

BIJVOEGSEL

Schriftelijke antwoorden van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van de begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2002 (28 000-XVI)

SCHRIFTELIJKE ANTWOORDEN BEGROTING 2002 EN ZORG- NOTA 2002

Vraag van de heer Buijs (CDA) over de prognose verwachte ontwikkelingen

In de huidige kabinetsperiode is op verschillende fronten begonnen met de vernieuwing in de sturing van de zorg. Het is zaak de komende periode de voortgang gaande te houden. Eerder heb ik bij het parlement een aantal voorstellen ingediend en ik hoop dan ook op korte termijn met u hierover verder van gedachten te wisselen. Het betreft dan onder meer de voorstellen ten aanzien van de bouwwetgeving, contracteer- en tarievenbeleid, de modernisering van de AWBZ en de curatieve zorg.

Bovendien wordt in de beleidsagenda in Zorgnota 2002 nadrukkelijk ingespeeld op een aantal lange termijntrends die onder andere in «Zorg met toekomst» worden beschreven. Dat betreft de demografische ontwikkeling, de voortgaande individualisering, de welvaartsgroei en de voortschrijdende technologie. Met betrekking tot de demografische ontwikkeling geldt dat de vergrijzing van de bevolking in een aantal opzichten de belangrijkste en meest voorspelbare trend is. Andere uiteenlopende demografische ontwikkelingen – meer oudere allochtonen, meer alleenstaanden, oudere moeders, asielzoekers, enzovoorts – hebben een ingrijpend, maar nog niet volledig bekend effect op de zorgvraag. De voortgaande individualisering is een belangrijke trend als het gaat om noodzakelijke, toekomstige veranderingen in het zorgstelsel. De aanhoudende welvaartsgroei maakt het de burgers mogelijk om de eigen wensen en verantwoordelijkheden vorm te geven. Mede

dankzij de voortschrijdende technologie kan hier ook invulling aan worden gegeven. Het zorgaanbod speelt in op nieuwe technische mogelijkheden met organisatorische veranderingsprocessen als extra- en transmuralisering.

Het inschatten van de toekomstige zorgvraag gebeurt allereerst op basis van de demografische ontwikkeling (omvang en bevolkingsopbouw). De invloed van de overige factoren die naast de demografische ontwikkeling nog een rol spelen, zoals de technologische ontwikkeling, sociaal-culturele ontwikkeling, epidemiologische ontwikkeling op de zorgvraag in de toekomst is moeilijk op voorhand te voorspellen en heeft ook een meer trendmatig karakter. In de VTV geeft het RIVM een nadere analyse van deze ontwikkelingen. Voor prognoses is deze vierjaarlijkse studie van belang, evenals de uitkomsten van het ramingsmodel zorg dat in opdracht van VWS door het CPB en het SCP is ontwikkeld. Dit model is gebruikt bij de onderbouwing van de zorgramingen voor de komende kabinetsperiode die zijn opgenomen in de middellange-termijnraming van het CPB.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over de VBTB in de Zorgnota

Van de drie VBTB-vragen (de 3 w's: wat willen we bereiken, wat gaan we doen, wat mag het kosten?) lijkt «wat mag het kosten» in de Zorgnota nog steeds voorop te staan. De «oude» benadering prevaleert nog. Het kabinet hinkt op twee gedachten. Enerzijds wordt vraaggerichte zorg, deregulering, minder bureaucratie en overheid op afstand gepropageerd; anderzijds laat de Zorgnota 2002 nog steeds een sterke overheidssturing binnen budgettaire kaders zien.

Hoewel strikt genomen het VBTB-kader niet op de Zorgnota van toepassing is, heb ik aangegeven ook voor de Zorgnota te willen komen tot een verdere implementatie van VBTB. Ik maak wat dat betreft geen onderscheid ten principale tussen begroting en Zorgnota. Wel moet voor de Zorgnota rekening worden gehouden met de specifieke kenmerken van het zorgterrein. Er zijn belangrijke verschillen wat betreft de complexiteit van het veld, de directe sturingsmogelijkheden, de beleidsinstrumenten en de dynamiek. Dat heeft naar mijn mening ook consequenties voor het groei-perspectief van VBTB in de Zorgnota en voor het tempo waarin die groei kan worden gerealiseerd. Bovendien geldt dat juist in het kader van de moderniseringstrajecten en de stelseldiscussie helderheid zal worden gegeven over de wijze waarop de werking van het systeem kan worden getoetst en op welke wijze de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kunnen worden geoperationaliseerd. De komende tijd zullen wij overigens verder werken aan de relevantie en kwaliteit van de in de Zorgnota en het jaarbeeld zorg op te nemen prestatie-indicatoren.

De heer Buijs suggereert voorts dat het kabinet hinkt op twee gedachten. Daar is echter geen sprake van waar het gaat om de sturing van de zorg. Het kabinet heeft zijn sturingsvisie duidelijk neergezet in Vraag aan bod. Net zo duidelijk is het dat die visie niet met een druk op de knop kan worden gerealiseerd. Daarvoor moet veel werk worden verzet. We willen de publieke belangen blijven borgen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In Vraag aan bod, dat in de zomer naar de Kamer is gezonden maar waarover ik nog niet met de Kamer heb kunnen spreken, is dit uitgebreid toegelicht. Van het kabinet mag niet verwacht worden dat afstand wordt gedaan van het bestaande sturingsmodel zolang het nieuwe model nog niet gereed is om de taak over te nemen. Wel mag worden verwacht dat de knelpunten binnen het bestaande model zoveel mogelijk worden verminderd. De initiatieven die daarop zijn gericht, ik noem het actieplan Zorg verzekerd, zijn de Kamer bekend.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over de onderuitputting en wachtlijsten

De laatste jaren heeft het kabinet veel extra geld beschikbaar gesteld, bovenop het budgettaire kader zorg, om de knelpunten in de zorg te lijf te gaan. Voor een deel is dit extra geld inderdaad niet tot besteding gekomen. Het is natuurlijk jammer dat we niet het extra geld tot op de laatste gulden hebben kunnen gebruiken om knelpunten op te lossen. Aan de andere kant moeten we ons realiseren dat bijvoorbeeld extra productie door de zorgaanbieders moet worden gerealiseerd, die weer afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel. Daarbij is in het actieplan Zorg verzekerd juist de traditionele budgetsystematiek losgelaten. Met het boter-bij-de-visprincipe zijn tegenwoordig de budgetten van de instellingen niet meer gekoppeld aan de afgesproken productie, maar aan de gerealiseerde productie. Instellingen zijn daardoor geprikkeld om de afgesproken productie te realiseren, want als dat niet lukt, moeten ze het verschil terugbetalen. Als er op dat gebied dus geld overblijft, betekent dat nog geen slecht VWS-beleid. We kunnen dan slechts constateren dat de productie en dus de aanpak van de wachtlijsten niet is beperkt door het beschikbare budget. Overigens stelt het kabinet niet zomaar extra middelen voor wachtlijsten beschikbaar. Daarvoor moet wel degelijk een goede onderbouwing geleverd worden.

Vragen van de heer Buijs (CDA) en mevrouw Hermann (Groen-Links) over de NIGZ – preventie – gezondheidszorg

Het NIGZ heeft de claim van 10 mln gulden van de zomer bij mij ingediend. Ik heb toen besloten deze claim vooralsnog niet te honoreren, hoewel ik wel positief sta tegenover een aantal van de uitgangspunten. Dit omdat ik vind dat een aantal activiteiten elders behoren te worden uitgevoerd.

Ik beoog de samenhang en samenwerking tussen de verschillende actoren te laten verlopen volgens de lijnen die hiervoor in het verleden zijn uitgezet. Honorering van de claim van het NIGZ is niet los

te zien van de activiteiten van de andere instituten die zich op landelijk niveau bezighouden met de bevordering van een gezonde leefstijl, zoals DEFACITO, het Voedingscentrum, het Nederlands instituut sport en bewegen, de stichting Consument en veiligheid, de stichting SOA-bestrijding en het Trimbos-instituut. Momenteel laat ik de activiteiten van alle preventie-instituten evalueren om te komen tot meer synergie en samenwerking tussen deze instituten. Alleen al op deze gronden acht ik het nu niet opportuun beslissingen te nemen over subsidiering zolang dit onderzoek nog niet is afgerond.

Vragen van de heer Buijs (CDA) over chronisch ziekten, secundaire preventie, disease management

De nota «Met zorg kiezen», die de Tweede Kamer in juni van dit jaar is aangeboden (nr. 1), gaat over het totale patiënten-/consumentenbeleid. In deze nota wordt gesproken over zorggebruikers die kort en zorggebruikers die langdurig gebruik maken van zorg. Tot deze laatste groep behoren ook mensen met een chronische ziekte. Veel van de onderwerpen die in de nota in algemene zin besproken worden voor zorggebruikers die langdurig gebruik maken van zorg, zijn ook van toepassing voor chronisch zieken.

Een visie op het gebied van secundaire preventie is reeds in ontwikkeling. Dit betreft een overkoepelend kader waarbinnen criteria ontwikkeld worden om te bepalen welke ziekten op een bepaald moment in aanmerking komen voor vroege opsporing, wanneer een programma hiervoor aan de bevolking moet worden aangeboden en aan welke voorwaarden de uitvoering moet voldoen. Dit zal onderdeel worden van de voor november 2002 aangekondigde nota Gezondheidsbeleid.

Wat betreft de vroegopsporing van diabetes worden binnenkort de Kamervragen beantwoord van mevrouw Terpstra (VVD) over de zorg voor en mogelijke vroegopsporing van diabetespatiënten. Vooruitlopend daarop kan ik u mededelen dat de Gezondheidsraad in 1995 over diabetes een signalerend advies heeft uitgebracht, waarin

vastgesteld werd dat er onvoldoende wetenschappelijke basis voor screening op diabetes was. Op basis hiervan is toentertijd besloten tot het niet invoeren van screening. Aangezien de wetenschap niet stil heeft gestaan, overweeg ik thans de Gezondheidsraad om een actualisatie van genoemd signalement over diabetes te verzoeken.

Disease management kan gezien worden vanuit het perspectief van de zorg, waarbij een begrip als «ketenzorg» het streven aangeeft om onder andere bij chronisch zieken de zorg beter «om de patiënt heen» te organiseren. Disease management kan ook gezien worden als een vorm van tertiaire preventie, dat wil zeggen het voorkómen van verergering van ziektelast. In concreto bijvoorbeeld het voorkomen van blindheid en weefselversterf bij diabetes door een regelmatige controle van bekende patiënten. Daarmee sluiten doelstellingen voor preventie en curatie bij elkaar aan. De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in disease management door het verbeteren van de ketenbenadering binnen de zorg. Ook de komende jaren zal dit verder versterkt worden. Ook versterking van preventie binnen de curatieve zorg kan bijdragen aan het bereiken van de preventiedoelstellingen.

Vraag van de heer Buijs (CDA) en mevrouw Van Vliet (D66) over instroomcapaciteit basisartsopleiding; numerus fixus

De instroomcapaciteit van de studie geneeskunde, op geleide van een numerus fixus, is de verantwoordelijkheid van de minister van OCW. Deze heeft de Tweede Kamer laten weten dat de verschillende opleidingsinstellingen bereid en in staat zijn om met maximale snelheid hun aandeel te leveren in een additionele instroom van 400 studenten, boven een uitbreiding tot 2400 plaatsen per 1 september 2002. Ook de Vereniging van samenwerkende Nederlandse universiteiten en de Vereniging van academische ziekenhuizen hebben hun ondersteuning van deze additionele instroom toegezegd. Afschaffing van de numerus fixus zal tegen deze ontwikkeling worden afgewogen, met in achtneming van het kabinetsstandpunt op het MDW-rapport over toetredingsbelemmeringen voor medische

beroepsbeoefenaren «Nooit meer wachten». Zeer onlangs zijn er schriftelijke vragen ontvangen over het kabinetsstandpunt op dit rapport. De antwoorden zullen voor half januari 2002 aan de Tweede Kamer worden toegezonden.

Vragen van de heer Buijs (CDA) en mevrouw Blerck-Woerdman (VVD) over instroomcapaciteit basisartsopleiding; nieuwe vestigingen

De instroomcapaciteit van de basisartsopleidingen en de toedeling naar de verschillende opleidingsinstellingen is de eerste verantwoordelijkheid van de minister van OCW. Deze heeft de Tweede Kamer laten weten dat de plannen van Twente en Noord-Brabant zullen worden gezien in het kader van het beoogde gedifferentieerd opleidingsbeeld. De voorstellen zijn interessant in het licht van het aanbod en de kwaliteit van de zorg. Echter, gezien de eerste verantwoordelijkheid van de minister van OCW in deze kan ik geen antwoord geven op de vragen over eventuele samenwerking tussen universiteiten of over het beschikbaar stellen van middelen. De uitbreiding van het aantal plaatsen voor de huisartsopleiding is gebeurd onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS. Het besluit voor die uitbreiding werd genomen vanwege het tekort aan huisartsen dat op dat moment werd verwacht en in aanmerking nemend de verwachte uitstroom van de basisartsopleidingen. Dat was vóórdat het Capaciteitsorgaan had bevestigd dat er voor alle medische vervolgoopleidingen aanzienlijke uitbreiding van de opleidingscapaciteit zou moeten plaatsvinden en dat, als consequentie daarvan, de instroomcapaciteit van de basisartsopleiding ook zou moeten toenemen. Er was dus geen sprake van een misverstand tussen VWS en OCW. De uitbreiding van opleidingscapaciteit voor basisartsen gebeurde later in goed overleg tussen OCW en VWS op grond van nieuwe inzichten.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over de imagocampagne verpleging en verzorging

De AVVV wil de eenheid en de positie van de verpleegkundigen en verzorgenden versterken door als gezaghebbende en representatieve

koepel van beroepsorganisaties van verpleegkundigen en verzorgenden op te treden. Daarnaast is de AVVV spreekbuis, aanspreekpunt en platform voor de verpleegkundigen en verzorgenden. De wijze waarop de AVVV uitwerking geeft aan haar missie en doelstellingen sluit aan bij actuele trends in de gezondheidszorg en bij beroepsinhoudelijke ontwikkelingen. Vanuit dat perspectief blijven zorgvernieuwend activiteiten noodzakelijk. Voor deze beroepsinhoudelijke en zorgvernieuwend activiteiten wordt aan de AVVV vanaf 2001 een structurele subsidie van ruim 10 mln gulden (ruim 4,5 mln euro) per jaar toegekend.

Het idee van de AVVV om in het kader van de imagocampagne enthousiaste verpleegkundigen zelf scholen te laten bezoeken om aldus personeel te werven klinkt sympathiek en heeft mijn waardering. Ik ben echter van mening dat een dergelijk plan van de AVVV niet los kan worden gezien van de reeds lopende activiteiten rondom de regionale imagocampagnes, die thans worden uitgevoerd. Verschillende campagnes door elkaar heen laten lopen lijkt mij geen goed idee. De lopende campagnes worden uitgevoerd door sociale partners. Daar heb ik ook ruimschoots middelen voor beschikbaar gesteld. Wellicht kan de AVVV daarbij aansluiten. Uit die bundeling van krachten kan dan wat moois groeien.

Vragen van de heer Buijs (CDA) en mevrouw Van Vliet (D66) over 6,8 mln euro (15 miljoen gulden) voor de revalidatie-instellingen/Zorg verzekerd

Op 15 november 2001 heeft een overleg plaats gehad tussen VWS en de VRIN. Toen is met name het thema van de 6,8 mln euro (15 mln gulden) aan de orde geweest. In het gesprek is aangegeven dat de VRIN (samen met ZN) erg laat is met de claim van 6,8 mln euro (15 mln gulden). Er zijn op dit moment geen middelen meer om een dergelijke claim te honoreren. Verder was de claim ook niet goed onderbouwd door de VRIN.

Overigens kwam tijdens het gesprek ook naar voren dat inwilliging van de claim zou kunnen bijdragen aan een verkorting van de wachttijden. Het is uiteraard altijd mogelijk voor de

revalidatiecentra om met de verzekeraars productieafspraken te maken die kunnen leiden tot een budgetaanpassing. In die zin is de VRIN geadviseerd om zich samen met de zorgverzekeraars tot het CTG te wenden om te bezien of daar nog mogelijkheden zijn voor budgetaanpassingen.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over de vergoeding oogarts

De heer Buijs merkt op dat een ziekenhuis nu eenderde minder vergoed krijgt voor een oogarts dan in 1998. Begin dit jaar is met instemming van alle partijen de budgettering van ziekenhuizen gewijzigd. Basis daarvoor was een onderzoek van Prismant. Daaruit bleek dat de kosten die een ziekenhuis moet maken voor de behandeling van de patiënten van een oogarts gemiddeld lager waren dan bij de introductie van het systeem in 1988 was berekend. Om die reden is de wegingsfactor van de oogarts in het budget verlaagd van 0,27 naar 0,18. Gelet op de onderbouwing van dit besluit lijkt een wijziging nu niet aangewezen.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over arboconvenanten

In nagenoeg alle zorgsectoren zijn door sociale partners en door de ministeries SZW en VWS arboconvenanten afgesloten. Alleen in de verpleging en verzorgingsbranche en in de branche van algemene ziekenhuizen moeten nog arboconvenanten worden getekend. Het arboconvenant algemene ziekenhuizen wordt op 19 december 2001 ondertekend.

Per arboconvenant zijn afspraken gemaakt om het ziekteverzuim en de WAO-instroom terug te dringen en om reïntegratie te bevorderen. Daartoe is per branche in kaart gebracht wat de arbeidsomstandigheden zijn op het gebied van fysieke belasting, psychische belasting en werkdruk, agressie en onveiligheid en gevaarlijke en allergene stoffen. De ondertekenaars van het arboconvenant committeren zich aan de doelstellingen die concreet in het arboconvenant zijn vastgelegd. In de periode 2001 t/m 2003 worden de arboconvenanten uitgevoerd.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over harmonisatie arbeidsvoorwaarden ambulancezorg

CAO-partijen bij de private ambulances hebben een pakketvergelijking laten doen tussen de drie arbeidsvoorwaardenregimes die in de ambulancesector van kracht zijn. Het is nu aan hén om eerst zelf een keuze te maken voor wat zij willen op het rechtspositionele terrein en daar steun voor te zoeken bij de partijen bij de andere CAO's. In principe moeten zij nieuwe keuzes voor geharmoniseerde CAO-pakketten binnen de bestaande financiële kaders dekken. Maar harmoniseren van arbeidsvoorwaarden kost meestal geld. Ik heb daar in het kader van «Van Rijn» inderdaad geld voor gereserveerd, omdat ik dit onderwerp belangrijk vind om de RAV verder tot wasdom te laten komen. Natuurlijk is ook dat bedrag gelimiteerd. Dus zal het komende jaar over de vorm en het niveau van de harmonisatie overleg moeten plaatsvinden met alle betrokkenen. Ik heb nog geen concreet voorstel van het veld ontvangen. Ik weet dat alle betrokkenen in het veld druk in de weer zijn om tot een afgerond voorstel voor de harmonisatie-operatie te komen. Ik wil een broedende kip echter niet storen, dus ik wacht noodgedwongen af. Omdat de drie relevante rechtspositieregelingen qua looptijd nog niet zijn afgelopen, ga ik er overigens van uit dat de arbeidsrust voorlopig nog is gewaarborgd. Het primaat op het terrein van de arbeidsvoorwaarden ligt bij de sociale partners, dus de bal ligt bij hen.

Vraag van de heer Buijs (CDA) en mevrouw Van Vliet (D66) over inkomens vrijeberoeps-beoefenaren

Vorig jaar is het CTG inderdaad verzocht voorstellen te ontwikkelen met het oog op een herijking van de inkomens van de vrijeberoeps-beoefenaren. Wat betreft de stand van zaken, het volgende. Naar aanleiding van dit verzoek heeft het CTG onderzoek laten verrichten door een extern bureau (KPMG). Van het CTG is vernomen dat dit onderzoek zeer recent is afgerond. Het CTG bekijkt momenteel de analyses en de uitkomsten, en zal

deze – zoals gebruikelijk – inbrengen in zijn technisch overleg met partijen. Overigens heeft een aantal beroepsgroepen intussen zelf ook onderzoeken laten verrichten. Ook die zullen ongetwijfeld in dat technisch overleg aan de orde komen. Realistisch gesproken zal het zo zijn dat het CTG eerst in het voorjaar met zijn voorstellen zal komen, gelet ook op de complexiteit van de materie. Daarbij moet ook worden bedacht dat het financiële aspect grote zorgvuldigheid vereist. Het gaat immers om *alle* vrijeberoeps-beoefenaren

Vraag van de heer Buijs over de specialisten: goodwill, praktijkkosten, AO-verzekering en uurtarief

Inderdaad heeft ruim drie jaar geleden het kabinet bij regeerakkoord aangegeven de goodwill ook voor specialisten af te schaffen. Aangezien het een fenomeen is van de specialisten zelf – en nooit door het Rijk is ingesteld – lag het ook voor de hand dat zij zelf met een goed en rechtvaardig afschaffingsplan zouden komen. Eind vorig jaar heeft het bestuur van de Orde van medisch specialisten een conceptplan ingetrokken vanwege de financiële risico's van de fondsconstructie. Een definitief plan is pas dit jaar opgeleverd. Met de beoogde financiering van het goodwillfonds door het Rijk (14 jaar lang 31,8 mln euro (70 mln gulden) per jaar kom ik pas in beeld. En aangezien het ook fiscale vraagstukken betreffen, zijn we thans in overleg met de Orde en het ministerie van Financiën. Voor de modernisering van de honorering van medisch specialisten en de afschaffing van goodwill bij specialisten was in de meerjarenafspraken geld gereserveerd 47,6 mln euro (105 mln gulden). Deze middelen zijn echter ruimschoots ingezet om de honoreringsregelingen van specialisten te financieren. Er resten derhalve geen middelen meer om de afschaffing van goodwill te faciliteren. Toch zoek ik, tezamen met Financiën, naar oplossingen om de goodwill af te schaffen. Zo vindt er deze maand wederom overleg plaats. Ik teken voorts aan dat ik recentelijk (6 november) ook van de Jonge Orde – vereniging van aankomend medisch specialisten – een brief heb ontvangen waarin zij zeer duidelijk

aangeven het huidige voorstel «onaanvaardbaar» te vinden. Tot slot verwerp ik derhalve ten stelligste de suggestie in uw vraag dat ik op dit dossier een vertragende factor ben. De Orde overhandigde mij pas dit jaar hun definitieve plan. Voorts is er geen geld en dat vinden gaat ook niet van vandaag op morgen. Ik ben wel met staatssecretaris Bos in overleg over dit onderwerp.

In de discussie over de inkomstenherijking worden ook de stijgingen van de AOV-premies meegenomen. Voor de specialisten zijn – i.t.t. andere vrijgevestigde beroeps-beoefenaren – geen onderbouwde tarieven, hierdoor was het niet mogelijk vast te stellen welk deel van de verhoging voor vergoeding in aanmerking zou komen.

Over het uurtarief voor medisch specialisten is inderdaad nog geen overeenstemming. De commissie-Ginjaar heeft op verzoek van de Orde van medisch specialisten in september dit jaar een advies uitgebracht. Dit advies is nog niet door de Orde overgenomen. Wel zijn er op 8 november nog aanvullingen gekomen die de Orde mee wil nemen bij haar standpuntvorming inzake Ginjaar. Voordat ik aan zet ben om een mening te hebben over het uurloon, dient deze allereerst behandeld te worden in het CTG. Dat staat op de rol voor de komende maanden. Net als bij de goodwill, derhalve, is geenszins sprake van vertraging veroorzaakt door de minister of het departement. De minister is in het uurtarieftraject nog niet eens aan zet. Overigens dient te worden opgemerkt dat een uurtarief pas bij invoering van DBC's nodig is en dat staat voor 2003 gepland.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over orgaandonatie, donatie-functionaris

Het klopt dat de eerste resultaten van het experiment met de donatie-functionarissen positief zijn. Een definitieve beslissing over uitbreiding moet echter zorgvuldig gebeuren en niet alleen op basis van een tussenrapportage. In de brief van 28 november 2001 wordt hier nader op in gegaan, evenals op de motie Oudkerk.

Met betrekking tot de voorlichting wordt in diezelfde brief gemeld dat een actievere voorlichtingscampagne van de overheid, waarin de wederkerigheid van donatie en transplantatie wordt benadrukt, hopelijk een positievere houding bij de bevolking teweeg kan brengen. Tenslotte de vergoeding aan ziekenhuizen en specialisten die meewerken aan orgaandonatie-procedures. Aangezien orgaandonatie behoort tot de normale werkzaamheden van ziekenhuizen en artsen, en dus vergoed worden, geeft *extra* belonen van orgaandonatie een verkeerd signaal. Overigens is het beleid er op gericht ziekenhuizen en artsen zoveel mogelijk te ondersteunen bij de werkzaamheden voor orgaandonatie

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over zorgkantoren

In het debat dat in november 2000 heeft plaatsgevonden, is uitgebreid gesproken over de positie van de zorgkantoren. Nadrukkelijk is daarbij gesproken van een overgangssituatie hangende het stelseldebat. In die overgangsperiode zal de huidige constructie, waarin de zorgkantoren op basis van mandaat van de uitvoeringsorganen de AWBZ uitvoeren, gehandhaafd blijven. In de nota Vraag aan bod is die tijdelijkheid benadrukt en is uitgesproken dat op termijn de verzekeraars de functie van de zorgkantoren overnemen. Vanwege de samenhang met de invoering van de algemene verzekering curatieve zorg zal dit niet voor 2005 plaatsvinden. Ook in deze overgangsfase moeten de verzekeringsfuncties op een goede wijze uitgevoerd worden. Het gaat daarbij om een goede aansluiting van het aanbod op de vraag naar zorg en de beschikbaarheid van middelen, zoals een goede registratie, om dat te bereiken. Recent heeft de Rekenkamer in het rapport «De rol van het zorgkantoor» nog eens de urgentie van de totstandkoming van een AWBZ-brede registratie benadrukt. Het gaat daarbij niet om het optuigen van de zorgkantoren maar op het herstel van het verzekeringskarakter van de AWBZ en de daarbij behorende verzekeringsfuncties. De activiteiten die thans worden uitgevoerd, waaronder de totstandkoming van een AWBZ-brede zorgregistratie, staan in het teken van de uitvoering

op termijn van de AWBZ door (risicodragende) zorgverzekeraars.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) en de heer Blok (VVD) over discussie over bruterings nog deze kabinetsperiode

In de bijlage bij de brief Wonen en zorg op maat heb ik geschetst hoe ik de problematiek van de kapitaallasten in kaart zal brengen. Er wordt onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden in de vorm van verschillende scenario's, waarbij de consequenties en mogelijke vervolgstappen in kaart worden gebracht. Doel is na te gaan hoe een evenwichtige uitgangspositie van bestaande zorginstellingen kan worden bereikt en wat daarbij de voor- en nadelen zijn van verzelfstandiging van het vastgoed. Deze analyse moet in het voorjaar van 2002 gereed zijn. Op basis daarvan zal er ook een goede kosten-batenanalyse moeten komen. Ik ben van plan deze analyse met een aantal mogelijke vervolgstappen inclusief consequenties nog deze kabinetsperiode aan de Kamer te zenden. In de rapportage zal ik ook het punt van de heer Blok met betrekking tot de financiële positie van instellingen en de ruimte om buffers te creëren meenemen.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over de indicatiestelling bureaucratie

De regering deelt de mening van de heer Mosterd. Voorkomen moet worden dat de indicatiestelling over gedaan moet worden. De nieuwe te introduceren functiegerichte indicatiestelling draagt daar zorg voor. De indicatieorganen stellen korte heldere indicatiebesluiten vast in termen van functies en functieklassen. Op basis van het indicatiebesluit worden, met de wens van de verzekerde als uitgangspunt, zorg- of behandelplannen GGZ opgesteld.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over wachtlijsten indicatie kortdurende zorg

De achterstanden bij de RIO's zijn fors gedaald. Op 15 mei bestond er een achterstand van 7819 aanvragen. Dat waren aanvragen die gemiddeld langer dan zes weken bleven liggen. Op 1 maart 2001 was dat aantal teruggebracht tot 820 aanvragen. In

juni 2001 is de achterstand vervolgens gedaald tot 433 aanvragen die langer dan de wettelijke termijn van zes weken bleven liggen. De ambitie van de RIO's is erop gericht om alle aanvragen sneller dan de wettelijke termijn namelijk in gemiddeld twee weken af te handelen. Ook vanuit dit vertrekpunt boeken we vooruitgang. In november 2000 overschreden nog 16 923 aanvragen die termijn. Op 1 juni 2001 bedroeg dit aantal 8221. De metingen worden in december 2001 herhaald.

Voor de betrokkenheid van de RIO's bij de eenvoudige indicaties is een goede oplossing gevonden. De LVIO heeft in overleg met onder andere de huisartsen een nieuwe procedure ontworpen voor het versneld afhandelen van eenvoudige indicaties. Daaraan wordt door betrokken partijen de voorkeur gegeven. Een extra administratieve belasting van de huisarts vinden de huisartsen ook zelf niet wenselijk. De nieuwe procedure wordt formeel per 1 januari 2002 ingevoerd en wordt na zes maanden geëvalueerd.

Vragen van de heer Mosterd (CDA) mevrouw Van Vliet (D66), de heer Van der Vlies (SGP) en de heer Rouvoet (ChristenUnie) over Centrum voor ethiek en gezondheid

Het Centrum voor ethiek en gezondheid heeft onder andere tot taak inzicht te verschaffen in medisch-technologische, wetenschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen die normatieve vragen met zich meebrengen. Door het centrum zullen dergelijke ontwikkelingen tijdig kunnen worden signaleerd, transparanter worden gemaakt en moet het mogelijk worden tijdig en uitgebreid met elkaar over deze ontwikkelingen te praten. De heer Van der Vlies heeft destijds bij de behandeling van de Embryowet alhier een motie ingediend, waarin hij vraagt om in het centrum plaats in te ruimen voor levensbeschouwelijke en principiële organisaties. Ook de heer Mosterd vraagt naar de vorm van het centrum en de raakvlakken met andere organisaties. Het Centrum voor ethiek en gezondheid wordt gevormd door de Gezondheidsraad en de Raad voor de volksgezondheid en zorg (RVZ). De organisatievorm is die van een netwerk. Het centrum zal de

noodzakelijke informatie over de ethische ontwikkelingen bij de samenwerkende organisaties halen en deze organisaties ook weer benaderen voor bepaalde activiteiten. Zo zal het Rathenau-instituut informatie aanleveren, maar zal op haar beurt zorgdragen voor eventuele maatschappelijke debatten. Organisaties die in dit netwerk participeren zullen van verschillende levensbeschouwingen zijn. In onze pluriforme samenleving moeten ethische kwesties vanuit de verschillende levensbeschouwelijke en principiële invalshoeken bediscussieerd kunnen worden. Het gaat bij het centrum niet over een vertegenwoordiging vanuit de verschillende geledingen van de maatschappij, maar om een geheel van samenwerkende organisaties of personen. Bij het vaststellen van de ethische kwesties zal deze pluriformiteit tot uiting moeten komen. Bij besprekingen over de implementatie van het centrum is de motie (27 423, nr. 22) van de heer Van der Vlies bij betrokken organisaties aan de orde geweest. De partijen die het centrum dragen, hebben toegezegd in het netwerk zeer zeker organisaties met verschillende levensovertuigingen en -beschouwingen te betrekken. De heer Rouvoet had de indruk dat de agenda ethiek en gezondheid aan het einde van een cruciale besluitvormende vergadering kwam. Geconstateerd kan worden dat de laatste jaren zich vele ontwikkelingen op het terrein van de ethiek in de gezondheidszorg hebben voorgedaan die soms tot heftige discussies hebben geleid. Soms was het verrassingselement groot en was er betrekkelijk korte tijd voorhanden om tot besluitvorming te komen. Om meer tijd en ruimte te hebben voor noodzakelijke discussies zal het centrum een belangrijke rol kunnen gaan vervullen. Het gaat dan ook niet om een agenda aan het einde van een besluitvormende vergadering, maar er wordt juist een instrument ingezet om komende discussies tijdig en grondig te kunnen voeren. De agenda ethiek en gezondheid zal in de komende jaren worden gebaseerd op de rapporten van het centrum. Bij het opstellen van de agenda is voor deze begroting, nog geen gebruik gemaakt van de diensten van het centrum. Met de gefaseerde start van het centrum zal eind 2002 een eerste inbreng van het centrum beschikbaar komen. Daarna zal de agenda

jaarlijks worden gebaseerd op de rapporten van het centrum. De agenda zal voor het eerst in de begroting voor 2004 een volledig beeld geven van belangrijke ontwikkelingen. Mevrouw Van Vliet draagt een onderwerp, de medische urgentie, aan voor het centrum en vraagt onderzoek naar en discussie over dit onderwerp te stimuleren. Het opstellen van de agenda gebeurt aan de hand van de rapporten van het centrum. Wat uiteindelijk in de agenda komt, is de zaak van het kabinet, het kabinet heeft een duidelijke visie over wat in de agenda zou moeten worden opgenomen. Hiermee wordt ook de vraag van de heer Mosterd beantwoord. Daarna zal met het parlement de agenda worden besproken en zal tot een uiteindelijke keuze van prioriteiten worden gekomen. In die zin past het verzoek in de opzet zoals me voor ogen staat. Het onderwerp medische urgentie zal aan het centrum worden doorgegeven. Er bestaat hier de bereidheid onderzoek naar en discussies over dit onderwerp waar mogelijk te stimuleren. Wat betreft het verzoek van de heer Mosterd om het CEG de relatie palliatie en euthanasie nader te laten verkennen, wordt verwezen naar het evaluatieonderzoek van Van der Maas en Van der Wal. Het centrum signaleert en informeert maar doet geen zelfstandig onderzoek.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over palliatieve zorg

De ontwikkeling, opleiding en bijscholing van artsen op het terrein van palliatieve zorg heeft alle aandacht. Samen met het veld wordt momenteel veel geïnvesteerd in bijvoorbeeld de kaderopleiding van huisartsen (KNMG), de bijscholing van artsen, de opleiding van SCEN-artsen, consultatieteams palliatieve zorg en peergroups (intervisie) huisartsen op het gebied van palliatieve zorg. Wij kunnen ons vinden in het standpunt van het CDA dat patiënten makkelijk aan goede palliatieve zorg moeten kunnen komen. Ook dit heeft alle aandacht. Recent zijn twee belangrijke adviezen aan de kamer gezonden over de integratie van de hospicezorg (PIH) en de structuurverandering (organisatie) van de palliatief terminale zorg (Toetsingscommissie COPZ). In het standpunt

op hoofdlijnen op beide adviezen – dat rond kerst naar de kamer wordt gezonden – zal nader worden ingegaan op netwerkontwikkeling en een landelijk dekkend netwerk van Centra voor de ontwikkeling van palliatieve Zorg.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over prenatale screening

Het kabinet ziet ook de dilemma's van de nieuwe mogelijkheden van diagnostisch onderzoek, zoals de heer Mosterd die ter sprake bracht. In het bijzonder bij prenatale screening zijn de dilemma's groot. Keuzevrijheid van mensen om al of niet aan de screening deel te nemen is steeds absolute voorwaarde. Dat betekent dat goede informatie cruciaal is. Het betekent ook dat de zorg die na deelname aan de screening én na afzien van screening wordt gegeven adequaat moet zijn zodat de keuze daadwerkelijk vrij kan worden gemaakt. Met de Wet op het bevolkingsonderzoek, die op dit soort screening van toepassing is, is er een instrument om ervoor zorg te dragen dat dit soort eisen daadwerkelijk aan de praktijk worden gesteld.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over persoonsgebonden budget

Op dit moment bestaat al het PGB voor verpleging en verzorging (PGB-VV) en het PGB intensieve thuiszorg (PGB-ITZ). Iemand die drie maanden of langer is geïndiceerd voor thuiszorg en/of ITZ kan een PGB aanvragen. In het kader van de gelijkwaardigheid PGB en zorg in natura zal deze driemaandengrens vervallen bij de introductie van het PGB nieuwe stijl, waarbij de 5 huidige PGB-regelingen vervangen zullen worden door een AWBZ-brede PGB-regeling op basis van de functies huishoudelijk verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over eigen bijdrage thuiszorg

Met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het Centraal administratiekantoor (CAK) heb ik afspraken gemaakt over de monitoring van het proces van de inning van de eigen bijdrage in de

thuiszorg. Deze afspraken heb ik gemaakt naar aanleiding van de problemen bij de inning van de eigen bijdrage thuiszorg door het CAK midden dit jaar. Het is ontegenzeggelijk waar dat door veranderingen in het administratieve proces en de automatisering er in de eerste helft van dit jaar problemen bij het CAK zijn ontstaan bij de inning van de eigen bijdrage. Echter op grond van de eerste rapportage van het CVZ en CAK heb ik geconstateerd dat het proces bij het CAK op orde is. Het CAK heeft alle facturen die zij konden versturen inmiddels verzonden. Uit de rapportage blijkt echter dat circa 25% van de thuiszorginstellingen één of meerdere periode(s) achterloopt in de aanlevering van gegevens aan het CAK. De helft van deze instellingen heeft over gehele jaar 2001 nog niets aangeleverd. In overleg met de brancheorganisaties voor de thuiszorg en Zorgverzekeraars Nederland zal ik in overleg treden om deze specifieke groep van thuiszorginstellingen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid en te zorgen dat de achterstanden zo spoedig mogelijk worden ingelopen.

Een bijzondere situatie zijn de rekeningen voor een eigen bijdrage over het jaar 2000. In deze gevallen waren onvoldoende persoonsgegevens beschikbaar om een koppeling met de gegevens van de belastingdienst tot stand te brengen, de zogenaamde mismatch. Hierdoor kon het belastbaar inkomen en daardoor de hoogte van de eigen bijdrage niet worden bepaald. Door de koppeling van het CAK aan de gemeentelijke basisadministratie (GBA) met ingang van dit jaar is het alsnog mogelijk geworden de juiste persoonsgegevens te verkrijgen en een eigen bijdrage op te leggen.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over het recht op maaltijdvergoeding, uit te voeren door gemeente

In het onderzoek naar het dienstverleningsstelsel, zoals aangekondigd in het regeringsstandpunt op het IBO/WVG, wordt bezien op welke wijze de beschikbaarheid kan worden geregeld van een aantal voorzieningen en activiteiten die zelfstandig wonende mensen met beperkingen ondersteunen in hun zelfredzaam-

heid, zelfstandigheid en maatschappelijke participatie. Daarbij is ook de maaltijdvoorziening, zoals die nu op grond van de Welzijnswet door veel gemeenten wordt gesubsidieerd, in beeld. Ik verwacht dat de minister van SZW de Kamer in februari 2002 over deze voorstellen in de door hem toegezegde bouwstenennotitie, nader zal informeren.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over vrijwilligers/patiënten

Het kabinet onderkent het belang van stimulansen voor de versterking van het lokaal vrijwilligerswerkbeleid. De commissie ter stimulering van het lokale vrijwilligersbeleid onder leiding van mevrouw Groenman is in juni geïnstalleerd met het doel gemeentelijk en provinciaal vrijwilligersbeleid te vernieuwen en te versterken. Speerpunten van de commissie zijn: agenderen van lokaal vrijwilligersbeleid en het vormen van een visie daarop, zicht krijgen op lokale vrijwilligers, het betrekken van vrijwilligers en het voeren van regie. Het kabinet heeft vanaf 1 januari 2001 een bedrag van 25 mln gulden per jaar beschikbaar gesteld voor lokaal vrijwilligerswerk. Voor de verdeling van deze middelen zijn, in overleg met de VNG en het IPO, de Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk in het leven geroepen. Gemeenten en provincies dragen eenzelfde bedrag bij als het subsidiebedrag dat zij vragen. Alle provincies en naar verwachting 487 gemeenten doen mee met de regeling. Bij brief van 28 november jl. bent u van de stand van zaken op de hoogte gesteld. Organisatieverbanden waarin vrijwilligers een voorname rol spelen zijn de patiëntenorganisaties. Bij de totstandkoming van de nota Met zorg kiezen inzake het patiënten-/consumentenbeleid zijn diverse patiëntenorganisaties betrokken (waaronder de CG-raad en de Federatie van ouderverenigingen). Een aantal consultatierondes zijn georganiseerd waarin deze organisaties – maar ook vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroepsbeoefenaren in de zorg – zijn gevraagd hun visie te geven op de positie van de zorggebruiker in de gezondheidszorg. Het is niet bekend dat patiëntenorganisaties met een alternatieve nota willen komen. Indien dat het

geval zou zijn, is dat een positieve ontwikkeling. Een sterke patiëntenbeweging heeft een belangrijke stem in de beïnvloeding van het beleid ten aanzien van zorggebruikers.

Vraag van de heer Mosterd (CDA) over crisisopvang

De IGZ signaleert dat de toegankelijkheid van de crisisopvang in gevaar komt door opnameproblemen van de GGZ. Die opnameproblemen staan echter los van de extramuralisering van de GGZ. Bij extramuralisering gaat het niet om het verminderen van opname capaciteit voor bijvoorbeeld crisisopnamen, maar om het beperken van (langdurig) verblijf binnen een intramurale instelling. Het gaat dus om een heel ander type bedden. Het is in mijn optiek juist zo dat extramuralisering, met als doel vermaatschappelijking, alleen dan verantwoord is, als patiënten in crisissituaties ook direct kunnen worden opgenomen.

Behalve voldoende bedden, vereist een adequate crisisopvang een goede zorgketen voorafgaand aan eventuele opname en na afloop van een opname. Met name in Amsterdam zijn recent problemen geweest met de toegankelijkheid van de crisisopvang. De oorzaken daarvan zijn onder andere gebrek aan acute opnamecapaciteit, onvoldoende personeel en een onvoldoende adequate georganiseerde zorgketen door onvoldoende samenwerking tussen betrokken instellingen. Met wachtlijstmiddelen zijn extra crisisplaatsen gerealiseerd die naar nu blijkt de problemen voor een belangrijk deel hebben opgelost. Verder zijn er afgelopen vrijdag afspraken gemaakt in het Amsterdamse tussen gemeente, GGZ-instellingen en zorgkantoor, die onder andere voorzien in het oprichten van een gemeenschappelijke crisisdienst en een nadrukkelijke regierol van het zorgkantoor en de gemeente. Ik heb er vertrouwen in dat deze afspraken een belangrijke stap zijn in de verbetering van de crisisopvang in Amsterdam.

Vraag van de heer Oudkerk (PvdA) en mevrouw Van Vliet (D66) over kortingen en bonus-apotheekhoudenden en clawback

De 192,2 mln euro (425 mln gulden)

aan kortingen en bonussen die in 2002 via de clawback moet worden teruggehaald is gebaseerd op de uitkomsten van een gedegen, representatief onderzoek van PriceWaterhouse Coopers. Aan dit onderzoek naar de kortingen en bonussen die apotheekhoudenden in 1997 realiseerden, hebben apotheekhoudenden op grote schaal meegewerkt. De uitkomsten van dit onderzoek zijn geëxtrapoleerd naar het verwachte volume voor het jaar 2002 en zijn opgenomen in het akkoord op hoofdlijnen dat ik met de KNMP heb afgesloten. Dit akkoord loopt af op 1 januari 2003. Aanleiding van dit onderzoek naar de hoogte van de kortingen en bonussen was de wens van dhr Oudkerk om het destijds afgesproken kortingspercentage te verdubbelen naar 10%. Daarvoor ontbrak een deugdelijke onderbouwing. Zoals ik in mijn brief van 27 november jl. heb aangegeven, ben ik voornemens om via het dereguleren van de WTG-tariefsystematiek per 1 januari 2003 de hoge kortingen en bonussen en het geringe prijsverschil van generieke geneesmiddelen met specialités aan te pakken. Dan zullen zorgverzekeraars ook steeds meer hun invloed kunnen doen gelden zonder beperkende invloed van de WTG-tariefsystematiek en GVS-limieten. Dit zal resulteren in lagere prijzen, terwijl de kortingen en bonussen niet meer ten goede komen aan apotheekhoudenden. Het verhogen van de clawback spoort als zodanig niet met deze lijn. Dan is wederom sprake van ingrijpen van de overheid over de schouders van de verzekeraars heen. Daarnaast is het zonder meer eenzijdig verhogen van de clawback enerzijds in strijd met de afspraken in het akkoord op hoofdlijnen. Anderzijds is daarvoor een deugdelijk inzicht in de huidige hoogte van de kortingen en bonussen nodig. Ik zal met de KNMP en ZN in contact treden om te bezien hoe een meer actueel inzicht in de hoogte van de gemiddelde kortingen en bonussen die apotheekhoudenden realiseren kan worden verkregen. En, of op basis hiervan het convenant kan worden aangepast. Voordeel van meer actueel inzicht in de hoogte van kortingen en bonussen is voorts dat zorgverzekeraars, die straks de regie moeten voeren in de geneesmiddelenvoorziening daarmee gefaciliteerd worden bij de inkoop van geneesmiddelen.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over het inzetten van wachtlijstmiddelen tegen zorgvershraling

De zorgvershraling die de leefomstandigheden van chronische psychiatrische patiënten bemoeilijkt, moet worden aangepakt. U geeft als voorbeeld de dagbesteding. U stelt voor, de wachtlijsten bij bijvoorbeeld de dagbesteding aan te pakken door wachtlijstmiddelen in te zetten voor de aanpak van zorgvershraling. Uit analyses van de in september 2001 ingediende wachtlijstplannen blijkt mij echter niet dat er sprake is van wachtlijsten bij de dagbesteding. Uit het rapport «Een keten van lege zondagen» blijkt wel sprake van een zorgtekort: er is onvoldoende tijd, geld (voor vervoer) en gelegenheid om patiënten gebruik te laten maken van de dagbesteding, zeker als deze zich buiten de instelling bevindt. Wachtlijstmiddelen hiervoor inzetten is lastig omdat deze gelden specifiek volgens de voorwaarden op knelpunten aan de voordeur van de instelling moeten worden ingezet en de instelling wordt afgerekend op de extra aantallen patiënten die met deze middelen kunnen worden geholpen. De beschikbaarheid van wachtlijstmiddelen geeft echter de instelling wel degelijk ruimte om met het zorgkantoor over de inzet van het reguliere budget specifieke productieafspraken te maken die gericht zijn op de zorg voor langdurig zorgafhankelijken.

Ik ben het er mee eens dat het zorgtekort, zoals beschreven in het rapport van het Trimbos-instituut, zeer onwenselijk is. De inzet van wachtlijstmiddelen en herschikking van het reguliere budget is dan ook niet voldoende om de complexe oorzaken van de zorgvershraling aan te pakken. Daarom heb ik aan GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland gevraagd een plan van aanpak op te stellen naar aanleiding van het rapport van het Trimbos-instituut. Hierin komen alle verschillende aspecten aan bod die bijdragen aan de zorgvershraling en wordt aangegeven welke oplossingen hiervoor noodzakelijk zijn.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over kwaliteit in de ouderenzorg

In de Kwaliteitswet is uitdrukkelijk de verantwoordelijkheid voor het formuleren van kwaliteitseisen neergelegd bij de sector zelf. Mede

in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft de Inspectie voor de gezondheidszorg een toezichthoudende taak op de kwaliteit van de zorg. Inmiddels heeft de sector naar aanleiding van de gerezen problemen met «Zorg in de zomer» het initiatief genomen om via ronde tafelgesprekken te komen tot het formuleren van minimum kwaliteitseisen, in de vorm van het vaststellen van indicatoren voor de ondergrens van de zorg. Deze rondetafelgesprekken hebben tevens aanzet gegeven tot de ontwikkeling van toetsbare kwaliteitseisen. Dat wil zeggen dat de verleende zorg volledig is afgestemd op de behoeften van de patiënt, dat deze zorg geheel voldoet aan veld- en beroepsnormen en gewaarborgd is door een werkend kwaliteitssysteem. Komend voorjaar zullen de betrokken partijen hier nader invulling aan geven. Hiermee is inderdaad tegemoetgekomen aan de strekking van de door u aangehouden motie.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over positie allochtone ouderen

De aangekondigde notitie over de positie van allochtone ouderen is verwerkt in de notitie Oudkomers (27 083, nr. 17) die de minister voor GSI op 1 juni dit jaar naar de Kamer heeft gestuurd en die ook al is besproken tijdens het AO inburgering op 19 juni jl. met de vaste commissies voor BZK, OCW, SZW en VWS. Tijdens dit AO is aangegeven waarom we gekozen hebben voor een integrale notitie.

Daarnaast ligt er inderdaad een rapport van BMP, de stichting Bevordering maatschappelijke participatie. Deze stichting heeft met financiering van VWS een projectgroep gevormd en met die projectgroep een rapport geschreven getiteld «Weggaan en blijven». Dit rapport gaat over de wensen van allochtone ouderen als het gaat om blijven in Nederland of teruggaan naar het moederland. Verschillende leefgebieden komen daarin aan de orde, werk, inkomen, zorg, etc. De projectgroep en BMP willen doorgaan met een aantal vervolactiviteiten. Op dit moment zijn VWS en BZK in gesprek met BMP over wat de rol van de departementen zou kunnen zijn en of het mogelijk is dat de departementen eventueel voor een aantal onderdelen nog enige

financiering kunnen bieden. BMP spreekt ook met andere partijen die hier een verantwoordelijkheid in hebben, zoals gemeenten en zorgverzekeraars.

Verder kan ik melden dat vanuit VWS een aantal concrete projecten en activiteiten wordt gefinancierd en begeleid, gericht op doorbreken van het sociaal isolement van allochtone ouderen. Ik noem u bijvoorbeeld:

- een project gericht op ondersteuning van de mantelzorg van allochtonen;
- een project waarin de zorgvraag van moslimouderen in beeld wordt gebracht en waarin nagegaan wordt hoe deze doelgroep kan worden bereikt;
- onderzoek naar de woonwensen van allochtone ouderen, in samenwerking met VROM;
- het project Chinese ouderen gericht op het versterken van lokale initiatieven.

Via dit soort projecten bevordert ik dat reguliere instellingen en met name zorginstellingen adequaat kunnen inspelen op de specifieke behoeften van oudere allochtonen.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over etniciteit

De programmacommissie SEGV-II geeft wel aan dat niet alle verschillen in gezondheid zijn terug te voeren op verschillen in sociaal-economische status. Ook verschillen in etniciteit spelen hierin een rol. De commissie constateert vervolgens dat bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen bijdraagt aan verkleining van etnische gezondheidsverschillen (en vice versa). Er wordt bijvoorbeeld aandacht geschonken aan het belang van peer-educators en aan het belang van gedragsgerichte gezondheidsbevordering voor allochtonen.

Ook het rapport «Gezondheid in de grote steden» schenkt expliciet aandacht aan de gezondheid van allochtonen. Eén van de opmerkelijke gegevens in het rapport is dat de levensverwachting van allochtone groepen hoger ligt dan onder de Nederlandse bevolking (p. 36–37). Dit wordt veroorzaakt door de lagere sterfte onder de oudere allochtonen. Het RIVM constateert dat dit opmerkelijk resultaat vraagt om nader onderzoek omdat deze gegevens niet in overeenstemming zijn met ander onderzoek. Binnen het

programma Cultuur en gezondheid van ZON/MW wordt hieraan aandacht besteed.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) en de heer Mosterd (CDA) over projecten bij COPZ'en met betrekking tot palliatieve zorg

De COPZ'en hebben recent te horen gekregen dat zij tot eind 2003 mogen doorgaan met de ontwikkeling en verbetering van palliatieve zorg middels door hen ingediende projecten. In het standpunt op hoofdlijnen op de adviezen van de projectgroep integratie hospicezorg en de Toetsingscommissie COPZ – dat ik rond kerst naar de Kamer stuur – zal nader worden ingaan op de rol van de COPZ'en na 2003.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over indicatiestelling maatschappelijk opvang

Indicaties worden gesteld als de verzekerde of diens vertegenwoordiger daarom vraagt. Het is niet de taak van het RIO om actief op zoek te gaan naar mensen die mogelijk anderszins voor een indicatie in aanmerking komen. Medewerkers van de maatschappelijke opvang kunnen als vertegenwoordiger van de verzekerde optreden.

RIO's kunnen een indicatie stellen voor verpleging of verzorging. Als er sprake is van een indicatie, kan de geïndiceerde kiezen voor een PGB of voor zorg in natura. De thuiszorginstelling kan in de maatschappelijke opvang instelling verpleging en verzorging leveren.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over sluitende aanpak ter voorkoming zoekraken van kinderen

De subsidieregeling PGB-VV kent geen contra-indicatie voor dakloze thuislozen. In artikel 2.5.1.11 van de subsidieregeling PGB-VV is aangegeven aan welke voorwaarden het zorgkantoor zich dient te houden voordat het overgaat tot toekenning van het budget. De persoonlijke situatie waarin een dak- of thuisloze zich bevindt kan ertoe leiden dat niet altijd aan deze voorwaarden wordt voldaan. Mits aan deze voorwaarden door de verzekerde wordt voldaan kan een maatschappelijke opvanginstelling in principe de budgethouder bijstaan in het beheer van

het PGB indien de budgethouder dit verlangt.

Ik deel uw zorg over het feit dat kinderen zomaar uit beeld lijken te kunnen verdwijnen, zeker in het licht van deze trieste geschiedenis. Maatregelen die tot doel hebben voortvarend de signalen op te pakken, zullen door verschillende bestuurslagen en instanties genomen moeten worden. Dit vergt een zorgvuldige analyse van risico's en de mogelijkheden om deze in te perken, samen met alle betrokken partijen.

Om deze reden komt er een gezamenlijke brief van de ministeries van Justitie, OCW en VWS die nader op deze problematiek in gaat.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over zak- en kleedgeld (eigen bijdrage AWBZ)

Het zak- en kleedgeld is geregeld in de Algemene bijstandswet en behoort derhalve in eerste aanleg tot de verantwoordelijkheid van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De hoogte van het zak- en kleedgeld wordt niet vastgesteld op basis van kostenposten. De bijstandsnorm voor mensen in een inrichting wordt afgeleid van de bijstandsnorm voor personen die een zelfstandig huishouden voeren. Deze laatste norm wordt weer afgeleid van het netto minimumloon. Door deze berekeningswijze wordt gegarandeerd dat de bijstandsnorm voor personen in inrichtingen op dezelfde wijze wordt verhoogd als de bijstandsnorm voor personen die een zelfstandige huishouding voeren. Onderzoeken die aantonen dat mensen met een bijstandsuitkering in een instelling veel minder te besteden hebben dan mensen met een bijstandsuitkering die een zelfstandig huishouden voeren, zijn ons niet bekend. Wel zijn er berichten dat mensen het zak- en kleedgeld niet voldoende vinden. Het kabinet is van mening dat de wijze waarop de bijstandsnorm voor personen in een inrichting is vastgesteld en de wijze waarop deze norm periodiek wordt aangepast, voldoende garantie biedt voor een toereikend inkomen voor personen in een inrichting.

Ter uitvoering van de motie-Melkert (26 800, nr. 8) zijn de bedragen met 50 gulden per maand voor alleen-

staanden en met 31,12 gulden per maand voor gehuwden verhoogd. Overigens wordt door fiscale maatregelen het vrij besteedbare inkomen beïnvloed. Gezien de samenhang met de Algemene bijstandwet en de belastingheffing en de complexiteit van het onderwerp ben ik bereid om samen met de collega's van SZW en Financiën een informatieve notitie voor te bereiden.

Vraag van mevrouw Hermann en de heren Oudkerk (PvdA) en Buijs (CDA) over het Capaciteitsorgaan

Mevrouw Hermann heeft aandacht gevraagd voor het ontbreken van sociaal-geneeskundigen en verpleeghuisartsen in het plan van aanpak voor de capaciteit. Tot nu toe is geen keuze gemaakt voor één van de ramingscenario's die het Capaciteitsorgaan noemt. In het plan van aanpak is ook niet gekozen voor één ramingsvariant. De in het plan genoemde groei hangt samen met hetgeen op dit moment (kwalitatief en financieel) haalbaar is. Het ontbreken van de sociaal-geneeskundigen en verpleeghuisartsen in het plan hangt samen met het op dit moment niet voorhanden zijn van concrete voorstellen voor deze beroepsgroepen. Die zijn overigens wel in voorbereiding. Het plan van aanpak Capaciteit moet op verschillende onderdelen volgend jaar nog uitwerking krijgen.

De heer Oudkerk en de heer Buijs vroegen aandacht voor één capaciteitsorgaan, waarin ook de verpleging en verzorging een plaats krijgen. En wat de heer Oudkerk betreft, ook de (para)medici. Los van reeds beschikbare algemene cijfers over vraag en aanbod spreekt mij dit wel aan. Ik stel mij voor een relatie te leggen met mijn aanpak rond het «opleidingsfonds». We beginnen, zoals gezegd, zo spoedig mogelijk met het extra opleiden van IC-verpleegkundigen, operatie-assistenten en radiotherapeutisch laboranten. Het gaat om de knelpuntenfuncties in nauwe samenhang met het terugdringen van de wachttijden. Ik wil daarbij goed laten monitoren of deze extra opleidingsinspanning ook daadwerkelijk effect heeft en ook zorgvuldig de aanwezige behoefte bij de

instellingen nu en in de komende jaren in kaart laten brengen op een vergelijkbare wijze als het capaciteitsorgaan dit voor de specialisten en huisartsen doet. Vandaar uit kan de aanpak dan verder uitgewerkt worden. Kortom ik zal dit punt meenemen in mijn uitwerking van het opleidingsfonds.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over de raming van loonen prijsontwikkeling

Mevrouw Hermann heeft terecht opgemerkt dat er financiële ruimte beschikbaar is gesteld om de lonen en prijzen in de pas te houden met de ontwikkelingen in de marktsector. Ik neem aan dat ook mevrouw Hermann het een goede zaak vindt dat deze systematiek wordt toegepast. Zij geeft aan dat uit de omvang van de bijstelling valt af te leiden dat VWS aan de leiband van het departement van Financiën loopt. Ik kan mevrouw Hermann geruststellen. De ramingen van lonen en prijzen neemt VWS niet over van Financiën, maar van het CPB. Dat de extra ruimte voor lonen en prijzen hoog is hangt dan ook niet samen met zuinig ramen maar met het feit dat de lonen en prijzen fors stijgen en forser dan eerder door het CPB was geraamd.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over de brancherapporten nieuwe stijl

De brancherapporten nieuwe stijl rapporteren in feiten en cijfers over de stand van zaken in de VWS-sectoren. Deze rapporten worden op verzoek van VWS samengesteld door een aantal gerenommeerde kennisinstituten op het terrein van de zorg, welzijn en sport. VWS en de sectoren hebben belang bij een hogere transparantie en verbetering van de cijfers die als basisinformatie kunnen dienen in de beleidscyclus. Beleid en markt kunnen de gerapporteerde informatie gebruiken. De gegevens uit de brancherapporten kunnen derhalve worden gebruikt in de begroting en de Zorgnota. Zodra deze gegevens in dergelijke documenten worden opgenomen, is VWS hier ook verantwoordelijk voor.

VWS stuurt deze brancherapporten dus ter informatie naar de Kamer, maar ze worden opgesteld door de instituten. VWS is niet verantwoorde-

lijk voor de kwaliteit van de inhoud van de brancherapporten, maar wel voor de procedure van de totstandkoming van de rapporten en voor de onderlinge inhoudelijke consistentie van de rapporten. Voor de kwaliteit van de data die opgenomen worden, kan verwezen worden naar de gerenommeerde instituten die de brancherapporten opstellen. VWS geeft aan de instituten de opdracht om de kwaliteit van de data in de rapporten te waarborgen.

Voor een nadere toelichting op de doelstelling van de brancherapporten nieuwe stijl verwijs ik naar de beleidsbrief «Brancherapporten nieuwe stijl», die 3 december jl. naar de Kamer is gestuurd (BIO&ICT 2 236 284, 3 december 2001).

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over het overzicht van advieslichamen

Het overzicht van de advieslichamen zoals is gegeven, is een volledig overzicht van de permanente, de tijdelijke en de eenmalige adviescolleges. Het CTU is geen adviescollege maar een ZBO. Naast de genoemde adviescommissies kent het ministerie nog zeer veel interne, interdepartementale en externe stuurgroepen, werkgroepen, platforms e.d. die voor de voorbereiding en uitvoering van het beleid van groot belang zijn. Een complete inventarisatie daarvan is niet beschikbaar. Er dient opgemerkt te worden dat voor de meeste van deze groepen geen beroep op een financiële bijdrage wordt gedaan.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over het tekort in de maatschappelijke opvang

Over het inzetten van de onderuitputting van het jaar 2001 heeft u middels de najaarsbrief 2001 voorstellen ontvangen. Uit die onderuitputting is 2,3 mln euro (5 mln gulden) beschikbaar gesteld voor de maatschappelijke opvang (herverdelingseffecten).

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over de AMS-regeling

Allereerst wil ik aangeven dat de AMS-regeling een CAO-afspraken is, wat een zaak is tussen werkgevers (ziekenhuizen) en werknemers

(specialisten). Er is derhalve geen sprake dat er iets «op de plank ligt». De AMS-regeling is afgesloten. De betrokken specialisten, waarvoor deze CAO geldt, ontvangen sinds maart 2001 het in de AMS geldende loon; deze voorziet in een driejarig ingroeitraject. Ik heb alleen gelden beschikbaar gesteld voor de eerste stap.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over gezondheidsrisico's bij het gebruik van contactlenzen

Over het kabinetsstandpunt op het advies van de Gezondheidsraad zijn door de fracties van de PvdA, het CDA, D66 en GroenLinks schriftelijk vragen gesteld. Deze zijn pas zeer onlangs ontvangen. De Tweede Kamer zal vóór het eind van januari 2002 de antwoorden op deze vragen ontvangen. Aangezien het onderwerp van de vraag van mevrouw Hermann daarbij ook aan de orde komt, wordt dit meegenomen in de schriftelijke beantwoording.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over zorg voor patiënten wier huisarts ermee stopt

Een ziekenfondspatiënt wiens huisarts ermee stopt zal als regel door de vertrekkende huisarts worden ingelicht over vervanging/opvolging. Anderszins kan deze ziekenfondsverzekerde zich altijd wenden tot zijn verzekeraar c.q. ziekenfonds. Het is immers zijn verzekeraar die de plicht heeft om in voldoende mate huisartsenzorg te contracteren, en derhalve de verzekerde hoort te helpen aan een (nieuwe) huisarts. Tegen deze achtergrond zijn de opmerkingen over regionale marktleider en kostenvergoeding niet goed plaatsbaar.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over beroepsbeoefenaren van buiten de Europese Economische Ruimte (EER)

Er zijn inderdaad, en in toenemende mate, beroepsbeoefenaren met een diploma van buiten de EER, die graag hun beroepsvaardigheden in onze gezondheidszorg in willen zetten. Zij kunnen daarin ook een goede bijdrage leveren mits is

voldaan aan minimum kwaliteits-eisen en eisen voor vergunning voor verblijf en tewerkstelling. Toetsing aan deze eisen is noodzakelijk uit een oogpunt van bewaking van de kwaliteit van de zorg en van geordende immigratie.

Om de belangstellenden zo goed mogelijk de weg te wijzen wordt per 1 januari 2002 het Verwijspunt buitenslands gediplomeerden gezondheidszorg operationeel. Daarnaast vindt reeds enige tijd overleg plaats met de ministeries van Justitie en Sociale Zaken en Werkgelegenheid om eventuele onnodige vertragingen bij de beslissingen op verzoeken voor een vergunning voor verblijf en arbeid te voorkomen. De verwachting is gewettigd dat de procedures, die wel degelijk de bewaking van kwaliteit en geordende immigratie dienen, vóór het einde van deze kabinetsperiode zo goed mogelijk op elkaar zijn afgestemd en voor belanghebbenden zo inzichtelijk en soepel mogelijk worden uitgevoerd.

Voorts heeft het kabinet in het standpunt op het MDW-rapport «Nooit meer wachten» aangegeven om de beoordeling van de vakbekwaamheid van buitenslands gediplomeerden op termijn anders in te richten dan nu het geval is. Het zal dan gaan om een «toelatingsexamen» met onderwijsprogramma's die zijn toegesneden op de overbrugging van verschillen in de opleiding van de buitenslands gediplomeerden in vergelijking met de Nederlandse opleidingen. Met de opleidingsinstellingen wordt bezien hoe en wanneer een dergelijke opzet kan worden gerealiseerd.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over vereenvoudiging van de tuchtrechtspraak door wijziging van de Wet BIG

In correspondentie met het centraal tuchtcollege over dit knelpunt is aangegeven dat de genoemde wetswijziging wordt meegenomen bij de wijziging van de Wet BIG ten behoeve van de beheersmatige reorganisatie van de tuchtcolleges (in de loop van 2002) of bij de wijzigingen op basis van de evaluatie van de wet BIG (rapportage verwacht eind 2002). Aan die toezegging zal worden vastgehouden.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over de financiering van preventie

In de schriftelijke beantwoording van de vragen van mw. Hermann, gesteld bij het begrotingsonderzoek, heb ik aangegeven dat de regering van mening is, dat voor een breed gedragen preventiebeleid met deze doelstellingen voldoende budget beschikbaar moet zijn. Daarom heb ik extra middelen in de begroting en Zorgnota 2002 uitgetrokken voor dit onderwerp. Ik denk hierbij aan middelen voor de opsporing van erfelijke hypercholesterolemie, de uitvoering van de Alcoholnota, het stoppen-met-rokenbeleid en programmatische preventie. Ook wil ik opmerken dat niet alleen in het hoofdstuk Gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming van de Zorgnota 2002 middelen voor preventie worden vrijgemaakt. Ook in de andere hoofdstukken van begroting en Zorgnota maken preventieactiviteiten onderdeel uit van de bestaande zorgbudgetten. Ik ben voornemens om in het kader van de volgend jaar uit te brengen nota Gezondheidsbeleid een overzicht op te stellen met daarin het preventieaandeel binnen de andere zorgmiddelen. Al met al denkt de regering de gestelde doelen met de beschikbare middelen te kunnen bereiken.

Vraag van mevrouw Hermann (GroenLinks) over de Nederlandse Voedselautoriteit

In de afgelopen maanden is de organisatie van de voorlopige NVa verder uitgewerkt. Op basis van een formatieplan wordt binnenkort gestart met een nadere personele invulling van de voorlopige NVa. Daarnaast wordt er gewerkt aan een strategische ondernemingsvisie, waarin een nadere taakafbakening van de NVa wordt beschreven. Ten behoeve van optimale kennisuitwisseling en afstemming op het gebied van onderzoek is er dit najaar een samenwerkingsovereenkomst tussen het RIVM en het RIKILT getekend, onder de voorlopige naam: «Instituut voor Voedselveiligheid, Voeding en Gezondheid». Vervolgens zal verder vorm worden gegeven aan de definitieve NVa. Binnenkort wordt de Kamer via de 2de voortgangsrapportage NVa over de ontwikkelingen geïnformeerd.

Vraag van mevrouw Van Blerck-Woerdman (VVD) over de Rijksbijdrage voor de zorg

De rijksbijdrage is te beschouwen als een financieringsbron en het doel van de rijksbijdrage is daarmee gelijk aan het doel van de premies namelijk de financiering van de zorg. De tweede doelstelling van de rijksbijdrage is om de premies op een bepaald niveau te houden/te brengen.

Artikel 13 Rijksbijdrage volksgezondheid heeft een technisch karakter; het gaat hier om een overheveling van algemene middelen naar de Algemene Kas en het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten (AFBZ). De uit deze middelen gefinancierde zorg wordt verantwoord in de Zorgnota.

Voor wat betreft de prestatie-indicatoren is bij artikel 13 is aangegeven hoeveel percentpunten de premiepercentages hoger zouden zijn zonder rijksbijdrage en zonder BIKK (Bijdrage in de kosten van kortingen). De BIKK compenseert het AFBZ voor de daling van de premieopbrengst als gevolg van de invoering van de Wet inkomstenbelasting 2001, waarmee per 1 januari 2001 het systeem van belastingvrije sommen is vervangen door een systeem van heffingskortingen en het arbeidskostenforfait door een arbeidskorting.

Vraag van mevrouw Van Blerck-Woerdman (VVD) en de heer Buijs (CDA) over goodwill DBC's traject

De vraag suggereert enerzijds dat zonder oplossing van goodwill-problematiek geen DBC's zouden kunnen worden ingevoerd en anderzijds dat de specialisten geen voordelen dan zou hebben bij de wijziging van de bekostigings-systeem, anders dan de afschaffing van de goodwill. Dat is pertinent onjuist.

Wanneer de goodwill blijft bestaan, kunnen DBC's ook heel goed worden ingevoerd. Beide systemen interfereren niet.

De invoering van de DBC's heeft zeker ook pluspunten voor medisch specialisten zelf. Zij krijgen inzicht in de werklust. Deze wordt gekoppeld aan een uurhonorarium en dit wordt verwerkt in de DBC-prijs. Dit heeft

twee belangrijke effecten. Allereerst ontvangt een specialist «loon naar werken», terwijl bij de huidige lumpsumfinanciering er onverklaarbare verschillen tussen verschillende specialisten zijn. Daarnaast kan inzicht in de werklust ook zijn vertaling hebben naar de benodigde capaciteit, op zowel het niveau van het ziekenhuis als landelijk niveau. Ook de koppeling aan kwaliteitsindicatoren, richtlijnen en protocollen, en een beter inzicht in het behandelproces zijn voordelen van DBC's. Het signaal dat de Orde hun goodwill-wens zullen gebruiken als «onvoorwaardelijke eis» bij invoering van de DBC's is mij niet duidelijk geworden in de vele bestuurlijke en ambtelijke contacten die we over DBC's intensief met het veld voeren.

Vraag van mevrouw Van Blerck-Woerdman (VVD) over de administratieve lastendruk van de wachtlijstregistratie van ziekenhuizen

Het eindrapport van de commissie-De Beer over vermindering van administratieve lasten wordt in januari 2002 verwacht. Spoedig daarop kunt u het kabinetsstandpunt op de voorstellen van de commissie tegemoetzien.

Vraag van mevrouw Van Blerck-Woerdman (VVD) over de uitvoeringskosten van de PGB's

De uitvoeringskosten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) die op dit moment verantwoordelijk is voor de administratieve uitvoering van het PGB is voor 2002 begroot op circa 14,5 mln euro (32 mln gulden).

Vraag van mevrouw Van Blerck-Woerdman (VVD) over de uitvoeringskosten van de DBC's

De ontwikkelkosten van DBC's zijn circa 20,4 mln euro (45 mln gulden) gerekend vanaf 1 januari 2001 tot en met de invoering in 2003. De grootste kostenposten betreffen de ontwikkeling van ICT-toepassingen, de ontwikkeling van producttyperingen van de 29 specialismen en vooral de uitgebreide werklustmeting van de inzet van specialistische hulp. De kosten van gebruik van DBC's in de instellingen zijn nog niet bekend, maar zal na een periode van gewenning zeker niet meer zijn dan de huidige registratie van de

diagnoses (conform de LMR), de in het ziekenhuis gebruikte codes en de verrichtingenadministratie van het CTG. Stroomlijning van de informatievoorziening en gegevensuitwisseling met de verzekeraar zijn één van de vele voordelen van invoering DBC's.

Vraag van mevrouw Van Blerck-Woerdman (VVD) over avond-, nachten weekenddiensten

In het kabinetsstandpunt Tabaksblat is aangegeven dat zorgverzekeraars en huisartsen beter in staat moeten worden gesteld om maatwerk te leveren. Deze afspraken zullen echter budgettair neutraal moeten blijven, dat wil zeggen binnen het budget waarvoor de zorgverzekeraar risicodragend is. De verzekeraars en huisartsen zijn in dat kader gevraagd met goed onderbouwde voorstellen te komen voor gedifferentieerde vergoedingen voor avond-, nacht en weekenddiensten.

Vraag van de heer Blok (VVD) over stijging AWBZ-premie

Uitgaande van de bestaande regelingen nemen de zorguitgaven de komende jaren fors toe. Die stijging zal leiden tot een forse stijging van de AWBZ-premie. Dit geldt ook voor de AOW. Het beleid van meeste politieke partijen is er op gericht om de overheidsschuld in 25 jaar af te lossen. Hierdoor dalen de rentelasten tot nul zodat deze niet langer uit belastingen hoeven te worden gedekt. Het uiteindelijke doel is daarmee dat tegenover de premiestijgingen belastingverlagingen staan en de koopkrachtgevolgen beperkt worden gehouden.

Vraag van de heer Blok (VVD) over PGB nieuwe stijl

Het PGB nieuwe stijl mag alleen besteed worden aan AWBZ-verzekerde zorg voorzover het de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding betreft. Deze functies zullen omschreven worden in het Besluit zorgafspraken. Goede voorlichting en adequate informatievoorziening vooraf aan budgethouders is een belangrijke voorwaarde voor het PGB nieuwe

stijl. In samenwerking met patiënten- en consumentenorganisaties en zorgkantoren zullen heldere omschrijvingen en voorlichtingsmateriaal opgesteld worden over het bestedingsdomein van het PGB, zodat aan budgethouders vooraf helder wordt gemaakt waaraan het PGB wel en niet besteed kan worden.

Vraag van de heer Blok (VVD) over de sectorfondsen

Vanwege de toenemende arbeidsmarktnelpunten is er een forse impuls gegeven aan de sectorfondsen. Met deze extra middelen worden veel noodzakelijke activiteiten ontplooid op meerder speerpunten. Waarom wordt de bevoorschotting dan toch getemporeerd? De temporisering is een technische kwestie en hangt volledig samen met de betalingssystematiek van de sectorfondsen. In de systematiek van de sectorfondsen, worden verstrekte subsidies aan de instellingen in bijvoorbeeld 2001 voor een deel pas in 2002 volledig uitbetaald. De kaspositie op het eind van jaar 2001 kan dan op het eerste gezicht ruim ogen, maar hier staan betalingen in het begin van 2002 tegenover. Rekening houdend met deze vertraagde liquiditeitsbehoefte heeft VWS de bevoorschotting van de sectorfondsen in 2001 getemporeerd.

De temporisering heeft dus niets te maken met te weinig arbeidsmarktmaatregelen, maar alleen met de vertraagde liquiditeitsbehoefte. En dit heeft weer te maken met het feit dat sectorfondsen pas uitbetalen als de prestatie is geleverd.

Vragen van mevrouw Kant (SP) over hartchirurgie, kinderambulances, dialyse en privé-klinieken

Mevrouw Kant heeft vragen gesteld over, hartchirurgie, kinderambulances, dialyse en privé-klinieken. De suggesties van de inspectie inzake hartchirurgie betroffen onder andere de registratie: die suggesties zijn doorgegeven aan de BHN. Binnenkort spreek ik weer met de BHN en de rest van het hartenveld.

De kwestie van de kinderambulances komt terug bij de bespreking van de

aangekondigde rapporten van de inspectie en de heer Breederveld. T.a.v. dialyse heeft mevrouw Kant verwezen naar een zeer recent advies van het College voor zorgverzekeringen en een daaraan ten grondslag liggend Prismant-onderzoek. Het CVZ adviseert dialyse onder artikel 8 van de WBMV weg te halen terwijl Prismant pleit voor handhaving van het artikel 8-regime. Op korte termijn zal ik u over mijn standpunt informeren.

De vraag over de privé-klinieken komt uit een serie vragen en aanvullende vragen die mevrouw Kant onlangs stelde. Binnenkort zal ik die 15 vragen op de gebruikelijke wijze beantwoorden.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over het verschil tussen OVA en kosten CAO

De constatering van mevrouw Kant van een CAO-gat is er een die gebaseerd is op de waarneming over één jaar. Daar kunnen geen conclusies uit worden getrokken over structurele CAO-gaten. Mevrouw Kant loopt derhalve wat te hard van stapel om nu al een afbraak van het voorzieningenniveau vast te stellen en nu al voor de bestrijding daarvan extra financiële middelen te vragen. De loonkostenindexering maakt nu al jaren een marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling mogelijk. Daarnaast komt er in 2001 én in 2002 nog eens een substantieel structureel bedrag bij voor de arbeidskosten uit hoofde van de besluitvorming van het kabinet over het rapport-Van Rijn.

Vraag van mevrouw Van Vliet (D66) over quick scan enkelvoudige indicatievragen

In de brieven van 17 juli en 27 november 2001 ben ik onder andere uitvoerig ingegaan op het onderdeel van de motie-Van Vliet over enkelvoudige en kortdurende indicaties. Er is een procedure in de maak waarin kortdurende indicaties onder verantwoordelijkheid van de indicatieorganen worden gemandateerd. Die nieuwe procedure waarover inmiddels overeenstemming bestaat tussen de betrokken partijen zal van 1 januari 2002 worden ingevoerd. Als er gedurende een half jaar met de nieuwe procedure gewerkt is, wordt een

quick scan uitgevoerd naar de effecten van de invoering van de versnelde procedure. Tijdens deze periode worden overigens wel de achterstanden in de indicatiestelling gemeten.

Het overnemen van de enkelvoudige indicaties door huisartsen wordt overigens ook door de huisartsen zelf niet als oplossing gezien. Het brengt een te grote administratieve belasting met zich mee.

Vraag van mevrouw Van Vliet (D66) over vereenvoudiging PGB

Het PGB-geld moet worden besteed aan verzekerde zorg. Het geld zal periodiek afhankelijk van de hoogte van het budget bij wijze van voorschot worden overgemaakt op de bankrekening van budgethouder. Het bevoorschottingsritme en het daar aangekoppelde verantwoordingsritme zal gekoppeld worden aan de hoogte van het budget. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het volgende: budgetten tot een hoogte van 2269 euro (5000 gulden) op jaarbasis worden in een keer op de rekening van de budgethouder overgemaakt. Bij budgetten tot 4538 euro (10 000 gulden) wordt eens per half jaar bevoorschot en bij budgetten boven die grens eens per kwartaal. Budgetten vanaf 22 689 euro (50 000 gulden) worden maandelijks bevoorschot. Aan het eind van de bevoorschottingsperiode zal de budgethouder zich moeten verantwoorden over de besteding van het budget aan de hand van een door het zorgkantoor aangereikt format. Voor deze periodieke bevoorschotting en verantwoording afhankelijk van de hoogte van het budget is gekozen om renteverlies en het risico van oneigenlijk gebruik zoveel mogelijk te beperken en het proces zo efficiënt en effectief mogelijk in te richten, zonder onnodige bureaucratie in het leven te roepen. Wanneer overigens gekeken wordt naar de spreiding aantallen toegekende budgetten naar grootteklassen per budget dan blijkt op basis van cijfers van Paardekooper en Hofman in 1999 dat circa 90% van de huidige budgethouders een budget onder de 22 689 euro (50 000 gulden) heeft en dus maar slechts een klein deel van de budgethouders aan een maandelijks verantwoording onderworpen zullen worden.

Om controle op besteding door het zorgkantoor mogelijk te maken, zal uitbetaling door de budgethouder aan de hulpverlener moeten plaatsvinden aan de hand van een kwitantie waarop het aantal betaalde uren, tijdstip waarop is gewerkt, het uurtarief en naam adres en sofinummer van de hulpverlener vermeld staan. De budgethouder zal hiertoe dus een boekhouding moeten bijhouden. Ook hiervoor zullen standaardformulieren worden aangereikt. Gelet op de aard van de boekhouding in combinatie met het aanreiken van standaardformulieren en formats is er sprake een eenvoudige administratie voor budgethouders.

Vraag van mevrouw Van Vliet (D66) over zorgvershraling in de GGZ

Ik onderschrijf de intenties van mevrouw Van Vliet: het gaat om meer mogelijkheden voor vermaatschappelijking van chronische patiënten in APZ-en. Mijn reactie op het rapport van het Trimbos-instituut, waar u naar verwijst, heb ik u 30 november 2001 toegezonden. Duidelijk is dat er verschillende oorzaken zijn voor de slechte leefomstandigheden van de chronische psychiatrische patiënten. Per oorzaak zullen stappen moeten worden gezet op zo kort mogelijke termijn. Enkele daarvan kunnen de instellingen zelf nu al oppakken door beleidswijzigingen, een andere bejegening en bijvoorbeeld het beperken van eigen bijdragen voor huishoudelijke diensten. Op andere punten moet nadere uitwerking of verder onderzoek duidelijk maken welke oplossingen het grootste effect zullen opleveren. Een deel van de problematiek wordt mogelijk veroorzaakt door financiële knelpunten, maar of dit zo is en welke dit zijn is nu nog onvoldoende duidelijk om al concrete maatregelen te kunnen nemen. Vorige week heb ik op bestuurlijk niveau met de koepelorganisatie GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland afgesproken dat zij op korte termijn een plan van aanpak opstellen naar aanleiding het rapport van het Trimbos-instituut. In dat plan van aanpak wordt de kostenconformiteit van de tarieven verder onderzocht. Overigens hebben instellingen budgetvrijheid en is het primair de verantwoordelijkheid van de

instellingen om er voor zorg te dragen dat de vermaatschappelijking van patiënten voldoende wordt ondersteund.

Verder wordt in het kader van het vernieuwingsproces van de AWBZ en de herziening van het dienstenstelsel ook nadrukkelijk onderzocht hoe de vermaatschappelijking verder vormgegeven kan worden.

Vraag van mevrouw Van Vliet (D66) over het subsidiebeleid van KNGF

Het subsidiebedrag dat aan de KNGF wordt uitgekeerd bedraagt op dit moment 3,9 mln euro (8,5 mln gulden), waarvan elk 0,6 mln euro (1,0 mln gulden) voor de oefentherapeuten Cesar en de oefentherapeuten Mensendieck is bestemd. Ik neem aan dat dit laatste ook voor het gevraagd bedrag van 5,8 mln euro (13 mln gulden) geldt. Inzet is dus een verhoging van 2 mln euro (4,5 mln gulden) op jaarbasis. In het kader van het Tijdbestedings- en inkomensonderzoek voor de fysiotherapie is een agenda opgesteld voor thema's die voor de ontwikkeling van het beroep van belang zijn. De desbetreffende notitie is mij medio november aangeboden. Samen met beroepsgroep en zorgverzekeraars ga ik uitzoeken op welke manier de thema's binnen de reeds lopende beleidsontwikkelingen kunnen worden uitgezet. Een eventuele aanpassing van het subsidiebedrag kan alleen in deze samenhang aan de orde komen. Ik verzoek de motie aan te houden.

Vraag van mevrouw Van Vliet (D66) over deregulering hulpmiddelenzorg (a) en vrije artskeuze (b)

a) De wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996 vormt geen bedreiging voor verzekerden- of patiëntenrechten. Het recht op het hebben van een adequaat hulpmiddel blijft nadrukkelijk verankerd in de centrale regelgeving. Om dit recht nog eens te bekrachtigen is de aanspraak op een adequaat hulpmiddel nog eens vastgelegd in een gewijzigd artikel 2. Daarin wordt met de formulering «te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel» de verplichting geschapen tot het realiseren van oplossingen die het

best passen bij de individuele zorgvraag.

Ook na de deregulering is echter sprake van verstrekking van zorg in natura waaraan de zorgverzekeraar invulling moet geven. Met de deregulering wordt de zorgverzekeraar minder door centrale regelgeving belemmerd om in overleg met verzekerde en hulpmiddelen-deskundigen te komen tot klant-gerichte hulpmiddelenzorg. Door verschillen in de regievoering bij ziekenfondsen krijgt de verzekerde de mogelijkheid op zoek te gaan naar de zorgverzekeraar die het best bij de door de verzekerde verwachte beantwoording van de zorgvraag past. Het genoemde is in diverse overleggen met patiënten- en ouderenorganisaties aan de orde geweest.

b) In de huidige regeling is uitgangspunt dat de verzekerde zich voor het verkrijgen van een hulpmiddel dient te wenden tot een leverancier met wie zijn ziekenfonds daartoe een overeenkomst heeft gesloten. De deregulering van de Regeling hulpmiddelen verandert in dat opzicht niets. De vrije artskeuze is niet in het geding. In tegendeel zelfs, in de huidige regeling wordt de aanspraak van de verzekerde afhankelijk gemaakt van een medisch voorschrift. Deze dwingende voorschriften worden geschrapt. Daardoor kan het ziekenfonds van de betrokken verzekerden er voor zorg dat diegenen adviseren over de noodzaak van een bepaald hulpmiddel die daarvoor het meest deskundig zijn. Dat kan de behandelend arts van de verzekerde zijn, maar evengoed een verpleegkundige die gespecialiseerd is op het betreffende terrein. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de inschakeling van een diabetesverpleegkundige. Kortom, de deregulering tast de keuzevrijheid van verzekerden niet aan, doch maakt mogelijk dat hij geadviseerd en begeleid wordt door de meest deskundige hulpverlener op het terrein van een hulpmiddel.

Vraag van mevrouw Van Vliet (D66), de heer Mosterd (CDA), de heer Oudkerk (PvdA) en mevrouw Kant (SP) over kapitaallasten instellingen en vermogensvorming

Zoals mevrouw Van Vliet terecht stelde is een aantal ontwikkelingen in

gang gezet gericht op het inrichten van het zorgproces meer conform de wensen van de patiënt. Instellingen, beroepsbeoefenaren, verzekeraars en consumenten krijgen meer ruimte om de zorg naar de wens van de patiënt in te richten. De rol van de overheid verschuift daarbinnen van regulerend naar meer kaderstellend en faciliterend. Zo'n verandering van verantwoordelijkheden van de partijen betekent meteen ook de introductie van meer onzekerheid op instellingsniveau. Meer vrijheid betekent veelal meer risico, zoals mevrouw Van Vliet terecht opmerkt, en aan risico's hangen prijskaartjes. Dit wordt wellicht het meest duidelijk bij de financiering van instellingen op microniveau. Instellingen worden geconfronteerd met strengere eisen aan de vermogenspositie en de noodzaak van meer reële afschrijvingstermijnen.

Zoals ik in de nota Vraag aan bod al heb aangegeven, worden de consequenties van deze vrijheidsvergroting op het terrein van de kapitaallasten op dit moment gezien voor verschillen in uitgangsposities tussen instellingen. Daarbij laat ik ook nagaan wat de financiële gevolgen zijn van verkorting van afschrijvingstermijnen en de opbouw van vermogensposities tot een niveau waarbij financiering van de zorgsector in een nieuwe omgeving veilig is gesteld. Hierbij zal ook aandacht besteed worden aan het vraagstuk van de brutering, waar de heer Mosterd over sprak.

Wat betreft de financieringsproblemen van gezondheidscentra, waarover ook de heer Oudkerk en mevrouw Kant spraken, het volgende.

Allereerst vind ik dat de exploitatie van gezondheidscentra in redelijkheid binnen de beschikbare financiële kaders rond moet kunnen lopen. In dat verband heb ik de subsidieregeling verruimd tot het niveau waarbij exploitatie naar de mening van zowel mijzelf als die van de sector sluitend zou moeten kunnen zijn. Mede omdat banken in het algemeen een subsidieregeling als een minder solide financiële basis opvatten, wordt momenteel gewerkt aan de in de Zorgnota 2001 aangegeven intentie om de huidige subsidieregelingen voor gezondheidscentra en samenwerkingsverbanden om te zetten in een financieringsregeling in het kader

van de WTG. Daarbij wordt de mogelijkheid geschapen dat lokale partijen het CTG kunnen verzoeken rekening te houden met specifieke lokale omstandigheden. Deze structurele regeling zou per 1 januari 2003 zijn beslag moeten krijgen.

Gezien hetgeen wat ik eerder heb opgemerkt over verschuiving van verantwoordelijkheden tussen overheid en veldpartijen, ligt garantstelling door de overheid niet in de rede. Ook ben ik niet van mening dat het Waarborgfonds voor de zorgsector als vanzelfsprekend een garantstelling zou moeten verzorgen. Eén van de belangrijkste doelstellingen van het fonds is om door borgstellingen deelnemers financieel voordeel te laten behalen op de kapitaalmarkt door lage rentestanden. Dat is dus een ander uitgangspunt dan willen fungeren als een soort «stropenpot» voor de sector.

Bovendien is voor de realisatie van de doelstelling van het fonds een gezonde financiële positie van de deelnemers noodzakelijk. Deelname aan het fonds is op vrijwillige basis. Het fonds moet dan ook eisen kunnen stellen aan de financiële positie van deelnemers.

Tenslotte: tot mijn genoegen constateer ik dat steeds vaker gemeenten en zorgverzekeraars als medefinanciers van gezondheidscentra optreden.

Vraag van mevrouw Van Vliet (D66) over premiestelling verzekering

Mevrouw Van Vliet heeft aangegeven dat D66 positief is over de voorbereiding van het kabinet voor een nieuw verzekeringsstelsel. Ik denk inderdaad dat we binnen het kabinet een aantal belangrijke stappen hebben gezet en dat er goede bouwstenen liggen voor een nieuw kabinet. We zijn verder gekomen dan hierheen had verwacht. Toch wil ik hier de indruk wegnemen dat het kabinet er op enkele onderdelen niet is uitgekomen en dat daarom de besluitvorming over bijvoorbeeld de financiering zou zijn uitgesteld. In de nota Vraag aan bod heeft het kabinet aangegeven dat een aantal keuzes moeten worden gezien in samenhang met de besluiten die in het regeerakkoord worden vastgelegd. Daarbij gaat het onder andere

om de besluitvorming ten aanzien van de financiering. De oneffenheden in het huidige verzekeringsstelsel leiden er nu eenmaal toe dat wijzigingen in de richting van een nieuw verzekeringsstelsel voor allerlei groepen leiden tot inkomensgevolgen. Het antwoord op de vraag of en in welke mate reparatie van die inkomensgevolgen kan plaatsvinden, is mede afhankelijk van de beschikbare financiële ruimte die er in een volgende regeerperiode bestaat. Die ruimte moet niet alleen worden aangewend voor prioriteiten in de zorg, maar ook voor eventuele investeringen op andere beleids-terreinen, bijvoorbeeld onderwijs of veiligheid. De ervaring leert dat dit soort besluiten het beste kan worden genomen bij de vorming van een nieuw kabinet en kan worden vastgelegd in het regeerakkoord. Vandaar dat de besluitvorming over dergelijke aspecten nog niet heeft plaatsgevonden.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over artikel 22 van de Grondwet

Artikel 22, eerste lid van de Grondwet draagt de overheid op om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. In artikel 20, tweede lid, van de Grondwet staat dat de wet regels stelt omtrent de aanspraken op sociale zekerheid. Beide bepalingen samen genomen legitimeren en verplichten de overheid om zich met de zorg(verzekering)sector te bemoeien. Hoever deze bemoeienis precies moet gaan is echter een zaak van de wetgever, daar doet de Grondwet geen uitspraak over. De invulling in onze huidige wetgeving gaat niet zover dat het een taak is van de overheid om zelf zorg te dragen voor voldoende zorg. Wel is nadrukkelijk gekozen voor wetgeving die waarborgt dat iedereen op gelijke basis toegang heeft tot de aanwezige zorg, dat die doelmatig wordt geleverd, en dat die ook van goede kwaliteit moet zijn. Deze waarborg is vervat in onze verzekeringswetgeving, tariefwetgeving en kwaliteitswetgeving. Het beleid dat het kabinet voert ten aanzien van het aspect kosten-beheersing wordt gekenmerkt door het bevorderen van een model met marktprikkels in plaats van door de overheid opgelegde regels. Doel is ruimte te bieden aan decentrale

afspraken. Het beoogde resultaat is een flexibeler zorgstelsel, dat beter en op doelmatiger wijze dan thans kan voldoen aan wat de inwoners van Nederland vragen. Bij dit alles moeten ook de belangen van de premiebetalers gewaarborgd blijven. Een op langere termijn voor iedereen toegankelijke zorg veronderstelt dat die zorg betaalbaar is. Beheersbaarheid en doelmatigheid zijn derhalve eisen die gesteld moeten worden aan een ook op langere termijn houdbaar systeem. De vraag hoe beheersing en recht op zorg zich verhouden kan kun je heel principieel benaderen. Mogelijk komen we er op die wijze ook nog over te spreken bij de behandeling van de nota Vraag aan bod. De zaak is evenwel ook pragmatisch te benaderen, zoals ook de Landsadvocaat beschrijft in zijn advies over deze kwestie: financiële kaderstelling en beheersing gaan goed samen met het recht op zorg, zolang er maar op gelet wordt dat de kaderstelling er niet toe leidt dat het recht op zorg teniet wordt gedaan. Dit advies heeft u ontvangen als bijlage bij de nota Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ van juni 2000. Die lijn is terug te vinden in het actieplan Zorg verzekerd. Bij een goede raming van de zorgvraag staat financiële kaderstelling niet aan de toegankelijkheid van de zorg in de weg.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over euthanasie

Het aannemen van het wetsvoorstel Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door het parlement heeft veel aandacht gekregen vanuit het buitenland. Het ging hierbij om verschillende soorten reacties. Zowel positief, zo zijn in enkele landen inmiddels vergelijkbare wetsvoorstellen ingediend, als neutraal, zoals verzoeken om informatie, als kritisch. Iedere keer is getracht hierop zo zorgvuldig mogelijk te reageren en de doelstellingen en achtergrond van de wet zo goed mogelijk uit te leggen. De ervaring die ambtenaren hebben in het buitenland, ook in Portugal, is dat mensen zich door onze uitleg gerustgesteld voelen en begrijpen dat in Nederland reeds 30 jaar een zorgvuldige discussie wordt gevoerd die heeft geleid tot een transparante wetgeving die uniek is in de wereld. Zo ontstaat ook respect en begrip voor elkaar. Dat betekent niet dat

iedereen zelf deze wetgeving zou willen overnemen. Dat is van de cultuur van ieder land afhankelijk. Een van de doelstellingen van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is geweest het transparant maken van een zorgvuldige besluitvorming bij een verzoek om levensbeëindiging. De artikelen en verhalen, waarover de heer Rouvoet sprak, ziet het kabinet dan ook niet als een gevolg van de wet, maar wel als een voortzetting van de openbare discussie die voor de behandeling van de wet al aan de gang was (gedurende bijna dertig jaar) en naar aanleiding van deze wet ook weer is gevoerd.

Er is volgens het laatste jaarverslag van de toetsingscommissies overigens slechts een lichte daling in het aantal meldingen opgetreden. Wanneer een arts niet meldt, handelt deze arts niet in overeenstemming met de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Patiënten en familieleden die ongevraagd met een euthanasieaanbod in aanraking komen en zich daardoor onheus bejegend voelen door hun arts kunnen hiervoor een klacht indienen via de daarvoor geëigende wegen.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over een visie op levensbeschouwing in opvang

U vraagt naar een visie regionalisering in relatie tot landelijke (levensbeschouwelijke) voorzieningen. Als voorbeeld noemt u het afwijzen van een subsidieverzoek van een christelijk centrum voor vrouwenopvang. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van het beleid voor vrouwenopvang is gedecentraliseerd naar 35 centrumgemeenten. Het financieren van opvanginstellingen maakt hiervan een belangrijk onderdeel uit. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de achtergronden (zoals de levensbeschouwing) van de cliënten. Ik ga ervan uit dat centrumgemeenten voor de toetsing van subsidieverzoeken algemene (kwaliteits)criteria hanteren die ook toepasbaar zijn voor verzoeken van levensbeschouwelijke instellingen. In meer algemene zin zal de beleidslijn inzake bovenregionale en landelijke voorzieningen worden opgenomen in het beleidskader als onderdeel van de WEZ.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over subsidieverstreking aan Amsterdamse instellingen voor drugsverslaafden

Ervan uitgaande dat u doelt op gemeentelijk gefinancierde instellingen in Amsterdam, is het een verantwoordelijkheid van de gemeente om dergelijke voorwaarden te verbinden aan het al dan niet verlenen van een subsidie.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over het artikel van de heer Verhulst in Medisch Contact

De heer Van der Vlies heeft een uitgebreide reactie gevraagd op het recente artikel van mr. dr. E.H. Verhulst in Medisch Contact. De auteur betwijfelt of de voorwaarden zoals neergelegd in het embryowetsvoorstel wel genoeg bescherming bieden tegen onethisch handelen.

Het kabinet is van mening is dat het embryowetsvoorstel wel degelijk zorgvuldig bescherming biedt tegen onaanvaardbare handelingen met geslachtscellen en embryo's. Op een terrein waar tot op heden nog niets wettelijk is geregeld, worden nu voorwaarden en grenzen gesteld. De auteur vraagt zich af waar in het wetsvoorstel de grenzen liggen die onder geen voorwaarde mogen worden overschreden. Die grenzen worden gegeven door de concrete verboden die het wetsvoorstel bevat. De uitlating van de auteur dat het wetsvoorstel een goede onderbouwing ontbeert en dat het in de memorie van toelichting ontbreekt aan een diepgaande ethische beschouwing wil het kabinet ook ten zeerste bestrijden. De toelichting bevat, in het bijzonder in het hoofdstuk over wetenschappelijk onderzoek met embryo's, een heel uitgebreide analyse van de belangen die een rol spelen en hoe die worden afgewogen tegen de diverse waarden.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over het kabinetsstandpunt projectgroep integratie hospicezorg

In het standpunt op hoofdlijnen – dat in december naar de Kamer wordt gezonden – zal niet alleen ingegaan worden op het rapport van de

projectgroep integratie hospicezorg. Ook de voortgang en toekomst van de COPZ'en komt aan de orde evenals het onderzoeksprogramma palliatieve zorg bij ZON.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over het NIPO-onderzoek «Vraag naar christelijke zorg»

Dit zal worden uitgewerkt in de sectorale beleidskaders zoals die bij inwerkingtreding van de WEZ gereed moeten zijn. Een eerste aanzet van deze uitwerking zal worden gegeven in de nota naar aanleiding van het verslag over de WEZ.

**REACTIE AMENDEMENTEN
PORTEFEUILLE MINISTER**

Amendement nr. 23 van het lid Van der Vlies c.s.

In dit amendement wordt voorgesteld om 2,27 mln euro beschikbaar te stellen voor de implementatie van de ZON/MW-projecten in het kader van Pall3 (derde fase van het programma «palliatieve zorg in de terminale fase»).

In de tweede suppletoire begroting 2000 en 2001 is aangegeven dat wegens een achterblijvende liquiditeitsbehoefte ZON/MW in 2000 en 2001 niet is bevoorschot. Op dit moment wordt een onderzoek uitgevoerd naar de oorzaken van deze achterblijvende liquiditeitsbehoefte. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zal definitieve besluitvorming rond de PEO-budgetten plaatsvinden. Ik zal het onderwerp Pall3 bij de programmering van ZON betrekken. Ik acht dit amendement derhalve overbodig.

Amendement nr. 26 van het lid Rouvoet c.s.

Ik acht dit amendement overbodig omdat het amendement een mutatie beoogt op de begroting met het doel de palliatieve zorg in verpleeghuizen mogelijk te maken via een toeslag per patiënt. Ik wil er allereerst op wijzen dat de verpleeghuizen niet uit de begroting worden gefinancierd maar uit de premiemiddelen. Voor het doel, dat de opstellers beogen, is een amendement op de begroting dan ook niet het goede instrument. Daarnaast is de palliatieve zorg in verpleeghuizen van voldoende

niveau. De kosten daarvan zijn in de budgetten van de verpleeghuizen verwerkt. Tevens wijs ik erop dat in de extramurale setting palliatieve zorg binnen de reeds bestaande kaders reeds mogelijk is.

Amendement nr. 33 van het lid Kant

Mijn reactie op het rapport «Een keten van lege zondagen» heb ik op 30 november 2001 aan u toegezonden. Hierin gaf ik aan dat instellingen binnen hun budget al het nodige kunnen doen. Verder heb ik naar aanleiding van het rapport op bestuurlijk niveau overleg gevoerd met de koepelorganisatie GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Met hen heb ik afgesproken dat zij een plan van aanpak opstellen naar aanleiding van het eerdergenoemde rapport. Tevens zal ik het CTG vragen het tarief voor verblijf in een APZ opnieuw vast te stellen, zodanig dat er geen normale huishoudelijke voorzieningen meer ten laste van het zak- en kleedgeld hoeven te komen. Ik wil niet vooruit lopen op de uitkomsten van dit plan van aanpak. Ik ontraad derhalve dit amendement en merk op dat de dekking ondeugdelijk is.

Amendement nr. 35 van het lid Kant

Ik acht dit amendement overbodig omdat ik voor de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang met een nota van wijziging kom naar aanleiding van amendement nummer 24 van het lid Blok. Bovendien acht ik het door mevrouw Kant gevraagde bedrag buitenproportioneel.

**REACTIE AMENDEMENTEN
PORTEFEUILLE STAATSSECRETARIS**

Amendement nr. 27 van het lid Hermann

Ik ontraad aanvaarding van dit amendement. De Stichting Kleurrijk Voetbal heeft al diverse malen subsidieaanvragen ingediend welke zijn afgewezen. Stichting Kleurrijk Voetbal voldoet niet aan de criteria om voor subsidiëring in aanmerking te komen. Overigens besteedt ook de KNVB de nodige aandacht aan de integratie van allochtonen. Op basis van een door de KNVB ingediend

masterplan ondersteun ik de hieraan gerelateerde activiteiten.

Amendement nr. 34 van het lid Kant

Ik acht dit amendement overbodig, omdat in de tijdelijke regeling vroegsignalering reeds extra aandacht wordt besteed aan allochtone kinderen. Voor deze regeling is 15,88 mln euro beschikbaar vanaf 2001. Bij voorjaarsnota zullen eventuele extra kosten op dit terrein bij de invoering van het basistakenpakket worden gezien. Bovendien is de dekking ondeugdelijk omdat de eindejaarsmarge primair bedoeld is om doorlopende verplichtingen uit 2001 te dekken.