelfstandige verpleegkundige werken intra- of extramuraal. Die werken echter niet allemaal voltijds, waardoor het getal uitgedrukt in fte's (voltijdsequivalenten) lager zal uitvallen.

175

*Onder welke CAO gaat het personeel van schoonmaakbedrijven vallen die werkzaam zijn in de huishoudelijke zorg in het kader van de Wmo?*

Het personeel van een bedrijf valt onder de CAO die de werkgever zelf heeft afgesloten, dan wel onder de CAO die de werkgever door zijn vertegenwoordigende werkgeversorganisatie heeft laten afsluiten. Mocht een werkgever niet zijn aangesloten bij een werkgeversorganisatie en heeft hij ook niet zelf een CAO afgesloten, dan kan het zijn dat hij een algemeen verbindend verklaarde CAO moet toepassen. Mocht dat laatste ook niet het geval zijn, dan is hij vrij om zelf ad hoc arbeidsvoorwaarden in contracten overeen te komen.

Deze uitgangspunten in acht nemende, ligt het voor de hand dat personeel van schoonmaakbedrijven onder de CAO-Schoonmaakbedrijven zal vallen zoals die tussen werkgevers- en werknemersorganisaties in die sector is overeengekomen.

Ik wil benadrukken dat een aanbieder die hulp bij het huishouden in het kader van de Wmo levert, onder welke CAO hij ook valt, altijd moet voldoen aan de kwaliteitseisen die de gemeente heeft gesteld in de overeenkomst. De gemeenten zien daar zelf op toe. Daarnaast zal elke aanbieder moeten voldoen aan de kwaliteitseisen die voortvloeien uit de Kwaliteitswet. Daar houdt de IGZ toezicht op.

176

*Valt de zorg van beademingspatiënten nog steeds onder het Volledig Pakket Thuis?*

Een beademingspatiënt die een indicatie heeft voor verblijf kan ervoor kiezen de zorg thuis te krijgen. Ook hierbij geldt, net als bij andere cliënten die kiezen voor volledig pakket thuis, dat er een zorgaanbieder zal moeten zijn die de zorg thuis doelmatig en verantwoord kan leveren. Dus doelmatig in de zin dat het mogelijk is tegen het vastgestelde tarief. En verantwoord in de zin dat zorgaanbieder de zorg thuis kwalitatief kan waarborgen. Een beademingspatiënt verschilt hierin niet van andere cliënten die gebruik willen maken van het volledig pakket thuis.

177

*Waarom wordt er in de begroting alleen in 2009 10 miljoen euro begroot voor de ondersteuning (mede i.v.m. zorgzwaartebekostiging) van cliënten en patiënten in verpleeghuizen terwijl er voor het project zorgzwaartebekostiging voor zowel 2009 en 2010 financiële middelen zijn opgenomen?*

Zowel in 2008 als in 2009 zijn er middelen gereserveerd voor de ondersteuning van cliënten, mede ivm de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Deze middelen zijn voor de duur van 2 jaar beschikbaar, daar het de financiering van incidentele activiteiten betreft die zich voltrekken in de betreffende kalenderjaren 2008 en 2009. Daarbij is – voor wat betreft de zorgzwaartebekostiging – ervan uitgegaan dat in deze jaren klanten worden voorbereid op en vertrouwd gemaakt worden met de invoering van de zzp's. De beschikbare financiële middelen voor 2010 zijn bedoeld voor de ontwikkeling van extramurale zorgzwaartepakketten, die in 2011 worden ingevoerd.

178

*Hoe worden budgethouders geïnformeerd over de AWBZ-pakketmaatregelen?*

Budgethouders zullen via een informatiebulletin van het CVZ geïnformeerd worden over de komende wijzigingen in de pgb-regeling 2009. In dat informatiebulletin wordt ook aandacht besteed aan de komende pakketmaatregelen. Informatie zullen zij daarnaast ontvangen via de algemene campagne van VWS, net zoals de zorgaanbieders, cliënten organisaties, zorgkantoren en gemeenten.

179

*Klopt het dat bij de eigen bijdrage op de functie begeleiding de eigen bijdrage (indien hier gebruik van wordt gemaakt) op een Wmo-voorziening als voorliggend is?*

Het is inderdaad correct dat de eigen bijdrage van de Wmo voorliggend is op de extramurale eigen bijdrage Awbz. Dat geldt dus ook voor de eigen bijdrage voor de functie begeleiding in de Awbz.

180

*Hoe is de overheveling van de verdeelsleutel psychosociaal tot stand gekomen?*

Zie het antwoord op vraag 48.

181

*Leidt de maximering van de uren begeleiding tot verzoeken tot aanvragen compensatie vanuit de Wmo? Zo ja, hoe groot is deze stijging?*

Mensen met matige of zware beperkingen op het gebied van sociale zelfredzaamheid, bewegen en verplaatsen, probleemgedrag, psychisch functioneren en geheugen- en oriëntatiestoornissen houden aanspraak op AWBZ-begeleiding. Mensen met lichte beperkingen kunnen straks geen beroep meer doen op de AWBZ voor begeleiding. Zij worden in beginsel in staat geacht om zelf of met behulp van hun omgeving in hun behoeften te voorzien.

Voor mensen met matige en zware beperkingen op bovengenoemde terreinen wordt het aantal uren individuele begeleiding genormeerd per 1 januari 2009.

De belangrijkste reden om de omvang van de individuele begeleiding in uren te normeren is dat uit onderzoek is gebleken dat deze begeleiding

vanaf 2003 enorm is toegenomen zonder dat de onderliggende beperkingen van de groep gebruikers navenant is meegegroeid. De verwachting is dat de indicatiesteller met deze nieuwe normering een goed en rechtvaardig instrument in handen krijgt om de individuele begeleiding in uren vast te stellen.

Ik ga er dan ook van uit dat compensatie vanuit de Wmo in beginsel niet aan de orde is.

182

*Kunnen budgethouders door de aftopping in combinatie met het feit dat het pgb-tarief een kwart lager is dan het instellingstarief en het feit dat het pgb-tarief wordt afgeleid van het midden van de klasse vanaf 2009 nog wel voldoende begeleiding van goede kwaliteit inkopen?*

Net als in voorgaande jaren kunnen pgb-houders die aanspraak maken op de functie begeleiding ook vanaf 2009 voldoende begeleiding van goede kwaliteit inkopen. Bij de bepaling van de omvang van de indicatie voor de functie begeleiding worden pgb-houders gelijk behandeld als cliënten die de zorg in natura wensen te genieten.

183

*Op welke wijze voorkomt de regering een enorme toestroom aan herindicatieverzoeken in 2008?*

De regering kiest voor helder overgangsrecht. Zorginstellingen en cliënten hebben immers enige tijd nodig om zich in te kunnen stellen op de nieuwe situatie. Daarom blijven afgegeven indicaties voor ondersteunende begeleiding (OB) en activerende begeleiding (AB) in het jaar 2009 geldig tot het moment waarop de indicatie afloopt, maar uiterlijk tot 1-1-2010.

Er zijn ook mensen met een doorlopende indicatie voor ondersteunende begeleiding met somatische grondslag. Als gevolg van de maatregelen per 1-1-2008 zou deze groep per 1-1-2009 geen begeleiding meer krijgen omdat het overgangsrecht per 1-1-2009 is beëindigd. Voor deze groep is het kabinet voornemens het overgangsrecht te verlengen tot 1-1-2010.

Er ontstaat dan dus een heldere en overzichtelijke situatie voor verzekeren, CIZ, zorgkantoren en zorgaanbieders met minimale prikkels voor verzekeren om zich in 2008 nog – om andere redenen dan een veranderde zorgbehoefte – te laten herindiceren.

Alle cliënten wiens indicatie lopende het jaar 2009 afloopt kunnen zich melden bij het CIZ voor een herindicatie op het moment dat de indicatie verstrijkt. Zij worden geïndiceerd op basis van de aanspraken zoals die per 1-1-2009 zullen gelden. Degenen die echter een indicatie hebben voor OB en/of AB die na 1-1-2010 geldig is, zal het CIZ in het najaar van 2009 actief benaderen voor een herindicatie. Het CIZ zal dit project landelijk plannen en voldoende capaciteit inzetten.

De Bureaus Jeugdzorg indiceren OB en AB in de regel voor maximaal één jaar. Vanaf 1-1-2009 zal men net als het CIZ indiceren op basis van de gewijzigde regelgeving: dus in termen van begeleiding (BG). Het plannen van een herindicatietraject is niet nodig omdat alle cliënten die nog begeleiding nodig hebben na het verstrijken van de indicatie zich lopende het jaar 2009 geleidelijk zullen melden.

184

*Welke groepen cliënten kunnen, indien zij na herindicatie geen aanspraak meer hebben op Ondersteunende Begeleiding, een beroep doen op (centrum)gemeenten?*

Het is niet op voorhand te zeggen welke groepen cliënten een beroep kunnen doen op een (centrum) gemeente als zij na herindicatie geen

aanspraak meer kunnen maken op AWBZ begeleiding. Mensen die nu AWBZ zorg krijgen op basis van een psycho-sociale grondslag, zoals b.v. dak- en thuislozen, zullen zich straks tot de gemeenten wenden en een beroep doen op de WMO. Gemeenten ontvangen compensatie voor deze groep en kunnen dus voor hen voorzieningen treffen. Hoe gemeenten dat doen, is aan de gemeenten zelf om te bepalen.

Daarnaast kan het voorkomen dat mensen met diverse grondslagen (ouderen met lichte somatische beperkingen of psychiatrische patienten met lichte beperkingen) hun begeleiding uit de AWBZ verliezen. Deze cliënten zullen in principe zelf hun eventuele problemen dienen op te lossen door bijvoorbeeld een beroep te doen op familie en vrienden of door zelf ondersteuning in te kopen.

185

*Hoe wordt de grens tussen lichte, matige en ernstige beperkingen bij de aanvraag van een AWBZ indicatie door het CIZ bepaald?*

Het CIZ werkt met een systeem van indicatiestelling waarbij op negen terreinen de beperkingen van cliënten in kaart worden gebracht. Per terrein wordt gescoord of het gaat om lichte, matige of zware beperkingen. Momenteel wordt samen met betrokken organisaties gewerkt aan een publieksversie waarin staat waar de grens zit tussen lichte, matige en zware beperkingen voor de vijf terreinen die toegang geven tot de nieuwe functie begeleiding. Deze publieksversie komt begin november beschikbaar.

186

*Hoe worden cliënten met een lichte beperking geïnformeerd over het vervallen van hun aanspraak op AWBZ zorg?*

Burgers zullen via een voorlichtingscampagne van VWS geïnformeerd worden over de komende pakketmaatregelen. Informatie kunnen zij naast de algemene campagne van VWS ook krijgen via het CIZ, zorgaanbieders, cliëntenorganisaties of het zorgkantoor.

187

*Hoeveel mensen verliezen hoeveel uren zorg als gevolg van het feit dat er in 2009 geen aanspraak meer op AWBZ-zorg op de grondslag psycho-sociaal kan worden gemaakt?*

Het gaat om twee groepen. De eerste groep betreft personen die algemene ondersteunende begeleiding ontvangen vanuit de AWBZ. Dit is een groep van ongeveer 4000–5000 mensen die gemiddeld 4 uur per week ondersteunende begeleiding ontvangen. Reeds bij de begroting 2008 is bekend geworden dat deze groep vanaf 1-1-2009 in het gemeentelijk domein wordt ondergebracht.

De tweede groep betreft personen met dagbesteding in het kader van de functie begeleiding en AWBZ-zorg in het kader van de functie persoonlijke verzorging. Op dit moment wordt onderzocht hoeveel mensen dit exact betreft. Naar verwachting gaat het hier om een groep van maximaal 2500 personen. In 2009 geldt nog overgangsrecht.

188

*Wanneer is de subsidieregeling van NZa voor het stimuleren van kleinschalig wonen klaar?*

Er vindt de komende weken overleg plaats met de NZa over de vormgeving van een beleidsregel voor het stimuleren van kleinschalig wonen. Er vindt daarbij afstemming plaats tussen de nieuwe beleidsregel en de beleidsregels die nu al beschikbaar zijn voor de financiering van klein-

schalig wonen. Het streven is erop gericht om begin 2009 een regeling operationeel te hebben.

Niet zo snel als ik wilde maar er is nu toch zicht op een regeling waarmee kleinschalig wonen gestimuleerd kan worden. De procedures om te komen tot een beleidsregel bij de NZa kosten nu eenmaal tijd. De aan u toegezegde brief, in vervolg op de motie Kant over dit onderwerp, kunt u voor het eind van het jaar verwachten. In deze brief zal ik verder ingaan op de het plan van aanpak en in dat kader op de regeling voor de stimulering van kleinschalig wonen.

189

*Hoe worden alfahulpen ingelicht over de wetwijziging van de Wmo en de gevolgen die dit kan hebben voor de wijze waarop hun werk na de wetwijziging georganiseerd gaat worden? Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor het inlichten van de alfahulpen?*

De burger is de werkgever van de alfahulp. De alfahulpen zijn dus niet in dienst bij een (thuiszorg)aanbieder, maar bij de burger zelf. (Thuiszorg-)aanbieders hebben echter vaak een bemiddelingsfunctie en/of een kassiersfunctie op zich genomen en hebben daardoor een belangrijke rol ten aanzien van het informeren van alfahulpen over de wijzigingen in de Wmo en de bijbehorende consequenties.

Op landelijk niveau laat ik bouwstenen ontwikkelen waarmee primair gemeenten en (thuiszorg)aanbieders informatiemateriaal kunnen opstellen dat is afgestemd op de specifieke lokale situatie. Ik zal in overleg met Actiz, BTN, VNG en vakbonden actief stimuleren dat (thuiszorg)aanbieders in samenwerking met de gemeenten en andere partijen (zoals het MCT) de alfahulpen informeren over de wetwijziging en de bijbehorende gevolgen.

190

*Hoeveel mensen zijn tot nu toe hun arbeidscontract in de huishoudelijke zorg kwijtgeraakt door ontslag, hoeveel door niet verlenging van een tijdelijk contract en hoeveel mensen hebben te maken gekregen met een ander contract in een lagere loonschaal?*

In 2008 zijn tot dusverre 505 ontslagaanvragen ingediend, waarvan 288 daadwerkelijk zijn gehonoreerd (ontslagvergunning).

378 van de 505 ontslagaanvragen komen voort uit in 2007 gedane meldingen. Na april 2008 zijn geen nieuwe ontslagaanvragen meer ingediend. Onbekend is welk deel daarvan direct gevolg is van de Wmo en welk deel voortkomt uit andere oorzaken.

Over het al dan niet verlengen van tijdelijke contracten danwel het accepteren van contracten in een lagere loonschaal heb ik geen betrouwbare gegevens tot mijn beschikking.

191

*Hoeveel medewerkers hebben een vast of tijdelijk contract omgezet naar een alfahulpovereenkomst?*

Ik heb geen exacte cijfers van het aantal mensen waarbij een vast of tijdelijk contract is omgezet naar een alfahulpovereenkomst. Vaak gaat het om zogenaamd vrijwillig ontslag, waardoor er geen ontslagvergunningen zijn aangevraagd. Uit een enquête die ik december 2007 heb gehouden onder 77 gemeenten, blijkt dat gemeenten verwachtten dat voor de hulp bij het huishouden het aantal alfahulpen zeer sterk zou toenemen en het aantal personeelsleden in vaste dienst zou afnemen.

192

*Er is de komende jaren elk jaar 10 miljoen euro beschikbaar voor het behoud van thuiszorgmedewerkers voor de zorg. Hoe zullen deze financiële middelen de komende jaren worden besteed?*

Voor de middelen die ik in 2009 en verdere jaren tot mijn beschikking heb zal ik de komende maanden in overleg treden met sociale partners en VNG op welke wijze deze het beste ingezet kunnen worden, aansluitend op de ervaringen met de subsidieregeling 2008 en de in 2009 ervaren problemen.

193

*Hoeveel mensen staan op dit moment op de wachtlijst voor huishoudelijke zorg?*

Ik heb geen signalen van wachtlijsten voor de hulp bij het huishouden op dit moment. Afgelopen zomer heb ik signalen gehad van instellingen die gedurende de zomerperiode moeite hadden om voldoende personeel in te kunnen zetten. De antwoorden op Kamervragen van mevrouw Leijten (SP) over dit onderwerp heb ik op 6 oktober 2008 beantwoord.

194

*Hoeveel gemeenten hebben aangegeven te beschikken over onvoldoende budget om de huishoudelijke zorg fatsoenlijk te kunnen betalen?*

Het is mij bekend dat een aantal gemeenten zich zorgen maakt over de toereikendheid van het Wmo-budget huishoudelijke hulp in hun gemeente. De gemeente Doetinchem en 21 andere gemeenten hebben gezamenlijk een rapport laten opstellen. Dit rapport en de signalen van andere gemeenten heb ik doen toekomen aan het SCP. Zoals ik ook heb aangegeven in mijn antwoorden op de Kamervragen van mevrouw Wolbert, brengt het SCP in december 2008, uit hoofde van haar taak als onafhankelijke derde, een advies uit over de passendheid van het objectieve verdeelmodel. Dat advies wacht ik af en bespreek ik met de VNG en de gemeentefondsbeheerders.

195

*In de begroting is jaarlijks (2009–2013) 0,5 miljoen euro opgenomen om te komen tot een nieuwe modelverordening voor de Wmo vanuit een vraaggerichte invulling van het compensatiebeginsel. Bestaat er inzicht wanneer de nieuwe modelverordening voorhanden zal zijn?*

Met de invoering van de Wmo is beoogd om op een nieuwe manier om te gaan met het ondersteunen van burgers die dit nodig hebben. Deze nieuwe manier van werken vraagt een cultuuromslag die tijd nodig heeft. Bij de start van de Wmo is in de modelverordening van de VNG al rekening gehouden met de nieuwe werkwijze, door het opnemen van de mogelijkheid van compenseren in de vorm van algemene voorzieningen. Om echt een impuls te geven aan het «nieuwe Wmo-denken» is de VNG gestart met een project «De Kanteling». Uiteindelijk moet dit resulteren in een nieuwe modelverordening. Van belang is te realiseren dat de nieuwe vraaggerichte manier van werken, veel meer een cultuuromslag is, dan een op voorhand in een modelverordening vast te leggen aanspraak. De nieuwe modelverordening moet in 2010 klaar zijn. Met de CG-raad en de VNG is afgesproken dat tussentijdse resultaten zo spoedig mogelijk actief verspreid worden.

196

*Hoe lang moeten mensen gemiddeld wachten op het toekennen/indiceren van zorg? Hoelang moeten mensen gemiddeld wachten tussen de toeken-*

Voor het stellen van een indicatie zijn gemeenten gehouden aan de termijnen die de Algemene wet bestuursrecht (Awb) stelt. Die stelt dat dit binnen redelijke termijn moet gebeuren. Het CIZ hanteert een termijn van maximaal 6 weken. Bij spoedzaken en herindicaties gaat dit sneller. Gemeenten maken in hun contracten veelal afspraken over de tijd die mag liggen tussen het moment van indiceren en de start van de levering van hulp. Daarbij wordt rekening gehouden met eventuele spoedgevallen waarbij direct sprake is van levering van hulp. Kern is dat de gemeente aan haar compensatieplicht voldoet. Uit gesprekken met gemeenten heb ik vernomen dat deze afspraken liggen tussen de 2 weken en de 6 weken.

197

*Er wordt 0,5 miljoen euro beschikbaar gesteld voor ter stimulering van nieuwe samenwerkingsverbanden. Kunnen deze middelen worden door- gespeeld naar kerken en moskeeën om de leefbaarheid en sociale samen- hang in wijken te vergroten?*

Het past niet in het subsidiebeleid van VWS om direct kerken en moskeeën te financieren. In de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is de verantwoordelijkheid voor het bevorderen van leefbaarheid en sociale samenhang in wijken bij gemeenten neergelegd. Zij beslissen – afhankelijk van de lokale omstandigheden – welke partijen hierin het beste een rol kunnen spelen en welke partijen eventueel in aanmerking komen voor financiering.

Ik stimuleer op diverse manieren dat gemeenten kerken en moskeeën betrekken bij hun Wmo-beleid en kerken en moskeeën hun weg naar gemeenten weten te vinden. Ik heb bijvoorbeeld gemeenten via de Wmo-nieuwsbrief, de website invoeringwmo.nl, de handreiking vrijwilligerswerk, de handreiking over sociale samenhang en leefbaarheid en verschillende workshops gewezen op het belang van samenwerking met kerken en moskeeën.

Het budget van 0,5 miljoen is bedoeld om gemeenten te stimuleren verder vorm te geven aan hun beleid op het terrein van leefbaarheid en sociale samenhang en nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan. Het gaat daarbij om samenwerkingsverbanden met maatschappelijke organisaties in het algemeen, zodat gemeenten andere partijen beter zullen betrekken bij het Wmo-beleid, zoals woningcorporaties, sportorganisaties, buurtverenigingen en allochtone zelforganisaties, maar ook kerken en moskeeën.

198

*Uit verkenningen blijkt dat het aantal vrijwilligers en mantelzorgers in Nederland zeer groot is maar dat dit de komende periode onder druk kan komen te staan. Vervolgens wordt aangegeven dat een doel is het aantal vrijwilligers te vergroten. Hoe verhoudt zich dit tot elkaar?*

Het is de ambitie van het Kabinet om ondanks deze druk het aantal vrijwilligers te vergroten. Daarbij moet overigens worden opgemerkt dat de cijfers over het aantal vrijwilligers en de uren dat zij zich inzetten niet altijd even eenduidig zijn.

In de beleidsbrief Voor Elkaar is een scala van maatregelen aangeven, gericht op de versterking en uitbreiding van het vrijwilligerswerk. In het antwoord op vraag 64 is al expliciet aangegeven welke maatregelen worden genomen om vrijwilligerswerk door specifieke doelgroepen te bevorderen. Door de maatschappelijke stages die nu stapsgewijs in het voortgezet onderwijs worden ingevoerd maken steeds meer jongeren kennis met vrijwilligerswerk. Het Kabinet hoopt dat de maatschappelijke stages de kweekvijver zullen zijn voor de vrijwilligers van de toekomst. In 2008 is € 4,7 mln. geïnvesteerd in de versterking van de makelaars-

functie vrijwilligerswerk en maatschappelijke stages waardoor vraag en aanbod op effectieve wijze bij elkaar gebracht kunnen worden. Het voornemen bestaat om die investeringen de komende jaren te intensiveren (€ 15 mln. in 2009, € 20 mln. in 2010, en € 30 mln. in 2011). De ondersteuning en werving van vrijwilligers op lokaal niveau wordt versterkt door de formulering en introductie van basisfuncties in de periode 2008–2011. Dit gaat gepaard met een ondersteuningstraject voor gemeenten.

199

*Waarom bestaat er voor mantelzorgbeleid geen periodiek onderzoekstraject terwijl dit voor vrijwilligersbeleid wel bestaat?*

Tot nu toe heb ik het SCP in 2003 en in 2007 opdracht verleend om deze ontwikkelingen in kaart te brengen. De eerstvolgende rapportage verschijnt in het eerste kwartaal van 2009. Deze rapportages zijn zeer uitgebreid. In die omvang heeft een hogere periodiciteit inhoudelijk ook niet veel meerwaarde. Wel heb ik het voornemen om op kleinere schaal regelmatig de ontwikkelingen rond mantelzorg te monitoren. Ik ben daartoe onder meer in overleg met het CBS.

200

*In de prestatie-indicatoren staat aangegeven dat in 2009, 90% van het aantal gemeenten een samenwerking samengaat met MEE. Hoeveel gemeenten werken er op dit moment samen met MEE en wat voor soort samenwerking is dit?*

Onlangs is bekend geworden dat in 2008, 398 gemeenten en 14 deelraden van de gemeente Amsterdam samenwerkingsovereenkomsten hebben gesloten met MEE-organisaties. Dat komt overeen met een percentage van 90%. In 2009 streven we zowel naar een kwantitatieve maar vooral naar een kwalitatieve groei.

De samenwerking tussen MEE-organisaties en gemeenten kan op verschillende manieren plaatsvinden. De meest voor de hand liggende vorm van samenwerking is de deelname van een MEE-organisatie aan het gemeentelijk Wmo-loket. Ruim 80% van de gemeenten heeft hierover afspraken gemaakt met een MEE-organisatie. Ook zijn er veel afspraken gemaakt over de gebruikmaking van de informatie- en signaleringsfunctie van de MEE-organisaties en is in meer dan de helft van de gemeenten een MEE-organisatie betrokken bij de beleidsontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). Gemeenten maken ook gebruik van de kennis van MEE-organisaties op andere beleidsterreinen waar mensen met een beperking mee te maken kunnen krijgen, zoals schuldhulpverlening, arbeidsparticipatie, mantelzorgondersteuning en hulp bij opvoeden en opgroeien. Eind 2008 vindt er een conferentie plaats voor MEE-organisaties en gemeenten, waarin inspirerende voorbeelden van samenwerking verspreid worden. Begin 2009 komt hierover ook een handreiking beschikbaar.

201

*Kunnen via een tijdpad de fases van de uitbreiding van Wgbh/cz op het terrein van openbaar vervoer en het terrein van het aanbieden van goederen en diensten worden aangeven?*

In de brief over de planning inzake dossiers gelijke behandeling van mensen met een handicap van 29 september 2008 heb ik u geïnformeerd over het tijdpad van de uitbreiding van de Wgbh/cz met openbaar vervoer (OV) en het aanbieden van goederen en diensten. Ter uitbreiding van de werkingsfeer van de Wgbh/cz met het terrein OV werken mijn collega van VenW en ik aan een amvb. In het najaar van 2008 zullen de formele en informele reacties van betrokken partijen zoals de vervoerssector,



betrokken overheden, de Commissie gelijke behandeling en belangenorganisaties van consumenten betrokken worden. De amvb zal begin 2009 in de Ministerraad besproken worden, waarna deze aan de Raad van State gezonden zal worden. De verwachting is dat de amvb na de zomer aan de Tweede Kamer gestuurd kan worden.

Gezien de samenhang tussen de uitbreiding van de Wgbh/cz met het terrein aanbieden van goederen en diensten en het nieuwe richtlijnvoorstel van de Europese Commissie betreffende de toepassing van het beginsel van gelijke behandeling van personen ongeacht godsdienst of overtuiging, handicap, leeftijd of seksuele geaardheid buiten de arbeidsmarkt, is zowel de inhoud als de planning van de uitbreiding mede afhankelijk van de besluitvorming over het richtlijnvoorstel.

Dit laat onverlet dat ik faseringsmogelijkheden zie voor de uitbreiding met het aanbieden van goederen en diensten. Verder ben ik van plan eind van dit jaar te starten met het zogenaamde praktijkspoor, dat tot doel heeft de toegang tot goederen en diensten te verbeteren.

202

*Via welke instanties zal voorlichting worden gegeven over de wetsuitbreiding? Welke rol spelen de gemeenten en het bedrijfsleven m.b.t. Wgbh/cz?*

Op dit moment ligt het voorstel voor de uitbreiding van de Wgbh/cz met de terreinen basisonderwijs en voortgezet onderwijs en wonen, ter behandeling bij de Eerste Kamer. Voorlichting over de wetsuitbreiding zal zich richten op alle partijen, consumenten, mensen met een handicap of chronische ziekte, leerlingen en hun ouders en alle aanbieders die een rol spelen bij wonen en onderwijs. Met mijn collega's van OCW en WWI overleg ik binnenkort welke partijen hierbij een functie kunnen vervullen, zoals ik ook heb aangegeven in mijn brief van 29 september over de planning van de dossiers op het terrein van gelijke behandeling. Gemeenten spelen al een grote rol bij het vergroten van de participatie van mensen met een handicap o.a. vanuit hun verantwoordelijkheid voor de Wmo. Ik ondersteun gemeenten bij de invulling van het gemeentelijk Wmo-beleid om participatie van mensen met een beperking te vergroten. Gemeenten maar bovenal de betrokkenheid van het bedrijfsleven is van essentieel belang bij het praktijkspoor ter verbetering van de toegang tot goederen en diensten. Het bedrijfsleven en de gemeenten zijn daarbij dan ook betrokken.

203

*Waarom is de streefwaarde 2008 m.b.t. klanttevredenheid over Valys identiek met de lange termijn streefwaarde?*

In 2008 wordt ten opzichte van 2007 gestreefd naar een forse verbetering van de klanttevredenheid over Valys (van 7,1 naar > 8,1). Uiteraard wordt voor de lange termijn gestreefd naar een zo groot mogelijke klanttevredenheid, maar aangegeven is dat minimaal gestreefd wordt naar een klanttevredenheid van 8,1.

204

*Zijn er concrete praktijkvoorbeelden te noemen m.b.t. het wegnemen van fysieke en sociale drempels?*

Praktijkvoorbeelden van het wegnemen van fysieke en sociale drempels zijn bijvoorbeeld de toegankelijkheidsverbeteringen van informatie op internet zodat deze ook voor zintuigelijk gehandicapten toegankelijk is. Een ander voorbeeld is de grootletter- en braillemenukaart die een fast-food-keten heeft opgesteld, inclusief plaatjes voor analfabeten (waaronder jonge kinderen) en dyslectici. Een testpanel van Viziris met onder andere blinden, slechtzienden en dyslectici heeft advies gegeven en de menu-

kaart getest. De Gehandicaptenraad Arnhem heeft gezamenlijk met MEE Gelderse Poort een gids uitgebracht voor mensen met een functiebeperking met daarin een overzicht van de belangrijkste uitgaansmogelijkheden. Daarbij wordt met behulp van onder meer pictogrammen informatie gegeven over de toegankelijkheid van gebouwen en de aanwezigheid van voorzieningen. In het praktijkspoor ter verbetering van de toegang tot goederen en diensten willen we deze en andere voorbeelden en initiatieven zoveel mogelijk bundelen en als voorbeeld stellen voor wat in de praktijk mogelijk is.

205

*Welke organisaties nemen deel aan de lokale belangenbehartiging en welke positie nemen de gemeenten hier in?*

In 95% van de gemeenten is er periodiek overleg met vertegenwoordigers van de doelgroepen van het beleid, veelal in de vorm van een Wmo-raad. Groepen die vertegenwoordigd zijn in Wmo-raden (of in een vergelijkbare vorm van cliëntenraden) zijn: (zelforganisaties van) mensen met een lichamelijke beperking, mensen met een verstandelijke beperking en hun vertegenwoordigers, mensen met een zintuiglijke beperking, mensen met een psychische/psychosociale beperking en/of hun familieleden, chronisch zieken, ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers, dak- en thuislozen en verslaafden. In veel gemeenten zijn ook patiënten, bewonersorganisaties en jeugd- en jongerenorganisaties betrokken bij de totstandkoming van het Wmo-beleid.

Naast Wmo-raden zetten gemeenten ook andere instrumenten in om burgers en cliënten bij de Wmo-beleidsvorming te betrekken. Voorbeelden hiervan zijn klankbordgroepen, cliëntenpanels, themabijeenkomsten, telefonische en schriftelijke raadplegingen.

206

*Wanneer wordt de informatie over de consequenties van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap gezonden aan de Kamer? Worden de inventarisaties en de bijbehorende tussentijdse analyses van de werkgroep ook bekend gemaakt aan de Kamer?*

De uitkomst van de analyses zal worden opgenomen in de Memorie van toelichting bij het voorstel van de Goedkeuringswet en de Invoeringswet. De Ministerraad zal naar verwachting in september 2009 kunnen besluiten over de voorstellen waarna de Raad van State om advies zal worden gevraagd. Na ommekomst van het advies zullen de voorstellen van wet naar verwachting begin 2010 aan de Kamer kunnen worden gezonden. De Kamer heeft dan ruimschoots de gelegenheid om kennis te nemen van de overwegingen die aan het wetsvoorstel ten grondslag liggen en om hier met het kabinet over te debatteren. Ik heb het ratificatieproces nader beschreven in mijn brief van 29 september jl. aan de Kamer (brief over de planning inzake verschillende dossiers inzake gelijke behandeling van mensen met een handicap).

De uitkomsten van (tussentijdse) de analyses van de werkgroep worden – zo is de intentie – verwerkt in het voorstel van de Invoeringswet.

207

*Wie bepaalt, indien algemene voorzieningen niet meer toereikend zijn voor mensen met een handicap, om specifieke voorzieningen in te zetten? Op welke termijn worden deze specifieke voorzieningen beschikbaar gesteld voor mensen met een handicap?*

Het beleid gaat uit van het principe dat mensen met een beperking op voet van gelijkheid gebruik moeten kunnen maken van algemene voorzie-

ningen. Alleen daar waar nodig of niet anders mogelijk worden specifieke voorzieningen ingezet.

Wie bepaalt wanneer dat nodig is en op welke termijn die specifieke voorzieningen beschikbaar worden gesteld, is afhankelijk van het type voorziening.

Bij voorzieningen bijvoorbeeld die vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning geldt het compensatiebeginsel. De gemeente heeft de plicht om oplossingen te bieden aan burgers met beperkingen via het treffen van voorzieningen die hem in staat stellen:

- een huishouden te voeren
- zich te verplaatsen in en om de woning
- zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel
- medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan. De gemeente heeft beleidsruimte in de wijze waarop zij invulling geeft aan deze verplichting. Hierbij kan zij bijvoorbeeld een afweging maken tussen individuele voorzieningen en collectieve voorzieningen.

Er zijn ook voorzieningen die in de vorm van wettelijke aanspraken zijn geregeld, zoals bij de AWBZ. In het kader van de AWBZ beoordeelt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of een burger aangewezen is op AWBZ-zorg.

Op besluiten door de gemeente c.q. het CIZ is de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Indien de uitvoering van het besluit onredelijk lang duurt, kan de burger in bezwaar c.q. in beroep. In het kader van de AWBZ worden door de sector voor de leveringsduur de zogenaamde Treeknormen gehanteerd.

208

*Wanneer worden de tussentijdse uitkomsten en de daarbij behorende analyses van de lopende pilots m.b.t. doelgroepenvervoer bekend gemaakt aan de Kamer?*

De huidige nog lopende pilots lopen tot maximaal eind 2009. Over deze pilots en de daarbij behorende analyse zal ik u zo spoedig mogelijk in 2010 informeren. Er zullen ook nog enkele pilots eind 2008 van start gaan. Daarover zal een tussentijdse evaluatie in dezelfde brief worden opgenomen.

209

*Wat is de reden om een beperkt aantal nieuwe pilots te starten? Wanneer denkt de regering de gewenste samenwerking tussen de betrokken partijen te hebben bereikt?*

Met de reeds afgeronde pilots, nog lopende pilots en de onderzoeken is een aantal aspecten van het bundelen van doelgroepenvervoer afdoende onderzocht. Wel is geconcludeerd dat nog een aantal zaken (indiceren, één loket, één telefoonnummer) kan worden verbeterd. Het gaat daarbij vooral om kwaliteitsverbetering voor de cliënt. Het ministerie van VWS wil met enkele pilots op dit terrein verbeteringsmogelijkheden verder verkennen.

De gewenste samenwerking tussen betrokken partijen wordt door een praktische aanpak gestimuleerd, gericht op die vervoerssystemen waar samenwerking het makkelijkst te realiseren is. Vaak gaat dat stap voor stap. De vorm of mate van bundeling kan per regio verschillend zijn. Er is nu al op een groot aantal plaatsen in het land samenwerking ontstaan. Aangezien er niet voor wordt gekozen de samenwerking door regelgeving af te dwingen, is niet te voorspellen wanneer alle partijen in alle regio's volledig met elkaar zullen samenwerken. In 2012 zal worden bezien of er op deze wijze voldoende voortgang wordt geboekt in de samenwerking en indien nodig deze aanpak worden heroverwogen. In de brief aan uw

Kamer van 8 juli 2008 bent u geïnformeerd over hoe de samenwerking verder zal worden gestimuleerd en wordt deze aanpak gemotiveerd.

210

*Wanneer wordt de informatie over de communicatie tussen burgers met een beperking en gemeentebesturen doorgegeven aan de Kamer en in welke vorm?*

De genoemde activiteit is van de Taakgroep handicap en lokale samenleving. Deze Taakgroep zal hierover in de eerste helft van 2010 formeel aan mij verslag uitbrengen. Dit verslag zal ik na ontvangst aan u toezenden. Ik zal de Taakgroep vragen mijn ministerie ook tussentijds te informeren. Ik zal u daarover in een komende voortgangsrapportage informeren.

211

*Welke kwaliteitseisen gaan in 2009 gesteld worden bij de aanbesteding van het bovenregionaal vervoer gehandicapten? Hoeveel mensen zijn afgewezen voor een verzoek van een hoog PKB en wat waren de redenen? Hoeveel klachten zijn tot nu in 2008 binnen gekomen en afgehandeld bij Connexion? Wat is de aard van deze klachten?*

Het contract met de huidige vervoerder, Connexion, loopt nog tot tenminste 1 april 2010. Daarnaast kent het contract een optie tot verlenging. Bij een nieuwe aanbesteding zullen de ervaringen van vorige aanbestedingen meegenomen worden om te bekijken of verbeteringen mogelijk zijn. In ieder geval zal bekeken worden of een met de NS vergelijkbaar geld-terug-systeem kan worden ingesteld.

In 2008 zijn in totaal circa 6300 verzoeken om een hoog persoonlijk kilometer budget (hpkb) afgewezen. De redenen hiervoor zijn dat de aanvrager in staat is om – met assistentie of onder begeleiding – met het openbaar vervoer te reizen, dan wel over een gehandicaptenparkeerkaart beschikt.

Het aantal klachten is in 2008 gedaald. In totaal zijn het eerste halfjaar circa 1900 klachten ingediend. Het percentage gegronde klachten ligt onder de 0,5% van alle ritten. Klachten worden door Connexion gemiddeld binnen 5 tot 10 werkdagen afgehandeld. Het merendeel van de klachten betreft de ophaal- c.q. aankomsttijd of de reistijd in het algemeen. U ontvangt nog een separate brief over de kwaliteit van Valys.

212

*Welk bedrag is in 2008 uitgegeven aan de psychosociale ondersteuning/zorg van jongeren onder de 18 jaar?*

Zie antwoord op vraag 214.

213

*Hoeveel jongeren jonger dan 18 jaar hebben afgelopen 2 jaar gebruik gemaakt van tijdelijke ondersteuning i.v.m. psychosociale problemen?*

Zie antwoord op vraag 214.

214

*Welk bedrag werd de afgelopen 5 jaar jaarlijks uitgegeven in de AWBZ aan psychosociale ondersteuning aan ontregelde gezinnen?*

Voor deze drie vragen geldt dat de gevraagde gegevens niet beschikbaar zijn. Gemeenten ontvangen vanaf 2009 € 17 mln. om de gevolgen op te vangen van het schrappen van de psychosociale grondslag voor de

functie ondersteunende begeleiding algemeen voor de begeleiding van ontregelde gezinnen. Dit is een zo'n goed mogelijke schatting, die gebaseerd is op een onderzoek bij aantal instellingen die deze begeleiding bieden.

215

*Waar kunnen mensen terecht indien de psychosociale problemen van blijvende aard blijken en niet opgelost zijn na tijdelijke ondersteuning?*

Het doel van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang is mensen tijdelijk op te vangen en perspectief te bieden om daarna weer mee te doen in de samenleving. Het woord tijdelijk slaat hier op de opvang, omdat het niet de bedoeling is dat mensen langdurend opgevangen worden. Het gaat er juist om mensen zo snel als mogelijk en op een goede manier te laten doorstromen, zodat ze zo goed mogelijk deel kunnen nemen aan de samenleving. Een deel van de mensen die een beroep doet op maatschappelijke of vrouwenopvang heeft echter ook na de opvang langdurende begeleiding nodig om te kunnen participeren. Afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek kunnen mensen een beroep doen op begeleiding door de GGZ, het maatschappelijk werk, ambulante begeleiding vanuit de maatschappelijke opvang of vrouwenopvang danwel andere vormen van begeleiding.

216

*Is het compensatiebedrag van 36 miljoen euro voor de centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang toereikend om de zorgvraag van cliënten van opvanginstellingen op te vangen?*

Het te compenseren bedrag is gebaseerd op een inventarisatie van 2007 bij de instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Dat betekent dat de daadwerkelijk geleverde ondersteuning wordt gecompenseerd. Ik ga ervan uit dat daarmee het bedrag toereikend is om de zorgvraag in 2009 op te vangen.

217

*Wat is de stand van zaken ten aanzien van het toegezegde onderzoek naar de kwaliteit van de zorgverlening voor tienermoeders, ten aanzien van praktische hulp en een advies- en hulppunt tienermoeders, zoals bedoeld in de motie-Van der Vlies van 9 april 2008 (30 371, nr. 11)?*

De genoemde motie is aangehouden. Ik heb n.a.v. de aangehouden motie Van der Vlies tijdens de behandeling van de evaluatie wet afbreking zwangerschap toegezegd de Tweede Kamer de stand van zaken over de inzet van Fiom en VBOK voor de hulp aan tienermoeders en eventuele verbeterpunten te doen toekomen. Met het amendement van Wiegman-Van Meppelen Scheppink (31 494 XVI) is – bij voorjaarsnota- € 10 miljoen in 2008 extra ter beschikking gekomen voor hulp aan tienermoeders. Ik wil in de bovengenoemde stand van zakenbrief – naast de reguliere inzet van VBOK en Fiom – ook zo spoedig mogelijk de extra inzet voor tienermoeders meenemen die uit dit amendement volgt. Onder meer VBOK en Fiom zullen extra projecten voor tienermoeders gaan uitvoeren. Zodra de eerste resultaten bekend zijn, zal ik u informeren over de stand van zaken van hulp aan tienermoeders.

218

*Op welke wijze kunnen inactieve burgers in aanmerking komen voor sport en beweegactiviteiten in eigen omgeving? Wie bepaalt welke burgers met een lage sociaal-economische status vrijblijvend en kosteloos mogen sporten?*

Via het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) worden door de Rijksoverheid in samenwerking met de gemeenten kansrijke interventies in het land verspreid om zoveel mogelijk burgers in beweging te krijgen. Kansrijke interventies zijn bestaande interventies waarvan bekend is dat ze een positief effect hebben op beweeggedrag van met name te weinig actieve burgers. Het gaat om effectieve en laagdrempelige methodieken voor sporten bewegingsstimulering in de wijk, woon-, zorg- of schoolomgeving. De meest kansrijke interventies zijn opgenomen in een interventie-overzicht ([www.NASB.nl](http://www.NASB.nl)). De interventies zijn ingedeeld per doelgroep (leeftijdscategorie maar ook lage Sociaal-Economische-Status (SES)).

De regie-rol voor het realiseren van sport- en beweeginterventies ligt bij de gemeenten. Het is dan ook de keuze van gemeenten welke beweeginterventies zij inzetten en voor welke doelgroepen. In het algemeen komen te weinig actieve burgers voor bij groepen met een lage SES, dus zal de gemeente zich daar met name op richten.

Het is ook de gemeente, die bepaalt of burgers met een lage SES kosteloos mogen sporten en bewegen dan wel dat ze hiervoor een eigen bijdrage moeten betalen.

219

*Worden patiënten met andere chronische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld astma ook doorverwezen door de huisarts naar een leefstijladviseur? Zo ja, is hiervoor ook een passend beweegprogramma ontwikkeld? Wanneer worden de gewenste resultaten m.b.t. voldoende effectiviteit van beweeginterventies voor opname in het verzekeringspakket behaald?*

De Beweegkuur, waarmee momenteel ervaring wordt opgedaan met proefimplementaties in pilotregio's, is vooralsnog gericht op mensen met (hoog risico op) diabetes type 2. Patiënten met andere chronische aandoeningen als bijv. astma, zullen, als het gaat om de Beweegkuur, niet door de huisarts naar een leefstijladviseur worden doorverwezen ten laste van de zorgverzekering of een subsidieregeling. De functie van leefstijladviseur is thans in ontwikkeling. Er zijn ook voor mensen met astma leefstijl- dan wel beweegprogramma's beschikbaar, onder meer bij fysiotherapeuten. VWS heeft de KNGF ondersteund bij het ontwikkelen daarvan. Deze programma's maken evenwel geen deel uit van het basispakket zorgverzekering. TNO onderzoekt thans het beschikbare aanbod van sport en beweegprogramma's voor mensen met longklachten (waaronder astma) en voor mensen met reuma.

Het effect van bewegen op de gezondheid is door het RIVM onderzocht op basis van de internationale literatuur. Een prototype van de beweegkuur wordt momenteel ontwikkeld en uitgetest door het NISB in de vorm van 7 pilots. Het bijbehorend onderzoek wordt vanaf begin volgend jaar gecoördineerd door ZonMW. De RIVM-studie, de CVZ-rapportages over diabetes en overgewicht, de uitvoering van de pilots en het bijbehorende onderzoek moeten ultimo 2010 voldoende informatie hebben opgeleverd om in het voorjaar 2011 een nadere pakketbeslissing voor 2012 te kunnen nemen.

220

*Hoeveel combinatiefuncties zijn gerealiseerd? Wordt de toegevoegde waarde van de inzet van de combinatiefuncties erkend door de lokale verenigingen en scholen?*

Nadat op lokaal niveau besluitvorming heeft plaatsgevonden over de (structurele) cofinanciering, zijn de eerste 30 gemeenten samen met

scholen, sportverenigingen en culturele instellingen hard aan de slag gegaan om combinatiefuncties te realiseren. Bij de start van het nieuwe schooljaar hebben de meeste gemeenten de eerste combinatiefunctionarissen kunnen plaatsen. Eind oktober 2008 laat de VNG een éénmeting uitvoeren naar het aantal gerealiseerde fte's. Deze resultaten worden opgenomen in de tussenrapportage sport die eind dit jaar aan uw Kamer wordt toegestuurd.

De toegevoegde waarde van de inzet van combinatiefuncties voor lokale partijen is groot. Niet alleen ontstaat er meer sport- en beweegaanbod voor de jeugd, maar de inzet van combinatiefunctionarissen is juist bedoeld voor de versterking van sportverenigingen en de uitbreiding van het aantal brede scholen met sport- en cultuur aanbod. De versterking van sportverenigingen leidt ertoe dat deze beter in staat zijn om maatschappelijke taken uit te voeren en samenwerking aan te gaan met scholen, naschoolse opvang of de wijk.

221

*Waarom blijft de sportdeelname van mensen met een handicap achter in vergelijking met anderen?*

In 2007 en 2008 heeft het W.J.H. Mulier Instituut in opdracht van Gehandicaptensport Nederland en met financiële steun van VWS onderzoek gedaan naar de sportparticipatie van mensen met een handicap. De definitieve onderzoeksresultaten zullen in november a.s. worden gepresenteerd. Uit dit onderzoek blijkt dat er zowel bij lichamelijk als verstandelijk gehandicapten sprake is van een achterstand in sportdeelname. Sporters met een handicap blijken minder vaak lid te zijn van een sportvereniging dan sporters zonder een handicap. Bij lichamelijk gehandicapten ervaren drie van de vijf sporters knelpunten. Één van die knelpunten is dat veel mensen vinden dat hun gezondheidssituatie hen belemmert om te gaan sporten. Maar ook de kosten voor deelname en het vervoer leveren problemen op. Daarnaast worden knelpunten ervaren bij de toegankelijkheid van sportaccommodaties. Bij verstandelijk gehandicapten worden vervoer, begeleiding, lichamelijke beperkingen en motivatieproblemen aangedragen als factoren die het sporten moeilijk maken. Vervoer wordt ook door scholen (speciaal onderwijs) als knelpunt aangedragen bij het organiseren van sportactiviteiten voor hun leerlingen.

222

*Wat is de reden dat de deelname van mensen met een handicap nog steeds ver achter blijft in vergelijking met anderen?*

Zie antwoord op vraag 221.

223

*Op welke manieren bewerkstelligen (sport)organisaties en andere overheden dat de sportdeelname van allochtone jongeren wordt bevorderd?*

Sportorganisaties en overheden hebben in toenemende mate aandacht voor de sportstimulering van de allochtone jeugd, jeugd in achterstandswijken en jeugd uit arme gezinnen. Geïnitieerd door VWS en WWI loopt in de periode 2006–2010 het programma *Meedoen* waaraan 9 sportbonden en 11 gemeenten deelnemen. Deze organisaties hebben alle hun eigen plannen ontwikkeld. In de bondsplannen staan opleidingen en aangepast aanbod centraal. Gemeenten investeren in school- en wijkprojecten die een brug vormen naar de sportvereniging. Het kabinet heeft in totaal € 65 mln beschikbaar gesteld ter bevordering van de sportdeelname en het nastreven van opvoedings- en integratiedoelen. De tussentijdse resultaten

van dit programma worden opgenomen in de tussenrapportage sport die eind dit jaar aan uw Kamer wordt toegestuurd.

Daarnaast heeft staatssecretaris Aboutaleb al met 100 gemeenten convenanten afgesloten om de participatie van kinderen en jongeren te bevorderen, o.a. in de sport. Hiervoor heeft het kabinet een uitkering beschikbaar gesteld van € 40 mln in 2008 oplopend tot € 80 mln in 2012.

Aanvullend subsidieert VWS het landelijk jeugdsportfonds, zodat in diverse gemeenten lokale jeugdsportfondsen kunnen worden opgericht.

224

*De overheid heeft gekozen om niet langer in alle topsportprogramma's te investeren maar concentreert de beschikbare middelen op die topsportonderdelen waarbij Nederlandse sporters nu of in nabij toekomst goed presteren. Waarom is deze keuze gemaakt?*

De keus om zich te concentreren op topsportonderdelen waarin Nederlandse sporters goed presteren is gemaakt om globaal twee redenen:

- de kansen van sporters om een succesvolle carrière te kunnen maken is in die topsportonderdelen het meest kansrijk;
- de focus op een beperkt aantal topsportonderdelen vergroot de kans om – op termijn – bij de beste 10 sportlanden van de wereld te gaan behoren.

Daar voeg ik nog aan toe, dat de keuzen gebaseerd zijn op een door de georganiseerde sport zelf ontworpen certificeringssysteem dat dient ter beoordeling van talentontwikkelingsprogramma's. Op dit moment verleen ik steun aan ruim 40 sportbonden die ruim 75 gecertificeerde programma's uitvoeren. Het blijft altijd mogelijk dat er nieuwe bonden bijkomen, dan wel nieuwe programma's voor steun in aanmerking komen.

225

*Op welk termijn worden de CTO's opgezet en wat zijn de capaciteiten van zo'n CTO?*

De eerste aanzetten zijn al gedaan en de CTO's worden in 2009 verder opgezet. Mede op advies van NOC\*NSF zal een pilot gestart worden met vier locaties (Heerenveen, Amsterdam, Papendal en Eindhoven) voor de doorontwikkeling naar een volwaardig CTO.

De belangrijkste inhoudelijke capaciteit van zo'n instelling is de bundeling van de drie functies: trainen/sporten, leren en wonen. Een CTO regelt de faciliteiten voor een zodanige combinatie van die drie functies dat de sporter zijn of haar talenten optimaal tot ontwikkeling kan brengen. Zo zullen afspraken gemaakt worden met onderwijsinstellingen, zal er o.a. sportmedische en maatschappelijke begeleiding zijn en – uiteraard – zullen trainers en coaches beschikbaar zijn.

De omvang van een dergelijk centrum zal samenhangen met het aantal sportbonden dat op die locatie de relevante programma's tot uitvoering wil brengen en het aantal toptalenten dat van de voorzieningen gebruik gaat maken. Voor het goed functioneren van een CTO is immers een minimum aantal bonden, programma's en sporters nodig. Een CTO is bedoeld voor de beste talenten in hun tak van sport.

226

*De voorgestelde constructie van overdracht van cliëntenbeheer van de PUR naar de SVB is gekunsteld en omslachtig, zo stelt een advies van Advocatenkantoor Stibbe. De garanties die de regering de doelgroep biedt leiden tot aanzienlijke wetwijzigingen, die lange tijd gaan vergen. Is het, gezien dit advies en de onrust in het veld, niet gepast de zgn. mandaatconstructie opnieuw te bezien? Uit het advies van Stibbe blijkt dat deze constructie de zelfde garanties biedt, op minder juridische problemen*



*stuit, snel gerealiseerd kan worden en slechts de instemming van de SVB behoeft. Is de regering op de hoogte van dit advies? Zo ja, welke reactie heeft de regering?*

De regering is inderdaad op de hoogte van het advies dat de cliëntenraad van de PUR aan het Advocatenkantoor Stibbe heeft gevraagd. Gesteld wordt dat het door de regering voorgestelde model zou leiden tot aanzienlijke wetswijzigingen die lange tijd zouden vergen. Voor welke model er ook gekozen wordt, omvangrijke wetswijziging is in beide gevallen noodzakelijk omdat altijd wettelijk geregeld moet worden dat de SVB de wetten voor oorlogsgetroffenen gaat uitvoeren. Daarvoor is ruim de tijd aangezien de overgang van het cliëntenbeheer eerst is voorzien per 1 januari 2011.

De regering is van mening dat het mandaatmodel, anders dan Stibbe in zijn advies aangeeft, niet dezelfde garanties biedt als het door de regering voorgestelde model. De regering hecht zeer sterk aan het geven van garanties aan de cliënten. Juist met het oog op deze garanties is gekozen voor een model waarmee de continuïteit van de wetsuitvoering wordt gegarandeerd, dat een voor cliënten duidelijke structuur biedt (op eerste aanvragen beslist de PUR, op vervolgaanvragen beslist de SVB), waarin voorzien wordt in een dominante rol voor de raadskamers van de PUR (vaststellen beleidsregels waaraan de SVB zich bij het nemen van beslissingen moet houden) en waarbij de verantwoordelijke bewindspersoon van VWS rechtstreeks toezicht op de SVB uitoefent. In het geval van een mandaatconstructie tussen de PUR en de SVB kan de staatssecretaris van VWS slechts zeer indirect, namelijk *via* de PUR als mandaatgever, toezicht houden op de SVB. Een wettelijke opdracht aan de SVB tot uitvoering van de wetten voor oorlogsgetroffenen voor wat betreft de bestaande cliënten maakt dat de staatssecretaris haar politieke verantwoordelijkheid rechtstreeks kan waarmaken. De SVB zal zich tegenover de staatssecretaris van VWS moeten verantwoorden over de uitvoering van de haar opgedragen taken. Ook zal de staatssecretaris, bijvoorbeeld via een periodieke audit, toezicht kunnen houden op de wijze waarop beide zbo's de noodzakelijke afstemming in de praktijk vormgeven.

227

*De apparaatsuitgaven voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg stijgen in 2009 met ruim euro 1 miljoen en dalen daarna structureel met 7 miljoen euro. De minister heeft eerder aangegeven de capaciteit van de Inspectie af te zetten tegenover de taakstelling. Hoe verhoudt zich in dat licht de ontwikkeling van het budget ten opzichte van de verzwaarde taakstelling van de Inspectie?*

Er is geen sprake van een verzwaarde taakstelling bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In de aan de vernieuwing rijksdienst gekoppelde personele taakstelling voor mijn departement heb ik de IGZ ontzien. In plaats van de 20% die binnen de rijksbrede taakstelling als richtsnoer geldt voor de inspectiefunctie, heb ik de IGZ een beperkte taakstelling opgelegd van 6% (met het ritme van 2,6 fte in 2008, via 5,1 fte in 2009, 10,2 fte in 2010 en 20,4 fte in 2011 oplopend).

Daarnaast heb ik, gezien het grote belang dat ik hecht aan de rol van de inspectie rond transparantievergroting en patiëntveiligheid, de IGZ de ruimte gegeven om op die terreinen extra capaciteit aan te trekken. De oploop van het budget in de jaren 2008 en 2009 bij de IGZ is vooral te verklaren door de middelen die in het kader van het programma «zorgbrede transparantie» (14 fte) en veiligheid (20 fte) beschikbaar zijn gesteld. Daarnaast krijgt de IGZ in de komende periode budget voor het uitvoeren van enkele herhuisvestingstrajecten.

De incidentele middelen voor transparantie vervallen in 2010. Tegelijkertijd loopt met name in 2010 en 2011 de taakstelling verder op.

Bovenstaande betekent dat per saldo het budget (en de formatie) van de IGZ in 2011/2012 niet lager is dan in 2007, het basisjaar voorafgaande aan de voornoemde kwaliteitstrajecten.

228

*Waarom acht de regering het verantwoord om vanaf 2010 minder budget uit te trekken voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg?*

Zie antwoord op vraag 227.

229

*Om welke reden wordt het budget voor de Gezondheidsraad verkleind en komende jaren nog verder beperkt?*

De taakstelling op de Gezondheidsraad (20%) sluit aan bij de rijksbrede lijn en loopt parallel aan de gedeelde visie op de kennis- en adviesfunctie. Het totale aantal door het kabinet aangevraagde adviezen kan verminderen in lijn met het afslanken van beleidskernen. Het aantal ongevraagde adviezen kan eveneens beperkt worden. De taakstelling op de Gezondheidsraad volgt het schema zoals dat aan heel VWS is opgelegd, te weten 12,5% in 2008, 25% in 2009, 50% in 2010 en 100% in 2011. Het budget van de GR bestaat naast een bijdrage van VWS uit een bijdrage van andere departementen zoals SZW, VROM, LNV en OCW. Jaarlijks boeken deze departementen het budget voor de GR over. In de begrotingscijfers voor de jaren 2007 en 2008 is de bijdrage van de andere departementen verwerkt. Het bedrag dat u in de begroting aantreft, voor de jaren vanaf 2009, is alleen de bijdrage van VWS aan de GR.

230

*Kan de minister bevestigen dat instellingen zoals het RIVM en het KNMI vanwege het programma Vernieuwing Rijksdienst vrijwel geen Europese projecten aangaan, omdat zij geen extra fte's kunnen aannemen, ook als deze niet met Nederlands belastinggeld worden gefinancierd? Zo ja, hoe verhoudt zich dat tot de verdere internationale verankering en de doelstelling van Nederland Kennisland?*

Ik kan bevestigen dat de RIVM op dit moment grote terughoudendheid betracht bij het aangaan van Europese projecten en het ontplooiën van Europese initiatieven. In het kader van de Vernieuwing Rijksdienst heeft het kabinet ook een taakstelling opgelegd aan activiteiten van agentschappen waaronder het RIVM die niet door de rijksoverheid, maar door derden worden betaald dan wel via matching met rijksmiddelen tot stand komen.

Gelet op de doelstellingen en afspraken van de taakstelling, is het dus ongewenst dat het RIVM groeit in de opdrachten die het voor derden en dus ook op internationaal vlak uitvoert. Deze moeten daarom nadrukkelijk passen binnen de missie en strategie van het RIVM, passen binnen de kaders van de VWS-taakstelling en een bijdrage leveren aan de kennisbasis van het agentschap respectievelijk beantwoording van kennisvragen door het agentschap.

231

*Acht u een verwerking van de taakstelling in de uurtarieven door het RIVM in overeenstemming met de bedoelingen van de door het kabinet overeengekomen taakstelling?*

De taakstellingen worden bij het RIVM inderdaad deels ingevuld via efficiëncymaatregelen waartoe de reële tarieven van het RIVM worden verlaagd; ook de budgetten voor het RIVM van de opdrachtgevers zijn (navenant) verlaagd.

Een van de doelen van de taakstelling is het organiseren van een efficiëntere en slankere overheid. Dit geldt logischerwijs ook voor het RIVM. Het RIVM zal de huidige taken dus moeten invullen met minder mensen. In de systematiek van een batenlastendienst werkt dit door in lagere tarieven voor de opdrachtgevers. Voor zover efficiëncymaatregelen niet afdoende zijn om de taakstelling te realiseren zal door de opdrachtgevende departementen de omvang van de opdrachtenportefeuille aan het RIVM moeten worden teruggebracht.

232

*Kan de regering toelichten hoe de personele taakstelling voor het ministerie van VWS is verdeeld over de verschillende onderdelen van het departement, de diensten, adviesraden en zbo's. Welke beleidsmatige overwegingen liggen aan deze verdeling ten grondslag? Wordt in 2009 het voorgenomen tijdspad behaald?*

1. De uitwerking en verdeling van de taakstelling is in 2007 tot stand gekomen en volgt zoveel mogelijk de lijnen van het SGO-rapport «De verkokering voorbij» die over zijn genomen in het coalitieakkoord en de Nota Vernieuwing Rijksdienst. Het SGO-rapport en de Nota Vernieuwing Rijksdienst gaan uit van gedifferentieerde taakstellingspercentages per functie binnen de rijksdienst. Naast een efficiency-taakstelling van 5% voor alle dienstonderdelen en een taakstelling voor rijkshuisvesting, zijn taakstellingen vastgesteld voor uitvoering (5%), beleid, raden en inspecties (15%) en ondersteuning op het kerndepartement (20%).

In de Ministerraad is bepaald dat het de ministeries vrij staat tot een andere interne verdeling van de taakstelling te komen. Ons plan van aanpak wijkt in vergelijking met voornoemde percentages met name af op de inspectiefunctie. Deze is ontzien en heeft een taakstelling van slechts 6% gekregen. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en Inspectie Jeugdzorg (IJZ) spelen een cruciale rol in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. In politiek en maatschappij worden hoge eisen gesteld aan de uitoefening van de toezichttaken van deze inspecties.

2. De verdeling van de taakstelling is tot stand gekomen aan de hand van een brede doorlichting van de VWS-organisatie en de binnen het VWS-domein actieve zbo's. Daarbij is gekeken naar de ontwikkeling van het beleidsveld en de beleidsagenda voor de komende jaren. Dit mede afgezet tegen het coalitieakkoord en rijksbrede ontwikkelingen, met name op het terrein van samenwerking en bedrijfsvoering.

Op basis van de doorlichting zijn vervolgens bij het toedelen van de taakstelling per onderdeel en zbo de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- ingezette organisatieontwikkelingen doorzetten en versnellen;
  - herprioriteren van taken: bepaalde taken zullen niet of minder intensief kunnen worden gedaan;
  - het versterken van de kwaliteit van de organisatie. Uitgangspunten hierbij zijn:
    - flexibiliteit van medewerkers en organisatie;
    - het maximaal bundelen van staffaken en ondersteuning, binnen VWS én interdepartementaal;
    - eenduidige regie in plaats van coördinatie;
    - meer resultaatgericht werken;
    - externe herkenbaarheid;
    - standaardisatie van processen.
3. De personele omvang van VWS is in 2007 toegenomen. Een deel van deze groei kan verklaard worden door de doorwerking in de perso-

neelsformatie van zbo's en batenlastendiensten van beslissingen die door het vorige kabinet zijn genomen en die het huidige kabinet niet heeft kunnen of willen terugdraaien. Dat gezegd hebbende is de lijn om deze groei door extra maatregelen te compenseren.

De personele groei is daarom aanleiding geweest om extra maatregelen te treffen bij de agentschappen en zbo's; de groei heeft voornamelijk ook daar plaats gevonden. De betreffende dienstonderdelen zijn per brief door de minister op de hoogte gesteld van de extra taakstelling en worden nu ter hand genomen door de zbo's en agentschappen. Deze maatregelen liggen in het verlengde van de uitgangspunten die in het eerdere taakstellingsplan zijn neergelegd.

Met het beschrijven van de aanvullende maatregelen is een nieuw meerjarig fte-kader ontstaan. De groei heeft er wel voor gezorgd dat VWS de eerder opgestelde richtcijfers voor de personele omvang 2008 niet op alle onderdelen heeft kunnen halen. De ontwikkeling binnen met name het kerndepartement, het nieuwe meerjarige kader en de genomen aanvullende beheersingsmaatregelen geven echter voldoende vertrouwen dat de taakstelling in de jaren 2010–2011 gerealiseerd wordt.

233

*In de nieuwe opzet van het jaarverslag VWS is gekozen om meer aan te sluiten bij de vijf kabinetsdoelstellingen die direct betrekking hebben op de beleidsterreinen van VWS. Op welke wijze is in de totstandkoming van de begroting 2009 rekening gehouden met deze opzet van het jaarverslag zodat bij jaarverslag 2009 streefwaarden, doelen en kosten goed vergeleken kunnen worden?*

Het ministerie van VWS neemt met LNV, BuiZa, VROM en WWI deel aan het experiment Verbetering en vereenvoudiging begroting en verantwoording. Eén van de doelen van het experiment is het aanbrengen van meer politieke focus in de begroting en verantwoording. Dit heeft geleid tot een andere opbouw van de beleidsagenda 2009 dan voorheen. In de beleidsagenda hebben de doelstellingen van het kabinet in Samen werken samen leven een prominente plaats gekregen. Tevens zijn daarbij de geraamde uitgaven 2009 tot en met 2011 op de desbetreffende doelstellingen weergegeven in een overzichtstabel aan het einde van de beleidsagenda. Tot slot zijn in de beleidsartikelen – daar waar voorhanden – indicatoren met betrekking tot de vijf doelstellingen opgenomen. Met deze opzet van de begroting 2009 is het mogelijk gemaakt in het jaarverslag over het jaar 2009 op gelijke wijze terug te kijken op de gemaakte vorderingen inzake de vijf kabinetsdoelstellingen.

234

*Tijdens het wetgevingsoverleg over het jaarverslag 2007 is toegezegd in de begroting waar mogelijk te komen tot tussentijdse doelen en scherpere prestatie-indicatoren. Op welke wijze is hier inhoud aan gegeven?*

Sinds de begroting 2007 zijn er ieder jaar meer (sub)indicatoren in de begrotingen opgenomen. In de begroting 2007 waren er 60 indicatoren opgenomen uitgesplitst naar 80 subindicatoren. In de begroting 2009 zijn er 71 indicatoren opgenomen uitgesplitst naar 107 subindicatoren. Daarnaast staan er sinds de begroting 2007 geen indicatoren meer op «in ontwikkeling», zijn er vaker tussentijdse en lange termijn streefwaarden geformuleerd en zijn meer outcome-indicatoren opgenomen. Tevens is in de begroting 2009 als onderdeel van het experiment Verbetering en vereenvoudiging begroting en verantwoording meer aandacht besteed aan het opnemen van trendgegevens voor de prestatie-indicatoren.

235

*Waarom geeft de begroting Sociale Zaken wel en de begroting VWS geen inzicht in de uitwerking van de vermogenstoets?*

Beoogd is dat de wetswijziging waarin de vermogensinkomensbijtelling wordt geïntroduceerd in november aan de Tweede Kamer wordt aangeboden. Daarin staat de exacte vormgeving. Aan deze wetswijziging wordt thans nog gewerkt. In de begroting van SZW staan zoals gebruikelijk de inkomenseffecten van alle voor 2009 voorziene maatregelen die buiten het generieke koopkrachtbeeld vallen.

236

*Welke oorzaken zijn aan te geven voor de omslag van het vermogensstekort in het ZVF van 0.6 miljard euro naar een overschot van 0.6 miljard euro? Welk aandeel hebben de aanpak van kortingen en bonussen van apothekers en het preferentiebeleid van verzekeraars in deze meevaller?*

De verbetering van het vermogen van het zorgverzekeringsfonds ten opzichte van de inzichten in de begroting 2008 resulteert uit thans hoger geraamde inkomsten en thans lager geraamde uitgaven. Thans worden de opbrengsten uit hoofde van de inkomensafhankelijke bijdrage in 2007 en 2008 samen € 0,5 miljard hoger ingeschat. De uitgaven van het fonds voor de jaren 2006, 2007 en 2008 worden thans € 0,7 miljard lager ingeschat dan in de begroting 2008.

De raming van de uitgaven aan geneesmiddelen is per saldo niet aangepast in 2008 en beïnvloedt dit effect dus niet.

237

*Waar is de «grote onzekerheid» over de voorziene meevaller in 2008 op gebaseerd? wanneer is er meer duidelijkheid? Op welke wijze en wanneer zal de meevaller teruggegeven worden aan de premiebetaler?*

Door de overdekkingsproblematiek bestaat er een meer dan gebruikelijke onzekerheid over de mate waarin verzekeraars ziekenhuizen financieren en in welke mate dat doorwerkt naar de financiering van de verzekeraars uit het zorgverzekeringsfonds.

De verwachting is dat er meer duidelijkheid is ten tijde van de opstelling van de begroting 2010 en de vaststelling van de premies voor 2010. Als de positie van het zorgverzekeringsfonds dan nog steeds een overschot van € 0,5 miljard laat zien, dan zal dit in 2010 worden weggewerkt. Dat gebeurt via het € 0,25 miljard lager vaststellen van de inkomensafhankelijke bijdrage, het € 0,05 miljard lager vaststellen van de rijksbijdrage voor kinderen en het € 0,2 miljard hoger vaststellen van de bijdrage aan de verzekeraars. Dat laatste zal – afgezien van andere ontwikkelingen – leiden tot € 0,2 miljard lagere nominale premies (en een € 0,15 miljard lagere zorgtoeslag) dan als er geen overschot hoeft te worden weggewerkt.

238

*Welke oorzaak heeft het feit dat het exploitatietekort van verzekeraars van circa 0.1 miljard euro in 2008 zal omslaan in een exploitatieoverschot van 0.2 miljard euro in 2009? Betekent deze omslag dat de opslag op de rekenpremie te hoog is vastgesteld in de afgelopen jaren? Ligt het in de lijn der verwachting dat de opslag op de rekenpremie voor 2009 lager zal worden vastgesteld dan voorheen?*

Bij het maken van de ramingen van de nominale premie is er van uitgegaan dat verzekeraars niet permanent kunnen werken met een negatief exploitatieresultaat. Verzekeraars kunnen immers niet onbeperkt interen op hun reserves. Daarom is er in de ramingen van uit gegaan dat verzekeraars in 2009 een positief resultaat willen behalen. Dit betreft niet meer

dan een inschatting, want verzekeraars bepalen geheel zelfstandig hun beleid op dit gebied.

In de VWS-begroting wordt er van uit gegaan dat de opslag op de rekenpremie waartoe verzekeraars in 2008 hebben besloten leidt tot een negatief exploitatieresultaat. Indien verzekeraars, zoals ingeschat in de begroting, in 2009 een positief resultaat willen behalen, dan is dat alleen mogelijk door het verhogen van de opslag op de nominale premie. In de begroting wordt verondersteld dat die opslag stijgt van € 77 in 2008 naar € 127 in 2009.

239

*Waarom wordt de opslag op de nominale rekenpremie voor 2009 hoger geraamd dan voor 2008, terwijl de nominale rekenpremie juist lager wordt geraamd?*

In de begroting is verondersteld dat verzekeraars het wenselijk vinden om te komen tot een verbetering van het exploitatiesaldo. Dat is alleen mogelijk door de opslagpremie te verhogen. Individuele verzekeraars kunnen hun saldo verbeteren door goedkoper zorg in te kopen dan hun collega's, maar voor de verzekeraars gezamenlijk geldt dat de zorgkosten geheel kunnen worden gedekt uit de rekenpremie plus de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds.

De rekenpremie daalt omdat de raming van het aantal verzekerden die samen een bepaald bedrag aan premieopbrengsten moeten opleveren (in zowel 2008 als 2009) sinds de begroting 2008 duidelijk is verhoogd. Een andere reden is dat bij de vaststelling van de inkomensafhankelijke bijdrage in 2009 rekening wordt gehouden met de veronderstelde verbetering van het exploitatiesaldo van verzekeraars. Ook die saldoverbetering wordt immers 50/50 gefinancierd via inkomensafhankelijke bijdragen en nominale (opslag)premies. De hogere inkomensafhankelijke bijdrage wordt uit het zorgverzekeringsfonds aan de verzekeraars doorgegeven ter financiering van zorg, waardoor de rekenpremie kan dalen.

240

*Kan de regering toelichten waarom de berekening van de zorgtoeslag wordt gebruikt om het koopkrachtbeeld van alleenstaanden te repareren? Is dat niet oneigenlijk?*

Het kabinet is van mening dat de zorgtoeslag het meest effectief is om de inkomenseffecten bij alleenstaanden met een laag inkomen te repareren.

241

*Waarom accepteert de regering een negatief exploitatiesaldo van het AWBZ-fonds? Heeft het CPB inmiddels een doorrekening voor de jaren na 2009 en is de regering voornemens de premies daarop aan te passen?*

Omdat het AWBZ-fonds zijn geld aanhoudt in de schatkist kan het AWBZ-fonds altijd aan zijn verplichtingen voldoen. Er is dus geen noodzaak om vermogenstekorten weg te werken. Het wegwerken van vermogenstekorten sluit ook niet aan op de budgettaire beheersingsmechanismen waartoe het kabinet heeft besloten. Het kabinet heeft er in het regeerakkoord en de begrotingsregels voor gekozen om te werken met een systematiek van ijklijnen. Het is niet noodzakelijk om te besluiten tot ombuigingen op uitgaven, als die uitgaven passen binnen die ijklijnsystematiek. Daarnaast heeft het kabinet besloten tot automatische stabilisatoren en een lastenkader aan de inkomstenkant. De automatische stabilisatoren impliceren dat tegenvallers bij de inkomsten niet worden opgevangen door hogere premiepercentages, maar in het tekort lopen (zolang het tekort een afgesproken signaalwaarde niet passeert). Het lastenkader impliceert dat vooraf is bepaald hoeveel de lasten in de kabinetsperiode

mogen worden verzwaaard. Verdere verhogingen van bijvoorbeeld de AWBZ-premie, dienen in deze systematiek dus te worden gecompenseerd met lastenverlichtingen elders. Gegeven de bovenbeschreven systematiek is het mogelijk dat, hoewel aan alle regels wordt voldaan, toch een vermogenstekort in het AWBZ-fonds ontstaat.

242

*Waarom ontbreekt een actuele CPB doorrekening van het AWBZ fonds en de premieplichtige inkomens?*

Het CPB levert niet elk jaar een doorrekening die meerdere jaren vooruit kijkt. In 2007 heeft het CPB ramingen opgesteld voor de jaren 2007 tot en met 2011. In de MEV 2009 heeft het CPB slechts ramingen opgenomen voor de jaren 2008 en 2009.

243

*Kan aangegeven worden welke oorzaken er zijn voor de daling in het (geraamde) vermogenstekort in het AFBZ van 2 miljard euro in 2011?*

Wegens het ontbreken van een actuele CPB-raming is het maken van ramingen van het exploitatiesaldo en daarmee van het vermogenssaldo voor de jaren 2010 en 2011 erg lastig. Als (mede) op basis van de MLT-raming van het CPB uit september 2007 een inschatting wordt gemaakt dan resulteert er voor 2011 een exploitatietekort in het AWBZ-fonds van ruim ½ mld euro. Dit tekort valt lager uit dan in 2009 omdat de premie-inkomsten in 2009 negatief vertekend zijn door correcties uit oude jaren.

244

*Op pagina 197 staan in de toelichting op de mutaties van de uitgaven t.l.v. de premiemiddelen meevallers uit het bouwprogramma benoemd. In 2008, 2009 en 2010 gaat het om respectievelijk 174,6, 170,5 en 145,2 miljoen euro. Deze incidentele middelen, in totaal een half miljard euro, worden ingezet om structurele groei te financieren. Bovendien is deze ruimte destijds ingeboekt voor de noodzakelijke verbetering van de bouw van o.a. Isala Klinieken in Zwolle, Meander MC in Amersfoort en het Gemini Ziekenhuis in Den Helder. Hoe ziet de minister de houdbaarheid van dit financieringsvoorstel, zowel t.a.v. de langetermijn begroting van VWS als de financiering van ziekenhuisbouw? Maait hij het gras voor de commissie van wijzen niet te kort?*

Op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ zijn de uitgaven, het bouwprogramma en de kapitaallastenraming 2007 geactualiseerd. De meevaller als gevolg van de actualisatie is vrijgevallen ten gunste van de algemene middelen. Ook de geactualiseerde raming van de kapitaallasten houdt rekening met geplande en WTZi-goedgekeurde investeringen en instandhouding.

De adviezen van de Commissie van Wijzen neem ik ter harte. Het advies om een overgangsregeling voor de kapitaallasten in te voeren is naar mijn mening het belangrijkste punt van de Commissie. De Commissie komt met dat advies, omdat daarmee de overgang naar risicodragendheid van de kapitaallasten over meerdere jaren gespreid wordt waardoor de overgang door ziekenhuizen beter gemaakt kan worden dan wanneer sprake zou zijn van een overgang naar risicodragendheid in één keer. Voor mijn reactie op de aanbevelingen van de Commissie verwijs ik u naar mijn brief (kenmerk CZ 2.885.721) die op 16 oktober 2008 aan uw Kamer is aangeboden.

245

*Hoe wordt er op dit moment in de praktijk concreet omgegaan met het bieden van meer tijd aan nabestaanden voor het ontruimen van een kamer in een verpleeg- of verzorgingstehuis? Kan de Kamer hierover voor de behandeling van de Begroting bericht ontvangen?*

Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging zal de tijd die nabestaanden krijgen om een kamer te ontruimen na het overlijden van een bewoner, worden geharmoniseerd voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Verpleeghuizen krijgen in de huidige bekostiging vanaf de dag nadat de cliënt is overleden geen vergoeding meer voor de betreffende cliënt (een vergoeding voor de kosten van overlijden is opgenomen in de prijs per dag), terwijl verzorgingshuizen nog maximaal dertig dagen een vergoeding krijgen na overlijden van een cliënt. Door dit verschil in bekostiging krijgen nabestaanden van bewoners van verpleeghuizen van de instelling nu minder tijd om de kamer te ontruimen dan in verzorgingshuizen. Voor de nabestaanden van bewoners van verpleeghuizen zal de harmonisatie betekenen dat ze meer tijd krijgen om een kamer te ontruimen dan nu het geval is. Voor de nabestaanden van de bewoners van verzorgingshuizen zal harmonisatie leiden tot minder tijd dan nu het geval is. Voor beide groepen nabestaanden zal de regeling een redelijk aantal (tussen de 10 en 15) dagen garanderen, waarmee de nabestaanden in ieder geval de begrafenis of crematie van de overleden bewoner kunnen regelen zonder eerst de kamer te hoeven ontruimen. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie-Van der Vlies c.s. 31 200 XVI, nr. 70. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal begin november 2008 – bij het vaststellen van de beleidsregels die betrekking hebben op de invoering van de zorgzwaartebekostiging – de regeling voor aan- en afwezigheidsdagen voor het jaar 2009 vaststellen. Zodra de regeling door de NZa is vastgesteld, zal ik deze ook aan u toesturen.

246

*Wordt eind 2008 al een wetsvoorstel ingediend over de beraadtermijn bij overtijdbehandeling? Zo niet, waarom duurt dit zo lang?*

Op dit moment vindt nog overleg plaats over hoe het best invulling kan worden gegeven aan de afspraak uit het regeerakkoord.