

Vergaderjaar 1996–1997

25 000 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1997

Nr. 10

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 1 november 1996

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, belast met het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen. De vragen en de daarop gegeven antwoorden zijn hieronder afgedrukt. Met de vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel genoegzaam voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Van Nieuwenhoven

De griffier voor dit verslag,
Van Hezik

¹ Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegenthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Versnel-Schmitz (D66), Middel (PvdA), Leerkes (U55+), Nijpels-Hezemans (Groep Nijpels), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Essers (VVD), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Boxtel (D66), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD).
Plv. leden: Soutendijk-van Appeldoorn (CDA), Van der Vlies (SGP), Lilipaly (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Dijkman (PvdA), Houda (PvdA), Beinema (CDA), Van den Bos (D66), Vreeman (PvdA), Rouvoet (RPF), R. A. Meijer (Groep Nijpels), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), De Jong (CDA), vacature CD, Passtoors (VVD), Kalsbeek-Jasperse (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66), Hoogervorst (VVD).

I ALGEMEEN

1

Is de regering ervan overtuigd dat het ten aanzien van het uitgangspunt «wat de burger zelf kan, moet de burger zelf ook doen» zo is dat de burger inderdaad de mogelijkheden heeft zelf te doen wat hij volgens de regering kan?

Geldt dit bijvoorbeeld voor de mogelijkheid een aanvullende tandartsverzekering af te sluiten? (blz. 2).

In die situaties waarin de regering meent dat de burger zelf de verantwoordelijkheid kan dragen, is de regering er ook van overtuigd dat de burger daartoe in staat is. Dit geldt, gelet op de uitkomsten van de door de Ziekenfondsraad uitgevoerde evaluatie, in het algemeen ook voor de mogelijkheden een aanvullende tandartsverzekering af te sluiten. Dat neemt niet weg dat, daar waar de burger bepaalde uitgaven zelf moet dragen, in individuele gevallen een financieel knelpunt kan optreden.

2

Welke concrete en directe activiteiten zullen worden ondernomen ten behoeve van mensen bij wie de zelfredzaamheid tijdelijk of zelfs permanent ontbreekt? Welke mogelijkheden staan daartoe ten dienste, rekening houdend met het gegeven dat vrijwel het gehele terrein van welzijn is gedecentraliseerd naar andere overheden? (blz. 2).

Het feit dat op het terrein van welzijn de beleidsverantwoordelijkheid voor uitvoerende en ondersteunende voorzieningen is gedecentraliseerd naar andere overheden, betekent geenszins dat hiermee de mogelijkheden ingeperkt zijn van beleidsinterventies ten behoeve van mensen bij wie de zelfredzaamheid tijdelijk of permanent ontbreekt. Integendeel, met het in de Welzijnswet 1994 vastgelegde (en in de Welzijnsnota verder uitgewerkte) uitgangspunt van samenwerking en taakverdeling tussen de overheden en andere betrokken actoren, zijn mijns inziens juist de noodzakelijke voorwaarden geschapen voor samenhangende beleidsinspanningen van de verschillende actoren, gericht op de toerusting, ondersteuning en activering van burgers met het oog op het zelfstandig kunnen functioneren en actief kunnen participeren in de samenleving. De ervaring met de uitvoering van verschillende welzijnsnota-programma's laat zien dat de nieuwe bestuurs- en samenwerkingsfilosofie in de praktijk werkt, en dat de specifieke functie en rol van de rijksoverheid, waaronder met name de verantwoordelijkheid voor innovatieve projecten met landelijke betekenis, goed bijdraagt aan de beoogde gezamenlijke aanpak van problemen van achterstand en sociale uitsluiting. Ik noem slechts enkele voorbeelden in dit verband, zoals het programma nieuwkomers, de inschakeling van buurtmoeders en het capabel-project in het kader van het programma 0-18-jarigen, het programma maatschappelijke participatiebevordering, het programma innovatiebeleid gehandicapten en arbeidsongeschikten en het programma wonen en zorg voor ouderen.

3

Kan voor de periode 1990-1996 cijfermatig worden aangegeven welk bedrag per jaar en per hoofd van de bevolking aan gezondheidszorg wordt besteed en dat tevens afgezet tegen een percentage van het bruto nationaal product? (blz. 3).

In onderstaande tabel zijn de financiering van de zorg per hoofd van de bevolking (gulden per jaar) en de zorguitgaven als percentage van het bruto nationaal product aangegeven.

Tabel Financiering van de zorgsector per hoofd en de zorguitgaven als percentage van het BNP (1990–1996)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Per hoofd	3 210	3 485	3 705	3 827	3 883	3 883	3 962
% BNP	9,5%	9,7%	9,8%	10,0%	9,7%	9,4%	9,3%

4

Waar is de vergelijking van «de sociale quaestie» uit de 19e eeuw met de hedendaagse «sociale uitsluiting» op gebaseerd? (blz. 3).

Met deze vergelijking wil niet meer gezegd zijn dan dat het bij sociale uitsluiting, evenals dat bij de 19e eeuwse «sociale quaestie» het geval was, gaat om fundamentele vraagstukken van achterstand en ongelijkheid, en dat de aanduiding sociale uitsluiting inmiddels (ook internationaal) een staand begrip is geworden zoals dat in de vorige eeuw gold voor de aanduiding «sociale quaestie».

Met deze constatering wordt zeker niet geïmpliceerd dat sociale uitsluiting een soort van 20ste eeuwse variant zou zijn van «de sociale quaestie», met andere woorden dat er sprake zou zijn van een verdergaande historische vergelijkbaarheid tussen deze beide verschijningsvormen van achterstand en ongelijkheid.

5

Kunnen de bepaalde kenmerken en omstandigheden, die het volwaardige deelnemen aan het maatschappelijk verkeer in de weg staan, nader worden aangeduid? (blz. 3).

Over het algemeen vormen allerlei achterstanden, bijvoorbeeld op het terrein van inkomen, scholing, wonen, werken en gezondheid een belangrijk beletsel voor volwaardige deelname aan het maatschappelijke verkeer. Zeker wanneer sprake is van achterstand op meerdere van deze terreinen is de uitgangspositie voor zelfstandigheid, zelfredzaamheid en sociale participatie zeer ongunstig en dreigt het gevaar van een verdere neerwaartse spiraal van probleem-cumulatie en marginalisering (sociale uitsluiting).

6, 7 en 8

Welke maatregelen, buiten het thans aanhangige initiatiefwetsvoorstel, worden genomen om een toenemende «selectie op gezondheid aan de poort» tegen te gaan? (blz. 3).

Worden met de initiatiefwet, die beoogt de medische keuringen bij aanstellingen te beperken, de nadelige gevolgen van de recente privatisering van de Ziektewet «gerepareerd»? (blz. 3–4).

Heeft de regering kennisgenomen van de uitkomsten van onderzoek naar de gevolgen van de recente privatisering van de Ziektewet? Deelt zij die bevindingen? Welke conclusies zal zij daaraan verbinden en welke beleidsvoornemens heeft zij terzake voor ogen? (blz. 4).

Deze vragen regarderen primair het beleid van de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Toch wil ik in dit verband het volgende opmerken.

Het kabinet kiest ervoor om bedrijven en burgers meer verantwoordelijkheid te geven en kostenbewust te maken wat betreft de sociale zekerheid. Het kabinet verwacht dat privatisering en marktwerking in arbeidsongeschiktheidsregelingen werkgevers zal stimuleren tot een preventief en gezondheidsbevorderend beleid. Waar fundamentele rechten in het geding zijn, dient de overheid initiatief te nemen. In dit

verband gaat het dan vooral om een gelijke kans op toegang tot de arbeidsmarkt, waarbij discriminerende (i.c. ongerechtvaardigde) selectiefactoren geen rol dienen te spelen.

Het kabinet is zich ervan bewust dat de reeds geïntroduceerde en de voorgenomen privatisering en marktwerking op het terrein van de sociale zekerheid, geïsoleerd gezien, waarschijnlijk negatieve gevolgen hebben voor de arbeidsparticipatie van mensen met een verhoogd ziekterisico. Dit komt doordat werkgevers de neiging hebben mensen met al dan niet terecht gepercipieerde gezondheidsrisico's te weren. Om dit tegen te gaan heeft het kabinet bijna gelijktijdig met de vermelde regelingen een serie maatregelen genomen, dan wel in voorbereiding:

1. er is een pakket (re)integratiemaatregelen geïntroduceerd met de Wet Amber (Wet afschaffing malussysteem en bevordering reïntegratie, in werking getreden op 1 januari 1996);

2. in het wetsvoorstel Pemba (Wet premiedifferentiatie en marktwerking arbeidsongeschiktheidsregelingen) is een reïntegratiemaatregel opgenomen die aan werkgevers van wie het personeelsbestand voor meer dan 5% uit arbeidsgehandicapte werknemers bestaat, een kwijtschelding geeft van de WAO-basispremie over het loon van al hun arbeidsgehandicapte werknemers. Het wetsvoorstel Pemba zal binnenkort behandeld worden in de Tweede Kamer;

3. het initiatiefwetsvoorstel Van Boxtel (Wet op de medische keuringen) is door het kabinet op alle onderdelen die de arbeidsintegratie betreffen onderschreven. Dit voorstel van wet is momenteel in behandeling in de Tweede Kamer. Het kabinet is van mening dat met de Wet op de medische keuringen het Protocol Aanstellingskeuringen grotere afdwingbaarheid en handhaafbaarheid zal verkrijgen;

4. het kabinet is van plan het (re)integratie-instrumentarium onder te brengen in een Wet op de reïntegratie. Het doel van deze wet is in eerste aanleg de samenhang tussen het beschikbare instrumentarium te verbeteren. Hiertoe is momenteel een analyse van knelpunten in uitvoering. In deze analyse worden de aanbevelingen van de regiegroep Samenwerking werk en inkomen en van het Tica verwerkt. Deze analyse zal naar verwachting rond de jaarwisseling uitmonden in een ontwerp van hoofdlijnen voor een wetsvoorstel;

5. een deel van de «selectie op gezondheid aan de poort» is terug te voeren op beeldvorming en kennis bij werkgevers rond risico's op ziekte en arbeidsongeschiktheid van kandidaat-werknemers. Dit geldt evenzeer bij intermediairen als bij andere deskundigen, zoals artsen. Om deze beeldvorming realistischer te maken (en zo in positieve zin te beïnvloeden) ontwikkelt de Nationale Commissie Chronisch Zieken in opdracht van Sociale Zaken en Werkgelegenheid het activiteitenprogramma «Aan motivatie geen gebrek».

Tot slot: in het standpunt op het advies «Sociale zekerheid en zorg» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening zal het kabinet uitgebreider op deze maatregelen ingaan. Dit standpunt zal de Tweede Kamer rond de jaarwisseling bereiken.

9

Er zijn diverse initiatieven in ontwikkeling, gericht op het terugdringen van wachttijden in de zorg. Welke initiatieven zijn dat? Wanneer wordt de Tweede Kamer hierover geïnformeerd? (blz. 4).

Er zijn inderdaad diverse initiatieven in ontwikkeling, gericht op het terugdringen van wachttijden in de zorg. De aard van die initiatieven loopt sterk uiteen van het verbeteren van registratie tot wachtlijstbemiddeling en zelfs wachtlijstomzeiling. Ik heb de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd een inventarisatie van deze initiatieven te maken. Deze

inventarisatie is waarschijnlijk in november gereed. Na ontvangst van de rapportage zal ik de Tweede Kamer rond de jaarwisseling een notitie toesturen over wachttijden in de zorg. In deze notitie komen de genoemde initiatieven aan de orde.

10

Welke maatregelen overwegen de bewindspersonen om in de komende twee jaar het vrijwilligerswerk in het kader van de «civil society» te versterken en support te geven? (blz. 4).

Ook in de komende jaren zullen organisaties worden ondersteund die projecten op het terrein van de civil society ontwikkelen. Daartoe kunnen infrastructurele subsidies en projectsubsidies worden ingezet. Bij infrastructurele subsidies gaat het bijvoorbeeld om de Nederlandse Organisaties voor Vrijwilligerswerk (NOV) en de stichting Vrijwilligersmanagement (sVM) die via het Fonds Vrijwilligerswerk Nederland (FVN) worden gesubsidieerd. Het FVN krijgt in 1996 in totaal f 4 341 215 NOV en sVM ontvangen daaruit voor ongeveer f 3 miljoen per jaar subsidie. Zij doen o.a. projecten die ten doel hebben migranten en uitkeringsgerechtigden te betrekken bij het werk van vrijwilligersorganisaties. FVN ontvangt ook projectsubsidies, o.a. ten behoeve van de Stichting het Gilde.

Daarnaast ontvangt het Landelijk Centrum Opbouwwerk infrastructurele subsidie voor activiteiten (f 1 339 120 in 1996). Het centrum ontwikkelt vele projecten die tot doel hebben burgers te betrekken bij hun leefomgeving. Projecten als wijken voor milieu, politie en opbouwwerk, etc. Verder zullen projecten op het terrein van de leefbaarheid van het platteland worden ondersteund. De plattelandsvrouwenorganisaties spelen hierbij een grote rol. Deze organisaties reken ik eveneens tot de infrastructuur en zij worden door mij ondersteund.

Vrijwilligersorganisaties kunnen gebruik maken van het aanbod van vormings-, trainings- en adviescentra om hun kader te trainen. Deze cursussen worden deels gesubsidieerd. Daarnaast kunnen vrijwilligersorganisaties een beroep doen op het Fonds Deskundigheidsbevordering van het FVN. Ook dit wordt uit de infrastructurele subsidie gefinancierd.

In 1996 is voor het Fonds Deskundigheidsbevordering ongeveer f 1 miljoen gereserveerd.

Voor de training van vrijwillig kader in de sport zijn specifieke subsidie-middelen beschikbaar. De kwaliteit van de opleiding wordt bewaakt door controle op de examinering en door de mogelijkheid van erkenning van nieuw ontwikkelde opleidingen.

Actuele ontwikkelingen worden in opleidingen verwerkt. Onderwerpen als seksuele intimidatie en het tegengaan van discriminatie zijn voorbeelden van thema's die in bestaande opleidingen worden ingepast.

Het betrekken van allochtonen bij vrijwilligersactiviteiten en -organisaties zie ik als een van de mogelijkheden om integratie te bevorderen. Ik ondersteun deze projecten van harte.

Ook zijn er ideeën om het bedrijfsleven meer te betrekken bij vrijwilligersactiviteiten.

11

Indien het vrijwilligerswerk de hoeksteen in het bouwwerk van «verantwoord burgerschap» is, welke ondersteuning geniet dit vrijwilligerswerk dan van de regering?

Wat heeft de regering gedaan met het idee van «vouchers» voor vrijwilligerswerk, zoals bijvoorbeeld voorgesteld door de PvdA-fractie tijdens de vorige begrotingsbehandeling? (blz. 4).

Naast de ondersteuning door middel van subsidies aan vrijwilligersorganisaties die ik reken tot de infrastructuur (onder andere via het Fonds

Vrijwilligerswerk Nederland), ken ik projectsubsidies toe voor (vernieuwende) activiteiten op dit terrein.

Vrijwilligersorganisaties hebben te maken met een groot verloop van vrijwilligers. Wervingsactiviteiten zijn daarom essentieel. De Sire-campagne «Vrijwilligerswerk doe je niet voor niets» heb ik daarom van harte ondersteund.

De vrijwilligers zelf worden zoveel mogelijk ondersteund en beschermd bij het uitvoeren van hun activiteiten, onder andere door financiële maatregelen. Tica en CBA zullen op verzoek van SZW advies uitbrengen betreffende de onkostenvergoeding voor vrijwilligerswerk.

Niet alle vrijwilligersorganisaties kunnen hun vrijwilligers een vergoeding bieden. De mogelijkheid hiertoe artikel 47 van de Wet op de inkomstenbelasting te gebruiken, hangt af van het feit of de organisatie aangemerkt wordt als een «algemeen nut beogende instelling». Dit is niet voor alle vrijwilligersorganisaties het geval (zoals bij Scouting Nederland bijvoorbeeld het geval is).

Ik ben recent in contact getreden met de minister van Financiën met het verzoek om de assurantebelasting op de (aansprakelijkheids)verzekeringen voor vrijwilligers af te schaffen.

Tijdens de vorige begrotingsbehandeling is ingegaan op de inzet van vouchers om in het kader van een activerend welzijnsbeleid de bevordering van maatschappelijke participatie nog eens extra aan te zetten.

De inzet van vouchers is een van de mogelijkheden om ervoor te zorgen dat er in het beeld van «alles of niets» een brede waaier van mogelijkheden ontstaat voor actieve participatie van langdurig werklozen.

Vouchers worden in het algemeen genoemd als instrument om vormen van persoonlijke dienstverlening uit het informele circuit te halen. Het kabinet kiest in dit kader de lijn om de formele markt voor persoonlijke dienstverlening te verruimen door de inzet van subsidies voor langdurig werklozen. Dit betreft onder meer een experiment in de schoonmaakbranche. Ook kunnen activiteiten in het kader van Melkert-banen, JWG en banenpool op het terrein van de persoonlijke dienstverlening liggen. Gerelateerd aan het vrijwilligerswerk gaat het om het verrichten van maatschappelijk nuttig werk met behoud van uitkering.

In het kader van het project «maatschappelijk ondernemerschap» zal het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) verschillende lokale initiatieven op het terrein van persoonlijke dienstverlening in kaart brengen. Hierbij zal worden betrokken de vraag hoe deze vormen van dienstverlening in andere Europese landen worden gefaciliteerd. Hierdoor ontstaat een beeld van de samenhang tussen de verschillende initiatieven en de voor- en nadelen van de wijze van organisatie en financiering.

Tot slot zal de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling in de loop van 1997 in het kader van het thema sociale activering advies uitbrengen over de relatie met «vrijwilligerswerk en burgerschap».

Kortom, het benutten van nieuwe vormen van dienstverlening in het kader van een activerend arbeidsmarkt- en welzijnsbeleid is een terrein dat volop in beweging is, zowel op rijks- als op lokaal niveau. Het kabinet ondersteunt daarbij diverse lokale initiatieven. Mede op basis van de resultaten van die initiatieven en internationale ervaringen kan de waarde van het instrument vouchers op termijn nader worden bezien. Tot nu toe wordt de inzet van vouchers overgelaten aan lokale initiatieven.

12

Er worden positieve kenmerken toegeschreven aan de zelfgekozen samenwerkingsverbanden. Kan worden aangegeven wat in dit verband

bedoeld wordt met de kwalificering van «oprukkende individualisering» en wat is de visie van de regering op individualisering? Op welke wijze wil de regering de ook beoogde solidariteit, cohesie en stabiliteit harerzijds echt gaan versterken? (blz. 4).

Het beeld van de «oprukkende individualisering» geeft aan, dat individualisering wordt beschouwd als een onstuitbare maatschappelijke trend, die zijn doorwerking heeft in alle sectoren van het maatschappelijk leven. Maatschappelijke waarden als solidariteit, cohesie en stabiliteit zijn daaraan niet per definitie tegengesteld.

De bereidheid tot vrijwilligerswerk, het uiting geven aan burgerzin en de hoge maatschappelijke organisatiegraad maken dat zichtbaar.

«Individualisering» is zelfs een voorwaarde voor processen als de groeiende eigen verantwoordelijkheid van mensen voor zichzelf en hun omgeving, emancipatie van vrouwen, het versterken van de rechten van kinderen, het vergroten van keuzemogelijkheden en het benadrukken van gelijkwaardigheid in het maatschappelijk verkeer en in de persoonlijke relaties tussen mensen onderling. De overheid kan aan de individualiseringstrend positief richting geven door het aanpassen van de wet- en regelgeving over de volle breedte van het overheidsbeleid, door het faciliteren van maatschappelijke organisaties die een rol spelen bij de meningsvorming, en door gerichte interventies in situaties waar solidariteit, cohesie en stabiliteit in het geding zijn. Voorbeelden van gerichte interventies zijn onderdeel van bijvoorbeeld het grote stedenbeleid, het minderhedenbeleid en het jeugdbeleid.

13

Welke processen van zorgvernieuwing zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg gestart? (blz. 4).

De zorgvernieuwingprocessen binnen de geestelijke gezondheidszorg hebben enerzijds betrekking op het in gang gezette beleid van deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen en de vorming van multifunctionele eenheden, anderzijds op de projecten die via de Zorg-op-Maatregeling voor de geestelijke gezondheidszorg worden gefinancierd. Deze projecten worden veelal uitgevoerd door APZ, RIAGG en RIBW gezamenlijk. Ook zijn er projecten die geïnitieerd zijn door cliëntenorganisaties. Uit informatie van de Ziekenfondsraad en onderzoek van het Trimbosinstituut blijkt dat de meeste projecten betrekking hebben op chronisch psychiatrische patiënten. De zorgvernieuwing in de GGZ kenmerkt zich vooral door het gezamenlijk aanbieden van een continuüm van zorg op maat voor chronische patiënten.

14

Waarom worden de voorstellen tot verbetering van doelmatigheid en effectiviteit van de zorgverlening te weinig overgenomen en ingevoerd? Wat zijn de prikkels om dit wel te doen? (blz. 4).

Het gaat om gedragsverandering bij hulpverleners, een proces dat altijd tijd vraagt.

Ik beraad mij momenteel nog op een aantal door mij te ondernemen initiatieven om de doelmatigheid van de hulpverlening verder te stimuleren.

Eind 1996 zal ik de Tweede Kamer daarover informeren.

15

In hoeverre kan en is het persoonsgebonden budget effectief voor bijvoorbeeld mensen met een zware handicap, nu de instellingen kampen

met forse en nog steeds oplopende wachtlijsten? (blz. 5).

Deze vraag heeft met name betrekking op de regeling persoonsgebonden budget voor verstandelijk gehandicapten. Uitgangspunt is dat een ieder met een indicatie als behorend tot de doelgroep verstandelijk gehandicapten een beroep op deze regeling kan doen. Er is vooralsnog bewust voor gekozen geen enkele zorgzwaartecategorie binnen deze doelgroep op voorhand uit te sluiten van deze mogelijkheid, dus zeker ook niet degenen met een zware handicap. Bij wijze van hardheidsclausule is bepaald dat een hoger budget kan worden toegekend dan in de regeling is voorzien.

Het ITS is thans bezig met het uitvoeren van een onderzoek dat tot doel heeft de regelingen persoonsgebonden budget te evalueren. Medio november 1996 zal naar verwachting de eerste tussenrapportage van dit onderzoek beschikbaar komen. Dan zullen ook cijfermatige gegevens bekend worden over het beroep van mensen met een zware handicap op een persoonsgebonden budget.

16

Is de constatering juist dat het budget in 1997 ten behoeve van het persoonsgebonden budget geen extra uitbreiding heeft ondergaan en welke reden(en) liggen daaraan ten grondslag? Indien de constatering niet juist is, kan dit alsdan beargumenteerd weerlegd worden? (blz. 5).

De constatering dat in het JOZ 1997 vooralsnog geen substantiële verhoging van het totaalbudget voor persoonsgebonden budgetfinanciering is opgenomen, is correct.

De reden hiervoor is dat de invoering van het persoonsgebonden budget in de zorg voor Nederland een nieuwe ontwikkeling is, waarmee eerst ervaringen moeten worden opgedaan. Daarom heeft het kabinet er bewust voor gekozen met ingang van 1 januari 1996 voor de sectoren thuiszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten met een vooralsnog bescheiden macro-budget een regeling persoonsgebonden budget in te voeren, en tezamen met alle betrokken partijen de eventuele problemen die zich voordoen werkendeweg op te lossen. In de sector verpleging en verzorging, waar al sedert medio 1995 ervaring met een landelijke regeling bestaat, is het landelijk beschikbare budget voor 1997 verhoogd van f 88,8 miljoen naar f 120,6 miljoen (zie ook het antwoord op vraag 20). Beide regelingen worden begeleid door een evaluatieonderzoek, dat in opdracht van de Ziekenfondsraad door het ITS wordt uitgevoerd. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zal besluitvorming plaatsvinden over stappen met betrekking tot de verdere invoering van het persoonsgebonden budget.

Het kabinet acht het mede in belang van de budgethouders en aanstaande budgethouders dat eerst de voorziene en gebleken aanloopproblemen tot een oplossing komen.

Overigens zal het budget ten behoeve van PGB voor verstandelijk gehandicapten, mede op verzoek van de Federatie van Ouderverenigingen en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, worden verhoogd.

Er is de komende 4 jaar sprake van nog niet bestemde ruimte in het Bouwprogramma 1997-2000 die hiervoor deels kan worden aangewend.

17

Staat de mogelijke uitbreiding van het persoonsgebonden budget vast of wordt dit afhankelijk gesteld van de evaluatie? Wanneer wordt deze evaluatie overigens verwacht? (blz. 5).

Op basis van het evaluatie-onderzoek van het ITS zal besluitvorming plaatsvinden over stappen met betrekking tot de verdere invoering van het persoonsgebonden budget. De eerste tussenrapportage van dit onderzoek komt naar verwachting medio november 1996 beschikbaar. Overigens heb ik namens het kabinet bij diverse gelegenheden benadrukt dat de invoering van het persoonsgebonden budget een onomkeerbaar proces is.

18

Wanneer zijn de resultaten te verwachten van het interim-management inzake de knelpunten bij het persoonsgebonden budget? (blz. 5).

Per 1 oktober 1996 is de heer P. Cremers aangetreden als projectleider persoonsgebonden budget. Hij heeft als eerste taakstelling meegekregen de gebleken aanloopproblemen op korte termijn op te lossen. Zijn aandacht gaat daarbij uit naar alle uitvoeringsaspecten van de regeling.

19

Welke verhouding tussen de financieringsstromen persoonsgebonden budget en reguliere financiering wordt nagestreefd? (blz. 5).

In de Beleidsbrief Persoonsgebonden budget van 13 juli 1995 zijn de beleidsvoornemens neergelegd met betrekking tot de invoering van persoonsgebonden budget in de diverse sectoren van chronische zorg. Daarbij is gesteld dat de invoering van het persoonsgebonden budget langs geleidelijke, maar wel voortschrijdende weg zal plaatsvinden, mede aan de hand van de resultaten van het evaluatie-onderzoek. Indien blijkt dat er dusdanige belangstelling bestaat voor een persoonsgebonden budget, dat de thans beschikbare middelen daarvoor onvoldoende blijken te zijn, zal binnen het totale financiële kader – het aandeel persoonsgebonden budget-gefinancierde zorg moeten worden uitgebreid.

In hoeverre er uiteindelijk sprake kan of moet zijn van een gefixeerde verhouding, kan nu nog niet worden overzien.

20

In het JOZ staat op bladzijde 8 dat voor 1997 een totaal bedrag van f 163 mln. voor het persoonsgebonden budget beschikbaar is. In de begroting wordt gesproken over een bedrag van f 127 mln. Kan de regering dit verschil uitleggen? (blz. 5).

Het bedrag van f 127 miljoen betreft het voor het PGB beschikbaar gestelde bedrag voor 1996. Abusievelijk wordt in de begroting hierbij het jaar 1997 vermeld.

Het bedrag van f 163 miljoen is het voor het PGB in het JOZ 1997 beschikbaar gestelde bedrag. Dit bestaat uit een bedrag van f 43 miljoen voor het PGB zorg voor verstandelijk gehandicapten en voor f 120 miljoen voor het PGB gemoed met de thuiszorg.

Dit laatste bedrag voor het PGB thuiszorg zal overigens voor 1997 met f 60 miljoen hoger komen te liggen (f 180 miljoen) in verband met het afschaffen van de AAW-regeling voor de thuiszorg (was subsidieregeling ZFR). Voor de gebruikers van de voormalige AAW-regeling geldt een overgangstermijn.

21

Zijn de berichten juist als zou de uitvoering van de regeling persoonsgebonden budget als bureaucratisch worden ervaren en bestaan er onduidelijkheden ten aanzien van de budgetcategorieën? Welke beleidsconclusies trekt de regering hieruit? (blz. 5).

In de uitvoering van de regelingen doet zich een aantal aanloopproblemen voor dat ook te maken heeft met een te bureaucratische of te afstandelijke benadering. Aan verbetering daarvan op korte termijn wordt thans hard gewerkt. Bij de nieuwe vaststelling van de huidige regelingen persoonsgebonden budget per 1 januari 1997 zullen zoveel mogelijk verbeteringen worden verwerkt. Daarbij is ook een nauwkeuriger omschrijving van de budgetcategorieën aan de orde.

22

Welke opvatting hebben de bewindslieden over de mogelijkheden van een persoonsvolgend budget? (blz. 5).

In beginsel staat het kabinet positief tegenover de mogelijkheden van het persoonsvolgend budget, als instrument om de zorgvrager meer zeggenschap te geven over de middelen die instellingen ontvangen voor te verlenen zorg. Het persoonsvolgend budget kan ook werken als een extra prikkel voor instellingen om vooral vraaggericht te gaan werken. Het persoonsvolgend budget is een positieve ontwikkeling naast het persoonsgebonden budget, en kan dienen als aanvullende maatregel in relatie tot het persoonsgebonden budget.

Met inachtneming van het vorenstaande dient wel geconstateerd te worden dat het concept van het persoonsvolgend budget nog tal van uitwerkingsvragen kent.

Zoals ook in de Actualisatie 1996 (blz. 45) van de nota «De Perken te Buiten» is aangegeven, is door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland een commissie ingesteld, met als opdracht een vervolgonderzoek uit te voeren naar de randvoorwaarden voor en de consequenties van het werken met persoonsvolgend budget binnen een instelling.

23

Wat is het verschil tussen een persoonsgebonden budget en een persoonsvolgend budget? Waarom versterkt een persoonsvolgend budget de positie van de zorgvrager? (blz. 5).

Het kabinet ziet het persoonsvolgend budget als een positieve ontwikkeling naast het persoonsgebonden budget, maar niet als volwaardig alternatief daarvoor. Belangrijke verschillen zijn:

- dat de uitvoering van het persoonsvolgend budget afhankelijk is van de vrijwillige medewerking van instellingen en verbindingkantoren;
- dat de gelden niet rechtstreeks ter beschikking worden gesteld aan de zorgvrager, maar lopen via de budgetten van instellingen;
- dat de besteding van de gelden beperkt blijft tot het reguliere circuit van erkende zorgaanbieders;
- en dat de vaststelling van de hoogte van het budget niet volgens vaste normen verloopt, hetgeen het risico van enige willekeur oproept.

Het persoonsvolgend budget versterkt de positie van de zorgvrager, omdat deze meer zeggenschap krijgt over de middelen die instellingen ontvangen voor te verlenen zorg.

24

Zal de indicatie ten behoeve van de groep van verstandelijk gehandicapten worden ingebed in de voorziene onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling? Hoe verloopt thans het proces op weg naar de integrale indicatiestelling? (blz. 5).

In alle care-sectoren, waaronder de gehandicaptenzorg, zal een indicatiesystematiek moeten ontstaan die voldoet aan de uitgangspunten van objectiviteit, integraliteit en onafhankelijkheid (zie de Beleidsbrief

indicatiestelling in de care-sectoren van 12 februari 1996, kamerstukken II, 1995/1996, 24 608, nr. 1).

Hiermee ontstaat een meer uniforme benadering van de indicatiestelling. Voor mensen met een functiebeperking die zorg nodig hebben wordt een geïntegreerde indicatiestelling voorgestaan. Met een dergelijke aanpak kan beter zorg op maat worden gegeven. Bij Algemene Maatregel van Bestuur en AWBZ worden regels opgenomen over zaken als samenstelling en deskundigheid van indicatieorgaan en indicatiecommissies, wijze van uitbrengen van het indicatieadvies, registratie en beroepsprocedure.

Voor elk van de onderscheiden sectoren zal de indicatiestelling een sectorale uitwerking krijgen.

De concrete uitwerking van de protocollen, criteria en standaards, die de integrale zorgvraag als vertrekpunt nemen, gebeurt in eerste instantie door het veld zelf. Uiteindelijk worden de ontwikkelde protocollen door de minister van VWS vastgesteld.

Op het terrein van de gehandicaptenzorg is de Werkgroep Regeling Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (WRIG) hiermee bezig. In de WRIG participeren alle betrokken partijen. In de categorale gehandicaptenzorg is overigens in de praktijk reeds sprake van een aantal regionale initiatieven die zijn gericht op het realiseren van een onafhankelijke, integrale indicatiestelling. Hiervan zal naar verwachting zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt bij het opstellen van protocollen.

De regelgeving zal gefaseerd tot stand worden gebracht. Vanaf 1 januari 1997 moeten gemeenten een indicatieorgaan in het leven hebben geroepen voor de indicatiebeoordeling bij de verpleging en verzorging, inclusief de thuiszorg. Later zal de taak van de indicatieorganen worden uitgebreid, want het streven is immers te komen tot integrale indicatiestelling voor de caresectoren gezamenlijk. In overleg met de betrokken partijen in de zorg zal een AMvB «indicatie-beoordeling nieuwe stijl» worden opgesteld, die uiterlijk najaar 1997 wordt gepubliceerd. Het tot stand te brengen integrale Indicatiebesluit zal uiterlijk per 1 januari 1998 in werking treden voor de sector gehandicaptenzorg.

25

Is de regering bekend met het gegeven dat instellingen op een oneigenlijke wijze gebruik maken van persoonsgebonden budgetgelden in die zin dat zij niet alleen (subsidie)gelden ontvangen via de gebruikelijke weg, maar tevens mensen met een persoonsgebonden budget vragen dit over te dragen aan de instelling? Wat is haar oordeel hierover en is zij bereid hiernaar op korte termijn onderzoek te doen instellen en vervolgens maatregelen te nemen? (blz. 5).

Ofschoon er nog onvoldoende onderzoeksgegevens over de aanwending van het persoonsgebonden budget verstandelijk gehandicapten beschikbaar zijn, wordt het soms ten onrechte als niets anders dan indirecte financiering voor voorzieningen opgevat.

Voor zover evenwel budgethouders – op basis van vrijwilligheid – na afweging ervoor kiezen hun budget te besteden aan de zorg verleend door een reguliere voorziening, is daar niets op tegen.

Het instellen van eventueel nader onderzoek wordt pas overwogen nadat de resultaten van het evaluatie-onderzoek bekend zijn. In dat nader onderzoek zou de vraag naar het vóórkomen van het gebruik van twee financieringsstromen meegenomen kunnen worden.

26

Kan worden aangegeven welke studies naar doelmatigheid en effectiviteit van de hulpverlening zijn gedaan, welke conclusies daaruit getrokken worden en welke concrete voornemens daaraan verbonden

worden? (blz. 5–6).

Naast het rapport Zuinig met zorg van de ambtelijke Taskforce volume-beheersing en kostenbeperking, zijn o.a. het rapport «Kan het beter» en het eindrapport «Project doelmatigheid zorginstellingen» uitgebracht.

Deze rapporten hebben zowel betrekking op de doelmatigheid op het niveau van de zorgverlening als op het niveau van het instellingsmanagement.

Naar aanleiding van de bevindingen uit deze rapporten zijn het afgelopen jaar al diverse overleggen gevoerd met de Vaste Commissie voor VWS. Er is onder andere gesproken over de wachtlijstproblematiek, de indicatiestelling, de kwaliteit en de zorgvernieuwing. Deze onderwerpen zijn in verschillende fasen van ontwikkeling. Over de verdere ontwikkelingen wordt de Tweede Kamer uiteraard nader geïnformeerd.

27

Welke rol ziet de regering voor zichzelf weggelegd wanneer hulpverleners geen of onvoldoende invulling geven aan hun verantwoordelijkheid m.b.t. verbeteringen in de organisatie van het zorgproces en is er in dat licht gezien niet ten minste sprake een gedeelde verantwoordelijkheid? (blz. 6).

Met de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen per 1 april 1996 heeft de minister niet meer de bevoegdheid om kwaliteitsvoorschriften (krachtens de AWBZ of Ziekenfondswet) op te leggen aan de zorgaanbieders. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg is ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen neergelegd bij de zorgaanbieders. Deze laatste dienen «verantwoorde zorg» aan te bieden. De Kwaliteitswet zorginstellingen verstaat onder verantwoorde zorg, zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Bij het toezicht op de naleving hiervan is een belangrijke taak weggelegd voor de Inspectie Gezondheidszorg.

De Kwaliteitswet zorginstellingen voorziet tevens in de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen indien zou blijken dat het niveau van de zorg bij een categorie instellingen daartoe aanleiding geeft of de uitvoering van de wet niet blijkt te leiden tot verantwoorde zorg.

28

Is er al meer bekend over het stappenplan ter scheiding van «wonen» en «zorg»? Kan de regering toezeggen dat dit stappenplan zo snel mogelijk, en uiterlijk eind 1996 bij de Tweede Kamer wordt ingediend? (blz. 6).

Het stappenplan ten aanzien van het scheiden van wonen en zorg zal binnen twee maanden aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

29

Nu de Melkertbanen betrekking hebben op additioneel werk en derhalve deze werkers geen taken op zich kunnen nemen die een substantiële bijdrage leveren aan het overbruggen van de zorgkloof, klemt de vraag waarom het bedrag dat structureel voor de Melkertbanen beschikbaar is, niet wordt ingezet ten behoeve van het reguliere werk in de gezondheidszorg? (blz. 6).

De banen zijn bedoeld voor reguliere en structurele functies met eenvoudige, voornamelijk ondersteunende werkzaamheden. Het gaat om extra banen waarbij geen zittend personeel verdrongen mag worden. Dit

is iets anders dan «additioneel werk» zoals bijvoorbeeld in de banenpool. Zie voor het overige de beantwoording van vraag 33.

30

Kan worden aangegeven wat precies de stand van zaken met betrekking tot de Melkert I-banen is? (blz. 6).

Toewijzing, vacaturestelling en bezetting van een extra zorgbaan is een langdurig proces. Na de aanvraag van de instelling wordt de baan toegewezen door het uitvoeringsorgaan (afhankelijk van de sector door COTG, AWO of AWOB). Na de toewijzing verzoekt de instelling de gemeente om een voordracht van één of meer kandidaten.

Het bemiddelingsproces is zeer intensief. Vraag en aanbod sluiten niet naadloos op elkaar aan. Door middel van intensieve trajectbegeleiding (motivering, oriëntatie, scholing) worden de kandidaten voorbereid op een extra zorgbaan. Hierna kan de vacature worden vervuld. Voor dit proces is vier tot vijf maanden nodig. In de praktijk is het geen uitzondering dat dit langer duurt. Door deze intensieve, maar vrij lange periode, is de kans op uitval kleiner, nadat de voormalig werkloze aan de slag is gegaan.

In totaliteit zijn inmiddels naar schatting, op basis van globale opgaven van werkgeversorganisaties, bijna 6000 banen gerealiseerd. Naast de 7050 al in 1995 toegewezen banen zijn in april 1996 (grote steden) en juli 1996 (rest van het land) opnieuw circa 5800 banen toegewezen. Omdat deze laatste banen in april en juni zijn toegewezen en gelet op de benodigde tijd voor matching en vervulling, kan in nog slechts geringe mate sprake zijn van realisatie.

De uitvoeringsorganen rapporteren voor 1 november a.s. over de definitieve realisatie van de extra zorgbanen in 1995 en de eerste drie kwartalen van 1996. U zult hierover vóór het JOZ nota-overleg van 18 november a.s. geïnformeerd worden.

31

Kan een indicatie worden gegeven van het aantal Melkert I-banen die een reële kans bieden op doorstroming naar reguliere, niet-gesubsidieerde arbeid in de zorgsector? Blijken verwachtingen dat zulks slechts voor tien procent van de werknemers met een Melkert I-baan zal gelden juist? (blz. 6).

Extra zorgbanen (Melkert-1) zijn reguliere, structureel gefinancierde banen in de collectieve sector. Doorstroming is geen doelstelling van de regeling.

Of de doorstroming plaatsvindt en in welke mate kan pas op langere termijn worden beantwoord.

32

Op welke wijze wordt in 1997 verder invulling gegeven aan het creëren van Melkertbanen in de zorgsector? (blz. 6).

De sectoren die in 1995 en 1996 banen hebben gecreëerd zullen ook in 1997 weer een beroep op de regeling kunnen doen. Uitbreiding met nieuwe sectoren ligt – over het algemeen – niet in het voornemen.

In 1995 en 1996 is tevens een voorkeursbeleid gevoerd voor de grote steden. Over de wijze waarop hieraan in 1997 invulling zal worden gegeven wordt de Tweede Kamer nog nader geïnformeerd.

33

Kloppen de mediaberichten dat de zorg- en welzijnssector geen verdere invulling van de Melkert I-banen wenselijk acht? (blz. 6).

Gelet op de gebleken vraag van instellingen is het bepaald onjuist te stellen dat er geen behoefte meer zou zijn aan deze extra banen. De uitspraken in de media van een voorzitter van een van de werkgeversorganisaties (Nederlandse Zorgfederatie) behoeft dan ook nuancering en precisering, zoals de NZf inmiddels ook zelf heeft aangegeven. Immers, in hun optiek is het reguliere budget te laag voor de stijgende zorgvraag. De nieuwe functies dragen volgens hen niet bij aan de verkleining van de «zorgkloof», omdat deze functies werkzaamheden betreffen die grotendeels buiten de directe zorgverlening aan de patiënt liggen, namelijk in de sfeer van ondersteunende dienstverlening. De NZf zou dan liever de resterende voor extra zorgbanen beschikbare middelen zonder voorwaarden inzetten voor meer gekwalificeerd personeel in het primaire zorgproces. Dit betekent dus niet dat de nieuwe banen door de zorgsector als zinloos worden beschouwd. Daarmee wordt voor bewoners en patiënten wel degelijk zinvolle dienstverlening geboden. Bij een doordacht personeels- en organisatiebeleid en draagvlak binnen de instellingen kunnen er ook gunstige effecten optreden voor de werklast van de zittende medewerkers.

Het kabinet verbindt noodzakelijke voorwaarden aan de banen en de financiering vanwege de bredere (werkgelegenheids)doelstellingen.

Het kabinet wenst de middelen in te zetten voor nieuwe banen voor langdurig werklozen.

Een budgetverruiming zonder meer voor de zorgsector geeft niet de garantie dat dan juist aan die doelgroep werk wordt geboden.

34

In hoeverre is er, naast het beschikbaar komen van 12 000 nieuwe banen voor mensen met een lager opleidingsniveau die al langer werkloos waren, tegelijkertijd ook sprake geweest van vermindering van «reguliere» arbeid in deze sector? (blz. 6 en 39).

Op het totaal aan beschikbare werkgelegenheid in de zorgsector (macroniveau) is geen sprake van een afname van het aantal arbeidsplaatsen. Door herschikking van budgetten (thuiszorg) kan op regionaal en instellingsniveau (micro-niveau) wel sprake zijn van inkrimpingen van het aantal personeelsleden. Dit heeft dan echter een andere oorzaak. Essentieel in de voorwaarden van de regeling is dat het zittend personeel niet wordt verdrongen. Met name de ondernemingsraden zien hier op toe. De regeling vereist dat de OR een verklaring met een positief advies heeft afgegeven.

35

Kan worden aangegeven hoeveel «lage-loonfuncties» en in welke sectoren daadwerkelijk bezet werden als gevolg van CAO-afspraken? (blz. 6).

Zie beantwoording vraag 30

36

In hoeverre is het juist dat vanwege de stijgende vraag naar thuiszorg jaarlijks een extra bedrag van f 140 mln. nodig is? (blz. 6).

De berichtgeving over de f 140 miljoen is ontstaan naar aanleiding van Gezondheidszorg in Tel 4 (GiT4). GiT4 zelf komt niet tot deze conclusie. In de scenario-analyse is impliciet verondersteld dat het beleid niet

verandert (blz. 169 GiT4). In de doorrekening van de twee scenario's is geen rekening gehouden met de beleidsvoornemens voor 1997. Met deze beleidsvoornemens, waaronder ruimere mogelijkheden voor substitutie van zorg, wordt ernaar gestreefd om het toenemend aantal zorgvragers kwalitatief goede zorg te blijven verlenen. In onze visie, welke wij in het voorjaar van 1997 met de Tweede Kamer willen bespreken, komen we hier verder op terug.

37

Hoe denkt de regering de f 15 mln. extra voor dak- en thuislozen in te zetten? (blz. 7).

In antwoord op beide vragen verwijs ik u naar mijn brief d.d. 25 oktober 1996 (GVM/MO/964101). Hierin is medegedeeld dat mijn medewerkers thans volop bezig zijn met het ontwerpen van een verdelingsplan voor de f 15 miljoen extra voor dak- en thuislozen. Zij doen dit in werkgroepverband in nauwe samenwerking met vertegenwoordigers van de VNG en de Federatie Opvang.

Gebleken is echter dat het ontwerpen van een dergelijk verdelingsplan meer tijd vraagt dan voorzien. Het plan dient te voldoen aan de volgende criteria: de middelen dienen besteed te worden in gebieden waar de problemen het grootst zijn op basis van objectieve en juridisch verdedigbare criteria; versnippering van middelen dient voorkomen te worden. Verschillende varianten zijn aan de orde geweest. Het moment nadert waarop een definitief besluit genomen kan worden.

Er wordt naar gestreefd het verdelingsplan nog in november aan de Tweede Kamer te doen toekomen.

38

Wanneer kan de Kamer de toegezegde nota over opvang van dak- en thuislozen verwachten? (blz. 7).

Het streven is erop gericht om de nota over opvang van dak- en thuislozen in het voorjaar van 1997 aan de Tweede Kamer aan te bieden. De vertraging is veroorzaakt doordat prioriteit is gegeven aan een goed verdelingsvoorstel voor de f 15 miljoen voor de dak- en thuislozenzorg. Dit voorstel (zie tevens vragen 37 en 101) kostte meer tijd dan was voorzien.

Ter voorbereiding van deze nota wordt zowel met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, als met de VNG en de Federatie Opvang overlegd.

39

Kan een toelichting worden gegeven op de verwachte besparingen op uitvoeringskosten bij de Pensioen- en Uitkeringsraad? (blz. 7).

In anticipatie op de verwachte werklastdaling bij de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) als gevolg van de demografische ontwikkeling wordt een pro-actief herstructureringsbeleid gevoerd. Dit bestaat enerzijds uit het zo goed mogelijk in kaart brengen van de toekomstige aanvraagontwikkeling door het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO). De resultaten zijn in november 1996 te verwachten. Anderzijds wordt door het bureau Boer & Croon een financieel-organisatorische risico-analyse opgesteld met betrekking tot de overheveling van de uitvoering van de Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940-1945 (Wubo) van het Abp in Heerlen naar de PUR in Leiden, in relatie tot het lange termijnperspectief van de PUR. De analyse van het Bureau Boer & Croon zal naar verwachting in november 1996 worden afgerond. Zoals toegezegd in het algemeen overleg van 19 juni 1996 met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal de Tweede Kamer op de hoogte worden gebracht van de resultaten van de analyse.

De te verwachten besparingen op de uitvoeringskosten hebben zowel betrekking op de afname van de werklast als gevolg van de afname van het aantal aanvragen en de afname van het bestand te beheren pensioenen en uitkeringen, als op de verwachte efficiency-besparingen als gevolg van de overheveling van taken van het Abp en de bundeling van de wetsuitvoering in Leiden. Ook het bovenbedoelde herstructureringsbeleid draagt bij aan een besparing op de uitvoeringskosten bij de PUR.

40

Betekent de zinsnede dat de emancipatoire aspecten geïncorporeerd zijn in de beleidsontwikkeling en dat de faciliteringsbijdrage kan komen te vervallen dat door VWS geen specifiek emancipatiebeleid meer wordt gevoerd? (blz. 7).

Vanzelfsprekend wordt door VWS nog steeds een emancipatiebeleid gevoerd in die zin dat emancipatie een onomstreden facet is van het algemene beleid. Dit betekent dat binnen de budgetten van de verschillende beleidsterreinen middelen beschikbaar worden gesteld voor emancipatoir beleid. De inhoudelijke integratie van het emancipatiebeleid in het reguliere beleid blijft overigens – ook vanuit een oogpunt van kwaliteit van beleid – een voortdurend aandachtspunt.

41

Kan de regering aangeven op welke wijze de emancipatoire aspecten zijn geïncorporeerd in de beleidsontwikkeling en wat dat betekent voor bestaande gesubsidieerde voorzieningen? (blz. 7).

Binnen de diverse beleidsterreinen wordt specifiek aandacht besteed aan de positie van vrouwen. Zonder uitputtend te willen zijn, denk ik hierbij bijvoorbeeld aan het thans lopende onderzoek naar «stereotype beeldvorming over oudere mannen en vrouwen» en aan de samenwerkingsprojecten tussen de drie ouderenbonden en instellingen voor vrouwenhulpverlening die tot doel hebben de zorg aan oudere vrouwen en de zelfredzaamheid van deze groep vrouwen te verbeteren.

Op het terrein van gehandicaptenbeleid wordt onder meer ondersteuning gegeven aan een project van de Gehandicaptenraad dat tot doel heeft de begeleiding van meisjes met een handicap binnen het voortgezet speciaal onderwijs te verbeteren.

Op het terrein van sport wordt al sinds een aantal jaren ondersteuning gegeven aan projecten op het gebied van vrouw en sport. In dat kader is recent ook ondersteuning gegeven aan het project van NOC*NSF ter bestrijding van seksuele intimidatie in de sport.

Als het gaat om emancipatoire aspecten in het algemene beleid kan ik u bijvoorbeeld wijzen op het beleid vrouwenhulpverlening, dat zich met name richt op het verbeteren van de hulpverlening aan vrouwen in de (reguliere) gezondheidszorg, de specifieke aandacht binnen vrouwenhulpverlening voor de positie van allochtone vrouwen en bijvoorbeeld het project seksespecifieke hulpverlening in het algemeen maatschappelijk werk. Tenslotte kan in dit verband worden gewezen op de extra middelen die beschikbaar worden gesteld om projecten te ondersteunen gericht op het verbeteren van de positie en het imago van de verplegende en verzorgende beroepen.

42

Om welke reden worden het SCP, het NIZW en het Verwey-Jonker Instituut taakstellingen opgelegd? Wat is de reactie van deze instellingen hierop? (blz. 7–8).

Bij de beantwoording van deze vraag dient een onderscheid te worden gemaakt tussen het SCP als onderdeel van de ambtelijke organisatie en de beide gesubsidieerde landelijke organisaties.

Gelet op de beperkte keuzemogelijkheden is het onontkoombaar, dat ook de instellingen die behoren tot de landelijke infrastructuur op het terrein van zorg en welzijn worden betrokken bij de invulling van de bezuinigingstaakstelling. Ik heb daarbij overwogen, dat niet alle taken en activiteiten van deze organisaties per definitie door de rijksoverheid gesubsidieerd hoeven te worden in de vorm van een algemene instellingssubsidie. Een deel van de activiteiten wordt in opdracht en in het belang van derden verricht en kan op andere wijze worden gefinancierd. Een betere samenwerking en onderlinge taakverdeling tussen deze landelijke organisaties biedt goede kansen op doelmatigheidswinst.

Met een aantal van deze landelijke organisaties wordt overleg gevoerd over de mogelijke vorm en inhoud van samenwerking en taakverdeling.

Aan het Verwey-Jonker Instituut en het NIZW wordt het voornemen tot subsidieverlaging binnenkort, vóór 15 november a.s., schriftelijk meegedeeld. Beide organisaties zijn reeds mondeling geïnformeerd. Geen van beide instituten heeft formeel gereageerd op het voorgenomen besluit.

Het SCP draagt als onderdeel van de ambtelijke organisatie een evenredig deel van de bezuiniging op de kosten daarvan.

Het SCP heeft mij schriftelijk in kennis gesteld van de voorgenomen wijzigingen in de programmering.

43

Hoe groot is de totale taakstelling voor het NIZW en hoeveel bedraagt de resterende subsidie? (blz. 8).

De nieuwe taakstelling voor het NIZW bedraagt structureel f 1 miljoen met ingang van het jaar 1998. Met ingang van 1996 werd reeds een structurele taakstelling van f 3 miljoen opgelegd.

De resterende instellingssubsidie bedraagt dan (na verrekening van eventuele loon- en prijscompensaties) circa f 15 miljoen. Naast het instellingssubsidie ontvangt het NIZW jaarlijks projectsubsidies voor specifieke projecten.

Door de toekenning van projectsubsidies voor specifieke projecten en andere geldstromen blijft het totaal volume van het NIZW in 1996 gehandhaafd. Ook voor de jaren 1997 en 1998 zijn projectsubsidies in het vooruitzicht gesteld. Het NIZW is voornemens in die jaren de overige inkomsten te verhogen. Op dit moment kan niet worden vastgesteld tot welk totaalbedrag in 1998 projectsubsidies zullen worden verleend.

44

Kan een totaaloverzicht worden geboden van de werkelijk gemaakte kosten ten aanzien van de totstandkoming van de Stichting Forum? (blz. 8).

Een totaaloverzicht is nog niet met exactheid te geven, omdat er nog geen volledig inzicht is in de onvermijdbare kosten die verband houden met de afwikkeling van de subsidierelatie met de organisaties die in Forum zijn opgegaan. Het merendeel van de claims voor onvermijdbare kosten is nog niet ingediend. Naar verwachting zullen die kosten met name betrekking hebben op eventuele verhuiskosten en afwikkelkosten in verband met de achtergelaten kantoorpanden. Alle personeelsleden van de constituerende organisaties zijn van rechtswege overgegaan naar Forum, zodat geen extra kosten op dit terrein te verwachten zijn.

Onder voorbehoud van het bovenstaande ziet een duiding van de werkelijk gemaakte kosten van de totstandkoming van Forum er als volgt uit (f x miljoen).

1. Investeringskosten i.v.m. nieuw kantoorpand Forum	f 3,40
2. Begeleidings/organisatiekosten	f 0,42
3. Onvermijdbare kosten	P.M.
TOTAAL	f 3,82 + P.M.

45

Is de aangehouden reservering ten behoeve van de Stichting Forum structureel geld? Hoeveel bedraagt deze? (blz. 8).

De reservering voor de Stichting Forum is structureel geld en bedraagt f 1,5 miljoen. De bedoeling ervan was een rugdekking te hebben voor het geval Forum onvoldoende eigen middelen zou weten te genereren in de eerste periode van zijn bestaan. Alleen in het jaar 1996 is hiervan gebruik gemaakt.

46

Waarom is een resterend deel van de taakstelling voor VWS voorlopig geparkeerd en hoe verhoudt zulks zich tot de regels van het stringent begrotings- en budgetbeheer? Op welke wijze is een oplossing gevonden voor de (voorzien) tekorten over de jaren 1995 en 1996? (blz. 8).

In overleg met de minister van Financiën is besloten een gedeelte van de VWS-taakstelling vanaf 1997 te parkeren. In de loop van 1997 zal worden gezien hoe het resterende deel zo zorgvuldig mogelijk kan worden ingevuld. Deze invulling wordt met de ontwerpbegroting 1998 aan de Tweede Kamer voorgelegd. Dit is besloten omdat in de voorbereiding van de begroting 1997 nog geen acceptabele invulling voor het nu geparkeerde deel van de taakstelling is gevonden. Het parkeren van een deel van de taakstelling is in dit geval, financieel-technisch gezien, toelaatbaar geacht en valt, binnen de regels van het stringent begrotingsbeheer, onder de voorwaarde dat het resterende deel van de taakstelling in 1997 met concrete maatregelen wordt belegd.

Over de jaren 1995 en 1996 zijn geen tekorten voorzien. Wel zijn er in het verleden ook delen van taakstellingen geparkeerd. Deze zijn vervolgens altijd met concrete maatregelen belegd.

47

Welke maatregelen zullen worden genomen om de bestuurlijke betrokkenheid van gemeentebestuurders bij collectieve preventie te vergroten? (blz. 9 en blz. 50).

In oktober 1995 bracht de Inspectie Gezondheidszorg haar onderzoek uit naar de betrokkenheid van gemeenten bij het lokaal gezondheidsbeleid. In haar rapportage constateert de inspectie een grote diversiteit in de mate van bestuurlijke betrokkenheid op lokaal niveau.

In reactie hierop heb ik een commissie ingesteld die een visie ontwikkelt op de manier waarop de aandacht voor collectieve preventie op lokaal niveau kan worden versterkt.

Op de conclusies en aanbevelingen van het rapport, dat mij op 21 november wordt aangeboden, kan ik nog niet vooruitlopen. Een standpunt op het advies kunt u in april tegemoet zien.

48

Zal er met betrekking tot de wettelijke regeling omtrent de veiligheid

van attractie- en speeltoestellen ook aandacht zijn voor «zichtkeuringen» naast «typekeuringen»? (blz. 10).

Het Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen schrijft voor nieuw in gebruik te nemen speeltoestellen een typekeuring voor. Zichtkeuringen worden niet genoemd. Er is bewust gekozen voor een typekeuring in plaats van een zichtkeuring. Een typekeuring omvat namelijk zowel de zichtbare als onzichtbare veiligheidsaspecten van het toestel. Een zichtkeuring zal resulteren in een lager veiligheidsniveau.

Naar aanleiding van enkele brieven, waarin ontwerpers en leveranciers van speeltoestellen wezen op de bezwaren van een typekeuring voor gehandicapten speeltoestellen en zelfgebouwde speeltoestellen in sociale achterstandssituaties, heb ik mij nogmaals bezonnen op de mogelijkheden van een zichtkeuring. De introductie van een lager veiligheidsniveau voor doelgroepen, die zich reeds in een achterstandssituatie bevinden, acht ik echter niet aanvaardbaar. Ook de afstemming met het gehandicaptenbeleid, de consequenties voor het landelijke veiligheidsniveau, de handhaafbaarheid, de ernst van de aangedragen bezwaren en de mogelijke oplossingen hiervoor verzetten zich tegen de introductie van een zichtkeuring. Een uitgebreidere toelichting op de gehanteerde beleidslijn inzake typekeuringen is gegeven in mijn brief inzake het Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

49

Op welke manier zal de nieuwe letselregistratie ondersteuning bieden bij het beleid met betrekking tot letselpreventie? (blz. 10).

De nieuwe letselregistratie, die vanaf 1 januari 1997 in minimaal 15 ziekenhuizen operationeel zal zijn, vervangt de huidige registratie op Eerste-hulpafdelingen van ziekenhuizen van patiënten met letsels als gevolg van privé- en sportongevallen. Een wezenlijk verschil tussen de nieuwe letselregistratie, het Letsel Informatie Systeem (LIS) en de huidige registratie is, dat het LIS zich niet beperkt tot patiënten die letsel hebben opgelopen als gevolg van een privé- of sportongeval. Het LIS legt namelijk ook gegevens vast over patiënten die letsel hebben opgelopen als gevolg van verkeersongevallen, bedrijfsongevallen en als gevolg van geweld. Een tweede verschil met de huidige registratie is, dat het LIS meer gegevens vastlegt over de diagnose en de behandeling van de letselpatiënten. Zowel de verbreding van de scope van de registratie naar alle ongevals-letsels en geweldletsels als de nadere specificering van de medische implicaties van letsels, vergroten het inzicht in de aard en de ernst van de problematiek van ongevals- en geweldletsels. Bovendien verschaft het LIS op deze wijze de informatie die nodig is om de directe medische kosten van ongevals- en geweldletsels te kunnen bepalen. Inzicht in de aard, ernst en kosten van letsels is noodzakelijk om prioriteiten in het preventiebeleid te kunnen stellen en de effecten van het beleid te kunnen evalueren. De hiervoor beschreven vernieuwingen in de registratie van letselpatiënten, maakt het mogelijk de beschikbare informatie niet alleen in te zetten voor het eigen beleidsterrein van de VWS, maar hiervan ook gebruik te maken bij het ontwikkelen van het facetbeleid letselpreventie. Het moge duidelijk zijn dat de preventie van letsels niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van VWS is. De nieuwe registratie verschaft VWS de informatie die nodig is om in samenwerking met andere departementen maatregelen te kunnen ontwikkelen en beoordelen, die gericht zijn op het bevorderen van de veiligheid in Nederland.

50

Wanneer gaat het patiëntenfonds van start? Welke criteria worden aangehouden bij de verdeling en toekenning van gelden uit dit fonds? Kunnen de regionale patiënten- c.q. consumentenplatforms ook een beroep doen op het patiëntenfonds? (blz. 11).

Het is de bedoeling dat het op 25 juli van dit jaar opgerichte Patiëntenfonds in 1997 van start zal gaan. Op dit moment worden daartoe de nodige voorbereidingen getroffen.

Voor het fonds is het komend jaar – dat ik beschouw als een overgangsjaar – een bedrag van f 12 miljoen beschikbaar. Vanwege de aanloopfase is het niet mogelijk de huidige subsidiesystematiek bij de financiële ondersteuning van patiëntenorganisaties (voornamelijk op projectbasis) ingrijpend te wijzigen dan wel de toe te kennen bedragen drastisch te veranderen. Dit betekent dat het fonds het volgend jaar overwegend de huidige VWS-uitgangspunten zal hanteren bij de verdeling en toekenning van middelen.

De komende tijd zal gebruikt worden om met het fonds goede afspraken te maken over de voorwaarden waaronder het budget beschikbaar kan worden gesteld.

Het bestuur van het fonds zal zich in overleg met het veld en mijn ministerie het komend jaar onder meer richten op het ontwikkelen van een nieuwe verdelingsgrondslag en criteria op basis waarvan bekostiging kan plaatsvinden.

Het fonds heeft tot doel zorggerelateerde functies van landelijke consumenten/patiëntenorganisaties te financieren voor zover deze bijdragen aan de versterking van de positie en/of invloed van patiënten in de zorgsector. Dit houdt in dat de financiële ondersteuning van Regionale Patiënten-/Consumenten-Platforms niet tot de taakstelling van het fonds behoort. De hiervoor beschikbare middelen zijn in het kader van de Decentralisatie Impuls in 1993 overgeheveld van het toenmalige ministerie van WVC naar het Provinciefonds. Daarmee ligt de verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de RP/CP's bij de provinciale overheden.

51

Is een structurele basisfinanciering van patiënten- c.q. consumentenorganisaties uit premiegelden definitief van de baan? (blz. 11).

Nee.

Mijn gedachte is dat de hiervoor benodigde middelen via vermindering van bureaucratie en herschikking van middelen van de koepels van zorgaanbieders en verzekeraars moeten worden verkregen.

52

Wat houdt het vooronderzoek in en wat zal een scenariostudie naar de toekomstige positie van de patiënt-consument inhouden? Wie zijn hierbij betrokken? (blz. 11).

Het project als geheel heeft tot doel het opstellen van alternatieven voor een toekomstige positie van de patiënten/consumentenbeweging in het geheel van actoren in de gezondheidszorg en het aangeven van de consequenties van deze alternatieven voor betrokken partijen.

Door de onderzoekers – de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) – wordt in de fase van het vooronderzoek een eerste terreinverkenning gemaakt door middel van een uitgebreide literatuurstudie en een gespreksronde met vertegenwoordigers van een aantal relevante actoren, zoals vertegenwoordigers van landelijke en regionale patiëntenconsumentenorganisaties (NPCF, RP/CP's, Werkverband

Organisaties van Chronisch Zieken, Gehandicaptenraad, ouderenbonden etc.) alsmede de Nationale Commissie Chronisch Zieken, zorgverzekeraars, provinciale overheden, aanbieders van zorg. Tevens organiseert de STG een invitational conference.

Op basis van de uitkomsten van het vooronderzoek zal door mij besloten worden over de uitvoering van een scenariostudie. Daarbij teken ik aan dat het uitdrukkelijk de bedoeling van de voorstudie is om te onderzoeken in hoeverre ook bij de geïnterviewde partijen belangstelling bestaat om (financieel) deel te nemen aan een dergelijke scenariostudie.

53

Is het, gezien de doelstelling van het kabinet om sociale uitsluiting te bestrijden, niet wat mager om onder de noemer «sociaal beleid» niet verder te komen dan de opsomming van enkele projecten? (blz. 11).

Het is een misvatting te denken dat het hier gaat om enkele projecten. Er is sprake van zwaarwichtige thema's onder de vlag waarvan tal van activiteiten plaatsvinden. Zie bijvoorbeeld de Notitie Gezin, «De andere kant van Nederland» («de Armoedenota») en het inburgeringsbeleid.

Op het gebied van het gezinsbeleid gaat het daarbij bijvoorbeeld om het versterken van de driehoek wijk-school-gezin. In dat kader zal binnen VWS de inzet van jeugdbeleid, ouderenbeleid, emancipatiebeleid en gezondheidsbeleid worden gericht op de beleidsvorming rond de functies van het gezin. In de functionele benadering van het gezin gaat het dan om preventie, overdracht van waarden en normen, ondersteuning etc. Dit vergt onder meer:

- gedegen onderzoek naar (de functies van) het gezin (het SCP-onderzoek terzake zal in februari 1997 gereed zijn);
- een toegespitste programmering van de Nederlandse Gezinsraad;
- verbreding van de inzet van de middelen voor de Op-Stapprojecten naar nieuwe vormen van ondersteuning en preventie, en het daarbij inschakelen van NIZW, Verwey-Jonker Instituut en Averroës.

In het kader van de notitie «De andere kant van Nederland» gaat het voor VWS onder meer om zaken als:

- het inventariseren van armoede-initiatieven, met als doel het opsporen en breder verspreiden van succesvolle initiatieven;
- het verbeteren van het functioneren van de cliëntenorganisaties via Sjakuus;
- het geven van een vervolg aan het regeringsstandpunt over het rapport van de commissie-Boorsma over de schuldenproblematiek.

Bij het inburgeringsbeleid wordt beoogd nieuwkomers zo snel mogelijk toe te rusten om zelfstandig in Nederland te kunnen functioneren. Sinds 1996 is een op output gerichte financieringssysteem van toepassing waarbij vanuit VWS en OCenW aan gemeenten middelen worden verstrekt. 1997 is te beschouwen als een overgangsjaar: per 1 januari 1998 zal naar verwachting de Wet Inburgering nieuwkomers in werking treden. Projecten in 1997 zullen gericht zijn op onder meer de versterking van de gemeentelijke regiefunctie, de verbetering van de kwaliteit van trajectbegeleiding en het stimuleren van de participatie van nieuwkomers in vrijwilligersorganisaties.

54

Waarom wordt in het Hoofdstuk Sociaal Beleid niet ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de nota «Naar Eigen Vermogen»? (blz. 11).

«Naar eigen vermogen» heeft een bredere strekking dan alleen de passage «Sociaal beleid».

De stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van deze nota is dan ook terug te vinden in de sectorpassages die een relatie hebben met het in «Naar eigen vermogen» beschreven beleidsterrein.

55

Jaarlijks wordt een «sociale conferentie» georganiseerd als forum voor publieke gedachtenwisseling over nieuwe vormen van armoedebestrijding. Wie worden voor deze conferentie uitgenodigd? Worden bij deze conferentie allochtone groepen betrokken? Zo ja, op welke wijze? (blz 12),

Het zwaartepunt van de sociale conferentie 1996 ligt bij de georganiseerde workshops. In de workshops worden de volgende thema's behandeld: oorzaken van armoede, definities van armoede, afhankelijkheid versus zelfbeschikking, inkomen, onderwijs, werk, gezondheid, wonen en geïntegreerd lokaal beleid. Zowel voor wat betreft de voorbereiding van de workshops als voor wat betreft de deelnemers is gerecruiteerd uit de volgende groepen: cliëntenorganisaties en anti-armoedegroepen (lokaal en landelijk), kerkelijke groepen, organisaties voor dak- en thuislozen, ouderenorganisaties, gehandicaptenorganisaties, gemeentelijke uitvoeringsorganisaties, burgemeesters en wethouders, koepels van woningbouworganisaties, woningbouwcorporaties, thuiszorginstellingen, representanten van de GGD, huisartsen, maatschappelijk werk, opbouwwerk en welzijnswerk, werkgevers- en werknemersorganisaties, allochtonenorganisaties, professionele organisaties voor zorg en opvang van allochtonen, parlementariërs, ministeries, adviesorganen, wetenschappelijke instellingen en adviesbureaus, medefinancieringsorganisaties, onderwijsinstellingen, sociale advocatuur en vrouwenorganisaties (algemeen).

Allochtone groepen zijn als voorbereiders van de workshops en als deelnemers betrokken bij de sociale conferentie 1996.

56

Wanneer kan de Kamer de inventarisatie en de voorstellen tot harmonisatie en tot voorkomen ongewenste cumulatie van de interdepartementale werkgroep in het kader van de armoedebestrijding verwachten? (blz. 12).

Het is de bedoeling dat de rapportage over de actiepunten zoals geformuleerd in de armoedenota in februari/maart 1997 aan de Tweede Kamer wordt aangeboden.

Het project «harmonisatie inkomensafhankelijke regelingen» (waar in vraag 56 op wordt gedoeld), wordt gecoördineerd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en niet door het ministerie van VWS.

57, 58, 59, 60 en 61

Welke zijn de succes-projecten in de publiek-private samenwerking, waar de banen, die gecreëerd worden voor langdurig werklozen, ook uiteindelijk leiden tot reguliere banen en welke zijn de factoren, die deze positieve uitkomsten hebben beïnvloed? (blz. 12).

Op welke wijze en met welke middelen zal worden bevorderd dat nieuwe experimenten van maatschappelijk ondernemersschap een kans krijgen? Welke organisaties zullen bij de ontwikkeling van deze experimenten worden betrokken? (blz. 12).

Door welke maatregelen wordt gestimuleerd dat voor langdurig werklozen gecreëerde banen uiteindelijk reguliere banen worden? (blz. 12).

Komen de experimenten m.b.t. maatschappelijk ondernemerschap bovenop de reeds door Sociale Zaken en Werkgelegenheid ingediende wetsvoorstellen of maken zij hiervan deel uit? Zo ja, voor hoeveel? (blz. 12).

Kan worden uitgelegd om welke experimenten het zal gaan met betrekking tot het werken met behoud van uitkering? (blz. 12).

Meerdere vragen zijn gesteld over de projecten maatschappelijk ondernemerschap. Het vernieuwende van deze projecten is de wijze waarop lokale potenties van burgers, bedrijven en organisaties worden benut om letterlijk werk te maken van alledaagse problemen. Hierbij worden de verschillende regelingen voor gesubsidieerde arbeid die door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid worden ingezet, benut.

De projecten zijn gebaseerd op een door het NIZW ontwikkelde methodiek, gebaseerd op ervaringen uit lokale projecten rond achterstandsbeleid en sociale vernieuwing. Knelpunten zijn dat werklozen na afloop van een individueel traject geen passende functie kan worden geboden dat hen perspectief biedt om zich verder te ontwikkelen.

Tegelijkertijd blijven veel mogelijkheden om maatschappelijk zinvol geachte functies op een professionele (bedrijfsmatige) wijze vorm te geven onbenut. Teveel werklozen blijven daardoor werkloos aan de kant staan, ideeën van burgers en organisaties onbenut.

Kern van de methode vormt de functie «maatschappelijk ondernemer».

De eerste stap is het vaststellen van de lokale wensen en mogelijkheden. Deze blijken uit leefbaarheidsonderzoeken, uitgevoerd door bewoners zelf, uit bestaande ideeën bij lokale organisaties, en uit «nieuw werk-enquêtes» bij bedrijven. Dit leidt op zichzelf al tot een vergroting van hun betrokkenheid. De «maatschappelijk ondernemer» ondersteunt hen vervolgens bij het omzetten van deze wensen en mogelijkheden in werk voor langdurig werklozen.

Het kan gaan om het vormgeven van reguliere banen, maar ook zinnolle functies in het kader van sociale activering.

De eerste experimenten «maatschappelijk ondernemerschap» zijn gestart in het kader van de experimenten activering uitkeringsgelden (Melkert-2). De «maatschappelijk ondernemer» stelt ondernemingsplannen op voor lokale thema's met een hoge (bestuurlijke) prioriteit. Voorbeelden zijn zwerfvuil, inbraakpreventie, persoonlijke dienstverlening, toerisme, etc. De grootste slaagkans dat zo'n functie ook regulier wordt, lijkt het onderbrengen daarvan bij een bedrijf. Voordeel van het onderbrengen van een nieuwe functie bij een bedrijf is dat als de functie niet regulier wordt, de persoon wel mogelijkheden heeft om door te stromen naar een andere functie in dat bedrijf. Dit doet zich in de praktijk voor.

Om bedrijven te interesseren voor het vormgeven van nieuwe functies moet ingespeeld worden op motieven van ondernemers. Deze zijn het betreden van nieuwe markten (bijvoorbeeld de markt voor publieke aanbesteding) en het voorzien in toekomstige personeelbehoefte. Het kan bij de financiering van de functie gaan om een combinatie van publieke en private middelen. Naast de economische aspecten wordt in het ondernemingsplan daarom ook aandacht besteed aan de maatschappelijke waarde van de functie.

Als functies niet bij bedrijven kunnen worden ondergebracht, wordt gekeken naar mogelijkheden om de functie bij maatschappelijke organisaties, zoals woningbouwverenigingen en ouderenwerk, aan te haken. In een aantal gevallen wordt de functie gerealiseerd als startersinitiatief, waarbij de starter een langdurig werkloze in dienst neemt.

De ervaring in de lopende projecten leert dat het tijd kost om de verschillende institutionele belangen te verenigen, zowel ten aanzien van lokale organisaties als tussen gemeentelijke diensten. Veelal bestaat op basis van de «theorie» scepsis. Nadat de eerste succesvolle ondernemingsplannen in praktijk zijn gebracht, blijkt het overtuigen van de meerwaarde van de aanpak eenvoudiger. Functies die eerst niet haalbaar leken worden dan alsnog gerealiseerd.

In de lopende experimenten wordt tijdelijk een «landelijk maatschappelijk ondernemer» ingezet, die door het ministerie van VWS wordt gefinancierd. Hij is verantwoordelijk voor de realisatie van de eerste ondernemingsplannen. Gelijktijdig moet hij zorgen voor een overdracht van kennis aan een «lokaal maatschappelijk ondernemer».

Hierbij wordt een leer-werk-traject ingezet. Per 1 januari 1997 trekt de landelijk maatschappelijk ondernemer zich terug. De gemeenten zullen de functie zelf voortzetten. De waarde van de functie «maatschappelijk ondernemer» wordt door KPMG/BEA geëvalueerd. De resultaten van die evaluatie zullen aan het eind van dit jaar beschikbaar zijn.

Vele gemeenten hebben interesse getoond voor het benutten van de methode «maatschappelijk ondernemerschap» voor nieuwe experimenten. Het betreft daarbij een aantal clusters, die veelal gecombineerd worden ingezet in lokale projecten die veelal dit jaar nog starten.

Ten eerste is er het cluster werken aan gebiedspotenties. Dit betreft het vormgeven van nieuw werk in het kader van het grote stedenbeleid op het thema integraal wijk- en buurtbeheer en stadseconomie. Daarnaast zijn er experimenten plattelandsvernieuwing waarbij wordt samengewerkt met het Informatie- en Kenniscentrum voor de landbouw (IKC).

Ten tweede het samenwerken aan zorg en welzijn. Het betreft hier het verkennen van de mogelijkheden om regelingen voor gesubsidieerde arbeid te benutten ter versteviging van bestaande initiatieven, zoals op het terrein van de persoonlijke dienstverlening, buitenschoolse activiteiten en landbouwzorg combinaties.

Ten derde experimenten die zijn gericht op werken naar eigen vermogen.

Het betreft sociale activering en benutten van de mogelijkheden van werken met behoud van uitkering (Melkert-3) als eerste stap richting de arbeidsmarkt. Aandacht zal worden besteed aan specifieke groepen (gehandicapten, allochtonen).

Tot slot zal aandacht worden besteed aan de samenwerking met landelijke organisaties. Dit betreft naast IKC bijvoorbeeld ook de Stichting Experimenten Volkshuisvesting en het Landelijk Centrum Opbouwwerk.

Begin 1997 kan een compleet beeld van het programma «maatschappelijke participatiebevordering» uit de Welzijnsnota «Naar eigen vermogen» worden geschetst op basis van bovenstaande lopende en nieuwe experimenten «maatschappelijk ondernemerschap». De middelen die in het kader van deze experimenten worden ingezet beslaan f 1,5 miljoen voor de periode 1995–1998.

62

Kan informatie worden verstrekt over de effecten van de welzijnsregeling inburgering nieuwkomers? (blz. 13).

Over het eerste half jaar zijn vanuit de monitoring enkele kerngegevens beschikbaar. Van 87% van de (samenwerkende) gemeenten zijn gegevens ontvangen. Deze laten zien dat zich in het eerste half jaar van 1996 in deze gemeenten 15 179 nieuwkomers hebben gevestigd die in principe in

aanmerking kunnen komen voor het volgen van een inburgeringsprogramma. De gemeenten hebben met 7 792 nieuwkomers een afspraak gemaakt over het volgen van een programma. Het aantal personen dat met een programma is gestart bedraagt 6 205.

Op basis van deze gegevens wordt verwacht dat over het gehele jaar het landelijk beschikbare aantal inburgeringsprogramma's van 19 215 niet zal worden overschreden. In de tweede helft van 1997 zal een evaluatie van de nieuwe aanpak van het inburgeringsbeleid beschikbaar komen.

63

Kan worden aangegeven wat het bereik is van het huidige aanbod van voorschoolse programma's?

Hoeveel middelen worden hiervoor door VWS ter beschikking gesteld? (blz. 13).

In de afgelopen jaren is in het kader van het deelprogramma 0-18-jarigen, «Stappen op maat» ontwikkeld. «Stappen op maat» omvat een aantal programma's die alle gericht zijn op het verbeteren van de kansen van kinderen uit achterstandsgroepen. Er zijn verschillende programma's ontwikkeld, dan wel bestaande programma's geschikt gemaakt voor toepassing. De programma's zijn toegesneden op de leeftijd en ontwikkelingsfase van de kinderen. Essentieel in de programma's is de aandacht voor ouders. Doel is de ouders te ondersteunen in de opvoeding. Programma's worden zowel thuis als bij instellingen uitgevoerd. Deze laatsten om de aansluiting op de basisschool te verbeteren.

Voorzover het bereik van deze programma's strekt, wordt hieronder aangegeven, hoeveel kinderen, gemeenten, en scholen bij deze programma's betrokken zijn:

Voorschools:	kinderen	gemeenten	scholen
Instapje (0-2 jaar)	100	4 (1%)	
Klimrek (0-2 jaar)	160	11 (3%)	
Spel aan huis (0-2 jaar)	160	8 (2%)	
Opstapje (2-4 jaar)	1 880	30 (5%)	
Opstap (4-6 jaar)	5 680	65 (10%)	
Basisschool:			
Overstap (6-7 jaar)	12 700	49 (8%)	383 (4,7%)
Stap Door (7-8 jaar)	experimenteel op 20 scholen gestart in 1996.		
Centrumgericht op zowel voorschoolse periode als basisschool:			
Kaleidoscoop/Piramide (3-6 jaar)	1 600	11 (3%)	39 (0,5%)

Gemeld kan worden dat bij 45 van deze programma's wachtlijsten bestaan.

In 1997 is ten behoeve van het aanbod aan gemeenten voor bovengenoemde programma's bij VWS in totaal f 7 miljoen beschikbaar.

64

Hoeveel geld is beschikbaar voor de voorschoolse programma's: Kaleidoscoop en Piramide? (blz. 13).

Voor de door VWS en OCenW gezamenlijk uit te voeren experimentele programma's Kaleidoscoop en Piramide, gericht op de voorschoolse periode en de eerste fase van de basisschool, wordt door VWS jaarlijks 2 miljoen en door OCenW f 3 miljoen ter beschikking gesteld. Deze middelen worden besteed aan programmaontwikkeling, experimenten op locaties (11) en onderzoek.

Waarschijnlijk mede als gevolg van de recent gestarte discussie over de effecten van meer aandacht voor kinderen, tot uiting komend in deze programma's, blijkt er bij veel gemeenten belangstelling te zijn voor snelle toepassing van deze nu nog experimentele programma's.

65

Op welke wijze wordt uitvoering gegeven aan het Europees Jaar tegen Racisme? Welke bijdrage levert Nederland aan de invulling van het Europees jaar tegen racisme?

Heeft Nederland een speciale rol in het Europees jaar vanwege het voorzitterschap van de EU in 1997? Onderneemt Nederland – als voorzitter van de EU – op dit terrein specifieke activiteiten?

Welk budget is gereserveerd voor deze activiteiten? (blz. 13).

Als gevolg van de late besluitvorming door de Europese Commissie over het Jaar tegen Racisme zijn de voorbereidingen nog in volle gang. Daarom is de precieze uitvoering nog niet aan te geven. Wat wel vaststaat is dat er evenals in de andere lidstaten van de Unie een nationaal coördinatiecomité zal worden ingesteld, dat een budget beschikbaar zal krijgen om interessante initiatieven te ondersteunen. Over de hoogte van dat budget is nog interdepartementaal beraad gaande.

Internationaal vindt afstemming plaats in een ad hoc-groep over de invulling van het jaar.

Het feit dat Nederland in de eerste helft van 1997 het voorzitterschap van de EU vervult betekent dat de opening van het Jaar gezamenlijk door Nederland en de Europese Commissie georganiseerd zal worden op 30 en 31 januari 1997. Of overigens ook als voorzitter van de EU specifieke activiteiten zullen worden ondernomen, is thans nog niet te zeggen.

66

Kan nadere informatie worden gegeven over de activiteiten die in het kader van het programma multi-culturele samenleving worden ondersteund? Wat waren de resultaten van de activiteiten in 1996? (blz. 13).

In 1996 is gewerkt aan de structurele implementatie van de in gang gezette acties. Daarbij is het accent vooral gelegd op de ontwikkelingen met betrekking tot de multiculturele wijk.

Verder zijn activiteiten met een signaalfunctie ondersteund die gericht waren op de jeugd, zoals «Nederland bekend kleur», «Pop against racism» en «School zonder racisme», maar bijvoorbeeld ook «Sport, Tolerantie en Fair Play». De projecten blijken de jeugd, organisaties en scholen aan te zetten tot tal van activiteiten rondom het thema multiculturele samenleving/anti-discriminatie.

Verder is aandacht besteed aan het bevorderen van participatie van allochtonen in het vrijwilligerswerk. De gehanteerde werkmethode van stichting Stimulans, die in korte tijd 50 allochtone kandidaten naar een bestuursfunctie bemiddelde, wordt onderzocht en vastgelegd voor de landelijke implementatie.

In Utrecht en Amersfoort worden middels het project «Kleurrijk scouting» allochtone kinderen gestimuleerd lid te worden van plaatselijke scoutinggroepen. Voor kaderfuncties binnen de structuren van de betreffende scoutinggroepen hebben 3 allochtonen zich opgegeven.

67

Kan nadere informatie worden gegeven over het project elektronische publieksinformatie over maatschappelijke aangelegenheden? (blz. 13).

Hier is in de tekst van de MvT een foutje geslopen.

Waar staat: «Wij sluiten bij dit programma aan op een project elektronische publieksinformatie over maatschappelijke aangelegenheden», moet gelezen worden: «Wij sluiten bij dit programma aan met een project elektronische publieksinformatie over maatschappelijke aangelegenheden».

Gedoeld wordt hier op het project SEIN 2001, dat door mij onlangs is ingediend als voorbeeldproject in het kader van het Nationaal Actieprogramma Elektronische Snelwegen (NAP). Dit project richt zich op de bevordering van een zinvol gebruik van de elektronische snelweg als middel om sociale informatie te raadplegen en van de daarmee samenhangende diensten gebruik te maken. Daartoe zal op landelijk niveau een normerend aanbod worden ontwikkeld van inhoudelijke ordening, standaarden, informatiedragers en innovatieve toepassingen.

(Onder sociale informatie en diensten wordt verstaan: wet- en regelgeving, voorzieningen en hulpmiddelen, subsidies en vergoedingen op gebieden van gezondheid, verzorging, wonen, sociale zekerheid, veiligheid, onderwijs, werken en vrije tijd.)

De beoogde synergie van dit project met het programma Overheidsloket 2000 van Binnenlandse Zaken is met name gelegen in het gemeenschappelijke uitgangspunt (te weten het één-loket-concept aansluitend bij de vraagpatronen van de burger) en de onderlinge taakverdeling: «Overheidsloket 2000 richt zich op het stimuleren van lokale pilotprojecten, SEIN 2001 op het ontwikkelen van een kwalitatief hoogstaand informatie-aanbod op maatschappelijk terrein.

68

Wordt de doelgroep Allochtonen opgenomen bij de specifieke doelgroepen voor het programma «Overheidsloket 2000»? Op welke wijze wordt deze doelgroep bediend bij dit project? (blz. 13).

De doelgroep allochtonen is momenteel nog geen onderdeel van Overheidsloket 2000; de keuze voor het «deelloket ouderen en gehandicapten» werd mede ingegeven door het feit, dat in veel gemeenten «zorgloket-ontwikkelingen» gaande zijn op het gebied van de WVG en de Indicatiestelling Zorg. In principe is uitbreiding naar andere doelgroepen zeker wenselijk, aangezien het einddoel van dit project is een geïntegreerde publieke dienstverlening voor alle burgers (niet alleen in de zorgsfeer).

VWS participeert in de stuurgroep van dit project en zal in overleg met het ministerie van Binnenlandse Zaken bezien hoe en op welke termijn vraagpatronen van allochtonen uitdrukkelijk aan de orde kunnen komen.

In het reeds gestarte pilot project «Ken uw rechten» in de gemeente Delft wordt overigens al ervaring opgedaan met vraagpatronen van de doelgroep «nieuwkomers».

69 en 70

Wat wordt precies bedoeld met de sociale dimensie van de leefomgeving?

Kan concreet worden aangegeven wat voor soort regionale projecten ondersteuning zullen krijgen? (blz. 14).

Kan nadere informatie (met betrekking tot opzet en omvang) worden gegeven over de diverse regionale projecten om burgers te betrekken bij de sociale infrastructuur in hun wijk of buurt? (blz. 14).

Met de sociale dimensie van de leefomgeving wordt bedoeld het geheel aan sociale voorzieningen en de mate van sociale cohesie in de wijk of

buurt als pendant van de ruimtelijke c.q. materiële dimensie die tezamen het leefklimaat beïnvloeden.

De sociale infrastructuur houdt in dit verband in het geheel aan sociale voorzieningen die aan het leefklimaat een bijdrage leveren.

De regionale projecten op dit vlak die in het kader van de ontwikkeling van het platteland spelen, zijn onder andere:

- het project «Regionale zelfontwikkeling Achtkarspelen». Hierin werken bewoners zelf aan de verbetering van het toekomstperspectief van hun gebied. Het project overstijgt daarmee de aandacht voor de leefsituatie in het eigen dorp;

- daarnaast wil ik de kennis en ervaring m.b.t. methodes om plattelandsbewoners te activeren en te ondersteunen om zelf de leefbaarheid van hun regio te verbeteren, beter toegankelijk maken voor andere overheden en bewoners.

Op beide projecten wordt daartoe samengewerkt met het ministerie van LNV in het kader van het kabinetsthema «platteland vernieuwing»;

- een ander voorbeeld is het project «Leefbaarheid de Peel». Daarbij zoeken provincies en gemeenten samen naar mogelijkheden om de zelfstandigheid van ouderen ook in de kleinste kernen te kunnen waarborgen. Kenmerk van het project is ook hier het belang voor de hele platteland regio en de bewoners zelf die worden gemobiliseerd. Ik ondersteun dat proces.

De hiervoor genoemde regionale projecten zijn te onderscheiden van de lokale projecten op het gebied van leefbaarheid die in het kader van de rijksconvenanten met de G4 en de G15/G21 worden uitgevoerd.

Deze laatste projecten maken deel uit van de concrete actieplannen die de gemeenten als uitwerking van deze convenanten hebben opgesteld. Daarbij is veelal eveneens sprake van zowel bevordering van de kwaliteit van de woonomgeving, als van die van het sociale leefklimaat.

71

Wat zijn de voorlopige ervaringen in het convenant over «Voorschoolse achterstandsbestrijding nul- tot zesjarigen» en hoe kunnen deze ervaringen worden gebruikt in het op bladzijde 13 vermelde onderwijs-achterstandenbeleid? (blz. 14).

De ervaringen in het kader van het convenant «Voorschoolse achterstandsbestrijding nul tot zes-jarigen» zijn overwegend positief. Deze zullen benut worden voor een verdere invulling van het onderwijs-achterstandsbeleid.

72

Wat doet het ministerie van VWS om de participatie van en communicatie tussen allochtone en autochtone wijkbewoners in concentratiewijken te bevorderen? (blz. 14).

Met het oog op de versterking van de sociale cohesie is met name aandacht besteed aan het stimuleren van participatie van allochtonen in het verbeteren van de leefomgeving in samenwerking met autochtone Nederlandse wijk- en buurtbewoners. In dat kader is het project «De wijk is van ons allemaal» van FORUM dat in 40 locaties is uitgezet, ondersteund.

In vier wijken in de grote steden worden multimediale pilotprojecten ondersteund waar door middel van voorlichtings-, activerings- en communicatieactiviteiten getracht wordt de leefbaarheid en de relatie tussen allochtone en autochtone bewoners te versterken.

In het voorjaar van 1997 zal door de projectgroep Intercultureel Onderwijs en VWS een expert-conferentie worden georganiseerd over de relatie tussen school en buurt. Aan de conferentie zal een inventarisatie vooraf gaan van succesvolle projecten op dit terrein. Aandachtspunt hierbij is de onderlinge betrokkenheid van de wijkbewoners.

Verder worden in Haarlem en Eindhoven op buurtniveau projecten ondersteund waar gewerkt wordt aan de vergroting van de sociale cohesie en aan het bevorderen van contacten tussen autochtonen en allochtonen. De gehanteerde werkmethodeken worden landelijk verspreid.

73 en 74

Is in de convenanten met de grote steden expliciet aandacht besteed aan de communicatie op wijkniveau tussen bewonersgroepen van verschillende etnische afkomst? Zo nee, waarom niet? (blz. 14).

Is in de convenanten met de grote steden opgenomen hoe de participatie en communicatie tussen allochtone en autochtone wijkbewoners in concentratiewijken bevorderd wordt? Zo ja, op welke wijze? (blz. 14).

In de convenanten die het kabinet met de G4 en de G15/G21 heeft gesloten, wordt – zij het niet prominent – aandacht besteed aan de communicatie op wijkniveau tussen bewonersgroepen van verschillende etnische achtergrond.

Bevordering van de algemene leefbaarheid en bestrijding van de achterstand van alle kansarmen in de stad en in het bijzonder in de bedreigde wijken zijn namelijk de in de convenanten ter zake vastgelegde brede doelen.

In de concrete actieplannen die de gemeenten als uitwerking van de convenanten hebben opgesteld, wordt overigens slechts hier en daar expliciet de verbetering van de positie van de allochtonen en van de verhouding tussen hen en de autochtonen als doel gesteld en meege-
nomen in sociaal-culturele projecten.

Ten slotte is ten aanzien van de bevordering van participatie van allochtonen in de convenanten onder meer opgenomen dat voor nieuwkomers een sluitende aanpak zal worden gerealiseerd m.b.t. hun inburgering (inclusief NT2).

Uitgangspunt bij de VWS-convenanten met de G4 was de behoefte van het ministerie en van de betrokken gemeenten om elk vanuit de eigen verantwoordelijkheid en rol een bijdrage te leveren aan de innovatie van het welzijnsbeleid.

Daartoe is per grote stad een (verschillend) thema gekozen, gebaseerd op de actuele problemen in de lokale situatie van dat moment (1994).

Met de gemeente Amsterdam is aldus het convenant «Bij de les blijven» (bestrijding schoolverzuim) gesloten.

In Rotterdam heeft het thema «Achterstandsbestrijding in de voorschoolse periode» geleid tot het convenant «0 – 6 jarigen», terwijl in Den Haag het thema «Maatschappelijk Herstel» (maatschappelijke activering van mensen die gemarginaliseerd zijn of dreigen te worden) als convenantsonderwerp is gekozen.

Met name in Rotterdam en Amsterdam zijn in belangrijke mate ook allochtonen in de werking van de convenanten betrokken.

Dat geldt nog sterker voor Utrecht waar door middel van het convenant «Wijkjongerenperspectieven» meer expliciet aandacht wordt gegeven aan

de participatie van allochtonen en aan de verhouding tussen hen en hun medewijkbewoners.

Doel van dit laatste convenant is het voorkomen en bestrijden van marginalisering en achterstand bij (allochtone) jongeren tot 18 jaar. Bij het verbeteren van randvoorwaarden voor die jongeren zelf wordt uiteraard ook de relatie met hun ouders en andere wijkbewoners meegenomen.

De resultaten van de uitwerkingen van voornoemde convenanten worden betrokken in het grote stedenbeleid.

75

Wat is de inzet van de regering in de conferentie over «sociale integratie» die in Europees verband wordt georganiseerd? (blz. 14).

Met de conferentie over sociale integratie wil de regering in Europees verband de aandacht vestigen op actuele ontwikkelingen op het terrein van maatschappelijke integratie van achterstandsgroeperingen dan wel uitgesloten groepen (o.a. allochtonen) in de diverse sectoren.

Het biedt daartoe een platform voor uitwisseling tussen de verschillende lidstaten, zowel wat betreft de politieke, beleidsmatige als de praktijkaspecten. Voorts zal aan de orde komen de vraag naar een generiek dan wel specifiek integratiebeleid en het scheppen van nieuwe kansen en mogelijkheden voor alle bevolkingsgroepen. In dit kader zal tevens aandacht worden besteed aan de doelstellingen van het Europees Anti-racismejaar. Tenslotte biedt de conferentie de mogelijkheid om een selectie van (boven)lokale, praktijkgerichte intersectorale projecten te presenteren, waar onder andere in Nederland ervaring mee is opgedaan.

76

Hoe verhoudt de passage dat «in het voorlaatste jaar van deze kabinetsperiode, (.....) geen grote ingrepen in het verzekeringsstelsel op stapel staan» zich tot de desbetreffende passage in het regeerakkoord? Is de regering in haar visie, waar het betreft de herstructurering van het ziektekostenverzekeringsstelsel, voor het resterende deel van deze kabinetsperiode «uitgeregeerd»? (blz. 14).

Met de passage dat «in het voorlaatste jaar van deze kabinetsperiode, (.....) geen grote ingrepen in het verzekeringsstelsel op stapel staan» wordt bedoeld aan te geven dat het kabinet niet voornemens is binnen de lopende regeerperiode aanzienlijke wijziging te brengen in de globale verdeling van de aantallen verzekerden over de onderscheiden verzekeringssectoren. Een en ander laat overigens onverlet dat onder handhaving van de globale verdeling van de aantallen verzekerden onderlinge verschuivingen van de categorieën kunnen worden doorgevoerd, blijkens ook de doelstellingen van het op 21 oktober 1996 aan de Tweede Kamer ter overweging aangeboden voorstel van wet houdende wijziging van de inkomensgrens ziekenfondsverzekering voor AOW-gerechtigden.

77

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de toetsing op doelmatigheid van de lijst van 126 verstrekkingen, door de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad? Op welke termijn toetst de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde deze lijst in samenwerking met de Gezondheidsraad?

Wanneer kan de Tweede Kamer concrete maatregelen verwachten? Zal de commissie zich op langere termijn daadwerkelijk hoofdzakelijk richten op het bestrijden van ondoelmatigheid in de sociale ziektekostenverzekeringen? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet? (blz. 15).

In de oktobervergadering van de Ziekenfondsraad is onder meer het rapport Doelmatigheid in de zorg van de raad behandeld. Daarin is opgenomen dat, in reactie op mijn verzoek aan de raad van 7 juni 1996 en in lijn met de motie van 20 mei jl. van het kamerlid Oudkerk, binnen de Ontwikkelingsgeneeskunde sterk het accent zal worden gelegd op analyse van de voorzieningen die genoemd staan in de lijst van 126. De bedoeling van de raad is om als eerste die voorzieningen van de lijst aan te pakken die op korte termijn tot concrete doelmatigheidswinst kunnen leiden.

Overigens heeft de Gezondheidsraad in goed overleg met de Ziekenfondsraad de lijst van 126 ter hand genomen en mij op 10 juli jl. over de eerste resultaten gerapporteerd. Aanvullende financiering om de lijst van 126 versneld af te werken zal ik beschikbaar stellen.

De Ziekenfondsraad zal zijn activiteiten op het terrein van doelmatigheid overigens niet beperken tot de lijst van 126. Verwacht wordt dat ook spoedig winst te behalen is op de farmacie. De desbetreffende activiteiten sluiten goed aan op de algemene benadering van het doelmatigheidsvraagstuk, met implementatie van resultaten van eerder afgerond OG-onderzoek en met een gerichtere top-down benadering in de OG.

De raad meent dat de lijst van 126 zich uitstekend leent om op korte termijn doelmatigheidswinst te kunnen realiseren. Voor het bepalen van de meest passende aanpak, met het doel spoedig concreet resultaat in doelmatigheidstermen te bereiken, acht de raad het recente advies van de Gezondheidsraad over de lijst van 126 van 10 juli 1996 een waardevol document dat goed als leidraad kan fungeren. De Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde (COG) is overigens, vooruitlopend op het advies van de Gezondheidsraad, in het kader van haar top-down-benadering al begonnen zich te oriënteren op de eerste zeven onderwerpen van de lijst van 126. Daarnaast heeft de raad ook eerder al een aanzienlijk aantal onderwerpen van de lijst van 126 aangepakt, via OG maar ook in het kader van andere onderzoeksprogramma's.

De Ziekenfondsraad zal naar verwachting in mei 1997 een voortgangsrapportage uitbrengen.

78

Op welke gronden kan worden geconcludeerd dat het zogenoemde splitsingsmodel in de budgettering van de ziekenfondsen heeft geleid tot een aanzienlijke verbetering in de werking van het budgetteringssysteem? (blz. 15).

De werking van het budgetteringssysteem voor verstrekkingen in het kader van de Ziekenfondswet kan worden beoordeeld aan de hand van twee criteria: beheersbaarheid door ziekenfondsen van de kosten van verstrekkingen en de verdelende werking van het budgetteringsmodel.

Bij de beheersbaarheid van de kosten is de problematiek van de zogenaamde dubbele budgettering als een van de knelpunten naar voren gekomen. Aan de ene kant houdt de overheid vast aan een systeem van aanbodregulering via de vaststelling van de budgetten van intramurale voorzieningen, terwijl ze tegelijkertijd en op hetzelfde zorgsegment stuurt via de verzekeraarsbudgettering.

De invoering van het splitsingsmodel heeft ertoe geleid dat de problematiek van de dubbele budgettering voor de verzekeraarsbudgettering is weggenomen. Om dit te bewerkstelligen wordt in het huidige budgetteringsmodel een splitsing aangebracht binnen de budgetten die aan individuele ziekenfondsen worden toegekend. Het budget wordt in delen uiteengegafeld: een vast en een variabel budget.

Het vaste budget bestaat uit kosten waarop individuele ziekenfondsen geen of slechts in zeer beperkte mate invloed kunnen uitoefenen. Het financieel risico dat ziekenfondsen lopen op deze kosten is marginaal. Het variabele budget van een ziekenfonds bestaat uit kosten van overige verstrekkingen (huisartsen, vrijgevestigde medische specialisten, farmacie e.d.) en de variabele ziekenhuiskosten. Ziekenfondsen zijn in hoge mate financieel verantwoordelijk voor deze kosten.

De beoordeling van de verdelende werking van het splitsingsmodel kan worden gebaseerd op twee punten. In de eerste plaats kan de allocatiesystematiek van het nieuwe model worden getoetst. Deze wordt dan vergeleken met de verdelende werking van het budgetstelsel dat is toegepast in 1995. Hierbij wordt er gekeken in hoeverre de budgetten van ziekenfondsen aansluiten bij de gemaakte of geraamde kosten. De mate van samenhang tussen de beide grootheden wordt uitgedrukt in een statistische maatstaf: de correlatiecoëfficiënt. Naarmate de correlatiecoëfficiënt dichter de 1 nadert, is er sprake van een verbetering van de verdelende werking. Daarnaast is per ziekenfonds gekeken naar de verschillen tussen de kosten en budgetten per volwassen-equivalent. De ruimte tussen het hoogste en het laagste verschil geeft de bandbreedte weer.

Een onder de Ziekenfondsraad ressorterende werkgroep (Werkgroep Ontwikkeling Splitsingsmodel) heeft september jl. verslag gedaan van de resultaten van een evaluerend onderzoek naar het thans werkzame splitsingsmodel. Deze evaluatie is gebaseerd op beschikbare gegevens van het eerste halfjaar van 1996. Uit de evaluatie komt naar voren dat het splitsingsmodel een aanzienlijk betere verdeling laat zien dan het oude budgetteringsmodel.

De correlatiecoëfficiënt bedraagt bij het oude budgetteringsmodel 0,67.

Voor het splitsingsmodel neemt deze maatstaf toe tot 0,87. Dit betekent dat de verdelende werking met bijna 30% toeneemt. Bovendien verbetert de bandbreedte in het splitsingsmodel in die zin dat deze wordt gereduceerd tot ca. 70% van de marge in het oorspronkelijke model.

79

Zijn de verwachte problemen rond de uitvoering van eigen bijdragenregeling, nu de uitvoeringsvoorwaarden nader zijn ingevuld, ondervangen en bestaat daarover overeenstemming met de zorgverzekeraars? Zo nee, wat betekent zulks voor de voorgenomen invoeringsdatum van 1 januari 1997? (blz. 15).

Over de uitvoeringsaspecten van de per 1 januari 1997 in te voeren eigenbijdragenregeling ZFW is uitvoerig overleg gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Ziekenfondsraad (ZFR).

Op 7 oktober jl. heeft een gezamenlijk afrondend ambtelijk overleg VWS-ZFR-ZN plaatsgevonden. In dat overleg zijn de door ZN als «laatste knelpunten» aangeduide problemen besproken. In een afrondend bestuurlijk overleg op 22 oktober jl. heb ik ZN voorts meegedeeld dat ik – gelet op de door ZN aangevoerde bezwaren – besloten heb tot een zekere flexibilisering op het punt van het berichtenverkeer. Verzekeraars zullen verplicht zijn om ten minste 1 x per kwartaal een bericht aan verzekerden te zenden indien verstrekkingen zijn genoten.

Met de mogelijkheid om het berichtenverkeer desgewenst niet maandelijks maar per kwartaal te regelen is thans over alle door ZN naar voren gebrachte knelpunten overeenstemming bereikt.

80

Wat betekent dat zal worden «ingezet» op invoering van een eigen risico aan de voet van tenminste f 200,- voor alle particulier verzekerden per 1

januari 1997? Wat is de stand van zaken ten aanzien van de voorbereiding van invoering van een eigen risico in de particuliere verzekering? (blz. 15).

Met de passage dat zal worden ingezet op de invoering van een eigen risico aan de voet van ten minste f 200 wordt bedoeld op de door de regering beoogde vrijwillige convergentie op het terrein van de eigen betalingen. Met Zorgverzekeraars Nederland is afgesproken dat vanuit die organisatie bevorderd zal worden dat in de particuliere markt, in navolging van de invoering van een stelsel van eigen bijdragen in de Ziekenfondswet en een algemeen eigen risico van f 200 aan de voet in het kader van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, een eigen risico van minimaal f 200 zal worden ingevoerd. In lijn met die afspraak heeft Zorgverzekeraars Nederland het departement op 8 oktober 1996 een afschrift toegezonden van haar advies aan de markt inzake de invoering van het beoogde algemeen eigen risico aan de voet. Daarmee heeft Zorgverzekeraars Nederland invulling gegeven aan de afspraken die zijn gemaakt over dit onderdeel van de vrijwillige convergentie.

81

In hoeverre is de geraamde opbrengst van de per 1 januari a.s. in te voeren eigen bijdragen reëel en kan de regering garanderen dat de in- en uitvoeringskosten van bedoelde regeling de opbrengsten niet zullen overtreffen? (blz. 15).

De financiële berekeningen voor het systeem van eigen bijdragen in de ZFW zijn gemaakt met behulp van een aantal gerenommeerde onderzoeksinstituten. Voor de financieringsverschuiving is het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit) ingeschakeld. Het SCP heeft gegevens geleverd op basis waarvan de volume-effecten zijn geschat. De administratiekosten zijn onderzocht door het EIM. Het EIM-rapport «Uitvoeringskosten van een eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden: een onderzoek onder ziekenfondsen» is aan de Tweede Kamer toegezonden. Er zijn geen nieuwe inzichten die leiden tot een andere conclusie dan vermeld in de brief «Invoering van een systeem van eigen bijdragen in de ZFW» d.d. 4 april 1996.

82

Wat is de achtergrond van het besluit dat als gevolg van de overheveling van ongeveer 200 000 ouderen tot de ziekenfondsverzekering een groep van gelijke grootte wordt uitgesloten van een ziekenfondsverzekering nu de financiering rond loopt? Hoe verhoudt deze operatie zich tot de desbetreffende passage in het regeerakkoord? (blz. 15-16).

Gelet op het gestelde in het antwoord in vraag 76 acht het kabinet de overheveling van ongeveer 200 000 ouderen naar de ziekenfondsverzekering in samenhang met een vermindering van het aantal ziekenfondsverzekerden met een vrijwel gelijk aantal studerende in overeenstemming met het ter zake gestelde in het regeerakkoord.

83

Heeft de regering overwogen alle ouderen van boven de 65 jaar onder te brengen in de ziekenfondsverzekering en zo nee, waarom niet? Zo ja, welke overwegingen hebben alsdan aanleiding gegeven zulks uiteindelijk niet te doen? (blz. 15-16).

Het kabinet is niet overgegaan tot het onderbrengen in de ziekenfondsverzekering van alle ouderen van boven de 65 jaar omdat zij niet in een zodanige inkomenspositie verkeren dat de verplichte ziekenfondsverzekering voor hen de aangewezen verzekeringsvorm zou zijn.

Wat betekent concreet het toelaten van ouderen met een klein aanvullend pensioen tot de ziekenfondsverzekering en de onmogelijkheid voor studenten om straks gratis meeverzekerd te zijn in de ziekenfondsverzekering van hun ouders voor de bestanden van de zorgverzekeraars nu de verwachting gerechtvaardigd is dat laatstgenoemde groep verzekerden een minder groot risico vormt? Welke gevolgen zal een en ander hebben voor de WTZ en de ziekenfondsbudgettering? (blz. 15–16).

Voor een uitvoerig antwoord op de vraag naar de personele en financiële consequenties van het opnemen van 200 000 ouderen in de ziekenfondsverzekering in samenhang met de uitstroom van een aantal van circa 185 000 studerende die medeverzekerd zijn in de ziekenfondsverzekering, kan worden verwezen naar paragraaf 4 (personele en financiële consequenties) van de brief van 17 september 1996 betreffende de herstructurering Ziekenfondswet (Tweede Kamer 1996/1997, 25 027, nr. 1).

In de verzekerdenbestanden van de ziekenfondsen zal een toename van het aantal verzekerden van 65 jaar en ouder te zien zijn, al valt niet tevoren aan te geven hoe de genoemde groep van 200 000 ouderen zich over de ziekenfondsen zal verspreiden. Over een periode van 5 jaar zullen de ziekenfondsen voorts de eveneens genoemde groep van circa 185 000 gratis medeverzekerde studenten met WSF-studiefinanciering zien vertrekken, zonder dat daar nieuwe aanwas van gratis medeverzekerde studenten tegenover staat. Beide ontwikkelingen tesamen leiden tot een toename van het ZFW-macro-budget.

In 1997 bedraagt deze toename per saldo f 550 miljoen. De budgetuitkomsten voor een individueel ziekenfonds zullen afhangen van de precieze verhouding tussen uitstroom van meeverzekerde studenten en instroom van voormalig particulier verzekerde ouderen. Wel kan hierbij worden opgemerkt dat de bijdrage tot het budget van een individueel ziekenfonds van een medeverzekerde student door de werking van de verdeelcriteria aanzienlijk kleiner is dan van een verzekerde van 65 jaar of ouder. Bovendien ontvangt een ziekenfonds van een medeverzekerde student geen nominale premie en van een oudere verzekerde wel.

Het WTZ-omslagtekort zal per saldo dalen als gevolg van de uitstroom van ouderen en de instroom van studenten. De omvang van de daling is afhankelijk van de precieze omvang van in- en uitstroom. In het bijzonder de omvang van de instroom van studenten is onzeker, aangezien niet op voorhand vast staat welk deel van de nieuwe particulier verzekerde studenten zal kiezen voor een WTZ-studentenstandaardpakketpolis (SSPP). Bovendien moet worden bedacht dat het financiële resultaat voor de WTZ-omslagregeling op de groep studenten met een SSPP sterk afhankelijk is van de leeftijd van die studenten. Studenten van 18 en 19 jaar zorgen voor een overschot in de WTZ-omslagregeling, studenten van 20 jaar en ouder voor een tekort. In de jaren 1997 en 1998 zullen naar verwachting vooral studenten van 18 en 19 jaar extra instromen in de WTZ. Een tekortverhogend effect van de instroom van studenten zal daardoor naar verwachting pas na 1998 zichtbaar worden.

Welk onderzoek ter voorbereiding van de wijziging van de ziekenfondswet zal precies worden uitgevoerd, hoe wordt het onderzoek opgezet, door wie wordt het uitgevoerd, wanneer wordt het onderzoek gestart en wanneer zullen resultaten bekend gemaakt worden? (blz. 16).

De gedachtenvorming omtrent de organisatorische aspecten van het onderzoek ter voorbereiding van de wijziging van de Ziekenfondswet is nog niet afgerond.

Is het juist dat van homeopathische farmaceutische producten vermeld mag worden dat ze gunstig kunnen werken ter preventie, behandeling of genezing van een ziekte, terwijl dit voor veilige fytotherapeutica is verboden? Is dit niet in strijd met artikel 92 van het EEG-verdrag, waarin het principe van gelijke behandeling van marktpartijen is geregeld? (blz. 16).

Zowel homeopathische farmaceutische producten als fytotherapeutica zijn geneesmiddelen in de zin van richtlijn 65/65/EEG en de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, maar voor homeopathische geneesmiddelen is een specifieke regeling voor toelating tot de markt van toepassing (richtlijn 92/73/EEG resp. Besluit homeopathische farmaceutische producten). Voor fytotherapeutica geldt een dergelijke regeling niet.

Het gevolg hiervan is dat homeopathische farmaceutische producten op eenvoudige wijze tot de markt toegelaten kunnen worden, waarna volgens de regels van de Reclamerichtlijn (92/28/EEG) publieksreclame voor deze producten gemaakt kan worden. Fytotherapeutica zijn in Nederland vrijwel niet geregistreerd. Als gevolg hiervan mogen voor fytotherapeutica geen claims gehanteerd worden die verwijzen naar toepassing als geneesmiddel. Ten aanzien van strijd met artikel 92 van het EEG-verdrag merk ik op dat hier geen sprake van is. Er bestaat immers een belangrijk verschil tussen homeopathische farmaceutische producten en fytotherapeutica, omdat de homeopathica per definitie sterk verdund zijn. Hierdoor leveren deze geneesmiddelen in beginsel geen risico's voor de volksgezondheid op. Fytotherapeutica zijn allopathica, die in normale doseringen gebruikt worden en deze producten zijn daarmee meer vergelijkbaar met moderne geneesmiddelen dan met homeopathica.

Wat houdt het drie-jarenplan in dat huisartsen ertoe moet bewegen geneesmiddelen voortaan op stofnaam voor te laten schrijven? (blz. 17).

In het implementatieplan «Voorschrijven op stofnaam» wordt een handzame lijst ontwikkeld waarin de generieke namen (stofnamen) van aanbevolen geneesmiddelen en specialités kunnen worden opgezocht. Er wordt een computerprogramma ontwikkeld waarmee merknamen door de huisarts zelf in de Huisartsen Informatie Systemen worden vervangen door stofnamen.

Daarnaast worden instrumenten (een advies en een voorbereidingsboekje) ontwikkeld waarmee in Farmacotherapeutische Overleggroepen het voorschrijven op stofnaam kan worden gestimuleerd.

Tenslotte vindt voorlichting plaats aan huisartsen en assistenten door verspreiding van documentatie, cursussen en artikelen in vakbladen en vindt een publiekscampagne plaats.

Om het effect van dit implementatieplan te kunnen meten is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) een zogenaamde «nulmeting» verricht. Hieruit blijkt dat per huisarts gemiddeld zo'n 30% van de geneesmiddelen op stofnaam wordt voorgeschreven. Tevens blijkt er ook sprake te zijn van een grote variatie in generiek voorschrijven per geneesmiddel.

Wanneer kan de Tweede Kamer de nota van wijziging inzake het aanhangige voorstel tot wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening ten aanzien van het toezicht op de reclame voor geneesmiddelen verwachten? (blz. 17).

Ik zal de Tweede Kamer de nota naar aanleiding van het verslag inzake de wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (reclame, registratie, bewaking, toezicht/handhaving inzake geneesmiddelen) toezenden, nadat ik een nader overleg met het veld gevoerd heb. Naar verwachting zal dit in december van dit jaar zijn. Tezelfdertijd zal ik een nota van wijziging inzake dit wetsvoorstel voor advisering aan de Raad van State voorleggen.

89

Wat zijn de oorzaken dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg toeneemt? (blz. 18).

De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg noemt de volgende vermoedelijke oorzaken van de groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg:

- psychische problemen worden eerder en beter onderkend;
- mensen zoeken actiever hulp;
- de hulpverlening is voor een groter deel van de bevolking bereikbaar en betaalbaar geworden;
- de mogelijkheden tot professionele behandeling zijn toegenomen;
- een afnemend vermogen van de samenleving om mensen met psychische ziekten te integreren (in familieverband, in werk, bijvoorbeeld uitstoot naar WAO);
- afname van mogelijkheden tot sociale steun voor mensen waar «iets mee aan de hand is».

Deze oorzaken kunnen aan de hand van talloze voorbeelden worden geïllustreerd, bijvoorbeeld de psychische gevolgen van ernstige jeugdtrauma's, zoals seksueel misbruik.

90

Hoe wordt kapitaalvernietiging vermeden bij deconcentratie van instellingen, zoals bijvoorbeeld de psychiatrische ziekenhuizen, het opzetten van nieuwe woonvormen elders en extramuralisering? (blz. 18).

Vooropgesteld wordt dat kapitaalvernietiging nooit helemaal uit te sluiten is. Er zullen altijd momenten zijn waarop een afweging moet worden gemaakt tussen het belang van de patiënt en financiële belangen. Kapitaalvernietiging kan het best worden voorkomen door het voeren van een consistent en eenduidig beleid, waarvan naar mijn mening sprake is in de GGZ. Verder is het van belang bij de beleidsontwikkeling tijdig en adequaat te kunnen inspelen op ontwikkelingen in het veld. Daarnaast is het soms noodzakelijk om bouw-initiatieven te heroverwegen, zoals recent ook in de GGZ is gebeurd. Tenslotte is het vermijden van kapitaalvernietiging een belangrijk criterium bij de beoordeling van initiatieven voor deconcentratie van instellingen.

91

Wanneer kan de Kamer de notitie verwachten over de positie van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie in het kader van Regie in de Jeugdzorg? (blz. 18).

De positie van de kinder- en jeugdpsychiatrie zal meegenomen worden bij het opstellen van de sectorale beleidsvisie zoals deze in 1997 voor de gehele GGZ-sector zal worden opgesteld. Daarbij zal ook worden ingegaan op de relatie met Regie in de Jeugdzorg.

92

Wanneer loopt de experimenteerfase van het persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg af? (blz. 18).

Bij brief van 21 oktober 1996 heb ik de Ziekenfondsraad een uitvoerings-toets gevraagd over een experiment op het gebied van persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg, met een looptijd van twee jaar.

93

Ligt het niet voor de hand, mede gezien de door de regering aangeduide ontwikkelingen binnen de GGZ de evaluatie van de BOPZ te plaatsen binnen een bredere discussie over de toekomst van de GGZ? (blz. 18-19).

Het ligt zeker voor de hand de mogelijke uitkomsten van de evaluatie van de Wet Bopz te bezien in het kader van de ontwikkelingen in de GGZ en de toekomst van deze sector. Daar waar dit in de rede ligt zal op deze wijze met de aanbevelingen uit de evaluatierapportage worden omgegaan.

94

Waaruit blijkt de bijzondere aandacht voor de verdere ontwikkeling van een samenhangend zorgcircuit op de terreinen van de ouderenpsychiatrie en de forensische psychiatrie? Welke initiatieven worden in dat kader ontplooid? (blz. 19).

Een samenhangend zorgcircuit voor ouderen wordt via specifieke projecten bevorderd. Zo worden onderzoek en een studiedag gefinancierd naar de organisatie van de ouderenpsychiatrie in de multifunctionele eenheden psychiatrie. In de beoogde zorgvernieuwingsregio's staat integratie van het hulpaanbod van diverse GGZ-partners centraal. De ouderenpsychiatrie vormt hierin een afzonderlijk circuit.

Voorts worden experimentele geriatrische netwerken financieel ondersteund waarin de samenwerking tussen de kerndisciplines klinische geriatrie, ouderenpsychiatrie, sociale geriatrie en verpleeghuisarts wordt ontwikkeld. Tenslotte staat onderzoek op stapel naar de afstemming van indicatiestelling tussen de ouderenzorg en de GGZ en naar wederzijdse consultatie tussen APZ en verpleeghuis.

In de door de interdepartementale werkgroep Heroverweging forensische psychiatrie uitgebrachte rapport «Doelmatig behandelen» is uitvoerig stilgestaan bij de problemen bij het doorplaatsen van TBS-verpleegden vanuit een TBS-inrichting naar een vervolgc.q. GGZ-voorziening. De werkgroep komt onder meer tot de conclusie dat er sprake moet zijn van een sterkere differentiatie van voorzieningen, met een op de doelgroep afgestemd regime en een gedifferentieerde kostprijs. Over te ontplooien initiatieven in dit verband kan ik op dit moment niet nader ingaan. Ik verwijs u in deze naar het binnenkort uit te brengen kabinetsstandpunt op het genoemde rapport.

95

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de toegezegde informatievoorziening over de Wet BOPZ? (blz. 19).

De evaluatie van de wet Bopz wordt uitgevoerd door een evaluatiecommissie die is ingesteld door de minister van VWS en de minister van Justitie. Het eindrapport van de commissie zal naar verwachting begin 1997 aan beide ministers worden aangeboden en aan de Tweede Kamer worden toegezonden.

96

Wie c.q. welke instantie onderzoekt de effectiviteit van de verslavingszorg? (blz. 19).

Het Trimbos-instituut in samenwerking met andere betrokken organisaties, onder andere de NeVIV.

97

Kan de conclusie dat de 06-informatielijn van het NIAD succesvol is gebleken, nader worden onderbouwd? (blz. 19).

Deze conclusie is gebaseerd op de stand van zaken begin mei 1996.

De Drugs Informatielijn (06 – 35 012 023) van het Trimbos-instituut (voorheen NIAD) is in de eerste drie maanden (sinds de opening begin februari 1996 door mevrouw Borst) ruim twaalfduizend keer gebeld, hetgeen neerkomt op zo'n 140 telefoontjes per dag. Ook in de fase na 1 april 1996 toen de publiciteit rondom de informatielijn duidelijk minder was, belden nog altijd ongeveer 100 mensen per dag op. De lijn is 7 dagen per week dag en nacht bereikbaar voor standaardinformatie, en voor een persoonlijk gesprek 7 dagen per week van 9 uur 's ochtends tot 9 uur 's avonds. Via deze telefoonlijn kan ook gratis informatiemateriaal besteld worden.

Circa 40% van de bellers koos er in de aangegeven periode voor doorverbonden te worden met een van de medewerkers. Schriftelijk materiaal werd ongeveer door hetzelfde percentage bellers besteld via het Voice Response Systeem. Uit een voorlopige registratie viel verder nog het volgende op.

De lijn werd evenveel gebeld door mannen als vrouwen, 20% was jonger dan 25 jaar. De helft van de bellers wilde informatie in verband met eigen gebruik, de andere helft vanwege gebruik in de omgeving, waarbij bijvoorbeeld door veel ouders vragen werden gesteld die verband houden met de opvoeding. Ook viel het aantal partners van druggebruikers op.

De behoefte aan algemene informatie over drugs was in de eerste maanden het grootst. Bij verzoeken om specifieke informatie «scoorden» cannabis en XTC het hoogst. Naast informatieverzoeken over de andere middelen viel bovendien een toenemende behoefte aan voorlichting waar te nemen over zogeheten smartdrugs, smartproducts en ecodrugs.

De Drugs Informatielijn lijkt te voorzien in een duidelijke behoefte bij het publiek. Bovendien ontstaat door deze voorziening een beter beeld van de vragen op het terrein van drugs die in de samenleving leven.

98

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot het experiment van het verstrekken van heroïne aan zwaar verslaafden? (blz. 20).

De Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden is in juli aan de slag gegaan en is inmiddels op sterkte gekomen. Het bureau is geforceerd bij de faculteit geneeskunde van de Universiteit van Utrecht. De internationale adviseurs hebben allen toegezegd mee te zullen werken. In ieder geval aan het einde van het jaar ontvang ik de rapportage van de commissie. Ik hoop dat deze zoveel mogelijk concrete voorstellen zal bevatten, maar ik geef wel de voorkeur aan zorgvuldigheid boven snelheid. Zoals toegezegd zal ik deze tezamen met mijn standpuntbepaling aan u toezenden. Met betrekking tot het punt van de te selecteren gemeenten zal ik ook de opvatting van de gemeenten betrekken.

De contacten van de commissie en mijn ministerie met het Zwitserse onderzoekprogramma zijn vruchtbaar gebleken.

Van de ervaringen daar kunnen we zeker leren.

Dat geldt voor het gebied van de beveiliging, de communicatie en voorlichting, geschikte toepassingsvormen en de te volgen procedures in de uitvoeringspraktijk. Tenslotte is de International Narcotics Control Board uitgebreid geïnformeerd over de achtergronden en uitgangspunten van ons experiment. Het zal duidelijk zijn dat de melding vanuit de

Inspectie van de Gezondheidszorg aan de INCB van de exacte behoefte aan heroïne die nodig is voor het onderzoek afhankelijk is van het onderzoeksprotocol.

99

Voldoet de gemeente Zwolle inmiddels aan de zorgplicht met betrekking tot maatschappelijke opvang? (blz. 20).

In een brief van de gemeente Zwolle (d.d. 10 juli 1996) wordt aangegeven dat de gemeente sinds 1 januari 1994 de verantwoordelijkheid heeft voor de volgende opvangvoorzieningen: algemene crisisopvang (35 plaatsen), een FIOM-huis (25 plaatsen), 2 begeleid wonenprojecten (17 en 15 plaatsen), Blijf van m'n Lijfhuis (33 plaatsen), Sociaal Pension (27 plaatsen) en Passantenopvang (6 plaatsen). Ook is een plan gemaakt voor een noodscenario voor opvang gedurende extreme weersomstandigheden.

De gemeente Zwolle geeft in deze brief aan dat er in de gemeente en omgeving een tekort is aan opvang voor dak- en thuislozen en doet derhalve een beroep op de extra f 15 miljoen die is uitgetrokken voor de dak- en thuislozenzorg. De gemeente wil hiermee een laagdrempelige dag- en nachtopvang voor dak- en thuislozen realiseren gedurende het gehele jaar.

Zoals aangegeven in de antwoorden op de vragen 37 en 101 zal op korte termijn een bestedingsplan voor de f 15 miljoen dak- en thuislozenzorg aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Dit bestedingsplan en de criteria die hiervoor gehanteerd zullen worden zijn essentieel voor het beantwoorden van de vraag in hoeverre Zwolle aan haar zorgplicht voldoet. Aangezien ik niet op het verdelingsvoorstel vooruit kan lopen zal ik u het antwoord op deze vraag nog even schuldig moeten blijven.

100

Op welke wijze en wanneer zullen na de toedeling van rijksmiddelen voor maatschappelijke opvang naar centrumgemeenten de «witte vlekken» (gebieden waar geen voorzieningen zijn) zijn opgelost? (blz. 20 en blz. 50).

De wijziging van de financiering van de maatschappelijke opvang zal ingaan na beëindiging van de Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing, dat wil zeggen op 1 januari 1998. Dit geeft ons ruimte om een zorgvuldige regeling en wetswijziging voor te bereiden. Ik zal de Tweede Kamer hierover in het vroege voorjaar van 1997 nader informeren en zo spoedig mogelijk daarna een voorstel tot wijziging van de Welzijnswet 1994 opstellen.

Zoals bekend is er f 15 miljoen extra bestemd voor uitbreiding van de opvangcapaciteit voor dak- en thuislozen. Door deze extra inzet van middelen zal een deel van de witte vlekken kunnen worden weggewerkt (zie ook de antwoorden op de vragen 37 en 101).

In het voorjaar van 1997 zal ik derhalve op basis van actuele gegevens de stand van zaken opmaken in hoeverre alle «witte vlekken» zijn opgelost.

101

Welke activiteiten zijn er door het departement van VWS ondernomen sinds de kabinetsbesluiten over de extra f 15 mln. voor maatschappelijke opvang met betrekking tot de invulling van de witte vlekken? Is er een bestedingsplan ontwikkeld? (blz. 20).

Zie antwoord van vraag 37.

102

Is de gerichte toedeling van rijksmiddelen naar gemeenten ter financiering van de maatschappelijke opvang geoormerkt? (blz. 20).

Na beëindiging van de Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing, dat wil zeggen na 1997, zal de financiering van de maatschappelijke opvang gewijzigd worden in een gerichte toedeling van rijksmiddelen aan gemeenten waar de voorzieningen geconcentreerd zijn. Het is inderdaad de bedoeling deze rijksmiddelen te oormerken.

103

Wanneer kan het wetsvoorstel met betrekking tot de wijziging in de financiering van de maatschappelijke opvang tegemoet worden gezien? (blz. 20).

De wijziging van financiering van de maatschappelijke opvang zal ingaan na beëindiging van de Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing, dat wil zeggen op 1 januari 1998. Dit geeft ons ruimte om een zorgvuldige regeling en wetswijziging voor te bereiden. Het streven is erop gericht de Tweede Kamer hierover in het voorjaar van 1997 nader te informeren en zo spoedig mogelijk daarna een voorstel tot wijziging van de Welzijnswet 1994 op te stellen.

104

Hoeveel vrouwenopvangtehuizen zijn nu, enige jaren na decentralisatie, nog over? Kunnen deze tehuizen voorzien in opvang, of, anders gezegd, zijn er wachtlijsten? Kunt u een overzicht geven van de spreiding over Nederland? Voelen gemeenten zich verantwoordelijk deze instellingen blijvend te financieren? (blz. 20).

Er zijn thans 21 Blijf van m'n Lijfhuizen in Nederland en 23 Vrouwenopvangvoorzieningen (15 FIOM-huizen en 8 begeleid wonenprojecten), met een totale capaciteit van 1806 plaatsen. Sinds de decentralisatie (per 1 januari 1994) is de capaciteit toegenomen met 137 bedden. Volledigheids-halve dient hierbij opgemerkt te worden dat van deze plaatsen al sprake was vóór de decentralisatie.

De Blijf van m'n Lijfhuizen en Vrouwenopvang/Fiomhuizen zijn zodanig verspreid dat in elke provincie één of meerdere opvangtehuizen aanwezig zijn.

Met betrekking tot de vraag in hoeverre de tehuizen voorzien in de opvang het volgende. Het is bekend dat zich bij de vrouwenopvangvoorzieningen meer mensen aanmelden dan opgenomen kunnen worden.

Uit een publicatie van de Federatie Opvang, gebaseerd op de KLIMOP-registratie, blijkt dat zich in 1995 47 000 personen (vrouwen en kinderen) hebben aangemeld waarvan 8 200 personen zijn opgenomen. Bij de aanmeldingen moet echter rekening gehouden worden met eventuele dubbeltellingen: bij plaatsgebrek kunnen dezelfde personen bij meerdere instellingen zijn aangemeld. Bovendien is plaatsgebrek niet altijd de reden waarom iemand niet wordt opgenomen, het kan ook zijn dat de hulp niet passend wordt geacht. In de Blijf van m'n Lijfhuizen is dit in 39% van de aanmeldingen het geval en in de Fiomhuizen/vrouwenopvangcentra is dit bij 61% van de aanmeldingen het geval.

Sinds de decentralisatie van de maatschappelijke opvang heb ik geen verontrustende signalen gekregen dat de centrumgemeenten zich niet verantwoordelijk zouden voelen om deze opvangvoorzieningen voor vrouwen te blijven financieren.

Uit een onderzoek van het SGBO Onderzoek & Advies, «Opvang onderzocht» (januari 1996) blijkt dat de relatie tussen instellingen voor maatschappelijke opvang (algemeen) en gemeenten door beiden als positief wordt ervaren. Het gemeentelijk beleid bevindt zich vooral in een ontwikkelingsstadium, waarbij de beleidsontwikkeling op het terrein van thuislozenzorg het verst gevorderd is. De gemeenten besteden gezamenlijk naast het Twssv-budget circa f 14 miljoen uit «eigen middelen» aan de maatschappelijke opvang. Het SGBO concludeert dat het terecht lijkt om te constateren dat de gemeenten oog hebben voor de sector maatschappelijke opvang. Ik sluit mij bij deze voorzichtige conclusie aan.

105

Kan worden toegelicht welke procedure wordt gehanteerd bij het uitvoering geven aan de plannings- en bouwbeslissingen in 1996 en volgende jaren? Welke plaats is hierbij ingeruimd voor een samenhangende beleidsontwikkeling op regionaal niveau? (blz. 21).

De plannings- en bouwbeslissingen vinden plaats binnen het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Daartoe worden vierjaarlijks de zogenaamde Bouwprioriteiten vastgesteld. Thans vindt besluitvorming plaats over de bouwprioritering 1997–2000, op basis van het landelijke beleidstoetsingskader gehandicaptenzorg en adviezen van de provincies. Vooruitlopend op de wijziging van de WZV is hierbij niet gewerkt met provinciale financiële kaders, maar met landelijke sectorale kaders. De besluitvorming wordt periodiek, tweejaarlijks, geactualiseerd.

In het kader van de WBZ, kan de regiovisie als basis dienen voor de advisering door de provincie over de bouwprioriteiten. De regiovisie zal de neerslag vormen van het resultaat van overleg over de gewenste ontwikkelingen in de zorg in de betreffende regio. Daarbij wordt een relatie gelegd tussen (ontwikkelingen in) vraag en aanbod van zorg en tussen de verschillende sectoren van zorg.

Het provinciaal bestuur stimuleert en coördineert de totstandkoming van de regiovisie.

De regiovisie heeft ook een relatie met de landelijke sectorale zorgvisies. Bij de wijziging van de WZV wordt een cyclisch proces beoogd.

Aan de door mij vastgestelde landelijke sectorale zorgvisies wordt op regionaal niveau via de regiovisie een uitwerking gegeven. De regiovisies vormen vervolgens weer de input voor de elke twee jaar te actualiseren landelijke sectorale zorgvisies.

Zie ook het antwoord op vraag 240 JOZ.

106

Op welke termijn zullen de onaanvaardbaar lange wachtlijsten kunnen worden teruggedrongen?

Hoe kan het Zorg Registratie Systeem het zicht op de wachtlijsten verhelderden terwijl blijkt dat dit systeem verre van volmaakt is (zie ook blz. 55/56, Voortgangsrapportage De Perken te buiten)? (blz. 21).

Het ZRS, het Zorg Registratiesysteem, is een nieuw systeem, dat sinds 1 januari 1995 voor de verstandelijk gehandicaptenzorg operationeel is. Het ZRS vervangt het systeem van de Centrale Wachtlijst Zwakzinnigen (CWZ), dat niet aan de behoeften voldeed.

Hoewel het systeem nog verbetering behoeft, levert het ZRS-cijfermateriaal in elk geval een beeld van de bestaande wachtlijsten.

In de afgelopen maanden heeft een nadere analyse van de cijfers plaatsgevonden. Zoals ik ook in mijn antwoord op vraag 107/108/109

aangeef, komt deze analyse binnenkort beschikbaar. Voor het op 14 november a.s. geplande Algemeen Overleg stuur ik u nog een brief over de wachtlijstproblematiek in de gehandicaptenzorg, waarin de nieuwe ZRS-cijfers worden weergegeven, de capaciteitsuitbreiding in de gehandicaptenzorg wordt uiteengezet en een stappenplan voor de korte respectievelijk langere termijn ter vermindering van de wachtlijsten wordt gepresenteerd. Daaruit zal blijken, dat het verminderen van de wachtlijsten een meerjarige aanpak vereist.

107, 108 en 109

Welke maatregelen worden genomen, nu het zicht – via rapportage van ZorgRegistratie Systeem – op de wachtlijsten is verhelderd, om de problematiek van groeiende wachtlijsten op te lossen? (blz. 21).

Worden maatregelen overwogen om de wachtlijsten voor de verschillende inrichtingen en gezinsvervangende tehuizen te verminderen? Zo ja, welke? (blz. 21).

Op welke wijze en met welke (extra) middelen zullen de via het zogenoemde Zorg Registratie Systeem weer aan het licht gebrachte stijging van de wachtlijsten in de sector van de gehandicapten worden aangepakt? (blz. 21).

Met de publicatie van de voorlopige cijfers van het Zorg Registratie Systeem (ZRS) is een eerste beeld van de wachtlijstproblematiek in de verstandelijk gehandicaptenzorg ontstaan. Er kan echter niet geconstateerd worden, of van een stijging van de wachtlijsten sprake is, aangezien geen cijfers over voorgaande jaren beschikbaar zijn.

Binnenkort komt de nadere analyse van het cijfermateriaal beschikbaar, zodat duidelijker wordt hoe de wachtlijsten zijn samengesteld en hoe ze regionaal zijn gespreid.

Langs twee wegen wil ik de wachtlijstproblemen in 1997 aanpakken. In de afgelopen maanden heeft een selectieve heroverweging van bouwinitiatieven, conform de lijn van het beleidstoetsingskader gehandicaptenzorg, plaatsgevonden. Daarbij is, naast de accentuering van initiatieven met een kleinschalig karakter, prioriteit gegeven aan bouwinitiatieven uit regio's die met wachtlijsten te maken hebben. Bij de invulling van het bouwprogramma 1997 – 2000 zal langs deze weg een gerichte capaciteitsuitbreiding voor de intra- en semimurale gehandicaptenzorg plaatsvinden.

De tweede lijn is het gericht stimuleren van het doorstromingsproces van cliënten tussen voorzieningen. Zoals ik in de Actualisatie 1996 van «De perken te buiten» heb uiteengezet, streef ik naar een zodanige aanpak, dat op vrijwillige basis doorstroming van cliënten wordt gestimuleerd van inrichtingen naar gezinsvervangende tehuizen en van die tehuizen naar vormen van begeleid wonen. Voor de bekostiging van een zorgarrangement vanuit GVT-en voor die cliënten die naar begeleid wonen zijn doorgestroomd, heb ik f 10 miljoen uitgetrokken.

In mijn, vóór het op 14 november a.s. geplande Algemeen Overleg, uit te brengen brief over de wachtlijstproblematiek ga ik uitvoeriger in op de wachtlijsten en de aanpak ervan op korte respectievelijk langere termijn.

110

Wat zijn de overige uitkomsten van de evaluatie ISG over de periode 1 juli 1991 – 1 juli 1995? (blz. 21).

De derde zelfevaluatie van de ISG «Afstemming onder handen»; 1 juli 1991 – 30 juni 1995, heeft de onderstaande hoofdconclusies opgeleverd.

– De ISG adviseert de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in haar hoedanigheid van bewindspersoon belast met de coördinatie van het gehandicaptenbeleid, na ommekomst van het advies van de CSCB en in overleg met de ministers van SZW en VenW en de staatssecretarissen van OCenW en VROM te besluiten tot instelling (voor de periode 1996 – 2000) van de Interdepartementale commissie voor Samenhangend en Gecoördineerd beleid voor mensen met een handicap en/of chronische ziekte (ISG).

De herziene instellingsbeschikking is inmiddels gepubliceerd in de Staatscourant van 18 oktober jl. (nr. 202).

– Er wordt van uitgegaan dat de huidige samenstelling van de ISG, in de zin van deelnemende ministeries, ongewijzigd blijft. Het zogenaamde «ad hoc-lidmaatschap» van de ISG blijft gehandhaafd voor de ministeries van Binnenlandse Zaken en Justitie. Het «ad hoc-lidmaatschap» van het ministerie van Defensie wordt beëindigd. De minister van Buitenlandse Zaken zal worden verzocht over te gaan tot benoeming van een «ad hoc» lid van de commissie.

– De ISG richt zich op de volgende prioritaire onderwerpen:

- optiek: centraal staat de individuele persoon, die ten gevolge van een functiebeperking c.q. gezondheidsproblemen nadelige gevolgen ondervindt in zijn of haar maatschappelijke situatie;
- functioneel: afstemming en coördinatie van maatregelen en voorzieningen welke worden of zijn getroffen dan wel worden overwogen op het terrein van gehandicapten- en chronisch ziekenbeleid, in het bijzonder de aspecten wonen, onderwijs, arbeid, mobiliteit en zorg van dat beleid;
- inhoudelijk: het accent ligt op de onderwerpen vraaggestuurde hulp- en dienstverlening, onderwijs- en arbeidsintegratie en toegankelijkheid in de brede betekenis van het woord.

– De ISG streeft op grond van inhoudelijke motieven, in navolging van de situatie in Noorwegen, naar een meer geprononceerde politieke dimensie bij de ontwikkeling van het intersectorale gehandicaptenbeleid.

In dat kader staat het voorbereiden van de jaarlijkse actualisatie van het Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995–1998 «De perken te buiten» (in 1996, 1997 en 1998), c.q. de participatie van de betrokken bewindslieden bij de parlementaire behandeling van deze actualisaties, voor de ISG centraal.

– De ISG bevordert de afstemming van het gehandicapten- en/of chronisch ziekenbeleid van de rijksoverheid met het beleid van instanties als het IPO, de VNG, het Tica, het Centraal Bestuur voor de Arbeidsvoorziening en Ziektekostenverzekeraars Nederland en zoekt hiervoor een vorm van (ad hoc)-overleg.

111

In hoeverre bestaat duidelijkheid over de toekomstige financiering van de opleiding voor blindengeleidehonden? (blz. 21).

Met mijn ambtgenoot van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heb ik afgesproken dat de blindengeleidehonden met ingang van 1 januari 1998 in een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad zullen worden ondergebracht, indien de intrekking van de AAW per die datum wordt gerealiseerd.

Binnenkort zal de Ziekenfondsraad worden verzocht een subsidieregeling terzake voor te bereiden.

Welke projecten op het gebied van het bevorderen van sociale en economische participatie van allochtonen met een handicap, en het stimuleren van het gebruik van algemene voorzieningen zijn inmiddels van start gegaan of is men van plan te starten? (blz. 22).

Op dit moment is er sprake van een aantal voorgenomen dan wel lopende projecten en activiteiten op het gebied van de participatie van en hulpverlening aan allochtonen met een handicap.

Onderstaand wordt daarvan een overzicht gegeven.

- De SPD Rotterdam heeft een project opgezet gericht op de ontwikkeling van een methodiek en een handleiding voor groepswerk/oudercursus voor in eerste instantie Turkse ouders van een kind met een handicap of een ontwikkelingsachterstand. De handleiding komt eind 1996 beschikbaar.

Door het ministerie van VWS is subsidie toegekend voor dit project.

- De Averroës Stichting Amsterdam werkt samen met de SPD Amsterdam aan het project Groepswerkprogramma voor allochtone moeders van een kind (0 – 5 jaar) met een handicap of ontwikkelingsachterstand; «Stap Rond». Er bestaan ook contacten met de SPD Rotterdam (zie boven) in verband met de afstemming van de in elkaars verlengde liggende projecten.

- Het POG-Noord-Brabant en het Centrum Buitenlanders Oost-Brabant hebben het pilot-project Ouderparticipatie bij allochtone kinderen met een handicap in het speciaal onderwijs in uitvoering. De eerste fase van het project omvat het in kaart brengen van de regionale situatie en het inventariseren van knelpunten bij instellingen en (ouders van) allochtone kinderen met een handicap. Door VWS is subsidie toegekend voor de eerste fase van dit project.

- Door de Stichting Thuiszorg Amsterdam wordt het project Op zoek naar criteria voor «kleurrijke kwaliteit» uitgevoerd. Het project is gericht op het ontwikkelen van kwaliteitscriteria voor praktische thuishulp aan allochtone gebruikers met een lichamelijke of verstandelijke handicap. De financiering van het project vindt plaats vanuit het VIG-programma (Vernieuwing en Implementatie Gehandicaptenbeleid) dat in het kader van de welzijnsnota «Naar eigen vermogen» door VWS wordt gesubsidieerd.

- In augustus 1996 startte een VIG-project voor de verbetering van de zorg en dienstverlening aan Turken en Marokkanen met een auditieve/communicatieve functiebeperking.

Het Haags Audiologisch Centrum Effatha ontwikkelt verbeteringsvoorstellen voor de hulpverlening aan allochtonen met een spraak-, taal- of gehoorprobleem.

De Koninklijke Ammanstichting te Rotterdam werkt thans de aanbevelingen uit van het onderzoek naar ouderparticipatie van allochtone ouders op scholen voor kinderen met een gehoor-, spraak- of taalprobleem.

- Combi '95 heeft het project Aandacht voor migranten met een verstandelijk gehandicapt kind in de provincie Utrecht geëntameerd. Doel van het project is onder meer het bevorderen van participatie van migranten in de categoriale organisaties in de gehandicaptensector en verstrekken van informatie over (zorg)voorzieningen. Combi '95 werkt samen met de Federatie van Ouderverenigingen.

- Het ROZ Amsterdam (ROZA) heeft projectactiviteiten voorgenomen op het gebied van participatie van allochtonen met een verstandelijke handicap in de regio Amsterdam.

Het Ontwikkelingsteam Zuid-Holland voor Verstandelijk Gehandicaptenbeleid (OZH) heeft activiteiten voorgenomen op het gebied van het ontwikkelen van praktische handreikingen inzake hulpvraagverduidelijking, zorgverlening, methodieken en organisatie-aanpassingen

ten behoeve van zorgverlening aan allochtone kinderen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouders in de regio Rotterdam.

De Stichting Jeuginformatie Nederland is voornemens een plan te ontwikkelen met betrekking tot het vervaardigen van opvoedingsbrochures voor Turkse en Marokkaanse ouders van kinderen met een verstandelijke handicap.

113

Is met de voorgenomen beëindiging van Helios II de bevordering van gelijke kansen en integratie van gehandicapten als voltooid te beschouwen?

Zal Nederland zich inzetten om een vervolgp programma op Helios II te realiseren? (blz. 22).

De afsluiting van het actieprogramma Helios II op 1 januari 1997 betekent geenszins het stopzetten van de bevordering van gelijke kansen en de integratie van gehandicapten. Daartoe heeft de Commissie van de Europese Gemeenschappen inmiddels een nieuwe strategie ontworpen, i.c. een ontwerp-resolutie voor de Europese Raad betreffende gelijke kansen voor gehandicapten. Deze notitie van de commissie schetst de hoofdlijnen van de aanpak die de commissie voornemens is te volgen na afloop van het Helios II-programma.

De plannen van de commissie hebben als kern dat de aandacht voor gehandicapten in het Europese beleid als onderdeel van het reguliere beleid moet worden geïncorporeerd (zgn. «mainstreaming»).

De eventuele steun van Nederland voor vervolgactiviteiten op Helios II zal worden geplaatst in het kader van bovenvermelde ontwerp-resolutie alsmede de uitkomsten van de communautaire en nationale evaluatie van het programma Helios II, voorzien in de eerste helft van 1997.

114

Op grond van welk onderzoek of welke waarnemingen wordt geconstateerd dat «het overgrote deel van de ouderen volop maatschappelijk actief is»? (blz. 22).

In het Sociaal en Cultureel Rapport 1996, in het hoofdstuk over participatie, is te vinden dat de maatschappelijke participatie van ouderen groot is. In de afgelopen periode is deze ook (sterk) toegenomen.

Zo is thans de meerderheid van de ouderen (63%) lid van één of meerdere organisaties; in 1979 was dit nog maar 42%.

De deelname aan het vrijwilligerswerk is onder ouderen spectaculair toegenomen en ligt tegen de 50%; in uren besteden zij (per deelnemer) méér tijd aan vrijwilligerswerk dan andere leeftijdscategorieën.

115

Op welke wijze zal de regering in de komende jaren inspelen op de zogenaamde «vraaggestuurde zorg voor ouderen» respectievelijk de zorgvraag van ouderen, zoals onder meer voorgestaan door de gezamenlijke ouderenbonden in Noord-Brabant, Drente en Limburg? (blz. 22-23).

Het uitgangspunt dat niet het bestaande aanbod maar de vraag van de ouderen uitgangspunt voor het verlenen van zorg moet zijn is op zichzelf niet nieuw. Het begrip «vraaggestuurde zorg» is dan ook eerder een stap in een reeds lopend proces dan dat er sprake is van een fundamentele breuk met het verleden.

Met het beleid in het kader van de modernisering van de ouderenzorg zet het kabinet een belangrijke verdere stap in dit proces.

Met het onderbrengen van de gehele intramurale ouderenzorg in één systeem van planning en financiering wordt immers een belangrijk knelpunt voor het geven van zorg op maat weggenomen.

Het ook voor ouderen beschikbare persoonsgebonden budget in de thuiszorg is daarnaast uiteraard een uitstekend voorbeeld van vraag-gestuurde zorg. Ook het introduceren van zekere concurrentie-elementen in de thuiszorg draagt eraan bij dat het perspectief zich beweegt van aanbod naar vraag.

Naast deze vooral op het individu gerichte vormen van vraaggestuurde zorg wordt ook gepoogd vraag en aanbod beter af te stemmen door ontwikkelingen in gang te zetten op lokaal en regionaal niveau.

Met name de voornemens met betrekking tot de onafhankelijke, objectieve, geïntegreerde indicatiestelling komen tegemoet aan het streven de werkelijke zorgvraag als uitgangspunt voor het zorgaanbod te nemen.

Op het niveau van planning van het zorgaanbod, in het kader van de regiovisie, is het belangrijk dat de «derde partij», naast onder andere zorgaanbieders en financiers, een sterke inbreng heeft. Het ministerie subsidieert daartoe enkele projecten waartoe de ouderenbonden het initiatief hebben genomen, gericht op deskundigheidsbevordering en toerusting voor het spelen van een gelijkwaardige rol, als «derde partij» bij het tot stand komen van regiovisies.

116

Wat houdt de overgangsregeling eigen bijdrage voor patiënten die reeds verblijven in AWBZ-instellingen precies in en over welke periode geldt deze regeling? (blz. 23).

Voor zittende verpleeghuispatiënten is voor wat de eigen bijdrage-regeling betreft, een overgangsregeling getroffen. Deze is omschreven in het Bijdragebesluit zorg (Stb. 1996, nr. 486), art. 25.

De regeling houdt in dat gedurende 4 jaar geleidelijke opbouw tot de reguliere inkomensafhankelijke maximale eigen bijdrage van f 3 150,- plaatvindt.

De overgangsregeling geldt, gelet ook op de uitstroom van patiënten, voor steeds minder mensen en gelet op de toegroei naar de reguliere bijdrage, in steeds mindere mate voor patiënten die langdurig in een verpleeghuis verblijven. Bij ministeriële regeling zal de exacte uitwerking van het toegroeimodel worden vastgesteld.

117

In hoeverre past de terminale zorg voor ouderen in het op bladzijde 24 beschreven «Integraal actieprogramma»? Kan daarbij ook nog nader worden ingegaan op de ontwikkeling en de groei van het aantal hospitiïums voor ouderen? (blz. 24).

Terminale zorg voor ouderen is sinds jaar en dag een reguliere verantwoordelijkheid van zorginstellingen zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. De totstandkoming van specifieke, categoriale voorzieningen voor terminale patiënten is dan ook geen doelstelling van beleid. Wel wordt in overleg met de koepelorganisaties bevorderd, dat de reguliere voorzieningen zich de bijzondere zorgbehoeften van deze patiënten en hun directe sociale omgeving bewust maken en daartoe de gewenste faciliteiten bieden.

Dit standpunt is reeds verwoord in de beleidsbrief inzake palliatieve zorg in de terminale fase, kenmerk CSZ/EZ/962010, welke brief op 18 april 1996 aan de voorzitter van de Tweede Kamer is toegestuurd.

118

Welke extra instroom van geriateren wordt tussen 1997 en 2000 van overheidswege beoogd en welke personeelsformaties zullen vereist zijn voor de beoogde toekomstige geriatrische netwerken? Welke financiële middelen zal de regering terzake gaan uittrekken? (blz. 24).

Bij de bepaling van de behoefte aan klinisch geriateren ga ik voornamelijk uit van een formatie van gemiddeld 1,6 geriater per GAAZ en 1 à 2 functie-eenheden per gezondheidsregio ten behoeve van de netwerkfunctie. In de eindsituatie, welke redelijkerwijs pas in 2005 te voorzien is, betekent dat een behoefte aan circa 90 geriateren in de algemene en academische ziekenhuizen. Per 1 januari 1996 waren er voor 50 functie-eenheden klinische geriatrie erkenningsbeschikkingen afgegeven. Dit betekent dat er tot 2005 nog circa 40 functie-eenheden gerealiseerd dienen te worden, wat neerkomt op een uitbreiding van 4 à 5 op jaarbasis. Voor de periode 1997–2000 houdt dit een toename van 16 tot 20 geriateren in.

De kosten van de functie-eenheden en de daarmee gepaard gaande productie dienen gefinancierd te worden uit het budget dat voor de ziekenhuissector beschikbaar is.

Overigens heeft het ministerie eind 1995 in één keer een flinke uitbreiding van het aantal functie-eenheden klinische geriatrie gerealiseerd. In 1996 en 1997 ligt de nadruk met name op het concreet invullen van deze plekken binnen de ziekenhuizen.

119

Welke maatregelen, op basis van welk plan en budget, worden genomen om een extra instroom van geriateren te bereiken? (blz. 24).

Het realiseren van extra instroom van geriateren is primair een verantwoordelijkheid van het veld zelf. Waar mogelijk probeer ik dit proces te stimuleren. In het kader van de uitvoering van de beleidsbrief Geriatrie zijn als eerste stap de mogelijkheden voor uitbreiding van het aantal geriateren en de concrete behoefte op korte termijn nader verkend.

Begin dit jaar waren 32 klinisch geriateren werkzaam in algemene en academische ziekenhuizen. Een aantal functie-eenheden wordt bezet door internisten en het aantal vacatures bedraagt momenteel ongeveer 15. Het aantal vacatures is begin 1996 in korte tijd gestegen, doordat veel ziekenhuizen eind 1995 in verband met de afschaffing van het erkenningsstelsel voor medische specialisten functie-eenheden klinische geriatrie hebben aangevraagd en gekregen.

Het tekort aan geriateren speelt alleen op de korte termijn. Op langere termijn komt de behoefte aan extra geriateren op jaarbasis goed overeen met de jaarlijkse uitstroom van de opleiding.

Het ligt derhalve niet in de rede het aantal opleidingsplaatsen extra uit te breiden.

Het wegnemen van het tekort aan geriateren kan in principe op verschillende manieren.

Het is mogelijk internisten in een periode van twee jaar om te scholen tot klinisch geriater. Dit kan via een reguliere opleidingsplaats (het Academisch Ziekenhuis Utrecht voorziet aldus in een opleidingsplaats) en via uitbreiding van opleidingsplaatsen. Overleg heeft opgeleverd dat de belangstelling van zittende internisten hiervoor gering is. Bovendien geeft dit pas over twee jaar soelaas.

Daarnaast kunnen medische specialisten zich op basis van werkervaring laten herregistreren tot klinisch geriater. Er zijn ongeveer 14 internisten die hiervoor thans in aanmerking komen. Dit is enigszins een «cosmetische» operatie, omdat deze artsen in de praktijk al als geriater ingezet worden.

Ook het aantrekken van buitenlandse geriateren is een optie, welke in de praktijk echter helaas niet blijkt te werken. Er zijn geen overschotten in het buitenland en de taal vormt een probleem.

Een laatste optie is om internisten en andere geïnteresseerde en verwante specialisten te werven en op locatie een intensief bij/nascholingspakket te bieden, zodat zij de huidige vacatures kunnen vervullen.

Kortom: het oplossen van het tekort aan geriateren is niet gemakkelijk. In november vindt er vervolg-overleg met de beroepsgroep plaats teneinde tot een concrete oplossing te komen. Ook de financiering van opleidingen en bijen nascholing is primair een verantwoordelijkheid van het veld.

120

Is al enige informatie te verstrekken met betrekking tot het onderzoek naar juridische mogelijkheden tot subsidievermindering of -intrekking bij volharding in het hanteren van leeftijdsgrenzen in statuten en reglementen van door VWS gesubsidieerde organisaties? (blz. 24).

De door VWS gesubsidieerde organisaties worden geïnventariseerd op de aanwezigheid van leeftijdsgrenzen in statuten en reglementen. Aan deze organisaties is verzocht de (aangepaste) statuten en reglementen voor 1 januari 1997 aan het Landelijk Bureau Leeftijdscriminatie toe te zenden.

Deze aanpak heeft enerzijds tot doel organisaties op vrijwillige basis te bewegen tot het schrappen van niet noodzakelijke leeftijdsbepalingen. Anderzijds is het doel inzicht te verkrijgen in organisaties die leeftijds-criteria blijven hanteren.

De uitkomsten van deze inventarisatie worden betrokken bij de vraag of in subsidievoorwaarden een verbod op leeftijdscriminatie opgenomen moet worden. Deze vraag zal mede worden beantwoord in het standpunt van het kabinet op het rapport «Leeftijdsgrenzen in wet- en regelgeving».

Uit het tot dusver uitgevoerde onderzoek naar juridische mogelijkheden tot subsidievermindering of -intrekking blijkt dat onder meer gedacht wordt aan het opleggen bij AmvB van sancties aan gesubsidieerde organisaties die grenzen stellen aan de leeftijd van bestuursleden.

121

Wanneer treden delen van de Wet op de orgaandonatie, in casu regelingen aangaande de hersendood en het hersendoodprotocol en de verplichting tot het opstellen van een ziekenhuisprotocol, precies in werking? (blz. 25).

Het streven is deze delen van de wet per 1 juli 1997 in werking te laten treden.

122

Wat is de stand van zaken van de deelprojecten van de Stuurgroep Uitvoering Wet op de orgaandonatie? (blz. 25).

De werkzaamheden van de Stuurgroep uitvoering Wet op de orgaandonatie hebben betrekking op:

- het opzetten van een landelijk donorregister;
- het voorbereiden van een voorlichtingscampagne;
- faciliterende maatregelen voor ziekenhuizen en beroepsgroepen.

Landelijk donorregister

De uitvoeringsorganisatie voor het donorregister is thans in opbouw. Met het ministerie van Defensie wordt gesproken over de mogelijke overheveling van personeel van de Directie Dienstplichtzaken naar het donorregister.

Een beslissing over de precieze juridische vorm van het donorregister moet nog worden genomen.

Ook de ontwikkeling van het registratiesysteem is in volle gang.

Eind november zal het basisontwerp van het registratiesysteem worden opgeleverd. Tevens heeft een verkenning van leveranciers plaatsgevonden voor een aantal specifieke functies van het registratiesysteem. Eind van dit jaar zal een besluit worden genomen over de wijze waarop de aanbesteding van de verdere werkzaamheden zal plaatsvinden. Het streven is om in het eerste kwartaal van 1998 een operationeel registratiesysteem te hebben.

De gemeenten vervullen een cruciale rol in de verzending van donorformulieren naar de ingezetenen. Centralisatie van de verzending van de formulieren biedt meer garanties op een doelmatige uitvoering van de wet en zal tot aanzienlijke kostenbesparingen leiden, vergeleken met een gedecentraliseerde aanpak. Centralisatie kan echter op gespannen voet staan met artikel 10 van de Wet op de orgaandonatie (WOD), dat de verantwoordelijkheid voor de verzending van de donorformulieren bij de individuele gemeentebesturen legt. Thans wordt onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om tot vrijwillige centralisatie van de verzending van donorformulieren te komen. Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek zal een wetswijziging worden overwogen.

De persoonsgegevens in het donorregister zullen op juistheid worden gecontroleerd en worden geactualiseerd door een koppeling met het GBA-netwerk. De voorbereidingen van deze koppeling zijn inmiddels in gang gezet.

Voorlichting en communicatie

De invoering van het donorregister zal gepaard gaan met een uitgebreide voorlichtingscampagne, die gericht is op het publiek en op degenen die ingevolge de WOD andere verantwoordelijkheden krijgen (gemeenten, instellingen, artsen). De communicatiestrategie is inmiddels op voorstel van een extern communicatie-adviesbureau door de stuurgroep vastgesteld. Gelet op het gevoelige karakter van de materie zal over de strategie onder een aantal deskundigen een «delphi-studie» worden gehouden door de Rijksuniversiteit van Leiden. Deze studie dient als «second opinion».

De overheidsvoorlichting zal gericht zijn op de bekendmaking van het donorregister en het bevorderen dat de ingezetenen hun wilsbeschikking laten registreren. Uit onderzoek blijkt overigens dat een grote meerderheid (88%) van de bevolking toestemming zou verlenen voor orgaandonatie.

De voorlichting zal in nauwe samenspraak plaatsvinden met de organisaties die in de stuurgroep samenwerken. Deze organisaties krijgen in het kader van het project ook de beschikking over financiële middelen om aspecten van de communicatiestrategie (bijvoorbeeld gericht op specifieke doelgroepen) uit te voeren. De Stichting Donorvoorlichting zal worden ingeschakeld om de publieksvoorlichting over het donorregister, ook op langere termijn, ter hand te nemen.

Maatregelen ziekenhuizen en beroepsgroepen

De stuurgroep heeft onlangs een actieprogramma vastgesteld dat gericht is op het bevorderen van donorwerving in ziekenhuizen, andere zorginstellingen en bij de medische beroepsgroepen. Dit actieprogramma bevat voor een deel onderzoeken die concrete knelpunten aan het licht

moeten brengen, zodat op basis daarvan goed onderbouwde en gerichte maatregelen kunnen worden genomen. Het belangrijkste deel van het actieprogramma richt zich op individuele ziekenhuizen.

De individuele ziekenhuizen zullen de komende jaren worden benaderd met een concreet aanbod om met tijdelijke, externe steun belemmeringen voor orgaandonatie in de eigen organisatie weg te nemen. Hiertoe zullen de bestaande veelal regionale en betrekkelijk kleinschalige initiatieven op dit gebied worden gebundeld. Ook het actieprogramma wordt in nauwe samenspraak met de direct betrokkenen ontwikkeld en uitgevoerd.

De stuurgroep heeft het initiatief genomen de voorbereidingen te treffen voor de evaluatie van de WOD en bovenstaande flankerende maatregelen. Naar verwachting zal daartoe begin 1998 een onderzoeksprogramma worden vastgesteld.

Uit het bovenstaande blijkt dat invoering van de WOD een complexe operatie is. De stuurgroep laat zich hierbij adviseren door een onafhankelijk adviesbureau (het Expertisecentrum). Naast de werkzaamheden die in het kader van de stuurgroep plaatsvinden, vergt de invoering van de WOD nog een aantal andere belangrijke uitvoeringsmaatregelen, zoals de vaststelling van het hersendoodprotocol en de regeling van vergunningsvoorwaarden voor orgaancentra en orgaanbanken. De voorbereidingen hiervan zijn inmiddels ook gestart.

123

Op welke termijn zullen bij de Kamer de wetsvoorstellen inzake fertilisatietechnieken en experimenten met embryo's en geslachtscellen worden ingediend en wat is thans de laatste stand van zaken in de voorbereiding van deze wetsvoorstellen? (blz. 26).

Naar huidige verwachting zal concept-wetgeving op de genoemde terreinen voor de zomer van 1997 aan de Raad van State kunnen worden aangeboden.

124

Heeft de regering kennisgenomen van de inhoud van het proefschrift «Met technologie gezegend?» over de in vitrofertilisatie? Wat is het oordeel van de regering hierover en is zij bereid tot het doen uitvoeren van een evaluatie-onderzoek? (blz. 26).

In mijn antwoord van 14 oktober 1996 op overeenkomstige schriftelijke vragen van het lid Van der Vlies van 20 september 1996 (2969700120) is aangegeven dat het proefschrift bekend is en dat het geen aanleiding vormt voor beleidswijzigingen. Met betrekking tot het verrichten van evaluatieonderzoek kan ik u mededelen dat reeds sinds enkele jaren een follow-up onderzoek wordt verricht naar de gevolgen van IVF op lange termijn.

125

Wordt in het evaluatie-onderzoek van de meldingsprocedure euthanasie een onderscheid aangebracht in de periode voor de versoepeling van het vervolgingsbeleid en daarna? Zo nee, waarom niet? (blz. 26).

Eén van de doelstellingen van de evaluatie is het verkrijgen van een zo goed mogelijk inzicht in alle aspecten van het vervolgingsbeleid gedurende de tijd dat de meldingsprocedure van kracht is. Een bespreking van de uitkomsten van het evaluatie-onderzoek in de Tweede Kamer zal enige tijd na de publicatie van het evaluatierapport plaats kunnen vinden.

126

In het verleden is reeds een evaluatie-onderzoek uitgevoerd naar de meldingsprocedure euthanasie door de Landelijke Overleggroep Openbaar ministerie – Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Worden de uitkomsten van dat onderzoek in het thans lopende evaluatie-onderzoek meegenomen? (blz. 26).

Het betreft thans een eigenstandig evaluatie-onderzoek. Vertegenwoordigers van de instanties die indertijd het in de vraagstelling bedoelde onderzoek hebben uitgevoerd, zijn in het thans uitgevoerde onderzoek betrokken.

127

In hoeverre en op welke wijze worden de effecten van palliatieve zorg in het evaluatie-onderzoek betrokken? (blz. 26).

In het evaluatie-onderzoek wordt zowel aan de curatieve als aan de palliatieve behandelalternatieven aandacht besteed.

128

Nu het beleid er al jaren op gericht is alleen artsen tot lijkschouwer te benoemen die verbonden zijn aan een (regionale) GGD/basisgezondheidsdienst, klemt de vraag waarom thans zulks haar beslag nog niet heeft gekregen en nog steeds de functie van gemeentelijke lijkschouwer wordt uitgeoefend door de collega-arts uit dezelfde waarnemingsgroep? (blz. 26).

De verschuiving van huisarts-gemeentelijk lijkschouwers naar alleen GGD-lijkschouwers vindt zeer geleidelijk plaats. Beide categorieën zijn in het evaluatie-onderzoek betrokken. Over de uitkomsten van het gedeelte van het onderzoek dat betrekking heeft op de positie en de rol van de gemeentelijk lijkschouwer bij de meldingsprocedure kan gesproken worden wanneer het evaluatierapport in de Tweede Kamer aan de orde komt.

129

Hoe wordt gezorgd dat participatie van jongeren op alle niveaus van beleid plaatsvindt? Is hierover op ambtelijk niveau overleg tussen Rijk, provincies en gemeenten? (blz. 27).

Op verschillende manieren wordt getracht de jeugd te betrekken bij het beleid van rijk, provincies en gemeenten. Op rijksniveau wordt onder meer het Nationaal Jeugddebate georganiseerd. Vorig jaar gebeurde dat voor het eerst, dit jaar vindt een tweede Nationaal Jeugddebate plaats – wederom in experimentele opzet. Bij de organisatie en voorbereiding is onder meer de VNG betrokken. Bij het debata zelf zullen ook lokale bestuurders worden uitgenodigd. In het Nationaal Jeugddebate 1996 zal «participatie» een van de belangrijke thema's zijn. Landelijke jeugdorganisaties worden uitgenodigd om mee te denken over de uitwerking en follow up.

In 1996 hebben alle provincies en gemeenten een informatiepakket over het Nationaal Jeugddebate ontvangen, met daarin onder andere een handleiding voor het organiseren van een dergelijk evenement op lokaal of provinciaal niveau.

In het Gestructureerd Overleg Jeugdbeleid, waarin rijk, provincies, gemeenten en het veld met elkaar overleggen, is het onderwerp jeugdparticipatie een regelmatig terugkerend agendapunt.

Eén van de prioriteiten van de projectgroep Ontwikkeling lokaal preventief jeugdbeleid is het ontwikkelen van handreikingen aan de gemeenten gericht op structurele participatie van jeugd. De projectgroep

is breed van samenstelling om zo een goede afstemming met onder andere de VNG en OCenW te bevorderen.

Overigens is «jeugd betrekken» ook in toenemende mate het adagium voor uitvoerend beleid in diverse sectoren.

Zo krijgen landelijke jeugdorganisaties volgens de subsidieregeling Welzijnsbeleid (Staatscourant 1995, 250) uitsluitend subsidie voor projecten indien deze de maatschappelijke participatie van jeugdigen bevorderen, dan wel maatschappelijke uitval tegengaan, en bevorderen dat jeugdigen zelf initiatieven ontplooien.

Aan participatie van jeugdigen wordt ook in internationaal verband aandacht besteed. De Europese Unie subsidieert in het kader van het programma Jeugd voor Europa-3 lokale initiatieven van jeugdigen. De Raad voor Europa zet dit najaar een enquête uit onder gemeenten met meer dan 30 000 inwoners over jeugdparticipatie in het kader van het Charter van Llangollen.

130

In hoeverre wordt ook aandacht besteed aan het stimuleren van kritisch mediagedrag van jongeren zelf? Is VWS betrokken bij audiovisuele projecten in het welzijnswerk? (blz. 27).

Stimuleren van kritisch mediagedrag van jongeren zelf kan het beste geschieden in de leefsituatie van die jeugdigen, door ouders of verzorgers – die daarvoor primair verantwoordelijk zijn –, op school en in het welzijnswerk.

De rijksoverheid is slechts in beperkte mate en dan uitsluitend indirect betrokken bij audiovisuele projecten in het welzijnswerk.

Zo heeft VWS subsidie verstrekt ten behoeve van de brochure «Televisie, kinderen en ouders» van de Stichting Jeugdinformatie Nederland. Voorts is VWS betrokken bij plannen van Cinekids om een kwaliteitsstempel voor kinderfilms te ontwikkelen. Ook kunnen landelijke jeugdorganisaties voor dergelijke projecten subsidie verkrijgen conform de regels gesteld in de Welzijnswet.

131

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van het kwaliteitsstelsel voor de kinderopvang? (blz. 28).

In 1995 is de VOG gestart met het project «Kwaliteitsstelsel Kinderopvang» waarin een stelsel van normen en kwaliteitsinstrumenten voor de sector kinderopvang wordt ontwikkeld en getoetst. Deze ontwikkelingsfase duurt tot medio 1997, waarna brede implementatie volgt.

132

Welke projecten zijn het afgelopen jaar tot stand gekomen in het kader van de toezegging van de staatssecretaris om de pedagogische kwaliteit van de kinderopvang te stimuleren? (blz. 28).

In 1996 zijn, naast het project «Kwaliteitsstelsel kinderopvang», met financiële ondersteuning van VWS de volgende activiteiten voor de verdere ontwikkeling van de (pedagogische) kwaliteit van de kinderopvang voortgezet dan wel gestart:

- project «Ontwikkeling gastouderopvang» van VOG en NIZW;
- project «Vernieuwing in de buitenschoolse opvang» door het NIZW;
- voorbereiding en uitvoering van lezingen en workshops bij de tentoonstelling «De honderd talen van kinderen» in 1997 in Amsterdam, door de Stichting Pedagogiekontwikkeling voor het jonge kind;

- project «Pedagogische vernieuwing in de kinderopvang» door het NIZW;
- project «Vergroten van de ouderparticipatie in de kinderopvang» door de Belangenvereniging Ouders in de kinderopvang (BOink) en het NIZW.

133

Kan worden aangegeven of, en zo ja voor hoeveel er gebruik is gemaakt van het waarborgfonds voor de kinderopvang? (blz. 28).

Medio 1996 hebben de VNG en de VOG de Stichting Waarborgfonds Kinderopvang opgericht. De opzet, zoals neergelegd in statuten en uitvoeringsreglement, voldoet aan de door VWS gestelde eisen. Het fondsbestuur dient nog te besluiten over de vorm die de uitvoering gaat krijgen (zelfstandig fonds of aansluiting bij een bestaande organisatie). Daarna zal het fonds operationeel worden. Op dit moment zijn er dus nog geen garantstellingen verstrekt. Wel is uit informatieverzoeken, met name uit VINEX-gebieden, duidelijk dat er behoefte aan dit instrument bestaat.

134

Welke financiële mogelijkheden zijn er om implementatie van het Programma Opvoedingsondersteuning door te voeren? Op welke schaal zal zo'n verdere implementatie plaatsvinden? (blz. 28).

In de zeven experimenten die lopen in het kader van het programma Opvoedingsondersteuning, wordt vooral ervaring opgedaan met de wijze waarop op lokaal/regionaal niveau het aanbod vanuit reguliere voorzieningen adequater kan worden georganiseerd. Voor de verdere verspreiding van kennis en ervaring uit de experimentele fase is voor 1997 een bedrag van f 0,5 miljoen gereserveerd. De schaal waarop implementatie plaatsvindt is mede afhankelijk van lokale/regionale initiatieven.

135

Naar blijkt hebben de provincies te maken met – forse – aanloopkosten ten behoeve van de totstandkoming van bureau's voor Jeugdzorg? Op welke wijze is hiermee rekening gehouden zonder de beschikbare capaciteit aan te tasten? (blz. 29).

Een deel van de extra financiële middelen die vanaf 1996 beschikbaar zijn gesteld om capaciteitsproblemen in de jeugdzorg terug te dringen, wordt ingezet voor verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de jeugdzorg. Daaronder valt ook de verbetering van de toegang tot de jeugdzorg (bureaus jeugdzorg).

Hiervoor is in totaal voor het jaar 1997 een bedrag van f 4 250 000 beschikbaar. Voor de jaren 1998 en 1999 gaat het om f 5 950 000 respectievelijk f 6 887 000. Deze bedragen worden aan provincies/grootstedelijke regio's ter beschikking gesteld voor het operationaliseren van de eenduidige toegang tot de geïndiceerde jeugdzorg in de regio's binnen de daarvoor vast te stellen centrale richtlijnen c.q. systeemeisen.

136

Verloopt het proces in het kader van Regie in de jeugdzorg volgens planning? Wat is op dit moment de rol van de (jeugd)RIAGGS bij de totstandkoming van de bureau's voor jeugdzorg? (blz. 29).

De voortgang van Regie in de jeugdzorg verloopt volgens planning. Een stand van zaken op de verschillende deelterreinen is opgenomen in het Beleidskader preventieve en curatieve jeugdzorg. Belangrijk markeringspunt daarbij is het invoeren van een centrale toegang per 1 januari 1998. De participatie van de jeugd-RIAGG's daarin is niet

vrijblijvend. Uit onderzoek van de NVAGG blijkt dat vrijwel alle RIAGGs reeds nu in het voorbereidend traject participeren en een kwaliteitsverbetering verwachten van deze bundeling van krachten. Bij 85% zal de feitelijke deelname aan de centrale toegang volgens planning voor 1 januari 1998 een feit zijn. De aard van de inbreng van de RIAGGs is nog onderwerp van discussie.

137

Past intensievere zorg voor jeugdige schizofrene mensen en jongeren met manische depressies straks ook in de beoogde «vraaggerichte zorgprogramma's» en zo ja, welke zorg terzake beoogt de regering dan te bevorderen? (blz. 29).

Ja. De positie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen zal aan de orde komen in de in 1997 op te stellen sectorale beleidsvisie voor de GGZ-sector.

Aandacht zal besteed worden aan de samenhang en noodzaak tot afstemming van de GGZ en andere vormen van hulpverlening. In de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen is een ontwikkeling in de richting van schaalvergroting en differentiatie waarneembaar. Ook zullen voorstellen uitgewerkt worden voor een beter zorgaanbod voor chronische patiënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

138

Wanneer kan de Kamer een voorstel tegemoet zien inzake de oplossing van geconstateerde knelpunten bij de ouderbijdragen jeugdhulpverlening? (blz. 29).

Voor de behandeling van de begroting van het ministerie van Justitie zal de Tweede Kamer het WODC-onderzoek naar het functioneren van de ouderbijdragenregeling ontvangen, voorzien van een standpunt.

139

Hoe valt de «intensivering van het internationale jeugdbeleid» te rijmen met de in de laatste jaren aan NIZW/Exis opgelegde kortingen? (blz. 29).

De term «intensivering» ten aanzien van het internationale jeugdbeleid heeft met name betrekking op de verdieping van de relaties met de Bondsrepubliek Duitsland en Noorwegen op het terrein van opvoedingsondersteuning en de uitwisseling van expertise, ervaring en informatie op die terreinen. Bij de realisatie daarvan kunnen en zullen verschillende organisaties van het particulier initiatief betrokken zijn. Het nieuwe International Centre EXIS/NIZW blijft een taak uitoefenen in het kader van de uitvoering van jongerenparagrafen van culturele accorden en als nationaal agentschap van het Jeugd voor Europa III-programma van de Europese Commissie. Als consequentie van de laatste bezuiniging op het budget van EXIS is met die organisatie een nadere taakverdeling overeengekomen, waarbij EXIS vooral zal gaan functioneren als expertisecentrum op het terrein van het internationale jeugdbeleid.

140

Welke impuls wil de regering in 1997 geven aan «bestaande en nieuwe initiatieven qua bevordering van tolerantie en fair play in de sport»? Welke daadwerkelijke financiële ondersteuning wil de regering aan die impuls gaan verbinden? (blz. 29-30).

Ter bevordering van tolerantie en fair play in de sport worden voor de periode tussen nu en het jaar 2000 bestaande en nieuwe initiatieven ondergebracht in het Actieplan Sport, Tolerantie en Fair Play in Nederland.

Dit actieplan zal worden uitgevoerd onder auspiciën van een nieuw op te richten Stichting Sport, Tolerantie en Fair Play Nederland. De stuurgroep Sport, Tolerantie en Fair Play is bij de opstelling van het actieplan betrokken. Het actieplan zal door verschillende participanten en overige begunstigers samen worden bekostigd.

Omdat de oprichting van de stichting nog in overleg met met name NOC*NSF plaatsheeft en het actieplan nog in wording is, is de bijdrage van het kabinet nog niet vastgesteld. Het kabinet wil de uitvoering van het actieplan echter zowel met de inzet van menskracht (deelname aan de stichting en haar stuurgroep) als met het leveren van een substantiële bijdrage ondersteunen. Voor 1997–2000 wordt rekening gehouden met een bijdrage van in totaal circa f 2 miljoen.

141

Hoe ver is het met de toezegging omtrent het overleg met NOC/NSF c.q. de sportbonden inzake nadere vormgeving van een gedragscode ter voorkoming van seksueel misbruik dan wel intimidatie? (blz. 30).

Door NOC*NSF is inmiddels een begin gemaakt met de beleidsontwikkeling op het gebied van preventie en bestrijding van seksuele intimidatie in de sport. Er is een projectplan voor een vierjarig project «Seksuele intimidatie in de sport» opgesteld en er zijn werkgroepen en een klankbordgroep ingesteld. Voor de uitvoering van het projectplan heb ik inmiddels een bedrag van f 500 000 toegezegd.

Ook aan de ontwikkeling van een gedragscode is gewerkt: een concept-versie zal binnenkort worden besproken met de landelijke sportorganisaties.

142

Wat wordt er op dit moment voor welke bevolkingsgroepen, waarvan bekend is dat de deelneming aan sport achterblijft, waargemaakt op het gebied van sportstimulering? (blz. 30).

De specifieke bevolkingsgroepen waarop het sportstimuleringsbeleid is gericht zijn vooral jeugdigen, mensen met een handicap, ouderen, allochtonen en – voor wat betreft kaderfuncties – vrouwen. De afgelopen jaren is gebleken dat de sportachterstand van deze doelgroepen veelal is verkleind. De doelgroep jeugdigen, met name de 12–18 jarigen, is recent toegevoegd nadat onderzoek had aangetoond dat onder jeugdigen in toenemende mate bewegingsarmoede wordt geconstateerd.

In het algemeen is het moeilijk om exact te bepalen in hoeverre uitsluitend het sportstimuleringsbeleid effect heeft:

1. geconstateerd moet worden dat «de» doelgroep niet bestaat. De onderscheiden bevolkingsgroepen zijn zeer heterogeen. Een deel van de doelgroep hoeft niet gestimuleerd te worden en vindt de weg naar de sport op eigen kracht en uit eigen initiatief. Voor andere delen van de doelgroepen – zoals allochtone vrouwen of ouderen met een handicap – is sportstimulering juist zinvol gebleken. Dit geldt ook voor groepen als asielzoekers en vluchtelingen of chronisch zieken;
2. sportstimulering wordt ruim opgevat. Het gaat niet alleen om sportbeoefening, maar ook om vervulling van kaderfuncties in sportverenigingen of ondersteuning van bewonersinitiatieven in wijken. Sportstimulering wordt op lokaal niveau meer en meer betrokken bij beleid met sportoverstijgende doelstellingen, zoals het integratiebeleid etnische minderheden en de achterstandsbestrijding in het onderwijs. De achterliggende gedachte is dat door dit beleid in de sportsector maatschappelijke participatie, integratie en emancipatie bevorderd worden.

Om effecten van doelgroepenbeleid te meten zal toekomstig onderzoek ook gericht zijn op effecten van de inzet van sport als middel tot maatschappelijke participatie.

143

Waarom en waartoe dient de sportmedische zorg onderzocht te worden? Wat weten we in dezen niet? Spelen de betrokken organisaties op dit moment onvoldoende in op de behoefte aan sportmedische zorg? En wat schort er op dit moment aan de planning? (blz. 30).

Sportmedische zorg wordt aangeboden door diverse disciplines. Binnen de reguliere gezondheidszorg zijn vooral de huisarts en de fysiotherapeut betrokken, met name bij de behandeling van sportblessures. In een aantal ziekenhuizen wordt ook curatieve en preventieve sportmedische zorg aangeboden, veelal met inschakeling van een sportarts.

Buiten de reguliere gezondheidszorg wordt zorg aangeboden door artsen, fysiotherapeuten, andere paramedici en sportmassieurs. Dit aanbod komt onder meer tot stand via sportbonden in de vorm van begeleiding van landelijke en regionale teams, via sportverenigingen (clubarts, clubfysiotherapeut, clubmasseur), via de particuliere Sportmedische Adviescentra (SMA's) of via sportcentra en fysiotherapiepraktijken.

Ofschoon een redelijk inzicht bestaat in het aanbod van zorg, bestaat vrijwel geen inzicht in de behoefte aan zorg. Er zijn aanwijzingen dat de reguliere gezondheidszorg onvoldoende inspeelt op de behoefte van sporters en dat aan deze behoefte niet steeds – en niet steeds op een kwalitatief voldoende niveau – voldaan wordt buiten de reguliere zorg. De aard van de zorgbehoefte betreft vermoedelijk met name de chronische blessures en de opvang van acute blessures 's avonds en tijdens weekends (rapport «Bewegen gewogen» van professor Mosterd, Universiteit Utrecht, 1996).

Een gedetailleerde planning van aanbod van zorg in relatie tot de zorgvraag is er niet en past ook niet in het beleid van de regering.

Een beter inzicht in de (omvang) van de behoefte aan zorg is met name van belang voor het plannen van opleidingen en bijscholing voor functionarissen die betrokken zijn bij de sportgezondheidszorg. Bovendien kunnen NOC*NSF, de landelijke sportorganisaties en andere organisaties hun planning en informatievoorziening beter verzorgen als zij meer inzicht hebben in de behoefte aan zorg. Het bedoelde behoefte-onderzoek wordt dan ook in belangrijke mate gefinancierd vanuit de SNS-middelen.

144

Hoe vaak is het het afgelopen jaar voorgekomen dat een voorbehoud is gemaakt in de afgegeven verklaringen door accountants bij de controle van gegevens van sportbonden? (blz. 30).

Bij de controle van de gegevens van de sportbonden over 1995 zijn geen voorbehouden van de kant van de controlerende accountants aangetroffen.

145

Wanneer kan de Kamer de resultaten van het onderzoek tegemoet zien omtrent het voorkomen van korting op studiefinanciering bij aanvaarding van een premie/geldprijs (zoals diverse studenten deze tijdens de Olympische Spelen hebben ontvangen)? (blz. 30–31).

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen heeft besloten dat Olympische medaillewinnaars niet gekort worden op hun studie-

financiering voor de premie/geldprijs die zij ontvangen voor het winnen van de medaille. Over de vraag hoe dit het best kan gebeuren, vindt thans overleg plaats met de Informatie Beheer Groep die belast is met de uitvoering van de regelingen inzake studiefinanciering. Zodra vaststaat op welke wijze dit zal geschieden zal de Tweede Kamer nader worden ingelicht.

De minister van OCenW heeft hierbij het voortouw.

146

Geldt de stelling dat door demografische ontwikkelingen de hulpvraag van oorlogsgetroffenen de komende jaren zal afnemen zowel voor de materiële hulpvraag als voor de immateriële hulpvraag? (blz. 32).

Door de gemiddeld hoge leeftijd van de oorlogsgetroffenen uit de Tweede Wereldoorlog zal op de langere termijn de vraag naar materiële en immateriële voorzieningen afnemen. Voor de korte termijn zal de vraag naar immateriële hulp intensiever worden onder invloed van de toenemende vergrijzing; het betreft in toenemende mate generieke ouderdomsproblemen.

147

Wanneer zal naar verwachting de actualisering door het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven van de ramingen voor de toekomstige aanvraagontwikkeling gereed zijn? (blz. 32).

De actualisering van de ramingen van de toekomstige aanvraagontwikkeling door het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven zal in november 1996 gereed zijn.

148

Welke verfijningen van het beoogde informatiebeleid wil de regering in 1997 voor de zorg- en welzijnssector verder gaan aanbrengen? Zullen die verfijningen een betere aansluiting verkrijgen met «vraaggestuurde zorg/welzijn»? In hoeverre wordt ook aandacht besteed aan het stimuleren van kritisch mediagedrag van jongeren zelf? Is VWS bekend en/of betrokken bij audiovisuele projecten in het welzijnswerk? (blz. 33).

a. Onlangs heb ik u bericht in de eerste helft van volgend jaar een standpunt in te nemen over de verfijningen die ik wil aanbrengen naar aanleiding van het recente advies «Informatietechnologie in de zorg» van de voorlopige raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening. De voorbereidingen daartoe zijn gaande.

Tot dan wordt uitvoering gegeven aan het in april met de vaste commissie voor VWS besproken informatiebeleid.

Het informatiebeleid op het terrein van welzijn zal het komende jaar met name gericht zijn op een verbetering van de informatievoorziening met het oog op de bevordering van «vraagsturing» door de burger.

Daartoe zullen in het kader van het programma consumentenbeleid welzijn een aantal instrumenten worden beproefd c.q. geëvalueerd, zoals «stads- en kwaliteitspanels» en het instrument van visitatie.

In dit kader zal ook, tezamen met de verschillende betrokkenen, geprobeerd worden om met behulp van informatietechnologie te komen tot een substantiële verbetering van de informatievoorziening op sociaal en cultureel terrein op gemeentelijk c.q. wijkniveau. Hierbij zal aansluiting gezocht worden bij al bestaande initiatieven, zoals de welzijnsmonitor van het SCP.

b. Binnen het welzijnswerk wordt veelvuldig gebruik gemaakt van audiovisuele hulpmiddelen als voorlichtings-, instructie-, wervings- of

actiemethode. De innovatieprogramma's in het kader van de PEO-middelen, bijvoorbeeld het programma multiculturele samenleving, kennen soms ook een audiovisuele component. Ook door de landelijke infrastructuur (bijvoorbeeld NIZW) worden audiovisuele producten ontwikkeld en ingezet.

Voor wat betreft kritisch mediagedrag van jongeren, zie het antwoord op vraag 130.

149

Welke nieuwe programma's op de terreinen van volksgezondheid, welzijn en sport wil de regering in 1997 «qua multilaterale samenwerking binnen Europa» mede gaan voorbereiden? (blz. 35-36).

In het kader van de Europese Unie zal de regering in 1997 op het terrein van de volksgezondheid nieuwe actieprogramma's inzake de volgende onderwerpen mede voorbereiden: zeldzame ziekten; ongevallen en verwondingen; aan vervuiling gerelateerde ziekten.

Op het terrein van welzijn zal in 1997 het Sociaal Actieprogramma, waarin het Europees sociaal beleid wordt vorm gegeven, worden herzien; hierbij zullen ook onderwerpen als ouderen, gehandicapten, en sociale uitsluiting aan de orde komen. Verder zal de regering medewerking verlenen aan het Europees Jaar tegen Racisme en Xenofobie. Naar verwachting zal de Europese Commissie op het terrein van jeugd met voorstellen over een Europese vrijwilligersdienst komen, maar over de afloop van de besluitvorming over dit onderwerp valt nog niets met zekerheid te zeggen.

In het kader van de Raad van Europa zal de regering de tot standkoming van de volgende programma's/projecten mede voorbereiden: sociaal beleid in de stad; opvoedingsondersteuning; Europese strategie voor kinderen; sociale uitsluiting van gemarginaliseerde jongeren; projecten als uitvloeisel van de Zesde Conferentie van Europese Ministers verantwoordelijk voor Migratiezaken, gehouden in 1996 (onder andere projecten inzake intolerantie met name het opbouwen van maatschappijen waarin minderheidsgroeperingen beter zijn geïntegreerd, beheersen van migratie in de bredere Europese context), de situatie van zigeuners in Europa; aanvullende protocollen bij de Conventie inzake Mensenrechten en Geneeskunde; chronisch zieken en patiëntenrechten; tolerantie via sport.

150

Wat is de laatste stand van zaken inzake het Europees onderzoek naar het menselijk genoom? (blz. 36).

Deze onderzoekslijn vormt één van de «areas» binnen het zogeheten Biomed-2 programma, dat thans als onderdeel van het vierde Kaderprogramma voor onderzoek en technologische ontwikkeling in uitvoering is. De looptijd van het vierde kaderprogramma is 1994 tot 1998 en het Biomed-2-programma wordt in twee rondes («calls for proposals») aanbesteed. De oogst van de eerste ronde is inmiddels bekend; de Europese Commissie heeft 25 research contracten binnen het domein van «Human Genome Analysis» afgesloten.

De sluitingsdatum voor de tweede indieningsronde was 17 juni 1996. De Europese Commissie is thans doende met het proces van beoordeling van de binnengekomen project-voorstellen door onafhankelijke beoordelaars («anonymous peer review»). Nadere gegevens over de oogst van de tweede ronde zijn thans dus nog niet beschikbaar.

151

Om welke reden wordt de «Health for All by the year 2000»-Strategie van de WHO herzien? (blz. 37).

De Strategie «Health for All by the year 2000» is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) in het midden van de jaren tachtig ontworpen, en bestrijkt de periode tot aan het jaar 2000. De genoemde herziening van deze strategie betreft de periode na het jaar 2000. Voor de voorbereiding van de nieuwe mondiale strategie van de WGO is ongeveer twee jaar uitgetrokken.

152

Op welke wijze zal versterking van de – internationale – samenwerking tussen beleidspartners op het gebied van sport vorm krijgen? (blz. 37).

Het internationale sportbeleid bestaat uit meerdere componenten. Ten aanzien van het benutten van de promotionele waarde van topsport-evenementen wordt het volgende opgemerkt.

In 1998 zal een aantal topevenementen op sportgebied in Nederland georganiseerd worden. Te noemen valt in dit verband onder meer de WK hockey voor mannen en vrouwen, de EK volleybal voor vrouwen, de WK wielrennen en de Gay Games.

Ik ben voornemens om met alle betrokkenen, NOC*NSF, EVD, ministerie van Buitenlandse zaken te bezien of er een werkgroep gevormd kan worden waarin afspraken gemaakt kunnen worden over hoe elkaar te ondersteunen bij de organisatie van deze evenementen mede vanuit het oogpunt van Holland Promotie. Uiteraard zal daarbij afgestemd worden met de werkgroep Holland Promotie waarin participeren het NBT, het Nederlands Centrum Handelsbevordering, Buitenlandse Zaken en de EVD.

153

Kan een overzicht worden gegeven van de kosten van de arbeidsduurverkortings voor het departement en de onder de financiële verantwoording van het departement vallende organisaties? Kan een apart totaal overzicht worden gegeven van de dekking van deze kosten? (blz. 38).

De invulling van de arbeidsduurverkortings is nog onderwerp van gesprek met de verschillende ondernemingsraden. De herbezetting is een onderwerp dat vervolgens in de Bijzondere Commissie aan de orde is. De hoogte van de kosten voor herbezetting en de verdeling hiervan over de verschillende organisatieonderdelen is op dit moment dus nog niet bekend. Vooral nog is in de begroting vanaf 1998 circa f 2 miljoen gereserveerd voor de herbezetting, zijnde de middelen die het ministerie van Binnenlandse Zaken met dit oogmerk aan de ministeries heeft toegeedeeld.

154

Kan een overzicht worden gegeven van het aantal vrouwen dat werkzaam is in het VWS-veld, onderverdeeld naar de diverse functieschalen? (blz. 38).

Een overzicht met een dergelijke onderverdeling is niet te geven. In algemene zin is echter het volgende op te merken. In de zorgsector in ruime zin (inclusief zorggerelateerde functies in de sector welzijn) werkten in 1995 809 000 personen tenminste 12 uur per week. Circa 80% daarvan is vrouw (RAZ, pagina 13). Vrouwen zijn echter ondervertegenwoordigd in de hogere en leidinggevende posities. Daarbij moet worden aangetekend dat de meeste van deze vrouwen in lagere leidinggevende posities werken

(Integrerend OSA-rapport, pagina 29; JOZ, pagina 10). De verplegende en verzorgende beroepen bestaan voornamelijk uit vrouwen, terwijl de medische beroepen nog steeds gedomineerd worden door mannen (RAZ, pagina 54).

155 en 156

Is in de CAO voor het ziekenhuiswezen bepaald dat als uitvloeisel van de overeengekomen 36-urige werkweek de vrijgekomen tijd volledig zal worden herbezet en zal als gevolg daarvan de werkdruk daadwerkelijk dalen? Hoeveel formatie-eenheden hangen samen met de volledige herbezetting? (blz. 38).

In hoeverre heeft de verdergaande arbeidsduurverkorting al geleid tot een groei van het aantal werknemers in de zorg- en welzijnssector door herbezetting van plaatsen? Welke effecten terzake verwacht de regering voor het jaar 1997 in de zorg- en welzijnssector, uitgesplitst naar sectoren? (blz. 38).

Het is niet VWS die de werkgelegenheid in deze sectoren bepaalt maar het zijn de werkgevers. Zij bepalen hoe de exploitatie precies wordt ingericht en hoeveel personeel daarvoor wordt ingezet. Dat is meestal pas achteraf te kwantificeren.

In het CAO-overleg hebben werkgevers en bonden aangegeven te willen streven naar nagenoeg volledige herbezetting van vrijkomende uren, als gevolg van de invoering van een gemiddelde werkweek van 36 uur (in een enkele sector 37 uur). De diverse personeels-vertegenwoordigingen (de ondernemingsraden) zullen ongetwijfeld attent zijn op de herbezetting.

Hoe een en ander zal uitwerken in werkgelegenheidseffecten is thans niet precies te zeggen. De effecten zullen – ook vanwege de spreiding van arbeidsduurverkorting en de herbezetting in 1997/1998 – pas over enkele jaren ingeschat kunnen worden.

157

Wat zijn de redenen dat buiten de jeugdhulpverlening geen andere sectoren worden gecompenseerd voor de gevolgen van de invoering van de Arbeidstijdenwet? Hoe moet in deze overige sectoren op de invoering van de Arbeidstijdenwet worden ingespeeld? (blz. 38).

In het overgrote deel van het VWS-beleidsterrein is het Werktijdenbesluit Verplegende en Verzorgende Beroepen (WBVV) en het Werktijdenbesluit Geneeskundigen en Verloskundigen (WBGV) van kracht. Over de inpassing van de werktijdenregeling voor deze sectoren in het regime van de ATW wordt op dit moment nog overlegd door SZW als beleidsverantwoordelijk ministerie, VWS en de werkgevers op het betrokken VWS-beleidsterrein.

Voor de overige beleidsterreinen was alleen voor de sector Jeugdhulpverlening tijdig voldoende cijfermatig inzicht in de mogelijke gevolgen van de invoering van de ATW dat daarover reeds de besluitvorming kon worden afgerond. Verdere besluitvorming is pas mogelijk nadat er meer gegevens van en over de betrokken sectoren beschikbaar zijn.

De minister van SZW zal de Tweede Kamer een dezer dagen informeren over de feitelijke stand van zaken met betrekking tot de invoering van de ATW in de diverse sectoren.

158

Hoe zal de verdeling plaatsvinden van de f 38 mln. die bedoeld is om in de sector jeugdhulpverlening de invoering van de Arbeidstijdenwet mogelijk te maken? Mag worden verwacht dat de zeventhonderd nieuwe

arbeidsplaatsen in deze sector moeiteloos kunnen worden vervuld? (blz. 38).

Bij de verdeling van de f 38,5 miljoen die door het kabinet structureel uit de algemene middelen ter beschikking is gesteld is gebruik gemaakt van de gegevens uit het ATOS-rapport. Dit betekent dat voor VWS structureel f 37,2 miljoen vanaf 1998 beschikbaar komt. Voor Justitie komt f 1,3 miljoen structureel beschikbaar vanaf 1998. Voor 1997 is rekening gehouden met een halfjaareffect (VWS: f 18,6 miljoen, respectievelijk Justitie f 0,65 miljoen). In een bestuurlijk overleg waarbij zowel de landelijke als regionale instellingen zijn betrokken wordt binnenkort de verdeling vastgesteld.

Het vervullen van de 700 nieuwe arbeidsplaatsen zal zeker een hele inspanning betekenen voor de werkgevers in de jeugdhulpverlening. Om die reden is gekozen voor het hierboven gememoreerde halfjaareffect.

159

Hoe wordt ingespeeld op de conclusie uit de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) dat zich binnen de gezinszorg een dramatische terugval zal voordoen in de opleidingscapaciteit (RAZ, blz 62), en dat met betrekking tot de toekomstige arbeidsmarktsituatie vooral problemen worden verwacht door een gebrek aan ziekenverzorgenden (RAZ, blz 65)? (blz. 39).

De bedoelde terugval is onderdeel van een algemener patroon van terugloop van de instroom in het verpleegkundig en verzorgend in-service-onderwijs. Deze ontwikkeling staat mijns inziens onder meer in verband met de invoering van het nieuwe opleidingsstelsel voor de verpleegkundige en verzorgende beroepen per 1 augustus 1997. Zorginstellingen en onderwijsinstellingen zijn druk bezig met de invoering van het nieuwe stelsel, terwijl aankomende leerlingen zich wellicht al oriënteren op de nieuwe opleidingen. Hoewel op zich dus verklaarbaar, baart genoemde ontwikkeling mij zorgen. Ik heb dan ook onlangs contact gezocht met mijn collega van OCenW, teneinde gezamenlijk de mogelijkheden te onderzoeken en activiteiten te ontwikkelen om de betreffende instroom te bevorderen.

Dat neemt niet weg dat een en ander primair de verantwoordelijkheid is van sociale partners op landelijk en regionaal niveau (zie ook de nota Zorg voor Werk). Het ministerie vervult een stimulerende rol via sectorfondsen, de arbeidsvoorziening, zorginstellingen en onderwijsinstellingen teneinde met name op regionaal niveau te komen tot een zo goed mogelijke afstemming van vraag en aanbod.

De sector heeft daarvoor ook instrumenten ontwikkeld in de vorm van gestructureerd regionaal overleg, waarin het prognose- en simulatie-model Regiomarge wordt toegepast.

De uit 1994 daterende prognoses met betrekking tot de ziekenverzorgenden lijken inmiddels te zijn achterhaald. De meest recente informatie over de instroom in de opleiding ziekenverzorgende laat een zich stabiliserende trend zien. Op dit moment worden zeker tot het jaar 2000 geen wezenlijke arbeidsmarktknelpunten in de zorgsector als geheel verwacht. Dat heeft onder meer te maken met een groter arbeidsaanbod van vrouwen dan voorheen voorzien.

160

Wordt met de beëindiging van het subsidie aan OSA (niet genoemd in de financiële paragraaf op blz. 7 en 8) beoogd het resterend deel (of een deel daarvan) van de taakstelling van VWS te halen? (blz. 39).

Het betreft hier het subsidie aan de OSA met betrekking tot het algemene meerjarige onderzoekprogramma. Formeel is nog niet besloten deze subsidie te beëindigen. Wel heb ik een vooraankondiging aan de OSA doen uitgaan, waarin ik mijn voornemen uitspreek het betreffende subsidie met ingang van 1 januari 1997 te beëindigen.

De (waarschijnlijke) beëindiging van het subsidie aan de OSA heeft te maken met het streven naar een zo doelmatig mogelijke inzet van beschikbare onderzoeksgelden en heeft geen relatie met enigerlei taakstelling. Ik ben bereid de mogelijkheid open te laten van het eventueel verstrekken van projectsubsidies ten behoeve van onderzoeken die naar mijn oordeel van belang kunnen zijn voor het beleidsterrein van mijn ministerie.

161

Wanneer zal de nieuwe Leidraad Klachtonderzoek de oude van 1988 vervangen? Zal daarmee tegemoet gekomen worden aan de zorgen, zoals uitgesproken door onder andere de Nationale ombudsman, de Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg en de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg, omtrent de wijze waarop de Inspectie klachten van individuele burgers afhandelt? (blz. 44).

De Tweede Kamer zal een dezer dagen de nieuwe «Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen» in concept worden voorgelegd. Het voornemen is om de Leidraad hierna per 1 december vast te stellen, zodat volstrekte duidelijkheid gaat bestaan omtrent de wijze waarop de inspectie meldingen van individuele burgers behandelt.

162

Wanneer mag de Kamer een notitie of nota tegemoet zien over de «toezichtsfilosofie» in relatie tot de op afstand geplaatste uitvoering van taken? (blz. 51).

In relatie met de discussie over de zelfstandige bestuursorganen in het kader van de doorlichting, waarin wordt gesproken over de positionering en vormgeving van de uitvoeringstaken, wordt aandacht besteed aan positie en vorm van het toezicht. De hieruit voortvloeiende «toezichtsfilosofie» zal naar verwachting in de eerste helft 1997 aan de Tweede Kamer kunnen worden gezonden, wanneer ook de resultaten van de ZBO-doorlichting aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

163

Hoe zijn de ervaringen met het bestuursraadmodel? (blz. 53).

De ervaringen met de invoering van het bestuursraadmodel bij het ministerie van VWS zijn positief. De ervaring tot op heden is dat door het bestuursraadmodel een positieve bijdrage wordt geleverd aan de interne coherentie van het ministerie.

Overigens zij erop gewezen dat de organisatie van een ministerie geen statisch gegeven is, maar vrijwel continu dient te worden afgestemd op de interne en externe situatie. Het bestuursraadmodel biedt voor deze noodzakelijke dynamiek voldoende ruimte.

164

Wordt de stijging van het ziekteverzuim veroorzaakt door de reorganisatie? Zo nee, is er een andere verklaring? (blz. 54).

Het ziekteverzuimpercentage van VWS-totaal in het jaar 1995 bedraagt 5,6%. Dit is een resultante van de cijfers over de vier kwartalen in 1995. Die zien er als volgt uit:

1e kwartaal 6,1%
2e kwartaal 5,5%
3e kwartaal 4,5%
4e kwartaal 6,4%

Het hoge ziekteverzuim in de eerste twee kwartalen van 1995 is grotendeels een gevolg van 2 griep-periodes in begin 1995. De stijging in het laatste kwartaal heeft waarschijnlijk een relatie met de lopende reorganisatie van het kerndepartement. Een andere verklaring is hier voornamelijk niet voor te geven. De reorganisatie betrof met name het kerndepartement. In vergelijking met het ziekteverzuimpercentage van de gehele overheid over 1995 van 6,0% blijft het percentage van VWS daar nog onder.

165

Wat zijn de geraamde kosten voor de verhuizing en waaruit worden die gefinancierd? (blz. 55).

De kosten van de verhuizing naar «de Resident» worden voornamelijk begroot op f 34,9 miljoen.

Deze uitgaven worden gefinancierd ten laste van het uitgavenartikel 22.01 onderdeel 05 (materieel) van de begroting.

De uitgaven kunnen als volgt worden gerubriceerd: werkplekvoorzieningen, algemene kantoorvoorzieningen, informatietechnologie, verhuis- en advieskosten.

166

Hoeveel is de administratieve lastendruk van zorgaanbieders, met name huisartsen, toegenomen door het landelijk werken van ziekenfondsen? (blz. 58).

De administratieve lasten voor de huisarts zijn aan de orde geweest in de afspraken naar aanleiding van het rapport van de paritaire werkgroep huisartsenzorg. Vanaf 1996 kunnen tussen de districtshuisartsenverenigingen (DHV'en) en alle zorgverzekeraars zorgovereenkomsten worden afgesloten. Voor de extra taken voor de DHV'en die hieruit voortvloeien, ontvangen de DHV'en met ingang van 1 juli 1996 structureel en rechtstreeks f 1 miljoen. Zorgverzekeraars dragen dit bedrag rechtstreeks af. Aan de eerdere praktijk waarbij huisartsen, in strijd met de WTG, een toeslag voor verre verzekerden in rekening brachten, is sinds de afspraken over het PWH-rapport een einde gemaakt.

167

Wordt met «smartcards» de zorgpas bedoeld? Kan dit worden toegelicht? (blz. 58).

In de bijlage bij de begroting met betrekking tot het verlichten van administratieve lasten heb ik geschreven dat zal worden gezien op welke wijze het gebruik van «smartcards» bij kan dragen tot een doelmatiger zorgproces en een doelmatiger uitvoering van de sociale ziektekostenverzekering. Met de aanduiding «smartcards» heb ik aan willen geven dat het hierbij gaat om een kaart die meer kan dan alleen het opslaan van gegevens, zoals bij een zogenaamde «domme» kaart als de magneetstripkaart. Zo'n «smartcard» met processor, kan ingezet worden als zorgpas, waarop gegevens die in het zorgverleningsproces relevant zijn zijn opgeslagen, maar kan ook gebruikt worden als middel bij de uitvoering van eigen-bijdrageregelingen en als middel ter verbetering van het betalingsverkeer in de zorgsector. Grofweg kan bij kaarten in de

zorgsector een onderverdeling worden gemaakt naar verzekerdenpas, waarop identificatiegegevens staan van de verzekerde, en medische pas, waarop naast persoonsidentificatiegegevens ook medische gegevens kunnen staan of gegevens die in geval van acute noodsituatie terstond voorhanden moeten zijn (SOS-gegevens).

In de nota Informatietechnologie in de zorgsector (Kamerstukken II 1995/1996, 24 029, nr. 1) en in het Algemeen overleg over die nota op 18 april 1996 (Kamerstukken II 1995/1996, 24 629, nr. 2) is benadrukt dat in de eerste plaats het veld aan zet is. Naar aanleiding van de ontwikkelingen in het veld zal bezien worden waar deze moeten worden ondersteund.

II ARTIKELEN

168

Kan nadere uitleg worden gegeven over de passage inzake de «te vinden dekking voor een besparingsverlies, vanwege het vooralsnog niet realiseren van een ombuiging uit de begrotingsvoorbereiding 1995»? (blz. 71).

Een deel van de ombuigingstaakstelling uit de begrotingsvoorbereiding 1995 was ten laste gebracht van uitgavenartikel 25.02, onderdeel 04. Het ombuigingsbedrag, vanaf 1997 structureel f 2,1 miljoen, was hier geparkeerd, zonder dat reeds tot concrete maatregelen op dit uitgavenartikel was besloten.

Bij de begrotingsvoorbereiding 1997 werd echter duidelijk dat de ombuiging vooralsnog niet op het uitgavenartikel 25.02 gerealiseerd zou kunnen worden. Teneinde de begrotingsuitvoering 1997 niet te frustreren met een niet-ingevulde taakstelling, is besloten dit ombuigingsbedrag voorlopig ten laste te brengen van het uitgavenartikel 22.02.

In de loop van 1997 zal definitieve besluitvorming inzake de concrete invulling plaatsvinden. Dan wordt duidelijk welk uitgavenartikel voor dit bedrag zal worden gekort.

169

Artikel 22.06 SCP.

Zijn de gevolgen van uitvoering van meer ad hoc opdrachten ten behoeve van derden de oorzaak van hogere materiële kosten? Hoe kan dit indien kostendekkende vergoedingen worden berekend? Of is dit niet het geval? (blz. 73–75).

Het uitvoeren van opdrachten voor derden is de oorzaak van hogere materiële uitgaven. Deze derden betalen hiervoor kostendekkende tarieven, zodat tegenover deze hogere materiële uitgaven evenveel inkomsten staan. Deze inkomsten worden geraamd en verantwoord op ontvangstenartikel 22.01.

170

Artikel 22.06 SCP.

Op welke wijze denkt de regering dat de opgelegde bezuiniging verwerkt moet worden; door minder «derdenwerk» of door hogere vergoedingen hiervoor? (blz. 73–75).

De opgelegde bezuinigingen van f 0,065 miljoen in 1997, f 0,137 miljoen in 1998 en f 0,141 miljoen vanaf 1998 wordt ingevuld door nadere prioritering in de aanschaf van databanken en het werk dat het SCP aan derden uitbesteedt. «Derdenwerk» heeft in dit kader een andere betekenis dan het werk dat het SCP vóór derden uitvoert en waarvoor kostendek-

kende tarieven in rekening worden gebracht. Hogere tarieven (meer dan kostendekkend) zijn in dit geval niet aan de orde.

171

Kan enige nadere onderbouwing worden gegeven voor de noodzaak van een gefaseerde personeelsuitbreiding van 49 plaatsen in verband met nieuwe wetgeving? (blz. 77).

De personeelsuitbreiding, die is gekwantificeerd op totaal 49 formatieplaatsen, bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg is een saldering van taakuitbreidingen aan de ene kant en taakafstotingen en efficiencymaatregelen aan de andere kant (referentieperiode 1985 – 2000).

De meest majeure taakuitbreidingen doen zich vooral voor bij de inspectie-activiteiten uit hoofde van de Wet BOPZ, de Wet BIG, de Wet op de medische hulpmiddelen.

Taakafstotingen zijn met name geëffectueerd door middel van het afstoten van taken die de wetgever niet langer aan de inspectie had opgedragen, c.q. door het beëindigen van activiteiten die met het inspectiewerk in engere zin te weinig relatie hebben/hadden. Voorbeelden: taken uit hoofde van de Wet Infectieziekten, taken uit hoofde van het register medische beroepsbeoefenaren, deelname aan beleidswerkgroepen, het toezien op opleidingen en opleidingsregelingen. De integratie van de drie zorginspecties tot IGZ heeft tot een efficiencyverbetering geleid.

De personeelsformatie van de BOPZ en de BIG zijn/worden op korte termijn ingevuld.

Het organisatie/formatie-traject inzake de Wet op de medische hulpmiddelen vergt nog enige tijd. Voorts is om reden van financiering fasering in de tijd aangebracht.

172

Artikel 24.02 onderdeel 3

Zijn de uitgaven die op dit artikel onderdeel 3 geraamd worden structureel van aard of tijdelijk? Indien het om structurele verplichtingen gaat, waarom worden deze dan niet overgeheveld naar de AWBZ? Als het om tijdelijke uitgaven gaat, wanneer ontstaat er dan beleidsruimte en in welke omvang? (blz. 82).

De uitgaven geraamd op artikel 24.02 onderdeel 3 betreffen structurele verplichtingen aan de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Limburg. Gezien het specifieke karakter van deze verplichtingen zijn deze niet meegenomen in de overheveling van WBO-middelen naar de AWBZ. Met de betrokken provincies en de ZFR zal worden nagegaan op welke wijze de lopende verplichtingen kunnen worden overgenomen door de ZFR, onder gelijktijdige overheveling van de betrokken middelen naar de AWBZ.

173

Artikel 24.04 jeugdbeleid.

Kan een toelichting worden gegeven op de betekenis van de kolommen in tabel I? (blz. 90).

In de afwerking van de kopjes van de kolommen is een drukfout geslopen. Een correcte weergave van tabel I treft u hieronder aan.

Tabel I: Capaciteiten residentieel, pleegzorg en dagbehandeling, alsmede bedragen inclusief ambulant en exclusief intensiveringsmiddelen 1996 voor de jaren 1995 en 1996 (stand ontwerp-begroting, bedragen x f miljoen)

Provincies/regio	Residentieel Capaciteit		Pleegzorg Capaciteit		Dagbehandeling Capaciteit		Bedrag	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996
Groningen	256	250	375	375	121	144	30,3	30,9
Friesland	281	268	330	330	137	137	35,0	35,6
Drenthe	187	187	187	187	138	138	23,2	23,2
Overijssel	291	291	342	342	295	295	42,9	43,6
Gelderland	791	784	890	890	500	504	95,5	94,9
Flevoland	80	80	110	110	52	52	11,5	12,1
Utrecht	552	552	493	493	313	313	61,2	60,5
Noord-Holland	650	623	507	507	327	377	65,8	67,0
Zuid-Holland	562	373	680	446	593	395	71,9	75,2
Zeeland	90	90	269	269	111	111	13,6	14,5
Noord-Brabant	812	801	1062	1057	532	541	98,6	102,1
Limburg	819	795	602	564	537	537	94,7	93,7
Amsterdam	730	630	858	896	565	562	93,7	95,3
Rotterdam	638	593	771	808	264	388	55,0	56,1
Den Haag	370	424	527	573	223	311	37,2	47,9
Totaal raming	7 109	6 741	8 003	7 847	4 708	4 805	830,1	852,6

Ter toelichting merk ik op dat de capaciteit betrekking heeft op het aantal plaatsen of bedden. De laatste twee kolommen betreffen bedragen, gesteld in miljoenen gulden.

174

Kan een tabel verstrekt worden, waarbij de capaciteit op provinciaal/ regionaal niveau in 1995 (residentieel, pleegzorg, dagbehandeling, intensief ambulant, overig) gezet wordt naast dezelfde capaciteit in 1996 (in dezelfde hulpverleningsvarianten), inclusief de extra capaciteit vanwege de inzet van de intensiveringsmiddelen? (blz. 90).

Tabel : Capaciteiten residentieel, pleegzorg en dagbehandeling, inclusief intensiveringsmiddelen 1996 voor de jaren 1995 en 1996

Provincies/regio	Residentieel Capaciteit		Pleegzorg Capaciteit		Dagbehandeling Capaciteit	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996
Groningen	256	250	375	375	121	144
Friesland	281	268	330	330	137	137
Drenthe	187	187	187	194	138	138
Overijssel	291	414	342	394	295	353
Gelderland	791	853	890	904	500	520
Flevoland	80	112	110	110	52	82
Utrecht	552	552	493	493	313	313
Noord-Holland	650	623	507	507	327	377
Zuid-Holland	562	373	680	546	593	395
Zeeland	90	118	269	303	111	111
Noord-Brabant	812	922	1062	1157	532	604
Limburg	819	795	602	564	537	537
Amsterdam	730	630	858	896	565	562
Rotterdam	638	593	771	808	264	388
Den Haag	370	424	527	573	223	311
Totaal raming	7 109	7 114	8 003	8 154	4 708	4 972

Ter toelichting merk ik het volgende op:

– Bij de hulpverleningsvariant «overig» kan niet van capaciteiten gesproken worden, maar is sprake van aantallen jeugdigen. Dit geldt tevens voor wat betreft 1995 en 1996 voor de hulpverleningsvariant «intensief ambulant».

– Voor wat betreft de extra capaciteit vanwege de inzet van de intensiveringsmiddelen is sprake van toegestane capaciteit.

175

Kan een tabel verstrekt worden waarbij de capaciteit van verschillende hulpvarianten in de jaren 1995 en 1996 op regionaal en landelijk niveau bij elkaar opgeteld worden? (blz. 90).

Tabel: Capaciteiten residentieel, pleegzorg en dagbehandeling, inclusief intensiveringsmiddelen 1996 voor de jaren 1995 en 1996

Instellingen	Residentieel Capaciteit		Pleegzorg Capaciteit		Dagbehandeling Capaciteit	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996
Regionaal	7 109	7 114	8 003	8 154	4 708	4 972
Landelijk	902	902	327	327	n.v.t.	n.v.t.
Totaal	8 011	8 016	8 330	8 481	4 708	4 972

176

De optellingen (Totaal/aantal) in Tabel II kloppen niet. Kloppen de cijfers in de kolommen niet of is de optelling niet juist? Hoe moeten de cijfers luiden? (blz. 90).

Enkele cijfers waren in een verkeerde kolom geplaatst, waardoor de totalen niet correspondeerden met de erboven gepresenteerde cijfers. De juiste cijfers zijn hieronder vermeld.

Daarbij is tevens een nagekomen aanpassing in het bestedingenplan in de provincie Drenthe verwerkt.

	intensief ambulant	semi- residen- tieel	pleeg- zorg	residen- tieel	overig	totaal jeugdigen/ plaatsen
Drenthe	63		7			63/7
Overijssel	275	58	52	123		275/233
Gelderland	660	16	14	69		660/99
Flevoland	126	30		32		126/62
Zuid-Holland	172		100		213	385/100
Haaglanden	60					60/90/62
Zeeland	90		34	28		90/62
Noord-Brabant	470	63	100	121		470/284
Totaal	1 916	167	307	373	213	2 129/847

Toelichting:

Voor wat betreft de extra capaciteit vanwege de inzet van de intensiveringsmiddelen is er sprake van toegestane capaciteit. Binnen de hulpvariant residentieel kunnen intensiveringsmiddelen ingezet om bestaande residentiële plaatsen op te waarden tot intensief residentiële plaatsen.

177

Welk effect heeft de decentralisatie van een zestal landelijke voorzieningen op de residentiële capaciteit op provinciaal/regionaal niveau? (blz. 92).

In bijlage 3 van het Beleidskader Preventieve en Curatieve Jeugdzorg 1997–2000 (blz. 111–113) wordt uitvoerig ingegaan op het effect van de

decentralisatie van een zestal landelijk werkende residentiële voorzieningen.

Bijgaand treft u een gecompriemd overzicht aan.

Tabel: Effect decentralisatie op residentiële capaciteit op provinciaal/regionaal niveau

Provincie/instelling	Residentieel 1997	Capaciteit
Overijssel:		
- De Ambelt, Zwolle	60	
- Bredervoort, Barneveld (50%)	78	
Totaal Overijssel		138
Gelderland:		
- Bredervoort, Barneveld (50%)	78	
Totaal Gelderland		78
Zuid-Holland:		
- Hollands Glorie, Dordrecht	24	
- Kinabu, Zeist	14	
Totaal Zuid-Holland		38
Noord-Brabant:		
- De Widdonck, Heythuysen	101	
- De Brink, Stevensbeek	22	
Totaal Noord-Brabant		123

178

Kan nader worden aangegeven op welke wijze de neerwaartse bijstelling in artikel 24.05/03 (1997: f 22 643 000 tegenover 1996: f 25 217 000) zal worden gerealiseerd? Kan een nadere toelichting worden gegeven bij de post «overige uitgaven»? (blz. 94).

Het bedrag beschikbaar voor «Overige uitgaven» is in 1997 f 2 574 000 lager dan het bedrag beschikbaar voor 1996. Het verschil tussen de twee jaren wordt voornamelijk veroorzaakt door twee eenmalige posten in 1996. Het gaat hier om de bijdrage van f 2 miljoen in de restauratie van «Auschwitz» en een eenmalige post ad f 0,4 miljoen betreffende het in 1996 tot besteding komen van het door het kabinet beschikbaar gestelde budget ad f 10 miljoen in het kader van het herdenkingsjaar 1995. Deze bedragen worden in het kader van de eindejaarsmarge overgeheveld van 1995 naar 1996.

De hoge realisatie 1995 van de post «Overige uitgaven» wordt veroorzaakt door het in 1995 beschikbaar gestelde bedrag ad f 10 miljoen.

179

Kan nader worden aangegeven welke concrete maatregelen worden bedoeld met het «pro-actief herstructureringsbeleid» zoals vermeld in de toelichting bij artikel 24.05 onderdeel 02 Vergoeding van apparaatskosten? (blz. 97).

Zie antwoord op vraag 39.

180

Welke concrete en nieuwe toezeggingen heeft de regering al daadwerkelijk vastgelegd voor de uitgaven, die ten laste kunnen komen van artikel 24.07 Sportbeleid? (blz. 100).

Er zijn in het kader van het sportbeleid nog geen nieuwe verplichtingen aangegaan voor 1997.

Vanzelfsprekend zijn de nieuwe voornemens wel van een financiële onderbouwing voorzien.

181

Kan informatie worden gegeven over de gang van zaken van PHLS? Werkt de taakverdeling tussen ministerie en NOC-NSF, zoals bedoeld bij het project? (blz. 100–101).

De ontwikkeling van het landelijke sportbeleid is (en blijft) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de rijksoverheid en het particulier initiatief. Daarbij legt de rijksoverheid de accenten op het monitoren, signaleren en stimuleren van de sportbeoefening. Het accent voor het particuliere initiatief ligt naast het stimuleren ook op het uitvoeren van het beleid.

Op planniveau vindt gestructureerd overleg met het NOC*NSF plaats over de prioriteiten en inrichting van het beleid en de daarbij behorende rijksbegroting voor het lopende en het daaropvolgende jaar.

Op programmaniveau bestaat er overleg met de landelijke sportorganisaties die activiteiten ontwikkelen en uitvoeren binnen de afspraken op planniveau.

NOC*NSF heeft daarbij de mogelijkheid de rijksoverheid te adviseren over de inhoud van die activiteiten.

Daarnaast kan NOC*NSF op het programmaniveau ook eigen werkprogramma's indienen. Vanwege de bijzondere positie van de SNS (die zorgdraagt voor een afzonderlijke geldstroom in de sport) vindt er jaarlijks overleg plaats tussen het ministerie en de SNS. Ook heeft er over de prioriteiten in het sportbeleid jaarlijks overleg plaats met de andere overheden.

De afspraken tussen het ministerie en het NOC*NSF werken in de praktijk aanvullend op elkaar en worden mede daardoor als positief ervaren.

182

*Artikel 24.07 onderdeel 2
Waarom is er niet voor gekozen om de subsidietaakstelling ten laste te laten komen van onderdeel 1 (Landelijke sportvoorzieningen) in plaats van onderdeel 2 (ten laste van technische begeleiding, opleidingen en individuele begeleiding)? (blz. 102).*

De subsidietaakstelling is ten laste gebracht van beide onderdelen. Zo is bij onderdeel 1 ook bezuinigd op de landelijke sportorganisaties. Dat relatief het grootste deel ten laste is gekomen van onderdeel 2 heeft te maken met het belang, dat gehecht wordt aan een goede organisatorische infrastructuur.

183

Is binnen de genoemde bedragen onder artikel 24.09 voorzien in subsidie ten behoeve van STOA en NVJ in het kader van een overgangsregeling? (blz. 106).

Ja.

184

In 1996 is de nieuwe landelijke minderhedenorganisatie Forum officieel van start gegaan. Kan de regering aangeven hoe de stand van zaken m.b.t. Forum er voor 1997 uitziet? (blz. 109).

Het jaar 1996 staat voor Forum in het teken van interne organisatieontwikkeling. Naar het zich laat aanzien zal dat traject ook in 1997 nog gedeeltelijk zijn beslag dienen te krijgen.

In 1996 is daartoe een stappenplan ontwikkeld. In dat kader worden de volgende stappen onderscheiden:

1. formulering van een meerjarenbeleidsplan, waarin werkerrein, positie en bijdrage van Forum wordt beschreven. Het plan dient voorts richtinggevend te zijn voor de werkplannen en de strategische analyse (afgerond, juni 1996);
2. op basis van het meerjarenbeleidsplan en omgevingsonderzoek, ontwikkelen van een strategisch beleidsplan. Het omgevingsonderzoek heeft inmiddels zijn weerslag gekregen in een rapportage met betrekking tot de positionering en profilering van de organisatie (oktober 1996). De interne besluitvorming dienaangaande die moet uitmonden in het strategisch beleidsplan, is momenteel gaande;
3. opstellen van een implementatieplan strategisch beleid (afroning wordt nog voorzien in 1996);
4. start van transformatietraject ten einde uit te komen op het inhoudelijk en organisatorisch wenselijke profiel (1997).

185

In 1995 heeft de Kamer de regering middels een amendement verzocht de STOA en de NVJ na 1995 in het kader van een overgangsregeling te blijven subsidiëren. Op welke wijze is hieraan uitvoering gegeven en hoe is de stand van zaken hieromtrent voor 1997? (blz. 109).

De NVJ heeft in 1996 subsidie ontvangen tot een zelfde bedrag als in 1995. De STOA heeft naast de reguliere subsidie vanuit OCenW in 1996 vanuit VWS projectsubsidies ontvangen voor diverse projecten.

Beide organisaties kunnen ook in 1997 in aanmerking komen voor subsidie, mits de aanvragen voldoen aan de criteria terzake.

De STOA heeft voor het jaar 1997 reeds twee aanvragen voor projectsubsidies ingediend, waarvan er een is gehonoreerd en een nog in behandeling is.

186

Mede vanwege de reorganisatie van het ministerie van VWS ontvangt een aantal instellingen en minderhedenorganisaties in een vrij laat stadium een antwoord van VWS op hun projectaanvragen. In een aantal gevallen betekende dit, dat projecten pas in november 1996 kunnen worden gestart, terwijl financiële middelen worden toegewezen op basis van het oorspronkelijk ingediende plan, waarin het project in juni start. Op basis van de geldende subsidievoorwaarden komen de organisaties vervolgens in problemen bij de uitvoering van het project, omdat de subsidie in 1996 moet worden besteed. Kent de regering dit probleem en hoe denkt zij hiermee om te gaan in 1996/1997? (blz. 109).

Mede vanwege de reorganisatie kan het zijn dat organisaties in een vrij laat stadium een antwoord hebben ontvangen op hun projectaanvragen. In die situaties wordt evenwel altijd in overleg bekeken of de looptijd van het project aansluit bij het subsidiejaar.

Indien de start van een project verlaat is en eindigt in 1997, wordt bij de subsidietoezegging hiermede rekening gehouden. Er zijn geen gevallen bekend waar organisaties in de problemen zijn gekomen vanwege een verlate beantwoording.

187

Welke nieuwe VWS-activiteiten zal de regering in 1997 ten laste laten komen van de onder artikel 25.02 Volksgezondheidsbeleid in aanmerking komende uitgaven? (blz. 120).

De belangrijkste nieuwe activiteiten ten laste van dit artikel betreffen de volgende activiteiten.

Ten behoeve van de invoering van de Wet op de Orgaandonatie wordt in 1997 op de begroting ruim f 15 miljoen uitgetrokken.

Het onderdeel «Alcohol-, drug- en tabaksbeleid» wordt structureel verhoogd met f 18 miljoen in verband met de uitvoering van de drugnota.

Het gaat om f 5 miljoen ten behoeve van preventie en monitoring van alcohol- en drugsmisbruik, f 10,5 miljoen voor het zogeheten drang- en overlastbeleid en f 2,5 miljoen voor de experimenten met heroïne-verstrekking. Daarnaast is voor 1997 aan de middelen voor het Patiënten/Consumentenfonds f 1 miljoen gulden toegevoegd.

Een belangrijke nieuwe activiteit betreft de oprichting van het Illegalen-fonds waarvoor een nieuw artikelonderdeel 12 is gecreëerd. Dit uitgaven-artikel omvat in 1997 f 11 miljoen.

188

Welke besparingen acht de regering in het kader van het terugdringen van de kosten van medicijnen en geneesmiddelen mogelijk terzake de kosten van de influenzavaccinatie voor dit jaar en voor volgende jaren? (blz. 124).

Dit jaar is voor de griepvaccinatie een bedrag van f 61 miljoen beschikbaar. Voor volgend jaar is voorzien in een budgettair kader van f 46 miljoen voor de griepvaccinatie.

Voor 1996 heeft de KNMP vrijwillig de prijzen van de griepvaccins in de taxe verlaagd van f 23,- naar f 7,-. Deze verlaging levert dit jaar reeds een macrobesparing op van f 12 miljoen.

De LHV heeft aangegeven om voor 1997 met een plan te komen om de griepvaccinatie in overleg met andere partijen te regelen binnen het budgettaire kader van f 46 miljoen.

189

Wat is de aard en inhoud van het conflict van de regering met de Landelijke Huisartsen Vereniging omtrent de vaccinatie tegen influenza? Komt als gevolg hiervan het vaccinatieprogramma tegen influenza voor dit jaar in gevaar? (blz. 124).

Over de griepvaccinatie heb ik de voorzitter van de Tweede Kamer geïnformeerd bij brief van 10 oktober 1996, kenmerk CSZ/EZ-9611 705. In aanvulling hierop kan ik nog melden, dat het COTG in zijn vergadering van 21 oktober jl. een uniform tarief voor 1996 van f 16,50 heeft vastgesteld, opgebouwd uit een bedrag van f 9,50 voor onbepaalde tijd plus f 7,00 voor de winter 1996/1997. Daarmee zijn er dus geen belemmeringen meer voor het lopende vaccinatieprogramma.

190

Artikel 25.02, onderdeel 11.

Hoe verhoudt de f 1,5 miljoen ter ondersteuning van de doelmatige geneesmiddelenvoorziening zich tot de f 3,52 miljoen voor het drie-jarenplan om huisartsen ertoe te bewegen geneesmiddelen voortaan op stofnaam te laten voorschrijven, blz. 17? Waarom is dit bedrag van f 1,5 miljoen structureel? Kan dit nader worden toegelicht? (blz. 129).

De kosten van de uitvoering van het implementatieprogramma voor het op stofnaam voorschrijven bedragen f 3,52 miljoen. Enkele activiteiten voortvloeiend uit het programma worden uitgevoerd door de Stichting doelmatige geneesmiddelenvoorziening (SDGV). De hiermee gemoeide kosten bedragen additioneel f 1,5 miljoen. Deze f 1,5 miljoen wordt

structureel vrijgemaakt uit de TVK-faciliteringsmiddelen (zie FOZ 1996, pagina 10).

Het bedrag is structureel van aard omdat het implementatieprogramma dat het op stofnaam voorschrijven in gang zet vervolgens structureel moet worden «onderhouden».

191

Kan de regering in relatie tot het illegalenfonds exact definiëren wanneer feitelijk sprake is van een «acute noodsituatie», wie dat in voorkomend geval bepaalt en of en zo ja, hoe de controle daarop is geregeld? (blz. 130).

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u in de eerste plaats naar de Kamerbehandeling van de Koppelingswet zoals die de afgelopen maand heeft plaatsgevonden en naar verwachting op 31 oktober wordt afgerond. Tijdens deze behandeling is zowel schriftelijk als mondeling meer informatie verstrekt over de precieze werking van het op te richten fonds.

Kort samengevat komt dit op het volgende neer. Het fonds (f 11 miljoen gulden in 1997) wordt beheerd door een stichting, opgericht vanuit bestaande lokale en regionale samenwerkingsverbanden op het gebied van zorgverlening aan illegalen.

De stichting verricht betalingen aan regionale platforms illegalenzorg voor die hulpverleners die, door het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen, financiële problemen ondervinden. Het gaat dus om een tegemoetkoming bij financiële knelpunten, niet om een kostendekkende regeling. Voor ziekenhuizen geldt een andere regeling: zij kunnen een beroep doen op de COTG-richtlijn dubieuze debiteuren.

In de contacten met hulpverleners is gebleken dat de term «acute noodsituatie» niet goed hanteerbaar is en dat de term «medisch noodzakelijke zorg» een betere omschrijving is van die zorg, die een arts niet aan een patiënt mag weigeren. De overheid treedt zelf niet in de vraag wanneer medische hulp noodzakelijk is, maar laat het oordeel hierover aan de arts.

192

Wanneer komt het besluit op de aanvraag voor een woontrainingsproject op Werkenrode voor jongeren van De Monnikskap uit Nijmegen, een opleidingsinstelling voor jongeren met een handicap of ziekte (zie ook beleidskader blz. 14)? (blz. 159).

De Ziekenfondsraad, die belast is met de uitvoering van de regeling Kindergezinsvervangende tehuizen (KGV'T'en), heeft in de afgelopen periode concrete plannen ontvangen van Werkenrode (en soortgelijke voorzieningen) ten behoeve van de realisering van permanente woon-/verblijfsvoorzieningen (KGV'T'en) voor jongeren met een lichamelijke handicap.

Binnenkort zal de raad ter zake schriftelijk worden meegedeeld dat de huidige financiële situatie en de daaruit noodzakelijkerwijs voortvloeiende prioriteitenstelling geen ruimte bieden om in het kader van het JOZ 1997 gelden te bestemmen voor de bewuste initiatieven.

Wel is het bedrag van maximaal f 1,2 miljoen, dat bij onder andere Werkenrode voor het jaar 1996 beschikbaar is gesteld voor de financiering van in gang gezette noodprojecten, structureel, en kan dus in 1997 worden gecontinueerd.

In het kader van de nog beschikbare volumeruimte voor exploitatie van planning- en bouwbeslissingen van het bouwprogramma 1997 – 2000 zal worden gezien of een oplossing voor de onderhavige problematiek geboden kan worden in 1998 en verder.

193

Er zijn extra middelen vrijgemaakt om bestaande capaciteits- en plaatsingsproblemen in de geïndiceerde jeugdzorg terug te dringen tot wat mag worden beschouwd als «aanvaardbare proporties». Wat wordt verstaan onder aanvaardbaar? (blz. 159).

De capaciteitsproblemen in de jeugdzorg worden langs twee wegen benaderd:

1. extra middelen voor capaciteitsuitbreiding intramuraal semi- en (intensief) extramuraal en pleegzorg (1 500 à 2 000 plaatsen);
2. verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid.

Voor beide trajecten gezamenlijk is een bedrag beschikbaar dat oploopt van f 51,3 miljoen in 1996 naar f 72 miljoen in 1999 en volgende jaren.

Hoewel het begrip «aanvaardbare proporties» niet is geoperationaliseerd in termen van maximale wachttijd of wachtlijstomvang, mag van deze combinatie van maatregelen een duidelijke verbetering van de plaatsingsproblematiek worden verwacht, doordat meer plaatsen beschikbaar komen en jeugdigen sneller op de juiste plaats terecht komen.

Daarnaast komt een structureel bedrag van f 38,5 miljoen beschikbaar voor invoering van de Arbeidstijdenwet in de sector jeugdhulpverlening.

194

Zijn er momenteel nog problemen over de verdeling van de extra middelen over provincies en grootstedelijke regio's? (blz. 159).

De middelen voor capaciteitsuitbreiding worden verdeeld op basis van een verdeelsleutel die relatieve tekorten tussen provincies aangeeft. Op grond daarvan komen de provincies Drenthe, Overijssel, Gelderland, Flevoland, Zuid-Holland, Zeeland, Noord-Brabant en de regio Haaglanden in aanmerking voor intensiveringsmiddelen. Deze verdeling geldt voor de periode tot en met 1999 en is uiteindelijk door partijen geaccepteerd. Daarbij is afgesproken dat – met het oog op in 2000 vrijvallende middelen – uiterlijk in 1999 een nieuwe, zo breed mogelijk gedragen, verdeelsleutel beschikbaar komt. Om provincies en grote steden die niet meedelen in de intensiveringsmiddelen ook in staat te stellen intensief ambulante hulp in de eigen regio te creëren, is eenmalig vanuit de intensiveringsmiddelen 1996 in totaal een bedrag van f 2 miljoen beschikbaar. Bovendien is met de provincies die intensiveringsmiddelen ontvangen, de afspraak gemaakt dat zij bereid blijven tot buitenregionale plaatsingen.

195

Wanneer komt er duidelijkheid over de vormgeving van de opvang voor de «moeilijk plaatsbaren»? (blz. 159).

Het gaat in grote lijnen om een voortzetting van het «noodverband moeilijk plaatsbaren» dat in de periode juni – september 1995 heeft gefunctioneerd. De nadere uitwerking zal voor het overleg over het Beleidskader preventieve en curatieve jeugdzorg bekend zijn.

196

Op basis van welk onderzoek wordt de uitspraak gedaan dat de kloof zich lijkt te vergroten tussen het deel «harde-kern»-jongeren van de «15%» en het deel jeugdigen die zich tamelijk probleemloos ontwikkelen (zie ook beleidskader blz. 13)? (blz. 159).

De constatering in het Beleidskader dat de kloof tussen de «harde kern jongeren» en andere jeugd groeit, is gebaseerd op rapporten van onder

meer het Sociaal Cultureel Planbureau. («Rapportage jeugd 1994», Rijswijk, juni 1994, Sociaal en Cultureel Rapport 1996, Rijswijk, september 1996), het rapport van de Commissie-Montfrans («Met de neus op de feiten», ministerie van Justitie, maart 1994), het beleidsadvies van prof.dr. C.J.M. Schuyt («Kwetsbare jongeren en hun toekomst», Amsterdam, mei 1995) alsook op tal van signalen in de media en het veld.

197

Wanneer ontvangt de Kamer de resultaten van het door het Nederlands centrum voor geestelijke gezondheidszorg uitgevoerde evaluatieonderzoek over de pilotprojecten jeugdhulpverlening? (blz. 159).

Het rapport zal half november beschikbaar komen en zo spoedig mogelijk daarna naar de Tweede Kamer worden gezonden.

III BIJLAGE 1A

198

Kan een overzicht worden gegeven van het aantal adviesorganisaties dat voor het departement werkzaam is (geweest) en de daarmee gemoeide kosten? (blz. 3).

Op het terrein van de maatschappelijke ontwikkeling en volksgezondheid zullen drie adviesorganen werkzaam zijn, te weten de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, de Raad voor de Volksgezondheid en de Zorggerelateerde dienstverlening en de Gezondheidsraad. In totaal zal daarmee in 1997 naar verwachting circa f 13 miljoen gemoeid zijn.

Naast deze adviescolleges zijn er op het terrein van VWS organen werkzaam geweest, die weliswaar adviezen gaven aan de minister van VWS, maar waarvan dat niet als hun exclusieve taak kon worden beschouwd. Deze organen zijn mede op grond van «raad op maat» opnieuw bezien. De adviestaken van deze organen zijn komen te vervallen en de uitvoeringstaken zullen opnieuw worden gepositioneerd en vormgegeven zoals aangegeven in mijn brief van 11 juli 1996 (Tweede Kamer 1995/1996, 21 427, nr. 155) aan de Tweede Kamer.

199

Heeft de reorganisatie van het departement geleid tot een toename van het bij het departement werkzame personeel op uitzendbasis? Kan hier een apart overzicht van worden gegeven? (blz. 3).

In 1995 is ten behoeve van het inhuren van personeel op uitzendbasis een bedrag van f 2,4 miljoen uitgegeven. Tot en met 23 oktober 1996 is hiervoor een bedrag uitgegeven van f 2,7 miljoen. De reorganisatie heeft er inderdaad toe geleid dat er sprake is van een (lichte) toename. Dit is enerzijds veroorzaakt door een terughoudend aangaan van structurele verplichtingen (vast personeel) en anderzijds een langdurige vacaturestop (ook al in het najaar van 1995). Deze vacaturestop is beëindigd nu het kerndepartement vorm heeft gekregen en de organisatie (en daarmee ook de vacatures) kan worden ingevuld.

Op basis van binnen VWS gehanteerde middelsommen van f 84 000 en f 85 000 voor respectievelijk 1995 en 1996 is er voor 28,57 FTE en 31,76 FTE personeel ingehuurd op uitzendbasis.