

## 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 2004 (29 200-XVI)

*Vragen van mevrouw Smits (PvdA) en de heer Buijs (CDA) over alternatieve berekeningen van de KNGF*

Ik heb mijn reactie op de berekeningen van de KNGF gegeven in de brief van 14 november over de actualisatie van het budgettaire beeld. Ik kom op basis van recente cijfers van het CVZ tot een meeropbrengst van euro 100 mln. Ik heb in de raming van de opbrengsten rekening gehouden met gedragseffecten. Voorzover ik heb begrepen heeft de KNGF dat niet gedaan in zijn berekeningen. Daarnaast zijn enkele technische verschillen debet aan het verschil in uitkomst.

*Vraag van mevrouw Smits (PvdA) en mevrouw Van Miltenburg (VVD) over dyslexie*

Ik onderschrijf het uitgangspunt zoals aangegeven is in het CVZ advies, dat gespecialiseerde diagnostiek en behandeling van uitsluitend de ernstige vormen van dyslexie, die niet binnen de onderwijssetting te remediëren zijn, beschouwd kunnen worden als een taak van de gezondheidszorg. Mijn beleid is erop gericht om instrumenten te ontwikkelen die houvast bieden bij de beoordeling welke groep kinderen in aanmerking zou moeten kunnen komen voor diagnostiek en behandeling in de (gezondheids)zorg. Het CVZ heeft geconstateerd dat een dergelijk instrumentarium nog niet beschikbaar is en heeft aanbevolen om dit te ontwikkelen. De eerste stap in mijn aanpak van dyslexie is dan ook om deze instrumenten te laten ontwikkelen. Na een positieve afronding van deze eerste fase zal ik bij de begrotingsvoorbereiding 2005 bezien of het mogelijk is de resultaten van deze eerste fase met een pilot te toetsen (fase twee).

Als fase twee gunstig is wat betreft bruikbaarheid, effectiviteit en validiteit zal ik structurele financieringsopties ten behoeve van de (gezondheids)zorg bezien. Bovenstaande heb ik ook uiteengezet in mijn brief aan de Kamer dd. 30 oktober jl. kenmerk DBO-CB-U-2389014. Deze stapsgewijze en zorgvuldige aanpak is onontkoombaar als het gaat om besluitvorming over bekostiging van dyslexievergoeding uit algemene middelen. In deze brief ga ik ook in op de verantwoordelijkheid van mijn ministerie. Aangezien dyslexie betrekking heeft op de beleids-terreinen van zowel OC&W als VWS heb ik in deze brief ook aangegeven hoe ik de samenwerking en afstemming met het ministerie van OC&W inhoud zal geven. Voor 2004 heb ik op mijn begroting geen geld gereserveerd. Indien fase 2 (de pilot) in 2004 kan starten, zal ik op geleide van de Kamer in overleg treden met mijn collega van OC&W over mogelijke financiering vanuit de extra middelen op haar begroting.

*Vraag van mevrouw Smits (PvdA) over preferentiebeleid zorgverzekeraars: afleveren goedkoopste geneesmiddelen*

Hoeveel op de uitgaven voor geneesmiddelen wordt bespaard door deze maatregel is op voorhand niet aan te geven. De besparing is immers afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars gebruik maken van deze nieuwe mogelijkheid en de mate waarin zij met succes lagere prijzen kunnen bedingen. Wel is het zo dat met name grote zorgverzekeraars al hebben aangegeven door te gaan met dit door hen ingezette preferentiebeleid. Daarbij moet worden bedacht dat door de recent doorgevoerde generieke maatregelen de mogelijk-

heden voor verdere prijsverlaging door verzekeraars zijn beperkt.

*Vraag van mevrouw Smits (PvdA) over eigen bijdragen en compensatieregeling*

De verbreding van de extramurale eigen-bijdrageregeling naar (onder meer) de zorg voor verstandelijk gehandicapten vloeit voort uit de modernisering van de AWBZ. In het kader van de omslag van aanbodnaar vraagsturing zijn de AWBZ-aanspraken gedefinieerd in afspraken in plaats van in instellingen. Deze ontschotting heeft tot gevolg dat de eigen bijdrage voor de extramurale zorg op basis van zorgfuncties wordt geheven, waarmee het onderscheid tussen de sectoren verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg vervalt.

*Vraag van mevrouw Smits (PvdA) over vergoeding van de ziektekosten voor de lage inkomens*

De tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven biedt een tegemoetkoming voor belastingplichtigen die hun aftrekpost op grond van de buitengewone uitgavenregeling niet (geheel) kunnen verzilveren, omdat zij weinig tot geen belasting betalen. De tegemoetkoming wordt bepaald op grond van de aftrekpost in verband met buitengewone uitgaven. De hoogte van de tegemoetkoming is afhankelijk van individuele factoren die jaarlijks kunnen wijzigen, zoals het inkomen, het totaal aan aftrekposten (waaronder de buitengewone uitgavenaftrek) en het recht op en de hoogte van de heffingskortingen. Voor groepen aan de onderkant en het midden van het inkomensgebouw geldt dat zij veelal 25% tot 50% van hun ziektekosten terug kunnen krijgen, hetzij via de fiscale aftrekregeling buitengewone uitgaven hetzij via de tegemoetkomingsregeling. Ca. 305 000 belastingplichtigen zullen in aanmerking komen voor de tegemoetkomingsregeling. Hiervan zijn er ca. 265 000 ouder dan 65 jaar; deze mensen zullen gemiddeld euro 210 aan tegemoetkoming ontvangen. Daarnaast zijn er ruim 40 000 belastingplichtigen jonger dan 65 jaar, die gemiddeld euro 715 aan tegemoetkoming zullen ontvangen. Voor meer inhoudelijke informatie over de tegemoetkomingsregeling

verwijs ik u naar de antwoorden op de schriftelijke vragen nrs 375, 382 bij de begroting VWS 2004. Voor inkomens rond het sociaal minimum geldt inderdaad dat de gemeente in voorkomende gevallen bijzondere bijstand kan verlenen, zodat mensen niet door het bestaansminimum kunnen zakken.

*Vraag van mevrouw Smits (PvdA) over wachttijden en productie*

Sinds 1998 zijn extra middelen beschikbaar gesteld om de wachttijden in de zorg weg te werken. Sinds eind 2000 gebeurt dit in het kader van het Actieplan Zorg Verzekerd op basis van het «boter-bij-de-vis» principe (in de geestelijke gezondheidszorg geldt het «boter-bij-de-vis» principe sinds januari 2003). Het «boter-bij-de-vis» principe houdt in dat instellingen worden afgerekend (boter) op de feitelijk geleverde productie (vis). Hiermee wordt voorkomen dat extra geld voor wachtlijstreductie ondoelmatig handelen door instellingen in de hand werkt.

Het is de verantwoordelijkheid van zorgkantoren en zorgaanbieders om productie-afspraken te maken. Het is aan de zorgaanbieders om de gemaakte productie-afspraken ook daadwerkelijk te realiseren. In het Jaarbeeld Zorg informeert de Minister de kamer jaarlijks over de gerealiseerde productie en de wachtlijsten.

Wat de wenselijke wachttijden aangaat, merk ik op dat de verzekeraars en aanbieders streefnormen hanteren, waarbinnen verzekerden zorg dienen te krijgen, de zogenoemde Treknormen. Deze zijn gebaseerd op termijnen die het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing en aanvang van de zorg met zich meebrengen. Ik verwijs ook naar mijn eerdere reactie op de Motie Wilders.

*Vragen van mevrouw Smits (PvdA), mevrouw Van Miltenburg (VVD) en mevrouw Vietsch (CDA) over overheveling «op genezing gerichte zorg»*

In het Hoofdlijnenakkoord heeft het Kabinet het voornemen opgenomen om alle «op genezing gerichte zorg» per 1/1/2006 over te hevelen uit de AWBZ naar de standaardverzekering curatieve zorg. In de brief van 21 november (kenmerk GVM/2418 491)

is aangegeven dat per 1/1/2006 de gehele extramurale GGZ en het eerste jaar intramurale GGZ wordt overgeheveld. Daarmee wordt al het merendeel van «op genezing gerichte zorg» uit de AWBZ naar de basisverzekering overgeheveld. Dit is de kortst mogelijke termijn waarop qua regelgeving en qua uitvoeringstechniek deze overheveling van de op genezing gerichte GGZ kan worden gerealiseerd.

Voor de sectoren V&V en gehandicaptenzorg wordt voornamelijk uitgegaan van handhaving van de huidige situatie, aangezien in deze sectoren een goed onderscheid tussen cure en care moeilijker is te maken dan in de GGZ en een overheveling van op genezing gerichte zorg ook uitvoeringstechnisch complexer is dan in de GGZ. Ook vanuit het gezichtspunt van de cliënt bezien is een overheveling van de curatieve delen in de GGZ eenvoudiger te realiseren dan in de sector V&V en gehandicaptenzorg. Daarom is een overheveling van de kortdurende thuiszorg, van de revalidatiezorg in een verpleeghuis en van andere curatieve delen in de sectoren V&V en gehandicaptenzorg per 1/1/2006 niet mogelijk. Wanneer zo'n overheveling wel kan plaatsvinden en welke delen van V&V en gehandicaptenzorg dan worden overgeheveld wordt de komende periode nader bezien. Het doel blijft om op de iets langere termijn alle op genezing gerichte zorg over te hevelen naar de standaardverzekering curatieve zorg.

*Vraag van mevrouw Smits (PvdA) over ICT in de Zorg*

Het SoFi-nummer zal in de nabije toekomst opgaan in een Burger Service Nummer (BSN). Het huidige kabinet continueert daarmee het beleid van het vorige kabinet zoals verwoord in de brief van 20 november 2002 aan de Tweede Kamer. Daarin is aangegeven dat vanwege de Wet Bescherming Persoonsgegevens het BSN niet te gebruiken is voor de zorgsector. Dit vanwege het bijzondere karakter van de te registreren gegevens, die betrekking hebben op de gezondheid van personen. Het belang van de informatie-uitwisseling en tegelijkertijd de noodzaak tot beveiliging en vertrouwen heeft geleid tot een apart nummer voor de zorg. De ontwikkeling daarvan zal overigens zo nauw

mogelijk worden verbonden met de ontwikkeling van het Burger Service Nummer. Beide nummers zullen de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) als authentieke bron benutten.

*Vragen van mevrouw Timmer (PvdA) en de heer Van der Staaij (SGP) over kwaliteitseisen en basiszorg. Vragen van mevrouw Vietsch (CDA) over certificering van instellingen. Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over Inspectie toezicht en minimum kwaliteitseisen*

Op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn zorgaanbieders/het management als eerste verantwoordelijk voor de zorg die binnen hun instellingen wordt geboden. Verzekeraars dienen voldoende en kwalitatief volwaardige zorg te contracteren. Patiënten spreken actief hun wensen over het aanbod uit en hun oordeel over de geleverde zorg. Binnen het huidige systeem ben ik verantwoordelijk voor de randvoorwaarden en het systeem. De IGZ toetst op veiligheid en effectiviteit.

Het is dus aan de veldpartijen om afspraken te maken over de te leveren zorg, zowel op algemeen als op individueel niveau in het zorgplan. Deze zorg is voor iedere cliënt van andere aard; een begrip als basiszorg is niet goed bruikbaar. De minimumkwaliteitseisen aan zorg zijn opgesteld door het AVVV, Arcades, LOC en IGZ naar aanleiding van het rapport «Zorgen in de Zomer». Deze eisen zijn vervolgens vastgelegd in het «Evaluatierapport: Zorgen in de Zomer, uitgebracht in 2002. Deze eisen zijn dus ook vastgesteld door het veld en worden door de IGZ gebruikt in haar toetsing.

Het is aan de zorgaanbieder, de beroepsgroepen en de IGZ om binnen de verantwoordelijkheid van de kwaliteitswet de geboden zorg te toetsen en te bewaken.

Op basis van de indicatie die een cliënt krijgt in de AWBZ kan een cliënt aanspraak maken op zorg. Vervolgens worden op basis van de indicaties individuele afspraken gemaakt tussen de cliënt en de zorgaanbieder, deze worden vastgelegd in het zorgdossier. Dat zijn de afspraken waar de cliënt zijn zorgaanbieder op kan aanspreken. Het is aan het zorgkantoor om de cliënten hierover voor te lichten. Dit geldt uiteraard ook voor chronisch

zieken en gehandicapten met een complexe zorgvraag. Zij kunnen hierbij overigens nog extra ondersteuning krijgen van MEE (de SPD'en).

Certificering is niet verplicht op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Instellingen zijn wel verplicht hun zorgverlening te baseren op een kwaliteitssysteem. De IGZ toetst hier ook op. Certificering is de onafhankelijke externe toetsing op het functioneren van dit kwaliteitssysteem. Veel instellingen zien op tegen deze stap. Het kost ze initieel menskracht, ze zien op tegen de inspanning, ze zien de voordelen niet direct, het levert geen beter contract of meer patiënten op. In de brief «kwaliteit van zorg» van 4 december 2002 heb ik instellingen opgeroepen serieus werk te maken van hun inspanningen op dit gebied en mij op de hoogte te houden van de vorderingen. De IGZ intensificeert haar handhavingsbeleid op dit vlak. Certificering c.q. accreditatie is een van de indicatoren, die de Inspectie hanteert in haar gefaseerd toezichtsbeleid. Verzekeraars worden aangespoord bij de inkoop van zorg sterker aan te sturen op contracteren van gecertificeerde zorgaanbieders. Rapportages van de IGZ over een instelling zijn in eerste instantie een zaak tussen Inspectie en instelling. Op het moment dat de instelling geen medewerking verleent aan de aanbevelingen van de Inspectie kan deze een bevel opleggen of mij verzoeken om een aanwijzing te geven aan de betreffende instelling; daarbij is de uiterste mogelijkheid de instelling te sluiten. Het besluit om deze aanwijzing uit te vaardigen is mijn verantwoordelijkheid op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

*Vragen van mevrouw Timmer (PvdA) over het verplicht betrekken van verpleegkundigen en verzorgenden bij veranderingen en onderzoeken in zorg door bijvoorbeeld ZonMw*

Het betrekken van verpleegkundigen en verzorgenden gebeurt gelukkig al in ruime mate. U kunt hierbij bijvoorbeeld denken aan het instellen van verpleegkundige en verzorgende adviesraden door de zorginstellingen. Dit departement heeft de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) een belangrijke rol toegekend in de Stuurgroep Modernisering van de

Opleidingen en Beroepsuitoefening (Stuurgroep MOBG) die nu in oprichting is. Bij ZonMw speelt het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) een belangrijke rol in het programma «Tussen weten en doen». Maar het betrekken van verpleegkundigen en verzorgenden is inderdaad nog geen vanzelfsprekendheid. Het ministerie van VWS streeft er naar om verpleegkundigen en verzorgenden middels hun beroepsorganisaties zoveel mogelijk te betrekken bij veranderingstrajecten en onderzoek. Het is echter aan de beroepsorganisaties zelf om andere partijen binnen de zorg er op aan te spreken wanneer zij onvoldoende worden betrokken.

*Vragen van mevrouw Timmer (PvdA) en mevrouw Lambrechts (D66) over opleidingsfonds zorgopleidingen en stageproblematiek*

Een verplichting voor een vast percentage stageplaatsen is niet voorgenomen. De zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor een goed personeelsbeleid inclusief een stagebeleid.

In het standpunt van 31 oktober jongstleden op het rapport van de commissie Legrand over het moderniseren van de opleidingen en de beroepenstructuur is het instellen van een Opleidingsfonds aangekondigd. U ontvangt daarover een afzonderlijke brief.

*Vragen van mevrouw Timmer (PvdA) over het niet of onvoldoende opgeleide verzorgenden en helpenden in de zorg.*

U moet een onderscheid maken tussen het aantal opgeleide verzorgenden en helpenden en de mate waarin de kwalificatiestructuur aansluit bij de praktijk.

Wat de aantallen betreft het volgende. Het percentage dat u noemt, is gebaseerd op een publicatie van de beroepsvereniging van de verzorgenden. STING. In de publicatie «Opgeleid voor kwaliteit» staat vermeld dat in 1988 70% van de helpenden en 8% van de verzorgenden in de thuis- en ouderenzorg geen opleiding heeft. Voor de invoering van de kwalificatiestructuur in 1997 bestond er geen formele opleiding tot niveau 2 helpende. Dit verklaart het aandeel helpenden zonder erkende opleiding.

Daarnaast is het Landelijk Orgaan Beroepsonderwijs (OVDB) bezig de kwalificatiestructuur te actualiseren opdat de opleidingen beter zijn toegesneden op de praktijk. De opdracht tot deze actualisatie is door het ministerie van OCenW gegeven. Tevens zal het ministerie van VWS de opdracht geven tot een Verpleegkundig Beroepenstructuur- en Opleidingscontinuüm (VBOC) naar voorbeeld van het Medisch Opleidingscontinuüm. Het is de bedoeling met de VBOC orde te scheppen in het versnipperde aanbod aan verpleegkundige vervolgoopleidingen.

De zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd en dienen daarom zelf te zorgen voor voldoende gekwalificeerd personeel.

*Vraag van mevrouw Timmer (PvdA) over gesubsidieerde arbeid*

Met het regulier maken van de in- en doorstroombanen in de zorgsector gaat het relatief goed. 35% van alle aanvragen voor de stimuleringsregeling van SZW voor omzettingen in 2003 (waarop VWS voor o.a. de zorgsector een aanvulling verstrekt) is afkomstig uit de zorgsector. Vooraf was uitgegaan van een aandeel van de zorgsector van 25%.

In het Convenant gesubsidieerde arbeid 2003 (afgesloten in dec. 2002) is voor 2003 een stimuleringsregeling van SZW afgesproken van euro 17 000 per omgezette baan. Daarbovenop heeft VWS voor de omzettingen in de zorgsector 2554 x euro 3 500 = euro 8,9 mln beschikbaar. Uitgaande van de stand op 21 november (1395 aanvragen uit de zorgsector) en een toekenningspercentage van 95% is daarvan nog euro 4,3 mln over. De verwachting is dat een deel hiervan zeker nog benut zal worden voor omzettingen in 2003. Het deel dat overblijft, blijft beschikbaar voor het regulier maken van gesubsidieerde arbeid in de zorgsector in 2004.

Om het aantal omzettingen te verhogen heeft vorige week de actie «Eindsput ID-banen» plaatsgevonden. De staatssecretaris van SZW zal de Tweede Kamer zeer binnenkort berichten over de meest actuele stand na de actie. Medio december is er bestuurlijk overleg tussen staatssecretaris Rutte, werkgevers- en werknemersorganisaties en VNG over hoe verder met het regulier

maken van gesubsidieerde banen. Het bedrag van euro 12 000 per regulier gemaakte baan in de Regeling stimuleringsubsidie doorstroom zorg (Stcrt. 2003, 221, d.d. 14 november) is overeengekomen in het Convenant gesubsidieerde arbeid zorgsector (feb. 2003). Deze regeling is een structurele regeling voor de zorgsector. De bedragen van euro 17 000 en euro 12 000 zijn dus afkomstig uit verschillende convenanten en gelden voor verschillende jaren.

*Vraag van mevrouw Timmer (PvdA) over ombuigingsbijdrage 2003*

Het is aan het instellingsmanagement om de exploitatie in te richten binnen de gegeven budgettaire kaders. In tijden van financiële krapte, zoals in 2003 toen het kabinet tot de ombuigingsbijdrage-2003 besloot, moest iedereen, dus ook iedere instelling, een duit in het zakje doen. Ook is het een gegeven dat de instellingen in de zorg in korte tijd veel extra geld hebben kunnen besteden, bijvoorbeeld om wachtlijsten weg te werken. Wanneer een instellingsmanager daar naderhand nog eens zorgvuldig en zonder tijdsdruk naar kijkt, zal hij ongetwijfeld constateren dat hij dat geld doelmatiger kan inzetten. Vandaar de generieke aanpak. En vandaar het vertrouwen van het kabinet dat de instellingen deze maatregel in principe niet ten laste van het voorzieningenniveau hoeven te brengen.

Er zijn natuurlijk per instelling verschillen in aanpak om de exploitatie binnen het budgettaire kader te kunnen houden. Daarom zou het natuurlijk al lang zo moeten zijn dat organisaties van elkaar proberen te leren om zo hun productieproces optimaal te kunnen vormgeven (= het horizontale leerproces). Aangezien dat niet altijd vanzelf blijkt te gaan, stimuleert VWS het verspreiden van best practices en bevordert VWS het gebruik van benchmarking. Zodoende zullen de goede managers een voorbeeld kunnen vormen voor de minder presterende instellingen.

*Vraag van mevrouw Timmer (PvdA) over beleid ten aanzien van mantelzorg*

Ik onderken het belang van mantelzorg. In de begroting zijn dan

ook expliciet onze doelstellingen opgenomen, te weten:

- a) het versterken van de mogelijkheden tot respijtzorg;
  - b) het versterken van de afstemming tussen professionele en mantelzorg;
  - c) monitoring van de CVTM-regeling.
- VWS voert hierover overleg met instellingen die een rol op dit terrein vervullen, daarbij kan worden gedacht aan indicatie-organen, gemeenten, zorgkantoren, provincies en thuiszorginstellingen. Daarnaast worden er instrumenten ontwikkeld die goede handreikingen bieden aan mantelzorgers om zorgvragers bij te staan en die afstemming met de professionele zorg waarborgen. Ook wordt nagegaan op welke wijze mantelzorg kan worden betrokken bij de opleiding van professionals en scholieren. Ik zal mij op de daarvoor aangewezen momenten over de vorderingen verantwoorden. Ik ben niet voornemens een afzonderlijk plan van aanpak op te stellen.

*Vraag van mevrouw Timmer (PvdA) over de motie-Depla over de opvang van daken thuislozen*

Minister Dekker heeft bij de behandeling van de begroting van VROM positief gereageerd op het plan-Verdaas dat aan deze motie ten grondslag ligt. Zij heeft als het gaat om sluitende afspraken tussen gemeenten en corporaties over de huisvesting van dak- en thuislozen verwezen naar het nieuwe beleidskader ISV 2005–2010. Daarin wordt van gemeenten gevraagd aandacht te besteden aan het onderwerp huisvesting doelgroepen, waaronder dak- en thuislozen. Daarom heeft zij de motie overbodig genoemd. De in het plan voorgestelde aanpak sluit aan op het kabinetsstandpunt op het IBO-rapport over de maatschappelijke opvang. U heeft dat afgelopen week ontvangen. Gegeven het ISV beleidskader en het kabinetsstandpunt op het IBO-rapport is het niet nodig met een afzonderlijk plan van aanpak te komen.

*Vraag van mevrouw Timmer (PvdA) en mevrouw Lambrechts (D66) over heroinebehandeling*

Het standpunt over de voortzetting van de behandeling met heroine moet nog worden besproken in de ministerraad.

*Vraag van de heer Buijs (CDA) over ambulancezorg*

Ter versterking van de ambulancezorg is het budget afgelopen jaren een aantal malen verhoogd (vanaf 2001 euro 11,3 miljoen structureel en over 2002 en 2003 euro 4,5 miljoen incidenteel). Deze kabinetsperiode komt er een structurele verhoging van euro 18 miljoen.

Met de euro 18 miljoen kan in deze relatief kleine sector (het totale budget in 2003 is euro 263 miljoen) een flinke uitbreiding van personeel en ambulancewagens worden gerealiseerd. Het aantrekken van extra ambulancepersoneel en het opleiden ervan in deze omvang is een forse inspanning die dus eerst zijn beslag moet krijgen. Er is bovendien geen budgettaire ruimte voor euro 23 miljoen aan extra middelen; de groei ruimte curatieve zorg waar de heer Buijs naar verwijst, is noodzakelijk voor de volumegroei (zorg verzekerd).

*Vraag van de heer Buijs (CDA) over de academische component*

Zeer binnenkort spreek ik de zorgverzekeraars en de Vereniging academische ziekenhuizen over onder andere de bekostiging van de specifieke academische functie. (9 december a.s.)

Ook ik hecht heel veel waarde aan een innovatief krachtige en goed georganiseerde academische functie in Nederland. Het is de bakermat van veel nieuwe behandelingen om de patiënt nog sneller en beter te kunnen bedienen of zelfs voor patiënten waarvoor nu weinig of geen therapie bestaat, te kunnen helpen.

Deze academische functie bestaat uit meerdere onderdelen: het gaat over opleidingen en handelt over innovatief onderzoek. Tot slot bestaat de specifieke academische functie uit topreferente zorg; patiënten die niet meer kunnen worden doorverwezen naar andere behandelaars. Dit laatste deel is de enige dat om directe patiëntenzorg gaat en derhalve onderhevig is aan demografische effecten.

Ik heb goede hoop dat de besprekingen hierover tot resultaat zullen leiden.

*Vraag van de heer Buijs (CDA) over  
bereikbaarheid acute huisartsenzorg*

Om de acute huisartsenzorg te verbeteren en te waarborgen zijn huisartsenposten opgericht. Dit heeft een forse intensivering gevergd en zal tot overschrijding van het budget leiden. De aanwijzing aan het College Tarieven Gezondheidszorg om deze overschrijding te beperken is u bekend.

Nu zijn er de nodige vragen over de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de huisartsenposten. Om dit te objectiveren is onderzoek uitgezet bij het College voor Zorgverzekeringen en bij de Inspectie voor de GezondheidsZorg. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn nodig om met de door de heer Buijs bedoelde voorstellen te komen. Dit alles laat onverlet dat zorgverzekeraars nu al kunnen aanvangen om de acute zorg in de regio op een meer doelmatige wijze in te kopen. In de beleidsvisie acute zorg en in de visie op de eerstelijnsgezondheidszorg heb ik hiervoor al de nodige aanknopingspunten gegeven.

*Vraag van de heer Buijs over  
operationalisatie bekostigings-  
systeem huisartsen*

Het is praktisch en juridisch gezien niet reëel per 1 januari 2004 de financieringsstructuur te veranderen. We moeten daarbij ook nog rekening houden met het voorgenomen nieuwe stelsel en invoering van het eigen risico. ZN en LHV hebben zelf verzocht om toekomstbestendige bekostigingsstructuur huisartsen te ontwikkelen en daarom tot 1 februari 2004 hiervoor de tijd te krijgen. Ik juich toe dat partijen hierin hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Vervolgens dient de nieuwe tariefstructuur door het CTG te worden uitgewerkt. Dit vergt de nodige tijd.

Bij de beoordeling van het nieuwe bekostigingssysteem is een aantal randvoorwaarden gesteld dat tevens deels gebaseerd is op de adviezen van commissie-Tabaksblat. Deze randvoorwaarden kunt u in de brief «toekomstbestendige eerstelijnszorg» d.d. 21 november nalezen.

*Vraag van de heer Buijs (CDA) over  
ICT in de Zorg*

De oproep van de heer Buijs is eigenlijk een bevestiging van het VWS beleid. VWS deelt op dit punt namelijk de analyse van de inspectie en de heer Buijs. Er moeten ICT-bruggen worden geslagen zodat zorgverleners 24 uur per dag over alle noodzakelijke patiëntgegevens kunnen beschikken. Daarom heeft ICT een prominente plek op de Beleidsagenda. VWS werkt aan een verplichting op het gebruik van een zorgidentificatienummer (ZIN) met ingang van 2006. VWS werkt daarvoor aan wetgeving, zorgt voor de beschikbaarheid van het ZIN en laat een voorziening maken waarmee zorgverleners zich – in verband met de beveiliging – digitaal kunnen identificeren, de unieke zorgverleneridentificatie (UZI). De sector heeft – bij monde van NICTIZ – uitgesproken dat er in 2006 een landelijk, dekkend elektronisch medicatiedossier is en heeft VWS gevraagd om hen daaraan te houden. Dat zullen wij vanzelfsprekend doen.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA)  
over het afschaffen van zorgkantoren*

In het Algemeen Overleg over de AWBZ van twee weken geleden is toegezegd dat de Tweede Kamer binnen 4 à 5 maanden een brief zal ontvangen over de positie van de zorgkantoren na 1 januari 2006. Daarin komen alle relevante aspecten aan de orde inzake de toekomstige AWBZ-uitvoering, waaronder de mogelijkheden en consequenties van een overgang naar zorgverzekeraars. Het voert voor dit begrotingsdebat te ver hierop vooruit te lopen.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA)  
over het indiceren enkelvoudige  
huishoudelijke verzorging*

In maart 2004 zal ik u een brief sturen met mijn visie op de AWBZ en de WMZ. In deze brief zal ik ook ingaan op mogelijke consequenties voor de RIO's.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA)  
over het Algemeen Maatschappelijk  
Werk*

Pas in maart 2004 is meer duidelijkheid over de contouren van de

nieuwe Wet Maatschappelijke Zorg en dus ook over de vraag of het AMW hiervan onderdeel zal uitmaken.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA)  
over de AWBZ-zorg en het pgb in het  
buitenland*

Ten aanzien van de specifieke voorbeelden kan worden gemeld dat het beleid ten aanzien van de mogelijkheid om een pgb te krijgen bij permanent verblijf in het buitenland (langer dan 6 weken) is herzien. Het zal per 1 januari 2004 niet meer mogelijk zijn een pgb te krijgen als je in het buitenland woont. Deze mogelijkheid is uit de nieuwe pgb-regeling 2004 geschrapt.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA)  
over het zorgplan als basis voor de  
berekening van de eigen bijdrage  
AWBZ*

Recent heb ik op schriftelijke vragen van u en uw collega de heer Mosterd reeds geantwoord dat voor mij het uitgangspunt van de eigen bijdrage de uren geleverde zorg zijn en dat de cliënt niet hoeft te betalen voor niet geleverde zorg. Ik kan dan ook niet instemmen met uw wens om het zorgplan als uitgangspunt voor de eigen bijdrage te gaan hanteren. De tijdmeting moet niet als bureaucratisch omschreven worden. Er bestaan uitstekende hoogwaardige instrumenten om tijdregistratie bij de cliënt te verrichten en het resultaat daarvan kan eenvoudig ingelezen worden in de administratie.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA)  
over het omslagpunt intra-  
extramuraal*

Een omslagpunt is de situatie waarbij de zorg in een thuisituatie duurder is dan dezelfde zorg die in een intramurale setting wordt geleverd. Het gaat hierbij dus niet om de hoeveelheid zorg – deze behoefte is immers onafhankelijk van de setting – maar om de kosten van die hoeveelheid zorg. De kostencomponenten van een uur zorg zijn afhankelijk van de setting, waarin de zorg geleverd wordt. Tot heden is het niet mogelijk geweest de kosten tegen elkaar af te zetten, doordat een gemiddelde prijzensystematiek gehanteerd is in de bekostiging van intramurale zorg. Overwegend

inhoudelijke eisen bepalen de vraag of de zorg thuis of in een instelling geleverd moet worden. In de nieuwe functiegerichte bekostigings-systematiek komen op het individuele niveau omvang en de kosten van zorg in beeld. Met nieuwe functietarieven zal het omslagpunt voor een individu bepaald kunnen worden.

Het omslagpuntenvraagstuk loopt dan ook mee in het onderzoek naar de functiegerichtebekostiging. Het ligt niet in de lijn der verwachtingen dat deze gegevens binnen 3 maanden beschikbaar zijn. Eerst moet het KPMG onderzoek afgerond zijn (medio 1 april 2004), waarna vervolgens een normeringstraject zal gaan lopen. Met de uitkomsten van dit traject kan vervolgens het omslagpunt berekend worden. De gegevens zullen dan uiteraard beschikbaar worden gesteld.

*Vragen van mevrouw Vietsch (CDA) en mevrouw Tonkens (GroenLinks) over de financiering cliëntenraden*

Mevrouw Vietsch ziet graag de financiering van cliëntenraden buiten de directies van instellingen om geregeld. Tevens vraagt zij wanneer overgegaan wordt tot de vorig jaar aangenomen motie. Ook mevrouw Tonkens informeerde hiernaar. Voorop zij gesteld, dat cliëntenraden een belangrijke en stevige rol moeten kunnen spelen binnen de instelling. Kort geleden hebben wij een onderzoek laten instellen naar de kosten van cliëntenraden, bij instellingen waar dit goed liep. Dit onderzoek gaf een zo diverse uitkomst dat in ieder geval een ding duidelijk is, dat de praktijk erg gevarieerd is. Binnenkort zal ik de Kamer hierover nader schriftelijk informeren.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over de uitgaven- en productiegroei*

In de begroting staan bij de beleidsartikelen voor de premie-sectoren tabellen met de totaal beschikbare bedragen voor de jaren vanaf 2003 en de procentuele groei in ieder jaar. Daarin is de totale uitgavenontwikkeling te zien, die het resultaat is van voornamelijk productiegroei, kostenbeperkende maatregelen en bouw. De percentages geven dus niet de productiegroei aan maar de totale groei van de beschikbare middelen voor de

betreffende premiesector.

Wel is het zo dat de productiegroei in belangrijke mate die uitgavenontwikkeling bepaalt. Ik kan niet garanderen dat de middelen voor de productiegroei ook werkelijk uitgegeven worden. Het zijn immers de zorgkantoren en de zorgaanbieders die verantwoordelijk zijn voor het maken van productieafspraken. De aanbieders moeten er vervolgens voor zorgen dat die afspraken ook gerealiseerd worden.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over private financiering van de GGZ*

AWBZ-gefinancierde GGZ-instellingen die bepaalde vormen van zorg privaaf willen aanbieden dienen de financieringsstromen strikt gescheiden te houden. Een CTG beleidsregel inzake aanvullende inkomsten geeft de randvoorwaarden aan waaraan instellingen bij aanvullende inkomsten dienen te voldoen. Transparantie in de bedrijfsvoering is de belangrijkste randvoorwaarde, zorgkantoren zien hier op toe. Indien een zorgkantoor over harde aanwijzingen beschikt dat er bij een instelling sprake is van het ongeoorloofd vermengen van financieringsstromen of het hanteren van onjuiste tarieven (economisch delict) dient het zorgkantoor dit te melden bij VWS en CTG (meldpunt onwettelijke declaraties van het CTG). Deze partijen beoordelen vervolgens of het CTG de kwestie zal voorleggen aan OM en FIOD/ECD. Binnen de gestelde randvoorwaarden kan geen sprake zijn van het door elkaar lopen van private en publieke geldstromen.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over subsidie voor strafrechtelijke opvang verslaafden*

Zoals destijds nadrukkelijk met de Kamer is afgesproken, zou de subsidie voor de SOV-drang van de gemeente Rotterdam voor een periode van drie jaar zijn tot en met 2003. De subsidie loopt dus eind december af. Rotterdam heeft toegezegd de SOV-drang onder te brengen in de eigen keten van lokale voorzieningen voor verslaafden. Zij zijn hier tot op heden niet in geslaagd. Andere gemeenten betalen dergelijke voorzieningen ook zelf. Verslavingszorg kan worden gefinancierd ten laste van de AWBZ.

De gemeente Rotterdam bereidt een aanvraag voor toelating tot de AWBZ van de SOV drang voor. Deze aanvraag is echter nog niet ingediend. Het College voor zorgverzekeringen beziet of dit past binnen de AWBZ. Uiteindelijk beslist de staatssecretaris.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over tarief huishoudelijke verzorging*

Ondanks het feit dat er voor de ene functie huishoudelijke verzorging geïndiceerd wordt bestaan er wel twee tarieven, namelijk een alphahulp tarief en een tarief voor huishoudelijke verzorging. Dit laatste tarief omvat de loonkosten gebaseerd op de productieve tijd (de tijd, die een werknemer achter de voordeur van de cliënt werkzaam is) plus de kosten van de improductieve uren. Hier vallen bijvoorbeeld werkoverleg, vakantie en ziekteverzuim onder.

Daarnaast is er een opslag voor de overhead van 31,5%. De overhead omvat de directe leidinggevenden (9,2%), Cao-zaken zoals de reiskostenvergoeding (5%), het management annex administratie (13,3%) en de huisvesting (4%). Huisvesting wordt in de intramurale sfeer apart vergoed, maar bij de thuiszorg is het overhead. Zo spelen ook definitiekwesties een rol bij uitspraken over de hoogte van de overhead. Werkoverleg wordt dus betaald uit het tarief. Het organiseren van het overleg is een instellingszaak. Cliënten kunnen altijd de geïndiceerde hoeveelheid hulp krijgen door de vrijheid van instellingen om meer productieafspraken te maken indien dat noodzakelijk is. Bij de functiegerichte bekostiging – u heeft over de invoering een brief ontvangen – zal ook de hoogte van het tarief van de huishoudelijke zorg aan de orde komen.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over werkoverleg*

Werkoverleg is een regulier onderdeel van het werk in zorginstellingen en is inmiddels breed ingevoerd. In de Arboret is vastgelegd dat de werkgever de plicht heeft om met regelmaat werkoverleg te organiseren. Tevens wordt in het kader van de medewerkersraadpleging gevraagd of een werkgever werkoverleg houdt. Om medewerkers geïnformeerd en

betrokken te houden bij het werk is het voor een werkgever van groot belang om werkoverleg te organiseren.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over kwijtscheldingstermijnen eigen bijdrage*

In reactie op de motie Kant (Kamerstukken II, 2002/03, 26 631, nr 30) over kwijtscheldingstermijnen voor de inning van de eigen bijdrage thuiszorg is zowel in de brief van 9 oktober jl. als 16 juni jl. aangegeven dat het discutabel is om de eigen bijdrage na een bepaalde periode kwijt te schelden in verband met rechtsongelijkheid voor cliënten. Daarnaast is aangegeven dat voor een weloverwogen beslissing met betrekking tot kwijtscheldingstermijnen ook de financiële gevolgen daarvan moeten kunnen worden overzien. Hiervoor is het nodig dat een zogenaamde ouderdomsanalyse wordt uitgevoerd, waarmee inzicht wordt verkregen in doorlooptijden van het inningsproces. In de verzamelbrief over beleidsvoornemens AWBZ, Wvg en Wet maatschappelijke zorg van 10 november jl. is aangegeven dat het automatiseringssysteem van het Centraal Administratiekantoor AWBZ deze zomer is aangepast om vanaf dat moment een ouderdomsanalyse te kunnen uitvoeren. Omdat vanaf dit moment de doorlooptijden pas worden geregistreerd is het niet mogelijk om uitspraken te doen over voorliggende periodes. Het CVZ zal in zijn kernmonitorrapportage over de eigen bijdrage in het voorjaar van 2004 voldoende informatie beschikbaar hebben, waarmee het kabinet een afweging kan maken over het al dan niet invoeren van een kwijtscheldingstermijn.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over overbruggingszorg*

Het RIO indiceert de zorg waarvoor mensen in aanmerking komen. De huidige praktijk is dat indien iemand is geïndiceerd voor een plek in een verpleeghuis, en niet meteen aanspraak kan maken op een plek aldaar c.q. kan verblijven in het huis van voorkeur, bezien wordt welke overbruggingszorg het beste geboden kan worden. Betrokkenen worden als wachtenden met overbruggingszorg aangemerkt. Het

is aan het zorgkantoor en de zorgaanbieder om regionaal adequaat in te spelen op de indicatie.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over kwaliteitsplan voor de zorg in de care*

Bij de begrotingsbehandeling van december 2001 is de toezegging gedaan (nr. 841) toetsbare kwaliteitseisen voor de care sector te formuleren. Bij brief van 31 mei 2002 is daaraan voldaan door toezending van het evaluatierapport «Zorgen in de Zomer» van de IGZ, waarin 10 minimale kwaliteitseisen geformuleerd stonden. Deze zijn in samenspraak met Arcares, LOC en AVVV tot stand gekomen.

In het voorjaar van 2004 komt een voortgangrapportage over de brief «Kwaliteit van Zorg». In deze rapportage zal ook worden ingegaan op de aanpak van kwaliteit in de care. In de brief Sneller Beter, die 20 november aan de kamer is verstuurd, is naar analogie ook een Landelijk Actieplan Kwaliteit in de Care aangekondigd, dat in het voorjaar van 2004 gereed zal zijn.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over vruchtbaarheidsbehandeling en pakketmaatregel IVF*

Op dit moment zitten alle geneesmiddelen die worden gebruikt ten behoeve van vruchtbaarheidsbehandeling in het pakket en daarnaast worden drie IVF/ICSI-behandelingen via een subsidie-regeling vergoed.

Ik heb besloten om alle geneesmiddelen gebruikt ten behoeve van vruchtbaarheidsbehandeling zonder kunstmatige techniek (zoals IVF of ICSI) uit te sluiten, en daarnaast voor de eerste IVF/ICSI-behandeling zowel de hierbij gebruikte geneesmiddelen als de kosten van de behandeling zelf niet meer te vergoeden. Voor zover het de tweede en derde IVF/ICSI-behandeling betreft, blijven zowel de hierbij gebruikte geneesmiddelen als de kosten van de behandeling vergoed.

Ik heb voor deze maatregel gekozen enerzijds omdat de behandeling van onvruchtbaarheid geen medisch noodzakelijke behandeling is en anderzijds omdat bij deze behandeling naar mijn mening sprake kan zijn van eigen verantwoordelijkheid. Met het blijven vergoeden van de tweede en derde behandeling wil ik

tegemoetkomen aan de financiële belasting die optreedt als de behandeling met geneesmiddelen en de eerste IVF/ICSI-poging geen resultaat hebben gehad. Door de gekozen maatvoering is naar mijn mening een goede balans gevonden tussen eigen verantwoordelijkheid en maatschappelijke solidariteit.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over tandheelkunde*

Het betreffende rapport is door CVZ nog niet aan mij aangeboden. Naar verwachting gebeurt dat in december. Ik zal de Kamer begin 2004 over mijn standpunt informeren.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over onverzekerden*

Mevrouw Kant heeft gevraagd naar aantallen onverzekerden en beklagde zich dat zij op eerdere vragen daarover onvoldoende antwoord heeft gekregen. Recent heb ik op vragen van mevrouw Arib geantwoord (DBO-K-U-2421099) dat zich in de ziekenfondsverzekering geen onverzekerdenprobleem kan voordoen. Ziekenfondsverzekerden zijn op grond van de wet (verplicht) verzekerd. Zij kunnen hooguit besluiten zich niet bij een ziekenfonds in te schrijven. Zij zijn dan nog altijd verzekerd, maar kunnen geen aanspraak maken op verstrekkingen, zolang zij zich niet bij een ziekenfonds hebben ingeschreven. Bij inschrijving ontstaat ook de verplichting om nominale premie te betalen. De globale ramingen van aantallen onverzekerden waarover VWS beschikt betreffen niet-ziekenfondsverzekerden. Tot 2003 werd dit aantal op circa 200 000 à 300 000 geraamd. Het significantieniveau waarop ik deze cijfers kan presenteren onderstrepen dat het zeer globale schattingen betreft. Het gaat hierbij om de groepen mensen die in antwoord nr. 3 op de vragen van mevrouw Arib zijn genoemd (gemoedsbezwaarden, niet rechtmatig in Nederland verblijvenden, dak- en thuislozen).

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over dak- en thuislozen en zorgplicht voor gemeenten*

Bij het opleggen van een zorgplicht aan gemeenten is de vraag waartoe deze zorgplicht zich moet uitstrekken. Gemeenten zijn op basis van de

Welzijnswet verantwoordelijk voor het bieden van algemene voorzieningen, niet voor het bieden van individueel omschreven zorg. De zorgbehoefte is zo divers en ongelijksoortig, dat de reikwijdte van de zorgplicht voor gemeenten niet kan worden omschreven. Een zorgplicht veronderstelt dat vaststaat of vastgesteld kan worden onder wiens zorgplicht een individu valt. Wanneer alleen gemeenten de plicht krijgen voor dak- en thuislozen bestaat bovendien het risico van afwenteling van de zorgsector op gemeenten.

In het IBO-standpunt is gekozen voor maatregelen om de doorstroom in de maatschappelijke opvang te bevorderen. Dat moet ertoe leiden dat er geen mensen tegen hun wil op straat verblijven. Dit zal een onderdeel worden van de discussie rond de nieuwe Wet op de Maatschappelijke Zorg.

De vraag over het gebruik van asielzoekerscentra voor de opvang van daklozen zal ik voorleggen aan mijn collega van Vreemdelingen-zaken & Integratie.

*Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over prestatiebeloning*

DBC's zullen per 1 juli 2004 de basis vormen voor prestatiebeloning van ziekenhuizen. Per 1 juli 2004 is een afschaffing van de contracterplicht bij 10% van de DBC's. Zorgplicht voor ziekenfondsen blijft wel bestaan. Dit kan dan worden ingevuld door maatwerk (mogelijkheid tot verschillende contracten). Ook in de eerstelijns zullen productprijzen gedefinieerd moeten worden om prestatiebeloning mogelijk te maken.

De sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars zullen vergroot worden door de prestaties in de cure transparant te maken (introductie prijs/kwaliteitsconcurrentie).

*Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over innovatie*

Het kabinet ziet als invalshoeken voor innovatie de bevordering van kwaliteit, doelmatigheid, patiëntveiligheid en toepassing van ICT. Hoe ik kwaliteit oppak heb ik weergegeven in mijn brief «Sneller Beter» die ik u vorige week heb toegezonden.

Er is eigenlijk geen innovatie denkbaar waarbij niet de ICT een rol

speelt. Daarom wordt de toepassing van ICT bevorderd.

Het programma Kennis, Innovatie en Meedoen, onderdeel van het nieuwe subsidiebeleid, is er ondermeer op gericht dat bewezen innovaties ook daadwerkelijk geïmplementeerd gaan worden. Verder wordt de kennisinfrastructuur voor het zorgveld onder de loep genomen, waarbij vooral gekeken zal worden naar de positieve gevolgen van de innovatie voor de patiënt.

De feitelijke eerste ontwikkelingen van veel innovaties blijven door de zorgpartijen, op de werkvloer zelf, in gang gezet worden. Daar komen vraag en aanbod van vernieuwingen bij elkaar. Zonodig zullen partijen gestimuleerd worden hun rol daarin te spelen. Dit geldt voor de aanbieders, de verzekeraars, maar zeker ook voor de patiënten.

*Vragen van mevrouw Schippers (VVD) en mevrouw Tonkens (GroenLinks) over SCEN-artsen*

Op 20 november 2003 bent u per brief met kenmerk IBE/E-2433977 geïnformeerd over de SCEN activiteiten. Daarin is aangegeven dat er geen verschil van opvatting met de KNMG is waar het gaat om de inhoud van de SCEN activiteiten. Het verschil van opvatting betreft met name financiële aspecten.

Op de eerste plaats is al vanaf 1 oktober 2003 de beleidsregel van kracht voor Steun en consultatie bij euthanasie in Nederland ten behoeve van verpleeghuisartsen, medisch specialisten en huisartsen. Het SCEN tarief is vastgesteld op euro 272. De declaratie van de SCEN-arts loopt via de behandelend arts. Deze constructie is, op advies van CVZ door het CTG, gekozen omdat steun en consultatie bij euthanasie erop neerkomt dat een arts een collega-arts (consulent) raadpleegt. De diensten van de geconsulteerde arts zijn op verzoek en ten behoeve van de besluitvorming van de behandelend arts bij zijn zorgverlening. Het consult maakt procedureel en inhoudelijk deel uit van de behandeling.

De kosten kunnen worden verdeeld in kosten die wel en geen directe relatie met de zorgprestatie hebben. Kosten die een directe relatie hebben zijn bijvoorbeeld na- en bijscholing van artsen of de telefoondiensten in verband met de bereikbaarheid van artsen. Deze kosten worden reeds

vanuit de premie gefinancierd en maken deel uit van het tarief dat artsen in rekening kunnen brengen. Het opnemen van deze kosten in een subsidieregeling betekent een ongewenste precedentwerking en een dubbele vergoeding.

Er zijn ook kosten die geen directe relatie met de zorgprestatie hebben, de zogenaamde overheadkosten. Het CTG adviseert deze overheadkosten, zoals primaire opleiding voor de scenarts en de coördinatie, in een subsidieregeling onder te brengen. VWS is van mening dat een begrotingssubsidie daarvoor het meest geëigende instrument is.

*Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over administratieve lasten en identificatieplicht*

Het terugdringen van administratieve lasten is van groot belang. Een conceptwetsvoorstel ter voorkoming van fraude, de identificatieplicht in ziekenhuizen, ligt bij de Raad van State. Hierbij is goed gekeken naar de administratieve lasten. Ook is er goed geluisterd naar de mensen die het werk doen. Eerst was bepaald dat ziekenhuizen de gegevens ter identificatie, zoals van het paspoort of rijbewijs van patiënten, moesten vastleggen in hun administratie. De ziekenhuiskoepels NVZ en VAZ hebben er op aangedrongen dit niet zo te doen vanwege de administratieve lasten. In het genoemde wetsvoorstel is deze verplichting daarom alsnog vervallen. De ziekenhuizen hoeven bij de identificatie geen gegevens meer vast te leggen. De Interdepartementale Projectdirectie Administratieve Lasten, die valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Financiën, heeft bevestigd dat deze controle door een ziekenhuis geen administratieve last is. U vraagt of niet gewacht kan worden met de invoering van de identificatieplicht in ziekenhuizen en u noemt de zorgpas. Ik wijs erop dat de Kamer heeft gevraagd om directe en passende maatregelen.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over bezuinigingen op verliesgevende activiteiten door de thuiszorg*

Het standpunt van het kabinet is dat de tarieven voor thuiszorginstellingen gemiddeld kostendekkend zijn. Dat betekent dat er op



bepaalde producten «winst» gemaakt wordt, die nodig is om quitte te spelen op zogenaamde «onrendabele lijnen».

Bovendien is het de taak van zorgkantoren om hierover afspraken te maken met instellingen, zodat voldoende zorg geleverd kan worden.

Daarnaast is met het invoeren van de functiegerichte aanspraken per 1 april jl. meer ruimte gecreëerd voor nieuwe aanbieders op de zorgmarkt. Voor het leveren van afzonderlijke functies kan een toelating worden aangevraagd om vervolgens met het zorgkantoor afspraken te kunnen maken voor het leveren van de desbetreffende AWBZ-zorg. Hiermee verwacht het kabinet (nieuwe) aanbieders voldoende ruimte te geven op de zorgmarkt om in te spelen op de vraag van cliënten, die hierdoor meer keuze mogelijkheden krijgen.

*Vraag van de heer Nawijn (LPF) over de ambulancesituatie in Noord-Brabant*

De nieuwe besturing moet nu verankerd worden in een nieuwe Wet op de ambulancezorg. Daarbij wordt gewerkt met een landelijk referentiekader op basis van landelijk uniforme uitgangspunten. Met euro 18 miljoen extra wordt het percentage bereikbare Nederlanders vergroot, ook in Noord-Brabant.

*Vraag van de heer Nawijn (LPF) over een brief van de Kring van Regionale Zorgverzekeraars*

De heer Nawijn refereert aan een brief van de Kring van Regionale Zorgverzekeraars aan de Tweede Kamer van 17 november jongstleden die aan uw Kamer is verzonden. Deze brief heeft mij echter niet bereikt. Mocht u een reactie van mij op deze brief wensen te vernemen, dan verzoek ik u om deze brief door te geleiden.

*Vraag van de heer Nawijn (LPF) over de nieuwe DBC-systematiek*

– In de nieuwe DBC systematiek zijn circa 28 000 DBCs ontwikkeld. Deze worden overigens grotendeels geclusterd tot ongeveer 500–600 productgroepen.

– Doordat de DBC-systematiek uitgaat van de zorgvraag, die uiteraard zeer divers kan zijn,

ontstaan vele soorten combinaties van diagnoses en behandelingen.

Hierin zitten ook veel slechts sporadisch voorkomende DBCs.  
– In grote lijnen geldt dat 20% van de DBCs circa 80% van de kosten bepalen. Deze DBCs zijn in de praktijk bepalend.

*Vraag van de heer Nawijn (LPF) over de kwaliteit van zorg*

Kwaliteit van zorg heeft prioriteit in de Beleidsagenda. Verzekeraars en zorgaanbieders worden in lokale initiatieven gestimuleerd om afspraken te maken over kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Met de brief «Sneller Beter» is uiteengezet hoe de komende periode initiatieven geïmplementeerd zullen worden om middels benchmarking en doorbraakprogramma's de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Sturing op kwaliteit is heel belangrijk en daarom is de Inspectie voor de Gezondheidszorg doende om gezamenlijk met het veld indicatoren te ontwikkelen om vanaf volgend jaar de controle op de kwaliteit van allereerst ziekenhuizen, waar zich de grootste risico's voordoen, beter mogelijk te maken. Openbaarmaking en vergelijkbaarheid van gegevens van zorgaanbieders draagt bij aan deze verbetering. Met een toemende rol voor patiënten en zorgverzekeraars wordt hun invloed op de te leveren en te contracteren kwaliteit van zorg groter. Zorgverzekeraars op hun beurt worden gecontroleerd door het CTZ. Deze gaat een uitgebreid onderzoek doen naar de kwaliteit van de zorginkoop door verzekeraars. In de brief van 4 december 2002 aan de Tweede Kamer werd ook uitvoeriger ingegaan op de kwaliteit in de zorg.

*Vraag van de heer Nawijn (LPF) over concentratie van behandelingen (dotter en oncologie)*

Concentratie van zorg is gewenst indien het kleine aantal patiënten dat noodzakelijk maakt, ofwel om kwalitatieve redenen dan wel doelmatigheid.

Nederland kent wel hartcentra. De dotterbehandelingen zijn voorbehouden aan de vergunninghoudende hartcentra. Dit met het oog op de kwaliteit. Ik heb recent twee experimenten toegestaan waarbij dotteringrepen ook buiten de hartcentra toegestaan worden

(Leiderdorp en Alkmaar). Hiermee wordt toegewerkt naar vergroting van de capaciteit voor dotterbehandelingen. Daarnaast heeft het Medisch Spectrum Twente een verzoek ingediend om vooruitlopend op de in gebruikname van hun hartcentrum te mogen dotteren. Ik zal hier op korte termijn over beslissen.

Gezien de grote aantallen patiënten met kanker en de spreiding over het land is concentratie in een of twee centra niet gewenst en ook niet mogelijk. Daarbij is de oncologische zorg al merendeels geconcentreerd in de academische ziekenhuizen en de grotere algemene ziekenhuizen. Veel specialistische oncologische ingrepen zoals behandeling van slokdarmkanker vinden nog sterker geconcentreerd plaats. De oncologische zorg wordt kwalitatief bewaakt en regionaal gecoördineerd door de Integrale Kanker Centra.

*Vraag van de heer Nawijn (LPF) over de vergelijking van ziekenhuisprestaties met België en Nederland*

In OECD verband wordt een vergelijking van de zorgsystemen van de OECD landen gemaakt. Het rapport van deze vergelijking wordt voorjaar 2004 verwacht. Ik wil dit rapport afwachten om te bezien of, en zo ja welke, welke aangrijpingspunten dit biedt.

*Vraag van de heer Nawijn (LPF) over besluitvormingsprocessen zorginstellingen*

Goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van zorginstellingen zijn belangrijke voorwaarden voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Goede zorg vereist goed bestuur. En goed bestuur vereist goed toezicht. Conform de aanbevelingen van de Commissie Meurs over Health care governance, is hier een belangrijke taak weggelegd voor de raden van bestuur en de raden van toezicht zelf. Het woord (en de daad) is aan het veld om de kwaliteit van bestuur, toezicht en verantwoording van zorginstellingen op een hoger niveau te brengen.

Het is niet aan mij om op de stoel van de bestuurder of de toezichthouder te gaan zitten. Wel ben ik aanspreekbaar voor het regelen van de randvoorwaarden voor het goed kunnen functioneren van zorg-

instellingen. Dit heb ik gedaan door o.a. regels te stellen over de jaarverslaglegging, openbaarheid van salarissen van bestuurders en ook regels voor het kwaliteitsverslag. In de voorgenomen vervanger van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, dat is de WEZ, is als toelatingseis opgenomen dat zorginstellingen een transparante bestuursstructuur en een goede bedrijfsvoering moeten hebben. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de onafhankelijkheid van de Raad van Toezicht, de benoemingsprocedure en wat te doen bij conflicten. Dit is een uitwerking van de aanbeveling van de Commissie Meurs over Good Governance. Kortom, de wet- en regelgeving is er het veld is aan zet. Als minister heb ik met name een stimulerende en bevorderende rol, die het mogelijk moet maken dat de verschillende partijen (cliënten, toezichthouders en zorgverzekeraars) hun taak oppakken om zorg te dragen voor een goed bestuur van zorginstellingen.

*Vraag van de heer Nawijn (LPF) over toezicht op kwaliteit door de zorgverzekeraar*

Het instrument van de zorgverzekeraar is de overeenkomst met de aanbieder. In het contract moeten ook kwaliteitsbepalingen voorkomen. De zorgverzekeraar kan de aanbieder houden aan het contract en dus ook aan de kwaliteitsbepalingen. Kort geleden heeft het CTZ een onderzoek naar de rol van ziekenfondsen bij de kwaliteit van zorg laten uitvoeren. Alle onderzochte ziekenfondsen verzamelen informatie over de kwaliteit van de verzekerde zorg. De meeste ziekenfondsen benutten echter de beschikbare informatie niet volledig. Het CTZ vindt dat de ziekenfondsen meer instrumenten voor de kwaliteit van zorg moeten ontwikkelen. Het CTZ vraagt ziekenfondsen om door middel van een plan van aanpak aan te geven hoe ze de kwaliteit in de overeenkomst gaan vastleggen en hoe ze de controle op de naleving gaan doen. Het CTZ volgt hiervan de voortgang. Het CVZ is samen met het CTZ bezig om een normatief kader te ontwikkelen voor de taken van ziekenfondsen bij de kwaliteit van zorg. Het CTZ gaat dit kader betrekken bij de beoordeling van het functioneren van de ziekenfondsen.

*Vraag van mevrouw Lambrechts (D66) over instellingsteun en betere zorg voor ouderen*

De instellingsteun, die bij het CTG mogelijk is, is slechts indirect van invloed op betere zorg. De steun is erop gericht om een instelling, die in de problemen is geraakt, er structureel weer bovenop te helpen. Er wordt daarbij kritisch gekeken naar de eigen mogelijkheden van de instelling alvorens een beslissing wordt genomen om wel of geen tijdelijke steun te geven. De cliënten zijn er bij gebaat dat er gezonde instellingen bestaan om aan hen zorg te verlenen.

*Vraag van mevrouw Lambrechts (D66) over de inzet van volume-budget voor zorgverbetering en zorgvernieuwing*

Het bedrag van euro 700 mln. voor volumegroei is beschikbaar voor extra productie (boter bij de vis). Als de instellingen door efficiënter te werken, de noodzakelijke zorg kunnen leveren voor een lagere kostprijs dan het tarief, dan kunnen zij het verschil naar eigen inzicht aanwenden, onder meer voor verbetering van zorg of zorgvernieuwing.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over dagbesteding voor meervoudig gehandicapten*

Door mevrouw Tonkens is gevraagd wanneer de aangenomen motie Dankers wordt uitgevoerd. Voor uitbreiding van de dagbesteding in de zorg aan verstandelijk gehandicapten zijn in de periode 1998 t/m 2001 jaarlijks extra middelen ingezet, via specifieke beleidsregels van het CTG vooral gericht op de groep ernstig gehandicapten die al in instellingen verblijven. In de periode 2001 t/m 2003 is bovendien voor veel cliënten, die op de wachtlijst voor dagbesteding stonden, via de extra middeleninzet voor de wachtlijst-aanpak een aanbod aan dagbesteding beschikbaar gekomen. Daarmee is naar mijn mening de motie Dankers inmiddels uitgevoerd.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over de verantwoordelijkheden van budgethouders m.b.t. het persoonsgebonden budget*

Het is van belang dat de (potentiële) budgethouder op de hoogte is van de verantwoordelijkheden die samenhangen met het persoonsgebonden budget. Zo is in zowel de pgb regelingen oude stijl als nieuwe stijl nadrukkelijk opgenomen dat de budgethouder zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de in te kopen zorg. Het pgb is bedoeld voor mensen die zelf de regie willen en kunnen voeren over hun zorgvraag. De beoordeling van de kwaliteit maakt daar onderdeel van uit. Keuzevrijheid voor de cliënt staat centraal in de AWBZ. Keuzevrijheid tussen zorg in natura of een pgb. Het (van te voren) bepalen of het pgb wel of geen geschikt instrument is voor bepaalde cliënten strookt niet met deze keuzevrijheid. Overigens is de bereidheid aanwezig om in het kader van de aangekondigde evaluatie van het pgb nieuwe stijl de genoemde geluiden mee te nemen.

*Vragen van mevrouw Tonkens (GroenLinks) en de heer Van der Staaij (SGP) over de keuzevrijheid van gehandicapten m.b.t. wonen*

De regelgeving in de gehandicaptenzorg is gericht op het vergroten van de keuzemogelijkheden voor cliënten, zodat de keuze niet alleen is die tussen wonen in de wijk óf op een groot instellingsterrein. Ook tussenvormen, die nog weinig voorkomen, dienen gestimuleerd te worden. Met name de zeer grote instellingen moeten kleiner worden ten gunste van meer op maat gesneden voorzieningen. Instellingen moeten dit proces zorgvuldig begeleiden, waarbij de keuzes van de cliënten de basis vormen. Het inventariseren van deze cliëntenwensen gebeurt door bijvoorbeeld een woonwensenonderzoek, of sinds 1 april 2003 een leefwensenonderzoek (hier maakt het woonwensenonderzoek deel van uit). Als het niet mogelijk is cliënten daar te laten wonen waar ze graag willen moet er wel een volwaardig alternatief geboden worden. Het voornemen is om het komende jaar te onderzoeken of het leefwensenonderzoek een instrument

kan worden die dit proces kan ondersteunen.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over keuzevrijheid m.b.t. wonen bij een persoonsgebonden budget*

De modernisering van de AWBZ heeft als doelstelling de keuzevrijheid te vergroten. Om die reden is voor alle functies met uitzondering van verblijf en behandeling AWBZ-breed een keuze tussen pgb en zorg in natura mogelijk. Dit is een uitbreiding van de mogelijkheden van het pgb nieuwe stijl vergeleken met de situatie voor 1 april 2003. Net als met de oude pgb's is het nog altijd mogelijk een wooninitiatief op te zetten met het pgb-nieuwe stijl. Wat echter niet kan is dat de kosten van het wonen – zoals huur of aflossing van de hypotheek – op het pgb te verhalen. Dit strookt overigens met mijn uitgangspunt van scheiden van wonen en zorg. Ook met het pgb oude stijl was het niet mogelijk om huur e.d. uit het pgb te financieren. Zowel op mijn ministerie als bij het College voor zorgvoorzieningen zijn dan ook geen voorbeelden of meldingen bekend van bestaande wooninitiatieven die inderdaad in de problemen zijn gekomen of nieuwe initiatieven die om het uitsluiten van het pgb voor de functie verblijf niet gerealiseerd kunnen worden.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over de plannen ten aanzien van het gezinsbeleid*

Het Hoofdlijnenakkoord van mei 2003 bevat een oproep van het kabinet aan iedereen tot het zelf dragen van verantwoordelijkheid. «Iedereen moet meedoen, met werk, met vrijwilligersactiviteiten, in het verenigingsleven, op school en in de buurt». Dit geldt nadrukkelijk ook voor gezinnen. Elk huishouden waar volwassenen met kinderen samenleven in een opvoedingsrelatie beschouwt het kabinet als gezin. Het kabinet is van plan in maart 2004 met een Agenda Gezinsbeleid te komen. Hierin wordt verwoord wat de visie van het kabinet is op het gezinsbeleid. Op basis daarvan zullen de voornemens van de onderscheiden bewindspersonen thema-gewijs gerelateerd worden aan de positie van gezinnen. Voor VWS zie ik bij voorbeeld een duidelijke relatie tussen jeugd- en gezinsbeleid: het

gezin is de meest voorkomende opvoedingssituatie. Ouders moeten waar nodig ondersteund worden in de opvoeding. Ook de bevordering van sport- en vrijetijdsactiviteiten in wijken draagt bij aan een beter functionerend gezin en bevordert de gezondheid. Verder zie ik het gezin als belangrijke factor in het waarden- en normendebat.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over de eerstelijnszorg*

Mijn plan voor een toekomstbestendige eerstelijnszorg is onlangs (21 november 2003) naar de Tweede Kamer gestuurd. In deze brief wordt aangegeven dat er een samenhangende en samenwerkende eerstelijnsgezondheidszorg tot stand moet komen. Het gaat daarbij niet zozeer om meer uren werken van huisartsen, maar om het beter organiseren van de eerstelijnsgezondheidszorg. Meer samenwerking met andere zorgverleners is belangrijk. Het is mijn overtuiging dat een andere organisatie en werkwijze van de eerstelijnszorg de meeste problemen oplost. Daardoor wordt het werken in de eerstelijnszorg weer aantrekkelijker voor zorgverleners. Ook de inzet van nieuwe beroepen van «Nurse Practitioner» en «Physician Assistant» zullen hieraan een bijdrage kunnen leveren. Omdat de problematiek per beroepsgroep en per regio varieert, wordt ruimte geschapen op lokaal en regionaal niveau tot een eigen aanpak te komen.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over Enhancement in Agenda Ethiek en Gezondheid 2004*

Mevrouw Tonkens vraagt waarom de suggestie van een maatschappelijke discussie over enhancement niet is opgepakt en waarom geen onderzoek of maatschappelijk debat wordt geënceneerd over de vraag wat daarbij als terechte zorgvraag geldt. Enhancement, ofwel het idee van de maakbare mens, betreft een nieuwe ontwikkeling waaraan veel ethische vragen verbonden zijn. Een vroegtijdige discussie over verantwoordelijkheden en terrein-afbakening is dan ook zeker van belang. Op dit moment voert de Universiteit Utrecht in opdracht van VWS daartoe een onderzoek uit. In dit onderzoek komen ook vragen aan

de orde als de verantwoordelijkheid van de overheid hierin en wat als terechte zorgvraag geldt. De resultaten van het onderzoek zullen worden gebruikt voor een verkennde notitie over dit onderwerp. Deze notitie zal in de loop van 2004 naar de Tweede Kamer worden gestuurd en dient als basis voor een verdere (maatschappelijke) discussie over enhancement.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) zwerfjongeren en vrouwenopvang en huiselijk geweld*

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de opvang van zwerfjongeren. De Wet op de jeugdzorg geeft verschillende deelsectoren in de jeugdzorg meer ruimte om een gezamenlijk aanbod te ontwikkelen. Hierdoor kan met name voor jeugdigen met ernstige en meervoudige problematiek meer passende zorg geboden worden. Dit zal het ontstaan van zwerfjongerenproblematiek moeten voorkomen. Met de VNG worden verdere afspraken gemaakt over de functies die gemeenten beter in huis moeten hebben. In het Hoofdlijnenakkoord heeft het kabinet extra middelen vrijgemaakt voor de opvang en hulpverlening aan wat mevrouw Tonkens noemt de «vergeten groepen vrouwen». Ik verwijs naar het Voortgangsbericht Aanpak huiselijk geweld dat de Kamer eind oktober heeft ontvangen. Daarin wordt verslag gedaan van de voortgang van een vijftigtal maatregelen om de aanpak van huiselijk geweld te verbeteren. De opvang voor slachtoffers van loverboys is eveneens een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Dit kan bijvoorbeeld worden gefinancierd uit de specifieke uitkeringen vrouwenopvang. Deze uitkering wordt structureel opgehoogd met euro 4 mln. In het kabinetsstandpunt op het IBO-rapport maatschappelijke opvang heeft u kunnen lezen dat er daarnaast nog euro 8 miljoen wordt uitgetrokken voor de maatschappelijke opvang in den brede. Daaruit worden ook maatregelen gefinancierd om de aanpak van huiselijk geweld te verbeteren. Voor de aanpak van plegers van huiselijk geweld loopt een aantal sporen. Uiteraard het strafrechtelijke spoor, dat is aangescherpt met een Aanwijzing van het College van

Procureurs-Generaal. Voorts is onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie een kabinetsstandpunt over een eventuele maatregel voor uithuisplaatsing van plegers in voorbereiding. En verder is de behandelcapaciteit bij de forensische psychiatrie sinds 2000 flink uitgebreid en komen steeds meer ambulante behandeltrajecten voorhanden voor plegers van huiselijk geweld. In dat licht zie ik geen aanleiding om over te gaan tot het inrichten van specifieke opvanginstellingen voor plegers. Voor wat betreft vrouwen en meisjes die slachtoffer zijn van genitale verminking of dat dreigen te worden, verwijz ik naar de reactie op de motie 28 600-XV, nr. 100 Hirsi Ali c.s. van de minister van SZW. Deze reactie zal de Kamer zeer binnenkort bereiken.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over emancipatie*

In de interdepartementale rapportage Gender Mainstreaming die de toenmalige Staatssecretaris voor Emancipatie in oktober 2002 aan de Tweede Kamer gezonden heeft, is een terugblik gegeven op wat VWS onderneemt en heeft ondernomen op het gebied van de vrouwenemancipatie. Daarnaast is in de rapportage een aantal voornemens met betrekking tot gender mainstreaming op VWS-terrein opgenomen. Die zijn nog steeds actueel. Mevrouw Tonkens deed de suggestie een Emancipatie Effect Rapportage (EER) op de bezuinigingen te doen. Een EER moet echter gaan om een afgebakend beleidsterrein. De besluitvorming over de bezuinigingen vindt nu plaats en daarom is een EER niet aan de orde.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over personeelstekorten in de zorg*

Om te voorkomen dat een onevenredig groot aandeel van de beroepsbevolking werkzaam zal moeten zijn in de zorgsector zullen arbeidsbesparende innovaties bevorderd worden. Dergelijke innovaties zullen worden opgespoord en de ontwikkeling en verspreiding ervan gestimuleerd. Ook in de care-sector moet het mogelijk zijn met minder mensen hetzelfde werk te doen, als dat werk anders wordt ingericht. Het gaat daarbij dus niet om sneller wassen

en aankleden, maar om een zodanige organisatie van het werk en om zodanige taakherschikking dat medewerkers prettiger werken en meer kunnen doen aan «echte» zorgverlening.

In reactie op uw suggesties:

– Met de Van Rijn-gelden zijn in 2001 en 2002 middelen beschikbaar gesteld voor verbetering van het loopbaanperspectief;  
– Volgens het binnenkort te verschijnen Integrerend Rapport 2003 zijn er inderdaad niet altijd kinderopvangfaciliteiten beschikbaar die aansluiten bij de behoeften en zijn er via de werkgever niet altijd voldoende plaatsen te verkrijgen. In de zorgsector bieden werkgevers wel veel vaker kinderopvangfaciliteiten aan dan in andere sectoren van de economie. In bijna alle zorg-cao's zijn afspraken gemaakt over kinderopvang. Het is ook aan sociale partners om over kinderopvangfaciliteiten afspraken te maken.

– Alleen individuele werkgevers en werknemers kunnen afspraken maken over werktijden, functie-inhoud en kinderopvangvoorzieningen, die aansluiten bij de behoefte van de individuele werknemer en die het die werknemer mogelijk maken een bepaald aantal uren te werken.

Onlangs is een onderzoek verschenen naar het aandeel mannen in de zorgsector (OSA publicatie. Hierover is in de brief van 14 november jl. over arbeidsmarktbeleid gerapporteerd. Ook is in augustus 2003 «Arbeidsparticipatie van allochtonen en multicultureel personeelsbeleid in zorg en welzijn» gepubliceerd (OSA, ZW45). Ik zie dan ook geen aanleiding apart onderzoek te doen naar allochtone jongens in de zorg.

*Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over Korrelatie*

Het Fonds PGO heeft de gezondheidlijn van Korrelatie voor drie jaar gefinancierd (tot en met 2003). Korrelatie was vanaf het begin op de hoogte van het in 2003 beëindigen van deze subsidie. Overigens wordt de subsidie aan Korrelatie voor de psychosociale hulpverlening, met een korting van 10%, gewoon gecontinueerd.

*Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over naheffing BTW*

Bepaalde activiteiten van zorg-

instellingen (bijv. uitleen van personeel) zijn, mits voldaan is aan een aantal strikte voorwaarden, vrijgesteld van BTW-heffing. Andere activiteiten (zoals bijvoorbeeld het verzorgen van loon- en salarisadministraties) zijn echter van de vrijstelling uitgesloten. Ik weet niet precies op welke kwestie uw vraag betrekking heeft. Als er door de verschillende regiokantoren verschillend wordt opgetreden of een verschillend beleid wordt gehanteerd dan zal VWS bij de staatssecretaris van Financiën aankaarten dat er éénheid van beleid komt en dat er niet strenger wordt opgetreden dan nodig is. Hierbij speelt het aspect van gelijke concurrentieverhoudingen een belangrijke rol.

*Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over arbeidsproductiviteit*

Verschuiving van personeel uit andere sectoren naar de zorgsector is slechts in beperkte mate mogelijk. Het kan niet zo zijn dat op termijn 20 % van de beroepsbevolking in de zorgsector werkzaam is. De noodzakelijke (personeels)ruimte voor andere sectoren komt daarmee in het gedrang. Daarnaast is de betaalbaarheid een fors probleem en is het zeer de vraag of een dergelijk groot aantal mensen bereid is in de zorgsector te werken. Om deze redenen pleit ik sterk voor verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector, anders voorzie ik grote problemen met het financiële en personele draagvlak voor de zorgsector. Verhoging van de arbeidsproductiviteit is daarom een belangrijk onderwerp voor de komende jaren. Ik zie daarvoor ook voldoende mogelijkheden, met behoud of zelfs verbetering van de kwaliteit van zorg.

Het voorstel van de Nederlandse Patiëntenvereniging beschouw ik als een uitbreiding van het zorgverlof zoals dat thans al bestaat. Daarmee wordt het bedrijfsleven alleen maar met extra lasten opgezaaid. Mijns inziens is dat geen begaanbare weg.

*Vragen van de heer Rouvoet (ChristenUnie) en van de heer Van der Staaij (SGP) over gewetensbezwaren met betrekking tot de toekomstige basisverzekering*

Op verzoek van de minister van VWS is het College voor zorgverzekering-

gen nagegaan of een aparte regeling, analoog aan de Regeling gemoedsbezwaarden sociale verzekeringswetten, hiervoor een oplossing biedt. Recent, op 25 september 2003, is het CVZ rapport verschenen.

De Regeling gemoedsbezwaarden biedt een voorziening voor degenen die tegen iedere vorm van verzekering gemoedsbezwaarden hebben, terwijl het hier gaat om verzekerden die tegen bepaalde in het pakket opgenomen zorgvormen gewetensbezwaren hebben. Het CVZ is van mening dat het naast elkaar laten bestaan van een volledig verzekeringspakket en een pakket waaruit een beperkt aantal zaken is geschrapt, inbreuk maakt op de voorgestane solidariteit in de verzekering.

Het kabinet zal het rapport van het CVZ betrekken bij de verdere vormgeving van de toekomstige standaardverzekering en bij die gelegenheid dan ook een definitief standpunt hierover innemen.

#### *Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over klonen*

De heer Rouvoet vroeg naar de Nederlandse opstelling in het debat over een verbod op reproductief kloneren in de Verenigde Naties. Zoals bekend werd twee jaar geleden door Duitsland en Frankrijk initiatief genomen tot een Conventie tegen «human reproductive cloning». Vorig jaar leidden de onderhandelingen in de AVVN niet tot enige overeenstemming en werd de discussie één jaar verdaagd. Tevens verwijs ik naar antwoorden op Kamervragen van de heer Rouvoet die op 31 januari van dit jaar beantwoord zijn. Nederland heeft, gegeven de omstandigheden, gestemd voor uitstel omdat consensus niet mogelijk was of zou leiden tot een besluit dat voor Nederland niet acceptabel is.

#### *Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over financiering onderzoek naar alternatieven voor dierproeven*

Aan de Kamer is tijdens het algemeen overleg over het primaten-centrum BPRC (april 2002, 28 000 VIII, nr. 135) toegezegd dat vanaf 2002 jaarlijks euro 900 000 beschikbaar zou zijn voor het ZonMw-programma «onderzoek naar

alternatieven voor dierproeven». Dit programma heeft betrekking op de jaren 2002–2005. Voor 2004 is voor dit programma euro 962 800 gereserveerd. Voor 2005 is hier euro 1 063 367 voor gereserveerd. Evaluatie van de Wet op de dierproeven maakt hier onderdeel van uit en is door ZonMw ter hand genomen.

De heer Rouvoet spreekt over een lichte stijging van het aantal dierproeven. Feitelijk is er geen sprake van stijging, maar fluctueert het aantal dierproeven de laatste jaren tussen 710 000 en 750 000.

#### *Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over een ethische discussie over dierproeven en over welke financiering van onderzoek*

De heer Rouvoet vraagt om een brede discussie over ethische toelaatbaarheid van dierproeven. Op dit moment lijkt een brede, uitsluitend in Nederland gevoerde discussie, niet opportuun. Het kabinet heeft vorig jaar binnen de Europese Unie gepleit om bij de herziening van de Europese proefdierrichtlijn een ethische toetsing in te voeren. De Europese Commissie bereidt thans een herziening van deze richtlijn voor. Vier aandachtsgebieden zijn door expertgroepen bestudeerd. Hieraan namen ook Europese belangenorganisaties op het gebied van zowel onderzoek als dierenbescherming deel. Eén onderwerp was ethische toetsing voorafgaand aan de uitvoering van dierproeven, een tweede ging over de kosten voor het dier afgezet tegen de baten van de onderzoeksresultaten. Hieraan was ook gekoppeld het bepalen van het ongerief vooraf, tijdens en na een experiment. Door de leiding op zich te nemen van één van de expertgroepen heeft Nederland duidelijk een steentje bijgedragen aan deze studie. Ook loopt er Europees onderzoek naar ethische evaluatie/analyse voorafgaand aan projecten. Daarom lijkt thans een brede in Nederland gevoerde discussie niet opportuun, want het zal niet meer informatie opleveren dan de Europese studies.

Wat betreft het tweede deel van de vraag wijs ik de heer Rouvoet er op dat naast het ministerie van VWS, ook de ministeries van OCenW, VROM en Defensie bijdragen aan het

onderzoek naar alternatieven voor dierproeven.

#### *Vragen van de heer Van der Staaij (SGP) over zorgvuldigheidsnormen bij zwangerschapsafbreking en financiering van zwangerschapsafbreking*

Jaarlijks ontvangen de abortusklinieken ruim 10 miljoen euro, onder andere voor zorg en begeleiding. Met het in stand houden van abortusklinieken, voorlichtings- en preventieprogramma's wordt een zorgsysteem van hoge kwaliteit geboden. Dit beleid van voorlichting en preventieve maatregelen en de mogelijkheid van abortus onder goede begeleiding heeft wel degelijk resultaat gehad. De Wet Afbreking Zwangerschap schrijft een aantal zorgvuldigheidseisen voor, die zowel betrekking hebben op de medisch inhoudelijke aspecten van abortus als op de besluitvormingsprocedure. Wanneer een vrouw om een abortus verzoekt moet daar niet alleen een zorgvuldige beslissingsprocedure aan vooraf gaan, maar moet ook een medisch verantwoorde hulp worden geboden. Het verrichten van een abortus is een medische handeling en daarvoor moeten goede voorzieningen aanwezig zijn. De huidige abortuspraktijk moet daarom worden gehandhaafd.

#### *Vraag van de heer Van der Staaij (SGP) over de subsidiëring van de VBOK*

Wij hebben bij de invulling van onze subsidietaakstelling gekozen voor een generieke aanpak. Tijdens twee AO's hebben wij hierover met u gesproken. In deze aanpak wordt van alle subsidies minimaal 10% gekort. Hierop zijn geen uitzonderingen gemaakt.

#### *Vraag van de heer Van der Staaij (SGP) over een specifieke functie voor de hospicezorg*

Uitgangspunt bij palliatieve zorg is dat deze zorg geen apart en onderscheiden onderdeel is van de gezondheidszorg. Palliatieve zorg moet zoveel mogelijk deel uitmaken van de reguliere zorg. Dit uitgangspunt kreeg tijdens het algemeen overleg van 11 december 2002 brede ondersteuning. Consequentie is dat palliatieve zorg onder de huidige functies blijft vallen en dat er geen

specifieke functie voor de hospicezorg komt. Uiteraard ondersteunen wij uw visie dat de zorg in de laatste levensfase goed geregeld moet zijn.

*Vraag van de heer Van der Staaij (SGP) over korting Landelijk Steunpunt vrijwilligers terminale thuiszorg*

Zoals bekend zijn alle VWS subsidies de afgelopen maanden onder de loep genomen. De korting van de instellingssubsidie aan de Stichting Landelijk steunpunt vrijwilligers terminale thuiszorg bedraagt 10%. Dit is de minimale korting die voor alle subsidies geldt.

*Vraag van de heer Van der Staaij (SGP) over gewetensproblemen van verpleegkundigen bij euthanasie*

De vraag om te willen komen tot een wettelijk weigeringsrecht voor verpleegkundigen omdat zij geconfronteerd kunnen worden met handelingen die tegen hun geweten ingaan, is ook in het verleden door diverse vorige kabinetten ontkenkend beantwoord. Er is daarbij steeds gewezen op de mogelijkheid die verpleegkundigen hebben op grond van hun CAO bepalingen om te weigeren aan handelingen mee te werken waartegen zij gewetensbezwaren hebben. Verpleegkundigen dienen dat duidelijk en tijdig kenbaar te maken.

Teneinde inzicht te krijgen in de mate waarin verpleegkundigen worden betrokken bij besluitvorming rond uitvoering van euthanasie, heeft de toenmalige minister van VWS, mevrouw Borst-Eilers ten tijde van het 2e kabinet-Kok aan het Instituut voor Gezondheids Ethiek te Maastricht gevraagd naar dit aspect een onderzoek in stellen. Mijn departement subsidieert dit onderzoek. Het onderzoek richt zich op zowel verpleegkundigen in de intra- als in de extramurale zorg. In dit onderzoek wordt ook aandacht besteed aan de mate waarin verpleegkundigen worden betrokken bij de uitvoeringshandelingen bij euthanasie terwijl zij aangeven hier op grond van hun geweten niet aan mee te kunnen werken. Op dit moment zijn alle gegevens van het onderzoek binnen, de verwerking en interpretatie moet nog plaats vinden en de verwachting is dat tegen de zomer van 2004 de uitkomsten van

het onderzoek bekend zullen zijn. De Kamer zal van de uitkomsten van het onderzoek in kennis worden gesteld.

*Vraag van de heer Van der Staaij (SGP) over maximering heffing omslagbijdragen Wtz en Mooz*

De ontwikkeling van de omslagbijdragen volgt de ontwikkeling van de kosten van de zorg en wel specifiek van de groep ouderen. Deze kostenontwikkeling is de afgelopen jaren aanzienlijk geweest. De regering werkt op het ogenblik aan de totstandkoming van een ziektekosten-verzekering voor iedereen, waarbij de kosten meer naar draagkracht worden gespreid. Voor kinderen tot 18 jaar is dan geen premie verschuldigd. De regering is niet voornemens om voor de tussenliggende tijd nog wijzigingen in de bestaande systematiek van de omslagregelingen aan te brengen. In een aantal gevallen kan de buitengewone lasten aftrek-regeling op grond van de Wet inkomstenbelasting 2001 wellicht soelaas bieden. In aanvulling daarop kan worden gewezen op de verzilveringsregeling, waarover de Kamer op 25 november jongstleden een brief heeft gekregen.

*Vraag van de heer Van der Staaij (SGP) over de kwaliteit van instellingsgebouwen*

Ik ben het niet met u eens dat de uitkomsten van de monitoring alarmerend zijn. Een onderzoek op basis van het huidige programma van eisen in een gebouwenbestand met leeftijden van 0-40 jaar, zal altijd een genuanceerd beeld geven. Omdat het hier woongebouwen betreft van een zeer kwetsbare groep mensen ben ik het wel met u eens dat de geconstateerde «slechte» plekken zo spoedig mogelijk verbeterd moeten worden. Het College Bouw is op dit moment een nader onderzoek gestart naar de slecht scorende gebouwen uit het monitoringsonderzoek van deze zomer. Het College Bouw zal bovendien, samen met de VGN, de slechtste instellingen op korte termijn met een delegatie bezoeken en een aantal anderen uitnodigen op het bureau van het College. Doel van het bezoek of de uitnodiging is om te achterhalen wat er feitelijk aan de hand is en te pogen de nodige snelheid in het opheffen van de knelpunten te

krijgen. VWS zal deze actie nadrukkelijk ondersteunen. Indien na deze actie instellingen niet tot effectieve actie overgaan, zal ik hen daar rechtstreeks op aan spreken. De inspectie heeft een andere taak dan het College Bouw, namelijk de bewaking van de kwaliteit van zorg, niet die van de gebouwen. In principe zal de inspectie een slecht gebouw pas melden als daardoor de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar komt.

*Vraag van de heer Van der Staaij (SGP) over alcoholbeleid*

De heer Van der Staaij noemde in zijn bijdrage alcoholverslaving een groot maatschappelijk probleem. Het kabinet is ook van mening dat de alcoholproblematiek ernstig is. Daarom hebben wij in de preventie-nota Langer Gezond Leven ruim aandacht besteed aan de preventie van deze problematiek. Ter uitvoering van deze nota zal ik komend jaar diverse activiteiten uit voeren op het terrein van alcoholpreventie, onder meer specifiek gericht op jongeren. Ik ben niet voornemens een actualisatie van de Alcoholnota te maken. Ik zal in het jaarverslag ingaan op de voortgang van de activiteiten uit de preventie-nota, waaronder die met betrekking tot activiteiten op het terrein van alcoholproblematiek. Bovendien is in het regeerakkoord afgesproken minder beleidsnota's te schrijven. De concrete suggesties van de Stichting Alcoholpreventie zullen bij de uitvoering van de diverse activiteiten in overweging worden genomen.

*Vraag van de heer Van der Staaij (SGP) over subsidies*

Tijdens het AO subsidiebeleid van 24 november jl. heb ik u meegedeeld dat ik een aantal subsidiekortingen ongedaan zal maken of in ieder geval zal verzachten. Ik zal hier nader op ingaan in de brief die u voor aanvang van onze eerste termijn zal bereiken. Er zullen hoe dan ook instellingen blijven waarvan de instellingssubsidie met 100% wordt gekort. Er kan ons inziens geen sprake zijn van een voorrangsbepaling van dergelijke instellingen bij de toekenning van projectsubsidies vanwege het enkele feit dat zij op hun instellingssubsidie gekort worden. Dat zou noch uit bestuurlijk-juridisch noch uit doelmatigheids- en

doeltreffendheidsoogpunt verstandig zijn. Wel kunnen sommige instellingen – mede gelet op het brede maatschappelijke draagvlak dat zij hebben – op bijzondere belangstelling rekenen bij hun (eventuele) projectsubsidieaanvragen. In de eerdergenoemde brief zal ik hierop ingaan.