

Vergaderjaar 2004–2005

30 100 XVI

Jaarverslag en slotwet ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2004

Nr. 6

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 10 juni 2005

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de volgende vragen ter beantwoording voorgelegd over het jaarverslag 2004 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (30 100 XVI, nr. 1).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 9 juni 2005. De vragen en antwoorden zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), onder-voorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA) en Koşer Kaya (D66).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Vacature (algemeen), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA) en Bakker (D66).

Vragen en antwoorden naar aanleiding van het Jaarverslag 2004 van het ministerie van VWS

1, 129, 135, 142 en 147

Kan de regering een overzicht geven, zowel in de vorm van een tabel als in een grafiek, van de ontwikkeling van de wachtlijsten-/tijden in de onderscheiden sectoren in de AWBZ (GGZ, verpleging, verzorging en ouderen en gehandicapten), de cure en de jeugdzorg vanaf het jaar 1998 (of zo vroeg als mogelijk)?

Kan precies worden per sector of doelgroep (ouderen, gehandicapten, psychiatrie, jeugd etcetera) en per functie of soort zorg (dagbesteding, verblijf, thuishulp, begeleiding etcetera) hoe de ontwikkeling is geweest in productie en kan precies worden aangegeven hoe de wachtlijsten en wachttijden zich hebben ontwikkeld in cijfers die vergelijkbaar zijn met cijfers uit voorgaande jaren?

Welke wachtlijsten zijn teruggedrongen en met welk concreet resultaat met betrekking tot wachttijden en uitbreiding van het aantal plaatsen voor wachtenden in de cure en care?

Welke concrete resultaten zijn geboekt ten aanzien van het terugdringen van de wachtlijsten voor zowel de cure als de care als gevolg van de productieverhoging? Hoe verhoudt zich dat tot de concrete wachttijden voor cliënten?

Op welke wijze hebben de extra middelen voor de wachtlijstreductie bijgedragen aan het beperken van de bestaande wachtlijsten? Wat heeft deze extra impuls concreet betekend voor de wachttijden voor cliënten?

In de begroting voor 2004, en daarop aansluitend de verantwoording daarover, is de focus verschoven van het sturen op (verkorting van) wachtlijsten en -tijden naar het vergroten van productie.

In de afgelopen jaren zijn in het streven naar verkorting van de wachtlijsten in alle sectoren duidelijk resultaten geboekt. Deze trend is in hoofdlijnen beschreven op blz. 14 en 15 van de beleidsprioriteiten in het jaarverslag. Niettemin blijft de ontwikkeling van wachtlijsten en -tijden moeilijk voorspelbaar en moeilijk stuurbaar. Afgezien van demografische ontwikkelingen spelen latente vraag, technologische, sociaal-culturele en organisatorische ontwikkelingen daarbij een rol.

Een één op één relatie tussen de inzet van extra middelen, de realisatie van extra productie en de verkorting van wachtlijsten is daarom niet goed te maken. Het kan ook voorkomen dat een wachtlijst afneemt, zonder dat extra productie geleverd is of omgekeerd dat de wachtlijst toeneemt terwijl extra productie is gerealiseerd. Dat eerste kan bijvoorbeeld het geval zijn bij opschoning van de wachtlijsten. Het tweede doet zich voor wanneer latente vraag manifest wordt.

Dat er in 2004 extra productie gerealiseerd is, is wél eenduidig vast te stellen. De productiegegevens voor de ziekenhuiszorg staan in tabel 22.1 op blz. 47 van het jaarverslag. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn productiegegevens opgenomen in tabel 24.1 op blz. 64. Voor de gehandicaptenzorg zijn deze te vinden in tabel 26.1, op pagina 80.

Gegevens over de ontwikkeling van wachtlijsten-/tijden in voorgaande jaren zijn voorts te vinden in de brancherapporten voor cure en care, op www.brancherapporten.minvws.nl. Gegevens over de ontwikkeling van wachtlijsten-/tijden Jeugdzorg zijn met de Eindrapportage «Taskforce Wachtlijsten Jeugdzorg» in september 2004 aan de TK aangeboden (TK 2004–2005, 29 815, nr. 1). Daarnaast is afgesproken dat de TK via voortgangsberichten op de hoogte gehouden wordt van de ontwikkelingen in de jeugdzorg, waaronder de wachtlijsten. Het eerste voortgangsbericht is onlangs naar de TK gestuurd (TK 2004–2005, 29 815, nr. 31). Om het beeld van de wachtlijsten-/tijden actueel te houden wordt op dit moment aan enkele rapportages gewerkt:

- een analyse van GGZ-Nederland voor de geestelijke gezondheidszorg, die vóór deze zomer uit zal komen;
- de verdiepingsmonitor van het CVZ, met een analyse van de ontwikkeling van de vraag en het aanbod in de de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging, voorzien voor september van dit jaar.

2

Is het niet verstandiger de diverse artikelen van het jaarverslag te beginnen met de daadwerkelijke effecten van het beleid, in plaats van een weergave van de inspanningen van het ministerie; dit omdat inspanningen niet veel zeggen over de wijze waarop de doelstellingen uit de begroting daadwerkelijk zijn gerealiseerd, ook wel outcome geheten?

In het Jaarverslag 2004 wordt aan het begin van elk beleidsartikel de belangrijkste politieke resultaten vermeld. Dit betreffen de concrete resultaten die in 2004 door mijn ministerie zijn behaald, waarvoor ik verantwoordelijk ben en die bijdragen aan de VWS-doelstellingen. In de beleidsartikelen, in de tabel «voorgenomen beleidsprestaties» en de toelichting daarop, is voorzover mogelijk vermeld in welke mate de beoogde doelstellingen zijn bereikt. Hiervoor ben ik niet alleen verantwoordelijk, ook andere actoren en factoren spelen daarbij een belangrijke rol. Bovendien zijn de doelstellingen veelal niet per jaar geformuleerd, maar bestrijken een langere periode. Daarom leent dit zich minder om aan het begin van elk artikel op te nemen.

3

Hoe zijn de structurele gelden voor de aanpak van spanningen tussen bepaalde groepen allochtonen en homoseksuelen, die de Kamer door middel van het amendement Van der Laan (29 800 XVI, nr. 6) beschikbaar stelde, tot nu toe besteed? Op welke wijze worden de gelden voor homo-emancipatie, zoals beschikbaar gesteld bij de amendementen 29 800 VIII, nr. 12 en 29 800, nr. 7, besteed? Welke verantwoordelijkheid neemt de coördinerend staatssecretaris voor homo-emancipatie hierbij?

De gelden die door middel van het amendement Van der Laan beschikbaar gesteld zijn, zijn van toepassing op het begrotingsjaar 2005 en spelen daarom geen rol in het Jaarverslag 2004. In de beleidsbrief homo-emancipatiebeleid van de coördinerend staatssecretaris homo-emancipatie wordt ingegaan op de besteding van de gelden van de amendementen Van der Laan (29 800 XVI, nr. 6; 29 800 VII, nr. 12 en 29 800 VI, nr. 7). Deze beleidsbrief over homo-emancipatiebeleid wordt voor het zomerreces aan de Kamer aangeboden.

4

Wat is de stand van zaken rond de besteding van de structurele gelden voor het uitbreiden van heroïneverstrekking aan chronisch verslaafden (29 800 VI, nr. 92)? Hoe verloopt de samenwerking met de minister van Justitie in deze? Zijn de gelden al naar de gemeenten overgemaakt? Zo nee, waarom niet? Wanneer ontvangen de gemeenten het geld om met de uitbreiding aan de slag te gaan?

Vorig jaar heeft uw Kamer ingestemd met de mogelijkheid tot uitbreiding van het aantal behandelplaatsen tot 1000. Voor deze uitbreiding werd door de minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties € 1,0 miljoen per jaar voor de periode 2005–2007 beschikbaar gesteld. De gemeenten zouden dus de kosten voor uitbreiding grotendeels zelf moeten betalen. Een enkele gemeente heeft toen een aanvraag ingediend voor een behandelunit. Na de aanneming van het amendement Van der Laan op de begroting van het Ministerie van Justitie over 2005 om € 6,0 miljoen beschikbaar te stellen voor uitbreiding, hebben in totaal 17

gemeenten plannen ingediend. Bijna alle gemeenten stellen als voorwaarde dat de rijksoverheid een structurele financiële bijdrage levert. Het amendement betreft de begroting van 2005, en voorziet dus niet in een structurele bijdrage aan de kosten. Ik heb daarom de Minister van Justitie voorgesteld het bedrag van € 6,0 miljoen over 2005–2007 te spreiden, zodat het mogelijk is dat de gemeenten een verantwoorde start kunnen maken. Over dit voorstel is nog overleg gaande. Zodra hierover meer duidelijkheid is, kan ik de gemeenten laten weten wat het financieel perspectief is. Op basis daarvan zullen gemeenten moeten beslissen of zij hun aanvraag al of niet doorzetten.

Indien de aanvragen afwijken van de CIBH-richtlijnen (Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaving), zal ik dit met de betreffende gemeenten bespreken. De afspraken tussen rijk en gemeente zullen vastgelegd worden in een overeenkomst, waarna tot betaling overgegaan kan worden. Een concrete datum kan ik daarvoor niet noemen, maar ik streef er naar het proces zo snel als mogelijk is af te ronden.

5

Waarop wordt de conclusie gebaseerd dat pakketmaatregelen noodzakelijk zijn gebleken voor een betaalbare zorg op korte termijn? Welke gevolgen hebben deze pakketmaatregelen voor de betaalbaarheid van de zorg op lange(re) termijn?

Het Hoofdlijnenakkoord van dit kabinet bevat stringente budgettaire afspraken, ook voor de zorg. De neerslag hiervan is het budgettair kader voor de zorg zoals dat is vastgesteld voor deze kabinetsperiode 2003–2007. De betaalbaarheid van de zorg wordt afgemeten aan dat vastgestelde kader. Bij de voorbereiding van het Hoofdlijnenakkoord leidde het vooruitzicht dat de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid al vanaf 2004 boven het kader uit zouden stijgen tot de conclusie dat ombuigingen noodzakelijk waren. De ombuigingsmaatregelen uit de ontwerpbegroting 2004 beogen de sterk stijgende zorguitgaven te beperken en meer eigen verantwoordelijkheid en kostenbewustzijn bij de zorgconsument en de zorgaanbieder neer te leggen. Burgers krijgen te maken met hogere eigen betalingen bij het gebruik van zorg.

Ook zorgaanbieders en verzekeraars moeten hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Zo is zowel in de care als de cure een convenant gesloten met afspraken over doelmatigheidswinst en is in de AWBZ het uitgaven-niveau beheerst.

De burger zal door zijn financiële belang meer bewuste keuzes maken over de mate waarin hij zorg vraagt. Het resultaat zal een doelmatiger productie van gepaste zorg zijn.

6

Kan een overzicht worden gegeven van de convenanten die zijn afgesloten, de opbrengst die deze convenanten hebben gegenereerd en de mate waarin ze bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg op korte termijn? Welke gevolgen hebben deze convenanten voor de betaalbaarheid van de zorg op lange(re) termijn?

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de opbrengst van de convenanten in 2004 en 2005. De convenanten zijn een invulling van het beleid om te komen tot beheersing van de groei van de zorguitgaven. Zonder beleid mag verwacht worden dat de groei zou leiden tot (verdere) overschrijding van het BKZ. Door de convenanten wordt het BKZ niet (verder) overschreden, maar de groei van het macrokader zoals voorzien in het Hoofdlijnenakkoord blijft beschikbaar. De convenanten dragen zo bij aan de betaalbaarheid van de zorg.

bedragen in € miljoen	2004	2005
AWBZ	187	490
Ziekenhuizen		240
Geneesmiddelen	576	685

NB De cijfers voor 2004 geven de voorlopige realisatie weer. Voor 2005 is de beoogde opbrengst vermeld.

De nu afgesloten convenanten zijn een instrument voor beheersing van de uitgavengroei in de komende jaren. Het lagere uitgavenniveau dat hierdoor ontstaat, is een gunstig uitgangspunt voor de verdere ontwikkeling van de zorguitgaven, ook wanneer die ontwikkeling in de toekomst in grotere mate onder de verantwoordelijkheid van de verzekeraars zal plaatsvinden.

7

Op welke wijze is de eigen verantwoordelijkheid van de burger gestimuleerd? Welke acties c.q. maatregelen zijn genomen om de eigen verantwoordelijkheid van de burger te stimuleren, anders dan het verschuiven van financiële lasten naar de eigen portemonnee van de burgers?

De vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de burger is in 2004 op verschillende manieren vormgegeven. Pakketmaatregelen en eigen betalingen in de ziekenfondswet hebben in 2004 geleid tot een toename van de eigen verantwoordelijkheid. Omdat burgers zelf een belangrijke rol spelen in het gezond zijn en gezond blijven heb ik naast een financieringsverschuiving ook op andere terreinen actie ondernomen om de eigen verantwoordelijkheid van burgers verder te vergroten.

In diverse toespraken op allerlei bijeenkomsten hebben VWS-medewerkers, de Staatssecretaris en ikzelf benadrukt dat de burger in eerste instantie zélf verantwoordelijk is om gezond te leven. Verder is de burger via voorlichtingscampagnes van verschillende preventie-instituten opgeroepen om niet te beginnen, dan wel te stoppen met roken, matig te drinken, meer te bewegen en gezonder te eten. Zo zijn op 1 januari 2004 de laatste onderdelen van de gewijzigde Tabakswet in werking getreden. Dit betekent dat de (meeste) werkplekken en het openbaar vervoer vanaf dat moment rookvrij zijn. Deze invoering is ondersteund met een groot-schalige publiekscampagne. Daarnaast is met NOC*NSF overeengekomen dat sportkantines (de in verenigingsverband georganiseerde burger) uit eigen beweging rookvrij gaan worden.

In de strijd tegen overgewicht is in overleg met het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties het convenant *terugdringen overgewicht* opgesteld. Ook acties voor gezonde voeding, zoals het *project schoolfruit* werpen hun vruchten af.

Om de burger in staat te stellen zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen zorg ik ervoor dat via www.kiesbeter.nl keuze-informatie over zorgverzekeringen, zorgaanbieders en preventie/gezond leven beschikbaar komt. Door middel van het Actieprogramma De Klant Centraal, dat begin 2006 van start gaat, wil ik de burgers bewust maken van het feit dat het nogal wat uitmaakt wat je kiest in de zorg. Dit moet een impuls zijn voor burgers om de beschikbare keuze-informatie daadwerkelijk te gaan gebruiken. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen terdege rekening houden met de steeds groter wordende kritische groep burgers.

8

Waar horen volgens u de verantwoordelijkheden te liggen in de zorg? Kan de verantwoordelijkheidsverdeling zoals die er volgens u behoort uit te zien, worden geschetst?

De partijen in de zorg moeten allen de eigen verantwoordelijkheid nemen. Het samenspel tussen de actoren is van belang voor het bereiken van goede zorg voor iedereen. In het nieuwe zorgstelsel krijgen de partijen meer ruimte om zelf te beslissen en worden tegelijkertijd meer geconfronteerd met de gevolgen van hun gedrag.

De verantwoordelijkheidsverdeling zou er als volgt uit moeten zien:

- De burger stelt zich als kritische consument op en kiest bewust voor een goede zorgverzekeraar en goede zorgaanbieder. Kritisch gedrag van burgers zet zorgverzekeraars en zorgaanbieders ertoe aan om goede zorg tegen een scherpe prijs te leveren. Ook neemt de burger zijn verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid. De burger neemt ook zijn financiële verantwoordelijkheid en maakt bewuste keuzes in het gebruik van zorg.
- De verzekeraars concurreren op polispreizen, op de kwaliteit van de zorg die zij inkopen en op hun eigen dienstverlening.
- Zorgaanbieders presteren beter. Hiervoor is het nodig dat verzekeraars stevig met aanbieders onderhandelen. Daarnaast zal de kritische opstelling van de consumenten richting zorgaanbieder de kwaliteit en service van zorgaanbieders verbeteren. Zicht op prestaties legt ook druk op aanbieders om goed te presteren. De dbc's die laten zien welke handeling verricht wordt tegen welke prijs en prestatievergelijkende onderzoeken stimuleren dit.
- De gemeenten hebben de regie over het uitvoeren van voorzieningen in de nieuwe Wmo. Zij verantwoordt zich naar de gemeenteraad en de burgers over de wijze waarop zij deze taak invullen.
- De minister van VWS blijft verantwoordelijk voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. Hij bepaalt de spelregels en ziet toe op een juiste toepassing daarvan. Tevens schept hij de voorwaarden voor een goed functionerende gezondheidszorg.

9

In 2004 is veel aandacht gegeven aan het klaarstomen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor het invoeren van de dbc's in 2005. Er zijn, zo staat in het jaarverslag, belangrijke resultaten geboekt. Zijn alle resultaten geboekt die voor 2004 waren beoogd? Zo nee, welke resultaten zijn niet geboekt en waarom niet?

Het beoogde wettelijke instrumentarium en de benodigde beleidsregels van het CTG/Zaio zijn vrijwel geheel gerealiseerd in 2004. In de bijlage «getrapte implementatie DBC's» bij de brief «Invoeren van DBC's per 1 januari 2005» van 29 juni 2004 (CZ/B-2494712) staat een uitgebreid overzicht van de toen beoogde resultaten.

Ten opzichte van deze voornemens heeft de invoering van de WTG-Express enige vertraging opgelopen, wat resulteerde in een maand vertraging bij de introductie van het segment met vrije prijsvorming (segment B). Daarnaast is ook de aanlevering van de minimale dataset (MDS) aan het DBC informatiesysteem met enkele maanden vertraagd.

De beoogde ondersteuning van veldpartijen is ook vrijwel geheel conform planning gerealiseerd. De benodigde aanpassing van de ICT bij instellingen bleek echter veel voeten in de aarde te hebben. Niet alle instellingen zijn in staat gebleken tijdig de declaratiesoftware op orde te krijgen. Dit heeft in 2005 geleid tot aanvullende activiteiten om met name individuele zorgaanbieders te ondersteunen bij de implementatie van de declaratiesoftware. Ook zijn er in bestuurlijk overleg aanvullende afspraken gemaakt over de (aanvullende) bevoorschotting van instellingen.

10

Zorgkantoren hebben een sterkere onderhandelingspositie gekregen in 2004. Dit komt de doelmatigheid van de AWBZ-zorg ten goede. Is deze

verbetering in de doelmatigheid op enige wijze zichtbaar gemaakt? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?

De maatregelen die in 2004 zijn genomen of zijn voorbereid (opheffen contracteerplicht extramuraal, invoering modulaire tarieven binnen functies), versterken de onderhandelingspositie van de zorgkantoren bij de zorginkoop voor 2005. Uit een eerste voorlopige inventarisatie inzake de zorginkoop 2005 blijkt dat zorgkantoren binnen de beschikbare contracteerruimte zijn gebleven en dat zorgkantoren hebben ingezet op het maken van lagere prijsafspraken. Het College van toezicht op de zorgverzekeringen brengt voor de zomer een thematisch onderzoek uit naar de zorginkoop door zorgkantoren in 2004/2005. In het verlengde hiervan heb ik CTG/ZAio gevraagd nader kwalitatief (eveneens beschikbaar voor de zomer) en kwantitatief onderzoek (beschikbaar na de zomer) uit te voeren naar het contracteergedrag van zorgkantoren en de volumeontwikkeling van zorgprestaties.

11

Waarom is er voor wat betreft het aantal bestralingsbunkers in Nederland sprake van een schatting?

Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen geeft een vergunning af aan een radiotherapeutisch centrum dat een nieuwe bestralingsbunker wil bouwen. Het gereedkomen van de bouw wordt meestal niet gemeld omdat er sprake is van budgettaire bouwen. Het gebruiksklaar maken (installatie van apparatuur) kan bovendien nog geruime tijd vergen. Het aantal bunkers op enig moment is altijd groter dan het aantal bunkers in bedrijf, omdat er een reserve nodig is om de bestralingscapaciteit te handhaven bij het vernieuwen van de apparatuur. Het aantal in gebruik zijnde bunkers is dus niet precies bekend.

12

Klopt het dat het aantal opleidingsplaatsen radiotherapie in 2004 weliswaar is vergroot tot 76, maar dat 78 plaatsen geraamd waren per 31-12-2004 en er dus niet is voldaan aan de doelstelling? Zo ja, waarom wordt dit niet expliciet vermeld?

Voor het jaar 2004 adviseerde het Capaciteitsorgaan een totale opleidingscapaciteit radiotherapie van 76. Dit was dan ook de raming voor 2004. Volgens de laatste gegevens van de Medisch Specialisten Registratie Commissie waren er op 1 januari 2005 81 bezette opleidingsplaatsen radiotherapie. Dit betekent dat aan de opleidingsdoelstelling ruimschoots voldaan is.

13

Er is in 2004 een uniforme registratieregeling voor klanten van de maatschappelijke opvang gerealiseerd. Is er daarmee al zicht gekomen op de omvang en aard van de problematiek in deze sector? Wanneer kan de Kamer deze informatie verwachten?

In 2004 is een registratieregeling voor klanten van de maatschappelijke opvang gerealiseerd. Deze regeling is nodig om op lokaal en landelijk niveau een betrouwbaar inzicht te verkrijgen in de omvang en aard van de problematiek van de doelgroep.

In 2005 wordt bij de betreffende instellingen een systeem ingevoerd dat ervoor zorgt dat de werkzaamheden op uniforme wijze wordt geregistreerd en dat wordt voldaan aan de eisen van de regeling. Vanaf 2006 moeten zoveel instellingen hiermee werken dat er sprake is van een landelijke dekking en de Kamer hierover gedetailleerd kan worden geïnformeerd.

14

Welke maatregelen overweegt u te nemen als blijkt dat de opbrengsten van het geneesmiddelenconvenant in 2005 lager zijn dan geraamd?

In artikel 9 van het Geneesmiddelenconvenant 2005 is aangegeven dat indien de taakstelling 2005, niet wordt (of dreigt niet te worden) gehaald, binnen het kader van het convenant aanvullende maatregelen kunnen worden genomen, zoals een tijdelijke verhoging van de claw back gedurende de looptijd van het convenant.

15

Heeft het geneesmiddelenconvenant opgebracht wat was afgesproken? Zo neen, wat zijn de concrete oorzaken waardoor de opbrengst lager is uitgevallen. Welke sancties zijn gehanteerd voor diegenen die zich niet aan het convenant hebben gehouden en er de oorzaak van zijn dat de opbrengst lager is uitgevallen?

De opbrengst van het geneesmiddelenconvenant 2004, in termen van het Budgettair Kader Zorg, bedraagt vooralsnog: € 576. Dit bedrag is gebaseerd op definitieve cijfers over de eerste 3 kwartalen van 2004 en op een schatting van de opbrengst over het vierde kwartaal van 2004.

Op korte termijn zijn de cijfers over het vierde kwartaal 2004 beschikbaar. Dan kan ook de definitieve opbrengst van het geneesmiddelenconvenant 2004 worden vastgesteld.

Door het convenant zijn de uitgaven voor de extramurale geneesmiddelenvoorziening voor het eerst sinds de Tweede Wereldoorlog gedaald. Per huishouden levert dat een besparing van ongeveer € 100 op. Ook de zogenaamde «realisatie» met betrekking tot de extramurale geneesmiddelenvoorziening door zorgverzekeraars laat zien dat zij niet tekort gekomen zijn aan de hen daarvoor toebedeelde budgetten. Bedacht moet worden dat het convenant (met terugwerkende kracht) per februari 2004 van kracht is geworden en dus een effectieve looptijd van slechts 11 maanden had. Paradoxaal genoeg is de opbrengst van het convenant negatief beïnvloed door de minder grote stijging van de markt (het volume) dan waarmee in de raming van de opbrengst rekening is gehouden. Overigens geldt dat de raming van de opbrengst bemoeilijkt wordt doordat bijv. de ene maatregel (de prijsverlaging) de opbrengst van een andere maatregel (de claw back) negatief beïnvloedt.

Gezien het bovenstaande is het hanteren van sancties dan ook niet aan de orde geweest, temeer daar het geneesmiddelenconvenant inmiddels is aangescherpt en uitgebreid. Ook merkgeneesmiddelen waarvoor een generieke variant op de markt is, zijn in prijs verlaagd en nieuwe generieke varianten van merkgeneesmiddelen waarvan het octrooi verloopt worden tenminste 40% lager geprijsd dan het oorspronkelijke, overeenkomstige merkgeneesmiddel. Alle overige prijzen zijn bevroren. Daarnaast hanteren zorgverzekeraars per 1 juli 2005 het zogenaamde preferentiebeleid (zoals in het convenant afgesproken), waarmee de prijsconcurrentie wordt bevorderd en kortingen en bonussen worden vervangen door structurele prijsverlagingen.

16

Ruim 141 000 personen hebben van de Belastingdienst een tegemoetkoming Buitengewone uitgaven toegezegd gekregen. Hoeveel personen hebben in 2004 een tegemoetkoming buitengewone uitgaven aangevraagd? Op welke manier wordt het doen van belastingaangifte gestimuleerd?

De tegemoetkoming buitengewone uitgaven wordt automatisch door de Belastingdienst verstrekt als men daar op basis van de aangifte inkomstenbelasting voor in aanmerking blijkt te komen. Aan het vermelde aantal

personen aan wie een tegemoetkoming buitengewone uitgaven is uitgekeerd, liggen ruim 1,6 miljoen aangiften inkomstenbelasting ten grondslag. Om meer mensen tot het doen van aangifte inkomstenbelasting te bewegen worden diverse activiteiten ontplooid. In samenwerking met de Belastingdienst zijn projecten gestart om mensen te ondersteunen die hulp bij aangifte verlenen. Verder is een informatiepakket met praktische informatie ontwikkeld («aangifte loont») en onderzoekt de Belastingdienst of het mogelijk is de doelgroep gericht te benaderen.

17

Wat is de reden dat de doelstelling het aantal probleemdrinkers terug te dringen, niet is gehaald? Tot welke aanscherpingen van het beleid heeft dit geleid voor het volgend begrotingsjaar?

Uit een in mijn opdracht door de Universiteit van Maastricht uitgevoerd onderzoek blijkt dat vooral het probleemdrinken onder jongeren tot een zorgwekkend niveau is gestegen. Eén op de drie jongens en één op de tien meisjes van 16 tot en met 24 jaar heeft een drankprobleem. Op 24 maart 2005 heb ik een beleidsbrief naar de Tweede Kamer gezonden met een overzicht van maatregelen en aanscherpingen die gericht zijn op het terugdringen van het alcoholgebruik bij kinderen onder de 16 jaar en van het overmatig gebruik bij jongeren van 16 jaar en ouder. In de beleidsbrief wordt een evenwichtig pakket aan maatregelen voorgesteld, met onder meer: méér opvoedingsvoorlichting, intensivering van het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrenzen, accijnsheffing op populaire jongerendranken, toetsing vooraf van commercials aan de Reclamecode voor Alcoholhoudende Drank, een aanzienlijke beperking van radio-, TV- en bioscoopreclame richting jongeren en meer aandacht voor alcohol en veiligheid.

Op 14 april jl. heeft een AO over deze beleidsbrief plaatsgevonden. Een VAO is inmiddels voorzien.

Na afronding van het parlementaire debat over de beleidsbrief zal duidelijk zijn welke maatregelen en aanscherpingen van het beleid door de meerderheid van de Tweede Kamer gesteund worden.

18

Waardoor wordt de tegenvaller van € 30,9 miljoen bij het niet meer vergoeden van zelfzorggeneesmiddelen verklaard? Welke beleidsinformatie wordt hieruit gedestilleerd?

Voor de tegenvaller van € 30,9 miljoen zijn drie verschillende redenen:

- Bij het berekenen van de opbrengst van de maatregel werd uitgegaan van een hoger groeipercentage van zelfzorggeneesmiddelen dan uiteindelijk werd gerealiseerd. Hierdoor was de besparing lager dan geraamd.
- Een gedeelte van de zelfzorggeneesmiddelen kon niet worden uitgesloten van vergoeding. Magistrale receptuur kan in de systemen niet altijd aangemerkt worden als zelfzorg en van vergoeding worden uitgesloten. Daarnaast blijft het zelfzorggeneesmiddel acetylcysteïne toch in de vergoeding omdat dit middel op bijlage 2 is beperkt tot ernstige COPD-patiënten.
- De substitutie was iets hoger dan geraamd.

In januari 2004 zijn de zelfzorggeneesmiddelen, dat wil zeggen, de middelen die ook zonder recept verkrijgbaar zijn en doorgaans bestemd zijn voor milde aandoeningen, uit de vergoeding gehaald. In de loop van 2004 bleek dat veel zelfzorggeneesmiddelen tot hoge kosten leiden voor chronisch zieken. Uit onderzoek van het Nivel bleek dat het niet mogelijk was groepen patiënten te definiëren die als gevolg van deze maatregel hoge kosten maakten of overstapten op te zware, nog wel vergoede geneesmiddelen. Daarom is besloten om bepaalde groepen geneesmid-

delen per 1 januari 2005 te vergoeden voor mensen die ze chronisch gebruiken, dat wil zeggen wanneer deze geneesmiddelen langer dan zes maanden worden gebruikt.

19

Waardoor wordt de forse tegenvaller bij de geïnde eigen betalingen precies veroorzaakt?

Er vindt nog onderzoek plaats naar de achtergrond van de tegenvaller bij de eigen betalingen ziekenhuizen.

Met betrekking tot de lager dan geraamde ontvangsten aan eigen bijdragen in de AWBZ is inmiddels duidelijk dat de tegenvaller voor het overgrote deel de intramurale eigen bijdrage betreft. Momenteel onderzoek ik, op basis van recent beschikbaar gekomen cijfermateriaal over de in- en uitstroom van bewoners, hoe de tegenvaller precies verklaard kan worden. Daarnaast is het CTZ gevraagd een onderzoek in te stellen naar de volledigheid en tijdigheid van de inning van de intramurale eigen bijdragen. Ik verwacht komend najaar de onderzoeksresultaten te ontvangen. Op het moment dat er duidelijkheid is over de precieze oorzaken van de tegenvaller, zal ik de Kamer hierover informeren.

20

Wat wordt bedoeld met de zinsnede: «de voorbereiding op een eventuele griep-pandemie is serieus opgepakt»? Is in de ontwikkeling van het draaiboek voor het handelen ten tijde van griep-pandemieën het veld voldoende betrokken? Is het draaiboek direct uitvoerbaar in geval van het uitbreken van een pandemie? Is de aangelegde voorraad vaccins voldoende om ten tijde van een griep-pandemie verspreiding te voorkomen en daarmee onnodige slachtoffers?

Met het serieus oppakken van de voorbereiding op een evt. griep-pandemie worden de volgende activiteiten bedoeld:

- a) Het opstellen en vaststellen van een beleidsdraaiboek griep-pandemie; hierbij zijn alle betrokken ministeries en landelijke koepelorganisaties betrokken geweest;
- b) Het opstellen en vaststellen van landelijke operationele model-draaiboeken griep-pandemie; dit is, in opdracht van VWS, uitgevoerd door GGD-Nederland en de Raad van RGF-en, ook hierbij zijn ministeries en koepelorganisaties betrokken geweest;
- c) Het – laten – opstellen en vaststellen van regionale operationele draaiboeken griep-pandemie; de Raad van RGF-en heeft dit project gecoördineerd, lokaal zijn deze multi-disciplinaire draaiboeken uitgewerkt;
- d) Het uitvoeren van een inspectie door de IGZ op de aanwezigheid en inhoud van de regionale draaiboeken; rapportage hiervan is nog niet beschikbaar.

Het is de verwachting en bedoeling dat de draaiboeken operationeel genoeg zijn om direct bruikbaar te zijn wanneer een pandemie uitbreekt. De rapportage van de IGZ zal hierover meer duidelijkheid moeten verschaffen.

In de voorbereiding op een griep-pandemie zijn geen noodvoorraden vaccins aangelegd. Vaccins kunnen pas worden gemaakt als bekend is tegen welke virusstam die gericht moeten zijn. Wel zijn tot op heden ruim 220 000 kuren antivirale middelen aangeschaft. Dit is niet voldoende om grootschalige verspreiding van het virus te voorkomen. Dit is de reden waarom onlangs besloten is tot de aanschaf van een grotere voorraad van deze middelen. De Gezondheidsraad heeft aangegeven dat een noodvoorraad van ca. 5 miljoen kuren voldoende zou moeten zijn om de gevolgen van een griep-pandemie tot een minimum te beperken. Een onlangs opge-

richt projectteam zorgt voor de verdere uitwerking van de voorbereidingen op een evt. griep пандemie.

21

In hoeverre heeft de burger de effecten van het beleid tot het bevorderen en beschermen van de gezondheid, kunnen merken? Heeft u de beschikking over cijfers waarmee een algemeen oordeel kan worden gevormd over de effecten van het preventiebeleid op de volksgezondheidstoestand in het begrotingsjaar 2004? Zijn sociaal-economische gezondheidsverschillen als gevolg van de inspanningen verminderd?

De paradox van preventie is: «wat wordt voorkomen is onzichtbaar». Uit deze paradox blijkt dat de burger niet vaak iets merkt van de resultaten van het beleid ter bevordering en bescherming van de gezondheid. Toch zijn enkele resultaten van het preventiebeleid in 2004 voor verschillende groepen burgers wel zichtbaar. Zo zullen veel werknemers hebben gemerkt dat de werkplek sinds 1 januari 2004 rookvrij is. Het is aannemelijk dat deze maatregel heeft bijgedragen aan het beleidsdoel over het stoppen-met-roken.

Een algemeen oordeel over de effecten van het preventiebeleid kan aan de hand van prestatie-indicatoren worden gegeven. Die prestatie-indicatoren selecteren we in het kader van het project indicatoren preventie, zoals aangegeven in de VBTB-paragraaf van de begroting 2004. In de begroting 2005 treft u een deel van die indicatoren voor het eerst aan. Verder zal de Zorgbalans inzicht geven in de effecten van het preventiebeleid aan de hand van een indicator.

De Zorgbalans verschijnt voor het eerst in mei 2006. Een algemeen oordeel over de toestand van de volksgezondheid geeft het RIVM in de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV), die iedere vier jaar verschijnt. De volgende VTV verschijnt in juni 2006. Met het verschijnen van de VTV zullen ook nieuwe cijfers beschikbaar zijn over de verschillen in gezondheid tussen hoger en lager opgeleide mensen.

22

Wat zijn de eerste effecten voor de omvang van de obesitas-problematiek in Nederland, van de samenwerking met maatschappelijke organisaties en het opgestelde convenant?

Verschiedende maatschappelijke partners nemen door ondertekening van het convenant hun verantwoordelijkheid in de bestrijding van overgewicht. Dit is een belangrijke stap in de bewustwording van het maatschappelijke probleem overgewicht. De problematiek is dermate complex dat de eerste effecten van het convenant op de prevalentie van overgewicht pas over enkele jaren meetbaar zullen zijn.

23

Wat zijn de effecten van de samenwerking met het ministerie van BZK voor wat betreft de crisisbeheersing en de GHOR? Is de samenwerking tussen beiden nu daadwerkelijk verbeterd en leidt dit niet langer tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheids-verdelingen? In hoeverre bent u van mening dat de GHOR-hulpverlening en traumazorg er, als gevolg van de inspanningen in het begrotingsjaar 2004, kwalitatief op vooruit zijn gegaan?

Het effect van de samenwerking met het ministerie van BZK is dat het Rijk één beleidslijn volgt en met één mond spreekt over de ontwikkeling van de GHOR.

In de reactie op het ROB/ RVZ advies «De Ghordiaanse knoop doorgehakt» heeft het kabinet helder aangegeven hoe zij tegen verantwoordelijkheidsverdeling en de noodzakelijke ontwikkelingen aankijkt. Ik blijf met mijn

collega van BZK werken aan de optimale inzet van de reguliere gezondheidszorg ten behoeve van uitzonderlijke situaties. De verantwoordelijkheidsverdeling over onder andere de meldkamer politie, brandweer en ambulancezorg heb ik voor de ambulancezorg in overleg met mijn collega van BZK nader vorm gegeven in de wet Ambulancezorg die uw Kamer na het zomerreces zal behandelen.

Ten aanzien van de vooruitgang kan ik u melden dat op basis van de GHOR-monitor de 25 GHOR bureau's over de gehele linie een kwaliteitsverbetering laten zien. Aanvullend op de bestaande werkafspraken heeft de GHOR in 2004 de implementatie van het draaiboek griepdemonstratie op zich genomen. Ook zijn ondertussen de eerste GHOR bureau's HKZ gecertificeerd.

24

Welke concrete effecten zijn zichtbaar als gevolg van de start van het actieprogramma dat een impuls moet geven aan de kwaliteit van de ziekenhuiszorg? Heeft dit geleid tot het beter delen van kennis, best-practices en het uitwisselen van belangrijke informatie? Heeft de patiënt de effecten hiervan kunnen merken, is de patiënt meer tevreden als gevolg van de inspanningen? Is de feitelijke kwaliteit van de ziekenhuiszorg in het begrotingsjaar 2004 ook verbeterd en op welke aspecten is dat het geval geweest?

In het programma Sneller Beter werk ik samen met de NVZ en de Orde voor medisch specialisten om de doelmatigheid, kwaliteit en innovatie in de ziekenhuiszorg te verbeteren. In 2004 zijn diverse concrete resultaten geboekt. Ik noem er enkele. Ik heb in zes bijeenkomsten met alle ziekenhuizen (raden van bestuur en medische staven) gesproken over doelmatigheid, kwaliteit en innovatie in de sector (Schokland bijeenkomsten). Daar heb ik grote steun gekregen voor mijn beleid (DBC invoering, invoering zorgverzekeringswet) en ambitie gezien om de zorg te verbeteren. Door TPG en Shell zijn zeer duidelijke rapporten uitgebracht over de logistiek en de patiëntveiligheid in de zorg. De sector heeft beide rapporten omarmd en is doende de aanbevelingen uit te voeren. Een inventarisatie van voorbeelden van goede zorg heeft ruim 300 best-practices opgeleverd. In een bijeenkomst met ziekenhuizen en medisch specialisten heb ik gemerkt dat men met elkaars kennis en goede voorbeelden «aan de slag» gaat. De effecten voor de patiënten zullen de komende periode zichtbaar moeten worden. In Sneller Beter is de transparantie van de sector belangrijk verbeterd. Alle ziekenhuizen hebben informatie over de door hen geleverde zorg transparant gemaakt door kwaliteitsindicatoren van de IGZ te «vullen». Het is voor het eerst dat er gestructureerde kwaliteitsinformatie beschikbaar komt; en dat is te zien als een nulmeting. Verbeteringen zullen ten opzichte van deze nulmeting moeten blijken.

25

Wat moet worden verstaan onder «overheveling naar de premie voor plan van aanpak dyslexie (...)»?

De uitgaven voor het CVZ vallen onder de premiemiddelen. De middelen voor het plan van aanpak waren op de begroting gereserveerd. Hierdoor heeft er een technische overheveling plaatsgevonden van de begroting naar de premie.

CVZ gaat hiervoor een diagnostisch instrument ontwikkelen om in de praktijk te kunnen beoordelen welke groep kinderen in aanmerking zouden moeten komen voor behandeling in de (gezondheids)zorg.

26

Kunt u aangeven wat de vertraging in het vinden van een geschikte locatie voor de opslag van de pokkenpleisters en het pokkenvaccin verklaart en waar het bedrag van € 0,5 miljoen in deze op is gebaseerd?

In het geval van een uitbraak van pokken in Nederland is het pokkenvaccin het enige redmiddel. Aan de opslag van het pokkenvaccin worden daarom hoge eisen gesteld. Het vaccin mag niet in verkeerde handen vallen, de distributie ervan moet ongestoord kunnen verlopen. Daarom is zorgvuldig gezocht naar lokaties die aan alle eisen voldoen.

Daarnaast moeten de geschikte lokaties worden aangepast voordat het vaccin, dat bij een temperatuur van – 30°C moet worden opgeslagen, kan worden ontvangen. Het vaccin is dus in 2004 op de originele plaats opgeslagen geweest waardoor gereserveerde huurpenningen voor een nieuwe opslagplaats niet zijn uitgegeven.

27

Kunt u per begrotingstitel een verklaring geven voor de verschuiving van begrotingsbedragen naar programmering onderzoek/ontwikkeling? Welke specifieke onderzoeksresultaten zijn geboekt en tot welke programma's heeft dit geleid?

Alle begrotingsuitgaven voor Zorg Onderzoek Nederland en de uitgaven voor het opdrachtgeversdeel van VWS aan het RIVM worden verantwoord op beleidsartikel 21 «Preventie en gezondheidsbescherming». Dit betekent dat gelden voor additionele financiering van programma's binnen beleidsartikel 21 en uit de andere begrotingsartikelen naar de operationele doelstelling «programmering onderzoek/ontwikkeling» van artikel 21 worden overgeheveld.

Aangezien het hoofdzakelijk om meerjarige programmering gaat zijn er nog geen specifieke onderzoeksresultaten te melden.

De additionele ZON-financiering betrof o.a. de aanvullingen op de Leefstijlcampagnes, de voorlichtingscampagne Diabetes, het programma Sport, Bewegen en Gezondheid, de FLASH-campagne (Fietsen, Lopen, Actief spelen, Sporten en Huishouden), arbeidsrelevante aandoeningen, Hepatitis B vaccinatie en Translationele gentherapie.

De additionele RIVM-financiering betrof onder andere Nationaal Vergiftigingen InformatieCentrum, RijksVaccinatieProgramma, monitoring onbekende ziektebeelden, streeklaboratoria, integraal gezondheidsbeleid, gezondheidsonderzoek Enschede en het centrum voor gezondheidsonderzoek.

28

Hoe luiden de regels voor de overheveling van premiemiddelen naar de begroting VWS? Kan dit worden geïllustreerd aan de hand van de overheveling vanuit de premiemiddelen in verband met de loonbijstelling op de regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (Rsu)?

Om zowel beleidsmatige als technische redenen kan besloten worden middelen over te hevelen van de premie naar de begroting (of andersom). Daar zijn geen strikte regels voor en in ieder specifiek geval vindt overleg plaats met het ministerie van Financiën. Indien besloten wordt tot een overheveling tussen de verschillende budgetdisciplinesectoren (in het in deze vraag genoemde geval tussen Rijksbegroting in enge zin en de budgetdisciplinesector zorg) leidt dit tot een aanpassing van de beschikbare kaders en dus ook tot een aanpassing van het Budgettair Kader Zorg. De overheveling van de loonbijstelling op de regeling specifieke uitkering Jeugdgezondheidszorg (RSU) betreft een technische overheveling van op

het premiekader ontvangen middelen, die bestemd waren voor een bijstelling van begrotingsuitgaven.
Zie verder het antwoord op vraag 29.

29

Wat is de ratio achter de onvoorziene loonbijstellingen in de openbare gezondheidszorg?

Het betreft geen onvoorziene loonbijstelling, maar de overheveling van de meerjarige doorwerking van de loonbijstelling 2003 van het premiekader naar het begrotingskader voor de Tijdelijke Regeling specifieke uitkering Jeugdgezondheidszorg (Trsu).

Per 1 januari 2003 (1e suppletore wet 2003) zijn met de introductie van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg de middelen hiervoor overgeheveld van het premiekader naar het begrotingskader.

De loonbijstelling hierover heeft in 2003 nog op het premiekader plaatsgevonden. Deze middelen zijn eveneens overgeheveld naar het begrotingskader.

30

De Kamer oordeelde in de debatten over de Preventienota al vrij kritisch over de hoogte van het te besteden bedrag aan preventie. Wat verklaart dat feitelijk nog minder is uitgegeven dan aanvankelijk was begroot? Welke geplande activiteiten die gepland waren op het terrein van de implementatie van de preventienota zijn niet uitgevoerd en wat is daar de reden van en worden de geplande activiteiten alsnog uitgevoerd?

Dat er minder is uitgegeven dan aanvankelijk was begroot werd grotendeels veroorzaakt door een vertraging in de uitvoering van het herziene subsidiebeleid van VWS.

Het zijn echter niet de implementatieactiviteiten die zijn vertraagd, maar de geraamde uitgaven voor de communicatie rond de nota «langer gezond leven» zoals drukwerk, nieuwsbrieven en het organiseren van regionale bijeenkomsten samen met andere partners zoals VNG, GGD NL, Public health forum etc.

31

Kunt u aangeven wat de reden is van het niet uitvoeren van het amendement Rouvoet – in elk geval in financiële zin – in het begrotingsjaar 2004? Op welke wijze hebben de investeringen in de andere activiteiten concreet geleid tot alternatieven voor dierproeven?

Het amendement Rouvoet (aangenomen bij de begrotingsbehandeling 2004) beoogde € 500 000,- additioneel beschikbaar te stellen voor het onderzoek naar alternatieven voor dierproeven door middel van een nieuwe onderzoeksrunde bij ZonMw. Dit amendement is gedeeltelijk uitgevoerd conform het voorstel van ZonMw als een additonele bijdrage in 2004 van € 190 000,- aan het NCA (Nationaal Centrum Alternatieven voor dierproeven). Dit bedrag heeft het voortbestaan van het NCA in 2004 zeker gesteld en is deels besteed aan ondersteuning van het NCA en deels aan de werkzaamheden in het kader van EURCA (European Resource Centre for Alternatives in higher education). Het NCA is een partner voor overheid, onderzoekswereld, industrie en maatschappelijke organisaties in de dialoog en bij de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven. Het was niet mogelijk de rest van het in het amendement voorgestelde budget (€ 310 000,-) in 2004 al in te zetten voor door ZonMw gecoördineerd onderzoek omdat een onderzoeksrunde meerdere jaren beslaat en een voorbereidingstijd vergt van circa een half jaar.

De ontwikkeling van alternatieven is een proces van lange adem; gemiddeld duurt het zeker 10 tot 15 jaar. Voor de periode 2005 t/m 2008 zal de overheidsbijdrage aan de financiering van het NCA via het ZonMw programmabudget «Dierproeven begrensd II» worden gerealiseerd.

32

Wat is de reden voor de lagere uitgaven aan subsidies via het CVZ?

Voor het programma pre- en postnatale screening is sprake van lagere uitgaven in verband met het dalend aantal onderzoeken/zwangerschappen. Daarnaast heeft de prijsdaling van anti-rhesus-D-immunoglobuline een neerwaarts effect op de uitgaven (samen € 2,5 miljoen). Voor de overige programmatische preventieprogramma's is sprake van minimale verschillen tussen de raming en de realisatie (alle overige programma's samen € 1 miljoen). Het resterende verschil wordt veroorzaakt doordat administratief meer ruimte was gereserveerd voor de uitgaven van deze programma's.

33

Bij de voorgenomen beleidsprestaties wordt gesproken van «het werken aan de invoering van het recht op een rookvrije werkplek en rookvrij openbaar vervoer»? Refereert de beoordeling van de realisatie met «ja» naar het «werken aan» of het «realiseren van» de doelstellingen?

De beoordeling van de realisatie met «ja» refereert zowel aan het «werken aan» als aan «het realiseren» van de doelstellingen. Onder de noemer «werken aan» vallen de initiatieven die STIVORO op verzoek van VWS heeft ontplooid om het recht op rookvrij werken en rookvrij personenvervoer bij de Nederlandse bevolking brede bekendheid te geven. In dit verband moeten vooral de massamediale campagne Roken en de Werkplek, die rond de jaarwisseling 2003/2004 liep, en de gratis telefoonlijn, website (www.rokenendewet.nl) en brochure over de verschillende aspecten van de (gewijzigde) Tabakswet worden genoemd.

De introductie van het rookvrij werken en van het rookvrij personenvervoer was mede dankzij voornoemde massamediale campagnes succesvol. Het rookverbod in de treinen wordt goed nageleefd. Hetzelfde geldt voor de rookvrije werkplek. Volgens gegevens van de VWA voldoet circa 70% van de geïnspecteerde bedrijven binnen één jaar na 1 januari 2004 aan de wettelijke norm. De naleving zal, mede onder invloed van voortgezette handhaving door de VWA en het redelijk grote draagvlak in de samenleving, naar verwachting nog aanzienlijk verbeteren.

34

In hoeverre zijn de resultaten bekend van de evaluatie van het tabaksontmoedigings- en alcoholpreventiebeleid?

In het kader van de behandeling van de kabinetsnota *Langer gezond leven 2004–2007; ook een kwestie van gezond gedrag* is toegezegd dat het kabinet medio 2005 een evaluatie van de voortgang van de in de nota beschreven acties op het terrein van tabaksontmoediging aan de Kamer zal voorleggen. Met het oog hierop is een aantal betrokken partijen gevraagd hun kijk te geven op het beleid dat de afgelopen jaren op dit terrein is gevoerd. Mede naar aanleiding van deze consultatie heeft uw Kamer mij tweemaal vragen gesteld over de evaluatie. Zie mijn brieven hierover van 8 april en 4 mei jl. Graag verwijs ik hier naar mijn beide brieven. Het feit dat de rookprevalentie in 2004 voor het eerst onder de 30% is uitgekomen – namelijk op 28% – is opmerkelijk en is zonder twijfel mede het gevolg van de intensivering van het tabaksontmoedigingsbeleid in de afgelopen jaren.

Het alcoholbeleid is in 2004 tweemaal onderzocht. Eén onderzoek spitte zich toe op de naleving in de praktijk van de in 2000 in werking getreden nieuwe bepalingen van de Drank- en Horecawet. De conclusie was dat het merendeel van de wettelijke bepalingen gericht op verantwoord verstrekken redelijk wordt nageleefd. Wel zorgwekkend is dat nog steeds te veel jonge kinderen er in slagen alcoholhoudende drank te kopen. Dit onderzoek is u 17 november 2004 toegezonden (29 984 nr. 1).

Het tweede onderzoek had betrekking op de in de Beleidsagenda 2000 genoemde doelstelling van het alcoholbeleid: maximaal 8% probleemdrinkers in de bevolking van 16 tot en met 69 jaar. Genoemd streefcijfer bleek niet gehaald. Vooral veel jongeren van 16 tot en met 24 jaar ondervinden problemen door hun drinkgedrag en 22% wordt gerekend tot de categorie probleemdrinkers. De resultaten van dit onderzoek zijn u 23 maart jl. toegezonden (27 656, nr. 28).

35

Bent u van mening dat de subsidieverlening aan instanties die voorlichting initiëren op het gebied van roken effectief is geweest?

Ja. Een goed voorbeeld in dit verband is de massamediale campagne Roken en de Werkplek die de invoering van de rookvrije werkplek op 1 januari 2004 publicitair heeft begeleid. Zonder dit soort voorlichtingsactiviteiten zou de naleving van de rookvrije werkplek ongetwijfeld minder succesvol zijn geweest (zie vraag 33). In de aangekondigde evaluatie van het tabaksontmoedigingsbeleid (zie vraag 34) zal ik nader op een en ander ingaan.

36

In hoeverre is de Keuringsdienst van Waren er in geslaagd daadwerkelijk resultaat te boeken op het gebied van tabaks- en alcoholpreventie?

Het preventiebeleid op het terrein van tabak en alcohol bestaat uit diverse, elkaar versterkende instrumenten, waarvan wetgeving (Tabakswet en Drank- en Horecawet) er één is. Handhaving van de wettelijke bepalingen door de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA), onderdeel Keuringsdienst van Waren (KvW) is, naast zaken als voorlichting over en draagvlak voor de wettelijke bepalingen, één van de factoren die bijdragen aan de naleving daarvan. Immers, slechts wanneer wettelijke bepalingen ook daadwerkelijk worden nageleefd, dragen zij bij aan het algemene preventiebeleid. In de evaluatie van het tabaksontmoedigingsbeleid, die ik op korte termijn aan uw Kamer zal sturen (zie mijn antwoord op vraag 34), zal ik ook ingaan op de ervaringen van de Keuringsdienst met de handhaving van de (gewijzigde) Tabakswet. Uit de evaluatie van de Drank- en Horecawet blijkt dat sinds de Voedsel en Waren Autoriteit is uitgebreid ten behoeve van het toezicht op de Drank- en Horecawet, de naleving van de meeste bepalingen aanzienlijk is toegenomen (29 894, nr. 1).

37

In hoeverre zijn de doelstellingen 7, 8 en 9 gehaald, wat zijn de zichtbare beleidseffecten en wat is de verklaring hiervoor?

Ten aanzien van doelstelling 7.

Er zijn nog geen gegevens beschikbaar over de hoeveelheid lichaamsbeweging in de bevolking met betrekking tot het jaar 2004. Het streefcijfer (45% van de bevolking in 2005) voor het voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (op 5 dagen per week minstens 30 minuten matig intensief bewegen) blijkt reeds in 2002/2003 bereikt te zijn (ruim 47%). De verwachting is dat dit cijfer in 2004 gelijk is gebleven, maar mogelijk gaat

het in 2002/2003 om een piek door het bijzonder gunstige weer in 2003. Het streefcijfer voor het terugdringen van *inactiviteit* (op geen enkele dag per week 30 minuten matig intensief bewegen) is vermoedelijk niet gehaald in 2004. Dat streefcijfer bedroeg voor 2005 maximaal 10% van de bevolking, uitgaande van het 1998 als basisjaar (toen 12% van de bevolking). Nadien bleek er in 2000/2001 evenwel een stijging van de inactiviteit naar 14% van de bevolking. In 2002/2003 was de inactiviteit weer gedaald naar het niveau van 1998. Mede door het ontbreken van vergelijkbare eerdere metingen is voor die tussentijdse stijging geen onderbouwde verklaring voor handen.

Ten aanzien van doelstelling 8.

Met behulp van de voedselconsumptiepeiling (VCP) wordt de gemiddelde voedselconsumptie bij de bevolking bepaald. De laatste VCP in 2003 bij jongvolwassenen (19–30 jarigen) laat zien dat de inname aan verzadigde vetzuren nog te hoog is (12,9 energieprocent). Veel verzadigde vetzuren zitten verwerkt in voedingsmiddelen en zijn voor de consument daardoor minder zichtbaar. Wel kiezen de ondervraagden vaker voor magere en halfvolle producten. Hierdoor heeft ruim de helft van de 19 tot 30 jarigen in Nederland een totale vetinname die voldoet aan de aanbeveling. De inname van transvetzuren nadert met 1,1 energieprocent de aanbevolen hoeveelheid door de verlaging van het transvetzuurgehalte door de fabrikanten in verschillende producten, zoals margarine. De groente- en fruitconsumptie bij 19 tot 30 jarigen is veel te laag. Slechts 2% van de ondervraagden haalt de aanbevolen hoeveelheid van 150–200 gram groenten per dag en slechts 7% eet 200 gram fruit per dag. De gemiddelde consumptie van zowel groenten als fruit is respectievelijk 102 en 97 gram per dag. Uit kwalitatief onderzoek van het Voedingscentrum naar de belangrijkste motieven van de consument om geen groente en fruit te eten blijkt dat men de eigen consumptie overschat (vooral bij groente), het niet lekker vindt, het te duur is en de bereidingstijd te lang is.

Ten aanzien van doelstelling 9.

Het RIVM heeft, in samenwerking met TNO, een nieuw systeem voor de voedselconsumptie ontwikkeld waarmee continu en flexibel voedselconsumptieonderzoek mogelijk is gemaakt.

De kwantitatieve streefcijfers voor de groente- en fruitconsumptie zullen naar aanleiding van de nieuwe Richtlijnen Goede Voeding van de Gezondheidsraad, die eind 2005 worden uitgebracht, worden bepaald. Vooralsnog luiden ze als volgt: in 2010 haalt 25% van de bevolking de aanbevolen hoeveelheid van 150–200 gram groenten per dag en 200 gram fruit per dag. In 2008 is dit percentage 15%.

38

Kunt u cijfermatig in beeld brengen hoe het percentage veilig vrijende jongeren zich ontwikkeld, opdat kan worden beoordeeld of de inspanningen van het kabinet de nodige effecten sorteren?

Op de vraag «Heeft u in het afgelopen half jaar condooms gebruikt met uw losse partner(s) voor vaginale seks?» was het antwoord «altijd» of «bijna altijd» in de volgende jaren als volgt:

2002: 79%

2003: 72%

2004: 65%

Deze cijfers zijn afkomstig van een steekproef onder jongeren door Soa Aids Nederland. De cijfers van 2002 en 2003 e.v. zijn niet goed te vergelijken vanwege de overgang in 2003 van telefonisch naar internet onderzoek (dit laatste geeft waarschijnlijk minder sociaal wenselijke antwoorden en dus een lager percentage). Bovendien bleek recent (uit toetsing door de Universiteit van Maastricht) dat de steekproef te klein was om harde

conclusies te trekken. Er kunnen schommelingen optreden. Daarom wordt de meting vanaf 2005 uitgebreid, om een beter beeld over veilig vrijen en jongeren te krijgen.

39

Verwacht de regering dat de doelstelling om bewegingsarmoede te doen dalen naar 10% in 2005 gehaald gaat worden?

Zie het antwoord op vraag 37.

40

Het streefpercentage voor het percentage jongeren dat veilig vrijt bij een wisselend contact is 70% in 2007. Is dit een haalbaar percentage en dus een haalbare doelstelling?

Gezien de ontwikkeling dat veilig vrijgedrag de laatste paar jaar lijkt af te nemen, lijkt 70% op basis van de huidige gegevens een te hoog streven voor 2007. Zie ook het antwoord op vraag 38.

41

De regering stelde voor 2004 hoge, concrete doelstellingen. Juist op gedragseffecten, waarvan bekend is dat ze moeilijk zijn te beïnvloeden. Wat beweegt de regering om hieraan deze ambitieuze cijfers te koppelen? Een aantal doelstellingen wordt niet gehaald. Welke conclusies trekt de regering daaruit?

Een aanzienlijk deel van de vermijdbare ziektelast en voortijdige sterfte wordt veroorzaakt door gedrag en ongezond leven. Daar valt dus de meeste gezondheidswinst te boeken. Daarom heb ik ambitieuze doelen gesteld. Deze zijn merendeels (8 van de 14) ook behaald. Daar waar dit niet (2 van de 14) of niet volledig (4 van de 14) het geval is, trek ik de conclusie dat het beleid beter, sneller of deels anders moet. Om deze reden blijf ik op verlerlei plaatsen benadrukken dat iedere burger gezondheidswinst kan boeken door het eigen gedrag daarop af te stemmen en in gezond gedrag te investeren.

42

Hebben de subsidies aan het AidsFonds en de Stichting Soabestrijding voor het geven van voorlichting over veilig vrijen geleid tot realisatie van de beleidsdoelstelling: minder onveilig vrijende jongeren?

Nee, maar uit het antwoord op vraag 38 blijkt dat de cijfers met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

43

Kunnen de resultaten op het gebied van «bewegen» in tijdsperspectief worden geplaatst opdat de effecten van het beleid in begrotingsjaar 2004 kunnen worden gezet naast de effecten van eerdere of al lopende beleidsinspanningen?

De ontwikkelingen op het gebied van bewegen, tevens één van de belangrijkste gezondheidsaspecten van sport, worden in het tweejaarlijkse Trendrapport «Bewegen en Gezondheid» zoveel mogelijk in samenhang met de ontwikkelingen op het gebied van blessurepreventie gevolgd. De meest recente uitgave is van eind 2004 met de gegevens van 2002 en 2003. Ik zal het rapport aan uw Kamer toezenden.

44

Heeft het project «verborgen vetten» reeds geleid tot relatief meer vetarm voedsel?

Zie ook het antwoord op vraag 37.

Het project «Verborgten vetten» van het Voedingscentrum heeft als doel de kennis bij de consument over transvetzuren en verzadigde vetzuren te vergroten om een verantwoorde voedselkeuze te bevorderen. Daarnaast wordt de dialoog met het bedrijfsleven aangegaan om een verbeterde vetzuursamenstelling van producten te stimuleren.

Het bedrijfsleven speelt een belangrijke rol in het op de markt brengen van producten met een verminderd vetgehalte, zogenaamd «vetarm voedsel», en een verbeterde vetzuursamenstelling (minder verzadigde vetzuren en transvetzuren). Het bedrijfsleven heeft hiertoe vorig jaar de Task Force Transvetzuren opgericht met als één van activiteiten de campagne «Verantwoord frituren» om het gebruik van vloeibaar frituurvet in plaats van gehard frituurvet te stimuleren. Uit recent onderzoek van de VWA (februari 2005) blijkt dat het aantal gebruikers van vloeibaar frituurvet in de horeca en snackbars is gestegen van 10% in januari 2004 tot 30% in juni 2004. Het Voedingscentrum is, evenals het ministerie van VWS, als waarnemer vertegenwoordigd in de Task Force.

45

Wat is de verklaring voor de daling van het percentage in condoomgebruik ten opzichte van voorgaande jaren en wat is het beleid of zijn de beleidsvoornemens om dit percentage te laten stijgen?

Zie allereerst het antwoord op vraag 38; de cijfers moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Recent zijn de resultaten bekend geworden van het onderzoek «seks onder je 25e». Dit onderzoek laat zien dat in 2005 49% van de jongeren altijd een condoom gebruikt bij de laatste partner, 35% soms en 16% nooit, tegenover in 1995 42% altijd, 31% soms en 27% nooit. Dit onderzoek laat zien dat het huidige condoomgebruik wel hoger is in vergelijking met tien jaar geleden.

Ik heb per brief van 22 september 2003 (POG/ZP 2.409.323) aangegeven hoe ik mijn soa-beleid wil verbeteren en intensiveren. De jaarlijkse veilig campagne blijft een belangrijke basis. Daarnaast zet ik in op verbetering van schoolgezondheidsbeleid en meer samenhang tussen soa preventie en het bredere terrein van seksuele en reproductieve gezondheid.

Ik heb binnen de soa en hiv surveillance het RIVM een specifieke opdracht gegeven om een voorstel voor gedragssurveillance uit te werken. Voorts zijn er specifieke preventieprogramma's gericht op een aantal doelgroepen, waarvan de doelgroep jongeren er één is. In mijn brief van 1 december 2004 heb ik aangegeven hoe ik deze programma's wil verbeteren; onder meer door de programma's doelmatiger in te richten en de verantwoordelijkheden voor de programma's specifiek te beleggen bij verschillende organisaties. Op deze manier wordt getracht een duidelijke structuur en meer samenhang tussen de programma's te verkrijgen.

46

Hoe zou u de «stand van het land» willen omschrijven als het gaat om gezond gedrag? Heeft het beleid van 2004 significant bijgedragen aan gezonder gedrag van de Nederlandse burger?

Nederlanders leven lang niet allemaal gezond genoeg. Dat moge blijken uit het feit dat een aanzienlijk deel van de vermijdbare ziektelast en voortijdige sterfte wordt veroorzaakt door ongezond leven. In die zin is de «stand van het land» qua gezond leven niet onverdeeld gunstig. Toch zijn er wél succesvolle beleidsprestaties geleverd. Denk bijvoorbeeld aan het feit dat het percentage rokers in 2004 stevig is gedaald door onder andere de rookvrije werkplek en de tabaksaccijnsverhoging. Of kijk naar het toegenomen bewegen onder de bevolking (doelstelling eerder gehaald).

Ook de verdere afname van het rijden onder invloed is een mooi resultaat van beleidsinspanning, maar het kan allemaal nog beter.

47

Hoe verklaart u dat gemeenten – aan wie al jaren geleden de verplichting werd gesteld een gemeentelijke gezondheidsnota op te stellen – nog altijd niet hiermee klaar zijn?

Het vaststellen van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid gaat gestaag door. Per mei 2005 hebben 411 gemeenten hun nota vastgesteld. Dit is ruim 85%. Vijf gemeenten zijn nog niet begonnen met hun nota. Verder zijn 67 gemeenten (14%) in verschillende fasen van afronding: nota is nog in ontwikkeling, nota dient nog afgerond te worden of nota is ontwikkeld maar nog niet vastgesteld in de gemeenteraad. De Inspectie voor de Gezondheidszorg voert dit jaar onderzoek uit naar de staat van de openbare gezondheidszorg in Nederland. De resultaten van dit onderzoek komen dit najaar beschikbaar. In dit onderzoek zal de IGZ ook aandacht besteden aan de stand van zaken rondom de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid en de redenen waarom gemeenten nog geen nota beschikbaar hebben. Daaruit zal blijken of en in welke mate de doelstelling om gemeenten een actief gezondheidsbeleid te laten voeren in 2005 gehaald wordt.

48

Welke resultaten hebben de afspraken met de grote gemeenten gehad voor het terugdringen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen? Zijn de verschillen in 2004 kleiner geworden?

Met de grote steden is afgesproken dat zij, in het kader van het verminderen van gezondheidsachterstanden, gaan inzetten op de aanpak van overgewicht bij kinderen van 0 tot 19 jaar. Overgewicht is een groeiend gezondheidsprobleem dat relatief vaker voorkomt bij mensen met een lage sociaal economische status. Deze afspraak is in maart 2005 vastgelegd in het convenant Grote Steden Beleid 2005–2009. De eerste resultaten van de uitwerking van deze afspraken zullen dus pas in 2010 bekend zijn. In de eerstvolgende VTV in 2006 zullen overigens wel nieuwe cijfers beschikbaar zijn over verschillen tussen hoger en lager opgeleide mensen, maar dat is te vroeg om uitspraken te kunnen doen over effecten van het grote stedenbeleid.

49

Wanneer zullen de standaarden en protocollen onder 6 worden geëffectueerd, en wanneer kunnen de resultaten ervan worden geëvalueerd?

Hieronder zijn de resultaten meer in detail aangegeven en is vermeld welke aanpassingen zijn doorgevoerd. De invoering en evaluatie van de standaarden en protocollen zijn de primaire verantwoordelijkheid van de desbetreffende beroepsgroepen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt hier toezicht op.

Op het terrein van de jeugdgezondheidszorg zijn de volgende resultaten geboekt wat betreft standaarden en protocollen:

- De standaard vroegtijdige opsporing aangeboren hartafwijkingen is in 2004 vastgesteld. De implementatie is verschoven naar 2005, ZonMw heeft opdracht gekregen het implementatietraject voor de standaard te verzorgen.
- De implementatie van de standaard opsporing visuele stoornissen is in 2004 gestart.
- De ontwikkeling van de standaard secundaire preventie kindermishandeling is in 2004 gestart, de conceptstandaard is gereed in juni 2005. Vaststelling zal naar verwachting in juni 2006 plaatsvinden.

- Het signaleringsprotocol overgewicht is 2004 vastgesteld. Het platform JGZ is recentelijk gevraagd de implementatie van het protocol op zich te nemen.
 - De Inventgroep is in het kader van de operatie Jong, eind 2004 gestart met het opstellen van een rapport over vroegsignalering, beoordelen en interveniëren bij risico's op een problematische ontwikkeling bij jongeren. Het rapport wordt dit najaar opgeleverd.
- Op het terrein van de medische milieukunde zijn twee richtlijnen vastgesteld en geïmplementeerd:
- de GGD-Richtlijn smog; en
 - de Richtlijn bodemsanering

50

Welke van de genoemde standaarden zijn wel gerealiseerd en wat is de verklaring voor het feit dat de overige standaarden niet zijn gerealiseerd?

Zie het antwoord op vraag 49.

51

Het streven was om in 2004 alle gemeenten een actief gezondheidsbeleid te laten voeren aan de hand van een gemeentelijke gezondheidsnota. 75% van de gemeenten hebben een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid vastgesteld en in uitwerking genomen. Waarom hebben de overige gemeenten (25%) niet een dergelijke nota vastgesteld? Gaat de doelstelling om alle gemeenten een actief gezondheidsbeleid te laten voeren in 2005 wel gehaald worden?

Zie het antwoord op vraag 47.

52

Kan worden aangegeven tot welke concrete gezondheidsbevorderende resultaten de onder «aanvullende beleidsprestaties» vermelde activiteiten hebben geleid of in de nabije toekomst zullen leiden?

Doelstelling van de genoemde «aanvullende beleidsprestaties is de toegankelijkheid en de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg te verbeteren. Het resultaat dient te leiden tot een kwalitatief goede uitvoering van de publieke gezondheid: bereikbare preventieve zorg, deskundige en voldoende professionals en kwaliteitsborging.

De Inventgroep levert in het kader van operatie Jong, thema vroegsignalering, in september een rapport over de wijze waarop risico's bij kinderenesignaleerd kunnen worden. Het gaat hierbij om het signaleren van problematisch externaliserend of internaliserend gedrag en/of problematische opvoedingssituaties.

De standaarden voor de basisdataset voor het (elektronisch) cliëntdossier jeugdgezondheidszorg dragen bij aan betere uitwisseling tussen dossiers en garandeert de mogelijkheid voor aggregatie van epidemiologische gegevens. Dit integrale dossier van de jeugdgezondheidszorg is de ruggengraat voor het longitudinaal volgen van de ontwikkeling van het kind (in zijn gezin). Het College Sociale Geneeskunde coördineert het bijstellen van de opleidingsprofielen voor het specialisme arts maatschappij en gezondheid op basis van de aanbevelingen in het rapport «Opleiding arts maatschappij en gezondheid; Knelpunten, behoeften en oplossingsrichtingen». De opleidingsinstituten – waaronder de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) – ontwikkelen op basis daarvan de opleidingsmodules voor de basistaken Wpcv of passen deze aan. De tussentijdse evaluatie van de NSPOH dient te leiden tot een goed opleidingsaanbod. Met beide activiteiten wordt beoogd dat er kwali-

tatief verantwoorde opleidingen zijn voor de basistaken Wcpv die aansluiten bij de opleidingsbehoefte van beroepsgroepen en werkgevers.

53

Hoe zou u de «stand van het land» omschrijven met betrekking tot de toegankelijkheid en kwaliteit van lokale voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg? Worden gezondheidsproblemen eerder erkend, is de zorg laagdrempeliger, sluit deze beter aan bij wens en behoefte en worden al deze doelstellingen gehaald dankzij of ondanks het gevoerde beleid in 2004?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg voert dit jaar onderzoek uit naar de staat van de openbare gezondheidszorg in Nederland. De resultaten van dit onderzoek komen dit najaar beschikbaar. Uit dat onderzoek zal de «stand van het land» op het gebied van de toegankelijkheid en kwaliteit van lokale voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg blijken. Ik wil de resultaten van dit onderzoek afwachten.

54

Bent u tevreden over de beleidsresultaten die zijn geboekt in 2004 om de gezondheidszorg ten tijde van crises en rampen te optimaliseren?

Zie het antwoord op vraag 23.

55

Moet de gedeeltelijke realisatie van de doelstelling «minder voedselinfecties» zo worden geïnterpreteerd dat de maatregelen wel zijn genomen die men aanvankelijk zou willen nemen maar dat er andere factoren toe hebben geleid dat het aantal voedselinfecties niet is afgenomen?

In 2004 zijn ter vermindering van het aantal voedselinfecties diverse instrumenten ingezet, onder ander voorlichting aan de consument via het Voedingscentrum Nederland, het laten uitvoeren van onderzoek waaronder het meerjarig CARMA-project, waarvan de resultaten eerdaags naar de Kamer zullen worden gezonden en besprekingen met met name de pluimveevleessector om maatregelen te nemen in de keten ter voorkoming van voedselinfecties. Bij de realisatie van de doelstelling wordt aangegeven dat deze «gedeeltelijk» is, met name omdat het monitoren van het aantal voedselinfecties onvoldoende nauwkeurig is. De variatie in monitoringsgegevens was nog zo groot dat in 2004 is gestart met de voorbereidingen van een beter monitoringssysteem dat naar verwachting in 2006 gereed is. Dan is het mogelijk concretere doelstellingen te formuleren en te monitoren.

56

Welke actie is door u ondernomen om de kringloop van belangrijke ziekten die van dier op mens kunnen overgaan te doorbreken? Wat is de reden dat hier geen enkel resultaat zichtbaar is?

Voor het doorbreken van de kringloop van belangrijke ziekten die van dier op mens kunnen overgaan is een divers instrumentarium ingezet, met name gebaseerd op preventie. Het in de doelstelling genoemde voorbeeld van BSE laat zien dat het moeilijk is de resultaten van deze activiteiten meetbaar te maken. De overdracht van BSE van dier naar mens is in 2004 niet voorgekomen; dit kan uiteraard als positief resultaat aangemerkt worden. Ziekten veroorzaakt door besmetting van mensen met bijvoorbeeld Salmonella of Campylobacter door mens-diercontacten (bijvoorbeeld door het aaien van dieren op de kinderboerderij) is niet goed geregi-

streerd en daardoor is het moeilijk de resultaten van de voorlichtingsactiviteiten op dit punt te meten.

57

Is de regering van oordeel dat de maatregelen met het oog op de bescherming van de gezondheid van de consument, daadwerkelijk de gezondheid van de consument hebben verbeterd? Op welke wijze is dit gemeten en in hoeverre is de positie verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren?

Ja, maar afhankelijk van het beschermingsgebied is kwantificering en monitoring echter zeer verschillend. Hieronder een aantal voorbeelden van concrete successen op diverse gebieden. Voor wat betreft voedselveiligheid is door het raamwerk van normstelling dat is gebouwd een hoog beschermingsniveau bereikt. Voor chemische voedselveiligheid in het algemeen is het moeilijk deze bereikte gezondheidswinst te kwantificeren, voor individuele dossiers is het wel helder dat successen zijn behaald. Zo is de blootstelling van de mens aan dioxines gedaald (monitoring dioxines in moedermelk). Voor voedselinfecties wordt gewerkt aan een monitoringssysteem zodat de inspanningen op dit gebied ook zichtbaar kunnen worden gemaakt (zie vraag 55). Daarnaast blijkt uit de vragen 44 en 58 dat op het gebied van vetten positieve resultaten te melden zijn. Het aantal kinderen (0–6 mndn) dat borstvoeding krijgt, stijgt nog steeds evenals het aantal vrouwen met een kinderwens dat foliumzuur slikt (ter voorkoming van open ruggetjes).

Stoppen met roken leidt tot directe aantoonbare gezondheidswinst, zowel op korte als op lange termijn. In 2004 heeft zich, voor het eerst in jaren, een sterke daling van het aantal rokers voorgedaan. Het percentage rokers bedroeg in 2004 28% (onderzoek TNS-NIPO). In 2003 was het percentage rokers nog 30%. Ook onder jongeren daalt het aantal rokers en stijgt het aantal niet-rokers. Bovendien is sinds 1 januari 2004 de regelgeving ter bescherming van de niet-roker uitgebreid met de rookvrije werkplek en het rookvrije personenvervoer.

Succes is ook te melden op het vlak van de letselpreventie: het aantal medisch behandelde slachtoffers van ongevallen in de privé-sfeer daalde de afgelopen jaren significant met 6%, vooral onder doelgroepen waarvoor intensieve voorlichtingscampagnes zijn gevoerd en productveiligheidsmaatregelen zijn getroffen.

58

Wat zijn de effecten geweest van de «prioriteit van het aanpassen van de samenstelling van voedingsmiddelen door een verbeterde vetzuursamenstelling»? In hoeverre heeft het Taskforce Vetten bijgedragen in realisatie van deze doelstelling?

Zie het antwoord op vraag 44.

59

Heeft de onder 9 vermelde doelstelling nu ook daadwerkelijk geleid tot een betere bescherming van de gezondheid van de consument? Hoe is dit gemeten?

Ja. De handhavingsinspanningen van de VWA leiden ertoe dat er producten worden afgekeurd, dat bedrijven recalls instellen, dat wettelijke regels beter worden nageleefd, dat bedrijven zelf meer garanties vragen van hun partners in de keten en dat bedrijven en instellingen maatregelen treffen waardoor de voedselveiligheid verbetert. Door middel van herinspecties wordt het effect van deze maatregelen bekeken. De VWA beschikt over eigen laboratoria om onder meer chemische en microbiologische verontreinigingen te meten.

Bij het inzetten van inspecties wordt gekeken waar de grootste risico's liggen. Dit gebeurt onder meer aan de hand van nalevingsparameters. Recente voorbeelden hiervan zijn de horeca en HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point). In de veterinaire sector, waar op alle producten toezicht wordt gehouden, voert de VWA daarenboven nog diverse monitoringprogramma's uit, zoals ten aanzien van salmonella en campylobacter in pluimvee en zware metalen in dierlijke producten. Hiermee wordt de stand van de voedselveiligheid continu gemeten. Tot slot voert de VWA signaleringsonderzoek uit naar bestaande risico's en doet zij onderzoek naar nieuwe risico's (via het Bureau Risicobeoordeling van de VWA). De resultaten van deze risico-inventarisaties worden opgenomen in de toezichtsarrangementen.

60

Op welke termijn verwacht de regering dat de resultaten inzichtelijk worden van de genomen voorlichtingsmaatregelen over legionella?

Bij de preventie van legionella gaat het om een pakket van elkaar ondersteunende maatregelen, waaronder voorlichting. Het totaal van maatregelen beoogt een meetbaar resultaat neer te zetten. De voorlichtingsmaatregel waar het Jaarverslag VWS 2004 over spreekt, heeft betrekking op het informeren van de burger over het belang van het doorspoelen van waterleidingen die al enige tijd niet zijn gebruikt (onder meer door vakantie). Deze voorlichtingsmaatregel is één van de maatregelen die worden getroffen om het aantal legionella ziektegevallen te verminderen. Het is niet mogelijk om voor één maatregel geïsoleerd aan te geven wat de precieze effecten in termen van ziektegevallen zijn. Het bericht over het doorspoelen van de leidingen na afwezigheid, is destijds onder meer gepubliceerd in de huis-aan-huisbladen. Op dit moment voert VROM in samenwerking met VWS de campagne Gezond en Veilig wonen. Hierin wordt de burger in een communicatietraject van enkele jaren gewezen op de verschillende gezondheids- en veiligheidsrisico's in en om de woning en zijn eigen verantwoordelijkheid hierin. Tijdens de Postbus 51 campagnes over Gas en Elektra en Ventileren, gevoerd in 2003 en 2004, is ook aandacht besteed aan legionellapreventie. Tijdens deze campagnes werd het nodige voorlichtingsmateriaal beschikbaar gesteld, zoals de folder «Gezond en veilig wonen» en «Legionella, antwoord op de meest gestelde vragen». In oktober 2005 start de herhalingscampagne over ventileren. Naast deze campagne wordt op de websites van VROM en VWS voorlichting gegeven over legionella en hoe dit kan worden voorkomen.

61

Heeft het brede scala van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten dat door de regering is gestart daadwerkelijk bijgedragen aan verbetering van de preventie en gezondheidsprogramma? Hoe wordt voorkomen dat deze post op de begroting een intransparante post wordt waarin alle budgetten worden ondergebracht die niet direct in verband gebracht kunnen worden met maatregelen die op concrete wijze de gezondheidspositie van de Nederlandse burger moeten verbeteren?

Het terrein van de collectieve preventie is vooral een publieke aangelegenheid. Dat betekent dat de ontwikkeling van de sector grotendeels afhankelijk is van publiek geld. Het is aannemelijk dat de onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma's van ZonMw hieraan fors hebben bijgedragen. Er zijn onder meer (kosten)effectieve interventies ontwikkeld en toegepast.

De budgetten voor opdrachtverlening aan ZonMw, NWO en het RIVM staan bij elkaar op één plaats in de begroting. Daarmee worden de opdrachten aan deze kennisinstituten integraal afgewogen en op elkaar

afgestemd. Het uitzetten van onderzoek is één van de beleidsinstrumenten. De onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten van de kennisinstituten vindt u dan ook terug bij verschillende beleidsartikelen van het jaarverslag. Zo kunt u bijvoorbeeld in het jaarverslag lezen dat het instrument onderzoek wordt ingezet om de organisatie en aansturing van het rijksvaccinatieprogramma te verbeteren (blz. 32). Uiteindelijk wordt hiermee een bijdrage geleverd aan het behalen van de doelstelling «gezondheidswinst door preventie, vroege opsporing en het voorkomen van complicaties die leiden tot nieuwe ziekten».

62

Waarom vindt de raming en de verantwoording voor wat betreft de rijksbijdrage abortusklinieken op twee verschillende beleidsartikelen plaats?

De beleidsverantwoordelijkheid voor de uitvoering Wet afbreking zwangerschap (WAZ) en de financiering abortusklinieken is vanaf medio 2004 binnen VWS in één hand gelegd. De daarmee gemoeide middelen waren bij de opstelling van de begroting geraamd op artikel 30 respectievelijk artikel 22. Gelet op de beleidsmatige en organisatorische bundeling, zijn ook de middelen op één artikel (30) bijeengebracht. Vandaar dat in 2004 een verschuiving van artikel 22 naar artikel 30 heeft plaatsgevonden. In de begroting 2005 is de rijksbijdrage op artikel 30 geraamd.

63

Waarop is de aannahme gebaseerd dat de eerstelijnszorg buiten de reguliere uren doelmatiger is geworden?

De eerstelijnszorg buiten de reguliere uren is doelmatiger georganiseerd in grotere huisartsendienstenstructuren. Het aantal avond-, nacht- en weekenduren van deelnemende huisartsen is sterk verminderd (van circa 600 naar circa 250 uren per huisarts per jaar). Dit is mede het gevolg van efficiëntere triage-systemen, duidelijke protocollen en taakherschikking. Hierdoor wordt beter ingespeeld op de zorgvraag en kan de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats worden geleverd. Ook worden infrastructurele kosten – zoals administratie, vervoer en telefoon – gedeeld en wordt beter samengewerkt met andere zorgverleners in de acute zorg. Dit betekent een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen.

64

Zijn er 6 of 36 extra opleidingsplaatsen voor radiotherapeuten gerealiseerd?

Vanaf 2001 tot en met 2004 zijn 36 extra (vaste) opleidingsplaatsen voor radiotherapeuten gerealiseerd. Het ging daarbij om 32 extra (vaste) opleidingsplaatsen radiotherapie in het kader van de «inhaalslag radiotherapie» plus 4 extra (vaste) opleidingsplaatsen op basis van de raming door het Capaciteitsorgaan.

De 6 heeft alleen betrekking op de gerealiseerde instroom/bezette opleidingsplaatsen in 2004 (2 in het kader van de inhaalslag radiotherapie en 4 na raming door het Capaciteitsorgaan). De 36 is cumulatief, dus alle extra opleidingsplaatsen tot en met 2004 (32 in het kader van de inhaalslag radiotherapie en 4 na raming door het Capaciteitsorgaan). De 6 is dus geen autonome grootheid maar maakt deel uit van de 36.

65

Kan de regering toelichten waarom doelmatigheid bij de Orde van Medisch Specialisten geen beleidsprioriteit meer is?

De projecten van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) die zich richten op het thema «tijdigheid en doelmatigheid» zijn geen beleidsprioriteit meer omdat ziekenhuizen en zorgverzekeraars hierover intussen zelf afspraken maken, waarbij de lokale productiegebonden toeslag (LPT) als financieringsbron wordt ingezet. Er is geen aanleiding meer om deze projecten van de OMS te subsidiëren. Binnen het beschikbare kader voor OMS projecten is dan ook prioriteit gegeven aan andere thema's.

66

Waarom is het inkomsten- en praktijkkosten onderzoek apotheekhoudenden nog niet uitgevoerd?

In het Geneesmiddelenconvenant 2004 is afgesproken dat VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) zorgdragen voor de invoering van een kostendekkend modulair tariefsysteem voor apothekhoudenden en een systeem voor de monitoring van inkoopvoordelen. In mei 2004 heb ik – met instemming van ZN en de KNMP – het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. (CTG/ZAio) verzocht het noodzakelijke onderzoek naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen uit te voeren. Tijdens het technisch overleg met ZN, de KNMP en de LHV dat CTG/Zaio hiervoor was gestart bleek dat partijen van mening verschilden over een aantal aspecten van het onderzoek. De voorbereidingen voor het onderzoek zijn hierdoor eind 2004 stil komen te liggen.

In de maanden die hierop volgden heeft intensief overleg plaatsgevonden tussen VWS, ZN en de KNMP, dit met als doel toch tot overeenstemming te komen over de diverse onderzoeksaspecten. Het heeft namelijk mijn voorkeur dat de KNMP haar medewerking verleent aan het onderzoek. Het overleg bevindt zich inmiddels in de afrondende fase en ik ben voornemens CTG/Zaio op korte termijn te verzoeken het onderzoek weer ter hand te nemen. Ik verwacht dan ook dat het onderzoek na de zomer kan starten.

67

De belangrijkste resultaten in 2004 met voor wat betreft het geneesmiddelenbeleid en medische technologie zijn nogal procedureel van aard en deels niet geïnitieerd in 2004. Betekent dit beknopte beeld dat er daadwerkelijk niet meer resultaat is geboekt op dit terrein, of zijn er ook meer concrete zaken verbeterd (neem de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van geneesmiddelen, en besluitvorming ten aanzien van medische technologie)?

In 2004 is met betrekking tot de betaalbaarheid van geneesmiddelen juist veel resultaat geboekt. Door het geneesmiddelenconvenant zijn de prijzen van generieke producten met gemiddeld 40% gedaald. Dit heeft er mede toe geleid dat voor het eerst sinds de Tweede Wereldoorlog de uitgaven aan geneesmiddelen zijn gedaald. Om kostenbewustzijn bij patiënten te vergroten wordt de prijs op het etiket vermeld en is een website gemaakt (www.medicijnkosten.nl). Ook is een vergoedingssystematiek ontwikkeld voor weesgeneesmiddelen. Om de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen beter te laten aansluiten op de behoefte van patiënten is het Priority Medicines-programma gestart met een conferentie, die input heeft geleverd voor het Europese onderzoeks- en ontwikkelingsbeleid.

68

Het verminderen van het tekort aan orgaandonoren is volgens de grafiek die opgenomen is op blz. 57 duidelijk niet gelukt. Hoe komt u in tegenstelling tot deze weergave toch tot de conclusie dat er van gedeeltelijke realisatie van deze doelstelling gesproken kan worden? Gaat het hier slechts om het uitvoeren van enkele maatregelen, die achteraf geen succes hebben gehad? Zo ja, hoe rijmt u dat met uw uitspraken in het debat over orgaandonatie dat er wel degelijk vooruitgang wordt geboekt?

Uit de grafiek op bladzijde 57 blijkt dat er meerdere ontwikkelingen zijn:

- Het aantal postmortale en levende donoren en het aantal orgaantransplantaties stijgt.
- Aan de vraagzijde blijkt echter dat de groep patiënten die wordt aangemeld op de wachtlijst voor orgaantransplantatie eveneens stijgt.

Dat het aantal orgaandonoren stijgt, is een indicatie dat de ingezette maatregelen wel degelijk effect hebben. Door de ontwikkeling aan de vraagzijde wordt het effect van het grotere aantal donoren echter gerelativeerd. Daarnaast spelen ook andere externe factoren een rol. Zo is het aantal verkeersdoden gedaald van 1251 in het jaar 1996 naar 881 in het jaar 2004. Dit is een groep die veelal in aanmerking komt om te doneren.

69

De beleidsvoornemens die worden vermeld in het jaarverslag ten aanzien van medische biotechnologie zijn hoofdzakelijk procedureel. Kunt u aangeven welk tijdspad wordt gehanteerd en welke uitdagingen en kansen de overheid stelt ten aanzien van de medisch-biotechnologische agenda?

Voor de uitdagingen en de kansen die VWS ziet, de (32) concrete beleidsvoornemens en de daarbij gehanteerde tijdspaden kan ik u verwijzen naar de VWS-Agenda medische biotechnologie (bijlage bij Kamerstuk 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 5), die ik u met mijn brief van 5 oktober 2004 toezond.

70

Is bekend hoeveel extra opvangplaatsen zijn gerealiseerd met de middelen voor capaciteitsuitbreiding? Hoe verhoudt zich dit tot het totaal?

Het is niet bekend hoeveel extra opvangplaatsen in 2004 zijn gerealiseerd. Echter, hoofddoel van het beleid is het bevorderen dat mensen sneller dan nu uit de maatschappelijke opvang doorstromen naar een woning of een andere voorziening. Over het verlagen van de gemiddelde verblijfsduur in de maatschappelijke opvang zijn vanaf 2005 prestatieafspraken gemaakt met de grote steden.

71

Kan de regering de resultaten aangeven van de intensivering van de aandacht voor het zwerfjongerenproblematiek?

Op 28 april heb ik naar aanleiding van het rapport van de Algemene Rekenkamer over zwerfjongeren (AR-rapport) een brief aan u gestuurd. Hierin zijn de ontwikkelingen weergegeven. Uit deze brief en het AR-rapport blijkt dat de aandacht voor zwerfjongeren is toegenomen. Bij zowel centrumgemeenten als provincies is er een groeiend verantwoordelijkheidsbesef om te komen tot een sluitende keten voor deze doelgroep. Verder is ten behoeve van meer geüniformeerde informatie over de groep door partijen afgesproken dezelfde definitie te gebruiken. Voor nadere informatie verwijs ik naar het AR-rapport en de brief (TK 2004–2005, 29 284, nr. 7).

72

Wanneer verwacht u de verantwoording op het niveau van functies gereed te hebben? Waaraan is vertraging in het bereiken van deze beleidsprestatie te wijten?

De reden voor de vertraging in het bereiken van deze beleidsprestatie heb ik aangegeven in mijn brief van 25 maart jl. (TK 2004–2005, 26 631, nr. 132). In overleg met de brancheorganisaties van aanbieders in de AWBZ heb ik, met het oog op de vereiste zorgvuldigheid in de voorbereiding, besloten de invoering van de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorgverlening uit te stellen tot 1 januari 2007. Tevens is

besloten dat de intramurale bekostiging in principe per 1 januari 2007 plaatsvindt op basis van de intramurale zorgarrangementen, die zijn samengesteld uit functies.

73

De waardebeoordeling van het pgb-nieuwe stijl is in 2004 niet nader ingevuld. Wanneer verwacht u dat deze pgb-tarieven wel kunnen worden vastgesteld?

Tot op heden is er nog geen nieuwe systematiek vastgesteld om nieuwe pgb-tarieven te kunnen bepalen. De belangrijkste reden hiervoor is dat de functiegerichte bekostiging van de extramurale zorg nog niet geheel is ingevoerd. Zodra de eindsituatie van de functiegerichte bekostiging in de extramurale zorg is bereikt, zal ik de pgb-tarieven daar opnieuw op afstemmen, uiteraard rekening houdend met de specifieke verschillen in de opbouw van de tarieven zoals de regie en de overhead. Ik ga het Ctg/ZAio binnenkort een uitvoeringstoets vragen over de volgende stap in de bekostiging van de extramurale zorg die tot dit eindmodel moet leiden. Afhankelijk van de uitkomsten van deze toets bekijk ik of aanpassing van de pgb-tarieven per 2006 mogelijk, respectievelijk nodig is.

74

Het aantal budgethouders is in 2004 minder snel gegroeid dan in de voorgaande jaren. Wat is de oorzaak van deze verminderde groei?

De precieze oorzaak van deze verminderde groei is niet bekend. Er kunnen hierbij diverse factoren van invloed zijn zoals ik u op 3 december 2004 in mijn antwoord op uw schriftelijke Kamervragen naar aanleiding van de beleidsbrief «Het pgb gewogen, evaluatie en vooruitblik» heb laten weten (vraag 21; DBO-CB-U-2542698/TK 25 657/26 631, nr. 30). Zo zal, evenals bij de zorg in natura, de verhoging van de eigen bijdrage een rol kunnen spelen. Dit geldt dan met name voor de cliënten die alleen voor huishoudelijke verzorging zijn geïndiceerd. Ook de toepassing van het werkdocument Gebruikelijke zorg bij de indicatiestelling kan mogelijk veroorzaken dat het aantal budgethouders minder snel is gegroeid. Daarnaast is het ook mogelijk dat er een zekere verzadiging optreedt, waarmee wordt bedoeld dat het pgb thans zo is ingeburgerd dat de mensen die zorg nodig hebben en een pgb wensen, daar in meerderheid al voor hebben gekozen. Er is dan geen sprake meer van inhaalgroei.

75

De stijging in de uitgaven voor hulpmiddelen was in 2004 hoger dan geraamd. Wat is hier de oorzaak van? Wat is de verwachting ten aanzien van de uitgaven aan hulpmiddelen voor de komende jaren?

Momenteel is nog geen analyse voorhanden van de uitgavenstijging 2004 bij de extramurale hulpmiddelen (ZFW). De Monitor hulpmiddelen 2005 van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) moet hier inzicht in bieden. Dit rapport verschijnt in de loop van juni 2005 en is te raadplegen op de website www.cvz.nl.

76

De voorgenomen beleidsprestatie «goede informatie over hulpmiddelen» is in 2004 gedeeltelijk gerealiseerd. Wanneer is deze prestatie volgens u wel volledig gerealiseerd? Op welke wijze bent u voornemens «goede informatie over hulpmiddelen» te concretiseren?

Er is keuzeondersteunende informatie voor gebruikers van hulpmiddelen beschikbaar gekomen zoals hoorwijzer.nl voor de keuze van hoortoe- stellen en een keuzewijzer voor computerhulpmiddelen bij problemen met

het zien. Het eerste project is geheel gefinancierd door VWS, het tweede door het College voor Zorgverzekeringen. Een soortgelijk informatie-product voor personenalarmering is in ontwikkeling. Dit project is deels gefinancierd door VWS en deels door de branche. Ook de komende jaren zullen vergelijkbare projecten worden gestimuleerd.

Keuzeondersteunende informatie voor voorschrijvers en leveranciers van hulpmiddelen is in ontwikkeling bij het College voor Zorgverzekeringen in de vorm van het Hulpmiddelenkompas. Hiervan zijn nu vijf delen gereed. In totaal gaat het om 18 tot 20 delen. We streven naar het realiseren van 2–3 delen per jaar.

De ontwikkeling van deze informatieproducten kost veel tijd en geld. Mijn departement heeft drie jaar lang de ontwikkeling van Het Hulpmiddeleninformatiecentrum (HetHic.nl) volledig gefinancierd. Voor dit initiatief bestond indertijd breed draagvlak bij Zorgverzekeraars Nederland, brancheverenigingen, CG-raad, CSO, LHV en OMS. Dit draagvlak heeft er echter niet toe mogen leiden dat betrokken partijen zich financieel verantwoordelijk voelden om het project te continueren. Pogingen om partijen daarvoor te interesseren zijn gestrand. Dit laatste heeft in het jaarverslag tot de kwalificatie «gedeeltelijk gerealiseerd» geleid.

77

Acht de regering het nastreven van de algemene beleidsdoelstelling in beleidsartikel 27 realistisch gezien de zeer forse onderuitputting van ruim € 11 miljoen? Vindt de regering deze onderuitputting acceptabel gezien de vele problemen die zich voordoen in de sector verpleging en verzorging? Zo ja, op grond waarvan? Zo neen, welke maatregelen bent u bereid te treffen? Op welke wijze wordt het bespaarde geld wel aangewend?

De regering acht het nastreven van de algemene beleidsdoelstelling uit beleidsartikel 27 realistisch. Bij de onderuitputting op de begrotingsmiddelen – die voor een groot gedeelte (€ 7,7 miljoen) al was toegelicht in de eerste en tweede suppletore wet – moet bedacht worden dat voor het bereiken van de algemene beleidsdoelstelling ook premiemiddelen worden ingezet. De premiemiddelen uit de voorlopige realisatie 2004 zijn – indien wordt gecorrigeerd voor de technische mutatie – in lijn met de raming uit de begroting 2004. Ten opzichte van de realisatie 2003 zijn de uitgaven beheerst gestegen, zoals ook de bedoeling was van de beheersmaatregelen die per 1 april 2004 in de AWBZ zijn getroffen.

De onderbesteding van de middelen op de begroting 2004 is ten goede gekomen aan dekking van knelpunten elders en het financieringsstekort.

78

Welke gevolgen heeft de onderuitputting op de uitgaven voor de wachtlijstaanpak voor de wachtlijstaanpak?

In 2003 is VWS gestart met de productieaanpak, voorheen wachtlijstaanpak, in vijf proefregio's. Doel is dat alle belangrijke regionale sleutelorganisaties gezamenlijk een plan ontwikkelen en implementeren voor het doelmatig beantwoorden van de groeiende kwalitatieve en kwantitatieve zorgvraag in de komende jaren. Nagestreefd wordt dat ook woningcorporaties, gemeenten en welzijnsorganisaties ieder naar vermogen een inzet voor de zorg plegen. VWS stimuleert en faciliteert deze ontwikkeling in de proefregio's. De onderbesteding is ondermeer ontstaan omdat proefregio's vanwege de complexiteit van de problematiek minder snel dan verwacht een eerste plan van aanpak konden realiseren. Het gevolg hiervan was dat een aantal proefregio's pas op een later moment financieel gefaciliteerd is, waardoor in 2004 een lager bedrag dan begroot nodig was. Naar verwachting zal in 2005 geen onderuitputting optreden. De regio's Westelijke Mijnstreek en Middelburg zijn met de uitvoering

gestart. De regio's Midden Holland, Zeeuws Vlaanderen en Helmond e.o. werken hun plannen verder uit.

79

Waarom is de realisatie van het aantal kleinschalige woonvormen onbekend?

De opbouw van het cijfermateriaal is op dit moment nog in bewerking. Wel kan ik u een indicatie geven van het aantal gerealiseerde kleinschalige woonvormen. Het kenniscentrum Wonen en Zorg van de brancheorganisaties Aedes en Arcare heeft een databank waarin het aantal gerealiseerde kleinschalige woonvormen wordt bijgehouden. Op basis van de projecten die op dit moment bij hen bekend zijn, zijn er tot en met 2004 81 kleinschalige woonvormen gerealiseerd. Eind 2005 is een actualisatie van de databank gereed. Naar verwachting zal dit cijfer dan naar boven bijgesteld worden.

80

De doelstelling «keuzemogelijkheden bevorderen voor wonen, zorg en dienstverlening voor mensen op basis van hun identificatie» is opgedeeld in een zestal beleidsprestaties. Van twee daarvan is onbekend of ze al gerealiseerd zijn. De opbouw van het cijfermateriaal is nog in volle omvang bezig waardoor de feitelijke ontwikkeling nog niet in kaart kan worden gebracht. Wanneer verwacht de minister dat deze ontwikkeling wel in kaart kan worden gebracht?

De bedoelde beleidsprestaties zijn het aantal gerealiseerde kleinschalige woonvormen en het aantal gerealiseerde zorgsteunpunten. Wat betreft het aantal kleinschalige woonvormen verwijs ik naar het antwoord op vraag 79. Ook de opbouw van het cijfermateriaal van de gerealiseerde steunpunten is eveneens nog in bewerking. Naar verwachting kan ik ook op dit punt eind 2005 de ontwikkeling in kaart brengen.

81

Waarom zijn geen gegevens bekend over het wegwerken van de bestaande wachtlijst voor intramurale respijtzorg?

Zoals bekend worden er diverse vormen van mantelzorg onderscheiden, bijgevolg zijn er ook verschillende behoeften op het terrein van respijtzorg. Navraag bij respijtvoorzieningen levert op dat ze in een of andere vorm een wachtlijst kennen. Het aantal (nog) niet gehonoreerde aanvragen is echter naar verluid niet hoog. Verklaringen voor niet-gebruik zijn naast gebrek aan capaciteit, de te grote afstand tot de voorziening, (nog) aanwezige respijtmogelijkheden binnen de eigen kring, morele drempels om de zorg tijdelijk over te dragen, het niet passen binnen de doelgroep. Binnen AZR wordt niet gemeten of er een wachtlijst is voor intramurale respijtzorg. Instellingen houden dit zelf bij met een eigen systeem, waarbij ze per type gewenste voorziening en de verschijningsvormen die daarbij weer hoort, de voortgang en bezetting meten. Hierdoor is het niet mogelijk om tot een landelijke vergelijking te komen.

82

Wordt de onderuitputting van € 15 miljoen nog wel ingezet voor het regulier maken van gesubsidieerde banen? Zo nee waarvoor wel?

Nee. Het is niet nodig de onderuitputting 2004 van € 15 miljoen in te zetten voor het regulier maken van gesubsidieerde banen in 2005 en volgende jaren, omdat er voor die jaren reeds voldoende middelen beschikbaar zijn. De onderbesteding van de middelen op de begroting

2004 is ten goede gekomen aan dekking van knelpunten elders en het financieringstekort.

83

Wat heeft de verlenging van de omzettingsregeling van SZW tot 1 juli 2004 precies te maken met het niet behalen van de doelstelling van VWS om in 2004 nog eens 1250 gesubsidieerde banen om te zetten in reguliere banen?

De omzettingsregeling van SZW was gericht op de omzetting in 2003 van 10 000 gesubsidieerde banen, waarvan 2554 in de zorg. Naar verwachting zouden dan vervolgens in 2004 1250 nieuwe omzettingen van gesubsidieerde banen in de zorg plaatsvinden met subsidietoekenningen van VWS.

De omzetting van 10 000 gesubsidieerde banen was in 2003 nog niet gehaald. Daarom is besloten de omzettingsregeling van SZW te verlengen tot 1 juli 2004. Deze verlenging had tot gevolg dat er – in tegenstelling tot de aanvankelijke planning – in de eerste helft van 2004 dus geen subsidietoekenningen van VWS hebben plaatsgevonden. De voor 2004 verwachte 1250 nieuwe omzettingen met subsidietoekenning van VWS zijn vooral daardoor niet gehaald.

84

Kan de regering een overzicht geven van de geplande en werkelijk regulier gemaakte gesubsidieerde banen per sector van VWS zowel vanuit de omzettingsregeling van SZW als de subsidietoekenningen van VWS?

Bij de planning van de aantallen te subsidiëren omzettingen in de zorgsector is geen onderverdeling gemaakt naar zorgbranche. De geplande totale aantallen te subsidiëren omzettingen in de zorgsector waren 2554 in 2003 (omzettingsregeling SZW) en 1250 in 2004 (subsidietoekenningen VWS).

De gerealiseerde aantallen gesubsidieerde omzettingen in de zorgsector waren 2175 in 2003/2004 (omzettingsregeling SZW; stand 1 mei 2005) en 53 in 2004 (subsidietoekenningen VWS). Alleen bij het aantal van 53 is een onderverdeling aan te geven naar branche, te weten 30 verpleging/verzorging/thuiszorg, 17 ziekenhuizen en 6 gehandicaptenzorg.

85

Wat is de reden dat er slechts 50 VWS-subsidietoekenningen zijn geweest in het laatste half jaar van 2004?

Mogelijke verklaringen voor het geringe aantal VWS-subsidietoekenningen in het laatste half jaar van 2004 zijn:

- veel van de gesubsidieerde medewerkers met doorstroompotentie zijn met gebruikmaking van de omzettingsregeling SZW doorgestroomd naar een reguliere functie; van de groep gesubsidieerde medewerkers die er op 1 juli 2004 nog zat, was het doorstroomperspectief beperkt(er);
- door de grootschalige doorstroom van gesubsidieerde medewerkers in 2003 en de eerste helft van 2004 is voor veel zorginstellingen (in ieder geval tijdelijk) de grens van de opnamecapaciteit bereikt;
- de VWS-subsidieregeling was nog niet bij alle zorginstellingen bekend.

86

In hoeverre hebben de op blz.102 vermelde belangrijkste resultaten van 2004 daadwerkelijk geleid tot optimalisering van de zorg met behulp van informatie-, communicatie- en technologiebeleid, capaciteit van beroepsbeoefenaren, patiëntenbeleid en ethiek? Hoe zijn deze resultaten berekend en hoe is de individuele bijdrage van de beleidsmaatregelen aan de algemene beleidsdoelstelling geëvalueerd?

De acht genoemde concrete resultaten van 2004 betreffen een aantal noodzakelijke voorwaarden voor het optimaliseren van de zorg. Het gaat hier om stappen die gezet moeten worden om zaken als het elektronisch medicatie dossier, een kwaliteits- en veiligheidsmanagement systeem, een gemoderniseerde opleidingsstructuur en een betere informatievoorziening voor de burger tot stand te brengen. Deze instrumenten zijn in ontwikkeling en zullen de komende jaren voor de zorg beschikbaar komen. De in 2004 behaalde resultaten dragen bij aan het proces om tot betere kwaliteit van zorg te komen.

87

Wat behelzen precies de betalingen aan Senter/Novem ter financiering van de ICES/KIS projecten?

De betalingen aan Senter/Novem behelzen de bijdrage over 2004 aan het ICES-KIS 3 project Cyttron.

Met het Besluit van 6 juli 2004 tot wijziging van het Besluit subsidies investeringen kennisinfrastructuur is de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als bevoegd Minister aangewezen ten aanzien van vier ICES-KIS/3 kennisprojecten. VWS neemt met dit besluit de bevoegdheid van de Minister van Economische Zaken over. Gezien de ervaring die Senter/Novem met het beheer van deze en andere projecten heeft opgebouwd heeft VWS er voor gekozen om het beheer van de vier projecten in mandaat door Senter/Novem te laten blijven voeren. Als onderdeel van het beheer verzorgt Senter/Novem jaarlijks de bevoorschotting aan de in daarvoor in aanmerking komende projecten. VWS rekent jaarlijks met Senter/Novem af.

88

Wat verklaart de verhoging van de rijksbijdrage aan abortusklinieken?

De verhoging van de rijksbijdrage aan de abortusklinieken is het gevolg van het aanpassen van de budgetten tot het structurele uitgavenniveau. Het beschikbare budget bleek de afgelopen jaren onvoldoende om de kosten van de abortusklinieken te dekken en moest achteraf worden aangevuld. Om dit te voorkomen is het budget opgehoogd naar het structurele uitgavenniveau van € 10,4 miljoen.

89

Waarom zijn de doelstellingen «sterke positie zorggebruiker» en «minder regels en administratieve lasten» opgegaan in de doelstellingen «evenwicht in de marktposities» en «informatie over het zorgaanbod»? Zijn dit inhoudelijk gelijke doelstellingen gebleven en is er uitsluitend sprake van semantische verandering of zijn er inhoudelijk programmawijzigingen doorgevoerd?

In het kader van de doelstellingen «evenwicht in de marktposities» en «informatie over het zorgaanbod» is het noodzakelijk ervoor te zorgen dat de zorggebruiker een sterke positie krijgt en er minder regels en administratieve lasten komen. Het gaat hier om een andere ordening van de doelstellingen en niet om inhoudelijke programmawijzigingen.

90

Hoe oordeelt u over de relatie tussen beleidsprestaties en nogal open formuleerde doelstelling «gebruik van zinvolle vernieuwingen in de zorg vanuit de invalshoek van ICT, kwaliteit en doelmatigheid»? Acht u de resultaten zinvol en hebben ze daadwerkelijk de kwaliteit en doelmatigheid van zorg gediend? Hoe is dit gemeten?

De beleidsprestaties 2004 op de terreinen ICT, kwaliteit en doelmatigheid acht ik zeker zinvol. Het betreft vooral stappen die gezet moeten worden om zaken als een landelijk dekkend elektronisch medicatiedossier, een kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem of een effectief doelmatigheidsonderzoekprogramma tot stand te brengen. De in 2004 behaalde resultaten zijn belangrijke voorwaarden om betere kwaliteit van zorg tot stand te kunnen brengen.

Het betreft voor een deel de uitvoering van concrete verbeterprogramma's (bijvoorbeeld het Sneller Beter programma voor ziekenhuizen dat versnelde invoering van best practices beoogt) die de komende jaren concrete resultaten kunnen laten zien. Het betreft voor een deel ook de ontwikkeling van instrumenten (indicatoren voor veilige zorg) om op een eenduidige manier juist meer inzicht te kunnen geven in resultaten. De uitkomsten in maat en getal bieden de basis om dit te volgen.

91

Geconcludeerd wordt dat patiëntveiligheid op de agenda staat. In uw eerdere brief uitsluitend ingegaan op de patiëntveiligheid ten aanzien van medicijngebruik en gebruik van hulpmiddelen. Op welke termijn worden alle andere aspecten die verband houden met patiëntveiligheid geagendeerd? Welke concrete resultaten zijn geboekt ter terugdringing van het aantal ongevallen, onveilige situaties en ter betere lering van incidenten en fouten?

De brief waarnaar wordt verwezen (TK 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 106) heeft een veel ruimere strekking dan alleen patiëntveiligheid ten aanzien van medicijngebruik en gebruik van hulpmiddelen. Met de brief is patiëntveiligheid in zijn volle omvang als punt van aandacht geagendeerd. De brief vormt een reactie op de rapporten van de Inspectie over de Staat van de Gezondheidszorg én van Rein Willems, president directeur van Shell Nederland over patiëntveiligheid in het kader van «Sneller Beter». Als concrete resultaten van het agenderen van patiëntveiligheid kan worden gewezen op de diverse verbeterprogramma's die door het CBO kwaliteitsinstituut in de zorg, zijn gestart in het kader van «Sneller Beter» en «Zorg voor Beter» en op het onderzoeksprogramma patiëntveiligheid onder verantwoordelijkheid van ZonMw. Ook heeft op ons verzoek de Orde van Medisch Specialisten aan de onderzoeksinstituten NIVEL en Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek van de Vrije Universiteit (VU-EMGO) opdracht gegeven tot een nulmeting patiëntveiligheid in de ziekenhuissector. Verder zijn er diverse artikelen verschenen in de vakliteratuur over het verbeteren van de veiligheid en de veiligheids-cultuur in de zorg (waaronder Medisch Contact).

92

Begin dit jaar heeft de staatssecretaris van VWS voor wat betreft de kwaliteitswetgeving een meer uitgebreide evaluatie aangekondigd van de huidige kwaliteitswetgeving. Kunt u aangeven waarom dit voornemen niet langer wordt vermeld bij de toelichting van voorgenomen beleidsprestaties onder het kopje «rechtspositie»?

De toezegging van de staatssecretaris van VWS over een meer uitgebreide evaluatie van de huidige kwaliteitswetgeving is begin 2005 gedaan. Het jaarverslag 2004 heeft enkel betrekking op activiteiten die gedurende 2004 zijn uitgevoerd.

93

Hoe groot is het deel van de uitgaven voor jeugdbeleid dat bestemd is voor preventie? Hoe verhoudt zich dit ten opzichte van de totale uitgaven voor jeugdbeleid?

Het deel van de uitgaven voor jeugdbeleid dat bestemd is voor preventie bedraagt € 18,2 miljoen. Dit is 2,1% van de totale uitgaven voor het jeugd-beleid, zoals verantwoord op artikel 33.

94

Welke activiteiten zijn er ondernomen om voorgenomen beleidsprestatie nummer 3, het uit preventief oogpunt extra aandacht besteden aan kwetsbare jongeren, te realiseren?

De extra aandacht voor preventieve activiteiten gericht op kwetsbare jongeren heeft een plek binnen de BOS-impuls, welke als doel heeft het verkleinen en voorkomen van achterstanden van kwetsbare jeugdigen om daarmee problematisch en ongezond gedrag terug te dringen.

Ook de tijdelijke subsidieregeling voor de ondersteuning van het lokale vrijwilligerswerk voor, door en met jeugdigen (2004–2007) biedt de mogelijkheid voor ondersteuning van projecten die gericht zijn op kwetsbare jeugdigen. Bovendien heeft de Nationale Jeugdraad de taak om kwetsbare jeugd te betrekken bij de activiteiten van de Jeugdraad.

In het kader van het ondersteunen van lokaal sociaal beleid zijn met ingang van 2004 aan gemeenten, die de grootste opgave hebben op het terrein van de opvoed- en gezinsondersteuning, extra financiële middelen beschikbaar gesteld.

95

Op basis van welke argumenten komt u tot de conclusie dat voorgenomen beleidsprestatie 3 gerealiseerd is? Bent u van mening dat er nu voldoende aandacht wordt besteed aan de positie van kwetsbare jongeren?

De positie van kwetsbare jeugd heeft centraal gestaan in de ontwikkeling van de BOS impuls en de tijdelijke subsidieregeling voor de ondersteuning van het lokale vrijwilligerswerk voor, door en met jeugdigen (2004–2007). In aanvulling op het antwoord op vraag 94 kan gemeld worden dat er in het kader van de BOS-impuls medio 2004 een groot aantal gemeenten (64) met BOS projecten van start is gegaan.

In het kader van de tijdelijke subsidieregeling voor de ondersteuning van het lokale vrijwilligerswerk voor, door en met jeugdigen (2004–2007) kan gemeld worden dat 21 van de 27 gehonoreerde projecten aandacht besteden aan de positie van kwetsbare jeugdigen.

Voor het versterken van de preventie op het terrein van de opvoed- en gezinsondersteuning zijn de G4-gemeenten in 2004 gestart met projecten. 47 andere geselecteerde gemeenten volgen in 2005.

96

Acht de regering het nastreven van de algemene beleidsdoelstelling in beleidsartikel 34 realistisch gezien de zeer forse onderuitputting van bijna € 20 miljoen? Zo ja, op grond waarvan? Hoe is deze onderuitputting te verklaren? Op welke wijze wordt het geld wel besteed?

Het nastreven van de algemene beleidsdoelstelling in beleidsartikel 34 is wel degelijk realistisch, waarbij aangetekend dient te worden dat het verschil van € 20 mln. een verschil is in de raming en de realisatie van verplichtingen. De realisatie van de programma-uitgaven is weliswaar aanmerkelijk lager dan de oorspronkelijk vastgestelde begroting, maar dit verschil is slechts in zeer beperkte mate aan te merken als onderuitputting. De lagere realisatie is vooral het gevolg van het overboeken van middelen naar een ander ministerie. Het verschil bedraagt € 11,7 mln. voor programma-uitgaven. Daarvan wordt € 7,7 mln. veroorzaakt door de overdracht van FORUM, VluchtelingenWerk Nederland en Vluchtelingen

Organisaties Nederland naar Justitie. Daarnaast is het oorspronkelijke voornemen «aanpak 50 wijken» (ad € 2,5 miljoen) opgegaan in het budget voor de BOS-regeling, die overigens later dan verwacht in werking is getreden. Ook is de begroting voor artikel 34 als gevolg van subsidie-taakstellingen verlaagd met € 1,2 mln. Daarnaast is bij 2e suppletore wet de begroting verlaagd met € 0,3 miljoen als gevolg van lagere uitgaven aan wachtgeldsuppletie.

De lagere realisatie van € 1 mln. aan apparaatsuitgaven is een gevolg van een aanzienlijke reductie in fte's (van 55 naar 33) als gevolg van een reorganisatie.

97

In hoeverre is het project «Welzijn versterkt» uitgevoerd en in hoeverre niet?

«Welzijn Versterkt» is een samenwerkingsproject van NIZW, Verdiwel, MO-groep en Forum om een moderniseringsslag te maken in deze sector. Om in dat kader de professionaliteit, transparantie en ondernemingszin van de sector te versterken zijn voor de periode 2002–2006 activiteiten gepland op drie inhoudelijke speerpunten: (buurt)veiligheid, (extramuralisering van) zorg en (samenleven in) diversiteit. Daarnaast is een kwaliteits-traject opgezet. Door middel van lokale pilots, conferenties, publicaties, website, e.a. wordt een groeiende stroom van lokale ontwikkelingsprojecten gestimuleerd («zwaan kleef aan»).

Voor deze inzet heeft VWS tot eind 2004 een stimuleringssubsidie beschikbaar gesteld. De projectperiode is verlengd tot 1 mei 2005.

Uit de laatst gehouden conferentie in januari 2005 kan worden opgemaakt dat het idee van versterking en modernisering van de sector is aangeslagen. De activiteiten van «Welzijn Versterkt» hebben de sector op scherp gezet. En de speerpunten blijken goed gekozen.

Met name op (buurt)veiligheid en (extramuralisering van) zorg groeit het aantal lokale projecten gestaag door. «Welzijn Versterkt» voldoet daarmee ruim aan de inzet en verwachtingen uit 2002. Alleen op het speerpunt diversiteit blijft de ontwikkeling achter. Dit is overwegend te wijten aan het feit dat FORUM, trekker voor dit speerpunt, minder in het project kon investeren dan indertijd voorzien.

98

Wanneer worden de subsidiesystematiek voor immateriële hulpverlening en de evaluatie van de herinneringscentra wel geëvalueerd? Worden de uitkomsten naar de Kamer gezonden?

De evaluatie van de herinneringscentra is in voorbereiding. Op korte termijn zal een concept vragenlijst met de vier directeuren van de centra besproken worden. De evaluatie zal naar verwachting in het vierde kwartaal van 2005 worden afgerond en over de uitkomsten zal de Kamer worden geïnformeerd.

Bij de invoering in 2001 van de herijkte bekostigingssystematiek voor de begeleidende instellingen die gesubsidieerd worden voor de immateriële hulpverlening, bestond het voornemen om de systematiek in 2004 te evalueren. In de periode tussen 2001 en 2005 hebben er zodanige organisatorische wijzigingen bij de vorenbedoelde instellingen plaatsgevonden dat een evaluatie van de oude situatie niet meer zinvol wordt geacht. Een brief hierover aan de Kamer (n.a.v. het AO van 3 maart 2005) is in voorbereiding.

99

Kan een uitputtend overzicht worden gegeven van de activiteiten die zijn verricht om de Inspectie voor de Gezondheidszorg organisatorisch en inhoudelijk te moderniseren? Welke activiteiten zijn hiertoe in het begro-

tingsjaar ingezet, welke problemen heeft men in deze gekend en wat zijn de uitdagingen voor het begrotingsjaar 2005?

Op 2 maart 2005 heb ik de Vaste Commissie voor VWS in een AO over de IGZ toegezegd dat ik de Kamer voor het zomerreces uitvoerig zal informeren over de veranderingen die de afgelopen tijd binnen de inspectie zijn doorgevoerd en welke veranderingen voor de komende tijd zijn voorzien. Ik zal de beantwoording van deze vraag daarin meenemen.

100

Werpt het terugdringen van de regionale vestigingen van de Inspectie en de nieuwe werkwijze reeds vruchten af in kwaliteit en doelmatigheid van het inspectiewerk?

Zie het antwoord op vraag 99.

101

Kan de werking van de productregistratie worden toegelicht? Wat zijn de gebleken voordelen van deze systematiek voor het kwaliteitstoezicht?

Het systeem voor productregistratie is ingevoerd om sneller dan voorheen inzicht te krijgen in de voortgang van de productie ten opzichte van de planning. Op basis van geaggregeerde overzichten kan onverwacht vrijvallende inspectiecapaciteit elders worden ingezet. Het bevordert de effectiviteit van het toezicht, maar er ligt geen relatie met de systematiek van het toezicht.

102

Op welke termijn mogen vervolgstappen worden verwacht op het gebied van samenwerking om de civielrechtelijke plaatsing van jeugdigen in gesloten inrichtingen beter te laten verlopen?

Op 15 april jl. heeft het kabinet zich uitgesproken over de problematiek rondom de samenplaatsing van civielrechtelijk geplaatste jeugdigen en strafrechtelijk geplaatste jeugdigen in justitiële jeugdinrichtingen. Om deze samenplaatsingsproblematiek tegen te gaan en het zorgaanbod voor de civielrechtelijk geplaatste jeugdigen te optimaliseren, heeft het kabinet een plan van aanpak vastgesteld waarin voorgenomen activiteiten beschreven worden. Dit plan van aanpak is aan de Tweede Kamer verzonden (TK 2004/2005, 28 741, nr. 12).

In het plan van aanpak worden zowel korte termijn als lange termijn acties beschreven. Op korte termijn zal er nieuw zorgaanbod ontwikkeld worden. Voor alle jeugdigen die nu op civielrechtelijke titel in een justitiële opvanginrichting verblijven, wordt ander aanbod ontwikkeld, onder verantwoordelijkheid van VWS. Dit betreft intersectoraal aanbod (ggz, licht verstandelijk gehandicapten en provinciale jeugdzorg), variërend van ge- en besloten residentieel aanbod tot intensieve gezinstherapie. Met de ontwikkeling van dit aanbod wordt al in 2005, vooruitlopend op de aanpassing van de Wet op de jeugdzorg, gestart. Hiervoor wordt een deel van de middelen dat bij het ministerie van Justitie voor de komende jaren is gereserveerd voor uitbreiding van de capaciteit van de justitiële jeugdinrichtingen, € 12 miljoen in 2005 en € 14 miljoen vanaf 2006 structureel overgeheveld naar de begroting van VWS. Op lange termijn (per 1 januari 2007) moet de Wet op de jeugdzorg gewijzigd worden opdat gesloten behandeling in dit kader mogelijk wordt. Op dit moment wordt een wetswijziging voorbereid.

103

Mag uit de passage «de overheden maken afspraken tussen betrokken partijen over verbeteringen op dit punt» (tweede punt Inspectie Jeugd-

zorg, over kindermishandeling met dodelijke afloop) worden opgemaakt dat hier geen actie toe is ondernomen in het begrotingsjaar 2004? Zo ja, hoe verklaart u dit en op welke termijn mogen verbeteringen worden verwacht? Zo nee, welke afspraken zijn gemaakt en waartoe hebben deze geleid?

In het algemeen geldt dat de inspectie een rapportage schrijft van haar bevindingen, zij analyseert deze bevindingen en spreekt haar oordeel uit. Zij doet aanbevelingen aan de betrokken instellingen en aan de betrokken overheden. Vervolgens is het de taak van de subsidiërende en handhavende overheden: de provincies en grootstedelijke regio's en de Ministeries van VWS en Justitie en in voorkomende gevallen de gemeenten, om met de betrokken uitvoerende instanties afspraken te maken.

In de onderhavige casus hebben deze vervolgacties in 2005 plaats gevonden.

104

Op welke termijn zal Justitie landelijk beleid vaststellen t.b.v. de opvang van AMA's?

In de brief van 23 november 2004 inzake de evaluatie van de AMA-campus (Kamerstukken II 2004–2005, 27 062, nr. 29) zijn voorstellen gedaan voor een nieuw opvangmodel. Over de inrichting hiervan vindt op dit moment nog overleg plaats met het COA en het Nidos. De minister van Justitie verwacht voor de zomer een uitwerking van het model, waarover de Tweede Kamer dan na de zomer geïnformeerd wordt.

105

Hoe verklaart u het dat u – ondanks de grote beroering die is ontstaan ten aanzien van de samenwerking tussen instanties in de jeugdzorg – u er niet in bent geslaagd te komen tot structurele afspraken? Waarom heeft u uw eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de jeugdzorg hiervoor niet aangewend?

In de Wet op de jeugdzorg, die vanaf 2005 in werking is, is geregeld dat de provincies verantwoordelijk zijn om over een samenhangende jeugdzorg meerjarige afspraken te maken met gemeenten en zorgkantoren. Deze afspraken zijn neergelegd in de provinciale beleidskaders jeugdzorg, die door mij worden getoetst. De verantwoordelijkheden tussen provincies en gemeenten zijn verhelderd, nu ik medio 2003 met IPO en VNG afspraken heb gemaakt over de functies waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn. Ik ben van mening dat de Wet op de jeugdzorg én de verduidelijking van de gemeentelijke taken, betere waarborgen bieden voor samenwerking in de jeugdzorg. Daartoe zal ook de gezinscoach moeten bijdragen, die in de Wet op de jeugdzorg is geïntroduceerd.

De samenwerking tussen instanties in de jeugdzorg wordt expliciet meegenomen in de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg naar aanleiding van de motie Soutendijk. Dit onderzoek wordt medio 2006 afgerond. Mede naar aanleiding daarvan zal ik bezien of de wet en/of het beleid bijstelling behoeft. Ook Operatie Jong heeft als taak naar de samenhang in de jeugdzorg te kijken.

106

Mag worden gesteld, nu in beleidsartikel 37 aangaande de inspecties geen beleidsinhoudelijk gerealiseerde doelstellingen zijn opgenomen, dat de inspecties geen evidente bijdrage hebben kunnen leveren aan kwaliteitsbevordering, veiligheid in de gezondheidszorg? Zo nee, kunt u het algemene beeld schetsen van de kwaliteit van de gezondheidszorg, het handelen van instellingen en beroepsbeoefenaren en de mate waarin de inspecties met interventies erger hebben kunnen voorkomen?

De uitkomsten van de verschillende vormen van onderzoek door de inspectie leiden tot aanbevelingen en soms tot correcties bij onder toezicht gestelden. De aanbevelingen worden openbaar gemaakt en met betrokken stakeholders besproken. Op deze wijze draagt de inspectie actief bij aan het versterken van de kwaliteitsborging en het corrigeren van ongewenst handelen.

Het algemene beeld van de kwaliteit van de gezondheidszorg, het handelen van instellingen en beroepsbeoefenaren en de mate waarin de inspecties met interventies erger hebben kunnen voorkomen, komt sectoraal aan de orde in de vele rapporten over thematisch onderzoek die het afgelopen jaar zijn gepubliceerd, in de jaarlijkse rapporten over de Staat van de Volksgezondheid en in de IGZ Jaarrapportage over 2004, die u kortgeleden heeft ontvangen.

107

Welke concrete resultaten volgen uit de vele onderzoeken die zijn gedaan door de Inspectie Jeugdzorg en andere toezichthouders?

Het jaarverslag van de Inspectie jeugdzorg wordt u in juni 2005 toegezonden. Hierin wordt uitgebreid aandacht besteed aan de resultaten van het toezicht en de advisering door de inspectie.

108

Wat zijn de concrete beleidsinhoudelijke effecten van de reorganisatie van de Inspectie Jeugdzorg? Is de inspectie inmiddels al beter in staat haar wettelijke taken uit te voeren? Stemt dit u tot tevredenheid?

Als beleidsinhoudelijke effecten kunnen de volgende worden genoemd:

Kern van de reorganisatie is centrale aansturing van de Inspectie jeugdzorg. Deze heeft onder andere geleid tot het meer en systematischer onderzoeken van de praktijk van de jeugdzorg in plaats van alleen het beleid en tot meer eenduidigheid in het analyseren en beoordelen van bevindingen en het doen van aanbevelingen. Ook zijn de onderzoeken meer gericht op de voorwaarden om te komen tot effectief handelen in het belang van de cliënt. Verder wordt er systematischer omgegaan met het aanspreken van de provincies, grootstedelijke regio's en de ministeries van VWS en Justitie als subsidiërende en handhavende overheden.

De nieuwe organisatie moet ertoe leiden dat de Inspectie eenduidig en professioneel werkt, snel en effectief kan reageren. Personeel wordt hiertoe flexibel ingezet. Effect is een betrouwbare Inspectie, die gezag heeft in het veld.

Ik heb er vertrouwen in dat de nieuwe organisatie van de inspectie ertoe zal leiden dat zij slagvaardig en adequaat kan optreden. In bepaalde opzichten zal zij wellicht zelfs preventief kunnen optreden. Om te beoordelen hoe de reorganisatie precies uitpakt is het nog te vroeg, nu deze onlangs volledig is gerealiseerd.

109

Mag uit het lager uitvallen van de uitgaven voor actief personeel bij de IGZ worden geconcludeerd dat is geopereerd in een situatie van onderbezetting, of dat budgettair meer mensen hadden kunnen worden aangesteld? Hoe strookt dit gegeven met alle toezeggingen voor optimale bezetting van de Inspectie in overleggen met de Kamer?

De IGZ heeft net als elke VWS-directie een voorafbepaald budget en moet daarvoor haar activiteiten verrichten. Binnen het beschikbare budget heeft

IGZ het beschikbare personeel optimaal ingezet voor inspectiewerkzaamheden.

110

Heeft de moeilijkheid bij de raming van de ontvangsten van de inspectie jeugdzorg tot gevolg dat er zich nog onverwacht vervelende tegenvallers op de begroting zouden kunnen voordoen? Welke scenario's hanteert u in deze?

Naar verwachting zullen zich geen tegenvallers op de begroting voordoen.

111

Wat wordt bedoeld met het niet goed afstemmen van de begroting met het inspectiekarakter van de IGZ?

IGZ kent naast personeelskosten specifieke kosten voor regionale kantoren, landelijke ICT-toepassingen en inspecteursopleidingen. De IGZ-begroting dient voor 2006 beter afgestemd te worden op deze specifieke kosten.

112

Op welke wijze is gevolg gegeven aan de activiteiten leidend tot meer inzicht in de aard en afhandeling van meldingen en van het verzamelen en publiceren van prestatie-indicatoren van ziekenhuizen? Heeft deze administratieve activiteit uiteindelijk ook geleid tot meer gerichte inspecties en daarmee tot beter kwaliteitstoezicht?

In 2004 is verder gewerkt aan de uitwerking van een registratiesysteem voor meldingen, nadat de procedure waarlangs meldingen worden afgehandeld eerst inspectiebreed is gestandaardiseerd. Dat registratiesysteem zal de inspectie de komende jaren steeds meer inzicht bieden in de acute knelpunten in de zorgverlening en bij de productie en distributie van daar gebruikte producten. Dat zal uiteindelijk ook leiden tot het beter toespitsen van de inspectie-inzet op bewezen risicovolle situaties.

In 2003 is voor de eerste keer door de ziekenhuizen een opgave gedaan van prestatie-indicatoren, die door hun inhoud voor een groot deel ook risico-indicatoren zijn. Het eerste rapport daarover is kort geleden verschenen en ook aan de Kamer gezonden. Deze dataverzameling wordt jaarlijks herhaald en de trendrapportage zal de inspectie ook systematisch meer inzicht geven in gemeten risicovolle situaties, waardoor het toezicht daarop kan worden toegespitst. Deze manier van dataverzameling zal geleidelijk ook in andere sectoren worden ingevoerd, onder vermindering van andere vormen van dataverzameling. Nu al leiden de uitkomsten uit deze dataverzamelingen tot een gerichtere inzet van de inspectie op de geconstateerde risicogebieden, maar het rendement hiervan zal de komende jaren door het ontstaan van een bredere, meerjarige analyse-basis verder toenemen.

113

Welke conclusies kunnen uit de productiecijfers van de IGZ worden getrokken? Heeft het toegenomen aantal algemene toezichtsbezoeken en het lager dan geraamde aantal thematische onderzoeken, maar vooral de kwaliteit van de onderzoeken en effecten daarvan, geleid tot betere zorgkwaliteit? Kunt u sectoraal een overzicht geven van de wijze waarop de kwaliteit – op basis van de toezichtsbezoeken en -rapporten – in het begrotingsjaar 2004 in algemene zin is verbeterd?

Het aantal algemene toezichtbezoeken 2004 moet vergeleken worden met de realisatie van 2003. De raming 2004 is begin 2003 opgesteld, toen de realisatiecijfers van dat jaar nog niet bekend waren, en is daarom conservatief gehouden. Het lager dan geraamde aantal thematische onderzoeken

had te maken met de aangegeven redenen: een aantal publicaties moest nog verschijnen en een deel van de inspectiecapaciteit is elders aangewend voor meldingen en calamiteiten.

114

Mag uit de weergave van onderzoeks- en congresactiviteiten omtrent patiëntveiligheid en het ontbreken van daadwerkelijke resultaten op dit terrein worden geconcludeerd dat geen resultaten zijn geboekt die direct zichtbaar zijn in verbeterde patiëntveiligheid? Zo nee, waarom niet?

De bijdrage vanuit het departement en de inspectie voor het thema patiëntveiligheid is indirect zichtbaar in de vergrote landelijke en Europese aandacht voor dit thema. De zorginstellingen zijn als eerste verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Door de samenwerking tussen inspectie en het zorgveld en de ontwikkeling van prestatie-indicatoren is in de nabije toekomst concreet meetbaar resultaat in de vorm van risicobeperking mogelijk. Wel kan nu in meer algemene termen wordt aangegeven waar deze activiteiten toe hebben geleid:

- Er is nu een duidelijke sense of urgency in de zorg; die leidt tot gerichte activiteiten in zorginstellingen
- De inspectie heeft ter ondersteuning van een systematische aanpak een definitielijst van begrippen op het gebied van patiëntveiligheid gepubliceerd.
- De inspectie draagt actief bij aan de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) voor de zorgsector.
- De inspectie werkt met prestatie-indicatoren, waarvan 16 veiligheidsindicatoren, bij het toezicht op de ziekenhuissector. De resultaten daarvan zijn kort geleden gepresenteerd. Dat leidt tot meer transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg en biedt – door de jaarlijkse herhaling – de mogelijkheid om verbeteringen, i.c. vergroting van de patiëntveiligheid, te volgen.
- Ook in de verpleeghuissector en GGZ is op basis van prestatie-indicatoren (risico-indicatoren) informatie verzameld en op basis daarvan worden instellingen die achterblijven geïnspecteerd.
- De inspectie draagt actief bij aan het onderzoek door de VU en het NIVEL, dat gegevens gaat opleveren over de omvang van patiëntveiligheid in de curatieve zorg.

In 2004 ging de jaarlijkse Staat van de gezondheidszorg over patiëntveiligheid.

115

Hoe verklaart u dat – ondanks het feit dat in 2004 de Jeugdzorg nogal negatief in de publiciteit kwam vanwege kwaliteitsproblemen en incidenten, zowel het aantal onderzoeken als het aantal afgehandelde meldingen en incidenten van de Inspectie Jeugdzorg, veel lager is dan verwacht? Kunt u verklaren welke oorzaken hieraan ten grondslag liggen? Zegt dit iets over het functioneren van de Inspectie Jeugdzorg?

Het aantal door de Inspectie jeugdzorg onderzochte en afgehandelde meldingen/incidenten is in 2004 lager dan geraamd, omdat de inspectie bij het opstellen van haar begroting ervan uit ging dat er vanaf 2004 voor instellingen in de jeugdzorg een verplichting zou zijn om incidenten en calamiteiten te melden aan de inspectie. Deze verplichting is in 2004 nog niet van kracht geworden. Het aantal afgehandelde meldingen is desondanks vergeleken met 2003 met 100% toegenomen. Het aantal landelijke en provinciale onderzoeken is in 2004 hoger dan geraamd voor 2004 en ook hoger dan in 2003 gerealiseerd.

116

Mag onder de zinsnede «aangezien de inspectie meer dan voorzien om advies is gevraagd, deed de noodzaak tot het uitbrengen van ongevraagd advies zich minder voor» worden verstaan dat het totaal aantal uit te brengen adviezen uitsluitend is gerelateerd aan de capaciteit van de Inspectie Jeugdzorg en niet aan de toestand van de kwaliteit van de jeugdzorg in Nederland? Zo neen, waarom niet?

De inspectie is in 2004 door de overheden in een eerder stadium betrokken bij de beleidsvoorbereiding. Hierdoor is de noodzaak voor de inspectie om ongevraagd advies uit te brengen afgenomen. Daarnaast bevatten landelijke rapporten adviezen aan de ministeries, die ook als ongevraagd beschouwd kunnen worden. Deze zijn echter niet apart geregistreerd.

117

Waarop baseert de regering de aanname dat door de stijging van het aantal adviesaanvragen de noodzaak tot het geven van ongevraagd advies door de inspectie afneemt?

Zie het antwoord op vraag 16.

118

Hoe verhoudt het sanctiebeleid zich tot het aanpassen van het subsidiebeleid?

VWS is bezig met het totstandbrengen van eenduidige VWS-subsidieregeling waarin het nieuwe subsidiebeleid is vastgelegd. Zoals vermeld in het plan van aanpak subsidiebeheer wordt op basis van de nieuwe regeling het sanctiebeleid herschreven en duidelijker toegepast.

119

Welke invloed heeft de verhoging van de eigen bijdragen AWBZ gehad op de koopkracht van de verschillende inkomensgroepen?

Over de verwachte koopkrachteffecten van de verhoogde eigen bijdrage AWBZ heb ik de Kamer in november 2003 geïnformeerd (Tweede Kamer 2003–2004, 26 631, nrs. 60 en 67). Het kabinet heeft gedurende het jaar 2004 in de gaten gehouden hoe het inkomensbeeld 2004 en de uitwerkingen van de maatregelen is verlopen. Tevens is het Rijk een uitgebreide informatiecampagne gestart die heeft bijgedragen aan een grotere bekendheid met beschikbare compensatie. Hierover is de Kamer op 17 september 2004 (Tweede Kamer, 2003–2004, 29 200 XV, nr. 110) geïnformeerd.

In het debat van 7 april 2005 over de koopkracht van chronisch zieken en gehandicapten is toegezegd het onderzoek van de Belastingdienst naar het effect van de wijzigingen in 2004 van de Buitengewone uitgavenregeling, direct na het reces aan de Kamer verschaffen, zodat zij daarover kan beschikken voor de algemene politieke beschouwingen. Tevens is een uiterste inspanning toegezegd om het NIVEL onderzoek met gegevens over het (niet)gebruik van de compensatiemaatregelen hetzelfde tijdschema te laten volgen als het onderzoek van de Belastingdienst naar de Buitengewone uitgaven.

120

Waar is het bedrag van € 40 miljoen voor zorgvernieuwing in de verpleeghuizen en de thuiszorg precies aan besteed?

Dit bedrag is voor € 19 miljoen in de sector verpleeghuizen en voor € 21 miljoen in de sector thuiszorg toegekend op basis van de beslissingen van de zorgkantoren voor het voortzetten van reeds voor 2004 gestarte projecten. Bij het schrappen van de zorgvernieuwingsmiddelen hebben de verpleeghuizen en thuiszorginstellingen aangegeven, dat deze niet geheel per 1 januari 2004 beëindigd kon worden. Ik heb daartoe onderzoek laten verrichten en ben tot het beschikbaar stellen van een eenmalig extra bedrag van € 40 miljoen voor zorgvernieuwing overgegaan. Ik heb toen gelet op het eenmalig beschikbaar zijn van het bedrag geen monitoring verplicht gesteld. Derhalve kan ik op uw vraag geen exact antwoord geven.

121

Welk bedrag is uitgegeven aan regionale zorgvernieuwing en hoe zijn deze middelen verdeeld?

Zie het antwoord op vraag 120.

122

Kan een overzicht worden gegeven van de afbouw van het aantal drie- of meerbedskamers vanaf 1998 (of eerder voor zover mogelijk), in zowel tabel- als grafiekvorm?

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de ontwikkeling van de meerbedkamers vanaf juli 2002. Voor die datum zijn de gegevens hierover niet systematisch verzameld en kan dus geen overzicht van de afbouw worden gegeven. Ik wijs u er op dat dit overzicht ook reeds per brief van 7 april 2005 (TK nr VWS0500554) aan de Kamer is gezonden.

	juli 2002	juli 2003	januari 2005
Driepersoonskamers	1 000	1 000	1 400
«Splitsbare» vierpersoonskamers	300	200	200
Overige vierpersoonskamers	17 800	17 200	15 500
Vijfpersoonskamers	1 200	900	500
Zespersoonskamers	1 700	1 500	1 100
Totaal	22 000	20 900	18 700

123

Is bekend hoeveel zorgaanbieders in 2004 niet meer zijn gecontracteerd omdat de zorg die ze aanboden minder doelmatig was dan van andere zorgaanbieders?

De contracteerplicht voor extramurale AWBZ-zorg is opgeheven per 31 augustus 2004. Tot 31 augustus had het zorgkantoor de plicht om op verzoek van de toegelaten instelling een overeenkomst te sluiten. In de regel gelden deze overeenkomsten voor een kalenderjaar. Zorgkantoren kunnen niet zomaar eenzijdig een overeenkomst opzeggen lopende het jaar. Het opheffen van de contracteerplicht had in het jaar 2004 daarom vooral gevolgen voor na 31 augustus 2004 nieuw toegelaten instellingen. Het is mij echter niet bekend hoeveel van deze nieuwe aanbieders er niet in zijn geslaagd een overeenkomst te sluiten in het najaar van 2004. Ook over achterliggende redenen zijn mij op dit moment geen gegevens bekend. Dergelijke inzichten zijn wel van belang bij het beoordelen van de vraag of de markt voor extramurale AWBZ-zorg goed werkt. Ik heb het CTG/ZAio gevraagd om de effecten van het opheffen van de contracteerplicht in de gaten te houden. Ook in het bredere kader van het markttoezicht verzamelen CTG/ZAio en CTZ informatie voor het analyseren van de markt voor extramurale AWBZ-zorg. Het CTG/ZAio zal in

2005 een monitor uitbrengen over de ontwikkelingen op het gebied van marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg.

124

Is bekend welke criteria zorgkantoren hebben gehanteerd bij de beoordeling van de vraag of zorgaanbieders doelmatig opereerden? Is gelet op tarieven of ook op kwaliteit van de zorg en hoe is dat meetbaar gemaakt?

Zorgkantoren hebben in hun contracteerbeleid de criteria voor zorginkoop vastgelegd. Zorgverzekeraars Nederland heeft daarvoor ter ondersteuning van de zorgkantoren een handreiking opgesteld. De criteria die daarin zijn opgenomen hebben, onder andere, betrekking op transparantie en informatie-uitwisseling, de financiële positie van zorgaanbieders, prijs en volume en kwaliteit. Kwaliteit kan door zorgkantoren worden bevorderd en meetbaar worden gemaakt door van de zorgaanbieders te verlangen dat zij beschikken over kwaliteitscertificering, een klachtenprocedure, kwaliteitstoetsing door cliënten, adequate telefonische bereikbaarheid en de zorgverlening vastleggen in een behandelplan (overeenkomst met de cliënt).

125

Is de sterkere onderhandelingspositie van de zorgkantoren niet louter een theoretische verbetering omdat ook het landelijk convenant is gesloten waarbij zorgaanbieders de garantie kregen dat ze hun budgetten mochten houden als ze daar maar meer productie tegenover stelden?

Het Convenant AWBZ 2005–2007 bevat geen budgetgarantie voor individuele zorginstellingen. Het convenant biedt een kader waarbinnen de doelmatigheidsontwikkeling (gemiddeld 1,25%) wordt gestimuleerd. De afspraak over tarief en volume is onderwerp van onderhandelingen tussen zorgkantoren en zorginstellingen op het individuele niveau. Het verbeteren van de onderhandelingspositie van zorgkantoren is nodig om ten minste deze doelmatigheidsontwikkeling daadwerkelijk gestalte te geven.

126

Hoeveel zorgaanbieders zijn in 2004 toegelaten als nieuwe zorgaanbieder?

De toelating voor AWBZ-zorg vindt sinds april 2003 plaats op functiebasis. In het kalenderjaar 2004 is aan 127 nieuwe aanbieders een toelating verstrekt voor het leveren van AWBZ-zorg.

127

Hoe kan het dat nieuwe zorgaanbieders die lagere tarieven hanteren bij gelijke kwaliteit dan bestaande zorgaanbieders geen contracten krijgen. Is dat omdat de toelatingsprocedure moeizaam verloopt of omdat zorgkantoren huiverig zijn om de bestaande zorgaanbieders voor het hoofd te stoten en de uitvoering van het landelijk convenant in gevaar te brengen?

Zorgkantoren zijn niet (meer) verplicht te contracteren met zorginstellingen die door het College voor zorgverzekeringen (conform de door dat college vastgestelde procedure) zijn toegelaten voor extramurale zorgfuncties. Indien een nieuw toegelaten aanbieder een aanbod doet voor het leveren van kwalitatief goede extramurale zorg voor een scherpe prijs, is het voor het zorgkantoor echter wel aantrekkelijk om op dat aanbod in te gaan. Deze beoordeling is overigens aan het zorgkantoor. Zorgkantoren moeten dit financieren uit de beschikbare contracteerruimte bijvoorbeeld door uit de daarin opgenomen groeiruimte, middelen beschikbaar te stellen voor nieuwe aanbieders. Een andere mogelijkheid is middelen tussen instellingen te herschikken door budgetten van

bestaande instellingen naar beneden bij te stellen. In dat laatste geval zal het zorgkantoor zorgvuldig moeten opereren, omdat het langlopende contracten – met het oog op contractuele goede trouw – niet van de ene op de andere dag (grotendeels) kan opzeggen. Voor zover ik op dit moment kan overzien – het onderzoek naar de zorginkoop door zorgkantoren is nog gaande – maken zorgkantoren gebruik van deze mogelijkheden om te contracteren met nieuwe zorgaanbieders.

128

Hoe wordt gevolgd of zorgaanbieders zich houden aan de afspraak in het convenant om doelmatiger te werken? Hoe wordt gevolgd of het doelmatiger werken daadwerkelijk leidt tot meer productie?

Inmiddels is een systematiek uitgewerkt die het mogelijk maakt om op een betrouwbare manier deze afspraak uit het convenant te meten. Gebruik makend van data-analyses uit bestaande bestanden en systemen wordt gevolgd of méér cliënten van zorg voorzien worden met inzet van een gelijke hoeveelheid middelen. Ook wordt gebruik gemaakt van steekproeven.

Doelmatiger werken leidt bij dezelfde inzet van middelen per definitie tot meer productie.

129

Kan precies worden per sector of doelgroep (ouderen, gehandicapten, psychiatrie, jeugd etcetera) en per functie of soort zorg (dagbesteding, verblijf, thuishulp, begeleiding etcetera) hoe de ontwikkeling is geweest in productie en kan precies worden aangegeven hoe de wachtlijsten en wachttijden zich hebben ontwikkeld in cijfers die vergelijkbaar zijn met cijfers uit voorgaande jaren?

Zie het antwoord op vraag 1.

130

Hoe wordt meetbaar gemaakt of het beschikbare gegroeide budget voor de AWBZ het meest doelmatig is ingezet en precies daar waar de vraag het grootst is of de wachttijden het langst?

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de realisatie van voldoende aanbod en variëteit van zorg afgestemd op de behoefte aan zorg in een regio. Deze verantwoordelijkheid vult het zorgkantoor in door het maken van productieafspraken met zorgaanbieders. Tot 1 april 2004 waren de productieafspraken niet gebudgetteerd, in beginsel konden de zorgkantoren productieafspraken maken. Vanaf 1 april is het de zorgkantoren niet meer toegestaan om onbegrensd productieafspraken te maken. De in de loop van het jaar ontstane knelpunten bij sommige zorgkantoren zijn opgelost door een herverdeling van beschikbare middelen en door een beperkte toevoeging aan het budget.

131

Is een wachttijd van 37 weken voor hulp in de GGZ aanvaardbaar en iets om trots op te zijn omdat het is gedaald?

Een daling van de gemiddelde wachttijd in de GGZ met 7 weken is een positieve ontwikkeling. Een wachttijd van 37 weken is nog steeds erg hoog. Hierbij dienen twee kanttekeningen te worden gemaakt: ten eerste, het merendeel van de GGZ-cliënten op een wachtlijst ontvangt overbruggingszorg en ten tweede, in de GGZ wordt de gemiddelde geobserveerde wachttijd gemeten. Met de gemiddelde geobserveerde wachttijd wordt het aantal weken aangeduid dat ligt tussen de datum waarop de

cliënt het wachten is begonnen en de peildatum. Van de cliënten die op de peildatum op de wachtlijst staan, wordt dus de gemiddelde wachttijd berekend. Het wachten is voor geen van deze cliënten beëindigd. Met deze onderzoeksmethodiek kan daarom niet gemeten worden hoe lang de cliënt werkelijk moet wachten. Hierdoor wordt de wachttijd systematisch overschat. Immers mensen die (snel) aan zorg zijn geholpen tussen twee peildata tellen niet mee bij de berekening van de gemiddelde wachttijd. Na de zomer kunnen wel werkelijke wachttijden worden gepresenteerd die een realistisch beeld geven van de wachttijd van de GGZ-cliënten.

132

Hoeveel mensen maakten in 2003 gebruik van een PGB en hoeveel mensen in 2004? Wat was de hoogte van het gemiddelde budget in 2003 ten opzichte van het gemiddelde toegekende budget in 2004?

In 2003 was het aantal budgethouders in pgb-oude-stijl en pgb-nieuwe-stijl samen 62 557 en is er totaal een bedrag van € 750 miljoen aan pgb's toegekend. In 2004 bedroeg het aantal budgethouders pgb-oude-stijl en pgb-nieuwe-stijl samen 67 958 en is er € 889 miljoen aan pgb's toegekend. Dit betekent dat het gemiddeld toegekende jaarbudget per budgethouder in 2003 € 13 563 bedroeg en in 2004 € 13 623. In de beleidsbrief «Het pgb gewogen, evaluatie en terugblik» die U op 20 november 2004 is toegestuurd (DVVO/ZV-U-2537831 TK nr. 25 657, nr. 29), staat een bedrag van € 15 234,- als gemiddeld toegekend budget genoemd, dit betreft uitsluitend het pgb-nieuwe-stijl.

133

Wat zijn precies de gevolgen van de invoering van het PGB nieuwe stijl met name de functiegerichte indicatie, wanneer er gekeken wordt naar het totaal aantal aanvragen en afwijzingen en het gemiddelde toegekende budget in een vergelijking tussen de oude PGB regeling en het PGB nieuwe stijl?

In het evaluatieonderzoek naar de werking van het pgb-nieuwe-stijl dat ik bureau HHM vorig jaar heb laten uitvoeren, is onder meer onderzocht wat de gevolgen van de overgang naar het pgb-nieuwe-stijl voor budgethouders zijn. HHM heeft concreet onderzocht of budgethouders er na overstap op het pgb-nieuwe-stijl op vooruit zijn gegaan, gelijk gebleven of op achteruit zijn gegaan. Wat de gevolgen van de functiegerichte indicatiestelling zijn voor het totaal aantal aanvragen en afwijzingen en het gemiddelde toegekende budget in een vergelijking tussen de oude pgb-regeling en het pgb-nieuwe-stijl is niet onderzocht en derhalve niet bekend. Wel is uit het onderzoek van HHM gebleken, dat het moeilijk is verandering van het (gemiddelde toegekende) budget aan één oorzaak toe te schrijven. Naast de functiegerichte indicatiestelling kunnen ook verandering van de zorgvraag en verhoging van de eigen bijdrage leiden tot een ander indicatiebesluit. De budgetverandering kan dan ook niet alleen worden toegeschreven aan de invoering van het pgb-nieuwe-stijl.

134

Heeft de stagnatie van de groei van het aantal budgethouders in 2004 ten opzichte van de jaren daarvoor een relatie met de vernieuwde functiegerichte indicatiesystematiek of met de budgetbeperking?

Het aantal budgethouders is in 2004 minder snel gegroeid dan in de jaren daarvoor, maar van groei is nog altijd sprake. In 2003 bedroeg het totaal aantal budgethouders 62 557 en in 2004 67 958. In 2004 zijn er dus 5 401 budgethouders bijgekomen en is het aantal budgethouders gemiddeld toegenomen met 450 per maand. Voor een mogelijke verklaring van het feit dat dit een vermindering is ten opzichte van de groei in vorige jaren

(gemiddeld zo'n 1000 budgethouders per maand) verwijs ik u korthedshalve naar mijn antwoord op vraag 74.

135

Welke wachtlijsten zijn teruggedrongen en met welk concreet resultaat met betrekking tot wachttijden en uitbreiding van het aantal plaatsen voor wachtenden in de cure en care?

Zie het antwoord op vraag 1.

136

Op welke wijze heeft de kabinetsvisie van inclusief beleid en het instellen van de Taskforce bijgedragen aan concrete verbeteringen waardoor mensen met een handicap volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving? Is het effect af te zetten tegen het nadelige effect van maatregelen zoals het beperken van reismogelijkheden (Valys) en het verhogen van de eigen bijdragen aan de kosten van ziekte en handicap of bijvoorbeeld de deelname aan betaalde arbeid door mensen met handicap?

Het kabinet heeft er voor gekozen «inclusief beleid» als uitgangspunt van nieuwe beleidsmaatregelen te maken. Het in de praktijk brengen vergt een omslag in het denken, die niet van de ene op de andere dag is gerealiseerd. Zoals al in de brieven van 17 februari 2005 en 11 april 2005 (29 355 nr. 11 resp 14) is aangegeven, is hier een begin mee gemaakt. De komende periode zal hier mee worden doorgegaan. Een aspect van inclusief beleid is dat van alle (nieuwe) beleidsmaatregelen de gevolgen voor mensen met beperkingen worden meegewogen. In het ideale geval zal dus altijd de afweging worden gemaakt tussen de kosten en baten bij de keuze tussen een algemene of reguliere oplossing voor mensen met beperkingen. Voor staand beleid is het niet aan de orde. De Taskforce Handicap en Samenleving heeft in de tweede helft van 2004 een werkplan vastgesteld. Met de uitvoering daarvan is begonnen. Er zijn over 2004 nog geen maatschappelijke resultaten te melden.

Voor het kabinet betekent «inclusief beleid» dat het openbaar vervoer voor iedereen toegankelijk dient te zijn. Op 23 november 2004 heeft de minister van V&W aan de Tweede Kamer het Stappenplan Toegankelijk openbaar vervoer toegezonden waarmee de Kamer heeft ingestemd. Met Valys wordt een aanvullende bovenregionale vervoersvoorziening geboden aan mensen met een vervoersbeperking. Zoals uit de evaluatie van Valys blijkt is een grotere groep actief gebruiker van de Valyspas dan voorheen bij TraXX. Daarnaast is het aantal assistenties (door de NS) aan reizigers met vervoersbeperkingen sedert de startdatum van Valys belangrijk toegenomen.

Onlangs is door het gerechtshof te Den Haag nog eens bevestigd dat een vervoerssysteem als Valys, dat reismogelijkheden van mensen met vervoersbeperkingen juist vergroot, per definitie kan worden gezien als een systeem dat mensen met een beperking en ouderen in staat stelt om zelfstandig te functioneren. Deze zaak was door de CG-Raad en anderen aangespannen.

Zoals aangegeven, vergt het in de praktijk brengen van inclusief beleid de nodige tijd. Op dit moment is het nog te vroeg om te kunnen aangeven wat het effect hiervan is op arbeidsparticipatie.

In 2003 hebben de ministeries van SZW en VWS de Commissie het Werkend Perspectief (CWP) ingesteld voor een periode van vier jaar. Deze commissie heeft tot taak om uitval uit het arbeidsproces te voorkomen en arbeidsdeelname van personen met een arbeidshandicap te bevorderen. De CWP doet dit o.a. door het belichten van goede voorbeelden (zoals de

jaarlijkse uitreiking van de Kroon op het Werk award), het beïnvloeden van de beeldvorming bij diverse betrokken partijen en het organiseren van bijeenkomsten en ontmoetingen waarbij men ervaringen en ideeën kan uitwisselen. De CWP werkt hierbij, waar mogelijk, samen met de Taskforce Handicap en Samenleving. Daarnaast proberen de leden van de CWP ieder binnen hun eigen organisatie een bijdrage te leveren aan het bevorderen van de arbeidsdeelname van personen met een arbeidshandicap.

137

Konden de vrijgevallen budgetten ten behoeve van het gehandicapten- en hulpmiddelen beleid niet als nog ingezet worden ten behoeve van dit beleidsartikel?

Voor zover de onderuitputting reeds gemeld was bij eerste en tweede suppletore wet, heeft er departementsbrede afweging plaatsgevonden. De middelen zijn ten goede gekomen aan knelpunten elders op mijn begroting. Overigens moet bedacht worden dat naast begrotingsmiddelen ook premiemiddelen worden ingezet voor het bereiken van de doelstellingen op het gebied van gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid.

138

Op welke wijze heeft de ontwikkeling van MEE en het instellen van een Taskforce concreet bijgedragen aan het bevorderen dat mensen met een handicap volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving? Is de regering van plan te meten of mensen met een handicap werkelijk meer volwaardig kunnen deelnemen of wordt de doelstelling afgemeten aan het aantal organisaties dat wordt opgericht of gesteund door de regering?

In 2004 en 2005 zijn de MEE-organisaties omgevormd van Sociaal Pedagogische Diensten (SPD'en) tot MEE-organisaties in het SPD NS (SPD Nieuwe Stijl) traject. De doelgroep van MEE organisaties is uitgebreid met mensen met lichamelijke, zintuiglijke beperkingen en beperkingen uit het autistisch spectrum. Gedurende het SPD NS traject hebben MEE-organisaties geïndiceerde extramurale zorg (waaronder begeleiding bij zelfstandig wonen) afgebouwd. MEE-organisaties hebben een nieuwe collectieve taak toegewezen gekregen, het scheppen van randvoorwaarden voor maatschappelijke activering en integratie. Al deze veranderingen zijn in gang gezet om de positie van de cliënt te versterken en om de cliënt-ondersteuning vanuit MEE laagdrempelig, onafhankelijk, deskundig, doelmatig en doeltreffend te laten zijn. Dit draagt bij aan de volwaardige deelname van mensen met beperkingen aan de samenleving. De Taskforce Handicap en Samenleving heeft in de tweede helft van 2004 een werkplan vastgesteld en is met de uitvoering hiervan begonnen.

De Taskforce is in overleg met onder meer gemeenten en bedrijven om hun diensten en de informatievoorziening hierover toegankelijk te krijgen. Zo spreekt de Taskforce bijvoorbeeld met vervoersbedrijven over de training van chauffeurs in het omgaan met mensen met een handicap. Ook wordt gekeken hoe «halte-informatie» ontworpen kan worden, zodat die voor iedereen duidelijk is.

Volgend jaar zal het SPD NS traject worden geëvalueerd. De resultaten van deze evaluatie zullen aan uw Kamer worden gerapporteerd. Ik zal daarnaast een participatiemonitor in gebruik nemen. Dit is een instrument dat is ontwikkeld om specifiek bij mensen met een beperking te meten hoe het met hun deelname aan de maatschappij en de mogelijkheden daartoe staat. Aan het aantal organisaties is het halen van doelstellingen niet af te meten.

139

Hoeveel PGB's zijn er verstrekt aan mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap? Hoe verhoudt zich dat tot het aantal mensen dat in 2003 gebruik maakten van een PGB?

In zowel 2003 als 2004 bestonden de pgb-regelingen oude-stijl en nieuwe stijl naast elkaar. In totaal waren er in die jaren respectievelijk 62 557 en 67 958 budgethouders. De pgb-regeling oude-stijl verstandelijk gehandicapten telde in 2003 11 010 budgethouders en in 2004 7 088. De 95 budgethouders met een lichamelijke handicap zijn in juli 2003 overgestapt naar de pgb-regeling-nieuwe-stijl. In de care-brede regeling pgb-nieuwe-stijl zijn de schotten tussen de diverse sectoren komen te vervallen en wordt niet geregistreerd hoeveel mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap een pgb hebben.

140

Hoe kunt u vaststellen dat de beleidsprestatie ten aanzien van de productiestijging van de intramurale productie met 1,2% en van de extramurale productie met 4,5 % is gehaald, terwijl door het verdwijnen van de grenzen in de AWBZ de werkelijke productiestijging voor de gehandicaptenzorg als zodanig niet goed meer te bepalen is?

Zie het antwoord op vraag 149.

141

Hoeveel extra opnames dan wel gehonoreerde indicaties voor extramurale zorg heeft de productiestijging in 2004 opgeleverd? Hoe verhoudt zich dat tot de groei of daling van wachtlijsten voor intramurale en extramurale zorg?

Bij een volledig operationele AWBZ-brede zorgregistratie in de AWBZ-keten zijn gegevens beschikbaar over het aantal indicaties, realisaties en als resultante de wachtlijst. De zorgregistratie was in 2004 nog niet volledig operationeel, waardoor voor de wachtlijstmeting over 2004 bij zorgkantoren alleen gegevens over het aantal wachtenden op 1 januari 2005 is verzameld. Bij de volgende meting (per 1 januari 2006) is wel inzicht te geven in het aantal (gerealiseerde) indicaties naar type zorg. Gelet op de nieuwe wijze van gegevensverzameling (via de zorgregistratie in functies; voorheen: via zorgregistratiesysteem in zorgproducten) is het niet goed mogelijk om veranderingen in het aantal wachtenden, onderscheiden naar extramurale en intramurale zorg, in beeld te brengen. Dat kan wel bij de volgende wachtlijstmeting.

142

Welke concrete resultaten zijn geboekt ten aanzien van het terugdringen van de wachtlijsten voor zowel de cure als de care als gevolg van de productieverhoging? Hoe verhoudt zich dat tot de concrete wachttijden voor cliënten?

Zie het antwoord op vraag 1.

143

Op welke wijze heeft het kabinet gewerkt aan concrete uitbreiding van de terreinen die van toepassing zijn binnen de WGBH/CZ? Welke concrete resultaten heeft dit opgeleverd?

In het AO gehandicaptenbeleid van 13 april jl. heb ik u toegezegd met een planning te komen rond de uitbreiding van de Wgbh/cz. Ik verwacht u die in het najaar te kunnen aanbieden. In de planning ga ik in ieder geval in op de onderwerpen openbaar vervoer, onderwijs en goederen en diensten.

In deze brief zal ik tevens ingaan op wat tot nu toe is bereikt binnen de Wgbh/cz. Daarbij komt onder andere het onderwerp wonen aan de orde.

Op welke wijze heeft het beleid bijgedragen tot het toegankelijk maken van overheidssites, anders dan die van het ministerie van VWS zelf? Hoe is het gesteld met de toegankelijkheid van de websites van andere ministeries?

VWS heeft andere departementen gestimuleerd ieder vanuit de verschillende verantwoordelijkheden een bijdrage te leveren aan het bevorderen van de toegankelijkheid. Zo is een waarmerk toegankelijkheid ontwikkeld, gefinancierd door EZ en zijn richtlijnen opgesteld voor toegankelijke sites, passend binnen de filosofie van BZK (www.webrichtlijnen.overheid.nl). In het overleg tussen de site-beheerders wordt door BZK en VWS steeds gewezen op de toegankelijkheid van de sites, waarbij benadrukt wordt dat een site, die volgens deze richtlijnen is gebouwd, betrouwbaar, snel en goedkoop in onderhoud is. In hoeverre de sites daadwerkelijk toegankelijk worden gebouwd is de verantwoordelijkheid van het betreffende ministerie. De website van VWS voldoet aan de prioriteiten 1 & 2 van de toegankelijkheidsrichtlijnen van het World Wide Web Consortium (W3C). Op dit moment voldoen de website van Buitenlandse Zaken en BZK en de website van Postbus 51 aan prioriteit 1 van het W3C en Drempeelvrij.nl. Binnen de Commissie Nieuwe Media, een onderraad van de Voorlichtingsraad, wordt door de ministeries samengewerkt om toegankelijkheid te realiseren. De overheid heeft sinds oktober 2004 eigen overheidsrichtlijnen. Toegankelijkheid van websites is een logisch gevolg van deze richtlijnen. Taskforce Handicap en Samenleving heeft op 25 januari 2005 bij de afsluiting van het project «Drempels weg» het initiatief genomen om te stimuleren dat alle sites van Nederlandse bedrijven toegankelijk worden. De heer Cerfontaine heeft daarbij als streefwaarde geformuleerd dat in 2007 aan het eind van het mandaat van de Taskforce de helft van deze sites toegankelijk is conform de hiervoor genoemde webrichtlijnen; als middel wordt gedacht aan het ontwikkelen van een gedragscode.

Hoe verhoudt zich de beperking van het aantal gesubsidieerde kilometers die mensen met een handicap in 2004 door invoering van het Valysstroom opgelegd kregen zich tot uw voorgenomen beleidsprestatie: «Gelijke behandeling en participatie van mensen met een handicap of chronische ziekte»?

Voor het kabinet betekent «inclusief beleid» dat het openbaar vervoer voor iedereen toegankelijk dient te zijn. Op 23 november 2004 heeft de minister van V&W aan de Tweede Kamer het Stappenplan Toegankelijk openbaar vervoer toegezonden waarmee de Kamer heeft ingestemd. Met Valys wordt een aanvullende bovenregionale vervoersvoorziening geboden aan mensen met een vervoersbeperking. Voordien werd TraXX door een kleine groep pashouders heel veel gebruikt. Bij de vormgeving van Valys was het van belang om de maatschappelijke participatie van een grotere groep te verbeteren en ook om te voorkomen dat de kosten onbeheersbaar stijgen. Om deze doelstellingen gezamenlijk te realiseren is er met instemming van de TK voor gekozen om niet de groep rechthebbers te beperken maar om een redelijke limiet te stellen aan het gebruik per persoon, maar daarbij onderscheid te maken tussen een groep die geheel niet met de trein kan en een groep die dat wel kan. Zoals uit de evaluatie van Valys blijkt is een grotere groep actief gebruiker van de Valyspas dan voorheen bij TraXX. Daarnaast is het aantal assistenties (door de NS) aan reizigers met vervoersbeperkingen sedert de startdatum van Valys belangrijk toegenomen.

In 2005 heb ik bij de verhogingen van de pkb's in belangrijke mate gelet op het gegeven dat pashouders met een hoog pkb geheel niet in staat zijn met de trein te reizen en geen reisalternatief hebben. Voor pashouders

met een standaard pkb is het kilometerbudget afgestemd op het gegeven dat zij (deels) het reistraject per trein kunnen afleggen. Ook voor hen is het kilometerbudget aanzienlijk verhoogd en daarnaast bied ik hen de aanvullende faciliteit dat één begeleider gratis in de Valystaxi mee mag. Onlangs is door het gerechtshof te Den Haag nog eens bevestigd dat een vervoerssysteem als Valys de reismogelijkheden van mensen met vervoersbeperkingen juist vergroot. Per definitie kan dit systeem worden gezien als een systeem dat mensen met een beperking en ouderen in staat stelt om zelfstandig te functioneren. Het Hof was ook van mening dat het recht doet aan het principe van gelijke behandeling en participatie. Deze zaak was door de CG-Raad en anderen aangespannen.

146

Hoeveel mensen met een handicap hebben in 2004 gebruik kunnen maken van het gereedgekomen van het buurtschap-concept en zijn in een kleinschalig woonproject gaan wonen? Hoe was dat in 2002 en in 2003?

Het is mij niet bekend dat het buurtschap-concept als zodanig op dit moment al ergens gerealiseerd is omdat ik hier niet op registreer. Wel ken ik sinds 2002 de ontwikkeling van de kleinschalige woonvoorzieningen in totaal. Naast nieuwbouw van kleinschalige woonvoorzieningen ten behoeve van intramuraal verblijvende cliënten, de doelgroep waar u om vraagt, gaat het hierbij ook om vervanging van eerder gedeconcentreerde voorzieningen, uitbreidingsbouw ten behoeve van nieuwe cliënten en aanmelding van plaatsen die al wel kleinschalig waren maar nog niet als zodanig geregistreerd stonden. In de registratie kan ik dit onderscheid niet maken en ik kan dan ook slechts bij benadering zeggen hoeveel mensen met een handicap in 2004 en eerdere jaren verhuisd zijn van een groot-schalige naar een kleinschalige woonvoorziening. Ik schat dit aantal op basis van de cijfers 31-1-2004 ca. 1600 personen per jaar. Overigens dien ik hier wel bij op te merken dat (nog) niet alle kleinschalige woonvoorzieningen ook als zodanig geregistreerd staan, waardoor het getoonde aantal een onderschatting ten opzichte van het werkelijke aantal kan laten zien.

147

Op welke wijze hebben de extra middelen voor de wachtlijstreductie bijgedragen aan het beperken van de bestaande wachtlijsten? Wat heeft deze extra impuls concreet betekend voor de wachttijden voor cliënten?

Zie het antwoord op vraag 1.

148

Op welke wijze heeft de productiegroei in de AWBZ (voor verpleeghuizen, de verzorgingshuizen en de thuiszorg) bijgedragen aan de daadwerkelijke groei van het aantal bedden? Hoeveel extra plaatsen zijn er door inzet van deze middelen gecreëerd?

Uit de recente CTG cijfers blijkt dat er bij de verpleeghuizen in 2004 ruim 1 700 bedden meer zijn dan in 2003 ondanks de afname van het aantal meerbedskamers (zie het antwoord op vraag 122). Dit betekent dat de beddentoename heeft plaatsgevonden in 2 (en 1) persoonskamers. Bij de verzorgingshuizen waren er in 2004 volgens de CTG cijfers ca 1 250 bedden minder dan in 2003, Het aantal bedden verzorgingshuizen kalft aan twee kanten af:

- bij lichtere cliënten als gevolg van verdergaande extramuralisering en
- bij zwaardere cliënten als gevolg van ombouw naar verpleeghuis-capaciteit.

Als gevolg van al deze ontwikkelingen zij er per saldo ruim 450 bedden

bijgekomen in 2004. De grootste extra productie vond plaats in de extramurale zorg.

149

Hoe kunt u vaststellen dat de beleidsprestatie ten aanzien van de productiestijging in de ouderenzorg met 5,9% is gehaald, terwijl door het verdwijnen van de grenzen in de AWBZ de werkelijke productiestijging voor de ouderenzorg als zodanig niet goed meer te bepalen is? Hoe kan de regering prioriteiten bepalen en het beschikbare budget zo doelmatig mogelijk verdelen over sectoren, doelgroepen en functies binnen de AWBZ bepalen als het niet over meer uitgepluiste informatie beschikt?

De scheidslijnen tussen de afzonderlijke sectoren in de AWBZ zijn in de aanspraken en indicatiestelling opgeheven. Wel wordt bij de indicatiestelling nog de doelgroep aangegeven. Door het verdwijnen van de grenzen in de AWBZ is het (zoals ook in het jaarverslag 2004 is aangegeven) niet meer goed mogelijk de werkelijke productiestijging voor de afzonderlijke sectoren te bepalen. Voor de AWBZ in het geheel geldt dat binnen de afgekondigde beheerste groei het totale productieniveau boven het productieniveau ligt dat volgens de begroting 2004 werd verwacht. De in de loop van 2004 als gevolg van de beheerste groei ontstane knelpunten bij sommige zorgkantoren zijn opgelost door een herverdeling van beschikbare middelen en door een beperkte toevoeging van middelen aan het budget.

Met ingang van dit jaar is in het kader van het convenant in de AWBZ het budget voor de AWBZ niet over sectoren, doelgroepen of functies verdeeld, maar over de zorgkantoren. Bij de zorgkantoren komen de zorgvragers met hun gestelde indicaties en het zorgkantoor heeft de taak de voor hen benodigde zorg in te kopen. Eveneens is gesteld dat instellingen 1,25% meer productie zullen leveren binnen dezelfde omvang van middelen. Om deze productiestijging te kunnen monitoren wordt er een zogenaamde nulmeting per 2005 gedaan, waarna in 2006 beoordeeld kan worden of de productiestijging heeft plaatsgevonden.

Door middel van de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) krijgen zorgkantoren en (in tweede instantie) het ministerie tijdig inzicht in eventuele verschillen tussen de omvang van de gestelde indicaties en de hoeveelheid ingekochte zorg. Daar waar de AZR nog niet geheel afdoende functioneert, wordt gebruik gemaakt van gegevens van de zorgkantoren, het CIZ en het CTG. Er zijn dus voldoende mogelijkheden om zonnodig te herprioriteren.

150

Hoe kan in zijn algemeenheid de doelmatigheid van de inzet van AWBZ-middelen worden bepaald en wie is volgens de regering beleidsmatig verantwoordelijk daarvoor?

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de doelmatigheid van de inzet van AWBZ-middelen stijgt wanneer de hoeveelheid geleverde zorg groeit bij gelijkblijvend budget dat daarvoor ingezet wordt. De regering ziet zichzelf op dit punt als systeemverantwoordelijke. De veldpartijen zijn inhoudelijk verantwoordelijk voor de doelmatige inzet. Een voorbeeld: om het systeem te verbeteren schaft de regering de contracteerplicht af voor zorgkantoren. De zorgkantoren zelf kunnen vervolgens doelmatiger inkopen.

151

Op welke wijze heeft het ontwikkelen van functiefinanciering door het PGO concreet bijgedragen aan de bevordering van de maatschappelijke participatie van ouderen? Hoe verhoudt zich de beëindiging van de structurele subsidierelaties met het Comité Nationale dag van de Ouderen en het Nederlandse Platform Ouderen en Europa zich tot deze doelstelling?

De Stichting Fonds PGO werkt op dit moment in overleg met de sector aan de ontwikkeling van de functiefinanciering. Van de uitkomst daarvan word ik begin juli 2005 op de hoogte gesteld. De beëindiging van de structurele subsidie van het Comité Nationale Dag van de Ouderen en het Nederlands Platform Ouderen en Europa vloeit voort uit het beleid verwoord in de nota «Kennis, Innovatie, Meedoen: beleid en begrotings-subsidies VWS» van 22 september 2003. Belangrijk uitgangspunt is dat het beleid nadrukkelijk appelleert aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen en instellingen. Dit is ook één van de hoofdlijnen van de nota «Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing» die u op 19 april 2005 (TK nr. 29 389, nr. 5) is toegezonden.

152

Hoe verhoudt zich de beperking van het aantal gesubsidieerde kilometers die mensen met een handicap in 2004 door invoering van het Valysysteem opgelegd kregen zich tot uw voorgenomen beleidsprestatie: «Het zelfstandig functioneren van gehandicapten en ouderen bevorderen door voorzieningen te bieden op het gebied van wonen en vervoer»?

Zie het antwoord op vraag 145.

153

Hoe kan het dat er meevallers zijn te noteren bij de uitgaven voor preventie? Had dit geld niet besteed kunnen worden voor financiering van projecten die ongetwijfeld bij het ministerie bekend zijn en op financiering wachten?

Voor het programma pre- en postnatale screening is sprake van lagere uitgaven in verband met het dalend aantal onderzoeken/zwangerschappen. Daarnaast heeft de prijsdaling van anti-rhesus-D-immunoglobuline een neerwaarts effect op de uitgaven (samen € 2,5 mln.). Voor de overige programmatische preventieprogramma's is sprake van minimale verschillen tussen de raming en de realisatie (alle overige programma's samen € 1 mln.).

Het is vaak niet mogelijk om dergelijke meevallers (met veelal een incidenteel karakter) te gebruiken voor projecten. Dit komt omdat de meevaller pas gedurende het jaar zichtbaar wordt en projecten vaak een langere looptijd hebben dan het aantal maanden van het begrotingsjaar dat nog resteert. Mutatis mutandis geldt dit ook voor tegenvallers op dergelijke begrotingsonderwerpen.

154

Is bekend waarom er lagere ontvangsten zijn voor de eigen betalingen in ziekenhuizen en bij de AWBZ-instellingen? Zij er tegenvallers te melden bij de inning van eigen bijdragen voor extramurale thuiszorg?

Zie het antwoord op vraag 19.

155

Is inmiddels bekend hoeveel extra budget beschikbaar is gekomen als gevolg van de verhoging van de eigen bijdrage thuiszorg en de scherpere indicatiestelling?

Mede door de toepassing van het werkdocument gebruikelijke zorg – hetgeen u aanduidt als een scherpere indicatiestelling – is er in het jaar 2004 ten opzichte van 2003 volgens CTG cijfers een daling van ongeveer 1 500 000 aantal verleende uren voor huishoudelijke verzorging opgetreden (forse daling van het aantal uren alpha hulp en een geringe daling van het aantal huishoudelijke verzorging).

Deze daling kan echter niet alleen worden toegeschreven aan de toepassing van het document huishoudelijke zorg, maar ook door het invoeren van de nieuwe eigenbijdrageregeling per 1 januari 2004 voor de thuiszorg.

Zoals bij u bekend zijn er in 2004 met de brancheorganisaties in de AWBZ afspraken gemaakt om de uitgaven vanaf 2004 te laten groeien binnen de financiële kaders van het regeerakkoord.

Het bedrag dat minder is uitgegeven aan huishoudelijke verzorging is besteed voor de productie van andere functies binnen de AWBZ.

De extra opbrengst van € 180 mln heeft betrekking op 2004. Het betreft voor € 150 mln de extramurale bijdrage en voor € 30 mln de intramurale. De tegenvaller van € 137 mln staat hier los van, omdat deze in het jaar 2003 is opgetreden.

156

Uit de voorlopige afrekening van de zorguitgaven blijkt een overschrijding van het BKZ van circa € 1,5 miljard. Duidt dit op een veel te krappe raming gezien ook de ontwikkeling van de reële uitgaven voor zorg in de afgelopen 10 jaar en de demografische ontwikkelingen?

De overschrijding van het BKZ is voor een deel (€ 0,4 miljard) toe te schrijven aan een hogere productieontwikkeling in 2004 dan verwacht. Deze is volgens de cijfers die in het jaarverslag gepresenteerd zijn op 3,8% uitgekomen. Dat is hoger dan de ruimte voor productiegroei volgens de begroting 2004 (2,9%). Gezien de ontwikkeling van de zorguitgaven in de afgelopen 10 jaar en de demografische ontwikkelingen, was dit geen krappe raming. Het geraamde percentage lag namelijk ruim boven de gemiddelde productiegroei van de tien voorgaande jaren (2,4%). Deze productiegroei is voor een deel nodig om de demografische ontwikkeling (van jaarlijks rond de 1%) op te vangen.

Het grootste deel van de overschrijding komt voort uit de hogere BKZ-uitgaven in 2003 (€ 0,9 miljard). Het saldo van diverse factoren buiten de productie (overig volume, nominaal, eigen betalingen en technisch) bepaalt het restant van de BKZ-overschrijding in 2004.

157

Hoe verhoudt de gesignaleerde opbrengst van € 180 miljoen voor eigen bijdragen AWBZ zich tot de opmerking op blz. 190 waar een tegenvaller van € 137 miljoen wordt gesignaleerd bij de inning eigen bijdragen?

Zie het antwoord op vraag 155.