

Noten

Noot 1 (zie blz. 1805)

SLUITENDE SOCIALE OPVANG

Een groeiende groep mensen in de grote steden is kwetsbaar, zwerft over straat en veroorzaakt overlast voor medeburgers. Het gaat onder anderen om zwervers, zwerfjongeren, (te vroeg ontslagen) psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen. Van de overheid wordt verwacht dat zij de overlast terugdringt, terwijl betrokken organisaties deze mensen hulp kunnen verlenen door hen perspectief te bieden. Alleen door gezamenlijke inspanning van de overheid en betrokken organisaties kan deze problematiek doeltreffend worden aangepakt. Dan worden wijken en buurten in steden veiliger en leefbaarder.

De groep overlastveroorzakers en hulpvragers is de laatste vijf jaren helaas gegroeid. Ondanks de economische groei tot 2002 is deze groep steeds groter geworden. In het welvarende Nederland is het nauwelijks voorstelbaar dat dit aantal zo sterk is gestegen. Deze groei moet bij de wortel worden aangepakt onder andere door verbetering van de psychiatrische zorg, goede reclassering, verslavingspreventie en intensieve begeleiding van probleemjongeren.

In het stadsmanifest «Toekomst aan de stad» is vanuit christen-democratisch perspectief een visie op de stad gevormd. Geen kant-en-klaar-receptenboek met oplossingen voor problemen, maar een visie op de stad met haar kansen, drukte, ruimtegebrek, maar ook opeenstapeling van problemen. Aanleiding voor dit stadsmanifest (oktober 2000) is dat de sociale infrastructuur in de grote steden onvoldoende uit de verf komt. Ook de leefbaarheid en veiligheid in de steden verdient een steviger impuls. Vanuit het streven naar een betrokken samenleving wil het CDA invulling geven aan **een sluitende sociale opvang**.

Dakloosheid in onze moderne samenleving staat haaks op ons mensbeeld. Daarom is huisvesting een minimum voorwaarde van bestaan. De overheid draagt hieraan bij door de bijstand. Woningcorporaties dragen zorg voor een passende huisvesting. Zo kan de

zorg voor dak- en thuislozen worden gericht op maatschappelijk herstel. Het is deze reden dat het CDA voor een niet-vrijblijvende sociale opvang van overlastveroorzakers pleit. Samen met de G-30, Aedes (vereniging van woningcorporaties) en onder andere het Leger des Heils wil het CDA werken aan een sluitende sociale aanpak, voor de betrokkenen zelf en hun omgeving.

Sociaal

In de visie van het CDA hoort iedereen die legaal in Nederland is, een dak boven zijn hoofd te hebben. Nu zien wij nog te vaak, dat de politie overlastveroorzakers meeneemt en dan maar tijdelijk in een politiecel plaatst. Dit kost de politie teveel uren, ten koste van de kerntaken. Bovendien is dit geen afdoende oplossing, nog afgezien van het tekort aan politiecellen voor criminelen. Voor een verdachte zonder vaste woon- of verblijfplaats, legaal in Nederland, die wordt heengezonden vanuit een politiecel, zou vaste (gemeentelijke) opvang beschikbaar moeten zijn. Ook straatverboden of andere dwingende bestuurlijke instrumenten lossen het probleem niet echt op, sterker nog: daarmee wordt het probleem verplaatst naar andere wijken of zelfs naar buurgemeenten (zie de problematiek in Rotterdam richting Vlaardingen): het zogenoemde waterbedeffect.

Niet vrijblijvend

Duidelijker dan tot nu toe moet aan overlastveroorzakers de keuze worden voorgehouden: je bent bereid iets aan je situatie te (laten) doen of je weigert iedere vorm van hulp en komt dan in de rechtsketen terecht. Het is aan de overheid om de betrokken overlastveroorzaker deze duidelijke keuze voor te houden en zo nodig sancties op te leggen. Straatloperij mag geen normaal verschijnsel zijn. De overheid is er enerzijds om het zwakke en weerloze te beschermen en anderzijds de veiligheid van haar burgers te waarborgen. Daarom is het belangrijk dat er tempo in het proces van het huisvesten van legaal verblijvende dak- en thuislozen zit. Het mag geen maanden duren voordat de keuze gemaakt is en de consequenties worden getrokken. Acceptabel en haalbaar lijkt één of

twee dagen. Keuze voor begeleiding betekent aanmelding bij een coach, die de overlast gaat bestrijden bij het wonen. Het juiste tempo van de coach is alleen haalbaar door goede afspraken te maken met huisvestingsleveranciers.

Deze afspraken kunnen worden vastgelegd op gemeentelijk niveau in convenanten tussen diverse partners, waaronder de gemeente, politie, woningcorporatie(s), bijvoorbeeld het Leger des Heils en andere partners. Het gaat hierbij dus om afspraken op lokaal en regionaal niveau.

Ontbureaucratiseren

Op dit moment wordt er gewerkt aan het oplossen van de problemen via een stapeling van sectorale en dus te bureaucratische sporen: VWS, SOZA, VROM, Justitie en BZK. Bovendien zijn er voor de opvang wachtlijsten. Teveel en niet afgestemde regelgeving vanuit Den Haag zorgt op dit moment voor een versnipperde sociale opvang. Het CDA wil op dit sociale beleidsonderdeel ontbureaucratiseren, waardoor er effectievere oplossingen gecreëerd kunnen worden binnen een sluitend stelsel. Bovendien komt deze werkwijze ten goede aan de groep die hulp nodig heeft en perspectief moet worden geboden.

De gemeenten krijgen wat ons betreft meer bevoegdheden om overlast in wijken en buurten aan te pakken en beheersbaar te maken. Overlastveroorzakers kunnen op basis van een adequate Algemene Plaatselijke Verordening door de gemeente aangepakt worden. Het CDA wil de bevoegdheden van gemeenten overigens verruimen. De gemeenten krijgen de mogelijkheid voor het introduceren van de bestuurlijke boete voor het bestrijden van graffiti, geluidsoverlast en zwerfvuil etc.

Met de opbrengst kunnen gemeenten toezichthouders voor de publieke ruimte aanstellen.

Hierdoor worden wijken en buurten in steden leefbaarder en veiliger en krijgen de overlastveroorzakers een nieuw perspectief. De woningcorporatie biedt de woning aan, de gemeente zorgt ervoor dat via bijstand en huursubsidie de woning betaalbaar is en bijvoorbeeld het Leger des Heils wordt ingezet. Uiteraard kunnen ook andere bij de Federatie Opvang aangesloten organisaties deelnemen. Overigens

stelt het CDA voor om voor de dak- en thuislozen een soort legitimatiepas (vergelijkbaar met een 65+-kaart) te ontwikkelen. Hierdoor kunnen zij efficiënt geholpen worden bij de sociale diensten en toegang krijgen tot laagdrempelige voorzieningen. Bovendien ontstaat er dan meer zicht op de opvang van en het aantal dak- en thuislozen.

Via de Sociale Pijler en het rijksbudget stedelijke vernieuwing van de G-30, waarvan de maatschappelijke opvang onderdeel uitmaakt worden resultaatgerichte taakstellingen afgesproken. Overigens kunnen de gemeenten via prestatieafspraken met de woningcorporaties prima invulling geven aan de gewenste sluitende sociale opvang. Doordat er dan sprake is van een verplichte woningtoewijzing met een verplichte begeleiding/coaching wordt er echt perspectief geboden aan de groep overlastveroorzakers.

Start en monitoring

Het CDA stelt voor in de G-4 te beginnen en in de overige G-30 gemeenten met de grootste problemen (afhankelijk van het beschikbare budget) die resultaatgerichte afspraken met het Rijk te maken in het kader van de stedenconvenanten via het ministerie van BZK. Dus niet sectoraal of per doelgroep, maar integraal, voor de volledige doelgroep overlastveroorzakers. Hierdoor zal het recht van burgers op een leefbare en veilige woonomgeving meer in balans komen met de aanpak van overlastveroorzakers, die nu te vrijblijvend is. De monitoring van deze aanpak gebeurt niet van achter het bureau, maar dient te gebeuren in de wijk, door het wijkbeheer en wijkpolitie, tussen de buitendienstmensen van de gemeente, de corporatiemedewerkers en medewerkers van bijvoorbeeld het Leger des Heils. De regie van de monitoring ligt bij de gemeenten.

WAT IS DE INZET VAN DE PARTNERS?

Woningcorporaties

Door hun aanwezigheid in wijken en buurten in de steden fungeren woningcorporaties als vanzelfsprekend als bindende factor in netwerken van maatschappelijke

organisaties en overheidsinstanties. Die inzet heeft geresulteerd in een breed scala aan (vaak onrendabele) woonprojecten voor kwetsbare en minder zelfredzame mensen. Corporaties zijn bereid die inspanningen te vergroten. Dat vergt meer investeringen in mensen en middelen. Daarom vragen corporaties terecht meer ruimte voor maatschappelijk ondernemerschap. Corporaties nemen ook steeds meer preventieve maatregelen om mensen voor een «val op de straat» te behoeden. Veel corporaties hebben een zogeheten tweedekansbeleid, dat bestaat uit onder meer een aangescherpt (sociaal) incassobeleid en samenwerking met zorginstanties en budgetbewakers. Allemaal vangnetten voor het binnenboord houden van probleemgroepen, zoals notoire wanbetalers en herrieschoppers. Dat die dan wél hun gedrag moeten verbeteren, spreekt voor zich.

Leger des Heils

Het Leger des Heils is in staat integraal problemen aan te pakken. Dat houdt in: maatschappelijke opvang, jeugdbescherming, reclassering, thuiszorg, inkomensbeheer, ambulante aanbod vervat in een integrale aanpak. Daarnaast vervult het Leger des Heils een brugfunctie, dat wil zeggen: problemen inventariseren, oplossen en wegen zoeken naar de reguliere hulpverlening. Maar alles begint met een dak boven het hoofd en dus een verblijfplaats. Omdat het Leger des Heils aanwezig is in de meeste grote(re) steden is er landelijke spreiding van voorzieningen. Het Leger des Heils neemt een belangrijke plaats in in het netwerk van hulp en zorg en is stevig verankerd in de reguliere zorg- en hulpverlening. Ook andere bij de Federatie Opvang aangesloten organisaties kunnen deelnemen.

Overheid: niet gedogen

Helaas is er sprake van versnippering van de (krachten van) betrokken instanties, mensen en middelen met als gevolg een te geringe effectiviteit in het optreden. Terecht stelt de regering in het vorige week gepresenteerde plan «Naar een veiliger samenleving», dat er sprake is van een te lang volgehouden gedoogcultuur en «tolerantie» ten opzichte van overlastgedrag in de

(semi-)publieke ruimte. Het CDA vindt het passend in het waarden- en normendebat om een actiever ingrijpen van de overheid te eisen.

Overheid: ontbureaucratiseren en bundelen

Er zijn op dit moment diverse mogelijkheden om bij algemene maatregel van bestuur, in het kader van de Woningwet, bij besluit via specifieke uitkeringen, via de Sociale pijler en via het ISV-kader gelden beschikbaar te stellen voor onder andere de maatschappelijke opvang. Het CDA wil deze instrumenten effectiever in gaan zetten door ontbureaucratisering, ontschotting en bundeling van middelen en instrumenten. De Algemene Rekenkamer heeft onlangs ook gewezen op de versnipperde financiering van de hulpverlening aan dak- en thuislozen. Dit komt de hulpverlening niet ten goede.

Overheid: actiever bij voorkomen schulden

De overheid dient ook aandacht te geven aan het voorkomen van schulden. In verschillende gemeenten is goede ervaring opgedaan met vroegtijdige signalering in samenwerking met woningcorporaties en energiebedrijven. Als mensen eenmaal schulden hebben, dan is een snelle aanpak geboden. Dit voorkomt ook dat het aantal dak- en thuislozen nog verder groeit. Woningcorporaties zijn tot nu toe succesvol geweest om huisuitzettingen te voorkomen door het voeren van een preventief beleid.

Overheid: ruimte voor gemeenten

Door het vergroten van de beleidsruimte voor gemeenten kunnen gemeenten via prestatieafspraken met de woningcorporaties, door het opstellen van gemeentelijke convenanten met de hulpverlening en door het effectiever inzetten van bestaande en nieuwe instrumenten en middelen zelf een sluitende sociale opvang voor overlastveroorzakers tot stand brengen. Daarnaast is het van belang dat gemeenten een actief beleid voeren door toezicht op de woningvoorraad en het bestrijden van illegale onder(ver)huur. Door het verbinden van de GBA met de WOZ-gegevens

en de Sofi-nummers krijgen gemeenten meer mogelijkheden om tegen illegale onder(ver)huur op te treden.

Voorts wil het CDA dat gemeenten overlastveroorzakers op basis van een adequate Algemene Plaatselijke Verordening kunnen aanpakken. De gemeenten krijgen de mogelijkheid voor het introduceren van de bestuurlijke boete voor het bestrijden van graffiti, geluidsoverlast en zwerfvuil etc. Met de opbrengst kunnen gemeenten toezichthouders voor de publieke ruimte aanstellen.

Kosten

De kosten van huisvesting zijn binnen de bestaande openeinde-regeling te dekken. De kosten waarvoor extra geld nodig is, zijn de kosten voor coaching/begeleiding. Deze kosten zijn te ramen op € 5 000 per persoon per jaar (€ 5 mln. per 1000 mensen). Via de Sociale Pijler en de Integrale Stedelijke Vernieuwing (ISV/ISVP) in het kader van het grotestedenbeleid kan deze bijdrage worden verleend. Bij de begrotingsbehandeling BZK zal het CDA in het kader van het grotestedenbeleid dit plan verder toelichten. Bij de begrotingsbehandeling VWS zal de CDA-fractie ingaan op de zorgkant van dak- en thuislozen.

10 000 EXTRA VEILIGHEIDSBANEN

Veiligheid, scholing en werkgelegenheid in de publieke ruimte

1. Inleiding

De burger heeft recht op een veilige en leefbare woonomgeving. Het CDA geeft leefbaarheid, veiligheid en handhaving een belangrijke plaats op de politieke agenda. Burgers geven aan dat de politiek verslonsde en vergeten wijken moet aanpakken en perspectief moet bieden. Uit de Politie-monitor Bevolking 2001 blijkt, dat bijna de helft van de burgers (48%) hondenpoep op straat als probleem noemt. Verder scoren hoog: rommel op straat (29%), vernieling van straatmeubilair (19%), overlast door groepen jongeren (13%) en bekladding van muren (13%).

Het CDA-plan voor veiligheid, scholing en werkgelegenheid in de publieke ruimte is een onderdeel van de totale veiligheidsketen. Naast de nodige repressieve middelen zijn er ook preventieve middelen noodzakelijk. Voorkomen is beter dan genezen. Het CDA vindt het van groot belang, dat de overheid investeert in gezins- en jeugdbeleid en onderwijs. De overheid moet duidelijk zijn in wat mag en wat niet mag. Regels moet de overheid ook handhaven; overtredingen moet zij bestraffen. In ons land is de ruimte tussen regels stellen en handhaven veel te groot geworden. Teveel overtredingen en overlastsituaties zijn stap voor stap tot het normale straatbeeld gaan horen. Zo kan er een niemandsland ontstaan dat ergernis wekt bij burgers en onverschilligheid in de hand werkt.

Dit achterstallig onderhoud wil het CDA samen met medeoverheden, maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven en burgers wegwerken. Dat lukt niet van de ene op de andere dag, maar het CDA wil dat niemandsland wel stap voor stap terugdringen. Het CDA wil erop toezien dat de overheid bij het stellen van regels ook de handhaafbaarheid toetst. Er moet worden opgetreden tegen kleine ergernissen/overtredingen zoals graffiti, vernielingen, geluidsoverlast en malafide onderverhuur in met name de grote steden.

Burgers in die steden vragen de overheid om daadkracht te tonen bij het aanpakken van overlastveroorzakers en kleine alledaagse ergernissen. Het CDA wil drie vliegen in één klap slaan: verbeteren van de leefbaarheid/veiligheid, scholing/werkgelegenheid en de handhaving via het toezicht in de publieke ruimte.

2. Doelstelling

Doel is het veiliger en leefbaarder maken van stadswijken, buurten, dorpen en kernen door het creëren van tienduizend nieuwe reguliere veiligheidsbanen in de publieke ruimte, in te vullen door geschoolde mensen. Hierdoor worden de gemeentelijke en de politie-veiligheidskolom versterkt.

Het versterken van de gemeentelijke veiligheidskolom gebeurt door het investeren in reguliere veiligheidsbanen via de opbrengsten uit de bestuurlijke boetes door gemeenten. De handhaving capaciteit bij individuele gemeenten of samenwerkingsverbanden van gemeenten kan via dit plan sterk worden vergroot. Dit komt de werkgelegenheid op gemeentelijk niveau ten goede. Ook geeft deze opzet een betere invulling, uitvoering en handhaving van de gewenste integrale veiligheidsprogramma's. De democratische legitimatie wordt versterkt, waar de gemeenteraad het kader, het integraal veiligheidsprogramma vaststelt. Vanzelfsprekend houdt de politie de regie als het gaat om de uitvoering van veiligheidstaken. Het is van groot belang dat er op basis van de integrale veiligheidsprogramma's concrete resultaatafspraken worden gemaakt tussen gemeente en politie over de inzet van toezichthouders, opsporingsambtenaren en politiemensen (zoals b.v. in Rotterdam).

Het versterken van de politiekolom gebeurt via het benutten van de lagere loonschalen. Bepaalde functies, zoals teleservicemedewerker en baliemedewerker, kunnen ook ingevuld worden door het inzetten van (particuliere) boa's. Hierdoor kunnen bepaalde (administratieve) taken, die nu uitgevoerd worden door echt blauw, worden

uitgevoerd door reguliere banen in de loonschalen 1 tot en met 3. Het «echte» blauw, dat deze taken nu uitvoert, wordt dan effectiever op straat: «blauw meer op straat.» Ook de doorstroom van stadswachten via I/D-banen (Melkertbanen) richting gemeenten en politie wordt via dit plan gestimuleerd. Vanzelfsprekend is het niet aan de politiek om zaken op te leggen in de sfeer van arbeidsvoorwaarden. Wel doet het CDA een oproep aan CAO-partijen om deze zaken te regelen.

Doelmatigheid en doeltreffendheid van de politie en de rechtshandhaving worden versterkt door onder andere «optimaal gebruik van bestuurlijke boetes», zo stelt het strategisch akkoord. In zijn verkiezingsprogramma heeft het CDA bepleit dat gemeenten bestuurlijke boetes kunnen opleggen voor kleinere overtredingen. Het CDA steunt dan ook de goede voorname van het kabinet op dit punt en wil met deze notitie een voorzet geven.

3. Waarom bestuurlijke boete?

In de openbare ruimte worden allerlei kleine overtredingen gepleegd die hinder veroorzaken voor andere burgers in de stadswijk. Bij politie en openbaar ministerie heeft het optreden hiertegen geen hoge prioriteit. Er is onvoldoende capaciteit en de prioriteiten liggen bij zwaardere delicten (zie bijvoorbeeld ook de opmerkingen van hoofdcommissaris Visser van de regiopolitie Kennemerland, over quota). Deze kleine overtredingen leiden tot verloedering van de openbare ruimte en laten een afnemend besef zien van waarden en normen. Gemeenten worden direct met deze gevolgen geconfronteerd en willen daarom deze overtredingen aanpakken en een halt toeroepen. Op het ogenblik hebben zij evenwel nauwelijks bevoegdheden daarvoor en zijn zij afhankelijk van politie en uiteindelijk ook het openbaar ministerie. Deze hebben, zoals gezegd, voor het optreden tegen dergelijke overtredingen nauwelijks capaciteit of het is geen prioriteit. Met de bestuurlijke boete kan de gemeente zelf direct en adequaat optreden en de pakkans vergroten.

De inkomsten uit boetes kunnen dan worden ingezet voor uitbreiding van de handhavingscapaciteit.

4. Ervaringen

Het zelf willen aanpakken van de overtredingen baseren de gemeenten op hun positieve ervaringen met de fiscalisering van parkeer-overtredingen. Neem de ervaringen in de gemeente Den Haag. Vóór de fiscalisering waren er veel overtredingen, was de betalingsgraad laag en had de handhaving bij de politie geen prioriteit. Na invoering van de fiscalisering met daarbij forse inzet van gemeentelijke handhavers is de betalingsgraad gestegen naar ruim 80%, zijn er veel minder overtredingen en worden jaarlijks rond de 100 000 boetes opgelegd. In totaal zijn voor de handhaving van het parkeerbeleid tachtig parkeercontroleurs actief. Met de fiscalisering is de stad Den Haag beter bereikbaar en leefbaarder geworden.

5. Snelle invoering

Snelle en brede invoering van bestuurlijke boetes is juist nu voor de gemeenten van groot belang. En wel om twee redenen:

- Vergroten van de veiligheid en direct optreden door de overheid hebben (ook landelijk) prioriteit. Intensivering op het gebied van handhaving en toezicht is geboden om de pakkans te verhogen.
- Het omzetten van I/D-banen in gewone banen brengt meer loonkosten met zich mee en kan ertoe leiden dat de capaciteit van de gemeente om overtredingen te signaleren vermindert. Overigens gaan de gemeenten over de prioriteitstelling m.b.t. tot deze banen. Welke gemeente geeft geen prioriteit aan veiligheid?

Belangrijk is dat de feiten die onder de bestuurlijke boete gaan vallen, ook onder het strafrecht blijven. Zowel politie als gemeente kunnen dan (blijven) optreden. Het zou immers gezagsondermijnd werken als b.v. een fietser over het trottoir rijdt en een agent daartegen niet zou kunnen optreden.

6. Welke kleine overtredingen?

Het gaat om de volgende overtredingen, maar de opsomming is niet uitputtend:

- van de **APV**: verontreiniging van weg en water; illegaal plakken en graffiti; hondenpoep; plaatsnemen van terrassen en uitstallingen; kappen van bomen-, straathandel; straatmuzikanten; sluitingstijden recreatievoorzieningen; vernielingen en vandalisme; wegonderbrekingen; parkeren van vrachtwagens, caravans, bussen en aanhangwagens; wildplassen; alcoholgebruik op de openbare weg; samenscholing bij verbod; zwartrijden; geluidsoverlast; negeren verbod mechanische muziek (stranden e.d.)
- van de **Wet milieubeheer**: het verkeerd aanbieden van afval; illegaal grofvuil en geluidsovertredingen;
- van de **Wegenverkeerswet**: het fietsen op trottoirs; fietsen zonder licht; door rood licht rijden en het onder de Wet Mulder vallende foutparkeren;
- van de **Woningwet**: illegale bouwwerken; gebruiksveranderingen; rolluiken en schotelantennes.

7. Boete-inkomsten

Zoals gebruikelijk bij bestuurlijke boetes komen de inkomsten in beginsel ten goede aan het bestuurlijk orgaan van uitvoering, in dit geval de gemeenten.

Cijfers landelijk

Om een indicatie te kunnen geven om welke aantallen overtredingen gaat het en welke inzet is daarbij nodig de volgende gegevens. Beschikbaar zijn alleen cijfers over de overtredingen van de APV en de Wegenverkeerswet. Deze vallen bij de politie onder de «mini-pv's». Volgens de politie worden landelijk zo'n 7,5 miljoen (kleine) overtredingen van de APV en de Wegenverkeerswet door de korpsen geverbaliseerd.

Cijfers Den Haag

Bij de politie Haaglanden gaat het om 400 000 processen-verbaal, waarvan ruim 200 000 in Den Haag. Het verbaliseren van deze overtredingen heeft overigens geen grote prioriteit bij de politie. Het werkelijke aantal overtredingen zal dus aanzienlijk hoger zijn.

Hieronder wordt uitgegaan van jaarlijks minimaal 200 000 verbalen in Den Haag. Dit aantal is bereikbaar

bij lage prioriteit in de handhaving en kan dus worden gezien als structureel. 200 000 boetes geven minimaal aan inkomsten € 9,2 miljoen (laagste boete is € 46). Bij invoering van bestuurlijke boetes voor kleine overtredingen komt dit in beginsel ten goede aan de gemeente. Bij € 9,2 miljoen aan inkomsten kunnen in Den Haag ruim 170 handhavers op boa-niveau worden ingezet. Bij parkeercontrole worden ruim 100 000 verbalen verstrekt met rond 80 controleurs. Uitgegaan is van de inkomsten en cijfers van parkeercontrole.

8. Scholing

Voorwaarde voor het invullen van reguliere banen is kwaliteit voor de veiligheidsbanen via wervings- en selectie-eisen en scholing. De strafbare feiten die onder de bestuurlijke boete gaan vallen bepalen het instapniveau en de opleiding van de «toezichthouder». Voor de diverse te creëren nieuwe veiligheidsbanen is maatwerk noodzakelijk op het gebied van scholing. Door te investeren in scholing wordt deze mensen perspectief geboden. Wanneer het Politie Onderwijs- en Kenniscentrum LSOP in 2003 de capaciteit voor het opleiden van agenten niet volledig kan benutten, dan stelt het CDA voor deze tijdelijke overcapaciteit te benutten voor het scholen van toezichthouders publieke ruimte bij de gemeenten en toezichthouders/buitengewone opsporingsambtenaren en administratief veiligheidspersoneel. Het afbouwen van de politie-opleidingscapaciteit is kapitaalvernietiging en kost voor het eerste jaar net zo veel als het in stand houden. Daarnaast zullen andere opleidingsmogelijkheden moeten worden benut. Het ministerie van BZK zal dan wel zijn beleid ten aanzien van eindtermen en de inhoud van de training moeten inbrengen bij deze externe partners. Een van deze partners is Parcon, onderdeel van de Securicor-groep. Parcon levert als detacheringbureau al bijna tien jaar toezichthouders en opsporingsambtenaren aan gemeenten. De kwaliteitseisen voor de screening bij werving en selectie zijn dezelfde als bij de politie.

9. Verruimen bevoegdheden boa's

Bij circulaire van 6 mei 2002 heeft de minister van Justitie een nieuwe functielijst voor buitengewoon opsporingsambtenaren (boa's) vastgesteld. Hierin zijn de opsporings-, politie- en geweldsbevoegdheden van de betreffende boa-functie aangegeven. Het aantal functies is teruggebracht. De vereenvoudiging beoogt het verhogen van de flexibiliteit van de inzet van de buitengewoon opsporingsambtenaar en heeft het positieve gevolg dat er een snellere doorlooptijd voor de administratieve procedures wordt bewerkstelligd. Het uitgangspunt is dat opsporing een overheidstaak is. Boa's zijn dus in dienst bij de overheid of bij een private rechtspersoon die voor 100% is handen van de overheid is en blijft (voorbeeld het Almelose model). Een uitzondering wordt gemaakt voor de uitoefening van specifieke en beperkte taken. Hierbij denkt het CDA bijvoorbeeld aan de groene boa's en de particuliere boa's die onder de regie van de politie of gemeente toezicht houden in de publieke ruimte en boa's die ingezet worden als teleservicemedewerker of baliemedewerker.

Het CDA wil waar mogelijk de bevoegdheden van boa's verruimen (b.v. territoriale bevoegdheden, gebruik van handboeien). Hierbij valt te denken aan: groene boa (o.a. boswachter, natuurwachter, jachtopziener) toezichthouder openbare ruimte, gemeente-boa, buitengewoon opsporingsambtenaar van politie (o.a. arrestantenverzorger en arrestantenbewaker). De integrale notitie van de regering over taken en bevoegdheden van boa's zal zo spoedig mogelijk in de Kamer besproken moeten worden.

Het toekennen van wapenstok en vuurwapen aan boa's in dienst van de politie geschiedt op grond van de Uitrustingsregeling politie 1994 door de ministers van BZK en Justitie gezamenlijk.

Op 1 januari 2002 is de Regeling toetsing geweldsbeheersing politie (RTGP) in werking getreden. In deze regeling worden regels gesteld inzake de toetsing van ambtenaren

ter zake van geweldsbeheersing, aanhoudings- en zelfverdedigingvaardigheden en schietvaardigheden.

10. Werkgelegenheid: 10 000 extra banen

In het CDA-verkiezingsprogramma staat dat er 10 000 extra agenten/rechercheurs/toezichthouders bij zullen komen. Dit CDA-plan geeft hier de invulling aan. De komende jaren wil het CDA een impuls geven aan het uitbreiden van 10 000 extra veiligheidsbanen en waar mogelijk effectiever maken van bestaande veiligheidsbanen de komende vier jaren:

- uitbreiden 4000 fte politie/recherchebanen; begroting BZK;
 - uitbreiding met minimaal 3000 toezichthouders publieke ruimte via o.a. bestuurlijke boetes door gemeenten; begroting BZK/Justitie;
 - benutten van lagere loonschalen onder 4 bij de politie, waardoor 3000 banen gerealiseerd kunnen worden; begroting BZK en SZW;
 - invullen van 8000–10 000 opleidingsplaatsen bij het LSOP (agenten/rechercheurs; vervanging en uitbreiding); begroting BZK;
 - effectiever maken van buitengewone opsporingsambtenaren onder regie van de gemeente of politie; begroting Justitie/BZK;
 - mensen die onder de Tijdelijke ouderenregeling (TOR) vallen mogen tijdelijk langer werken; begroting BZK. (De kosten om TOR-gerechtigden tijdelijk langer te laten werken op vrijwillige basis, zijn voor 200 politiemensen € 500 000 incidenteel.)
- Extra stimuleringskosten € 40 mln. worden gedekt uit de begrotingen BZK (± € 20 mln.) en SZW (± € 20 mln.). Het ministerie van Justitie zal zijn wet- en regelgeving moeten aanpassen.

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 2003 (28 600-XVI)

Vraag van de heer Bos (PvdA) over geneesmiddelenvergoeding

Zoals in de brief aan de Kamer van 20 november jl. over de taakstelling geneesmiddelen is aangegeven, zijn binnen deze kabinetsperiode geen ingrepen in het pakket gepland. Wel zijn op ambtelijk niveau inmiddels de verschillende mogelijkheden voor pakketbeperking in kaart gebracht. Overigens is de beperking van de vergoeding van cholesterolverlagers en maagzuurremmers tot dusver niet overwogen. Momenteel worden de haalbaarheid, uitvoerbaarheid en consequenties van de verschillende opties nader onderzocht, onder meer door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Voor zover mogelijk worden hierbij ook de financiële consequenties voor patiënten in beschouwing genomen. Een besluit over een eventuele beperking van het ziekenfondspakket zal door een nieuw kabinet genomen kunnen worden.

Vraag van de heer Bos (PvdA) over eigen bijdrage AWBZ

De aftrek van € 340 voor verzekerden die verblijven in Het Dorp, gezinsvervangende tehuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen, de verpleeginrichtingen Amstelrade te Amstelveen, Nieuw Unicum te Zandvoort en het Zeehospitium te Katwijk aan Zee vervalt omdat met ingang van 1 april 2003 de zorg waarop op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aanspraak bestaat functiegericht wordt omschreven. Dit functiegerichte systeem houdt onder meer in dat niet meer geregeld wordt welke instelling welke zorg verleent. Een aftrek die gekoppeld is aan specifiek in de aanspraak genoemde categorie van instellingen is in een functiegericht systeem dus niet uitvoerbaar.

Bij de invoering van de extra aftrek was uitgangspunt dat met name in de hiervoor genoemde instellingen mensen verbleven met een grotere sociale redzaamheid. De koppeling aan specifieke instellingen is gekozen met het oog op de uitvoerbaarheid. Het is inmiddels niet meer zo dat met name alleen in de desbetreffende specifiek genoemde instellingen mensen met een grotere sociale redzaamheid verblijven. Ook voor andere verzekerden was daarom een verruiming van het zak- en kleedgeld gewenst. Een verruiming van het zak- en kleedgeld voor alle verzekerden is inmiddels bewerkstelligd met de uitvoering van de motie-Melkert (Kamerstukken II 199/00, 26 8000, nr. 8).

De keuze nu is de extra aftrek waarvan een klein deel van de verzekerden nog profiteren, af te schaffen of voor alle bijdrageplichtigen in te voeren. Voor het invoeren van de extra aftrek voor alle bijdrageplichtigen zijn echter geen financiële middelen beschikbaar. Er zijn namelijk ongeveer 240 000 bijdrageplichtigen. De extra aftrek geldt thans voor ongeveer 22 000 verzekerden. Het verruimen van het zak- en kleedgeld voor alle bijdrageplichtigen zou meerkosten van ongeveer € 74 miljoen op jaarbasis inhouden. Daarom is er voor gekozen de extra aftrek af te schaffen. Van belang daarbij is dat ook door andere maatregelen, zoals de invoering van de fiscale jonggehandicaptenkorting en de fiscale ouderenkorting het vrij besteedbaar inkomen (het netto-inkomen na het betalen van de eigen bijdrage) van bijdrageplichtigen is verbeterd.

Tot slot zij opgemerkt dat de bewoners die op 31 december 2002 in genoemde instellingen verblijven en de desbetreffende eigen bijdrage betalen nog tot 1 januari 2007 profiteren van de extra aftrek. Als

overgangsregeling bij de per 1 januari 2003 van kracht wordende maatregel om het verzamelinkomen als grondslag voor de vaststelling van de hoogte van de eigen bijdrage te gaan hanteren, geldt namelijk dat voor deze bewoners de eigen bijdrage gedurende 4 jaar slechts wordt geïndexeerd met het indexcijfer waarmee ook de AOW-uitkering wordt geïndexeerd.

Vraag van de heer Bos (PvdA) over privéklinieken

In het verleden is er bewust voor gekozen om individueel werkende dokters niet onder het vergunningsstelsel van de Regeling zelfstandige behandelcentra te brengen. Dit zou voor hen een onnodige administratieve belasting met zich mee brengen. Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg hecht ik overigens ten zeerste aan de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van zorg van goede kwaliteit en veiligheid. Daarnaast ben ik van mening dat de zorgverzekeraars via de zorgcontractering invloed hebben op de kwaliteit van de zorg, ook op die van de zorg verleend door privéklinieken. De zorgverzekeraars hebben dan ook een belangrijke verantwoordelijkheid. Zij moeten niet alleen kijken naar de productie en de doelmatigheid, maar ze zullen bij de inkoop van zorg ook meer oog moeten hebben voor de kwaliteit van de te leveren zorg.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over bezuiniging op het Nederlands Kanker Instituut

In de vraag ligt de veronderstelling besloten dat er een min of meer direct verband is tussen de hoogte van de subsidie aan het NKI en de lengte van de wachttijden bij oncologie. Dat is niet het geval, want anders zou de oplossing voor het probleem van de wachttijden simpel zijn: verhoog de subsidie aan het NKI. Dat betekent dat we ten aanzien van de subsidie voor het NKI net als bij de andere subsidie-ontvangers een zakelijke afweging moeten maken en prioriteiten moeten stellen binnen de niet onbeperkte budgettaire mogelijkheden op de VWS-begroting. Die afweging is gemaakt en – ter geruststelling van mevrouw Arib – er

zal volgend jaar geen sprake zijn van een korting van 2,5% op de subsidie voor het NKI. Dat heb ik in een brief aan uw Kamer afgelopen vrijdag aangegeven. De subsidietaakstelling op de VWS-begroting wordt immers ingevuld via een korting op de sectorfondsen en het niet uitkeren van het restant van de prijsbijstellingstranche 2002. Voor de details verwijs ik naar genoemde brief.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over aantal opleidingsplaatsen verpleegkundigen

De NVZ heeft via een enquête geïnventariseerd hoeveel extra opleidingsplaatsen er in 2002 in de algemene ziekenhuizen gerealiseerd zouden konden worden t.o.v. 2001 n.a.v de Ctg-beleidsregel. Uit de enquête bleek dat 674 extra plaatsen gerealiseerd zouden kunnen worden. Uit de inventarisatie van de NVZ naar het werkelijke aantal gerealiseerde plaatsen in 2002 t.o.v. 2001 blijkt dat er 379 extra opleidingsplaatsen zijn gerealiseerd. De Ctg-beleidsregel op basis waarvan het aanbieden van extra plaatsen voor de zgn. wachtlijstgerelateerde opleidingen wordt vergoed geldt met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2002. Hiermee is de financiële randvoorwaarde geschapen voor extra opleidingen per 1 januari 2002. De realisatie blijft achter bij de verwachtingen vanwege het feit dat instellingen al enkele jaren extra opleidingsplaatsen creëren. Desondanks is het de algemene ziekenhuizen gelukt in 2002 379 extra opleidingsplaatsen te creëren.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over verloskunde

Tussen Zorgverzekeraars Nederland, KNOV en VWS is overeenstemming bereikt over diverse maatregelen in de verloskundige zorg. Dit betreft o.a. de regionale ondersteuning, het verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg (Prover), de regionale implementatie van kwaliteit en de applicatiecursus voor verloskundigen uit EU landen. Per saldo zijn alle maatregelen zoals afgesproken in juli 2000 nagekomen. De werkdrukmiddelen voor achterstandswijken maakten onderdeel uit van het totaal aan toen beschikbaar gestelde middelen.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over kleinschaligheidstoeslag en financiële problemen kleine ziekenhuizen

Een fonds voor een kleinschaligheidstoeslag is nooit aan de orde geweest. Wel is er twee jaar geleden een aanpassing geweest in de budgetteringssystematiek waarvan met name kleine ziekenhuizen hebben geprofiteerd. Op mijn verzoek heeft het CTG bij de aanpassing van de budgetteringssystematiek per 1 januari a.s. opnieuw de financiële positie van kleine ziekenhuizen verbeterd. Dat gebeurt opnieuw door het optrekken van de bodem in het systeem van schaalgrootte-klassen. Ging het de eerste keer om 50 miljoen gulden, nu gaat het volgens het CTG om 14 miljoen euro.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA), de heer Buijs (CDA), mevrouw Van Geen (D66), mevrouw Kant (SP) en de heer Rouvoet (ChristenUnie) over bezuiniging op het budget ZonMw

In 2003 zal conform de voorliggende begroting € 47,1 mln aan ZonMw beschikbaar worden gesteld. In 2004 wordt rekening gehouden met € 36,1 mln. Beide bedragen betreffen een incidentele verhoging van het structureel verlaagde budget van € 28,6 mln. 2003 is ook volgens ZonMw geen probleem. Het totale budget 2003 wordt besteed aan de uitvoering van projecten in de lopende, dat wil zeggen door VWS opgedragen en goedgekeurde programmering van ZonMw. Dit komt doordat de uitvoering van de in het verleden gestarte programma's op een aantal onderdelen vertraagd is. De uitvoering van de lopende programma's ligt overigens niet stil: de uitvoering van projecten in het kader van het preventieprogramma 1998-2002, zal na 2002 nog enkele jaren doorlopen. In 2003 en 2004 kan ZonMw nieuwe programma's, waaronder het preventieprogramma voorbereiden. Hiertoe zal ook binnenkort opdracht gegeven worden. Echter, binnen het macrokader dat per jaar in de VWS-begroting wordt vastgelegd kan de start van de nieuwe programma's (en daarmee de feitelijke uitgaven) pas vanaf 2005 plaatsvinden. Dan valt namelijk, overigens nog maar zeer beperkt, geld vrij doordat oude projecten aflopen. De verschillende sprekers

verzoeken om het budget structureel terug te brengen naar het oude niveau van € 40 mln. Zoals gezegd wordt in de voorliggende begroting reeds rekening gehouden met een hoger bedrag voor 2003, namelijk zelfs € 47,1 mln. teneinde de lopende programmering te faciliteren. De door de verschillende sprekers gewenste structurele ophoging speelt derhalve pas vanaf 2004. Het budget in de VWS-begroting is dan namelijk € 36,1 mln. Het budget 2004 is echter een zaak van het nieuwe kabinet. De dekking die de heer Buijs aangeeft kan daarom beschouwd worden als een suggestie voor het nieuwe kabinet. Overigens kan nog het volgende opgemerkt worden. ZonMw heeft op basis van een inventarisatie van actuele onderwerpen een meerjarig overzicht opgesteld van de inhoud en kosten voor nieuwe programmering. De raming van ZonMw laat zien, dat de kosten op jaarbasis van alle programma's tezamen ruim hoger liggen dan € 40 mln. per jaar. Daarom zal ook een budget van € 40 mln nopen tot een stringente prioriteitstelling en grotere spreiding van de uitvoering van programma's over de jaren. Aangenomen mag worden dat het mogelijk zal zijn dat het nieuwe kabinet u in het voorjaar informeert over deze prioriteitstelling. Specifiek ten aanzien van het onderzoek naar het *Chronisch Vermoeidheidssyndroom*, waaraan mevrouw Arib refereert, kan de volgende toelichting gegeven worden. In de brief aan het ME-fonds, die u in afschrift in de loop van deze week zult ontvangen, wordt uiteengezet hoe VWS invulling geeft aan de toezegging om onderzoek te starten naar dit syndroom. De Gezondheidsraad heeft opdracht gekregen om te adviseren over het gewenste onderzoek, op basis van de stand van de wetenschap op dit gebied. Een dergelijk advies was noodzakelijk omdat de meningen bij de verschillende betrokken partijen over de aard van het gewenste onderzoek zeer uiteenlopend waren. De Gezondheidsraad zal, naar de laatst ontvangen informatie, medio 2004 een advies uitbrengen. Indien dit gelet op het Gezondheidsraadadvies, opportuun is, zal aan ZonMw en/of internationale gremia vanaf 2005 opdracht voor onderzoek gegeven worden.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over huiselijk geweld in allochtone kringen

De minister van Justitie heeft in aanvulling op een reeds verricht onderzoek onder de autochtone bevolking, een onderzoek laten verrichten naar het voorkomen en de aard van huiselijk geweld in allochtone kringen. De resultaten van dit onderzoek worden binnenkort naar de Kamer gestuurd. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zal de minister van Justitie, in aanvulling op het rapport Privé Geweld-Publieke Zaak, een plan opstellen voor het terugdringen van huiselijk geweld onder allochtone bevolkingsgroepen. Ook de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft u daarover onlangs bericht. Onder meer in het verlengde van deze voornemens laat ik op dit moment door het Trimbos instituut een onderzoek uitvoeren naar de instroom in de vrouwenopvang. De resultaten van dit onderzoek zijn volgend jaar voorhanden. Mede op basis van de uitkomsten van dit onderzoek en de resultaten van het Interdepartementaal Beleids-onderzoek Maatschappelijke Opvang zal ik mij beraden over de situatie in de vrouwenopvang, inclusief de capaciteit. Intussen voer ik overleg met de Federatie Opvang over de noodzaak tot en de inrichting van een helpdesk ter ondersteuning van de vrouwenopvang bij toelating van en hulpverlening aan vrouwen wier verblijfsstatus onduidelijk is en die vanwege huiselijk geweld hun toevlucht zoeken bij de vrouwenopvang.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA), mevrouw Kant (SP) en de heer Jense (LN) over kindermishandeling en «Ouders Online»

Aan de reflectie- en actiegroep kindermishandeling, RAAK, is na een aantal gesprekken een subsidie (49 980 euro) toegekend voor een voorbereidingsfase in de vorm van een onderzoek naar een effectieve aanpak gericht op de preventie van kindermishandeling. Dit door opvoedingsondersteuning, de opzet voor een systeem voor tijdige signalering van gevallen van kindermishandeling en het realiseren van een adequaat aanbod van hulpverlening bij kindermishande-

ling. Met RAAK is afgesproken dat na de voorbereidingsfase besloten wordt over aard en aantal van de pilots. De mogelijkheid voor het opzetten van meer dan één pilot is dus aanwezig. Op de VWS-begroting is voor de opzet van de pilots maximaal 250 000 euro per jaar gereserveerd voor de periode 2003–2005.

Op 18 november 2002 zijn er reeds schriftelijke vragen (2020303200) gesteld door het Kamerlid mevrouw Ferrier van het CDA over de financiële moeilijkheden van de website «Ouders Online» aan de staatssecretarissen van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volksgezondheid, Welzijn en sport. Deze vragen zullen binnen de daarvoor vastgestelde termijn worden beantwoord.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over aanmeten en controleren contactlenzen

Het aanmeten van contactlenzen dient inderdaad te gebeuren door daartoe goed opgeleide deskundigen. Het aanmeten en controleren van contactlenzen (voor zover niet op medische indicatie) betreft geen handeling op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Het gaat niet om aan de arts voorbehouden handelingen. Derhalve mag een ieder, mits bekwaam, deze handelingen verrichten. In ieder geval is het voor de gebruiker van belang om te weten of hij/zij van doen heeft met een deskundige beroepsbeoefenaar. Dat is in het geval van de oogarts en optometrist (in het belang van de volksgezondheid) van overheidswege gewaarborgd op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (kwaliteit in zorginstellingen) en de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (titelbescherming en kwaliteit van zorg). Daarnaast dient de branche door zelfregulering te voorzien in vergelijkbare kwaliteitswaarborgen ten aanzien van de contactlensspecialist. Het gebruik en de verkoop van contactlenzen speelt zich af buiten de gereguleerde gezondheidszorg. Goede informatie is hierbij essentieel. Dit is enerzijds een zaak van de branche zelf. Anderzijds is het ook de eigen verantwoordelijkheid van de individuele gebruiker om contactlenzen te gebruiken conform het advies. Ongelukken zoals schade aan de ogen van dragers van contactlenzen

ontstaan vaak door onjuist gebruik ervan. Dit staat dus los van de wijze waarop contactlenzen worden verkocht.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over wachtlijsten jeugdzorg

Het vorige kabinet heeft voor het aanpakken van de wachtlijsten in de jeugdzorg éénmalig extra middelen ter beschikking gesteld, op basis van het rapport van de Commissie Peer. Dit geld is nog in 2001 aan de doeluitkering van de provincies en grootstedelijke regio's toegevoegd. De provincies en grootstedelijke regio's hebben op basis hiervan eind 2001 plannen ingediend voor het aanpakken van de wachtlijsten jeugdzorg in 2001 en 2002, met name bij het bureau jeugdzorg en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. De provincies en grootstedelijke regio's hebben het geld begin dit jaar kunnen uitzetten bij de instellingen. Daar moest vervolgens nog personeel geworven worden, waardoor het effect van deze middelen pas bij de wachtlijsmeting van 1 januari 2003 verwacht mag worden.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over Stichting Korrelatie

De Stichting Korrelatie heeft in 2002 een subsidie ontvangen van € 667 000. Dit bedrag is ook voor 2003 weer gereserveerd voor de Stichting Korrelatie. Van een vermindering van de subsidie is dan ook geen sprake.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over stand van zaken intensive care

Voor de stand van zaken rondom de intensive care wil ik korthedshalve volstaan met een verwijzing naar de recent aan de Kamer aangeboden brief over de wachttijden in de curatieve zorg. In de bijlage, hoofdstuk 5, geef ik aan wat de stand van zaken is bij de intensive care.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over rookverboden in verzorgingstehuizen

Een belangrijk element in het tabakontmoedigingsbeleid is de bescherming van de niet-roker. Het instellen van rookverboden is een manier om de niet-roker (70% van de Nederlandse bevolking) te beschermen tegen tabaksrook. Conform de

gewijzigde Tabakswet dient van openbare voorzieningen gebruik gemaakt te kunnen worden zonder daarbij hinder of overlast van roken te ondervinden. Dat geldt dus ook en misschien wel vooral voor verzorgingstehuizen. Daar dient in gemeenschappelijke en openbare ruimten een rookverbod ingesteld en gehandhaafd te worden. Wel kan de beheerder van dergelijke instellingen een speciale rookruimte inrichten mits deze goed afsluitbaar is, zodat niet-rokers geen hinder of overlast van de tabaksrook ondervinden.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over de nota chronische ziekten

In een motie uit 2001 van de heer Buijs over een nota chronische ziekten stond de vraag centraal bij welke chronische aandoeningen door middel van een actief screeningsbeleid gezondheidswinst behaald kan worden en ziektelast en maatschappelijke kosten vermeden kunnen worden. In de reactie op deze motie heeft de toenmalige Minister Borst de Kamer laten weten dat het belang van een lange termijn visie op preventiemogelijkheden ten aanzien van chronische ziekten door het kabinet volledig onderschreven wordt. Echter, Minister Borst heeft destijds ook laten weten dat eerst beleidsinformatie verzameld diende te worden om te kunnen bepalen welke chronische aandoeningen in aanmerking komen voor een actief preventiebeleid en welke de meest (kosten)effectieve maatregelen dan zijn.

Ook werd een verbinding gelegd met de nota preventiebeleid, toen aangeduid als nota gezondheidsbeleid. Deze zal naar verwachting door het volgende kabinet aan de Kamer worden aangeboden. Eerder werd aan de Kamer een voortgangsverslag aangekondigd over de acties die naar aanleiding van de motie zijn genomen en de stand van zaken. Dit voortgangsverslag zal de Kamer nog voor het kerstreces bereiken, conform genoemde toezegging.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over preventie van diabetes

De aandacht die de heer Buijs vraagt voor preventiemaatregelen en een goede begeleiding van diabetes is terecht. Uit het vorige week gepresenteerde RIVM rapport VTV 2002 blijkt dat diabetes behoort tot

de sterkste stijgers als het gaat om vóórkomen van nieuwe ziektegevallen. Ook blijken er nieuwe risicogroepen te zijn zoals kinderen en jongeren. Dat is een verontrustend gegeven. Om die reden is een adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad in voorbereiding (werkprogramma 2003). Bovendien is het RIVM gevraagd om nader te adviseren over de risicofactoren voor diabetes, de risicogroepen en het zorggebruik en over preventieve maatregelen waarmee gezondheidswinst te behalen valt. Daarbij kan gedacht worden aan maatregelen in de sfeer van primaire preventie zoals voorlichting en de inzet op leefstijl zoals gezonde voeding en meer bewegen. Daarnaast gaat het om de vraag welke maatregelen in aanmerking zouden komen in het kader van vroege opsporing en voorkomen van diabetes door bijvoorbeeld de screening van risicogroepen en/of ongediagnosticeerde diabeten. Naast preventieve maatregelen is begeleiding van diabetes in de zorg invalshoek van beleid. Door partijen in het veld (patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd om de diabeteszorg kwalitatief te verbeteren. Uitgangspunt is de regionale ketenzorg-aanpak, waarbij huisartsen vaak samen met diabetesverpleegkundigen of praktijkverpleegkundigen een coördinerende rol spelen. Doel is dat best-practice op het gebied van diabeteszorg uiteindelijk ingebed wordt in de dagelijkse reguliere zorgverlening. In de nota preventiebeleid en in de nota preventie van chronische ziekten die het volgende kabinet naar verwachting aan de Kamer zal presenteren, zal ook worden ingegaan op diabetes. Het is aan het volgende kabinet om keuzes te maken ten aanzien van de meest effectieve maatregelen en de daarbij behorende investeringen.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over patiëntenbeleid

Vraaggerichte zorg is het uitgangspunt van dit kabinet. Een sterke positie van patiënten/consumenten acht ik hiervoor essentieel. De nota over het patiëntenbeleid «Met zorg kiezen» is tijdens een nota-overleg in maart 2002 met uw Kamer besproken. Deze nota geeft een invulling van het patiëntenbeleid dat dit

kabinet voorstaat.

Het gaat dan om:

- de versterking van de rechtspositie;
 - het voorzien in advies en begeleiding bij het formuleren van de vragen en het maken van keuzes voor degenen die dit nodig hebben;
 - het versterken van de inkoopmacht;
 - het versterken van de onderhandelingsmacht en
 - het voorzien in actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie op basis waarvan zorggebruikers zicht krijgen op de kwaliteit van de dienstverlening in de zorg en bij zorgverzekeraars.
- Op al deze gebieden zijn activiteiten gaande. In tegenstelling tot hetgeen in de laatste planningsbrief is gemeld, zal ik u hierover in het voorjaar van 2003 rapporteren.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over experimenten met DBC's

- a. In de brief van 9 september jongstleden van voormalig minister Bomhoff is aangekondigd dat de initiatiefrijke regio's niet worden gestimuleerd door regionale privileges af te kondigen en ook niet door op de stoel van artsen en directies van ziekenhuizen en zorgverzekeraars te gaan zitten. De partijen in de zorgsector dienen gebruik te maken van de bestaande mogelijkheden die zij hebben om de zorgverlening vorm te geven (die nog onvoldoende worden benut) en maximaal te gebruiken in het belang van de verzekerde, respectievelijk patiënt. Hiervoor worden de bevoegdheden en instrumenten binnen de bestaande wetten optimaal benut. Er is dus nooit sprake geweest van regionale experimenten waarvoor in de rest van het land «gewone» regels blijven gelden. Daarnaast laat de WVG geen regionaal verschillende experimenten toe.
- b. In Nederland is expliciet gekozen voor de DBC systematiek als uitgangspunt voor de bekostiging van ziekenhuizen. De DBC-systematiek is ontstaan eind jaren 90, uitgaande van de behoefte om het gehele ziekenhuis zorgtraject van de patiënt te typeren, vanaf het eerste contact met de medisch specialist tot het einde van de behandeling. De keuze voor de DBC systematiek, een verbreding van de reeds bestaande DRG variant, lijkt een

keuze voor de moeilijke weg. Echter ook de DRG is geen «ready made» concept. Implementatie van de DRG systematiek behelst een langdurige investering in het aanpassen en verfijnen van het concept. Hierbij is het belangrijk op te merken dat internationaal gezien het DRG concept zich richting de DBC systematiek ontwikkelt: verbreding van de systematiek voor dagbehandeling en polikliniek en verfijning van de bekostigingssystematiek middels toevoeging van behandeling binnen de codering. Bij DRG's is het niet mogelijk om de 1 miljoen dagopnamen en de 8 miljoen policontacten te bekostigen, alleen de 1,3 miljoen opnamen vallen binnen het bereik van de DRG's.

c. Bij «ruimte voor resultaat» worden lokaal afspraken gemaakt tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Hierbij is het dus mogelijk aanneemsommen af te spreken. Daarnaast wordt het introduceren van het sterrensysteem absoluut niet belet. Dit wordt echter in eerste instantie aan de lokale partijen overgelaten. Sterren en DBC's bijten elkaar niet. Integendeel, ze vullen elkaar goed aan. Het is een combinatie van transparantie en positieve beloning.

d. De zinsnede dat «dit systeem zal betekenen dat kleinere ziekenhuizen een positieve budgetaanpassing zullen ervaren» gaat over de FB-aanpassing in 2003. De variabilisering neemt toe. Dit betekent dat de mate waarop de omzet wordt gebaseerd meer van productie zal afhangen en minder van de omvang van het ziekenhuis. Hiervan profiteren de kleine ziekenhuizen relatief.

e. Als er in een jaar significant meer en/of duurder DBC's worden gedeclareerd, zal de zorgverzekeraar in eerste instantie vragen om een motivatie. Daarnaast zijn er verschillende controlemechanismen om de negatieve prikkels in het DBC-systeem te beheersen. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen (zelf)regulerende instrumenten en invloeden van marktwerking. Voorbeelden van regulerende instrumenten zijn goede registratieprotocollen en duidelijkheid over de registratieprocedure. Ook kan een registratiecontrole (bijvoorbeeld door middel van het uitvoeren van steekproeven) worden ingevoerd.

Het experiment zal zorgvuldig worden gemonitord, hierbij zal het

punt van fraudegevoeligheid worden meegenomen

Vraag van de heer Buijs (CDA) over administratie lastendruk, DBC's

DBMS zijn nieuw. En als een nieuw instrument wordt ontwikkeld, voor een sector die een omzet heeft van bijna €12 miljard, die totaal anders is als het huidige bekostigingssysteem, brengt dat natuurlijk extra werk met zich mee. In die fase zitten we nu. DBC's hebben – wanneer ingevoerd – juist een positieve invloed op de vermindering van administratieve lasten. Achtereenvolgens:

Minder vastleggen dan nu

Nu moeten specialisten elke verrichting vastleggen. Een hechting, een consult, een ingreep, een polibeziek, enzovoort. DBC's zijn de label op het zorgproces, waar deze handelingen onder vallen. Gemiddeld behoort tot een DBC 10 verrichtingen: dus 10x minder vastleggen!

Winst in het declaratieverkeer

Commissie de Beer (januari 2002) heeft uitvoerig de administratieve lasten in de zorg onderzocht. De Beer concludeert dat in de maximaal haalbare situatie € 300 mln is terug te dringen. Opvallend is dat bijna de helft van dit bedrag (€ 134 mln) van de te realiseren besparing is bij het declaratieverkeer in het Ziekenfonds-domein. DBC's vinden hun grootste, administratieve winstpunt juist in dit declaratietraject! Doordat er verschuivingen plaatsvinden van verrichtingen naar zorgproducten (waarbij zoals gezegd geldt dat eerstgenoemde factor 10 hoger is dan laatstgenoemde) is er in het declaratieverkeer veel winst te halen.

Veel meer geautomatiseerd

Door DBC's zijn de automatiseringssystemen in ziekenhuizen sterk aangepast. Een DBC wordt niet geregistreerd door een aantal kruisjes, maar voor een groot deel automatisch bepaald. Een extra – en mijns inziens nog belangrijker – voordeel is dat door deze ontwikkeling op een systematischer wijze patiënteninformatie wordt vergaard. De automatiseringsslag is door de overheid financieel ondersteund in 2000 en 2001. Daarnaast ondersteunen wij thans innovatieve projecten zoals «DBC-mobiel», waarbij specialisten op een palmtop

patiënteninformatie opslaan en ook ruimte is voor de DBC-registratie. Al met al hoeft er minder door specialisten vastgelegd in vergelijking van de huidige situatie.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over ICT

De heer Buijs merkt op dat Nederland op het gebied van ICT in de zorg sterk achterloopt op het buitenland. In 2001 is door het toenmalige kabinet onderzoek gedaan naar de positie van Nederland op dat terrein. Nederland komt daar weliswaar niet als koploper uit, maar neemt wel een sterke positie in. Nederland scoort met name hoog op het punt van rekening houden met de patiënt, als het gaat om ICT. Er zijn geen aanwijzingen dat Nederland is teruggevallen. Het is evident dat het gebruik van ICT in de zorg sterk achterblijft bij de mogelijkheden die beschikbaar zijn en waarvan in andere sectoren vaak goede voorbeelden zijn te vinden. Dat blijkt ook uit de bestedingen aan ICT. Nederland wijkt ook daar weinig af van andere landen. Het gaat daarbij om 1,5–2% van het beschikbare budget. Macro betekent dat overigens dat jaarlijks ongeveer 800 miljoen euro wordt uitgegeven aan ICT in de zorg. De vraag dient zich aan of dat doelmatig wordt uitgegeven. Een voorbeeld dat de heer Buijs zal aanspreken is de vergoeding voor automatisering in het tarief voor de huisartsen. Die vergoeding bedraagt op jaarbasis in totaal ongeveer 50 miljoen euro. Voor zo'n bedrag moet een moderne infrastructuur voor de huisartsenzorg mogelijk zijn. De opmerking van de heer Buijs dat ICT niet moet worden overgelaten aan artsen en andere verzorgenden is daarom van belang. Sinds januari van dit jaar zijn in het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) de verschillende initiatieven van het veld gebundeld en gecombineerd met het ICT Platform in de Zorg. Juist vanwege het grote belang van het inzetten van ICT deskundigheid en van de borging van de continuïteit van beschikbaarheid van deze kennis, wordt het NICTIZ door VWS gefinancierd. NICTIZ heeft een nadrukkelijke taak om de integratie van de bestaande informatiesystemen te bevorderen. NICTIZ – gesteund door het veld – heeft ervoor gekozen met het integrale

medicatie dossier te starten als vertrekpunt voor een landelijk EPD. NICTIZ doet dat door ICT deskundigheid in te zetten om een architectuur te ontwerpen waarmee dat mogelijk wordt. NICTIZ werkt daartoe nauw samen met de ICT producenten en het veld en neemt het initiatief voor regionale implementaties en spreekt zelfs van een regionaal versnellingsprogramma. Daarin ligt ook het antwoord op de vraag van de heer Buijs over proefprojecten. Voorwaarde daarvoor is wel dat van de zijde van de zorgverzekeraars actief en ook financieel wordt bijgedragen. De heer Buijs noemt ook open standaarden en open source software en verwijst naar de motie Vendrik. In antwoord op de vragen tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen van de Kamerleden Tonkens en Vendrik (beiden GroenLinks) over het gebruik van open standaarden (OS) en open source software (OSS) in de zorgsector (2010215130), is aangekondigd dat het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) om een reactie wordt gevraagd op de aanbevelingen van de RVZ over open standaarden en open source software.

Zeer recent is een antwoord van het NICTIZ ontvangen. NICTIZ bevestigt daarin dat open standaarden van groot belang zijn, dat er een keuze gemaakt moet worden uit de vele bestaande standaarden en dat er aanvullende open standaarden nodig zijn. NICTIZ geeft aan dat zij als neutrale partij aangewezen is, keuzes te maken. NICTIZ meldt dat de implementatie zal worden bevorderd door de koepels die deel uitmaken van de raad van advies van het NICTIZ. NICTIZ geeft aan dat het gebruik van een aantal standaarden moet worden afgedwongen en wil daartoe in nauwe samenwerking met het Ministerie van VWS de mogelijkheden onderzoeken.

Ten aanzien van open source software pleit het NICTIZ voor open specificaties waardoor het voor de softwareaanbieders eenvoudiger wordt om aan te sluiten op de infrastructuur. NICTIZ zal het ontwikkelen van open source modulen stimuleren omdat het kan bijdragen aan goedkopere implementaties. NICTIZ tekent daarbij aan dat zij niet streeft naar kant en klare oplossingen, maar naar beperkte algemene bouwstenen. Tenslotte verwacht NICTIZ dat de ontwikkeling

van open source software met overheidssubsidie een negatieve werking op de markt zal hebben.

Vraag de heer Buijs (CDA) over Algemene Vergadering van verpleegkundigen en Verzorgenden

Sinds 2001 steunt VWS de AVVV in haar streven naar professionalisering en sterkere positionering van verpleegkundigen en verzorgenden. Jaarlijks ontvangt de AVVV 4,5 miljoen euro voor het uitvoeren van projecten, die het werk van verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker moeten maken. Wervings- en imago campagnes, zoals bij het Congres «Prof's met een hart» (2001) aan de orde zijn geweest, kunnen daarin een plaats krijgen maar dan wel in overleg met sociale partners in de zorg. Dit om te voorkomen dat er verschillende initiatieven tegelijk gaan lopen. Om de positie en het imago van verpleegkundigen en verzorgenden te versterken, voert AVVV momenteel andere projecten uit, zoals de verpleegkundige en verzorgende adviesraden (VAR's) en de regionale ondersteuningsstructuur.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over arbeidsmarkt huisartsen

Deze onderwerpen zullen betrokken worden in het overleg met de LHV en ZN om te komen tot het plan van aanpak modernisering huisartsenzorg.

Vraag van de heer Buijs (CDA) en mevrouw Van Geen (D66) over beroepsstructuur artsen

De voorgestelde vernieuwingen zijn uniek en revolutionair te noemen en kunnen beleidsmatig zeer wenselijke veranderingen mogelijk maken. De voorstellen zijn niet alleen van grote betekenis voor het capaciteitsprobleem in zorginstellingen en het goed toerusten van artsen voor de zorg van morgen. Ook kunnen zij een stevige impuls geven aan innovatie van de zorg, het creëren van een aantrekkelijk en motiverend werkklimaat in de zorgsector en dus behoud van beroepsbeoefenaren voor de sector. Bij de aanbieding van het rapport «De arts van straks; naar een nieuw medisch opleidingscontinuüm» op 30 oktober jongstleden hebben zowel VWS als OC&W dan ook benadrukt het van groot belang

te vinden dat de implementatie van de voorstellen voortvarend wordt opgepakt en zich bereid verklaard zich daar naar vermogen voor in te zullen zetten. De meeste inzet om de voorgestelde vernieuwingen te realiseren moet komen vanuit het veld van gezondheidszorg en onderwijs. Op korte termijn wordt met de meest betrokken partijen een implementatieplan opgesteld. Dat plan moet ook duidelijkheid verschaffen over de financiële consequenties en de wijze waarop die kunnen worden gedekt.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over capaciteitsbeleid

Het capaciteitsbeleid van het kabinet is gericht op het zo veel als mogelijk opleiden, stimuleren van differentiatie van medische opleidingen en van de introductie van nieuwe beroepen in de gezondheidszorg. De initiatieven van de Universiteit Twente en Brabant Medical School kunnen daar ieder op eigen wijze een bijdrage aan leveren. Over het voornemen van de Universiteit Twente om in 2003 te starten met een opleiding op het grensvlak van geneeskunde en techniek neemt de bewindspersoon van OCW, na overleg met VWS, nog dit jaar een beslissing. Brabant Medical School kan bijdragen aan het in samenwerking met UMC's beter benutten van opleidingsmogelijkheden in de regio. Zowel met de Universiteit Twente als met Brabant Medical School zal overleg plaatsvinden om scherper te kunnen vaststellen welke stappen nodig zijn om deze initiatieven optimaal te benutten voor het capaciteitsbeleid. De kamer zal daar zeer binnenkort nader over geïnformeerd worden.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over opnemen eerstelijnspsycholoog in het tweede compartiment

Ter uitvoering van de motie-Buijs (13 maart 2002, 27 855 nr. 12) wordt de opname van eerstelijns psychologische zorg in het tweede compartiment momenteel voorbereid. In juli 2002 is hiertoe een verzoek aan het College voor Zorgverzekeringen gedaan voor een uitvoeringstoets met betrekking tot de opname van eerstelijns psychologische zorg in het tweede compartiment per 1 januari 2004. Deze uitvoeringstoets is eind december 2002 gereed. Begin 2003 zal het besluit over opname in het

tweede compartiment door het (nieuwe) kabinet moeten worden genomen.

Daarbij zullen tevens de uitkomsten worden betrokken van de experimenten die momenteel in twee regio's lopen, waarin de effecten worden onderzocht van verruiming van de financiële toegankelijkheid van eerstelijns psychologische zorg.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over verwijsfunctie bedrijfsarts

Ik zal de komende tijd voorbereidingen treffen om wettelijk te realiseren dat bedrijfsartsen zieke werknemers rechtstreeks kunnen verwijzen naar AWBZ-en Ziekenfondswet-verzekerde zorg. Ik verwacht dat de hiervoor noodzakelijke wettelijke bepalingen medio 2003 zijn aangepast. Implementatie zal naar verwachting per 1 juli 2003 plaatsvinden.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over uitvoering van de motie Werner (tabak)

De CDA-motie, die bij behandeling van de Tabakswet aan de overkant Kamerbreed is aangenomen (Motie Werner, Kamerstuk 26 472, nr. 59e), verzoekt de regering met klem extra budget (€ 15 mln. jaarlijks) met ingang van 2002 dan wel 2003 vrij te maken om – gelijktijdig en in samenhang met de huidige implementatie van de gewijzigde Tabakswet – de preventie van jeugdroken en de ondersteuning van stoppen met roken structureel te versterken. De heer Buijs vraagt zich af of de Kamer zich niet heeft laten bedotten bij de aanvaarding van de Tabakswet, daar hij in de begroting en zorgnota niet terugziet dat hiervoor geld is vrijgemaakt. Toen de Tabakswet in maart jl. door de Eerste Kamer werd aangenomen, zag de toenmalige minister van VWS dit als steun voor haar beleid. Zij heeft in dat debat bij herhaling aangegeven dat zij, alhoewel zij de strekking van de motie van harte steunde, niet wist of er voldoende dekking was binnen haar begroting. Zij deelde mee zich ten eerste in te spannen om alsnog te zullen zoeken dit geld binnen de begroting 2002 danwel 2003 van VWS zou kunnen worden vrijgemaakt. Dit jaar is in juli in het Strategisch Akkoord echter vastgelegd dat ministeries, waaronder VWS, te maken krijgen met taakstellingen.

Dat betekent dat er keuzes moesten worden gemaakt. Helaas heb ik in 2003 nog geen middelen ter uitvoering van de motie kunnen vrijmaken. Dat betekent echter niet dat VWS niets doet aan preventie van roken. Er is nu in totaal zo'n € 4 mln. beschikbaar voor tabakspreventie. Het extra geld is er nu dus niet, maar ik blijf mij inzetten om dat bij een volgend akkoord boven tafel te krijgen.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over wachtlijsten in de verpleging en verzorging

Zoals in de brief aan de Kamer over de wachtlijstaanpak in de care van 21 november jl. is aangegeven, zullen er tot en met 2006 op basis van de huidige inzichten naar schatting 90 000 meer mensen in de V&V sector zorg nodig hebben ten opzichte van de laatste peiling in 2001. Een derde daarvan heeft betrekking op het wegwerken van bestaande wachtlijsten en tweederde op de ontwikkeling van de vergrijzing. Onderverdeeld naar de nu nog bestaande categorieën gaat het afgerond om ongeveer 14 000 verpleeghuisplaatsen, 42 000 verzorgingshuisplaatsen en 34 000 mensen die thuiszorg nodig hebben danwel naar de dagbehandeling of dagverzorging gaan. Wat betreft de ontwikkeling van het aanbod kan worden gemeld dat er voor ruim 6000 bedden in verpleeghuizen plannen op de bouwprioriteiten lijst staan. De netto capaciteittoename in verzorgingshuizen volgens de bouwprioriteitenlijst is nihil. Naast deze plannen heb ik deze week plannen in ontvangst genomen om door verbouw van bestaande verzorgingshuisplaatsen 7000 extra verpleeghuisbedden in kleinschalige eenheden te realiseren. Van dat plan maakt ook deel uit het realiseren van adequate verzorgingshuiszorg via het scheiden wonen en zorg. Het gaat daarbij om ongeveer 10 000 aangepaste woningen met zorg en dienstverlening op maat. Daarnaast loopt op dit moment een actie van de organisaties Aedes(woningcorporaties), Arcares (V&V huizen), LVT(thuiszorg) en MO-groep(welzijnsinstellingen) onder de naam Project!mpuls. Die actie omvat het realiseren van 6000 nieuwe zorgwoningen per jaar en in totaal 120 000 aanpassingen van bestaande woningen in enkele jaren

om meer mogelijkheden voor zelfstandig wonen met zorg te realiseren. De toename van de productieafspraken in de thuiszorg bedraagt dit jaar ruim 10%. Daarmee is het mogelijk de geraamde behoefteontwikkeling op te vangen en daarnaast overbruggingszorg voor intramuraal geïndiceerden die daarvoor op de wachtlijst staan te leveren. Wat betreft de financiering geldt het kader conform de Zorgnota. Voor zover de plannen worden omgezet in daadwerkelijke zorgleverantie aan daartoe geïndiceerden ter vermindering van de wachtlijsten, gelden de principes van boter bij de vis en het verzekerde recht op zorg. Het effect van deze aanbodontwikkeling is dat de wachtlijst voor verpleeghuiszorg de komende jaren sterk kan verminderen; dat verzorgingshuiszorg vooral in de vorm van wonen met zorg aangeboden kan worden en dat er thuiszorgcapaciteit wordt vrijgemaakt omdat er minder overbruggingszorg hoeft te worden geleverd, waarmee wachtlijsten in dit segment van de zorg ook kunnen afnemen. Voor zover het vraagstuk van de verkeerde bedden een capaciteitsvraagstuk is, wordt met de voorgenomen forse uitbreiding van verpleeghuiscapaciteit ook daar een bijdrage aan geleverd. Ik merk echter wel op dat de verkeerde beddenproblematiek niet alleen een capaciteitsvraagstuk, maar ook een ketenvraagstuk is, waarbij het vooral om samenwerking gaat tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg. Of een reductie met 20% daadwerkelijk gerealiseerd wordt is onder meer afhankelijk van het feit of partijen hun voornemens waar maken. De aanpak van wachtlijsten zoals ik in mijn brief van 21 november jl. heb geschetst is erop gericht partijen in de regio op hun verantwoordelijkheid aan te spreken.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over de positie van de geestelijke gezondheidszorg in de keten en in de forensische zorg

De positie van de geestelijke gezondheidszorg is inhoudelijk weergegeven bij brief van 18 mei 2001 (TK 25 424 nr 32 «GGZ cure en care»). In maart 2002 heeft Minister Borst tijdens een algemeen overleg met uw Kamer aangegeven dat de inhoudelijke positionering van de ggz ook gevolgen kan hebben voor de

organisatie en financiering van de sector. De curatieve ggz kan worden overgeheveld naar het tweede compartiment. De care ggz wordt integraal opgenomen in de gemoderiseerde en ontschotte AWBZ zorg. Dit is in lijn met het advies in Zorg van Velen. Echter, het nieuwe kabinet moest hierover, volgens minister Borst, een besluit te nemen aangezien er verschuivingen in het pakket zouden optreden van AWBZ naar ziekenfonds. Het huidige kabinet heeft meer uitgewerkte voorstellen niet aan uw Kamer kunnen voorleggen omdat er inmiddels sprake is van een demissionaire status. Het standpunt op het advies Zorg van Velen zal door het nieuwe kabinet aan u worden voorgelegd. Met betrekking tot de forensische zorg zal een zorgvuldig traject worden gevolgd om dit in te passen in de zorgketen. Daarbij blijft de relatie tussen ggz en TBS klinieken gewaarborgd.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over nieuwe functiegerichte indicatiestelling

De zorg van Mw. Vietsch over mogelijke wachtlijsten bij de indicatieorganen deel ik. De modernisering van de AWBZ heeft voor de indicatieorganen ingrijpende gevolgen. Daarom zal ik er op toezien dat alles in het werk wordt gesteld om de modernisering van de indicatiestelling op tijd af te ronden. Op 1 april moeten de indicatieorganen kunnen starten met de AWBZ-brede functiegerichte indicatiestelling. In 2000-2002 is een reeks van projecten uitgevoerd gericht op verbetering van de kwaliteit van de bedrijfsvoering en de kwaliteit van de indicatiestelling. Een aantal kleinere RIO's wordt samengevoegd. De werkwijze van de indicatieorganen wordt beter gestructureerd en gestroomlijnd. Er komt meer centrale en sturende regelgeving via het Zorgindicatiebesluit en standaardisering van het werkproces en de afwegingscriteria in de vorm van landelijke formulieren, eenduidige software en een landelijk protocol. De verbreding met gehandicaptenzorg en een deel van de geestelijke gezondheidszorg vindt gefaseerd plaats. Voor deze uitbreiding van taken zijn reeds structureel middelen beschikbaar. Al deze maatregelen in het kader van

de modernisering van de indicatiestelling (functiegericht indiceren, uniform landelijk protocol, geautomatiseerde formulierenset, verbeterde bedrijfsvoering) leiden naar verwachting tot een grotere doelmatigheid, een beperking van de gemiddelde inzet per indicatie en daardoor een verkorting van de wachttijden.

In de overgangsfase kunnen zich problemen voordoen. Daarvoor wordt tijdelijk extra capaciteit achter de hand gehouden. Het Zorgindicatiebesluit voorziet in de oprichting van een Landelijk centrum indicatiestelling met een ondersteunende functie. Dat LCI kan bij de organisatie en inzet van die capaciteit een rol vervullen.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over mantelzorg en logeerplekken

Ik onderken het belang om de druk voor mantelzorgers te verlichten door degenen die zij verzorgen te laten logeren in een instelling. De verantwoordelijkheid voor het maken van afspraken hierover berust bij het zorgkantoor. In de praktijk resulteert dit in het totstandkomen van afspraken over bedden voor tijdelijke opname in verzorgingstehuizen. Ik heb geen signaal ontvangen dat logeerplaatsen – als gevolg van de wachtlijsten – als reguliere plaatsen worden gebruikt. Ik ben niet voornemens om te bezuinigen op voorzieningen voor mantelzorgers.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over mantelzorg en AWBZ-zorg

In het Besluit Zorgaanspraken wordt aangegeven op welke zorg de verzekerde krachtens de AWBZ aanspraak op kan maken. Mantelzorg berust op een persoonlijke keuze, ingegeven door omstandigheden en kan derhalve naar aard en omvang niet in eenduidige criteria worden vastgelegd. Ten behoeve van het indicatieproces is een instrument ontwikkeld waarmee de indicatieteller na kan gaan of er geen overbelasting van de mantelzorger plaatsvindt. Criterium is dat de mantelzorger normaal aan het maatschappelijk verkeer moet kunnen blijven deelnemen.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over de uitvoering van de motie Dankers

Mede in antwoord op de motie Dankers zijn onderzoeken uitgevoerd naar de materie van de zogenoemde kapitaallasten van zorginstellingen en de positie van het vastgoed in de sector verpleging en verzorging. Ik zal u deze rapporten binnenkort toezenden. Recent zijn over dit onderwerp ook rapportages verschenen van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en Arcares. Het Kabinet beraadt zich op deze complexe materie. Mede op basis van deze onderzoeken en de genoemde rapporten zullen wij – mede in het licht van de stelselherziening – bouwstenen maken voor de aanpak van deze materie. Zoals ik u ook in mijn brief «aanpak wachtlijsten in de care-sector» van 21 november 2002 heb geschreven, vind ik het aan een volgend kabinet om hierover een besluit te nemen.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over fusie van instellingen

We zijn het met elkaar eens dat we toe moeten naar meer keuzemogelijkheden voor de cliënt. We zetten daarin een belangrijke stap met het functiegericht maken van de aanspraken in de AWBZ. Daardoor ontstaat meer diversiteit in het aanbod. Maar ik heb thans niet de formele bevoegdheid om fusies te verbieden, laat staan om bestaande instellingen in mootjes te hakken. Ook het instrumentarium van de NMa is voor sterk gereguleerde onderdelen van de zorgsector vooralsnog onvoldoende om fusies te kunnen tegenhouden. Vandaar dat op dit moment wordt bezien in hoeverre aanvullend instrumentarium op het gebied van fusiecontrole nuttig kan zijn. Ook het ontstaan van nieuwe aanbieders is een kwestie van particulier initiatief. Ik kan iemand niet verplichten om aanbieder te worden. We kunnen het wel aantrekkelijk maken voor nieuwe of bestaande aanbieders om meer zorgsoorten aan te bieden. Dat laatste gebeurt met de modernisering.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over cliëntenraad

Het is bekend dat in veel algemene ziekenhuizen cliëntenraden ontbreken. Evenals mevrouw Vietsch hecht ik ook aan een inbreng door de cliënten. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen legt echter

het initiatief voor het instellen van een cliëntenraad bij het bestuur en als dit bestuur niets doet kunnen de cliënten/patiënten zelf daar actie voor voeren. De overheid heeft hier geen wettelijke taak. Dat neemt niet weg dat ik in mijn contacten met de koepelorganisaties voor academische en algemene ziekenhuizen erop zal aandringen dat binnen deze ziekenhuizen het oprichten van cliëntenraden zal worden gestimuleerd en dat bestaande raden zullen worden gefaciliteerd. Ook zullen vanuit cliënten en patiëntenorganisaties initiatieven worden ontwikkeld om tot de vorming van raden te komen. Deze initiatieven zullen door ziekenhuizen moeten worden gesteund en gefaciliteerd.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over afstemmingsproblemen in de verpleegkundeopleiding

De door het kamerlid Vietsch genoemde afstemmingsproblemen tussen praktijk en theorie gelden alleen voor de beroepsopleidende leerweg (BOL): de beroepsbegeleidende leerweg (BBL) is immers gelijk aan de oude inserviceopleiding. De genoemde afstemmingsproblemen bij de BOL-opleiding zijn bekend. Bij de actualisatie en evaluatie van de kwalificatiestructuur, die in OVDB-verband (sociale partners en opleidingsinstituten) reeds dit jaar in gang is gezet, spelen deze zaken een grote rol. Vanzelfsprekend zal VWS dit proces met grote belangstelling volgen.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over omslagpunten in bekostiging

Een thuiszorgcliënt geniet gemiddeld 3,5 á 4 uur thuiszorg per week, hetgeen afhankelijk van de vraag of het verzorging dan wel verpleging betreft € 100 á € 200 per week kost. De gemiddelde thuiszorg aan een cliënt kost dus gelukkig geen € 300,- per dag. Wel is het zo dat bij intensieve thuiszorg aan een cliënt in de terminale fase van zijn leven, er sprake is van gemiddeld ongeveer 4 uur thuiszorg per dag. De kosten zijn dan gemiddeld genomen € 180,- per dag en derhalve wat hoger dan de gemiddelde kosten van verblijf in een verpleeghuis. Op dit moment is niet exact aan te geven op welk moment de informatie noodzakelijk voor het berekenen van omslagpunten beschikbaar komt. Het is niet

de bedoeling om in 2003 omslagpunten in te voeren. De invoering daarvan zal zoveel mogelijk worden gezien in samenhang met de invoering van een bekostiging geënt op functies. De toezegging kan worden gedaan de Kamer per brief te informeren als de duidelijkheid over de omslagpunten er is. Aan de hand van die brief kan vervolgens met de Kamer worden overlegd. Overigens is er geen sprake meer van een concept Besluit zorgaanspraken AWBZ. Dit besluit is op 25 oktober 2002 vastgesteld en op 7 november 2002 in het Staatsblad gepubliceerd.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) over bevrozing nominale ziekenfondspremie

De fractie van Groen Links wil de nominale ziekenfondspremie op het niveau van het jaar 2002 bevroren en die premie, die per verzekeraar verschilt, vervolgens jaarlijks indexeren. Het voorstel is kennelijk ingegeven door de in artikel 17, vijfde lid, van de Zfw neergelegde bevoegdheid van de minister van VWS, om in overeenstemming met zijn ambtgenoot van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, aan de nominale ziekenfondspremie een maximum te stellen. Deze bepaling is destijds nadrukkelijk als een ultimatum remedium in de wet gekomen. Met andere woorden, een uiterste middel waarvan slechts in zeer uitzonderlijke situaties gebruik zal worden gemaakt. Indien zich een situatie voordoet dat een maximum aan de nominale premie zal moeten worden gesteld, zal dit onvermijdelijk het einde van een concurrerende uitvoering van de ziekenfondsverzekering inhouden. Daar is het kabinet geen voorstander van.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) over woongroepen

Samen met de Minister van VROM wil ik zo veel mogelijk diversiteit in het aanbod van woonvormen voor zelfstandig wonende ouderen bevorderen. Dat kunnen ook woongroepen voor ouderen zijn. Daarbij moet, waar nodig, sprake zijn van adequate zorg- en dienstverlening op maat. Dit vraagt op lokaal niveau samenwerking van corporaties, zorginstellingen, gemeenten en welzijnsorganisaties. Corporaties zijn op basis van het zesde prestatieveld

van het Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH) ook verplicht om meer woningen voor mensen met een zorgbehoefte te realiseren. Initiatieven van woongroepen kunnen in samenwerking met corporaties (of in de particuliere sector) goed gerealiseerd worden.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) over sectorfondsen

Er is fors geïnvesteerd in de zorg juist op die punten die u noemt, onder andere naar aanleiding van het rapport van de commissie Van Rijn. Het merendeel van dat geld is direct naar de instellingen gegaan, een beperkt deel naar de sectorfondsen. Momenteel werkt een onafhankelijk onderzoeksbureau aan de evaluatie van het arbeidsmarktconvenant welzijn, jeugdhulpverlening en kinderopvang. De evaluatie richt zich o.a. op het bij het convenant behorende meerjarig beleidskader, activiteiten die in het kader daarvan zijn uitgevoerd en de effectiviteit daarvan. Ook met sociale partners in de zorgsector, die het sectorfonds Zorg besturen, is afgesproken dat evaluatie van het beleid in de zorgsector plaats zal vinden door een onafhankelijk onderzoeksbureau. De evaluatie zal zich ook richten op andere mogelijkheden om het geld beschikbaar te stellen voor de sector, bijvoorbeeld via het instellingsbudget.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) over vermindering bureaucratie

De coalitiepartijen streven inderdaad naar vermindering van de bureaucratie. Het klopt dat de voorstellen van de Commissie De Beer al bijna een jaar bij mijn departement bekend zijn. Dat wil echter niet zeggen dat in de tussentijd niets is gebeurd. In nauwe samenwerking met de betrokken colleges – het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) – is inmiddels een implementatieplan tot stand gekomen waarin een reactie op alle voorstellen van de Commissie De Beer is opgenomen. Per voorstel is aangegeven of het wordt overgenomen en zo ja, welke acties daarvoor noodzakelijk zijn. De colleges zijn inmiddels aan de slag

om hun aandeel in de implementatie vorm te geven. Het is mijn bedoeling om u uiterlijk 18 december 2002 het implementatieplan toe te zenden. In het voorjaar van 2003 zal ik u informeren over de op dat moment bereikte resultaten. Verder verwijs ik u naar het u onlangs door het ministerie van Economische Zaken toegezonden kabinetsbrede plan van aanpak betreffende het terugdringen van administratieve lasten voor de komende jaren. Hieruit blijkt dat ik ernaar streef om de kabinetsdoelstelling, te weten het reduceren van de administratieve lasten met 25% in 2006 ten opzichte van 1994, daadwerkelijk te realiseren.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) over protocollering van de zorg en afschaffing van de indicatietelling vooraf

Om de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing te realiseren en het verzekeringskarakter van de AWBZ te herstellen is een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling een noodzakelijke voorwaarde. De afgelopen jaren is forse vooruitgang geboekt bij het vereenvoudigen en versnellen van de indicatieprocedures. Daarin zullen ook in het komende jaar verdere stappen worden gezet. Zo zullen er standaardindicaties geformuleerd gaan worden voor die situaties, waarin de in te zetten AWBZ-zorg op basis van ervaringsgegevens voorspelbaar is. De versnelde en gestandaardiseerde indicatiestelling dient wel onder verantwoordelijkheid van het RIO plaats te vinden. Afschaffing van indicatiestelling zal de rechtspositie van de aanvrager ondermijnen, omdat er dan immers geen mogelijkheden meer zijn van bezwaar en beroep. Bovendien kan er dan geen integrale indicatietelling plaatsvinden. De modernisering van de AWBZ is erop gericht de indicatieprocedure te vereenvoudigen in overeenstemming met de aanbevelingen van de Commissie de Beer, maar met behoud van de rechtszekerheid van de aanvrager en de onafhankelijkheid van de indicatiestelling.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) over zwerfjongeren

In mei 2003 zullen de centrumgemeenten gevisiteerd worden over de wijze waarop zij de extra gelden

van de afgelopen jaren hebben ingezet voor zwerfjongeren. Deze visitatie moet uitsluitsel geven over de vraag of een speciale doeluitkering voor zwerfjongeren nodig is. Naar aanleiding van de uitkomsten van het rapport van de Algemene Rekenkamer vindt op dit moment overleg met de verschillende partijen plaats over de organisatie van de zorgketen van deze doelgroep. De Kamer wordt hierover voor 1 april 2003 nog geïnformeerd.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) over antroposofische geneesmiddelen

Het is niet mogelijk in afwachting van Europese regelgeving een overgangsregeling op te zetten voor die middelen die nu niet zijn geregistreerd omdat er geen voornemens zijn de antroposofische middelen specifiek te regelen op Europees niveau.

De fabrikanten van antroposofische middelen en antroposofische artsen willen graag dat de antroposofische middelen als geneesmiddelen worden erkend en als zodanig kunnen worden geregistreerd. Daartoe moeten ze aan de huidige eisen van een geneesmiddel voldoen. Dat betekent registratie volgens de reguliere procedure of een registratie als homeopathisch geneesmiddel. Aangezien een groot deel van de antroposofische middelen tevens homeopathisch is kan daarvoor een registratie worden verkregen via de vereenvoudigde procedure voor homeopathica. Dit kan voor zo'n 90% van het totale assortiment. Voor de overige antroposofische middelen kan een registratie worden verkregen via de procedure voor reguliere geneesmiddelen. Het gaat bijvoorbeeld om injecties met plantenextracten die tegen kanker worden gebruikt. Voor een dergelijk middel met zo'n forse medische claim is dat zelfs verplicht en voldoet een vereenvoudigde procedure niet. Bijvoorbeeld het middel taxol (dat tegen kanker wordt gebruikt en tevens op plantaardig materiaal is gebaseerd) is een geregistreerd geneesmiddel via de reguliere procedure. In het licht van een veilige volksgezondheid is het niet geloofwaardig op te treden tegen homeopathische middelen die niet aan de regels voldoen en tegelijk antroposofische middelen die ook

niet aan de regels voldoen ongemoeid te laten.

De antroposofische middelen zijn uitdrukkelijk niet opgenomen in de Europese richtlijn voor homeopathische middelen. De Europese Commissie heeft wel voornemens een richtlijn vast te stellen voor de registratie van kruiden-geneesmiddelen. Een aantal van de antroposofische geneesmiddelen die niet door de fabrikanten als geneesmiddelen worden aangemerkt, en die niet homeopathisch zijn bereid, zouden wellicht via deze weg een registratie kunnen verkrijgen. Het gaat dan voornamelijk om middelen met een zelfzorgindicatie en niet om middelen met medische claims als kanker. Daarvoor wijst de Europese Commissie voornamelijk de reguliere procedure voor registratie aan.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) en de heer Rouvoet (ChristenUnie) over gebarentaal

In de brief d.d. 29 juni 2001 (kamerstukken 2000-2001 XVI, nr. 90) heeft mijn ambtsvoorganger u naar aanleiding van de motie Van Vliet (zie kamerstuk 27 400 XVI nummer 44) in kennis gesteld van de stand zaken met betrekking tot de erkenning van de Nederlandse Gebarentaal. In deze brief is een overzicht gegeven van de juridische mogelijkheden en vooral onmogelijkheden om tot erkenning over te gaan. Daarbij is de conclusie getrokken dat het Handvest van de Raad van Europa voor regionale talen of talen van minderheden en de VN-standaardregels de beste aanknopingspunten bieden om de erkenning van de NGT te realiseren. De regering onderzoekt hiertoe de mogelijkheden. Wat betreft het handvest is door Nederland in de Commissie Gehandicaptenbeleid van de Raad van Europa aan het secretariaat van de Raad van Europa gevraagd een notitie op te stellen over de mogelijkheden van uitbreiding van het handvest met gebarentalen. De verwachting is dat nog voor de volgende vergadering van het gehandicaptencomité (oktober 2003) deze notitie beschikbaar komt. In het actieplan doven (kamerstukken 2001-2002, 28 000 XVI, nr. 124) heeft het vorige Kabinet aangekondigd dat voor de verdere ontwikkeling van NGT en het beheer van deze taal een aparte organisatie

verantwoordelijk zal worden en dat het Nederlands Gebarencentrum hiertoe een subsidie zal ontvangen van de ministeries van OCenW en VWS.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) over kortingen en bonussen

Met mijn voorstel wordt € 280 mln extra weggehaald bovenop de € 190 mln die met de huidige clawback wordt weggehaald. Dat betekent dat in 2003 een bedrag van € 470 mln aan inkomsten uit kortingen en bonussen bij de apotheekhoudenden zal worden weggehaald. De bedragen zijn de resultante van de percentages aan kortingen en bonussen die de Boston Consulting Group heeft geconstateerd ten aanzien van single-source en multisource geneesmiddelen (9% en 37%). Van belang is voorts dat het CTG zal bezien welke voorziening noodzakelijk is om onevenredige spreiding van geneesmiddelen met een geringe korting over de apotheken te mitigeren, overeenkomstig de huidige aftopping van de clawback. Dit heeft een neerwaarts effect op de uiteindelijk in te boeken ombuiging waardoor de aangehaalde € 650 mln in de praktijk niet haalbaar is.

Vraag van mevrouw Tonkens (Groen Links) en mevrouw Kant (SP) over vrouwenbesnijdenis

Stichting Pharos kent als één van zijn reguliere taken voorlichting ter bestrijding van vrouwenbesnijdenis. Het project bij Pharos wordt niet stopgezet maar dient te worden ingebed in reguliere activiteiten van Pharos. VWS blijft het project dus financieren via de reguliere subsidiemiddelen aan deze organisatie.

Vraag van de heer Wilders (VVD) of de DBC's in 2004 buiten de WTG kunnen worden geplaatst

Het einddoel van DBC's is vrije prijsvorming. Het ligt echter niet in de rede dat dit in 2004 wordt bereikt.

Vraag van de heer Wilders (VVD): welke van de 17 ingrepen kunnen door ZBC's worden uitgevoerd?

Een groot deel van de volgende DBC's kan in beginsel door ZBC's worden uitgevoerd:

Liesbreuk, een beperkt deel van cholecystctomie (electief), spataderbehandeling, een deel van de arteriële chirurgische shunt/stent been electief, prostaatingreep, sterilisatie man en vrouw, knie ingreep, HNP thoracaal/lumbaal, borstverkleining, cataract, chronische dialyse en cervixafwijkingen.

Vraag van de heer Wilders (VVD) over de prijs waarover wordt onderhandeld

Bij het louter samenstellen van een diagnose – zonder dat er een behandeling volgt – worden ook kosten gemaakt, die vergoed dienen te worden. Deze zijn uiteraard lager dan een DBC waar een behandeling bij inbegrepen zit.

Vraag van de heer Wilders (VVD) over concurrentie tussen verzekeraars bij experimenten

In deze eerste fase van DBC-bekostiging is nog geen sprake van concurrentie tussen verzekeraars. Hiervoor is een aantal redenen. De eerste twee redenen: de noodzaak van een eenduidige correctie op het traditionele budget van de ziekenhuizen en het beperkt houden van de administratieve lasten, heeft de heer Wilders zelf al in zijn bijdrage genoemd. De derde reden ligt in het probleem van het duale verzekeringsstelsel. In het huidige verzekeringsstelsel ontbreekt immers een directe contractrelatie tussen particuliere verzekeraars en aanbieders. Dit probleem wordt weggenomen bij de invoering van de beoogde Zorgverzekeringwet. Alsdan wordt immers het overeenkomstenstelsel zoals dat in de ziekenfondssector geldt, op al dan niet aangepaste wijze over de hele linie van toepassing. Tot slot wijs ik op de marktmacht van de inkopende verzekeraars. In zijn algemeenheid lijkt deze nog te klein om van een goed functionerende zorgmarkt te kunnen spreken. Overigens is het eindmodel van de DBC-systematiek er wel op gericht om verzekeraars en ziekenhuizen één op één te laten onderhandelen.

Vraag van de heer Wilders (VVD) over evaluatie sectorfondsen

Er zijn de afgelopen jaren goede resultaten behaald op het gebied van de arbeidsmarkt door regelingen en

projecten van de sectorfondsen. Met sociale partners is afgesproken een groot deel van de middelen beschikbaar te stellen aan de instellingen via regelingen die uitgaan van het boter bij de vis-principe. Zo heeft het sectorfonds een stimuleringsregeling integraal personeelsbeleid waarmee instellingen een vergoeding kunnen aanvragen voor het aanbieden van stageplaatsen en het opleiden van praktijkbegeleiders. Ook heeft het sectorfonds voor bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen een kinderopvangfonds waaruit werkgevers en werknemers een vergoeding kunnen ontvangen. De MDW-werkgroep zet vraagtekens bij de effectiviteit van de sectorfondsen. VWS kijkt ook kritisch naar de sectorfondsen en heeft met sociale partners in de zorgsector afgesproken een evaluatie uit te laten voeren door een onafhankelijk onderzoeksbureau naar het gevoerde beleid. In de sector welzijn, jeugdhulpverlening en kinderopvang vindt momenteel al een evaluatie van het gevoerde beleid plaats. De MDW-werkgroep stelt voor bij invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) de opleidingskosten integraal op te nemen in de kostprijs van het zorgproduct. Voor de korte termijn stelt de werkgroep voor ziekenhuizen een niet-kostendekkende stimuleringspremie te geven voor elke gespecialiseerde verpleegkundige of medisch ondersteuner die is opgeleid. VWS voert momenteel overleg met NVZ en VAZ over een nieuwe financieringssystematiek voor opleidingen. De aanbevelingen van de MDW-werkgroep worden meegenomen bij de voorbereiding voor die nieuwe financieringssystematiek. Er wordt gestreefd naar invoering van de nieuwe systematiek per 1 januari 2004.

Vraag van de heer Wilders (VVD) over uitwerking onderscheid planbare-niet planbare zorg

De gevraagde nadere uitwerking zal ik u uiterlijk 1 juli 2003 doen toekomen.

Vraag van de heer Wilders (SP) over wachtlijsten ZBC's

Om de zorgplicht, die verzekeraars hebben, te kunnen invullen, contracteren zij uiteraard zorg bij de

reguliere instellingen. Ook kunnen zij zorg contracteren bij ZBC's of bij zorginstellingen buiten Nederland. De verzekeraars informeren VWS periodiek over de resultaten die zijn bereikt en de ontwikkeling van de wachtlijsten/tijden. Recent heeft dhr. Wiegel van Zorgverzekeraars mij een rapportage toegezonden waaruit de dalende wachtlijsten blijken. Uit de gegevens in zijn brief blijkt de productie die is geleverd door de reguliere instellingen. De door verzekeraars gecontracteerde zorg bij ZBC's of instellingen buiten Nederland is (helaas) niet opgenomen in de brief van ZN. Dat deze zorg een bijdrage heeft geleverd aan de kortere wachtlijsten lijdt geen twijfel. Voor een goed totaalbeeld van de geleverde productie zijn deze gegevens van belang. Ik ben dan ook van mening dat deze gegevens in toekomstige rapportages opgenomen behoren te worden. Daartoe zal dan ook contact met ZN worden opgenomen.

Vraag van de heer Wilders (VVD) over het ontbreken van visie op de ZBO's

Bij het inrichten van het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekeringen zal ook de rol en de positie van de Zelfstandige Bestuursorganen (ZBO's) in de zorg worden meegenomen. Mede aan de hand van evaluaties van het functioneren van ZBO's zal een (her)positionering worden overwogen. Gezien de demissionaire status van het kabinet zijn hieromtrent nog geen beslissingen genomen. Op de vragen van de heer Wilders over een mogelijk afslanking of samenvoeging van zorg ZBO's kan aldus nu geen antwoord worden gegeven.

Vraag van de heer Wilders (VVD) over receptregelvergoeding

De receptregelvergoeding is in een drietal tranches op basis van het Akkoord op hoofdlijnen opgeplust. Uitgangspunt hierbij was het kostendekkend maken van het tarief in verband met de scheiding van zorg en inkoop. Dit is overeenkomstig het akkoord uitgevoerd. De Wtg-partijen KNMP en ZN onderhandelen momenteel over een nieuwe modulaire tariefstructuur, waarbij ook de hoogte van de receptregelvergoeding aan de orde komt.

Vraag van de heer Wilders (VVD) over bekostiging geneesmiddelen

Het door u gevraagde stuk, waarin het lange en korte-termijn bekostigingsbeleid geneesmiddelen uiteen worden gezet en de voors en tegens worden geanalyseerd, zal u gelijktijdig met de voorhang van de aanwijzing aan het Ctg worden toegezonden.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de werkdruk in de ouderen- en gehandicaptenzorg en GGZ

Vanaf 1999 zijn er in het kader van de Meerjarenaafspraken jaarlijks substantieel middelen beschikbaar gesteld voor werkdrukverlaging in genoemde sectoren. Aanvullend is voor de gehandicaptenzorg voor 2002 nog een bedrag van € 12,7 mln beschikbaar gesteld. Inmiddels bereiken ons de eerste signalen dat sprake is van een verlichting van de werkdruk. Voorts is waarneembaar dat het ziekteverzuim afneemt. Tot slot blijkt uit de medewerkersraadpleging in de thuiszorg dat de werkomstandigheden positiever worden ervaren.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over gebrek aan financiële middelen om een arboconvenant af te sluiten voor de verpleging en verzorging

De branche Verpleging en Verzorging is de enige grote zorgbranche waar nog geen arboconvenant tot stand is gekomen. Er is geen aanleiding en geen ruimte om meer middelen beschikbaar te stellen. Ook de andere zorgbranches hebben niets extra's gehad. Overigens geldt dat vorig jaar in de branche verpleging en verzorging een CAO Arbeid en Zorg tot stand is gekomen, waarin ook vergaande afspraken over de terugdringing van arbeidsrisico's zijn opgenomen.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over werving Zuid-Afrikaanse artsen

Nader onderzoek is gestart naar de mening van de Zuid-Afrikaanse regering over de aanstelling van Zuid-Afrikaanse artsen en ander gezondheidszorg personeel in Nederland. Daarbij heeft overleg plaats gevonden met de Zuid-Afrikaanse ambassade in Nederland en ook met de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

en van Buitenlandse Zaken/Ontwikkelingssamenwerking. Deze besprekingen richtten zich op de wenselijkheid van eventueel aanvullende maatregelen met betrekking tot actieve werving en de eventuele tewerkstelling van Zuid-Afrikaans personeel in de Nederlandse gezondheidszorg. De Zuid-Afrikaanse ambassade heeft het standpunt, dat het vorig jaar aan de Tweede Kamer is meegedeeld in antwoord op vragen over de werving van Zuid-Afrikaanse specialisten, herhaald in die zin dat haar geen signalen hebben bereikt over de noodzaak van aanvullende maatregelen door de Nederlandse regering. De ambassade heeft toegezegd de regering in Zuid-Afrika te raadplegen om te bezien of er aanleiding is dat standpunt te herzien. Als er op grond van die raadpleging aanleiding toe is zullen aanvullende maatregelen worden voorbereid. De andere betrokken ministeries en sociale partners in de zorg worden daarbij betrokken.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de medicijnprijzen, wijziging van de wet op de geneesmiddelenvoorziening en over reclametoezicht en zelfregulering

Mijn beleid is gericht op structureel lagere prijzen voor de patiënt. Op termijn wil ik dit bereiken door partijen over prijzen te laten onderhandelen en doelmatig te laten inkopen en afleveren. De voorwaarde hiervoor is evenwel dat zorgverzekeraars in voldoende mate tegenwicht kunnen bieden en in voldoende mate initiatieven ontwikkelen om dit te kunnen bewerkstelligen. Om op de korte termijn de stijgende geneesmiddelenkosten te kunnen beheersen grijp ik in op declaratieniveau. Hierdoor vloeien de bovenmatige inkomsten uit kortingen en bonussen die apothekers in toenemende mate genereren terug naar de zorg, zonder het lange termijnbeleid van deregulering en marktwerking te doorkruisen door ingrijpen in de prijsvorming. Daar komt bij dat ingrijpen in de prijsvorming uitsluitend op basis van wetgeving mogelijk is. Nieuwe wetgeving is niet op korte termijn te verwezenlijken. Aanpassing van de bestaande Wet Geneesmiddelenprijzen is evenmin mogelijk op korte termijn, aangezien dit een fundamentele, langdurige en juridisch

kwetsbare wetswijziging vereist. Het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet op de geneesmiddelen-voorziening is inderdaad bij brief van 2 oktober 2002 ingetrokken nadat evenwel in de loop der jaren een aantal keer schriftelijk is aangedrongen op behandeling van het wetsvoorstel. Voor de argumenten voor het intrekken van het wetsvoorstel verwijs ik u naar die brief. Vorige week heb ik de Tweede Kamer uitvoerig geïnformeerd over mijn visie op het toezicht op de naleving van de regelgeving op het gebied van de geneesmiddelenreclame. Zelfregulering en overheidstoezicht bestaan naast elkaar. Voor overheidstoezicht is meer plaats naarmate zelfregulering niet werkt. Voor dit moment verwijs ik naar de inhoud van die brief.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over tegenvallende opbrengsten EVS en het in het gevaar komen van de praktijkondersteuning

In juni 1999 is tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS een convenant gesloten. Hierin is afgesproken dat indien de feitelijke uitgaven aan praktijkondersteuning afwijken van het beschikbare huisartsenkader voor praktijkondersteuning compenserende maatregelen zullen worden getroffen binnen het huisartsenkader. Met de convenantpartijen wordt hierover overleg gevoerd.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over verhoging middelen bij de invoering van de wet collectieve preventie

Het kabinet heeft bij het opstellen van de begroting van VWS ruimte gecreëerd voor een structurele verhoging van de middelen die beschikbaar zijn voor de openbare gezondheidszorg. Zo wordt met ingang van 2003 structureel € 16 mln. toegevoegd aan de middelen beschikbaar voor de jeugdgezondheidszorg. Verder is structureel € 4,3 mln. extra beschikbaar voor de vaccinatie meningococci. Daarnaast is in de begroting ruimte gecreëerd voor het versterken van het kwaliteitsbeleid in de sector openbare gezondheidszorg. Voor de periode 2003–2006 is in totaal een bedrag van € 6,8 mln. beschikbaar voor het ontwikkelen van normen en richtlijnen, voor het ontwikkelen van

certificatieschema's en voor de verdere invoering van het kwaliteitsbeleid in de openbare gezondheidszorg. Tevens wordt in de periode 2003–2006 € 4,3 mln. beschikbaar gesteld voor een project van GGD Nederland ter versterking van de medisch milieukundige functie van GGD'en. Daarmee is duidelijk dat het kabinet volop investeert in de openbare gezondheidszorg.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de «wachtstand zorg»

De cijfers over de wachttijden en wachtlijsten in de LG-sector, zoals genoemd in mijn brief aan de Tweede Kamer van 21 november jl., zijn gebaseerd op de meest recente cijfers. In de periode dat het onderzoek van de CG-raad liep was er nog onduidelijkheid over de cijfers. De LG-sector is namelijk pas vanaf dit jaar in de registratie (ZRS) van de gehandicaptenzorg opgenomen. Wachttijden in de zorg voor mensen met een lichamelijke handicap zijn nog steeds te lang. Daarbij blijkt het ook te gaan om specifieke zorgvragen (bijvoorbeeld AWBZ-wonen). Vanuit dat perspectief zijn de suggesties van de CG-raad om offensief in te zetten met ondersteuning, een meldpunt en het zoeken naar alternatieven zeer zeker sympathiek. Of een dergelijke individueel gerichte taak bij de CG-raad zou moeten liggen, betwijfel ik echter. De CG-raad heeft in 2001 overigens ruim 175 000 Euro aan subsidie ontvangen om voorlichting te geven over de wachtlijstaanpak aan haar achterban. Dit gaat meer om algemene informatie, waar de SPD'en meer op individuele ondersteuning gericht zijn. De LG-consulenten van de SPD'en zijn in beginsel de aangewezen persoon om ondersteuning te bieden bij hulpvraagverduidelijking en mee te helpen naar alternatieven te zoeken indien mensen dat zelf willen. Met de ontwikkeling naar de SPD Nieuwe Stijl streef ik naar versterking van hun rol als cliëntondersteuner, juist ook voor de doelgroep lichamelijke gehandicapten. Sinds eind 1998 zijn in het kader van de meerjarenafspraken Gehandicaptenzorg de LG-consulenten ingesteld om vanuit de SPD'en informatie, advies en ondersteuning te bieden aan mensen met een lichamelijke handicap of chronische ziekte. Deze

omvat onder meer hulpvraagverduidelijking. Op die wijze dragen consulenten van de SPD bij aan een gerichte aanpak van de wachtlijsten. SPD'en worden op grond van premiemiddelen, een subsidieregeling vanuit de AWBZ, bekostigd. Voor de consulenten LG is bij de meerjarenafspraken een bedrag gereserveerd (toendertijd 7 miljoen gulden). De consulenten worden (inmiddels) uit de reguliere middelen SPD'en betaald.

Vraag van mevrouw Kant (D66) over de kosten vervoer dagverzorging verzorgingshuizen

Hoewel dagverzorging per 1 januari 2001 een aanspraak is geworden in het kader van de AWBZ is het vervoer van en naar de dagverzorging niet tot de aanspraak gaan behoren. Er is wat betreft vervoer besloten tot een voortzetting van de situatie voor 1 januari 2001, toen het vervoer ook geen onderdeel vormde van de dagverzorging. Zoals uit een onderzoek van het College voor zorgverzekeringen blijkt komt bij meer dan de helft van de instellingen voor dagverzorging de kosten van het vervoer volledig voor rekening van de bezoekers. Daarnaast worden de kosten bestreden uit de overige reikwijdtemiddelen voor extramurale verzorging. Ten slotte worden de kosten voor een deel betaald door gemeenten. In het kader van de modernisering van de AWBZ is het vervoer in relatie tot de zorgverlening bezien. Het vervoer is momenteel versnipperd vormgegeven. Op termijn streef ik naar een structurele uniforme regeling buiten de AWBZ waarin is gewaarborgd dat mensen die voor hun zorg afhankelijk zijn van vervoer daarop een beroep kunnen doen. Die situatie is niet op korte termijn bereikt. In de aanvragen aan het CVZ om een uitvoeringstoets over de modernisering AWBZ is in dat licht in overweging gegeven in het Besluit Zorgaanspraken als tussenoplossing een artikel op te nemen dat zoveel mogelijk parallel loopt aan de huidige regeling voor vervoer in de AWBZ. Het uit de AWBZ betaald vervoer zou alleen aan de orde moeten zijn bij zorg gedurende een dagdeel indien dit voor het verkrijgen van deze zorg noodzakelijk is. Een en ander betekent dat deze

voorwaarde (in het individuele geval) bij de indicatiestelling beoordeeld moet worden.

Op grond van deze overweging heb ik er voor gekozen om in artikel 10, van het op 25 oktober 2002 hernieuwd vastgestelde Besluit zorgaanspraken AWBZ, dat thans op grond van artikel 6, achtste lid, van de AWBZ aan het parlement is overlegd, op te nemen dat bij activerende en ondersteunende begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling, het vervoer onderdeel is van de aanspraak, indien daarvoor een medische noodzaak bestaat. Het is het voornemen om dit besluit per 1 april 2003 in te voeren.

Vraag van mevrouw Kant (D66) over de WVG inzake vervoer gehandicapten en chronisch zieken

Dat er klachten zijn over de Wvg en het bovenregionaal vervoer is mij bekend. Met de Vereniging Spierziekte Nederland is contact geweest over hun zwartboek en is afgesproken om de inhoud van hun klachten nader te bespreken. De klachten van gebruikers neem ik uiteraard serieus. Naar aanleiding van ontevredenheid van Wvg-gebruikers zoals bleek uit de 3e evaluatie Wvg is gezamenlijk door SZW, VNG en gebruikersorganisaties een protocol opgesteld waarin nader invulling wordt gegeven aan het begrip «verantwoorde voorzieningen», ook op het punt van het vervoer. Over de recente problemen rond het bovenregionaal vervoer heb ik goede afspraken gemaakt met TraXX en de VNG. Ik heb u daar 22 november jl. schriftelijk geïnformeerd. De uitvoering van het protocol door gemeenten wordt gemonitord, inclusief de kosten. Overigens blijkt uit recent beschikbaar gekomen kerncijfers Wvg dat in 2001 gemeenten macro gezien over voldoende middelen beschikken voor de uitvoering van de Wvg.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de arbeidsmarkt: CAO onderhandeling voor de zorg met de overheid?

De SP wil het ministerie verantwoordelijk maken voor de CAO-onderhandelingen en legt daarbij een link naar het onderwijsveld. De vakbonden onderhandelen dan direct met VWS over de CAO's waardoor het ministerie direct verantwoordelijk

en aanspreekbaar is voor zowel het beschikbare budget als de aanwending daarvan.

Het zorgveld bestaat echter, in tegenstelling tot het onderwijsveld, uit werkgevers met een privaatrechtelijke status. De overheid zorgt voor de hoofdlijnen in grote delen van de collectieve sector en laat het aan het maatschappelijk middenveld over om binnen die hoofdlijnen de uitvoering te verzorgen van daadwerkelijke productie van collectieve goederen. En daarbij past het niet, ook niet op grond van door Nederland aangegane internationaalrechtelijke verplichtingen, om als minister zonder werkgeversstatus CAO-onderhandelingen te gaan voeren. Het zorgveld nationaliseren door alle werknemers een ambtenarenstatus te verlenen, is ook geen reële optie. In het onderwijsveld ontstaat een steeds meer met het zorgveld vergelijkbare situatie van werkgevers die op basis van een globaal, financieel mandaat zelf met de vakbonden over een CAO onderhandelen.

Het door de SP aangedragen alternatief is dus niet uitvoerbaar.

Vraag van de heer De Graaf (LPF) over het aantal onnodige acute hartdoden ten gevolge van de wachtlijsten

Het is niet waar dat 36% van de totale jaarlijkse sterfte in ons land wordt gevormd door acute hartdoden. De laatste CBS-gegevens tonen weliswaar aan dat van de totale sterfte van 140 527 personen, er 49 191 stierven door hart- en vaatziekten. Maar dit betekent dat het niet alleen gaat om hartdoden, maar ook om bijvoorbeeld mensen met een beroerte (CVA). Bovendien is de bewering dat het gaat om acute doden onjuist, het betreft hier alle sterftegevallen door alle hart- en vaatziekten. Het verband tussen wachttijden en/of spoedeisendheid is niet te leggen omdat in Nederland geen registratie plaatsvindt van doodsoorzaak in relatie tot wachttijd.

Vraag van de heer De Graaf (LPF) over tarieven ziektekostenverzekeraars en richtlijn voor vergoeding

Per 1 januari 2003 kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (waaronder ZBC's) contracten afsluiten op basis van DBC's waarbij vrije prijsvorming geldt. Het

experiment, «ruimte voor resultaat» geheten, geldt voor 17 geselecteerde medische ingrepen waarvoor een wachtlijst bestaat. Aanvankelijk zou daartoe een zogenoemd vrijstellingsbesluit WTG worden gemaakt. Belangrijk nadeel daarvan is echter dat dit niet per 1-1-2003 in werking zou kunnen treden. Om deze reden wordt een oplossing binnen de WTG voorbereid via een beleidsregel die inhoudelijk hetzelfde zal regelen als het genoemde vrijstellingsbesluit. Ook ZBC's worden onder de reikwijdte van deze beleidsregel gebracht. Zij kunnen het tarief dat zij afspreken met de zorgverzekeraars melden aan het CTG. Het CTG zal dit tarief vervolgens goedkeuren als «individueel bepaald maximumtarief».

Vraag van de heer De Graaf (LPF) over hoe de minister denkt over een gespecialiseerde zorgkamer binnen de NMA

De ideeën van de LPF fractie over een marktmeester in de zorg, die zich onder meer bezig moet houden met regulering en toezicht op prijsvorming in de zorgsector, zijn zeker aansprekend voor dit kabinet. In navolging van de adviezen van het vorige kabinet op dit vlak (vervolgbrief op Vraag aan bod) worden het takenpakket en de positionering van zo'n marktmeester op dit moment door ambtenaren van mijn departement nader uitgewerkt. Dat gebeurt vanzelfsprekend in overleg met het ministerie van Economische Zaken. Gezien de samenhang met de verdere uitwerking van de toekomstige inrichting van het zorgstelsel achten wij de politieke besluitvorming hieromtrent een zaak van het nieuw aan te treden kabinet.

Vraag van de heer De Graaf (LPF) over de modernisering AWBZ

Doelstelling van de modernisering van de AWBZ is het vergroten van de keuzevrijheid, de keuzemogelijkheden en de zeggenschap van zorgvragers. De keuze in de gemoderniseerde AWBZ begint bij de keuze voor het pgb of voor zorg in natura. Indien een cliënt een pgb kiest, wordt deze in staat gesteld zelf de zorg te organiseren en te onderhandelen over tarieven. Kiest de cliënt voor zorg in natura dan heeft het zorgkantoor hier een belangrijke rol. Door het invoeren

van functiegerichte aanspraken ontstaat voor verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om het pakket aan zorg voor een individuele verzekerde nader in te vullen en de te leveren zorg soepel aan te passen aan de maatschappelijke ontwikkelingen, zonder dat de cliënt belast wordt met het onderhandelen en inkopen van zorg. Aanbieders worden straks alleen betaald voor de zorg die ze daadwerkelijk leveren. Zij hebben er daarom belang bij een zorgpakket te bieden waar vraag naar is. Het zorgkantoor is gehouden daarop te letten en zal slechts die zorg contracteren die door verzekerden wordt gevraagd. Verzekerden hebben immers recht op zorg waarop zij gezien hun behoefte – binnen de grenzen van doelmatigheid – zijn aangewezen.

Ten aanzien van de opmerkingen van de heer de Graaf over de constatering van de Raad van State over onvoldoende waarborgen voor voldoende zorgaanbod bij de modernisering het volgende. De veronderstelling van de Raad dat het voorliggende besluit niet zal leiden tot capaciteitsvergroting, behoeft nuancering. Door te werken met losse functies kunnen per functie of combinatie van functies allerlei soorten nieuwe aanbieders toetreden, hetgeen in het huidige instellingsgerichte systeem niet mogelijk is. Deze nieuwe zorgaanbieders kunnen niet toetreden als het huidige aanbodgerichte systeem gehandhaafd blijft. Het ontwerpbesluit, dat bewerkstelligt dat het zorgaanbod op basis van de inhoudelijke functies van zorg niet meer wordt belemmerd door schotten in de AWBZ of de instellingsgerichte financiering, faciliteert ook meer dan het huidige aanbodgerichte systeem een samenhangend en voldoende zorgaanbod.

Ten aanzien van de opmerkingen ten aanzien van de kostenconformiteit van de functietarieven het volgende. Omzetting van het bekostigingssysteem zorg in natura zal gelet op de omvang en de ingrijpendheid van de verandering gefaseerd plaatsvinden. Dit betekent dat de huidige bekostigingssystematiek van zorg in natura per 1 april 2003 gehandhaafd zal blijven. Zoals in het nader rapport is aangegeven en ook eerder is gemeld in de genoemde brief van 15 juli jl. heeft de uitvoeringstoets van

het Ctg aanleiding gegeven een onderzoek te laten verrichten naar de totstandkoming van functietarieven ten behoeve van een nieuw bekostigingssysteem op het niveau van functies.

Het onderzoek zal interdepartementaal begeleid worden. In afwachting van dit onderzoek, zal de huidige bekostigingssystematiek gehandhaafd worden. Wel zal het voor aanbieders mogelijk worden gemaakt per 1 april as. extramurale producten (zorg zonder verblijf) over de schotten – de v&v sector, de GGZ sector en de gehandicaptensector – heen te leveren.

Ten aanzien van de opmerkingen over het scheiden van wonen en zorg het volgende:

In nauwe samenwerking met de minister van VROM bevorder ik de totstandkoming van een groter en divers aanbod van combinaties van aangepast wonen met zorg en dienstverlening op maat. Bij nieuwbouw, maar ook bij vervangende nieuwbouw en verbouw van bestaand intramuraal aanbod moet zoveel mogelijk de voorkeur worden gegeven aan arrangementen op basis van zelfstandig wonen. Op die wijze zal geleidelijk een steeds groter deel van het «wonen» uit de AWBZ verdwijnen. Er zal echter altijd een groep mensen zijn voor wie intramurale zorg de meest aangewezen oplossing is. Op de vraag van mevrouw Vietsch naar de uitvoering van de motie Dankers heb ik al aangegeven dat er onderzoeken zijn uitgevoerd naar de zogenaamde kapitaallasten en de positie van het vastgoed, met name in de V&Vsector. Mede in het licht van de stelselherziening zal het Kabinet bouwstenen maken voor de aanpak van deze materie.

Vraag van de heer De Graaf (LPF) over de kwaliteit van de gezondheidszorg

Uitgangspunt is inderdaad dat de patiënt recht heeft op goed toegankelijke en vergelijkbare informatie over het zorgaanbod en de kwaliteit van de geleverde zorg. Langs meerdere wegen worden al gedurende langere tijd initiatieven genomen en voorbereid om de patiënt inzicht te geven en keuzemogelijkheid te bieden. Het betreft deels algemene informatie over de kwaliteit van het aanbod. Hieronder reken ik initiatieven als die van de

Consumentenbond met het Ziekenhuisvergelijkingssysteem, of die van het weekblad Elsevier over hetzelfde onderwerp. Ook wordt gewerkt aan de verdere ontwikkeling van de al bestaande gezondheidsportal – de gezondheidskiosk – welke informatie van betrouwbaar geachte aanbieders groepeerd. In deze overzichten worden algemene aspecten van kwaliteit als toegankelijkheid en patiënttevredenheid besproken.

Informatie over de werkelijke zorgprestaties op de domeinen veiligheid en effectiviteit is echter moeilijker te leveren en in genoemd aanbod ook niet aanwezig. In de u op 15 november toegezonden brief bij de aanbieding van de brancherapporten wordt ook gezegd dat in de omslag van aanbod- naar vraagsturing er hard gewerkt moet worden aan een gelijkwaardige omslag in de informatievoorziening, maar dat dat niet binnen een enkel jaar te realiseren zal zijn.

Door het ministerie van VWS zijn al wel veel initiatieven gaande om hier invulling aan te geven. Zo wordt gewerkt aan een Nederlands raamwerk prestatie-indicatoren, op basis waarvan de prestaties van de sector inzichtelijk gemaakt kunnen worden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil een kwaliteitsskaart publiceren, welke sectorgevoel is, op een wijze die vergelijkbaar is met die van de Onderwijsinspectie, inzicht geeft in de prestaties van zorgaanbieders. De IGZ is zich hier intensief op aan het voorbereiden en voornemens hier in 2003 duidelijkheid over te kunnen geven. De door u genoemde DBC's bieden voor de ziekenhuissector een goede basis om inzicht te bieden in de zorgprestaties. Ook zorgverzekeraars spannen zich in om meer inzicht te kunnen geven. Ook zij zullen inzicht moeten geven in hun inspanningen moderne zorg van de juiste kwaliteit te contracteren. Momenteel worden door NP/CF en Consumentenbond, in samenwerking met het Ministerie van VWS, initiatieven genomen om te komen tot een verzekeraars-inkoopmonitor. Een van de manieren waarop verzekeraars zich kunnen inspannen is het contracteren van zorg, die geleverd wordt door instellingen op basis van een, mogelijk extern gecertificeerd, en regelmatig onderhouden kwaliteitssysteem. Het voornemen van het ministerie, als ook dat van de IGZ, is om het

percentage instellingen dat zorg levert op basis van een functionerend kwaliteitssysteem, fors te verhogen en deze instellingen over de resultaten van hun geleverde zorg op een voor de patiënt vergelijkbare wijze extern verantwoording te laten afleggen.

In de eerste week van december ontvangt de kamer een brief «kwaliteit van zorg», als vervolg op het u in juni toegezonden standpunt evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, waarin de outline van een breed plan van aanpak tot verbetering van de zorg geschetst wordt met concrete actiepunten, waaronder ook verhoging van de vergelijkbaarheid en transparantie van de geleverde zorg.

Vraag van de heer De Graaf over een sociale stage/vrijwilligerswerk voor schoolverlaters

De heer De Graaff van de LPF heeft gesuggereerd dat het wellicht wenselijk is sociale stages mogelijk te maken voor schoolverlaters, die zouden kunnen worden ingezet bij verpleeg- en verzorgingshuizen. Ik wijs u er op dat een aantal min of meer gerelateerde onderwerpen ook aan de orde zijn geweest bij het Verlengde AO sport dat gisteren is gehouden. Met name ging het daar over compensatiemogelijkheden voor studerende die vrijwilligerswerk gaan doen.

Binnenkort zal ik u per brief, mede namens de Minister van OC&W, nader informeren omtrent onze voornemens met betrekking tot het onderwerp maatschappelijke stage in relatie tot onderwijsontvangenden. Ten aanzien van de specifieke opmerking van de De Graaff merk ik op dat ik voornemens ben om op korte termijn een onderzoek te entameren naar realistische mogelijkheden voor de invoering van een zogeheten sociaal jaar voor jongeren die de school verlaten hebben. Dit onderzoek past in mijn beleid ter versterking van het vrijwilligerswerk. Het spreekt vanzelf dat ik u daarover nader zal rapporteren.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over het recht op zorg

In het Strategisch Akkoord is het recht op zorg opnieuw bevestigd. Het gaat daarbij om het in artikel 8 van de Ziekenfondswet en artikel 6 van de AWBZ verankerde recht op zorg,

in de vorm van aanspraken op zorg van verzekerden. Gelet op deze wettelijke bepalingen bestaan er geen belemmeringen voor het afdwingbaar recht op zorg; hiervoor is geen aanpassing van wet- of regelgeving noodzakelijk.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over vergoeding stoppen met roken

Waar het maar kan, is het bestrijden van ongezond gedrag en het bevorderen van gezond gedrag te verkiezen boven het achteraf trachten op te lossen van de negatieve gevolgen van ongezond gedrag. Inzake het stoppen met roken heb ik juist deze week gevraagd aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om op korte termijn te rapporteren over de wijze waarop en de randvoorwaarden waaronder vorm gegeven kan worden aan financiering van ondersteuning van stoppen met roken. Aanleiding hiervoor vormde het rapport van het CVZ d.d. 24 oktober 2002 stoppen met roken ondersteuning: willens of wetens. De ernst van de tabaksproblematiek geeft aanleiding om het advies van het CVZ op te volgen om onder nader te bepalen voorwaarden over te gaan tot het vergoeden van stoppen met roken methodes waarvoor sterke aanwijzingen van effectiviteit bestaan. Een dekking voor deze kosten moet nog gevonden worden. Thans is in het BKZ kader daar geen geld voor beschikbaar.

Het belonen van goed gedrag met bijvoorbeeld lagere verzekeringspremies is helaas een zeer weerbarstige materie. De gedachte is zeker sympathiek, maar een concrete uitwerking zorgt onherroepelijk voor problemen met het handhaven van het om andere redenen zeer gewenste verbod op premie-differentiatie dat in een wettelijke ziektekostenverzekering van essentieel belang is. Tevens komen er tal van vragen op rond de definitie van gezond gedrag en de niet altijd eenduidige relatie tussen gezond gedrag en de uiteindelijke kosten van zorg voor verzekerden die zich gezond gedragen. Tenslotte zou bij een premie differentiatie maar gezond gedrag een groot uitvoeringsprobleem en toezicht/controlerend probleem opgeroepen worden.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over «meer preventie en minder geld»

Mevrouw Van Geen vraagt zich af hoe «meer preventie en minder geld» gaat werken gezien de aflopende meerjarenuitgavenreeks gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming in de Zorgnota. Het saldo van structurele en tijdelijke intensiveringen, minus overdrachten naar het gemeentefonds en de effecten van het lager meerjarenkader voor ZonMw verklaart dit beeld. Zo was er ondermeer in 2002 een incidentele intensivering voor de uitvoering van de landelijke vaccinatiecampagne tegen Meningitis C. In 2003 wordt er bijvoorbeeld een bedrag overgeboekt naar het gemeentefonds de vroegsignalering JGZ. Ook wordt het lagere kader voor ZonMw zichtbaar in deze reeks.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over de ontwikkeling van een vaccin voor de te verwachten griep-pandemie

Op dit moment zijn er producenten die nieuw griepvaccin (celkweek-techniek) hebben ontwikkeld, of in een ver stadium van ontwikkeling zijn. Onduidelijk is echter wanneer de nieuwe vaccins ook daadwerkelijk op de markt komen. De overheid beoogt er voor te zorgen dat er zo snel mogelijk voldoende griepvaccins voor de gehele bevolking beschikbaar komen ten tijde van een pandemie. Daarom is het wenselijk dat de overheid hierover afspraken maakt met de industrie. Op dit moment wordt er voor een eventuele grieppandemie een inventarisatie uitgevoerd naar mogelijkheden voor contracten met industriële partners. Op basis van deze inventarisatie zal het volgende kabinet hierover een besluit moeten nemen.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over toegankelijkheid van de zorg

Ja, daarvoor geldt de bijzondere bijstand. Echter juist door een goed pakket aan zorg, een grotendeels inkomensafhankelijk premie voor de ziekenfondsverzekering, inkomensafhankelijke bijdragen, ook voor het PGB, wordt in de regel voorkomen dat mensen buiten de boot vallen. Verder zijn er anticumulatiebepalingen voor de eigen bijdragen

in de AWBZ.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over een nieuwe pro-actieve toezichthouder

De Inspectie houdt toezicht op de kwaliteit van zorgverlening. De verzekeraar heeft de verantwoordelijkheid om er voor te zorgen dat de zorg aan de verzekerde wordt geleverd conform de aanspraak. Dat is ook de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep over de eigen bijdrage, zoals door mw. Van Geen aangehaald.

Het College Toezicht zorgverzekeringen houdt vervolgens toezicht op ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen van de AWBZ (en zorgkantoren).

Over de inrichting van de toezichtsfunctie in het kader van de stelselherziening zijn nog geen beslissingen genomen. Dus ook niet over de rol van Pensioen- en verzekeringskamer of een mogelijke andere toezichthouder.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) de rol van de NMa

De rol van de NMa binnen de zorgsector wordt op dit moment beperkt door de mate waarin de overheid bepaalde delen van de zorgsector heeft gereguleerd. Zoals de NMa in diverse besluiten heeft aangegeven kan in die delen van de zorg, waar door overheidsregulering concurrentie de facto onmogelijk wordt gemaakt, het gedrag van partijen de concurrentie ook niet belemmeren. Maar zodra de overheid in de wet- en regelgeving ruimte schept voor concurrentie, ziet de NMa er op toe dat deze ruimte niet door marktpartijen wordt dichtgetimmerd met collectieve afspraken, afgestemd gedrag of misbruik van economische machtspositie. Wij laten op dit moment uitzoeken of, en zo ja welke, aanvullende sectorspecifieke mededingingsregulering nodig is om de transitie naar meer marktwerking netjes te laten verlopen. De politieke besluitvorming daaromtrent is een zaak van een nieuw kabinet.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over klachtenbehandeling

We hebben een Klachtwet cliënten zorgsector. Deze wet stelt een klachtenregeling verplicht. In dit

verband dient er een klachtencommissie te worden ingesteld en voor de procedure voor de klachtencommissie wordt een reglement opgesteld. In de wet staan er verschillende eisen waaraan het reglement moet voldoen (art. 2). Zo bepaalt onderdeel e van lid 2: «waarborgt dat de klager en degene over wie is geklaagd, door de klachtencommissie in de gelegenheid wordt gesteld mondeling of schriftelijk een toelichting te geven op de gedraging waarover is geklaagd».

De hoor- wederhoor verplichting is dus in de wet verankerd. Als cliënten van mening zijn dat de klachtencommissie deze bepaling niet goed toepast kunnen zij, na eerst bij de zorgaanbieder hun grieven kenbaar te hebben gemaakt, naar de kantonrechter stappen.

Overigens loopt er bij ZON/MW ook een project om de werking van de Klachtwet te verbeteren. Het CBO werkt samen met de Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg (SOKG) aan het ontwerpen van richtlijnen waaraan een klachtenregeling moet voldoen. Ik ben zeer benieuwd naar de resultaten van dit project, die eind 2004 verwacht worden.

Naast de formele klachtenbehandeling is er, en dat mag hiermee niet worden verward, ook veel aandacht voor een goede klachttopvang: dit is het geven van informatie, hulp en advies hoe een klacht het beste kan worden aangekaart. In dit verband vervullen de IKG's een belangrijke functie. Naast natuurlijk de vele klachtenfunctionarissen die in de diverse instellingen werkzaam zijn. Op dit moment loopt er een aantal pilot projecten om klachttopvangfunctie van de IKG's te verbeteren. Daarbij wordt ook gekeken of een verdere professionalisering noodzakelijk is.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over positie cliëntenraden

De vorige bewindslieden hebben in juli in een brief, over de voorgenomen wijziging WMCZ, aangegeven het onderwerp «vervangende nieuwbouw» toe te voegen aan de lijst van onderwerpen waarover krachtens artikel 3 advies gevraagd moet worden. Voor instellingen waarin 24 uren-zorg wordt verleend aan cliënten die in de regel langdurig in de instelling verblijven worden de

onderwerpen «de geheel of gedeeltelijke opheffing, verhuizing, ingrijpende verbouwing van de instelling en eventueel vervangende nieuwbouw» toegevoegd aan de lijst van onderwerpen die vallen onder het verzaamd adviesrecht. In een reactie op de brief van LSR-LOC-LPR inzake knelpunten WMCZ, ging de vorige staatssecretaris uitvoerig in op het punt van instemmingsrecht of verzaamd adviesrecht. Zij zag onvoldoende aanleiding om de evenwichtige regeling die thans in de wet staat aan te passen. Hiervoor verwees de staatssecretaris naar de uitvoerige discussies hierover tijdens de parlementaire behandeling. Voorts wees zij erop dat de toetsing door de Commissie van Vertrouwenslieden er voor zorgt dat de argumenten van de cliëntenraad wel degelijk in de afweging worden meegenomen. Bovendien hebben de verschillende koepelorganisaties ernstige bezwaren geuit tegen het omzetten van het verzaamd adviesrecht in een instemmingsrecht. Ik kan mij prima vinden in de redenering van mijn voorganger. Derhalve ben ook ik van mening dat er geen reden is de WMCZ in deze zin te wijzigen.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over de patiënten en cliëntenorganisaties

In het regeerakkoord van paars II waren volgens de koepel van GGZ-instellingen onvoldoende middelen gereserveerd voor de GGZ om meerjarenafspraken voor de sector vast te stellen. Deze zijn er derhalve ook niet gekomen voor de cliëntenorganisaties in de GGZ. De landelijke GGZ-organisaties ontvangen via het patiëntenfonds structureel middelen voor het patiëntenbeleid. Voor 2003 stellen VWS en het patiëntenfonds gezamenlijk € 0,9 mln extra beschikbaar om de positie van de GGZ-clieuten in de regio te versterken.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over de geestelijke verzorging in zieken- en verpleeghuizen

Ik betwijfel of er sinds 1996 op dit terrein geen vorderingen zijn gemaakt. Menige instelling stemt de keuze van de geestelijke verzorger af op de achtergrond van zijn bewoners

of cliënten. Zonodig wordt dan ook een imam of winti ingeschakeld. In de meeste instellingen is ook voorzien in een humanistisch raadsman of -vrouw. Bovendien dient er op het punt van geestelijke verzorging afstemming plaats te vinden met de cliëntenraad; dit onderwerp valt immers onder het verzaard adviesrecht. Een eventueel tekortschieten van de instelling op dit punt kan beter worden aangepakt via de weg van overleg, op instigatie van de cliëntenraad of andere patiënten-/ cliëntenorganisaties. Het inzetten van het instrument aanwijzing uit de Kwaliteitswet lijkt mij voor dit onderwerp niet zo geschikt. Dat kan beter bewaard worden voor situaties waarbij de kwaliteit van zorg echt in gevaar is.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over de uitkomsten van Second World Assembly on Ageing in Madrid

De Nederlandse vertaling van het Madrid-International Actionplan on Ageing zal u in december 2002 worden toegezonden. Bij deze gelegenheid zal ook nader worden ingegaan op het vervolg van het actieplan in Nederland. Een leidraad voor het vervolg is de Regionale Implementatiestrategie die in september 2002 in Berlijn is vastgesteld op de Ministeriële Conferentie van de Economische Commissie voor Europa van de Verenigde Naties (UN/ECE). Overigens ben ik de overtuiging toegedaan dat het kabinetsbeleid met het oog op de vergrijzing in belangrijke mate voldoet aan de in Madrid en Berlijn aangenomen plannen.

Vraag van de heer Van Geen (D66) over AWBZ-verstrekking

Gemeenten voeren inderdaad de Wvg uit, die overigens geen AWBZ-verstrekking is, en hebben daarvoor middelen uit het Gemeentefonds beschikbaar. Uit de derde evaluatie Wvg blijkt dat de verschillen tussen gemeenten (die het logische gevolg zijn van deze decentrale uitvoering) door gebruikers als rechtsonzekerheid wordt ervaren. Tegen deze achtergrond heeft de toenmalige minister van SZW, in overleg met de gebruikersorganisaties en de VNG, in

het Wvg-protocol nader invulling gegeven aan het begrip «verantwoorde voorzieningen». Het protocol is bedoeld om tot een meer uniforme wetstoepassing te komen, gericht op een bredere rechtszekerheid voor cliënten met het oog op hun specifieke situatie. Met betrekking tot de aanvraagprocedure is in het protocol opgenomen dat deze voor de cliënt zo min mogelijk belastend moet zijn en dat het gemeentebestuur van begin af aan duidelijkheid biedt over de procedure waardoor de aanvrager inzicht krijgt in de stappen in de procedure en de daarmee gemoeide tijd. De gemeente heeft zich bij de aanvraagprocedure te houden aan de grenzen die de Awb daarvoor stelt. In het protocol is hieromtrent verder opgenomen dat bij dreiging van een overschrijding van termijnen het gemeentebestuur de aanvrager informeert, onder vermelding van de oorzaken en van de vermoedelijk wel realiseerbare afhandeltermijn. Indien de aanvrager meent dat er sprake is van een niet meer redelijke overschrijdingstermijn, kan deze uiteraard een beroep doen op alle rechtsmiddelen die hem op grond van de Awb en het Burgerlijk Wetboek ter beschikking staan. De vraag met betrekking tot schadevergoeding is zo algemeen gesteld dat ik daar slechts in algemene zin op kan antwoorden. Zo is niet duidelijk of bedoeld wordt dat de gemeente of de leverancier een verwijt gemaakt wordt. Indien blijkt van verwijtbaar onrechtmatig handelen oordeelt de betrokken rechterlijke instantie over de aansprakelijkheid.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over hoe de regering de braindrain van academische ziekenhuizen gaat oplossen en hoe wordt tegemoet gekomen aan de toegenomen vraag naar huisartsenzorg

Het huisartsentekort is een relatief probleem: op 1 januari 2002 zijn er zo'n 620 praktijkzoekende huisartsen. Op dit moment beginnen per jaar meer dan 400 mensen met de opleiding tot huisarts. De uitbreiding van de opleidingscapaciteit loopt al van 420 in 2001 tot 670 in 2004. Er is geen noodzaak voor verdere uitbreiding.

Voor de uitbreiding van de opleidingscapaciteit kijkt de regering niet anders over de grenzen dan dat

er, in het kader van uitwisselingsprogramma's, studenten een deel van hun opleiding in het buitenland kunnen volgen. Een voorwaarde voor deze uitwisselingsprogramma's is dat de kwaliteit van het onderwijs is gewaarborgd. Daar ligt overigens de eerste verantwoordelijkheid bij de betrokken onderwijsinstellingen.

Vraag van mevrouw Van Geen (D66) over arbeidsvoorwaarden voor verplegenden en verzorgenden

Het introduceren van regionale beloningsverschillen is niet dé oplossing voor de arbeidsmarkt-schaarste. Daar zitten tal van haken en ogen aan, bijvoorbeeld hoe de probleemregio's te bepalen en hoe ze af te grenzen, welke indicatoren te gebruiken, hoe deze beloningsverschillen in te passen in het Nederlandse systeem van arbeidsverhoudingen, hoe te voorkomen dat ze ontaarden in haasje-over-reacties tussen regio's en tussen instellingen onderling, hoe het te richten op extra personeel van buiten de zorg in plaats van alleen op reallocatie van bestaand personeel. Sociale partners in de betrokken sectoren, die primair verantwoordelijk zijn voor de totstandkoming en de inhoud van CAO's, hebben zich nog niet positief geuit over een dergelijke aanpak. Wel zijn CAO's inmiddels al zodanig geflexibiliseerd dat er veel maatwerk mogelijk is. Er zijn voorbeelden van andere maatregelen om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. In Amsterdam en Rotterdam zijn voorbeelden van instellingen die hun personeel helpen bij huisvesting, vervoer-, veiligheid-, kinderopvang en parkeerproblemen. Op deze wijze worden problemen aangepakt die typisch zijn voor grote steden. Daar zijn de middelen voor het voorzieningenniveau niet voor bedoeld.

Vraag van de heer Rouvoet (CU) over marktwerking

De heer Rouvoet gaat bij het interpreteren van de metafoor, die ik in een interview met het AD heb gebruikt, verder dan ik bij het uitspreken had vermoed. Ik heb vanzelfsprekend beroepsbeoefenaren in de zorg niet willen vergelijken met slagers. Kern van mijn betoog was dat ik het een goede zaak zou vinden als cliënten in de zorg de keuze

hebben tussen meerdere aanbieders. Aanbieders die zich van elkaar onderscheiden op het gebied van service, kwaliteit en ook prijs. Dat is volgens mij ook wat wij bedoelen als we spreken over het vergroten van de vraaggerichtheid van het zorgaanbod. En in zo'n systeem is het ook niet erg als bij de ene aanbieder de wachttijd wat langer is dan bij de andere. De prijs-kwaliteitverhouding van die aanbieder kan daar immers een goede reden voor zijn. De mogelijkheden van marktwerking in de zorg zijn overigens niet eenduidig aan te geven. Er is immers niet zoiets als *de* zorgsector en *de* marktwerking. De omstandigheden in deelssectoren in de zorg verschillen van elkaar. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan zaken als de relatieve omvang van vraag en aanbod, de mogelijkheden die er zijn om tot de markt toe te treden of aan de mogelijkheden die de cliënt heeft om de kwaliteit van de aanbieder te kunnen bepalen. Ook bestaan er meer en minder heftige vormen van marktwerking. Afhankelijk van de omstandigheden in de betreffende sector zal je moeten bepalen welke vorm en welke intensiteit van marktwerking daar het best past.

Vraag van de heer Rouvoet (CU) over bevordering verantwoord zorggebruik

Dhr. Rouvoet heeft gezegd dat het goed zou zijn als mensen zich bewust worden van de reële kosten van de eigen consumptie, dit om verantwoord zorggebruik te bevorderen. Daar ben ik het geheel mee eens.

Twee opmerkingen daarbij: Op de eerste plaats is nodig dat sprake is van reële, herkenbare prijzen. Prestatiegerichte bekostiging moet dan ook met kracht worden bevorderd. Op de tweede plaats meen ik dat de beoogde basisverzekering zodanig vorm gegeven moet worden, dat er een beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde, bijvoorbeeld door het hanteren van een eigen bijdrage of een eigen risico. Het is aan het volgende kabinet om deze lijnen verder uit te werken.

Vraag van de heer Rouvoet over huisartszorg voor bijzondere doelgroepen m.n. gehandicapten

Bij de modernisering van de huisartsenzorg wordt beoogd in toenemende mate vraaggerichter te gaan werken. Door een versterking van de samenwerking tussen huisartsen en andere hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg zullen in samenspraak met zorgverzekeraars en patiënten lokale samenwerkingsarrangementen moeten worden ontwikkeld. Deze moeten het mogelijk maken om het principe «gewoon wat kan en speciaal wat moet» te hanteren. Op deze wijze kunnen ook bijzondere doelgroepen gewoon optimale zorg in de buurt krijgen. Voor waar geen eenvoudige opgave maar wel een belangrijk aandachtspunt.

Vraag van de heer Rouvoet (CU) over Discussie/voorlichting biotechnologie

De heer Rouvoet bracht het ethisch toetsingskader voor brio-technologische ontwikkelingen ter sprake. Hij betreurt dat het debat over «biotechnologie» na de behandeling van de integrale nota in en buiten deze kamer is verstomd. Ik ben met hem eens dat verdergaande discussie en voorlichting op dit terrein van groot belang is. Op dit moment wordt door zes departementen gewerkt aan de uitvoering van de motie die ik als kamerlid bij de behandeling van de integrale nota heb ingediend. Allereerst wordt een inventarisatie gemaakt van de bestaande kaders. Staatssecretaris Van Geel is daarbij coördinerend, zoals ook bij de opstelling van de Integrale Nota Biotechnologie de minister van VROM coördineerde. Na de eerste fase zullen we op basis van de resultaten van de inventarisatie bezien of de coördinatie bij VROM moet blijven of dat het meer voor de hand ligt dat een ander ministerie dat doet, (zoals bijvoorbeeld VWS). In ieder geval zal er dus tussen nu en de zomer stof voor discussie komen. Ik zal, in welke positie dan ook, er alles aan doen om het onderwerp biotechnologie op de agenda te houden.

Vraag van de heer Rouvoet (CU) over voorgenomen bezuinigingen t.a.v. het Erfo-centrum

Het Erfo-centrum heeft tot eind 2002 subsidie gekregen. Voortzetting van de subsidie was afhankelijk van de evaluatie van het functioneren van het centrum. De evaluatie heeft plaatsgevonden. Daaruit blijkt onder meer dat er een behoefte bestaat aan algemene informatie over erfelijke ziekten. Aan de hand van de evaluatie is besloten aan het centrum vanaf 1 januari 2003 opnieuw een subsidie voor drie jaar toe te kennen. Een belangrijke voorwaarde is wel dat door het centrum een businessplan wordt opgesteld waarin onder andere wordt aangegeven hoe de financiering na drie jaar wordt geregeld. Het is niet de bedoeling dat het centrum structureel zal worden gefinancierd door de overheid maar dat vanuit andere bronnen in de financiering moet worden voorzien.

Vraag van de heer Rouvoet (CU) over identiteitsgebonden instellingen

De plaats van identiteitsgebonden zorginstellingen is vergelijkbaar met die van bovenregionale of landelijke specialistische instellingen: Zorgkantoren zijn gehouden de vraag naar deze instellingen door te geleiden naar de regio van de betreffende instelling. Zolang er behoefte is aan specialistische instellingen en concrete vraag naar identiteitsgebonden instellingen, hebben deze ook bestaansrecht. Nieuwe instellingen worden echter niet identiteitsgebonden toegelaten. Wel is het mogelijk dat instellingen, in overleg met hun zorgkantoor, het opnamebeleid toespitsen op bepaalde groepen zorgbehoevenden. Overigens beoogt de Modernisering van de AWBZ meer dynamiek en diversiteit in het aanbod tot stand te brengen, waardoor de keuzevrijheid van de cliënt tot zijn recht kan komen. Daaronder is ook begrepen het zorgaanbod op basis van een levensbeschouwelijke signatuur.

Vraag van de heer Rouvoet over Palliatieve zorg

Ik kan bevestigen dat het bedrag van € 10 miljoen structureel is en doorloopt in 2003 en volgende jaren. In de brief van 6 mei jongstleden is de kamer geïnformeerd over de verdeling van de zogenaamde Rouvoet-middelen beschikbaar voor de versterking van palliatieve zorg. Het bedrag komt ten gunste van een

aantal beleidsvoornemens gericht op palliatieve zorg, die eveneens in de brief van 6 mei worden genoemd. Vele van deze beleidsmaatregelen zijn inmiddels gerealiseerd of worden in gang gezet.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over het verkorten van de wachtlijsten

Het project in Limburg verdient als goed praktijkvoorbeeld naar mijn mening zeker bredere toepassing. Het is bekend dat de zekerheid van crisisopvang het aantal indicaties uit voorzorg vermindert. Elke zorgaanbieder kan met het zorgkantoor in de regio afspraken maken over crisisopvang. Het Operationeel Team Wachtlijsten dat in de regio's initiatieven aanjaagt kan bijdragen aan het verder promoten van dergelijke initiatieven.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over kwaliteit/specialisten Flevoland/resultaten experimenten

De constatering dat er geen bewijzen zijn dat er bij een bereikbaarheid van 45 minuten geen kwalitatief onverantwoorde zorg geleverd wordt betekent dat de norm van 45 minuten acceptabel is. De formulering is afkomstig van inhoudelijk deskundigen. De dubbele ontkenning in de formulering komt negatief over, ik streef ernaar om in overleg met dezelfde inhoudelijk deskundigen een meer positieve formulering te kunnen bereiken. Natuurlijk is de waarborging van voldoende kwaliteit daarbij uitgangspunt.

Zonder een mening te willen geven over de door de heer van der Vlies genoemde concrete casus is het, juist vanuit de optiek van het waarborgen van kwaliteit, denkbaar dat een aanstelling met een specialist niet verlengd wordt. Omdat de experimenten pas op 1/1/2003 van start gaan is het nu nog niet mogelijk om resultaten te presenteren.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over het aanbod van huisartsen

Van de kant van de Huisarts- en Verpleeghuisarts Registratie Commissie en vanuit huisartsenopleidingen hebben mij signalen bereikt, dat het vinden van voldoende kwalitatief goede kandidaten inderdaad

moeilijker wordt.

Op dit moment wordt intensief overleg met de LHV en ZN gevoerd rond de aanpak modernisering huisartsenzorg. Daarbij is de vraag hoe het beroep huisarts aantrekkelijker is te maken, één van de hoofdthema's.

De huidige praktijkorganisatievorm (solopraktijken), het probleem van de moeilijk realiseerbare combinatie van werk met zorgtaken en de toenemende behoefte aan deeltijdwerken nodigen de afgestudeerde huisartsen waarvan steeds meer vrouwen deel uit maken, niet uit tot vestiging. Een moderne werkomgeving met groepspraktijken met mogelijkheden voor deeltijdwerken en combineren van werk en zorgtaken zal het beroep meer aantrekkelijk moeten maken. «Opleiden wat er mogelijk is» is het motto voor overheid en partijen uit het veld. Maar alleen meer opleiden zal de nood op korte termijn niet verlichten. Zelfs met een onbeperkt opleidingsaanbod zijn onvoldoende gegadigden te vinden om in de opleiding in te stromen.

De aanpak van het probleem zal daarom een bredere inzet moeten hebben. Taakherschikking en de inzet van nieuwe beroepen zoals de «physician assistants» kunnen daarbij een belangrijke bijdrage leveren.

Bij de aanpak van het huisartsenprobleem gaat het dus om:

1. meer opleiden;
2. taakherschikking door inzetten van praktijkverpleegkundigen etc. en
3. het creëren van «goede» moderne werkplekken.

Dat is allemaal nodig om het beroep voor de afgestudeerden en de basisartsen weer aantrekkelijk te maken en hen voor dit vak te behouden.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over bereikbaarheid huisartsenposten

De ontwikkeling van de huisartsenposten is zeer snel tot stand gekomen en draagt aanzienlijk bij om de werkdruk van huisartsen te verlichten.

In een aantal gevallen is de bereikbaarheid en de service in de avond nacht en weekenden verbeterd. Maar dit is nog niet op alle plaatsen het geval. Huisartsen en verzekeraars zijn ondertussen bezig om te zoeken naar aanvullende oplossingen. Een goede voorlichting

in de regio over de bereikbaarheid maakt hier onderdeel van uit. Ik heb inmiddels aan het RIVM gevraagd een overzichtkaart op te stellen over de spreiding en de toegankelijkheid. (zal binnenkort op www.zorgatlas.nl worden gepubliceerd) Verder zal de Inspectie Gezondheidszorg volgend jaar onderzoek doen naar de bereikbaarheid van de huisartsenposten. Vooralsnog wacht ik dit onderzoek af.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over behouden van apotheekvoorziening in landelijke gebieden

In tegenstelling tot de opmerking van de heer van de Vlies waardeer ik de positie van de apotheekhoudende huisarts wel degelijk. Dit komt ook tot uitdrukking in het wetsvoorstel met betrekking tot de nieuwe Geneesmiddelenwet waarin de positie van de apotheekhoudende huisarts wordt gecontinueerd. Overigens kan de «apothekerszorg» in landelijke gebieden en kleine kernen een impuls krijgen door het afschaffen van artikel 19 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. (De verplichting dat een apotheker zijn beroep slechts in één apotheek mag uitoefenen). Dan zal het immers mogelijk zijn dat een apotheker meerdere apotheekvestigingen bestiert. Hierdoor is het bijvoorbeeld mogelijk dat twee apotheekvestigingen die op zich zelf economisch minder of niet rendabel zijn, toch kunnen bestaan. Dergelijke apotheekvestigingen kunnen dan gedurende een gedeelte van de dag open zijn. Hierdoor wordt in landelijke gebieden de apotheekfunctie gewaarborgd. Wat de kwalitatieve aspecten van het werkzaam zijn in meerdere apotheken zal de KNMP specifieke kwaliteitsnormen ontwikkelen en deze opnemen in de Nederlandse apotheek norm (NAN). Daarnaast wordt een vorm van toezicht uitgeoefend door de zorgverzekeraars die immers voldoende zorg van goede kwaliteit moeten contracteren op grond van de Ziekenfondswet.

Vraag van de heer Van der Vlies (SCP) over kwaliteitseisen van de Palliatieve zorg

De heer van der Vlies noemt een aantal belangrijke aspecten rondom palliatieve zorg, zoals de kwaliteit

van de zorg, wensen en behoeften van terminale patiënten, aandacht voor palliatieve zorg in de opleidingen en de mogelijkheden van pgb in hospices. In het algemeen is het zo dat instellingen gebonden zijn aan het leveren van verantwoorde zorg. Dat geldt ook voor palliatieve zorg. Ondanks de vele verbeteringen in de afgelopen jaren kan gezegd worden dat palliatieve zorg nog steeds in ontwikkeling is. Bij instellingen en beroepsbeoefenaren mag palliatieve zorg zich verheugen in een steeds groeiende belangstelling. Ook wordt men steeds bewuster van het belang ervan. Een aantal belangrijke ontwikkelingen:

- beroepsbeoefenaren en instellingen ontwikkelen kwaliteitsrichtlijnen voor palliatieve zorg, vanuit het perspectief van patiënten/cliënten;
- verbetering van de kennis van beroepsbeoefenaren specifiek voor palliatieve zorg producten (los van euthanasie) inpassing in het initiële onderwijs en voor bij- en nascholingen;

- ketenzorg voor terminale patiënten (netwerkvorming) ter verbetering van de samenwerking en onderlinge communicatie tussen beroepsbeoefenaren.

Deze ontwikkelingen worden door de overheid gestimuleerd. Bij brief van 21-11-2002 heb ik u hierover geïnformeerd.

Tot slot zal het in de nieuwe pgb regeling mogelijk zijn om zorg in te kopen met een pgb in een hospice, met uitzondering van verblijf en behandeling.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over de belemmering breken met prostitutie

Gelet op de belemmeringen die in de motie-Van der Staaij worden genoemd moet vastgesteld worden dat de mogelijkheden voor de minister van VWS om die weg te nemen beperkt zijn.

Het is primair een gemeentelijke verantwoordelijkheid om deze groep hierbij te ondersteunen. Een aantal gemeenten heeft specifieke hulp- en opvangvoorzieningen voor prostituees. Het rijk ondersteunt het gemeentelijke beleid op diverse manieren. Allereerst is het mogelijk om specifieke opvangvoorzieningen voor prostituees te financieren uit de specifieke uitkering vrouwenopvang of maatschappelijke opvang die centrumgemeenten van VWS

ontvangen. Verder is vorig jaar extra geld toegevoegd aan de uitkering van Leeuwarden voor het opvanghuis voor jonge prostituees «Asja». In het kader van het Nationaal Actieplan aanpak seksueel misbruik van kinderen is ook aandacht besteed aan projecten voor jeugdige prostituees, waaronder uitstapprogramma's. Over dit onderwerp is ook een handboek voor gemeenten ontwikkeld.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) betreft uitgaven in de gezondheidszorg ten gevolge van ongezond gedrag

De verleden week gepresenteerde Volksgezondheid Toekomstverkenning heeft wederom de focus gericht op dit belangrijke beleidsvraagstuk. Op 22 november jl. heeft de Minister mede namens het kabinet VTV 2002 aangeboden aan uw Kamer en tevens een eerste reactie gegeven op de bevindingen van het RIVM. In de aangekondigde nota over preventiebeleid waarin landelijke prioriteiten op het gebied van preventie worden gesteld, zullen veel van de conclusies en aanbevelingen van de VTV in ogenschouw worden genomen. Als gevolg van de demissionaire status van het huidige kabinet is besloten de nota preventiebeleid door een volgend kabinet te laten uitbrengen. Kortheidshalve verwijs ik naar de brief aan de Kamer dd. 21-11-2002 over het VTV rapport.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over slachtofferhulp

VWS heeft met ingang van 2003 haar verantwoordelijkheid inclusief de beschikbare middelen voor de Vereniging Slachtofferhulp Nederland overgeheveld aan het ministerie van Justitie.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) betreft extra geld voor sportaccommodaties en evenementenbeleid

Reeds in de nota Kansen voor Topsport (TK 1998-1999 26 429, nr. 2) is het voornemen uitgesproken om meer grote sportevenementen naar Nederland te halen. Dit vanwege het grote maatschappelijke belang van de sport. Hiervoor zijn geschikte topsportaccommodaties nodig. Voor een aantal takken van sport

ontbreken deze, zoals voor het zwemmen, indoor atletiek en baanwielrennen. Voor andere takken van sport kunnen tijdelijke accommodaties geschikt worden gemaakt, zoals bijvoorbeeld voor tennis en volleybal.

Eind 2001 is op nadrukkelijk verzoek van de Kamer – bij een drietal amendementen – extra geld beschikbaar gekomen voor het intensiveren van het topsportevenementen- en accommodatiebeleid. In de brief van juli 2002 (TK 2001-2002 26 429 nr. 11) is de Kamer over de concrete invulling van de amendementen geïnformeerd. Een van de actiepunten betrof de aanpassing van de subsidieregeling.

De subsidieregeling onlangs aan de Kamer gezonden (TK 2002-2003 26 429 nr 12).

In de regeling is duidelijk aangeven hoe de prioriteiten bij het toekennen van subsidie voor evenementen en accommodatie wordt gesteld. Bijvoorbeeld dat de Sportbonden altijd betrokken moeten zijn bij de aanvraag. Het zijn immers sportbonden die nationale – en ook internationale topsportevenementen (Europese en Wereld kampioenschappen) krijgen toegewezen en organiseren. Daarnaast is een van de voorwaarden tot subsidiëring het maatschappelijk belang van het toernooi/ evenement.

Vraag van de heer Jense (LN) over het plan voor spreiding van ziekenhuiszorg, negeren aanwijzing, wat zijn concrete ontwikkeling

In feite heb ik met mijn brief van 20 november jl over het bereikbare ziekenhuis de spreiding vastgelegd. In die brief heb ik ook aangegeven dat enkele thema's nog nader uitgewerkt moeten worden. Voor 1 december ontvang ik de plannen van aanpak van de IJsselmeer-ziekenhuizen en het ziekenhuis Walcheren. Dat zijn in feite de laatste ontwikkelingen. Van het negeren van een aanwijzing is geen sprake.

Vraag van de heer Jense (LN) over signalen aan bestuurlijke organisatie van ziekenhuizen

Er komen dagelijks veel signalen binnen op het departement, maar signalen zoals bedoeld in de vraag zijn niet bekend

*Vraag van de heer Jense (LN) over
beoordelen van zorgverzekeraars
van privé-klinieken*

Het departement heeft geen signalen dat er verzekeraars zijn met privé-klinieken binnen de eigen organisatie. Er zijn derhalve ook geen signalen dat er sprake zou zijn van een beoordeling van deze klinieken.

*Vraag van de heer Jense (LN) wordt
er nog afspraken gemaakt over de 4
Mobile Medisch Teams*

Er zijn op dit moment in ons land 4 Mobile Medische Teams paraat van schemer tot schemer voor de helikoptervoorziening. Voorts zijn nog zes andere Medische Mobile Teams op basis van beschikbaarheid inzetbaar. De Landelijke Vereniging voor Traumacentra heeft zeer recent aangegeven dat zij binnenkort met een uitgewerkt voorstel komen over de wijze waarop in ons land vorm gegeven kan worden aan een adequaat en betaalbaar systeem van Medische Mobile Teams in het kader van totale traumazorg (spoedeisende medische hulpverlening).