

Vergaderjaar 2006–2007

30 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007

Nr. 27

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 14 november 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, belast met het voorbereidend onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

Met de vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

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

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Vacature (algemeen), Ormel (CDA), Willemse-van der Ploeg (CDA), Vacature (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Van Egerschot (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GL), Bakker (D66), Nijs (VVD) en Vacature (LPF).

1, 28 en 34

Hoe zijn de ontwikkeling en het onderhoud van richtlijnen ingebed in het nieuwe stelsel van gereguleerde marktwerking? Welke partijen dragen in dit verband welke verantwoordelijkheden? Wie draagt de verantwoordelijkheid voor de financiering?

Op welke wijze wordt de ontwikkeling en het onderhoud van richtlijnen van de diverse beroepsgroepen gefinancierd?

Op welke wijze wordt er voor gezorgd dat het eenzijdig afschaffen van subsidies ten koste gaat van de ontwikkeling en het onderhoud van richtlijnen voor de diverse beroepsgroepen? Bent u bereid een structurele financiering in te stellen voor ontwikkeling en onderhoud van richtlijnen? Zo ja, hoe wordt dat mogelijk gemaakt? Zo nee, waarom niet?

Mijn visie alsmede die van de staatssecretaris op het gebied van kwaliteit van zorg in het nieuwe zorgstelsel heb ik beschreven in de nota getiteld «Kwaliteit van zorg: hoog op de agenda» van 10 februari 2006 (Tweede Kamer, 28 439, nr. 12). In de kwaliteitsbrief staat dat de verantwoordelijkheid voor de invulling van het kwaliteitsbeleid primair bij het veld ligt. Veldpartijen dienen gezamenlijk te komen tot afspraken over kwaliteitsprogramma's.

Vooruitlopend op het nieuwe zorgstelsel heb ik met ingang van 2004 een nieuw subsidiebeleid geïntroduceerd, beschreven in de nota «Kennis, innovatie en meedoen» (KIM). Structurele instellingssubsidies zijn afgebouwd. Incidentele projectsubsidies worden toegekend op basis van de termen Kennis, Innovatie en Meedoen (KIM). Projectsubsidies zijn alleen aan de orde wanneer een vernieuwing niet vanzelf tot stand komt, er meerdere veldpartijen bij betrokken zijn en de overheid bij de realisatie ervan een duidelijke rol heeft.

Ontwikkeling en onderhoud van monodisciplinaire richtlijnen is een verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen zelf. Multidisciplinaire ontwikkeling loopt via het ZonMW meerjarenprogramma «Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg», waarvoor ik eind 2005 opdracht heb gegeven. Bij de ontwikkeling zijn niet alleen zorgaanbieders, maar ook zorgverzekeraars en patiënten nauw betrokken. In de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling zie ik een beleidsverantwoordelijkheid van VWS. Om de kwaliteit van zorg op de lange termijn te bekostigen blijft bekostiging via de tarieven die voor die zorg in rekening gebracht kunnen worden de meest aangewezen wijze. Het instellen van een structurele financiering voor ontwikkeling en onderhoud van richtlijnen is gezien bovenstaande niet aan de orde.

2

Welke taken zijn de afgelopen jaren vanuit welke instituten of instellingen overgeheveld naar het RIVM? Welke personele omvang kennen de verschillende onderdelen van het RIVM?

Per 1 juli 2005 is het bureau Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten met haar taken van GGD Nederland naar het RIVM overgekomen (7,5 fte). Dit bureau is opgenomen in het Clb, het Centrum voor Infectieziektebestrijding. In totaal omvat het Centrum voor Infectieziektebestrijding 273 fte hetgeen een clustering is van reeds bestaande taken bij het RIVM, taken van LCI – GGD Nederland, enkele taken die bij VWS belegd waren en nieuwe taken. In een brief d.d. 13 oktober 2004 (Tweede Kamer, 25 295, nr. 13) is de Kamer geïnformeerd over deze herstructurering mede naar aanleiding van (inter)nationale ontwikkelingen om infectieziekten beter lokaal, nationaal en internationaal aan te pakken.

Met de komst van het nieuwe zorgstelsel is besloten om taken en formatie van het CVZ op het vlak van bevolkingsonderzoeken over te hevelen naar het publieke domein. Daarbij is gekozen om per 1 januari 2006 de taken uit

te laten voeren door het Centrum voor Bevolkingsonderzoek, dat op dit moment 9,8 fte groot is.

Met ingang van 1 januari 2006 voert het RIVM de verlening van subsidies uit volgend uit de Subsidieregeling Publieke Gezondheid. Deze subsidie-regeling omvat het verstrekken van subsidies op het gebied van program-matische preventie, zoals het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-kanker en borstkanker, pre- en postnatale preventie, aanvullende curatieve SOA-bestrijding en grieppreventie. Het subsidiebureau bij het RIVM dat taken heeft overgenomen van VWS en het CVZ, is 2,5 fte groot en wordt daarbij inhoudelijk ondersteund door het Clb en het Centrum voor Bevol-kingsonderzoek.

Per 1 januari 2006 is het Centrum Jeugdgezondheid binnen het RIVM operationeel. De omvang van het Centrum Jeugdgezondheid is per 1 september 2006 4,5 fte groot. Taken en formatie van het Platform Jeugd-gezondheidszorg zijn per 1 januari 2006 naar dit RIVM-centrum overge-gaan.

3

Hoe ontwikkelt het aantal ligdagen in ziekenhuizen zich in de loop van de tijd? Hoeveel mensen ontvangen jaarlijks thuiszorg uit de AWBZ nadat zij zijn ontslagen uit een ziekenhuis?

Het gemiddeld aantal ligdagen in de ziekenhuiszorg daalt al jaren. In 2003 bedroeg het gemiddelde 7,4 ligdag, in 2005 was dit gedaald naar 6,8 ligdag.

Bij de indicatie voor thuiszorg wordt alleen de omvang van de noodzake-lijke zorg bepaald. Of een cliënt wel of niet uit het ziekenhuis komt wordt daarbij niet geregistreerd.

4

Kan de regering een overzicht geven van de ontwikkeling van de zorg-uitgaven vanaf 1994 aan de hand van de definities van het CBS, het CPB en het Budgettair Kader Zorg van VWS? Kan de regering de macro-uit-gaven ook vertalen naar uitgaven per hoofd van de bevolking?

Onderstaande tabellen geven de zorguitgaven weer volgens de definities van het CBS, CPB en VWS (bruto BKZ). De CBS cijfers zijn vanaf 1998 t/m 2004 beschikbaar.

Bedragen in € miljard

Zorguitgaven	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
VWS	27,0	27,0	27,7	29,3	30,7	32,6	34,6	38,4	43,1	43,7	45,0	46,3	47,9	50,1
CPB	26,8	27,1	27,8	29,1	30,8	32,8	34,9	38,5	43,1	45,9	47,6	46,3	47,8	48,5
CBS					36,8	39,3	42,1	47,1	53,0	57,5	60,1			

Bedragen in € miljard

Zorguitgaven per hoofd	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
VWS	1 758	1 749	1 790	1 883	1 963	2 065	2 184	2 405	2 674	2 696	2 767	2 842	2 933	3 061
CPB	1 747	1 757	1 794	1 869	1 968	2 081	2 200	2 408	2 676	2 835	2 928	2 840	2 923	2 964
CBS					2 351	2 494	2 654	2 948	3 293	3 553	3 698			

Bronnen:

VWS

MEV 2006, MEV 2007 bijlage A11 (CPB)

Zorgrekeningen (CBS)

Bevolking Kerncijfers (CBS)

5

Kan de regering aangeven op welke wijze de aanpak van de ADHD-problematiek wordt meegenomen in het creëren van meer samenwerking tussen de betrokken departementen?

Bij de totstandkoming van het actieplan ADHD in 2001 en volgende jaren is het Landelijk Centrum Onderwijs en Jeugd (LCOJ) van het NIZW betrokken. Bij de implementatie van de resultaten van het actieplan ADHD zal het Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen betrokken worden.

6

Welke financiële ondersteuning ontvangt het Steunpunt Landbouw en Zorg de komende jaren? Welke subsidie is de komende jaren beschikbaar voor de CVTM-regeling en de VTA-instituten?

Voor de CVTM-regeling is dit jaar € 27 miljoen beschikbaar. Volgend jaar is in het kader van de Wmo € 32 miljoen beschikbaar voor mantelzorg-ondersteuning.

Voor deskundigheidsbevordering van vrijwilligers € 10 miljoen. De VTA-instituten ontvangen daarvan in 2007 € 7,5 miljoen en in 2008 € 5 miljoen. Gemeenten ontvangen in 2007 € 2,5 miljoen en in 2008 € 5 miljoen voor deskundigheidsbevordering. Vanaf 2009 wordt het geld deels beschikbaar gesteld aan vrijwilligersorganisaties en deels aan gemeenten. Overeenkomstig amendement 30 300 XVI, nr. 36 bij de begroting 2006 van VWS zijn voor het Steunpunt Landbouw en Zorg de volgende bedragen beschikbaar:

	2006	2007	2008	2009
Ministerie van VWS	61 000	122 000	122 000	122 000
Ministerie van Landbouw	61 000	122 000	122 000	122 000

7 en 31

Hoeveel middelen zijn de komende jaren beschikbaar voor de Hospicezorg in Nederland? Zijn de knelpunten op dit terrein, conform de toezeggingen van de regering opgelost?

Op welke manier worden hospices financieel gesteund? Welke voorname heeft de regering om deze financiering te verbeteren?

Binnen het huidige stelsel zijn er geen afzonderlijke geormerkte middelen voor hospicezorg. Hospicezorg betreft kortdurende terminale zorg aan patiënten die in palliatieve terminale voorzieningen verblijven. Deze zorg kan verpleging en verzorging, psychosociale/spirituele hulp, medische hulp en zorg door vrijwilligers betreffen en wordt geleverd in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, high-care hospices (HCH) en bijna-thuis-huizen (BTH). Deze zorg wordt vanuit diverse bronnen gefinancierd: AWBZ, Zorgverzekeringswet, subsidieregelingen en met ingang van 1 januari 2007 de Wmo als het gaat om huishoudelijke hulp.

Naar aanleiding van het algemeen overleg van 8 september 2005 over palliatieve zorg heb ik een onderzoek uitgezet naar de financiële knelpunten in de palliatieve zorg (Tweede Kamer, 29 509, nrs. 9, 10 en 15). Na enige vertraging heb ik dit rapport inmiddels ontvangen. Ik zal u op korte termijn mijn standpunt op dit rapport sturen.

8

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de financiering van de cliëntenraden? Wanneer ontvangt de Kamer het toegezegde wetsvoorstel dat de financiering van de cliëntenraden regelt? Hoe wordt het komende

jaar voorzien in gerichte ondersteuning van cliëntenraden indien de wetswijziging niet op tijd de Kamer passeert?

Inmiddels heeft de Raad van State geadviseerd over het wetsvoorstel tot aanpassing van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) in verband met de versterking van de positie van cliëntenraden. In dat wetsvoorstel komt ook de financiering van de cliëntenraden aan de orde. Het is de bedoeling het wetsvoorstel nog dit jaar in te dienen. Ook volgens de huidige WMCZ worden de cliëntenraden gefinancierd door de zorginstellingen. De voorgenomen wetswijziging gaat om een aanscherping van deze regeling. Daarnaast krijgen de meeste cliëntenraden ondersteuning van de organisaties van cliëntenraden

9

Wat is er waar van berichten als zouden er tekorten zijn bij de G4 bij de uitvoering van de eerste fase van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang 2006–2009? Wie is verantwoordelijk voor het wegwerken van tekorten? Hoe verloopt de besluitvorming over de herverdeling van middelen van de maatschappelijke opvang?

Bij de opstelling van het Plan van aanpak hebben Rijk en G4 het volgende afgesproken over de dekking: 2/3 wordt gefinancierd vanuit de AWBZ en 1/3 uit gemeentelijke middelen. Deze verhouding is een aanname, gebaseerd op de gewenste werkverdeling tussen AWBZ en gemeente, nl. gemeente toeleidend, korte duur en regisserend, en de AWBZ langdurige zorg. Om de AWBZ-financiering mogelijk te maken heb ik binnen de groei-ruimte voor de AWBZ een ruimte geoormerkt voor de uitvoering voor het plan van aanpak G4 MO. Voor 2006 bedraagt dit € 40 miljoen voor 2007 € 60 miljoen. Dit geld mag alleen ingezet worden voor de uitvoering van het Plan. Gemeenten hebben aangegeven vanaf 2009 een structureel bedrag van in totaal € 180 miljoen nodig te hebben.

De G4 gezamenlijk geven aan een structureel tekort te hebben in de gemeentelijke financiering van het Plan van jaarlijks € 25 miljoen. Ik ben van mening dat zij zelf dit tekort op moeten vangen en daartoe ook in staat zijn. Doordat er meer cliënten uit de doelgroep AWBZ-gefinancierde zorg gaan krijgen, zal dat leiden tot vrijval van gemeentelijke middelen die nu voor deze groep ingezet wordt.

Wat betreft de besluitvorming over de verdeelsleutel van de specifieke uitkering maatschappelijk opvang heb ik op 8 juni 2006 met alle centrumgemeenten afspraken gemaakt over een onderzoek om te komen tot een meer gerechtvaardigde verdeling. Ook is afgesproken dat er vóór 1 mei 2007 een besluit valt. Een eventuele nieuwe verdeelsleutel treedt niet eerder in werking dan met ingang van 2008.

10

Kan de regering een schatting geven van de administratieve lasten van een burger, die een PGB heeft van € 4000 per jaar?

Op basis van onderzoek komt VWS uit op de volgende schatting: een burger met een pgb van € 4 000 per jaar is 23,3 uur kwijt aan administratieve lasten. De administratieve lasten zijn deels afhankelijk van de hoogte van het budget. Voor budgetten < 2 500 en > 5 000 geldt bijvoorbeeld een ander verantwoordingsregime.

De administratieve lasten verbonden aan budgetten tussen de € 2 500 en € 5 000 zijn als volgt opgebouwd:

Handeling	Tijdsbesteding (minuten per jaar)
Onderhoud zorgovereenkomsten	36
Afleggen verantwoording (twee maal per jaar)	546
Verzorgen betalingen hulpverleners	160
Verzorgen jaarpogave belastingdienst	164
Overige (incidentele) correspondentie ivm administratie pgb	492
Totaal	1 398

11

Waar in de begroting bevindt zich de neerslag van de toezegging van de minister dat op samenhangende wijze aandacht zou worden besteed aan de sector geestelijke gezondheidszorg?

Begin september heb ik u middels een brief (Tweede Kamer, 29 248, nr. 29) geïnformeerd over het besluit om in 2007 de bekostiging en de financiering voor het naar de Zvw over te hevelen deel van de geestelijke gezondheidszorg ongewijzigd te laten ten opzichte van 2006. Hierdoor maakt de sector geestelijke gezondheidszorg in 2007 financieel gezien integraal onderdeel uit van de ontschotte AWBZ-sector en is een separaat overzicht voor de GGZ minder opportuun. In de begroting voor 2008 zullen de financiële gevolgen van de overheveling van de GGZ zichtbaar zijn, en zal een samenhangend overzicht, voor Zvw én AWBZ opgenomen worden.

12

Hoe staat het met de ontwikkeling van de erkenning van de medicinale cannabis als medicijn en wanneer ontvangt de Kamer daarover informatie?

De Kamer is hierover inmiddels geïnformeerd met de brief van 31 oktober jl. (Tweede Kamer 24 077, nr. 192).

13 en 80

Is het waar dat er geen specifieke opleidingsmogelijkheden bestaan voor herintreders in de gezondheidszorg? Is het correct dat gemeenten geen reïntegratietrajecten financieren voor herintreders omdat zij doorgaans niet uit een bijstandssituatie komen? Acht u het noodzakelijk om al dan niet in overleg met de V&V-sector te komen tot afspraken om beleid te ontwikkelen om herintreders te scholen om deze groep bereidwillige arbeidskrachten zo snel mogelijk weer op het niveau te laten kunnen functioneren waarop zij voorheen actief waren in de zorg? Welke maatregelen worden genomen om herintreders in de zorgsector tot een opleiding of tot na- en bijscholing te bewegen?

Het is primair de verantwoordelijkheid van instellingen om individuele afspraken te maken met herintreders. Daarin kan ook een opleidingstraject of extra scholing worden betrokken. Het is niet correct dat gemeenten geen reïntegratietrajecten financieren voor herintreders, omdat zij doorgaans uit een bijstandssituatie komen. Gemeenten hebben een budget om voor herintreders zonder uitkering reïntegratietrajecten te financieren, mits men geïndiceerd is door het CWI. Gezien de te verwachten arbeidsmarktproblemen voor de zorg in de toekomst acht ik op zich beleidsafspraken met het veld om herintreders te scholen een bruikbaar idee. Het is echter aan het volgende kabinet om te bezien welk gericht beleid hier eventueel noodzakelijk is.

14

Bij de overheveling van middelen naar het Gemeentefonds wordt uitgegaan van ramingen uit 2005. Heeft dit, gezien de vraagstijging in de thuiszorg en de grote tekorten die inmiddels zijn ontstaan, tot gevolg dat gemeenten het zullen moeten doen met een bedrag dat aanzienlijk lager is dan het beroep op de thuiszorg? Zo ja, wat betekent dit voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de huishoudelijke verzorging?

De toegankelijkheid en kwaliteit van de hulp bij het huishouden is gewaarborgd door het compensatiebeginsel in de Wmo. Het budget van gemeenten moet voldoende zijn om deze zorg ook te kunnen bieden. Daarover heb ik een financieel arrangement met als ijkjaar 2005 afgesproken met de VNG. Ik houd vast aan dat financiële arrangement; gemeenten hebben op basis van dit arrangement voldoende budget om op een goede manier te starten met de Wmo.

De gegevens van het CAK die net beschikbaar zijn gekomen geven mij uiteraard wel aanleiding een gedegen analyse te plegen op de gegevens over 2006 en de oorzaken van de groei te onderzoeken. De opdracht voor het onderzoek zal ik samen met de VNG formuleren. De resultaten komen begin maart beschikbaar, zodat deze zonedig, meegenomen kunnen worden bij het opstellen van de meicirculaire in 2007. Ik informeer u over de resultaten.

15

Hoeveel thuiszorgorganisaties hebben op dit moment een klantenstop? Hoe groot zijn inmiddels de wachttijden en wachtlijsten voor huishoudelijke verzorging?

De Nederlandse Zorgautoriteit maakt op dit moment de balans op van de effecten van de inzet van € 95 miljoen extra om knelpunten in de thuiszorg op te lossen. Het landelijk beeld wordt mij eind november gepresenteerd.

16

Is de beloofde extra investering in het jaar 2006 voor de huishoudelijke verzorging inmiddels besteed en ingezet? Zo neen, waarom niet? Op welke termijn gebeurt dat dan wel? Zo ja, wat is de voortgang?

Ja. Tot 15 oktober 2006 konden zorgkantoren en aanbieders nog in een derde ronde aanvullende afspraken maken. Hierbij kon men beschikken over de nog aanwezige contracteerruimte bij zorgkantoren en de door mij extra beschikbaar gestelde middelen voor het oplossen van knelpunten, ad € 95 miljoen. Dit betreft overigens niet alleen huishoudelijke verzorging. Deze afspraken worden momenteel verwerkt bij de NZa.

17

Bent u bereid een meldpunt in te stellen voor klachten met betrekking tot de toegankelijkheid en kwaliteit van de thuiszorg, zodat het gat tussen financiering enerzijds en kwaliteit en toegankelijkheid anderzijds niet te groot zal worden?

De zorgkantoren zijn er wettelijk voor verantwoordelijk om er voor zorg te dragen dat de verzekerden de geïndiceerde zorg kunnen krijgen. Zij dienen die verantwoordelijkheid ook waar te maken. Klachten over toegankelijkheid van de zorg moeten dan ook bij het zorgkantoor worden gemeld. Wel wordt dezerzijds initiatief genomen dat er een centraal nummer komt dat verzekerden op een makkelijke wijze leidt naar het verantwoordelijke zorgkantoor in de regio.

De IGZ is verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van de thuiszorg. Klachten daarover kunnen bij de IGZ worden gemeld.

18

In hoeverre is de veronderstelde extra productie in het AWBZ-convenant daadwerkelijk gerealiseerd? Zo neen, wat betekent dit voor de financiële aannames in de begroting op dit vlak? Hoe heeft het ministerie dit gecontroleerd?

Over het jaar 2005 is gemeten dat 1,9% meer mensen met zorg zijn geholpen met dezelfde middelen (meting excl. Persoonsgebonden budget). Ik heb u hierover in mijn brief van 16 oktober 2006 (Tweede Kamer, 26 631, nr. 192) betreffende de verdeling van de contracteerruimte bericht.

19

Is de groeitrend van het aantal AWBZ-indicaties (acht procent in het eerste kwartaal van 2006) verdisconteerd in de aannames in de begroting? Hoe groot is de invloed van de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, waarbij werd bepaald dat het voor aantal indicaties voor ondersteunende begeleiding geen maximum mag worden gehanteerd?

Op dit moment ben ik met het CIZ in gesprek over het budget dat benodigd is voor 2007. In het antwoord op vraag 193 is aangegeven, waarom de budgettrek in de loop der jaren een daling kent. Met het CIZ wordt besproken of de groeitrend dusdanig is dat deze – mede gelet op de investeringen die de afgelopen tijd hebben plaatsgevonden – kan worden opgevangen binnen de daarvoor beschikbare middelen.

Er is mij tot op heden geen uitspraak bekend van de Centrale Raad van Beroep die betrekking heeft op het aantal door het CIZ te stellen indicaties voor ondersteunende begeleiding. Als het gaat om de functie ondersteunende begeleiding is wél relevant geweest de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 9 november 2005. De Raad aangeeft daarin aan van oordeel te zijn dat artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ geen ruimte biedt voor het hanteren van een uitgangspunt dat de aanspraak op ondersteunende begeleiding verengt tot gevallen waarin in onvoldoende mate zelfredzaamheid aanwezig is. Het CIZ heeft daarop de werkwijze conform de uitspraak van de Centrale Raad aangepast.

Daaraan voorafgaand heeft het CIZ per 1 november 2005 het maximum voor het aantal dagdelen ondersteunende begeleiding voor ouderen opnieuw bepaald op het oude niveau van voor mei 2005. Gezien de korte periode waarop dit maximum naar beneden was bijgesteld is de verwachting dat het effect hiervan op het toegekende volume aan AWBZ-zorg minimaal is geweest.

20

Is het toenemende beroep op huishoudelijke verzorging als gevolg van de maatregelen die worden genomen om te extramuraliseren verdisconteerd in de begrotingscijfers voor 2007?

Ja, het bedrag voor het basisjaar 2005 is conform de gemaakte afspraken tussen betrokkenen geïndexeerd voor de toename van het aantal thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. Bij de indexatie wordt rekening gehouden met een toe- of afname van het aantal verblijfsplaatsen.

21

Kunt u reageren op de brief die Zorgverzekeraars Nederland op 25 augustus 2006 aan de Kamer heeft gericht waarin zij stellen dat specifieke GGZ-voorzieningen niet kunnen worden gerealiseerd met de door de regering beschikbaar gestelde middelen. Kunt u aangeven of autismezorg,

ambulante GGZ in relatie tot het gevangeniswezen, verslavingszorg, chronische traumazorg en uitbreiding bemoeizorg, over voldoende middelen kunnen beschikken? Wordt voldaan aan het verzoek van ZN en GGZ-Nederland? Zo neen, waarom niet?

Deze brief is betrokken bij het overleg met partijen over de contracteer-ruimte 2007. Afgesproken is dat binnen de niet belegde groeiruimte in gezamenlijk overleg prioriteiten gesteld worden. De uitkomsten van het overleg met partijen worden betrokken in de aanwijzing aan de NZa in het kader van de contracteerruimte 2007.

22

Wat is de reden dat de extra middelen voor contracteerruimte AWBZ incidenteel worden ingezet t.b.v. volumegroei?

Het bedrag is erop gericht om de knelpunten 2006 op te lossen. De verwachting is dat de hiermee gerealiseerde groei binnen het bestaande kader voor 2007 kan worden opgevangen. Het kader 2007 is immers aanzienlijk ruimer dan in 2006.

23

Hoeveel wordt ingezet voor zorgzwaartebekostiging in de verpleeghuiszorg? Wat zijn de concrete voornemens voor 2007 en op welke resultaten mag de regering worden afgerekend?

De zorgzwaartebekostiging in de AWBZ wordt budgettair neutraal ingevoerd.

Over extra middelen die in 2007 en later jaren ter beschikking komen naar aanleiding van het «onderzoek doelmatigheid verpleeghuizen» heb ik u eerder separaat bij brief van 20 september 2006 (Tweede Kamer, 30 800 XVI, nr. 3) geïnformeerd. Deze extra middelen worden toegevoegd aan het beschikbare macrobudget en komen bovenop het bedrag dat beschikbaar is voor de budgettair neutrale invoering van de zorgzwaartebekostiging. Afrekening vindt plaats op basis van bereikte doelstellingen ten aanzien van het deel van de tijd dat zorgmedewerkers daadwerkelijk met cliënten bezig zijn. Ik verwijs hiervoor naar de hiervoor genoemde brief.

24 en 347

Hoe verhoudt het negatieve saldo van het vermogen van het verzekeringsfonds zich tot de amendementen die zijn ingediend op de Zorgverzekeringswet?

Waarom neemt het negatieve saldo van het vermogen van het Zorgverzekeringsfonds af in 2007? Hoe groot is op dit moment het negatieve saldo van het Zorgverzekeringsfonds?

De doelstelling is dat er een inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven, die de helft uitmaakt van de totale macro premielast (de inkomensafhankelijke bijdrage plus de nominale premie en de rijksbijdrage), waaruit precies de uitgaven van het zorgverzekeringsfonds in het betreffende jaar kunnen worden gedekt (rekening houdende met de hoogte van de rijksbijdrage) en waarmee tekorten en overschotten die in het verleden zijn ontstaan worden weggewerkt.

Op het moment dat de ramingen voor de Begroting 2007 werden opgesteld, waren er nog geen betrouwbare realisatiecijfers beschikbaar voor de inkomsten en de uitgaven van het fonds. Omdat 2006 het eerste jaar is dat het fonds – en de Zorgverzekeringswet – functioneren, zijn er ook geen goede historische cijfers waarop een goede raming kan worden gebaseerd. De uitgaven die ten laste van het fonds komen resulteren uit de nacalculatie. De hoogte van deze nacalculatie volgt niet rechtstreeks

simpelweg uit de hoogte van de uitgaven waarmee verzekeraars geconfronteerd worden, maar vergt berekeningen op detailniveau. Daarnaast geldt dat de hoogte van de uitgaven waarmee verzekeraars in 2006 worden geconfronteerd niet goed te bepalen valt, omdat van de kosten van DBC's niet goed valt te zeggen in welk jaar bepaalde ziekenhuiskosten neerslaan. Bij de inkomsten geldt dat een geheel eigen grondslag geldt voor de inkomensafhankelijke bijdrage.

Op grond van deze meer dan gebruikelijke ramingsonzekerheden, is er van afgezien om bijstellingen die louter gebaseerd zijn op zeer voorlopige aannames, in het eerstvolgende jaar weg te werken via hogere premies. Dit zal dus gebeuren nadat er realisatiecijfers beschikbaar zijn. Bij de bepaling van het saldo van het zorgverzekeringsfonds is wel rekening gehouden met deze voorlopige indicaties. Deze leiden voor 2006 tot een negatief vermogen van het zorgverzekeringsfonds van € 0,4 miljard. Het saldo van het zorgverzekeringsfonds is in 2006 ook beïnvloed door een post die wel zeker is: de verwerking van de rekenfout van het CVZ. Het negatieve saldo wat daardoor ontstaat wordt wel direct in 2007 weggewerkt. Dit effect bedraagt € 0,25 miljard.

Vanwege deze twee effecten is het exploitatiesaldo van het zorgverzekeringsfonds in 2006 € 0,65 miljard negatief (wat leidt tot een negatief vermogen van € 0,65 miljard) en € 0,25 miljard positief in 2007 (wat er toe leidt dat het vermogen groeit tot € 0,4 miljard negatief).

25

Hoe staat het met de inhuur van externen bij het ministerie van VWS? Hoeveel geld is hiermee gemoeid?

De inhuur van externen (exclusief uitbesteding) bij het ministerie van VWS is tot en met 30 september 2006 hoger dan de stand per 30 september 2005. De totale kaseffecten tot en met 30 september 2006 bedragen € 8 miljoen. Op de peildatum 30 september 2005 bedroegen de kaseffecten voor de inhuur van externen (exclusief uitbesteding) € 5,3 miljoen. De totale kaseffecten voor inhuur van externen in 2005 bedroegen (exclusief uitbesteding) € 5,9 miljoen.

De stijging van inhuur van externen heeft vooral te maken met een toename van inhuur voor automatiseringsprojecten.

26

Hoe groot zijn de wachtlijsten in de jeugdzorg, maatschappelijke opvang, ziekenhuiszorg, en voor MRI-scans? Wanneer wordt het DIS operationeel?

Op 1 januari 2006 wachtten er 5000 kinderen te lang op provinciale jeugdzorg. Om deze wachttijden te verkorten heb ik op 28 april 2006, op basis van door hen ingediende plannen, met alle provincies en grootstedelijke regio's afspraken gemaakt. Deze plannen, die gebaseerd zijn op prognoses van de provincies, hebben tot doel dat op 31 december 2006 geen kind langer dan 9 weken moet wachten op jeugdzorg. De provincies hebben op basis van de verwachte vraagontwikkeling een inschatting gemaakt van de grootte van de wachtlijst op 31 december 2006, als geen extra inspanning zou worden geleverd. De totale prognose was dat er dan 5274 kinderen langer dan 9 weken op provinciale jeugdzorg zouden moeten wachten. Ik heb aan de provincies incidenteel € 100 miljoen extra ter beschikking gesteld om hun plannen uit te voeren en ervoor te zorgen dat alle kinderen op 31 december 2006 binnen 9 weken na indicatiestelling jeugdzorg ontvangen. Alle provincies hebben zich gecommitteerd aan deze afspraak.

Betrouwbare gegevens over zwerfjongeren uit de Monitor Maatschappelijke Opvang zijn op zijn vroegst in 2007 beschikbaar.

Wachttijden worden maandelijks aangeleverd aan het DBC informatie systeem (DIS). Sinds juli 2006 zijn door voldoende ziekenhuizen gegevens aan het DIS geleverd. Vanuit het DIS worden deze gegevens gepubliceerd op www.kiesBeter.nl. Eind oktober zijn van ongeveer 80 ziekenhuizen de wachttijden gepubliceerd. Wachttijden voor de MRI worden niet apart vastgelegd.

27

Hoeveel fusies zijn er het afgelopen jaar geweest tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen? Hoeveel worden er verwacht?

In gevallen waarbij fusies een bepaalde omzetrempel overschrijden, dient een voornemen tot fusie te worden voorgelegd aan de NMA. De NMA heeft tot op heden vier situaties voornemens tot fusie tussen ziekenhuizen beoordeeld. Voornemens tot fusie tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen zijn tot op heden niet aan de NMA voorgelegd. Dat betekent niet dat ze niet voorkomen, maar dat de omzetrempel niet wordt overschreden. Een compleet overzicht is dus niet te geven. In de praktijk is gebleken dat fusies tussen ziekenhuizen bijna altijd boven de omzetrempel uitkomen.

28

Zie het antwoord op vraag 1.

29

Op basis van welke regeling zou stichting Achter de Regenboog (www.achterderegenboog.nl) in aanmerking kunnen komen voor subsidie?

Vanaf 1 januari 2007 geldt de Kaderwet VWS-subsidies. Dat is de titel waarop VWS-subsidies kunnen worden aangevraagd.

30

Waarom is er niet – conform het regeerakkoord – een paragraaf opgenomen over de wijze van uitvoering van palliatieve zorg? Is dit geen kerntaak meer binnen het ministerie? Wat zijn de uitgangspunten en voornemens op dit terrein?

In het regeerakkoord is opgenomen dat meer aandacht nodig is voor de palliatieve zorg. Het feit dat de palliatieve zorg niet met name wordt genoemd in de begroting betekent niet dat er geen beleid ten aanzien van palliatieve zorg wordt gevoerd. De uitgangspunten van het beleid zijn dat:

- palliatieve zorg rekening dient te houden met de wensen, behoeften en voorkeuren van mensen in de terminale fase en hun naasten, en
- palliatieve zorg geen apart en te onderscheiden onderdeel is van de gezondheidszorg maar dat ook generalistische hulpverleners en instellingen in staat moeten zijn om goede palliatieve zorg te leveren.

Daarnaast zijn de concrete voornemens voor 2007 op het terrein van palliatieve zorg:

- blijvend inzetten op het verder verbeteren en ontwikkelen van de palliatieve zorg aan het bed van de patiënt via het financieren van het landelijke steunpunt Agora, Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland, het programma palliatieve zorg bij ZonMw, de regionale ondersteuningspunten palliatieve zorg bij de IKC's, de (coördinatie van) vrijwilligers in de palliatieve zorg en de netwerken palliatieve zorg;
- verdere integratie van de palliatieve zorg in het beleid t.a.v. het versterken van de eerstelijnszorg;

- het ontwikkelen van een goede informatievoorziening in de palliatieve zorg met zo min mogelijk administratieve belasting.

31

Zie het antwoord op vraag 7.

32

In hoeverre is met de reductie van de begroting een verbetering voor wat betreft de VBTB bereikt? Hoe beoordeelt de regering de begroting VWS voor 2007 op basis van de VBTB-criteria?

De reductie van het aantal pagina's in de begroting levert op zich geen directe verbetering op wat betreft het VBTB-gehalte van de begroting. Wel is de begroting door het weergeven van het VWS-beleid in 7 beleidsartikelen leesbaarder en toegankelijker geworden.

De regering is van mening dat door het concreter maken van de algemene en operationele doelstellingen én door het opnemen van prestatie-indicatoren bij nagenoeg iedere doelstelling het VBTB-gehalte van de begroting sterk verbeterd is. In de komende jaren zal nog een verdere verbetering doorgevoerd worden omdat dan iedere indicator gevuld kan worden en van een streefwaarde kan worden voorzien. Daar waar relevant, is dit in de begroting 2007 overigens ook toegelicht (comply or explain). Zie hiervoor onder andere de Leeswijzer op bladzijde 5.

33

Op welke wijze is in de begroting 2007 de burger/cliënt centraal gesteld?

In de begroting 2007 zijn alle algemene en operationele doelstellingen geherformuleerd. Naast een concretisering van de doelstellingen zijn ze nu ook sterk gericht op de burger. Als voorbeeld kan de algemene doelstelling van artikel 43 genoemd worden: «Een goede en betaalbare zorg voor mensen met een langdurende of chronische beperking van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard». Een ander voorbeeld betreft de doelstellingen van artikel 45 Jeugdbeleid. In doelstellingen van dat artikel staan steeds kinderen en hun ouders/verzorgers centraal. Op deze manier is door de hele begroting heen getracht voor de burger expliciet aan te geven wat het (operationele) beleidsdoel voor hem of haar betekent.

34

Zie het antwoord op vraag 1.

35

Aan de hand van welke onderzoeken heeft de regering de beschreven voordelen van het zorgstelsel kunnen vaststellen (zoals een betere verhouding tussen prijs en kwaliteit van de zorg en zorg die beter aan de wensen van consumenten voldoet)? Hoe is vast te stellen dat dit te danken is aan het nieuwe zorgstelsel?

Met de invoering van de Zvw is de basis gelegd voor het bereiken van de genoemde doelen (een betere verhouding tussen prijs en kwaliteit). Dit model zal zich de komende jaren moeten bewijzen. De eerste voortekenen zijn gunstig, zoals blijkt uit de monitorrapportage van de NZa uit juni 2006. De premies zijn lager uitgevallen dan was verwacht, men kan kiezen uit een veelheid van zorgverzekeringen en verzekeraars hanteren een ruime acceptatie bij de aanvullende ziektekostenverzekeringen. De ruimte in het nieuwe zorgstelsel lijkt aldus volop te worden benut. De gereguleerde marktwerking werkt pas echt als de concurrentie tussen zorgverzekeraars ook leidt tot doelmatige zorgverlening. De NZa wijst erop dat de eerste

voortekenen zichtbaar zijn dat er meer afspraken worden gemaakt over de kwaliteit van zorg. Op dit punt moeten zorgverzekeraars nog verdere verbeteringen doorvoeren. De NZa zal de ontwikkelingen op dit punt volgen.

36 en 46

Kan in reële bedragen worden aangegeven wat de «stevige maatregelen» (pakketinperking etc.) genoemd op blz. 9 per maatregel hebben opgeleverd? Kan tevens worden aangegeven welk deel van deze kosten slechts is doorgesluisd van collectieve naar private lasten en hoe groot die private lasten per onderdeel zijn in verhouding tot de omstandigheid dat ze collectief gefinancierd zouden zijn gebleven. Bijvoorbeeld: pakketonderdelen in de aanvullende verzekering versus diezelfde verrichtingen in de collectieve verzekering, eigen bijdragen, de «prijs» betaald voor «doelmatigheidswinst», de no-claimregeling. Zijn de uitgaven van de zorgkosten volgens de minister daadwerkelijk beheerst of is het BKZ vooral beleidsmatig aangepast?

De inperking van het pakket heeft een besparing opgeleverd voor de BKZ-uitgaven van € 0,8 miljard. Door de pakketmaatregelen is de verantwoordelijkheid voor een deel van het vroegere pakket verschoven naar de burger en de bijbehorende uitgaven van de collectieve financiering naar de private financiering. Voor een deel van deze uitgaven zullen aanvullende verzekeringen zijn afgesloten, voor een deel zal de burger uit eigen middelen kosten dragen. Ook mag een effect verwacht worden van de prikkel die de burger heeft voor efficiënter gebruik van de betreffende zorg.

Door de verhoging van de eigen bijdragen in de AWBZ is voor € 180 miljoen verschoven van de collectieve uitgaven naar de gebruiker zelf. Ook hier is een effect te verwachten van de prikkel die de burger heeft voor efficiënter gebruik van de betreffende zorg. Voor de AWBZ is dit niet gekwantificeerd.

Het convenant met de ziekenhuizen over verhoging van de doelmatigheid heeft een besparing opgeleverd van € 240 miljoen.

De afspraken die gemaakt zijn met de AWBZ-sector over verhoging van de doelmatigheid hebben een besparing opgeleverd van 1,25%, ongeveer € 200 miljoen.

De overeenkomst met de geneesmiddelenindustrie levert een besparing op die oploopt tot € 1 miljard in 2007.

De invoering van de no-claimteruggaveregeling in de ziekenfondswet leidt tot een verschuiving van € 1,4 miljard van de collectieve financiering naar de private financiering. Daarnaast is de hoogte van het eigen risico in WTZ-polissen ook gelijkgetrokken met de hoogte van no-claim, wat heeft geleid tot een verschuiving van € 0,1 miljard van de collectieve financiering naar de private financiering.

Daarnaast wordt door het effect van het verhoogde kostenbewustzijn van de consumenten wordt een volume-effect verwacht. De omvang hiervan wordt geschat op € 170 miljoen.

Naast de bovenvermelde maatregelen hebben nog diverse andere maatregelen een rol gespeeld in het beheersen van de uitgavenontwikkeling. Daarbij valt te denken aan de afspraken die zijn opgenomen in het convenant AWBZ en in het convenant ziekenhuizen over de beschikbare ruimte voor volumeontwikkeling, en aan de loonmatiging die geldt voor de gehele collectieve sector.

Informatie over de realisatie van deze maatregelen is te vinden in de jaarverslagen van VWS.

37

Voor welke van de kostenbesparende maatregelen geldt dat het vooraf geraamde bedrag c.q. effect werkelijk is gerealiseerd? Kan van iedere maatregel raming en resultaat worden aangegeven?

Informatie over raming en realisatie van de diverse maatregelen is opgenomen in de diverse jaarverslagen van VWS. In het jaarverslag over 2004 (Tweede Kamer, 30 100 XVI, nr. 1) is een uitgebreid overzicht van raming en realisatie van de maatregelen die in 2004 zijn ingegaan opgenomen. Het overzicht op pagina 192 tot en met pagina 194 van dat jaarverslag is grotendeels nog actueel voor de verwachte realisatie in de jaren daarna. Uitzondering is de maatregel IVF-behandeling en bijbehorende medicatie die met ingang van 2007 geheel wordt teruggedraaid. De maatregel psychotherapie die in het overzicht wordt genoemd, wordt met ingang van 2007 aangepast.

In het jaarverslag 2005 (Tweede Kamer, 30 550 XVI, nr. 1) is op pagina 26 informatie opgenomen over de maatregelen die in 2005 zijn ingegaan.

38

De regering wil de komende periode extra aandacht geven aan de jeugd. Er wordt daarom een begin gemaakt met het opzetten van Centra voor jeugd en gezin. In de jeugdzorg staat de jongere centraal. Waarom is er niet gekozen om dergelijke centrum in gemeenten te bestempelen als «Jeugdcentrum» in plaats van centrum voor Jeugd en gezin?

De meeste kinderen groeien op in een gezin. Daar ligt de basis voor het ontwikkelen van kinderen tot volwaardige deelnemers in de maatschappij. Het centrum voor jeugd en gezin moet een laagdrempelig loket vormen waar zowel jeugdigen als hun ouders terecht kunnen met vragen over opgroeien en opvoeden.

Daarnaast is het belangrijk dat de directe omgeving van het kind wordt betrokken bij de aanpak van problemen bij het opgroeien en opvoeden. Vaak heeft niet alleen het kind problemen, maar speelt er meer in het gezin.

Om het voorgaande tot uitdrukking te laten komen heeft het kabinet gekozen voor de naam centrum voor jeugd en gezin.

39

«De gemeenten gaan zoveel als mogelijk de ambulante jeugdzorg voor hun rekening nemen.» Betekent dit dat de gemeenten taken over gaan nemen van de bureaus jeugdzorg? Is het niet zo dat bureaus jeugdzorg verantwoordelijk zijn voor de zorg (residentieel en ambulante) en de gemeenten voor preventief jeugdbeleid?

In de kabinetsreactie op het Sturingsadvies van de Commissaris Jeugd- en Jongerenbeleid heeft het kabinet aangegeven de rol van gemeenten in het jeugdbeleid te willen versterken, onder andere door nader in kaart te brengen welke licht ambulante hulp, die nu onder bestuurlijke verantwoordelijkheid van de provincies valt, onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeente gebracht kan worden. Het gaat daarbij uitdrukkelijk om de bestuurlijke verantwoordelijkheidsverdeling; gemeenten nemen dus geen taken over van bureau jeugdzorg.

In het kader van «Opvoeden in de Buurt» wordt samen met gemeenten en provincies/stadsregio's de verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten en provincies voor ambulante hulp bekeken, en de randvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de gewenste taakverdeling te realiseren.

40

Is het juist dat de door de regering behaalde verlaging van de groei van de kosten neerkomt op een verschuiving van de kosten. Kan precies worden aangegeven welk deel van de verlaging van de kosten een verschuiving betreft (naar aanvullende verzekering, eigen betaling) en welk deel een echte kostenbesparing?

Zie het antwoord op vraag 36.

41

Gesteld wordt dat bij ongewijzigde groei (en ongewijzigd beleid) de zorguitgaven per inwoner ruim € 300 per jaar hoger geweest in 2007. Is het juist dat die € 300 inmiddels al betaald wordt door verzekerden via de no-claim en de extra uitgaven voor ziektekostenverzekering en met name aanvullende verzekeringen? Kan dus gesteld worden dat het kostenbesparende beleid van deze regering berust op een verschuiving van kosten naar burgers?

De genoemde «ruim € 300» heeft betrekking op alle uitgaven binnen het BKZ, zowel cure als care. Indien een onderscheid wordt gemaakt dan heeft ongeveer tweederde betrekking op de cure en éénderde op de care. Voorzover er sprake is van efficiëncymaatregelen (convenanten) kan niet gesproken worden van een verschuiving van kosten naar burgers. In zowel de care als de cure is de laatste jaren sprake van convenanten. Voorzover de lagere BKZ-uitgaven betrekking hebben op pakketmaatregelen is wel sprake van een verschuiving van kosten naar burgers, waarbij er wel vanuit wordt gegaan dat hierdoor een prikkel wordt gegeven tot efficiënter gebruik van de betreffende zorg. De verhoging van de eigen bijdragen AWBZ en de invoering van de no-claimteruggave-regeling zijn bij de berekening van het bedrag van «ruim € 300» niet meegerekend.

Zie ook het antwoord op vraag 36.

42 en 342

Volgens de raming zal de ZVW-premie maar liefst 10% stijgen. Hoe is deze stijging precies onderbouwd? De stijging wordt slechts deels opgevangen door een hogere zorgtoeslag, omdat de zorgtoeslag niet is verlaagd toen de premie in het voorjaar 4% lager uitkwam dan geraamd. Hoe groot is het negatieve koopkrachteffect van deze slechts gedeeltelijke compensatie voor mensen ten opzicht van 2006?

Welke maatregelen worden in 2007 getroffen om de nominale premiestijging te beperken? Welk effect hebben die op de nominale premie Zorgverzekeringswet in 2008 en verdere jaren?

Het CPB heeft geraamd dat de gemiddelde nominale premie met € 104 zal stijgen van 2006 op 2007. Deze stijging wordt voor circa € 45 verklaard door hogere uitgaven, voor circa € 30 doordat de nominale premies meer moeten stijgen om in 2007 50% van de macro-premielast te dekken (in 2006 was het aandeel van nominale premies plus rijksbijdrage 49%), voor een kleine € 10 vanwege het corrigeren van de onevenwichtigheid in 2006 en voor circa € 20 uit verbetering van het saldo van het zorgverzekeringsfonds. Incidentele factoren verklaren hiermee ruim de helft van de premiestijging.

Onderstaande tabel bevat informatie over de effecten van de stijging van de zorgpremie (kolom 1) en de zorgtoeslag (kolom 2). De hogere zorgtoeslag compenseert de gestegen zorgpremie slechts deels (kolom 3). Dit komt omdat de zorgtoeslag in 2006 feitelijk te hoog was. Het Kabinet heeft medio 2006 namelijk besloten om de zorgtoeslag ondanks een meevalende zorgpremie niet te verlagen.

In het Kabinetsbeleid staat het algemene koopkrachtbeleid centraal en niet de partiële plussen en minnen. Daarom is ter informatie in kolom 4 het algemene koopkrachtbeeld gegeven.

Effecten stijgende zorgpremie en zorgtoeslag, 2006–2007

	(1)	(2)	(3)	(4)
	stijging premie	stijging zorgtoeslag	(1) + (2)	koopkracht MEV- raming
Actieven:				
<i>Alleenverdiener met kinderen</i>				
modaal	- 1%	1/2%	- 1/2%	1%
2x modaal	- 1/2%	0%		3/4%
<i>Tweeverdiener</i>				
<i>Met kinderen</i>				
modaal + 1/2 modaal	- 1/2%	0%	- 1/2%	11/4%
2x modaal + 1/2 modaal	- 1/2%	0%		1%
<i>zonder kinderen</i>				
modaal + modaal	- 1/2%	0%		1%
2x modaal + modaal	- 1/2%	0%		1%
<i>Alleenstaande</i>				
minimumloon	- 1%	1/2%	- 1/2%	1%
modaal	- 1/2%	0%		1%
2x modaal	- 1/4%	0%		1%
<i>Alleenstaande ouder</i>				
minimumloon	- 1/2%	1/4%	- 1/4%	3/4%
modaal	- 1/2%	0%	- 1/2%	11/4 %
Inactieven				
<i>Sociale minima</i>				
<i>paar met kinderen</i>				
alleenstaande	- 1%	1/2%	- 1/2%	1%
alleenstaande ouder	- 3/4%	1/2%	- 1/4%	11/4%
<i>AOW (alleenstaand)</i>				
Sociaal minimum	- 1%	1/2%	- 1/2%	11/4%
AOW + € 5 000	- 3/4%	1/2%	- 1/4%	1%
<i>AOW (paar zonder kinderen)</i>				
Sociaal minimum	- 11/4%	3/4%	- 1/2%	1%
AOW + € 10 000	- 1%	1/2%	- 1/2%	1%

43

Kan het cadeautje dat de regering dit voorjaar uitreikte door de zorgtoeslag niet te verlagen, ondanks het lager uitvallen van de premie achteraf betiteld worden als «een sigaar uit eigen doos»?

De hoogte voor de zorgtoeslag is september vorig vastgesteld op basis van een geraamde premie van € 1106. De maximale zorgtoeslag voor alleenstaande kwam uit op € 403 per jaar en voor een meerpersoons-huishouden op € 1155 per jaar.

In het voorjaar bleek de gemiddelde premie uit te komen op € 1030 per jaar. De zorgtoeslag zou als gevolg hiervan lager zijn vastgesteld, namelijk € 359 respectievelijk € 1067. Het kabinet heeft echter besloten om de zorgtoeslag niet te verlagen.

Dit jaar wordt de gemiddelde premie geraamd op € 1134 per jaar. De maximale zorgtoeslag berekend op basis van de Wet op Zorgtoeslag afgesproken formule bedraagt € 448 respectievelijk € 1255.

Nee; het feit dat de zorgtoeslag niet lager is vastgesteld toen de premie lager uitviel dan geraamd is een reëel voordeel voor de burger. Het niet terugvorderen daarvan is daarmee geen sigaar uit eigen doos.

44

Waarom is er voor gekozen burgers méér te laten betalen voor de zorg via een premieverhoging van maar liefst 10%, terwijl bedrijven een korting op de premie krijgen van 0.02%?

In de Zorgverzekeringswet is er – ter bescherming van burgers en werkgevers – voor gekozen om vast te stellen dat de helft van de macropremie-opbrengst zal worden opgebracht via de inkomensafhankelijke bijdrage en de andere helft via nominale premies. Verder is in de Zorgverzekeringswet vastgelegd, dat indien achteraf blijkt dat de verhouding niet 50/50 is, er een correctie achteraf plaatsvindt.

Als in 2006 exact de helft van de macro-premielast zou zijn opgebracht via de inkomensafhankelijke bijdrage, dan zou het bedrag dat via de inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven evenveel moeten stijgen als het bedrag dat via nominale premies wordt geheven. Omdat de nominale premie een bedrag in euro's is en de inkomensafhankelijke bijdrage een percentage van een van jaar op jaar stijgend inkomen, kan de stijging van het percentage achterblijven bij de groei van de nominale premie.

In 2006 wordt naar huidige inschatting 51% van de macropremielast opgebracht via de inkomensafhankelijke bijdrage. Omdat er in de raming van wordt uitgegaan dat de inkomensafhankelijke bijdrage in 2007 50% van de macro-premielast zal bedragen, zal de groei van de inkomensafhankelijke bijdrage achterblijven bij de groei van de nominale premie. Dit wordt nog verstrekt omdat in 2007 een vierde van de in 2006 teveel betaalde inkomensafhankelijke bijdrage wordt gecorrigeerd via een lagere inkomensafhankelijke bijdrage en een hogere nominale premie.

45

Wat is de verwachting van de minister ten aanzien van de stijging van de zorguitgaven?

De begroting 2007 van VWS bevat mijn verwachting ten aanzien van de stijging van de zorguitgaven in 2007. Voor de periode na 2007 is de ontwikkeling van de zorguitgaven die in de begroting is opgenomen gebaseerd op technische uitgangspunten. Ik verwacht dat ook voor de jaren na 2007 een verdere stijging van de zorguitgaven door vergrijzing en technologische ontwikkelingen onvermijdelijk is. In welke mate de zorguitgaven na 2007 zullen stijgen zal echter mede afhangen van het door het volgende kabinet gevoerde beleid.

46

zie het antwoord op vraag 36.

47

Hoe veranderen de koopkrachtplaatjes door de stijging van de zorgpremie?

Het effect van de stijging van de zorgpremie bedraagt ¼% à ½%. Het effect is meegenomen in het evenwichtige koopkrachtbeeld zoals dat in de Prinsjesdagstukken is gepubliceerd.

48

Waarop baseert de regering het optimisme, ook verwoord in de brief van september 2006, dat het percentage ziekenhuiszorg waarover aanbieders en zorgverzekeraars vrij kunnen onderhandelen per 2008 tot meer dan driekwart van het aanbod kan worden verhoogd? Welke inschattingen van algemene en acceptabele kostenstijging voor de gezondheidszorg liggen hieraan ten grondslag?

In de brief «Ruimte voor betere zorg» (Tweede Kamer, 29 248, nr. 30) staat verwoord op welke wijze en onder welke voorwaarden de uitbreiding van vrije prijzen in de ziekenhuiszorg gestalte kan krijgen. Uitgangspunt hierbij is dat de eigen verantwoordelijkheid van partijen in de zorg en de onderlinge concurrentie, zorg dragen voor een meer efficiënte werking van de zorgmarkt. In de brief geef ik tevens aan mogelijk per 2008 een tijdelijk

instrument van prijsbeheersing in te voeren waarbij de eigen verantwoordelijkheid van instellingen en concurrentie tussen instellingen intact blijft. De algemene en acceptabele kostenstijging komt tot uitdrukking in de ontwikkeling van het BKZ.

49

Waarop is de bewering gebaseerd dat de maatregelen ter beheersing van de kosten hand in hand zijn gegaan met een verbetering van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg? Wat wordt precies verstaan onder «kwaliteit en toegankelijkheid»? Voor welke groepen van de bevolking geldt dit precies?

VWS heeft in 2004 een aantal maatregelen genomen om de kosten in de zorg te beheersen.

In de Zorgbalans, die de situatie beschrijft zoals die was in 2004, wordt geconstateerd dat Nederland anno 2004 een toegankelijk zorgsysteem heeft, dat de kosten tussen 2000 en 2004 sterk zijn gestegen en dat Nederland wat betreft kwaliteit van zorg op meerdere onderdelen bovengemiddeld presteert. Wat betreft de effectiviteit van preventie en zorg, patiëntveiligheid en ketenzorg is nog veel winst te boeken, aldus de Zorgbalans. Meer recente cijfers over wachtlijsten over 2006 laten zien dat de wachtlijstproblematiek verder afneemt en daarmee de toegankelijkheid van de zorg verbetert.

Kwaliteit wordt in de Zorgbalans in navolging van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) gedefinieerd als «Kwaliteit van zorg betekent; doe het juiste op het juiste moment, op de juiste wijze voor de juiste persoon – wat leidt tot het beste mogelijke resultaat». Deze definitie wordt in de Zorgbalans uitgewerkt in vijf kernaspecten: effectiviteit, veiligheid, vraaggerichtheid, accreditatie en certificatie en innovatie.

Toegankelijke zorg betekent volgens de Zorgbalans dat personen die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot de zorgverlening.

In de eerste Zorgbalans worden geen uitspraken gedaan voor welke bevolkingsgroepen dit precies geldt (zie ook het antwoord op de vragen 50, 51 en 159).

50 en 51

Waarop is de bewering gebaseerd dat de gemiddelde wachttijden in poliklinieken en bij dagopnames met 17% zijn gedaald en nu binnen de normen vallen? Worden hier de Treek-normen bedoeld?

Is het de bedoeling dat de Treek-norm geldt voor ieder individueel ziekenhuis en is vastgesteld als maximum wachttijd per specialisme en niet is opgesteld als gemiddelde voor alle ziekenhuizen samen? Waarom staat dan in de begroting dat de gemiddelde wachttijd binnen de norm valt als deze gemiddelde wachttijd er eigenlijk niets toe doet en mensen nog steeds veel te lang moeten wachten voor een aantal specialismen? Deelt u de mening dat de bewering dat de gemiddelde wachttijden binnen de norm vallen, zoals nu in deze begroting staat, eigenlijk een bewering is die geen enkele informatie geeft, maar hier gebruikt wordt om een geweldig resultaat te suggereren dat er in werkelijkheid helemaal niet is?

Er worden drie wachttijden geregistreerd binnen de ziekenhuizen. Als eerste is dit de toegangstijd tot het ziekenhuis/de polikliniek. In de polikliniek wordt bepaald welke behandeling noodzakelijk is voor de patiënt en op welke wijze deze behandeling plaatsvindt; als klinische opname of in dagbehandeling. Voor beide wordt de wachttijd geregistreerd. Wachttijden worden op het niveau van het specialisme geregistreerd voor niet acute zorg en worden maandelijks aangeleverd aan het DBC Informatie Systeem (DIS). Vanuit het DIS wordt maandelijks een overzicht gepubliceerd op www.kiesBeter.nl.

De Treeknormen die in het jaar 2000 zijn ontwikkeld geven maximale wachttijden aan. Voor de toegangstijd tot de polikliniek is dit maximaal 4 weken, voor dagopname is dit maximaal 6 weken en voor een klinische opname maximaal 7 weken.

Gemiddelde wachttijden hebben voor individuele patiënten minder betekenis. Het geeft echter wel een beeld over de staat van het systeem. Daarom staat in de begroting aangegeven dat de wachttijden gemiddeld genomen dalen. Dit is een positieve ontwikkeling. De daling van 17% komt uit een vergelijking tussen de gemiddelde wachttijd eind 2004 en de gemiddelde wachttijd zomer 2006. Naast de gemiddelde wachttijd wordt ook gekeken in hoeverre de wachttijden binnen een ziekenhuis en per specialisme daadwerkelijk binnen de Treeknorm liggen. De wachttijden worden hiervoor niet gemiddeld omdat dit geen zinvolle informatie oplevert.

52

In hoeverre is in de praktijk werkelijk sprake van het op blz. 11 geschetste ideaalbeeld van gereguleerde marktwerking? Bent u werkelijk van mening dat de verzekeraarsmarkt «doorzichtig» is en een vrije keuze voor mensen mogelijk is? Heeft u daarbij ook gekeken naar de markt voor aanvullende verzekeringen? Uit welk onderzoek blijkt dat de beschreven gunstige effecten daadwerkelijk tot stand zijn gekomen en het gevolg zijn van de invoering van een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen?

Met het stelsel van ziektekostenverzekering is de basis gelegd voor gereguleerde marktwerking. De eerste tekenen wijzen erop dat daadwerkelijk sprake is van marktwerking op de verzekeraarsmarkt. Zo blijkt uit de monitor van de NZa uit juni 2006 (Tweede Kamer, 29 689, nr. 101) dat 18% van de verzekerden is overgestapt naar een andere verzekeraar (tegen 3% van de ziekenfondsverzekerden en 8% van de particulier verzekerden in voorgaande jaren). Ook blijkt dat verzekeraars een ruim acceptatiebeleid hebben gehanteerd bij de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Daaruit leid ik af dat de verzekeraarsmarkt zodanig doorzichtig is dat mensen een keuze hebben. De door de NZa geconstateerde effecten zijn niet alleen te danken aan het nieuwe zorgstelsel. Het zijn in de eerste plaats de gevolgen van ondernemend gedrag van de zorgverzekeraars die zoveel mogelijk verzekerden aan zich hebben willen binden en het gegeven dat veel verzekerden gebruik maken van de mogelijkheid over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen maakt dit mogelijk het door het vastleggen van sociale randvoorwaarden, zoals de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

53

In welke zin loont het voor patiënten absoluut de moeite om te shoppen tussen de verschillende aanbieders? Welk voordeel kunnen patiënten behalen, afgezien van een eventuele verlaging van de nominale premie op termijn, en alleen als iedere verzekerde zich prijsbewust gedraagt?

Wanneer het gaat om de keuze tussen polissen van zorgverzekeraars loont het momenteel de moeite om te kijken naar verschillen in service-niveau's zoals ervaren door de verzekerden en naar aanvullende dekkingen die bijv. voor chronisch zieken van belang zijn. De keuze-informatie op www.kiesBeter.nl maakt het mogelijk dat verzekerden hun eigen wensen/voorkeuren aangeven, vervolgens verschijnen de polissen die bij deze wensen/voorkeuren passen. In de nabije toekomst zullen zorgverzekeraars zich steeds meer onderscheiden met hun zorginkoop. Wanneer het gaat om de keuze tussen zorgaanbieders geldt ook dat de patiënt/cliënt op www.kiesBeter.nl zijn eigen wensen/voorkeuren kan aangeven (bijv. bij de keuze van een verpleeghuis: «mag mijn huisdier

mee?»), bij de keuze van een ziekenhuis: «wat is de wachttijd, hoever moet ik reizen en wat is bekend over de kwaliteit van het ziekenhuis?»).

54

De zorgaanbieders krijgen meer ruimte voor creativiteit door een vermindering van de van bovenaf opgelegde beperkingen. Op welke manier krijgen ze daar meer ruimte voor? Welke van bovenaf opgelegde beperkingen worden verminderd?

Om goed aan de behoeften van zorgconsumenten te kunnen voldoen is het van belang dat zorgaanbieders voldoende vrijheid krijgen bij de inzet van hun productiemiddelen (arbeid en kapitaal) en dat deze vrijheid ook maximaal benut kan worden in de onderhandelingen met verzekeraars. Zorginstellingen moeten zich meer als zorgondernemers kunnen gaan gedragen, met de daarbij horende lusten en lasten. In dit verband wordt met name het huidige bouwregime door zorgaanbieders als beperkend ervaren. Door over te stappen op integrale prestatiebekostiging kan het bouwregime worden afgeschaft en gaan zorgaanbieders zelf de risico's dragen van hun investeringsbeslissingen. Gelijktijdig met de presentatie van een uitgewerkt voorstel voor de implementatie van integrale prestatiebekostiging zal toezichtvisie voor de WTZi gepresenteerd worden.

55

Is de minister van mening dat het toezicht van de patiënt op de in rekening gebrachte DBC's cruciaal is ter controle van de rekening? Is de minister bereid de patiënt altijd inzicht te geven in de gedeclareerde rekeningen bij de verzekeraar, alsnog over te nemen en dit verplicht te stellen? Zo neen, waarom niet?

Het proces van het openen van een DBC tot aan de feitelijke DBC-declaratie is onderhevig aan een aantal controles ter waarborging van de betrouwbaarheid van het systeem.

Zo zijn bij de zorgaanbieders eisen gesteld aan de administratieve organisatie en interne controle. Deze minimale eisen zijn door het NZa opgenomen in de nadere regel en de kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) inzake DBC-registratie en facturering.

In de nadere regel AO/IC staat dat de Raad van Bestuur van een ziekenhuis verantwoordelijk is voor het opzetten en handhaven van een effectief systeem van interne beheersing ter verzekering van de betrouwbaarheid van de DBC-registratie en facturering. Het systeem van interne beheersing heeft betrekking op de bedrijfsvoering die het gehele traject omvat dat start met de toekenning van de initiële DBC-score en dat eindigt met de afwikkeling daarvan door middel van facturering aan de zorgverzekeraars. Hieronder valt het beoordelen van de indeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, het identificeren van de belangrijkste risico's, het adequaat omgaan met deze risico's, het toezicht houden op de continue effectieve werking van de beheersingsmaatregelen, het rapporteren en het verantwoording afleggen. De Raad van Bestuur dient ieder jaar een bestuursverklaring af te geven over de DBC-registratie en DBC-facturatie. Vervolgens stelt de accountant een onderzoek in naar het gestelde in de bestuursverklaring DBC registratie en facturering. Naast de kaderregeling AO/IC geldt dat verzekeraars naast de formele controle, de mogelijkheid hebben om steekproefsgewijs DBCs te controleren (materiele controle).

Naast de controles door het ziekenhuis en de controle door de verzekeraar is het, mede vanwege de transparantie voor de patiënt en het kosten-

bewustzijn, van belang dat een verzekerde inzage heeft in de in rekening gebrachte kosten. Er ligt dus een prikkel bij de verzekeraars om hun verzekerden te voorzien van inzage in voor hen ontvangen en uitgekeerde declaraties, onder andere door de afrekening van de no-claim.

56

Het systeem van DBC's moet eenvoudiger. In samenwerking met de betrokken brancheorganisaties wordt op dit moment bezien welke stappen genomen kunnen worden. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomst van de gesprekken met de brancheorganisaties?

Binnenkort ontvangt u de reguliere voortgangsrapportage over de invoering van DBCs. Hierin staat ook de laatste stand van zaken beschreven met betrekking tot het verbeterplan «DBC's: eenvoudig beter».

57

Wat zijn de huidige kosten van de DBC's? Wat zijn de verwachte kosten c.q. baten van het proces van vereenvoudiging van het DBC-stelsel?

Zoals vermeld in mijn brief van 24 februari 2006 (Tweede Kamer, 29 248, nr. 24), bedragen de structurele administratieve lasten (AL) vanaf 1 januari 2007 vermoedelijk € 21,9 miljoen per jaar. Dit bedrag is de resultante van de AL als gevolg van het DBC Informatiesysteem, de validatie module, de administratieve organisatie en interne controle en softwarelicenties. Hierin zijn de baten van de DBC systematiek op de administratieve lasten niet meegenomen.

Positieve effecten zijn te verwachten bij het declaratieverkeer door het afnemen van het aantal facturen en het lagere foutpercentage van facturen door de validatie module. Daarnaast zal het DIS zijn meerwaarde laten zien doordat de informatievoorziening nu centraal geregeld is. Deze beide effecten zijn echter niet gekwantificeerd.

Overigens hebben de echte baten van het DBC systeem betrekking op transparantie, nooit eerder is zoveel informatie beschikbaar geweest over de ziekenhuiszorg, en een beheerste kostenontwikkeling als gevolg van de introductie van marktwerking.

Op initiatief van partijen is in juni dit jaar een verbeterplan opgesteld genaamd «DBC's eenvoudig beter». Het verbeterplan leidt ertoe dat:

- gelijksoortige gegevens één keer worden vastgelegd, dat voorkomt fouten en vermindert administratieve lasten.
- het systeem wordt geüniformeerd, ongeacht specialisme en interpretatie van registratievoorschriften. Dat zorgt er voor dat er niet 24 systemen zijn maar 1 systeem is, die de zorgvraag van een patiënt vertaalt in een DBC.
- er optimaal gebruik wordt gemaakt van de techniek, dit leidt tot minder administratieve lasten en een eenduidiger DBC registratie en declaratie.
- er herkenbare DBCs worden gedeclareerd met herkenbare tarieven voor de patiënt. Daarnaast wordt onderhandeld over slim gevulde mandjes (clusters) van DBCs.

Door deze verbeteringen zullen de structurele administratieve lasten naar verwachting lager uitvallen, maar dat is op dit moment nog niet te kwantificeren.

58

Wanneer wordt gerealiseerd dat de investeringskosten integraal deel zullen uitmaken van de DBC-tarieven? Wat zijn de effecten voor de ziekenhuissectoren als de investeringskosten integraal deel uit gaan maken van de DBC-tarieven?

Zoals in de brief «Ruimte voor betere zorg» van september jl. is aangekondigd (Tweede Kamer, 29 248, nr. 30), zal er vanaf 1 januari 2008 sprake kunnen zijn van integrale bekostiging. Ziekenhuizen zijn vanaf dat moment volledig verantwoordelijk voor de exploitatie. Dat betekent dat zij zelf kunnen beslissen in welke mate ze investeren in (kort gezegd) mensen of gebouwen en of ze vastgoed kopen, huren of leasen. Daar staat tegenover dat ze hun inkomsten zelf moeten genereren via productieafspraken met verzekeraars. Daadwerkelijke invoering wordt overgelaten aan een nieuw kabinet.

59

Ook voor de geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg wordt gewerkt aan financiering op basis van DBC's. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van de invoering van DBC's in de curatieve GGZ?

In de voortgangsrapportage DBCs is een paragraaf opgenomen over de invoering van de DBCs in de geestelijke gezondheidszorg. De voortgangsrapportage DBCs ontvangt u binnenkort.

60

Verdere overheveling van delen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de Wmo kan volgens de regering bijdragen aan een doelmatiger stelsel van langdurige zorg en ondersteuning. Welke onderdelen van de AWBZ wil de regering overhevelen naar de Wmo? Waarom juist deze onderdelen? Wat zijn de voor- en nadelen van overheveling? Wanneer denkt de regering dat gemeenten voldoende ervaring hebben opgedaan met de Wmo? Wat is «voldoende ervaring»? Op welke wijze wil de regering aantonen dat er voldoende ervaring is opgedaan?

Dit kabinet zal geen onderdelen van de AWBZ meer overhevelen naar Wmo of Zvw. In de brief, waarin het kabinet zijn standpunt formuleert op de rapporten van de werkgroep IBO-AWBZ en de RVZ over de toekomst van de AWBZ, geeft het kabinet aan dat zij hieromtrent geen besluiten meer zal nemen. Wel wordt in kaart gebracht of er verbetering kan worden gevonden in het aanbod, door de zorg die nu geleverd wordt via de AWBZ te combineren met zorg/ondersteuning die nu geleverd wordt via de Zvw dan wel de Wmo. Die analyse vindt plaats op twee niveau's: vanuit het perspectief van inhoudelijke synergie en vanuit het perspectief van doelmatigheid. Een viertal gemeenten voeren momenteel pilots uit met de functies ondersteunende en activerende begeleiding. Deze pilots duren tot eind 2007. Wanneer de gemeenten voldoende ervaring hebben opgedaan is niet zonder meer aan te geven, dat is afhankelijk van het betreffende onderwerp

61

Wat zijn de kosten van de website KiesBeter.nl?

In 2007 is een bedrag van € 3 miljoen begroot voor kiesBeter.nl (beheer, onderhoud en verdere ontwikkeling). Voor nadere informatie over de kosten van kiesBeter.nl verwijs ik u naar de antwoorden op vragen van het Kamerlid Heemskerk (PvdA) over de kosten van de website kiesBeter d.d. 14 december 2005 (kamervragen 2050603500).

62

Wat is de planning voor de kwaliteitsprojecten in het kader van «Zorg voor beter» voor gehandicaptenzorg en GGZ?

Momenteel worden de bestaande verbetertrajecten in het kader van «Zorg voor Beter», waarin de gehandicaptenzorg reeds participeert, opengesteld

voor de ggz. Verder krijgen de gehandicaptenzorg en de ggz meer aandacht in het «Zorg voor Beter» programma door een extra impuls in de verbetertrajecten. De voorbereidingen hiervoor lopen tot januari 2007. Begin 2007 vindt hierover besluitvorming plaats waarna de feitelijke uitvoering van de nieuwe verbetertrajecten zal starten en tot medio 2009 door zal lopen.

63

Hoe vaak worden de andere steekproefsgewijs bezocht? Wie bepaalt de steekproef?

Met de invoering van het gefaseerd en gelaagd toezicht is er geen vaststaande norm meer voor het aantal instellingen dat de inspectie bezoekt. De kern van het gefaseerd en gelaagd toezicht is dat de inspectie bij die instellingen gaat kijken die risicovol voor cliënten lijken te zijn. De risico-inschatting komt voort uit de analyse van de informatieverzameling.

Voorts bezoekt de inspectie een steekproef van a select gekozen organisatorische eenheden uit de rest van alle instellingen (die niet als risicovol uit de risico-analyse naar voren komen). De inspectie bepaalt de omvang van de steekproef aan de hand van de voor de bezoeken beschikbare personele capaciteit.

64

Is er voor iedere zorgconsument evenveel te kiezen in de gezondheidszorg?

Ja. Hoeveel keuzemogelijkheden een zorgconsument heeft hangt af van zijn persoonlijke wensen en behoeften, zijn persoonlijke situatie en het aanbod van zorg en verzekeringen dat daarbij past. Zo heeft een zorgconsument die bereid is te reizen keuze uit meer ziekenhuizen dan een zorgconsument die per se een ziekenhuis in de buurt wil kiezen.

65

Verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg wordt door de regering primair bij de aanbieders van zorg gelegd. Welke concrete systeembrede verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg ziet de regering voor zichzelf en de overheid?

De fundamentele veranderingen van het stelsel in zowel de curatieve sector als de sector van de langdurige zorg geeft meer ruimte en verantwoordelijkheid aan zorgaanbieders, financiers/verzekeraars en consumenten. Door concurrentie wordt onderscheid van belang niet alleen op prijs maar juist ook op kwaliteit. Door kwaliteitsprestaties transparant te maken, kan goede kwaliteit beloond worden en wordt achterblijvende kwaliteit niet langer gecontracteerd. Partijen houden elkaar dus primair scherp op het permanent verbeteren van kwaliteit.

De verantwoordelijkheid van de overheid ligt in het laten werken van dit systeem, in het partijen in staat stellen om hun rol in dit systeem te vervullen. Dat is de reden dat wij ons inspannen om in alle sectoren tot kwaliteitsprogramma's te komen (Sneller Beter, Zorg voor Beter, Beter Voorkomen en LAK GGZ/VZ). Eveneens zijn wij daarom betrokken bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Waar nodig heeft de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vanuit hun toezichthoudende rol een stimulerende en handhavende taak bij het vaststellen van kwaliteitsindicatoren.

In het bijzonder hebben wij aandacht voor de ontwikkeling van indicatoren voor patiëntveiligheid. Bindende normen zijn van belang, zeker voor belangrijke veiligheidsaspecten.

Voor de jeugdzorg en de collectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning geldt dat ook provincies respectievelijk gemeenten een taak hebben ten aanzien van het waarborgen van kwaliteit van zorg.

66 en 67

Kan de regering aangeven wat de knelpunten zijn in het huidige beleid met betrekking tot het screenen en behandelen van ondervoeding? Wat ervaren leidinggevendenden in zorginstellingen en zorgverzekeraars naar de mening van de regering als knelpunten in het screenen en behandelen van ondervoeding?

Kan de regering aangeven in hoeveel instellingen een protocol gehanteerd wordt ten behoeve van screening en behandeling van ondervoeding, uitgesplitst naar ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen? Kan de regering aangeven per soort instelling welk percentage dat is?

De problematiek van ondervoeding is divers en complex is. Het betreft een niet eenduidige groep mensen die om meerdere redenen ondervoed kan zijn. Het kunnen oudere mensen zijn maar ook mensen die voor een operatie of een ernstige lichamelijke aandoening in het ziekenhuis verblijven.

Allereerst is het van belang te realiseren dat bij ouderen door fysieke veranderingen het gevoel van honger en dorst maar ook de smaak van het eten verandert. Het gaat daarbij om mensen die (mogelijk in hun laatste levensfase) niet meer willen of kunnen eten, die daarbij moeten worden geholpen of waarbij zich zelfs het dilemma van gedwongen voeden voordoet. Het gaat vaak om mensen die tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen en ondervoed een instelling binnen komen.

Personeel moet alert zijn op eetgedrag van bewoners en signaleren dat bewoners slecht eten. Daar begint de oplossing. De oplossing of behandeling is vervolgens sterk afhankelijk van de oorzaak van de ondervoeding. Moet er meer tijd en aandacht worden besteed aan: is een gezelligere ambiance de oplossing of moet er gestart worden met gedwongen toedienen van voeding. Dit laatste is altijd een afweging die tussen familie en arts wordt gemaakt. Aandacht voor eten en drinken is nu een onderdeel van de programma's Zorg voor Beter en Sneller Beter. Werken met een screeningslijst en de implementatie van de richtlijn voeding&vocht krijgen hierin veel aandacht.

Het is niet bekend in hoeveel instellingen op dit moment een protocol wordt gehanteerd voor screening en behandeling van ondervoeding. In het toetsingskader voor verantwoorde zorg in de verpleging, verzorging en thuiszorg is voeding en ondervoeding als indicator opgenomen. IGZ zal structureel toezien op dit onderwerp.

68

Hoe staat het met de invoering van het Elektronisch Kinddossier? Wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

De Kamer is met mijn brief van 21 april 2006 (Tweede Kamer, 29 284/30 300 XVI, nr. 19) geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot het Elektronisch Kinddossier in de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Met deze brief heb ik de Kamer geïnformeerd over mijn besluit te komen tot de invoering van één gemeenschappelijk systeem met een planning voor het invoeringstraject van het EKD JGZ. Na deze rapportage is de Stichting EKD Nederland opgericht op 26 juli 2006. Deze Stichting heeft inmiddels een subsidie voor het jaar 2006 ontvangen ten behoeve van het ontwikkelen, aanbesteden en beheer van het gemeenschappelijk registratiesysteem. Met betrekking tot de toekenning van subsidie over de jaren 2007 en 2008 vindt nog overleg met de Stichting plaats. Met de VNG

is overleg over de verdeling van de middelen in verband met de landelijke invoering van het elektronisch kinddossier in de jeugdgezondheidszorg.

69

Is het budget voor de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin structureel?

Het budget waar u op doelt, bedoeld om de hulp aan risicokinderen en -gezinnen vanuit de centra voor jeugd en gezin verder te ontwikkelen, is structureel.

Voor de periode 2006 t/m 2008 worden deze middelen ingezet bij de zeven gemeenten van wie op grond van statistische gegevens is vastgesteld dat zij voor de grootste opgave staan als het gaat om hulp aan risicogezinnen. Na afloop van deze periode wordt mede op basis van de ervaringen van deze zeven gemeenten besloten over de structurele inzet van de middelen.

70

Wat voor versterkingen in de keten voor jeugd-ggz wilt u doorvoeren naar aanleiding van het rapport van de Inspectie voor de Jeugdzorg?

Het inspectierapport «Toegang naar jeugd-ggz kan sneller en beter» maakt duidelijk dat verbetering van de samenwerking tussen bureaus jeugdzorg en de jeugd-ggz noodzakelijk is. Het IPO heeft in overleg met ZN, de MO groep, GGZ Nederland, NVO/NIP, het CIZ en mijn ministerie het «protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek» opgesteld. Doel hiervan is het bevorderen van een adequate uitvoering van de indicatiestelling en het bevorderen van samenwerking en afstemming tussen de bureaus jeugdzorg en de jeugd-ggz aanbieders. Het indicatieprotocol is een belangrijke stap in het uitwerken van de aanbevelingen van de inspectie. Dit protocol wordt op 1 januari 2007 ingevoerd. Het is aan het veld om de implementatie van het protocol indicatiestelling verder uit te werken. Verder maakt het inspectierapport duidelijk dat de situatie per provincie sterk verschilt. Men kan dus van elkaar leren. De situatie in Zuid-Holland laat bijvoorbeeld zien hoe het wel kan.

71

Welke maatregelen worden genomen om de problemen omtrent de Europese aanbesteding in de overgang van de huishoudelijke verzorging op te lossen?

Europese aanbesteding is voor zowel gemeenten als de aanbieders van hulp bij het huishouden een intensief traject. Om gemeenten te ondersteunen is een uitgebreide handreiking verschenen met uitleg van de regels en tips bij het aanbesteden. Daarnaast zijn er informatiebijeenkomsten geweest en heb ik een modelbestek voor aanbesteding laten opstellen en beschikbaar gesteld. Het overgangsrecht regelt dat gemeenten voldoende kunnen nemen om een zorgvuldig aanbestedingstraject te doorlopen.

72

De positie van de burger verandert met de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wmo. De burger moet zich ontwikkelen tot een gelijkwaardige partner in relatie tot de zorgaanbieder en de verzekeraar. Burgers kunnen deze rol alleen waarmaken als ze beschikken over goede informatie. Pas dan kunnen ze écht kiezen. Goede voorlichting is hierbij ook cruciaal. Wordt er dit jaar weer een voorlichtingscampagne georganiseerd over de zorgverzekeringswet, de mogelijkheid van overstappen, de premiestijging van de zorgverzekering, de verlaging van de AWBZ premie enz? Zo ja, wanneer en op welke manier? Zo nee, waarom niet?

Ook dit jaar geeft de overheid voorlichting over de zorgverzekeringswet. Die voorlichting zal beperkter zijn dan vorig jaar omdat alle burgers inmiddels een jaar ervaring met de nieuwe zorgverzekering hebben. In de voorlichting wordt extra nadruk gelegd op de – ten opzichte van vorig jaar afwijkende – regels die gelden voor het opzeggen en overstappen. Voor dit deel van de boodschap zal gebruik worden gemaakt van een televisie- en radiospotje en van meerdere advertenties in de landelijke en regionale dagbladen.

Naast deze hoofdboodschap worden via een pagina in de huis-aan-huiskranten (landelijk dekkend) en op de website van VWS (www.denieuwezorgverzekering.nl) ook andere belangrijke veranderingen in het zorgstelsel bekend gemaakt en toegelicht zoals de aanpassingen in het verzekerde pakket en de introductie van het burgerservicenummer. Daarnaast is dit jaar ook weer – verdiept en in meer uitgebreide vorm – de vergelijkingssite www.kiesBeter.nl voor de consument beschikbaar.

73

Hoe worden de voornemens van de regering ten aanzien van de rol van zorgaanbieders en -verzekeraars op het terrein van de preventieve gezondheidszorg geoperationaliseerd? Hoe bevordert de regering dat preventie onderdeel gaan uitmaken van de dagelijkse praktijk van de zorgverlener? Hoe wil de regering bevorderen dat zorgverzekeraars een meer belangrijke rol spelen bij preventie dan tot nu toe?

In de preventienota die ik op 6 oktober jl. naar de Tweede Kamer heb gestuurd (Tweede Kamer, 22 894, nr. 110) heb ik melding gemaakt van de voorbereidingen voor de ontwikkeling van (individuele) preventieve strategieën voor zorgverleners, naast de meer collectieve preventieve activiteiten op lokaal niveau. Ik heb als onderdeel van die voorbereiding concreet genoemd:

- Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over publieke gezondheid (RVZ, najaar 2006);
- Advies van het College voor Zorgverzekeringen over preventie (najaar 2006);
- Rapport van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek preventie (voor medio 2007).

Het is de bedoeling dat het volgende kabinet mede op basis van deze adviezen zijn visie ontvouwt op hoe preventie in het individuele zorgcontact met landelijk beleid kan worden versterkt. Wat mij betreft zal het versterken van de rol van de zorgverzekeraars hiervan een belangrijk onderdeel zijn. Het is nu te vroeg om in extensie uit de doeken te kunnen doen hoe dat concreet gestalte gaat krijgen. Duidelijk is wel dat hier creatieve oplossingen gevraagd worden om het bekende dilemma van zorgverzekeraars te doorbreken, namelijk dat hun investeringen in preventie gemakkelijk de concurrent ten goede kunnen komen op het moment dat verzekerden hun verzekering opzeggen.

Overigens is mij gebleken dat de zorgverzekeraars een belangrijker rol bij preventie willen spelen.

74

Hoe wordt de opvatting dat zorgaanbieders het als hun taak moeten zien patiënten te wijzen op de gevolgen van (ongezond) gedrag en dat zorgverzekeraars een meer belangrijke rol kunnen spelen bij preventie geoperationaliseerd?

Voor de preventieve rol van zorgverzekeraars, zie het antwoord op vraag 73. Voor de preventieve rol van zorgaanbieders zie het antwoord op de vragen 76 en 78.

75

Waarom wordt de rol die zorgverzekeraars kunnen spelen bij preventie niet opgenomen als een aspect in het basispakket of meegenomen in het vereveningsstelsel?

Opnemen van preventie in het basispakket is zinvol indien dit doelmatig is. Daarbij zal ook moeten worden afgewogen of collectieve financiering i.p.v. meer individuele bekostiging de aangewezen weg is. In overleg met de zorgverzekeraars zal ik de mogelijkheden hiertoe nader verkennen.

76 en 78

Welke rol dienen zorgaanbieders volgens de minister concreet te vervullen bij het wijzen op ongezond gedrag bij patiënten? Als zij hier stelselmatig meer tijd voor moeten uittrekken, hoe dient dit dan te worden bekostigd?

Zorgaanbieders moeten het volgens de regering als hun taak zien de patiënt te wijzen op de gevolgen van zijn gedrag. Zij moeten dat stelselmatiger doen en vooral ook niet vrijblijvend. Wat wordt hiermee bedoeld? Worden er gevolgen gebonden aan het niet wijzen op de gevolgen van het gedrag van de patiënt? Zo ja, op welke manier?

De rol die zorgaanbieders hierin vervullen maakt onderdeel uit van de specifieke behandeling, die over het algemeen is vastgelegd in de kwaliteitsstandaarden en richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroep. De mate en intensiteit hiervan wordt in eerste instantie bepaald door de zorgverlener op basis van deze standaarden en richtlijnen. Uiteraard draagt de patiënt ook een eigen verantwoordelijkheid. Bij tijdsintensieve en medisch noodzakelijk geachte behandelingen kan ook verwezen worden naar andere zorgverleners: (bijvoorbeeld fysiotherapeut – bij meer bewegen en diëtist – bij voedingsadvisering) die het desbetreffende deel van de behandeling uitvoeren. De bekostiging vindt plaats op basis van de WMG tarieven en/of eigen betalingen. Zie ook antwoorden op 73, 74 en 75.

77

Hoe worden de regio's van de GGD'en en de veiligheidsregio's meer met elkaar in overeenstemming gebracht?

De gemeenschappelijke regeling voor het instellen van een GGD en het in overeenstemming brengen van GGD'en en veiligheidsregio's is de primaire verantwoordelijkheid van de gemeenten. Het kabinet heeft zich meerdere malen uitgesproken over het belang van territoriale congruentie tussen GGD'en en de GHOR-regio's en de veiligheidsregio's. In 2005 is in samenwerking met de VNG het project «Openbare gezondheid en veiligheid» gestart. Hierin delen gemeenten de ervaringen met het realiseren van deze congruentie. VWS zal in samenwerking met het ministerie van BZK nieuwe initiatieven inzetten om deze congruentie te stimuleren en indien nodig op termijn wettelijk te verankeren.

78

Zie het antwoord op vraag 76.

79

Hoe wordt vergaande innovatie, zowel op het gebied van ICT als in de organisatie van de zorg, afgedwongen?

Innovatie is te zien als vernieuwing die neerslaat in producten, diensten, processen of organisatievormen. Op vele plaatsen wordt gewerkt aan innovaties, in de wetenschap, bij kennisinstituten, maar misschien wel vooral bij de zorgaanbieders zelf. Vanuit de ideologie van een overheid die

systeemverantwoordelijk is en private partijen die uitvoeringsverantwoordelijk zijn, dient de innovatieve kracht primair van zorgaanbieders en inkopers te komen. Het feitelijk afdwingen van vernieuwing in medisch handelen, nieuwe organisatievormen of anderszins is niet mogelijk. De rol van de overheid op het gebied van innovatie bestaat uit het creëren van de juiste prikkels voor zorgaanbieders om zich te verbeteren en voor zorgverzekeraars om zorg met een goede prijs/kwaliteit verhouding in te kopen. Zorgverzekeraars zullen steeds vaker zorg inkopen bij verschillende aanbieders en daarbij kiezen voor de zorgaanbieder met de beste kwaliteit/prijs verhouding, die is bereikt door te innoveren. Zorgaanbieders zullen moeten voorkomen dat men zich «uit de markt» prijst en daarom genoodzaakt zijn om meer doelmatigheid te genereren, innovatief te zijn en zorg van goede kwaliteit te leveren. Innovatie wordt voor aanbieders en verzekeraars een steeds natuurlijker proces. Verder kan de overheid een bijdrage leveren aan het transparant maken van innovaties en deze communiceren zodat deze sneller worden ingevoerd. Een voorbeeld van hoe de overheid dat doet is het programma Sneller Beter. Een van de activiteiten die in het kader van Sneller Beter heeft plaats gevonden is een inventarisatie bij de ziekenhuizen van voorbeelden van goede zorg. Dit heeft ertoe geleid dat op www.SnellerBeter.nl een overzicht van ruim 400 voorbeelden van goede zorg zijn opgenomen. Het op deze wijze transparant maken van de goede voorbeelden faciliteert de werkers in de zorg om van elkaar te leren en brengt daarmee een versnelling aan in de verspreiding van de goede voorbeelden. Uit bezoekcijfers van de website www.SnellerBeter.nl blijkt dat elke werkdag ca. 500 personen vanuit de ziekenhuissector deze database raadplegen. Innovatie in de zorg door verdergaande optimalisering van het gebruik van ICT in de zorg wordt vanuit VWS bevorderd door het faciliteren van de landelijke basisinfrastructuur in de zorg met het landelijk schakelpunt, de UZI-pas en de sectorale berichtenvoorziening BSN. Tevens is een wetsvoorstel gebruik BSN in de zorg ingediend die het betrouwbaar gebruik van het BSN in de zorg mogelijk maakt. Het zorgveld wordt door een implementatieorganisatie van VWS ondersteund bij de invoering van het elektronisch medicatiedossier en het e-waarneemdossier voor huisartsen, de eerste twee hoofdstukken van het landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD). Wetgeving inzake het verplicht gebruik van het landelijk EPD wordt voorbereid.

Het nationaal ICT instituut in de zorg (NICTIZ) werkt aan de verdere ontwikkeling van een landelijk EPD en heeft een belangrijke taak voor het zorgveld op het gebied van kennis en advies & onderzoek en ontwikkeling inzake ICT.

Tenslotte is de zorgsector een van de vier sectoren van rijksbrede Actieprogramma Maatschappelijke Sectoren & ICT. Dit stimuleringsprogramma wil ICT-toepassingen opschalen. Door brede inzet en slim gebruik van ICT is het beoogd effect het realiseren van doorbraken, stimuleren van economische groei en bevorderen van innovatie. Het programma is in 2005 gestart en loopt tot 2008. In 2006 zijn reeds een aantal projecten gericht op doorbraken in de ketenzorg gehonoreerd.

80

Welke maatregelen worden genomen om herintreders in de zorgsector tot een opleiding of tot na- en bijscholing te bewegen?

Zie antwoord op vraag 13.

81

Valt het alcoholmatigingsbeleid van sportverenigingen ook binnen het keurmerk?

Het alcoholmatigingsbeleid is onderdeel van het keurmerk van de gezonde sportvereniging. In het overleg met de georganiseerde sport voor de mogelijke verbreding van dat keurmerk naar een keurmerk van de moderne sportvereniging wordt dit onderwerp daarbij betrokken.

82

Welk percentage van de VWS-begroting wordt besteed aan sport? Hoe staat dit percentage in relatie tot de ambitieuze doelstellingen van de regering op dit onderwerp?

Van de totale begrotingsuitgaven van VWS van bijna € 13,6 miljard wordt in 2007 ruim € 100 miljoen besteed aan Sport. Het sportbudget maakt daarmee 0,75% uit van de totale begrotingsuitgaven van VWS.

Het totaal van de begrotingsuitgaven exclusief Rijksbijdragen is € 4,4 miljard. Daartegen afgezet bedraagt het aandeel van het sportbudget 2,3%.

Bij het opstellen van de nota «Tijd voor sport» heeft het kabinet het sportbudget verhoogd van ca. € 70 miljoen per jaar naar ca. € 100 miljoen per jaar. Hiermee krijgt de sport in Nederland een stevige impuls. Het kabinet is van mening dat dit budget voldoende is, om in nauwe samenwerking met alle partners, de ambitieuze doelstellingen te kunnen realiseren.

83

Wat zijn de kosten voor tijdige en goede indicatie per kind?

Er is geen kostprijs voor een tijdige en goede indicatiestelling per kind vastgesteld. De beschikbare gegevens laten zien dat er grote verschillen bestaan tussen de bureaus jeugdzorg. Mede naar aanleiding van het normprijsonderzoek bureaus jeugdzorg is geconstateerd dat verdere uniformering van de werkwijzen van de bureaus jeugdzorg nodig is. Met de doorbraakmethode wordt ook een doelmatigheidsslag in de indicatiestelling verwacht. Deze factoren zijn van invloed op de kosten van de indicatiestelling.

84 en 334

Waardoor is de tegenvaller bij tandheelkundige specialistische zorg precies ontstaan?

Kunt u aangeven waardoor de tegenvallers bij de tandheelkundige specialistische zorg, overige curatieve zorg, preventie en ergotherapie worden veroorzaakt?

De tegenvaller bij de tandheelkundige specialistische zorg van € 17,8 miljoen kent een structureel karakter en hangt mogelijk voor een deel samen met demografische groei en verschuivingen in vraag en aanbod. Voorts heeft het CVZ aangegeven dat de kostenstijging voor een deel kan worden verklaard door een wijziging in de wijze van verantwoorden. In 2005 moesten zowel de gedeclareerde honoraria van tandheelkundig specialisten in loondienst als van vrijgevestigde specialisten onder eenzelfde code worden verantwoord. In 2004 gold dit alleen voor vrijgevestigde specialisten (kaakchirurgen). Door deze wijziging in verantwoording is een vertekend beeld ontstaan.

85, 90, 337 en 339

Waardoor werd de tegenvaller bij de medisch specialisten (€ 41 miljoen) veroorzaakt? Welke maatregelen zijn genomen om herhaling te voorkomen?

Wat is de oorzaak van de tegenvaller bij medisch specialisten ter hoogte van € 41 miljoen?

Welke instrumenten heeft het ministerie om de kostenontwikkeling van medisch specialisten te beheersen?

Waardoor wordt de tegenvaller van € 41,1 miljoen bij de medisch specialisten exact veroorzaakt?

De lumpsummen van de medisch specialisten worden achteraf bijgesteld naar rato van de budgetstijging bij de ziekenhuizen. Deze werkwijze brengt met zich mee dat bijstellingen van de lumpsummen vertraagd in de totaalstanden van de lumpsummen terecht komen. Uit nieuwe (meer definitieve) cijfers van de NZa bleek dat deze bijstelling over 2005 € 41 miljoen bedroeg.

In 2004 heb ik een prestatiecontract gesloten met de NVZ, de NFU en ZN. De gemaakte afspraken hebben betrekking op 2005 tot en met 2007. De kern van de afspraak is dat de noodzakelijke groei van het zorgvolume binnen de beschikbare macrokaders zal plaatsvinden. Omdat de groei van de lumpsummen is gerelateerd aan de groei van de budgetparameters van de ziekenhuisbudgetten, heeft het prestatiecontract een dempende invloed op de groei van de lumpsummen.

Ondanks de afspraken uit het prestatiecontract is gebleken dat er zich in 2005 bij de ziekenhuizen een overschrijding heeft voorgedaan. Om de financiële consequenties van de volumegroei weer binnen de afspraken van het prestatiecontract te brengen, is de procedure voor een macrokorting van de ziekenhuisbudgetten in gang gezet. De realisatie 2006 en de productie-afspraken 2007 zullen worden gemonitord. Indien blijkt dat de kostenontwikkeling zich zodanig voortzet dat dit leidt tot een verdere overschrijding, dan zullen in 2007 additionele maatregelen worden genomen.

86

De prijzen voor fysiotherapie zullen in 2006 stijgen. Er wordt € 17 miljoen meerkosten verwacht. betekent dit dat de premies voor aanvullende verzekeringen verder zullen stijgen? Zo ja, met gemiddeld welk bedrag?

De premies voor aanvullende verzekeringen worden door de individuele zorgverzekeraars vastgesteld en vallen buiten mijn verantwoordelijkheidsdomein. Ik kan en wil derhalve geen voorspellingen doen over extra premiedruk als gevolg van de gestegen prijzen voor fysiotherapie. Uit cijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat de prijzen in 2006 ten opzichte van 2005 met (netto) vijf procent zijn gestegen. In mijn brief van 10 juli 2006 aan uw Kamer (Tweede Kamer, 30 300 XVI, nr. 164) heb ik de stellige hoop en verwachting uitgesproken dat de tarieven met deze laatste stijging op een marktconform niveau zijn terecht gekomen.

87

In 2006 brengt het geneesmiddelenconvenant € 88 miljoen meer op, voor 2007 € 128 miljoen boven op de structurele meeropbrengst van 2006. Is dit de maximaal haalbare opbrengst en betekent dit dat alle kortingen en bonussen van apothekers hiermee worden afgeroomd? Zo neen, hoeveel aan kortingen en bonussen blijft bestaan?

Hiermee worden niet alle kortingen en bonussen van apotheekhoudenden afgeroomd. Zoals in de brief van 13 december 2005 over het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 (Kamerstukken II 2005–2006, 29 477, nr. 21) is aangegeven, worden de inkoopvoordelen van apotheekhoudenden gefaseerd afgebouwd. Ten behoeve van het nieuwe, modulaire tarief voor apotheekhoudenden doet de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoeken naar de praktijkkosten en de kortingen en bonussen van apotheekhoudenden. Het tarief zal een, met de zorgverzekeraar af te spreken, finan-

ciële stimulans voor doelmatig inkopen bevatten. Dat bedrag zal uit nu nog resterende kortingen en bonussen beschikbaar moeten komen. Hetzelfde geldt voor middelen die nodig zijn voor het actualiseren van het tarief voor apothekers. Vooralnog worden de kortingen en bonussen niet afgeroomd met de daarvoor naar inschatting benodigde bedragen. Welk bedragen uiteindelijk nodig zijn voor het actualiseren van het tarief van apotheekhoudenden (inclusief de financiële stimulans) vloeit voort uit de onderzoeken van de NZa. Dan is ook duidelijk welk bedrag aan kortingen en bonussen resteert.

88

Kan de minister de conclusie dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling is gerealiseerd onderbouwen?

Zoals ik reeds in mijn brief van 16 juni 2006 over de evaluatie van de no-claimteruggave (Kamerstukken II 2005/06, 29 483, nr. 27) heb aangegeven hebben «de uitkomsten van de evaluatie (...) [aangetoond] dat verzekerden kostenbewuster omgaan met zorg. Hier zou een relatie kunnen liggen met de invoering van de no-claimteruggaaf. Benadrukt moet worden dat dit zich niet zozeer uit in een afnemend gebruik van zorg maar vooral in een gebruik van goedkopere medicijnen en hulpmiddelen.» Ik kom dan ook tot de conclusie dat de no-claimteruggaaf waarschijnlijk heeft geleid tot de beoogde effecten: een financieringsverschuiving van collectief naar privaat en een prudenter gebruik van zorg. Een verdere onderbouwing van het volume-effect komt mogelijk komend jaar uit de verdiepingsslag op verzekerdeniveau. Zoals al in het evaluatiekader is geschreven, is «het (...) niet goed mogelijk exacte uitspraken te doen over «remgeldeffecten». Dit wordt veroorzaakt doordat zowel voor de eerste fase van de evaluatie als voor de verdiepingsslag geldt dat er sprake is van een methodologisch probleem; vanwege het ontbreken van een betrouwbare controlegroep is het afzonderlijke gedragseffect van de no-claimteruggaaf niet nauwkeurig te bepalen. De ontwikkeling van de zorgkosten is immers het resultaat van meer factoren dan enkel de prikkelwerking die uitgaat van de no-claimteruggaveregeling. Onder de gegeven omstandigheden is in de evaluatie gepoogd hiermee zo veel mogelijk rekening te houden.»

89 en 96

Wat is de oorzaak van het feit dat de besparing van het convenant geneesmiddelen € 88 miljoen hoger is dan eerder werd aangenomen? Hoe komt het dat de besparing die in 2007 zal worden gerealiseerd door het convenant geneesmiddelen naar verwachting € 128 miljoen hoger zal zijn dan eerder werd aangenomen? Wat levert het convenant in totaal op?

In het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 is deze meeropbrengst ten opzichte van het Geneesmiddelenconvenant 2005 afgesproken. De hogere besparing op de uitgaven is mogelijk door het op de markt komen van nieuwe (lager geprijsde) generieke varianten van geneesmiddelen die niet meer onder octrooi staan en door de omzetsijging van de al eerder in prijs verlaagde middelen (zie ook de brief van 13 december 2005, Kamerstukken II 2005–2006, 29 477, nr. 21).

Het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 beoogt in totaal € 1,8 miljard op de uitgaven voor de geneesmiddelenvoorziening te besparen: € 843 miljoen in 2006 en € 971 miljoen in 2007.

90

Zie het antwoord op vraag 85.

91

Uit de nieuwe cijfers van de Zorgautoriteit blijkt nu al dat de volumeontwikkeling bij de ziekenhuizen hoger is dan in het prestatiecontract Ziekenhuizen/convenant UMC's is overeengekomen. Een macrokorting als nu voorzien zal weinig baten. Welke scenario's voorziet de regering als systematisch te weinig productie wordt geraamd ten opzichte van de reële noden van patiënten?

In 2004 heb ik een prestatiecontract met de NVZ en ZN en een convenant met de NFU en ZN gesloten. In dit prestatiecontract/convenant is aangegeven wat gedurende de looptijd 2004–2007 voor de ziekenhuizen de beschikbare ruimte financiële ruimte is. De beschikbare middelen bestaan voor een deel uit beschikbaar gestelde extra groeiruumte en voor een deel uit middelen die zijn vrijgekomen uit de overeengekomen (doelmatigheids)korting en die weer binnen de sector kunnen worden ingezet voor extra productie. De stijging in de zorgvraag kan hierdoor binnen de looptijd van het prestatiecontract/convenant worden opgevangen door een minder sterke stijging van de daarmee samenhangende zorguitgaven. Nu blijkt uit de cijfers van de Nza dat de met de zorg samenhangende uitgaven sterker zijn gestegen dan voorzien. Het uitgavenniveau wordt met het doorvoeren van de macrokorting vanaf 2007 per saldo weer in lijn gebracht met het uitgavenniveau dat onder het budgettaire kader zorg beschikbaar was gesteld.

Ik deel dan ook niet uw mening dat een macrokorting weinig zal baten of dat systematisch te weinig productie wordt geraamd.

92

Er wordt voor 2007 € 120 miljoen beschikbaar gesteld voor dure geneesmiddelen. Vindt u het realistisch om het budget voor dure geneesmiddelen weer te laag te ramen? Is het waar dat de stijging van de kosten voor dure geneesmiddelen in 2006 en 2007 uit de groeiruumte wordt gehaald en dus ten koste gaat van andere ziekenhuiszorg, zorgvernieuwing e.d.?

De groeiruumte ziekenhuizen is beschikbaar gesteld voor de budgettaire consequenties van de toenemende productie in de ziekenhuizen, waaronder de reguliere kostenstijging dure geneesmiddelen. De oorspronkelijke raming was goed: de reguliere kostenstijging dure geneesmiddelen lag in 2005 in de lijn der verwachting. In 2005 is echter besloten het vergoedingspercentage op grond van de beleidsregel dure geneesmiddelen met ingang van 2006 op te hogen naar een vast vergoedingspercentage van 80%. Tevens wordt verwacht dat nieuwe geneesmiddelen met ingang van 2006 voor vergoeding op grond van de beleidsregel in aanmerking zullen komen. Als gevolg van deze specifieke ontwikkelingen is de reguliere uitgavenraming dure geneesmiddelen opgehoogd met € 112 miljoen in 2006 en € 120 miljoen structureel vanaf 2007.

Uit de oktoberrapportage van de NZa blijkt dat er op basis van de door de ziekenhuizen aangeleverde gegevens over de productie-afspraken 2006 sprake is van een kostenstijging van € 25 miljoen dure geneesmiddelen in 2006. Budgetbijstellingen voor de dure geneesmiddelen kunnen echter plaatsvinden op basis van nacalculatie. De nacalculatie wordt in komende rapportages van de NZa opgenomen.

Er is derhalve vooralsnog geen aanleiding om te veronderstellen dat de raming dure geneesmiddelen te laag zou zijn.

93

Waarom blijft de vergoeding voor dure geneesmiddelen gemaximeerd op 80% van de daadwerkelijke kosten? Is de problematiek daarmee opgelost? Zal het feit dat het bedrag voor dure geneesmiddelen dat ziekenhuizen uit hun reguliere budget moeten halen, in 2007 ten opzichte van 2005 met

circa € 43 miljoen toeneemt voor met name ziekenhuizen met een grote oncologische afdeling een groot probleem worden? Zo neen, waarom niet? Zo ja, hoe gaat u dit oplossen?

Doordat instellingen nog 20% moeten vergoeden uit het reguliere budget, blijft er een duidelijke stimulans voor onderhandelingen met de leveranciers en een stimulans voor doelmatige inzet van deze dure geneesmiddelen. Tot en met 2005 maakten instellingen met verzekeraars afspraken over het vergoedingspercentage voor de dure geneesmiddelen. Deze percentages lagen tussen de 0 en 75%. De regeling is vanaf 2006 aangepast waarbij een vast vergoedingspercentage van 80% is vastgesteld. Hierdoor krijgen alle ziekenhuizen, dus ook de instellingen met een grote afdeling oncologie, dezelfde vergoeding voor het gebruik van dure geneesmiddelen. Voor veel instellingen zal dit ten opzichte van 2005 al een grote verbetering betekenen. Bovendien zijn door het vaste vergoedingspercentage de regionale verschillen in vergoeding verdwenen.

Conform de eerdere afspraken wordt er een monitor opgezet om de kostenontwikkeling van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen te volgen en de beleidsregel te evalueren.

94 en 184

Wat zegt het feit dat de omvang van de NZa-budgetten wordt overtroffen over het declaratiegedrag? Hoe groot is het bedrag van de openstaande DBC's?

Hoeveel schadelast van de DBC's wordt nagecalculeerd over 2006? hoe groot is de schadelast die over 2007 wordt geraamd?

Het begrip nacalculatie interpreteer ik als het uitkeren van het budget waar een instelling recht op heeft.

In voorjaar 2006 kwamen er steeds sterkere indicaties dat in 2005 de declaraties van DBCs en het onderhanden werk landelijk duidelijk hoger waren dan de ziekenhuisbudgetten. De belangrijkste verklaring van de overdekking is een te lage inschatting (in 2004) van het verwachte volume aan geregistreerde en gedeclareerde DBCs. Om op het instellingsbudget uit te komen zijn de verrekentarieven daardoor hoger dan noodzakelijk vastgesteld. Het grotere volume geregistreerde DBCs met het (te) hoge verrekenpercentage, leidden voor 2005 tot een te hoge opbrengst in vergelijking met het FB-budget. Ter verduidelijking wil ik nog stellen dat de tarieven in 2005 rechtsgeldig zijn geweest.

Een overdekking van budgetten wordt normaliter via het verrekenpercentage het daaropvolgende jaar gladgestreken. Echter bij de overgang van 2005 naar 2006 is deze methode niet toepasbaar door de invoering van de Zorgverzekeringswet en de daarmee gepaard gaande grote schuif in verzekerdenaantallen. Besloten is om in plaats daarvan een verrekening met vaste bedragen toe te passen waarbij de overdekking (en sporadisch ook onderdekking) tussen het ziekenhuis en de verzekeraar wordt verrekend.

De eerste bepaling van de overdekking 2005 is door de NZa uitgevoerd en is uitgekomen op € 569 miljoen. Dit bedrag is uitgesplitst naar ziekenhuis/verzekeraar en wordt nog in 2006 verrekend. De definitieve vaststelling en verrekening vinden plaats in het voorjaar van 2007.

Op basis van de nieuwe informatie over tarieven en volumes heeft de NZa per 1 september 2006 de verrekentarieven aangepast. Omdat de (te) hoge verrekenpercentages ook van kracht zijn geweest over de maanden januari tot en met augustus 2006 wordt over deze periode ook overdekking verwacht. Om de tarieven (het verrekenpercentage) niet al te zeer te

laten schommelen is besloten ook deze overdekking te verrekenen met vaste bedragen per ziekenhuis/verzekeraar. Dit zal in het voorjaar van 2007 worden gedaan.

De omvang van het openstaande bedrag aan DBCs is door mij niet exact te geven. Dit bedrag bestaat uit twee grotere componenten. Dit is als eerste de omvang van het onderhanden werk en ten tweede de periode tussen sluiten van een DBC, declareren en daadwerkelijk geld ontvangen. Het onderhanden werk is in de NZa beleidsregel Heffingsrente (CI-909) voor algemene ziekenhuizen geschat op 2,5 maand van de jaaromzet, bij UMCs is dit 3,5 maand. Door de NVZ en NFU is aangegeven dat het onderhanden werk in werkelijkheid hoger is. Hierover is nog overleg gaande tussen NZa en NVZ en NZa en NFU. Over de tijdsduur tussen afsluiten DBC en ontvangen van de vergoeding heb ik geen harde informatie, dit is afhankelijk van de administratieve organisatie van het ziekenhuis en de verzekeraar en de afspraken die tussen beide gemaakt worden over de betalingstermijn. De introductie van DBCs en de ZVW heeft hierop overigens geen invloed gehad.

95

Hoe wordt de macrokorting van € 192 miljoen geïmplementeerd in het A-segment?

Met de inwerkingtreding van de WMG per 1 oktober 2006 heeft de NZa de ruimte om zelf te bepalen op welke wijze de macrokorting richting individuele instellingen wordt geëffectueerd. In de definitieve aanwijzing zal ik dan ook niet exact voorschrijven hoe de korting moet worden geëffectueerd.

96

Zie het antwoord op vraag 89.

97

Waarom is de incidentele loonontwikkeling in de OVA hoger vastgesteld dan waar eerder van was uitgegaan?

Het budgettaire beeld wordt periodiek aangepast aan de nieuwste cijfermatige inzichten die ondermeer via CPB-ramingen worden verkregen. De ova-2007 wordt overigens pas in april/mei 2007 definitief bepaald.

98

Welke «flankerende maatregelen» om een doelmatige geneesmiddelenvoorziening na afloop van de convenantperiode te bewerkstelligen, worden hier bedoeld?

Er zijn nog steeds relevante verbeteringen te boeken met betrekking tot de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening. De flankerende maatregelen hebben betrekking op uiteenlopende interventies om hier verbetering in aan te brengen. Ik heb in dit kader diverse onderzoeken uitstaan bij ZonMw naar mogelijkheden tot verbetering van therapietrouw en verbetering van de doelmatigheid. Daarnaast heb ik actief innovaties op het terrein van medicatieoverdracht tussen de eerste en de tweede lijn gefinancierd en het uitrollen van best practices met betrekking tot herhaalreceptuur, polyfarmacie en therapietrouw gestimuleerd. Voor 2007 ben ik voornemens actief het generiek voorschrijven van geneesmiddelen te bevorderen en een publiekscampagne te starten om het belang van therapietrouw onder de aandacht van de burgers te brengen.

99, 108 en 109

Hoe ontwikkelen de uitgaven voor het «bevorderen van een gezonde levensstijl» zich ten opzichte van het peiljaar 2005 (=100)? Hoe verhoudt de ontwikkeling in uitgaven zich tot de ambities van de regering op het terrein van een gezonde levensstijl? Hoe denkt de regering meer te kunnen doen met minder? Welke beleidsfilosofie ligt daaraan ten grondslag?

Waarom daalt het budget om een gezonde levensstijl te bevorderen? Is het niet de verwachting dat problemen rond overgewicht en alcoholgebruik bij jongeren juist toenemen?

Hoe is de afname in bestedingen voor het bevorderen van een gezonde levensstijl te rijmen met het belang dat de regering hecht aan een toename van een gezonde leefstijl, en hoe verhoudt deze afname zich met de aanbeveling van het RIVM om steviger in te zetten?

De bedragen in de tabel Budgettaire gevolgen van beleid bij de operationele doelstelling Bevorderen van een gezonde leefstijl bevat ook de uitgaven voor de verslavingszorg. Het budget voor de verslavingszorg is in 2005 incidenteel verhoogd als gevolg van de eenmalige bijdrage van het Rijk aan gemeenten voor het realiseren van uitbreidingsplaatsen heroïnebehandeling. Als we primair kijken naar de uitgaven voor gezondheidsbevordering (preventie), dus zonder de kosten voor de verslavingszorg, dan zien we dat de uitgavenreeks vanaf 2005 (=100), als volgt is (kosten x 1000):

2005:	12 892 = 100
2006:	17 707 = 137
2007:	16 655 = 129

Ten opzichte van 2005 is er in feite sprake van een stijging van de uitgaven voor het bevorderen van een gezonde leefstijl (preventie, gezondheidsbevordering).

De VTV signaleert een toename van gezondheidsproblemen die hun oorsprong vinden in ongezond gedrag (RIVM, VTV). Het is dus zaak om gezond gedrag te stimuleren. De Wet collectieve preventie volksgezondheid regelt de verantwoordelijkheid van zowel de landelijke als de lokale overheid. Zie de antwoorden op de vragen 135 en 136. De landelijke overheid is verantwoordelijk voor de prioritering van de onderwerpen (Preventienota) die samenhangen met gedrag met inbegrip van het organiseren van de juiste infrastructuur. De lokale overheid is verantwoordelijk voor het opstellen van lokale gezondheidsnota's en het (doen) uitvoeren en stimuleren van activiteiten die ongezond gedrag beperken.

Daarnaast is het streven om op het gebied van gezondheidsbevordering nadrukkelijk die beleidsmaatregelen te treffen die geen financieel instrument inhouden, zoals wetgeving en handhaving. Hierbij valt te denken aan – in navolging van Ierland, Italië en met ingang van 2008 ook Frankrijk – het rookvrij maken van de horeca. Ook kan men denken aan het verhogen van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol en geen op minderjarigen gerichte reclame van ongezonde levensmiddelen in het kader van het tegengaan van overgewicht.

100, 102 en 137

Waarom is de streefwaarde voor de levensverwachting, ondanks de algemene beleidsdoelstelling en beleidsonderwerpen, niet verhoogd? Kan de minister dit uitgangspunt toelichten? Kan de minister aangeven waarom hij in de Preventienota specifiek de toename aan levensverwachting wel als doelstelling ziet?

De regering zegt in de tabel op blz. 28 te streven naar het handhaven of verlengen van de gezonde levensverwachting, zonder nadere specificatie.

Wat is de informatiewaarde van deze tabel?

Bent u van mening dat Nederland terug moet naar de top vijf van Europese landen met hoogste levensverwachting en dat hiervoor structureel beleid (op korte en lange termijn) noodzakelijk is? Zo ja, hoe gaat u dit invullen?

De toename van de levensverwachting is inderdaad een van de doelen van het preventiebeleid maar ook de levensverwachting in gezondheid, dat wil zeggen compressie van morbiditeit (ziekte) en voorkomen van voorkoombare ziekte en sterfte. Zo is het verminderen van alcoholgebruik en stoppen met roken ook onder jongeren een belangrijke beleidsdoelstelling. In de preventienota kiezen we voor de nadruk op het bevorderen van gezond gedrag met bijbehorende specifieke doelstellingen. Gezond gedrag zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven. Het is echter nog niet mogelijk om deze doelstellingen direct te vertalen naar de winst in het gemiddelde aantal gezonde levensjaren in Nederland. Daarom noemen we in de begroting van VWS vooralsnog als streefwaarde voor de gezonde levensverwachting meer dan 69,9 jaar. En streven we ernaar dat Nederland wat dit betreft weer terugkomt in de top vijf van Europese landen met de hoogste levensverwachting.

101

Op welke wijze denkt de regering de verhoging van de levensverwachting en de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen te bereiken? Hoe hoog zijn deze beide getallen voor de top 5 in Europa en hoe verhoudt zich dit tot de Nederlandse ambitie? Hoe is de ontwikkeling van de Nederlandse waarden over de afgelopen 25 jaar?

De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen lag in Nederland in 2003 voor vrouwen op 69,8 jaar. De stijging is daarmee 6,7 jaar ten opzichte van 1989. Voor mannen zijn deze cijfers respectievelijk 69,9 jaar en 6 jaar.

Van de gezonde levensverwachting zijn van (een aantal) EU-landen gegevens beschikbaar, maar ontbreken gemiddelden. In de cijfers is geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Met zijn 71,2 jaar behoort Nederland niet tot de top 5 (Zweden scoort met 73,3 jaar het hoogst en daarna volgen Italië, Spanje, Frankrijk en Duitsland), maar zit ver boven de laatste 5 met Letland als hekkensluiter op gemiddeld 62,8 jaren gezonde levensverwachting.
(bron: VTV 2006 blz. 51, 330, 331).

Hart- en vaatziekten en kanker zijn de belangrijkste doodsoorzaken. Angststoornissen, depressie en coronaire hartziekten zijn de aandoeningen die leiden tot het hoogste verlies aan kwaliteit van leven (VTV 2006 blz. 42 e.v.). Het voorkomen en tegengaan van roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht leveren een grote bijdrage aan het beperken van deze gezondheidsproblemen. In de preventienota «kiezen voor gezond leven», die op 6 oktober jl. naar de Tweede Kamer is gestuurd, zijn juist deze leefstijlfactoren als speerpunt voor beleid gekozen, aangevuld met de ziekten diabetes en depressie. Voor elk van de speerpunten zijn concrete doelstellingen geformuleerd, waarbij streefcijfers zijn aangegeven. Programma's en activiteiten worden ontwikkeld om deze doelstellingen te halen. Door leefstijlaanpassingen is het mogelijk een deel van ziekten te voorkomen, uit te stellen naar later of is de ernst ervan te verminderen. Indien de ziekte of de eerste symptomen ervan zich (desondanks) voordoen, staat het gehele arsenaal van de curatieve gezondheidszorg ter beschikking om vroegtijdig in te grijpen, curatief acuut op te treden en op genezing gerichte zorg te bieden. De resultaten van de gezondheidszorg op belangrijke prestatie-indicatoren publiceren wij in de toekomst o.a. in

de Zorgbalans. De eerste uitgave hiervan is u toegestuurd op 30 mei 2006 (Tweede Kamer, 28 852/29 689, nr. 8).

Ik heb het RIVM gevraagd een internationale vergelijking op te stellen voor het Nederlands Public Health-beleid. Dit rapport zal voorjaar 2007 verschijnen. Het rapport zal zich richten op het beleid in de afzonderlijke EU-15 lidstaten en de Angelsaksische landen (Australië, Nieuw Zeeland, Canada en VS) op de volgende onderwerpen: roken, alcoholgebruik, overgewicht (waaronder ook aandacht voor voeding, lichamelijke activiteiten en diabetes), psychische gezondheid, gezondheidsachterstanden en nieuwe ontwikkelingen in screening.

102

Zie het antwoord op vraag 100.

103

Over hoeveel fte's beschikt de VWA om de naleving te controleren en gezondheidsbedreigende situaties te signaleren?

De formatie van de VWA bestaat momenteel uit 1691 fte. Als uitvloeisel van de reorganisatie VWA 2006 zijn daarnaast 124 fte als «tijdelijk» geboekt, deze verdwijnen op termijn. De totale formatie is verdeeld over de verschillende beleidsterreinen die vallen onder VWS en LNV. Ruim de helft van de formatie wordt ingezet op het controleren van de naleving van wetten, regelgeving en het signaleren van gezondheidsbedreigende situaties op de beleidsterreinen van VWS.

Als gevolg van de bij de vorming/fusie van de VWA uit de RVV en de KvW opgedragen taakstelling, de taakstellingen uit het Strategische- en het hoofdlijnenakkoord en het overdragen van de Post Mortem-keuringen aan de BV Kwaliteitskeuring Dierlijke Sector (KDS) is de totale omvang van de VWA-formatie vanaf 2003 de laatste jaren sterk gedaald:

Jaar	fte	index
2003	2 370	100
2005	2 050	87
2006 (incl. tijdelijke formatie)	1 815	77
2006 (excl. tijdelijke formatie)	1 691	71

In 2006 was de feitelijke bezetting van de VWA 915 fte voor het toezicht op de onder VWS vallende wet- en regelgeving. Hiervan houdt circa 605 fte verband met het uitvoeren van controles en circa 310 fte met het uitvoeren van laboratoriumonderzoek.

De onderverdeling van de capaciteit voor de uit te voeren controles is op het beleidsterrein van VWS als volgt:

- productveiligheid	68 fte	(13%)
- alcohol en tabak	118 fte	(19%)
- import	33 fte	(5%)
- voedselveiligheid	386 fte	(63%)

Voor een deel van de controles waar VWS verantwoordelijkheid voor draagt, worden retributies geïnd. Bij import gaat het om circa 3 fte en bij voedselveiligheid om circa 10 fte.

Naast de formatie voor toezicht, heeft de VWA ook nog in totaal 13 fte bij het Bureau Risicobeoordeling voor zowel het LNV als VWS beleidsterrein.

Voor het merendeel van bovengenoemde terreinen vindt de nationale regelgeving (en daarmee het toezicht) zijn basis grotendeels (90% of meer) in EU-wetgeving.

104 en 105

Waarom worden de premie-uitgaven ten behoeve van preventieve zorg verminderd?

Heeft de besteding van minder geld effect op de effectiviteit van het preventiebeleid?

De premie-uitgaven ten behoeve van preventieve zorg nemen af ten opzichte van 2006, doordat met ingang van 2007 een aantal activiteiten niet meer via de AWBZ maar via de VWS-begroting gefinancierd gaan worden. Er is dus geen sprake van minder geld, daar er per saldo evenveel geld van het premiekader naar het begrotingskader is verschoven.

106, 117 en 120

De minister heeft in 2006 incidenteel € 2 miljoen beschikbaar gesteld voor opvoedingsondersteuning gericht op het tegengaan van alcoholconsumptie onder de 16 jaar. In het AO van 8 juni jl. is er vanuit de vaste commissie voor VWS op aangedrongen deze middelen structureel te maken. Om effectief te kunnen zijn, zullen deze activiteiten langere tijd voortgezet moeten worden. In de begroting voor 2007 wordt echter slechts € 0,2 miljoen uitgetrokken voor deze activiteiten. Moet hieruit afgeleid worden dat de minister niet voornemens is structureel in te zetten op opvoedingsondersteuning? De werkgroep alcohol en jongeren heeft deze zomer haar plan van aanpak gepresenteerd aan het Regulier Overleg Alcohol en aangeboden aan de voorzitter van dat overleg. Toegezegd is dat het plan via de minister aangeboden zal worden aan de Kamer. Wanneer kan de Kamer dit plan tegemoet zien?

Is het budget van € 0,2 miljoen voldoende om de wens van de Kamer om ten behoeve van het alcoholontmoedigingsbeleid aan te grijpen bij de ouders en opvoeders? Welke concrete plannen worden uit dit budget gefinancierd? Is er sprake van structurele financiering? Wanneer ontvangt de Kamer het plan van aanpak van de werkgroep alcohol en jongeren? Betreft de subsidie van € 0,2 miljoen bedoeld om het alcoholgebruik terug te dringen een structurele subsidie?

In de VWS-Begroting 2007 is € 0,2 miljoen bestemd voor het project Alcohol en Opvoeding. Na de verschijning daarvan is de preventienota «Kiezen voor gezond leven» en het bijbehorende actieprogramma aan de Tweede Kamer aangeboden. Eén van de elementen daarin is continuering van het project Alcohol en Opvoeding. Dat project bestaat uit een publiekscampagne gericht op ouders en aansluitende lokale activiteiten op scholen en in wijken. Voor 2007 wordt, van de € 4,6 miljoen die voor de uitvoering van de Preventienota is gereserveerd, € 1,3 miljoen extra beschikbaar gesteld aan dit project. Het gaat vooralsnog niet om structurele financiering.

Het rapport van de Werkgroep Alcohol en Jongeren zal ik vóór de behandeling van de VWS-begroting aan de Tweede Kamer toezenden.

107

Voor het monitoren van drankverstrekking aan jongeren en van alcoholmarketing is € 0,1 miljoen beschikbaar. Dat bedrag is gelijk aan de subsidie aan STAP voor het monitoren van de alcoholmarketing. Op welke wijze wordt ingezet op het monitoren van en de verbetering van de handhaving van de leeftijdsgrenzen?

De drankverstrekking aan jongeren en het naleven van de leeftijdsgrenzen van de Drank- en Horecawet wordt sinds 1999 onderzocht door Stichting IntraVal. De opdracht hiertoe wordt alternerend verstrekt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Voedsel en Waren Autoriteit. In 2007 is voorzien in opdrachtverlening door de Voedsel en

Waren Autoriteit. De opdracht is derhalve opgenomen in het budget voor sociologisch onderzoek van de VWA.

108 en 109

Zie het antwoord op vraag 99.

110

Naar welke gezondheidsbevorderende instituten wordt hier verwezen? Welke verantwoordelijkheidsverdeling bestaat er tussen deze instituten en het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM? Wat is de meerwaarde van het CGL ten opzichte van de eerdergenoemde instituten?

Gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's) zijn:

- Stivoro (niet roken)
- Voedingscentrum (gezonde voeding, voedselveiligheid en overgewicht)
- Trimbos-instituut (geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg)
- Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) (meer bewegen)
- SOA Aids Nederland (expertisecentrum hiv/aids en soa)
- Rutgers Nisso Groep (kenniscentrum seksualiteit)
- Schorer Stichting (gezondheid homo's en lesbiennes)
- Stichting Consument en Veiligheid (letselpreventie)
- Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) (lokale gezondheidsbevordering)
- Pharos (landelijk kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid)

Kerntaak van het CGL is zorg dragen voor betere samenwerking en afstemming tussen het lokale niveau en de landelijk werkende GBI's. De precieze verantwoordelijkheidsverdeling tussen het CGL en de GBI's is momenteel onderwerp van overleg.

De meerwaarde van het CGL laat zich als volgt samenvatten:

- spil tussen vraag en aanbod;
- regie en coördinatie van programma's en projecten;
- onderzoekt en bewaakt de samenhang tussen de verschillende leefstijl-interventies;
- functioneert als informatiemakelaar, die de vrager helpt bij het zoeken naar de optimale mix van maatregelen;
- waarborgt de kwaliteit van het aanbod.

Over mijn voornemens rond het Centrum Gezond Leven heb ik de kamer geïnformeerd bij de brief d.d. 7 juli 2006 (Tweede Kamer, 22 894, nr. 103).

111

Wat moet een nieuw CGL bij het RIVM toevoegen aan de al bestaande instituten die zich met dit thema bezig houden? Op welke wijze meent de regering de samenwerking tussen de bestaande centra en dit nieuwe centrum zonder kapitaalsvernietiging vorm te geven?

Voor de eerste vraag verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 110. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) concludeerde in haar rapport «Staat van de gezondheidszorg 2005 – Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?», dat er sprake is van een ongewenste versnippering van het landelijke aanbod en dat regie en coördinatie gewenst is om meer efficiënt en bewezen effectief beleid tot stand te brengen. Het CGL is het antwoord hierop, en zodoende is er juist geen sprake van kapitaalsvernietiging. De geïnvesteerde bedragen en kennis in de GBI's worden hierdoor optimaal in de lokale uitvoeringssituatie gebracht.

112 en 128

Kan aangegeven worden hoeveel gemeenten de verantwoordelijkheid daadwerkelijk op zich nemen om de keuze voor een gezonde leefstijl te bevorderen, en op welke wijze gemeenten worden gestimuleerd c.q. aangespoord het tabaksontmoedigingsbeleid te agenderen en uit te voeren?

Op welke wijze worden gemeenten gestimuleerd c.q. aangespoord het tabaksontmoedigingsbeleid te agenderen en uit te voeren?

Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (gepubliceerd in november 2005) naar de bestuurlijke betrokkenheid en kwaliteit van het gezondheidsbeleid is gebleken dat de gemeentelijke gezondheidsnota's grotendeels voldoen aan de wettelijke eisen. Zo staan in 98 procent van de nota's activiteiten beschreven op het gebied van gezondheidsbevordering. In meer dan driekwart van de nota's is aandacht voor overgewicht, roken, alcoholverslaving of depressie.

In de Preventienota die ik u op 6 oktober 2006 toezond (Tweede Kamer, 22 894, nr. 110), is tabaksontmoediging een van de speerpunten om de gezondheid van onze bevolking te verbeteren. Door landelijk aan te geven dat tabaksontmoediging speerpunt van beleid is, stimuleer ik gemeenten om hieraan op lokaal niveau ook aandacht te besteden. Daarbij is de «Richtlijn tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid» van belang. Deze richtlijn is in samenwerking met gemeenten en GGD'en door STIVORO voor een rookvrije toekomst ontwikkeld. De richtlijn is begin 2006 naar alle gemeenten en GGD'en gestuurd en biedt beleidsmakers een praktische handleiding voor het vormgeven van een lokaal tabaksontmoedigingsbeleid. STIVORO zal lokale partijen in 2007 ook verder ondersteunen bij de toepassing van deze richtlijn.

Tot slot gaat het Centrum Gezond Leven (CGL) zorgen voor een betere afstemming van de producten van de gezondheidsbevorderende instellingen op de behoeften van gemeenten en GGD'en. Het CGL zal lokale organisaties ondersteunen en het bestaande aanbod in beeld brengen, beoordelen en toegankelijker maken. Zo spoor ik gemeenten aan om het roken terug te dringen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heb ik gevraagd haar toezichtrappen op gezondheidsbevordering in het kader van de Wcpv door de GGD in de toekomst ook aan het gemeentebestuur te zenden.

113 en 119

De minister stelt als streefwaarde dat het percentage rokers in 2007 25% bedraagt. Kan de minister aangeven in hoeverre deze streefwaarde nog realiseerbaar is, aangezien het aantal rokers sinds 2004 niet is gedaald? Is de streefwaarde dat het percentage rokers in 2007 25% bedraagt realistisch, aangezien het aantal rokers sinds 2004 niet is gedaald?

Om het percentage rokers te kunnen laten dalen is een gezamenlijke inspanning en een samenhangend pakket maatregelen noodzakelijk. In het Nationaal Programma Tabaksontmoediging (NPT) 2006–2010 dat ik u op 9 maart 2006 heb toegestuurd (Tweede Kamer, 22 894, nr. 78), staan mogelijke maatregelen om de prevalentie terug te brengen. Dit Programma is tot stand gekomen in samenwerking met het Astma Fonds, de KWF Kankerbestrijding en de Nederlandse Hartstichting. Op basis van dit Programma wordt jaarlijks een Actieplan vastgesteld. Het actieplan voor 2006 bevat een breed pakket met maatregelen (wetgeving, voorlichting en ondersteunende activiteiten) die een bijdrage leveren aan de daling van het percentage rokers. In juni van dit jaar werd duidelijk dat juist de voorgestelde wettelijke maatregelen door de Tweede Kamer kritisch ontvangen werden. Hierdoor wordt de realisatie van het gestelde streefcijfer moeilijker. Ik heb er echter niet voor gekozen (vanuit Volksgezondheidsoptiek en vanwege mijn hoogste prioriteit om hier

beleid voor te ontwikkelen) het streefcijfer alsnog hoger bij te stellen. Als het percentage van 25% niet gehaald wordt met de wel geaccordeerde maatregelen kan dit voor de regering aanleiding zijn om aanvullende maatregelen opnieuw te gaan voorstellen.

114

Kan de minister aangeven waarom bij alcoholfabrikanten wel kritisch wordt gekeken naar het marketingbeleid en niet bij de tabaksindustrie?

Het is sinds 7 november 2002 verboden om reclame te maken voor tabakproducten. Ook mag de tabaksindustrie sinds die datum geen evenementen sponsoren. Op dit moment mag er alleen nog reclame voor rookwaren worden gemaakt in tabaksspeciaalzaken. Steeds meer ontvang ik reacties uit de samenleving om het alcoholbeleid aan te scherpen met name onder jongeren. In de preventienota (Tweede Kamer, 22 894, nr. 110) is het kabinet hier ook op ingegaan.

115

Waarom is er bij alcoholgebruik gekozen voor een doelstelling dat het aantal mensen zonder problemen stabiel blijft? Waarom wordt er niet meer ambitie getoond?

Sinds de recent verschenen preventienota «Kiezen voor gezond leven» van 6 oktober 2006 (Tweede Kamer, 22 894, nr. 110) is preventie van schadelijk alcoholgebruik een van de speerpunten van het preventiebeleid. In die nota is neergelegd dat één van de doelstellingen van het alcoholbeleid is een daling van het aantal mensen met alcoholproblemen in 2010 tot 7,5%. De ambitie op korte termijn is stabilisatie, op langere termijn wordt gestreefd naar daling van het aantal probleemdrinkers. Zonder beleid verwacht ik een stijging van het alcoholgebruik, met name onder de jongeren.

116

De prestatie-indicatoren op blz. 31 (maar ook de jongste Preventiebrief) laten een heel bescheiden ambitieniveau zien op het terrein van terugdringen overgewicht (stabilisatie bij mannen en vrouwen, terugdringen overgewicht bij kinderen). Hoe kan dit ambitieniveau nog worden verhoogd? Wat zijn de concrete uitkomsten van de gesprekken met de partners in de uitvoering van het Convenant Overgewicht?

De doelstellingen van het overgewichtbeleid zijn (nog) lastig te kwantificeren. Dit komt doordat de overgewicht-prevalentie afhangt van beleid (maatregelen/projecten) maar waarschijnlijk nog meer van de «omgeving». Met name de invloed van de omgeving is moeilijk te kwantificeren (en dus ook de effecten van veranderingen daarin).

In 2004 heeft het RIVM scenarioberekeningen uitgevoerd (Bemelmans et al. RIVM rapport 260301003) waaruit bleek dat indien we niets doen, de overgewicht-prevalentie stijgt met ongeveer 3 procentpunten per 5 jaar (overgewicht = BMI > 25). Daarnaast heeft het RIVM (Wendel-Vos et al. 2005, RIVM rapport 260701001) bij het bepalen van realistische beleidsdoelen onderbouwd dat alleen bij zéér grootschalige inzet van effectieve maatregelen een daling van 1 tot 3 procentpunten (over 5 jaar kan worden bereikt).

Het stabiliseren van de trend (het tegengaan van de groei van 3 procentpunten per 5 jaar) is met name door het nog maar in beperkte mate voorhanden zijn van effectieve maatregelen in onze ogen dus een ambitieus beleidsdoel, dat alleen met forse inzet van overheid, politiek en samenleving zal kunnen worden gehaald in 2010.

Over de afspraken met mijn convenantpartners verwijs ik u graag naar mijn brief over de motie van de leden Kant en Azough d.d. 20 oktober 2006 (Tweede Kamer, 22 894, nr. 112).

117

Zie het antwoord op vraag 106.

118

In hoeverre is de recente constatering dat een rookvrije horeca in Italië tot minder hartinfarcten heeft geleid van invloed op uw standpunt inzake rookvrije horeca?

Het is al geruime tijd wetenschappelijk vastgesteld dat meerroken schadelijk is en het voorkomen daarvan dus gezondheidswinst oplevert. Ik heb steeds duidelijk gemaakt dat de horeca ook in Nederland op termijn rookvrij zal moeten zijn. De horeca is vooralsnog in staat gesteld om via zelfregulering het roken terug te dringen met als einddoel een rookvrije horeca. Het stappenplan rookvrije horeca loopt sinds 2005 en bevat te behalen streefcijfers per jaar. De resultaten van de eerste evaluatie (over 2005) laten te wensen over. Vandaar dat ik heb aangegeven dat als de resultaten over 2006 wederom achterblijven bij de gestelde doelen een wettelijke maatregel nodig is (Tweede Kamer, 22 894, nr. 108). De ontwikkelingen in o.a. Italië sterken mij in dit oordeel.

119

Zie het antwoord op vraag 113.

120

Zie het antwoord op vraag 106.

121

Speelt binnen ZonMw tabaksontmoediging een rol en hoe vindt afstemming plaats met andere instrumenten?

Binnen het tabaksontmoedigingsbeleid wordt een mix aan beleidsinstrumenten ingezet waaronder voorlichting, communicatie en onderzoek. In dat kader maakt tabaksontmoediging deel uit van de activiteiten binnen ZonMw (onder meer leefstijlcampagnes). Afstemming met andere instrumenten vindt onder meer plaats in het kader van het Nationaal Programma Tabaksontmoediging dat op 9 maart 2006 naar de Tweede Kamer is gezonden (Tweede Kamer, 22 894, nr. 78).

122

Hoe wordt de subsidie aan Partnership Vroegsignalering Alcohol ingezet?

Het Partnership is een samenwerkingsverband van onder meer het Trimbos-instituut, het NIGZ, het NHG (huisartsen) en VWS. De doelstelling is het verbeteren van de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van vroegsignalering en kortdurende interventies voor probleemdrinkers binnen de totale zorgketen. De subsidie is bestemd voor de vijf projecten van het Partnership:

- basisprogramma van bewezen effectieve vroegsignalering en korte interventies;
- alcoholconsulatieprojecten in de eerste lijn;
- implementatie NHG-standaard;
- implementatie Multidisciplinaire Richtlijn Verslaving;
- integrale aanpak gemeenten.

123

Hoe worden de conclusies van de gezondheidsraad ten aanzien van de effectiviteit van massamediale voorlichting verwerkt in beleidsartikel 41? Welke massamediale voorlichtingscampagnes lopen wanneer af? Hoe is de budgettaire verhouding tussen massamediale voorlichting en andere vormen van gedragsbeïnvloeding?

Het advies van de Gezondheidsraad «Plan de campagne» van 28 september jl. stelt dat massamediale campagnes die een gedragsverandering van mensen beogen, in combinatie met maatregelen in de leefomgeving moeten plaatsvinden. Ik onderschrijf die conclusie en breng dit bij de beleidsontwikkeling ook al geruime tijd in de praktijk. Dit advies heeft dan ook geen gevolgen voor beleidsartikel 41. Er zijn geen campagnes die ik wil beëindigen; het gaat bij het bevorderen van gezond leven immers om een zaak van lange adem en er komen ook steeds nieuwe jongeren bij die voorlichting behoeven. Van het totale budget voor preventie is overigens maar een beperkt deel bestemd voor campagnes. De budgettaire verhouding tot andere vormen van gedragsbeïnvloeding is niet aan te geven omdat daar bijvoorbeeld ook wet- en regelgeving onder valt.

124 en 131

Aan welke landen wordt pro-actief informatie verstrekt over het Nederlandse drugsbeleid? Wat is de inhoud van de informatie en welk budget wordt voor dit onderdeel van het beleid uitgetrokken? Wat behelst het pro-actief informatie verstrekken aan andere landen?

Er is in het buitenland veel belangstelling voor het Nederlandse drugsbeleid. Met grote regelmaat bezoeken buitenlandse delegaties op eigen initiatief of op uitnodiging ons land. Aan deze delegaties geven we pro-actief informatie over alle aspecten van ons drugsbeleid (uitgangspunten, softdrugsbeleid, preventie, zorg, behandeling, harm reduction, onderzoek en monitoring). Dit gebeurt ook op internationale bijeenkomsten en conferenties. In 2007 zal bijvoorbeeld een Zweedse delegatie onder leiding van de nationale drugscoördinator Nederland bezoeken. In het kader van het drugsoverleg op hoog niveau met Frankrijk zijn er verschillende activiteiten om kennis en ervaringen uit te wisselen. In 2007 zal er een bijeenkomst voor preventie-experts zijn waar we vooral informatie zullen verstrekken over preventie op scholen. Met de Verenigde Staten bestaat er een samenwerkingsovereenkomst op het gebied van vraagbeperking. In 2007 zullen we de Amerikanen in het kader van deze overeenkomst informeren over preventie en behandeling via het Internet, het opzetten van een database voor professionals die werkzaam zijn in het drugsveld en onze nationale drugsmonitor. Het pro-actief verstrekken van informatie behelst grotendeels de hiervoor genoemde activiteiten. Het budget hiervoor bedraagt in 2007 € 155 000,-. Hieruit bekostig ik onder meer de voornoemde activiteiten.

125

Welke instellingen voor verslavingszorg komen in aanmerking voor subsidie voor voorlichtings- en preventieactiviteiten, onderzoek en monitoring en welke criteria worden daarbij gehanteerd?

In 2003 heb ik mijn subsidiebeleid doorgelicht en de nota Kennis, Innovatie en Meedoen aan de Tweede Kamer aangeboden. Daarin staan de algemene VWS-richtlijnen voor het verstrekken van subsidies; deze gelden ook voor verslavingspreventie, onderzoek en monitoring. Subsidieaanvragen die hierin passen en die aansluiten bij de beleidsdoelstellingen toets ik inhoudelijk en op effectiviteit.

Overigens verloopt de financiering van lokale verslavingspreventieprojecten via de gemeenten die hiervoor een specifieke uitkering van het rijk ontvangen. VWS verstrekt alleen subsidies met een landelijke meerwaarde en binnen het lokale beschikbare subsidiebudget.

De programmering van wetenschappelijk onderzoek is uitbesteed aan Zon/Mw. Daar loopt het programma «Risicogedrag en afhankelijkheid». Een onafhankelijke beoordelingscommissie toetst de voorstellen op relevantie en kwaliteit.

126

Waarom is er veel aandacht voor de infrastructuur rond het thema leefstijl (zoals het programma Landelijke leefstijlcampagnes, het Centrum Gezond Leven en het Kennisprogramma Jeugd), zonder dat er een duidelijke coherentie is aangegeven? Welke visie, welk samenhangend beleid ligt ten grondslag aan deze verschillende punten?

Mede gelet op de bevindingen van het RIVM (VTV 2002 en 2006) op het gebied van de volksgezondheid en de conclusies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in zijn rapport «Staat van de gezondheidszorg 2005 – Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?» (zie het antwoord op vraag 111), is er thans veel aandacht voor de infrastructuur rond het thema leefstijl. Enerzijds om gezondheidsproblemen in relatie tot ongezonde leefstijlen verder te onderzoeken en te analyseren (specialisatie per thema of doelgroep zoals jeugd). Anderzijds om de gewenste samenhang daartussen aan te brengen (coördinatie, regie) om zodoende tot een coherent en consistent landelijk beleid en de uitvoering daarvan te komen.

127

Hoeveel gemeenten nemen die verantwoordelijkheid daadwerkelijk?

De mate waarin gemeenten hun verantwoordelijkheid ten aanzien van gezondheidsbevordering nemen is onderzocht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in het rapport «Staat van de gezondheidszorg 2005 – Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?» Dit rapport is de Kamer bij brief d.d. 2 november 2005 aangeboden (Tweede Kamer, 30 300 XVI, nr. 26).

De IGZ concludeerde dat in vergelijking met haar rapport uit 1995, de kwaliteit van het lokale gezondheidsbeleid en de bestuurlijke betrokkenheid verbeterd zijn. Van de 467 gemeenten hadden er in mei 2005, 72 geen nota vastgesteld. Bij 67 daarvan was de nota in voorbereiding (zie pagina 38 van het rapport). De wettelijke verplichting voor gemeenten om elke 4 jaar een nota gezondheidsbeleid uit te brengen, heeft daaraan een belangrijke bijdrage geleverd.

Inmiddels is de IGZ binnen het werkprogramma Gezondheidsbevordering gestart met een onderzoek naar de rol van de gemeente bij gezondheidsbevordering, met name in relatie tot integraal gezondheidsbeleid. De resultaten van dit onderzoek zullen, zoals het er nu naar uitziet, in de loop van 2007 bekend zijn.

128

Zie het antwoord op vraag 112.

129

Hoe wordt ingezet op het monitoren van drankverstrekking, marketing en probleemgebruik van alcohol en drugs?

Voor het antwoord op de vraag hoe de naleving van de regels omtrent drankverstrekking aan jongeren wordt gemonitord verwijs ik naar het antwoord op vraag 107.

De monitoring van de alcoholmarketing wordt uitgevoerd door Stichting Alcohol Preventie. De activiteiten omvatten de monitoring van trends en innovaties op het gebied van alcoholmarketing en het verzamelen van concrete gegevens over alcoholmarketing en -reclame gericht op jongeren onder de 18 jaar.

De monitoring van (probleem)gebruik alcohol en drugs geschiedt jaarlijks door het Bureau Nationale Drug Monitor. In het zogenaamde jaarbericht van dit bureau wordt een overzicht gegeven van recente gegevens over de alcohol- en drugsproblematiek. Het gaat om gegevens uit onderzoek en registratie en betreft gebruikscijfers, ziekenhuisopnamen, sterftcijfers, hiv/aids (bij drugsgebruik) en cliënten bij de ambulante verslavingszorg (trends in problematiek, leeftijdsontwikkeling cliënten e.d.). Het rapport komt in het voorjaar van 2007 beschikbaar op www.trimbos.nl.

130

Hoe wordt ingezet op de verbetering van de handhaving van de leeftijdsgrenzen?

In 2007 zullen circa 30 000 VWA-controles plaatsvinden op de naleving van de bepalingen van de Drank- en Horecawet en de Tabakswet. Een groot aantal daarvan betreft combi-inspecties van de naleving van de leeftijdsgrenzen in beide wetten. De inzet is vooral gericht op «hot spots» (plaatsen waar veel jongeren komen). Het aantal controles is afgestemd op het hiervoor beschikbare budget.

131

Zie het antwoord op vraag 124.

132 en 133

*Hoeveel plaatsen zijn gerealiseerd voor de behandeling met heroïne?
Voor welke gemeentes geldt de realisering van heroïnebehandelplaatsen?*

Naast de 300 al bestaande heroïnebehandelplaatsen hebben eind 2005 12 steden in totaal 415 nieuwe heroïnebehandelplaatsen toegewezen gekregen. Medio 2006 hebben nog eens vier nieuwe steden in totaal 100 behandelplaatsen toegewezen gekregen. Het totaal aantal heroïnebehandelplaatsen komt hiermee op 815 plaatsen verdeeld over 18 steden. In onderstaande tabel wordt het aantal toegewezen plaatsen en behandelunits per stad weergegeven.

Stad	Totaal aantal plaatsen	Bestaande plaatsen	Uitbreidingsplaatsen	Aantal Units
Amsterdam	145	70	75	2
Rotterdam	140	70	70	2
Den Haag	75	45	30	1
Groningen	50	35	15	1
Heerlen	35	35	–	1
Utrecht	45	45	–	1
Haarlem	50	–	50	1
Enschede	30	–	30	1
Apeldoorn	30	–	30	1
Arnhem	25	–	25	1
Nijmegen	25	–	25	1
Den Bosch	20	–	20	1
Tilburg	20	–	20	1
Eindhoven	25	–	25	1
Leeuwarden	25	–	25	1

Stad	Totaal aantal plaatsen	Bestaande plaatsen	Uitbreidingsplaatsen	Aantal Units
Maastricht	25	–	25	1
Leiden	25	–	25	1
Deventer	25	–	25	1
Totaal	815	300	515	20

De instroom van nieuwe patiënten in de heroïnebehandeling is inmiddels op gang gekomen. Medio oktober 2006 waren er al 65 uitbreidingsplekken opgevuld. In de nieuwe steden wordt hard gewerkt om de nieuwe behandelunits gereed te maken voor de instroom van patiënten. De behandelunits moeten aan strenge eisen voldoen en er moeten soms bestemmingsplannen worden aangepast. Een aantal steden is bijna klaar met de voorbereidingen. Op korte termijn zullen dan ook meer nieuwe patiënten in de behandeling kunnen instromen.

134

Worden heroïnebehandelplaatsen ook bij andere ministeries begroot?

De heroïnebehandeling wordt momenteel door 3 verschillende departementen gefinancierd.

VWS heeft jaarlijks € 5 miljoen beschikbaar voor de financiering van de 300 bestaande behandelplaatsen en financiert daarnaast de werkzaamheden van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden. BZK en Justitie dragen ieder € 7,3 miljoen bij tot en met 2007.

135

Hoe is het feit dat:

- *begrotingsbedragen voor «bevorderen van een gezonde leefstijl» tussen 2005 en 2011 dalen van € 36,9 naar € 25,4 miljoen (een afname van ruim 30%)*
- *er geen sprake is van een toename in de investering in lokale preventieve gezondheidszorg*
- *de premie-uitgaven voor preventie t.o.v. 2006 dalen te rijmen met het belang dat de regering hecht aan een toename van een gezonde leefstijl? Is dit een invulling van de aanbeveling van het RIVM (VTV) «dat we veruit de meeste gezondheidswinst kunnen boeken door steviger in te zetten op gezond leven»?*

In de preventienota Kiezen voor gezond leven, die op 6 oktober 2006 naar de Tweede Kamer is gestuurd (Tweede Kamer, 22 894, nr. 110), zijn de landelijke prioriteiten weergegeven voor de komende vier jaren. De uitvoering van de openbare gezondheidszorg in Nederland is een gedeelde verantwoordelijkheid van landelijke en lokale overheden. Gemeenten financieren die met middelen uit het gemeentefonds. De notie dat veruit de meeste gezondheidswinst te boeken is door steviger in te zetten op gezond leven, richt zich ook op de lokale overheden. Het kabinet heeft een actieprogramma geformuleerd voor 2007 om gemeenten aanvullend te ondersteunen bij het uitvoeren van het lokale preventiebeleid gericht op de landelijke prioriteiten.

Wat betreft de daling in de premie-uitgaven voor preventie wordt verwezen naar het antwoord op vraag 104.

136

Voor de realisering van de beleidsdoelstellingen die in de preventiebrief verwoord zullen worden, is € 4,6 miljoen beschikbaar. Is dit budget voldoende, gezien de ontwikkelingen die geschetst worden in de VTV

2006? Waarom worden ambitieuze doelstellingen geformuleerd zonder dat de investeringen hierop worden aangepast?

In de preventienota *Kiezen voor gezond leven*, die op 6 oktober 2006 naar de Tweede Kamer is gestuurd (Tweede Kamer, 22 894, nr. 110), zijn de landelijke prioriteiten weergegeven voor de komende vier jaren. De uitvoering van de openbare gezondheidszorg in Nederland is een gedeelde verantwoordelijkheid van landelijke en lokale overheden. Gemeenten financieren die met middelen uit ondermeer het gemeentefonds. Het kabinet heeft voor het uitvoeren van de preventienota een actieprogramma geformuleerd voor 2007 om gemeenten aanvullend te ondersteunen bij het uitvoeren van het lokale preventiebeleid gericht op de landelijke prioriteiten (zie het antwoord op vraag 135). De totale inzet van rijksmiddelen voor het terugdringen van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie, maar ook de inzet bijvoorbeeld op sport en bewegen, is echter omvangrijker dan het budget genoemd in de preventienota.

137

Zie het antwoord op vraag 102.

138

Kan de minister aangeven of hij verwacht dat de besteding van minder geld effect zal hebben op de effectiviteit van het preventiebeleid en welk effect dat zal zijn?

Er is geen sprake van een afname in de besteedbare middelen voor het preventiebeleid (zie antwoorden op vraag 104 en 136). In de preventienota *Kiezen voor gezond leven* (Tweede Kamer, 22 894, nr. 110) geeft het kabinet aan gemeenten met een actieprogramma voor 2007 bij het uitvoeren van het gemeentelijke gezondheidsbeleid gericht op de landelijke speerpunten. Het kabinet verwacht dat deze extra inzet een positief effect zal hebben op de effectiviteit van het preventiebeleid.

139

Welke wet- en regelgeving geldt op dit moment ten aanzien van de verkoop van mineralen en vitamines in Nederland? Welke veranderingen staan hierin de komende jaren te gebeuren onder andere onder invloed van Europese regelgeving?

Sinds augustus 2005 is de EG-richtlijn Voedingssupplementen (2002/46/EG) opgenomen in de Warenwet. In het Warenwetbesluit Voedingssupplementen zijn de voorschriften opgenomen die uitvoering geven aan de richtlijn 2002/46/EG. Naast dit besluit worden op dit moment ook nog de Warenwetregeling Vrijstelling vitaminepreparaten en de Warenwetregeling Voedingssupplementen gehandhaafd. Deze komen in de toekomst te vervallen bij een verdere harmonisatie van de Europese wetgeving op het gebied van vitamines en mineralen. Onder deze harmonisatie valt ook de nieuwe EG-verordening m.b.t. de verrijking van levensmiddelen.

Vitamines en mineralen kunnen ook zijn geregistreerd als geneesmiddel. Het kan gaan om enkelvoudige of gecombineerde preparaten voor het bestrijden van een specifiek tekort. Afhankelijk van de dosering en toedieningswijze zijn ze met of zonder recept verkrijgbaar. Alle regelgeving voor geneesmiddelen is in 2001 samengevoegd tot een enkele richtlijn en in 2004 is deze nog een keer herzien. De wijzigingen zijn inmiddels overgenomen in de nieuwe Geneesmiddelenwet die nu in de Eerste Kamer voorligt.

De regering zegt werk te willen maken van de bevordering van voedselveiligheid en kwaliteit. Hoe groot is de bereidwilligheid van partners in de voedselproductie en levensmiddelenindustrie om actief bij te dragen aan de gezond voedsel campagnes en de bestrijding van alcohol/tabakverslaving? Wat is de visie van de minister op het gegeven dat de VWA onlangs onder klaarblijkelijke druk van de CBL van de ministers van LNV en VWS een rapport over de geringe gezonde voedingswaarde van kant-en-klarmaaltijden van haar site moest halen?

Via het convenant overgewicht draagt de levensmiddelenindustrie bij aan het bestrijden van overgewicht. Dit betreft onder meer een gezamenlijk logo voor een gemakkelijker keuze van gezonde voeding door de consument. Ook is door de levensmiddelenfabrikanten een energielogo ontwikkeld met informatie over het aantal calorieën per product. Ik verwijs hiervoor naar www.ikkiesbewust.nl en www.energielogo.nl. Daarnaast heeft de Federatie Nederlandse Levensmiddelenindustrie onlangs een zichtboek gepubliceerd met een overzicht van haar inspanningen. De activiteiten in het kader van het convenant overgewicht staan in de bijlage bij mijn brief over de evaluatie daarvan, die de Kamer op 20 oktober jl. ontving. De alcoholbranche draagt bij aan onder meer de BOB-campagne, gericht op het tegengaan van rijden onder invloed. Ook plaatsen de alcoholadverteerders sinds 2005 bij alle tv- en bioscoopspotjes voor alcoholhoudende dranken een educatieve slogan («Alcohol onder de 16? Nog even niet» of «Geniet, maar drink met mate»). Op het gebied van tabak komen bijdragen meer uit de hoek van de gezondheidsfondsen zoals KWF Kankerbestrijding, het Astma Fonds en de Nederlandse Hartstichting. Voor een antwoord op de vraag over een VWA-rapport over kant-en-klarmaaltijden verwijs ik naar mijn antwoord op de vragen van de leden Van Heteren en Waalkens (PvdA) over de Voedsel en Waren Autoriteit (2060700450), die ik u op 19 oktober 2006 heb gestuurd.

Als het gaat om de prestatie-indicatoren inzake COPD (longemfyseem en chronische bronchitis, ca. 6000 overlijdens per jaar), wordt als streefwaarde gesteld dat het aantal gevallen in 2007 minder is dan op de peildatum, te weten 316 000 patiënten in 2003. Er is mogelijk een onderschatting van het aantal patiënten in huisartsenregistraties (Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.7, 14 september 2006), mede gezien de sterke groei van het aantal mensen met COPD is het aannemelijk dat er momenteel (in 2006) veel meer dan 316 000 COPD-patiënten zijn.

Kunt u een indicatie geven van het huidige aantal patiënten met COPD?

1. *Kunt u de streefwaarde in 2007 specificeren?*
2. *In welke mate verwacht u daadwerkelijk een daling te kunnen realiseren?*
3. *Hoeveel COPD-patiënten zullen er nog zijn in 2007?*
4. *Welke extra maatregelen treft u als blijkt dat er momenteel al meer dan 316 000 patiënten zijn om toch de streefwaarde in 2007 te realiseren op dit punt?*
5. *De totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg voor mensen met COPD bedroeg in het jaar 2000 280 miljoen euro, deze zullen in 2025 gestegen zijn naar bijna 500 miljoen euro (Bron: Hoogendoorn, RIVM rapport 260 604 001.2004). Kan de minister aangeven hoe hij de preventie van COPD kan verbeteren en een goede kosten-effectieve zorg denkt te garanderen?*

1. Volgens RIVM-projecties van de prevalentie voor de periode 2000–2025 in het Chronische Ziekenmodel (CZM) (RIVM rapport Hoogendoorn, 2004 tabel 4.7) is de verwachting van het aantal COPD-patiënten in 2005: 329 000 en in 2010: 364 000. Je zou dus kunnen zeggen dat het

huidige aantal ongeveer 350 000 zal zijn. Het genoemde streefcijfer in de tabel op pag 39 van de begroting zou dan ook < 360 000 patiënten voor 2007 behoren te zijn. Abusievelijk is bij het bepalen van de streefwaarde aan deze projectie voorbijgegaan.

2. Volgens het Nationaal Kompas (14 september 2006): Uitgaande van alleen demografische ontwikkelingen zal het absoluut aantal personen met COPD tussen 2005 en 2025 met 38,3% stijgen. Naast demografische ontwikkelingen hebben trends in roken invloed op de prevalentie van COPD. In de jaren '90 bleef het percentage mensen dat rookte vrijwel constant. Daarna daalde bij zowel mannen als vrouwen het percentage rokers. In de toekomst zal de prevalentie van COPD zowel onder mannen als onder vrouwen hierdoor naar verwachting afnemen. Voorlopig valt echter, door eerder genoemde demografische ontwikkelingen en rookgedrag in de afgelopen decennia, eerst nog een toename van de incidentie van COPD te verwachten, met name onder de vrouwen. De jaarprevalentie van COPD is voor mannen vanaf de jaren '90 tot 2004 licht gedaald. Voor vrouwen bleef de prevalentie in de jaren '90 vrijwel constant. In de periode daarvoor, tussen 1984 en 1994, was de prevalentie voor vrouwen bijna verdubbeld. Om het aantal COPD-patiënten omlaag te krijgen is een volledige uitvoering van het beleid om het roken te verminderen noodzakelijk. Ik verwijs u naar mijn plannen daarover (pagina 30 van de begroting 2007). Ik sluit niet uit dat het kabinet op termijn het beleid op het beperken van roken verder zal intensiveren.
3. Gebaseerd op CZM en prognoses in Nationaal Kompas (punt 1) verwachten we in 2007 ongeveer 350 000–360 000 COPD-patiënten. Het effect van niet-rokenbeleid zal in de toekomst zichtbaar worden in de prevalentie van COPD.

4

en

5. Met name heb ik grote verwachtingen van het effect van een stevig stoppen-met-rokenbeleid. Zie hiervoor mijn antwoord onder punt 2 en mijn antwoord op onder andere vraag 143.

142

In het Nationaal Kompas wordt de verwachting uitgesproken dat – als gevolg van de vergrijzing en het rookgedrag in het verleden – het aantal COPD-patiënten tussen 2005 en 2025 met ongeveer 38% zal toenemen (Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.7, 14 september 2006). Het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006–2010 zal onvoldoende soelaas bieden om het aantal patiënten op deze korte termijn in 2007 te laten dalen. Welke onderdelen van de begroting zijn er op gericht om deze sterke trend op deze korte termijn aan te pakken? Hoe denkt de minister deze prestatie-indicator te meten (de laatste meting is uit 2003) en het beleid hier op aan te sturen?

In de toekomst zal de prevalentie van COPD zowel onder mannen als onder vrouwen door afname in roken en demografische ontwikkelingen naar verwachting afnemen (zie ook antwoorden op de vragen 141 en 143). Prevalentiecijfers van COPD worden gemeten door gebruik te maken van 5 huisartsregistraties (Nationaal Kompas 14 september 2006 en VTV 2006).

143

Een van de indicatoren die de positie van mensen met astma en COPD in de maatschappij bepaalt, betreft het rookgedrag. Is er aandacht voor de participatie van chronisch zieken binnen het dagelijks leven? Hoe ziet de minister in dit kader het realiseren van de rookvrije publieke ruimte zodat bijvoorbeeld mensen met astma of COPD (die gestopt zijn met roken) kunnen deelnemen aan het sociale leven?

Bescherming van de niet-roker, ofwel het terugdringen van meeroken, is een van de pijlers van het tabaksontmoedigingsbeleid. Belangrijke delen van het publieke domein zijn reeds langere tijd (1990) verplicht om de voor publiek toegankelijke ruimten rookvrij te maken (onder meer: overheidsgebouwen, gezondheidszorg, onderwijs, zorginstellingen, gemeentelijke sport- en cultuurinstellingen). Verder gelden sinds 1 januari 2004 de rookvrije werkplek en het rookvrije personenvervoer. Zie in dit kader ook het antwoord op vraag 118 (rookvrije horeca).

144

Het Nederlands Vaccin Instituut loopt ver achter met betrekking tot de invoering van het nieuwe DaKTP vaccin voor 4-jarigen. Op eerdere vragen was aangegeven dat, na diverse malen te zijn uitgesteld, dit vaccin uiterlijk medio 2006 in het RVP zou worden ingevoerd. Tot op heden is het voor dit vaccin door het CBG zelfs niet eens de registratie afgegeven. Als alternatief werd tijdelijk door het NVI een vaccin met een andere samenstelling ingekocht.

Ook het DaKTP Hib vaccin voor 0-jarigen is nog niet geregistreerd. Dat zal ongetwijfeld tot vertraging leiden van de invoering die gepland staat, voor zover laatst bekend, voor 1 januari 2007. Daar komt nog bij dat door de invoering van een pneumokokkenvaccin het RVP anders is opgebouwd omdat er nu op het zelfde moment 2 vaccinaties worden gegeven. Ten tijde van de voorbereidingen van het NVI vaccin was dit niet bekend en is er voor zover bekend ook geen klinisch fase 3 onderzoek uitgevoerd waarbij specifiek gekeken wordt naar de effecten van de gelijktijdige toediening van het pneumokokkenvaccin en het DaKTPHib vaccin van het NVI. Voor de commercieel verkrijgbare vaccins zijn deze zogenaamde co-administratie gegevens ruim voorhanden.

Hoe kan de minister op grond van deze feiten verdere investeringen in het NVI rechtvaardigen?

Waarom worden keer op keer de toezeggingen van het NVI niet gerealiseerd en waarom wordt de Kamer hier niet over geïnformeerd?

Hoe kan er, na alles wat er in de afgelopen jaren bij het NVI is voorgevallen rondom de productie en productontwikkeling van vaccins, nog altijd worden beweerd dat het bestaansrecht van het NVI gelegitimeerd kan worden vanuit de stelling dat er in Nederland behoefte is aan een eigen productie- en ontwikkelingsfaciliteit voor vaccins?

De overheid is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van vaccins voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en in crisissituaties. Gezien de huidige kwetsbaarheid van de vaccinmarkt en het bestaan van marktfalen, heb ik ervoor gekozen om de mogelijkheid om bepaalde vaccins te ontwikkelen/productoren te handhaven onder overheidsverantwoordelijkheid. Deze keus heb ik eerder dit jaar ook onderbouwd (14 april 2006, Tweede Kamer, 22 894, nr. 80 en 16 juni 2006, Tweede Kamer, 22 894, nr. 98). Het feit dat de invoering van het nieuwe DaKTP vaccin is vertraagd, doet niets af aan de omstandigheden die mijn voorgangers hebben doen besluiten het NVI in te stellen. Dat kan ook met zich meebrengen dat voor het in stand houden van deze voorziening investeringen nodig zijn. Daarbij maak ik steeds de afweging of de kosten hiervan opwegen tegen de voordelen.

De comptabiliteit van gelijktijdige toediening van het pneumokokkenvaccin met Pentacel, het De comptabiliteit van gelijktijdige toediening van het pneumokokkenvaccin met Pentacel, het DaKTP-Hib vaccin van Sanofi en met het Hepatitis B vaccin is onlangs onderzocht en gepubliceerd in «Vaccine», een vooraanstaand wetenschappelijk tijdschrift als het om vaccins gaat. De conclusie uit deze studie is dat alle drie de vaccins gelijktijdig kunnen worden gegeven. Het DaKTP-Hib vaccin van het NVI heeft exact dezelfde formulering als Pentacel. Daarmee zijn net als bij de

commerciële vaccins de in de vraag genoemde co-administratie gegevens ruim voorhanden.

De ontwikkeling van vaccins verloopt niet altijd eenduidig van maand tot maand onvoorspelbaar doordat steeds op nieuwe ontwikkelingen ingespeeld moet worden. De partners van het NVI in de private sector zullen daarover niet iets anders vertellen. Het gaat immers om biologische processen. In dat opzicht is de vertraging van de introductie van het DaKTP vaccin, alhoewel vervelend en zeer ongewenst, geen opmerkelijke gebeurtenis. Zo heb ik medio 2006 mij extra moeten inspannen om met de commerciële producenten van het regulier groepvaccin voor het seizoen 2006/2007 voldoende vaccin op tijd gereed te hebben. Door dat dit jaar bij de verschillende leveranciers de vaccins bijv. minder snel groeiden start de nationale campagne enkele weken later maar nog wel op tijd. Mijn afweging bij het al dan niet informeren van de Tweede Kamer hierover is of ontwikkelingen van belang zijn voor de continuïteit van het RVP. Immers, waar het uiteindelijk om gaat is de garantie van tijdige levering van het benodigde vaccin en die is niet in het geding.

145

In het NVI-magazine «Vaste Prik» van 11 juni 2006 (blz. 21) wordt door een ingewijde gesteld dat er juist door het in stand houden van het NVI een situatie kan ontstaan waarbij de productkeuze voor het RVP soms medebepalend is.

De door het NVI geproduceerde BMR-prik wordt op dit moment vervangen door commercieel verkrijgbare vaccins. De reden is naar verluidt opnieuw een kwaliteitsprobleem.

Een tweede concreet voorbeeld is het feit dat er in 2005 minder bijwerkingen zijn geconstateerd na invoering van DaKTPHib vaccin bij 0-jarigen (zie RIVM rapport). In hoeverre wordt n.a.v. bovenstaande voorbeelden de doelmatigheid van het RVP geschaad?

Vanuit mijn verantwoordelijkheid voor het aanbieden van een Rijksvaccinatieprogramma voor alle kinderen in Nederland heb ik belang bij vaccins van hoge kwaliteit en bij de continuïteit van levering van deze vaccins. Met name de kwetsbaarheid op dit laatste punt heeft het kabinet op 1 februari 2002 doen besluiten een eigen ontwikkel- en productiecapaciteit in stand te houden, in de vorm van het NVI. Hieruit volgt automatisch dat er ook eigen vaccins gemaakt worden en gebruikt worden in het RVP. Bij voorkeur zijn dat de vaccins waar gevreesd wordt voor marktfalen, of de vaccins waarbij het vanuit datzelfde argument, van belang geacht wordt om de productietechnieken of capaciteit overeind te houden. Dit beïnvloedt op haar beurt vanzelfsprekend weer de productkeuze voor het RVP.

Voor wat betreft uw vraag naar doelmatigheid van het RVP het volgende. Ik vind dat het iets mag kosten om het risico van marktfalen te kunnen beperken en meer garantie te kunnen creëren voor de continuïteit van RVP. Ik ben van mening dat het hier niet om onverantwoord hoge kosten gaat en dat dus de doelmatigheid van het RVP niet in het geding is.

Bovenstaande mag nooit ten koste gaan van de kwaliteit en beschikbaarheid van vaccins voor het RVP. De voorbeelden die u noemt, zijn daar mijns inziens juist een illustratie van. Op het moment dat het NVI een vaccin, om wat voor reden dan ook, (nog) niet zelf kan produceren, maar het vaccin wel nodig is voor het RVP, wordt dit ingekocht. Ook als dit tijdelijk leidt tot hogere kosten. Ik laat mij over dit soort kwesties adviseren door de Gezondheidsraad en besluit op basis van die adviezen. Zo garandeer ik dat het algemeen belang prevaleert.

Specifiek ten aanzien van BMR en DaKTP het volgende:

BMR

De reden van tijdelijke aankoop BMR is het feit dat het NVI zijn productie faciliteit heeft verbouwd. Hierdoor moest de productie tijdelijk stil gelegd worden en was een overbruggingsaankoop nodig. Er was geen probleem met de kwaliteit van het BMR vaccin en ook de continuïteit van het RVP was niet in het geding.

DaKTP

Er is nog geen RIVM-rapport beschikbaar over de bijwerkingen van vaccinaties in 2005 maar het RIVM heeft wel een artikel gepubliceerd in het Infectieziekten Bulletin van maart 2006. Hierin is geconcludeerd dat voorlopige gegevens van meldingen van mogelijke bijwerkingen van RVP-vaccinaties in 2005 duiden op een afname van meldingen na de vaccinaties met DKTP-Hib. Dit was ook de verwachting bij het invoeren van het vaccin en de reden voor de Gezondheidsraad om te adviseren gebruik te maken van een vaccin met een acellulaire component. Omdat het NVI-vaccin op dat moment nog niet aangepast was, heb ik gebruik gemaakt van een tijdelijk aangekocht commercieel vaccin, wat in vergelijking met het tot dan toe gebruikte DKTP vaccin van het NVI relatief duur is. Dit was geen keuze op basis van doelmatigheid maar in het belang van de gevaccineerde kinderen en het behoud van draagvlak voor het RVP.

146

In de paragrafen over infectieziektebestrijding ontbreken verwijzingen naar de bestrijding (ook in Europees verband) van de hernieuwde opkomst van «oude» infectieziekten als tuberculose. Is de regering van zins in Europees verband hieraan bij te dragen en zo ja, in welke vorm en mate?

Ja. In de begroting wordt onder andere aandacht besteed aan de verbetering van de structuur van de infectieziektebestrijding. Deze is vanaf 2005 ingezet en loopt in 2007 nog door. De verbetering heeft zowel betrekking op de Nederlandse- als internationale infectieziektebestrijding. De Nederlandse regering onderschrijft daarom – mede gegeven het grensoverschrijdende karakter van infectieziekten – volledig het nut en de noodzaak om in Europees en WHO verband samen te werken aan de preventie en bestrijding van zowel «oude» als «nieuwe» infectieziekten.

In Europees verband speelt de World Health Organization (WHO) een belangrijke rol bij de bestrijding, met name in landen die niet tot de Europese Unie behoren. De WHO, waaronder het Europese regiokantoor (WHO-Euro), wordt hierbij in belangrijke mate gesteund door de Nederlandse regering. In de samenwerkingsovereenkomst die VWS in 2004 is aangegaan met de WHO zijn twee thema's benoemd die expliciet betrekking hebben op TB. De eerste vraagt aandacht voor het gezamenlijk bestrijden van de co-infectie aids en TB, het tweede gaat in op de relatie tussen drugsgebruik en infectieziekten. Tenslotte ondersteunt Nederland het WHO «Health in Prisons Project». Gevangenen in Oost-Europa zijn één van de belangrijkste bronnen van infectie, zowel voor TB, soa als aids. Naast WHO-Euro is het Europees Centrum voor Ziektepreventie en Bestrijding (ECDC) te Stockholm een nieuwe partij. Nederland heeft als lid van de adviescommissie van het ECDC expliciet aandacht gevraagd voor versterking van het Europese beleid gericht op de TB-bestrijding. Hierbij is Nederland van mening dat de Europese Unie ook steun zou moeten verlenen aan haar buurlanden, waar de epidemiologische situatie m.b.t. TB vaak zorgelijk is. Het ECDC is momenteel bezig haar rol in het speelveld te definiëren, maar ziet in elk geval een grondige evaluatie van het Europese surveillancesysteem als een van haar taken. Ik onderken de

dreiging van TB als een van de «oude» nieuw opkomende infectieziekten, maar ben van mening dat deze met bovengenoemde activiteiten op dit moment voldoende aandacht krijgt

147

Wat wordt verstaan onder een landelijke organisatiestructuur voor kansbepalende prenatale screening?

Op 15 september 2005 is de Kamer per brief (Tweede Kamer, 29 323, nr. 15) geïnformeerd over de voorgenomen organisatie van prenatale screening. Prenatale screening wordt qua uitvoering en organisatie direct in de reguliere zwangerschapszorg belegd. De betrokken beroepsgroepen hebben een voorstel gedaan voor een landelijke organisatiestructuur voor kansbepalende prenatale screening. In deze structuur zijn taken toebedeeld aan 3 niveaus. Hoewel er geen sprake is van een rijksprogramma, zal de kwaliteit van prenatale screening op deze verschillende niveaus gewaarborgd moeten worden. Het gaat hierbij om het niveau van de individuele zorgverlener (beroepsgroep), op regionaal niveau (regionale centra) en op landelijk niveau (centraal orgaan). Belangrijke onderdelen van deze landelijke organisatiestructuur zijn: coördinatie op de voorlichting aan alle zwangere vrouwen, certificering van vaardigheden en apparatuur voor prenatale testen, coördinatie op de uitvoering van prenatale testen en registratie ten behoeve van landelijke evaluatie en monitoring. Screening op Downsyndroom en neuraalbuisdefecten is vergunningplichtig op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). De genoemde kwaliteitseisen zullen via de WBO-vergunning gewaarborgd worden.

148

COPD komt meer voor bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. Deze groep rookt gemiddeld meer en preventiemaatregelen zijn minder effectief. Hoe denkt u dit omvangrijke probleem met een beperkt budget gericht aan te gaan pakken?

Bij laagopgeleiden komt COPD duidelijk meer voor dan bij hoogopgeleiden. In 2001 concludeerde het RIVM dat bij laagopgeleiden COPD-symptomen ongeveer 1,9 maal zo vaak voorkwamen als bij hoogopgeleiden. Actief en passief roken verklaarden een substantieel deel van de waargenomen verschillen in COPD tussen laag- en hoogopgeleiden. Na correctie voor roken was het verschil tussen laag- en hoogopgeleiden gereduceerd tot 1,5. Echter ook voedingsfactoren en overgewicht (Body Mass Index > 25) verklaren een deel van het verschil. Na correctie hiervoor kwamen COPD-symptomen nog 1,2 maal zo vaak voor bij laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden (bron: RIVM 260855004). De aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen is echter ingewikkeld. Zo is het niet duidelijk welke interventies effectief zijn om juist de laagopgeleiden te stimuleren tot een gezonder gedrag. Binnen de thema's roken, overgewicht en voeding wordt zoveel als mogelijk aandacht besteed aan specifieke doelgroepen waaronder laagopgeleiden. Zo is in het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006–2010 vastgelegd dat het, omdat een relatief groot deel van de rokers tot de lage welstandsgroepen behoort, nodig is om nieuwe interventies te ontwikkelen om het vertrouwen in eigen vermogen tot stoppen te vergroten en ondersteuning bij gedragsverandering te bieden. Een lokale aanpak biedt, naast accijnsmaatregelen, zie ook antwoord 152, de beste mogelijkheden voor het bereiken van specifieke doelgroepen zoals laagopgeleiden. Een voorbeeld van campagne met een lokale benadering is de campagne «Rokers verdienen een beloning» die STIVORO samen met tien GGD-en recentelijk heeft gelanceerd. Rokers worden hierbij gevraagd op 2 november 2006 24 uur niet te roken en hun ervaringen te delen.

Vervolgens ontvangen zij «informatie op maat» die de deelnemer het vertrouwen kan geven voor een stoppoging. Het doel van de campagne is om rokers met een lage stopintentie te laten ervaren dat stoppen met roken weliswaar lastig, maar niet onmogelijk is.

149

Welk budget is beschikbaar voor geleverde zorg waar geen betaling tegenover staat (oninbare rekeningen)? Hoe verkopen de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en betrokken instellingen? Welke knelpunten zijn er bij de regering bekend?

Momenteel bestaan er twee regelingen waaruit oninbare vorderingen kunnen worden gefinancierd.

Ten eerste bestaat er voor ziekenhuizen de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze beleidsregel dubieuze debiteuren is bedoeld om er (een deel van de) oninbare vorderingen uit te bekostigen in het geval ziekenhuizen, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten. De totale omvang van de vergoeding die in de budgetten wordt opgenomen voor afschrijving op de post dubieuze debiteuren in de ziekenhuissector bedraagt circa € 35 miljoen. In 2003 heb ik ZN verzocht haar leden te informeren dat verzekeraars er bij hun onderhandelingen met ziekenhuizen rekening mee houden dat toepassing van de beleidsregel dubieuze debiteuren veronderstelt dat partijen uitgaan van een reëel niveau van aanvaardbaar geachte afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Sinds het bestaan van de beleidsregel dubieuze debiteuren is het niet voorgekomen dat een instelling naar aanleiding van de afgesproken omvang van deze post gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om bezwaar te maken bij de landelijke adviescommissie lokaal overleg (LALO-procedure).

Ten tweede is er het in samenhang met de Koppelingswet ingevoerde fonds van de Stichting Koppeling. Dit fonds voorziet in gedeeltelijke financiering van de kosten van door eerstelijnszorgaanbieders, verloskundigen, apothekers en tandartsen verleende zorg aan illegalen. Voor het Koppelingsfonds stelt VWS voor 2007 € 3,6 miljoen beschikbaar.

Ik heb eerder in de achtste voortgangsrapportage in het kader van de Zorgverzekeringswet (Tweede Kamer, 25 689, nr. 114) aangegeven dat het op termijn wenselijk kan zijn, om deze regelingen te stroomlijnen en dat ik de mogelijkheden hiertoe nader zal onderzoeken.

Ik heb u op 16 oktober jl. geschreven (29 689/19 637, nr. 116) dat ik u voor het einde van het jaar hierover nader zal berichten.

150

De Nederlandse vereniging voor seksuologische hulpverlening c.s. bood regering en Kamer onlangs een raamwerk voor seksuologische hulpverlening aan. Op welke wijze is dit raamwerk verwerkt in de plannen van de regering voor een nieuw systeem van seksuologische hulpverlening per 2008, en hoe ziet dit nieuwe systeem er uit?

De Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) heeft dit «Raamwerk voor vernieuwing voor de eerstelijns gezondheidszorg rondom seksualiteit en reproductie per januari 2008» mede op verzoek van VWS gemaakt. De NVVS heeft dit raamwerk begin september 2006 aan de Tweede Kamer aangeboden. Het is de bedoeling dat de aanvullende eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening (de vroegere Rutgershulpverlening, een aanvullende eerstelijns voorziening op de huisarts) vanaf 2008 vernieuwd wordt, omdat de huidige subsidieregeling afloopt. Het raamwerk van de NVVS en de evaluatie van de huidige subsidieregeling van het College voor Zorgverzekeringen, die binnenkort beschikbaar is, vormen de basis

voor mijn beslissing omtrent de inrichting en financiering van de hulpverlening vanaf 2008. U wordt in 2007 geïnformeerd over het nieuwe systeem. Op dit moment is hier nog geen beslissing over genomen.

151

Waarom zijn het Elektronisch Kinddossier en het Elektronisch Patiëntdossier twee verschillende systemen? Op welke wijze zijn het Elektronisch Kinddossier en het Elektronisch Patiëntdossier gekoppeld? Worden gegevens over de leerling vanuit het onderwijs opgenomen in het EKD? Zo ja, welke?

Voor het veilig en betrouwbaar uitwisselen van zorggegevens is een landelijke infrastructuur ingericht, waarbij het Landelijk Schakelpunt een spilfunctie heeft. Het elektronisch medicatiedossier (EMD) en het waarneemdossier huisartsen (WDH) – de eerste toepassingen van het elektronisch patiëntdossier (EPD) – maken gebruik van deze infrastructuur. Uitgangspunt is dat elke zorgaanbieder zijn eigen dossier bijhoudt en – mits geautoriseerd – inzage heeft in de gegevens van andere zorgaanbieders.

Voor het elektronisch kinddossier (EKD) is een andere werkwijze gekozen omdat in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) op informatiseringsgebied een forse inhaalslag nodig is. De JGZ gebruikt óf nog papieren dossiers, of (half) geautomatiseerde dossiers die tussen JGZ-instellingen niet elektronisch uitgewisseld kunnen worden. Het EKD voorziet in één zelfde wijze van gegevensverzameling en uitwisseling van de gegevens. De Kamer is over het EKD geïnformeerd per brief van 21 april 2006 (30 380, nrs. 7 en 8). Daarbij werd de contra expertise van Het Expertise Centrum van 5 maart 2006 betrokken. De eerste stap van het EKD is gericht op het gebruik van een elektronisch dossier binnen de JGZ. Dit is al een heel grote operatie. Deze stap maakt het daarna mogelijk om het EKD op termijn aan te sluiten op de landelijke infrastructuur.

Onderwijsgegevens over leerlingen worden niet opgenomen in het EKD. Voor de uitwisseling van risicomeldingen over kinderen met sectoren buiten de gezondheidszorg zoals onderwijs wordt momenteel de Verwijsindex risicjongeren ingericht. Het is niet de bedoeling dat onderwijsgegevens in het medische dossier van een kind kunnen kijken. Daar waar samenhang van JGZ en bijv. onderwijs nodig is bij risicogevoallen is de verwijsindex ingericht. Deze verwijsindex is 11 oktober 2006 aan de wethouders Jeugd gepresenteerd.

152

Wordt de accijnsheffing ook daadwerkelijk ingezet om tabaksgebruik (onder jongeren) te verminderen?

Het heffen van accijns op tabaksproducten is een effectieve maatregel om het gebruik van tabak terug te dringen. Als de prijs met 10% stijgt, daalt de vraag naar tabak met ongeveer 4%. Het RIVM heeft geconcludeerd dat een prijsverhoging van 10% als gevolg van een accijnsverhoging leidt tot maximaal 70 000 extra stoppers in een jaar en circa 36 000 gewonnen levensjaren (RIVM 260601003/2005; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260601003.html>). Een accijnsverhoging draagt ook bij aan het voorkomen dat jongeren gaan roken: een prijsverhoging van 10% verlaagt het aantal jeugdige rokers op korte termijn met 10 000. (RIVM 260601002/2005, <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260601002.html>). De huidige accijns/BTW-heffingen dragen al bij aan een beperking van het aantal rokers en bijv. het aantal sigaretten per roker. Het kabinet heeft voor 2007 geen accijnsverhoging voorgesteld.

153

Worden ook andere ministeries bij het actieplan betrokken?

Het programma richt zich vooral op gezondheidsbevordering, daarom zijn er primair geen andere ministeries betrokken bij de uitvoering ervan.

154

Welke maatregelen neemt u om veilig vrijen te bevorderen?

In mijn brief van 1 december 2004, «Preventieplan soa en hiv in Nederland» (Tweede Kamer, 29 220, nr. 4), heb ik u geïnformeerd over de nieuwe aanpak voor de bestrijding van soa en hiv. Veilig vrijen maakt een belangrijk deel uit van deze aanpak. Om veilig vrijen te stimuleren heb ik verschillende maatregelen genomen. Deze zijn zowel gericht op het algemene publiek als op groepen die extra risico lopen op het krijgen van een soa.

Voor het algemene publiek is er de jaarlijkse «Vrij Veilig» campagne die als doel heeft de kennis over veilige seks te vergroten en veilige seks als norm te ondersteunen.

Daarnaast financier ik doelgroep gerichte preventieprogramma's voor zes risicogroepen. Dat zijn mannen met homoseksuele contacten, allochtonen, jongeren, prostituees en prostituanten, druggebruikers en mensen met hiv. Voor deze risicogroepen zijn specifieke interventies beschikbaar. Uit onderzoek blijkt dat informatie over veilig vrijen alleen niet voldoende is. Attitude, vaardigheden, sociale norm en een stimulerende omgeving spelen eveneens een rol. Voor elk van deze groepen is een organisatie door mij aangewezen die verantwoordelijk is voor een samenhangend pakket van preventieactiviteiten.

Voor de doelgroep jongeren is daarnaast aan ZonMw recent het programma Seks onder je 25ste opgedragen dat gericht is op gezondheidsbevordering en preventie. Het voorkomen van soa, onbedoelde zwangerschap en seksueel geweld zijn hoofdthema's van dit programma. Tevens financier ik de Rutgers Nisso Groep voor onderzoek en ontwikkeling van interventies op het brede terrein van seksualiteit. Veilig vrijen maakt hier ook onderdeel van uit.

Tenslotte wordt in de soa-centra, die vanuit de nieuwe regeling voor de curatieve soa-bestrijding zijn opgericht, ook aandacht aan veilig vrijen besteed bij de counseling van mensen die zich laten testen op een soa.

155

Wanneer krijgt de Kamer de antwoorden op de gestelde vragen over het standpunt Wet Afbreking Zwangerschap?

De beantwoording van de gestelde vragen worden opgesteld door de Staatssecretaris van VWS en de Minister van Justitie. Zodra het overleg van beiden is afgerond zullen de antwoorden zo spoedig mogelijk naar de Kamer gezonden worden.

156

Wanneer is het evaluatierapport over de Wet levensbeëindiging op verzoek gereed en wanneer krijgt de Kamer een reactie op die rapportage?

Het evaluatierapport m.b.t. de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zal april 2007 gereed zijn. Het standpunt op de evaluatie zal in november 2007 aan de Tweede Kamer worden gezonden voorzover dat nu te overzien valt.

157

Bent u werkelijk van mening dat door de kring van verzekerden en het pakket van de basisverzekering centraal vast te stellen de toegankelijkheid van het stelsel is gewaarborgd? Zo ja, waarom?

Ja, die mening ben ik toegedaan. De kring van personen die een zorgverzekering moeten afsluiten, is immers gelijk aan de kring van verzekerden die bij of krachtens de AWBZ van rechtswege verzekerd zijn. Dat zijn in beginsel alle ingezetenen van Nederland en niet ingezetenen die ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting zijn onderworpen. Het pakket omvat alle verstrekkingen die ook in het ziekenfondspakket zaten. Daarnaast zijn de risicoverevening en de acceptatieplicht belangrijke waarborgen.

158

Voor het beoogde stelsel moet sprake zijn van een goede taakvervulling door overheid, zorgconsument, zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dit vereist een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken actoren. In hoeverre is op dit moment sprake van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling? Kan de beoogde verantwoordelijkheidsverdeling geschetst worden alsmede het tijdspad om tot die verantwoordelijkheidsverdeling te komen?

De verantwoordelijkheden van de verschillende actoren in het zorgstelsel zijn helder en duidelijk belegd en verankerd in de wet- en regelgeving, zoals de Zorgverzekeringswet, de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Daarmee is de basis gelegd voor het goed functioneren van het zorgstelsel en de borging van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Centraal staat de behoefte van de zorgconsument, die een eigen verantwoordelijkheid heeft bij de keuze voor een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het leveren van de gevraagde zorg tegen de met de verzekeraar afgesproken prijs en conform de wettelijke kwaliteitseisen. De verzekeraar speelt een centrale rol bij de financiering van zorg voor de zorgconsumenten die zich bij hem verzekerd hebben. Dit model zal zich de komende jaren moeten bewijzen. De eerste voortekenen zijn gunstig, zoals blijkt uit de monitorrapportage van de NZa uit juni 2006. De gereguleerde marktwerking werkt pas echt als de concurrentie tussen zorgverzekeraars ook leidt tot doelmatige zorgverlening. De NZa wijst erop dat de eerste voortekenen zichtbaar zijn dat er meer afspraken worden gemaakt over de kwaliteit van zorg. Op dit punt moeten zorgverzekeraars nog verdere verbeteringen doorvoeren. De NZa zal de ontwikkelingen op dit punt volgen.

159

Waarom wordt voor de begroting van 2008 wel gezien of het mogelijk is om, mede in relatie tot de Zorg Balans een of meer prestatie-indicatoren voor artikel 42 te formuleren?

De Zorgbalans is door VWS opgezet als groeitraject. De Zorgbalans geeft aan dat de mate van de empirische vulling van de indicatoren voor veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid voor de cure nog matig is. Daar zal richting de volgende Zorgbalans, die in 2008 verschijnt en de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg anno 2006 beschrijft, aan worden gewerkt. Bovendien is het voor de volgende Zorgbalans van belang dat de internationale vergelijkbaarheid wordt vergroot. Dit groeitraject van de Zorgbalans creëert kansen voor de begroting van 2008 om te bezien of het mogelijk is om mede in relatie tot de Zorgbalans een of meer prestatie-indicatoren voor artikel 42 (Gezondheidszorg) te formuleren.

160

De regering stelt dat zorgaanbieders het als hun taak moeten zien de patiënten te wijzen op de gevolgen van (ongezond) gedrag. Tevens wordt gesteld dat zorgverzekeraars een belangrijke rol kunnen spelen bij preventie dan tot nu toe. In de verdere uitwerking van de toelichting komt dit aspect niet meer concreet terug. Uit onder andere de toelichting op artikel 42 blijkt niet dat de regering aspecten van preventieve zorg ziet als noodzakelijke zorg, op te nemen in het basispakket. Hoe denkt de minister deze opvattingen te operationaliseren in voor artsen en cliënten ondersteunend beleid?

Zie de antwoorden op de vragen 73 t/m 76 en 78.

161

Waaruit bestaat de toename in uitgave voor het betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg?

De geraamde uitgaven voor operationele doelstelling 42.3.4 «Zorgverzekeraars zijn in staat de consument een voor iedereen betaalbaar verzekerd pakket te bieden van noodzakelijke zorg» worden uiteengezet op de bladzijden 60 tot en met 66 van de begroting. De geraamde uitgaven zijn ten slotte ook samengevat in de tabel op bladzijde 66. Uitgaven specifiek gericht op het betaalbaar houden van het verzekerd pakket betreffen de Rijksbijdrage voor 18- (€ 1,8 miljard) en de zorgtoeslag (€ 2,8 miljard).

162

Waarop zijn de minimale procentuele mutaties van de extramurale zorg, de ziekenhuizen en medisch specialisten, het ziekenvervoer, de genees- en hulpmiddelen en de grensoverschrijdende zorg gebaseerd?

De regel procentuele mutatie geeft de mutatie in de zorguitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar weer. De procentuele mutatie in 2007 ten opzichte van 2006 voor dit artikel blijft beperkt door de overheveling van het opleidingsfonds naar de VWS-begroting (€ 636,7 miljoen). Omdat deze middelen in 2008 nog wel binnen de premie-uitgaven geraamd staan is het percentage daar hoger. De geringe groei in latere jaren wordt veroorzaakt door het feit dat zowel de ruimte voor volumegroei na 2007 als voor nominale aanpassingen vanaf 2007 gereserveerd staan op artikel 99 «nominaal en onvoorzien».

163

Waarom is nog geen welke streefwaarde ingevuld die gehanteerd zal worden voor het percentage consumenten dat in staat is om een zorgverzekeraar c.q. zorgaanbieder te kiezen? Waarom kan hier niet al 100% worden ingevuld, onder aanname dat voor minderjarigen en wilsonbekwamen een vertegenwoordiger de keuze voor verzekeraar of zorgaanbieder maakt?

In de komende periode wordt gewerkt aan het verder professionaliseren van het stelsel van prestatie-indicatoren, mede in relatie tot de Zorgbalans 2008. Daarbij wordt ook gezien welke prestatie-indicatoren het meest inzicht geven in de prestaties die vallen onder artikel 42 (zie ook antwoord op vraag 159).

164

Wanneer is de website www.jaardocument.nl naar verwachting operationeel?

De website is sinds enige jaren operationeel. Op de website zijn vanaf 2002 de reguliere jaarverslagen en jaarrekeningen van zorginstellingen te vinden en vanaf 2003 ook de Jaardocumenten.

165

Wat voor soort voorlichting en welke leidraden over gebruik van de Wet BOPZ wil de minister uitbrengen en hoe wil hij hierin meer eenheid aanbrengen?

Ik zal begin volgend jaar een voorlichtingscampagne opzetten voor de betrokken doelgroepen (niet alleen psychiaters maar bijvoorbeeld ook huisartsen, andere hulpverleners, patiënten en hun familie) die regelmatig met de toepassing van de Wet Bopz in aanraking komen. Het doel van de voorlichtingscampagne is om de betrokken doelgroepen meer en beter bekend te maken met de mogelijkheden van de wet. Momenteel bevindt de voorlichtingscampagne zich nog in de conceptuele fase.

166

Waarom worden sommige instellingen in de begrotingsuitgaven opgenomen, terwijl andere instellingen uit de premies worden bekostigd? Wat zijn hier de criteria voor?

De op pagina 55 opgenomen instellingen betreffen enkel begrotingsgefinancierde instellingen.

De criteria om subsidies te verstrekken ten laste van de premie-inkomsten zijn opgenomen in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ: het verstrekken van tijdelijke subsidies voor zorg of andere diensten, ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze te doen opnemen in de verzekerde prestaties. Voor de AWBZ geldt daarnaast nog dat subsidies verstrekt worden om verzekeren de mogelijkheid te geven om in plaats van het tot gelding brengen van een aanspraak op grond van die wet zelf te voorzien in de zorg die zij behoeven (het persoonsgebondenbudget) alsmede voor zwangerschapsafbrekingen in de zin van de Wet afbreking zwangerschap, overtijdbehandelingen en aan beide behandelingsvormen verbonden nazorg.

167

Hoe komt de € 5,3 miljoen voor onderzoek naar verschillende zorg- en organisatieconcepten met een verhoogde arbeidsproductiviteit precies tot besteding?

De middelen zullen worden aangewend voor onderzoek en subsidie op verschillende terreinen. Voor het voorkomen van tekorten op de arbeidsmarkt zal er worden ingezet op vier deelgebieden te weten: het verhogen van de algemene arbeidsparticipatie, het vergroten van de wervingskracht, het verhogen van de arbeidsproductiviteit en het beperken van de zorgvraag. Hiernaast wordt er onderzoek gedaan naar de effecten van maatregelen en ontwikkelingen in de zorg, op de personele inzet. Bovendien wordt de arbeidsmarkt in de zorg structureel cijfermatig geanalyseerd. Concreet worden op het gebied van het verhogen van de arbeidsproductiviteit de volgende activiteiten ontplooid:

- Onderzoeken gericht op het toepassen van domotica in woningen en het effect hiervan op de personele inzet.
- Onderzoeken gericht op het toepassen van technologieën in het zorgproces gericht op het verhogen van de arbeidsproductiviteit.
- Onderzoeken gericht op verschillende zorg- en organisatieconcepten en het effect hiervan op de personele inzet.
- Onderzoek gericht op het genereren van nieuwe ideeën/concepten in de zorg ter verhoging van de arbeidsproductiviteit.
- Subsidiëren van goede initiatieven op dit terrein in het veld.

168

Welke instrumenten worden gebruikt om het verhogen van de arbeidsproductiviteit te meten? Wordt de meting van arbeidsproductiviteit onderscheid gemaakt tussen verschillende sectoren?

Door onderzoeksinstituten worden verschillende instrumenten gebruikt voor het meten van de arbeidsproductiviteit. De meeste methoden gaan uit van een verhouding tussen het productievolume en de benodigde hoeveelheid arbeid, gecorrigeerd voor diverse factoren. Er wordt bij de methoden onderscheid gemaakt tussen de verschillende sectoren. Verder is er een onderscheid tussen het meten van arbeidsproductiviteit op macroniveau en op microniveau. Op macroniveau zijn er veranderingen in de bekostigings- en verantwoordingssystematiek. Verantwoording en bekostiging vinden steeds meer plaats op basis van prestaties/output. Voor de arbeidsproductiviteit is dit essentieel. Het meten van arbeidsproductiviteit op macroniveau zal steeds meer aansluiten bij deze veranderende bekostigings- en verantwoordingssystematiek. Op instellingsniveau (microniveau) wordt er momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van een meetinstrument voor arbeidsproductiviteit in de care in opdracht van ZonMW. De te gebruiken methodiek voor het meten van arbeidsproductiviteit zoals genoemd in mijn brief van 20 september 2006 (Tweede Kamer, 30 800 XVI, nr. 3) sluit hierbij aan.

169

Hoe vaak is de bereikbaarheid van acute zorg in het kader van de WTZi in 2006 in het regionale ketenoverleg acute zorg ter sprake gebracht?

Het regionale acute zorg ketenoverleg is in de beleidsregels acute zorg ex.Wtzi als verplichting opgenomen voor aanbieders van acute zorg. Het jaar 2006 wordt gezien als een agenderingsjaar. De Landelijke Vereniging van Traumacentra inventariseert in een ronde langs de 10 traumaregio's de uitgangssituatie. De gegevens uit deze ronde worden verwerkt in een landelijk vergelijkbaar format. Het NIVEL ontwikkelt in opdracht van mijn ministerie een zelfevaluatie-instrument om een beeld te verkrijgen van de (kwaliteit van de) ketenafspraken. Dit instrument is begin 2007 beschikbaar. Tevens is de ronde van de LvTC erop gericht een vergelijkbare aanpak van de belangrijkste zorgprocessen in de acute zorg te ontwikkelen. Hierbij zullen aspecten als bereikbaarheid, samenwerkingsafspraken, protocollering, en ook de wijze waarop over de resultaten gerapporteerd kan worden, ter sprake komen. Vooralsnog is er bewust voor gekozen om niet een strak stramien te formuleren. Elke regio kent andere vraagstukken, en zeker ook andere oplossingen. In de paar al gestarte regio-overleggen, zoals in de regio Brabant, is VWS overigens uitgenodigd om de beleidsmatige kant toe te lichten.

170

Op welke wijze is de toezegging aan CDA-senator Klink om na te gaan of er een elektronisch registratiesysteem kan komen van mogelijke donoren naast het al bestaande systeem in de beleidsvoornemens voor 2007 verwerkt?

Deze toezegging is volledig verwerkt in de beleidsvoornemens van 2007. Momenteel wordt het automatiseringssysteem van het Donorregister aangepast om elektronische registratie in 2007 mogelijk te maken.

171

Wat zijn de criteria/wat is het afwegingskader om sommige instellingen uit de premies te bekostigen en andere instellingen, zoals het opleidingsfonds, op te nemen in de begroting? Waarom wordt het opleidingsfonds

voor 2008 en verder niet opgenomen in de begroting? Betekent dit dat uit de premie zal worden bekostigd? Wat is hiervan het effect op de premie?

Voor de goede orde merk ik op dat het opleidingsfonds geen instelling is, maar een budget dat wordt afgezonderd voor de bekostiging van een geselecteerde groep zorgopleidingen.

Bij brief van 3 april 2006 (Tweede Kamer, 29 282 nr. 28) heb ik u medegedeeld dat de keuze van de financiering van het opleidingsfonds via begroting of premie is gebaseerd op technisch onderzoek naar de voor- en nadelen van de financieringsvarianten. Bij de afweging heeft het kabinet 3 criteria gehanteerd t.w. 1) verschuiving van premie naar belastingen met uit dien hoofde koopkrachteffecten 2) de noodzaak tot aanpassing van wetten regelgeving en 3) effecten op administratieve lasten. Het kabinet heeft destijds op grond van de onderzoeksresultaten alles afwegende besloten om het opleidingsfonds te financieren via de zorgpremies.

Bij brief van 25 september 2006 (Tweede Kamer, 29 282, nr. 34) heb ik u vervolgens medegedeeld, dat de beoogde financiering van het opleidingsfonds via de zorgpremies een wijziging vergt van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De huidige Zvw staat immers niet toe dat zorgpremies behalve aan zorgverzekeraars ook ten goede komen aan opleidende instellingen. Het is echter wetstechnisch niet mogelijk om deze noodzakelijke aanpassing van de Zvw tijdig door te voeren.

Om toch, zoals gepland, per 1 januari 2007 daadwerkelijk te starten met het opleidingsfonds, heeft het kabinet besloten om het opleidingsfonds in 2007 via de rijksbegroting te financieren. Het is aan het volgende kabinet om een besluit te nemen over de structurele financieringswijze vanaf 2008.

Deze toezegging is volledig verwerkt in de beleidsvoornemens van 2007. Momenteel wordt het automatiseringssysteem van het Donorregister aangepast om elektronische registratie in 2007 mogelijk te maken.

172

Is de administratie van zorgverzekeraars voldoende voorbereid op de komende periode van overstap van verzekerden?

Vorig jaar was de administratieve situatie bij zorgverzekeraars ook voor de regering een bijzonder punt van aandacht omdat een verantwoorde invoering van de Zorgverzekeringswet daar mede van afhankelijk was. Ook bij de komende jaarovergang zal het verwerken van alle wijzigingen voor de zorgverzekeraars weer een inspanning van formaat zijn, maar ik voorzie geen bijzondere problemen. In de eerste plaats is de administratieve situatie het afgelopen jaar zodanig geweest dat de invoering van de wet over het geheel genomen bevredigend heeft kunnen verlopen. In de tweede plaats hebben de verzekeraars de ervaring van het afgelopen jaar in hun bagage om zaken die nog niet goed liepen, te verbeteren. Tenslotte heb ik een wetsvoorstel ingediend dat ervoor kan zorgen dat de administraties minder zullen worden belast dan vorig jaar. Het gaat om het wetsvoorstel wijziging opzegtermijnen zorgverzekeringswet, dat onlangs door de Tweede Kamer is aangenomen. Als ook de Eerste Kamer ermee akkoord gaat zullen verzekeraars gevrijwaard zijn van de zeer bewerkelijke onderlinge verrekeningen van schadelast die betrekking heeft op het nieuwe verzekeringsjaar.

173

Hoeveel mensen hadden uiteindelijk na alle nagekomen rekeningen recht op no-claimteruggave?

Zoals ik reeds in mijn brief van 16 juni 2006 over de evaluatie van de no-claimteruggave (Tweede Kamer, 29 483, nr. 27) heb aangegeven komen «gegevens over de omvang van het aantal correcties en terugvorderingen (...) niet eerder dan het voorjaar van 2007 beschikbaar (...), dit vanwege de termijn die geldt voor deze correctiemogelijkheid. Deze gegevens komen uit de tweede fase van de evaluatie waarover in juni 2007 wordt gerapporteerd. De problematiek van de correctie en terugvordering is deels incidenteel. Het aantal correcties en terugvorderingen vermindert in belangrijke mate indien er minder uitvoeringsproblemen zijn met DBC's en deze sneller bij de verzekeraars worden gedeclareerd en verwerkt. Tegelijkertijd zal er altijd een bepaalde mate van terugvordering blijven bestaan; dat hangt samen met de maximale looptijd van een DBC van een jaar. Hierdoor kan in een aantal gevallen een DBC pas gesloten worden nadat de no-claimteruggaaf is uitbetaald. Het is op dit moment onduidelijk in welke mate er sprake zal zijn van correctie en terugvordering; ten tijde van de tweede fase van de evaluatie zal er meer duidelijkheid zijn over de grootte van deze problematiek.»

174

In welke beleidsbrief is de Kamer geïnformeerd over het voornemen om de bekostiging van gezondheidscentra per 2009 volledig via de WMG te laten verlopen?

In de Zorgnota 2001 op pagina B105 heeft mijn voorganger aangekondigd dat wordt gezien of gezondheidscentra vanaf 2002 via de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) bekostigd zullen worden. In mijn brief van 23 november 2005 (Tweede Kamer, 29 247, nr. 34) heb ik u gemeld dat vanaf 1 januari 2007 gezondheidscentra zullen worden bekostigd via de WTG. Zie voorhang aan Tweede Kamer over WTG bekostiging eerstelijns-samenwerkingsverbanden (Tweede Kamer, 29 247, nr. 42)

175 en 177

Wordt in het plan «De nieuwe praktijk» tevens expliciet de rol van de huisarts opgenomen betreffende het vroegtijdig signaleren, tegengaan en behandelen van ondervoeding? Kan aangegeven worden op welke wijze? Welk budget is daarvoor beschikbaar?

Wordt in het plan «De nieuwe praktijk» tevens expliciet de rol van de huisarts opgenomen betreffende het vroegtijdig signaleren, tegengaan en behandelen van ondervoeding? Kan aangegeven worden op welke wijze? Welk budget is daarvoor beschikbaar?

Het inhoudelijk programma van «De Nieuwe Praktijk» moet nog worden bepaald. Het is dus nog niet bekend welke concrete onderwerpen daarin worden opgepakt. Ik kan de rol van de huisarts bij het bestrijden van ondervoeding toevoegen aan de lijst van onderwerpen die mogelijk aan bod komen. De betrokken partijen – NHG, LHV en VWS – zullen echter de prioriteiten moeten stellen. In 2007 is een totaal bedrag van € 0,5 miljoen voor «De Nieuwe Praktijk» beschikbaar.

176

Op welke wijze is de regering van plan om de aanpak, screening en behandeling van ondervoeding in de gehele eerstelijnszorg integraal op te zetten? Kan hiervoor een tijdpad gegeven worden? Kan de regering tevens aangeven op welke wijze ook de thuiszorg betrokken wordt bij de integrale aanpak om ondervoeding tegen te gaan door middel van screening en behandeling?

Het vroegtijdig signaleren, tegengaan en behandelen van ondervoeding is een onderwerp dat in eerste instantie binnen ziekenhuizen en verpleeg/verzorgingshuizen is opgepakt. In het kader van de programma's «Sneller

beter» (ziekenhuizen) en «Zorg voor beter» (verpleeg- en verzorgingshuizen) zijn initiatieven ontplooid om dit te verbeteren. Deze programma's worden de komende tijd uitgebreid onder andere naar de poliklinische zorg.

Op basis van deze ervaringen kan worden bekeken of en hoe de eerstelijnszorg hierbij kan aansluiten. Daarbij zullen zowel de huisartsen als de thuiszorg worden betrokken. Er is op dit moment echter nog onvoldoende informatie beschikbaar over de rol die de eerstelijnszorg bij het vroegtijdig signaleren en behandelen van ondervoeding kan spelen. Verdere uitwerking van het plan vindt plaats in het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE). Daarbij zijn alle relevante partijen – waaronder de huisartsenzorg en de thuiszorg – betrokken.

177

Zie het antwoord op vraag 175.

178

Hoe hangt de bekostiging van de medisch-specialistische zorg samen met de vereenvoudiging van de DBC's? In welke vorm zal de vereenvoudiging van DBC's geschieden? Hoe wordt de balans tussen de beschikbaarheid van de zorg en de doelmatigheid van de zorg gewaarborgd?

In mijn brief «Ruimte voor betere zorg» (Tweede Kamer, 29 248, nr. 30) heb ik aangegeven voornemens te zijn om de bekostiging van medisch specialistische zorg per 1 januari 2008 te baseren op de DBC systematiek. Daarbij heb ik aangegeven dat een van de randvoorwaarden is dat er sprake is van een stabiel DBC systeem.

Tot 1 januari 2008 zullen nog enkele korte termijn verbeteringen worden doorgevoerd alsmede enkele verbeteringen in het kader van het verbeterplan «DBC's: eenvoudig beter», die ervoor moeten zorgen dat het DBC systeem per 1 januari 2008 voldoende stabiel is.

Voor een toelichting op het verbeterplan DBC's: eenvoudig beter», verwijs ik naar de reguliere voortgangsrapportage van de DBC invoering van juni 2006 (Tweede Kamer, 29 248, nr. 27).

De balans tussen de beschikbaarheid van zorg en de doelmatigheid van zorg wordt geborgd door de kosten van de (acute) zorg zoveel mogelijk tot uitdrukking te laten komen in DBCs. Hierbij wordt geen onderscheid meer gemaakt in DBCs die al dan niet spoedeisend worden geleverd.

Het uitgangspunt van de DBC systematiek is dat de eigen verantwoordelijkheid van partijen in de zorg en de onderlinge concurrentie zorgdragen voor een meer efficiënte werking van de zorgmarkt.

Ziekenhuizen waarvan de spoedeisende hulp door een lage DBC-omzet niet rendabel is, kunnen in aanmerking komen voor een aparte beschikbaarheidsvergoeding. Het gaat daarbij uitsluitend om kosten van de spoedeisende hulp, buiten de reguliere werktijd. Over de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding moet nader onderzoek worden gedaan. In verband met de doelmatigheid zal de komende tijd worden bezien welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsvergoeding.

179

Hoe voorkomt de regering dat goed presterende ziekenhuizen onevenredig getroffen worden door de voorgenomen macrokorting ziekenhuizen? Hoe kan in de toekomst meer recht worden gedaan aan efficiencyverschillen tussen ziekenhuizen?

Met de inwerkingtreding van de WMG per 1 oktober 2006 heeft de NZa de ruimte om zelf te bepalen op welke wijze de macrokorting richting indivi-

duale instellingen wordt geëffectueerd. In de definitieve aanwijzing zal ik dan ook niet exact voorschrijven hoe de korting moet worden geëffectueerd. Wel heb ik besloten dat, indien de NZa niet tijdig een kortingswijze zou kunnen ontwikkelen, de mogelijkheid bestaat om bij de algemene ziekenhuizen terug te vallen op een kortingswijze waarbij de korting per individueel ziekenhuis werd gedifferentieerd aan de hand van een doelmatigheidsindicator.

In de toekomst kan meer recht worden gedaan aan efficiencyverschillen door bijvoorbeeld per individueel ziekenhuis de omvang van de geproduceerde DBCs in ogenschouw te nemen. In een systeem van vrije prijzen zullen efficiënt werkende ziekenhuizen zich concurrerender kunnen opstellen. Ik verwijs daarbij nog naar mijn brief «Ruimte voor betere zorg» (Tweede Kamer, 29 248, nr. 30).

180

Waarom legt de regering de rekening voor de budgetoverschrijding eenzijdig bij ziekenhuizen, terwijl zorgverzekeraars – die samen met het ministerie en de ziekenhuizen een prestatiecontract zijn aangegaan – buiten schot blijven? Hoeveel extra patiënten zijn geholpen met het bedrag van de overschrijding? Betekent het feit dat extra patiënten zijn geholpen dat het oorspronkelijke budget te laag geraamd was?

De zorgverzekeraars zijn vanaf 1 januari 2006 in een volledig concurrerende omgeving geplaatst. Overschrijdingen van het budget van een ziekenhuis door een hogere productie heeft effect op een individuele verzekeraar. Die zorgverzekeraar heeft dan hogere kosten die hij moet vertalen in een hogere premie. Dit verslechtert zijn concurrentiepositie. De vraag hoeveel extra patiënten zijn geholpen met het bedrag van de overschrijding laat zich moeilijk beantwoorden. De opbouw van het budget van ziekenhuizen vindt namelijk plaats aan de hand van parameters als aantallen opnamen, aantallen verpleegdagen etc. en niet aan de hand van aantallen patiënten. Daardoor is er geen directe relatie tussen budget dan wel overschrijding van het budget en aantal patiënten. De NVZ heeft hiervoor in haar persbericht van 31 augustus 2006 wel een indicatie gegeven. Hierover heeft u mij in het plenair-overleg van 5 september 2006 vragen gesteld. Kortheidshalve verwijs ik naar mijn reactie zoals weergegeven in mijn brief van 26 september 2006 (29 689, nr. 115).

Het oorspronkelijk budget is dus niet gebaseerd op het aantal patiënten maar is de raming van de omvang aan financiële middelen die op grond van het budgettaire kader zorg (BKZ) aan de sector beschikbaar wordt gesteld. Dit kader moet voldoende zijn om aan de benodigde zorgvraag te voldoen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om afspraken te maken over het leveren van extra productie zonder dat die zich hoeft te vertalen in een hoger budget en daar waar sprake is van vrije prijzen kunnen ziekenhuizen en verzekeraars door het afspreken van een lagere prijs per product voor hetzelfde geld méér zorg leveren, dus méér patiënten helpen.

181

Hoeveel zorgverzekeraars hebben in hun jaarrekening aangegeven dat er te weinig inzicht is in uitstaande en ingediende DBC-declaraties?

Globale bestudering leert dat ongeveer de helft van de zorgverzekeraars een opmerking heeft gemaakt over uitstaande en ingediende DBC-declaraties. In de jaarrekening staat dan niet dat er te weinig inzicht bestaat, maar in de accountantsverklaring wordt gewezen op passages in de jaarrekening waarin uiteen wordt gezet welke financiële onzekerheden er bestaan als gevolg van de invoering van de DBC-systematiek.

182

Hoeveel DBC-declaraties hebben zorgverzekeraars op dit moment uitstaan? Hoe lang duurt het over het algemeen voordat de uitstaande declaraties worden verwerkt?

Ik interpreteer de vraag als volgt: ziekenhuizen versturen nota's naar verzekeraars.

Deze nota's worden door verzekeraars ontvangen en verwerkt. Deze verwerking houdt onder andere in dat de nota's door de verzekeraar worden gecontroleerd. Na de verwerking worden de nota's betaald. Tussen ontvangst en betaling zit een zekere tijdspanne.

Bij de contractafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars kunnen afspraken worden gemaakt over de termijn waarbinnen de betaling dient plaats te vinden (de betalingstermijn).

Als een verzekeraar denkt een afgesproken betaaltermijn niet te halen dan kan hij afspraken maken over het verstrekken van voorschotten.

Afspraken over voorschotten kunnen ook gemaakt worden als het ziekenhuis aangeeft dat het niet in staat is haar nota's op tijd te versturen.

De NVZ en ZN houden niet bij wat de verschillende afspraken over betalingstermijnen e.d. zijn.

Wel is bekend dat deze voor een verzekeraar per ziekenhuis kunnen verschillen. Een gebruikelijke termijn is 30 dagen. Dat zou betekenen dat gemiddeld ca. 1/12 van het aantal DBC-declaraties nu bij verzekeraars uitstaat.

183

Welke DBC gegevens over 2005 en 2006 zijn in gebruik voor de raming over 2007?

Bij het opstellen van de raming voor 2007 was nog onvoldoende informatie aanwezig in het DBC informatie systeem (DIS).

De verwachting is dat het DIS voor de toekomst wel een belangrijke rol bij het maken van ramingen kan gaan vervullen. Het DIS is vanaf begin 2006 langzaam gevuld geraakt met de DBC gegevens van de ziekenhuizen. Eind oktober 2006 nadert de vulling van het DIS de 90% zodat de informatie ook voor kwantitatieve doeleinden gebruikt kan gaan worden.

184

Zie het antwoord op vraag 94.

185

Kan de regering aangeven op welke wijze bij de adviesaanvraag door het ministerie van VWS aan CVZ over modernisering van het prijs- en vergoedingssysteem, rekening gehouden wordt met de specifieke omstandigheden van bepaalde geneesmiddelenclusters zoals bijvoorbeeld die van medicatie voor ADHD?

Ik veronderstel dat hier bedoeld wordt op het verschijnsel dat bij sommige clusters sprake kan zijn van een hoge bijbetaling voor nieuwe geneesmiddelen die in het cluster worden opgenomen. Dit is het geval bij het ADHD cluster waarbij de prijs van Concerta en Strattera vele malen hoger is dan de vergoedingslimiet, zodat sprake is van een hoge bijbetaling.

Genoemde middelen zijn in dit cluster opgenomen omdat de meerwaarde van deze middelen ten opzichte van het veel lager geprijste Ritalin niet is aangetoond.

Deze problematiek volgt uit het gegeven dat het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) een bijbetalingssysteem is. Dit systeem heeft tot doel de betaalbaarheid en brede toegankelijkheid van de farmaceutische zorg te garanderen in die zin dat nieuwe en «dure» geneesmiddelen uitsluitend tegen volledige vergoeding in het verzekerde pakket worden opgenomen indien de meerwaarde en doelmatigheid daarvan is aangetoond. In het geval van Strattera en Concerta is het aan de fabrikanten om de bijbetaling teniet te doen (of te verlagen), door de prijzen van de middelen te verlagen. Daarnaast hebben de fabrikanten ook de mogelijkheid om alsnog de meerwaarde en doelmatigheid van de betreffende middelen aan te tonen. In dat geval is het mogelijk dat de middelen alsnog ontclusterd worden en volledig vergoed worden. De problematiek van het ADHD cluster is daarom niet een gevolg van het bijbetalingsstelsel, maar een gevolg van de prijsstrategie van de fabrikanten en het gegeven dat zij de meerwaarde van de middelen niet hebben aangetoond. In die zin is deze problematiek geen punt van aandacht bij de modernisering van het GVS.

Het is echter wel mogelijk dat bij een eventuele herziening van het GVS in algemene zin, de specifieke bijbetalingsproblematiek van het ADHD cluster toch (gedeeltelijk) opgelost wordt. Ook zal bij de modernisering van het GVS naar verdere mogelijkheden worden gezocht voor het volledig vergoeden van geneesmiddelen voor specifieke subgroepen, indien de meerwaarde en doelmatigheid bij die toepassing is aangetoond. Het CVZ brengt zijn advies naar verwachting eind van dit jaar uit.

186

Hoe verhouden praktijkkosten en inkoopvoordelen van apothekhoudenden zich tot elkaar?

Op dit moment voert de Nederlandse Zorgautoriteit op mijn verzoek onderzoeken uit naar de hoogte van praktijkkosten en inkoopvoordelen bij apothekhoudenden. Deze onderzoeken vinden plaats om te komen tot een nieuw kostendekkend modulair tariefsysteem voor apothekhoudenden, dat op 1 januari 2008 inwerking moet treden. De resultaten van de onderzoeken zullen in samenhang worden gezien. Indien verhoging van de tarifiering van apothekhoudenden noodzakelijk is om te komen tot een kostendekkende tariefssystematiek, zal deze verhoging gepaard moeten gaan met een daarmee corresponderende gelijktijdige verdere afroming van inkoopvoordelen. Ik verwacht de resultaten van de onderzoeken naar inkoopvoordelen en praktijkkosten begin 2007.

187

Wat levert de bijdrage CVZ inningskosten buitenlandverzekerden op?

Personen die met toepassing van de Europese sociale zekerheidsverordening of een bilateraal sociale zekerheidsverdrag een verdragsrecht op medische zorg in hun woonland ten laste van Nederland hebben, zijn hiervoor een verdragsbijdrage verschuldigd. De ontvangen verdragsbijdragen vloeien in het Zorgverzekeringsfonds en de betalingen aan het buitenland worden ook uit dit fonds gedaan. Het CVZ, dat het Zorgverzekeringsfonds beheert, stuurt mij jaarlijks de jaarrekening van het Zorgverzekeringsfonds, voor het eerst in het voorjaar van 2007. Ik zal u dan ook volgend jaar in de reguliere aanbiedingsbrief bij de jaarstukken 2006 rapporteren over de betalingsbalans met betrekking tot het buitenland.

188

Wat is de reden dat voor de algemene doelstelling langdurige zorg geen streefwaarden voor 2007 zijn weergegeven bij de prestatie-indicatoren? Heeft de regering geen ambities op dit punt?

De regering vindt klantoordelen van groot belang en benoemt dit dan ook als prestatie-indicator van de algemene beleidsdoelstelling.

Het komende jaar zal naar een standaardmethode voor de meting van klanttevredenheid toe worden gewerkt. Klanttevredenheid wordt nu op diverse manieren gemeten. Zodra de methode is gestandaardiseerd en de streefwaarde goed met het cijfer van de meting kan worden vergeleken, zal ook een streefcijfer worden vastgesteld.

189

Wat zijn de oorzaken voor het feit dat slechts 75 procent van de V&V-instellingen een «voldoende klantoordeel» scoort? Wat zijn de oorzaken voor deze lage score? Hoe heeft dat oordeel zich in 2006 ontwikkeld? Wat is de doelstelling voor 2007?

Volgens Cliënt&Kwaliteit dat het cliëntenoordeel in 2004 heeft gemeten liggen de zwakke plekken voor verzorgings- en verpleeghuizen bij de informatievoorziening aan cliënten en familie, inspraak, bijvoorbeeld via zorgplan en cliëntenraad, en in de organisatie van de zorg. De cliënten oordelen over de hele linie iets positiever over verzorgings- dan over verpleeghuizen. (Alles naar wens?, Cliënt en Kwaliteit 2005). Onbekend is hoe men in 2006 oordeelt. De gegevens daarover komen in 2007 beschikbaar. Het is de bedoeling om vanaf 2007 het cliëntenoordeel over kwaliteit op basis van de indicatoren voor verantwoorde zorg met een nieuw instrument, de CO-index, te meten. Pas op basis van ervaring kan dan een nieuwe norm worden vastgesteld

190

Klopt het dat voor mensen die zorg met verblijf nodig hebben er substantieel minder geld beschikbaar is voor dagbesteding en dat dit verschil oploopt tot € 4000 per volwassene en zelfs € 10 000 per kind?

Met de VGN heb ik afgesproken dat er in 2007 onderzoek zal plaatsvinden naar realistische tarieven per zorgzwaartepakket voor het onderdeel dagbesteding. Uit het ZZP traject komt daarvoor veel informatie beschikbaar. Tot welk bedrag de verschillen op kunnen lopen weet ik op dit moment niet, maar dat wordt tevens in het komende onderzoek meegenomen.

191

Klopt het dat het HKZ-certificaat alleen commercieel kan worden ingekocht en dat de externe kosten kunnen oplopen tot € 50 000 en de interne kosten eveneens?

HKZ is een onafhankelijk kwaliteitsinstituut dat ervoor zorgdraagt dat er een uniform certificeringsschema wordt ontwikkeld per sector. Het uitvoeren van de toets gebeurt niet door HKZ maar door onafhankelijke toetsinstituten, zo genoemde conformiteitsinstituten ofwel CI's.

Het uitvoeren van de toets moet worden betaald en de kosten hiervan zijn sterk afhankelijk van het feit of een organisatie één of meerdere locaties wil laten certificeren. Dit betekent concreet dat het per locatie ongeveer € 10 000 tot € 15 000 kost voor een toets. Het uitvoeren van certificering vraagt van de organisatie dat de kwaliteit goed op orde is. Daarin zitten de interne kosten van certificering.

192

Wat gebeurt er met de uitgaven voor ambulante forensische psychiatrie nu de uitgaven voor forensische psychiatrie zijn overgeheveld naar de Justitiebegroting?

De middelen voor forensische zorg in strafrechtelijk kader die nu deel uitmaken van de AWBZ worden per 1 januari 2007 overgeheveld naar de justitiebegroting. Dit is inclusief de middelen voor ambulante forensische zorg in strafrechtelijk kader. Justitie wordt dus verantwoordelijk voor de inkoop van alle forensische zorg in strafrechtelijk kader.

193

Wat is de reden dat de beschikbare budgetten voor tijdige en goede indicatie worden verlaagd van € 175 475 000 in 2006 naar € 135 524 000 in 2007? Waar wordt op bezuinigd?

In mijn brief van 10 juni 2004 (Tweede Kamer, 26 631, nr. 95) heb ik u gemeld dat – o.a. door vereenvoudiging van de werkprocessen bij het CIZ en de kwaliteitsimpuls – het budget van het CIZ in de loop der jaren een aflopende reeks kent. De afgelopen jaren is gebleken dat het CIZ in staat was om binnen deze budgetreeks een hoge productie te leveren, hetgeen geleid heeft tot een toename van de efficiency. Met de invoering van de Wmo per 1 januari 2007 zal de Huishoudelijke Verzorging niet langer deel uitmaken van de AWBZ en is het aan de gemeenten om de uitvoering hiervan voor haar rekening te nemen.

194

Wat verklaart de grote daling ten opzichte van 2006 van de budgetten voor «keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod» voor de jaren 2007 en verder?

De grote daling ten opzichte van 2006 van de budgetten voor «keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod» in de witte tabel op blz. 69 van de begroting is het gevolg van de technische verandering van begrotingsstructuur. In de structuur van begrotingsjaar 2006 is het budget van de zorgzbo's (Nza, CVZ, CBZ, CTZ en CSZ) opgenomen in artikel 30. In begrotingsjaar 2007 is het budget van deze zorgzbo's ondergebracht in artikel 98. Zoals in de conversietabellen (pagina 189 en verder) te zien is, is dit onderdeel van artikel 30 in de nieuwe structuur komen te vallen onder artikel 43.

Op het niveau van hoofdbudgetten was in 2006 voor de doelstelling «keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod» in totaal een bedrag van € 4 563 000 beschikbaar voor instellingssubsidies, projectsubsidies en opdrachten. In 2007 is dat bedrag voor dezelfde beleidsdoelstelling gestegen tot € 4 948 000 zoals aangegeven in de tabel op blz. 77.

195

Wat verklaart de enorme schommeling in apparaatsuitgaven die betrekking hebben op de langdurige zorg?

Binnen VWS heeft er bij het directoraat generaal maatschappelijke zorg een reorganisatie plaatsgevonden. Directies zijn gereorganiseerd en samengevoegd. Dit heeft gevolgen gehad voor de apparaatsuitgaven zoals die bij de artikelen 43 en 44 zijn weergegeven. In totaliteit zijn deze apparaatsuitgaven nagenoeg gelijk gebleven

196

Welke subsidies langdurige zorg komen te vervallen als gevolg van de bezuiniging op deze subsidies van ruim € 100 miljoen?

Er wordt op de subsidies voor langdurige zorg niet bezuinigd. Wel worden een aantal subsidies of onderdelen daarvan met ingang van 1 januari 2007 van de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. Verder wordt het zorgdeel van de subsidie «consultatie, expertise en bijzondere zorgplannen» naar de AWBZ-aanspraken overgeheveld en zullen de overige activiteiten uit de Rijksbegroting worden betaald.

197

Wat is de reden dat de premie-uitgaven voor verpleging en verzorging dalen van € 11 694 400 000 in 2006 naar € 10 619 000 000 in 2007? Waarom beargumenteert u deze daling vanuit het feit dat de Wmo in werking treedt? Worden er na invoering van de Wmo eenvoudigweg minder indicaties voor V&V voorzieningen afgegeven? Zo ja, welke?

De premie-uitgaven dalen van € 11 649,4 naar € 10 619,0 ofwel € 1 030,4 miljoen.

Met het vanuit de AWBZ onder de Wmo brengen van huishoudelijke verzorging per 1 januari 2007 wordt ook de daarmee gemoeide financiering overgeheveld naar het Gemeentefonds. De verlaging van de premie-uitgaven voor de V&V-sector houdt daarmee rechtstreeks verband. Het verschil tussen 2006 en 2007 wordt daarmee grotendeels verklaard (in de raming voor 2007 zitten bijvoorbeeld ook de extra uitgaven van € 63 miljoen voor de verpleeghuizen verwerkt).

Uiteraard neemt in 2007 ook het aantal indicaties voor de AWBZ af, namelijk met die voor de enkelvoudige huishoudelijke verzorging.

198

Waarom wordt er geen rekening gehouden met de stijgende vraag naar persoonsgebonden budgetten vanaf 2007 e.v.?

In de begroting is een bedrag opgenomen (onder groeirimte langdurige zorg) om tegemoet te komen aan de stijgende zorgvraag binnen de sector langdurige zorg. Daaruit wordt ook de stijgende vraag naar PGB's gedekt. In de definitieve vaststelling van het subsidieplafond dat elk jaar beschikbaar wordt gesteld voor het pgb-AWBZ, wordt rekening gehouden met de meest recente gegevens over toegekende PGB's. Met ingang van 2007 gaat de huishoudelijke verzorging naar de Wmo en wordt dus ook het bedrag voor het pgb-AWBZ dienovereenkomstig naar beneden bijgesteld.

199

Hoe is de motie 26 631, nr. 80 precies uitgewerkt in concreet beleid?

In de motie-Vietsch (Tweede Kamer, 26 631, nr. 80) wordt de regering verzocht om zorg te dragen voor eenduidige indicatiecriteria die door de regering worden vastgesteld.

Bij brief van 8 juni 2006 (Tweede Kamer, 26 631, nr. 178) is de Tweede Kamer geïnformeerd over de beleidsregels voor de te indiceren functies en voor gebruikelijke zorg die het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) op verzoek van VWS heeft opgesteld. Na de reactie hierop van het College voor Zorgverzekeringen is mijnerzijds vastgesteld dat de huidige concepten nog nadere aanvulling en verduidelijking behoeven alvorens formeel vastgesteld te kunnen worden door VWS. Het CIZ is hier inmiddels mee aan de slag gegaan; over het resultaat zal ik u te zijner tijd informeren.

200

Op welke wijze is de positieve grondhouding van de regering ten aanzien van het voorstel om de regeling TOG te laten uitvoeren door het CIZ verwerkt in de Begroting voor het jaar 2007? Hoe zijn de gesprekken met het ministerie van Sociale Zaken verlopen?

In de voortgangsrapportage groot project modernisering AWBZ (juni 2006, Tweede Kamer, 26 631, nr. 180) heb ik u gerapporteerd dat de indicatiestelling voor de TOG-regeling niet door het CIZ zal worden overgenomen. De belangrijkste reden van dit besluit is dat een groot deel van de TOG-populatie niet van de AWBZ gebruik maakt en daardoor onbekend is bij het CIZ. Een andere reden is dat de indicatiemethode van de AWBZ en de TOG niet met elkaar overeenkomen. Ik ben momenteel in overleg met Sociale Zaken om afspraken te gaan maken met betrokken partijen opdat bij het indiceren voor de TOG-regeling zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande besluiten afgegeven door het CIZ en de bureaus jeugdzorg. Doelstelling hierbij is vermindering van de administratieve lasten voor de burger.

201

Wat mag worden verstaan onder «tijdige indicatie»? In hoeverre zal de Wet trage overheid een positief effect hebben op het halen van deze doelstelling? In hoeverre zal de wet trage overheid – gezien het feit dat nog altijd 14 procent van de indicaties niet op tijd wordt afgehandeld – leiden tot grote meerkosten voor indicatieorganen, die als gevolg van de wet boetes zullen moeten gaan betalen?

Het CIZ is gehouden om binnen de termijn die de AWB stelt te komen tot het verstrekken van een indicatie. Zoals u ook uit de Begroting kunt lezen, is mijn inzet erop gericht om de doorloopsnelheid verder te verhogen met inachtneming van de zorgvuldigheid die vereist is bij een onafhankelijke indicatiestelling. De afgelopen periode zijn stappen gezet om hieraan invulling te geven, variërend van het mandateren voor eenvoudige indicaties tot aan het hanteren van standaard-werkprocessen en het monitoren c.q. wegwerken van achterstanden. Ik ben op dit moment met het CIZ in gesprek over de begroting 2007 en de prestaties die daarbij kunnen worden overeengekomen, tot de aandachtspunten wordt ook gerekend de (ontwikkeling van de) doorlooptijden en de consequenties die we verbinden aan het niet of ten dele realiseren van prestaties. In dat kader zal ik ook betrekken welke consequenties er kunnen voortvloeien uit de Wet trage overheid.

202 en 205

In hoeverre komen zorgbehoefte als gevolg van de niet tijdige indicatie (in 14 procent van de gevallen) in de problemen? In hoeverre heeft dit een substitutie-effect naar het beroep op andere (duurdere) vormen van zorg? Wat is de doelstelling voor wat betreft de «werkvoorraad aanvragen bij het CIZ»? Wordt getracht deze werkvoorraad en dus de tijdsduur die verstrijkt alvorens tot indicatie wordt besloten in 2007 te bekorten? Zo ja, op welke wijze en welke termijn?

Zoals ik ook in mijn antwoord op vraag 201 heb aangegeven, is mijn inzet erop gericht om te bevorderen dat indicaties tijdig worden verstrekt. In die gevallen waarin de zorgbehoefte dusdanig is dat deze geen uitstel kan verdragen, bestaat de mogelijkheid dat er spoedzorg wordt verleend en met terugwerkende kracht een indicatie wordt aangevraagd. Ik beschik niet over cijfers waarin wordt ingegaan op substitutie-effecten als gevolg van niet tijdige-indicatiestelling. Wel onderken ik dat het van groot belang is dat de benodigde zorg tijdig wordt geboden, mede om te voorkomen dat de gezondheid verder achteruitgaat en zwaardere interventies vereist zijn.

Wat het wegwerken van de werkvoorraad aangaat zal ik in het kader van de begroting 2007 met het CIZ afspraken maken over de doorlooptijden en de consequenties die worden verbonden aan het (niet)nakomen ervan. Ik zie de werkvoorraad als een kengetal dat een goede indicator vormt voor

de ontwikkeling van de uiteindelijke doorlooptijden. Vanzelfsprekend zal ik ook periodiek met het CIZ bespreken hoe de doorlooptijden en de werkvoorraad c.q. de volume-ontwikkeling zich ontwikkelt en welke actie zij hierop hebben ingezet onder vermelding van het resultaat.

203

Wat moet worden verstaan onder de passage «voor de invulling van de begrippen doelmatigheid en redelijkheid ontwikkelt en heeft het CIZ protocollen ontwikkeld»?

Het CIZ heeft in de eigen protocollen aan de begrippen «doelmatigheid» en «redelijkheid» een bepaalde invulling gegeven. Of verzekerde in redelijkheid is aangewezen op zorg vanwege de AWBZ bakent het CIZ met name af aan de hand van het begrip «gebruikelijke zorg». Voor wat betreft «doelmatigheid»: dit beoordeelt het CIZ vooral zorginhoudelijk.

204

Veel zorginstellingen hebben te maken met onbetaalde rekeningen voor verleende extramurale zorg in 2006, die tot dusver niet betaald is vanwege overproductie. Worden deze zorginstellingen hiervoor nog gecompenseerd?

In de derde contracteerronde 2006, die tot 15 oktober liep, hebben de zorgaanbieders en de zorgkantoren aanvullende productieafspraken kunnen maken om de reële knelpunten in de zorg op te lossen. Het is hierbij geen verplichting om bij elke aanbieder de overschrijding van de productie ten opzichte van de gecontacteerde zorg alsnog te gaan contracteren. In beginsel dient immers aan geleverde zorg een contract ten grondslag te liggen. Instellingen produceren op eigen risico boven het contract. Het principe van de beheerste groei (groei binnen een vastgestelde contracteerruimte) is eerder met de Kamer afgesproken. Dit principe loslaten zou tot ernstige overschrijdingen kunnen leiden met premieverhogingen en dus negatieve koopkrachteffecten tot gevolg.

205

Zie het antwoord op vraag 202.

206

Welk exact percentage beschikbare overzichtsinformatie over zorginstellingen hoopt de regering in 2007 te realiseren? Is het zo dat naarmate de doelstelling voor vergelijkbare informatie over het zorgaanbod beter wordt gerealiseerd, patiënten daadwerkelijk meer kiezen (en mobiel zijn) en betere keuzes maken? Heeft de regering de mobiliteit van cliënten voor langdurige zorg onderzocht? Zo ja, uit welke onderzoeken blijkt dit? Zo nee, wat wordt verder ondernomen om het kwaliteitsniveau van de langdurige zorg te verbeteren?

In 2007 wordt een beperkte toename van het aantal instellingen verwacht dat deze informatie beschikbaar stelt. 80–85% van de instellingen zal dan overzichtsinformatie aanleveren. Dit wordt met name veroorzaakt door het feit dat in 2007 nog geen sprake is van een verplichte gegevensaanlevering.

Ik vind het bestaan van vergelijkbare informatie een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen komen tot een goede keuze. Ik ben er ook van overtuigd dat de zorgconsument, die steeds kritischer wordt, deze informatie ook in toenemende mate zal benutten bij zijn keuze.

Onder meer het SCP doet regelmatig onderzoek naar de mobiliteit en zorgwensen van langdurige zorgconsumenten. Recent nog in de «Rapportage ouderen 2006» en de rapportage «Ondersteuning gewenst».

207

Blijft er naast kwantitatief onderzoek naar de klanttevredenheid via de CQ-index ook geld voor kwalitatief onderzoek, zoals nu bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg gedaan wordt door stichting Perspectief?

Het is de verantwoordelijkheid van instellingen in de zorg om zowel voor de meting van klantenervaringen met de CQ-index als voor het kwalitatief onderzoek middelen beschikbaar te stellen.

208

Wanneer zal de organisatie voor metingen van klantenervaringen in de zorg worden opgericht? Hoe frequent gaan zij hun gegevens publiceren? Op welke wijze worden met het oprichten van de organisatie voor metingen van klantenervaringen in de zorg de administratieve lasten verminderd? Welke kostenbesparing levert dit op?

De verwachting is dat de organisatie die de meting van klantenervaringen gaat ondersteunen in november van dit jaar zal worden opgericht. De metingen zelf worden gedaan in opdracht van verzekeraars of instellingen. De organisatie beperkt zich tot het ontwikkelen van meetinstrumenten (enquêtes) en de verdere ontwikkeling van de meetstandaard (de CQ-index). Daarnaast houdt de organisatie toezicht op het meetproces en draagt zij zorg voor het voor een hele sector onderling vergelijkbaar maken van betrouwbare meetresultaten. De meetresultaten zullen te zijner tijd op «Kies Beter» worden gepubliceerd.

De frequentie van metingen wordt bepaald in overleg met de partijen in de sector.

De vraag of er een besparing op de administratieve lasten optreedt, veronderstelt dat klantenervaringen nu al op enige schaal in de zorgsector systematisch worden gemeten. Dit is echter niet het geval. Als we echter uitgaan van een situatie waarin klantenervaringen worden gemeten volgens instrumenten en meetmethoden die niet op een standaard berusten en die louter het belang van iedere metende partij dient, zullen er relatief hoge kosten voor meting en instrumentontwikkeling worden gemaakt. Dit zal vanuit algemeen belang gezien een laag rendement hebben. Immers de meetresultaten zullen, voorzover ze al openbaar worden gemaakt, niet goed vergelijkbaar zijn vanwege de verschillen in methodiek en tijdstippen van meting. Ten opzicht van deze situatie betekent het gebruik door alle partijen van de CQ-index als de meetstandaard een grote winst. Tegen relatief lage kosten worden de meetresultaten openbaar en zijn ze landelijk en tussen de instellingen vergelijkbaar.

209

Wat zijn de begrotingsuitgaven voor 2006 voor instellingssubsidies, projectsubsidies, opdrachten, bijdragen aan baten-lastendiensten en bijdragen aan zbo's?

Onderstaand zijn de begrotingsuitgaven 2006 gespecificeerd conform de indeling van de in de begroting opgenomen tabel.

Instellingssubsidies (totaal)	33 822
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg	3 706
Verstrekken van subsidies via Fonds PGO	30 016
Projectsubsidies (totaal)	16 776
Verstrekken van subsidie via Fonds PGO	13 448
Stichting Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in zorgsector	751
Nationaal actieprogramma elektronische snelweg	577

Oprachten (totaal)	9 222
Zorgbalans	761
www.kiesBeter.nl	4 340
Bijdragen aan baten-lastendiensten (totaal)	390
Bijdragen aan ZBO (totaal)	1 841
Fonds PGO (exploitatiesubsidie)	1 841
Totaal	62 051

210

Kan een toelichting worden gegeven op de begrote bedragen (via project-subsidies totaal en instellingssubsidies totaal) voor het projectfonds PGO? De ramingen voor projectsubsidies via Fonds PGO staken na 2007, instellingssubsidies lopen in de begroting door. Kan worden aangegeven of de € 3,5 miljoen die nu onder projectsubsidies te boek staat elders is ingeboekt of überhaupt verdwijnt? Waar wordt dit aan besteed, en waarom is deze in 2008 niet meer beschikbaar?

Het totale bedrag aan instellingssubsidies dat aan het Fonds PGO beschikbaar wordt gesteld ter ondersteuning van de pgo-organisaties blijft de komende jaren gelijk. Afhankelijk van de nadere invulling van de regeling Functiefinanciering zal dit budget deels worden besteed aan financiering van pgo-organisaties en deels beschikbaar zijn voor projecten en programma's zoals de uitvoering van de motie-Van Miltenburg (levensbrede projecten), innovatie en speerpuntenprojecten waarvoor pgo-organisaties projectvoorstellen kunnen indienen. Hoe de exacte verdeling van het beschikbare budget er uit zal zien is nog niet bekend, omdat dit afhankelijk is van de nadere invulling van de regeling.

Om de positie van de zorgafnemers, vertegenwoordigd door hun organisaties, te versterken wordt in de jaren 2006 en 2007 het programma Zekere Zorg uitgevoerd. In totaal is voor 2 jaar 7 miljoen euro beschikbaar gesteld (voor 2006 3,5 miljoen euro en voor 2007 3,5 miljoen euro). Het programma loopt eind 2007 af. Derhalve staat er voor 2008 en verder voor dit project niets meer op de begroting van het Fonds PGO.

211

Is het percentage instellingen dat op basis van het inspectieformulier een 2e fase bezoek krijgt, de enige concrete prestatie-indicator op het gebied van kwaliteitsbewaking van het zorgaanbod? Vindt de regering dit een voldoende graadmeter voor de kwaliteit van zorg? Wat is de reden dat de regering op output verantwoording wenst af te leggen en niet op outcome?

Kwaliteitstoezicht vindt op dit moment via twee lijnen plaats. Met het model van gefaseerd gelaagd toezicht ziet de IGZ toe op de kwaliteit van zorg, waarbij toezicht op risico's een belangrijke focus is. De tweede lijn is het cliëntenwaarderingsonderzoek. Deze twee lijnen samen leveren op dit moment de belangrijkste informatie als het gaat om de kwaliteit van zorg. Met ingang van 2007 start de implementatie van de indicatoren voor verantwoorde zorg in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Beide lijnen maken hier deel van uit. Dit betekent dat in 2008 alle zorginstellingen hun verantwoording over de kwaliteit van zorg aanleveren op basis van deze indicatoren. Daarmee zal het toezicht op kwaliteit voor een deel op proces en voor een deel op uitkomst plaats vinden. Niet alle facetten van de zorg zijn te formuleren in uitkomst indicatoren. Een mate van proces indicatoren zal altijd noodzakelijk blijven.

212

Is het waar dat invoering van indicatoren voor verantwoorde zorg in de langdurige zorg zo lang op zich laat wachten omdat er geen overeenstemming ontstaat bij de regering over de tarieven voor de langdurige zorg, opdat minimaal aan de normen kan worden voldaan? Zo neen, wat zijn dan de oorzaken? Op welke termijn zullen de normen zijn ingevoerd en wanneer zullen ze worden behaald? Welke extra kosten zullen hiervoor moeten worden gemaakt?

De indicatoren verantwoorde zorg voor de verpleging, verzorging en thuiszorg zijn in 2005 door de veldpartijen opgesteld. In 2006 worden de indicatoren getest. Een pilot in 115 instellingen moet laten zien of de indicatoren de juiste informatie opleveren en of het er niet teveel zijn. De resultaten van de pilot komen in december 2006. In 2007 zullen de indicatoren dan ingevoerd worden in het toezicht door de IGZ, de cliënten-toetsing, het HKZ certificeringsschema en het jaardocument maatschappelijke verantwoording. Dit betekent dat in 2008 de eerste rapportages naar buiten zullen komen waarin de indicatoren als toetssteen zijn gebruikt. De resultaten van de kwaliteit van zorg op basis van deze indicatoren zullen uiteindelijk leiden tot het formuleren van normen. De indicatoren zijn opgesteld met de huidige financiële middelen in de sector als uitgangspunt. Ik heb dan ook geen reden om aan te nemen dat er extra middelen nodig zijn.

213

Hoeveel extra personeel zal in de verpleging en de verzorging worden gerealiseerd? Betekent dit een verlichting van de werkzaamheden en dat er meer tijd zal zijn voor de mensen om wie het gaat? Wanneer gaan verplegenden en verzorgenden de verminderde werkdruk merken? Welke exacte kwaliteitsdoelstelling zal wanneer worden behaald met de doelmatigheidsimpuls? In hoeverre wordt nieuwe technologie ingezet en wordt geïnvesteerd in ICT om meer doelmatigheid te bewerkstelligen? Is de regering voornemens te snoeien in de steeds wijzigende bureaucratische verantwoordingsystematieken, waardoor zorgverleners niet aan het echte werk toekomen?

In mijn brief van 20 september 2006 (Kamerstukken II, 2006–07, 30 800 XVI, nr. 3) heb ik u geschetst welke consequenties ik verbind aan het Ctg/Zaio rapport Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht. Eveneens geef ik aan hoe ik die consequenties vorm geef. Voor een periode van 5 jaar zal, onder voorwaarden, € 430 miljoen voor de verpleeghuissector beschikbaar worden gesteld. Omgerekend kan dit een impuls betekenen van 2000 tot 3000 voltijdseenheden verplegend en verzorgend personeel. Het beschikbaar komen van een deel van de middelen koppel ik aan het daadwerkelijk bereiken van meer uren aan het bed per medewerker. Dit betekent dat een medewerker in 2008 gemiddeld 57,3% directe zorg aan een cliënt verleent (tegen 56,3% in 2007). Verplegenden en verzorgenden zullen in hun dagelijks werk dus meer tijd kunnen maken voor de mensen om wie het gaat. De manier waarop de meer uren aan het bed worden gerealiseerd, schrijf ik niet voor. Instellingen kunnen dit doen door meer mensen te werven, door de inzet van ICT of andere technologieën, door een vernieuwde zorgaanpak of door een combinatie van dergelijke maatregelen. Minister Zalm heeft tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen met uw Kamer ook uitgebreid van gedachten gewisseld over de factoren waarop een instelling zich kan richten om tot een verhoging van het aantal uren aan het bed kan komen.

Als specifieke verantwoordingsvragen, die vanuit ons worden gesteld, een belemmering blijken om de ontwikkeling naar meer uren zorg aan het bed te realiseren, dan zal ik die kritisch tegen het licht houden.

Kunt u toelichten op welke wijze de Centra voor consultatie en expertise zullen bijdragen aan de «bekostiging», daar deze worden aangemerkt als bekostigingsinstrument? Wat kosten de centra en welke besparing genereren ze?

De Centra voor Consultatie en Expertise hebben een grote expertise als het gaat om de behandeling van de zware gevallen in de AWBZ. Het gaat dan veelal om meervoudig complex gehandicapten en mensen met zeer extreem en problematisch gedrag.

De CCE adviseren over de behandeling van deze gevallen waar het lokaal overleg tussen zorgkantoor en instelling niet met elkaar eens worden over de problematiek van de patiënt (het gedeelte dat buiten de zorgzwaarte-profielen valt) en in de gevallen waarin zij in de regeling subsidies AWBZ bevoegd zijn. De Centra adviseren – en zijn zo poortwachter – over de toekenning van de middelen uit de NZa-beleidsregel «extreme zorgzwaarte» (€ 37 miljoen) Zij kunnen extra middelen toekennen bij vastgelopen behandelingsituaties of situaties van handelingsverlegenheid (via bijzondere zorgplannen is ca. € 12 miljoen op jaarbasis beschikbaar). Voor de Centra is voor 2007, € 13,1 miljoen in de begroting opgenomen. De Centra realiseren op twee manieren besparingen. De CCE zijn poortwachter voor de toegang tot zorgzwaartemiddelen en zij trekken vastgelopen behandelingsituaties bij complexe cliënten vlot.

Hoeveel is er sedert de start van de AZR in het systeem geïnvesteerd? Wanneer is het systeem volledig operationeel en hoe is de structurele financiering van de AZR geregeld?

Sinds 2001 is er gewerkt aan het gefaseerd ontwikkelen en invoeren van de AZR. Sinds 2003 is een eerste versie (release 1.0) operationeel bij de ketenpartners. Op 1 maart 2007 gaat een verbeterde versie (release 2.1) in productie. De AZR is dan optimaal ingericht voor de ondersteuning van het proces van zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer.

De kosten die zijn gemaakt in de periode 2001–2006 zijn toe te rekenen aan beide releases en zijn globaal als volgt samengesteld.

- Zorgkantoren hebben voor de periode 2001–2004 een projectsubsidie van VWS gekregen van € 25 miljoen. Voor 2004 en 2005 is additioneel € 10 miljoen toegekend. Tweederde deel hiervan is gebruikt voor compensatie van tegenvallers bij de ontwikkeling en invoering van de AZR en een derde deel is bestemd voor het ultiem vullen van de AZR. Met ingang van 2006 verstrekt VWS geen projectsubsidie meer; de zorgkantoren financieren vanaf dat moment de AZR uit de reguliere beheerskostenvergoeding van VWS.
- De kosten van de landelijke projectorganisatie bedragen ongeveer € 7 miljoen over de periode 2000–2004. Deze projectorganisatie is in 2004 afgebouwd.
- Zorgaanbieders hebben, op basis van het convenant 2005–2007, in 2005 een bedrag gekregen van VWS van € 60 miljoen. Dit is ter compensatie van de inspanningen voor het invoeren, in gebruik nemen van de AZR en het uitvoeren van de ultieme vulling.
- Het College voor Zorgverzekeringen draagt sinds 2005 zorg voor het beheer van de AZR. Daarvoor ontvangt het CVZ een jaarlijkse beheerskostenvergoeding van circa € 1,5 miljoen. Deze wordt geïncorporeerd in het reguliere werkprogramma van het CVZ.

De AZR is een dynamisch systeem en daarmee nooit «af». De AZR wordt gegevensdrager voor de intramurale zorgzwaartepakketten, de bekostiging en de heffing van de eigen bijdrage (intramuraal). Daartoe wordt in de loop van 2007 het CAK aangesloten op de AZR. Ook het burgerservicenummer BSN krijgt in 2007 een plaats in de AZR. Deze

ontwikkelingen worden waar mogelijk reeds in elementaire vorm ingepast in release 2.1 van de AZR. Duurzame inpassing van deze functionaliteiten vindt plaats in release 3.0 van de AZR. Deze moet op 1 januari 2008 bij alle ketenpartners in productie gaan.

216

Welke criteria zijn aan de impuls voor doelmatigheid van de verpleeghuiszorg gekoppeld? Is het juist dat verpleeghuizen op dit moment al een zeer laag overheadpercentage kennen? Zo nee, hoe veel ruimte is er nog om verdere efficiëncyslagen te maken? Is dit op onderzoek gebaseerd? Zo ja, welk? Zo ja, hoe denkt u nog meer doelmatigheid in de verpleeghuizen te bewerkstelligen? Is dat in alle verpleeghuizen mogelijk zonder kwaliteitsverlies te lijden? Is in de doelmatigheidsdefinitie ook de tijd meegerekend die door het zorgpersoneel zou moet worden besteed aan mensen?

Een verzorgende brengt 55,3% (Benchmark 2004–2005 V&V) van de werktijd door met het bieden van directe zorg aan bewoners. De efficiencyvergroting zal moeten blijken uit een toename van tijd aan het bed door zorgpersoneel. Het gaat hierbij niet zozeer om het meer maar vooral om het anders inzetten van het personeel. Ervaring uit de sector laat zien dat het dan goed mogelijk is personeel meer uren aan het bed te laten doorbrengen (bijvoorbeeld door aanpak ziekteverzuim of aanpassing roostertijden op piekuren).

Voor een periode van 5 jaar zal, onder voorwaarden, € 430 miljoen voor de verpleeghuissector beschikbaar worden gesteld. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 213. Omgerekend kan dit een uitbreiding van werkgelegenheid betekenen van 2000 tot 3000 voltijdseenheden verplegend en verzorgend personeel. Voorwaarde hierbij is dat personeel meer tijd aan het bed kan doorbrengen. Dit betekent dat een medewerker in 2008 gemiddeld 57,3% directe zorg aan een cliënt verleent¹. Verzorgenden zullen in hun dagelijks werk dus meer tijd kunnen maken voor de mensen om wie het gaat. Door slimmer te werken is het mogelijk om productiviteits- en kwaliteitswinst te boeken door het personeel meer tijd aan het bed te laten doorbrengen. De extra middelen die dit kabinet tijdelijk beschikbaar stelt, faciliteren deze kwaliteitsslag.

217

Wat wordt onder «urgent wachtenden» voor verpleging en verzorging verstaan? Hoe groot zijn de wachtlijsten in totaal – op dit moment – uitgesplitst naar verpleging en verzorging en gehandicapten? Is het juist dat de wachtlijsten tussen 2003 en 2005 met ongeveer 1,2 procent zijn afgenomen? Is het juist dat uit de laatste wachtlijstgegevens blijkt dat 28 376 cliënten wachten op een plaats in een somatisch verpleeghuis en 7523 op een plaats in een psychogeriatrisch huis? Zo ja, wordt ook voor de wachtlijsten in brede zin (inclusief de urgent wachtenden) een prestatie-indicator geformuleerd? Hoe denkt de regering de streefwaarde voor 2007 te behalen, gezien het feit dat de wachtlijsten de afgelopen jaren slechts zeer beperkt zijn teruggelopen? Wat wordt onder de doelstelling «minimaal» verstaan bij 2010?

Onder urgent wachtenden wordt verstaan (zie toelichtende tekst onder de tabel in de begroting over deze prestatie-indicator): personen die in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) als wachtend staan geregistreerd, die zich hebben gemeld bij het zorgkantoor voor actieve zorgbemiddeling en voor wie op het moment geen passende zorg beschikbaar is. Uit de meest recente rapportage van het College voor zorgverzekeringen over de wachtlijstontwikkeling in 2005 (titel: Wachtlijsten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg: ontwikkelingen in 2005 en achtergronden) blijkt dat bijna iedereen op de wachtlijst (dus ook de groep urgent wachtenden) AWBZ-zorg ter overbrugging krijgt aangeboden. Voor

¹ Tegen 56,3% in 2007.

de groep urgent wachtenden is deze aangeboden AWBZ-zorg niet toereikend. Het CVZ-rapport is op vrijdag 13 oktober jl. als bijlage bij de 11de voortgangsrapportage groot project modernisering AWBZ (Tweede Kamer, 26 631, nr. 191) naar de Kamer verstuurd. De gegevens in deze CVZ-rapportage zijn de meest actuele wachtlijstgegevens. In dit rapport is een tabel opgenomen met een uitsplitsing van het aantal wachtenden naar grondslag en type zorg. De aantallen van 28 376 en 7 523 (in tabel 1) hebben betrekking op het aantal wachtenden voor de AWBZ-functie verblijf, met respectievelijk een somatische en psychogeriatrische grondslag. Zorg die valt onder de AWBZ-functie verblijf wordt zowel door het verzorgingshuis als het verpleeghuis geleverd. De modernisering van de AWBZ heeft tot gevolg dat wachtlijsten niet meer zijn uit te splitsen naar «traditionele» AWBZ-voorzieningen, maar naar AWBZ-functie. Alleen via omrekening is globaal iets te zeggen over de wachtlijst voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Daarbij geldt als veronderstelling dat verpleeghuizen uitsluitend AWBZ-verblijfszorg met behandeling leveren en verzorgingshuizen uitsluitend AWBZ-verblijfszorg zonder behandeling.

Een nadere analyse van de CVZ-gegevens op deze wijze laat zien dat circa 12 000 personen wachten op een plaats in een verpleeghuis en circa 23 000 personen wachten op een plaats in een verzorgingshuis. Dit betekent dat de veronderstelling t.a.v. het aantal wachtenden voor een verpleeghuis niet juist is.

In de sector V&V is de wachtlijst in de jaren 2003, 2004 en 2005 gedaald van ruim 74 000 personen naar circa 51 000 personen. Dit is een afname van 31%. In de sector gehandicaptenzorg is de wachtlijst in dezelfde periode gedaald van circa 17 500 personen naar circa 15 500 personen. Dit is een afname van 12%. Deze cijfers laten zien dat de veronderstelde afname van 1,2% niet juist is.

Het CVZ constateert in de wachtlijstrapportage dat circa 90% van de wachtenden voor AWBZ-verblijf tevreden is met de aangeboden overbruggingszorg en daardoor afziet van het verzilveren van de verblijfsindicatie. Deze constatering is aanleiding om af te zien van het formuleren van een prestatie-indicator die uitgaat van het aantal wachtenden. Deze indicator brengt onvoldoende de ernst van de problematiek in beeld. Informatie over het aantal wachtenden blijft wel beschikbaar als achtergrondinformatie. Gelet op de wachtlijstontwikkelingen in de afgelopen periode acht ik het behalen van de streefwaarde in 2007 realistisch en haalbaar. Wat betreft de streefwaarde op lange termijn streef ik naar de situatie waarbij iedereen op de wachtlijst binnen de door het veld opgestelde Treeknormen passende AWBZ-zorg krijgt aangeboden.

218

Wanneer moet het Kenniscentrum Langdurige zorg zijn ingericht en wanneer wordt het operationeel? Wat is de opdracht voor dit instituut de komende jaren?

De inrichting van het kenniscentrum Langdurige zorg is in volle gang: De partners van het nieuwe centrum zijn sinds de zomer 2006 voortvarend bezig met het uitwerken van de fusie (tussen NIZW Zorg, KBOH, KITZ en straks het iRv) zowel procesmatig als op inhoud (werkplan). De subsidieaanvraag inclusief begroting wordt uiterlijk 15 november as. bij het departement ingediend. Per 1 januari 2007 start het centrum onder een nieuwe rechtspersoon en nieuwe naam vanuit de locatie in Utrecht. Het kenniscentrum is een door VWS (publiek) gefinancierd onderdeel van het kennisinstituut Langdurende zorg en voert voor het veld en namens het veld kennisopdrachten uit. Het instituut kan daarnaast tevens private opdrachten uit de markt uitvoeren. De missie van het kenniscentrum luidt: Met kennis die werkt kwaliteit van leven, deelname aan de samenleving

en zelfredzaamheid versterken van mensen met beperkingen, chronisch zieken en kwetsbare ouderen. De missie is in vier taken, de zogenaamde vier V's uitgewerkt, namelijk het verzamelen, verrijken, valideren (toetsen) en verspreiden van bestaande kennis richting het veld (zorgaanbieders, verzekeraars, overheden, professionals, branches, cliënten).

219

Wat is de reden dat de AZR tot op heden slechts één maal is verschenen en daarna niet meer? Wanneer zat de eerstvolgende rapportage uitkomen en wat zal de reguliere frequentie zijn van de mate van verschijnen van deze vraag en aanbodmonitor? Wordt in de AZR ook steeds een vergelijking gemaakt met voorgaande jaren opdat de wachtlijstontwikkeling ook duidelijker wordt?

De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) is een automatiseringssysteem dat betrekking heeft op gegevensuitwisseling tussen partijen in de AWBZ-keten volgens vooraf afgesproken standaarden. In diverse voortgangsrapportages over het grote project modernisering AWBZ is een beschrijving opgenomen van de precieze inhoud van deze berichtenuitwisseling. Het College voor zorgverzekeringen stelt periodiek op basis van de gegevens die in de AZR worden verzameld een wachtlijstrapportage samen. Alle 32 zorgkantoren leveren hiervoor hun AZR-bestanden aan bij het CVZ. Op basis van de AZR heeft het CVZ over het jaar 2004 een wachtlijstrapportage uitgebracht. Vanwege de toen beperkte implementatie van AZR in de regio is deze rapportage uiterst moeizaam tot stand gekomen. Vooral de goede en tijdige melding van nieuw in zorg genomen cliënten door de duizenden AWBZ-zorginstellingen is een probleem. Met het uitbrengen van een nieuwe release van AZR in komende periode, het verplicht stellen van het tijdig aanleveren van in zorg genomen cliënten door zorginstellingen en het project ultieme vulling AZR zijn de voorwaarden geschapen om snel betrouwbare wachtlijsten uit AZR samen te stellen. Het CVZ brengt in het voorjaar 2007 de eerstvolgende wachtlijstrapportage uit met de situatie op peildatum 1 januari 2007. Bij een goede inbedding van AZR in de regio zal vervolgens het CVZ ieder kwartaal een wachtlijstrapportage uitbrengen. Jaarlijks brengt het CVZ een monitor uit waarbij de AWBZ-wachtlijstontwikkelingen in een meerjarig perspectief worden geplaatst. Belangrijke uitkomsten uit deze monitor worden opgenomen in het VWS-jaarverslag. In de naaste toekomst zal het CVZ de uitkomsten uit AZR ook op haar website presenteren.

220

Gaat het bij de € 24 miljoen die voor 2008 en verdere jaren ter beschikking wordt gesteld om de wachtlijsten Jeugd GGZ weg te werken om een jaarlijks bedrag of om een eenmalig bedrag?

Ten behoeve van het terugdringen van de wachtlijsten jeugd-ggz is per jaar in 2006 en 2007 € 14 miljoen uitgetrokken. Daarnaast zijn in 2006 extra middelen (€ 17 miljoen) beschikbaar gesteld om de verwachte autonome groei in de jeugd-GGZ op te vangen. Ten behoeve van de verwachte groei in 2007 wordt € 34 miljoen beschikbaar gesteld. Dit laatste bedrag is ook vanaf 2007 structureel beschikbaar.

Extra geld jeugd-ggz

Terugdringen wachttijden jeugd-ggz	€ 14 miljoen in 2006 en € 14 miljoen in 2007
Autonome groei jeugd ggz	€ 17 miljoen in 2006 en € 34 miljoen structureel vanaf 2007

221

Waarom worden de € 31 en € 48 miljoen – bedoeld voor de versterking van de Jeugd-GGZ – geboekt bij langdurige zorg en niet bij de «geestelijke gezondheidszorg»?

In verband met het uitstel van de overheveling van de curatieve ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet naar 1 januari 2008 zijn de bedragen nog in zijn geheel op artikel 43 (langdurige zorg) geboekt.

222

Komt het budget (€ 31 en € 48 miljoen euro) dat extra beschikbaar is gesteld voor de jeugd GGZ ten laste van langdurige zorg, of is het budget voor langdurige zorg met dit bedrag verhoogd?

Zoals reeds is aangegeven in vraag 221 zijn de bedragen – in verband met het uitstel van de curatieve ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet – nog op artikel 43 (langdurige zorg) geboekt. De bedragen worden voor een deel aangewend uit de groeiruimte AWBZ en een deel (€ 17 miljoen) is afkomstig uit extra t.b.v. jeugd.

223

Hoe wenst de regering de arbeidsproductiviteit exact te verhogen? Welke doelen stelt de regering? Welke opbrengsten worden verwacht? Wat betekent dit voor de werkdruk van de werkers in de zorg? In hoeverre zal verhoging van de arbeidsproductiviteit een verdergaande kwaliteitsdaling tot gevolg hebben? In hoeverre heeft de doelstelling tot het verhogen van de arbeidsproductiviteit tot gevolg dat op korte termijn diepte-investeringen gedaan dienen te worden om bijvoorbeeld te investeren in ICT?

De arbeidsproductiviteit kan op verschillende manieren worden verhoogd. Dit kan door middel van het toepassen van ICT-toepassingen in de zorg, het toepassen van innovatieve medische en biotechnologische technologie en vooral door het invoeren van nieuwe efficiënte werkwijzen/werkprocessen. De rol van de overheid hierbij is vooral het stimuleren van verschillende partijen en het bieden van juiste prikkels/randvoorwaarden. De afgelopen jaren zijn hierin belangrijke stappen gezet. Met de stelselwijziging, de invoering van DBC's en outputbepaling zijn nieuwe prikkels ingevoerd. Verder moet worden gedacht aan de inspanningen op het gebied van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), domotica-toepassingen en diverse goede voorbeelden die zijn geïdentificeerd en verspreid via de trajecten «Zorg voor Beter» en «Sneller Beter» (zie ook antwoord op vraag 79). Daarnaast wil ik voor de verhoging van arbeidsproductiviteit in de verpleeghuizen verwijzen naar het antwoord op vraag 213. De regering stelt zich als doel om het beleid op dit gebied met kracht voort te zetten.

Er wordt door het efficiënter inzetten van personeel en middelen verwacht dat er kwalitatief goede, innovatieve en verantwoorde zorg kan worden blijven geleverd. Bovendien is het verhogen van de arbeidsproductiviteit een van de maatregelen die er toe kan bijdragen dat in de toekomst de tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg beperkt zullen blijven.

Er wordt vooral ingezet op slimmer/efficiënter werken. Door bovengenoemde maatregelen wordt het personeel efficiënter ingezet en door gebruik te maken van diverse technologieën kan juist (fysieke) arbeid worden voorkomen. Door slimmer te werken is het mogelijk om productiviteits- en kwaliteitswinst te boeken. Daarnaast is een brede maatschappelijke discussie gaande om meer uren te gaan werken dan de huidige 36 bij een fulltime dienstverband.

Er zal worden doorgedaan op de ingeslagen weg voor het bevorderen van innovatie door een verregaande optimalisering van ICT in de zorg. Investerings op dit terrein zullen worden gecontinueerd (zie ook antwoord op vraag 79).

224

Welke voornemens heeft de regering om te kunnen voldoen aan de behoefte aan goed opgeleid personeel in de zorg? Slaagt de regering er in 2006 en 2007, conform de prognoses van onderzoeksbureau Prismant, respectievelijk 4500 en 9500 extra werkers in de zorg aan te stellen?

In de jaarlijkse arbeidsmarktbrief, die u binnenkort ontvangt, wordt uiteengezet welke vier beleidsthema's ik voorzie in het arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector voor de komende jaren. Kern van de opgave is het kunnen voldoen aan de behoefte aan goed opgeleid personeel in de zorg. Deze thema's zijn: vergroten wervingskracht, vergroten arbeidsaanbod, verhogen van de arbeidsproductiviteit en beperken van de zorgvraag. In de arbeidsmarktbrief, waarover u dus kunt beschikken bij de behandeling van de Begroting 2006 van VWS, zullen deze thema's uitgebreid worden toegelicht.

Het is primair de verantwoordelijkheid van werkgevers in de zorgsector om er in te slagen voldoende goed opgeleid personeel aan te stellen. Ik ben van mening dat werkgevers daar in moeten kunnen slagen. De jaarlijkse netto instroom van het aantal fte in zorg en welzijn was in 2001 38 000 fte, in 2002 45 000, in 2003 38 000, in 2004 15 000 en in 2005 18 000 fte.

Of de gevraagde aantallen van 4 500 en 9 500 extra werkers in 2006 en 2007 ook daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden, hangt uiteraard af van de kwalificatieniveaus van werknemers waar werkgevers in 2006 en 2007 behoefte aan hebben, maar ik acht dat gegeven de genoemde cijfers haalbaar.

225

Wat zijn de exacte onderzoeksvragen voor het onderzoek naar de mogelijkheden voor het breed doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg? Deelt u de analyse in het CDA-verkiezingsprogramma dat het scheiden van wonen en zorg de aanstaande kabinetsperiode al € 1,5 miljard kan opleveren? Welke stappen moeten hiervoor worden gezet? Gaat dit ten koste van de kwaliteit van zorg?

De huidige onderzoeksvraag luidt: wat zijn de gevolgen van het zelf betalen voor het wonen voor de klanten, de zorgaanbieders, de corporaties en de overheid. Een tweetal onderzoeken loopt reeds: een eerste onderzoek naar de eventuele hoogte van de huren in bestaande zorggebouwen en een onderzoek naar verschillen tussen zorgkantorregio's voor wat betreft de mate waarin scheiden van wonen en zorg heeft plaatsgevonden. Het onderzoek richt zich ook op de financiële gevolgen voor de overheid; op de resultaten daarvan kan ik niet vooruitlopen. De Kamer wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd over de nadere uitwerking van deze vraag.

226

Is het waar dat diverse concept-Wmo-verordeningen in strijd zijn met de door de regering gestelde doelstelling van het bieden van een PGB, omdat deze gemeenten geen PGB wensen te bieden indien er collectieve naturavoorzieningen worden geboden, waarmee men aan het compensatiebeginsel voldoet? Zo neen, waarom niet? Zo ja, wat gaat u hieraan

doen? Om hoeveel gemeenten gaat het tot op heden? Hoeveel verordeningen zijn om deze reden reeds voorgedragen voor vernietiging door de Kroon?

Ik ben niet bekend met verordeningen die in strijd zouden zijn met de wet, noch in het algemeen noch op dit specifieke punt. Er zijn dan ook nog geen verordeningen ter vernietiging voorgedragen aan de Kroon.

227

Wanneer dient de voorstudie naar een integratie van de bestaande zorgconsumentenwetgeving te zijn voltooid?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 3 oktober 2006 haar jaarlijks onderzoek «Staat van de Gezondheidszorg» (SGZ) gepresenteerd. De SGZ is dit jaar geheel gewijd aan de patiëntenrechten. Binnen enkele weken brengt de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg zijn advies uit over de voor- en nadelen van een zorgconsumentenwet.

In de brief waarmee ik de SGZ op 3 oktober jl. aan uw Kamer aanbood (Tweede Kamer, 30 800 XVI, nr. 9) gaf ik aan beide rapporten te zullen benutten ten behoeve van de voorbereiding van een volgend regeerakkoord.

228

Welke wijzigingen gaat de regering aanbrengen in de Wet BOPZ, teneinde de rechtspositie te verbeteren van mensen met dementie en mensen met een verstandelijke handicap? Wat houden deze verbeteringen van de rechtspositie in? Wanneer komt de regering met het wetsvoorstel?

Op dit moment is een wetsvoorstel in voorbereiding dat een nieuwe formeelwettelijke regeling zal introduceren als het gaat om vrijheidsbeperking en vrijheidsbeneming bij mensen met dementie of een verstandelijke handicap. Dit brengt mee dat de nieuwe regels niet worden opgenomen in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

De belangrijkste verbetering van de rechtspositie van deze kwetsbare groepen hangt samen met de reikwijdte van de regeling. Een grootschalig onderzoek uit 2003 toonde aan dat vrijwel iedere zorgaanbieder in de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking regelmatig wordt geconfronteerd met de vraag naar vrijheidsbeperkingen, en die ook toepast. De huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) biedt daarvoor onvoldoende ruimte. Het feit dat zorgaanbieders toch dit soort maatregelen nemen leidt ertoe dat de groep mensen die daarmee te maken krijgt onvoldoende rechtsbescherming heeft. Dat verandert met dit wetsvoorstel, doordat één uniforme regeling wordt gemaakt die op iedere locatie van toepassing is. Bovendien is de regeling ook inhoudelijk beter toegespitst op deze doelgroepen.

Het wetsvoorstel bevat een regeling van de gevallen waarin zorg onder dwang of bepaalde maatregelen mogen worden toegepast, geeft procedurele waarborgen tegen een onjuiste toepassing en regelt als sluitstuk de rechtsbescherming tegen onjuiste toepassing daarvan. Het tweede element van het wetsvoorstel maakt het mogelijk personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap op te nemen of te laten verblijven in een accommodatie waarin een zorgaanbieder zijn zorg levert, ondanks hun verzet tegen een dergelijke opname. Op korte termijn zal een voorontwerp ter consultatie worden voorgelegd aan de veldpartijen. Indiening bij de Tweede Kamer gebeurt naar verwachting in het voorjaar van 2007.

229

Wat betekent het onderzoek naar integratie van patiëntenwetgeving voor eerdere voornemens om de WMCZ aan te passen en wat is de planning voor dit onderzoek?

Op de planning van de analyses ten behoeve van de standpuntbepaling omtrent de vraag naar één zorgconsumentenwet is reeds ingegaan in het antwoord op vraag 227.

Inmiddels heeft de Raad van State geadviseerd over het wetsvoorstel tot aanpassing van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) in verband met de versterking van de positie van cliëntenraden. Het is de bedoeling dit wetsvoorstel nog dit jaar in te dienen.

230

Kan de regering toelichten wat exact moet worden verstaan onder een «betaalbaar stelsel» van langdurende zorg? Wat zijn de «gestelde kaders»? Wanneer is de zorg voor de cliënt betaalbaar?

Vrij algemeen aanvaard is dat het voor de economische ontwikkeling geen goede zaak is als de belasting- en premietarieven fors oplopen. Dat leidt tot hoge loonkosten en een verslechterende concurrentiepositie. De houdbaarheid van de collectieve sector is in gevaar als ongewijzigde handhaving van huidige collectieve arrangementen op grond van nu al te voorziene ontwikkelingen, zoals demografische trends, vergt dat belastingen en premies in de toekomst fors moeten stijgen.

Op grond van analyses als de bovenstaande maakt elk kabinet bij het opstellen van een regeerakkoord een afweging tussen de lasten die het aan burgers wil opleggen voor verschillende collectieve voorzieningen. Voor de zorg leidt die afweging tot afspraken over de hoogte van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De afspraken over de hoogte van het BKZ maken het mogelijk om de lasten in de vorm van premies voor de AWBZ en Zvw in beeld te brengen. Deze premies vinden hun neerslag in het (door het kabinet) gewenste lasten- en koopkrachtbeeld. Met andere woorden een betaalbaar stelsel betekent dat het kabinet van oordeel is dat de premies die voor een dergelijk stelsel betaald moeten worden binnen het gewenste lasten- en koopkrachtbeeld mogelijk zijn zonder afbreuk te doen aan de vraag naar zorg.

231

Worden arbeidsbesparende investeringen ook financieel gestimuleerd door de regering, wetende dat dergelijke investeringen op korte termijn vaak geld kosten om op lange termijn te kunnen renderen?

De regering stimuleert zorgaanbieders ook financieel om arbeidsbesparende investeringen te doen. Een voorbeeld daarvan is het convenant AWBZ 2005–2007. Daarin is voor innovaties in de AWBZ in totaal € 90 miljoen gereserveerd. Uitgangspunt is dat het gaat om innovaties op het terrein van bijvoorbeeld arbeidsproductiviteit of arbeidsinnovatie, nieuwe zorgmethodieken, cliënteninitiatieven en ICT ontwikkeling in de AWBZ zorg. Het resultaat of product dient algemeen toepasbaar en doelmatig te zijn.

232

Op welke wijze tracht de regering juist door het verplicht stellen van een jaardocument maatschappelijke verantwoording de administratieve lasten te verminderen?

De huidige verantwoording van zorginstellingen is sterk versnipperd. Instellingen zijn naast het jaarverslag en de jaarrekening verplicht om een groot aantal andere jaarlijkse verantwoordings- en informatiedocumenten

aan te leveren. In de oude situatie leggen instellingen met 30 tot 50 documenten verantwoording af. Met het jaardocument kunnen instellingen met één integrale verantwoording voldoen aan hun jaarlijkse verantwoordings- en informatieverplichting richting VWS, cliëntenorganisaties, toezichthouders, colleges en zorgverzekeraars in de zorg. Het jaardocument wordt vanaf 2007 ondersteund door een webapplicatie, waarmee zorgaanbieders op een gebruiksvriendelijke en efficiënte wijze verantwoording kunnen afleggen. Het nieuwe verantwoordingsproces en de inzet van ICT moet leiden tot een aanzienlijke reductie van de administratieve lasten. Overigens is het gebruik van het jaardocument pas vanaf 2008 wettelijk verplicht, tot die tijd kunnen zorginstellingen op vrijwillige basis gebruik maken van het jaardocument.

233 en 234

Wat wordt verstaan onder de «overheveling van de Rijksbijdrage AWBZ en een bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK)»?

Wat zijn de inkomenseffecten van de «Overheveling van de Rijksbijdrage AWBZ en een bijdrage in de kosten van kortingen»?

Geduid wordt op het betalen van de rijksbijdrage AWBZ van de VWS-begroting aan het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten. Bij de belastingherziening 2001 zijn aftrekposten – die mede op de hoge schijven drukten – omgezet in kortingen – die louter op de eerste schijf drukken. Voor personen met een hoog inkomen betekende dit dat zij meer belasting moesten betalen, omdat de aftrek voor hen tot en met 2000 louter de te betalen belasting beperkte, omdat de hoogste schijven louter uit belasting bestaan. Macro gezien steeg door de belastingherziening de belastingopbrengst met vele miljarden, terwijl de opbrengst van de AWBZ, AOW en ANW-premie met evenveel miljarden daalde. Om te voorkomen dat dit tot financiële problemen voor deze regelingen zou leiden – of tot forse premiestijgingen – is besloten tot het instellen van de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK). Dit is een rijksbijdrage, waarvan de hoogte via een formule in de wet zodanig is, dat de gevolgen van de belastingherziening ongedaan worden gemaakt.

Indien de BIKK vervalt, de AWBZ, AOW en ANW-premie hoger worden vastgesteld en het belastingtarief in de eerste schijf lager, dan leidt dat niet tot een inkomenseffect.

235

Hoeveel gemeenten kiezen voor Europees aanbesteden bij de Wmo en hoeveel gemeenten voor prijs-kwaliteit-afspraken, het zogenaamde Zeeuwse model?

Alle gemeenten waarbij het drempelbedrag van de Europese richtlijn wordt overschreden zullen Europees moeten aanbesteden. Ook de Zeeuwse gemeenten hebben aanbesteed volgens de Europese regelgeving. De Zeeuwse methode heeft navolging gevonden bij enkele gemeenten in Nederland, maar de meerderheid heeft voor een reguliere aanpak, waarbij de prijs vooraf niet vaststaat, gekozen. Overigens gaat het ook daar om prijs-kwaliteitsafspraken.

236

Zijn er gemeenten die niet op tijd hun aanbesteding rond krijgen en daardoor in 2007 in de problemen komen?

Er zijn gemeenten die de aanbesteding niet voor 1 januari 2007 rond hebben. Zij zullen daardoor niet in de problemen komen. De overgangsbepalingen in de Wmo maken het mogelijk om meer tijd te nemen voor het afronden van de aanbestedingsprocedures. De overgangsbepalingen (art. 41 Wmo) regelen namelijk dat zolang gemeenten geen verordening

hebben vastgesteld, zij moeten handelen *conform de bepalingen van de AWBZ*. Het ligt voor de hand dat in deze overgangperiode de bestaande contracten met de aanbieders verlengen (voorbeeldcontract is opgenomen in het overgangsprotocol VNG-ZN-VWS). Als gemeenten dit doen is het van belang dat zij de Europese regelgeving in acht blijven nemen en dus al wel gestart zijn met de aanbesteding en niet onnodig lang met de aanbesteding wachten.

237

Kunnen alle gemeenten in 2007 starten met een Wmo-loket en een Wmo-raad en gebeurt dit in de praktijk ook?

Gemeenten kunnen nu al starten met het Wmo-loket en de Wmo-raad en doen dat veelal ook. Voor sommige gemeenten zijn er slechts minimale aanpassingen nodig van het huidige loket. Bij andere gemeenten kost dit wat meer tijd. Op 1 januari a.s. heeft elke gemeente in Nederland in elk geval een punt waar een burger terecht kan voor informatie en advies over de Wmo. De monitor naar de implementatie bij gemeenten die in november zal worden gehouden gaat nader in op de stand van zaken van de loketten in Nederland.

Het is aan gemeenten hoe zij de inspraak van cliënten willen vormgeven. De cliëntenraad Wvg of de bestaande seniorenraad vormen in veel gevallen de basis daarvoor. Het is aan gemeenten hoe zij deze willen omvormen tot een inspraakorgaan voor de Wmo.

238

Zijn er situaties dat personeel van een thuiszorginstelling door een gemiste aanbesteding het werk verliest en niet via een andere aanbieder die het werk heeft gekregen aan het werk kan?

Er zijn situaties dat het personeel van een thuiszorginstelling door een gemiste aanbesteding het werk kan verliezen. Zoals ik u bij brief van 30 oktober 2006 (Tweede Kamer, 30 131, nr. 122) heb toegelicht, heb ik gemeenten gewezen op de mogelijkheden om afspraken te maken met hun nieuwe aanbieders over het overnemen van personeel (brief aan Colleges B&W 9 november 2006). Daarnaast ben ik met de brancheorganisatie Actiz in overleg hoe deze mensen behouden kunnen worden voor de zorgsector.

239

Zijn er voorbeelden bekend van gemeenten die Wmo-verordeningen vaststellen die niet overeenkomstig de wet zijn? Zo dit het geval is, wat gebeurt daarmee?

Ik heb geen voorbeelden van verordeningen die in strijd zijn met de wet.

240

Zijn er klachten bij u binnengekomen over de mate waarin gemeenten cliënten en hun organisatie betrekken bij de ontwikkeling van het Wmo-beleid?

Nee, er zijn hierover bij mij geen klachten binnengekomen. Het college van burgemeester en wethouders heeft op basis van artikel 11 en 12 van de Wmo ook de wettelijke plicht om burgers en vertegenwoordigers van representatieve organisaties van de kant van de vragers te betrekken bij het beleid en hen om advies te vragen. Uit de derde meting van de invoeringsmonitor Wmo (peildatum 1 juni 2006) blijkt ook dat 85% van de gemeenten oriënterende bijeenkomsten met burgers, cliënten en lokale betrokken organisaties heeft georganiseerd en 50% inspraakbijeenkomsten georganiseerd met burgers en cliënten.

241

Is al bekend hoe groot de vraag naar de totale huishoudelijke zorg (dus enkelvoudige huishoudelijke zorg en in combinatie met andere functies) is geweest het eerste half jaar van 2006? Is er sprake van een stijging?

Er zijn voorlopige cijfers bekend over de ontwikkeling van de huishoudelijke verzorging in de eerste helft van 2006. Deze voorlopige cijfers duiden op een toename van de huishoudelijke verzorging ten opzichte van 2005. De maximale uurprijs van huishoudelijke verzorging is in 2006 verlaagd ten opzichte van 2005. De totale kosten van huishoudelijke verzorging in 2005 en in 2006 lijken redelijk met elkaar te sporen.

242 en 243

Wat wordt verstaan onder het in onderlinge samenhang bezien van de prestaties van gemeenten in het kader van de Wmo? Worden gemeenten op basis van de prestatievelden in de Wmo met elkaar vergeleken, opdat ook voor gemeenten duidelijk is wat de criteria zijn die bepalend zijn voor goed presteren?

Wat wordt verstaan onder «referentiemateriaal» waarmee burgers hun gemeenten kunnen beoordelen?

In artikel 9 van de Wmo is opgenomen dat gemeenten op basis van zowel tevredenheidsonderzoeken als bepaalde prestatiegegevens met elkaar worden vergeleken. De gemeenten bepalen in overleg met lokale cliëntenorganisaties de wijze waarop de tevredenheidsonderzoeken worden uitgevoerd. Om de vergelijkbaarheid tussen gemeenten te vergroten stellen VWS en VNG een handreiking voor gemeenten op, met daarin standaardvragenlijsten om tevredenheid te meten. Als de gemeenten deze vragenlijst gebruiken, kan per prestatieveld en per gemeente worden bezien hoe de Wmo-dienstverlening wordt ervaren. Naast gegevens over tevredenheid zijn er ook gegevens over de prestaties. Deze gegevens worden opgenomen in een ministeriële regeling. De verschillende prestatievelden zijn in deze gegevens goed herkenbaar. Met de gegevens over tevredenheid en prestaties zorg ik voor jaarlijkse rapporten waarin de gemeenten met elkaar worden vergeleken. Deze rapporten bieden de burgers «referentiemateriaal». Hiermee wordt het lokale debat over de uitvoering van de Wmo gestimuleerd. Het is aan de gemeenteraad om de criteria voor «goed presteren» vast te stellen.

244

Kan de regering uiteenzetten wat de rol van het rijk zal zijn bij de verschuiving in de Wmo van «het hoe» naar «het wat»?

De rol van het Rijk in het kader van de Wmo is richtinggevend, stimulerend en voorwaardenscheppend. In 2006 lag het accent in het beleid vooral op de parlementaire behandeling van de Wmo en het ondersteunen van gemeenten en andere betrokken lokale partijen bij de nieuwe taken in het kader van de Wmo («het hoe» van de Wmo). Zo is veel aandacht geschonken aan de financiële, inhoudelijke en praktische zaken rondom de overgang van de huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ naar de Wmo.

In 2007 zal het beleid zich meer concentreren op het ondersteunen van gemeenten bij de vormgeving en invulling van het beleid voor (de prestatievelden van) de Wmo («het wat» van de Wmo). Dit blijkt ondermeer uit de voorgenomen activiteiten rondom de ondersteuning bij het opstellen van een beleidsplan door gemeenten, de ondersteuning van het mantelzorg- en het vrijwilligersbeleid, de uitbreiding van het plan van aanpak voor de maatschappelijke opvang van de G4 naar de overige centrumgemeenten enzovoorts.

245

Wat is de reden voor de verlaging van de uitgaven voor actieve participatie in maatschappelijke verbanden van € 31,1 miljoen in 2006 naar € 24,3 miljoen in 2007?

Het verschil is grotendeels te verklaren door een daling van het budget in 2007 voor de invoering van de Wmo.
De kosten voor de invoering van de Wmo vinden in belangrijke mate plaats in 2006.

246

Waarom wordt het budget professionele ondersteuning voor burgers met beperkingen teruggebracht van € 85,2 miljoen naar € 62,5 miljoen?

Met het in werking treden van de Wmo wordt een aantal subsidieregelingen overgeheveld naar de gemeenten.
De middelen voor het besluit bijdrage AWBZ gemeenten (Bbag), een specifieke uitkering in het kader van de WVG (€ 22,7 miljoen) wordt overgeheveld naar het Gemeentefonds.

247

Wat verklaart de forse extra investeringen in tijdelijke ondersteuning bij (psycho) sociale problemen?

Met ingang van 2007 wordt € 60,6 miljoen overgeheveld uit de AWBZ-ruimte naar de specifieke uitkering maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid voor taken op het gebied van Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz).

248 en 317

Hoe ver bent u gevorderd met het realiseren van de doelstellingen om zoveel mogelijk gemeenten gebruik te laten maken van «ondersteuning uitvoering BOS-impuls»? Hoeveel aanvragen zijn in 2004, 2005 en 2006 gedaan voor een BOS-impuls en hoeveel zijn er gehonoreerd? Is het noodzakelijk om de doelstelling te halen voor 2007 om meer middelen voor de BOS-impuls ter beschikking te stellen? Zo nee, waarom niet? Wat zijn de doelstellingen na 2007?

Kan een uitputtend overzicht worden gegeven van de uitgaven die in het kader van de BOS-impuls zijn gedaan per jaar? Hoeveel aanvragen zijn in de eerste, tweede en derde tranche binnengekomen en welk bedragen vertegenwoordigden deze aanvragen? Kon aan alle aanvragen worden voldaan? Zo nee, acht u het noodzakelijk om de omvang van de beschikbare middelen te vergroten?

De BOS-impuls is een succes. De doelstelling van 400 geslaagde projectaanvragen is gehaald. In totaal zijn 443 projectaanvragen gehonoreerd. Ik ben eveneens geslaagd in mijn doelstelling om zoveel mogelijk gemeenten gebruik te laten maken van ondersteuning uitvoering BOS-impuls. Via het ondersteuningsnetwerk BOS-impuls zijn gemeenten ondersteund bij 415 van de 534 aanvragen in de derde tranche. Waar het netwerk intensief betrokken is geweest bij een aanvraag, heeft dat de kans aanzienlijk verhoogd dat deze toegekend is. Een quickscan onder de gemeenten in april-mei 2006 heeft laten zien dat deze tevreden zijn over de geboden ondersteuning door het ondersteuningsnetwerk BOS-impuls.

Uit de volgende tabel blijkt hoeveel aanvragen zijn ingediend en gehonoreerd. Ook staat in de tabel welke bedragen deze aanvragen vertegenwoordigen.

	Aanvragen	Toekenningen	Aangevraagd in €	Toegekend in €
Eerste tranche (2004)	69	64	12 miljoen	11 miljoen
Tweede tranche (2005)	135	100	21 miljoen	20 miljoen
Derde tranche (2006)	534	279	84 miljoen	47 miljoen
Totaal uitvoeringskosten				2 miljoen
Totaal	738	443	117 miljoen	80 miljoen

De 2 miljoen uitvoeringskosten worden grotendeels besteed aan de ondersteuning van gemeenten. In onderstaande tabel staan de uitgaven voor de BOS-impuls in miljoenen euro's per jaar.

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Uitgaven	5	17	20	11	13	12	2

Aangezien de doelstelling voor 2007 is gehaald, zijn geen extra middelen nodig voor het bereiken van die doelstelling.

De derde tranche was de laatste tranche van de *Tijdelijke* stimuleringsmaatregel buurt, onderwijs en sport. Er worden in de toekomst geen projectaanvragen meer toegekend.

In de derde tranche kon ik niet alle aanvragen honoreren. Ik heb geselecteerd op de kwaliteit van de projecten. Het hoort bij een tender met een vooraf bepaald budget dat niet alle projecten gehonoreerd worden. Daarom acht ik het niet noodzakelijk om de omvang van de beschikbare middelen te vergroten.

249 en 250

Waartoe dient het WILL-systeem?

Wat behelst een landelijk dekkend systeem voor de informatievoorziening in de welzijnssector? Wanneer is en hoe wordt een landelijk dekkend systeem gerealiseerd?

WILL is de afkorting van Welzijn Informatie Lokaal en Landelijk. Het project is gestart in 2003 en is erop gericht de gegevens over de prestaties in de welzijnssector uniform en vergelijkbaar te maken. Door standaardisering en vervolgens digitalisering van producten en methoden komt welzijnsinformatie op ruime schaal beschikbaar voor welzijnsinstellingen, gemeenten en landelijke organisaties. Dit sluit goed aan op de ontwikkelingen rondom de Wmo en kan leiden tot een professionelere relatie tussen gemeenten en welzijnsinstellingen. Die werken dan ook nauw samen in het project in lokale combinaties (LC's). Er zijn nu 51 LC's, waarin 51 gemeenten en 68 instellingen samenwerken. De MOgroep en de VNG hebben dit jaar een convenant gesloten over de invoering van het informatiesysteem. De bedoeling is dat uiteindelijk alle gemeenten en welzijnsinstellingen meedoen, zodat het informatiesysteem landelijk dekkend wordt.

Het project moet een staande organisatie worden, het Servicepunt Welzijnsinformatie. De MOgroep heeft het op zich genomen het Servicepunt op te zetten en te beheren en om de ICT-registratiesystemen te helpen implementeren bij de instellingen. Daar wordt dit najaar mee gestart. Het Servicepunt wordt op 1 januari 2007 operationeel. Het heeft tot taak de registratiegegevens te verzamelen en te verwerken tot (benchmark)rapportages, ondersteuning te bieden bij de automatisering en om standaards verder te ontwikkelen.

251

Welke taken zal het Kenniscentrum Maatschappelijke Inzet krijgen? Wat wordt verstaan onder ondersteunen van de oprichting van het Kenniscentrum Maatschappelijke Inzet?

Het Kenniscentrum Maatschappelijke Inzet (KCMI) krijgt tot taak het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning voor het veld, d.w.z. het uitvoerend werk, maar ook gemeenten. Bij het KCMI is een zestal organisaties betrokken die (deels) zullen fuseren om het KCMI feitelijk tot stand te brengen. Dat fusieproces ondersteunen wij door naast onze eigen ondersteuning bij het proces een goede externe procesbegeleiding te financieren.

252

Welke projecten lopen er in het kader van de leefbaarheid en sociale ondersteuning? Waar moeten deze projecten in resulteren? Op welke wijze wordt de kennis onder gemeenten verspreid? Wat kosten de programma's in het kader van leefbaarheid en sociale ondersteuning? Over welke achterstandswijken wordt gesproken, wat betreft leefbaarheid en sociale ondersteuning?

Prestatieveld 1 van de Wmo regelt dat alle gemeenten verantwoordelijk zijn voor de leefbaarheid en sociale samenhang op wijk- en buurniveau. Mijn rol is een voorwaardenscheppende.

Ik ondersteun dit – binnen de daarvoor beschikbare begrotingsgelden – met diverse programma's waaronder:

- De Wmo-Wijken-werkwijze, in dit project sta ik een beperkt aantal gemeenten met raad en daad bij in het maken van een sociaal buurt-(her)inrichtingsplan waar de behoeften maar ook mogelijkheden van bewoners uitgangspunt is. Deze ervaringen leiden tot een algemeen ondersteuningsaanbod.
- Ik laat een benchmark uitvoeren van welzijnsvoorzieningen. De uitkomsten hiervan kunnen gemeenten gebruiken bij het plannen van voorzieningen in nieuwe- en herstructureringswijken.
- Ik subsidieer het project «Welzijn Versterkt». Een samenwerkingsverband van de welzijnssector gericht op de manieren die welzijnsinstellingen kunnen bijdragen aan het versterken van het civiele burgerschap.
- Ik doe mee met het interdepartementale project van BVK «Vitale coalities voor de wijk». Deze aanpak is gericht op een dertiental achterstandswijken. Doel is om gezamenlijk – Rijksoverheid en gemeente en lokale veldpartijen – innovatieve oplossingen te bedenken voor actuele knelpunten.

Het bevorderen van de leefbaarheid en sociale samenhang op wijk- en buurniveau heeft niet alleen betrekking op de zgn. «achterstandswijken», maar is in alle wijken actueel.

De verspreiding van de resultaten van mijn diverse programma's zal primair lopen via het invoeringstraject Wmo.

253

Welke concrete doelstellingen ten aanzien van de sociale acceptatie van homoseksuelen in Nederland stelt de regering voor 2007? Hoe gaat de regering dit realiseren?

Het bevorderen van de sociale acceptatie van homoseksuelen in Nederland is de hoofddoelstelling van de kabinetsnota homo-emancipatiebeleid (Kamerstukken II, vergaderjaar 2004–2005, 27 017, nr. 11). Het kabinet wil daarvoor onder meer de dialoog steunen tussen homoseksuelen en

verschillende levensbeschouwelijke en etnische groepen en de maatschappelijke ontwikkelingen op de voet blijven volgen. Ook wordt er gelet op enkele kwetsbare groepen, zoals allochtone en oudere homoseksuelen. In dat kader zijn er verschillende projecten in gang gezet, bijvoorbeeld op het gebied van onderwijs (het project «Vier stenen in de vijver» en het project «De Vrolijke Schooldag») of gericht op gemeenten (lokale proefprojecten op het gebied van hulp en opvang van allochtone jongeren, handreiking diversiteit in de Wmo).

Daarnaast ben ik voornemens het project «Roze Ouderen in Nederland» (tot eind 2007) van de ANBO voor 50-plussers, COC Nederland, Homobisbisch Kenniscentrum en Schorer te subsidiëren.

Ten slotte is onlangs het SCP-rapport «Gewoon doen. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland» verschenen. Het onderzoek is in mijn opdracht uitgevoerd. Aan de hand van vier dimensies – aanvaarding in algemene zin, gelijke rechten en (anti)discriminatie, homoseksualiteit in de naaste omgeving en homoseksualiteit in de openbaarheid – biedt het SCP inzicht in de stand van zaken. Binnenkort ontvangt de Tweede Kamer mijn reactie daarop.

254

Hoe worden de resultaten van samenhangend ouderenbeleid gemeten? Heeft de regering op dit front vooruitgang geboekt? Zo ja, waar blijkt dat uit?

De resultaten zullen door het SCP gemeten worden. De eerste monitor verschijnt begin 2008. Dan wordt vastgesteld of er vooruitgang heeft plaatsgevonden en of de streefwaarden die in de Nota Ouderenbeleid zijn opgenomen zijn gerealiseerd. De SCP Rapportage Ouderen 2006 geeft al wel enkele indicaties die duiden op enige vooruitgang. Zoals verbetering van de gemiddelde financiële positie van 65-plussers en de toegenomen arbeidsmarktparticipatie van 55–65 jarigen.

255

Welke concrete activiteiten worden ontplooid in het kader van de voorlichting aan de burger ten aanzien van het ouderenbeleid? Wat is het bereik van de voorlichting?

De ouderenbonden hebben een projectsubsidie ontvangen om ouderen voor te lichten over – de voor het ouderenbeleid belangrijke – Wet Maatschappelijke ondersteuning.

Verder wordt het debat over de gevolgen voor de arbeidsmarkt gestimuleerd door onder andere de activiteiten van de «Regiegroep Grijs Werkt». Voorts ben ik in gesprek met de onafhankelijke denktank: «ILC Zorg voor later».

Ook ben ik in gesprek met de samenwerkende ouderenbonden en voert de ANBO al een communicatie project uit gericht op het bewustmaken van de (oudere) burger over de rol van de Europese Unie op het dagelijkse leven van de Nederlandse (oudere) burger. In beginsel worden door de ouderenbonden daarmee direct ruim een half miljoen aangesloten ouderen bereikt. Indirect is het bereik vele malen groter.

Tot slot zal ik samen met andere departementen de bestaande voorlichtingsbrochure: «Wat doet de rijksoverheid voor ouderen», uit 2001, actualiseren.

256

Wat verklaart de vermindering van de financiële omvang van de projectsubsidies van € 6 miljoen naar een kleine € 4 miljoen in 2008? Ten koste van welke projecten gaat dit?

De vermindering van € 2 miljoen heeft betrekking op de invoering van de Wmo. In 2007 is voor de invoering van Wmo budget beschikbaar. Vanaf 2008 is dat naar verwachting niet meer nodig.

257

Op welke manier denkt de regering het aantal mantelzorgers met 100 000 mensen uit te breiden? Wat is concrete inzet van de rijksoverheid op dit terrein? Waarom is er geen streefwaarde voor de lange termijn opgenomen? Is die streefwaarde er wel?

Een aantal ontwikkelingen draagt naar mijn mening bij aan een mogelijke groei van het aantal mantelzorgers. In de eerste plaats zorgt de Wmo (bijvoorbeeld het compensatiebeginsel, mantelzorg als prestatieveld etc.) voor een stevigere positie van mantelzorgers. De wet biedt gemeenten de mogelijkheid om hen de nodige ondersteuning te bieden. In de tweede plaats heb ik het CIZ opgedragen om in de loop van 2007 de inzet van mantelzorgers inzichtelijk te maken. Dat leidt ertoe dat mantelzorgers gemakkelijker respijtzorg kunnen krijgen en dat sneller professionele zorg kan worden geboden als mantelzorgers onverhoopt uitvallen. In de derde plaats draagt het overgangstraject van de CVTM-regeling bij aan de gewenste continuering van de ondersteuning van mantelzorgers. Tenslotte wordt er vanaf 2007 een financiële waardering aan mantelzorgers verstrekt.

Ik heb het SCP opdracht gegeven het vraagstuk van de mantelzorg in een langere termijn perspectief te schetsen. Deze studie is medio 2007 gereed.

258

Wat is de mate van werkbelasting voor mantelzorgers?

Uit onderzoek van het SCP blijkt dat mantelzorgers gemiddeld 18 uur per week zorg verlenen. Voor partners bedraagt dit zelfs gemiddeld 45 uur. Verder blijken met name die mantelzorgers zwaar belast te zijn die zorgen voor een terminaal zieke patiënt.

259

Hoeveel mantelzorgers zijn werkzaam op het terrein van de GGZ?

Er zijn geen gegevens beschikbaar ten aanzien van het aantal mantelzorgers in de GGZ.

260

Hoeveel jeugdige mantelzorgers zijn er?

Hierover zijn geen onderzoeksgegevens beschikbaar.

261

Op welke wijze ondersteunt de regering gemeenten in het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers?

Behalve dat de financiële middelen vanuit de Rijksbegroting i.h.k.v. de Wmo «schoon aan de haak» overgaan, ontvangen gemeenten binnenkort een handreiking over mantelzorg.

262

Wat verstaat de regering onder «ambassadeurs» voor vrijwilligerswerk en op welke wijze zullen deze worden ingezet?

Momenteel worden zo'n zes ambassadeurs uit de sectoren politiek, sociale partners, televisie, cultuur, muziek en sport «geworven» om in provincies en gemeenten het (bestuurlijk) belang van vrijwilligersbeleid

nog eens te beklemtonen en nadrukkelijk onder de aandacht brengen. De ambassadeurs worden dit najaar aangesteld. Daarnaast kunnen tot en met 2007 vijftientig adviseurs gemeenten, vrijwilligersorganisaties en steunpunten helpen met maatwerk en adviezen voor het verder ontwikkelen en invoeren van het vrijwilligersbeleid. De ambassadeurs zullen ook deze adviseurs onder de aandacht brengen.

263

Wat is de reden dat de regering geen concrete streefwaarde heeft opgenomen in de begroting om de deelname aan vrijwillige inzet te bevorderen?

Door het SCP wordt een Tijdsbestedingsonderzoek uitgevoerd. Daarin wordt ook gekeken naar het aantal vrijwilligers in de (nabije) toekomst. Deze gegevens zijn pas begin 2007 beschikbaar. Op grond daarvan worden reële streefcijfers geformuleerd.

264

Welke projecten en programma's worden opgezet om nieuwe groepen vrijwilligers te werven?

Het werven van nieuwe vrijwilligers is primair een verantwoordelijkheid van gemeenten en organisaties. Met diverse projecten ondersteun ik partijen hierbij. Bijvoorbeeld:

- Make a difference Day: het betreft een vrijwilligersdag die op lokaal niveau wordt ingevuld;
- Bezien wordt of een vervolg mogelijk is op het Project en Joy van Civiq;
- Het bevorderen van vrijwillige inzet via maatschappelijke stages van jongeren;
- Pilots in Groningen, Deventer en Vlissingen om mantelzorgers meer te betrekken bij de vrijwillige inzet;
- Projecten van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid die zijn gericht op het stimuleren van vrijwillige inzet door allochtone vrouwen;
- Workmate: het bevorderen van vrijwillige inzet door werknemers.

265

Wie voert het onderzoeksprogramma vrijwillige inzet uit? Wanneer kunnen de eerste resultaten van het onderzoek worden verwacht?

Er vinden thans de volgende onderzoeken plaats.

«Leren van Migrantenorganisaties» (CPC, Deventer) is gericht op het experimenteel ontwikkelen van effectieve samenwerkingvormen tussen algemene en allochtone organisaties op lokaal niveau om de vrijwillige inzet van allochtonen, ook buiten eigen kring, te bevorderen. Vrijwilligersorganisaties hebben aangegeven behoefte te hebben aan een hanteerbaar instrument om de waarde van vrijwilligerswerk in zowel materiële als immateriële zin aan te tonen, aangezien subsidieverstrekkers en sponsors daar in toenemende mate naar vragen en de markt steeds competitiever wordt. In het onderzoek «De Waarde van Vrijwillige Inzet» (Regioplan, Amsterdam) wordt getracht om voor lokale organisaties een dergelijk gebruiksvriendelijk instrument te ontwikkelen.

«Vrijwillige Inzet en Levensloop» (SCP, Den Haag) analyseert de causale relatie tussen deelname aan vrijwilligerswerk en verschillende levensfasen. Het onderzoek is gericht op het identificeren van aanknopingspunten voor beleidsmaatregelen die de vergroting en intensivering van deelname aan vrijwillige inzet door verschillende leeftijdscategorieën bevorderen.

In het kader van het periodieke Tijdbestedingsonderzoek (TBO) 2005 van het SCP wordt ook participatie aan vrijwillige inzet gemeten en de vijfjaarlijkse trendanalyse voortgezet. Dit levert op enkele hoofdaspecten inzicht in de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkeling van vrijwillige inzet. Beleidsontwikkeling en -innovatie is het doel van de «Toekomstverkenning Vrijwillige Inzet 2015» die door het SCP wordt uitgevoerd, en de evaluatie van de «Beleidsbrief Vrijwillige Inzet 2005–2007» die binnenkort in opdracht wordt gegeven. De resultaten ontvang ik in 2007 en 2008.

266

Wat is de inbedding van ambassadeurs en adviseurs van vrijwilligerscentrales, waardoor € 1 miljoen effectief landelijk ingezet kan worden?

De inzet van ambassadeurs en adviseurs voor de inzet van vrijwilligers wordt uitgevoerd door Civiq en de DSP-groep. Ik verwijs u tevens naar het antwoord op vraag 262.

267

In welke mate zijn de VTA-instituten betrokken bij de overgangstrajecten?

Er heeft veelvuldig overleg plaatsgevonden met de VTA-instituten over het nieuwe model voor deskundigheidsbevordering van vrijwilligers. Ook bij de implementatie van dit model zijn zij nauw betrokken.

268

Is op het terrein van deskundigheidsbevordering sprake van subsidiekorting?

Het totale bedrag voor deskundigheidsbevordering blijft gelijk. De subsidie aan de VTA-instituten wordt geleidelijk afgebouwd. De subsidie wordt omgezet van een aanbodgericht naar een vraaggericht model en het accent komt te liggen op lokale deskundigheidsbevordering. Dit betekent dat er in het kader van de Wmo gelden aan het gemeentefonds worden toegevoegd om op lokaal niveau activiteiten op het terrein van deskundigheidsbevordering te financieren én er vindt subsidiëring plaats van landelijke vrijwilligersorganisaties voor deskundigheidsbevordering die op lokaal niveau niet goed tot zijn recht komt. Er is derhalve geen sprake van een korting op de beschikbare middelen op de begroting voor deskundigheidsbevordering van vrijwilligers.

269

Waarom is er bij de inzet van vrijwilligers als streefwaarde > 31% opgenomen? Wordt hiermee bedoeld dat de regering die waarde ook werkelijk wil verhogen? Waarom is er dan geen concrete streefwaarde opgenomen? Wat is het cijfer voor vrijwilligers in 2006?

Vanzelfsprekend is het beleid van de regering erop gericht de vrijwillige inzet te doen toenemen. Zoals uit het antwoord op vraag 262 blijkt, is nader onderzoek noodzakelijk om concrete reële streefwaarden te kunnen noemen. Dit onderzoek is thans gaande. In afwachting van de resultaten van dit onderzoek heb ik gekozen voor deze formulering van de toename van de streefwaarde voor de inzet van vrijwilligers.

270

Hoe wordt gemeten of de investeringen om positie van de mantelzorger te versterken, daadwerkelijk effect sorteren? Welke prestatie-indicatoren en welke doelstellingen gelden hier?

In 2001 heeft het SCP het rapport «Mantelzorg. De zorg voor en van mantelzorgers» gepubliceerd. In dat rapport is onder meer in gegaan op

het aantal mantelzorgers, op de mate waarin zij gebruik maken van ondersteuning, de mate waarin mantelzorgers overbelast zijn enzovoorts. In de loop van 2007 zal een begin worden gemaakt met een actualisatie van dit onderzoek. Door de bevindingen in 2007 te vergelijken met die uit 2001 is zicht op het effect van de investeringen mogelijk. Doelstelling is het gebruik van voorzieningen ter ondersteuning van de mantelzorgers, te vergroten en de mate van overbelasting te verlagen.

271

Wat had het amendement van het lid Van der Vlies bij het Belastingplan 2006 gekost wanneer het uitvoerbaar was gebleken? Is reeds bekend wat de regeling ter stimulering van de mantelzorg in plaats van de fiscale korting zal inhouden? Wanneer en hoe zal de regeling worden ingevoerd? Wanneer in het najaar wordt de nieuwe regeling precies aan de Kamer gestuurd? Gaat het dan alleen om een keuzerichting of krijgt de Kamer al de beschikking over de concept-regeling?

Op welke wijze is de motie-Azough (30 131, nr. 88) uitgevoerd die daarnaast om extra financiële middelen van € 48 miljoen vraagt?

In het amendement Van der Vlies zijn de kosten bepaald op € 65 miljoen. In november 2006 zal een brief aan de Kamer worden gezonden waarin wordt ingegaan op de contouren van de regeling om mantelzorgers te waarderen. Tevens zal worden ingegaan op de procedures die worden gevolgd bij de invoering van deze regeling.

Door middel van een motie hebben de leden Azough en Kraneveldt de claim van Mezzo ondersteund. Uitwerking van het amendement Van der Vlies komt tegemoet aan een groot deel van de claim, namelijk daar waar Mezzo geld vraagt voor een tegemoetkoming voor mantelzorgers. Binnenkort ontvangt u van het kabinet een brief waarin nader op betreffende motie wordt ingegaan.

272

Is het instrument bovenregionaal vervoer gehandicapten waarbij vervoer per (deel)taxi aangeboden wordt bedoeld voor alle gebruikers van het bovenregionale vervoer?

Alle mensen die een Valys-pas hebben kunnen gebruik maken van het bovenregionaal vervoersysteem Valys. Mensen kunnen een Valys-pas krijgen als ze de beschikking hebben over één van de volgende documenten: een Wvg-beschikking voor vervoer/rolstoel/scootmobiel, een Gehandicaptenparkeerkaart of een OV-begeleiderskaart. Valys-pashouders krijgen een standaard persoonlijk kilometerbudget (pkb) waarvan de hoogte is gebaseerd op het uitgangspunt dat zij bepaalde delen van hun reis met de trein (zodanig met assistentie) kunnen reizen. Pashouders voor wie de trein, gezien de aard van hun beperkingen, geen optie is kunnen een indicatie aanvragen voor een hoog pkb.

273

Zal ook bij de hernieuwde aanbesteding voor het bovenregionale vervoer de kilometergrens gelden?

Zoals ik in mijn brief van 28 maart 2006 (25 847, nr. 35) heb aangegeven zal bij de (her)aanbesteding van het bovenregionaal vervoer worden uitgegaan van een vergelijkbaar eisenpakket als bij de vorige aanbesteding in 2003. De pkb-systematiek blijft dan ook gehandhaafd. Bij een gelimiteerd budget blijft het immers noodzakelijk dat het gebruik van het vervoer beheersbaar blijft.

Jaarlijks wordt aan het eind van het jaar de hoogte van de pkb's vastgesteld. Daarbij wordt een aantal zaken afgewogen, zoals de meest recente

gebruiksgegevens, de verwachte trend in het gebruik van pkb's, het beschikbare budget en het aanbestede contract.

274

Wat is de exacte prognose met betrekking tot het scheiden van wonen en zorg? Kan worden aangegeven hoeveel intramurale plaatsen er nu zijn en hoeveel dat er in 2010 zouden moeten zijn als het aan de regering ligt? Wat gaan de investeringen in het kader van het scheiden van wonen en zorg opleveren en wat gaan ze kosten? Kan een prognose worden gegeven van de kosten die gemaakt moeten worden voor de zorgsteunpunten en de voorzieningen die nodig zijn om het scheiden van wonen en zorg tot een succes te maken?

Zoals aangegeven in mijn voortgangsbrief van 20 juli 2006 (Tweede Kamer, 27 659, nr. 78) zal onderzoek plaatsvinden naar de (financiële en andere) gevolgen van het breed doorvoeren van het zelf betalen van het wonen voor klanten, zorginstellingen, corporaties en overheid. In het antwoord op vraag 225 is aangegeven welk onderzoek al loopt. Op de uitkomsten daarvan kan ik niet vooruitlopen. Het opstellen van een stappenplan en invoeringstraject is een zaak voor het volgend kabinet.

275

Kunt u aangeven wanneer de onderzoeken naar de samenhang van preventie, curatieve zorg, langdurende zorg en maatschappelijke ondersteuning; naar de gevolgen van uitbreiding van Wgbh/cz zullen zijn afgerond, en aan de Kamer zullen worden gezonden?

Het Kabinet heeft in de brief van 9 juni 2006 (Tweede Kamer, 30 597, nr. 1) haar standpunt uiteengezet bij de rapportage van de IBO-AWBZ werkgroep. In die brief heeft het kabinet ook aangegeven te willen onderzoeken welke maatregelen kunnen bijdragen aan een brede, krachtige en innovatieve eerste lijn. Het onderzoek naar de gevolgen van uitbreiding van de Wgbh/cz zal eind 2007 zijn afgerond en zal dan ook aan de TK worden aangeboden.

276

Om wat voor type woningen gaat het in het actieplan Wonen en Zorg? Wordt de taakstelling in het plan gehaald? Hoe staat het met de voortgang?

Het Actieplan wonen en zorg is gericht op de realisering van een tweetal typen woningen die geschikt zijn voor mensen met beperkingen. Enerzijds betreft het nultredenwoningen, dat wil zeggen woningen die intern en extern goed toegankelijk zijn en waarvan de primaire ruimtes (keuken, sanitair, woonkamer en minimaal één slaapkamer) zich op dezelfde woonlaag bevinden. Dat kan ook een woning met meer dan één verdieping zijn waarin een traplift is geïnstalleerd. Anderzijds betreft het «verzorgd wonen», dat wil zeggen nultredenwoningen waar ook zorg op afroep en diensten kunnen worden geleverd.

De voortgangsbrief van 20 juli 2006 geeft een eerste indicatie hoe het staat met de realisering van deze opgave op het terrein van wonen en zorg. De WoON-meting die eind 2006 beschikbaar komt, zal de feitelijke resultaten op het terrein van de opgave wonen en zorg moeten aangeven.

277

Brengt een mogelijk nieuwe aanbieder voor bovenregionaal vervoer ook een nieuwe naam, nieuwe pasjes en andere zaken die het gebruik in de opstartperiode kunnen verminderen?

De (merk)naam Valys plus het daaraan verbonden beeldmerk blijft verbonden aan de uitvoering van het bovenregionaal vervoer. Dit geldt ook als er mogelijk een nieuwe aanbieder uit de aanbesteding komt. De bestaande Valys-passen zullen in beginsel niet worden vervangen. Mocht op termijn de noodzaak (introductie OV-chipkaart) aanwezig zijn om de passen wel te vervangen dan zal alle zorgvuldigheid worden betracht om de impact voor de klant te beperken.

278

Wat wordt verstaan onder «verspreiden van het toepassen van inclusief beleid»? Welke concrete (meetbare) doelstellingen stelt de regering hier?

Het kabinet heeft «inclusief beleid» als uitgangspunt gekozen om er voor te zorgen dat rekening wordt gehouden met de verschillen tussen mensen en dan met name tussen mensen met en zonder beperkingen. Het doel hiervan is dat mensen met beperkingen beter in de samenleving kunnen participeren. Beleidsbrieven waarin participatie van burgers een rol speelt, zouden hier ook een bijdrage aan moeten leveren. Bewustwording is hierbij een belangrijk middel. Voor 2007 is het doel dat in minimaal een zestal verschillende sectoren zichtbaar wordt gemaakt hoe rekening wordt gehouden met deze verschillen tussen mensen met en zonder beperkingen.

279

Waarom wordt voor 2007 de bescheiden prestatie van > 4 opgenomen voor wat betreft het aantal centrumgemeenten met een plan van aanpak maatschappelijke opvang? Geeft dit voldoende waarborg dat de doelstelling voor het jaar 2008 wordt gehaald?

Het viel bij het opstellen van de begroting 2007 nog moeilijk in te schatten hoeveel centrumgemeenten volgend jaar al een plan van aanpak hebben. Inmiddels ben ik met betrokken gemeenten in overleg. Ik verwacht daarom dat de doelstelling in 2008 ruimschoots gehaald zal worden.

280

Wat is de planning en uit welke stappen bestaat het uitbreiden van het plan van aanpak maatschappelijke opvang naar alle centrumgemeenten?

Zie voor de planning het antwoord op vraag 279. Het uitbreiden van het plan van aanpak naar alle centrumgemeenten gebeurt met ondersteuning van de VNG. Centrumgemeenten moeten een plan opstellen vergelijkbaar met het Plan van de G4. Afwijkingen daarvan moeten gemotiveerd worden. Zodra een centrumgemeente haar plan van aanpak heeft ingediend, kan ik dit beoordelen en indien dit noodzakelijk is – conform afspraak – in overleg treden met de minister van Financiën over de benodigde AWBZ middelen

281

Welke financiële baten kunnen de centrumgemeenten verwachten wanneer zij een plan van aanpak hebben voor trajecten voor daklozen? Hoeveel middelen zijn daarvoor gereserveerd?

Zodra een centrumgemeente haar plan van aanpak heeft ingediend, kan ik dit beoordelen en in overleg treden over de benodigde AWBZ middelen. Ik ga er vooralsnog vanuit dat de verdeling van de financiering tussen Rijk en gemeenten gelijk zal zijn als tussen Rijk en G4: voor 2/3 financiering vanuit de AWBZ en voor 1/3 gemeentelijke financiering.

282

Is de verhoging van de specifieke uitkering voor Vrouwenopvang in verband met de vergroting van de capaciteit structureel van aard?

Ja, de verhoging van de specifieke uitkering Vrouwenopvang is structureel.

283

Wat is de hoogte en duur van de subsidie voor uitvoering van een plan van aanpak voor verbeterde kwaliteit van het aanbod van vrouwenopvang?

Dat is nog onbekend. Het onderzoek op basis waarvan het plan van aanpak wordt gemaakt komt eind november 2006 uit. Dan wordt geïnventariseerd wat er al in andere trajecten gebeurt en wat er aanvullend nodig is om de professionalisering van de vrouwenopvang verder vorm te geven. Van belang zijn hier onder meer het kennisprogramma Maatschappelijke Opvang/Vrouwenopvang dat bij Zon-MW wordt uitgezet en het project Drempels Weg, waarvoor ik subsidie verleen aan de Federatie Opvang.

284

Hoeveel wordt er, naast de middelen voor bevordering van de deskundigheid bij «huisuitplaatsing», begroot voor daadwerkelijke hulpverlening in het kader van de Wet tijdelijk huisverbod? Is dit gebaseerd op vrijwilligheid en wat zou het bedrag zijn wanneer de dader verplicht wordt zich te wenden tot hulpverlening?

Er is € 2,6 miljoen begroot voor hulpverlening na het uitspreken van het tijdelijk huisverbod. Hiervan is € 2 miljoen bestemd voor de hulpverlening aan het slachtoffer en € 0,6 miljoen voor hulpverlening aan de dader. Het wetsvoorstel gaat uit van vrijwillige daderhulpverlening. Er is hierbij uitgegaan van 1000 huisverboden per jaar, waarvan de helft van de uithuisgeplaatsten in plegerbehandeling zal gaan. Wanneer de behandeling van uithuisgeplaatsten verplicht zou worden gesteld gaat het om een bedrag van € 1,2 miljoen bij een aantal van 1000 huisverboden.

285

Kunt u een overzicht geven van de middelen die in 2006 werden begroot voor instellingssubsidies, projectsubsidies, opdrachten en uitkeringen in het kader van de maatschappelijke ondersteuning? Welke mutaties zullen plaatsvinden en wat is daarvoor de aanleiding?

De artikelen 27 (verpleging, verzorging en ouderen), 28 (wet voorzieningen gehandicapten) en 34 (Maatschappelijke Ondersteuning), zijn in 2006 overgeboekt naar artikel 43 (Langdurige zorg) en artikel 44 (Maatschappelijke Ondersteuning).

Deze overboeking heeft voor artikel 44 als gevolg dat de bedragen voor 2006/2007 afwijken.

bedragen x € 1 000

	2006	2007	verschil
Instellingssubsidies	30 335	27 300	- 3 035
Projectsubsidies	118 493	147 702	29 209
Opdrachten	1 000	1 200	200
Uitkeringen	231 263	297 260	65 997

Toelichting belangrijkste verschillen:

Instellingssubsidie:

Afname heeft hoofdzakelijk betrekking op de overheveling van € 2,5 miljoen naar het Gemeentefonds, ten behoeve van de lokale deskundigheidsbevordering vrijwilligers.

Projecten:

Een stijging van € 65 miljoen ten behoeve van individuele waardering voor mantelzorgers (motie-v.d. Vlies). Een afname van € 22,7 miljoen. Dit bedrag is ivm met inwerkingtreding van de Wmo overgeheveld naar het Gemeentefonds (zie ook antwoord op vraag 246).

Door reallocatie van de budgetten van bovengenoemde artikelen is het bedrag voor projectsubsidie afgenomen met circa € 13 miljoen.

Specifieke uitkeringen

De specifieke uitkering maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid is toegenomen met € 60,6 miljoen ten behoeve van OGGz-activiteiten. Dit bedrag is overgeheveld vanuit AWBZ-middelen.

286

Kan de regering aangeven of het niet vergoeden van langwerkende medicatie voor behandeling van ADHD leidt tot vertraging in de doorstroming van de jeugdzorg? Indien dit het geval is kan de regering dan aangeven hoe zij denkt dit tegen te gaan? Kan de regering aangeven of het niet vergoeden van langwerkende medicatie voor kinderen met ADHD leidt tot een stijging in de kosten voor de jeugdzorg? Indien dit het geval is kunt u hier dan een overzicht van geven?

Het is niet juist dat langwerkende ADHD medicatie niet wordt vergoed. Ook de langwerkende medicatie voor ADHD wordt vergoed. Echter, doordat de fabrikanten van deze middelen een prijs hebben gekozen die vele malen hoger is dan de vergoedingslimiet kennen deze middelen een hoge bijbetaling. Omdat de kortwerkende variant een prijs heeft onder de vergoedingslimiet is er bij dit middel geen bijbetaling.

Volgens het College voor zorgverzekeringen is niet aangetoond dat de langwerkende medicatie voor ADHD een therapeutische meerwaarde heeft boven de kortwerkende medicatie. Anders gezegd, voor het resultaat maakt het niet uit of een patiënt een kortwerkend of langwerkend ADHD geneesmiddel gebruikt.

Het is mij bekend dat binnen instellingen voor de jeugdzorg in sommige gevallen de langwerkende preparaten beschikbaar zijn voor patiënten. Dergelijke instellingen hebben de mogelijkheid om hun budget te gebruiken voor aanschaf van deze therapeutisch gelijkwaardige maar duurdere middelen en zijn vrij deze keuze te maken. Ik begrijp dat het voor de behandelaar en de patiënt vervelend kan zijn dat de patiënt na ontslag uit de instelling voor een geneesmiddel ineens moet bijbetalen of op een ander preparaat moet worden gezet. Dit is echter een consequentie van de keuze van de instellingen de patiënten op de gelijkwaardige maar duurdere medicatie te zetten en de door de fabrikant vastgestelde hoge prijs van de betreffende geneesmiddelen.

Zolang therapeutische meerwaarde van de langwerkende middelen niet is aangetoond en de fabrikanten van deze middelen hun prijzen hoog houden, zal deze situatie, gegeven de huidige vergoedings- en bekostigingssystematiek, niet wijzigen. Overigens bestaan voor de betreffende patiënten wel andere mogelijkheden om voor een deel van de bijbetaling financieel gecompenseerd te worden. Zo worden bijbetalingen voor geneesmiddelen bij een aantal aanvullende verzekeringen geheel of gedeeltelijk vergoed, vallen deze kosten onder de belastingaftrek voor

ziektekosten en komt de patiënt wellicht in aanmerking voor bijzondere bijstand.

Gezien het bovenstaande is er vanuit het perspectief van effectieve geneesmiddelenzorg geen aanleiding waarom bijbetaling op sommige van de ADHD middelen tot vertragingen in de doorstroming van de jeugdzorg zou moeten leiden. Om deze reden verwacht ik ook niet dat deze bijbetalingen zullen leiden tot een stijging van de kosten in de jeugdzorg. Ik heb ook geen concrete gegevens ontvangen dat dit wel het geval zou zijn.

287

Kunt u de laatste stand van zaken geven met betrekking tot de wachtlijsten bij de Raad voor de Kinderbescherming, het AMK, ambulante hulp, residentiële hulp, opvoedondersteuning en de jeugd-ggz?

Per brief van 12 juli jl. heeft de Minister van Justitie de Kamer geïnformeerd (Tweede Kamer, 29 815, nr. 82) over de aanvullende maatregelen die de **Raad voor de Kinderbescherming** neemt om de wachtlijst terug te brengen. De aanpak betreft zowel het optimaliseren van de werkwijze als het verder versterken van de verwerkingscapaciteit van de Raad. Beoogd resultaat is om de wachtlijst bij de Raad per 1 januari 2007 in vrijwel alle regio's te hebben teruggebracht tot het niveau van de normale werkvoorraad. De verwachting is dat dat lukt. Zoals ook is aangetekend in de brief van 12 juli, kunnen factoren als een onvoorspelbare extra verhoogde instroom deze doelstelling nog bedreigen.

Bij de **AMK's** is in 2005 en de eerste helft van 2006 door de provincies en grootstedelijke regio's en door het Rijk veel geïnvesteerd in de aanpak van de wachtlijsten. Het aantal meldingen blijft echter sterk stijgen. Een groot aantal provincies werkt zonder of met een zeer kleine wachtlijst. Bij een aantal provincies is de wachtlijst echter gebleven of zelfs gestegen. Al met al is er nog geen duurzame en stabiele situatie. Daarom heb ik na overleg met het IPO aan alle provincies een checklist gestuurd en op basis daarvan met alle provincies afzonderlijk gesproken over de situatie bij de AMK's.

Een aantal provincies blijft zo achter dat ik hen na het bestuurlijk overleg met het IPO op 6 september jl. heb gevraagd plannen in te dienen waaruit blijkt op welke manier zij vanaf 1 januari 2007 structureel binnen de wettelijke normen kunnen werken. De provincies nemen met de plannen hun verantwoordelijkheid om de wachtlijsten weg te werken. De ingediende plannen geven mij vertrouwen dat de provincies het gaan redden. In totaal stel ik voor 2006 en 2007 een incidenteel bedrag van € 5 miljoen ter beschikking. Daarvan wordt een deel gebruikt om de flexforce van het Leger des Heils voort te zetten, een deel om de provincies hun ingediende plan te laten uitvoeren en een deel om de overige provincies te ondersteunen bij de groei van het aantal meldingen.

Op 1 januari 2006 wachtten er 5000 kinderen provinciale jeugdzorg. 47% daarvan wachtte op **ambulante zorg**, 11% op **dagbehandeling**, 19% op **pleegzorg** en 23% op **residentiële zorg**. Voor de aanpak van de wachtlijsten bij het zorgaanbod heb ik met alle provincies en grootstedelijke regio's op 28 april 2006 prestatie-afspraken gemaakt. Doel van de prestatie-afspraken is dat op 31 december 2006 jeugdigen binnen 9 weken na indicatiestelling jeugdzorg ontvangen. Inschatting van de provincies was dat zonder extra inspanning op 31 december 2006 de wachtlijst langer dan 9 weken 5274 kinderen zou zijn. Alle provincies hebben zich gecommitteerd aan de afspraak dat op 31 december 2006 alle kinderen binnen 9 weken in zorg worden genomen. Voor de uitvoering van de plannen is incidenteel € 100 miljoen extra beschikbaar.

Voor **opvoedondersteuning** zijn geen wachtlijsten.

Op dit moment is de grootte van de wachtlijsten in de **jeugd-ggz** niet goed in te schatten. Met GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland zijn werkafspraken gemaakt om de frequentie van de monitoring van de wachttijden en wachtlijsten te verhogen. GGZ Nederland heeft ook een plan van aanpak gemaakt dat nu wordt uitgevoerd. De zorgaanbieders in de jeugd-ggz hebben in het plan van aanpak creatieve voorstellen gedaan om de nu beschikbaar komende middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Op basis van het plan van aanpak van GGZ Nederland hebben instellingen en zorgkantoren productieafspraken gemaakt.

288

Hoeveel kinderen overlijden er gemiddeld per jaar aan de gevolgen van mishandeling door een of beide ouders? Wordt dit systematisch bijgehouden? Zo ja, op welke wijze gebeurt dat en kunt u een overzicht geven van de ontwikkelingen de afgelopen jaren? Zo neen, waarom niet?

Hoeveel kinderen in Nederland slachtoffer zijn van kindermishandeling is nooit empirisch onderzocht. Tot op heden wordt uitgegaan van schattingen, gebaseerd op buitenlandse gegevens. Deze schattingen gaan uit van 50 kinderen per jaar. Het aantal kinderen dat per jaar overlijdt, is ongeveer 1800.

Om inzicht te krijgen in het aantal kinderen dat wordt mishandeld, welke typen mishandeling voorkomen, wie de slachtoffers en daders zijn en in welke situaties kindermishandeling zich voordoet, financieren de ministeries van Justitie en VWS gezamenlijk onderzoek naar de prevalentie in Nederland van kindermishandeling. De resultaten worden eind 2006 verwacht.

Daarnaast vindt het Kabinet het belangrijk dat nader onderzoek wordt verricht naar gevallen van onverklaard overlijden van minderjarigen, vooral ook teneinde gevallen van niet-natuurlijke dood ten gevolge van kindermishandeling te kunnen opsporen. Er is thans een wetsvoorstel in voorbereiding voor wijziging van de Wet op de lijkbezorging in het kader van de NODO-procedure (Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak).

289

Hoe verhoudt het budget dat volgens de brief «investeren in jeugd» extra wordt uitgetrokken voor opvoedondersteuning zich (te weten een bedrag van € 35,4 miljoen 2004 t/m 2007 voor Impuls opvoed- en gezinsondersteuning, een bedrag van € 10 miljoen voor Preventief jeugdbeleid (motie-Verhagen) en een bedrag van € 32,5 miljoen voor Opvoeden in de buurt) zich tot de in de begroting van 2006 genoemde bedragen (te weten slechts € 15 miljoen en € 13 miljoen)?

Het budget dat in de brief «investeren in jeugd» voor opvoedondersteuning wordt uitgetrokken heeft een meerjarig karakter, terwijl het budget in de begroting 2007 het jaarbudget voor 2007 is.

In 2007 is € 15 miljoen beschikbaar (laatste tranche van de € 35,4 miljoen voor 2004 t/m 2007) voor de Impuls opvoed- en gezinsondersteuning.

In 2007 is via artikel 41 Volksgezondheid (pagina 44, 6e bullet) € 10 miljoen beschikbaar voor Preventief Jeugdbeleid (motie-Verhagen). Dit budget wordt aan gemeenten via de tijdelijke Regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (Rsu-jgz) beschikbaar gesteld.

In 2007 is € 13 miljoen beschikbaar voor gezinsgerichte programma's voor risicogezinnen (Opvoeden in de buurt) als onderdeel van de meerjarige reeks (2006 t/m 2008) van € 32,5 miljoen.

290

Kunt u aangeven welk bedrag er in totaal gereserveerd is voor opvoedingsondersteuning in 2008?

In 2008 is in totaal een bedrag van € 38 miljoen gereserveerd voor opvoedondersteuning. Dit bedrag is verdeeld over «Impuls opvoed- en gezinsondersteuning» (€ 15 miljoen), «Preventief jeugdbeleid» (motie-Verhagen € 10 miljoen) en «Opvoeden in de buurt» (€ 13 miljoen).

291

Welke concrete stappen zullen worden genomen om de samenhang tussen alle betrokken ministeries op het gebied van jeugd te bevorderen?

Op 7 juli jl. heeft het kabinet de Tweede Kamer bericht over de stand van zaken van Operatie Jong en zijn voornemens in reactie op het sturingsadvies van de Commissaris Jeugd- en jongerenbeleid, de heer S.R.A. van Eijck (Tweede Kamer 2005–2006, 29 284 en 29 815, nr. 21). In deze voornemens staan vele concrete te zetten stappen, zoals de totstandkoming van de Jeugdmonitor in 2007, de totstandkoming van het raamwerk voor afstemming en samenwerking tussen indicatiestellers, het werken aan verdere kwaliteitsverbetering van Zorg- en Adviesteams. De in het kader van Operatie Jong ontstane samenwerking tussen de betrokken departementen ten aanzien van deze aspecten zal gecontinueerd worden.

292

Hoe wordt de jeugdmonitor ingezet? Meet deze monitor de effecten op gemeentelijk, provinciaal of rijksbreed niveau?

Het doel van de monitor is de toestand van de jeugd in zijn geheel in beeld te brengen. Voornamelijk om beleidsmakers op het niveau van Rijk, gemeente en provincie te informeren over de situatie van de jeugd en wat de effecten zijn van het ingezette beleid. De Jeugdmonitor is structureel van karakter.

De Jeugdmonitor is een samenvatting van informatie, op papier en op internet, over de situatie van de jeugd in Nederland. De monitor wordt samengesteld op basis van bestaande rapportages en databestanden en geeft daarmee een indruk van hoe het gaat met de leeftijdsgroep van 0 t/m 24 jaar. Hiervoor wordt een set van 8 tot 10 kernindicatoren geselecteerd op de volgende gebieden:

- arbeid
- onderwijs
- gezondheid en welzijn
- veiligheid

Er is veel informatie beschikbaar over diverse aspecten van de jeugd. Het is echter moeilijk om op basis hiervan een samenhangend beeld te krijgen. Dit komt omdat de informatie voornamelijk sectoraal (onderwijs, jeugdzorg, justitie, gezondheidszorg etc.) wordt verzameld en veelal niet direct vergelijkbaar is met informatie uit (een) andere sector(en). De Jeugdmonitor presenteert de beschikbare informatie naast elkaar. De combinatie van al deze informatie zal nieuwe inzichten opleveren die van pas kunnen komen bij het beoordelen van het gevoerde beleid en de ontwikkeling van nieuw beleid.

293

Is de regering bereid meer te investeren in schippersinternaten om het niveau van de daar gegeven zorg te handhaven en te verbeteren? Wanneer krijgt de Kamer het standpunt over de evaluatie van bureau Berenschot? Wat is het normbedrag waarvan de regering in 2007 uitgaat?

Welke ontwikkeling hebben deze normbedragen sinds 2000 gekend? Wat is de verklaring voor deze ontwikkeling?

Zoals ik recent ook heb geantwoord op Kamervragen van het Kamerlid van Hijum (kamervragen 2050619050) vind ik het van belang dat de verzorging, opvoeding en huisvesting van kinderen in schippersinternaten van voldoende kwalitatief niveau blijft en niet vermindert. Daarom heb ik besloten de prijsstijgingen vanaf 2001 alsnog aan de normprijzen toe te voegen.

De normprijzen zijn de afgelopen jaren wel steeds verhoogd met de OVA (loonstijging).

De officiële reactie van het kabinet op de evaluatie die Berenschot heeft verricht ontvangt u zeer binnenkort.

294

Zal in het kader van de doorbraakmethode een betrouwbaar meetinstrument voor de wachttijden in de jeugdzorg worden ontwikkeld?

Nee, de doorbraakmethode is gericht op het terugdringen van de doorlooptijden bij bureau jeugdzorg. De resultaten van de inspanningen worden bepaald aan de hand van registratiegegevens.

295

Hoe verhoudt het bedrag van € 20,9 miljoen voor schippersinternaten zich tot de € 20,7 miljoen in de tabel op blz. 99?

Het bedrag van € 20,9 miljoen is het totaal beschikbare budget dat met de financiering van schippersinternaten samenhangt. De uitgaven voor de opvang en verzorging in internaten voor kinderen zullen in 2007, als gevolg van een dalend kinderaantal, naar verwachting € 20,7 miljoen bedragen. Als gevolg van een dalend kinderaantal ontstaat een hogere wachtgeldverplichting schippersinternaten. Medewerkers van schippersinternaten hebben bij ontslag recht op wachtgeld. Als het ontslag ontstaat door teruggelopen kinderaantallen dan dient VWS dit aan de sector schippersinternaten te vergoeden en ontstaat er een wachtgeldverplichting. Het verschil (€ 0,2 miljoen) wordt aan het wachtgeldbudget toegevoegd. Het wachtgeldbudget is niet apart gespecificeerd.

296

Waarom is de streefwaarde voor de doorlooptijd in de jeugdzorg nauwelijks lager dan in 2004? Hoe verhoudt dit getal van 104 dagen zich tot de door de staatssecretaris toegezegde 9 weken (=63 dagen)? Is bekend wat de doorlooptijd was in het derde kwartaal van 2006?

- Op dit moment zijn er nog te veel onzekerheden om een goede streefwaarde te benoemen voor de doorlooptijd van het bureau jeugdzorg. Zeker is wel dat de doorlooptijd van het bureau jeugdzorg omlaag moet, zo hebben wij ook in de begroting aangegeven. De doorbraakmethode, die op dit moment wordt toegepast door alle bureaus jeugdzorg en waarbij de bureaus systematisch nagaan welke verbeteringen kunnen worden aangebracht in het werkproces, zal hieraan een belangrijke bijdrage leveren.
- De negen weken waaraan in de vraag wordt gerefereerd, heeft betrekking op de wachttijd *na* indicatiestelling, tot dat de zorg start. De 104 dagen heeft betrekking op de doorlooptijd van aanmelding tot en met indicatiestelling.
- De cijfers over het derde kwartaal van 2006 zijn nog niet beschikbaar.

297

Hoe is het bedrag van € 100 miljoen voor het wegwerken van de wachtlijsten over 2006 en 2007 verdeeld? Waarom is voor 2007 nog een bedrag begroot als de wachtlijsten al eind 2006 zullen zijn weggewerkt?

Op basis van de aanvalsplannen die de provincies en grootstedelijke regio's in het kader van het wegwerken van de huidige wachttijden bij het zorgaanbod in de jeugdzorg hebben ingediend, is aan provincies en grootstedelijke regio's in totaal € 100 miljoen (verdeeld over 2006 € 50 miljoen en 2007 € 50 miljoen) beschikbaar gesteld. Hiertoe zijn met de provincies en grootstedelijke regio's prestatieafspraken gemaakt. Indien zij minder presteren dan is overeengekomen, dan wordt de financiering aangepast. Eind 2006 moet de situatie zijn bereikt dat kinderen binnen negen weken na indicatie de zorg ontvangen. Een aanzienlijk deel van de zorg die in 2006 gestart is, zal in 2007 doorlopen. De uitgaven voor de zorg vallen hierdoor in het begrotingsjaar 2007.

298

Waarom stijgt de doeluitkering Bureaus Jeugdzorg niet? Wordt niet verwacht dat de vraag nog verder gaat stijgen?

De totale doeluitkering jeugdzorg neemt vanaf 2007 toe met structureel € 40 miljoen per jaar. Het is aan de provincies om de middelen zo in te zetten dat vraag en aanbod op elkaar aansluiten. Provincies kunnen er dus voor kiezen meer of minder geld toe te delen aan het bureau jeugdzorg. Overigens is onze inschatting dat de bureaus jeugdzorg de vraagontwikkeling door doelmatiger te werken kunnen opvangen.

299

Heeft de regering de indruk dat het aantal klachten over en vanuit jeugdzorginstellingen in de afgelopen jaren is toegenomen? Waaruit zijn anders de hogere streefwaarden in 2007 ten opzichte van de streefwaarden in 2005 te verklaren? Wat is de achtergrond van deze (verwachte) stijging?

De inspectie maakt een onderscheid tussen klachten over jeugdzorginstellingen en meldingen van calamiteiten door jeugdzorginstellingen. De afgelopen jaren is het aantal klachten en meldingen nagenoeg stabiel geweest. Dit jaar (stand van zaken medio oktober 2006) is het aantal klachten en meldingen reeds aanzienlijk hoger dan in voorgaande jaren. Voor de klachten is de verklaring hiervoor de toegenomen aandacht voor de jeugdzorg en de toename van de bekendheid van de inspectie bij het publiek.

Een verklaring van de stijging van de meldingen is dat jeugdzorginstellingen steeds beter voldoen aan hun meldingsplicht, die sinds 1 januari 2005 geldt.

Ook voor het jaar 2007 verwacht de inspectie dat deze ontwikkeling zich doorzet.

300

Kan de regering aangeven wat de reden is dat de streefwaarde van het gemiddeld budget per gewogen jeugdige voor de lange termijn lager is dan de streefwaarde voor 2007?

In het bedrag voor 2007 zijn incidentele middelen verdisconteerd die gemoeid zijn met de aanpak van de wachttijden (50 miljoen euro in 2007). Dit verklaart waarom in 2007 het bedrag per gewogen jeugdige hoger ligt dan in de jaren daarna.

301

Welk deel van de opbrengsten van de topsport vloeit terug naar de breedtesport? Welk deel van de opbrengsten van uitzendrechten van de topsport vloeit terug naar de breedtesport?

Deze opbrengsten verlopen niet via de VWS-begroting.

Welk deel van de opbrengsten van topsport, waaronder de opbrengsten van uitzendrechten, terug vloeit naar de breedtesport is niet bekend. De opbrengsten van uitzendrechten gaan overigens rechtstreeks naar de sportbonden.

302

Waarop is de streefwaarde lange termijn van 65% gebaseerd als het percentage van de Nederlandse bevolking dat minimaal twaalf keer per jaar aan sport doet? Vindt u de ambitie om het percentage Nederlanders dat minimaal twaalf keer per jaar aan sport doet met twee procent te verhogen in vier jaar niet aan de magere kant? (2003–2007) Wat is de stand van zaken op dit moment?

Om de sportdeelname te meten worden verschillende definities gehanteerd. De definitie die in Nederland breed geaccepteerd is, is de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO). Volgens deze richtlijn moet er tenminste 12 keer per jaar een sport beoefend worden om mee te tellen als sporter. Het SCP hanteert deze benadering ook. In de Rapportage Sport 2006 van het SCP wordt een trendmatige ontwikkeling van de sportdeelname geschetst. Na een onstuimige groei tot aan de jaren negentig vlakkt de groeicurve daarna af. De teller voor de sportdeelname blijft sindsdien steken op ongeveer drievijfde van de bevolking. Internationaal gezien hoort Nederland met deze score bij de top drie Europese landen. Het verhogen van dit procentuele aandeel is geen geringe opgave. Op dit moment zijn er indicaties, gebaseerd op deelonderzoekingen, dat de sportdeelname weer in de lift zit. Met de inspanningen gericht op de georganiseerde sport (zie ook antwoord op de vragen 311 en 313) en het bevorderen van sportbeoefening buiten de kaders van sportverenigingen en sportscholen, is een toename van drie procentpunten in de periode 2007–2010 alleszins een uitdaging.

303 en 321

Waarom wordt het budget voor «meedoen met sport» met bijna € 10 miljoen verminderd? Waarom wordt het budget voor «sporten aan de top» met bijna € 14 miljoen verminderd?

Wat is de reden dat geen middelen zijn opgenomen in het artikel sport ten behoeve van de regeling multifunctionele onderwijs/sportvoorzieningen? Wordt deze regeling – ondanks het grote succes – niet langer voortgezet? Wat is daarvoor de reden?

Bij de Algemene Politieke Beschouwingen over de begroting 2006 heeft uw Kamer middels een tweetal moties € 20 miljoen extra beschikbaar gesteld voor het begrotingsjaar 2006. Aangezien het incidentele middelen betrof, zijn deze bedragen niet meer terug te vinden in de begroting 2007. Via de Motie-Verhagen cs. (Tweede Kamer, 2005–2006, 30 300, nr. 9) is in 2006 eenmalig € 10 miljoen toegevoegd aan het budget voor «Meedoen door sport» voor het geven van een incidentele kwaliteitsimpuls in sportaccommodaties rond scholen en buurten. Dit bedrag is ingezet voor de regeling Multifunctionele sportaccommodaties. Doordat de middelen incidenteel beschikbaar zijn gesteld, kan deze regeling op dit moment geen vervolg krijgen.

Via de Motie-Van Aartsen cs. (Tweede Kamer, 2005–2006, 30 300, nr. 16) is eenmalig € 10 miljoen toegevoegd aan het budget voor «Sport aan de top» voor topsportfaciliteiten. Dit bedrag is ingezet om de sporttechnische

wedstrijd- en trainingsprogramma's in de aanloop naar de Olympische en Paralympische Spelen van 2008 in Beijing te intensiveren.

Daarnaast is bij «Sport aan de top» het beleid ten aanzien van topsport-evenementen en -accommodaties aangepast met het uitbrengen van de nota «Tijd voor sport». Het kabinet heeft de afgelopen jaren bijgedragen aan de bouw van diverse topsportaccommodaties. De meeste topsporten in Nederland kunnen in de toekomst met deze nieuwe en bestaande voorzieningen beschikken over één of meer goede trainings- en wedstrijdaccommodaties. Een bedrag van € 4 miljoen is daarom gerealiseerd ten behoeve van andere prioriteiten uit de sportnota.

304

Wordt er ook aandacht besteed aan het sporten door specifieke doelgroepen, zoals MBO-ers en ouderen? Zo ja, op welke wijze wordt de sportparticipatie onder deze groepen bevorderd en wat zijn de concrete doelstellingen voor 2007?

In het sportbeleid is aandacht voor doelgroepen met een bewegingsachterstand en doelgroepen waarvan de sportdeelname achterblijft. Tot de eerste groep behoren ook ouderen, tot de tweede groep onder andere MBO-ers.

MBO-ers zijn een belangrijke doelgroep in de Alliantie School en Sport, een samenwerkingsverband tussen NOC*NSF en de ministeries van OCW en VWS. De Alliantie heeft tot doel een sport- en beweegaanbod te realiseren op en rond 90% van de scholen: primair onderwijs, voortgezet onderwijs én het middelbaar beroepsonderwijs. Het MBO heeft de bijzondere aandacht vanwege het geringe sportaanbod dat er momenteel in de beroepsopleidingen is, in combinatie met de inactieve en relatief ongezonde leefstijl van juist deze doelgroep. Op een recent congres (2 oktober 2006) is deze problematiek onder de aandacht gebracht van besturen van ROC's en is een sprintpremie aangekondigd voor ROC's die ook zélf in het sport- en beweegaanbod willen investeren.

Voor de doelgroep ouderen zijn in de kabinetsvisie Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing (2005) streefdoelen geformuleerd voor het gezonde beweeggedrag. Het streven voor 2010 is dat 50% van de 65plussers voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. De participatie aan sport en bewegen wordt met diverse activiteiten bevorderd. De bestaande methodiek Groningen Actief Leven Model (GALM) wordt via subsidiëring van het NISB ondersteund ten behoeve van toepassing in gemeenten. Voor toepassing in kleine gemeenten is een aangepaste methodiek ontwikkeld (SMALL). In de Flash!campagne wordt periodiek aandacht besteed aan ouderen. De subsidiëring van het TV-gymnastiekprogramma Nederland in Beweging-TV, dat vooral op 55plussers mikt, wordt voortgezet. Dit programma wordt dagelijks door ruim 200 000 mensen bekeken die ook actief meedoen. In het kader van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) wordt in het aandachtsgebied «sport» nadruk gelegd op laagdrempelige sporten als wandelen en fietsen. Binnen de aandachtsgebieden «wijk» en «zorg» van het NASB zullen ouderen relatief veel aandacht krijgen.

305

Hoe wordt de effectiviteit van de massamediale voorlichtingscampagnes gericht op het vergroten van de kennis van mensen over gezondheid en bewegen, gemeten?

De ontwikkeling van de kennis over de gezonde dagelijkse hoeveelheid bewegen wordt gemeten in de permanente enquête Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN). Bij de evaluatie van de Postbus 51 spotjes wordt eveneens gevraagd naar kennis over bewegen.

De op deze wijze verkregen gegevens verschaffen ook een beeld van de effectiviteit van de voorlichtingscampagnes.

306

Op welke fronten tekenen de resultaten van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen zich af?

Het is nog te vroeg om effecten van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (in hoofdlijnen uitgebracht in 2005 als onderdeel van de nota Tijd voor Sport) te verwachten.

307 en 314

Waar dient het onderzoek toe om de kennis van en informatie over het sporten en bewegen te vergroten? Wie gaat dit onderzoek uitvoeren en op welke termijn kunnen de onderzoeksresultaten worden verwacht? Waaraan worden de subsidies om de kennis van, informatie over en samenwerking in de sport te vergroten besteed?

In algemene zin is kennis en informatie onmisbaar om een realistisch en effectief beleid te kunnen voeren. Met name bij het stimuleren van sport en bewegen zijn er nog veel onbeantwoorde vragen. Vandaar dat op dit terrein de ondersteuning door onderzoek extra aandacht krijgt. Diverse instanties zullen met onderzoek en informatieverzameling belast worden. Het evalueren van verschillende soorten beleidsinterventies vormt een belangrijk studieobject. TNO en ZON-MW zijn onder andere organisaties waarmee programmatische onderzoeksafspraken (meestal vierjarige) zijn gemaakt. De resultaten zullen evenwel op basis van tussenrapportages de komende jaren al beschikbaar komen. De taak om resultaten van onderzoek beschikbaar te stellen en toegankelijk te maken voor het veld ligt in handen van onder meer NISB en NIGZ.

308

Waarop is de streefwaarde van 65% in 2010 gebaseerd voor het percentage van de Nederlandse bevolking dat voldoet aan de beweegnorm of de fitnorm?

De streefwaarde van 65% van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) is gebaseerd op de cijfers van de permanente enquête Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN), gepubliceerd door TNO. In 2004 was de waarde 60%. Uit onderzoek van RIVM en TNO («Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht», 2005) is af te leiden dat een stijging van 5 procentpunten haalbaar is.

309

Welke concrete doelen worden gesteld ten aanzien van de samenwerking van betrokken partijen bij gezonde en verantwoorde sportbeoefening?

De doelstellingen van het Kabinet m.b.t. gezonde en verantwoorde sportbeoefening richten zich vooral op:

- het kwaliteitsbeleid in de sportgeneeskunde;
- de sportmedische begeleiding van topsporters;
- doelgerichte blessurepreventieprogramma's.

Kwaliteitsbeleid in de sportgeneeskunde

Doel is een verdere ontwikkeling en toegankelijkheid van de sportgeneeskunde. De sportgeneeskunde heeft zich de afgelopen tijd ontwikkeld tot een herkenbare discipline met een breed onderzoeksterrein. Thans buigt de NZA zich over de vraag of er een bepaalde mate van regulering en erkenning van de sportgeneeskunde als «gewoon specialisme» mogelijk is met betrekking tot de tarieven. Voor de financiering van de opleiding tot

sportarts wordt gekeken naar een alternatief voor de huidige wijze van bekostiging. Verder wordt de ondersteuning van de kwaliteitsverbetering en -borging voortgezet via de Vereniging voor Sportgeneeskunde. Daarnaast wordt ingezet op betere afstemming van activiteiten en samenwerking tussen de betrokken partijen in het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg (LPS). In dit kader zullen in een aantal regio's samenwerkingsprojecten starten tussen sportartsen, sportfysiotherapeuten, huisartsen en andere relevante medische disciplines. Om de herkenbaarheid van het sportzorgaanbod te vergroten is de site www.sportzorg.nl ontwikkeld door de VSG (sportartsen) in samenwerking met de NVFS (sportfysiotherapeuten) en het RIVM.

Sportmedische begeleiding van topsporters

De sportmedische begeleiding van topsporters wordt doelmatiger ingericht. De begeleiding wordt meer geconcentreerd aangeboden in plaats van via alle landelijke sportorganisaties afzonderlijk. Het is de bedoeling dat deze begeleiding na 2007 wordt aangeboden door drie of vier Topsport Medische Centra (TMC's). De keuze van deze centra gebeurt op basis van onafhankelijke kwaliteitscriteria.

Doelgerichte blessurepreventieprogramma's

De doelstelling van de blessurepreventieprogramma's is een daling van sportblessures per 1000 uur sportbeoefening met 10% van 1,0 naar 0,9 letsels in 2010. Verschillende partijen zoals NOC*NSF, VSG, Consument en Veiligheid en TNO werken daartoe samen in het Platform Monitoren Sportblessures.

310

Wat verklaart de grote toename van de te investeren projectsubsidies in de sport vanaf 2008? Waaraan worden de projectsubsidies meer specifiek besteed?

De toename van de te investeren projectsubsidies voor «Gezond door sport» in 2008 hangt vooral samen met de uitvoering van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB). In de nota «Tijd voor sport» is het NASB aangekondigd en zijn hiervoor extra middelen vrij gemaakt binnen de begroting.

Het NASB wordt momenteel uitgewerkt in een beleidskader, dat afgestemd wordt met de programma-managers: het NISB voor de aandachtsgebieden Wijk, School, Werk en Zorg en NOC*NSF voor het aandachtsgebied Sport.

De uitvoering van het NASB gebeurt in verschillende fasen. In fase 1 (2006 en 2007) wordt met name geïnvesteerd in experimenten en methodiekontwikkeling via proefimplementaties. In fase 2 worden de «bewezen» kansrijke concepten/producten landelijk verspreid.

Deze concepten/producten zijn laagdrempelig (inpasbaar en lage kosten), praktisch uitvoerbaar, flexibel (voor meerdere situaties werkbaar) en met een goed perspectief met blijvende effecten voor de lange termijn en derhalve tenminste kosteneffectief. Mede daarom zullen de concepten/producten zoveel mogelijk moeten worden ingebed in lokale en regionale structuren.

De programma-managers werken in de eerste fase in overleg met de betrokken partners aan de verdere ontwikkeling van deze concepten/producten, testen deze concepten/producten door middel van pilots en stellen op basis hiervan activiteitenplannen op voor het verder uitrollen van bewezen concepten/producten vanaf 2008.

Binnen het aandachtsgebied Wijk wordt vooral geïnvesteerd in de «community-aanpak». Dat wil zeggen een kleinschalige, bottom-up aanpak op buurt- of wijkniveau. Voorbeelden van bewezen concepten zijn het «Groninger Actief Leven Model» (GALM) en «Hartslag Limburg». Kansrijk zijn «Communities in Beweging» (CiB's) en «Woerden Actief».

Succesvolle en kansrijke concepten binnen het aandachtsgebied Zorg zijn «Bewegen op recept» en «KNGF-beweegprogramma's», waarbij de focus met name gericht is op mensen met een chronische aandoening of een handicap.

Bij het aandachtsgebied Werk zal vooral ingezet worden op werkenden met een zittend beroep. Daarbij zal aangesloten worden bij de «Denktank Sport, bewegen en arbeid» van TNO en NIGZ en bij het «Bedrijfsloket sport» van NOC*NSF. Ook het woon-werkverkeer krijgt aandacht via concepten als «Fietsen naar het werk» en «Fietsen scoort».

Het bevorderen van lopen en fietsen naar school is één van de onderwerpen binnen het aandachtsgebied School. Voorbeeldconcepten op dit terrein zijn «Actief naar school» en «Trappen scoort».

Binnen het aandachtsgebied Sport krijgen laagdrempelige sporten bewegingsvormen prioriteit. Voorbeelden van lopende projecten zijn «Nordic Walking», «Start to run» en de «Nationale Fietsmaand».

311 en 313

Waarop is de streefwaarde van 38% in 2010 gebaseerd als percentage van de Nederlandse bevolking dat lid is van een sportvereniging?

Vindt u de doelstelling om het percentage leden van een sportvereniging in zeven jaar tijd met twee procent te laten toenemen ambitieus genoeg? Zo ja waarom? Zo neen, waarom niet?

Er is gekozen voor het percentage mensen dat lid van een sportvereniging is. Uit onderzoek blijkt dat ruim eenderde van alle Nederlanders lid is van een of meer sportverenigingen. In absolute aantallen gaat het dan om ruim 4 miljoen mensen. Vergeleken met andere EU-landen staat Nederland hiermee aan de top. Er is echter de laatste jaren sprake van een stabilisering van dit percentage. De georganiseerde sport wordt ondersteund bij het vergroten van het aandeel verenigingssporters. Het lid worden van een sportvereniging is van veel factoren afhankelijk. Met de inzet zoals geformuleerd in «Meedoen allochtone jeugd door sport» en «Nieuwe sportmogelijkheden» en natuurlijk de inspanningen van de sport zelf, is het streven naar méér leden ambitieus en realistisch.

312

Waarop is de streefwaarde van 13% gebaseerd als percentage van de Nederlandse bevolking dat als vrijwilliger in de sport actief?

De gegevens over het vrijwilligerswerk in de sport zijn gebaseerd op het Algemeen Voorzieningen Onderzoek.

Bij een groeiend aantal sportbeoefenaren blijft het aandeel sportvrijwilligers op de Nederlandse bevolking de laatste jaren vrijwel constant (11%). Dat legt een steeds grotere druk op het bestaande kader. Vanuit het sportbeleid en sportprogramma wordt gestreefd naar het verhogen van het aandeel vrijwilligers tot 13%. Zo'n stijging kan gerealiseerd worden als het vrijwilligerswerk in de sport op verschillende fronten gefaciliteerd wordt. Dat varieert van deskundigheidsbevordering tot het wegnemen van beperkende regelgeving en het terugdringen van administratieve lasten.

313

Zie het antwoord op vraag 311.

314

Zie het antwoord op vraag 307.

315

Welke doelstellingen stelt de regering met betrekking tot de bevordering van sport en beweging op school? Wat moet kinderen minimaal worden geboden? Wanneer gaat u dat bereiken?

Het onderwijs legt de basis voor een gezonde en sportieve leefstijl. Op school en via naschoolse activiteiten kunnen jongeren worden bereikt en kan optimaal gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden om jongeren te laten bewegen. De kabinetsnota «Tijd voor Sport» heeft tot doel dat in 2010 op 90% van alle scholen elke leerling dagelijks kan sporten binnen en buiten de schooluren. Daarbij is de inzet zowel gericht op de versterking van de kwaliteit van het bewegingsonderwijs als op versterking van de relatie tussen school en sport. Om dit te realiseren is sprake van samenwerking tussen school en sport op het vlak van een gezamenlijk sport- en beweegaanbod, kaderfuncties en opleidingen en multifunctionele accommodaties. Hiertoe is een Alliantie School en Sport gesloten tussen OCW, NOC*NSF en VWS.

316

Welke concrete doelen stelt u voor de sportdeelname van mensen met een beperking? Hoeveel meer mensen met een beperking zal de mogelijkheid worden geboden in 2007 om te gaan sporten?

Er bestaat op landelijk niveau onvoldoende zicht op de sportdeelname van mensen met een beperking. Om zicht te krijgen op de vraag naar en het aanbod van sporten voor mensen met een beperking, wordt in 2007 gestart met een grootschalig onderzoek. Mede op basis van de gesignaleerde behoefte aan sport en de mate waarin mensen met een beperking aan sport en bewegen (willen) doen, zullen concrete doelen worden geformuleerd en met partners prestatieafspraken worden gemaakt. Het ingezette beleid gericht op organisatorische integratie van de gehandicapten-sport bij bonden en verenigingen wordt voortgezet in samenwerking met NebasNsg en NOC*NSF.

317

Zie het antwoord op vraag 248.

318

Hoeveel allochtone jongeren zullen extra gaan sporten als gevolg van het ingezette beleid voor het jaar 2007?

Met de partners in het programma Meedoen allochtone jeugd door sport (11 gemeenten en 9 sportbonden) zijn resultaatafspraken gemaakt over de inzet van 500 sportverenigingen ten behoeve van preventie- en zorgtrajecten voor allochtone jeugd. Sportdeelname is voor deze trajecten uiteraard wel een voorwaarde. Daarom hebben de partners zich ook gecommitteerd aan een inspanningsverplichting om de achterstand in de sportdeelname – en dan met name in de georganiseerde sport – van allochtone jeugd in te lopen. Landelijk houdt dit een toename in van 15% allochtone jeugdleden bij sportverenigingen. Momenteel wordt bezien hoe dit percentage per tak van sport en per gemeente moet worden vertaald. Hoeveel allochtone jongeren er in 2007 extra sporten kan op voorhand niet worden gezegd; de afspraken met de partners zijn gemaakt voor de periode 2006 t/m 2010. Wel wordt de realisering van de afspraken

nauwlettend gevolgd. Eind 2006 wordt een nulmeting gehouden en vervolgens zal jaarlijks monitoring plaatsvinden.

319

Waar gaat de gedragscode sportiviteit en respect toe dienen? Wie zijn er aan gehouden? Hoe gaat u dit handhaven?

In de nota «Tijd voor sport» is aangegeven dat het kabinet graag zou zien dat sportorganisaties en supportersverenigingen met hun leden afspraken maken over regels voor goed gedrag in de sport. De betrokken organisaties worden opgeroepen een gedragscode te ontwikkelen die betrekking dient te hebben op goed gedrag van bestuurders, sporters, trainer en coaches, ouders en alle anderen die direct bij sport betrokken zijn. Bij het opstellen van gedragscodes kan de sportwereld gebruik maken van de Handreiking Gedragscodes die zeer recent is gepubliceerd door de Stichting Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid. Deze handreiking is ontwikkeld in het kader van het Actieplan tegen geweld dat het kabinet heeft geformuleerd en in november 2005 aan de Kamer gezonden (TK 2005–2006, 28 684, nr. 65). Kern van de handreiking is, dat uit evaluatie blijkt dat het meeste effect wordt bereikt wanneer een gedragscode door de direct betrokkenen zelf is opgesteld. De handhaving van de naleving van de overeengekomen codes is een zaak van de sportorganisaties zelf.

320

Kunt u de doelstelling tot «het structureel verbeteren van het lokale sportaanbod» verder operationaliseren? Wat wordt concreet in 2007 op dit vlak bereikt?

Het structureel verbeteren van het lokale sportaanbod wordt geconcretiseerd via de meerjarige ondersteuning van tenminste 12 proeftuinen, verspreid over Nederland. In een proeftuin werken meerdere sportverenigingen samen aan een vernieuwend aanbod met als doel meer sporters aan de georganiseerde sport te binden. De proeftuinen worden gericht op diverse thema's zoals innovatieve sportconcepten, naschoolse activiteiten en dagarrangementen. Specifieke doelgroepen zijn ouderen, jongeren en sporters met een beperking. De proeftuinen starten in 2007. In 2008 kan aangegeven worden wat de eerste bevindingen en opbrengsten zijn van de proeftuinen.

321

Zie het antwoord op vraag 303.

322

Bij de plenaire behandeling van de WMG heeft de minister toegezegd met een visie te komen op meer samenhang in ZBO-structuren en adviesraden bij VWS. Wanneer kan deze visie worden verwacht en hoe past dit in het meerjarenbeeld van de apparaatsuitgaven?

In mijn brief van 9 augustus 2006 (Tweede Kamer, 30 186, nr. 57) heb ik u op de hoogte gesteld van de afbakening en herziening van de VWS-adviesstructuur. Daarin heb ik een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de adviesorganen en anderzijds organen als het College voor Zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit, die hoofdzakelijk andere taken uitvoeren dan het uitbrengen van adviezen. Over de koers voor de zbo-structuur voor zorgzbo's heb ik u reeds geïnformeerd in mijn brief van 27 mei 2005 (Tweede Kamer, 29 689, nr. 7).

323

Op welke wijze rechtvaardigt de regering een verdere budgetvermindering voor het SCP, bij toenemende complexiteit van de kerntaken van het Planbureau en de ontwikkeling van nieuwe ramingsmodellen?

De neerwaartse bijstelling van het budget van het SCP van 2006 naar 2007 zoals die in de begroting valt af te lezen is het gevolg van een verzoek van het SCP zelf. Het betreft een technische mutatie: een boekhoudkundige verrekening tussen ontvangsten en uitgaven van € 580 000, die materieel geen wijziging inhoudt voor het SCP.

324

Op welke wijze rechtvaardigt de regering de verdere budgetvermindering van de Gezondheidsraad, bij toenemende complexiteit van de wetenschappelijke en maatschappelijke vraag en de eis dat ook deze raad zich breed internationaal moet kunnen oriënteren?

In de afgelopen periode heeft de hele rijksoverheid, niet alleen de adviesraden, moeten inleveren. De motie-Verhagen uit september 2004 hield voor de adviesraden van de overheid een extra korting van € 5 miljoen structureel in. In vergelijking echter met de andere adviesraden heeft VWS de bezuinigingsoperatie in zijn uitwerking de Gezondheidsraad echter het minst laten treffen. Inmiddels is de opheffing van de RMO bij brief van 20 oktober 2006 stopgezet in afwachting van een completer eindbeeld over de toekomst van het adviesstelsel.

Onverlet de bezuinigingen beschikt de Gezondheidsraad nog steeds over een aanzienlijk budget. De begroting voor 2007 van de Gezondheidsraad is € 3,7 miljoen (exclusief € 1 miljoen voor de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek). De begroting is opgebouwd uit bijdragen van VWS, VROM, SZW en LNV.

De bijdrage van VWS aan de begroting van de GR is in 2007 en 2008 € 4,376 miljoen en daarna € 4,276 miljoen (Hierin is de CCMO verdisconteerd). Het departement houdt inmiddels rekening met de situatie door een bewuste inperking van het jaarlijks aantal adviesaanvragen. Aan de recent tot stand gekomen internationale samenwerking van de gezondheidsraad met zusterinstellingen in Europa heb ik van harte gestimuleerd met een bijdrage voor enkele jaren zodat de GR initiatieven kon nemen met onder andere Finse en Belgische collegae.

325

Bij brief van 26 september 2006 geeft de minister aan dat de capaciteit van de IGZ licht is toegenomen, en dat er een forse verschuiving van overhead naar primair proces heeft plaatsgevonden. Toch zijn de taakhoudelijke verschillen tussen het plaatje van de Inspectie in 2002 en dat van de Inspectie anno 2006/7 onvoldoende zichtbaar in het personele vergelijk en constateren we dat de IGZ met minder inspecteurs veel meer en complexere taken moet verrichten. Daarnaast is het verloop bij de organisatie groot, terwijl het maatschappelijk gewicht van de Inspectie alleen maar toeneemt. Op welke wijze denkt de regering met name de kwaliteitsondersteunende, prestatie-indicatoren vormende en patiëntinformerende taken van de Inspectie voldoende vorm te kunnen geven binnen het gegeven budget?

De inspectie heeft bij de reorganisatie die in juli 2006 is afgerond voor een andere functie-opbouw gekozen die aansluit bij de methodiek van gelaagd en gefaseerd toezicht. Deze methodiek valt uiteen in een fase van informatieverzamelen en op basis daarvan risico's detecteren (fase 1), de risicovolle instellingen bezoeken (fase 2) en wet- en regelgeving handhaven (fase 3). Naast de functie van inspecteur zijn er nu nieuwe functies van toezichtmedewerker en van programmamedewerker. De programmamedewerkers ondersteunen bij de informatieverzameling en -verwerking. De toezichtsmedewerkers doen relatief eenvoudig inspectiewerk. Hierdoor kan de inspecteur zich concentreren op de zwaardere en complexere

inspectietaken. Bovendien is de managementlijn versterkt. Feit is dat er in 2006 112 inspecteurs zijn (48 minder dan in 2002). Hun inhoudelijke ondersteuning is echter kwantitatief en kwalitatief toegenomen: 51 toezicht-medewerkers en 52 programmamedewerkers (tegen 88,5 administratief medewerkers in 2002). Het aantal medewerkers in het primair proces is in 2006 met 50 toegenomen ten koste van de overhead.

Het verloop bij de inspectie was in 2005, met name door de mogelijkheden van uittreding op basis van de zogenoemde «Remkesregeling» relatief hoog. Dit jaar is het verloop met 17 vertrekkers op het totaal van 396 mensen 4,5 procent. Het merendeel van de vertrekkers (12) behoort niet tot de inspecteursgroep. Zeker in een jaar van reorganisatie is dat een relatief laag percentage.

Ik heb de inspectie voor voortzetting van haar kwaliteitsondersteunende werkzaamheden op het terrein van prestatie-indicatoren een bedrag van € 200 000 ter beschikking gesteld. In het kader van mijn kwaliteitsbeleid waarin de IGZ een belangrijke rol speelt, heb ik een extra bedrag van € 1 miljoen aan het IGZ-budget toegevoegd.

De inspectie heeft begin oktober het zogenoemde IGZ-loket geopend. Hier kunnen burgers, beroepsbeoefenaren en bedrijven terecht voor informatie, klachten en meldingen. Dit loket verhoogt de efficiency van de behandeling van meldingen. Ook hieraan levert de nieuwe functie-opbouw een belangrijke bijdrage.

Met deze maatregelen acht ik de IGZ in staat om ook op langere termijn adequaat toezicht te houden en flexibel in te springen op veranderingen in de zorg.

326

Waarom zijn de begrotingen van het CVZ en de NZa niet in deze begroting verwerkt? Waar zijn deze te vinden?

De geraamde uitgaven van het CVZ en de NZa zijn in deze begroting verwerkt in artikel 98 «Algemeen» onder de operationele doelstelling «Beheer en toezicht stelsel». Een uitsplitsing van de bedragen voor de verschillende Zorg-ZBO's is bovendien te vinden in de bijlage «ZBO's en RWT's» op pagina 188 van de begroting. Hierin valt af te lezen dat er in 2007 € 23,6 miljoen voor de NZa en € 40 miljoen voor het CVZ beschikbaar is.

327

Waarom nemen de programma-uitgaven met € 2 miljoen in 2011 af?

Artikel 99 heeft een technisch-administratief karakter. Er worden onder andere taakstellingen op het artikel geplaatst die nog niet aan de beleidsartikelen zijn toegedeeld. Hierdoor kan een negatief saldo op het artikel ontstaan. Daarnaast worden middelen voor loon- en prijsbijstelling geplaatst, voordat die middelen worden verdeeld over de beleidsartikelen. De programma-uitgaven nemen toe in 2011 (- € 14 541) ten opzichte van 2010 (- € 16 644), omdat de bij voorjaarsnota 2006 aan VWS toegekende reeksen voor structurele loonbijstelling en prijsbijstelling oplopen in 2011.

328

Klopt het dat de subsidie voor de pijnkenniscentra is ingetrokken? Wat is de reden daarvan?

Het voornemen om de subsidie per 31 december 2007 in te trekken is zowel mondeling als schriftelijk diverse malen gecommuniceerd aan de pijnkenniscentra (PKC's). In 1994 werden de PKC's opgericht en ondergebracht bij de universitair medische centra (umc's) om het niveau van pijnbehandeling te verbeteren. Concreet ging het om wetenschappelijk onderzoek naar pijn en implementatie van de ontwikkelde kennis. De

overweging was dat een tijdelijke impuls noodzakelijk was om in de zorgvraag van toenemende groep pijnpatiënten te voorzien. Inmiddels is in twaalf jaar tijd een behoorlijke vooruitgang geboekt en is een goed functionerend netwerk ontstaan rond het domein pijn. Ook zijn in deze periode via ZON/MW drie achtereenvolgende onderzoeksprogramma's voor pijn uitgerold. Wanneer het gaat om verder wetenschappelijk onderzoek ligt er een duidelijke taak bij de umc's, waartoe zij de academische component ontvangen. Mijn opvatting is dat het onderwerp pijn als deelaspect ondergebracht moet worden in toekomstige onderzoeksprogramma's. Het stoppen van de subsidie aan de PKC's past tevens in het subsidiebeleid dat met ingang van 2004 is geïntroduceerd, beschreven in de nota «Kennis, innovatie, meedoen» (KIM): geen structurele instellingsubsidies, projectsubsidies alleen wanneer een vernieuwing niet vanzelf tot stand komt, indien er meerdere veldpartijen bij betrokken zijn en de overheid bij de realisatie ervan een rol heeft.

De diagnostiek en behandeling van pijnpatiënten is mede door de PKC's op een hoger plan gebracht. Het netwerk dat is ontstaan behoeft geen separate financiering meer. Ik meen dat daarmee de pijnproblematiek en de bijbehorende zorgvraag binnen de reguliere kaders van het zorgstelsel is teruggebracht, en dat de subsidie aan de PKC's beëindigd kan worden.

329 en 330

Kan een vergelijkend overzicht worden gegeven van het percentage van het bruto BKZ dat met eigen betalingen wordt bekostigd, van 2003 t/m 2007?

Hoeveel (in euro's) is/wordt in de periode 2003–2007 per jaar opgebracht uit eigen bijdragen?

Onderstaand overzicht geeft een uitsplitsing van de BKZ-uitgaven.

	2003	2004	2005	2006	2007
Netto-BKZ	41 524,4	42 774,7	42 493,1	44 058,6	46 375,0
Eigen betalingen	2 126,3	2 204,1	3 853,2	3 856,9	3 711,9
Bruto BZK	43 650,7	44 978,8	46 346,3	47 915,5	50 086,9
<i>Bedragen in € miljoen</i>					
Eigen betalingen als % van bruto BKZ	4,9%	4,9%	8,3%	8,0%	7,4%

Bron: VWS

331

Wat is de reden dat de eigen betalingen in 2007 zijn gedaald ten opzichte van het bedrag in de begroting van 2006? Wat valt er wel en wat niet onder de eigen betalingen?

Onder de eigen betalingen vallen de volgende posten:

- No-claim ZVW (het bedrag dat ten gevolge van gebruik van zorg niet aan de verzekerde wordt terugbetaald)
- Eigen risico ZVW
- Eigen bijdragen AWBZ

De daling van de raming voor eigen betalingen 2007 heeft betrekking op de eigen bijdragen AWBZ. Het betreft een technische oorzaak die samenhangt met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). In dit kader zijn middelen overgeheveld naar het gemeentefonds. Binnen de AWBZ werden ook eigen bijdragen ontvangen voor de onderdelen (huishoudelijke verzorging) die naar de Wmo zijn overgeheveld. Doordat deze bijdragen binnen de AWBZ komen te vervallen zijn de eigen betalingen in 2007 lager dan in 2006.

332

Waardoor stijgen de prijzen van fysiotherapie zo snel, los van reguliere loonstijgingen? Welke relatie heeft dit met marktwerking? Hoe wordt getracht die prijsstijging te beperken?

Bij het experiment vrije prijsvorming fysiotherapie is de prijsregulering voor fysiotherapie losgelaten. De prijsontwikkeling die zich in 2005 (en 2006) voordeed kan voor een belangrijk deel worden beschouwd als een inhaaleffect op in het verleden afgewezen tariefverzoeken. De tarieven voor 2006 zijn ten opzichte van 2005 (netto) met vijf procent gestegen. Daarmee is een afvlakking ontstaan van de in 2005, met de start van het experiment, ingezette tariefstijging. De verwachting is dat de markt voor 2007 verder zal stabiliseren en de prijsontwikkeling tot rust zal komen. Zorgverzekeraars zullen onder de Zorgverzekeringswet hun rol als zorginkoper beter waar kunnen maken. Bij brief van 10 juli 2006 heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn reactie op het rapport «Monitor fysiotherapie 2006» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Samen met de NZa ben ik daarbij tot het oordeel gekomen dat de markt voor fysiotherapie zich langzamerhand uitkristalliseert. Om deze ontwikkeling meer ruimte te geven, heb ik besloten om het experiment met één jaar tot 1 januari 2008 te verlengen.

333

Hoe is de teruggave van no-claimregeling 2005 verdeeld over de leeftijdscohorten?

In mijn brief aan de kamer (Tweede Kamer, 2004/2005, 29 483, nr. 25) heb ik een verdiepingsslag van de no-claimevaluatie toegezegd. «Met deze verdiepingsslag op micro-niveau kunnen ondermeer de zogeheten remgeldeffecten van de no-claimteruggaaf beter in kaart worden gebracht. Daarnaast kan hiermee worden bezien bij welke categorie verzekeren en bij welke categorie verstrekkingen de no-claimteruggaaf de meeste invloed uitoefent op de zorgconsumptie en de zorgkosten.» In deze tweede fase van de evaluatie van de no-claimteruggaaf kan een indicatie worden gegeven over de verdeling van de no-claimteruggave over leeftijdscohorten. Deze gegevens uit deze evaluatie komen niet eerder dan het voorjaar 2007 beschikbaar en zullen in juni aan de Kamer worden gerapporteerd.

334

Zie het antwoord op vraag 84.

335

Kunt u toelichten wat met de ombuigingsbijdrage werd beoogd, en waarom exact werd geoordeeld dat deze in strijd was met de wet dan wel met enig beginsel van behoorlijk bestuur?

Met de ombuigingsbijdrage werd beoogd een budget- c.q. tariefverlaging van 0,8% met ingang van 1 juli 2003 te bewerkstelligen. Het college van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) heeft in september 2005 de bezwaren, gericht tegen de ombuigingsbijdrage als zodanig, verworpen. Wél had het College er bezwaar tegen dat de ombuigingsbijdrage in 2003 materieel met terugwerkende kracht is toegepast. Naar aanleiding hiervan is besloten om de (incidentele) extra korting voor de periode 1 juli 2003 tot en met 31 december 2003 terug te draaien.

336

Kan een toelichting worden gegeven op de aanvankelijke noodzaak van een intertemporele schuif en op de noodzaak deze in 2006 weer ongedaan te maken?

Op het moment van opstellen van de begroting 2006 leken zich enkele knelpunten voor te gaan doen binnen de AWBZ in 2005. Ter dekking van deze knelpunten werd € 34 miljoen van de groeiruinimte voor 2006 naar voren gehaald. Bij 2e suppletore wet 2005 is, op basis van gegevens van NZa en CVZ geconcludeerd dat deze knelpunten zich toch niet voor leken te gaan doen en is de schuif teruggedraaid (TK 2005–2006, 30 391 XVI, nr. 2 pagina 6 onder «AWBZ»). Achteraf gezien is dat ook terecht gebleken. De meerjarige doorwerking van het terugdraaien van de schuif bij 2e suppletore wet 2005 is in de 1e suppletore wet 2006 opgenomen (Tweede Kamer, 2005–2006, 30 560 XVI, nr. 2 pagina 10 onder «diversen»).

337

Zie het antwoord op vraag 85.

338

Is de macrokorting op ziekenhuizen vanaf 2007 nu € 291 miljoen of het spiegelbeeldige bedrag € 192 miljoen? Welke redenen zijn er om te veronderstellen dat die kostenreductie haalbaar is?

Zoals in de begroting is aangegeven, is er sprake van een structurele tegenvaller van € 192 miljoen in 2006 die naar verwachting in 2007 met € 99 miljoen verder zal oplopen tot € 291 miljoen. De macrokorting die nu wordt doorgevoerd heeft betrekking op € 192 miljoen vanaf 2007. Indien partijen er zelf in slagen om de uitgavenontwikkeling ziekenhuizen in 2007 weer in lijn te brengen met het budgettaire kader zorg, is een aanvullende maatregel van € 99 miljoen niet nodig.

Uit onderzoek en eigen ervaringen van ziekenhuizen die meedoen aan het programma Sneller Beter blijkt dat er door efficiëntere bedrijfsvoering (doelmatiger inkoop e.d.) en efficiënter werken nog grote besparingen mogelijk zijn.

339

Zie het antwoord op vraag 85.

340

Hoeveel is er in totaal beschikbaar voor de doelmatigheidsimpuls verpleeghuizen? Welk bedrag is nog beschikbaar voor het vijfde jaar (2011)? Waarom is te verwachten dat na de doelmatigheidsimpuls voor vijf jaar voor de verpleeghuiszorg, deze daarna niet langer noodzakelijk wordt geacht?

Voor een periode van 5 jaar zal, onder voorwaarden, € 430 miljoen voor de verpleeghuissector beschikbaar worden gesteld. In 2011 is € 32 miljoen beschikbaar. Door de stijging van de arbeidsproductiviteit zullen minder middelen nodig zijn voor de extra te leveren uren zorg aan het bed. Met andere woorden, de doelmatigheidsimpuls zal moeten worden «inverdiend» door verbetering van de arbeidsproductiviteit (zie brief van 20 september 2006; Tweede Kamer, 30 800, XVI, nr. 3).

341

Wat is de omvang van het actuele bouwprogramma (ofwel investeringen) waarop de exploitatielasten geraamd zijn? Hoe verhoudt zich dit naar regio's? Wat zijn de meest omvangrijke meerjarenprojecten?

In de tabel nr. 4 op blz. 153 zijn de enkelvoudige mutaties in exploitatielasten opgenomen voor de jaren 2006 tot en met 2010. Het gaat hier alleen om vergunningsplichtige instandhoudingsbouw, d.w.z. dat uitbreidingsprojecten, renovatieprojecten en kleinschalige woonvoorzieningen hier niet in zijn opgenomen.

Een rechtstreekse vertaling in investeringskosten hiervan is niet goed mogelijk, omdat de exploitatielast in een bepaald jaar een gevolg is van investeringen die in de voorafgaande jaren zijn gedaan en dat is voor elk project per jaar anders verdeeld. Een ander aspect is dat door de vele huurprojecten de relatie investering-exploitatielast niet meer 1 op 1 is. Ook in de actuele bouwprogramma's hanteren we daarom de exploitatielast van de projecten.

Een vóórverdeling van middelen per regio wordt niet meer gemaakt. Bepalend voor het bouwprogramma is welke bouwprojecten, op basis van hun individuele parameters, in aanmerking komen voor prioritering. Dit zal ook zo gaan onder het regime van de WTZi met prioriteitscriteria. de volgende initiatieven zijn geselecteerd op de omvang van de exploitatie gevolgen:

Verpleeghuizen:

1. De Halderhof te Bennekom, vervangende nieuwbouw
2. Sammersbrug te Den Haag, renovatie en omvorming tot gecombineerd verpleeghuis
3. De Hazelaar te Tilburg, renovatie en vervangende nieuwbouw

Verzorgingshuizen:

1. St. Agnes te Heemskerk, renovatie en uitbreiding
2. Dr. Arienshuis Enschede te Enschede, vervangende nieuwbouw
3. St. Catharina te Bergen op Zoom, renovatie en vervangende nieuwbouw op twee locaties

Gehandicaptenzorg:

1. De Bruggen locatie Groene Hart Zuid te Zwammerdam, herstructurering hoofdlocatie
2. Dichterbij locatie Vizier te Gennep, vervangende nieuwbouw en deconcentratie
3. Op de Bies te Landgraaf, herstructurering hoofdlocatie

Algemene Ziekenhuizen:

1. Jeroen Bosch ziekenhuis te 's-Hertogenbosch, concentratie nieuwbouw
2. Isala klinieken te Zwolle, concentratie nieuwbouw
3. Reinier de Graaf Gasthuis te Delft, concentratie nieuwbouw

Psychiatrische ziekenhuizen:

1. Symphora Groep te Amersfoort, 2e fase Meregaard
2. Bouman GGZ te Capelle a/d IJssel, nieuwbouw kliniek
3. De Grote Rivieren te Dordrecht, uitbreiding capaciteit dmv nieuwbouw

342

Zie het antwoord op vraag 42.

343 en 348

Kan tabel 10 worden uitgebreid met de jaren 2003–2005?

Hoe hebben de beheerskosten/exploitatiesaldi zich in voorgaande jaren voor ziekenfondsen en particuliere verzekeraars ontwikkeld?

Zie onderstaande tabel.

	2003	2004	2005	2006	2007
Uitgaven					
– Zorguitgaven verzekeraars	22,4	22,7	22,9	25,0	25,4
– Bijdrage voor GGZ aan AFBZ				2,5	2,8
– Uitgaven intern.verdragen/rechtstreekse betalingen AK	0,4	0,5	0,6	0,2	0,2
– Beheerskosten/saldi verzekeraars	1,2	0,8	1,3	1,2	1,2
– Totaal	23,7	24,0	24,9	28,8	29,7
Inkomsten					
– Inkomensafhankelijke premie Zfw	10,7	10,1	10,3	14,5	14,9
– Nominale premie	10,0	9,1	7,6	9,8	11,1
– Rijksbijdrage Zfw	2,7	3,0	2,9	1,9	1,9
– Eigen betalingen	0,5	0,4	2,0	2,1	2,1
– Totaal	23,9	22,6	22,9	28,2	29,9

In 2006 doen zich enkele trendbreuken voor. Tot en met 2005 worden alleen de kosten van ziekenfondsverzekerden in het buitenland meege-
nomen. Vanaf 2006 de kosten van alle Nederlanders. Ook is er vanaf 2006
een bijdrage voor de GGZ. Daarnaast verschuift met ingang van 2006 een
deel van de uitgaven die tot en met 2005 rechtstreeks ten laste van de
Algemene Kas kwam naar verzekeraars. Eenvoudigheidshalve zijn alle
premies voor particuliere verzekeringen geboekt onder nominale premie.
Dit betreft voor een klein deel de inkomensafhankelijke premie die gold bij
de zogenaamde IZA-verzekering.

344

*Hoeveel betalen de werkgevers in 2006 op grond van de Zorgverzeke-
ringswet? Welk percentage is dat van de totale kosten? Hoeveel betalen zij
teveel, gemeten aan de 50/50 verdeling?*

Tabel Uitgaven Zvw 2006 in miljoen euro's per jaar

	Raming 2006	Realisatie 2006, d.w.z. de stand in de begroting 2007
Uitgaven verzekeraars	26 501	26 152
Rechtstreeks uitgaven GGZ	156	160
Bijdrage aan AWBZ voor Zvw	2 500	2 500
Totaal	29 157	28 812
Aandeel inkomensafhankelijk	14 580	14 470

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt betaald door verzekerden met en
zonder een werkgever. Van de totale inkomensafhankelijke bijdrage
betaalden werkgevers 84% en de verzekerden zonder werkgever 16%.
Het aandeel in 2006 van de werkgevers in de totale uitgaven van de Zvw
bedroeg 42%.

De 50/50 verhouding waaraan wordt gerefereerd in de vraag heeft geen
betrekking op de verhouding van de kosten, maar op de verhouding van
de inkomsten. De doelstelling is dat de inkomensafhankelijke premie
evenveel oplevert als de som van de nominale premie, de eigen beta-
lingen en de rijksbijdrage. Als dat het geval is, dan vormen de inkomens-
afhankelijke bijdragen de helft van de macro-premieopbrengst. De som
van de nominale premies, eigen betalingen en de rijksbijdrage wordt
thans geraamd op 13,7 miljard. De inkomensafhankelijke bijdrage bedraagt
14,5 miljard. De inkomensafhankelijke bijdrage is derhalve € 0,8 miljard te
hoog. De werkgevers betaalden daarvan 84% ofwel € 0,7 miljard.

345

Waarop is de opslagpremie van € 83, zoals vastgesteld door verzekeraars, gebaseerd?

Via de opslagpremie dienen verzekeraars kosten te dekken die ze niet kunnen financieren uit het bedrag dat ze ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds danwel uit de rekenpremie. Veruit de belangrijkste post hierbij vormen de beheerskosten voor zover die niet worden gedekt door de bijdrage ter dekking van de beheerskosten van kinderen (€ 1,2 miljard). In deze post is ook verwerkt dat verzekeraars ook in 2007 door concurrentie gedwongen zullen zijn om op hun reserves in te teren (€ 0,1 mld). In de raming van de beheerskosten is rekening gehouden met € 0,05 mld aan kosten in verband met premiederving in verband met wanbetalers. Via de opslagpremie kunnen verzekeraars ook rekening houden met ramingsverschillen tussen hen en het ministerie bij de zorguitgaven. Hiermee is geen rekening gehouden bij het opstellen van de raming.

346

Welk deel van de premiestijging Zvw wordt gecompenseerd door de toeslag voor alleenstaanden, gezinnen en AOW-ers met minimuminkomen, modaalinkomen, 1,5 keer modaal?

Stijging zorgpremie en zorgtoeslag (€)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	zorgpremie	zorgtoeslag	zorgtoeslag 2006	stijging (toetsings-) inkomen	(2) + (3) + (4)
Alleenstaande minimuminkomen	104	45	(44)	15	104
modaal	104	0			
1,5x modaal	104	0			
Gezinnen minimuminkomen	208	99	(88)	21	208
modaal	208	79	(88)	41	208
1,5x modaal	208	0			
AOW, alleenstaand minimuminkomen	104	45	(44)	15	104
modaal	104	0			
1,5x modaal	104	0			
AOW, gehuwd minimuminkomen	208	99	(88)	21	208
modaal	208	84	(88)	36	208
1,5x modaal	208	0			

In 2006 viel de gemiddelde nominale premie *lager* uit dan bij het vaststellen van de zorgtoeslag werd aangenomen. Het Kabinet heeft destijds besloten om de hoogte van de zorgtoeslag niet neerwaarts aan te passen. Daarom compenseert in 2007 de hogere zorgtoeslag de gestegen zorgpremie niet volledig.

Ik verwijs in dit verband ook naar de beantwoording van vraag 43.

347

Zie het antwoord op vraag 24.

348

Zie het antwoord op vraag 343.

349

Klopt het dat de werkelijke opslagpremie in 2006 lager was dan verwacht? hoe verhoudt dit zich tot de omvang van voorzieningen die in 2006 mede op verzoek van DNB zijn getroffen?

Gezien de hoogte van de premies 2006 lijkt de opslagpremie gemiddeld inderdaad lager te zijn vastgesteld dan verwacht. Ik heb echter geen inzicht in de wijze van premieberekening bij de zorgverzekeraars. In opdracht van DNB hebben een aantal verzekeraars wel een extra voorziening moeten vormen, als hun premiestelling niet kostendekkend zou zijn. Hiervan is door DNB in haar kwartaalrapportages verslag gedaan. In mei heeft DNB een inschatting gemaakt van deze voorziening, namelijk 300 à 400 miljoen euro.

350

Kan de Stichting Ouders en Verwanten van Drugsgebruikers (LSOVD) en het Nationaal Actiecomite Drugsoverlast (NAD) rekenen op structurele middelen voor hun werkzaamheden? Waarom wordt er slechts € 40 000 structureel uitgetrokken? Hoe verhoudt dit bedrag zich tot de € 100 000 waarover amendement 30 300 XVI, nr. 38 rept?

In navolging van het amendement Vietsch (30 300 XVI, nr. 38) zijn zowel de LSOVD als het NAD benaderd om een aanvraag voor subsidie in te dienen. De LSOVD heeft in 2006 een subsidie van € 60 000 ontvangen en het NAD een subsidie van € 40 000. Beide instellingen zijn uitgenodigd om ook voor 2007 een nieuwe subsidieaanvraag in te dienen. Hier is voor 2007 en verder € 100 000 voor begroot.

Op bladzijde 164 van de begroting van het ministerie van VWS worden de belangrijkste mutaties tussen beleidsartikelen weergegeven. Hier wordt vermeld dat een bedrag van € 40 000 structureel wordt overgeheveld van beleidsartikel 44 naar beleidsartikel 41 ten behoeve van uitvoering van het amendement 30 300 XVI. Dit is in lijn met het gestelde in het amendement. De overige € 60 000 wordt in dit overzicht niet genoemd omdat deze middelen binnen hetzelfde beleidsartikel voor de uitvoering van het amendement zijn gereserveerd.

351

Waaruit bestaat de structurele tegenvaller van € 3,6 miljoen?

Op dit artikel worden de ent-administraties en uitgaven voor ouder- en kindzorg geraamd en verantwoord. Ten behoeve van het Jaarverslag 2005 heeft op basis van voorlopige cijfers van de NZa een afrekening over het jaar 2005 plaatsgevonden. Bij een zgn. afrekening worden de voorlopige realisatiecijfers geconfronteerd met de actuele raming van VWS en waar nodig bijgesteld. Op basis van deze voorlopige cijfers leek zich een overschrijding van € 3,6 miljoen voor te doen bij de ent-administraties. Deze is in de 1e suppletore wet 2006 structureel verondersteld. Op basis van meer definitieve cijfers van de NZa heeft in juni wederom een afrekening plaatsgevonden, waarin bleek dat deze verwachte overschrijding bij de ent-administraties zich niet heeft voorgedaan. In dezelfde tabel op pagina 166 is dit te zien onder de belangrijkste nieuwe mutaties waar een meevaller van € 3,1 miljoen wordt gepresenteerd. Per saldo resulteren deze beide afrekeningen over 2005 voor 2006 en verder in iets hogere uitgaven voor Volksgezondheid (€ 0,5 miljoen) dan geraamd was.

352

Waarom worden er geen middelen ingezet voor de inningskosten van verzekerden in het buitenland in 2010 en 2011?

Het CVZ is als gevolg van de Zorgverzekeringswet aangewezen als zogenaamd bevoegd orgaan voor verdragsgerechtigden. Vanwege de toegenomen werkzaamheden als gevolg van de stelselwijziging met betrekking tot registratie, bijdrageheffing en -inning, bezwaarschriften en klantencontacten worden aan het CVZ wel degelijk extra middelen ter beschikking gesteld voor de uitvoering hiervan. Vanwege de tijdelijkheid van de toegenomen werkzaamheden zijn deze extra middelen gekoppeld aan de periode van 2006 tot en met 2009.

353

Waarom is er pas in 2011 een aanpassing van de rijksbijdrage voor kinderen in de Zorgverzekeringswet?

De bijstelling op pagina 167, waarnaar verwezen wordt in de vraag, hangt samen met het feit dat in eerste instantie in 2011 hetzelfde bedrag was verwerkt als in 2010, terwijl de rijksbijdrage wel dient te stijgen omdat de nominale premie ook van 2010 op 2011 zal stijgen.

354

Waarom is er een enorme toename (in 2006: 1 370 en in 2008: 37 370) in de middelen die worden overgeheveld van 2008 tot en met 2011 ter bevordering van ICT in de zorg en de activiteiten van VWS in het kader van administratieve lasten?

Het betreft hier een verdeling van de middelen voor administratieve lasten/ict die aanvankelijk op de aanvullende post waren gereserveerd. Bij de eerste suppletore wet/voorjaarsnota 2005 zijn al middelen voor 2006 en 2007 overgeheveld ter bevordering van ICT in de zorg en de activiteiten van VWS in het kader van administratieve lasten. Het totale beschikbare bedrag in de betreffende jaren laat geen toename zien.

355

Waarom worden er geen middelen beschikbaar gesteld na 2008 voor het verhogen van het aantal donoren terwijl er nog altijd een groot donoren tekort is?

Er worden structureel middelen beschikbaar gesteld voor het verhogen van het aantal donoren, het bedrag van € 4 miljoen dat in 2007 beschikbaar is voor het verhogen van het aantal donoren is incidenteel beschikbaar gesteld in verband met het opnieuw toezenden van een donorformulier aan ongeveer 800 000 niet-geregistreerde ingezetenen tussen de 45 en 50 jaar in 2007, de zogenaamde doelgroepenanschrijving.

356

Waarom wordt er geen geld overgeheveld voor de jaren 2007 en daarna om de kwaliteit in verpleeghuizen te verbeteren?

Naar aanleiding van het NZa-rapport over verpleeghuizen zijn voor 5 jaar € 430 miljoen aan extra middelen toegekend om meer handen aan het bed te organiseren.

De bedragen zijn verwerkt in de post verpleging en verzorging van de tabel premieuitgaven op blz. 175 van de begroting.

357

Waaruit bestaat de overheveling naar artikel 44?

Vanuit artikel 43 (Langdurige zorg) worden middelen overgeheveld naar artikel 44 (Maatschappelijke ondersteuning) voor de uitvoeringskosten van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze middelen worden vervolgens overgeheveld naar het Gemeentefonds.

358

Waarom stijgt de overheveling van middelen naar het Gemeentefonds in het kader van de invoering van de Wmo niet? De komende jaren zal de vraag naar maatschappelijke ondersteuning toch stijgen?

Het kabinet heeft met de VNG afspraken gemaakt over het bedrag, dat aan het Gemeentefonds moet worden toegevoegd om de huishoudelijke verzorging te kunnen uitvoeren. Daarbij geldt het principe van «schoon

aan de haak». Dit financiële arrangement gaat, net als bij de WWB-syste-
matiek, uit van een ijkjaar met vertaling van de uitkomsten van de analyse
van de realisatie nog in het lopende jaar in de gemeentelijke budgetten
voor het komende jaar. De VNG heeft er in het overleg sterk op aange-
drongen, dat bij invoering in 2007 het ijkjaar 2005 wordt gehanteerd, zodat
gemeenten tijdig zekerheid over het budget geboden wordt. De financiële
Wmo-informatie voor gemeenten heb ik onlangs geactualiseerd in de
septembercirculaire van BZK.

De bedragen zijn gebaseerd op het ijkjaar 2005. Uiteraard worden deze
bedragen, conform de afspraak met de VNG, geïndexeerd met een reële
index (het aantal extramuraal wonende 75+ ers) en de loon- en prijsindex.
In het arrangement is verder afgesproken, dat de onafhankelijke derde
(het SCP) de jaarlijkse ontwikkeling van de gerealiseerde uitgaven volgt.
De gemeten realisaties worden vervolgens geïndexeerd, waarna de onaf-
hankelijke derde adviseert of het aldus berekende budget past bij de
ramingen voor het volgende jaar. Zonodig wordt op basis van deze
rapportage het budget voor het volgende jaar bijgesteld.
Of de vraag naar maatschappelijke ondersteuning zal stijgen, zal in
belangrijke mate afhankelijk zijn van de wijze waarop individuele
gemeenten uitvoering aan de Wmo gaan geven.

359

*Kunnen alle bedragen rond de Wmo eens helder op een rijtje worden
gezet? Hoe is de ruim € 1,3 miljard opgebouwd? Welke eigen bijdragen
worden er nu betaald voor huishoudelijke zorg? Is het de veronderstelling
dat gemeenten dat bedrag ook minimaal moeten gaan «ophalen» aan
eigen betalingen?*

De begroting 2007 bevat een overheveling van ruim € 1,3 miljoen aan
premieuitgaven naar het Gemeentefonds in het kader van de invoering
van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze overheveling is
gebaseerd op de voorlopige realisatie over 2005 uit mei 2006.
De € 1,3 miljoen bestaat uit een bedrag voor huishoudelijke hulp
€ 1 194,7 miljoen voor zorg in natura plus € 118,3 miljoen voor persoons-
gebonden budget (pgb) voor huishoudelijke hulp. Daarnaast wordt een
aantal subsidieregelingen overgeheveld. Het gaat om: diensten bij wonen
met zorg € 22,9 miljoen, zorgvernieuwingsprojecten geestelijke gezond-
heidszorg (GGZ) € 6,7 miljoen en coördinatie vrijwillige thuiszorg en
mantelzorg (CVTM) € 22,5 miljoen (de overboeking van de overige € 10
miljoen voor de mantelzorg is afzonderlijk toegelicht op blz. 176). Daar-
naast wordt er voor een bedrag van € 27,0 miljoen voor uitvoeringskosten
Wmo overgeheveld vanuit de premie (de overige € 40 miljoen voor de
uitvoeringskosten Wmo worden gedekt uit begrotingsmiddelen).
Daarnaast zijn er nog een aantal begrotingsmiddelen overgeboekt naar
het Gemeentefonds. Zie hiervoor de mutaties op blz. 177 en 178.
In de septembercirculaire van Binnenlandse Zaken zijn de gemeenten
geïnformeerd over de budgetten voor 2007. Die verdeling is gebaseerd op
de werkelijke realisatie 2005 zoals die blijkt uit de gegevens van het CAK.
Het budget voor de huishoudelijke hulp bedraagt op basis van de werke-
lijke realisatie 2005 € 1 110,4 (€ 1 191,7 miljoen voor zorg in natura, plus
€ 115,7 voor persoonsgebonden budget (pgb) voor huishoudelijke hulp
minus € 197,0 miljoen voor eigen bijdrage zorg in natura).
Op basis van de werkelijke realisatie 2005 en de regels voor de eigen
bijdrage Wmo uit de Amvb bedraagt het bedrag aan eigen bijdragen
€ 197 miljoen. Bij de overheveling van de middelen voor de Wmo wordt
verondersteld dat de gemeenten dit bedrag kunnen vragen als eigen
betaling.