

Vergaderjaar 2000–2001

27 400 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2001

Nr. 15

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 3 november 2000

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, 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,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Rouvoet (RPF), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Spoelman (PvdA), Hermann (GL), Kant (SP), Gortzak (PvdA), Buijs (CDA), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Arib (PvdA), Atsma (CDA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Schutte (GPV), Van Gent (GroenLinks), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Smits (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Marijnissen (SP), Belinfante (PvdA), Ross-van Dorp (CDA), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Duijkers (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA).

1

Kunt u een overzicht geven vanaf 1994 van het aantal formatie-eenheden dat beschikbaar is voor de directie sport?

Onderstaand treft u een overzicht aan van de goedgekeurde formatie vanaf 1994 tot heden.

1994:	35,2
1995:	35,2
1996:	31
1997:	30,9
1998:	30,9
1999:	32,9
2000:	34,6

In het kader van de verdubbeling van het sportbudget en de extra werkzaamheden die dat zal gaan meebrengen voor de directie Sport, heeft de directie in 1999 goedkeuring gekregen om de formatie van 32,9 *tijdelijk (tot 01-01-2004)* uit te breiden met 5 fte's. (De formatie van 34,6 betreft de huidige formatie, exclusief bovengenoemde 5 tijdelijke plaatsen.)

2

Op welke wijze wordt uitvoering gegeven aan de wet sociale hygiëne? Op welke wijze worden de gemaakte kosten door de verenigingen gecompenseerd?

Per 1 november 2000 is de gewijzigde Drank- en Horecawet en een gewijzigd Besluit kennis en inzicht sociale hygiëne Drank- en Horecawet in werking getreden.

Voor verenigingen met een kantine in eigen beheer betekent de nieuwe wetgeving onder meer dat bardiensten mogen worden gedraaid door vrijwilligers, maar die moeten dan wel een voorlichtingsbijeenkomst over verantwoord verstrekken van alcohol hebben gevolgd. Verder moeten twee leidinggevenden per vereniging beschikken over het diploma of de verklaring Sociale Hygiëne.

In overleg met NOC*NSF is voor het ontwikkel- en uitvoeringstraject een meerjarig project in uitvoering genomen met als doel dat binnen drie jaar na inwerking treden van de gewijzigde Drank- en Horecawet alle betrokken sportverenigingen voldoen aan de wettelijke gestelde eisen. Het departement heeft voor dit project een meerjarige subsidie van circa f 3 mln beschikbaar gesteld. Het gevolg van deze aanpak is dat de kosten die sportverenigingen moeten maken om een vergunning te krijgen en te behouden, daardoor op een aanvaardbaar niveau komen te liggen.

3

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de erkenning van sportgeneeskunde als een erkend klinisch specialisme?

Het verzoek om erkenning van sportgeneeskunde als een medisch-klinisch specialisme is in behandeling bij de Centraal College Medische Specialismen. In dat kader zal de adviesprocedure conform de Regeling Opleiding en Registratie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst worden gevolgd. Wanneer het besluit genomen is zal het voor goedkeuring aan mij worden voorgelegd.

4

Waarom wordt er in de begroting nauwelijks tot geen aandacht geschonken aan Europese ontwikkelingen op het terrein van de sport?

De veelheid van belangwekkende onderwerpen, waaronder de communautaire ontwikkelingen op het terrein van de sport, noopt tot het aanbrengen van restricties in datgene wat wel en niet in de begroting wordt opgenomen.

5

In welke Europese overleggen over sport participeert het ministerie?

Van oudsher zijn dat de overleggremia in het kader van de Raad van Europa en, van recenter datum, in het kader van de Europese Unie. In de Raad van Europa verband is dat met name het Committee for the Development of Sport, het Standing Committee ter uitvoering van de Conventie ter bestrijding van het voetbalvandalisme en de Monitoring Group van de Conventie ter bestrijding van het dopinggebruik in de sport. Op ad hoc basis wordt deel genomen aan werkgroepen. In het kader van de Europese Unie zijn dat de trojka sport, waarvan Nederland thans geen deel uitmaakt, het Europees Sport Forum en de Informele (half)jaarlijkse Bijeenkomsten van de Directeuren Sport EU. Bovendien wordt op dat niveau incidenteel werkgroepen in het leven geroepen over specifieke thema's.

6

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het schoolzwemmen (i.s.m. OCW)?

Over het schoolzwemmen is intensief overleg gevoerd tussen de ministeries van OCenW en VWS. Het ministerie van OCenW zal een notitie uitbrengen na overleg met het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Daar wordt op dit moment bezien hoe in het kader van preventieve activiteiten allochtone ouders beter voorgelicht kunnen worden over het belang van het leren zwemmen van hun kinderen. Indien dit interdepartementaal overleg afgerond is zal de notitie zo spoedig mogelijk aan de Tweede Kamer worden toegezonden.

7

Welke formele overlegsituaties zijn er tussen de georganiseerde sport en het ministerie? Hoe vaak komen deze jaarlijks voor?

Sinds enige jaren voert het ministerie jaarlijks bestuurlijk overleg met landelijke organisaties op het terrein van de sport over de hoofdlijnen/prioriteiten van het VWS-sportbeleid. Dit mede ten behoeve van een goede voorbereiding van de VWS-begroting.

Met de volgende organisaties vindt minimaal een maal per jaar overleg plaats:

- Nederlandse Bond voor aangepast Sporten (NEBAS)
- Nederlandse Sportbond voor mensen met een verstandelijke handicap (NSG)
- Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken (NeCeDo)
- Nederlands Instituut Opleidingen Sportartsen (NIOS)
- Nationale Federatie van Werkers in de Sport (NFWS)
- Bond voor Werknemers in de Sport (BWS)
- Werkgeversorganisatie in de Sport (WOS)

Daarnaast vindt er twee maal per jaar bestuurlijk overleg plaats tussen de staatssecretaris van VWS en het bestuur van NOC*NSF. Daarnaast vindt momenteel regelmatig bestuurlijk overleg plaats met de Koninklijke Nederlanddse Voetbalbond (KNVB) in het kader van onder meer transferbeleid en voetbalvandalismebeleid.

8

Kunt u aangeven welke gelden uit de diverse loterijen en kansspelen in 1999 aan de sport zijn uitgekeerd?

De volgende bedragen zijn in 1999 de sport ten goede gekomen (x 1 mln):

Bron	Begunstigde	Bedrag
De Lotto:		
– Sporttotalisator	NOC*NSF	49,0
– Instantloterij	NOC*NSF	31,8
Sub-totaal		80,8
Sponsorloterij	Nederlands Sportmuseum	0,5
Totalisator	Nederlandse Draf en Rensport	8,8
Totaal		90,1

9

Heeft ZON onderzoek verricht of is men voornemens onderzoek te verrichten naar de wetenschappelijke betekenis van homeopathie?

Zorg Onderzoek Nederland (ZON) heeft geen onderzoek laten verrichten naar de wetenschappelijke betekenis of naar de wetenschappelijke gegrondheid van homeopathie en heeft niet het voornemen zulks te doen.

10

Welke begrotingswijzigingen vinden er plaats o.g.v. de aangenomen moties bij de algemene politieke beschouwingen dit jaar?

Voor de VWS-begroting gaat het hierbij om verwerking van delen van de motie-Dijkstal (nr 27 400, nr. 16). Voor de formele verwerking zult u nog vóór de begrotingsbehandeling een Nota van Wijziging ontvangen. Onderstaand treft u, vooruitlopend daarop, een overzicht van de onderwerpen van deze Nota:

- de f 30 miljoen voor verbetering van de kwaliteit en normprijzen in de jeugdhulpverlening zal via artikel 24.04 verlopen;
- de f 15 miljoen voor dak- en thuislozen en zwervjongeren: via artikel 24.10;
- de f 25 miljoen voor de reductie wachtlijsten en werkdruk in de GGZ: het grootste deel leidt alleen tot een wijziging op de Zorgnota 2001. Een klein deel leidt tot een wijziging van artikel 25.02 en artikel 25.03;
- de f 20 miljoen voor de extra uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen: via artikel 25.01.

Ten aanzien van de f 40 miljoen voor uitbreiding van opleidings- en stageplaatsen voor verpleegkundigen geldt dat deze alleen tot een wijziging op de Zorgnota 2001 leidt.

11

Kan in een (handzaam) schematisch overzicht worden weergegeven: de bezuinigingstaakstelling, de tot nu toe gerealiseerde bezuinigingen, de besparingsverliezen en de dekking van de besparingsverliezen?

Op grond van het Regeerakkoord zijn aan VWS een aantal taakstellingen opgelegd. Deze zijn door VWS ingeboekt. Een specificatie is in bijgaand staatje te vinden. Op deze bezuinigingstaakstelling is tot op heden geen besparingsverlies opgetreden.

	1999	2000	2001	2002
Arbeidsproductiviteit	1 860	3 720	5 590	7 450
Inkoop	2 960	5 920	8 880	11 850
Inhuur	0 790	1 570	2 360	2 360
Volumetaakstelling	4 230	8 460	12 690	16 930

Op de begroting 2000 werd een bezuiniging doorgevoerd van f 45 miljoen. Deze bezuiniging vond plaats op het niet-zorg gelabelde deel van de begroting. Een deel daarvan is ook op het Sportbudget gelegd. Op verzoek van de Kamer is bij de begroting 2001 dit deel weer ongedaan gemaakt. Dekking voor deze wijziging is gevonden door het artikel prijsbijstelling te korten. Op deze bezuinigingstaakstelling van 45 miljoen zijn geen besparingsverliezen opgetreden.

12

Waarom is de sector sport niet in de grafische weergave opgenomen?

Het Sportbeleid valt onder het hoofd beleidsterrein Welzijn. Zie ook de inhoudsopgave van de begroting op blz. 1.

13

Wordt de opvatting van de wachtlijstbrigade onder voorzitterschap van de heer Van Dam gedeeld dat «bekorting van de wachtlijsten tot aanvaardbare proporties op korte termijn als illusoir moet worden beschouwd»? (Financieel Dagblad, 11 oktober 2000) Hoe verhoudt zulks zich tot de verkiezingsbelofte dat de wachtlijsten bij een toegestaan groeivolume van tenminste 2% aan het einde van de kabinetsperiode weggewerkt zouden zijn?

De staatssecretaris deelt de mening van de voorzitter van de wachtlijstbrigade, de heer Van Dam, dat het niet waarschijnlijk is dat op korte termijn de wachtlijsten zijn weggewerkt, zodat er gesproken kan worden van acceptabele levertijden. Daarvoor is het probleem qua omvang te groot en qua aard te complex. Wel heeft de staatssecretaris de ambitie uitgesproken dat het maximale zal worden gedaan om de wachtlijsten zover mogelijk terug te dringen. De maatregelen die zij in gang heeft gezet – zoals uiteengezet in de brief van 10 oktober 2000 – moeten ertoe leiden dat de wachtlijsten in een stap-voor-stap-benadering beheersbaar worden gemaakt en dat gericht wordt gewerkt aan oplossingen. De schoning en het inzichtelijk maken van de wachtlijsten en het op basis daarvan gericht plannen maken tot uitbreiding van de capaciteit in de zorg zijn daar de eerste resultaten van. Daarvoor is medewerking van alle partijen in de zorg vereist. Aan de hand van de beoordeling van de door de zorgkantoren ingediende bestedingsplannen zal in kaart worden gebracht wat de te verwachten effecten zijn voor de beoogde capaciteitsuitbreiding in de zorg en de effecten daarvan op de wachtlijsten. De eerste indruk is dat er een behoorlijke stap vooruit kan worden gemaakt in het terugdringen van de wachtlijsten, maar dat eind 2001 deze nog niet tot een aanvaardbaar niveau zullen zijn teruggebracht. Wel is het de verwachting dat er forse verschillen per regio bestaan die mede verband houden met de per regio verschillende arbeidsmarktproblematiek en het is nu nog te vroeg om vast te stellen of de geplande capaciteitsuitbreiding in alle regio's kan worden geëffectueerd. Overigens heeft de staatssecretaris nooit de concrete belofte gedaan om de wachtlijsten in deze kabinetsperiode geheel weg te werken, omdat er geen zicht was op de omvang van de problematiek door het ontbreken van uniforme registratie. Bovendien is het wegwerken afhankelijk van onder meer het tempo van bouw en de personeelsproblematiek, die moeilijk beïnvloedbaar zijn.

14

Wordt de conclusie gedeeld van de wachtlijstbrigade dat «de ambities van de staatssecretaris om de wachtlijstproblematiek te lijf te gaan in de regio's onvoldoende worden vertaald in acties»? (Financieel Dagblad, 11 oktober 2000) Geeft deze conclusie aanleiding tot (aanvullende) maatregelen en zo ja, welke?

Het versneld aanpakken van de wachtlijstproblematiek vergt een omslag op alle niveaus en dat geldt dus ook voor de regio. Het is ook niet verwonderlijk tegen de achtergrond dat tot dusverre er onvoldoende inzicht in de wachtlijsten bestond en financiële mogelijkheden beperkt waren om tot uitbreiding van capaciteit te komen. Nu deze belemmeringen zijn opgeheven kunnen de zorgaanbieders met het zorgkantoor in een samenhangende aanpak werken aan oplossingen om de wachtlijsten te bekorten. In dat kader valt een toenemende dynamiek in de regio's te constateren die zijn weerslag heeft gekregen in de bestedingsplannen die door het zorgkantoor zijn ingediend. Overigens verschillen de oplossingsmogelijkheden tussen regio's, met name inzake de arbeidsmarktproblematiek.

15

Wat is het oordeel over het feit dat het aantal mensen dat langer dan zes weken op een indicatie wacht inmiddels gestegen is tot 6500 en er voor sommige indicatieorganen een wachttijd bestaat voor het in behandeling nemen van een aanvraag? Wordt dit met de voorzitter van de wachtlijstbrigade als «een onaanvaardbare toestand» gekwalificeerd? Wanneer zullen de wachtlijsten bij de indicatieorganen zijn weggewerkt?

Wachtlijsten bij de indicatieorganen zijn onaanvaardbaar. Om de achterstanden bij de indicatie-organen aan te pakken is daarom dit jaar een bedrag van f 35 mln extra ter beschikking gesteld. Met ingang van 2001 is structureel f 20 mln extra beschikbaar. Momenteel wordt hard gewerkt om nog dit jaar een deel van de achterstand in te lopen en in het eerste kwartaal van 2001 het resterende deel. De beschikbare middelen worden in overleg met de gemeenten ook ingezet voor maatregelen om het ontstaan van nieuwe achterstanden in de toekomst te voorkomen. Overigens zal de wachtlijstbrigade haar werkzaamheden ook richten op de indicatieorganen.

16

Hoeveel extra financiële middelen zijn ten behoeve van de maatschappelijk opvang in 2001 gereserveerd, en hoe verhoudt dit zich tot de volgens de Federatie Opvang benodigde f 115,5 mln?

De Federatie Opvang vraagt in totaal f 115,5 miljoen extra voor werkdruk en ziekteverzuim (f 100 miljoen), kwaliteitsbeleid (f 15 miljoen) en een onderzoeksprogramma maatschappelijke opvang (f 500 000,-). Het probleem van hoge werkdruk en ziekteverzuim speelt, evenals binnen andere sectoren, ook in de maatschappelijke opvang. De extra gelden die in de afgelopen tijd beschikbaar zijn gesteld voor de sector Zorg en Welzijn zijn zeker ook inzetbaar om de werkomstandigheden in deze sector te verbeteren. In 1998 is specifiek ter compensatie van de gevolgen van de invoering van de arbeidstijdenwet f 8,9 miljoen extra beschikbaar gesteld.

Voor wat betreft het kwaliteitsbeleid acht ik het van belang dat hier binnen de sector aandacht aan wordt besteed. Via de Federatie Opvang financier ik dan ook de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid binnen instellingen. De verantwoordelijkheid voor de implementatie hiervan ligt vooral bij de gemeenten en de sector zelf. Vele partijen, zoals de geestelijke gezondheidszorg, de politie, woningbouwverenigingen, sociale diensten e.a. leveren een bijdrage aan de oplossing/beheersing van de problemen.

Daarom moet er geen eigen onderzoeksprogramma door één partij, in dit geval de maatschappelijke opvang worden gestart maar dient dit onderwerp juist een plaats te krijgen binnen de bestaande onderzoeksprogramma's.

In het jaar 2001 worden geen extra middelen beschikbaar gesteld voor deze specifieke onderwerpen. Er is wel vanaf 2001 structureel f 15 miljoen extra voor dak- en thuislozen en zwerfjongeren (bijvoorbeeld een 24-uurs meldpunt). De totale omvang van de reguliere rijksmiddelen voor de specifieke uitkeringen maatschappelijke opvang en vrouwenopvang bedraagt overigens in 2001 in totaal f 234,7 miljoen.

17

Wordt overwogen te komen tot een deltaplan voor de zorg waarin een samenhangende visie met een plan van aanpak wordt gepresenteerd voor de problematiek van de arbeidsmarkt, de wachtlijsten, de capaciteit van de infrastructuur, de opleidingscapaciteit en de bedrijfsvoering in de sector? Zo neen, hoe wordt dan tot meer structurele oplossingen voor deze vraagstukken gekomen?

Tijdens de algemene politieke beschouwingen heeft de Tweede Kamer de wens geuit om te komen met een plan voor de zorg. Deze zal begin november aan de Kamer worden gezonden. Daarin zullen in samenhang alle beleidsinitiatieven, waaronder het in de vraag genoemde, worden gepresenteerd die ervoor moeten zorgen dat de Nederlandse gezondheidszorg op korte en lange termijn beantwoordt aan de eisen die moderne burgers daaraan stellen.

18

Voor welk bedrag is in 1999 aan externe advisering uitgegeven en zal daarvoor naar verwachting in 2000 worden uitgegeven en welk bedrag is daarvoor in 2001 uitgetrokken? Kan een eventuele daling of stijging in de kosten worden verklaard?

Externe advisering maakt onderdeel uit van de uitgaven voor inhuur externen en uitbesteding. Deze begrippen zijn als volgt gedefinieerd:

Inhuur externen: Uitgaven en verplichtingen met betrekking tot personeel zonder ambtelijk dienstverband dat door VWS wordt ingehuurd voor de uitvoering van de werkzaamheden die onder de directe verantwoordelijkheid van het departementale management worden verricht, bijvoorbeeld uitzendkrachten en interim-management.

Uitbesteding: Uitgaven en verplichtingen met betrekking tot contractueel vastgelegde aankopen van prestaties in de vorm van afgeronde producten en/of diensten, gericht op het functioneren van het ambtelijk apparaat, die worden verricht of tot stand komen buiten de directe verantwoordelijkheid van het departementale management, in dit geval buiten het departementale werkverband, bijvoorbeeld beleids- en organisatieonderzoek, beveiliging en catering.

Op basis van bovenstaande definities is in 1999 bij VWS (incl. buitendiensten) op totaalniveau (beleid + P&M-artikelen) f 55,3 miljoen uitgegeven. De uitgaven voor inhuur van externen en de uitbestede werkzaamheden hebben zowel betrekking op informatievoorziening/automatisering, interim-management, secretariële ondersteuning, voorlichting, juridische adviezen als op beleidsonderzoek. De verwachting is dat de uitgaven voor 2000, vanwege o.a. Bijlmermeerramp en Vuurwerkcramp Enschede, op een hoger niveau zullen uitkomen.

De uitgaven voor inhuur externen worden, vanwege het veelal incidentele karakter van de inhuur, in principe niet geraamd. Het is derhalve moeilijk om iets te zeggen over een toe-/afname van de uitgaven voor inhuur externen in 2001.

19

Welk deel van de extra middelen die voor 2001 ter beschikking worden gesteld zullen neerslaan in de care-sector? Kan daarvan een uitsplitsing worden gegeven?

De totaal beschikbare extra middelen in 2001 bedragen f 3 728 mln. Ten behoeve van de care-sector worden hiervan de volgende intensiveringen gerealiseerd.

- Versnelling capaciteitsuitbreiding care (f 250 mln);
- Capaciteitsuitbreiding care (f 259 mln);
- Indicatiestelling AWBZ (f 20 mln);
- Beheerskosten zorgkantoren i.v.m. wachtlijstaanpak (f 45 mln);
- Verhoging zak- en kleedgeld (f 30 mln);
- ICT in de zorg (f 29 mln);
- Regeerakkoordmiddelen (f 633 mln).

Van de onderstaande intensiveringen zal een deel neerslaan in de care-sector.

Vooralsnog is de verdeling over de sectoren care en cure niet bekend.

- Arbeidsmarktbeleid (f 207 mln);
- Uitvoeringskosten Uitvoeringsinstellingen (f 27 mln);
- Overig begroting (f 6 mln);
- Regeerakkoordmiddelen (f 16 mln).

20

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de intensiveringen. In welke artikelen van de Begroting 2001 zijn deze intensiveringen terug te vinden

De meeste van de in tabel 1 genoemde intensiveringen hebben betrekking op de zorg, c.q. op het premiegefinancierde deel van het budgettaire kader zorg, en zijn derhalve niet terug te vinden in artikelen op de begroting. Van alle overige intensiveringen is onderstaand aangegeven op welk begrotingsartikel de betreffende intensivering is terug te vinden.

Regeerakkoord, tranche 2001

wv. f 50 mln kinderopvang: artikel 24.04

f 13 mln sociale infrastructuur: artikel 24.09

f 15 mln sport: artikel 24.07

Versnelling intensivering kinderopvang: f 80 mln artikel 24.04

Intensivering kinderopvang, jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg

wv. f 10 mln kinderopvang: artikel 24.04

f 12 mln motie-Örgü/Eurlings normharmonisatie LWRV-A (TK 1999–2000, 26 816, nr. 12): 24.04

Arbeidsmarktbeleid

wv. f 3 mln opleiding huisartsen: artikel 25.01

wv. f 3 mln verloskundigen: artikel 25.01

wv. f 94 mln ziekteverzuim en scholing: artikel 25.03

Overig

wv. f 3 mln vierde tranche goudpool: artikel 24.05

f 3 mln Commissie Doelman: artikel 24.05.

21

Is het kabinet van mening dat de uitbreiding van de PGB's snel genoeg gaat?

Ja. De uitbreiding van het PGB vindt plaats zowel in kwantitatieve zin (aantallen budgethouders en macro-budgettaire), als naar andere AWBZ sectoren. Uit cijfers van de SVB (Sociale VerzekeringsBank) blijkt dat het aantal budgethouders PGB aanzienlijk groeit. Het totaal aantal budgethouders bedraagt per 31 augustus 2000 ruim 18 000. Dit betekent dat vanaf 1 januari dit jaar het totaal aantal budgethouders met bijna 5000 is gestegen. Uitsplitst is het PGB verpleging en verzorging toegenomen

met 3968 budgethouders en het PGB VG met 1030 budgethouders. Gelet op de aanpak wachtlijsten is de verwachting dat dit aantal dit jaar en volgend jaar nog verder zal stijgen.

Ten aanzien van de uitbreiding naar sectoren is het sinds 1 augustus 2000 ook mogelijk ITZ in de vorm van een PGB te krijgen en is in oktober 2000 gestart met een experiment PGB in de lichamelijke gehandicaptensector. Het PGB GGZ (functie-begeleiding) wordt per 1 januari 2001 landelijk ingevoerd. Nog bezien wordt of een aparte regeling ten behoeve van een PGB verpleeghuizen en verzorgingshuizen nodig is.

22

De WHO stelt dat in Nederland nog onbenutte kansen liggen. Op welke onbenutte kansen duidt de WHO? Hoe wordt op deze kansen ingespeeld?

Nederland behoort op het terrein van gezondheid en zorg niet tot de beste van de Europese klas. Dat geldt voor gezondheid en minder voor gezondheidszorg die goed presteert in termen van kosten en resultaten. In vergelijking met 20 jaar geleden heeft Nederland een minder sterke vooruitgang in de zuigenlingensterfte en levensverwachting dan in de meeste andere landen plaatsgevonden. De verschillen in gezondheid kunnen niet meer uitsluitend verklaard worden uit verschillen in welvaart, maar hebben eerder te maken met verschillen in leefstijlen (eetgewoonten, drinken, roken). Nederland kent veel rokers, terwijl er ook veel gedronken wordt. Deze factoren zijn vermoedelijk verantwoordelijk voor het feit dat in Nederland de afgelopen 20 jaar een stagnerende stijging van de levensverwachting van vrouwen te zien gaf.

Mogelijkheden tot verbetering zijn aanwezig o.a. op het gebied van het terugdringen van de zuigelingensterfte en de verhoging van de levensverwachting van vrouwen. Wij zullen concrete beleidsmaatregelen aankondigen op basis van de analyse van internationaal vergelijkende rapporten waaronder het World Health Report 2000 van de WHO, welke rapportage voor rond de jaarwisseling is aangekondigd. Ik zal de Kamer daar dan nader over informeren.

23

Wat wordt verstaan onder faciliteren? Geld beschikbaar stellen of ook nog andere zaken?

Het faciliteren van het stoppen met roken houdt onder andere in het verstrekken van subsidie aan Stivoro, wier activiteiten ook de ondersteuning van stoppers omvat. Ondermeer met een persoonlijk Advies op Maat en de ondersteuning van GGDen en andere regionale organisaties die stoppen met roken cursussen aanbieden. In 1999 werd bovendien een grote landelijke millenniumstopcampagne gevoerd. Deze heeft ca 800 000 stoppers opgeleverd van wie er na een week 62% nog niet weer begonnen was. Verdere onderzoeken naar het effect van deze actie lopen nog. Ter verdere intensivering van dit onderdeel van beleid wordt er gestreefd naar de landelijke invoering van de «minimale interventiestrategie stoppen met roken voor de huisartspraktijk».

Op dit moment wordt tevens bekeken of gekomen kan worden tot een integrale, sectoroverstijgende aanpak waarmee het stoppen gefaciliteerd kan worden.

24

Op welke wijze wordt een verklaring gezocht voor de langzaam toenemende levensverwachting van vrouwen en welke actie wordt ondernomen?

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997 worden als verklaringen voor het afnemende verschil in levensverwachting tussen mannen

en vrouwen genoemd: de sterkere sterftedaling aan coronaire hartziekten bij mannen en de daling van de sterfte aan longkanker bij mannen. Daarentegen beginnen de gevolgen van het roken zich bij vrouwen juist sterker te manifesteren. Deze ontwikkelingen hebben veel te maken met ontwikkelingen in de leefstijl van vrouwen en van mannen. Met name roken, weinig beweging en een ongezonde voeding zijn elementen van een ongezonde leefstijl. Het beleid is erop gericht mensen, mannen en vrouwen, te stimuleren tot het maken van gezonde keuzes. Informatie onder andere moet mensen in staat stellen een weloverwogen keuze te maken. Andere elementen in het «gezond leven» beleid zijn het zoeken naar wegen om gezond leven aantrekkelijk te maken, het stellen van eisen aan de fysieke omgeving en het beperken van verleidingen (denk aan de reclame voor sigaretten en alcohol). ZorgOnderzoek Nederland heeft opdracht gekregen rondom het thema Gezond Leven een meerjarig programma te ontwikkelen. Dit programma moet gericht zijn op het tot stand brengen van vernieuwing ten aanzien van gezondheidsbevordering en leefstijlbeïnvloeding.

25

Nederland komt er in de analyse van de OESO gemiddeld goed vanaf: voldoet dit voor het kabinet?

Het antwoord op deze vraag is gelijk aan het antwoord op een vraag met dezelfde strekking die bij de Zorgnota is gesteld (zie vraag 107 Zorgnota). Hieronder is dit antwoord nog eens weergegeven.

De OESO heeft in maart van dit jaar het tweejaarlijkse landenexamen over Nederland gepubliceerd. Zoals gebruikelijk gaat dit landenexamen in op de prestaties van de Nederlandse economie en in het verlengde daarvan op het Nederlandse economisch beleid. Tevens stelt ieder landenexamen één speciaal onderwerp aan de orde. Afgelopen keer betrof dit de gezondheidszorg.

Het totaaloordeel van de OESO over de Nederlandse zorgsector kan worden beschouwd als een ruime voldoende. Zowel in termen van kosten (als aandeel van het Bruto Binnenlands Product), in termen van «objectieve» meting van gezondheidsprestaties als in termen van gepercipieerde gezondheid scoort het Nederlandse stelsel goed. Dat neemt niet weg dat de OESO wel een aantal problemen ziet in de zorg die kunnen worden gevat onder de noemers wachtlijsten, ingewikkelde en omvangrijke regelgeving en beleidsmatige nadruk op kostenbeheersing van de afgelopen jaren. De vraaggerichtheid van het systeem is hiermee steeds meer onder druk komen te staan.

Het geheel overziend komt de OESO tot de conclusie dat de in gang gezette ontwikkeling in de zorg, de weg van gereguleerde competitie, de juiste is. Wel liggen volgens de OESO hier meer mogelijkheden dan tot nu toe benut. Selectieve introductie van meer competitie en verbetering van de «prikkelstructuur» in het zorgstelsel kunnen de vraaggerichtheid en de doelmatigheid van het systeem vergroten. Daarbij stelt de OESO dat, door het grote belang dat de Nederlandse samenleving hecht aan gelijke rechten en solidariteit, de beste benadering wel eens zou kunnen zijn door het bestaande evenwicht tussen private en publieke ziektekostenverzekeringen te handhaven, maar binnen dit duale stelsel met kleine stapjes meer marktconforme prikkels te introduceren voor alle partijen.

Vanzelfsprekend zullen deze aanbevelingen worden meegenomen in de discussie over de vormgeving van het zorgstelsel voor de komende jaren, samen met de adviezen van gerenommeerde binnenlandse adviesorganen als de WRR, SER en RVZ en de uitkomsten van debatten met organisaties van belanghebbenden. Het streven is om voor de zomer van 2001 een notitie aan het parlement aan te bieden.

26

Het wordt van belang geacht dat patiënten- en consumentenorganisaties goed worden gefaciliteerd. Kunnen bundeling en samenwerking van patiënten en consumentenorganisaties tot gevolg hebben dat in geval van overlap van activiteiten een subsidievermindering plaats heeft?

Inderdaad is het van belang dat patiënten- en consumentenorganisaties goed worden gefaciliteerd om hun taken in de zorg te kunnen vervullen. Aangezien het overheidsbudget altijd beperkingen kent is het zaak dat door samenwerking en afstemming door de betrokken koepel-organisaties met het aan hen ter beschikking gestelde budget een zo groot mogelijke «opbrengst» bereikt wordt. Mijn streven om de koepels tot een intensievere samenwerking en afstemming te bewegen is niet bedoeld om bezuinigingen te bewerkstelligen, maar inderdaad om waar mogelijk de koepels aan te zetten om door middel van samenwerking en afstemming ruimte te vinden om bijv. zaken aan te pakken die nu blijven liggen, of waarvoor nu geen menskracht of middelen ter beschikking zijn.

27

Staan de beschikbare middelen voor gezondheidsbescherming en bevordering in verhouding tot het feit dat het kabinet vindt dat deze onderdelen van beleid meer aandacht vragen?

De beschikbare middelen voor het beleid inzake de gezondheidsbescherming en bevordering zijn in beginsel toereikend om het beleid, zoals dat tot nu toe is geformuleerd, vorm te geven. Het kabinet heeft evenwel te kennen gegeven in de komende jaren meer nadruk te willen leggen op het preventiebeleid vanuit de gedachte dat hier nog gezondheidswinst te boeken valt. Op tal van deelterreinen wordt nu verdergaand beleid geformuleerd. Op grond daarvan zal worden bezien of de beschikbare budgetten uitbreiding behoeven.

28

Op welke wijze kan een alternatief privé-gefinancierd zorgaanbod bijdragen aan een evenwicht tussen capaciteit en kwaliteit?

Er dienen zich op het gebied van de ouderenzorg initiatieven aan die via private financiering een aanvullend aanbod mogelijk willen maken. In zich zelf bestaat er geen bezwaar tegen dergelijke initiatieven voor zover deze niet leiden tot een vorm van voorrangszorg en zich beperken tot extra bijdragen voor een ruimere huisvesting etc. Dergelijke voorzieningen dragen feitelijk bij aan het vergroten van de capaciteit van het zorgaanbod, waardoor kan worden gesteld dat dergelijke initiatieven bijdragen aan het verminderen van het aantal wachtenden.

29

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het innemen van een standpunt ten aanzien van het advies van de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie waarin ook de hygiëne-eisen voor tatoeëren en piercen zullen worden opgenomen? Wat is de uitkomst van het overleg dat minister Borst heeft gevoerd met de VNG over het opnemen van eisen van technische hygiëne van tatoeëer- en piercingsstudio's in gemeentelijke verordeningen? In hoeveel gemeenten zijn deze eisen opgenomen in de verordeningen en hoe worden deze gecontroleerd? Bent u het met ons eens dat het hoog tijd is om de hygiëne-eisen met betrekking tot tatoeëren en piercen vast te leggen, gezien het grote aantal mensen dat zich laat behandelen?

Op 17 maart 2000 (GZB/GZ 2.055.495) is het standpunt op het visiedocument van het Platform Openbare Gezondheidszorg aan de Tweede Kamer aangeboden. Hierin is ondermeer verwoord dat de technische hygiënezorg beter in de WCPV zal worden verankerd, conform het advies van de Stuurgroep Basistaken. Op 15 augustus 2000 (GZB/GZ 2.084.693) is de procedure rondom de wijziging van de WCPV aan de Tweede Kamer toegelicht. De gewijzigde WCPV en een eerste Proeve van een wijziging van de AMVB liggen momenteel bij de Raad van State. In de Proeve worden de taken omtrent technische hygiënezorg nader omschreven. Over de wijziging van de WCPV heeft overleg met de VNG plaats gevonden. Tijdens dit overleg is niet specifiek over verschillende deelonderwerpen gesproken, zoals tatoeëer- en piercingstudio's, maar wel over de verantwoordelijkheid van de gemeenten ten aanzien van de technische hygiënezorg. De VNG heeft ingestemd met de wijziging van de WCPV.

Met het onderbrengen van de technische hygiënezorg in de WCPV is het uitwerken van deze taak een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Het is aan de VNG en GGD Nederland om haar leden te adviseren over de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan deze verantwoordelijkheid, al dan niet door middel van gemeentelijke verordeningen. In de Nota's gemeentelijke gezondheidsbeleid, die straks eens per 4 jaar door de gemeenten moeten worden opgesteld, zal zichtbaar worden wat gemeenten specifiek op dit terrein hebben ondernomen.

De Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) heeft inmiddels wel – parallel aan de reeds bestaande LCI-protocollen voor de infectieziektebestrijding – een protocol voor risico-inventarisatie in tatoeage- en piercingstudio's uitgegeven. Dit najaar zal in overleg met GGD Nederland, de LCI en VWS worden nagegaan of het wenselijk is deze protocollen nader uit te werken, en zo ja, op welke wijze dit kan plaatsvinden.

30

Hoe verhoudt de beleidsdoelstelling van de minister om te bewerkstelligen dat meer rokers stoppen zich tot het besluit om het middel Zyban als geneesmiddel voor het stoppen met roken niet voor vergoeding in aanmerking te laten komen?

Stoppen met roken is van groot belang voor de volksgezondheid. Om deze reden is een breed opgezette aanpak om dit te bevorderen een speerpunt van beleid. Met name de begeleiding van de roker is hierbij van groot belang. Als ondersteuning bij het stoppen met roken kunnen tevens nicotinevervangende middelen zoals pleisters of het geneesmiddel Zyban worden ingezet.

Dit wil echter niet zeggen dat deze middelen uit het verstrekkingspakket extramurale geneesmiddelen moeten worden betaald. In 1994 zijn de nicotinevervangende middelen (nicotinepleisters e.d.) op advies van de Ziekenfondsraad uit het pakket verwijderd. Dit advies was gebaseerd op de overweging dat het beginnen met roken en het ermee stoppen tot de eigen verantwoordelijkheid behoren. Daarnaast werd geconstateerd dat de kosten van deze middelen voor eigen rekening kunnen komen, omdat de roker door het stoppen met roken ook kosten bespaart (het vierde criterium van de Trechter van Dunning). In de afgelopen zomer is het middel Zyban (amfebutamon), bestemd voor faciliteren van het stoppen met roken, op advies van het College voor zorgverzekeringen op basis van hetzelfde criterium (het betreft een geneesmiddel dat voor «eigen rekening en verantwoordelijkheid» kan komen) niet tot het pakket toegelaten. Ook in dit geval leidt het gebruik van het middel niet tot meerkosten voor de patiënt.

Het niet vergoeden van Zyban uit de sociale ziektekostenverzekering hoeft het antirookbeleid dan ook niet in de weg te staan.

31

In welke mate heeft de relatie tussen ziekteverzuim en psychische aandoeningen de afgelopen vijf jaar geleid tot een toenemende vraag naar psychosociale hulp?

Mensen die lijden aan psychische problematiek verzuimen lang niet allemaal. Veel mensen blijven gewoon aan het werk, al is het functioneren verminderd. Volgens het NEMESIS-bevolkingsonderzoek naar psychische aandoeningen lijdt één op de vijf werkenden aan psychische klachten. Een groot deel (80%) van de mensen wordt op eerstelijnsniveau behandeld door huisarts, eerstelijnspsycholoog of een andere GGZ aanbieder. Er is geen cijfermateriaal beschikbaar over de afgelopen vijf jaar. Momenteel wordt wel onderzoek gedaan. Uit voorlopige cijfers blijkt dat vorig jaar ongeveer de helft van de werkenden die tenminste éénmaal verzuimden om psychische redenen één of meer hulpverleners bezocht voor psychosociale hulp bij psychische of verslavingsklachten. Van alle werkenden ontving vorig jaar ongeveer 13% enigerlei zorg voor psychische klachten, vooral in de eerstelijns.

32

In hoeverre hebben de campagnes van de afgelopen jaren een stijgende lijn te zien gegeven ten aanzien van meer bewegen? Op welke doelgroep(en) zal de aangekondigde campagne specifiek worden gericht? Hoe komt het dat met name bij jongeren tussen twaalf en achttien de hoeveelheid lichaamsbeweging afneemt? Zijn er geen onorthodoxe maatregelen gewenst teneinde de afname van de lichaamsbeweging door jongeren tussen de twaalf en achttien jaar tenminste tot stilstand te brengen?

In het recente verleden zijn verschillende maatregelen getroffen om de bevolking tot lichamelijke activiteit aan te zetten. Hiertoe behoren onder andere de campagnes Nederland in Beweging! (NIB) en Jeugd in Beweging (JiB). De campagnes, die nog enige tijd doorlopen, laten zich vooral kenschetsen als netwerkcampagnes: zij zijn er met name op gericht intermediaire organisaties te stimuleren om het sport- en bewegingsaanbod te vergroten en hun achterban te benaderen. Op enkele onderdelen richten deze campagnes zich rechtstreeks tot de doelgroep (zoals het NIB-televisieprogramma en de campagne WhoZnext van JiB, gericht op de bevordering van jeugdparticipatie).

Cijfers over de afnemende lichamelijke activiteit van jongeren worden met name ontleend aan het Amsterdamse Groei- en GezondheidsOnderzoek (AGGO). Uit dit longitudinale onderzoek blijkt dat de lichamelijke activiteit vanaf het twaalfde levensjaar afneemt. De dalende lijn zet zich overigens na het achttiende levensjaar verder door. Deze daling blijkt ook uit onderzoeksresultaten op het gebied van sportparticipatie.

In het beleid gericht op bewegingsbevordering zal aandacht zijn voor kwetsbare groepen, i.c. de doelgroepen waarbij een verhoogde mate van bewegingsarmoede wordt geconstateerd. Aan de hand van de eerste meting naar de Nederlandse Norm Gezond Bewegen kan onder andere worden geconstateerd dat de lichamelijke activiteit bij werkenden aanzienlijk lager is dan bij niet-werkenden. Om andere redenen kan ook worden gedacht aan doelgroepen zoals jongeren (aanleren gewoontegedrag), ouderen en chronisch zieken (effect van bewegen op kwaliteit van leven), lage SES-groepen en allochtonen (achterblijvende gezondheidstoestand in algemene zin). Het streven is erop gericht de mate van gezond bewegen de komende jaren een beleidsimpuls te geven. «Onorthodoxe» maatregelen waaronder een nieuwe, gedragsgerichte campagne zullen daarbij niet worden geschuwd. Ook het belang van voldoende bewegingsonderwijs kan in deze context niet voldoende worden benadrukt.

Hoe is het percentage van 40% dat aan de genoemde norm moet voldoen berekend?

In de Zorgnota is voor «voldoende bewegen» een streefpercentage opgenomen van 40%. Dit betekent in concreto dat in 2004 40% van de Nederlandse bevolking zou moeten voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Bij het vaststellen van dit streefcijfer is uitgegaan van het huidige percentage van de bevolking dat zich voldoende gezond beweegt (30%).

Met hoeveel procent daalt het aantal aan roken gerelateerde kwalen bij een reductie van het aantal rokers met de genoemde 6% procent? Hoe groot zijn in dat geval de besparingen?

Vanzelfsprekend is mijn inzet op tabakontmoediging gegrondvest op de enorme gezondheidswinst die ermee behaald kan worden; roken is namelijk veruit doodsoorzaak nummer één. Het gaat dus primair om het bevorderen van langer gezond leven. De besparingen door een reductie van het aantal rokers komen vooral ten goede aan werkgevers (minder ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) en zijn daarnaast overwegend te behalen in de gezondheidszorg (minder ziekte) en in de verzekerings sfeer (minder branden). Het gaat daarbij in potentie om enkele miljarden aan besparingen. Er is geen exact antwoord op deze vraag te geven. Veel factoren spelen namelijk een rol, bijvoorbeeld de leeftijd waarop gestopt wordt. Wat wel gesteld kan worden is het volgende. Roken veroorzaakt tenminste 23 000 doden per jaar. Stoppen met roken levert onmiddellijke gezondheidswinst op in termen van verminderde kans op hart- en vaatziekten. Daarna vermindert ook in toenemende mate de kans op allerlei vormen van kanker en luchtwegaandoeningen. Stoppen met roken draagt dan ook wezenlijk bij aan een verlenging van het aantal gezonde levensjaren. Als er in Nederland nu helemaal niet gerookt zou worden, betekent dit dat de volgende maatschappelijke kosten niet meer zouden ontstaan. De directe kosten in de gezondheidszorg bedragen circa 10 miljoen gulden per werkdag. Daarnaast is er het productieverlies door ziekte, arbeidsongeschiktheid en vroegtijdige sterfte; dat kost de maatschappij per werkdag ongeveer een zelfde bedrag. Deze schatting is gebaseerd op onderzoeken in het afgelopen decennium door respectievelijk het Nederlands Economisch Instituut (in opdracht van VWS) en de Stichting Volksgezondheid en Roken.

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 is ook doorgerekend welke gevolgen er zijn voor de kosten in de gezondheidszorg als de gehele bevolking in een keer zou stoppen met roken. U vindt de betreffende grafiek op pagina 152 van het genoemde rapport.

Welke verschillen bestaan er tussen autochtone en allochtonen Nederlanders wanneer het gaat om veilig vrijen bij wisselende seksuele contacten?

Er zijn beperkte gegevens beschikbaar over verschillen in vrijgedrag tussen autochtone en allochtone Nederlanders.

Uit onderzoek van het Nisso (2000) blijkt:

- Turken en Marokkanen hebben minder kennis over veilig vrijen dan autochtone Nederlanders, de kennis van Surinamers/Antillianen is ongeveer gelijk met de autochtone groep;
- De houding ten aanzien van condoomgebruik verschilt tussen autochtone en allochtone groepen: met name Turken en Marokkanen staan negatiever ten opzichte van condoomgebruik dan autochtone Nederlanders;

- Wat communicatieve vaardigheden betreft zijn Marokkanen en autochtone Nederlanders gelijk, Turken hebben veel meer moeite condoomgebruik ter sprake te brengen. Surinamers/Antillianen hebben hier ook moeite mee, maar in mindere mate;
- Ondanks een verschil in kennis over veilig vrijen, komen er uit het onderzoek geen aantoonbare verschillen in onveilig vrijgedrag.

Omdat de cijfers over het voorkomen van soa in Nederland van zeer beperkte kwaliteit zijn, is het moeilijk een directe link te leggen tussen de incidentiecijfers en risicogedrag. Wel zijn er indicatieve resultaten:

- Uit de cijfers van de GGD-en over het voorkomen van soa die door het RIVM worden gerapporteerd, zijn allochtone groepen oververtegenwoordigd, met name Surinaamse en Antilliaanse groepen.
- Uit onderzoeken van de GG&GD Amsterdam en de VU naar het voorkomen van Chlamydia in Amsterdam blijkt dat de hoogste percentages Chlamydia-infecties gevonden worden bij Surinaamse en Antilliaanse vrouwen.

Bovenstaande gegevens lijken in tegenspraak met het onderzoek van het Nisso. Het kan echter zijn dat het daadwerkelijke veilig vrijgedrag afwijkt van de gerapporteerde gegevens.

Een andere hypothese is dat de kans op besmetting in bepaalde allochtone populaties groter is. Een zelfde onveilig gedrag leidt dan tot relatief meer nieuwe infecties bij de allochtone dan de autochtone populatie. Tenslotte is het mogelijk dat de cijfers over soa betrekking hebben op een specifiek deel van de allochtone populatie en dus niet 1 op 1 vergeleken kunnen worden met de resultaten van het NISSO-onderzoek.

Al met al is het nodig om de voorlichting over veilig vrijen ook specifiek te richten op verschillende allochtone groepen. De Stichting soa-bestrijding is hier actief mee bezig. Recent is een advies opgesteld over de communicatiestrategie gericht op verschillende allochtone groepen.

36

Zijn er recente gegevens bekend over aard en omvang van ongevallen tijdens sportbeoefening? In welke mate acht u het haalbaar om deze aantallen terug te dringen? Waarom worden hier geen streefcijfers genoemd gericht op vermindering van het genoemde totaal aantal (sport) ongevallen?

Jaarlijks ontstaan 2 miljoen acute sportblessures, waarvan er 800 duizend (40%) medisch behandeld worden. In vergelijking met 5 jaar geleden is dit licht gedaald (met 3%). De Stichting Consument en Veiligheid heeft een enquête-onderzoek gehouden onder slachtoffers van ongevallen. Qua absolute aantallen zorgt veldvoetbal voor de meeste blessures. Echter: de incidentiedichtheid is het grootst bij de volgende takken van sport: skisport (6,3%), basketbal (2,8%), volleybal (2,0%), veldhockey (1,8%), schaatsen (1,8%), veldvoetbal (1,7%), turnen (0,9%), paardensport (0,6%) en zwemmen (0,4%). Cijfers betreffende de aard van het letsel en welke lichaamsdelen gewond raken laten zien dat de enkel en de knie het meest aangedaan zijn. Meestal gaat het hierbij om verstuikingen van gewrichten/verrekkingen van spieren.

Wat opvalt is de verschuiving van blessures bij contactsporten als voetbal en hockey naar de niet contactsporten als bijvoorbeeld skiën, schaatsen en paardrijden. Een mogelijke verklaring hiervoor is de toenemende belangstelling voor deze sporten.

Het ministerie van VWS is sinds 1996 medefinancier van het nationale actieprogramma Sport Blessure Vrij, een gezamenlijk project van NOC*NSF en Stichting Consument en Veiligheid. In samenwerking met diverse (koepel)organisaties worden de preventieve maatregelen, afhankelijk van de beoogde (intermediaire) doelgroep, via verschillende interventies uitgedragen.

Dit project is in 1996 van start gegaan met als doelstelling een reductie van het aantal, de ernst en de gevolgen van sportblessures. Er wordt gestreefd naar een reductie van 10% in 5 jaar vanaf 1997. Daarbij gaat het om een reductie van het relatieve aantal blessures, waarbij wordt gekeken naar de incidentiedichtheid, dat wil zeggen het gemiddeld aantal blessures dat optreedt per 1000 uren sporten. Deze doelstelling is realistisch, gezien de reductie van blessure-incidentie, ernst en gevolgen die al eerder is bereikt.

Vanwege de toename van blessures bij het paardrijden en het inline-skaten worden, in samenwerking met de betreffende sportbonden, hiervoor specifieke projecten opgezet en uitgevoerd. Zo zal de Nederlandse Hippische Sportbond i.s.m. de ministeries van LNV en VWS een certificeringregeling voor maneges ontwikkelen.

De Skate Bond Nederland voert een project «veilig skaten» uit. Dit project heeft als doel het ontwikkelen van een rijks erkende opleiding tot skate-instructeur en het ontwikkelen van een Skatevaardigheidsbewijs (SVB). Ook wordt een protocol en handleiding ontwikkeld voor het organiseren van skate-toertochten en wedstrijden.

Tevens worden op andere terreinen maatregelen getroffen om de aantallen blessures en ongevallen terug te dringen. De organisaties in de zwembadenbranche hebben een plan van aanpak opgesteld om te komen tot een certificeringssysteem voor de zwembaden; veiligheid en preventie van ongevallen maken daar nadrukkelijk onderdeel van uit.

37

Wanneer zal het gemoderniseerde JGZ-stelsel worden verankerd in de Wet Collectieve Preventie? Met welk bedrag moet rekening worden gehouden voor de invoering van het basispakket jeugdzorg? Wanneer wordt hier een beslissing over genomen?

Het voorstel tot verankering in de WCPV van de Basistaken Collectieve Preventie (waaronder de basistaken jeugdgezondheidszorg) ligt voor advies bij de Raad van State. Zo spoedig mogelijk na het uitbrengen van het advies zal het voorstel aan de Kamer worden voorgelegd. Gezien de pakketvergelijking die in februari 2000 is uitgevoerd tussen enerzijds het door de Werkgroep Basistaken JGZ geformuleerde pakket en anderzijds het Zorgpakket Ouder- en Kindzorg (0–4) en Zorgen voor Jeugd (4–19) ga ik er van uit dat de invoering in beginsel budgettair neutraal kan worden uitgevoerd. Daarnaast is vanaf 2001 voor consultatiebureaus f 35 mln extra beschikbaar gesteld voor het verrichten van extra inspanningen voor kinderen van 0–6 jaar in achterstandsituaties. Momenteel ben ik in overleg met het CTG over het doorrekenen van het uniform deel van het basispakket. Ik zal u daarover in mijn beleidsbrief, die ik u medio november a.s. zal toezenden, nader informeren.

38

Waarop zijn de in de tabel gepresenteerde streefcijfers gebaseerd? Tot welke besparingen op de gezondheidszorg leiden de in de tabel gepresenteerde streefcijfers?

Zoals u zult beseffen is het «verleiden» van burgers tot het maken van gezonde keuzes een kwestie van een lange adem. Het is daarom goed om op een aantal ijkmomenten te meten hoe bepaalde indicatoren, die wijzen op een gezonde leefstijl, zich ontwikkelen. Op basis daarvan kan dan worden bepaald of we op de goede weg zijn of dat het beleid moet worden bijgesteld of verscherpt.

De genoemde streefcijfers zijn cijfers die zijn gebaseerd op de huidige stand van zaken met betrekking tot deze indicatoren en de trendmatige ontwikkelingen die zich daarin de afgelopen periode hebben voorgedaan (zie ook VTV 1997). Ze zijn tevens gebaseerd op verwachtingen ten

aanzien van de effecten die alleen met een geïntensiveerd preventiebeleid bereikt zouden kunnen worden.

De waarde van een gezonde leefstijl is mijns inziens vooral gelegen in het verhogen van de kans op een langer gezond leven en daarmee op een betere kwaliteit van leven. Het in harde guldens uitdrukken van de waarde hiervan is geen gemakkelijke zaak. Gezondheid vertegenwoordigt natuurlijk ook een direct economisch belang. De kosten van de gezondheidszorg en het verlies aan arbeidsproductiviteit springen het meest in het oog als we het hebben over de maatschappelijke kosten van ongezond gedrag. Zo worden de medische kosten van de 23 000 sterfgevallen als gevolg van het roken geschat op circa 10 miljoen gulden per werkdag. Daarnaast wordt het productieverlies door ziekte, arbeidsongeschiktheid en vroegtijdige sterfte door roken geschat op een zelfde bedrag per werkdag. Bij het berekenen van de te behalen besparingen moeten we ook de kosten van preventie meenemen en tevens rekening houden met de maatschappelijke kosten die gepaard gaan met het verlengen van onze levensverwachting.

Naast het vergroten van het inzicht in de economische kosten en besparingen die gemoeid zijn met het realiseren van de gestelde doelen, vind ik het vooral ook belangrijk om binnen het beschikbare budget te komen tot een prioritering van interventies met de hoogste gezondheidswinst.

39

Kan per jaar worden aangegeven hoeveel consultatiebureaus vanaf 1995 zijn gesloten? Hoe wordt deze ontwikkeling beoordeeld en hoe verhoudt dit zich tot de gewenste sluitende aanpak in het kader van het ketenmanagement? Wat betekent dit voor een goede bereikbaarheid van de ouder- en kindzorg?

Uit het rapport «Uitkomsten onderzoek Ouder- en Kindzorg» van het College voor Zorgverzekeringen« (maart 2000) blijkt dat sinds 1996 bij 29 thuiszorginstellingen vestigingspunten zijn afgestoten, er 2 vestigingspunten zijn bijgekomen en 15 vestigingspunten zijn verplaatst. Thuiszorginstellingen waren niet in staat om voor de periode 1996 tot en met 1999 een overzicht te geven van het aantal vestigingspunten en het totaal aantal geopende uren van consultatiebureaus. Ik kan daarom niet beoordelen wat het gevolg is van de individuele sluiting van een consultatiebureau voor de bereikbaarheid van de JGZ 0–4. Het verkrijgen van deze gegevens heeft prioriteit in de op te zetten registratie van basisgegevens binnen de JGZ 0–19. Overigens blijkt uit het door de Inspectie uitgevoerde onderzoek naar uitvoering van de JGZ (oktober 2000) dat de thuiszorgorganisaties voorzieningen hebben getroffen om de toegankelijkheid van de zorg, zowel in het algemeen als ook voor risicogroepen, te vergroten. In toenemende mate wordt daarbij ingespeeld op wensen van ouders, onder andere door het organiseren van bureau-bezoeken buiten kantooruren. Mijn beleid inzake de positionering van de JGZ onder gemeentelijke regie betekent een extra impuls voor consultatiebureaus om actief deel te nemen aan netwerken van voorschoolse voorzieningen en scholen, waarmee zij tezelfdertijd haar bereik vergroot.

40

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de eerder toegezegde structurele financiering van de ontwikkeling van standaarden voor de jeugdgezondheidszorg?

Momenteel zijn via ZON twee standaarden in ontwikkeling, te weten visus en houding/scoliose. Voorts vindt momenteel in het kader van de standaardontwikkeling een deelonderzoek plaats naar kindermishandeling. Voor dit traject is inclusief implementatie 0,5 mln beschikbaar.

Tevens ben ik voornemens via een aanwijzing aan ZON de ontwikkeling van standaarden voor de periode 2000–2003 te garanderen.

41

Wat is het beleid om de doelstelling, dat het aantal ongevallen bij kinderen en ouderen die leiden tot ziekenhuisbehandeling niet verder zal stijgen, te halen?

Langs diverse kanalen is beleid ingezet om de doelstellingen te halen. In de aansturing van de stichting Consument en Veiligheid zijn kinderen en ouderen prioritaire doelgroepen. Zo is – onder andere – een nieuw thema (vergiftigingen) in de kinderveiligheids campagne van start gegaan. Voor ouderen wordt in het kader van de MJA afspraken met het veld getracht te komen tot een aanpak van veiligheid in verzorgingstehuizen. Voor zelfstandig wonende ouderen is er thans reeds veel aandacht binnen het preventieprogramma van ZON.

Via het programma Gezond Leven van ZON dat binnenkort nog van start zal gaan wordt getracht om zicht te krijgen op nieuwe mogelijkheden voor gezondheidsbevordering die – weliswaar op termijn – kunnen leiden tot een structurele effectiviteitsslag.

42

Kan in het kort een (schematisch) overzicht worden gegeven op welke wijze op dit moment internationale samenwerking en afstemming plaatsvindt (zowel inhoudelijk als politiek) als het gaat om het bestrijden van infectieziekten? Op welke wijze vindt op nationaal niveau afstemming plaats tussen de betrokken ministeries?

In 1999 is de Europese Beschikking tot de oprichting van een Europees Netwerk voor de bestrijding en epidemiologische surveillance van besmettelijke ziekten in werking getreden. De Europese Commissie (EC) stimuleert hiermee het tot stand komen van netwerken voor surveillance van verschillende besmettelijke ziekten. De EC wordt ondersteund door een comité waarin alle lidstaten zitting hebben. Dit comité stelt inhoudelijke prioriteiten vast. Inmiddels is ook een elektronische structuur voor «Early Warning» opgezet waarmee alle lidstaten elkaar direct kunnen waarschuwen als er sprake is van een dreiging voor één of meerdere andere lidstaten. Ook wordt er in het kader van deze beschikking overlegd over wenselijke maatregelen die de verschillende lidstaten kunnen treffen ter preventie van infectieziekten. Hiervoor worden regelmatig «ad hoc» bijeenkomsten georganiseerd rondom een thema zoals legionella, de meningokokkenziekte W135 die begin dit jaar bij Mekka-gangers is opgetreden of antibioticaresistentie. De EC kan vervolgens richtlijnen uitvaardigen maar kan lidstaten geen maatregelen opleggen.

Voor de uitvoering van de beschikking zijn geen middelen beschikbaar maar wordt samengewerkt met het communautair actieprogramma voor Aids en andere besmettelijke ziekten, waarvoor in 1999 10,5 mln Euro beschikbaar was. Bij de toekenning van projectvoorstellen wordt rekening gehouden met de prioriteiten die in het kader van de Beschikking zijn gesteld. Dit actieprogramma loopt dit jaar af. Een voorstel voor voortzetting van dit programma in afwachting van het nieuwe kaderprogramma Volksgezondheid 2001–2006, is momenteel in behandeling.

Naast deze belangrijke en vruchtbare samenwerking op EU-niveau, vindt regelmatig inhoudelijk overleg plaats tussen de EU-lidstaten en de Verenigde Staten in de zogenoemde EU-VS-taskforce. Ook is de samenwerking tussen de EU-lidstaten en de Euro-mediterrane landen eind vorig jaar versterkt.

Nederland stelt zich actief op ten aanzien van het nieuwe besmettelijke ziektenprogramma van de WHO, het Roll Back Malariaprogramma en het Stop TB-initiatief. Ook onderhoudt Nederland goede relaties met UNAIDS

en de Global Alliance on Vaccines and Immunisation (GAVI). De nadruk bij deze programma's ligt op ontwikkelingssamenwerking, waardoor het ministerie van Buitenlandse Zaken (DGIS) meestal het voortouw neemt. VWS draagt echter zoveel mogelijk bij aan onderwerpen die ook voor Nederland relevant zijn. Samenwerking tussen beide genoemde ministeries vindt plaats n.a.v. periodieke vergaderingen van (of vragen over) de WHO, UNAIDS en GAVI. Hierbij wordt gestreefd naar één standpunt waarin beide ministeries zijn vertegenwoordigd. Terugkoppeling vindt ook plaats naar beide ministeries. Tenslotte vindt er regelmatig bilateraal overleg plaats tussen Nederland en ander Europese lidstaten over het infectieziektebeleid.

43

Wat moet worden verstaan onder aanvaardbare c.q. acceptabele wachttijden?

De zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben in het kader van het Treek-overleg het initiatief genomen tot het tot stand brengen van streefnormen voor aanvaardbare wachttijden. Deze partijen geven daarmee aan binnen welke termijnen de geïndiceerde zorg moet starten. Zoals ook in de brief van 8 februari 2000 aan de Tweede Kamer over het recht op zorg in de AWBZ (Kamerstukken II 1999–2000, 26 801, 35) is aangegeven, noemt de AWBZ geen termijnen. Hetzelfde geldt voor de ZFW. Om te bewerkstelligen dat geïndiceerde verzekerden weten binnen welke termijn zij recht op zorg hebben en die zorg ook binnen een redelijke termijn krijgen, wordt overwogen wettelijk te regelen dat zorgverzekeraars verplicht zijn daarvoor zorg te dragen. Momenteel wordt onderzocht hoe hieraan op verantwoorde wijze een wettelijke invulling kan worden gegeven. De wijze waarop invulling wordt gegeven aan het begrip redelijke termijnen maakt onderdeel uit van dit traject.

44

Waarom is de preventieve gezondheidszorg niet betrokken geweest bij de commissie-Brinkman? Wordt het belang van ICT voor de sociaal-geneeskundigen voldoende onderkend en zo ja, waaruit blijkt dat concreet?

Het ICT Platform Zorg (commissie-Brinkman) is voortgekomen uit de Meerjarenaafspraken die in het kader van het Regeerakkoord met de curesector zijn gemaakt. De plannen die daar worden ontwikkeld om tot een operationele landelijke ICT-infrastructuur te komen hebben een bredere reikwijdte dan alleen de curesector en gelden het gehele terrein van zorg. Andere partijen zoals de thuiszorg, de verpleeghuissector, de gehandicaptensector en de geestelijke gezondheidszorg hebben zich daarom onlangs zelf aangemeld en zijn toegetreden tot het IPZ. Ook de preventieve zorg en daarbinnen de sociaal-geneeskundigen zullen van de uitwerking van plannen van het IPZ profiteren. In de beleidsbrief over ICT in de zorg die ik eind dit jaar naar de Tweede Kamer zal sturen zal ik nader ingaan op de reikwijdte van ICT-plannen.

45

Heeft de VNG berekend dat voor het vormgeven van het «nul tot zesjarigen beleid» f 795 mln per jaar beschikbaar zou moeten komen? Hoe wordt dit bedrag beoordeeld in het licht van de voorliggende begroting?

De VNG heeft inderdaad een bedrag van f 795 mln berekend voor een sluitende aanpak van het 0–6 jarigenbeleid. Dit bedrag bestaat uit kosten voor lokale regievoering, verdere professionalisering van het peuterspeelzaalwerk en verlaging van de ouderbijdrage voor het peuterspeelzaalwerk, uitbreiding van taal- en ontwikkelingsprogramma's voor jonge

kinderen en een bedrag voor versterking van de rol van de consultatiebureaus. De VNG geeft daarbij aan dat het Rijk hiervan minimaal de helft ter beschikking zou moeten stellen, de gemeenten het overige deel. In de Rijksbegroting zijn voor dit onderwerp de volgende intensiveringen opgenomen: Het totaal beschikbare bedrag voor voor- en vroegschoolse educatie bedraagt f 140 mln voor 2001 en f 175 mln met ingang van 2002. Deze bedragen staan op de OCW-begroting. Op de begroting van BZK/GSI staat een bedrag van f 5 mln voor een campagne onder allochtone ouders, in het kader van CRIEM. Op de VWS-begroting staat tenslotte een bedrag van f 35 mln voor consultatiebureaus. Totaal: f 180 mln in 2001, f 215 mln met ingang van 2002.

46

Het FODOK vraagt om de indicatiestelling van kinderen met een auditieve en/of communicatieve handicap te mandateren aan het LCIG vanwege een bredere deskundigheid die daar aanwezig is. Wat is uw oordeel over deze suggestie? Wilt u hierbij ook hun verzoek betrekken inzake de nadrukkelijke ondersteuning van cliëntenorganisaties bij de indicatiestelling?

De indicatiestelling voor de gehandicaptenzorg, inclusief auditief gehandicaptenzorg, wordt door een wijziging van het Zorgindicatiebesluit met ingang van 1 januari 2002 formeel de taak van de regionale indicatieorganen, daarbij ondersteund door regionale teams van LCIG met specifieke deskundigheid op terreinen van de gehandicaptenzorg. Cliënten bepalen zelf of zij gebruik wensen te maken van hulpvraag-ondersteuning voorafgaande aan de indicatiestelling. Hulpvraag-ondersteuning vormt echter geen verplicht onderdeel van de formele indicatiestellingsprocedure. Het is wel van belang dat de uitkomst van hulpvraagverduidelijking goed aansluit op de formele indicatiestellingsprocedure. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van standaardformulieren waarop de resultaten van de hulpvraagverduidelijking worden genoteerd en die zijn afgestemd op het protocol integrale indicatiestelling gehandicaptenzorg. Naast de SPD'en vervullen ook de door VWS gesubsidieerde landelijke belangenbehartigingsorganisaties ten behoeve van gehandicapten, waaronder de FODOK, taken op het gebied van ondersteuning van cliënten.

47

Is de 24-uurs-opvang van psychisch gestoorden voldoende? Zo ja, op welke grond wordt dit gebaseerd? Zo nee, wat gaat een volledige 24-uurs-opvang bij benadering extra kosten?

Zie antwoord op vraag 48.

48

Is – bij benadering – bekend hoeveel tijd en geld jaarlijks door de politie wordt besteed aan de opvang van mensen met acute psychische en psychosociale problemen? Wat zou naar uw opvatting de beste plek zijn waar deze cliënten worden opgevangen? En welke consequenties zou dit hebben voor de uitbreiding van de opvang voor deze groep?

De verantwoordelijkheid voor de directe hulp aan mensen in noodsituaties ligt bij diverse lokale/regionale partijen zoals de GGZ, gemeenten en de politie. Gemeenten hebben de taak deze gezamenlijke verantwoordelijkheid te coördineren. Partijen moeten heldere afspraken maken over welke bijdragen zij leveren aan een sluitende opvang- en zorgketen voor mensen in acute nood. In het landelijk convenant Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) wordt een (lokaal/regionaal) basisaanbod OGGZ

omschreven waarvan 24-uursopvang een belangrijk onderdeel is. Ik heb geen informatie over de exacte invulling van de 24-uursopvang in het land.

Uit signalen uit het veld blijkt wel dat het nog niet overal even goed werkt. Het lokale OGGZ-beleid is ook nog in ontwikkeling. Dit blijkt ook uit één van de conclusies van het eerste deel van het onderzoek «Mensen zonder zorg» dat is uitgevoerd door de Inspecties voor de politie en de gezondheidszorg. In dit deel – waarin de beleidskaders worden geschetst – wordt geconcludeerd dat er voor wat betreft de 24-uurs-opvang beter zou kunnen worden samengewerkt tussen de verschillende betrokken partijen. Verder blijkt dat de bemoeienis van de politie qua vorm en inhoud divers is. Niet bekend is hoeveel geld en tijd de politie besteed aan mensen in acute crisis. Deel twee van het onderzoek zal naar verwachting begin 2001 worden afgerond en gaat in op de dagelijkse politiepraktijk rond de opvang en hulp aan mensen in acute psychische nood. Aan hand hiervan kan meer concreet worden bekeken of de 24-uursopvang voldoende is en welke veranderingen of verbeteringen nodig zijn. Het signaleren van knelpunten is ook een taak van het landelijk platform OGGZ.

Tot slot heeft de maatschappelijke opvang – naast bijvoorbeeld de GGZ – een belangrijke functie in de 24-uursopvang. In de afgelopen jaren is hierin flink geïnvesteerd. In 2000 is structureel f 35 miljoen en in 2001 structureel f 15 miljoen extra beschikbaar gesteld.

49

Is bekend tot welke capaciteitsuitbreiding de AMW-regeling in totaal zal leiden nu inmiddels 500 gemeenten een beroep hebben gedaan op de AMW-regeling? Zijn er ook aanvragen afgewezen? Zo ja, was dit vanwege financiële of inhoudelijke redenen? Klopt het dat voor de extra aangevraagde capaciteitsuitbreiding die niet gehonoreerd is, een bedrag aan rijksmiddelen van ca f 8 mln nodig is?

De voorwaarden waaronder uitkeringen zijn verstrekt voor capaciteitsuitbreiding in het AMW, zullen aan het eind van de stimuleringsperiode (31 december 2003) leiden tot een capaciteitsuitbreiding van in ieder geval 311,5 fte. Daarnaast zijn uitkeringen verstrekt aan gemeenten die voldoen aan de streefnorm van 1fte : 6000 inwoners. Afhankelijk van de plaatselijke situatie kunnen zij de uitkering besteden aan capaciteitsuitbreiding óf aan andere activiteiten ter versterking van het functioneren van het AMW. Uitgedrukt in capaciteitscijfers gaat het daarbij om 58,27 fte.

Alle aanvragen zijn gehonoreerd voor het deel dat voor de desbetreffende gemeenten was berekend op basis van de bevolkingsomvang. Eventuele hogere aanvragen zijn om 2 redenen afgewezen:

1. Een enkele gemeente zou met de hogere aanvraag beneden de streefnorm van 1 fte : 6000 inwoners komen. Dit is in strijd met de regeling.
2. De overige gemeenten die een hogere uitkering aanvroegen, kregen de meeraanvraag voor zo'n 20% gehonoreerd. Dit percentage werd bepaald door het (geringe) aantal gemeenten dat geen, of een lagere dan voor hen berekende uitkering, aanvroeg. Om deze hogere aanvragen voor 100% te honoreren is een bedrag van 7,5 mln gulden aan rijksmiddelen nodig.

50

Hoe zal de resterende f 15 mln worden omgezet ter versterking van de samenwerking tussen de eerstelijnsparitijen? Zal hierbij specifiek het doel van vermindering van de werkdruk van huisartsen in het oog worden gehouden?

De recente uitbreiding van het algemeen maatschappelijk werk met driehonderd plaatsen (f 25 mln) en de extra ondersteuningsmogelijkheden voor huisartsen (f 15 mln) dragen bij aan de verlichting van de werkdruk

van de huisarts ten gevolge van patiënten met psychosociale problematiek. Deze 15 mln komt als volgt tot besteding. De drie landelijke organisaties van de kernpartijen in de eerstelijns GGZ (LVE, LHV en VOG/AMW) hebben medio 1999 een convenant ondertekend waarin de intentie wordt uitgesproken om de samenwerking in de eerstelijns GGZ te verbeteren. De uitgangspunten hiervoor hebben zij gepresenteerd in een gezamenlijke nota «De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief; Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog». Dit is vervolgens uitgewerkt in door VWS gesubsidieerde meerjarige plannen voor verbetering van de kwaliteit en regievoering voor het stimuleren van samenwerking op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Hiervoor is f 3 mln op jaarbasis aan partijen gezamenlijk toegekend. Als onderdeel van het kwaliteitsbeleid hebben LHV en NHG een meerjarig project opgestart voor deskundigheidsbevordering in de geestelijke gezondheidszorg van huisartsen. Hiervoor is f 3 mln op jaarbasis toegekend.

Daarnaast is f 3 mln aan de consultatieregeling eerstelijns toegevoegd. Via een beleidsregel worden consultatievormen gefinancierd die tot doel hebben hulpverleners uit de eerstelijns die generalistische en/of kortdurende hulp geven aan mensen met psychische, psychosociale of verslavingsproblemen desgewenst te ondersteunen bij het (h)erkennen, het vervolgens zelf goed diagnosticeren en behandelen, of het adequaat doorverwijzen naar de gespecialiseerde zorg.

De consultatieregeling zal voorlopig met twee jaar worden verlengd, waarbij de voorwaarden worden aangescherpt. Daarnaast is een apart project gestart voor verdere ondersteuning aan de eerstelijns door de tweedelijns. Uit opgedane ervaringen – onder meer via de consultatieregeling in 1999 en 2000 – met diverse vormen van consultatie zullen in dit project «best practice»-vormen worden uitgewerkt en gestimuleerd die uiteindelijk landelijk geïmplementeerd kunnen worden. Hiervoor is f 6 mln uitgetrokken.

51

Om welke redenen neemt ICT in de zorg een relatief bescheiden plaats in? Is in te schatten wanneer ICT een volwaardige plaats in de zorg zal hebben bereikt?

Diverse oorzaken hebben ertoe geleid dat de toepassing van ICT nog een bescheiden plaats in de zorg inneemt. Er is sprake van een situatie waarin instellingen of beroepsbeoefenaren hun eigen ICT-toepassingen vorm hebben gegeven, zonder dat er veel aandacht was voor de samenhang daartussen. Dat leidde tot eilandautomatisering en een versnipperde ICT-markt. De erkenning van nut en noodzaak van het gebruik van ICT is ook in de zorg recent doorgebroken. Met de intentieverklaring van het ICT Platform Zorg heeft de zorgsector aangegeven dat ICT ook in de zorg een volwaardige plaats verdient. Ik heb deze intentieverklaring mede ondertekend. De daarin vastgelegde aanpak zal de komende tijd concreet worden uitgewerkt. Het ligt in de bedoeling dat met ingang van 2002 steeds meer ICT-toepassingen zorgbreed zullen worden ingevoerd.

52

Op welke groepen zijn de maatregelen gericht om verwachte tekorten tegen te gaan?

In Bijlage 9, pagina 47 van de Zorgnota 2001 wordt in tabel 9.6 getoond dat de tekorten kunnen oplopen naar 13,3% bij ongewijzigd beleid. Een tekort van 13,3% komt overeen met ruim 44 000 gekwalificeerde (niveau 2 – 5) verplegenden en verzorgenden in 2004. In 2008 zullen de tekorten volgens onderzoek (Regiomarge 1999, blz. 26) bij ongewijzigd beleid verder oplopen. Om deze tekorten terug te dringen zijn afspraken gemaakt

in het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector. Indien de doelstellingen van het beleidsscenario worden gehaald wordt het tekort (in totaliteit) verminderd tot 3,3%. Dit scenario is ondermeer gebaseerd op verbetering van arbeidsomstandigheden, reductie van het ziekteverzuim, een toename van de instroom (ook in de opleidingen) en op behoud van zittend personeel, verbetering van het imago van de zorgsector en intensivering van de regionale inspanningen.

Het stimuleren van de instroom van doelgroepen zoals allochtonen, herintreders, gereïntegreerde WAO-ers en langdurig werklozen is in bovengenoemde speerpunten verweven.

53

Aan welke prikkels moet worden gedacht bij het stimuleren van mensen om in de zorg te gaan werken?

De beeldvormingcampagne «De Zorg. Het echte werk» appelleert aan moderne waarden als professionaliteit, invloed en verantwoordelijkheid. Het is van belang deze waarden te gebruiken in de regionale en lokale wervingscampagnes.

In de sfeer van de secundaire arbeidsvoorwaarden heeft de sector al veel faciliteiten om werk en privé-taken te combineren. Verdere verbeteringen en het feitelijk gebruik ervan kunnen een stimulans vormen. Verbeteringen in de kwaliteit van opleidingen en stages kunnen vooral jongeren prikkelen. Voor herintreders blijken vooral passende arbeidstijden en kinderopvang dan wel buitenschoolse opvang een stimulans te vormen. In het kader van het CAZ-onderzoeksprogramma zullen enkele onderzoeken worden gestart naar handvatten om mensen op uitvoeringsniveau te stimuleren in de zorg te gaan werken.

54

Hoe wordt een oplossing geboden voor de problemen die uit het opheffen van de numerus fixus kunnen voortkomen zoals: onvoldoende staf op universiteiten bij een zeer competitieve arbeidsmarkt, onvoldoende mogelijkheden aanstaande artsen in de dagelijkse praktijk op te leiden en de opleidingscapaciteit van de medische faculteiten?

De Kamer vraagt in de motie-Melkert (27 400 nr. 9) «op welke wijze de numerus fixus opgeheven kan worden en de opleidingscapaciteit wordt aangepast aan de behoefteraming». De motie geeft aan dat enerzijds wordt gedacht aan opheffing van de numerus fixus maar dat anderzijds de behoefteraming kan leiden tot een vaststelling van de gewenste capaciteit en tot de noodzaak van een daarop gebaseerde numerus fixus. Vóór half november ontvangt de Kamer een reactie op deze motie.

55

Gebiedt de EU-richtlijn een basisartsopleiding van zes jaren en hoe verhoudt dit zich tot de voorgenomen verkorting van de opleiding tot basisarts?

De EEG-Richtlijn 93/16 (art. 23, lid 2) geeft aan dat de opleiding tot arts ten minste zes studie jaren of 5 500 uren theoretisch en praktisch onderwijs moet omvatten. Het aantal uren is uit oogpunt van kwaliteit toegevoegd om te voorkomen dat afgestudeerden met een opleiding van zes jaar en langer, maar met minder dan 5 500 uren theoretisch en praktisch onderwijs als arts door een andere lidstaat moeten worden toegelaten. Het accent is door de lidstaten echter op een opleidingsduur van zes jaar gelegd. Bovendien wordt in de EEG-Richtlijn 93/16 (art. 24, lid 1 onder a, respectievelijk art. 31, lid 1, onder a) als toelatingseis tot de opleidingen van medisch specialist en sociaal-geneeskundige respectievelijk de specifieke opleiding tot huisarts gesteld dat de duur van de opleiding tot arts

ten minste zes jaar bedraagt. Op grond van de EEG-Richtlijn 93/16 is verkorting van de duur van de opleiding tot arts derhalve niet mogelijk en uit oogpunt van kwaliteit en vrije vestiging binnen de EER niet gewenst. De voorgenomen korting van de opleiding tot arts moet niet naar de duur maar naar de inhoud van de opleiding tot arts worden gezien. Immers in het zesde jaar van de opleiding tot arts kan op grond van het Besluit opleidingseisen arts (Wet BIG) worden begonnen met een voorbereidende studie voor het latere beroep van keuze. Het zesde jaar kan dan worden beschouwd als een schakeljaar dat mogelijk een vrijstelling oplevert bij de vervolgopleiding. Dit kan leiden tot een verkorting van de totale opleidingsduur.

56

Wat zijn de resultaten van de initiatieven die zijn ontplooid om voldoende personeel aan te kunnen trekken c.q. te behouden? Worden aanvullende maatregelen overwogen?

In het Meerjarig Beleidskader (MBK) van het Convenant Arbeidsmarkt-beleid Zorgsector hebben de convenantpartijen voor de periode 2000 – 2004 doelstellingen geformuleerd en afspraken gemaakt om instroom te bevorderen en verloop terug te dringen. In het Jaarplan 2000 en in de daarop gebaseerde activiteitenplannen van de sectorfondsen zijn deze verder geconcretiseerd voor het jaar 2000. Of de doelstellingen voor het jaar 2000 worden gehaald is op dit moment, lopende het eerste jaar van de vierjarige periode, nog niet te zeggen.

Voor 2001 en de daaropvolgende jaren hebben convenantpartijen aanvullende maatregelen voorgesteld op het terrein van instroom, behoud en voorkomen van uitval. Een onderdeel daarvan is de impuls op het terrein van opleidingen en stages waarvoor vanaf 2001 40 miljoen beschikbaar komt (motie-Dijkstal, nr. 27 400, nr. 16). De resterende dekking wordt meegenomen in de voorstellen van het kabinet over de arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden in de collectieve sector.

57

Kan aangegeven worden welke concrete maatregelen voor ogen staan bij het realiseren van de beleidsprioriteit bestrijding werkdruk?

Werkdruk is een complex begrip. Bij werkdrukverlaging gaat het enerzijds om «meer handen aan het bed» en anderzijds om flankerend beleid. Bij flankerend beleid kan gedacht worden aan maatregelen op het gebied van leeftijdsgericht personeelsbeleid, intensief verzuimbeleid, flexibilisering van de organisatie, betere regionale samenwerking en andere beleidsmatige invalshoeken. In de rapportages over de Meerjarenafspraken wordt inzicht gegeven in de concrete inzet van de werkdrukmiddelen.

58

Hoe wordt de ontwikkeling in het Verenigd Koninkrijk beoordeeld waar verzekeraars van de regering toestemming hebben gekregen potentiële klanten met behulp van DNA-testen te controleren op erfelijke ziekten?

Deze ontwikkeling is mij voornamelijk uit persberichten bekend. Ik heb wel begrepen dat het gaat om bestaande informatie en niet om testen op erfelijke ziekten: potentiële verzekeringskandidaten (levensverzekering) mag bijvoorbeeld gevraagd worden naar bekende erfelijke informatie over familieleden. Tot nu toe blijft dit beperkt tot de ziekte van Huntington. In dit verband wijs ik voor de Nederlandse situatie op de Wet medische keuringen die grenzen stelt aan de mogelijkheden van verzekeraars om erfelijkheidsinformatie te achterhalen. Op de werking van de WMK kom ik terug in de beleidsnota over de toepassing van genetica in de gezondheidszorg die u nog dit jaar van mij ontvangt.

59

Kan een verklaring worden gegeven voor de stijging van het aantal abortussen bij in Nederland woonachtige vrouwen in 1999 t.o.v. 1998 van 4,8% en überhaupt voor de stijgende lijn in het aantal afbrekingen van zwangerschap (1990: 18 383 en in 1999: 25 318)? Hoe wordt deze tendens beoordeeld en welke (beleids)conclusies worden daaraan verbonden?

De stijging van het aantal abortus provocatus onder in Nederland woonachtige vrouwen in het algemeen en specifiek onder de vrouwen tussen 15 en 19 jaar wordt grotendeels toegeschreven aan vrouwen die niet van oorsprong uit Nederland afkomstig zijn. Te weinig bekendheid met anticonceptie en soms cultureel bepaalde opvattingen over ongewenste zwangerschap kunnen daarbij een rol spelen. Goede voorlichting over anticonceptie en het gebruik daarvan is van essentieel belang. Zoals reeds vermeld in het standpunt op «Abortus in multicultureel Nederland» van het NISSO, bij brief d.d. 15 december 1999 aan de Tweede Kamer toegezonden, wordt op verschillende wijzen gewerkt aan het verbeteren van de preventie en de zorg rondom geboorteregeling en het terugdringen van het aantal ongewenste zwangerschappen. Het NIGZ en de Rutgers/NISSO groep werkt op verzoek van mijn ministerie aan een meerjarig project om voorlichtingsmateriaal over zwangerschap en anticonceptie geschikt te maken voor moeilijke bereikbare groepen, met name de niet-traditionele migrantengroepen in ons land.

60

Kan een verklaring worden gegeven voor de stijging in het aantal abortussen en overtijdbehandelingen bij vrouwen in de leeftijdscategorie 15 t/m 19 jaar? Tot welke (beleids)conclusies geeft dit aanleiding?

Zie antwoord op vraag 59.

61

Kan de Kamer de resultaten worden overlegd van het onderzoek door het NISSO bij twee abortusklinieken naar medicinale abortus c.q. het gebruik en de effecten van de abortuspil, dat in de loop van 2000 zou worden gepubliceerd?

De dataverzameling van het cliëntgebonden gedeelte van het onderzoek «Medicinale abortus als alternatief voor de zuigcuretteage» van het NISSO heeft meer tijd gevegd dan was voorzien. Het onderzoeksverslag zal, naar verwachting van het NISSO, begin volgend jaar gereed zijn en naar de Tweede Kamer worden verzonden.

62

Hoe ernstig is de situatie ten aanzien van het tekort aan gespecialiseerde nierdialyse verpleegkundigen? Wat betekent dit voor de nierdialyse patiënten? Welke oplossingen zullen op welke termijn hier geboden worden?

De huidige krapte op de arbeidsmarkt is ook in de gezondheidszorg voelbaar. Voor wat betreft dialyseverpleegkundigen is de situatie echter naar mijn waarneming niet anders dan voor de overige gespecialiseerde verpleegkundigen. De algemene problematiek van personeelstekorten heeft in de gezondheidszorg geleid tot een dalende instroom in de initiële opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden in de afgelopen jaren. In 1999 was weer, ten opzichte van de voorgaande jaren, een positieve tendens waarneembaar voor de MBO-verpleegkundigen. In algemene zin is het overheidsbeleid om die dialysebehandelingsvormen die zelf door de patiënt kunnen worden uitgevoerd te stimuleren. Voor nierdialyse patiënten kan dit betekenen dat zij meer aangewezen

zullen zijn op vormen van thuisdialyse (peritoneale dialyse en thuis-hemodialyse) waardoor zij minder afhankelijk van een dialysecentrum worden. Hiermee kan de druk op de capaciteit voor een deel worden verlicht. Deze oplossing is overigens niet voor alle patiënten weggelegd. Om de personeelstekorten het hoofd te bieden heeft mijn ministerie in samenwerking met onder andere de sociale partners in het kader van het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector diverse maatregelen genomen. Echter het voorkomen van tekorten aan dialyseverpleegkundigen door uitbreiding van de opleidingen is een zaak van de sector zelf. De extra middelen die voor het arbeidsmarktbeleid zijn ingezet voor het oplossen van knelpunten, zullen sociale partners in overleg met het ministerie van VWS ook moeten aanwenden voor het oplossen van tekorten aan dialyseverpleegkundigen.

63

Het komende jaar is f 94 mln beschikbaar gesteld om voldoende personeel aan te kunnen trekken en te behouden. Welke kwantitatieve doelstelling ligt hieraan ten grondslag met betrekking tot 1. extra personeel, 2. behoud van personeel, 3. ziekteverzuim en 4. het volgen van cursussen en opleidingen?

De genoemde f 94 mln in de begroting 2001 is *extra* beschikbaar gesteld om voldoende personeel aan te kunnen trekken en te behouden. In totaal is het komende jaar f 243 mln beschikbaar voor arbeidsmarktbeleid in de zorg- en welzijnssector. Voor wat betreft de zorgsector zijn de kwantitatieve doelstellingen voor 2001 die hieraan ten grondslag liggen geformuleerd in het onlangs vastgestelde Jaarplan 2001 van het CAZ:

1. Extra personeel:
 - De instroom in de opleidingen en het rendement van de opleidingen wordt verbeterd met 10% ten opzichte van 1999.
 - Uitbreiding van het contractonderwijs met 25% ten opzichte van 1999.
 - Instroom van 3000 allochtonen in 2001 in de zorgsector.
 - Behoud van 14 000 I/D-banen en realisatie van 2000 extra I/D-banen in de zorgsector.
2. Behoud van personeel:
 - Het netto verloop is eind 2001 met tenminste 10% gedaald ten opzichte van eind 1999.
 - Ten minste 50% van de in 1999 ingestroomde personen uit doelgroepen (allochtonen, langdurig werklozen, herintreders en gereïntegreerden vanuit de WAO) is eind 2001 nog werkzaam in de zorgsector.
 - De gemiddelde arbeidsduur is sinds 2001 tenminste 0,25% gestegen ten opzichte van eind 1999.
3. Ziekteverzuim:
 - Het in 1999 bestaande verschil in ziekteverzuim en WAO-instroom tussen zorgsector en bedrijfsleven is verminderd met 25%.
 - Er zijn 1 500 meer arbeidsgehandicapten gereïntegreerd dan in 1999.
4. Het volgen van cursussen en opleidingen:
 - Er is een sectoroverschrijdend leer- en opleidingsbeleid geformuleerd en er wordt bevorderd dat dit op instellingsniveau wordt vertaald en geïmplementeerd.

Nog voor de begrotingsbehandeling zullen de jaarplannen 2001 van CAZ en CAWJ aan de Kamer worden toegezonden.

64

Kan worden bevestigd dat voor een groeiend aantal studenten verpleegkunde geen stageplaats in een ziekenhuis in Nederland beschikbaar is en zij zich gedwongen zien of in een ander land stage te lopen of een andere

afstudeerrichting te kiezen? Hoe wordt deze gang van zaken beoordeeld in het licht van de forse en nog steeds toenemende tekorten aan verzorgend en verplegend personeel en het laten overkomen van personeel uit het buitenland? Welke creatieve oplossingen zullen voor dit jaar en komende jaren geboden worden om voldoende stageplaatsen te creëren?

Bevestigd kan worden dat voor de meeste regio's een tekort aan stageplaatsen geldt voor leerlingen in de beroepsopleidende leerweg (BOL) verpleegkunde. Of dat geldt voor een groeiend aantal, zoals de vraag stelt, is niet eenduidig aan te geven; de inspanningen in diverse regio's werpen immers ook vruchten af. Uit een recente inventarisatie van NU'91 blijkt dat bij meerdere onderwijsinstellingen wordt uitgeweken naar stageplaatsen in het buitenland. Ten aanzien van het kiezen van een andere studierichting zijn geen gegevens voor handen. In relatie tot de actuele en dreigende tekorten in de gezondheidszorg aan verplegend personeel is dit een zeer ongewenste situatie. In een Algemeen Overleg met de Kamer op 19 oktober is deze situatie uitvoerig aan de orde geweest, onder andere in relatie tot het laten overkomen van personeel uit het buitenland. De stimuleringsregeling BPV+ voor de periode 2000–2003 is gericht op een betere regionale samenwerking tussen onderwijs- en zorginstellingen teneinde een betere match van vraag en aanbod van stageplaatsen te bewerkstelligen.

Voor de korte termijn kan aan creatieve oplossingen voor de stageproblematiek tegemoet gekomen worden door middel van het opleidingsfonds dat met de motie-Dijkstal tot stand is gebracht (40 miljoen). Van diverse zijden (NU'91, individuele zorg- of opleidingsinstellingen) worden suggesties gedaan voor ad hoc-oplossingen, waarvan de realisatie door het opleidingsfonds gesteund kan worden.

65

Kan de ontwikkeling van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen geschetst worden van 1985 tot en met nu?

Overzicht van de toelatingscapaciteit en de totale beschikbare opleidingscapaciteit van de huisartsopleiding. De huisartsopleiding duurde tot 1988 één jaar, van 1988 tot september 1994 twee jaar en vanaf september 1994 drie jaar. Vanaf 1997 kunnen jaarlijks maximaal twaalf militaire artsen boventallig instromen in de huisartsopleiding. De beschikbare capaciteit voor hen is niet opgenomen in het overzicht.

Staat: Beschikbare capaciteit van de huisartsopleiding

	Toelatingscapaciteit per jaar	Beschikbare opleidingscapaciteit per 31-12
1985	472	472
1986	459	459
1987	428	428
1988	347	347
1989	280	505
1990	280	560
1991	280	560
1992	280	560
1993	292	572
1994	384	664
1995	336	726
1996	324	864
1997	324	984
1998	324	972
1999	336	984
2000	360	1 020

Bron: HVRC/SBOH

66

Tijdens het algemeen overleg uitwerking programmalijs welzijnsnota d.d. 06-09-2000 is door de staatssecretaris positief gereageerd op een voorstel van de D66-fractie om te komen tot een projectgroep lokaal vrijwilligerswerk analoog aan de projectgroep lokaal jeugdbeleid van enige jaren terug. Wanneer kan de Kamer hierover voorstellen tegemoet zien?

De Kamer kan het voorstel vóór de begrotingsbehandeling tegemoet zien.

67

Kan meer specifieke informatie worden gegeven over de voorgenomen activiteiten die – in het kader van gelijke toegang tot maatschappelijke hulpbronnen – worden ontwikkeld voor oudere migranten, vluchtelingen en asielzoekers? Welke instanties of organisaties ontwikkelen die activiteiten?

Momenteel wordt een notitie voorbereid over het beleid m.b.t. oudere migranten. Doelstelling is – zoveel mogelijk met het bestaande beleidsinstrumentarium – de positie van de ouder wordende migrant te versterken. Met name gemeenten maar ook sociale partners, zorginstellingen e.d. zullen hierbij een belangrijke rol spelen. Het ligt in de bedoeling deze notitie in het voorjaar van 2001 aan de Tweede Kamer aan te bieden.

68

Kan meer informatie worden gegeven over de waarborging van de specifieke positie van ouderen binnen het algemene beleid van de overheid? Op welke wijze wordt ingespeeld op de demografische ontwikkelingen (vergrijzing) in de komende jaren? Op welke wijze heeft samenwerking met betrekking tot dit onderwerp plaats met andere ministeries?

Zoals in het regeerakkoord en in de welzijnsnota «Werken aan sociale kwaliteit» is verwoord, is een actieve en bewuste participatie van ouderen van levensbelang. Ouderen vormen daarentegen geen homogene groep en er is niet voor elke oudere specifiek beleid nodig. Dat neemt niet weg dat het kabinet op verschillende belangrijke terreinen een samenhangend en doordacht intersectoraal ouderenbeleid voert. Daarbij scheidt het kabinet samenhangende voorwaarden waardoor ouderen worden gestimuleerd actief te blijven deelnemen aan de samenleving, met als uitgangspunt een samenleving voor alle leeftijden. In bijvoorbeeld de kabinetsreactie naar aanleiding van het WRR-rapport «Generatiebewust beleid» (d.d. 14 december 1999) heeft het kabinet daarover al het een en ander in samenhang vastgelegd.

In dit verband is ook te verwijzen naar de kabinetsstandpunten en -nota's op voor ouderen belangrijke beleidsterreinen zoals met betrekking tot het inkomensbeleid, de arbeidsmarkt, de huisvesting en de zorg. Het AOW-spaarfonds dat het kabinet tot stand heeft gebracht, biedt die bestaanszekerheid in de toekomst, het kabinet werkt aan verbeteringen in het pensioenstelsel, en bij de herziening van het belastingstelsel heeft het nadrukkelijk rekening gehouden met de inkomenspositie van ouderen. De steeds groeiende welvaart maakt het nodig dat mensen langer blijven werken. Daarom wil het kabinet de keuze tussen werken of pensioneren ombuigen naar een keuze voor een meer geleidelijke afbouw en een definitieve uittreding op latere leeftijd (nota «Bevordering arbeidsdeelname ouderen»). Het kabinet wil de komende tijd de mensen de zekerheid geven dat zij de zorg die ze nodig hebben, ook daadwerkelijk krijgen. De aanpak van de wachtlijsten heeft dan ook een zeer hoge prioriteit.

Ook op het gebied van wonen houden we rekening met levensfasen van mensen. Ouderen kiezen er voor om thuis te blijven wonen in een omgeving die aangepast is aan hun eigen manier van leven. Dan moeten er

extramurale zorg en diverse diensten in de buurt beschikbaar zijn. Aanbieders van woningen en van zorg zoeken elkaar daarom steeds meer op en brengen samen nieuwe arrangementen op de markt. Het ministerie van Volkshuisvesting stimuleert samen met VWS deze ontwikkelingen, zoals onder andere blijkt uit de «woonzorgstimuleringsregeling» die in de nota «Wonen in de 21e eeuw» wordt besproken. De kerngedachte is dat we initiatieven ondersteunen die innovatief zijn en oplossingen bieden voor de extra zorg en extra ruimte. Het kabinet stelt daarvoor 130 miljoen gulden beschikbaar.

Met al deze maatregelen speelt het kabinet in op de te verwachten demografische ontwikkeling en het ligt voor de hand dat dit gebeurt in samenwerking met andere departementen. In het voorjaar van 2001 laat ik, samen met de bij het ouderenbeleid betrokken departementen en onder meer de ouderenorganisaties, een werkconferentie organiseren. Doelstelling van deze conferentie is om een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen wat voor (groepen) ouderen, gezien vanuit verschillende beleidssectoren, in de toekomst nodig is. In dat kader kunnen nieuwe doelen, speerpunten en accenten worden vastgelegd.

69

Betekent de notitie – tegemoet komen aan de vraag, ruimte bieden aan de burger – ook deregulering van klemmende wetgeving? Zo ja, welke activiteiten ontplooit het kabinet op dit terrein en welke regels en wetgeving betreft het?

In de voorbereidingen die worden getroffen met betrekking tot het vaststellen van de grondlijnen van een nieuw stelsel voor de financiering en het aanbod van gezondheidszorg – maar ook bij het bepalen van beleid op andere terreinen van mijn ministerie – is het besef dat beter moet worden tegemoetgekomen aan de vraag en dat er meer ruimte moet worden geboden aan burgers en organisaties een leidend principe. Het ligt in de rede dat de vormgeving van het nieuwe stelsel zal leiden tot aanzienlijke wijzigingen en deregulering in de aangegeven zin van de bestaande wetgeving inzake het verzekeringsstelsel, de afspraken en de toegang tot de zorg, inzake de financiering van de zorg en inzake de infrastructuur. Ook vooruitlopend op het nieuwe stelsel worden op dit vlak reeds initiatieven genomen; waaronder het thans bij de Raad van State ter advisering voorliggende wetsvoorstel exploitatie zorgvoorzieningen dat de Wet ziekenhuisvoorzieningen zal vervangen, de voornemens inzake wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg en de herijking van het overeenkomstenstelsel in de Ziekenfondswet en de AWBZ.

70

Welke conclusie wordt getrokken uit de problemen die voortvloeien uit het verplicht onderbrengen van kleine zelfstandigen onder de ZFW, mede in het licht van de jurisprudentie die zich thans aan het vormen is?

Met betrekking tot de Wet zelfstandigen in de Ziekenfondswet heb ik u tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel toegezegd dat de wet na drie jaren geëvalueerd zou worden, mede gezien het feit dat het element van toetsing aan het belastbaar inkomen in de ziekenfondsverzekering een nieuw onderdeel van de Ziekenfondswet vormde. De rechterlijke uitspraken waaraan wordt gerefereerd hebben voor een deel te maken met dit element. Het is nu nog te vroeg een oordeel te geven over de beleidsmatige aspecten van de Wet zelfstandigen in de Ziekenfondswet, daarvoor is de wet te kort in werking. Er is mede daarom geen aanleiding conclusies te trekken uit een beperkt aantal rechterlijke uitspraken, die nog niet in laatste instantie behandeld zijn.

71

Herinnert u zich dat tijdens de behandeling van het wetsvoorstel waarbij kleine zelfstandigen verplicht onder de ZFW werden gebracht in dat verband ook gesproken is over de positie van alimentatiegerechtigden? Welke maatregelen zullen voor deze groep vooruitlopend op de voorgenomen stelselwijziging worden getroffen?

Ja. Het ontbreken van een sociale ziektekostenverzekering voor de bedoelde categorie van personen is een exponent van een onvoldoende sociale bescherming die het huidige stelsel van ziektekostenverzekering biedt. Mede met het oog hierop heeft het kabinet zich voorgenomen om te bezien of, in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is verdergaande aanpassingen van het ziektekostenverzekeringstelsel voor te bereiden. De benadering van vorengenoemde problematiek dient gezien te worden in het licht van de bedoelde kabinetsinspanning.

72

Heeft het CTG een advies uitgebracht over de beperking van de werking van de WTG? Wat is het oordeel over dit advies en de vraagtekens die het CTG plaatst bij het loslaten van de prijzen en dit over te laten aan de werking van de vrije markt?

Op 10 juli 2000 is een uitvoeringstoets gevraagd aan het College tarieven gezondheidszorg en het College voor zorgverzekeringen over beperking van de reikwijdte van de WTG. Dit in vervolg op de notitie Speelruimte en Verantwoordelijkheid over de WTG die op 12 mei 2000 naar de Tweede Kamer is gezonden. Ook de Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, het College sanering ziekenhuisvoorzieningen en de Inspectie gezondheidszorg zijn om een reactie gevraagd. Deze zijn daarbij in de gelegenheid gesteld een oordeel te geven over de hun taak regarderende uitvoeringsconsequenties. De organisaties van ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders zijn van de uitvoeringstoetsen op de hoogte gesteld evenals de Consumentenbond en de NMa.

Het CTG heeft inmiddels bij brief van 25 oktober jl. een uitvoeringstoets uitgebracht. Van het CVZ is nog geen uitvoeringstoets ontvangen. Het CSZ heeft eind september een uitvoeringstoets gezonden. Het CBZ wacht op de uitvoeringstoets van het CTG en zal naar verwachting eerst in november een uitvoeringstoets uitbrengen.

Nadat alle uitvoeringstoetsen binnen zijn wordt, mede op basis van eventuele reacties, een standpunt voorbereid. De Tweede Kamer wordt geïnformeerd. De tekst van de aanvraag uitvoeringstoets is als bijlage gevoegd bij de beantwoording van schriftelijke vragen over de voorgenomen notitie.

73

Welke garanties kunnen worden gegeven dat bij een zich terugtrekkende overheid de belangen van aanbieders en consumenten/patiënten in balans zijn met die van de verzekeraars?

Bij de keuze van een sturingsmodel voor het nieuwe zorgstelsel en een daarmee in lijn zijnde verdeling van verantwoordelijkheden is evenwicht tussen belangen van de verschillende partijen een belangrijk uitgangspunt. In de Memorie van Toelichting bij de begroting is een aantal vragen opgeworpen die daarbij aan de orde zijn. Wanneer op hoofdlijnen de keuzes helder zijn, is het zaak bij de wettelijke verankering van de verantwoordelijkheden in de uitvoering met het uitgangspunt van een gewenst evenwicht rekening te houden. Daaraan tenslotte kunnen de verschillende partijen zekerheden ontnemen.

Overigens wijzen we er graag op dat bij de veranderingen in de ziekenfondsverzekering die er toe moeten leiden dat de ziekenfondsen meer dan nu sturing aan de verzekerde zorg geven, het zeer wel mogelijk zal zijn de toenemende beleidsvrijheid van ziekenfondsen te paren aan duidelijke grenzen. De gedetailleerde uitvoeringsvoorschriften die nu de beleidsvrijheid van ziekenfondsen belemmeren kunnen worden vervangen door eisen van een algemener niveau die aan ziekenfondsen te stellen zijn. Daarbij is te wijzen op de voorstellen om de toelatingsvoorwaarden van ziekenfondsen aan te passen en goed verzekeraarschap in de Ziekenfondswet te regelen. Belangen van aanbieders en consumenten/patiënten zal het ziekenfonds in zijn te voeren beleid moeten expliciteren. Ziekenfondsen zullen zich publiekelijk moeten verantwoorden hoe zij gelet op de voorwaarden en gezien hun geformuleerde beleid de ziekenfondswet uitvoeren. Effectief toezicht zal altijd nodig zijn om een rechtmatige uitvoering te verzekeren. Daarnaast is natuurlijk te wijzen op de verschillende mogelijkheden die de verzekerde zowel als de aanbieder heeft om de zorgverzekeraar aan te spreken als zijn belang wordt geschaad.

74

Wordt de budgettering van ziekenhuizen losgelaten, maar blijft die van verzekeraars gehandhaafd? Wat is hiervan de ratio?

Kostenbeheersing is en blijft één van de belangrijke doelstellingen van het kabinetsbeleid en budgettering is een instrument om dit doel te bereiken. In de huidige situatie echter leidt de dubbele budgettering tot knelpunten daar waar het gaat om verantwoordelijkheden en beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars (= sturingsfilosofie voor het tweede compartiment).

De ingezette lijn om zorgverzekeraars meer risicodragend te maken gaat gepaard met een verscherpte verzekeraarsbudgettering, en maakt het mogelijk dat op termijn van de ziekenhuisbudgettering kan worden afgestapt, zodat het systeem van de dubbele budgettering kan worden losgelaten. De zorgverzekeraar in de regio kan op lokaal niveau met een daarop toegepast budget keuzes maken over de in te kopen noodzakelijke en verantwoorde zorg. Dat de uitvoeringsorganen van de Ziekenfondswet gebudgetteerd blijven komt voort uit de verantwoordelijkheid van de overheid voor het totaal van de collectieve middelen dat aan zorg wordt besteed.

75

Kan de verstrekking van middelen, die nu via de Tijdelijke regeling Buitenschoolse opvang worden verstrekt, in de toekomst (bij verstrekking via het Gemeentefonds) tot gevolg hebben dat de middelen worden verdund door spreiding over alle gemeenten volgens de criteria van het Fonds?

De middelen die via de Tijdelijke stimuleringsmaatregel buitenschoolse opvang (bij besluit van 23 september 1999, Strct. 199 opgegaan in de Regeling uitbreiding kinderopvang en buitenschoolse opvang) worden verstrekt, zijn over vrijwel alle gemeenten verdeeld aan de hand van enkele criteria die ook gehanteerd worden voor het gemeentefonds. Slechts enkele kleine gemeenten nemen niet deel aan de uitbreiding. Bij het criterium dat het zwaarst weegt, namelijk het aantal inwoners van 0 tot 20 jaar, is bovendien rekening gehouden met prognoses voor het jaar 2003. Indien de middelen per 2003 aan de hand van dezelfde criteria worden toegevoegd aan het Gemeentefonds, hoeft er derhalve geen sprake te zijn van verdunning of herverdeling.

Overigens beschrijft de nota «Hoofdlijnen Wet basisvoorziening kinderopvang» (Kamerstukken II 1999–2000, 26 587, nr. 9) een nieuwe financieringssysteem voor kinderopvang die gevolgen heeft voor de

taken van de gemeenten per 2003. Bij de verdere uitwerking van de Wet basisvoorziening kinderopvang wordt bepaald welke gevolgen deze wijziging in taken voor het budgettaire kader voor de gemeenten heeft. De financiële verhouding tussen rijk en gemeenten zal worden toegesneden op deze taken.

76

Hebben de gemeenten die per 2001 zullen vervallen als centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg en wiens budget zal worden toegevoegd aan de nieuwe centrumgemeenten inmiddels afspraken gemaakt over de financiering van hun voorzieningen? Zo ja, zijn eventuele knelpunten dienaangaande weggenomen?

Het is een verantwoordelijkheid van de betreffende gemeenten om hierover met elkaar afspraken te maken. De betrokken gemeenten hebben geen knelpunten gemeld.

77

Op welke wijze kan worden voorkomen dat gemeenten in problemen komen wanneer de geldstroom in 2001 toegevoegd wordt aan het budget van de centrumgemeente? Wordt op naleving van de voorwaarde toegezien? Zo ja door wie?

De voorwaarde waarover in de artikelgewijze toelichting gesproken wordt, wordt opgenomen in de beschikking aan de centrumgemeente. Bij de financiële verantwoording blijkt op zijn laatst of hieraan is voldaan.

78

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de personele inkrimping op het ministerie, zoals voorzien in het Regeerakkoord? Heeft c.q. zal dit nog aanleiding geven tot (gedwongen) ontslagen en welke wachtgeldverplichtingen zijn hiermee verbonden?

De personele inkrimping van het ministerie van VWS over 1999 en 2000 verloopt redelijk volgens planning, maar geconstateerd wordt dat de (werk)druk (o.a. als gevolg van organisatie-ontwikkelingstrajecten, kwaliteitsverbeteringstrajecten, nieuwe beleidsdossiers en hoog ziekteverzuim) toeneemt. Daardoor wordt het moeilijk de taakstelling in de komende jaren te realiseren. Steeds meer directies geven aan de kritische grens te bereiken. De verwachting is dat door doorstroom van personeel geen (gedwongen) ontslagen en extra wachtgeldverplichtingen zullen volgen. Op dit moment wordt bezien of de afslanking voor de komende jaren nog realistisch en haalbaar is.

79

Treedt de voormalige secretaris-generaal nog steeds op als adviseur van de minister? Is deze functie thans geformaliseerd en welk takenpakket is hiermee verbonden?

De voormalige Secretaris-Generaal is in de formele functie van adviseur aan dit ministerie verbonden en vervult nog steeds een aantal advieswerkzaamheden voor VWS en andere ministeries.

80

De uitgaven voor het personeel nemen af. Hoe verhoudt zich dat tot de extra incentives zoals geschetst op blz. 33?

De afname van de uitgaven voor personeel zijn voornamelijk het gevolg van het afboeken van de budgetten naar aanleiding van de personele taakstelling uit het Regeerakkoord. De op blz. 33 genoemde incentives

zullen in verband met herprioritering grotendeels budgetneutraal worden uitgevoerd. Tevens wordt een aantal incentives (Trainees, Toolkit) door externen (BZK, A&O-fonds) gefinancierd.

81

Om welke knelpunten gaat het bij de uitvoering van het onderzoeksprogramma van het SCP?

De budgetuitbreiding heeft betrekking op twee zaken.

In het werkprogramma 2000–2001 van het SCP dat de ministerraad heeft vastgesteld, is een aantal onderzoeksintensivering op het terrein van de zorg opgenomen. Tevens is voorgesteld om enkele interdepartementale thema's – samenhangend met technologie, milieu en toekomst-studies – een structurele positie te geven binnen het SCP. De benodigde personeelsformatie kan met deze budgetuitbreiding gerealiseerd worden.

Het SCP maakt veelvuldig en intensief gebruik van empirische databestanden die door derden zijn aangelegd, zoals het CBS en zorginstellingen. Daarnaast worden ook opdrachten verstrekt aan bijvoorbeeld marktonderzoekbureaus.

De kosten die met het verkrijgen onderzoeksgegevens samenhangen, zijn dermate opgelopen dat een correctie in de voorgestelde orde van grootte noodzakelijk is.

82

Er worden steeds meer taken, opdrachten en vragen bij de Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming gelegd. Kan toch verantwoord de uitgavenraming voor 2000 lager liggen dan voor 2001?

In de begroting 2001 is de uitgavenraming voor 2000 *niet* lager dan voor 2001 maar net andersom. De raming van de ontwerpbegroting 2001 voor 2000 bedraagt 4509 en voor 2001 4474. Deze verlaging wordt enerzijds verklaard door de invulling Taakstelling Regeerakkoord. De Inspectie is hiervoor ook in materiele zin aangeslagen. Anderzijds wordt de verlaging verklaard door verwerking van de enigszins dalende reeks voor de loonbijstelling 2000.

Het jaarwerkplan wordt door de hoofdinspecteur ter goedkeuring voorgelegd aan de verantwoordelijke bewindspersonen, de staatssecretaris van VWS en de minister van Justitie. Het jaarwerkplan houdt rekening met de te verrichten toezichtsactiviteiten en keuzen die gemaakt moeten worden in relatie tot de beschikbare capaciteit.

83

De Meerjarenraming van artikel 22.09 veronderstelt een daling van de uitgaven voor de begrotingsjaren 2002–2005. Op welke vooronderstelling is deze daling gebaseerd?

In de begroting 2000 is artikelonderdeel 22.09 verlaagd om de doelmatigheids- en volumetaakstellingen uit het Regeerakkoord 1998 in te vullen. Aangezien de taakstelling een oplopende reeks is daalt het uitgavenniveau in die jaren. Daarnaast wordt een deel van de daling verklaard door verwerking van de enigszins dalende reeks voor de loonbijstelling 2000.

84

Er worden steeds meer taken, opdrachten en vragen bij de inspectie gezondheidszorg neergelegd. Kan toch verantwoord de uitgavenraming voor 2000 lager liggen dan voor 2001?

Bedoeld wordt waarschijnlijk dat de uitgavenraming in 2001 lager is dan de uitgavenraming van 2000. Dit komt hoofdzakelijk omdat er verspreid over 1999 en 2000 een incidenteel bedrag ad 9,2 mln aan het budget is

toegevoegd voor materiële en overige personele uitgaven ten behoeve van het milleniumproject en ten behoeve van de vernieuwing van de infrastructuur voor de automatisering bij de inspectie.

85

Waardoor wordt het verschil veroorzaakt in de tabel op pagina 56 en de tabellen op bv. Blz. 60? Het gaat hier – ter illustratie – om artikel 23.01, bv. onderdeel 05. Bedragen zijn daar (x f 1000,-) voor 1999/2000/2001 12 058, 11 905, 7097 en op pagina 60 10 224, 15 394, 11 661 (voor materieel budget).

Bij het onderscheid van het materieel artikel naar hoofdcomponenten is bij de realisatie in 1999 abusievelijk de post vaccinatieprogramma niet opgenomen. Dat verklaart het verschil tussen de twee tabellen voor het jaar 1999.

De verschillen in de ramingscijfers voor resp. 2000 en 2001 zijn het gevolg van extra materiële uitgaven die worden voorzien ten behoeve van de vernieuwing van de infrastructuur voor de automatisering bij de Inspectie. Deze uitgaven moeten leiden tot de gewenste inhaalslag inzake de beschikbaarheid van adequate informatie- en communicatietechnologie bij de IGZ (verdere automatisering van toezichtsinstrumenten en registratieprogramma's). Dit is bedoeld om de IGZ zo snel mogelijk op hetzelfde kwaliteitsniveau te brengen als elders in de zorg het geval is. In de tweede suppletore begrotingswet voor het lopende jaar 2000 zal u een voorstel bereiken voor de dekking van deze materiële meeruitgaven. Met betrekking tot 2001 wordt aan de hand van een nog op te stellen plan van aanpak bezien welk concreet bedrag aan meeruitgaven noodzakelijk is en welke dekking daarvoor gevonden kan worden.

86

Waardoor daalt de gemiddelde prijs per fte?

De daling van de gemiddelde prijs per fte wordt voornamelijk veroorzaakt doordat de samenstelling van de formatie, als gevolg van de reorganisatie, naar verwachting zal veranderen.

87

Hoe kan het zijn dat er voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg meer geld beschikbaar wordt gesteld voor personeel, terwijl er minder geld wordt uitgegeven aan de materiële kosten van dat personeel? (artikel 23.01; onderdeel 01 (regulier personeel) onderdeel 05 (materieel)).

Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door incidentele projecten die in de jaren 1999 en 2000 zijn uitgevoerd en die uit het materieel budget bekostigd werden. In de begroting 2001 komen deze projecten niet meer voor.

88

Kan uiteengezet worden waarom, ondanks de demografische ontwikkelingen, versterking van de welzijnscomponent en intensivering van de ondersteuning van gemeenten, de uitgaven op het artikel 24.02 sterk afnemen?

Om boekhoudkundige redenen zijn de extra middelen voor indicatiestelling onder artikel 24.02 bij het onderdeel Algemeen Ouderenbeleid opgenomen. Voor de indicatiestelling is incidenteel in 2000 f 35 miljoen beschikbaar gesteld en vanaf 2001 structureel f 20 miljoen. De sterke «daling» op dit artikel is hiermee verklaard. De in de vraag geschetste demografische ontwikkeling heeft geen relatie met deze uitgaven.

89

Is bekend dat Almere een model heeft ontwikkeld waarbij de ouderenzorg integraal wordt aangepakt? Wat is het oordeel hierover? Kan een garantie worden gegeven dat het Almere-model ook daadwerkelijk kan worden uitgevoerd al dan niet in het kader van de zogenaamde zorgvernieuwing?

Een garantie over het al dan niet kunnen uitvoeren van het beleid dat in Almere wordt gevoerd, kan niet worden gegeven omdat zulks tot de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor behoort. Zeker ten aanzien van de zorgvernieuwing is er nadrukkelijk een rol weggelegd voor het zorgkantoor. Door modernisering van de AWBZ kunnen betere voorwaarden voor de integrale aanpak gecreëerd worden.

90

In hoeverre wordt het bevorderen van de participatie van kwetsbare ouderen en het ontwikkelen van een visie op de vergrijzing afgestemd met andere beleidsterreinen?

Zie antwoord op vraag 68.

91

Hoe staat het dalende bedrag voor algemeen ouderenbeleid in verhouding tot de toenemende vergrijzing?

Zie antwoord op vraag 88.

92

U schrijft o.a. dat de welzijnscomponent in de ouderenzorg wordt versterkt. Hoe valt dan te verklaren dat de uitgaven hiervoor in 2001 zullen dalen (artikel 24.02, uitgaven 2000 (x f 1000,-) 67 529, 2001 46581)?

Zie antwoord op vraag 88.

93

Kan in het kort de stand van zaken worden aangegeven inzake de scheiding van wonen en zorg?

Uitgangspunt van beleid is zoveel mogelijk scheiden van wonen en zorg. Bij uitbreiding van het zorgvolume wordt in de eerste plaats gedacht aan initiatieven waarbij sprake is van zelfstandig wonen met aanvullende zorg vanuit een zorginstelling. Bij de beoordeling van de bestedingsplannen, die de zorgkantoren voor 2001 hebben ingediend, is dit een belangrijk criterium. De besluitvorming over de bestedingsplannen is in een afrondend stadium. Op dit moment is nog geen volledig overzicht van de uitbreiding van het volume dat hiermee gepaard gaat.

Daarnaast is uitbreiding van verpleeghuiscapaciteit nodig. Een deel van de zorggebruikers heeft zo'n zware zorgvraag, dat intramurale verpleeghuiszorg nodig is. Het is belangrijk ook de wachtlijsten die bestaan voor verpleeghuiszorg weg te werken, mede om doorstroming in de zorg mogelijk te maken.

In het kader van de modernisering van de AWBZ hebben verzorgingshuizen de keuze om door te gaan als intramurale voorziening of te transformeren tot een woonzorgcomplex, waarbij sprake is van het scheiden van wonen en zorg.

Om te bevorderen dat verzorgingshuizen nadenken over de meest wenselijke vorm van voortzetting, is er voor gekozen geen systeem van «trekkingsrechten» in te voeren, zoals dat voor de verpleeghuizen het geval is. Van een systeem van trekkingsrechten gaat geen prikkel uit tot transformatie.

Een overzicht van het aantal verzorgingshuizen dat kiest voor transformatie met als uitgangspunt scheiden van wonen en zorg is niet beschikbaar. Verzorgingshuizen zullen deze keuze moeten maken op het moment dat een ingrijpende verbouwing of nieuwbouw aan de orde is. Dit moment kan in de tijd zeer verschillen en transformatieprocessen in de verzorgingshuissector zullen derhalve vele jaren in beslag nemen. Volgens de informatie die beschikbaar is, zijn tot eind 1998 34 verzorgingshuizen getransformeerd tot woonzorgcomplex. De uitbreiding van het aantal woonzorgcomplexen is echter veel groter: in totaal zijn er 580 woonzorgcomplexen gerealiseerd, met in totaal 32 000 woningen. In 85% van de woonzorgcomplexen wonen mensen met een indicatie voor verzorgingshuiszorg en in 60% mensen met een verpleeghuisindicatie.

94

Hoe groot is het bedrag dat beschikbaar wordt gesteld voor de ondersteuning van het Instituut voor Wonen en Zorg (IWZ) voor verschillende innovatieve vormen van wonen met zorg van ouderen?

Het Innovatieprogramma Wonen en Zorg wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut van Zorg en Welzijn en de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting. Het ministerie van VWS en VROM subsidiëren beiden f 400 000,- op jaarbasis, voor een periode van drie jaar (2000 tot en met 2002). Daarnaast betaalt de SEV op jaarbasis f 400 000,- en het NIZW f 350 000,-. In feite is hiermee de bijdrage van het ministerie van VWS f 750 000,- op jaarbasis, daar het NIZW door dit ministerie wordt gefinancierd.

Verder zal IWZ f 254 000,- op jaarbasis uit de middelen voor de Woonzorgstimuleringsregeling ontvangen. Dit budget is bestemd voor de kennisbank.

95

Wat is de reactie op het voorstel van de LVT wachtlijstgelden gedurende enige tijd in te mogen zetten voor het werven en opleiding van nieuw personeel? Welke bezwaren zijn hiertegen?

In principe staat het ministerie van VWS positief tegenover de wens van het LVT om een deel van de extra middelen te gebruiken voor het werven en opleiding van nieuw personeel. Bij het aantrekken en opleiden van nieuw personeel en ook bij de bestrijding van het ziekteverzuim gaan de kosten vaak voor de baten uit.

Gezocht wordt naar een vorm waarin, en de condities waaronder, dit het beste kan geschieden. Overwogen wordt om via de toekenning van de extra middelen een beperkte speelruimte voor de zorgkantoren te scheppen om samen met de zorginstellingen deze extra inspanning te plegen.

In het overleg met u in november kan daarover van gedachten worden gewisseld.

96

Zullen de wachtlijstgelden V&V ook worden ingezet voor de wachtlijsten bij de Rio's? Op welke wijze zullen de wachtlijsten bij de Rio's worden weggewerkt?

De wachtlijstgelden voor de V&V-sector worden niet aangewend voor de aanpak van de achterstand bij regionale indicatieorganen. Voor dat doel zijn andere middelen ter beschikking gesteld. Voor de indicatiestelling is met ingang van het jaar 2001 f 20 mln structureel extra beschikbaar gesteld. In het jaar 2000 is incidenteel f 35 mln extra beschikbaar gesteld. De extra middelen worden in 2000 en 2001 gericht ingezet om de knelpunten in de indicatiestelling aan te pakken. Het wegwerken van achter-

standen krijgt daarbij prioriteit. De achterstanden worden aangepakt door het ter beschikking stellen van extra capaciteit en de ondersteuning van maatregelen gericht op het voorkomen van achterstanden in de toekomst. Daarnaast zijn het tot stand brengen van de verbreding van de indicatiestelling met de Wvg, de opschaling van kleine RIO-regio's en de verbetering van de kwaliteit van de bedrijfsvoering van de RIO's belangrijke doelen. Maatregelen voor de verbetering van de bedrijfsvoering en van de kwaliteit van de indicatiestelling in het algemeen moeten eveneens bijdragen tot het voorkomen van achterstanden.

97

Wanneer wordt het onderzoek naar de mogelijkheden van gemengde privaat-publieke financieringsvormen afgerond? Op welke wijze wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Op dit moment vindt er geen *extern* onderzoek plaats naar de mogelijkheden van gemengde privaat-publieke financieringsvormen. Wel worden binnen mijn departement mogelijkheden daartoe verkend. Mede naar aanleiding van het debat in juni van dit jaar over private verpleeghuizen worden hierover thans gesprekken gevoerd met betrokken partijen.

98

Kan uiteengezet worden hoe het stimuleringsprogramma ouderenadvisering is vorm gegeven?

Het stimuleringsprogramma ouderenadvisering is geëntameerd door ouderenorganisaties, VOG, VNG en ZN. Het wordt uitgevoerd door het NIZW. Het totale programma omvat vier fasen en zal in totaal twee jaren beslaan. Het ministerie van VWS zal minimaal de eerste twee fasen financieren.

In de eerste fase wordt de behoefte van ouderen aan advisering geïnventariseerd, als ook de huidige praktijk van ouderenadvisering.

In de tweede wordt een koers uitgestippeld waarmee ouderenadvisering in en lande gestalte en kan krijgen. Door middel van scenario's worden verschillen in haalbaarheid en inzetbaarheid van intermediaire functies inzichtelijk gemaakt. Hiertoe worden werkconferenties georganiseerd waarbij deskundigen van Ouderenorganisaties, VOG, VNG, ZN, Aedes, Arcares, LVT en VWS worden betrokken. In de derde fase worden met pilotprojecten reeds bestaande initiatieven uitgediept en geëvalueerd. In de vierde fase worden activiteiten ter implementatie ondernomen.

99

Wordt binnen het ouderenbeleid ook specifiek beleid ontwikkeld voor de groeiende groep allochtonenouderen? Zo nee, waarom niet? Op welke wijze wordt hier aandacht aangegeven binnen het stimuleringsprogramma ouderenadvisering?

In 2001 zullen, in het kader van de welzijnsnota, ter bevordering van een volwaardige deelname aan de samenleving, specifieke activiteiten ontwikkeld worden voor oudere migranten, vluchtelingen en asielzoekers. In het voorjaar van 2001 wordt u hierover nader geïnformeerd.

Bij de activiteiten in het kader van het stimuleringsprogramma ouderenadvisering zal advisering aan allochtone ouderen nadrukkelijk worden meegenomen.

Zie verder het antwoord op vraag 98.

100

Wat wordt bedoeld met inclusief beleid?

Daarmee wordt bedoeld dat de verschillende beleidsterreinen en daarmee verbonden sectoren primair zelf in hun beleid rekening houden met de diversiteit van en binnen bevolkingsgroepen waaronder ouderen.

101

Wanneer is de monitor ouderenbeleid beschikbaar?

Om alle onderdelen van het ouderenbeleid in hun onderlinge samenhang te kunnen bezien, zal een «monitor ouderenbeleid» worden ontwikkeld. Om te beginnen is met de samenwerkende ouderenorganisaties afgesproken om een inventarisatie van het huidige ouderenbeleid (interdepartementaal) uit te voeren. Daarover zal in het najaar van 2000 aan hen worden gerapporteerd.

De beleidsmonitor ouderenbeleid gaat een stap verder en beoogt het intersectoraal ouderenbeleid structureel zichtbaar te maken. Het is de bedoeling dat met deze beleidsmonitor zowel maatschappelijke ontwikkelingen als het interdepartementaal én departementaal ouderenbeleid breed gevolgd kan worden en een referentiekader biedt om (dreigende) knelpunten te kunnen signaleren. Bovendien zou hiermee structureel in de informatiebehoefte van de verschillende bij het ouderenbeleid betrokken partijen kunnen worden voorzien.

De inhoud en reikwijdte van de beleidsmonitor wordt op dit moment in overleg met de betrokken departementen en maatschappelijke organisaties verkend. Het is de bedoeling dat met het oog op de werkconferentie van voorjaar 2001 genoemd in het gecombineerde antwoord op de vragen 68 en 90, het ontwerp van de beleidsmonitor beschikbaar is.

102

Gaan de activiteiten op het terrein van de ouderenadvisering leiden tot landelijke richtlijnen?

Ouderenadvisering is vooral een lokale verantwoordelijkheid. Zoals uit de beantwoording van vraag 98 blijkt ondersteunt het ministerie van VWS wel de ontwikkeling hiervan. Zo zal een koers worden uitgestippeld waarmee ouderenadvisering in de lande gestalte kan krijgen.

De implementatie van ouderenadvisering vindt in de laatste fase het programma plaats, voorgaande fasen zullen uitwijzen welke «maatregelen» hiertoe nodig zijn. Richtlijnen, vanuit de professionals en/of koepelorganisaties, zouden tot de mogelijkheden kunnen gaan behoren.

103

Wat wordt precies bedoeld met een «centraal punt» binnen het ministerie waar vanuit werkafspraken worden gemaakt? Wordt een afdeling of directie bedoeld of wellicht een uitsluitend daarvoor aanspreekbaar persoon?

Hiermee wordt de eenheid Intersectoraal Ouderenbeleid binnen de Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen van het ministerie bedoeld.

104

Kunnen de wachtlijstgelden van de V&V ook worden ingezet om personeel te werven? Zo nee, waarom niet? Wat is de reactie van het kabinet op de oproep die de LVT doet om het geld wel voor werving in te mogen zetten?

Zie antwoord op vraag 95.

105

T.b.v. indicatiestelling voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen wordt structureel f 20 mln extra beschikbaar gesteld. Wie ontvangt dit geld? Wie

is verantwoordelijk voor de verbetering van de indicatiestelling? Worden meetbare doelstellingen gekoppeld aan de te verstrekken extra middelen?

Per 2001 is er f 20 mln extra structureel beschikbaar voor de indicatiestelling door de RIO's.

Gemeenten en RIO's zijn verantwoordelijk voor de verbetering van de indicatiestelling. Afhankelijk van de wijze van uitvoeren van de meetbare doelstellingen die gekoppeld zullen worden aan de te verstrekken middelen zullen RIO's, gemeenten of derden de ontvangende partij kunnen zijn. (Zie tevens antwoord op vraag 96 en 106.)

106

Om de toegang tot de zorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen te beheersen wordt structureel een bedrag beschikbaar gesteld van f 20 mln t.b.v. professionele en uniforme indicatiestelling. Klopt het dat naast de f 31 mln die de RIO's in de Zorgnota krijgen toebedeeld er in 2001 in totaal f 51 mln extra gaat naar de RIO's ten behoeve van beheerskosten voor indicatiestelling?

Zie antwoord op vraag 96.

107

Is bekend wat 1 indicatie kost?

Uit onderzoek naar de uitvoering van de indicatiestelling is gebleken dat er grote verschillen zijn in de kosten van de indicatiestelling. De kosten zijn afhankelijk van een groot aantal factoren, zoals de werkwijze van het indicatieorgaan, het hanteren van bandbreedtes bij de indicatiestelling, de mate van inzet van deskundigen etc. In het kader van de aanpak wachtlijsten zijn voor het verrichten van een groot aantal indicaties voor intramurale voorzieningen de kosten geraamd op circa f 260,- per indicatie. Eenvoudige (her)indicaties voor eenvoudige zorgvragen kosten naar schatting niet meer dan f 50,-. De kosten per indicatie kunnen derhalve zeer uiteenlopen. Een gemiddeld bedrag per indicatie biedt onvoldoende inzicht. Gestimuleerd wordt dat de RIO's een vorm van projectbegroting gaan hanteren, waardoor dat inzicht in de toekomst wel beschikbaar zal zijn. Voor de ontwikkeling van een dergelijke begrotingssystematiek is aan de LVIO (Landelijke Vereniging voor IndicatieOrganen) een projectsubsidie verleend.

108

Kan een actuele stand van zaken gegeven worden van de besteding van de wachtlijstgelden verpleging en verzorging tot nu toe? Hoeveel extra capaciteit is er gerealiseerd? Met hoeveel is de wachtlijst gedaald? Hoe zullen de wachtlijstgelden voor deze sector in 2001 worden ingezet, welke daling van de wachtlijsten wordt er mee beoogd?

Voor de actuele stand van zaken en de gerealiseerde capaciteit wordt verwezen naar de Septemberrapportage waarin uitvoerig op deze vragen wordt ingegaan. Ook wordt verwezen naar vragen 84 en 237 van de Zorgnota. Kortweg is het beeld dat er in 1999 ten opzichte van 1998 per saldo 571 verpleeghuisbedden en 121 dagbehandelingsplaatsen bij zijn gekomen, het zorgvernieuwingsfonds ouderen is gestegen met f 38,9 mln. Geraamd wordt dat het hier om 886 meer extramurale verpleeghuiszorgbedden gaat. De extra volumemiddelen voor verzorgingshuizen bedroegen in 1999 f 10,7 mln. Er waren 2370 bedden minder in 1999 ten opzichte van 1998. Er waren in 1999 echter 2900 bedden meer dan in de plannen 1997-2000 voor de verzorgingshuiszorg waren geraamd. Er is sprake van een duidelijke trendbreuk ten opzichte van de afname van de capaciteit, die in de plannen zat. De extramurale zorg door verzorgings-

huizen is in 1999 met 4058 plaatsen gestegen. Per saldo hebben 1688 ouderen in 1999 meer verzorgingshuiszorg gehad dan in 1998.

De extra volumemiddelen voor thuiszorg bedroegen in 1999 f 41 mln ten opzichte van 1998. Het aantal cliënten is met ruim 10 000 gestegen, maar het aantal gerealiseerde uren is met 150 000 gedaald. Bij de persoonsgebonden budgetten in de verpleging en verzorging heeft in 1999 een volumegroei van f 25,3 mln plaatsgevonden. Het aantal personen met een pgb steeg met 2224.

De wachtlijsten in de sector V&V zijn per 15 mei 2000 voor het eerst integraal in beeld gebracht, een vergelijking met eerdere onderzoeken is hierdoor niet mogelijk. De Tweede Kamer is over deze opschoningsactie recent geïnformeerd.

Op dit moment vindt er met de zorgkantoren nog overleg plaats over de bestedingsplannen 2001. In totaal is er voor circa 1,2 miljard aan plannen voor 2001 ingediend. Dat heeft betrekking op ongeveer 3500 verschillende projecten. Het effect daarvan op de daling van de wachtlijsten wordt op dit moment nog geanalyseerd.

109

Uit de toelichting bij artikel 24.03 wordt slechts in ruime bewoordingen een verantwoording afgelegd voor de besteding van de beschikbare middelen voor het gehandicaptenbeleid? Kan in één tabel aangegeven worden hoe deze middelen worden aangewend? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom is deze tabel niet opgenomen bij de artikelsgewijze toelichting?

De artikelsgewijze toelichting bij artikel 24.03 schetst in hoofdlijnen de besteding van de beschikbare middelen voor de gehandicaptenzorg. In onderstaande tabel zijn de exacte cijfers vermeld voor 2001.

Omschrijving	
Participatie en toegankelijkheid	12 116 000
Wachtgelden	182 000
Voorkomen van sociale uitsluiting	518 000
Lokaal sociaal beleid	1 935 000
Onderzoek, monitoring en informatievoorziening	2 454 000
Landelijk uitvoerend werk	5 139 000
Overige wetgeving (kaderwet Volksgezondheid)	17 752 000
Professionaliteit en kwaliteit van voorzieningen	200 000
Totaal	40 296 000

Ter toelichting kan het volgende worden opgemerkt.

Participatie en toegankelijkheid omvat onder andere subsidies aan ouderverenigingen (3,8 mln), subsidies voor de infrastructuur van het overleg (4,1 mln) waaronder de Gehandicaptenraad (3,3 mln), subsidies voor instellingen op het terrein van belangenbehartiging voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten (1,5 mln), subsidies voor beeldvorming (0,4 mln), toegankelijkheid (0,3 mln), emancipatie vrouwen (0,2 mln) en overige projecten (1,2 mln) waaronder Nederlandse gebarentaal (0,5 mln). De post overige wetgeving omvat subsidies/opdrachten voor onderzoek en informatievoorziening (4,8 mln) waaronder 1,4 mln voor juridische ondersteuning/informatievoorziening door de FvO en de Gehandicaptenraad, subsidies voor hersenletselteams (0,8 mln) families first (1 mln), persoonsgebonden budget (1,3 mln) waaronder 1 mln voor de vereniging Per Saldo, kwaliteitsfonds gehandicaptenzorg (1,5 mln), en indicatiestelling LCIG (8 mln).

De post landelijk uitvoerend werk is gespecificeerd in het antwoord op vraag 120.

110

Kan de Kamer ook een standpunt tegemoet zien over het Inspectierapport «Ernstig meervoudig gehandicapt; en dan?» inzake het kwaliteitsbeleid? Of bestaan er anderszins voornemens om het kwaliteitsbeleid te verbeteren?

Op dit moment is overleg gaande met veldpartijen over het opstellen van een plan van aanpak gericht op verbetering van de (kwaliteit van de) zorgverlening aan bijzondere zorgvragers, waaronder mede begrepen ernstig meervoudig gehandicapt. Daarbij is gekozen voor een uitwerking langs vier «sporen»: een heroriëntatie op het zorgverleningsproces; deskundigheidsbevordering; het stimuleren van samenwerkingsverbanden en het realiseren van een adequate infrastructuur. Het streven is er op gericht eind van dit jaar een beleidsnotitie gereed te hebben. De beleidsnotitie zal u worden toegezonden. In deze notitie is tevens vervat een reactie op het bovengenoemde inspectierapport.

111

Is het beleid inzake mensen met een verstandelijke handicap onder andere gericht op een groepsverkleining van zes personen per woning? Welke (extra) middelen zijn daarvoor uitgetrokken en wanneer zal dit beleid daadwerkelijk gestalte krijgen? Zijn de gevoteerde middelen voldoende?

De doelstellingen van de transformatie van de infrastructuur in de gehandicaptenzorg zijn vastgelegd in het zogenaamde beleidstoetsingskader. In dit toetsingskader is vastgelegd dat groepen van 6 personen de voorkeur hebben. Zodra de omstandigheden met betrekking tot gebouwen van instellingen daartoe aanleiding gegeven, doen de instellingen voorstellen aan VWS die de instandhouding van de gebouwen beogen. Bij het beoordelen van deze voorstellen wordt een toetsing uitgevoerd aan het beleidstoetsingskader. In beginsel worden alleen voorstellen goedgekeurd waarmee de bestaande capaciteiten worden omgevormd naar de groeps grootte van 6 personen. Aangezien de hoeveelheid geleverde zorg hierdoor kwantitatief niet toeneemt, worden voor deze doelstelling geen middelen bestemd. Uiteraard zijn wel beschikbaar de middelen voor instandhoudingsbouw. In de Zorgnota is opgenomen dat in de gehandicaptenzorg hiervoor beschikbaar is:

	2000	2001	2002
x f 1 mln	19,9	48,7	38,9

112

Kan worden bevestigd dat de cliënt op geen enkele wijze zicht heeft op het bedrag aan persoonsvolgend budget dat hem kan volgen bij verandering van zorgaanbieder? Op welke wijze zal in die lacune worden voorzien?

In het plan van aanpak wachtlijsten in de gehandicaptensector is aangegeven dat een cliënt op basis van de indicatiestelling een persoonsvolgend budget krijgt toegewezen door het zorgkantoor. Aan de hand van de hulpvraagverduidelijking wordt vastgesteld wat de behoeften van de cliënt zijn. Het zorgkantoor stelt vast welk bedrag (dit is een budgetcategorie in de CTG beleidsregel) samenhangt met de indicatie van de cliënt. De zorgaanbieder stelt samen met de cliënt binnen dit bedrag een arrangement vast dat past bij de verduidelijkte hulpvraag van de cliënt. De systematiek is dus zo dat een cliënt met een zorgaanbieder spreekt over de inhoud van de te leveren zorg. De hoogte van het budget (budgetcategorie CTG) wordt afgestemd tussen zorgkantoor en aanbieder. Het bedrag wordt door het CTG toegevoegd aan het instellingsbudget van de betreffende zorgaanbieder. Dit aan het instellingsbudget toegevoegde

bedrag wordt dus cliëntspecifiek bepaald en wordt mede daarom PVB genoemd.

Indien een cliënt wil wijzigen van zorgaanbieder, moet hij dat bij zijn zorgkantoor melden. In principe is dit wijzigen mogelijk binnen een redelijke «opzegtermijn» (3 maanden). Dat betekent dat dan ook het persoonsvolgende budget meegaat naar een andere zorgaanbieder. Het kan zijn dat de kostprijs bij een andere aanbieder anders ligt. Dat is dus in principe een zaak tussen zorgkantoor en aanbieder.

113

Zijn voor 2001 geen extra financiële middelen beschikbaar gesteld voor dagbesteding van mensen met een verstandelijke handicap en welke overwegingen liggen daaraan ten grondslag? In hoeverre kan voor instellingen die kunnen aantonen dat zij de verstrekte middelen ten behoeve van de doelstelling volledig hebben kunnen aanwenden en die een verdere uitbreiding van de dagbesteding willen realiseren een uitzondering worden gemaakt?

Als uitvloeisel van het door betrokken partijen ondertekende zomeraakkoord 2000 zal voor het jaar 2002 een bedrag van f 28 mln beschikbaar komen voor de dagbesteding voor ernstig verstandelijk gehandicapten in instellingen. Voor het jaar 2001 zijn geen extra middelen voorzien. Dat laatste heeft te maken met de vraag in hoeverre de beschikbaar gestelde middelen nu ook daadwerkelijk ten goede zijn gekomen aan dagbesteding voor de zwaarste groepen.

In plaats van voor het jaar 2001 wederom extra structurele middelen in te zetten hebben de MJA partijen ervoor gekozen 2001 te gebruiken om garanties te scheppen dat het geld uitsluitend wordt gebruikt voor extra dagbesteding voor genoemde groepen.

Dat laat onverlet dat instellingen die alle middelen conform de doelstelling volledig hebben gebruikt met hun zorgkantoor in overleg kunnen treden teneinde verdere productieafspraken te maken ten behoeve van verstandelijk gehandicapten die op de wachtlijsten voor dagbesteding staan.

114

Moet vastgesteld worden dat de hoogte van het PGB voor jongvolwassenen ontoereikend is voor gebruik bij complexe en ingewikkelde zorgvragen?

Nee. Het PGB VG kent een budgetcategorieënsystematiek, waarbij de bedragen rechtstreeks zijn afgeleid van de gemiddelde kosten van vergelijkbare zorg in natura, met een neerwaartse correctie van ongeveer 20% op grond van de overweging dat bij de keuze voor een PGB geen investeringen en dus geen kapitaalslasten aan de orde zijn. De hoogste budgetcategorie bedraagt f 77 500,-. Daarenboven kan de hardheidsclausule worden toegepast indien er sprake is van een bovengemiddelde zorgintensiteit en/of zeer bijzondere omstandigheden.

Artikel 15, lid 4, van de PGB-regeling 2000 bevat in de eerste volzin de bepaling:

«In gevallen van kennelijke hardheid kan het verbindingskantoor (lees: zorgkantoor) aan de verzekerde die wordt ingedeeld in de budgetcategorieën VII en VIII een hoger budget toekennen dan voortvloeit uit de berekeningen volgens het tweede lid.»

115

Hoe wordt de ontwikkeling van dagbesteding voor verstandelijk gehandicapten op zogenaamde zorgboerderijen beoordeeld? Kan worden bevestigd dan vanuit de reguliere dagbesteding deze ontwikkeling wordt tegenwerkt? Bestaat het voornemen deze ontwikkeling van zorgboerderijen

te stimuleren en eventueel te faciliteren mede met het oog op de capaciteitstekorten in de reguliere dagbesteding?

De toenemende diversiteit in mogelijkheden voor dagbesteding voor verstandelijk gehandicapten op zorgboerderijen is een goede ontwikkeling. Uit gegevens van het Landelijk Steunpunt Landbouw en Zorg blijkt dat dagbesteding of dagopvang de belangrijkste functie is die deze boerderijen vervullen. Er is een toename van het aantal bedrijven waarop ook aan arbeidstoeleiding wordt gedaan.

Het merendeel van de zorgboerderijen is onderdeel van of heeft een samenwerkingsverband met een zorginstelling waarbij de boerderijen een dagvergoeding ontvangen voor de deelnemers uit de zorgsector. Van tegenwerking vanuit de zorgsector lijkt dus geen sprake te zijn.

Samen met het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij subsidieert het ministerie van VWS het Landelijk Steunpunt voor een periode van drie jaar (t/m 2001) voor de uitvoering van een strategisch plan rond landbouw en zorg.

Voor het oplossen van capaciteitsproblemen in de dagbesteding wordt vanuit het kader van het plan van aanpak wachtlijsten gestimuleerd om te zoeken naar alle mogelijke oplossingen in een regio. Een oplossing kan gevonden worden in het aanbod op een zorgboerderij.

Via een PGB kunnen cliënten met een indicatie voor dagbesteding, die op een zorgboerderij geplaatst willen worden, rechtstreeks begeleiding inkopen.

Iedere cliënt met een indicatie die graag op een zorgboerderij zijn dagbesteding wil doorbrengen, moet dat in principe kunnen, uiteraard binnen het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering.

116

Kan worden toegelicht hoe «gaandeweg» een verbreding van de aandacht naar mensen met een ernstige lichamelijke handicap zal plaatsvinden? Hoe groot is de omvang van de totale groep mensen die tot nu toe via de aanpak van community care wordt bereikt? In hoeverre loopt de gewenste wijziging van de regelgeving b.v. het buiten de AWBZ plaatsen van de huisvesting, hiermee synchroon?

Wat betreft de verbreding van het landelijk programma community care is een oriënterend traject gestart. Daarin wordt zowel aandacht geschonken aan de behoeften en wensen van de mensen zelf, als de ervaring en inzichten van dienstverlenende instellingen om naast goede zorg de participatiemogelijkheden te verruimen. De strategie ten aanzien van deze doelgroep zal in de komende periode nader worden uitgewerkt.

De vraag over de omvang van de totale groep mensen die tot nu toe met de aanpak van community care wordt bereikt kan op dit moment niet eenduidig worden beantwoord. Dit houdt enerzijds verband met de beginfase waarin het landelijk programma verkeert en anderzijds met het diffuse karakter van de term «community care». Gekozen is om prioriteit te geven aan het uitwerken van het idee van community care in een helder actieplan dat gericht is op drie gebieden, te weten: gezinsondersteuning, ondersteund wonen en ondersteund werken.

Deze benadering is gekoppeld aan de algemene strategie die ten grondslag ligt aan het landelijk programma om de instellingsgerichte zorg gaandeweg te veranderen in een stelsel voor vraaggerichte ondersteuning, waarmee mensen met een handicap meer kansen krijgen op participatie op het gebied van onderwijs, wonen, werken en vrijetijdsbesteding.

Het beleid in het kader van bevorderen van community care is vooral gericht op scheiden van wonen en zorg door het realiseren van kleinschalige of meer individuele «wonen met zorg» arrangementen, die niet volgens de WZV-procedure behoeven te worden gerealiseerd. In lijn met

deze ontwikkeling zullen semi- en intramurale instellingen op termijn meer de functie gaan vervullen van aanbieders van zorg-aan-huis. Om deze ontwikkeling te stimuleren en verder te verbreden wordt gewerkt aan flexibilisering van AWBZ-aanspraken en is een daarvan afgeleide productindeling in combinatie met zorgzwaarte gerelateerde bekostiging noodzakelijk.

117

Kan worden aangegeven hoe voorzien is in het continueren van de uitvoering van de motie-Van Blerck inzake het PGB?

Voor uitbreiding van volume zijn met ingang van 2000 de plannen van aanpak wachtlijsten van toepassing. Dit betekent dat zoveel mogelijk geïndiceerde zorg verwezenlijkt wordt, waarbij de cliënt kan kiezen tussen naturazorg of PGB. Daarmee is het aan de cliënt om te bepalen of hij/zij een PGB wil.

De toevoeging aan het macrobudget PGB V&V 2001 is f 50,5 mln. Dit is, zoals de motie-Van Blerck vraagt, 10% van de totale intensiveringsmiddelen voor de V&V-sector zoals deze in het Regeerakkoord zijn overeengekomen. Bovenop de genoemde bedragen voor PGB V&V kunnen nog middelen uit de zogenaamde bestedingsplannen van de zorgkantoren worden toegevoegd. Tevens is van de f 130 mln naar voren gehaalde intensiveringsmiddelen in 2001 nog f 5 mln administratief aan PGB V&V toegevoegd.

Voor de gehandicaptenzorg is in het kader van de versnelde aanpak van de wachtlijsten een geraamd extra budgettair kader beschikbaar gesteld, door van het bestaande vrije kader f 50 mln te vervroegen naar 2000, f 85 mln naar 2001 en het bestaande budgettaire kader structureel te verhogen met f 115 mln met ingang van 2001. Naar verwachting wordt een aanzienlijk deel van deze middelen ingezet middels PGB's. Overigens was in het voorjaarsakkoord MJA gehandicaptenzorg reeds een bedrag van 6,3 mln, zijnde 10% van het intensiveringskader zonder de aanpak van de wachtlijsten, uitgetrokken voor de intensivering van het PGB verstandelijk gehandicapten. Dit is ook op deze manier in de Zorgnota 2001 verwerkt. Op grond van bovenstaande benadering wordt aan de motie-Van Blerck voldaan.

118

Welke concrete stappen zijn gezet c.q. zullen worden genomen om te komen tot de toezegde vereenvoudiging van het PGB?

In vervolg op de maatregelen ter verbetering en vereenvoudiging van het PGB zoals vermeld bij brief van 9 maart 2000 (DGB/OAG-2051360) is de bestudering naar de mogelijkheden voor vereenvoudiging inzake de 2-dagenregeling in een vergevorderd stadium. Op dit moment worden betrokken partijen geconsulteerd naar de uitvoerbaarheid. Zodra deze consultatie is afgerond zal de Kamer geïnformeerd worden over het voorstel.

119

Voor welke doeleinden worden de PGB's in de sector lichamelijk gehandicapten ingezet?

In het experiment PGB voor lichamelijk gehandicapten wordt gezien of en in hoeverre de mogelijkheden van een PGB voor de doelgroep lichamelijk gehandicapten binnen handbereik zijn en een reële meerwaarde vormen ten opzichte van de bestaande PGB'en. Met PGB LG kan zorg ingekocht worden uit de sector LG zoals begeleiding, behandeling en verzorging, etc.

De doelgroep voor dit experiment is afgebakend. Hierbij is de volgende definitie gehanteerd: *Mensen met een lichamelijke handicap zijn mensen met een blijvende, dan wel langdurige, al of niet aangeboren lichamelijke of meervoudige (primair lichamelijke) handicap welke niet het gevolg is van verouderingsprocessen.* Het experiment is ook voor mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel bedoeld. Ook kunnen zintuiglijk gehandicapten deelnemen mits zij aan de doelgroepomschrijving voldoen.

120

Kan nader worden aangegeven hoe de post van f 5 mln subsidie voor uitvoerend werk in de gehandicaptenzorg wordt verdeeld?

In de toelichting bij het begrotingsartikel gehandicaptenbeleid staat vermeld dat ongeveer f 5 mln subsidie wordt verleend voor uitvoerend werk in de gehandicaptenzorg. Dit bedrag kan als volgt worden gespecificeerd:

Maatschappelijk werk doven		
Koninklijke Ammanstichting	Rotterdam	f 316 552
Instituut voor Doven	Sint-Michielsgestel	f 755 749
Instituut voor Doven «Guyot»	Haren	f 198 209
Bureau O & M	Gouda	f 2 045 593
Deskundigheidsbevordering welfarewerk		
Rode Kruis	's-Gravenhage	f 809 935
De Zonnebloem	Breda	f 410 626
William Schrikker Stichting	Diemen	f 544 270

121

Komt de geraamde uitbreiding van de intensieve pleegzorg tegemoet aan de vraag die hiernaar bestaat? Bestaan er momenteel ook wachtlijsten? Zo ja, hoe hoog zijn deze?

De capaciteit is jarenlang op 20 plaatsen (budget f 250 000) gestabiliseerd geweest. Doordat de intensieve begeleiding tijdelijk is, worden deze plaatsen steeds voor andere kinderen aangewend. In het kader van de Meerjarenafspraken gehandicaptenbeleid is het beschikbare budget in 2000 en 2001 in twee jaarlijkse tranches van f 125 000 verhoogd. Op dit moment bedraagt de capaciteit dus 30 plaatsen per jaar. In 2001 wordt de capaciteit met nog eens 10 plaatsen uitgebreid.

Het is bekend dat ongeveer 80 kinderen in aanmerking zouden willen komen voor intensieve pleegzorg. Het aantal aangemelde geschikte kandidaat-pleegouders is bij VWS niet bekend. Een verdere verhoging van het aantal plaatsen wordt thans te ambitieus geacht.

122

Wat zijn de consequenties van motie 27 400 nr. 16 voor de normprijzen in de jeugdhulpverlening?

Motie 27 400 nr. 16 beoogt een (financiële) oplossing te bieden voor specifieke knelpunten in de zorg. In dit geval gaat het om «30 miljoen voor de verbetering van de kwaliteit en normprijzen in de jeugdhulpverlening». Over de specifieke en zo doelgericht mogelijke inzet van deze middelen volgt overleg met het IPO en de VOG. Het IPO heeft inmiddels te kennen gegeven geen voorstander te zijn van een ponds-ponds gewijze verdeling van de middelen over de provincies en grootstedelijke regio's, maar een gerichte inzet te willen plegen op gebleken knelpunten bij instellingen. Op het moment van beantwoording van deze vraag heeft het overleg met de VOG over de gewenste inzet van de middelen nog niet plaatsgevonden.

123

Hoe beoordeelt u het feit dat de capaciteit voor de pleegzorg daalt gezien het feit dat het bedrag hiervoor nagenoeg gelijk blijft en een indexering van de pleegvergoeding is toegevoegd aan het budget? Hoe verhoudt zich deze stabilisatie tot de nog steeds groeiende behoefte aan pleegouders?

De daling van de pleegzorgcapaciteit heeft te maken met een aantal factoren.

Werd ongeveer 10 jaar geleden op basis van het in 1991 uitgebrachte advies «Voorzien in Pleegzorg» nog uitgegaan van 65% langdurige plaatsingen (dat wil zeggen plaatsingen voor langer dan een jaar), op dit moment is dit nog 39%. De daling van de pleegzorgcapaciteit heeft ten eerste te maken met deze toename van het aantal kortdurende plaatsingen. Daarnaast wordt de problematiek waar men in de pleegzorg tegenaan loopt complexer. Deze groeiende behoefte aan intensievere begeleiding leidt tot hogere kosten per plaatsing.

Naast een verhoging van het pleegzorgbudget zijn er ook andere factoren die van invloed (kunnen) zijn op de capaciteit van de pleegzorg. Op dit moment wordt er door het Bureau Bestuur & Management Consultants een onderzoek uitgevoerd naar de financiering in de pleegzorg. Doel van dit onderzoek is om op basis van de huidige praktijk in de pleegzorg en de visie op de toekomstige pleegzorg te komen tot aanbevelingen voor een gezonde bedrijfsvoering. Daarnaast wordt er een onderzoek uitgevoerd door Research voor Beleid naar de kosten van pleegkinderen en de systematiek van het vergoedingensysteem, waarbij de vraagstelling centraal staat of deze nog voldoet aan de huidige eisen van verantwoorde pleegzorg. Op basis hiervan zal bezien worden of een aanpassing van het pleegzorgbudget noodzakelijk is.

124

Wat is de reden voor de aanpassing van de doeluitkeringen?

In verband met verkoop van panden door de stichting Bijzonder Jeugdwerk aan de provincies Friesland en Noord-Holland, is de doeluitkering aan beide provincies verhoogd met in totaal f 709 000,- structureel. De subsidie aan de stichting Bijzonder Jeugdwerk is structureel verlaagd met overeenkomstig bedrag.

125

Wat zijn de consequenties voor de uitvoering van de Meerjarenaafspraken nu de VOG het overleg met de bewindspersonen voor jeugdbeleid hebben gestaakt?

De VOG heeft aangegeven de medewerking op uitvoeringsniveau rond ontwikkelingen en vernieuwingen in de jeugdzorg, zoals ondermeer nagestreefd via de Meerjarenaafspraken, niet volledig op te zullen schorten. De opstelling van de VOG heeft tot nu toe nog geen consequenties voor de Meerjarenaafspraken gehad. Op 8 november a.s. overlegt de staatssecretaris met de VOG over de ontstane situatie. Daarbij zal ook gesproken worden over de inzet van de middelen die via de motie-Dijkstal c.s. (27 400 nr. 16) beschikbaar komen.

126

Hoe verhoudt zich het bedrag van f 0.6 mln extra voor pleegvergoeding met het bericht dat er pleegouders zijn die soms meer dan een jaar op een kind moeten wachten?

Tussen de verhoging van de pleegvergoeding en het feit dat er pleegouders zijn die soms meer dan een jaar op een kind moeten wachten bestaat geen enkele relatie. De Regeling vergoeding pleeggezinnen is met terugwerkende kracht per 1 januari 2000 geïndexeerd. Het betreft hier een prijsbijstelling. De indexering heeft tot gevolg dat vanaf 1 januari 2000 het

pleegzorgbudget met f 0.6 mln (VWS-aandeel) en f 1,7 mln (Justitie-aandeel) wordt opgehoogd.

127

In hoeverre en op welke wijze wordt er op korte termijn uitvoering gegeven aan de motie-Örgü over de positie van de licht-ambulante jeugdzorg in de bureaus jeugdzorg?

Het Bureau Jeugdzorg heeft als kerntaak vraagverduidelijking en ondersteuning en begeleiding van de klant in het zorgproces. Dit dient onafhankelijk van het zorgaanbod plaats te vinden en het Bureau Jeugdzorg dient daarom zelf geen aanbieder van zorg te zijn. Onderkend wordt dat het strikt hanteren van dit uitgangspunt voor de cliënt ongewenste nadelen kan hebben. Daarom is uit het oogpunt van klantvriendelijkheid ervoor gekozen om binnen de toegangsfunctie screening van het Bureau Jeugdzorg de mogelijkheid te bieden maximaal drie gesprekken te voeren, zodat onnodige doorverwijzing wordt voorkomen.

Uitbreiding van het Bureau Jeugdzorg met licht ambulante hulpverlening heeft consequenties voor de positie van het Bureau Jeugdzorg richting het aanbod van lokale voorzieningen en richting de aanbieders van geïndiceerde jeugdzorg. In verband met de aanvaarding van de motie-Örgü worden thans de consequenties van een dergelijke uitbreiding in verschillende scenario's uitgewerkt en gewogen. Voordat tot definitieve besluitvorming kan worden overgegaan is zorgvuldig overleg met onder meer de provincies en Bureaus Jeugdzorg noodzakelijk.

Om de sector zo optimaal mogelijk voor te bereiden op de invoering van de wet wordt een implementatieprogramma opgesteld dat in het voorjaar 2001 gereed is. Daarbij vindt de definitieve besluitvorming plaats over de positie van de licht ambulante hulpverlening in relatie tot de Bureaus Jeugdzorg.

128

Er is sprake van een lichte daling in de capaciteit pleegzorg als gevolg van hogere kosten per plaats terwijl tegelijkertijd de raming voor de uitgaven licht is gedaald. Is overwogen om meer geld beschikbaar te stellen voor pleegzorg om zodoende de capaciteit op peil te houden? Zo ja, wat is dan de reden dat besloten is om de uitgaven (licht) te laten dalen?

De lichte daling van de pleegzorgcapaciteit heeft te maken met het feit dat het aantal kortdurende plaatsingen is toegenomen. Daarnaast wordt de problematiek waar men in de pleegzorg tegenaan loopt complexer. Er is vooralsnog niet overwogen om meer geld beschikbaar te stellen om de capaciteit op peil te houden. Om de kosten per plaats en per kind te kunnen beoordelen worden momenteel enige onderzoeken gedaan, zoals bij het antwoord op vraag 123 is aangegeven.

129

Wat is uw reactie op het gestelde door de Vog (ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang) dat er om achterstanden in de jeugdhulpverlening weg te werken, structureel f 100 mln nodig is en structureel f 30 mln voor het op een verantwoord niveau brengen van de accommodaties in de jeugdhulpverlening?

De VOG heeft aan de orde gesteld dat naar haar mening de sector jeugdhulpverlening een salarisachterstand heeft op andere zorgsectoren. De VOG heeft dat becijferd op een tekort van f 70 à 100 mln. Het salarisniveau in de CAO-Jeugdhulpverlening is in het afgelopen jaar enkele keren aan de orde gesteld. De uitkomst daarvan was dat er tot nu toe onvoldoende harde bewijzen waren aangedragen voor het aanvaarden van de conclusie van salarisachterstand. Om toch de onrust over het salarisniveau aan te

pakken is toegezegd dat er in het kader van de stelselherziening in de jeugdzorg naar nieuwe functietyperingen gekeken zal worden. Met behulp van een functiewaarderingsstelsel moeten die functietyperingen van een financiële onderbouwing worden voorzien, dat op zijn beurt moet weer leiden tot een vaststelling van adequate normprijzen ten behoeve van een kwalitatief goede personele invulling. Die toezegging wordt op dit moment – onder auspiciën van de VOG – uitgevoerd. Inmiddels is er door de aanvaarding van motie-Dijkstal 27 400 nr. 16 f 30 mln beschikbaar gekomen om in dit traject een opwaartse stap te kunnen zetten. De toestand van de accommodaties in de jeugdhulpverlening heeft recentelijk de nodige publiciteit gegenereerd, ondermeer naar aanleiding van een claim van de VOG. Ook het IPO heeft aandacht gevraagd voor problemen die er zouden bestaan in de bouwkundige toestand van instellingen in de jeugdhulpverlening. Provincies en grootstedelijke regio's hebben voor het onderhoud primair de verantwoordelijkheid. Over het algemeen slagen zij er ook in die verantwoordelijkheid waar te maken. De recente (nood)signalen van IPO en VOG zijn voor de staatssecretaris aanleiding geweest aan het IPO voor te stellen een inventariserend onderzoek te laten plegen naar de feitelijke stand van zaken op dit punt en naar mogelijke oplossingen voor geconstateerde problemen. Het IPO zal een dergelijk onderzoek uit laten voeren. De resultaten daarvan zijn medio 2001 te verwachten.

130

Is er een verklaring voor de stijging van capaciteit en een daling van het bedrag bij bv. Noord-Brabant?

De gepresenteerde informatie betreft een reeks van 4 jaar (1998–2001) waarbij een lichte stijging van capaciteit en een lichte daling van het bedrag zich voordoet vanaf het jaar 2000.

Dit heeft o.a. te maken met het feit, dat deze informatie is gebaseerd op provinciale beleidsplannen jeugdhulpverlening zoals deze in 1999 en 2000 zijn opgesteld voor respectievelijk de jaren 2000 en 2001. De realisatie in 2000 en 2001 zal naar verwachting hoger uitvallen dan de vermelde bedragen omdat hierin nog geen rekening is gehouden met OVA-bijstellingen voor 2000 en 2001 (voor de jaren 1998 en 1999 is daar wel al rekening mee gehouden). Tevens zijn de werkdrummiddelen voor MKD/MKT's (vanaf 2000) nog niet verwerkt in de vermelde bedragen.

131

Wat zijn de consequenties voor de wachtlijsten in de pleegzorg nu er sprake is van een lichte daling in de capaciteit van de pleegzorg?

Een lichte daling in de capaciteit van de pleegzorg hoeft niet direct van invloed te zijn op de wachtlijsten. Wachtlijsten bij het plaatsen van een kind in pleeggezinnen ontstaan doordat niet altijd de juiste koppeling tussen vraag en aanbod kan worden gemaakt, bijv. vanwege geografische wensen (kind wil contact met de familie bijv.), handicaps (de woning is ontoegankelijk), culturele achtergrond (zoeken naar een passende culturele omgeving) en complexiteit van de problematiek (emotionele en psychische «schade» die vragen om extra en/of intensievere zorg en aandacht).

132

Is de beraming van minder residentiële hulp realistisch gezien de toename van het aantal «zware» cliënten?

Ja. Voor «zware» cliënten kan residentiële hulp nog steeds het meest passende hulpaanbod zijn. Het is echter ook mogelijk om, met vernieuwde methodieken, een deel van deze cliënten te helpen met intensief-

ambulante hulp. Het overheidsbeleid is er juist op gericht hulp aan jongeren in zo licht mogelijke vorm, zo dicht mogelijk bij huis te bieden en daarmee jongeren zo min mogelijk uit huis te plaatsen. Als gevolg van dit beleid kan er in bepaalde provincies onderbezetting van de capaciteit voor residentiële hulp ontstaan.

133

Kan het begrip toegang nader worden uitgelegd?

Via het Bureau Jeugdzorg en de daarbij behorende onafhankelijke zorgtoewijzing kunnen kinderen en hun ouders, al naargelang de problemen waar zij mee te kampen hebben, in aanmerking komen voor de geïndiceerde jeugdzorg. De Bureaus Jeugdzorg vormen daarmee de toegang tot de achterliggende (geïndiceerde) jeugdzorg.

Via het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) dat een herkenbaar onderdeel moet gaan vormen van het Bureau Jeugdzorg kan kindermishandeling, gemeld worden of daarover advies worden gevraagd. Het AMK vormt daarmee de toegang bij (vermoedens van) kindermishandeling.

134

Kan een inzicht worden gegeven in de besteding van de wachtlijstgelden voor de jeugdzorg over 2000? Hoeveel capaciteitsuitbreiding is er gerealiseerd en wat is de verwachte uitbreiding voor 2001? Kan een inzicht worden gegeven in de wachtlijsten in de jeugdzorg?

Provincies en grootstedelijke regio's hebben extra middelen gekregen voor de verbetering van de jeugdzorg. Voor de inzet van deze middelen zijn Meerjarenaafspraken gemaakt over de volgende vier thema's. Naast de vorming en inrichting van Bureaus Jeugdzorg en Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en een verbeterde aansluiting van de jeugdzorg met lokale/regionale jeugdvoorzieningen, zijn de extra middelen ook beschikbaar gesteld voor de aanpak van capaciteitsknelpunten in het jeugdzorgaanbod. Voor genoemde onderwerpen is in 2000 f 90,7 mln beschikbaar gesteld. Daarvan is door provincies en grootstedelijke regio's f 15,9 mln geraamd aan bestedingen voor het terugdringen van capaciteitsproblemen en wachttijden in de jeugdzorg. Uit de autonome middelen dragen provincies en grootstedelijke regio's in 2000 nog ruim f 3,5 mln bij voor de oplossing van het probleem. In welke mate de capaciteit precies wordt uitgebreid, is niet door de provincies en grootstedelijke regio's aangegeven.

Daarnaast wordt voor 2000 voor de aanpak van wachtlijsten in de jeugdzorg f 3,3 mln beschikbaar gesteld aan de provincie Flevoland. Deze wordt als volgt besteed: 24 extra plaatsen dagbehandeling, 60 extra plaatsen pleegzorg, 8 extra plaatsen residentiële en 35 extra plaatsen voor ambulante hulpverlening (families first).

Voor 2001 zijn nog geen gedetailleerde plannen van provincies en grootstedelijke regio's voor de besteding van de intensiveringsmiddelen beschikbaar.

De Kamer is eerder gemeld dat naar verwachting begin 2001 actuele informatie over wachtlijsten in de jeugdzorg op landelijk niveau te geven is.

135

Kan aangegeven worden wanneer de gegevens van de (gezins)voogdijinstellingen beschikbaar komen voor het kabinet?

De gegevens over de (gezins)voogdij mogen pas aan het intersectoraal informatiesysteem (ISIS) worden geleverd, wanneer de juridische beletselen zijn weggenomen. Hiertoe is een wijziging van de Wet op de Jeugdhulpverlening noodzakelijk. Deze wijziging wordt nu voorbereid. Rekening

houdend met de gebruikelijke doorlooptijd van een dergelijk traject zal rond 1 januari 2002 de levering van deze gegevens aan ISIS daadwerkelijk kunnen gaan plaatsvinden. De gegevens die dan aan ISIS geleverd gaan worden beslaan het jaar 2001 en verder. Er wordt op dit moment een project uitgevoerd door het ministerie van Justitie om deze gegevenslevering inhoudelijk en logistiek voor te bereiden.

136

Aan welke knelpunten denkt u bij de inzet van de PEO-ruimte voor de uitvoering van de Welzijnsnota?

Zie antwoord op vraag 170.

137

Als de normverhoging deels gehaald wordt uit de verlaging van de doeluitkering is dan geen sprake van een sigaar uit eigen doos?

De verhoging van de normvergoeding voor de achtervangfunctie van Landelijk Werkende Residentiële Voorzieningen wordt niet gehaald uit een verlaging van de doeluitkering. De verhoging van de normvergoeding wordt voor f 11,8 mln gecompenseerd door een extra bijdrage van het kabinet en voor f 2 mln gecompenseerd door een structurele verlaging van het artikelonderdeel Overige uitgaven jeugdbeleid (artikelonderdeel 03).

138

Wat is de oorzaak voor het tegenvallen van de ouderbijdrage?

Sinds de bijgestelde ramingen vanaf 1994 is er sprake van lagere ontvangsten bij de realisatie van de VWS-begroting. Ook de uitvoeringsorganisatie i.c. het Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdrage (LBIO) raamt lagere ontvangsten.

In de ramingen 2001 en latere jaren is bij de voorbereiding van de begroting 2001 een aangepaste raming opgenomen.

Op basis van het jaarverslag LBIO zijn de volgende cijfers verzameld:

	1999	1998	1997
AANTALLEN:			
nieuwe plaatsingen na beschermingsmaatregel	4 420	3 900	4 400
nieuwe vrijwillige plaatsingen	7 899	7 350	8 400
totaal zakenbestand per 31 december	23 751	24 200	24 750
«schrijnende gevallen» per 31 december	2 169	1 706	779
aantal bezwaarschriften	270	287	339
aantal beroepschriften	19	20	16
BEDRAGEN x mln:			
gevorderde bijdrage na beschermingsmaatregel	14,6	14,5	13,7
geïnde gelden voor ministerie van Justitie	6,4	6,4	6,8
openstaande vordering per 31 december	28,6	30,6	25,4
gevorderde bijdrage na vrijwillige plaatsing	10,5	11,7	11,1
geïnde gelden voor ministerie VWS	9,1	10,0	10,2
openstaande vordering per 31 december	22,4	24,6	24,0

139

Hoe kan het verschil verklaard worden tussen de f 4 mln op blz. 83 en f 6 mln op blz. 78 (vrijvallen PEO-Jeugdbeleid)

Op het Artikel 24.04 Jeugdbeleid is in totaal sprake van een vrijval, door onderuitputting, van f 10 mln. Artikel 24.04 is opgebouwd uit een 3-tal artikelonderdelen. De onderuitputting doet zich in de praktijk voor op artikelonderdeel 02 (Overige uitgaven jeugdhulpverlening) en 03 (Overige

uitgaven jeugdbeleid). Artikelonderdeel 01 betreft de uitgaven voor de Doeluitkering Wet op de Jeugdhulpverlening, dus geen PEO-activiteiten. Op basis van de feitelijke (onder)uitputting in de afgelopen jaren is het totale bedrag van f 10 mln verdeeld over de de artikelonderdelen 02 en 03. Op blz. 78 wordt de 6 mln gemeld waarmee artikelonderdeel 02 wordt verlaagd en op blz. 83 de 4 mln verlaging van artikelonderdeel 03.

140

Klopt het dat de OVA-bijstelling over de jaren 1996–2001 gemiddeld met 0,5% is achtergebleven bij de loonkostenstijging in de Jeugdhulpverlening? Hoe hoog is deze bijstelling voor de jaren 2000 en 2001 en hoe verhoudt zich deze tot de loonkostenstijging over deze jaren?

In het kader van het post WAGGS-model (TK 1992–1994, 23 723, nr. 1) is het informatiebesluit uit de WAGGS (Stcrt. 252 resp. Stb. 623 en 656) met ingang van 1995 ingetrokken. Daarmee verviel de mogelijkheid voor de overheid om een duidelijk beeld te krijgen over het verloop van de kosten van de CAO's uit de collectieve sector.

Er is echter geen indicatie bij VWS dat de betrokken werkgeversvereniging sinds 1996 CAO's heeft afgesloten die structureel tot meer arbeidskosten leidden dan die budgettair werden vergoed. Daarbij is van belang dat in het post WAGGS-model een marktconforme CAO-ontwikkeling budgettair mogelijk werd gemaakt.

Indien uit gegevens van de werkgevers zou blijken dat de vraag toch met «ja» beantwoord moet worden, dan komt dat er op neer dat de werkgevers in die sector sinds 1996 volumegeld hebben ingezet voor een meer dan marktconforme arbeidskostenontwikkeling.

In de laatste CAO-Jeugdhulpverlening, die loopt van 1 april 2000 tot en met 31 maart 2002 hebben de werkgevers waarschijnlijk (contrair alle afspraken daarover met de overheid) een hogere arbeidskostenstijging geaccepteerd dan uit de marktconforme ova over die jaren gedekt zal kunnen worden. Dit is gebeurd omdat werkgevers op grond van het onderzoeksrapport een salarisachterstand in hun sector menen te bespeuren. Daarbij zij aangetekend dat VWS vraagt eens plaats bij dit onderzoeksrapport en de hardheid van de onderbouwing. In het convenant over de nieuwe aanpak voor de bepaling van de ova voor het VWS-veld (TK 1999–2000, 25 999, nr. 8) is in paragraaf 7 van de toelichting opgenomen dat – in het geval de instellingen de gemaakte volumeafspraken niet weten te realiseren – er een gezamenlijke inspanning wordt gepleegd door werkgevers en overheid om inzicht te verkrijgen in relevante feiten en in mogelijke oorzaken waarbij ook de inspanningen van werkgevers aan de orde komen voor realisatie van de afspraken, kostenreductie, werkdruk en het terugdringen van het ziekteverzuim.

Zoals uit eerdere contacten met de Kamer over de vermeende salarisachterstand is gebleken, is er inmiddels een lijn bepaald om hiermee om te gaan. Deze lijn houdt in dat aan de hand van de nieuwe functietyperingen die horen bij het nieuwe beleidskader voor de jeugdzorg wordt bezien wat een adequate normprijs is.

141

Hoeveel van de voorgenomen 71 000 extra plaatsen in de kinderopvang (inclusief bso) zijn er op dit moment gerealiseerd? Op welke wijze zullen de overige plaatsen worden gerealiseerd?

Vrijwel alle gemeenten hebben de verantwoordelijkheid op zich genomen om hun deel van de uitbreiding van 71 000 opvangplaatsen tot stand te brengen. Uit onderzoek blijkt dat gemeenten die in 1997 geïnitieerde uitbreiding van de buitenschoolse opvang voortvarend zijn gestart: eind 1998 waren er al bijna 10 000 opvangplaatsen gerealiseerd. Verder blijkt dat het overgrote deel van de gemeenten een beleidsnota voor de kinderopvang heeft met de uitbreiding van de capaciteit als één van de belang-

rijkste onderwerpen. Eind dit jaar verwacht ik nieuwe onderzoeksgegevens met recente cijfers omtrent de gerealiseerde uitbreiding en omtrent de prognoses van gemeenten. Dan zal tevens de procedure afgerond zijn waarbij gemeenten in de gelegenheid zijn gesteld het aantal plaatsen bij te stellen dat zij op grond van de Regeling uitbreiding kinderopvang en buitenschoolse opvang dienen te realiseren.

142

Hebben vele gemeenten een beroep gedaan op de bonusregeling ten aanzien van een snelle uitbreiding van kinderopvang? Zo ja, hoeveel? Is op basis van deze aanvragen een voorspelling te doen over het aantal plaatsen dat eind 2001 gerealiseerd zal kunnen zijn t.o.v. de beoogde uitbreiding van 71 000 plaatsen? Heeft u nog een uitbreiding op het oog van flankerende maatregelen die een voortvarende uitbreiding kunnen realiseren?

Gemeenten hebben tot 1 november 2000 de tijd om een bonus aan te vragen. Op dit moment is er nog geen inzicht in de omvang van het beroep op de bonusregeling. In het antwoord op vraag 141 heb ik melding gemaakt van de zogenaamde «herverdelingsprocedure». Hierbij geven gemeenten aan of zij meer, minder of evenveel opvangplaatsen zullen realiseren. Op basis van deze informatie wordt de rijksbijdrage aangepast. Deze procedure zal eind dit jaar afgerond zijn.

Bij de uitbreidingsoperatie zijn verschillende organisaties betrokken (VNG, VOG, sociale partners, NIZW, Stichting Waarborgfonds Kinderopvang). Om de informatievoorziening te stroomlijnen en de afstemming van de activiteiten van de organisaties te bevorderen, is onlangs een landelijk werkzaam netwerkbureau opgericht. Dit bureau volgt de ontwikkeling van de uitbreiding om actief in te spelen op de behoefte van gemeenten en instellingen aan ondersteuning van de betrokken organisaties.

143

Kunt u aangeven wat de gerealiseerde extra capaciteit in de kinderopvang is de afgelopen jaren en hoe groot (eventueel bij benadering) de wachtlijst voor kinderopvang nu nog is?

In het antwoord op vraag 141 wordt ingegaan op de voortgang van de uitbreiding.

De wachtlijst bedraagt volgens onderzoek van het SGBO eind 1998 in totaal bijna 27 000 opvangplaatsen. Dit is een stijging van ongeveer 5 000 plaatsen ten opzichte van 1997. Het is opvallend dat deze stijging zich voornamelijk heeft voorgedaan bij de buitenschoolse opvang (4500 plaatsen), terwijl de opvangcapaciteit voor die leeftijdscategorie in 1998 met bijna 10 000 plaatsen is toegenomen. De omvang van de wachtlijsten is blijkbaar mede afhankelijk van de omvang van het aanbod. Overigens zijn dit cijfers over «ongeschoonde» wachtlijsten. Dat wil zeggen dat er dubbelstellingen in voorkomen vanwege inschrijvingen op meerdere wachtlijsten bij verschillende kinderopvanginstellingen.

144

Hoe is de fiscale vrijstelling voor gastouders geregeld in het nieuwe belastingplan? Bent u voornemens om – bij eventuele problemen als gevolg van de nieuwe fiscale wetgeving – te bevorderen dat er in de toekomst voldoende compensatie voor gastouders blijft bestaan, zodat zij hiervoor beschikbaar blijven?

In het nieuwe belastingstelsel worden het systeem van (overdraagbare) belastingvrije sommen en de invorderingsvrijstelling omgezet in een systeem van persoonlijke heffingskortingen. Naast de algemene heffingskorting krijgen gastouders ook recht op arbeidskorting. In de Invoerings-

wet Wet Inkomstenbelasting 2001 is een tijdelijke verhoging van de algemene heffingskorting opgenomen als overgangsregeling.

Op dit moment wordt de Wet basisvoorziening kinderopvang (WBK) voorbereid, die in 2003 van kracht wordt. Gastouderopvang maakt onderdeel uit van de WBK. De (financiële) positie van gastouders zal worden betrokken bij de voorbereidingen van de WBK. Dat biedt de mogelijkheid om een integrale afweging te maken. Gelet op de beoogde ingangsdatum van de WBK en het overgangsrecht behorend bij het belastingsstelsel dat in 2001 ingaat, is het mogelijk om deze weg te bewandelen zonder dat in de tussentijd onoverkomelijke problemen ontstaan.

145

Draagt het ministerie van VWS ook (financieel) bij aan de brede school? Hoe is hierbij de afstemming met het ministerie van OCenW?

VWS en OCenW voeren gezamenlijk beleid op het punt van de Brede School en dragen hier ook gezamenlijk financieel aan bij. Samen met de staatssecretaris van OCenW heeft de staatssecretaris op 2 februari 2000 de notitie Brede Scholen aan de Tweede Kamer aangeboden (Tweede Kamer 1999–2000, 26 999, nr. 1) die op 6 april 2000 is besproken in een algemeen overleg met de commissies van OCenW en VWS (Tweede Kamer 1999–2000, 26 999, nr. 2). VWS en OCenW hebben zich ten doel gesteld met name activiteiten te entameren op het terrein van onderzoek, voorlichting en communicatie in relatie tot de Brede Schoolontwikkeling. VWS en OCenW stemmen de werkzaamheden nauwkeurig af. Voor 2001 heeft VWS een bedrag van 0,6 mln. gereserveerd voor het stimuleren van de ontwikkeling van de Brede School.

146

Op welke wijze wordt bij het beleid gericht op uitbreiding van de kinderopvang rekening gehouden met ideeën over vraaggestuurde en -gefinancierde kinderopvang?

In de nota «Hoofdlijnen Wet basisvoorziening kinderopvang» (Kamerstukken II 1999–2000, 26 587, nr. 9) wordt een nieuwe, vraaggestuurde financieringssysteem voor kinderopvang voorgesteld. In de periode totdat de nieuwe wet van kracht wordt, is gekozen voor een combinatie van vraag- en aanbodstimulering. Voor de vraagstimulering zijn de fiscale faciliteiten voor werkgevers en ouders verruimd. Voor de aanbodstimulering ontvangen gemeenten een rijksbijdrage voor de uitbreiding van de kinderopvangcapaciteit. In overeenstemming met hun wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheid voor voldoende kinderopvang van goede kwaliteit, hebben gemeenten daarbij een grote beleidsvrijheid. Het is mogelijk dat een gemeente vraaggestuurde elementen inbouw in de financiering van kinderopvanginstellingen, maar dat hoeft niet. De Wet basisvoorziening kinderopvang zal daarom voorzien in maatregelen die de omslag naar vraagfinanciering begeleiden. Invoeringsrisico's doen zich vooral voor bij de groep ouders die nu gebruik maken van door gemeenten gesubsidieerde opvangplaatsen en in het nieuwe stelsel vanwege een ontbrekende werkgeversbijdrage mogelijk niet over een sluitende financiering beschikken. Het kabinet zal daartoe overgangsbeleid ontwikkelen.

147

Wat is de inhoud van een tienerproject?

In het kader van de Tijdelijke regeling innovatieve tieneropvangprojecten worden 67 tieneropvangprojecten financieel ondersteund door VWS. Deze experimentele projecten richten zich op buitenschoolse opvang voor tieners in de leeftijd van 12 tot 16 jaar die naar het voortgezet onderwijs

gaan. De opvang vindt plaats op alle schooldagen aansluitend op de schooltijden en in een deel van de vakanties en kan op diverse manieren vorm worden gegeven. De kern van tieneropvang bestaat uit een aanbod van vrijetijdsactiviteiten, de mogelijkheid tot het maken van huiswerk en het ontmoeten van leeftijdsgenoten. Daarbij is het belangrijk een goed evenwicht te vinden tussen begeleiding en persoonlijke aandacht en ruimte voor zelfstandigheid. De betrokkenheid van de tieners zelf en hun ouders is essentieel, mede in verband met het laten aansluiten van het aanbod bij de behoeften. Om een geïntegreerde en efficiënte opvang te realiseren wordt afstemming gezocht en samengewerkt met al aanwezige voorzieningen voor tieners zoals bijvoorbeeld het onderwijs, sport-organisaties en muziekscholen.

148

«De capaciteitsuitbreiding kan leiden tot 10 000 extra arbeidsplaatsen voor circa 20 000 personen». Kan een overzicht gegeven worden van het aantal mensen dat jaarlijks, uitgaande van de gewenste capaciteitsuitbreiding, nodig is als kinderdagverblijfleid(st)er (de vraag) en het te verwachten aanbod aan nieuw personeel (uit de opleidingen en anderszins)?

Een door de VOG samengesteld overzicht van het aantal personen dat jaarlijks nodig is voor de uitbreiding luidt als volgt: in 1998 en 1999: 1575; in 2000: 3000; in 2001: 3500; in 2002: 8500; in 2003, 2004 en 2005: steeds 1230. Hierbij dient in acht te worden genomen dat daarnaast een vervangingsbehoefte bestaat van, in de jaren 1998 tot en met 2002 1300 personen per jaar en in 2003 tot en met 2005 van steeds 2050 personen. Voor wat betreft het aanbod worden in het kader van het convenant CAWJ verschillende activiteiten ontplooid om diverse categorieën (potentiële) werknemers te interesseren voor een baan in de kinderopvang. Het gaat om voorlichtings- en wervingstrajecten, het opleiden van nieuw en huidige personeel en het behoud en beter inzetten van het huidige personeel. Deze activiteiten beogen in elk geval de reguliere instroom van 2900 personen aan te vullen tot de benodigde 9800 in 2002.

149

Ter ondersteuning van de capaciteitsuitbreiding worden middelen ingezet voor arbeidsmarktbeleid, monitoring en voor «andere flankerende maatregelen». Wat wordt bedoeld met andere flankerende maatregelen?

Behalve het arbeidsmarktbeleid en monitoring, richt het flankerend beleid zich op de ondersteuning van gemeenten en instellingen en op de bouwimpuls. Voor het arbeidsmarktbeleid ligt het primaat bij de sociale partners in de kinderopvang waarmee het kabinet een convenant heeft gesloten. Bij de ondersteuning van gemeenten en instellingen zijn met name de VNG en de werkgeversorganisaties betrokken. De VNG organiseert regionale bijeenkomsten, ontwikkelt modellen, verstrekt schriftelijke informatie en heeft een helpdesk ingericht. De VOG en De Branchevereniging starten een project om het ondernemerschap in de kinderopvang te versterken. In het antwoord op vraag 142 is reeds melding gemaakt van het onlangs opgerichte netwerkbureau, dat onder meer de monitoring zal intensiveren. De bouwimpuls, tenslotte, wordt voornamelijk uitgevoerd door het Waarborgfonds Kinderopvang. De bouwimpuls omvat diverse activiteiten om te bevorderen dat er voldoende locaties en accommodaties voor kinderopvang beschikbaar komen.

150

Hoe kan het verschil verklaard worden tussen het bedrag van f 250 mln op blz. 80 voor kinderopvang en de f 80 mln op blz. 83 (toelichting 1)

Bij het Regeerakkoord 1998 heeft het kabinet voor de kinderopvang subsidiemiddelen uitgetrokken die oplopen tot structureel f 250 mln in 2002. Volgens deze oplopende reeks zou er in 2001 f 170 mln beschikbaar zijn. Door hier f 80 mln aan toe te voegen, wordt het eindniveau van f 250 mln een jaar eerder bereikt.

151

Hoe wordt uitvoering gegeven aan de motie-Melkert (27 400 nr 8) inzake het onderdeel uitbreiding en professionalisering van de voor- en vroegschoolse opvang? Zal ook de professionalisering van de peuterspeelzalen hierbij worden betrokken? Zo ja, welke ideeën bestaan hierover?

Door OCenW en VWS wordt momenteel met de VNG overlegd op welke wijze de via de motie-Melkert extra ter beschikking gestelde middelen (f 40 mln) vanaf 2001 ingezet kunnen worden voor gemeenten in heel Nederland, die aangeven extra middelen voor VVE te willen en kunnen inzetten. Deze middelen zijn nadrukkelijk ook bedoeld voor vóórschoolse educatie in voorschoolse voorzieningen zoals de peuterspeelzalen. Ten aanzien van de daarvoor noodzakelijke professionaliteit van het peuterspeelzaalwerk kan worden gemeld dat momenteel overleg plaatsvindt tussen het rijk, de OVDB – het orgaan voor opleidingen in de sector zorg en welzijn – en werkgevers en werknemers. Onderwerp van het overleg is het beter toerusten van peuterspeelzaalleidsters in het omgaan met achterstands-kinderen. Allereerst zal bezien worden in hoeverre het profiel van peuterspeelzaalleidsters aanpassing behoeft en vervolgens of en zo ja, welke maatregelen gewenst zijn in de sfeer van de opleidingen voor- en vroegschoolse sector.

Tenslotte vindt op dit moment een feitenonderzoek naar de stand van zaken in het peuterspeelzaalwerk plaats. Ook voert de VOG een tweejarig project ter versterking van het imago van deze sector uit.

152

Wanneer kan de Kamer een reactie op het advies over de te vormen Jeugdraad verwachten?

Eind januari 2001 zal een standpunt over het advies «Naar een Nationale Jeugdraad» dat op 3 juli 2000 is aangeboden en over het nader advies dat de projectgroep thans opstelt met betrekking tot enkele elementen van de te vormen Jeugdraad, aan de Kamer worden gezonden. De procedure is erop gericht dat de (eventuele) oprichting van de Nationale Jeugdraad vóór de zomer van 2001 kan plaatsvinden.

153

Welke jeugdorganisaties hebben voor 2001 een subsidieaanvraag voor de subsidieregeling landelijke jeugdorganisaties ingediend en zijn niet gehonoreerd?

Voor 2001 hebben 24 landelijke jeugdorganisaties een aanvraag voor instellingssubsidie ingediend. Van deze 24 landelijke jeugdorganisaties hebben er 16 een aanvraag ingediend voor projectsubsidie. Momenteel vindt de beoordeling van alle aanvragen plaats. Uiterlijk 31 december wordt beslist welke gehonoreerd zullen worden.

154

T.b.v. de realisatie van extra Kinderopvangplaatsen wordt f 80 mln versneld ter beschikking gesteld. Hoeveel extra plaatsen moeten daarmee gerealiseerd worden ten opzichte van het huidige aantal? Wat is het huidige aantal Kinderopvangplaatsen? Wanneer moet de uitbreiding t.g.v. de extra f 80 mln gerealiseerd zijn?

Het kabinet streeft naar een uitbreiding van de kinderopvangcapaciteit van 71 000 plaatsen ultimo 2002. De capaciteit in 1996 is de nulsituatie voor de uitbreiding van de buitenschoolse opvang (23 000 plaatsen); dit in verband met de uitbreiding van de buitenschoolse opvang die in 1997 is gestart met de Tijdelijke stimuleringsmaatregel buitenschoolse opvang. Voor de opvang van 0–4 jarigen is de capaciteit eind 1998 de nulsituatie (66 000 plaatsen). Het antwoord op vraag 141 bevat meer informatie over de voortgang van de uitbreiding.

Met het oog op de grote behoefte aan kinderopvang heeft het kabinet besloten een extra impuls te geven om de uitbreiding van 71 000 plaatsen zo snel mogelijk te realiseren. Hiervoor is f 91,75 mln beschikbaar (f 20 mln bij Voorjaarsnota + f 80 mln bij Miljoenennota – f 8,25 mln ter versterking van het toezicht op de kinderopvang). Gemeenten kunnen een bonus aanvragen van maximaal f 6500,- voor elke opvangplaats waarmee ultimo 2001 meer dan de helft van de uitbreiding wordt gerealiseerd. Met de beschikbare middelen is voor ruim 14 000 plaatsen de maximum bonus beschikbaar. Indien de extra middelen voor de snelle uitbreiding worden uitgeput, zullen er eind 2001 bijna 50 000 van de 71 000 opvangplaatsen gerealiseerd zijn.

155

Wat zijn de redenen waarom de voornemens op het terrein van PEO-Jeugdbeleid niet tot uitgaven komen?

De belangrijkste reden hiervan is gelegen in het feit dat bij projecten, experimenten en onderzoek (PEO) de periode die nodig is om te komen tot een doelgerichte en doelmatige inzet van deze middelen langer is dan vooraf geraamd. Dit houdt mede verband met het feit dat in vele gevallen een zorgvuldige bestuurlijke afstemming moet plaatsvinden met meerdere partijen. Ook het verkrijgen van de benodigde – schaarse – technische en inhoudelijke kennis ten behoeve van de uitvoering van de projecten, experimenten of onderzoek zorgt in de meeste gevallen voor een vertraging.

156

Kan er een overzicht worden gegeven van de bedragen die de andere ministeries aan sport, lichamelijke opvoeding en recreatie uitgeven?

Uit de begroting van het ministerie van LNV blijkt dat er voor het onderdeel «recreatie» in 2001 een bedrag van circa f 6 mln aan uitgaven wordt geraamd. Het onderwerp «lichamelijke opvoeding» is in de begroting van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen niet apart geraamd. Daarnaast besteden de meeste andere ministeries direct of indirect geld aan sport, te denken valt aan het ministerie van Defensie (medegebruik militaire oefenterreinen, sport in het beroepsleger), het ministerie van Economische Zaken (in het kader van Holland-promotie) en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (tegengaan voetbalvandalisme, inzet politie). Deze uitgaven laten zich niet eenvoudig herleiden naar de onderwerpen «sport/recreatie/lichamelijke opvoeding».

157

Welke oplossing zal, zoals eerder toegezegd, worden geboden voor de financiering van de opleiding tot sportarts?

De afgelopen jaren is een jaarlijkse bijdrage van f 150 000,- beschikbaar gesteld als tegemoetkoming in de kosten voor stageplaatsen van sportartsen in opleiding.

Voor het komende begrotingsjaar is daartoe ook weer in een vergelijkbare bijdrage voorzien.

Uiteraard zal een besluit over de erkenning van sportgeneeskunde als klinisch specialisme van invloed zijn op de financiering van de opleiding. Zie ook het antwoord op vraag 3.

158

Zijn de aanvragen voor de breedtesportregeling tot nu toe meer gericht op doelgroepen als ouderen en gehandicapten of (ook) op jongeren? Hoeveel gemeenten hebben inmiddels een aanvraag ingediend en vervolgens gehonoreerd gekregen? Welk beslag zal dit leggen op het budget voor 2001; met andere woorden hoeveel is er beschikbaar voor nieuwe aanvragen?

De aanvragen van gemeenten in het kader van de breedtesportimpuls, zijn gericht op verschillende doelgroepen. Sommige projecten richten zich op een «mix» van doelgroepen (zowel op ouderen, jongeren, en gehandicapten). De verdeling is als volgt:

- 57 projecten gericht op jongeren
- 29 projecten gericht op ouderen
- 13 projecten gericht op gehandicapten
- 13 projecten gericht op allochtonen
- 3 projecten gericht op chronisch zieken

Inmiddels hebben 98 gemeenten – al dan niet gezamenlijk – een aanvraag ingediend. 39 gemeenten dienden de aanvraag in in 1999 en zijn in 2000 met de breedtesportprojecten van start gegaan; 49 gemeenten dienden de aanvraag in in 2000 en starten in 2001 met hun projecten.

Een aantal aanvragen voldeed niet volledig aan de gestelde eisen. De betreffende gemeenten hebben daarop een bijgestelde aanvraag ingediend. Uiteindelijk zijn 96 aanvragen volledig of – in een paar gevallen – gedeeltelijk gehonoreerd. Twee gemeenten hebben besloten hun aanvraag terug te trekken en deze op een later tijdstip opnieuw in te dienen.

Voor 2001 is er een budget van f 16 360 000,- voor de 96 gemeenten beschikbaar.

159

Deelt u de mening dat gemeenten naast een verantwoordelijkheid voor de breedtesport ook een taak zouden moeten hebben ten aanzien van de topsport? Zo ja, in hoeverre zijn gemeenten naar uw mening financieel en inhoudelijk hiertoe voldoende in staat?

Er is een tendens dat steeds meer, vooral grotere, gemeenten zich actief met topsport bezig houden door het binnenhalen van grote evenementen en het in financiële zin ondersteunen van topsportbeoefening. Mede door het bouwen van passende accommodaties. Uiteraard is dat een keuze en daarmee verantwoordelijkheid van de gemeente zelf. Van belang daarbij is dat deze activiteiten goed worden afgestemd op de activiteiten van andere beleidspartners. Dat is in de praktijk in toenemende mate het geval

160

Heeft het niet-doorgaan van de Wet Stipendium Topsporters gevolgen voor de Stipendiumregeling? Zo ja, welke?

In de nota «Kansen voor Topsport» die in maart 1999 aan de Kamer is aangeboden, is sprake van het «tot stand brengen van een regeling, zonodig bij wet.» Bij de uitwerking van dit voornemen is uit intra- en interdepartementaal overleg alsmede overleg met de sportwereld gebleken dat de noodzaak tot een wet niet aanwezig was. De stipendiumregeling kan zonder wettelijke basis tot stand worden gebracht. De voorgenomen regeling heeft de unanieme steun van alle betrokkenen.

161

Welk bedrag draagt Ontwikkelingssamenwerking bij aan de uitvoering van een sportactiviteit in de regio Afrika en Midden-Amerika?

Vanuit de begroting van Ontwikkelingssamenwerking is in 1999 f 1,7 mln bijgedragen aan uitvoering van sportactiviteiten in met name Afrika. Voor 2000 is f 2,3 mln geraamd.

Overigens wordt ook vanuit medefinancieringsorganisaties, VNG en organisaties gericht op technische assistentie bijgedragen aan sportactiviteiten in deze regio's.

162

Wordt bij het naar Nederland halen van internationale sportevenementen ook overlegd met het ministerie van Economische Zaken? Draagt dit ministerie ook bij aan de financiering?

Ja. De ministeries van Economische Zaken en VWS zijn vertegenwoordigd in de werkgroep «Holland Imago», waar ook over de sportevenementenkalender wordt gesproken.

Tot nu toe heeft het ministerie van Economische Zaken geen bijdrage voor dergelijke evenementen beschikbaar gesteld.

Wel heeft het Nederlands Bureau voor Toerisme een bijdrage geleverd aan de Euro 2000 en de voorbereiding op Sydney.

163

Kunt u een onderverdeling maken naar een top 10 voor geregistreerde lidmaatschappen, uitgesplitst naar mannen, vrouwen en jeugdleden in de verschillende leeftijdscategorieën ook m/v?

In navolgend overzicht is van de 10 grootste sportorganisaties een weergave van lidmaatschappen opgenomen waaraan het volgende kan worden toegevoegd.

Evenals bij de overeenkomstige vraag n.a.v. de begroting 2000 is meege-deeld, behoren de Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond en de Nederlandse Hippische Sportbond tot de top tien van qua ledental grote landelijke sportorganisaties. Omdat deze beide organisaties een andere subsidierelatie hebben met het departement van VWS dan de andere genoemde grote organisaties, is er geen informatie over de aantallen bestuursleden voorhanden. Voorts geldt dat daar waar geen getallen worden opgegeven in het onderstaande overzicht, op dit moment de informatie ontbreekt.

	TOTAAL	WAARVAN:		WAARVAN:		BESTUURSLEDEN	
	AANTAL	JEUGDLEDEN TOT 18 JAAR		LEDEN VANAF 18 JAAR		landelijk, regionaal, lokaal	
	LEDEN	VROUWEN	MANNEN	VROUWEN	MANNEN	verhouding m/v	
						% vrouwen	% mannen
WATERSPORT VERBOND KON. NED. (K.N.W.V.)	100 823	3 776		97 047		29	71
BRIDGE BOND NED. (N.B.B.)	108 231	165	240	5 499	52 628	35	65
GOLF FEDERATIE NED. (N.G.F.)	119 994	1 915	3 294	46 498	72 531	34	66
HOCKEY BOND KON. NED. (K.N.H.B.)	129 054	34 629	37 195	27 747	29 483	35	65
SKI VERENIGING NED. (N.S.V.)	140 679	7 122	9 122	58 327	66 359	31	69
VOLLEYBAL BOND NED. (NeVoBo)	144 792	32 101	15 207	49 050	48 434	43	57
ZWEM BOND KON. NED. (K.N.Z.B.)	152 927	47 688	43 802	27 367	29 034	26	74
SCHAATSENRIJDERS BOND KON. NED. (K.N.S.B.)	162 418	37 357		125 061			
GYMNASTIEK UNIE KON. NED. (K.N.G.U.)	308 523	162 482	40 600	88 912	16 529	65	35
LAWN & TENNIS BOND KON. NED. (K.N.L.T.B.)	724 021	60 592	81 407	272 390	309 632	31	69

164

Kunt u aangeven hoe bij de top 10 van bonden de verhouding is tussen mannelijke en vrouwelijke bestuursleden?

Zie antwoord op vraag 163.

165

Kan een financieel overzicht worden gegeven van de verdeling onder punt a) genoemde activiteiten?

- subsidies aan landelijke sportorganisaties ten behoeve van deskundigheidsbevordering van vrijwillig sportkader met aandacht voor diverse doelgroepen; circa f 13,8 mln.
- subsidies ten behoeve van onderwijskundige vernieuwingen en de nieuwe kwalificatiestructuur voor sportopleidingen alsmede ten behoeve van een nieuw kwaliteitssysteem; circa f 1 mln.
- subsidies ten behoeve van Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen en projecten met betrekking tot sportstimulering; circa f 4,4 mln.
- subsidies verbetering infrastructuur topsport (landelijke taken top- en beroepssport); circa f 6 mln.
- subsidies bewegingsbevordering, blessurepreventie, anti-doping-beleid en sportmedische zorg; circa f 3,7 mln.
- subsidies sporttechnische begeleiding (algemeen en topsport) door ondersteuning en bijdragen aan verantwoorde ontwikkeling van de topsport; circa f 0,8 mln.

166

*Hoe zit de systematiek over een teruggave van de energielasting welke in overleg met NOC*NSF tot stand gekomen is, globaal in elkaar? Waarop is het bedrag van f 30 mln gestoeld?*

Over de systematiek van teruggave heeft de staatssecretaris u bij brief van 1 november jl., kenmerk: S/BcCT-2120 414, geïnformeerd. Globaal gezegd is de volgende werkwijze afgesproken en in uitvoering genomen. Alleen sportverenigingen die zijn aangesloten bij een landelijke sportorganisatie en beschikken over een aan hen geadresseerde factuur

van een energiebedrijf komen in aanmerking voor een teruggaaf. De landelijke sportorganisaties stellen hiervan een samenvattend overzicht op en declareren dit bij VWS. De landelijke sportorganisatie zorgt eveneens voor doorbetaling aan de sportvereniging. De geldstroom van VWS naar de landelijke sportorganisatie maakt onderdeel uit van de reguliere controle van de jaarrekening van landelijke sportorganisaties. Onderzoek heeft uitgewezen dat, rekening houdend met de toename van de energieheffing als gevolg van de vergroening van het belastingsstelsel, de werkelijke heffing al snel gaat oplopen tot f 30 miljoen.

167

*Bij de eco-tax teruggaaf is in overleg met NOC*NSF voor een systematiek gekozen. Hoe wordt dit in 2000 vorm gegeven?*

Zie antwoord op vraag 166.

168

- a. *Geven zowel de Federatie Opvang als het Leger des Heils aan dat de situatie voor dak- en thuislozen de afgelopen vijf jaar is verslechterd?*
- b. *Neemt het aantal vrouwen en zestig-plussers onder deze groep sterk toe, respectievelijk van 18 naar 25% en van 7 naar 20%?*
- c. *Welke verklaring kan gegeven worden voor de sterke toename van het aantal dak- en thuislozen?*
- d. *Wat is de situatie m.b.t. de dag- en nachtverblijven en kunnen opvanghuizen het aanbod niet meer aan?*
- e. *Welke oplossingen zullen worden geboden?*

- a. Ja.
- b. De rapportage 1999 van de monitor maatschappelijke opvang die voor het einde van het jaar naar de Kamer wordt gezonden, zal hierin inzicht geven.
- c. Het is de vraag of het aantal dak- en thuislozen is toegenomen. Het is niet eenvoudig inzicht te verkrijgen in de omvang van deze moeilijke doelgroep die vaak geen vaste woon- of verblijfplaats heeft. Het is wel zo dat de opvangcapaciteit de laatste jaren met behulp van extra financiële middelen is toegenomen.
- d. Ik ontvang van verschillende betrokken partijen signalen dat er te weinig opvangcapaciteit is. De monitor maatschappelijke opvang zou hierin – op termijn – ook meer inzicht moeten geven.
- e. De afgelopen jaren is flink geïnvesteerd in de maatschappelijke opvang. Voor het jaar 2001 is opnieuw f 15 miljoen extra geld beschikbaar gesteld.

169

Wat wordt bedoeld met Europese ontwikkelingen rond mensenrechten en sociaal beleid?

Gedoeld wordt vooral op de discussie die, na het van kracht worden van het Verdrag van Amsterdam, gevoerd wordt over de reikwijdte en het belang van het sociale beleid van de EU. Het gaat dan onder meer over non-discriminatie, sociale bescherming en sociale uitsluiting. Bovendien wordt naar verwachting op de aanstaande EU Top van Nice een Handvest Grondrechten aangenomen, dat ook sociale rechten omvat. Verder speelt in iets breder verband in de Raad van Europa de opstelling van Nederland ten aanzien van het Herziene Europees Sociaal Handvest. In het kader van de geschetste programmalijn is het daarom van belang steeds het perspectief van de burger naar voren te brengen en zo mogelijk de (internationale) inspraak- en participatiemogelijkheden van burgers en maatschappelijke organisaties (civiele dialoog) te versterken.

170

Welke knelpunten worden bedoeld bij de uitvoering van de Welzijnsnota?

Het betreft hier een overboeking van vrij budget dat in het kader van de uitvoering van de Welzijnsnota in 2001 en volgende jaren zal worden ingezet voor het vrijwilligersbeleid en de programmalijn professionaliteit en kwaliteit van voorzieningen.

171

Hoe kan het aantal geslaagde cursisten het aantal cursisten overtreffen?

Het aantal cursisten is het maximaal aantal op te leiden cursisten waarvoor aan de Vorming Training en Advies (VTA)-instellingen een subsidie is verleend. In 1999 zijn er door de VTA-instellingen in dit kader meer cursisten opgeleid, de kosten hiervan zijn voor rekening van de VTA-instellingen.

172

Kan de staatssecretaris nader ingaan op het knelpunt van de wachtlijsten voor Kinderopvang voor nieuwkomers in verband met de motie-Melkert (Kamerstuknummer: 26 800 nr. 9) in verband met het oplossen van de wachtlijsten voor taalcursussen voor nieuwkomers (en de zogeheten oudkomers) voor mei 2001?

Waarschijnlijk wordt bedoeld Kamerstuk 27 083, nr. 3.

De motie-Melkert heeft betrekking op de wachtlijsten voor oudkomers bij de inburgering. De minister voor GSI, de minister van OCenW en de staatssecretaris van VWS hebben een Taskforce Inburgering ingesteld, om het probleem van de wachtlijsten te onderzoeken en oplossingen aan te dragen voor het oplossen van deze problematiek. Een tekort aan plaatsen voor kinderopvang kan voor sommige betrokkenen een hindernis zijn bij het volgen van het inburgeringstraject, maar daarvoor wordt verwezen naar het lopend beleid met betrekking tot de kinderopvang zoals omschreven op pagina 21 van de memorie van toelichting. Overigens zijn de gemeenten primair verantwoordelijk voor de kinderopvang, en kunnen zij prioriteiten stellen ten aanzien van doelgroepen die gebruik maken van subsidieplaatsen.

De voorgenomen rijksbijdrage voor de uitbreiding van de kinderopvang is eerder beschikbaar gesteld, waardoor gemeenten versneld kunnen investeren in kinderopvangplaatsen.

173

Waarom wordt de verdeling van de specifieke uitkeringen niet opgenomen bij de artikelsgewijze toelichting?

De verdeling van de specifieke uitkeringen is niet bij de artikelsgewijze toelichting opgenomen, aangezien ik de vaste commissie voor VWS met mijn schrijven d.d. 22 september 2000, kenmerk GVM/GGZ/2108935 hierover heb bericht.

De verdeling van de specifieke uitkeringen is als volgt:

Maatschappelijke opvang	f 161 163 miljoen
Vrouwenopvang	f 73 632 miljoen
Verslavingszorg	f 136 629 miljoen

174

Op welke termijn wordt de Kamer geïnformeerd over de evaluatie van de specifieke uitkeringen?

175

Hoe staat het met de toezegging dat bezien zal worden hoe het project Jeugdige prostituees in Leeuwarden (financieel) kan worden voortgezet en uitgebreid? Hoe staat het met de toezegging dat bezien zal worden of op meerdere plaatsen in het land dergelijke voorzieningen gerealiseerd kunnen worden?

Het opvanghuis Asja verricht goed werk voor een hele moeilijke en uiterst kwetsbare groep meisjes/jonge vrouwen in de prostitutie. Ik heb – conform toezegging – contact gehad met Justitie over dit project. Ons uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor financiering van dergelijke projecten primair op lokaal niveau ligt. Een dergelijk project kan bijvoorbeeld worden gefinancierd uit de specifieke uitkering vrouwenopvang. Aan de specifieke uitkering van Leeuwarden is met ingang van 1998 structureel f 950 000,- extra toegevoegd. Het opvanghuis Asja betreft een pilot-project met een looptijd van drie jaar dat nog niet is geëvalueerd en waarvoor nog geen methodiek bestaat. Of dergelijke projecten ook in andere gemeenten gestart worden, is de verantwoordelijkheid van gemeenten zelf. De evaluatie van dit project kan hiervoor bijvoorbeeld aanleiding geven.

176

Hoe zal de f 15 mln die voor dak- en thuislozen en zwerfjongeren extra beschikbaar is gekomen bij de Algemene beschouwingen, worden ingezet? Wordt ten behoeve van de verdeling ervan aangesloten bij de meest urgente problematiek zoals die zich met name in de grote steden voordoet?

In overleg met mijn collega voor GSI zal ik ervoor zorgdragen dat de f 15 mln bij de gemeenten komt die nu al een belangrijke verantwoordelijkheid dragen voor de voorzieningen voor de doelgroepen die in de motie genoemd staan. Wij denken daarom aan de specifieke uitkering maatschappelijke opvang. Mijn voorkeur heeft het om een koppeling te leggen met het landelijke convenant OGGZ. Gemeenten stellen dat zij over onvoldoende middelen beschikken om het OGGZ-beleid adequaat uit te voeren. Met behulp van de f 15 mln kunnen zij het beleid op dit terrein intensiveren zoals het creëren van «time-out-plaatsen» (al dan niet bij bestaande voorzieningen).

177

Wat wordt precies verstaan onder het beleidsterrein «ICT in de zorg» en hoeveel middelen worden waarvoor in het kader van artikel 25 beschikbaar gesteld

In het jaar 1999 werd het Millennium Platform Zorg vanuit het artikel Volksgezondheid algemeen gefinancierd. Deze financiering kent een doorloop in het jaar 2000 ter afronding van het project. Hiervoor was in de begroting 2000 reeds f 9 mln uitgetrokken. Voorts is f 31 mln voor het jaar 2000 van de aanvullende post overgeheveld naar dit artikelonderdeel, ter financiering van de registratie van de wachtlijsten conform het bestedingsplan voor de ICT-middelen voor de zorg, dat is toegevoegd aan de antwoorden op schriftelijke vragen over de Zorgnota 2001. Voor het jaar 2001 heeft de overheveling van middelen in dit kader (f 25 mln) nog niet plaatsgevonden, omdat de onderhandelingen over de financiering van de wachtlijstregistratie nog liepen ten tijde van de begrotingsvoorbereiding.

178

Wat is de oorzaak van het verschil tussen de bedragen van 2000 en 2001, naast de besparing door het stopzetten van de Stichting Millennium Platform Zorg?

In het jaar 1999 werd het Millennium Platform Zorg vanuit het artikel Volksgezondheid algemeen gefinancierd. Deze financiering kent een doorloop in het jaar 2000 ter afronding van het project. Hiervoor was in de begroting 2000 reeds f 9 mln uitgetrokken. Voorts is f 31 mln voor het jaar 2000 van de aanvullende post overgeheveld naar dit artikelonderdeel, ter financiering van de registratie van de wachtlijsten conform het bestedingsplan voor de ICT-middelen voor de zorg, dat is toegevoegd aan de antwoorden op schriftelijke vragen over de Zorgnota 2001. Voor het jaar 2001 heeft de overheveling van middelen in dit kader (f 25 mln) nog niet plaatsgevonden, omdat de onderhandelingen over de financiering van de wachtlijstregistratie nog liepen ten tijde van de begrotingsvoorbereiding.

179

Moet vastgesteld worden dat voor de uitvoering van de forensische geneeskunde niet altijd artsen beschikbaar zijn die daartoe voldoende geëquipeerd zijn? Wordt overwogen in het opleidingscurriculum van de basisarts tenminste enige elementaire kennis van de forensische geneeskunde op te nemen en zo neen, waarom niet?

Het komt inderdaad voor dat voor de uitvoering van de forensische geneeskunde (basis)artsen worden ingezet die hiertoe nog niet zijn opgeleid. Sommige GGD'en voorzien zelf in scholing van deze artsen. In het curriculum van de initiële opleiding geneeskunde is al enige elementaire kennis van de forensische geneeskunde opgenomen, conform het Raamplan van 1994. Bij de Netherlands School of Public Health wordt een applicatiecursus forensische geneeskunde voor artsen voorbereid. Deze opleiding zal worden geaccrediteerd door het Forensisch Medisch Genootschap.

180

Uit de tabel over de opleiding Verloskundigen, blijkt dat het slagingspercentage daalt in de komende jaren. Welke vooronderstellingen leiden tot deze aanname?

Het aantal leerlingen neemt weliswaar in de komende jaren toe terwijl het aantal geslaagden gelijk blijft, maar hieruit mag niet worden geconcludeerd dat het slagingspercentage daalt. De toename van het aantal leerlingen is het gevolg van de verhoogde instroom in het studiejaar 2000/2001. Door de opleidingsduur van vier jaar zal het aantal geslaagden pas vanaf het studiejaar 2003/2004 toenemen. Aangenomen is dat het percentage eerstejaarsstudenten dat het diploma verloskunde behaalt, gelijk blijft.

181

De uitgavenrealisaties en -ramingen van artikelonderdeel 25.02.11 vertoont een aanzienlijke daling. Door welke ontwikkelingen wordt deze daling veroorzaakt?

Op dit artikel worden in 2000 de eenmalige subsidie stamcellenbank alsmede de uitgaven van het project farmaceutische zorg verantwoord. Het project farmaceutische zorg loopt tot 2001.

182

Wat is de verklaring voor het verschil in het bedrag tussen 2000 en 2001 voor gezondheidsbeleid?

Dit verschil is te verklaren door activiteiten waar het kabinet incidenteel middelen voor beschikbaar heeft gesteld. Het gaat hier met name om 2 mln ten behoeve van het zogenaamde Legionellafonds, een bedrag van 50 mln voor het Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg en 6 mln voor het gezondheidsonderzoek na de vuurwerkramp in Enschede.

183

Kan worden toegelicht door welke omstandigheden het bedrag geraamd op artikel 25.02 onderdeel 11, genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen en biotechnologie – voor het jaar 2001 (f 15,5 mln) veel lager is dan in 2000 (f 41,1 mln)?

Zie antwoord op vraag 181.

184

In hoeverre biedt de nieuwe regeling voor de berekening van de rentecomponent in de instellingsbudgetten reëel zicht op rentevoordeel dat ingezet kan worden voor extra zorguitgaven?

Tot op heden worden de feitelijke rentekosten van leningen ten behoeve van bouwinvesteringen in de budgetten van de instellingen opgenomen. Daarin zit – financieel gezien – geen incentive voor de instellingen om tegen scherpe voorwaarden te lenen. De nieuwe regeling houdt in dat een calculatorische rente voor dergelijke leningen wordt toegekend. Indien instellingen erin slagen goedkoper te lenen houden zij geld over, dat benut kan worden voor het leveren van extra zorg.

185

Worden de voor 2001 ingeboekte financiële middelen voldoende geacht om invoering van een nieuwe arbeidsvoorwaardenregeling voor medisch specialisten in de dienstverband te kunnen faciliteren?

De hier bedoelde per 2001 aan de begroting toegevoegde middelen voor invoering van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf en kwaliteitsverbetering medisch specialisten hebben geen verband met een eventuele nieuwe arbeidsvoorwaarden regeling voor medisch specialisten in dienstverband.

Het betreft hier middelen voor een aantal experimenten in ziekenhuizen ten aanzien van het op korte termijn invoeren van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf en middelen voor de Orde van medisch specialisten voor kwaliteitsverbetering, regionale ondersteuning en het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen.

186

Bestaat er veel onrust in het veld over de honoreringsregeling medisch specialisten en wat is de aard en het karakter van de bezwaren en op welke wijze kan daaraan tegemoet gekomen worden?

Ik ga er van uit dat u in deze vraag refereert aan de nieuwe honoreringsregeling voor de medisch specialisten in de academische ziekenhuizen. Voor de goede orde wijs ik er op dat de aan de begroting toegevoegde middelen waar het hier om gaat geen verband houden met de nieuwe honoreringsregeling voor medisch specialisten in academische ziekenhuizen.

Ik heb overigens niet waargenomen dat er sprake zou zijn van veel onrust over de nieuwe honoreringsregeling.

Uit de hoek van de medisch specialisten bereiken mij incidenteel signalen dat de nieuwe honoreringsregeling de concurrentie positie van de academische ziekenhuizen op de arbeidsmarktmarkt van medisch specialisten zou verslechteren doordat hen niet meer het wenkende perspectief van

een particuliere praktijk in het academische ziekenhuis kan worden geboden en daarom de kwaliteit van de zorg in de academische ziekenhuizen in gevaar zou komen.

De honorering van de academische medisch specialisten is overigens een zaak van werkgevers en werknemers, zeker nu per 1-6-1999 de nieuwe honoreringsregeling voor academisch werkzame specialisten van kracht is.

De Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) heeft mij ten tijde van de invoering verzekerd dat de nieuwe regeling positief is voor de concurrentie positie ten opzichte van de perifere ziekenhuizen. En ook op dit moment leert navraag bij de VAZ mij dat volgens de VAZ problemen (nog) niet aan de orde zijn en er op deze gronden geen aanleiding is om te verwachten dat de kwaliteit van de in academische ziekenhuizen te leveren zorg op korte termijn in gevaar komt. Wat betreft de bezwaren gaat het op hoofdlijnen om de volgende twee zaken. Ten eerste wordt wel genoemd het feit dat de honorering van academisch werkzame medisch specialisten nog steeds achterblijft bij die van de medisch specialisten die werkzaam zijn in de perifere ziekenhuizen. Zoals ik al eerder op vragen van de heer Buijs heb gemeld onderken ik dit verschil in honorering als een aspect dat stromen op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten kan beïnvloeden. Andere factoren spelen echter ook een rol, zoals type ziekenhuis en werkomgeving. Een academisch werkzame medisch specialist heeft immers veelal ook onderwistaken en houdt zich bezig met wetenschappelijk onderzoek. De mate waarin een medisch specialist daar belangstelling voor heeft zal naast zijn of haar honorering mede bepalend zijn voor de keuze academisch of periferie.

Ik ga in mijn beleid uit van gelijkwaardigheid van de honorering van alle medisch specialisten en de nieuwe honoreringsregeling voor academisch werkzame specialisten voldoet daar aan.

Ten tweede wordt mij incidenteel wel eens gezegd (of geschreven) dat de honorering van de jonge specialisten in academische ziekenhuizen lager is dan die van jonge specialisten in de periferie, welke niet meer kan worden gecompenseerd door het aantrekkelijke perspectief van een particuliere praktijk naast het loondienstverband, waardoor er een massale trek van academische ziekenhuizen naar de periferie op gang zou zijn gekomen. Dit eventuele probleem zou kunnen worden verzacht door jonge intredende medisch specialisten hoger in te schalen net zoals in de periferie zou gebeuren. Ook dit is echter een aangelegenheid van werkgevers en werknemers waar ik geen directe invloed op kan uit oefenen. De Orde van Medisch Specialisten dient zich hierover tot de werkgevers, de VAZ, te wenden.

Samengevat

De per 1 juni 1999 overeengekomen wijze van honoreren is een zaak tussen werkgevers (de academische ziekenhuizen) en de werknemers. Zoals ik u ook al eerder heb gemeld is door de nieuwe regeling 70% van de 2500 academisch werkzame specialisten er op vooruit gegaan en gaat er niemand op achteruit. Ik kan dan ook niet anders dan concluderen dat de nieuwe regeling in ieder geval een behoorlijke bijdrage is aan het voorkomen van de trek van medisch specialisten van academische naar perifere ziekenhuizen. Uiteraard is het vanwege het grote belang dat ik hecht aan goed functionerende academische ziekenhuizen wel zo dat ik de gang van zaken rond de invoering van de nieuwe honoreringsregeling nauwlettend volg en mocht er een moment komen dat de VAZ problemen voorziet, ik uiteraard in overleg zal treden met VAZ en Orde om te bezien hoe deze problemen kunnen worden voorkomen.

187

Moet vastgesteld worden dat de beoogde integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis tot nu toe slechts beperkt gerealiseerd is? Tot

welke conclusies geeft dit gegeven aanleiding mede in het licht van de regelgeving die terzake tot stand is gebracht?

Met de vaststelling van de model toelatingsovereenkomst (MTO) en het daarbij behorende document medische staf (DMS) en de instemming ermee door de algemene ledenvergaderingen van de NVZ en de Orde, is een belangrijke stap gezet wat de integratie van de medisch specialist in het ziekenhuis. De zorgverzekeraars hebben tot 1 november 2000 de tijd gehad een zorgovereenkomst met de betreffende ziekenhuizen te sluiten met terugwerkende kracht tot en met 1 februari 2000. De ziekenhuizen hebben vervolgens nog de tijd tot 1 januari 2001 om met de medisch specialisten een toelatingsovereenkomst te sluiten conform het MTO. In de Nota positionering algemene ziekenhuizen hebben Orde, NVZ en VWS voorts een verdere invulling gegeven aan «het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf». In de komende jaren zal het ziekenhuis zich verder tot een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf ontwikkelen. Uitgangspunt daarbij is de zorgvraag van de patiënt. Via het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf zullen alle zorgprocessen in en buiten het ziekenhuisgebouw zoveel mogelijk rondom de patiënt georganiseerd worden. In de praktijk zal dit leiden tot het ontstaan van een zorgcontinuüm van generalistische, via transmurale naar specialistische zorg. In concreto:

- De Orde van Medisch Specialisten en de NVZ ondersteunen gezamenlijk, waar mogelijk, projecten gericht op het herontwerpen van zorgprocessen binnen ziekenhuizen. Ook VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ondersteunen deze ontwikkeling.
- De verdere afstemming van de systemen van visitatie voor de medisch specialisten en accreditatie voor de ziekenhuisorganisaties zal ter hand worden genomen.

188

Wat is de voortgang van het project inzake de toekomstige bekostiging van ziekenhuiszorg i.c. het systeem van producttyperingen op basis van diagnosebehandelcombinaties? Op grond van welke overwegingen betwijfelt het CTG sterk of het beoogde tijdstip van invoering, 2003, wel haalbaar is? Is er thans een visie over het toekomstige beleidskader, zoals door het CTG verzocht en hoe luidt dit?

Diagnose-behandelingcombinaties (kortweg DBCs) kennen een lange ontstaansgeschiedenis. Sinds 1994 is men bezig met het ontwikkelen er van. De laatste maanden is het in een forse stroomversnelling geraakt. Ik heb daartoe de aanzet gegeven door aan te kondigen dat indien eind 2000 geen substantiële progressie is gemaakt, het departement eigenstandig het project zal uitvoeren.

In 2003 dienen voor alle specialismen DBCs ingevoerd te zijn. Partijen ondersteunen deze beleidslijn volledig; op 12 oktober jl. hebben de partijen (NVZ, VAZ, Orde, ZN) met mij de taakopdracht van het project DBC2003 ondertekend. Het CTG zit in de rol van adviseur zowel in de stuurgroep, onder leiding van prof. dr. L. Koopmans, als in het projectteam. De twijfel van het CTG stamt uit de periode voor de stroomversnelling. Tijdens de installatie heeft de vertegenwoordiger van het CTG aangegeven het project ambitieus te vinden, maar die twijfel is, met de intensivering van energie (waaronder een nadrukkelijker inbreng van VWS en CTG) en middelen ten behoeve van het project, sterk verminderd.

Wat de beleidsvisie aangaande de DBCs betreft: de patiënt staat centraal. En om de patiënt zo goed mogelijk te bedienen, dient zijn/haar zorg op de persoon toegesneden te zijn. Dat heeft ook consequenties voor de ordening van de zorg. Diegene die de zorg inkoopt, en dit zo goed en doelmatig mogelijk moet doen, moet een partij zijn die lokaal te werk gaat. De zorgverzekeraar is de meest aangewezen partij die patiënt te vertegen-

woordigen. De partij die bepaalt, dient ook de financiële gevolgen van zijn beleid te ervaren. Zorgverzekeraars moeten dus het financieel risico dragen.

Bij de verantwoordelijkheid hoort ook een op deze taak toegesneden instrumentarium. En dat zijn de DBCs. Met deze systematiek kan de zorgverzekeraar zien welk product hij kan inkopen voor welke prijs. Het zorgproces wordt dan ook aan de financiële kant transparant.

189

Is er een financieel Meerjarenperspectief uitgezet voor de ontwikkeling van de Palliatieve Terminale Zorg?

In de brief van 29 juni 1999 aan de vaste commissie voor VWS is een uiteenzetting gegeven over de omvang en de besteding van het budget voor palliatieve zorg. In totaal gaat het om f 35 miljoen wat beschikbaar is voor de periode 1999–2003.

In aanvulling op deze brief dient nog vermeld te worden dat de periode van de Projectgroep integratie Hospicezorg is verlengd tot 1 oktober 2001. Boven op het beschikbare budget voor de Centra voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ'en) heb ik extra budget beschikbaar gesteld voor projecten gericht op deskundigheidsbevordering. Deze projecten hebben betrekking op de initiële opleiding, maar ook op na- en bijscholing. Ze richten zich op verschillende doelgroepen (bijv. verzorgenden, huisartsen medisch-specialisten). De projecten worden uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van de Centra voor Palliatieve Zorg (COPZ'en).

190

Heeft het CTG middels een brief haar beklag gedaan over het feit dat door de minister m.b.t. haar besluitvorming rondom de ambulancezorg door haar in de wettelijke bevoegdheden van het CTG voor de vaststelling van budgetten en tarieven is getreden? Wat is hierop de reactie (geweest)?

In de brief van 3 juli 2000 is het CTG nader ingegaan op de besluiten om extra middelen toe te kennen aan de Waddeneilanden en Zeeland. Het CTG constateerde in die brief dat bovenbedoelde toezeggingen op gespannen voet staan met de WTG en de in de WTG vastgelegde bevoegdheden van het CTG voor de uitvoering van die wet. Het CTG is van mening dat de toezeggingen die zijn gedaan niet passen binnen de door het CTG vastgestelde en door de minister goedgekeurde beleidsregels voor de beoordeling van de aanvaardbare kosten in de ambulancezorg.

Het CTG constateerde tevens dat hiermee een voorschot is genomen op de uitkomsten van het landelijke onderzoek naar de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg.

Op 2 oktober jl. is het CTG per brief geantwoord. Daarin is gesteld dat het lopende onderzoek naar de knelpunten in de ambulancezorg antwoord zou moeten geven op de vraag in welke mate een verruiming van het macrokader zou moeten plaatsvinden. Het onderzoek wordt begin volgend jaar afgerond. Desalniettemin doet zich op dit moment een aantal knelpunten voor die om een directe oplossing vragen. Ik heb het CTG dan ook verzocht om in afwachting van het onderzoek binnen de hem ter beschikking staande mogelijkheden al het mogelijke en noodzakelijke te doen om de instellingen van ambulancezorg de continuïteit van verantwoorde ambulancezorg te kunnen waarborgen en garanderen. Het CTG heeft hierop positief gereageerd.

191

Wat is de stand van werkzaamheden van de werkgroep zal adviseren omtrent een wettelijk kader voor dwangtoepassingen in niet-Bopz-settings? De werkgroep heeft inmiddels haar rapport «Criteria voor

verantwoord handelen bij vrijheidsbeperkende interventies» uitgebracht en aan mij toegezonden.

In novemver a.s. wordt besloten of dit rapport aanleiding is tot het ontwikkelen van nieuwe regelgeving.

192

Heeft het CVZ geadviseerd invoering van het pgb in de GGZ «zo spoedig en krachtig mogelijk ter hand» te nemen? Steunt dit advies mede op de hoofdconclusie van het ITS die een quick scan hiernaar heeft uitgevoerd en tot de conclusie is gekomen dat juist een krachtige landelijke invoering een belangrijk deel van de problemen zou kunnen verhelpen? Waarom zijn voor 2001 hiervoor geen financiële middelen gereserveerd en waarom wordt kennelijk het advies van het CVZ niet overgenomen?

Het College voor Zorgverzekeringen heeft bij brief van 28 september jongstleden, geadviseerd om over te gaan tot landelijke invoering van het PGB in de GGZ voor de functie begeleiding. Dit advies is gebaseerd op de aanbevelingen uit de quickscan van het ITS. Naar aanleiding van de motie-Dijkstal c.s. (vergaderjaar 2000–2001, 27 400, nr. 16) is er f 25 mln beschikbaar gesteld voor de reductie van de wachtlijsten. Daar het PGB een instrument kan zijn voor het terugdringen van de wachtlijsten is besloten een deel van de middelen in te zetten voor de landelijke invoering vanaf 1 januari 2001. Vanaf deze datum zal er f 18 mln toegevoegd worden aan de reeds beschikbare f 5 mln zodat er in totaal f 23 mln beschikbaar komt.

Er zijn dus inmiddels wel financiële middelen gereserveerd en het advies van het College wordt overgenomen.

193

Wat betekent het financieel dat de drie organisaties het streven naar een fusie hebben beëindigd?

Het beëindigen van het streven naar een fusie tussen Centrum '45, Pharos en ICODO heeft geen verdere financiële gevolgen.

194

Hoe staat het met het onderzoek voor het ontwikkelen en implementeren van protocollen en richtlijnen ter bevordering van de doelmatigheid en efficiëntie binnen de GGZ op het gebied van behandeling, medicatie- en voorschrijfbeleid en onderzoek?

Door de beroepsverenigingen voor psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen en verpleegkundigen is inmiddels een gezamenlijk werkplan opgesteld voor het ontwikkelen, toetsen en implementeren van multidisciplinaire richtlijnen. In 2000 is begonnen met de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen bij depressie en angststoornissen; in 2001 wordt gestart met de ontwikkeling van nog twee multidisciplinaire richtlijnen. De beroepsverenigingen worden hierbij ondersteund door het kwaliteitsinstituut CBO en door het Trimbos-instituut.

195

Wat is de stand van zaken van het onderzoek en experimenten met betrekking tot de eerstelijnspsycholoog?

Een inventarisatie van aard en omvang van het aanbod van eerstelijnspsychologen is tussen september 1999 en augustus 2000 uitgevoerd. Het onderzoek naar de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog is begin juli 2000 gestart en zal naar verwachting in december 2000 zijn afgerond. Het doel is enerzijds vast te stellen voor welk deel van de bevolking de eerstelijnspsycholoog thans een bereikbare voorziening is. Zo worden

onder meer de verschillen in pakketten tussen verzekeraars onderzocht. Anderzijds wordt gepoogd een schatting te maken van de toename van de vraag naar hulp door een eerstelijnspsycholoog wanneer deze in verzekeringstechnische zin voor iedereen toegankelijk zal zijn. Dit najaar zijn door de LVE voorbereidingen getroffen voor het opzetten van experimenten met betrekking tot de eerstelijnspsycholoog. De experimenten zullen in januari 2001 van start gaan.

196

Hoe heeft de verbetering van de samenwerking in de eerstelijns GGZ gestalte gekregen?

Het tot stand brengen van de samenwerking in de eerstelijns GGZ vergt meerdere jaren. De intentie om dit proces samen in te gaan is door de landelijke organisaties van de drie kernpartijen (LHV voor de huisartsen, VOG voor het algemeen maatschappelijk werk en LVE voor de eerstelijns psychologen) medio 1999 vastgelegd in een convenant. Deze organisaties hebben hun uitgangspunten voor het versterken van de eerstelijns GGZ en een inventarisatie van knelpunten in mei 2000 gepresenteerd in het boekje «De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief; Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns psycholoog». Dit is vervolgens uitgewerkt in door VWS gesubsidieerde meerjarige plannen voor verbetering van de kwaliteit en regievoering voor het stimuleren van samenwerking op landelijk, regionaal en lokaal niveau. De kwaliteitsprojecten worden door de organisaties afzonderlijk, maar uiteraard wel in samenhang, uitgevoerd.

Het uitbouwen van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ maakt onderdeel uit van het taakgebied van de Stuurgroep Tussen de Lijnen waarin alle betrokken partijen (zorgaanbieders, patiënten, financiers) onder onafhankelijk voorzitterschap het proces van versterking van de psychische hulp in de eerste lijn begeleiden en ontwikkelen.

197

Hoe is de bevordering van deskundigheid van huisartsen op het gebied van psychische klachten ter hand genomen? Is deze deskundigheidsbevordering opgenomen in de opleiding voor huisartsen en in een nascholingstraject? Hoe worden/zijn de praktiserende huisartsen benaderd?

De LHV beschouwt deskundigheidsbevordering in de geestelijke gezondheidszorg van huisartsen als een onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Hiertoe wordt samen met het NHG een meerjarig project uitgevoerd. Eén van de onderdelen is deskundigheidsbevordering door collega-huisartsen die ingezet kunnen worden als docent, consultant of onderhandelaar over regionale werkafspraken. Er wordt gewerkt aan een kaderopleiding, ingebed in het bestaande opleidings-, bij- en nascholingsprogramma, voor een 20-tal huisartsen die bovengenoemde taken op zich gaan nemen. Het opgeleide kader gaat werken via de DHV-en.

Andere onderdelen van het kwaliteitsproject betreffen regievoering over de uitvoering van het eerstelijns GGZ-convenant en nadere visie-ontwikkeling op de rol van de huisarts in de eerstelijns GGZ, het aanpassen van bestaande standaarden, richtlijnen en scholingsinstrumenten (Met nadrukkelijke betrokkenheid van patiëntengroepen) en implementatie van de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten. Doelstelling van het project als geheel is om eind 2003 de continuïteit van de kaderopleiding te hebben verzekerd en de versterking van de structuur te hebben voltooid. In de districten dienen op grote schaal veranderingstrajecten plaats te hebben gevonden. Gemikt wordt op een participatie op dat moment van tenminste 60% van de huisartsen en de huisartsen in opleiding.

Daarnaast is deskundigheidsbevordering van huisartsen één van de doelstellingen van de consultatieprojecten waarvoor vanaf 1999 extra middelen beschikbaar zijn gesteld. Volgens een tussenrapportage van medio 2000 lopen er 95 lokale en regionale projecten. De consultaties hebben verschillende vormen: consultatieve bijeenkomsten met de huisarts, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt; bijeenkomsten met alleen de patiënt op basis waarvan de huisarts geadviseerd wordt; groepsbijeenkomsten waarop huisartsen casussen kunnen inbrengen; groepsbijeenkomsten met algemeen bijscholend karakter; telefonische consultaties.

In de meeste projecten wordt een combinatie van deze vormen aangeboden.

Overigens kunnen ook het AMW en de eerstelijns psychologen een beroep doen op deze uitbreiding van consultatie mogelijkheden.

198

Bestaat er groot verzet tegen het voornemen voorschrijvers te verplichten de indicatie op het recept te vermelden? Hoe worden de bezwaren beoordeeld en bestaat er nog ruimte voor overleg met de beroepsgroep(en) over mogelijke alternatieven?

De voorschrijvers hebben een eigen professionele verantwoordelijkheid en hebben de neiging bij een verplichting tot vermelding van de indicatie op het recept te zien als een inmenging in hun professionele autonomie. Voor mij staat voorop het doel dat met een dergelijke maatregel wordt nagestreefd: het meer geprotocolleerd/gestandaardiseerd voorschrijven, het meer verantwoording afleggen over het voorschrijfgedrag. Met vermelding van de indicatie op het recept kunnen ook de apothekers hun zorgverlenende taak meer gestalte geven, door in bepaalde gevallen in adviserende zin zich te richten tot de voorschrijvend arts.

Ook de informatievoorziening van verzekeraars kan door de maatregel sterk verbeterd worden.

Indien de beroepsgroep(en) met alternatieve voorstellen komen waarmee hetzelfde bereikt kan worden, zijn die voorstellen uiteraard van harte welkom. Ik nodig de beroepsgroepen bij deze opnieuw daartoe uit.

199

Moet worden vastgesteld dat er in tegenstelling tot de kosten van extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen geen rekening is gehouden met de intramuraal voorgeschreven middelen en dit een fors beslag zal leggen op de ziekenhuisbudgetten?

De intramuraal verstrekte geneesmiddelen zijn onderdeel van de ziekenhuiszorg/verstrekking. Het ziekenhuis maakt de afweging op welke wijze de behandeling het meest effectief is. Uit de studie «Geneesmiddelen geteld» van het NZI blijkt dat de gemiddelde kostengroei van intramurale geneesmiddelen over de periode 1992–1997 geschat wordt op 2,6%.

200

Waarom ontbreekt de toelichting op onderdeel 9 en 10?

In de Begroting 2000 zijn deze artikelonderdelen structureel verlaagd tot nul in verband met een technische herstructurering van de uitgavenartikelen. Doel was een heldere en geclusterde presentatie in de begroting van de middelen op het terrein van gezondheidbeleid. Hiertoe is een nieuw artikelonderdeel gecreëerd (25.02, onderdeel 15). De herstructurering had geen enkele consequentie voor de gesubsidieerden of voor de voorgenomen uitgaven.

De inhoudelijke toelichting voor 2001 op de beleidsonderdelen Patiëntenbeleid en Voeding, veterinaire beleid en produktveiligheid treft u derhalve aan bij de toelichting op artikelonderdeel 15 (blz. 127 ev.).

201

Op welke wijze wordt concreet invulling gegeven aan de coördinerende c.q. sturende rol van VWS in het kader van het facetbeleid?

De afgelopen jaren heb ik, daarbij ondersteund door de NSPH, getracht door middel van onder andere het versterken van de samenwerking met departementen als SZW, LNV en VROM en het uitvoeren van Gezondheidseffectscreeningen, de volksgezondheidsbelangen steviger in te bedden in de beleidsafwegingen van derden. De ervaring leert, dat het voeren van gezondheidsfacetbeleid stuit op een aantal zowel inhoudelijke als bestuurlijke problemen. Dat was de reden om bij de RVZ en de RMO een advies hierover te vragen. Op het advies, dat mij op 14 november a.s. zal worden aangeboden, zal ik in nauw overleg met andere betrokken departementen een standpunt formuleren.

202

Bestaat er duidelijkheid omtrent de financiële ondersteuning van de nieuwe opleiding voor de Community Medicine bij de NSDPH, waarvan de organisatie al meer dan een jaar in de startblokken staat? Welke redenen liggen aan deze vertraging ten grondslag?

Inmiddels heb ik u, via mijn brief aan de Voorzitter van de vaste commissie voor VWS van 16 oktober jl., laten weten de opleiding community medicine structureel te financieren met een bedrag van f 1,6 mln per jaar vanaf 2001. Met ingang van 2001 kan een aanvang worden gemaakt met de opleiding nieuwe stijl. Alvorens over te gaan tot het verlenen van een bijdrage aan het financieringsplan voor de nieuwe opleiding, heb ik de verschillende motieven om wel of niet over te gaan tot een bijdrage vanuit VWS zorgvuldig tegen elkaar afgewogen. Uiteindelijk heeft de bijdrage die ik verwacht van Community Medicine artsen aan het realiseren van doelen die de rijksoverheid stelt aan de openbare gezondheidszorg, de doorslag gegeven voor een positieve besluitvorming.

203

M.b.t. de Regionale Patiënten en Consumenten Platforms wordt opgemerkt dat er geen sprake is van een eenduidige positionering van RPCP's als regionale bundeling van patiëntenbelang. Wie moet (en) naar de mening van de Regering het patiëntenbelang vertegenwoordigen als RCPC's inderdaad niet voldoende in staat zijn het patiëntenbelang te vertegenwoordigen,?

Het feit dat er ten tijde van het onderzoek door het Verweij-Jonker Instituut (in 1998) nog geen eenduidige positionering van de RP/CP's was wil niet zeggen dat zij niet het patiëntenbelang zouden kunnen vertegenwoordigen in de regio. De RP/CP's zijn immers het meest natuurlijke aanspreekpunt van de gehele patiënten/ consumentenbeweging in de regio. De uitkomsten van het onderzoek hebben dan ook als basis gediend voor de inhoud van de Meerjarenafspraken Cure en Verpleging en Verzorging voor wat betreft het versterken van de positie van de infrastructuur van de patiëntenbeweging in de regio. Onder verwijzing naar het antwoord op vraag 205 acht ik de beantwoording van de vraag wie het patiëntenbelang in de regio moet vertegenwoordigen niet aan de orde.

204

Welke vorderingen zijn gemaakt sinds november 1998 bij het gestalte krijgen van invloed van patiënten/consumenten?

In het kader van de Meerjarenaafspraken is er geld beschikbaar gesteld voor de versterking van de infrastructuur van de patiëntenbeweging en de positie van de patiënt in de regio. In het kader van de MJA Verpleging en verzorging ging het om een bedrag van 4,5 miljoen gulden, in de cure-sector kwam 4,2 miljoen beschikbaar.

In het najaar van 1999 zijn de MJA's ondertekend en kon de patiënten/consumentenbeweging starten met haar activiteiten. Er zijn raamplannen geschreven waarbinnen de activiteiten van de respectievelijke RP/CP's moeten passen. In 2000 zijn de activiteiten van start gegaan.

Alhoewel de activiteiten nog maar betrekkelijk kort van start zijn gegaan is er in ieder geval een belangrijke verbetering te melden. Vanuit VWS is de voorwaarde opgelegd dat alle activiteiten van de onderscheiden partijen met elkaar in verband worden gebracht. Dit heeft ertoe geleid dat de Ouderenbonden, het LOC en de RP/CP's convenanten hebben gesloten met het doel te komen tot samenwerking.

Alhoewel het tijd kost is het verschil met een jaar geleden al duidelijk te merken in de verschillende regio's. De partijen praten met elkaar en stemmen hun activiteiten op elkaar af zodat er meer samenhang ontstaat tussen hun optreden.

205

Wanneer is het onderzoek ten behoeve van het National Health & Environment Action Plan gereed?

Het onderzoek naar de kansrijke mogelijkheden op het gebied van milieu en gezondheid is afgelopen zomer afgerond. Thans wordt in overleg met VROM en de veldpartijen bezien welke uitvoering zal worden gegeven aan de aanbevelingen uit het onderzoek. Naar verwachting zal dit medio volgend jaar neerslaan in een uitgewerkte notitie over dit onderwerp, welke ik de Kamer zal doen toekomen.

206

Kan een overzicht gegeven worden welke concrete resultaten bereikt zijn met de verhoging van 100 mln van het artikel 25.03 op basis van het amendement-Oudkerk/Lambrechts (TK 27 110, nr. 18) voor wat betreft het arbeidsmarktbeleid, huisartsen, verloskundigen-districtsplatform, ambulancebereikbaarheid en sociale hulpfondsen?

De extra middelen zijn, na de behandeling van de Voorjaarsnota 2000 in de Tweede Kamer jongstleden juni, toegevoegd aan de daarvoor bestemde budgetten (zie hiervoor ook Zorgnota 2001). Daarna zijn afspraken gemaakt met de diverse veldpartijen over de wijze van bekostiging van de beoogde doelen (begrotingssubsidie, subsidie CvZ danwel opname in instellingsbudgetten).

Op dit moment kan nog niet worden vastgesteld welke concrete beleidsresultaten/-effecten bereikt zijn, gezien het korte tijdsbestek.

207

Op grond van welke vooronderstellingen dalen de uitgavenramingen bij het artikelonderdeel 25.03.02 Arbeidsmarktbeleid na het jaar 2001?

De belangrijkste redenen voor de daling van de uitgavenramingen bij het artikelonderdeel 25.03.02 Arbeidsmarktbeleid na het jaar 2001 worden genoemd op pagina 134. In de eerste plaats zijn er dit voorjaar extra middelen beschikbaar gekomen voor arbeidsmarktbeleid. Een deel van deze middelen is bestemd voor het terugdringen van het ziekteverzuim. Hier doen zich inverdieneffecten voor, waardoor het budget voor ziekteverzuim wordt afgebouwd. In de tweede plaats is het artikelonderdeel ten met 2002 incidenteel opgehoogd met tilmiddelen die door het ministerie van SZW zijn overgeboekt.

208

Waar zijn de resultaten van deze uitgaven door de sectorfondsen te vinden?

Jaarlijks dienen de sectorfondsen voor 1 mei een jaarverslag in, waarin de resultaten van de sectorfondsen over het afgelopen jaar worden beschreven. Op de derde woensdag van mei wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de voorlopige ontwikkeling van de realisatie van een aantal van de doelstellingen in het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorg en het Convenant Arbeidsmarktbeleid Welzijn en Jeugdhulpverlening.

209

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen middelen bestemd voor ziekteverzuim en middelen bestemd voor overige arbeidsmarktmaatregelen. Er bestaat een duidelijke samenhang tussen ziekteverzuim en zaken als werkdruk, carrièremogelijkheden opleidingsfaciliteiten e.d. Is het tegen deze achtergrond logisch om onderscheid te maken tussen de middelen voor ziekteverzuim en voor andere arbeidsmarktmaatregelen? Hoe denken werkgevers en werknemers hierover?

Tussen de verschillende speerpunten in het arbeidsmarktbeleid bestaat, zoals terecht wordt geconstateerd, veel samenhang. Personeelstekorten verhogen bijvoorbeeld de werkdruk, waardoor de kans op ziekteverzuim toeneemt, het verloop toeneemt, het imago verslechtert en de instroom afneemt. Deze dreigende neerwaartse spiraal moet doorbroken worden. Hier wordt in de arbeidsmarktconvenanten (CAZ en CAWJ) hard aan gewerkt. Een belangrijk aangrijpingspunt, maar zeker niet het enige, is hierbij het beleid gericht op ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden en reïntegratie. Door op deze punten goed personeelsbeleid te voeren, verbetert het imago, kan de instroom in de sector toenemen en het verloop uit de sector worden teruggedrongen. De gerichte intensiveringen vanaf 2000 zijn daarom zeker gerechtvaardigd.

210

Is op de visie voor het toekomstig vaccinatiebeleid een kabinetsstandpunt uitgebracht?

Nog niet. Het RIVM heeft een rapport uitgebracht met haar visie over een vaccinatieprogramma in de 21ste eeuw. Aan de Gezondheidsraad is gevraagd om op basis van het rapport van het RIVM te adviseren over prioriteiten in het ontwikkelen en implementeren van nieuwe vaccins. Na het advies van de Gezondheidsraad zal een kabinetsstandpunt worden vastgesteld.

211

Waarom is de verwachting dat diensten aan derden afnemen?

Omdat het aantal inspecties die in opdracht van derden (dus vallend buiten de reguliere inspectietaken van de IGZ) moeilijk valt te voorspellen, wordt een voorzichtige raming gehanteerd.

212

Hoe valt te verklaren dat de ontvangsten Welzijn (als gevolg van in voorgaande jaren te hoog verstrekte subsidievoorschotten) in de realisatie over 1999 zo'n fors verschil vertoont met de raming voor (2000) en 2001?

Op dit artikel is in 1999 f 139,8 mln ontvangen uit de afrekeningen ex-Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Op grond van de overgangswet verzorgingshuizen staan tegenover deze uitgaven diverse verplichtingen

die de komende jaren tot uitgaven zullen leiden binnen het budgettair kader zorg.

213

Is de belangstelling voor de publicaties van VWS zo gering dat het desbetreffende artikel (24.01, onderdeel 02) inzake ontvangsten over afgelopen en komende jaren geen opbrengsten kent?

De raming op dit artikelonderdeel en de belangstelling voor VWS publicaties kunnen niet zonder meer met elkaar in verband worden gebracht. Indien ontvangsten niet plaatsbaar zijn op enig ander artikel worden ze verantwoord op dit artikelonderdeel. Zowel qua aantallen als qua tarieven gaat het bij de VWS-publicaties om bescheiden grootheden.

214

Met welke meeropbrengsten wordt rekening gehouden nu, conform de afspraken in het Regeerakkoord, de ouderbijdragen jeugdhulpverlening zullen worden geïndexeerd? Tot welke concrete hoogte van ouderbijdragen zal dit leiden?

Vanaf 1 november 2000 gelden de nieuwe ouderbijdragen. Bij deze aanpassingen is de prijsindex voor de gezinsconsumptie gehanteerd per 1 januari 2000 i.c. 1,995%. De meeropbrengst op jaarbasis van deze verhoging is f 295 000.

Voor 2001 en latere jaren zullen eveneens de ouderbijdragen worden aangepast op basis van de prijsindex voor de gezinsconsumptie. De concrete hoogte van de ouderbijdrage voor de komende jaren is dus afhankelijk van deze prijsindex.

215

Kunnen cijfers worden gegeven over de ouderbijdrage?

Zie antwoord op vraag 138.

216

Het Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen verwerkt blijkens tabel 4 80% van de aanvragen binnen de wettelijke termijn en verwacht dit te kunnen verhogen tot 90%. Wat is de consequentie van het overschrijden van de wettelijke termijn in 10 tot 20% van de gevallen? Worden hierdoor patiënten en of producenten benadeeld?

Producenten zijn verplicht toestemming te vragen voor elke wijziging in het registratiedossier. Dit varieert van wijzigingen van het adres van de firma, wijzigingen in het productieproces tot toevoeging van nieuwe toepassingsmogelijkheden. Het agentschap zorgt ervoor dat alle belangrijke wijzigingen zowel voor de patiënt als voor de producent binnen de wettelijke termijn wordt afgehandeld.

217

Wat is de verklaring voor het nauwelijks dalende aantal aanvragen ondanks dat de zaken die elders in Europa zijn beoordeeld niet opnieuw worden gedaan?

Tot op heden wordt slechts een beperkt deel van de registratie-aanvragen in strict Europees verband (via de EMEA in Londen) afgehandeld. Daarnaast worden nationale aanvragen ontvangen in het kader van de wederzijdse erkenningsprocedure. Deze laatste aanvragen zijn groter in aantal. Bij de beoordeling wordt gebruik gemaakt van rapporten van collega-autoriteiten in de andere lidstaten. Het feitelijk aantal aanvragen daalt daardoor nauwelijks, er is echter wel een invloed op de tijd nodig om deze

aanvragen te beoordelen door gebruik te maken van beoordelingen in andere lidstaten.

218

De omvang van het kerndepartement is afgenomen met 5,14 fte. In het Regeerakkoord is afgesproken dat een inkrimping met 5% zou worden gerealiseerd. Waarom is dit nog niet het geval? Wordt verwacht dat dit in 2002 zal zijn gerealiseerd? Zo nee, waarom niet?

De personele inkrimping van het kerndepartement over 1999 en 2000 verloopt redelijk volgens planning. In verband met het geven van een impuls aan de strategische beleidsontwikkeling is de volumetaakstelling deels ingevuld door extensiveringen en deels door intensiveringen. Met name heeft dit in de jaren 1999 en 2000 geleid tot een verschuiving van secundaire naar primaire taken. Per saldo heeft dit nog niet geleid tot het realiseren van de taakstelling op macroniveau. Op dit moment wordt bezien of de afslanking voor de komende jaren nog realistisch en haalbaar is.

219

Kan worden bevestigd dat het College Bouw zal worden «omgevormd tot een instituut voor vakmanschap waar advies kan worden ingewonnen» (Financieel Dagblad, 16 oktober 2000)? Op grond van welke overwegingen vindt deze kennelijke omvorming plaats en heeft zulks een plaats gekregen in het nog in te dienen wetsvoorstel Wet exploitatie zorgvoorzieningen?

De hier aangehaalde zinsnede is ontleend aan de nota «Positionering algemene ziekenhuizen». Ze slaat niet op de formele positie van het College bouw zorgvoorzieningen, maar op de door dit ZBO gehanteerde werkwijze. Het perspectief van het College bouw zal veranderen. Van een passieve gerichtheid op het beoordelen van door instellingen ingediende plannen, naar het actief meedenken met de instellingen over de aan plannen ten grondslag liggende visie op ziekenhuiszorg en de uitwerking daarvan in infrastructuur.

In het ontwerp Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) wordt de formele positie van het College Bouw niet anders dan in de huidige wetgeving. Het CBZ blijft een uitvoeringsorgaan met wettelijke taken.

220

Krijgen ziekenhuizen de controle over de vervangende nieuwbouw wanneer zij een lange termijn huisvestingsplan overleggen en vindt de controle op de investeringen achteraf plaats? Heeft het College Bouw hierover geadviseerd en hoe luidde dat advies? Wordt overwogen ook andere intramurale instellingen volledige zeggenschap te geven over vervangende nieuwbouw?

In de nota «Positionering algemene ziekenhuizen» wordt een ontwikkelingstraject geschetst met betrekking tot de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het instellingsmanagement voor de instandhouding van hun infrastructuur. Beoogd wordt dat deze verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten opzichte van de huidige situatie – de meldingsregeling wet ziekenhuisvoorzieningen – worden uitgebreid. Dit is echter pas aan de orde nadat de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) in werking is getreden. Het ontwerp van deze wet ligt thans ter advisering bij de Raad van State.

Ook nu al heeft elke instelling middelen voor de bekostiging van instandhoudingsinvesteringen in het instellingsbudget beschikbaar. Deze kunnen via de meldingsregeling WZV worden besteed.

Na uitbreiding van de bevoegdheden tot en met vervangende nieuwbouw wordt het instellingsbudget verruimd ten koste van het bouwkader.

De investeringen die worden gerealiseerd worden nu door de instelling vooraf gemeld en achteraf verantwoord. Over het in de eerste regel aangegeven ontwikkelingstraject wordt het College bouw te zijner tijd om een uitvoeringstoets gevraagd. Dit ontwikkelingstraject geldt naast de ziekenhuissector in principe ook voor de andere intramurale sectoren.

221

Betekent de stand van zaken bij de motie-Van Vliet letterlijk uitvoering middels een aanvullend hoofdstuk bij beleidsvisie GGZ?

Enige tijd geleden ontving ik het advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) met betrekking tot de interculturalisatie van de gezondheidszorg. In een achtergrondstudie is extra aandacht besteed aan allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Binnenkort ontvangt u een beleidsbrief met daarin de reactie op dit advies waarin de beleidsvoornemens ten aanzien van dit onderwerp beschreven worden. Op basis van de inhoud van het advies en de achtergrondstudie heb ik besloten de interculturalisatie van de GGZ, als apart aandachtspunt, te betrekken bij de algemene reactie.

222

Wat is de reden dat pas in mei 2001 nadere informatie mogelijk is (motie-Oudkerk c.s.)?

Het in de begroting gestelde dat pas in mei 2001 nadere informatie mogelijk is, heeft als oorzaak dat het rapport van de MDW-werkgroep Derksen over de toetredingsbelemmeringen tot de medische beroepsuitoefening, waaronder de numerus fixus, pas in april 2001 beschikbaar zal zijn. De resultaten van deze werkgroep zijn van belang voor het vinden van oplossingen voor de problematiek inzake de beroepskrachtvoorziening van artsen. De werkgroep besteedt aandacht aan de toetredingsbelemmeringen tot het beroep van arts en aan de voor- en nadelen van het opheffen van de numerus fixus voor de kwaliteit en de kwantiteit van het aanbod van artsen. Voor de beantwoording van de motie-Oudkerk (26 800 XVI nr. 25) die vraagt «hoe een dreigend tekort aan artsen te voorkomen en daarbij de aanpassing van de numerus fixus geneeskunde te betrekken» is dit belangrijke informatie.

Er is een relatie met de motie-Melkert (27 400 nr. 9) die vraagt om al vóór de begrotingsbehandeling van de ministeries van OCenW en VWS een notitie aan de Kamer te zenden waarin aangegeven wordt «op welke wijze de numerus fixus opgeheven kan worden en de opleidingscapaciteit wordt aangepast aan de behoefte». Als reactie op deze motie zal aan de Kamer een notitie worden toegestuurd, waarin, zonder dat rekening kan worden gehouden met het rapport van de MDW-werkgroep (zie het voorgaande), in beperkte mate een aantal oplossingsrichtingen worden genoemd. Teneinde een volledig inzicht te kunnen geven in te treffen oplossingen is het zinnig bij de uitwerking van het vervolgtraject beide moties met elkaar te koppelen en deze als één geheel te zien.

223

Wat is over, hoe om te gaan met arbeidsmarktproblematiek, in het CAZ-jaarplan opgenomen (motie-Van Vliet c.s.)?

In het Jaarplan 2001 staat dat de inzet van middelen voor de regio's gedifferentieerd zal worden naar omvang van de arbeidsmarktproblematiek.

224

Wanneer is het rapport van de werkgroep capaciteit mondzorg gereed?

Het eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg is op 21 augustus 2000 aan de minister aangeboden. Het eindrapport wordt in december samen mijn standpunt naar de Kamer gezonden.