

Vergaderjaar 2006–2007

31 031 XVI

Jaarverslag en slotwet ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006

Nr. 5

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 11 juni 2007

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft over het Jaarverslag 2006 van het de ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 30 031 XVI, nr. 1) de navolgende vragen ter beantwoording aan de regering voorgelegd.

De regering heeft deze vragen beantwoord bij brief van 8 juni 2007.

De vragen en antwoorden zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Ferrier (CDA), Ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), Voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Van Gijlswijk (SP), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU).

Plv. leden: van der Staaij (SGP), Azough (GL), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (VVD), Griffith (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Jonker (CDA), Langkamp (SP), Jacobi (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), De Wit (SP), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA) en Ortega-Martijn (CU).

1

Kan de regering aangeven hoeveel het in 2006 is voorgekomen dat zorgverzekeraars eveneens zorgaanbieder zijn? Hoe staat het met deze verticale integratie in Nederland? Is dit een uitzondering of komt dit vaker voor? Waar heeft deze integratie vooral plaats? Hoe beoordeelt de regering dit?

Er zijn gevallen bekend waarin verzekeraars (een aantal) gezondheidscentra bezitten of een eigen apotheek of een financieel belang in een zelfstandig behandelcentrum of medisch specialistische afdeling van een ziekenhuis. Zonder de exacte cijfers daarvan te kennen kan worden gesteld dat er op dit moment nog nauwelijks sprake is van verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het zal de regering niet verbazen als dit soort zaken in de nabije toekomst vaker zal voorkomen als gevolg van het concurrerende worden van de zorginkoopmarkt. Voor zover er risico's kleven aan verticale integratie vertrouwt de regering op het toezicht. DNB houdt toezicht op de mogelijke risico's voor verzekeraars die het uitoefenen van een nevenbedrijf met zich mee kunnen brengen en de NMa en NZa houden toezicht op de schade die verticale integratie aan de mededinging in de gezondheidszorg zou kunnen toebrengen en/of aan de positie van de consument.

2

De Algemene Rekenkamer geeft als kritiek dat de verantwoording van de verstrekte subsidies niet altijd op orde is, waardoor onvoldoende duidelijk is wat het effect van de maatregelen is. Op welke wijze wordt de verbetering van de verantwoording ter hand genomen?

De Algemene Rekenkamer schrijft in haar rapport dat het zaak is dat de verbetermaatregelen in het subsidiebeheer van de afgelopen jaren structureel in de bedrijfsvoering worden verankerd, zodat de beoogde effecten in 2007 worden gerealiseerd.

De verbetering van de bedrijfsvoering heeft de voortdurende aandacht van mijn departement. Er zijn reeds vele verbeteracties in gang zijn gezet, mede dankzij de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer. Ook in 2007 heeft de verbetering van de bedrijfsvoering, waaronder het subsidiebeheer, nadrukkelijk de aandacht van mijn departement. De verbeteractiviteiten borduren voort op de in gang gezette acties en de aandacht ligt, in navolging op de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer, op het zorgvuldiger en strikter naleving van de procedures. In het Audit Committee van VWS zal hierover gerapporteerd worden door middel van de Monitor Bedrijfsvoering en de rapportages van de Auditdienst.

3

Kunt u aangeven wat in 2006 de uitgaven zijn geweest voor de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven? Acht u dit bedrag voldoende? Bent u voornemens dit bedrag te verhogen op de begroting voor 2008? Zo ja, met welk bedrag? Zo neen, waarom niet?

Ik sta positief tegenover stimulering van onderzoek naar alternatieven voor dierproeven. Dit is dan ook een onmisbaar onderdeel van ons beleid over dierproeven en proefdieren. Het budget voor onderzoek naar alternatieven voor dierproeven is in 2005 opnieuw vastgesteld voor een tweede deel van het ZonMw programma «Dierproeven begrensd». Het oorspronkelijke budget is toen verhoogd ten opzichte van het oorspronkelijk geplande budget (van € 300 000 per jaar naar € 900 000 per jaar).

Ik heb niet het voornemen dit bedrag te verhogen op de begroting van 2008. Wel ben ik de mogelijkheden aan het onderzoeken om alternatieven voor dierproeven meer structureel in het kabinetsbeleid op te nemen.

4

Waarop is de veronderstelling dat de zorgconsument door de nieuwe zorgverzekering een centrale rol heeft gekregen gebaseerd? In hoeverre heeft de zorgconsument meer keuzes gekregen door de nieuwe zorgverzekering? Waaruit bestaan de nieuwe verantwoordelijkheden van de zorgconsument in de nieuwe zorgverzekering precies?

Het fundament van de centrale rol van de zorgconsument ligt in het feit dat iedere burger kan «stemmen met de voeten». Is hij niet tevreden over een verzekeraar dan kan hij daar weggaan zonder zijn toegang tot de noodzakelijke gezondheidszorg te verliezen. De acceptatieplicht van verzekeraars staat daar borg voor.

Ten opzichte van de situatie voor de Zorgverzekeringswet is het aantal keuzes voor de consumenten toegenomen. Gekozen kan er worden uit 33 verschillende verzekeraars die 57 verschillende standaardpolissen aanbieden met als belangrijkste onderscheid de mate waarin van een prestatie in natura dan wel in restitutie sprake is. Daarnaast staat de deelname aan tal van collectieve contracten open, hetzij via de werkgever, hetzij anderszins. Een extra keuzeoptie is tenslotte de mate waarin men zelf financieel risico wil lopen tot een maximum van € 500.

Het moeten maken van een keuze uit deze mogelijkheden is een van de nieuwe verantwoordelijkheden van de zorgconsument. De Zorgverzekeringswet is weliswaar op een privaatrechtelijke leest geschoeid maar kent een plicht tot verzekeren. De nieuwe verantwoordelijkheden komen ook tot uitdrukking in een substantiële premie – in vergelijking met de vroegere ziekenfondsen – en in de afwegingen die men maakt bij de verplichte deelname aan de no-claim (cq de opvolger daarvan, het eigen risico).

5

Op welke wijze worden zorgaanbieders gestimuleerd tot meer efficiëntie, innovatie en kwaliteitsverbetering? Wat is precies het verschil met de situatie voor invoering van de nieuwe zorgverzekering?

Veel van de beleidsmatige veranderingen in het zorgsysteem zijn gericht op vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van veldpartijen en het prikkelen van zorgaanbieders tot meer efficiëntie, innovatie en kwaliteitsverbetering. Deels gebeurt dit door vergroting van de transparantie over de prestaties van zorgaanbieders (zie bijvoorbeeld www.kiesbeter.nl) deels gebeurt dit ook door de introductie van (financiële) prikkels. Denk hierbij aan de introductie van vrije prijsvorming in delen van de sector of aan andere vormen van tariefregulering (maatstafconcurrentie). Ook de invoering van de Zorgverzekeringswet draagt bij. De in de Zorgverzekeringswet vastgelegde eisen aan verzekeraars zoals de zorgplicht en acceptatieplicht in combinatie met het feit dat de vergelijkbaarheid van prestaties en premies van verzekeraars is toegenomen, stelt consumenten beter in staat om te kiezen voor een zorgverzekeraar die in hun ogen een optimale prijs/kwaliteitverhouding biedt. Daarbij komt dat de Zorgverzekeringswet alle Nederlanders verplicht zich te verzekeren. Onder de ziekenfondswet was dit niet het geval.

Al met al vergroot de Zorgverzekeringswet de prikkel voor verzekeraars om zich bij hun inkoopbeleid van zorg rekenschap te geven van de wensen van de (potentiële) verzekerde, met als gevolg meer stimulansen voor zorgaanbieders om efficiënter te werken en de kwaliteit van de geleverde diensten verder te verbeteren.

Zorgverzekeraars hebben meer verantwoordelijkheden gekregen bij het afstemmen van de wensen van verzekerden op de mogelijkheden van zorgaanbieders; op welke wijze hebben zij daar invulling aan gegeven? Is er sprake van een aantoonbare verbetering van de afstemming van wensen van verzekerden op het zorgaanbod?

Er zijn voorbeelden van initiatieven van verzekeraars om de wensen van verzekerden meer centraal te stellen bij de zorginkoop. Een voorbeeld hiervan is het aanbod van polissen die gericht zijn op het bieden van adequate zorg voor specifieke aandoeningen, zoals diabetes. Een ander voorbeeld is de introductie van een systeem om klantervaringen te meten. Gelet op de belangstelling hiervoor en de gewenste transparantie heeft de overheid de belanghebbende partijen (consumenten, aanbieders en verzekeraars) bij elkaar gebracht om een nationale standaard te ontwikkelen om klantervaringen in de zorg te meten (de CQ-index). Het Centrum Klantervaring Zorg heeft hierbij een centrale rol (zie ook het antwoord op vraag 48).

De hierboven beschreven initiatieven zijn niet maatgevend voor het totaalbeeld. Als totaalbeeld signaleert de NZa in de recente rapportage «Richting geven aan keuze» dat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt nog niet voldoende doorwerkt naar de zorginkoopmarkt. Een belangrijke verklaring daarvoor is de nog korte tijd die verstreken is sinds de invoering van de Zvw. In het eerste jaar hebben de verzekeraars hun handen vol gehad aan de administratieve en commerciële omschakeling. Als drie meer structurele oorzaken noemt de NZa: nog te weinig flexibiliteit in de prijsvorming, nog te veel demping van de risico's die verzekeraars op de inkoop lopen en de nog onvoldoende transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod. Het beleid is erop gericht om deze drie belemmeringen weg te nemen.

Welke aantoonbare verbeteringen in het terugdringen van vermijdbare ziekten en voortijdige sterfte ten gevolge van roken, alcohol en overgewicht zijn bereikt?

Vanwege de tijd tussen (het veranderen van of stoppen met) een bepaald gedrag en het ontstaan van ziekten, veranderingen in het aantal ziekte- of sterfgevallen in een bepaald jaar is niet gekoppeld aan beleidsmaatregelen in datzelfde jaar. De incubatieperiode kan soms vele jaren duren.

De sterfte aan longkanker door roken onder vrouwen in de periode 2003, 2004 en 2005 is toegenomen, wat het gevolg is van de sterke stijging van het percentage rokende vrouwen in de jaren zeventig van de vorige eeuw.

De daling in het aantal nieuwe gevallen van longkanker onder mannen daarentegen (ingezet vanaf het midden van de jaren tachtig) zet gestaag door. Dit is het gevolg van de gestage daling van de rookprevalentie onder mannen in de periode 1990–2003 (RIVM, Nationaal Kompas). Verder heeft stoppen met roken direct een positief effect op het hart- en vaatstelsel.

Voor alcohol geldt dat bovengenoemde koppeling niet altijd gemaakt kan worden. Volgens de Doodsoorzakenstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek stierven in 2005 (de laatst bekende cijfers) 1774 mensen aan oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd. Dat is ruim 30% meer dan in 1995. Sterfte ten gevolge van alcohol kwam het meest voor in de leeftijdsgroep 50–65 jaar. Het aantal klinische opnamen in ziekenhuizen als gevolg van alcohol-oorzaken is sinds het midden van de jaren negentig ook met zo'n 34% gestegen. Deze stijgingen reflecteren de

toegenomen alcoholconsumptie in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Bepaalde effectieve beleidsmaatregelen die nu genomen worden hebben pas op langere termijn een merkbaar effect op de ziekte en sterfte. Maatregelen zoals bijvoorbeeld accijnsverhoging hebben direct effect in het consumptie effect, niet op het grote getal van de sterfte in het jaar daarna.

Aangezien overgewicht niet is gedaald (in 2006), kan hierbij nog niet worden gesproken van behaalde doelstellingen van het stabiliseren of terugdringen van overgewicht. We hebben te maken met een hardnekkig probleem, waar veel energie geleverd moet worden om de opwaartse trend bij volwassenen tenminste te stabiliseren en die bij kinderen te laten dalen.

8

In hoeverre vond de regering het voorlichtingstraject voldoende informatief om burgers voor te bereiden op de invoering van de Wmo?

In 2006 is een uitgebreide publiekscampagne gestart. Dit om burgers tijdig en op een zorgvuldige manier te informeren over de wijzigingen die komen gaan. Belangrijke elementen uit de voorlichtingscampagne zijn: een speciale website (www.info-wmo.nl), artikelen in huis-aan-huis kranten, een algemene brochure en persoongerichte brieven. Cliëntenorganisaties en andere partijen zijn nadrukkelijk betrokken bij de opzet en uitvoering van deze landelijke voorlichtingscampagne. De campagne had tevens als doel om gemeenten voor te bereiden op hun voorlichtende rol naar hun burgers.

Voor vragen van burgers over de Wmo heeft postbus 51 extra capaciteit beschikbaar gesteld. Postbus 51 heeft vanaf oktober 2006 vragen ontvangen over de Wmo. De meeste vragen waren algemeen van aard en betroffen de inhoud van de Wmo en overgang per 1 januari 2007. In enkele gevallen betrof het een klacht over de gemeente. In die gevallen heeft mijn ministerie contact opgenomen met de gemeente over de betreffende casus. In de eerste weken van 2007 werd het ministerie dagelijks geïnformeerd door Postbus 51 over de binnengekomen vragen. Indien Postbus 51 een plotselinge toename van telefoon en mail waar zou nemen, zou dit direct worden vermeld. Hiervan is geen sprake geweest. De totale hoeveelheid vragen is beperkt gebleven.

9

Aan welke sector is vooral de hogere volumestijging van 2,1 in plaats van 1,5% toe te rekenen?

De volumestijging van de zorguitgaven in de periode 2003–2006 komt uit op 2,1% in plaats van de 1,7% die in de begroting 2006 was verwacht. Het saldo van mee- en tegenvallers in het volume van de zorguitgaven bedraagt ongeveer € 625 miljoen. De hogere volumeontwikkelingen dan vooraf verwacht doen zich zowel voor bij de caresectoren (ongeveer € 375 miljoen) als bij de curesectoren (ongeveer € 250 miljoen). Bij de curesectoren was met name bij de ziekenhuiszorg en de huisartsen de volumegroei hoger dan verwacht en bij de genees- en hulpmiddelen lager.

10

Dragen de zorgaanbieders naar het oordeel van de regering voldoende bij om een volumestijging van de zorguitgaven te beperken tot de geplande stijging? Zo ja, hoe? Zo neen, hoe bevordert u dat de zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid hierin nemen?

Het bevorderen van een beheersbare volumestijging vereist inspanningen van zorgaanbieders, verzekeraars en overheid. Dat is de reden waarom ter

zake o.a. convenanten m.b.t. een beheerste groei zijn afgesproken. Niet-temin zijn de volumestijgingen groter dan geraamd. Dat heeft geleid tot aanvullende maatregelen. In de begroting 2008 zal het toekomstig beleid worden uiteengezet.

11

Wat is het nut geweest van het convenant met de ziekenhuizen, gezien het feit dat er sprake is van een hogere volumeontwikkeling (€ 0.2 mld.) bij de ziekenhuizen waardoor een tegenvaller is ontstaan?

Het prestatiecontract ziekenhuizen/convenant UMC's kent een looptijd tot en met het jaar 2007. In financiële zin kan de eindbalans derhalve pas na afronding van het jaar 2007 worden opgemaakt.

Dat laat onverlet dat, naast het opnemen van de beschikbare financiële ruimte, in het prestatiecontract/convenant ook afspraken zijn gemaakt over het vanaf 2005 realiseren van een (doelmatigheids)korting die ook daadwerkelijk door de ziekenhuizen en UMC's is gerealiseerd. Tevens is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen in geval van overschrijdingen in het prestatiecontract/convenant vastgelegd. Hieraan is concreet uitvoering gegeven doordat met de ziekenhuizen overeenstemming is bereikt over een aanwijzing aan de NZa waarbij een structurele overschrijding van € 291 miljoen voor de helft wordt gedragen door de ziekenhuizen en voor de andere helft wordt opgelost door een ophoging van het budgettaire kader zorg (BKZ).

Tot slot is een belangrijke afspraak uit het prestatiecontract/convenant dat verzekeraars door selectief contracteerbeleid de probleemwachtlijden zouden aanpakken zodat de wachttijden binnen aanvaardbare proporties blijven.

12

Wat is het nut geweest van het convenant met de AWBZ-sector, gezien het feit dat er sprake is van een tegenvaller van € 0.3 mld.?

De overschrijding is veroorzaakt doordat er een groter beroep op zorg is gedaan dan verwacht. Door het afsluiten van het convenant is de uitgavenontwikkeling lager uitgevallen dan in de periode voor 2004. In het convenant is de afspraak gemaakt de doelmatigheid in de AWBZ jaarlijks te vergroten met 1,25%. De zorginstellingen moeten dan voor het geld dat in 2005 is uitgegeven 1,25% meer mensen met zorg helpen ten opzichte van 2004. Idem dito 2006 ten opzichte van 2005. Dit laat onverlet dat een volumestijging in het aantal mensen in zorg tot een overschrijding in 2006 kan leiden. Zonder het convenant zou bij dezelfde zorgvraag de overschrijding groter zijn geweest.

13

Welk deel van de behaalde beheersing van de zorguitgaven c.q. beperking van de zorguitgaven is het gevolg van verschuiving van kosten naar de burgers?

De jaarlijkse volumegroei van de zorguitgaven is beperkt van 5,0% in de periode 1999–2003 tot 2,1% in de periode 2003–2006. Als de jaarlijkse volumegroei in de periode 2003–2006 met 5,0% zou zijn doorgestegen, zouden de uitgaven nog € 3,9 miljard hoger zijn uitgekomen. De beperking van de volumegroei is voor ongeveer € 1 miljard bereikt met pakketmaatregelen. Dat is dus ongeveer 25% van de bereikte groeibeperking.

14

De regering schrijft dat door de convenanten met de geneesmiddelen-sector, de ziekenhuizen en de AWBZ-instellingen de groei van zorg-uitgaven in de periode 2003–2006 lager is dan de periode daarvoor. Kan de regering aangeven in hoeverre het convenant in de ziekenhuissector en de AWBZ-sector in 2005 en 2006 concreet heeft bijgedragen aan de beheersing van de productiegroei? M.a.w., kan de beheersing van de productie in 2005 en 2006 in procenten worden verduidelijkt, waarbij tevens de daadwerkelijke groei wordt meegewogen t.o.v. de periode voor 2004? Kan de regering concreet aangeven hoeveel de convenanten met resp. de geneesmiddelensector, de ziekenhuizen en de AWBZ-instellingen in totaal hebben bespaard?

De gemiddelde productieontwikkeling in 2005 en 2006 komt volgens voorlopige realisatiecijfers uit op 3,6% voor de awbz-zorg en 2,4% voor de ziekenhuiszorg. In de periode 2000–2004 was dit respectievelijk 5,7% en 4,0%. Als de gemiddelde productiegroei uit de periode 2000–2004 zich had voortgezet in 2005 en 2006 zouden de uitgaven in 2006 ongeveer € 860 miljoen hoger zijn uitgekomen in de awbz-zorg en € 450 miljoen in de ziekenhuiszorg. De opbrengst van het convenant geneesmiddelen was € 685 miljoen in 2005 en in 2006 is € 70 miljoen extra opbrengst gerealiseerd.

15

Kan de regering aangeven hoeveel van de nieuwe budgethouders die er in 2006 bij zijn gekomen, eerst afhankelijk waren van zorg in natura?

Uit een conceptdeelnrapport van het ITS-evaluatieonderzoek blijkt dat 16,5% oftewel 2392 budgethouders van de nieuwe budgethouders in 2006 eerst afhankelijk waren van zorg in natura.

16

Zijn de budgetten voor de zorg niet ontoereikend?

In het jaar 2006 is het Budgettair Kader Zorg (BKZ) achteraf inderdaad niet toereikend gebleken. Het BKZ is met € 878 miljoen overschreden.

17

Met welk percentage zijn de private zorguitgaven de afgelopen jaren gestegen ten opzichte van de collectieve uitgaven?

In de periode 2003–2006 zijn pakketmaatregelen getroffen van circa € 0,9 miljard. De grootste posten daarbij zijn tandheelkunde en fysiotherapie. De private zorguitgaven zijn gerelateerd aan de omvang van de collectieve zorguitgaven als gevolg van pakketmaatregelen 2% gestegen. Gemiddeld over de periode 2003–2006 betekent dit een groei van 0,5%.

18

Hoe verhoudt de zinsnede dat het voordeel dat de vastgestelde premie lager is uitgekomen dan de verwachting, en dat de zorgtoeslag in 2006 niet is aangepast aan deze lagere gemiddelde premie ten goede komt aan de verzekerden, zich tot het feit dat er wel is gesneden in het basispakket?

In de begroting 2006 is de verwachting aangegeven dat de zorg-verzekeraars de nominale premie voor de basisverzekering gemiddeld zouden vaststellen op € 1106 per jaar. Deze verwachting was gebaseerd op de beschikbare bedragen voor zorguitgaven in 2006 inclusief het voorgenomen beleid voor dat jaar. De verzekeraars hebben vervolgens de premies lager vastgesteld dan VWS op basis van de beschikbare uitgaven verwacht had, namelijk gemiddeld op € 1030 per jaar.

Daaraan ligt dus geen nieuw VWS-beleid (zoals pakketverkleining) ten grondslag. Het is het gevolg van het premiebeleid van de verzekeraars.

Volgens de regels van de zorgtoeslag zou een lagere gemiddelde nominale premie voor de ontvangers van een zorgtoeslag moeten leiden tot een even grote verlaging van het te ontvangen bedrag aan zorgtoeslag. Hierdoor zouden de ontvangers van een zorgtoeslag niet profiteren van de lager vastgestelde nominale premie. Nu de aanpassing van de zorgtoeslag aan de lagere gemiddelde nominale premie achterwege is gebleven, profiteren ook verzekerden die een zorgtoeslag ontvangen volledig van het feit dat de gemiddelde nominale premie lager is uitgekomen dan vooraf verwacht.

Overigens zijn er in 2006 geen pakketmaatregelen getroffen.

19

Op blz. 16 staat dat de zorgpremie gemiddeld op € 1030 is uitgekomen in plaats van de verwachte € 1106 per jaar. Aangezien de zorgtoeslag in 2006 niet is aangepast aan deze lagere gemiddelde premie komt het voordeel ten goede aan de verzekerden. Is dit niet onzorgvuldig geformuleerd? Is het niet zo dat het voordeel ten goede komt aan een beperkt deel van de verzekerden, namelijk aan hen die zorgtoeslag krijgen? Is het niet zo dat de overige verzekerden dit feitelijk betalen via de algemene middelen? Het voordeel voor de ene is het nadeel van de ander.

De nominale premie 2006 is gemiddeld lager uitgekomen dan verwacht in de begroting 2006. Deze lagere premie kwam ten goede aan alle verzekerden. Verzekerden met een zorgtoeslag zouden echter geen voordeel van de lagere zorgpremie hebben gehad als de Wet op de Zorgtoeslag onverkort was uitgevoerd, de lagere gemiddelde premie had dan geleid tot een lagere zorgtoeslag. Dan zouden alleen de verzekerden zonder een zorgtoeslag een voordeel hebben gehad. Door de beslissing van het kabinet om de zorgtoeslag niet aan te passen aan de lagere gemiddelde premie hadden ook verzekerden met een zorgtoeslag profijt van de lagere gemiddelde premie.

De zin «Aangezien de zorgtoeslag in 2006 niet is aangepast aan deze lagere gemiddelde premie komt het voordeel ten goede aan de verzekerden» acht ik dus een juiste formulering.

Op zich is het wel juist dat de zorgtoeslag wordt betaald uit de algemene middelen, die door collectieve lasten worden gefinancierd. De beslissing om de zorgtoeslag niet aan te passen heeft echter geen effect gehad op de begrote uitgaven 2006 en ook niet op de koopkracht in 2006.

20

Kan de regering verklaren waardoor de hogere zorgproductie (meer zorg, minder wachtlijsten) dan geraamd wordt veroorzaakt, daar de oorzaken die worden genoemd immers in de raming meegenomen zijn?

Bij de ziekenhuiszorg is de hogere zorgproductie dan geraamd vooral het gevolg van hogere productieafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars dan op basis van het convenant had mogen worden afgesproken. Bij de awbz-zorg zijn vooral de uitgaven voor persoonsgebonden budgetten hoger dan geraamd en blijken de budgettaire effecten van nieuw aanbod onderschat.

21

Kan een overzicht worden gegeven van de wachttijden in de ziekenhuiszorg?

Inzicht in de wachttijden is mogelijk via de website www.kiesbeter.nl. Daar worden de wachttijden van alle medisch specialismen en van 23 specifieke behandelingen gepubliceerd.

Er worden niet zozeer wachttijden van gehele ziekenhuizen bijgehouden, wel van de afzonderlijke medische specialismen in de ziekenhuizen. Uit cijfers van eind 2006 blijkt dat het grootste deel van de specialismen van de Nederlandse ziekenhuizen aan de Treeknorm voldoet: de wachttijden van 73% van de poliklinieken, 84% van de dagopnames en 78% van de klinische opnames zijn binnen de norm. De mate van overschrijding van de norm loopt sterk uiteen. Een wachttijd van meer dan acht weken komt bij 7% van de poliklinieken voor. De Treeknorm voor de toegang tot de polikliniek is vier weken.

Reumatologie heeft gemiddeld de langste toegangstijd tot de polikliniek: zeven weken. De wachttijden voor een dagopname (norm is zes weken) en klinische opname (norm is zeven weken) zijn beiden gemiddeld het langste bij de plastische chirurgie: gemiddeld acht respectievelijk dertien weken.

22

Hoeveel ziekenhuizen wijken af van de Treeknormen en in welke mate?

Inzicht in de wachttijden is mogelijk via de website www.kiesbeter.nl. Daar worden de wachttijden van alle medisch specialismen en van 23 specifieke behandelingen gepubliceerd.

Er worden niet zozeer wachttijden van gehele ziekenhuizen bijgehouden, wel van de afzonderlijke medische specialismen in de ziekenhuizen. Uit cijfers van eind 2006 blijkt dat het grootste deel van de specialismen van de Nederlandse ziekenhuizen aan de Treeknorm voldoet: de wachttijden van 73% van de poliklinieken, 84% van de dagopnames en 78% van de klinische opnames zijn binnen de norm. De mate van overschrijding van de norm loopt sterk uiteen. Een wachttijd van meer dan acht weken komt bij 7% van de poliklinieken voor. De Treeknorm voor de toegang tot de polikliniek is vier weken.

Reumatologie heeft gemiddeld de langste toegangstijd tot de polikliniek: zeven weken. De wachttijden voor een dagopname (norm is zes weken) en klinische opname (norm is zeven weken) zijn beiden gemiddeld het langste bij de plastische chirurgie: gemiddeld acht respectievelijk dertien weken.

23

Welk specialisme kende in 2006 gemiddeld genomen de langste wachttijd en hoeveel weken bedroeg deze wachttijd?

Inzicht in de wachttijden is mogelijk via de website www.kiesbeter.nl. Daar worden de wachttijden van alle medisch specialismen en van 23 specifieke behandelingen gepubliceerd.

Er worden niet zozeer wachttijden van gehele ziekenhuizen bijgehouden, wel van de afzonderlijke medische specialismen in de ziekenhuizen. Uit cijfers van eind 2006 blijkt dat het grootste deel van de specialismen van de Nederlandse ziekenhuizen aan de Treeknorm voldoet: de wachttijden van 73% van de poliklinieken, 84% van de dagopnames en 78% van de klinische opnames zijn binnen de norm. De mate van overschrijding van de norm loopt sterk uiteen. Een wachttijd van meer dan acht weken komt bij 7% van de poliklinieken voor. De Treeknorm voor de toegang tot de polikliniek is vier weken.

Reumatologie heeft gemiddeld de langste toegangstijd tot de polikliniek: zeven weken. De wachttijden voor een dagopname (norm is zes weken) en klinische opname (norm is zeven weken) zijn beiden gemiddeld het langste bij de plastische chirurgie: gemiddeld acht respectievelijk dertien weken.

24

De regering geeft aan dat de verzekerden begin 2006 op grote schaal gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Hoeveel verzekerden zijn eind 2006 overgestapt?

Uit de rapportage van Vektis over de mobiliteit van verzekerden bij de overgang van 2006 naar 2007 blijkt dat ca 4,5% van alle verzekerden heeft gekozen voor een andere verzekeraar. Van de verzekerden die niet zijn overgestapt heeft ca 4,5% bij dezelfde verzekeraar gekozen voor een andere verzekering (voornamelijk collectief).

25

Kan worden aangegeven in welke mate en op welke wijze bepaalde zorgverzekeraars zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars door meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van de dienstverlening en van het zorgaanbod?

Uit de rapportage van Nivel over 2006 blijkt dat 88% van de verzekerden de eigen verzekeraar een 7 of hoger geeft voor de dienstverlening. Daaruit mag worden afgeleid dat verzekeraars over het algemeen hun best doen om de consument goed te bedienen. Uit diezelfde rapportage van Nivel blijkt ook dat de verschillen tussen verzekeraars niet erg groot zijn. Het aspect waarop de verschillen het grootst zijn is de bereikbaarheid van de klantenservice.

Wat het zorgaanbod betreft is het beeld anders. Een beschrijving van dat beeld is gegeven in het antwoord op vraag 6.

26

Voor hoeveel individuele gevallen ontstonden ongunstige inkomenseffecten door de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet?

Op verzoek van de Kamer heeft de minister van SZW mede namens de minister van VWS op 21 april 2006 een brief (Kamerstuk 30 300 XV, nr. 100) naar de Kamer gezonden over de inkomensontwikkeling van huishoudens in verband met de introductie van het zorgstelsel. Bij de brief was een notitie van het CPB gevoegd (Koopkrachtontwikkeling 2006: plussen en minnen). Ten opzichte van dat beeld is geen nieuwe informatie beschikbaar.

27

De regering schrijft dat de concurrentie tussen zorgverzekeraars is toegenomen en kaart hierbij aan dat «de premieprijs vooralsnog de belangrijkste inzet is.» Wat zijn in de toekomst – naast de premieprijs – indicatoren van toegenomen concurrentie tussen verzekeraars?

Er zijn diverse waarneembare signalen van toegenomen concurrentie tussen zorgverzekeraars sinds de introductie van de zorgverzekeringswet. Veel verzekeraars hebben in het eerste jaar verlies geleden omdat ze bewust de verzekering onder de kostprijs hebben aangeboden om marktaandeel te verkrijgen. Er is de nodige fusieactiviteit geweest. De mobiliteit was het eerste jaar uitzonderlijk groot. In het tweede jaar was die weliswaar beduidend minder maar altijd nog behoorlijk gezien de – ook door

de concurrentie! – kleiner geworden premieverschillen. Ook de dynamiek in het segment van de collectieve contracten, zoals ook in het jaarverslag staat, is een duidelijk signaal van concurrentie evenals de waarneembare intensivering van de reclame-uitingen. Op termijn kan ook de activiteit op de zorginkoopmarkt – om zorg met de beste prijs/kwaliteitsverhouding voor hun verzekerden te contracteren – een indicatie van concurrentie zijn.

28

Kan een overzicht worden gegeven van de financiële gevolgen die verschillende groepen mensen (inkomensklasse) hebben ondervonden van de invoering van het nieuwe zorgstelsel?

Op verzoek van de Kamer heeft de minister van SZW mede namens de minister van VWS op 21 april 2006 een brief (Kamerstuk 30 300 XV, nr. 100) naar de Kamer gezonden over de inkomensontwikkeling van huishoudens in verband met de introductie van het zorgstelsel. Bij de brief was een notitie van het CPB gevoegd (Koopkrachtontwikkeling 2006: plussen en minnen). Ten opzichte van dat beeld is geen nieuwe informatie beschikbaar.

29

Hoeveel tijd heeft de beoogde geregeuleerde marktwerking nodig om tot «volle wasdom» te komen? Welke concrete ervaringen zijn bemoedigend en stemmen hoopvol?

Het is niet mogelijk om exact aan te geven hoeveel tijd de beoogde geregeuleerde marktwerking nodig heeft om tot volle wasdom te komen. De toename in het aantal keuzes voor consumenten (zie het antwoord op vraag 4) en de toegenomen concurrentie tussen zorgverzekeraars (zie het antwoord op vraag 27) zijn bemoedigend en stemmen hoopvol. Er blijkt sprake van een forse mobiliteit onder verzekerden, die daarmee aangeven bewust te kiezen. Maar om tot volle wasdom te komen zal de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt nog verder moeten doorwerken naar de zorginkoopmarkt. Weliswaar ontstaat er een aanbod van polissen gericht op het bieden van adequate zorg voor specifieke aandoeningen, maar deze ontwikkeling is nog niet maatgevend. Met het ingezette beleid van meer transparantie, meer mogelijkheden voor prijsonderhandelingen en meer risico's voor verzekeraars stimuleert de regering deze ontwikkeling actief (zie ook het antwoord op vraag 6).

30

Bent u nog steeds van mening dat de cijfers over het aantal onverzekerden het beeld van een succesvolle campagne bevestigen?

Het CBS heeft gemeld dat er ongeveer 241 000 mensen onverzekerd zijn. Dit is bijna zestigduizend personen meer dan de eerdere raming van juli 2006. Dit komt doordat een nieuwe, nauwkeurige meetmethode is gebruikt. Het CBS heeft geconstateerd dat het aantal onverzekerden lager is dan vóór de invoering van de Zvw. Uit de cijfers van CBS blijkt dat de inspanningen die gericht waren op het zoveel mogelijk terugdringen van onverzekerden onder sociaal-economisch zwakkere groepen succesvol zijn gebleken. Er zijn relatief weinig uitkeringsgerechtigden onder de onverzekerden. De inspanningen gericht op deze groepen zullen worden voortgezet. Tegelijkertijd zal, na nadere analyse van de CBS-gegevens, bezien worden welke aanvullende maatregelen kunnen worden genomen teneinde het aantal onverzekerden in andere groepen, zoals kinderen en allochtonen uit Westerse landen, verder terug te dringen.

31

In het rijksjaarverslag wordt nog gesproken over het aantal onverzekerden dat CBS per 1 mei 2006 had ingeschat op 182 000. Inmiddels is gebleken dat er 241 000 onverzekerden zijn. Dit aantal ligt circa zestigduizend personen hoger. Kan de regering aangeven hoe zij het aantal daadwerkelijke onverzekerden, dus geen wanbetalers die wel zijn verzekerd, wil verkleinen? Kan de regering voorts aangeven hoe kan worden voorkomen dat wanbetalers na 1 juli 2007 in grote getale worden geroyeerd?

Om het aantal onverzekerden te verkleinen zal aan die groepen waarvan nu al duidelijk lijkt waarom ze onverzekerd zijn en die bekend zijn, doelgroepgerichte voorlichting worden gegeven. Het hierbij gaat om onder andere kinderen, bepaalde groepen allochtonen, ex-gedetineerden en ex-asielzoekers. Hierbij wordt gedacht aan bijvoorbeeld aan informatiebrochures bij inschrijfbalies van gemeenten (ex-asielzoekers en kinderen), bij consultatiebureaus, bij justitiële inrichtingen, bij de IND, bij asielzoekerscentra.

Daarnaast wordt bekeken of belangenbehartigers hier een verdere rol kunnen spelen (verenigingen, buurthuizen). Het CBS gaat een nadere analyse doen van de cijfers om duidelijker beeld proberen te krijgen van de groepen onverzekerden.

Er is in overleg met Zorgverzekeraars Nederland een scala aan maatregelen voorbereid om onverzekertheid als gevolg van wanbetaling te voorkomen. Bij brief van 23 mei 2007 heeft de minister van VWS de Kamer uitgebreid geïnformeerd over structurele oplossingen ten behoeve van de wanbetalers.

32

Kan worden verduidelijkt in welke landen de bijdrage die mensen met een pensioen of een uitkering uit Nederland maar woonachtig zijn in een EU/EER-land, Zwitserland of woonachtig zijn in een land waar een verdrag mee is gesloten, niet lager is geworden?

De bijdrage die verdragsgerechtigden verschuldigd zijn wordt in relatie gebracht tot het land waar zij wonen. Dit gebeurt door de bijdrage te vermenigvuldigen met een woonlandfactor, die de verhouding aangeeft tussen de gemiddelde zorgkosten in het woonland en de gemiddelde zorgkosten in Nederland. In vrijwel alle gevallen leidt dit ertoe dat betrokkenen een lagere bijdrage verschuldigd zijn dan het bedrag dat zij zouden hebben betaald aan sociale ziektekostenpremie als zij in Nederland zouden wonen. De enige landen waar de bijdrage niet lager is geworden als gevolg van de introductie van de woonlandfactor zijn IJsland en Noorwegen. Dit komt omdat de gemiddelde zorgkosten in deze twee landen niet lager zijn dan de gemiddelde zorgkosten in Nederland.

33

«De ervaringen zijn tot nu toe bemoedigend en stemmen hoopvol», aldus stelt de regering. Waaruit blijkt dit?

Het is niet mogelijk om exact aan te geven hoeveel tijd de beoogde geregleerde marktwerking nodig heeft om tot volle wasdom te komen. De toename in het aantal keuzes voor consumenten (zie het antwoord op vraag 4) en de toegenomen concurrentie tussen zorgverzekeraars (zie het antwoord op vraag 27) zijn bemoedigend en stemmen hoopvol. Er blijkt sprake van een forse mobiliteit onder verzekerden, die daarmee aangeven bewust te kiezen. Maar om tot volle wasdom te komen zal de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt nog verder moeten doorwerken naar de zorginkoopmarkt. Weliswaar ontstaat er een aanbod van polissen gericht

op het bieden van adequate zorg voor specifieke aandoeningen, maar deze ontwikkeling is nog niet maatgevend. Met het ingezette beleid van meer transparantie, meer mogelijkheden voor prijsonderhandelingen en meer risico's voor verzekeraars stimuleert de regering deze ontwikkeling actief (zie ook het antwoord op vraag 6).

34

Kan de regering inzicht geven in de laatste stand van zaken ten aanzien van de verzekerden in het buitenland? Zijn er veel mensen «kwijt geraakt», mensen die eerst wel via een Nederlandse maatschappij waren verzekerd, maar door de formulierenschaarste van het CVZ de moed hebben opgegeven en dus onverzekerd zijn? In de Tweede Kamer is met de regering afgesproken dat in het buitenland wonende Nederlanders die zich te laat tegen ziektekosten verzekerden met coulance zouden worden behandeld, omdat de overheid zelf (CVZ) de zaken voor deze mensen onvoldoende op orde had. Op hoeveel mensen heeft dit nu uiteindelijk getrekking gehad? En over welke periode is dit uiteindelijk gegaan?

In september 2005 heeft het CVZ op basis van bestanden van o.m. de SVB, het UWV en pensioenfondsen 170 000 mensen aangeschreven, die als gevolg van de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 potentieel verdragsgerechtigd werden. De reeds op grond van de Ziekenfondswet bestaande groep verdragsgerechtigden ter grootte van 32 000 personen, bleef per 1 januari 2006 verdragsgerechtigd en hoefde niet opnieuw te worden ingeschreven. Zij zijn wel over de gevolgen van de Zvw geïnformeerd.

Van de aangeschreven groep hebben in totaal 162 500 mensen naar het CVZ gereageerd. Hetzij met de mededeling dat zij verdragsgerechtigd waren en een verdragsformulier (E 121-formulier) wensten te ontvangen, hetzij met de mededeling dat zij op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening niet onder de Nederlandse wetgeving vielen. Zoals bekend is bij de verzending van de E-121 formulieren vertraging opgelopen, waardoor niet iedereen het formulier voor 1 januari 2006 heeft ontvangen. In het eerste kwartaal van 2006 was de vertraging ingelopen. Overigens hoefde de verlate verstrekking van het E 121-formulier geen negatieve gevolgen te hebben voor betrokkenen: zij konden zich ook zonder formulier al voorlopig laten inschrijven in hun woonland. Ook de 7500 personen die niet hebben gereageerd op herhaaldelijke mailings van het CVZ in 2006 hebben in januari 2007 een brief ontvangen waarbij het E 121-formulier reeds was ingesloten. Zij konden zich daarmee direct in hun woonland inschrijven. Er is dus niemand «kwijt geraakt» door formulierenschaarste bij het CVZ. Overigens is het voorgekomen dat mensen zorgkosten zelf hebben betaald omdat zij – buiten hun schuld – nog geen E-121 formulier hadden ontvangen van het CVZ. Deze zorgkosten zijn vergoed door het CVZ voor zover de verstrekkingen onderdeel uitmaakten van het Zvw-pakket.

35

Onder de groep onverzekerden zijn relatief veel allochtonen. Wat is het oordeel over de voorlichtingscampagne over het nieuwe zorgstelsel voor specifieke groepen allochtonen?

De voorlichtingscampagne is onderzocht door de Rijksvoorlichtingsdienst. Uit het onderzoek, waarbij een dwarsdoorsnede van de bevolking betrokken was, bleek dat de campagne ook door allochtone bevolkingsgroepen positief beoordeeld wordt. In de voorlichtingscampagne is veel aandacht besteed aan allochtone bevolkingsgroepen. Zo zijn er in november 2005 vertalingen gemaakt van de brochure «Een nieuwe zorgverzekering voor iedereen» in het Turks, Arabisch, Frans, Duits, Engels, Spaans en Portugees. De Nederlandse brochure en de vertalingen waren

te downloaden van www.denieuwezorgverzekering.nl, en te bestellen bij Postbus 51. De Turkse en Arabische versie zijn daarnaast ook verspreid door de ouderenbonden en het NIGZ tijdens de bijeenkomsten die zij voor allochtonen organiseerden.

36

Hoe groot is de groep mensen woonachtig op de Antillen die voor invoering van het zorgstelsel verzekerd waren bij een Nederlandse zorgverzekeraar of ziekenfonds?

Er woonden geen ziekenfondsverzekerden in de Nederlandse Antillen. Ziektenfondsverzekering was namelijk alleen mogelijk indien men woonde in Nederland of in een Verordening- of verdragsland. De Nederlandse Antillen zijn geen Verordening- of verdragsland. Ik beschik niet over cijfers met betrekking tot het aantal personen dat in de Nederlandse Antillen woonde en particulier verzekerd was, omdat de administratie van deze personen lag bij individuele ziektekostenverzekeraars.

37

Is de Nederlandse Zorgautoriteit niet eerder een orgaan dat marktwerking promoot in plaats van een toezichthouder? Welk orgaan houdt toezicht op vermindering van de kwaliteit van zorg als gevolg van de marktwerking?

De taken van de NZa zijn vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg. Het houden van toezicht op markten en het bevorderen van inzichtelijkheid is daarbij van belang. De wettelijke taken van de NZa zijn de volgende:

- NZa stelt bij uitoefening taken en bevoegdheden algemeen consumentenbelang voorop;
- markttoezicht op de zorgverlening-, zorgverzekering- en zorginkoopmarkten. Dit betreft zowel het maken en bewaken, als het reguleren van markten, waaronder het reguleren van tarieven en de wijze van bekostiging van zorg (waaronder kapitaallasten van instellingen). Het gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuze-informatie voor consumenten;
- toezicht op de uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet en zogenaamd zorgspecifiek gedragstoezicht op alle (soorten) ziektekostenverzekeraars. Bij het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet gaat het onder meer om zorgplicht, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en bescherming persoonsgegevens. Bij zorgspecifiek gedragstoezicht op ziektekostenverzekeraars gaat het om bescherming van de consument bij het oriënteren op en het afsluiten van polissen voor een ziektekostenverzekering;
- toezicht op de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor AWBZ;
- behandelen van klachten over formulieren van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars;
- voorschrijven van interne procedures bij zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

Op grond van artikel 19 van de Wmg volgt de NZa het oordeel van het Staatstoezicht op de volksgezondheid over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders. Het Staatstoezicht op de volksgezondheid houdt dan ook toezicht op de kwaliteit.

38

De definitieve gemeentelijke Wmo-budgetten voor 2007 zijn bekend gemaakt. Uit een bron blijkt dat «gemiddeld pakken de uitvoeringskosten in de grootste gemeenten twee tot drie maal hoger uit dan het door het rijk beschikbaar gestelde budget (Bron: Binnenlands Bestuur 2007-02-03)». Is de regering op de hoogte van deze gegevens?

De gemeentelijke Wmo-budgetten voor 2007 zijn kenbaar gemaakt in de septembercirculaire 2006 van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. In dat budget is ook een bedrag opgenomen van € 67 mln. voor uitvoeringskosten. De signalen van gemeenten die kanttekeningen plaatsen bij de toereikendheid van het Wmo-budget zijn bekend. Harde cijfers ontbreken nog.

Het Rijk heeft met de VNG in het kader van het financiële arrangement Wmo afgesproken dat de uitvoeringskosten drie jaar gemonitord worden. Het gaat om de jaren 2007, 2008 en 2009. Op grond van de resultaten van de monitoring en de bevindingen van de onafhankelijke derde ten aanzien van het macro Wmo-budget, zal bezien worden of het macro Wmo-budget toereikend is voor het uitvoeren van de Wmo-taken.

39

Waaruit blijkt dat invoering van de Wmo op 1 januari jl. op zich redelijk goed is verlopen?

Zoals ik u ook in de eerste voortgangsrapportage Wmo van 12 april (DMO/Wmo 2758292) heb gemeld zijn «de eerste maanden Wmo» relatief goed zijn verlopen. Dit betekent niet dat er géén grote problemen zijn geweest. Gemeenten en hun partners lijken adequaat te hebben gereageerd op problemen die er waren.

Medio januari zijn de gemeenten benaderd met de vraag hoe de eerste weken zijn verlopen. 345 gemeenten hebben meegewerkt aan de enquête (78% van de gemeenten; 85% van alle inwoners van Nederland). Vrijwel alle gemeenten gaven aan dat zij de meeste invoeringsaspecten van de Wmo op orde hebben. De gemeenten hebben de overgang van de huishoudelijke verzorging (hv) goed opgepakt.

Eind 2006 bleek dat de bestanden met de overdrachtgegevens van de cliënten sterk vervuild waren. Het heeft gemeenten veel tijd en energie gekost om deze gegevens goed te krijgen. Hierbij zijn zij intensief ondersteund door de Wmo-taskforce van VWS en VNG. Deze taskforce heeft gemeenten, zorgkantoren en CAK-BZ ondersteund bij de overheveling van cliëntgegevens hv. Uit de enquête kwam naar voren dat de gemeenten zo goed als alle cliënten in beeld hadden. In de enkele gevallen dat cliënten toch niet in de bestanden zaten, hebben de gemeenten wel direct hulp bij het huishouden geleverd bij die cliënten die zich bij de gemeente meldden. Veel gemeenten hadden een «hv-brandweer» klaar staan. In slechts enkele gevallen heeft een gemeente hier gebruik van hoeven maken.

40

De invoering van de Wmo heeft tot meer uitgaven geleid dan begroot. Hoe verklaart de regering dit verschil? In hoeverre is het Wmo-budget dat gereserveerd is voor de uitgaven van huishoudelijke verzorging (2006) toereikend voor het jaar 2008?

Het is correct dat de invoeringskosten voor de Wmo in 2006 tot meer uitgaven hebben geleid dan in de Begroting 2006 werd begroot. De extra kosten zijn onder andere het gevolg van het verschuiven van de invoeringsdatum van de Wmo van 1 juli 2006 naar 1 januari 2007. Daarnaast is bij het opstellen van de Begroting 2006 bepaald welke activiteiten er in 2006 plaats moesten vinden om gemeenten optimaal te ondersteunen bij de invoering van de Wmo. Gedurende het jaar is gebleken dat een aantal activiteiten toegevoegd moest worden of uitgebreid. Dit heeft geleid tot extra kosten.

Het Rijk heeft met de VNG een adequaat financieel arrangement afgesproken voor het Wmo-budget om groei te accommoderen. Vanuit de kamer (motie Mosterd) is vervolgens verzocht om de kosten 2006 voor huishoudelijke verzorging ten opzichte van het ijkjaar 2005 te onderzoeken en het meerdere boven de 10% te compenseren. Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek heeft het Rijk besloten om het meerdere boven de 5% te compenseren en te financieren uit het Gemeentefonds. De 101 gemeenten die het betreft worden hierover geïnformeerd in de komende gemeentefondscirculaire van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

41

Waarom wordt er in het jaarverslag nauwelijks verantwoording afgelegd over de knelpunten in de AWBZ als gevolg van te krappe budgetten?

De Kamer is in 2006 en 2007 regelmatig uitgebreid geïnformeerd over dit onderwerp. Het ging daarbij over zorg in natura en de PGB-ontwikkeling. Bij beide elementen was sprake van een door het vorige kabinet niet voorziene extra toename van de zorgvraag.

In het jaarverslag is daarom volstaan met een korte passage over de AWBZ-knelpunten (blz. 21). Verder is in bijlage 1 ingegaan op de ontwikkeling van de uitgaven AWBZ. In deze bijlage staat vooral het macrouitgavenkader centraal.

Binnenkort zal ik u informeren over de afwikkeling van de einddeclaratie 2006 door de Nederlandse Zorgautoriteit.

42

Is de regering van mening dat in 2006 adequaat is voldaan aan het recht op zorg zoals dat is vastgelegd in de AWBZ?

De regering is van mening dat is voldaan aan het recht op AWBZ-zorg in 2006. Deze mening wordt ondersteund door de rapportage van de NZa van 19 december 2006 («Analyse knelpunten en evaluatie contracteer-ruimte 2006»), waarin de NZa aangeeft dat er in 2006 geen sprake is geweest van problematische wachtlijsten.

43

Kan de regering aangeven of het extra geld dat beschikbaar is gesteld om de thuiszorg te kunnen leveren, voldoende was? Kan in procenten worden weergegeven in hoeverre dit geld de zorgaanbieders in de gelegenheid heeft gesteld om de thuiszorg in omvang te laten toenemen?

Uit het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit van 19 december 2006 komt naar voren dat in 2006 geen problematische wachtlijsten zijn ontstaan. De extra middelen zijn daarom toereikend geweest om de extramurale zorg te kunnen leveren.

In 2006 is € 95 mln. toegevoegd aan de AWBZ-contracteer-ruimte. Gegeven het totale budget van 6,2 mld. aan extramurale AWBZ-zorg is dit een verruiming van ca. 1,5%.

Bij de nacalculatie 2006 is een bedrag van € 104 mln toegekend aan zorgaanbieders, die niet gecontracteerde zorg hebben geleverd om problematische wachtlijsten te voorkomen. Dit bedrag is echter door herschikking binnen de contracteer-ruimte beschikbaar gekomen.

Wat is de stand van zaken in de uitvoering van «DBC's eenvoudig beter»? Kan de regering dit voor ieder onderdeel apart aangeven? De regering heeft dit actieplan gezamenlijk met het veld opgezet, onder sterke aandring van de Tweede Kamer. In de praktijk zijn de klachten nog even hevig en nog op dezelfde onderdelen. Hoe kan dat? In de GGZ is in 2006 gewerkt met DBC's. Hoe is dat verlopen? Hoe groot is het draagvlak binnen de GGZ voor de DBC's? Worden in de GGZ de DBC's op patiëntniveau geregistreerd? Kunt u dit toelichten?

In het invoeringsjaar 2005 werd het DBC-systeem als complex en moeilijk hanteerbaar ervaren. Vanwege een breed gedragen behoefte aan een beter hanteerbaar DBC-systeem hebben veldpartijen en VWS in juni 2006 een gezamenlijk verbeterplan «DBC's: eenvoudig beter» opgeleverd. Dit plan, dat is meegestuurd met de voortgangsrapportage DBC's van 12 juni 2006 (Kamerstukken 2005/2006, 29 248, nr. 27), bevat tien verbeterpunten, met een toenemende rol voor ICT. De stichting DBC Onderhoud heeft de nadere uitwerking hiervan ter hand genomen. De kern van het verbeterplan is een nieuwe productstructuur, waarin de tien verbeterpunten in samenhang zijn verwerkt. De finale besluitvorming over de inhoud en het tijdspad voor de invoering van de verbeteringen op langere termijn – 2009 of 2010 – vindt deze zomer plaats. Dit betekent niet dat er tot die tijd geen verbeteringen in het systeem zijn en worden doorgevoerd. Per 1 januari 2007 is een pakket ingevoerd dat grotendeels is gericht op het reduceren van de ervaren administratieve last van medisch specialisten en de medewerkers van ziekenhuizen (verbeteringen gericht op de patiënt zijn al in 2005 en 2006 doorgevoerd). Ook per 1 januari 2008 zullen verbeteringen worden doorgevoerd, die in de lijn liggen van de aanpassingen op de langere termijn.

Het gebruikersgemak is de afgelopen periode verbeterd dankzij de doorgevoerde wijzigingen. Wel blijven de inspanningen van alle betrokkenen de komende jaren nodig om het systeem verder te optimaliseren.

Alle ggz-aanbieders zijn verplicht om vanaf 1 januari 2006 te registreren in DBC's. Alle afgesloten DBC's dienen te worden aangeleverd aan het DBC Informatie Systeem (DIS). Op dit moment doet naar schatting ongeveer de helft van de ggz-instellingen dat. De vrijgevestigde aanbieders en de psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen (PAAZ) en de psychiatrische universiteits klinieken (PUK) leveren nog mondjesmaat aan. Dat heeft voornamelijk te maken met de software (veel PUKken en vrijgevestigden hebben bijvoorbeeld nog geen softwarepakket gekozen). Zowel de landelijke projectorganisatie DBC GGZ als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als VWS dringen bij de brancheorganisaties en de zorgaanbieders zelf aan om spoedig te starten met de DBC-registraties én -aanlevering. Deze maand nog zal de NZa een circulaire uitsturen waarin de handavingsprocedure beschreven wordt.

De DBC's worden dus nog niet gebruikt in de facturering. Dat zal gebeuren vanaf 1 januari 2008, conform de planning uit het spoorboekje DBC GGZ.

De DBC-registratie in de GGZ vindt, net als de DBC-registratie in de somatische zorg, op patiëntniveau plaats. De DBC is immers de basis voor het tarief dat de aanbieder in rekening brengt bij de individuele patiënt, of diens zorgverzekeraar. Van elke patiënt wordt de duur van de behandeling geregistreerd en ook bijvoorbeeld het gebruik van psychofarmaca.

In welke mate wordt er gebruik gemaakt van het programma voor projecten en scholing, zoals dat te vinden is op www.zekerezorg.nl?

Binnen het programma Zekere Zorg zijn er een viertal scholingsprojecten. De CG-raad heeft voor kaderleden van patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (pgo-organisaties) 2 scholingstrajecten genaamd «De Zorgverzekeringswet en het functioneren van het zorgstelsel» georganiseerd waaraan in totaal 85 mensen deelnemen. De NPCF heeft voor projectleiders van gehonoreerde projecten binnen Zekere Zorg een intervisietraject Zekere Zorg gestart waaraan 23 projectleiders deelnemen. Voor directie- en stafleden organiseert de NPCF de leergang professionaliteitsbevordering waaraan in totaal 90 mensen deelnemen. Naast deze trajecten is er ook nog de mogelijkheid voor «ondersteuning op maat» binnen projecten.

46

Hoeveel heeft VWS in 2006 geïnvesteerd per patiëntenbeweging?

Mijn zelfstandig bestuursorgaan, het Fonds PGO, subsidieert ondermeer patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Dit doet zij door middel van een basissubsidie met een structureel karakter. Tevens zijn budgetten beschikbaar voor incidentele projecten, onder andere voor kwaliteitstoetsing, innovatie en Zekere Zorg. In onderstaand overzicht is voor individuele landelijk werkende patiënten- en gehandicaptenorganisaties weergegeven hoeveel subsidie (basissubsidie en incidentele subsidie uit hoofde van de projecten kwaliteitstoetsing, innovatie en Zekere Zorg) in 2006 rechtstreeks ontvangen is via het Fonds PGO.

Door het Fonds PGO verstrekte subsidie aan patiënten- en gehandicaptenorganisaties 2006

Naam organisatie:	totale subsidie
ADCA Vereniging Nederland	28 452
Afasie Vereniging Nederland	90 000
AIS Nederland, Belangenvereniging voor vrouwen/meisjes met AOS	13 020
Algemene Landelijke Federatie Minder Validen	6 259
Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie – ANGO	221 122
Alopecia Areata Patiënten Vereniging	23 337
Alvleeskliervereniging	29 286
Angst, Dwang en Fobie stichting	90 000
Anoïksis Vereniging van chronisch psychotische en schizofrene mensen	66 765
Anosmie Vereniging	1 635
Antroposana	90 000
Astma patiëntenvereniging	149 098
Balans – Landelijke vereniging voor ontwikkelings-, gedrags- en leerproblemen	182 650
Belangenvereniging Longfibrosepatiënten Nederland	2 170
Belangenvereniging Van Kleine Mensen	6 510
Bloedlink	30 819
Borstkanker Vereniging Nederland	90 000
BOSK, Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders	144 779
Caleidoscoop	17 192
Clïëntenbond in de geestelijke gezondheidszorg	40 344
Contactgroep Kahler- en Waldenströmpatiënten	25 134
Contactgroep Marfan Nederland	21 750
CPLD Vereniging Ons Licht	7 000
Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland	90 000
Debra Nederland	10 600
Des Centrum	90 000
Diabetesvereniging Nederland	242 950
Dit Koningskind	31 338
Dovenschap	137 003
Dwarslaesie Organisatie Nederland	48 575
Endometriose Stichting	19 803
Epilepsie Vereniging Nederland	90 000
Erbse Parese Vereniging Nederland	4 959
Federatie Slechtzienenden en Blindenbelang	68 750
Federatie van Ouders van Visueel Gehandicapten (FOVIG)	45 800
FOSS	51 386

Naam organisatie:	totale subsidie
Freya	90 000
Friedrich Wegener Stichting	43 712
FvO exploitatie	478 769
FvO naar keuze	102 750
Galactosemie Vereniging Nederland	7 475
Gaucher Vereniging Nederland	7 500
Harten Twee p/a Stichting Hoofd Hart en Vaten	24 750
Hartezorg	90 000
Helpende Handen	36 561
Hemachromatose Vereniging Nederland	48 148
Hidradenitis Patiënten Vereniging	29 000
HIV Vereniging Nederland	90 000
Hoornvlies Patiënten Vereniging	10 000
Huidfederatie	74 412
Impuls	90 000
Interstitiële Cystitis Patiëntenvereniging	20 311
ITP Patiëntenvereniging Nederland	20 000
JOPLA (Platform jongeren met een handicap)	78 414
Kwadraad	194 000
Landelijke Federatie Ongebonden Schilvoorzieningen	45 825
Landelijke Vereniging van Geamputeerden	34 995
Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis	283 088
Landelijke Vereniging voor Vitiligo-Patiënten	24 887
Laposa	11 180
LSR	256 956
Maculadegeneratie Vereniging Nederland	90 000
ME/CVS-Vereniging	101 950
MPD-Stichting	16 407
Multiple Sclerose Vereniging Nederland	90 000
Nationale Vereniging L.E. Patiënten	6 259
Nationale Vereniging Sjögrenpatiënten	72 732
Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten	97 560
Nederlandse Christelijke Blinden- en slechtzienden	6 259
Nederlandse Coeliakie Vereniging	90 000
Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder	90 000
Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting	91 987
Nederlandse Federatie van Ouders en Dove Kinderen (FODOK)	53 510
Nederlandse Hyperventilatie Stichting	58 407
Nederlandse Hypofyse Stichting	39 557
Nederlandse Klinefelter Vereniging	18 660
Nederlandse Leverpatiënten Vereniging	74 878
Nederlandse Meningitis Stichting	17 250
Nederlandse Obesitas Vereniging	78 054
Nederlandse Patiënten Vereniging	201 379
Nederlandse Phenylketonurie Vereniging	25 015
Nederlandse Stomavereniging Harry Bacon	90 000
Nederlandse Stottervereniging Demosthenes	31 626
Nederlandse Sturge-Weber-Vereniging	10 369
Nederlandse Vereniging voor Autisme	90 000
Nederlandse Vereniging van Blinden en Slechtziend en	33 199
Nederlandse Vereniging Slaap Apneu Patiënten	83 344
Nederlandse Vereniging van Dystoniepatiënten	50 250
Nederlandse Vereniging van Graves Patiënten	62 067
Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten	88 409
Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten	90 000
Nederlandse Vereniging van Post-traumatische Dystrofie Patiënten	100 000
Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten De Wervelkolom	72 854
Nederlandse Vereniging voor Addison en Cushing Patiënten	64 911
Nederlandse vereniging voor Glaucoompatiënten	90 000
Nederlandse Vereniging voor Groeihormoondeficiëntie en -behandeling	16 875
Nederlandse Vereniging voor Erfelijk Angio Oedeem en Quincke's Oedeem	2 615
Nederlandse Vereniging voor Lyme Patiënten	33 441
Nederlandse Vereniging voor Narcolepsie	32 500
Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden	309 950
Neurofibromatose Vereniging Nederland	19 303
Nevus Netwerk Nederland	10 700
Nierpatiëntenvereniging	101 750
NSvG	6 259
O.S.C.A.R. Nederland	15 500
Osteoporose Vereniging	87 240
Ouders van een overleden kind, Landelijke Zelfhulp organisatie	66 200

Naam organisatie:	totale subsidie
Parkinson Patiënten Vereniging	90 000
Patiënten Vereniging Voor Neurostimulatie	19 600
Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen	30 200
PDS – Belangenvereniging Prikkelbare Darm Syndroom	40 295
Per Saldo	1 151 611
Philadelphia Support	157 650
Psoriasis Vereniging Nederland	90 000
Retina Nederland	41 923
Reumapatiëntenbond	123 000
Reumapatiëntenbond tbv Paget, poly-artrose en JIA	45 000
RSI-patiëntenvereniging	90 000
Sarcoïdose Belangenvereniging Nederland	90 000
Schildklierstichting Nederland	90 000
St. Belangen Ned. Dove Jongeren (SBNDJ)	79 994
St. Slechthorenden jongerenorganisatie (SHJO)	78 478
Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa	49 325
Stichting Alzheimer	190 016
Stichting Bekkenbodempatiënten	22 320
Stichting Borderline	23 250
Stichting Contactgroep Prostaatkanker	25 308
Stichting Downsyndroom	90 000
Stichting Gilles de la Tourette	39 425
Stichting hart hoofd en vaten	119 210
Stichting hersenletsel organisaties Nederland	22 689
Stichting ICD Draggers Nederland	22 500
Stichting KBOH	204 678
Stichting Labyrint – In Perspectief	170 317
Stichting Landelijke Koepel Familieraden	28 561
Stichting Langerhans Cel Histiocytose	10 125
Stichting Ouders Groep B Streptokokkenpatiënten	13 788
Stichting Pandora	529 962
Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie	65 900
Stichting perspectief	862 083
Stichting Pijn-Hoop	40 924
Stichting Plotsdoven	17 085
Stichting Restless Legs	53 484
Stichting Rubinstein-Taybi Syndroom	7 500
Stichting Samenwerkende Belangenorganisaties Doofblinden en hun omgeving (SSBD)	22 700
Stichting Shwachman Syndroom Support Holland	6 500
Stichting Tubereuze Sclerosis Nederland	28 048
Stichting Veteranenziekte	28 100
Stichting Voedsel Allergie	90 000
Stichting voor Afweerstoornissen	15 948
Stichting Weerklank	18 330
Turner Contact Nederland	21 514
Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen	23 072
Vereniging Anusatresie	21 210
Vereniging Cerebraal	90 000
Vereniging Fabry Support & Informatie Groep Nederl	6 200
Vereniging Organo-psychosyndroom	45 417
Vereniging Osteogenesis Imperfecta	23 780
Vereniging oudergroep klompvoetjes	17 343
Vereniging Ouders Kinderen en Kanker	90 000
Vereniging Ouders van Kinderen met Slokdarmafsluiting	18 129
Vereniging Spierziekten Nederland	90 000
Vereniging Spierziekten Nederland (garantie)	32 625
Vereniging tegen seksuele kindermishandeling binnen het gezin (VSK)	15 868
Vereniging van Allergie Patiënten	20 114
Vereniging van Ehlers-Danlospatiënten	23 746
Vereniging van Huntington	58 258
Vereniging van Mensen met Brandwonden	25 500
Vereniging van Ouders van Couveusekinderen	90 000
Vereniging van Ouders van Wiegedoodkinderen	20 660
Vereniging van Scoliosepatiënten	62 197
Vereniging van Vaatpatiënten	60 350
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen	90 000
Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem	61 442
Vereniging voor mensen met het Van Lohuizen Syndr oom (CMTC)	6 240
Vereniging voor Ouders van Kinderen Chronische Voedselweigerings en Sondevoeding	12 272

Naam organisatie:	totale subsidie
Vereniging voor Patiënten met Parenterale Thuisvoeding (VPPT)	3 987
Vereniging Ziekte van Hirschsprung	22 962
VOGG	388 413
Volwassenen, Kinderen en Stofwisselingsziekte	147 111
VSOP	206 364
W.O.I.	317 082
Whiplash Stichting Nederland	90 000
Woortblind	14 924
Ypsilon	132 087

47

Kan worden aangegeven hoe vaak de website www.kiesbeter.nl in 2006 is bezocht?

De bezoeken aan de website www.kiesBeter.nl worden gemeten door per dag het aantal «unieke» bezoekers te bepalen. Dit komt er op neer dat als je op één dag meerdere keren de site bezoekt, dit als één bezoek geregistreerd wordt. Volgens deze telling heeft de website in 2006 in totaal 1 751 525 bezoekers gehad.

48

Wat zijn de concrete werkzaamheden tot nu toe van het Centrum Klantervaring Zorg? Kan de regering aangeven in hoeverre patiënten hun weg hebben weten te vinden naar dit centrum?

Patiënten hoeven niet zelf hun weg te vinden naar het Centrum Klantervaringen Zorg. Zij moeten toegang hebben tot valide en betrouwbare keuzeinformatie over de ervaringen van andere klanten met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze ervaringen worden gemeten met de CQ-index.

Het Centrum Klantervaring Zorg bewaakt een goede toepassing van de CQ-index: een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg, zodat er valide, betrouwbare en vergelijkbare informatie komt over de ervaringen van klanten. Het coördineert hiertoe de ontwikkeling van vragenlijsten die vanuit het perspectief van de klant zijn opgesteld en stelt deze vast. Het houdt toezicht op het meetproces en zorgt ervoor dat de meetresultaten vergelijkbaar zijn. De commissie Klantperspectief die door het Centrum Klantervaring Zorg is ingesteld, borgt de inbreng van patiënten in de ontwikkelingen van de CQ-index.

De ervaringen van klanten met zorgverzekeraars worden al twee jaar op deze manier gemeten en openbaar gemaakt, onder meer via www.kiesBeter.nl. Het afgelopen jaar heeft de deelsite zorgverzekeringen 795 232 bezoekers gehad. De ervaringen van klanten met verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg komen in 2008 beschikbaar, de ervaringen met de gehandicaptenzorg in 2009.

49

Kan de regering aangeven wat de daadwerkelijke gevolgen/effecten zijn van welke interventies, daar waar het de doelstelling: vermindering van roken, overgewicht en alcoholmisbruik betreft? Is per beleidsmaatregel aan te geven wat het precieze effect is geweest? Zo neen, waarom niet? Hoe wordt per beleidsmaatregel dan beoordeeld of deze succesvol is geweest?

In het algemeen geldt dat bij een combinatie van maatregelen niet precies per beleidsmaatregel is aan te geven wat het effect is geweest. Verder verwijs ik ook naar het antwoord op vraag 7. De effecten van het beleid worden aan de hand van verschillende indicatoren gemeten. Zo is op het gebied van roken het percentage rokers de belangrijkste indicator voor het succes van het tabaksontmoedigingsbeleid. In 2004 is gebleken dat een combinatie van maatregelen voor effect zorgt. In dat jaar waarin de rookvrije werkplek en een rookvrij personenvervoer van kracht werden, de accijns op tabaksproducten aanzienlijk werd verhoogd en een groot-scheepse massamediale stoppen-met-rokencampagne werd gevoerd, daalde de rookprevalentie met 2% tot 28% van de bevolking.

In 2006 is op het gebied van roken – naast de reguliere jongerenverlichting – extra geïnvesteerd in een massamediale jongerencampagne. De sinds 2003 ingezette lichte daling van het aantal rokende jongeren heeft zich in 2006 voortgezet. In 2005 rookten van de jongeren in de leeftijdscategorieën 10–14, 15–19 en 10–19 jaar respectievelijk 7, 39 en 23%. In 2006 bedroegen deze percentages respectievelijk 6, 37 en 21.

Eén van de indicatoren voor het alcoholbeleid is een daling van het percentage jongeren van 12 t/m 15 jaar dat alcoholhoudende dranken gebruikt. Uit de cijfers van het HBSC (Trimbos-instituut 2007) blijkt dat de prevalentie van alcoholgebruik in die leeftijdsgroep dalende is. Deze daling is significant voor de groep jongeren in de leeftijd van 12 en 13 jaar. Uit de cijfers blijkt evenwel ook dat het binge-drinken onder de groep jongeren die wél drinkt helaas is toegenomen.

De eerste resultaten van de Postbus 51 campagne «Voorkom alcohol-schade bij uw opgroeiende kind» van eind 2006 zijn positief. Zowel radio als tv hebben ruim aandacht besteed aan het onderwerp alcohol en opvoeding». De campagne bereikte 79% van het algemene publiek en werd met een 7,5 goed gewaardeerd. De website werd meer dan 150 000 keer geraadpleegd, in het bijzonder door ouders. Uit een in opdracht van de RVD uitgevoerde effectstudie (Eindrapportage effectonderzoek, TND Nipo, RVD, maart 2007) blijkt dat wanneer ouders gevraagd wordt naar hoe zij omgaan met hele concrete opvoedingssituaties, de houding inmiddels iets is omgebogen in de gewenste richting.

Om het percentage probleemdrinkers bij volwassenen te laten dalen zijn diverse preventie-projecten ingezet. Eén van die projecten is de website «drinktest.nl» waarop volwassenen hun eigen drinkgedrag kunnen testen. Overmatig drinkende bezoekers ontvangen op basis van de testresultaten een digitaal «advies op maat». In 2006 is de test per dag 400 keer gestart. Tweederde van de deelnemers rondde de hele test af. Uit eerder onderzoek bleek dat 70% van de deelnemers aan de test tot de categorie probleemdrinkers behoort en dat mensen die een advies op maat hadden ontvangen meer gemotiveerd waren om te minderen dan mensen die een algemene foldertekst hadden gelezen.

De ongunstige trend in overgewicht gaat als een epidemie over de wereld en is een hardnekkig en nog niet over zijn top heen zijnde probleem. De maatregelen tegen overgewicht zijn gericht op het tot staan brengen van die trend door een verantwoord voedingspatroon en voldoende beweging te stimuleren. Inzet is dit langs zoveel mogelijk wegen te doen. De te verwachten effectiviteit van een maatregel wordt, bij gebrek aan bewezen effectieve interventies, gebaseerd op best practices of de bijdrage aan de beïnvloeding van de energiebalans (tussen verantwoorde voeding en voldoende beweging).

50

Wat is de stand van zaken ten aanzien van lokale gezondheidsnota's? Hoeveel gemeenten hebben al een lokale nota opgesteld? Wordt de voortgang in deze gecontroleerd? Zo ja, hoe?

Nagenoeg alle gemeenten hebben inmiddels een actuele nota Gezondheidsbeleid. Zoals aangegeven in het jaarverslag betreft het 98% van de gemeenten. Het maken van een 4-jaarlijkse nota gezondheidsbeleid is verplicht op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid sinds 2003. In de periode daarna is het aantal gemeenten met een vastgestelde gemeentelijke nota snel toegenomen: 75% in 2004, 87% 2005 en 98% in 2006. In totaal 6 gemeenten hebben vanwege gemeentelijke herindelingen geen nota meer gemaakt binnen deze eerste cyclus. In de gezondheidsatlas van het RIVM (www.rivm.nl/vtv) worden deze gegevens steeds geactualiseerd op basis van informatie vanuit GGD'en. In 2007 begint de nieuwe preventiecyclus voor gemeenten, zodat zij een nieuwe actuele nota moeten opstellen.

De Inspectie van de Gezondheidszorg houdt toezicht op de uitvoering van deze wettelijke verplichting. De IGZ gaat bij het toezicht bij GGD'en en gemeenten op basis van indicatoren over de risico's in de volksgezondheid na of de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg voldoende is. De IGZ bekijkt dit in eerste instantie voor de prioriteiten uit de preventienota en bekijkt vervolgens ook de aanpak van lokaal vastgestelde volksgezondheidsproblemen. Hiervoor vraagt de IGZ aan de GGD'en informatie over de lokale gezondheidstoestand. Blijken er volksgezondheidsproblemen te zijn, dan zal de inspectie nagaan in hoeverre de gemeenten die problemen adequaat aanpakken met effectieve interventies.

51

De Kamer is in grote meerderheid zeer kritisch geweest over de oprichting van het nieuwe Centrum Gezond Leven bij het RIVM. Heeft de regering bij de oprichting van dit nieuwe centrum bij het RIVM rekening gehouden met de kritiek- en zorgpunten van de Tweede Kamer? Zo ja, op welke wijze?

De kritische vragen tijdens het preventiedebat van 5 april 2006 betroffen de totale omvang van de personele bezetting van het RIVM voor de centravorming. Bij de voorbereidingen van het Centrum Gezond Leven (CGL) is daarmee rekening gehouden.

Het CGL is een samenwerkingsverband van negen, grotendeels door VWS gefinancierde gezondheidsbevorderende instellingen (stichtingen). Deze instellingen leveren menskracht om te werken aan samenhangende jaarprogramma's voor gezondheidsbevordering gericht op professionals in de «settings» school, werk, wijk, zorg en sport. Het CGL kan daardoor zelf beperkt blijven tot maximaal 10 fte. Het CGL is op 1 juni 2007 gestart met 1,7 fte.

In mijn brief aan de Tweede Kamer heb ik de kamer uitvoerig geïnformeerd (Brief VGP/LCP 2746787 d.d. 9 mei 2007).

52

Wat doet de regering concreet om de infrastructuur van de publieke gezondheid te versterken? De minister van VWS was ook in 2006 coördinator binnen het kabinet op het terrein van de preventie. Hoeveel keer en in welke samenstelling is er interdepartementaal bijeen gekomen om over het onderwerp preventie te spreken? Met welke departementen? Wat zijn de acties die op basis van deze overleggen zijn genomen? Hoe succesvol waren die?

De rijksoverheid is verantwoordelijk voor een doelmatig systeem van de publieke gezondheid dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid. Om de infrastructuur van de publieke gezondheid te versterken onderneemt de regering diverse activiteiten. Het RIVM monitort de volksgezondheid in de volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) en de Zorgbalans. VWS brengt op basis hiervan vierjaarlijks de landelijke preventienota uit waarin de landelijke prioriteiten staan aangegeven op het terrein van preventie voor gemeenten en andere partijen. In oktober 2006 heeft het kabinet de nota «Kiezen voor gezond leven» uitgebracht. De lokale uitvoering van de publieke gezondheid vindt plaats onder verantwoordelijkheid van gemeenten.

Het agentschap RIVM is een belangrijke speler voor VWS op het terrein van de publieke gezondheid. Het RIVM heeft de verantwoordelijkheid gekregen voor de regie, coördinatie, aansturing en ondersteuning van de taakuitvoering door de organisaties op een aantal terreinen van publieke gezondheid. Inmiddels zijn bij het RIVM het Centrum Infectieziektebestrijding, het Centrum Bevolkingsonderzoek en het Centrum Jeugdgezondheidszorg operationeel. In 2007 komen daar nog het Centrum voor gezondheid en milieu en het Centrum Gezond Leven bij.

In 2006 heeft op verschillende wijzen interdepartementaal overleg plaatsgevonden over preventie, onder meer in het kader van de voorbereiding van de landelijke preventienota. Op de diverse thema's rond preventie (zoals infectieziekten (inclusief vogelgriep), vaccinaties, screening, productveiligheid, chemische stoffen en letselpreventie en om thema's op het gebied van gezondheidsbevordering zoals alcohol, tabak, drugs, overgewicht, voeding en bewegen) vindt regelmatig interdepartementaal overleg plaats, evenals met de betrokken veldpartijen. Dit gebeurt zowel ad hoc als regulier én zowel op ambtelijk niveau als tussen bewindslieden. Op het gebied van preventie vindt tussen VWS en vrijwel alle andere departementen (OCW, V&W, VROM, LNV, EZ, SZW, BuZa, Justitie en Financiën) interdepartementale afstemming plaats over preventie. De frequentie van regulier interdepartementaal overleg loopt uiteen van minimaal 4x per jaar (bijvoorbeeld voor stuurgroepen) tot 12x per jaar (bijvoorbeeld voor werkgroepen). De werkgroep Interdepartementaal Beleidsonderzoek Preventie is in 2006 2x bijeen geweest. Het verslag van de werkgroep IBO Preventie volgt medio 2007. Ook heeft VWS in 2006 de werkgroep Brede Visie Preventie gestart. Een ander voorbeeld is het interdepartementale Gezondheidsontbijt dat eind 2006 op DG-niveau plaatsvond.

De landelijke infrastructuur is erop gericht om hoogwaardige kennis op het terrein van de publieke gezondheid te genereren en toepassen om het uitvoerende werk (op lokaal niveau) te faciliteren en ondersteunen. Op landelijk niveau werken onder meer het RIVM, de gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's, HKZ, ZonMw, e.a.) aan diverse programma's gericht op onderzoek naar innovatie en implementatie van effectieve interventies op het terrein van de publieke gezondheid (o.m. Programma Preventie, programma Academische werkplaatsen in de Publieke Gezondheid, Preventie in de Thuiszorg, Beter Voorkomen). In de care en de care houden het College voor Zorgverzekeringen, de kwaliteits- en kennisinstituten, en de beroepsgroepen en instellingen zich vanuit diverse invalshoeken met preventie en preventie in de zorg bezig.

53

Heeft de regering inzicht in het toepassen door de instellingen van de normen voor verantwoorde zorg? Hoe toetst en beoordeelt de regering de interne kwaliteitszorg bij de instellingen?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is verantwoordelijk voor toezicht op de zorgverlening door instellingen, op basis van de kwaliteitswet zorginstellingen.

Het toetsingskader van de inspectie is primair de normen die de sectoren zelf opstellen voor verantwoorde zorgverlening. Daar waar die normen er niet of onvoldoende zijn, kunnen deze onder begeleiding van de IGZ alsnog geformuleerd worden.

Om te komen tot een effectief en doelmatig toezicht hanteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg het model van gelaagd en gefaseerd toezicht.

Op deze wijze kan de met de beschikbare IGZ capaciteit een maximaal toezichtsrendement behaald worden.

Door gebruik te maken van indicatoren(sets) maken instellingen inzichtelijk hoe het met de zorgverlening gesteld is.

Het overzicht dat aldus ontstaat is intern bruikbaar voor de instellingen om de kwaliteit van de zorgverlening verder te verbeteren, en geeft aan de IGZ basisinformatie omtrent de zorgverlening door instellingen die voor de toezichtstaak van de IGZ gebruikt kan worden. Ook cliënten, cliëntenraden en verzekeraars kunnen op basis van deze informatie sturen. Daarbij kunnen de prestaties ook onderling vergeleken worden.

De inzichten die de IGZ hieromtrent verwerft worden jaarlijks door de IGZ gepubliceerd in «Het resultaat telt».

Via het jaardocument maatschappelijk verantwoording zullen instellingen verslag doen van hun prestaties op het gebied van kwaliteit. Voor de VVT-sector gebeurt dit als eerste in 2008. De andere sectoren zullen, na ontwikkeling van de veldnormen voor verantwoorde zorg, volgen in de jaren daarna.

54

Kan de regering aangeven hoe de uitbreiding van de hielprik in de praktijk is verlopen? Was deze uitbreiding voldoende goed voorbereid?

Na ruim een jaar van intensieve voorbereidingen is op 1 januari 2007 de uitbreiding van het landelijke programma neonatale screening met veertien aandoeningen grotendeels ingevoerd. Het gaat om een ingewikkelde en een grote operatie. Deze uitbreiding wordt in ons land gezien als een belangrijke mijlpaal als het gaat om de preventie van aangeboren ziekten bij pasgeborenen. Ook ouders staan er zeer positief tegenover, zo blijkt uit onderzoek. Alle betrokken partijen hebben zich de afgelopen tijd enorm ingezet om van de invoering een succes te maken.

Het programma draait goed maar er moeten en kunnen nog zaken worden verbeterd en vervolmaakt.

Bij dat proces zijn ondermeer kinderartsen gespecialiseerd in stofwisselingsaandoeningen, verloskundigen, huisartsen, uitvoerders van de hielprik, klinisch chemici, gynaecologen, entadministraties, laboratoria betrokken en uiteraard het RIVM dat de regie heeft op de uitvoering van het programma. De Programmacommissie Neonatale Screening waar deskundigen vanuit diverse betrokken beroepsgroepen en disciplines in deelnemen, is zeer actief betrokken bij uitvoeringszaken op landelijk niveau en bij de bewaking van de kwaliteit van dit programma.

Bij de uitvoering hebben de volgende punten speciaal de aandacht:

1. De knelpunten die al vóór de invoering van de uitbreiding zijn aangegeven door kinderartsen, verloskundigen en uitvoerders van de hielprik. Het gaat om eventueel extra tijdbeslag van eerstgenoemde beroepsgroepen bij het geven van voorlichting. Dat gaan we volgen. Verder is een belangrijke vraag of voor pasgeborenen met een positieve screeningsuitslag de aansluiting met de zorg wel gegarandeerd kan worden. Daarover heeft VWS afspraken gemaakt met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de NFU.
2. Knelpunten die zijn ontstaan na invoering van de uitbreiding. Met brief dd. 22 februari jl. kenmerk PG/ZP 2750257 heb ik u op de hoogte gesteld van het besluit om de screening op tyrosinemie type 1 tijdelijk op te schorten, dit omdat de nieuwe manier van testen niet de meest geschikte methode is. En voor galactosemie wordt gezocht naar een verbeterde laboratoriumanalyse, dit omdat de huidige methode te vaak ten onrechte aangaf dat kinderen deze aandoening zouden hebben. Er wordt gewerkt aan verbetering op dit punt.
3. Voorlichting. Dit blijft een belangrijk punt, zeker omdat aan de voorlichting hogere eisen worden gesteld met de uitbreiding: deze moet eerder, beter en meer toegankelijk voor iedereen. Bovendien is de voorlichting complexer geworden door de voorlichting over dragerschap die er nu ook deel van uitmaakt. Een programma voor regionale informatieavonden voor verloskundigen, huisartsen en verloskundig actieve huisartsen gaat na de zomer van start.
4. evaluatie van het gehele proces. Ik vind het van groot belang dat het RIVM met betrokkenen het proces blijft evalueren, zodat geleerd kan worden van wat goed is gegaan en van de verbeterpunten.

Bij invoering waren een beperkt aantal zaken nog niet goed geregeld, maar ruim voldoende voor een verantwoorde start. Er is destijds door de staatssecretaris toch gekozen voor invoering per 1 januari 2007 in plaats van uitstel. Het belang van het tijdig opsporen van pasgeborenen met ernstige aangeboren afwijkingen heeft daarbij voorop gestaan en daarbij geen jaar meer te verliezen.

55

Hoeveel geld is in 2006 extra beschikbaar gesteld voor de jaarlijkse griepvaccinatie in verband met de hogere opkomst die werd verwacht en de stijging van de vaccinprijs? Kan worden aangegeven in hoeverre de vaccinprijs is gestegen?

In 2006 is € 1,6 mln beschikbaar gesteld voor de kostenstijging als gevolg van een hogere vaccinprijs en de hogere verwachte opkomst. De vaccinprijs is in 2006 gestegen met bijna 6%.

56

Wanneer is het optiecontract afgesloten zodat Nederland, in het geval een pandemie zou uitbreken, daarvan de eerste vaccins kan afnemen? Indien dit noodzakelijk zou zijn, hoeveel houdt het afnemen van de eerste productieopbrengst dan in? Is dit toereikend indien een pandemie mocht uitbreken?

Het contract met Solvay is afgesloten op 28 februari 2006.

Op dit moment is het onmogelijk te voorspellen welk virus precies de eventuele pandemie zal veroorzaken. Pas wanneer dat bekend is kan aan vaccinontwikkeling en -productie worden gewerkt. Intrinsieke eigenschappen van het virus bepalen uiteindelijk de opbrengst van de productieweek waar Nederland recht op heeft. De periode van acht weken is gebaseerd op de gemiddelde productieopbrengst van 2 miljoen doses per

week. Dit zou moeten resulteren in 16 miljoen doses na acht weken. Naar verwachting is dit voldoende om de gehele Nederlandse populatie te beschermen.

57

Kan de regering aangeven in hoeverre en met welke intensiteit binnen Europa is samengewerkt ten aanzien van de voorbereiding op een eventuele griep-pandemie? Is de regering tevreden over deze samenwerking? Wat kan en wat moet er verbeteren? Wat kan Nederland hierin betekenen? Is Europa goed voorbereid op een eventuele griep-pandemie? Is Nederland goed voorbereid op een eventuele griep-pandemie? Wat is het oordeel van de regering over de «Sneller beter-programma's»? De serie Sneller Beter is afgesloten. Wat betekent dat? Hoe gaat het verder met Sneller Beter? Wat betekent de overdracht aan de sector? Wat is de rol van het ministerie van VWS hier nog verder in?

Ten aanzien van de samenwerking binnen Europa verwijs ik kortheids-halve naar de voortgangsbrief m.b.t. de voorbereiding op een mogelijke griep-pandemie die in december 2006 naar de Tweede Kamer is gezonden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 22 894, nr. 113) en naar het verslag van een schriftelijk overleg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 22 894, nr. 123) naar aanleiding van deze brief.

In algemene zin kan worden opgemerkt dat alle landen, evenals de Europese Commissie en het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), zich zeer bewust zijn van de dreiging die een griep-pandemie betekent voor Europa en de lidstaten. In de Europese Gezondheidsraad staat het onderwerp regelmatig op de agenda. Ook op andere niveaus wordt regelmatig aandacht hieraan besteed. Door het ECDC is een groot aantal richtinggevende documenten gepubliceerd. Tevens zijn er workshops en een grote oefening georganiseerd. Nederland is hierin actief.

De voorbereiding op een grootschalige uitbraak van infectieziekten is een nationale verantwoordelijkheid. Lidstaten hebben zich in de afgelopen jaren vooral beziggehouden met de nationale voorbereiding en minder met de internationale afstemming. Door bovengenoemde activiteiten op EU niveau is het bewustzijn versterkt dat nationale plannen onderling geharmoniseerd dienen te zijn om het grootste effect te hebben. Op EU niveau wordt er daarom aangedrongen op «interoperabiliteit». Nederland heeft het initiatief genomen om met de buurlanden de plannen af te stemmen. Hiertoe is eerder dit jaar een bezoek aan België gebracht en zullen binnenkort de voorbereidingsplannen met Duitsland worden vergeleken.

Het ECDC is in 2006 gestart met een onderzoek naar de mate van voorbereiding van de Europese landen. Het eerste rapport daarvan is in januari 2007 verschenen: Pandemic Influenza Preparedness in the EU (<http://www.ecdc.eu.int/Publications/Technicalreports.html>); het tweede rapport zal eind 2007 uitkomen. In het eerste rapport wordt geconcludeerd dat:

- alle EU landen grote vooruitgang geboekt hebben op het gebied van pandemische voorbereiding;
- overal pandemische plannen zijn opgesteld;
- in veel gevallen de plannen ook zijn vertaald in operationele plannen;
- in veel landen noodvoorraden van antivirale middelen zijn aangelegd.

Ook geeft het aan dat de voorbereidingen nog niet zijn afgerond en dat er nog zeker twee tot drie jaar intensief werk nodig is in de lidstaten om tot

een afronding te kunnen komen. De belangrijke gebieden waar nog veel werk aan moet gebeuren zijn:

- geïntegreerde regeringsbrede voorbereiding;
- het operationaliseren van plannen op het lokale niveau;
- het verhogen van interoperabiliteit van plannen op (inter-)nationaal niveau;
- het verhogen van het niveau van de jaarlijkse grieppreventie;
- het uitbreiden van grieponderzoek.

Ten aanzien van de voorbereiding van Nederland verwijs ik u naar de voortgangsbrief over dit onderwerp die in december 2006 naar de Tweede Kamer is gezonden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 22 894, nr. 113).

58

Acht de regering het gewenst dat er ook kwalitatieve en kwantitatieve kwaliteitsdoelstellingen worden gesteld? Zo ja, hoe en door wie?

Door toenemende transparantie komen verschillen in kwaliteit aan het licht. Wanneer indicatoren duidelijk maken dat er verschillen tussen instellingen zijn wat betreft de geleverde prestaties, ontstaat ook de behoefte om daar waardeoordelen aan te verbinden. In eerste instantie gebeurt dat in de contacten tussen de veldpartijen. Raden van bestuur van zorginstellingen, zorgverzekeraars, zorgkantoren en collega's zullen prestaties gaan vergelijken en achterblijvende prestaties kritisch gaan beoordelen. Slecht presterende instellingen krijgen daar last van.

Het is de inzet van de regering dat veldpartijen elkaar op deze wijze scherp houden en elkaar aanzetten tot verbeteren. Het is wenselijk en het ligt voor de hand dat partijen daarbij met elkaar kwalitatieve en kwantitatieve kwaliteitsdoelstellingen afspreken.

Het inzicht in kwaliteitsprestaties leidt er niet alleen toe dat duidelijk wordt waar de verbetermogelijkheden zitten. Ook de risico's worden zichtbaar. Op essentiële onderdelen van patiëntveiligheid, daar waar de risico's en de consequenties van onveiligheid het grootst zijn, zijn alleen kwaliteitsdoelstellingen niet voldoende, maar is ook duidelijke normstelling nodig: je levert veilige zorg of je doet het niet! De minister tot slot heeft de mogelijkheid om essentiële veiligheidsnormen kracht van wet te geven door deze op te nemen in een algemene maatregel van bestuur op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze mogelijkheid is alleen aan de orde als stok achter de deur ingeval zelfregulering en het toezicht van de inspectie in een bepaalde deelsector onverhoopt onvoldoende resultaat zou geven.

59

Voor welke diagnoses kunnen, dankzij de samenwerkingsovereenkomst die partijen in de ziekenhuiszorg hebben afgesloten, de prestaties inzichtbaar worden gemaakt?

Er zijn indicatoren en meetinstructies ontwikkeld voor cataract (staar), incontinentie bij de vrouw, mammacarcinoom (borstkanker), knie/heupoperaties, diabetes, liesbreuk, rughernia, blaaskanker, adenotonsilectomie (amandelen knippen) en spataderen. De indicatoren over deze aandoeningen kunnen vanaf dit jaar worden geregistreerd. Vooral nog werken de ziekenhuizen mee op basis vrijwilligheid. Het is van belang dat de ontwikkeling van indicatoren, en de daarmee beoogde transparantie wordt begeleid en bewaakt. Er is pas sprake van een succesvol transparatiesysteem als iedere informatiegebruiker zonder twijfel, wantrouwen of terughoudendheid deze informatie voor zijn doel kan gebruiken. Dit vertrouwen kan alleen verworven en geborgd worden wanneer de data-

verwerking gestandaardiseerd, transparant en controleerbaar verloopt; de meetinstrumenten relevant en valide zijn en de meetuitkomsten gewaarmerkt zijn en vergelijkbaar zijn gemaakt. De prestaties worden zo snel als mogelijk, maar pas als het vertrouwen gewaarborgd is gepresenteerd, onder meer via de website kiesbeter.nl.

In 2007 worden indicatoren en meetinstructies ontwikkeld voor het meten van prestaties ontwikkeld voor reumatoïde artritis (gewrichtsontsteking die op reuma lijkt), COPD, hartfalen, angst en depressie, CVA (beroerte), coloncarcinoom (dikkedarmkanker), parkinson, atopisch eczeem (eczeem dat betrekking heeft op een vorm van overgevoeligheid), pijn bij kanker, sedatie buiten de OK, pijn bij bevalling, perioperatieve voeding (voeding rondom de operatie), cystic fibrosis (taaislijmziekte), ziekte van Crohn, slaapapnoe (ademstilstand tijdens de slaap), licht traumatisch schedelherenletsel, coeliakie en chronische (rhino)sinusitis (chronische bijholteontsteking). Per diagnose/aandoening zijn alle relevante partijen betrokken bij de ontwikkeling. Dit zijn in ieder geval medisch specialisten, patiënten, verzekeraars, verpleegkundigen en ziekenhuizen. Zij bepalen gezamenlijk wat verantwoorde zorg is en hoe deze gemeten kan worden.

In 2009 kunnen de prestaties van ziekenhuizen voor deze nieuwe aandoeningen gemeten worden en afhankelijk van aangetoonde relevantie, validiteit en betrouwbaarheid in 2010 openbaar gemaakt, onder andere via www.kiesBeter.nl. Op dit moment wordt gewerkt aan de selectie/prioritering van de 50 aandoeningen die in 2008/2009 ontwikkeld zullen worden.

60

De regering schrijft dat het rapport van de IGZ aangaande verpleeghuiszorg een verbetering laat zien van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Hoe verhoudt deze zinsnede zich tot het feit dat in 2006 de kwaliteitsslag in de directe zorg voor de cliënten minder merkbaar was en dat veel instellingen in 2006 nog niet op het gewenste niveau functioneerden (zoals gebleken uit de toezichtbezoeken)?

De IGZ heeft in 2005 en 2006 alle instellingen voor verpleeghuiszorg bezocht. Het rapport Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag gaande is het verslag van die bezoeken. De IGZ concludeert op basis van deze bezoeken dat er een verbetering zichtbaar is in de kwaliteit van zorg. In de woorden van de IGZ: het risico op onverantwoorde zorg is afgenomen. Dat wil niet zeggen dat alle zorg al van de gewenste kwaliteit is. Voor de komende periode is het van belang dat de verbetering wordt voortgezet zodat dit ook voor cliënten direct merkbaar is. De IGZ merkt terecht ook op dat dit een slag is die wel enig geduld en tijd vraagt. Een belangrijke stimulans zal de rapportage door alle instellingen over de indicatoren verantwoorde zorg over 2007 zijn. De rapportage komt in 2008 beschikbaar.

61

Hoe is het mogelijk dat de webapplicatie die nodig is voor het verantwoordingsproces, niet op tijd klaar was? Hoe is het nu gesteld met de ontwikkeling van deze webapplicatie gesteld?

De bouwer van webapplicatie ter ondersteuning van het verantwoordingsproces heeft zich niet aan de afgesproken opleverdatum gehouden. Dit heeft overigens de jaarverantwoording over 2005 niet in de weg gestaan. Het doel was om 20% van de instellingen te laten deelnemen aan het Jaardocument. Uiteindelijk heeft 33% van de zorgconcerns over 2005 met het Jaardocument verantwoording afgelegd.

In 2006 is er een goed werkende webapplicatie ontwikkeld waarmee momenteel 60% van de zorgconcerns vrijwillig digitaal verantwoording aflegt over verslagjaar 2007. Vanaf verslagjaar 2008 is het jaardocument maatschappelijke verantwoording wettelijk verplicht.

62

In hoeverre zijn het Elektronisch Kinddossier en het EMD op elkaar afgestemd?

Het Elektronisch Kinddossier (EKD) is het landelijk systeem voor de automatisering van de huidige papieren dossiers in de jeugdgezondheidszorg. Dit zal op termijn aansluiten op de landelijke zorginfrastructuur voor het Elektronisch Patiëntendossier (EPD), waardoor andere bij de hulpverlening betrokken beroepsgroepen in de zorg onder specifieke voorwaarden inzage kunnen krijgen in het EKD. Om dit mogelijk te maken zal bij de bouw van het systeem rekening worden gehouden met de eisen van het EPD en de (inter)nationale beveiligingsnormen.

Het Elektronisch Medicatiedossier (EMD) biedt een overzicht van de verstrekte medicatiegegevens van een patiënt en is een van de onderdelen die zijn opgenomen in de pilot van het EPD. Via de eisen van het EPD zijn EKD en EMD dus op elkaar afgestemd.

63

De regering schrijft dat het noodzakelijk is dat gegevens van patiënten altijd en overal beschikbaar zijn voor de daartoe geautoriseerde personen. Hoe verhoudt dit schrijven zich tot het onderzoek van de IGZ, waaruit blijkt dat veel patiëntendossiers niet op orde zijn?

De beschikbaarheid van patiëntgegevens voor zorgverleners is daarom zo belangrijk omdat patiënten erop moeten kunnen vertrouwen dat de zorgverlener zich baseert op relevante en actuele informatie. Het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) is een virtueel dossier dat het uitwisselen van medische gegevens op landelijke schaal op een veilige en betrouwbare wijze mogelijk maakt.

Het onderzoek van de IGZ concludeert dat (in het preoperatieve traject) de informatievoorziening en verslaglegging een landelijke standaard vereisen voor goede uitwisselbaarheid van patiëntgegevens. De dossiervoering dient daarom in de ziekenhuizen via een enkelvoudig format, gecentreerd rond de patiënt opgezet te zijn.

64

Loopt invoering van het EMD op schema? Zo neen, waarom niet? Wat gaat de regering daaraan doen? Zo ja, betekent dit dat eind 2007 het EMD in heel Nederland door iedereen die betrokken is bij medicatieverstrekking/voorschrijven medicijnen wordt gebruikt?

De invoering van het Elektronisch Medicatiedossier ligt op schema. Volgens planning moet de landelijke uitrol bij een goed verloop van de pilot na de zomer starten. Dit betekent concreet dat nog in 2007 een begin wordt gemaakt met de landelijke uitrol van het EMD. In 2009 moet er sprake zijn van een 100% dekking.

Voorwaardelijk om te kunnen starten met de landelijke uitrol is het gebruik van het burgerservicenummer in de zorg. Daarvoor is inwerkingtreding van het wetsvoorstel van de Wet op het gebruik van het BSN in de zorg (Wbsn-z) noodzakelijk. Vooral nog is er geen zicht op behandeling van dit wetsvoorstel door de Eerste Kamer en staat de start van de landelijke uitrol onder druk.

Hoeveel meer gezinnen zijn/worden er (nog) bereikt met de «Impuls opvoeden gezinsondersteuning»? Welk bedrag is er per gemeente onder de naam «Impuls opvoed- en gezinsondersteuning»?

Uit voorlopige cijfers over de periode april tot en met december 2006 blijkt dat in totaal ongeveer bijna 25 000 gezinnen zijn bereikt.

In onderstaande tabel staat aangegeven welk bedrag per gemeenten is toegekend.

Tilburg	€ 851 692	Ede	€ 390 783
Eindhoven	€ 882 995	Venlo	€ 373 852
Groningen	€ 689 313	Leeuwarden	€ 372 782
Nijmegen	€ 682 773	Sittard-Geleen	€ 361 369
Arnhem	€ 678 617	Deventer	€ 358 406
Enschede	€ 597 030	Spijkenisse	€ 358 365
Breda	€ 656 352	Helmond	€ 356 003
Zaanstad	€ 637 980	Lelystad	€ 349 071
Haarlem	€ 293 300	Purmerend	€ 233 375
Dordrecht	€ 610 453	Hilversum	€ 320 708
Amersfoort	€ 567 111	Almelo	€ 320 199
Apeldoorn	€ 559 042	Hengelo (Ov)	€ 318 522
's-Hertogenbosch	€ 540 852	Capelle a/d IJssel	€ 317 600
Zoetermeer	€ 537 245	Gouda	€ 281 192
Leiden	€ 499 614	Roosendaal	€ 211 375
Maastricht	€ 459 032	Leidschendam-Voorburg	€ 277 397
Alkmaar	€ 430 913	Hoorn	€ 302 747
Delft	€ 429 405	Amstelveen	€ 292 990
Schiedam	€ 428 632	Alphen a/d Rijn	€ 282 767
Zwolle	€ 269 797	Oss	€ 273 072
Emmen	€ 391 517	Den Helder	€ 265 879
Amsterdam	€ 5 220 000	Bergen op Zoom	€ 170 000
's Gravenhage	€ 3 020 000	Rotterdam	€ 4 300 000
		Utrecht	€ 1 250 500

De regering schrijft dat subsidies zijn verleend aan moeilijk bereikbare groepen in het kader van de invoering van de Zorgverzekeringswet. Kan de regering aangeven welke groepen dit zijn en hoeveel geld hiermee gemoeid was?

In 2005 en 2006 zijn organisaties die de belangen van moeilijk bereikbare groepen vertegenwoordigen diverse malen in de gelegenheid gesteld om subsidie aan te vragen ten behoeve van voorlichting aan deze groepen (zoals dak- en thuislozen en ouderen). Diverse organisaties (a.o. Landelijke Vereniging van Thuislozen, Voice, Anbo, Uniekbo, PCOB en Stichting de Ombudsman) hebben hier gebruik van gemaakt. In totaal is in 2005 voor € 1,6 miljoen en in 2006 voor € 1,3 miljoen aan subsidie aan deze organisaties verstrekt. De verstrekking van de subsidies heeft ertoe geleid dat personen die tot deze moeilijk bereikbare groepen behoren zich daadwerkelijk hebben verzekerd en (vaak ook) een zorgtoeslag hebben aangevraagd.

Hoe kan worden voorkomen dat in 2007 en 2008, net als in 2006, een onderuitputting zal ontstaan omdat een belangrijk deel van de vergoedingen in de AWBZ pas in het volgende jaar wordt gedeclareerd en uitgekeerd?

De vraag heeft betrekking op de invoeringskosten van het nieuwe ZZP-bekostigingssysteem in de AWBZ. In 2006 is dit traject opgestart, waardoor een deel van de kosten pas in 2007 kon worden vergoed. Voor

2007 worden de gelden zoveel mogelijk in het lopende jaar beschikbaar gesteld zodat overloop naar het opvolgende jaar wordt voorkomen.

68

Wat hield de wijziging van de implementatie van het EMD eind 2005 in? Kan worden aangegeven waarom hier minder kosten mee waren gemoeid dan was beraamd? Kan de regering dit mede verduidelijken in het licht van de bevindingen uit het rapport van de IGZ waaruit is gebleken dat veel patiëntendossiers niet op orde zijn?

De wijziging van de implementatie eind 2005 is mede naar aanleiding van de motie Koşer Kaya (TK 30 300 XVI, 2005–2006, nr. 56) tot stand gekomen. Naar aanleiding van die motie is de organisatie van het Elektronisch Patiëntendossier aangepast. VWS voert de regie over de invoering van het EMD/WDH. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ), het CIBG en de Sectorale Berichtenvoorziening in de Zorg (SBV-z).

De voorbereidingen voor invoering van het EMD zijn langzamer verlopen dan gepland in 2005 waardoor in 2006 minder kosten zijn gemaakt. Hierover is uitgebreid gerapporteerd in de voortgangsrapportages 2006.

Het onderzoek van de IGZ concludeert dat (in het preoperatieve traject) de informatievoorziening en verslaglegging een landelijke standaard vereisen voor goede uitwisselbaarheid van patiëntgegevens. De dossiervoering dient daarom in de ziekenhuizen via een enkelvoudig format, gecentreerd rond de patiënt opgezet te zijn.

69

Kan de «concrete doelstelling van het convenant overgewicht om het aantal volwassenen met overgewicht niet verder te laten groeien en het aantal kinderen met overgewicht naar beneden te brengen» worden geconcretiseerd met precieze doelstellingen ten aanzien van aantallen?

In de begroting voor 2007 zijn de doelstellingen als volgt geconcretiseerd voor het percentage van de bevolking *zonder* overgewicht:

Gezond gewicht	1993–1997	2010
Mannen:	55%	55%
Vrouwen:	65%	65%
Kinderen:	87%	90%

70

Waarom is de concrete doelstelling van het convenant overgewicht gesteld op het niet verder laten groeien van het aantal volwassenen met overgewicht en niet op het verkleinen van het aantal volwassenen met overgewicht?

Het aantal volwassen met overgewicht zal zonder ingrijpen naar verwachting sterk stijgen. Daarom is het niet verder laten groeien van het aantal volwassen met overgewicht al een ambitieuze doelstelling.

71

Kan de regering een overzicht geven van de activiteiten van het convenant Overgewicht in het jaar 2006, Worden de resultaten van deze activiteiten gemeten? Zo ja, zijn die al bekend? In 2006 zijn 5 miljoen kuren antivirale middelen geleverd. Wat is de houdbaarheidsstermijn van deze middelen?

In oktober 2006 is het actieplan «Energie in Balans Werk in uitvoering» aan de kamer aangeboden (Kemerstuk 22 894, nr. 112). Dit geeft een overzicht van 68 activiteiten die op dat moment werden uitgevoerd.

De convenantpartners zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van (eigen) activiteiten en bewaken de voortgang van de activiteiten. Om meer te leren over de effectiviteit van de verschillende soorten acties, zal voor sommige activiteiten de relatie met het beïnvloeden van overgewicht onderzocht worden. Hierover wordt verantwoording afgelegd in de halfjaarlijkse rapportage aan het convenantbureau en de jaarlijkse rapportage die dit najaar bekend zal worden opgesteld.

De houdbaarheid van de geregistreerde medicijnen Tamiflu en Relenza is 5 jaar. In totaal bestaat ongeveer 40% van de noodvoorraad hieruit. De overige ca. 60% van de noodvoorraad bestaat uit een bulkvoorraad van de actieve component van Tamiflu. Die is niet geregistreerd en heeft in die zin geen houdbaarheidstermijn. De verwachting is dat de houdbaarheid lang is, veel langer dan van Tamiflu. Het NVI zal – in opdracht van VWS – periodiek controles uitvoeren op de kwaliteit van het opgeslagen product. Uit deze controle zal blijken wanneer de houdbaarheid van dit deel van de noodvoorraad verstrijkt.

72

Er werd € 2 mln. extra ingezet in «gezond leven». Waar is dat precies ingezet? Wat zijn de resultaten van deze extra inzet? De € 1,5 mln. die extra is ingezet in een jongeren en stoppen met roken campagne. Heeft deze extra inzet ertoe geleid dat er minder jongeren zijn gaan roken/er meer jongeren zijn gestopt met roken/ rokende jongeren minder zijn gaan roken? Zo neen, is hier dan geen sprake van weggegooid geld? Is het extra geld (€ 1,7 mln.) voor opvoedingsvoorlichting alcohol nog op één of andere wijze ondersteund, of is het gebleven bij een spotje op radio en tv? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?

Van de € 2 mln extra voor «gezond leven» is € 1 mln. gebruikt voor hulp aan risicogezinnen. Daarnaast is € 0,4 mln. ingezet voor de voorbereiding van het Centrum Gezond Leven bij het RIVM. Voorts zijn (extra) middelen ingezet t.b.v. gezond leven projecten. Zo is onder andere aan de projecten «Najaarscampagne balansdag» en de start van «Welkom landgenootje» € 0,4 mln. uitgegeven.

Voor het antwoord op de vraag naar de inzet van € 1,5 mln. voor de campagne stoppen met roken onder jongeren verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 49.

Het bedrag van € 1,7 mln voor opvoedingsondersteuning alcohol is besteed aan advertenties en voorlichtingsspotjes, posters, ouderavonden op school, opvoedkundig advies via een website, de alcoholinfolijn en begeleidend onderzoek (zoals onderzoek naar de rol van ouders).

73

Er is € 4,4 mln. aan het agentschap NVI betaald voor sachettering van de antivirale middelen. Wat moet worden verstaan onder sachettering? Kan de regering een overzicht geven van de kwalitatieve prestaties van het agentschap NVI in 2006? Zijn er nog nieuwe vaccins ontwikkeld? Wat is de toegevoegde waarde van het onderzoek van het NVI in 2006 geweest?

Een deel van de antivirale middelen is aangekocht in de vorm van het actieve bestanddeel van Tamiflu. Dit is geleverd als bulkstof en is daarmee niet direct gebruiksgereed. Individuele doses van dit materiaal worden gemaakt door een kleine hoeveelheid ervan (100 mg) af te wegen en in

een sachet te verpakken. Deze sachets bestaan uit een aan 4 zijden dichtgemaakt enveloppe van aluminiumlaminaat en worden al jaren gebruikt voor het verpakken van medicijnen.

De kwalitatieve beschrijving van de prestaties van NVI is de Nederlandse bevolking beschermen tegen infectieziekten door vaccins te leveren voor vaccinatie onder normale en bijzondere omstandigheden. Op grond hiervan heeft NVI een drietal kerntaken, te weten:

- 1 Levering van vaccins voor de Nederlandse Vaccin Voorziening (NVV),
- 2 onderzoek en ontwikkeling op het terrein van vaccins voor de NVV en
- 3 het voorhanden hebben van actuele kennis over vaccins en vaccinatie voor de professionele ondersteuning van het moederdepartement.

Het NVI kent een aantal aan de kerntaken gerelateerde activiteiten, te weten:

- 4 Het beschikbaar hebben van dieren ten behoeve van dierproeven binnen NVI/RIVM,
- 5 dienstverlening aan het RIVM op het terrein van mediabereiding, sterilisatie en afvalverwerking,
- 6 activiteiten op het gebied van ontwikkelingssamenwerking, en
- 7 activiteiten die voortvloeien uit benutting van de restcapaciteit die deel uitmaakt van de minimumcapaciteit.

Ad 1. Vaccinlevering- en onderhoud:

- In 2006 vonden de volgende leveringen voor het RVP plaats:

Product-omschrijving	Aantallen (doses)
BMR mono (NVI)	185,294
BMR vaccin multi doses (NVI)	15,270
Kinkhoest vaccin, acellulair (GSK)	54,730
Hepatitis B (RVP) 0,5ml (Sanofi Pasteur MSD)	43,680
DTPvero mono RVP vial (NVI)	87,450
DTP (vero) multi dosis (NVI)	16,867
Hiberix (hib GSK)	940
Pediacel (DaKTP-Hib, 10-pack) (Sanofi Pasteur MSD)	638,849
Infanrix-IPV(DaKTP verpakt per 10) (GSK)	450
Infanrix Hexa (DaKTP-Hib-Hep) (GSK)	96,619
Triaxis polio (4 jarigen) (Sanofi Pasteur MSD)	121,220
Meningococcon-C vaccin (RVP) (Baxter)	182,140
Prevenar (Wyeth)	474,257

- Levering van griep- en reizigersvaccins

In 2006 zijn in opdracht van de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie in totaal 3 525 795 griepvaccins aan huisartsen geleverd. Ook zijn in totaal 21 080 stuks Mencevax geleverd ten behoeve van Mekkagangers.

- Leveringen in 2006 t.b.v. actieve en passieve vaccinatie bij individuele calamiteiten

Vaccin	Norm voorraad (aantal personen/ dosis)	Geleverde aantal dosis/behandelde personen 2006
Rabiës Immunoglobuline	25/125	235/47
Serum tegen slangenbeet	20/40	0
Botulisme serum	5/10	0
Difterie immunoglobine	10/40	0
Japanse Encephalitis vaccin	50/150	790/263
Totaal		1 025/310

In het kader van onderhoud/verbetering van vaccins is in 2006 onder meer gewerkt aan:

- verwijdering dierlijke componenten uit difterie-, tetanus- en polio (IPV-vero)-vaccins.
- optimalisatie IPV-vero vaccin,
- aanpassing testen kwaliteitscontrole RVP-vaccins,
- inventarisatie maatregelen met betrekking tot BMR,
- onderhoud van registratiedossiers, en
- activiteiten met betrekking tot toekomstige regelgeving.

Ad 2 Vaccinontwikkeling en -onderzoek:

Het NVI heeft in 2006 gewerkt aan de opname van een acellulaire kinkhoestcomponent in het DTP combinatievaccin van het NVI. Op dit moment wordt aan de registratie van DKTP en DKTP-Hib gewerkt (zie ook antwoord op vraag 78). Ook is gewerkt, in samenwerking met de industrie, aan de ontwikkeling van een vaccin tegen respiratoirsyncytieel virus (RSV) en een meningokokken/pneumokokken-combinatie-vaccin. De ontwikkeling van deze vaccins zal nog een aantal jaren vergen. Tenslotte is ook gekeken naar de mogelijkheden om een verbeterd kinkhoestvaccin te ontwikkelen.

Strategisch onderzoek

Daarnaast heeft het NVI in het kader van het Strategische Vaccin Onderzoeksprogramma een aantal projecten uitgevoerd. Het Scientific Report 2004–2005 (te vinden op www.nvi-vaccin.nl) geeft een goed overzicht van het totale onderzoek van het NVI en de meerwaarde daarvan. Het wetenschappelijk rapport verschijnt één keer in de twee jaar. Aan een jaarverslag over 2006 wordt momenteel gewerkt.

Het NVI voert onderzoek uit om de lange termijn aanpassing van de Nederlandse Vaccin Voorziening (NVV) in het algemeen en het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) in het bijzonder te kunnen faciliteren. Dit betreft strategisch onderzoek dat kan leiden tot innovaties op het gebied van vaccins en vaccinatie zoals verbetering van de afweerreactie nieuwe toedieningsvormen of nieuwe vaccins.

Het NVI onderzoekt de mogelijkheden om de afweerreactie te optimaliseren. Het effect van vaccins en van natuurlijke infecties op het afweersysteem kan gemeten worden, onder meer door bijvoorbeeld antistoffen in het bloed te meten. Bij het ontwerpen van toekomstige werkzame (combinatie)vaccins is het monitoren van deze zogenaamde «correlaten van bescherming» dan ook een belangrijk (en kostenbesparend) hulpmiddel. Het NVI vergaart en genereert kennis over deze correlaten die betrekking hebben op vaccins tegen infecties door meningokokken, Respiratoir Syncytieel Virus (RSV), Bordetella pertussis (kinkhoest) en cytomegalovirus (CMV). Ook heeft dit onderzoek betrekking op pandemisch griepvaccin. Het onderzoek biedt aanknopingspunten voor de ontwikkeling van betere vaccins, die een optimale afweerreactie met minimale bijwerkingen combineren. Het NVI heeft veel voortgang geboekt met zijn onderzoek naar epitopen. Epitopen zijn onderdelen van virussen en bacteriën die door het immuunsysteem herkend worden en waartegen dan een afweerreactie op gang komt. Door het NVI is een unieke methode ontwikkeld waarmee onder andere epitopen van het Respiratoir Syncytieel Virus (RSV) ontdekt zijn. Op basis van onder meer deze ontdekking is een veelbelovend concept voor een vaccin tegen RSV ontwikkeld. Het epitopenonderzoek heeft ook betrekking op griep.

Nieuwe manieren om vaccins toe te dienen

De meeste vaccins worden toegediend via injectie in een spier. Echter toediening bijvoorbeeld via de huid of via de neus kan voordelen bieden

zoals het opwekken van immuniteit op de plaats waar micro-organismen binnendringen, minder bijwerkingen, minder ongemak voor de kinderen. Bijvoorbeeld bij een griep-pandemie, is toediening via de neus of huid ook sneller. Bovendien maken alternatieve toedieningsvormen het mogelijk om het aantal injecties per vaccinatiesessie te beperken. Dit is belangrijk voor de acceptatie van het RVP door ouders en uitvoerenden. Zo wordt onderzocht of hepatitis B vaccin via de huid toegediend kan worden middels met microscopisch kleine naaldjes.

Ad 3. Beleidsadvisering:

Het NVI beschikt over een kenniscentrum op het terrein van de vaccinologie waar ontwikkelingen op het terrein van vaccins en vaccinatie worden gemonitord. In 2006 is regelmatig over details van allerlei producten van gedachten gewisseld. Er is met name aandacht besteed aan pneumokokkenvaccin, griep(remmers) en eventuele uitbreiding van de calamiteitenvoorraad.

Ad 4, 5, 6 en 7. Overige activiteiten NVI:

Alternatieven voor proefdieren: Het NVI beschikt over een Gemeenschappelijk Proefdier Laboratorium ten behoeve van dierexperimenteel onderzoek voor het NVI en het RIVM. Aan de taak om dieren ten behoeve van dierproeven beschikbaar te hebben is een inspanningsverplichting gekoppeld te werken aan de algemene vermindering van het proefdiergebruik en de verbetering van het welzijn van proefdieren binnen de Rijksoverheid. Op 4 oktober hebben het NVI en het RIVM samen met het Nationaal Centrum Alternatieven voor proefdieren een symposium georganiseerd «Do experimental animals have a future?». Het doel van dit symposium was het onderwerp alternatieven voor proefdieren te profileren.

Binnen het project alternatieven voor proefdieren is in 2006 onder meer gewerkt aan:

- een in vitro model voor acellulair kinkhoest veiligheidsonderzoek en voor de werkzaamheid van acellulair kinkhoestvaccin.
- de ontwikkeling van fysisch-chemische en immunochemische methoden voor het bepalen van de interacties tussen vaccinantigen en adjuvant.
- het ontwikkelen van alternatieve methoden voor vrijgifttesten.

Europese samenwerking: Daar waar mogelijk gaat het NVI samenwerkingsverbanden aan met vergelijkbare (publieke) instellingen. Met behulp van cofinanciering door de Europese Commissie was het NVI in 2006 coördinator van drie Europese projecten getiteld INSIGHT, FLUSECURE en BIOSAFE. Alle drie deze projecten dragen bij aan de bestrijding van nieuwe en plotseling voorkomende infectieziekten.

WHO: Het NVI heeft een samenwerkingsverband met de WHO. In 2006 heeft het NVI verschillende testen voor de WHO uitgevoerd in het kader van het Expanded Programme on Immunization. Tevens treedt het NVI op als WHO-referentielaboratorium met betrekking tot pokkenvaccins.

Dienstverlening RIVM: Het NVI verzorgde in 2006 de bereiding van media en diensten op het gebied van sterilisatie en afvalverwerking voor het RIVM.

Benutting restcapaciteit: In het kader van de benutting restcapaciteit heeft het NVI in 2006 de onderstaande activiteiten uitgevoerd:

- Productie: Het NVI produceert voor derden bulk polio- en tetanus vaccin, bulk tetanus toxoid en BCG voor blaasinstillatie. Daarnaast voert het NVI voor derden formulerings-, afvul-, vriesdroog- en confectieactiviteiten uit.

- Testen: Het NVI voert controletesten uit voor derden private partijen en de WHO.

74

Kan de regering aangeven in hoeverre voor het departement, de agentschappen en de ZBO's de door de eerdere kabinetten Balkenende opgelegde taakstelling voor wat betreft het verminderen van het aantal ambtenaren is gehaald?

De taakstellingen uit de eerdere kabinetten Balkenende zijn opgelegd in geld, niet in personele omvang. De taakstellingen voor het departement zijn niet alleen gerealiseerd in budgettaire termen, maar hebben ook geleid tot een krimp in de personele omvang van het kerndepartement. De taakstellingen voor agentschappen en ZBO's zijn financieel verwerkt door de programmabudgetten van de opdrachtgevers te korten.

75

Waardoor wordt het verschil tussen begroting en realisatie nog meer verklaard, naast de overheveling van gelden naar centrale budgetten en het agentschap RIVM, ten aanzien van programmering onderzoek en ontwikkeling?

Het niet verklaarde verschil (€ 0,6 miljoen) bij deze operationele doelstelling begroting betreft het saldo van een aantal kleinere mutaties (o.a. de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling).

76

Er zijn hogere ontvangsten als gevolg van een bijdrage uit het FES voor het Respiratoir Syncytiaal Virus. Kan de regering hierop een nadere toelichting geven?

Het betreft een bijdrage in 2006 uit het Fonds Economische Structuurversterking ten behoeve van het cofinancieren van preklinisch en klinisch onderzoek dat noodzakelijk is om het door het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) ontwikkelde RSV-vaccin te kunnen laten registreren voor toelating op de markt. Financiering van dit project vindt plaats door samenwerking met Nobilon International BV.

77

Kan de regering precies aangeven hoeveel overheidssubsidie – al dan niet direct van VWS en al dan niet structureel/op projectbasis – in 2006 is gegeven aan: de Stichting Volksgezondheid en Roken, (STIVORO), de Stichting Alcohol Preventie (STAP)?

Krijgen de KWF kankerbestrijding, het Astmafonds en de Nederlandse Hartstichting subsidie van de Nederlandse overheid? Zo ja hoeveel en waarvoor?

Kan de regering een overzicht geven van de beschikbare capaciteit bij de Voedsel- en Warenautoriteit voor het toezicht op het rookverbod en de leeftijdsgrenzen uit de Tabakswet en de Drank- en Horecawet? Kan zo mogelijk een uitsplitting worden gegeven? Kan de regering aangeven wat het toezicht op privéhokken en -keten heeft opgeleverd? Kan de regering aangeven hoe deze prioriteit vorm heeft gekregen? Wat is er concreet gebeurd?

In 2006 ontving STIVORO de volgende subsidies direct of indirect van VWS:

- instellingssubsidie: € 806 629,-
- ZonMw-leefstijlcampagnes: € 2 400 000,-
- project stoppen met roken: € 500 000,-
- project jongerencampagne: € 1 000 000,-
- project responsopvang tabak: € 200 000,-.

In 2006 ontving STAP de volgende subsidie van VWS:

- project alcoholmarketing: € 120 000,-.

In 2006 ontvingen KWF kankerbestrijding, het Astmafonds en de Nederlandse Hartstichting geen subsidie van VWS, wel financieren van deze organisaties met fondsenwerving Stivoro.

Voor de handhaving van de Drank- en Horecawet en Tabakswet (DHT) was in 2006 een bedrag van € 6 290 000,- beschikbaar (TK 29 894, 27 565, nr. 13). Er zijn 79 DHT-controleurs (TK 22 894, 30 300 XVI, nr. 67), die in 2006 25 832 inspecties op het gebied van DHT hebben uitgevoerd.

VWS heeft in het verslagjaar de Voedsel en Waren Autoriteit opdracht gegeven een project uit te voeren rond de handhaving van zogenaamde hokken en keten. Inmiddels zijn 5 gemeenten bezig met het opstellen van plannen van aanpak. Op basis hiervan zullen diverse handhavingsstrategieën toegepast gaan worden. De verwachting is dat dit project eind 2007 concrete resultaten zal gaan opleveren.

78

Kan precies worden aangegeven welke vaccinaties het NVI zelf heeft ontwikkeld en welke het NVI inkoopt? Het NVI zou in 2007 met een eigen kinkhoestvaccin komen (deze datum is verschillende malen opgeschoven). Gaat het NVI in 2007 daadwerkelijk met een verbeterd kinkhoestvaccin komen? Waar zit de verbetering ten opzichte van de reeds beschikbare middelen precies in?

Het NVI levert ook gedurende 2007 een aangekocht combinatievaccin DKTP voor vierjarigen en DaKTP-Hib voor zuigelingen. Zolang het registratietraject voor het eigen DKTP-Hib combinatievaccin voor zuigelingen en een eigen DKTP vaccin voor 4-jarigen nog niet is afgerond wordt het benodigde vaccin aangekocht. Risicogroepen die ook tegen hepatitis B dienen te worden gevaccineerd zullen een aangekocht DKTP-Hib-Hep combinatievaccin krijgen. Het combinatievaccin tegen bof, mazelen en rubella wordt in licentie door het NVI geproduceerd. Ook wordt het combinatievaccin DTP voor 9-jarigen geproduceerd. Daarnaast worden de volgende vaccins voor het RVP aangekocht: Hepatitis B, Meningokokken C en pneumokokken.

Daarnaast werkt het NVI aan een verbeterd kinkhoestvaccin. Het vaccin kan verbeterd worden door de kinkhoeststammen (van 50 jaar geleden), die gebruikt worden voor vaccinproductie te vervangen door kinkhoeststammen, die op dit moment circuleren. De mismatch die er op dit moment bestaat tussen vaccinstammen en circulerende stammen is verantwoordelijk voor een wegebbende immuniteit en daardoor voor de toename in kinkhoest. Deze ontwikkeling zit momenteel nog in de onderzoeksfase. Voorlopig wordt nog niet een feitelijke productie van dit vaccin voor toepassing in het RVP voorzien.

79

Hoe zijn de extra middelen RSU over de gemeenten verdeeld en heeft de regering zicht op de effectiviteit?

Deze extra middelen RSU betreffen het preventief Jeugdbeleid ter uitvoering van de motie Verhagen c.s. (kamerstukken 30 300, nr. 9). De uitkering aan de gemeenten wordt berekend door het aantal kinderen, dat de leeftijd van één jaar nog niet heeft bereikt en dat volgens opgave van het CBS op 1 januari voorafgaand aan het uitkeringsjaar woonachtig is in een gemeente, te vermenigvuldigen met een bedrag van € 50,- (artikel 5 van de Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg). In 2006

is deze uitkering voor het eerst verstrekt. Hierdoor is er nu nog geen zicht op de effectiviteit.

80

Waarom heeft nog niet elke regio een liaisonfunctionaris?

Het installeren van een liaisonfunctionaris t.b.v. de Civiel-Militaire Bestuursafspraken is primair de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Defensie, het Ministerie van BZK en de desbetreffende veiligheidsregio's.

Op het moment van schrijven van het VWS-jaarverslag waren enkele veiligheidsregio's nog bezig met de interne (re)organisatie om als veiligheidsregio te kunnen optreden, waardoor de installatie en positionering van de militaire liaisons binnen de veiligheidsregio nog niet geregeld kon worden. In de reguliere rapportages over de Civiel-militaire bestuursafspraken kunt u de voortgang m.b.t. deze afspraken volgen. Eind 2007 zullen alle veiligheidsregio's een liaisonfunctionaris hebben.

81

In welk opzicht is de samenhang tussen de GHOR-organisatie en de spoedeisende medische keten verbeterd? Hoe vaak is er grootschalig geoefend met de gehele keten in 2006? Hoe verliepen deze oefeningen? Wat waren de zwakke plekken en welke actie is daarop ondernomen? Zijn alle regio's voldoende voorbereid op een ramp of calamiteit?

Mede als gevolg van de € 2,5 miljoen die VWS voor 2006–2008 beschikbaar heeft gesteld voor ziekenhuizen om te oefenen met rampenplannen, is in 2006 de samenwerking geïntensiveerd tussen de acute zorgketens en de GHOR-organisaties.

In 2006 is er binnen de veiligheidsregio's regelmatig geoefend, zowel binnen de witte kolom als tussen de verschillende kolommen. Hierover is in de regionale vakbladen gecommuniceerd, maar landelijk wordt niet bijgehouden hoe vaak dit is gebeurd. De verantwoordelijkheid voor regionale oefeningen ligt bij het lokaal bestuur. Of er adequaat geoefend wordt, is ter toetsing door zowel de Inspectie voor de Openbare Orde en Veiligheid als de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

82

Waarom is er geen streefwaarde voor 2006 gedefinieerd ten aanzien van het gebruik van foliumzuurprofylaxe?

De streefwaarde van 2010 is gebaseerd op de positieve resultaten van eerdere voorlichtingscampagnes en het vooruitzicht dat de huidige campagnes zullen bijdragen aan een verdere toename van de foliumzuurprofylaxe. Er is voor gekozen om alleen een lange termijn streefwaarde en geen waardes voor de tussenliggende jaren aan te geven. De reden hiervoor is dat de effecten van het beleid pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn. Tussenwaardes voegen niet veel toe of rechtvaardigen niet de uitgaven voor het jaarlijks verzamelen van deze gegevens.

Eind 1996, na afloop van de eerste foliumzuurcampagne, werd door 21% van de vrouwen foliumzuur gebruikt tijdens de gehele aanbevolen periode (4 weken voor conceptie tot 8 weken in de zwangerschap). De foliumzuurprofylaxe is in 2004 gestegen tot 50% van de vrouwen voor de gehele periode.

Uitgaande van het doorzetten van bovenstaande trend is gekomen tot de streefwaarde van 70% gebruik foliumzuurprofylaxe door vrouwen met een zwangerschapswens.

83

Het aantal dierproeven is nauwelijks afgenomen in 2006. Kan de regering aangeven hoe dat komt? De realisatie lange termijn is ook nauwelijks lager dan het aantal dierproeven dat vandaag de dag plaats heeft. Waarom is het ambitieniveau zo laag? Is het waar dat dierproeven in Nederland over moeten omdat de resultaten uit andere (Europese) landen in Nederland niet worden geaccepteerd?

De cijfers over het gebruik van dierproeven in 2006 zijn nog niet bekend. In het jaaroverzicht «Zo doende 2006» zal de VWA de informatie over de in 2006 verrichte dierproeven rapporteren. Het aantal dierproeven fluctueert per jaar. De algemene trend van de afgelopen jaren is dalend.

Bij het vaststellen van de doelstelling voor 2010 is rekening gehouden met verschillende aspecten. Het verminderen van het aantal dierproeven in Nederland moet niet leiden tot het verplaatsen van die dierproeven naar landen buiten Nederland. Daarom is er gekozen voor een haalbare doelstelling die ervoor zorgt dat de noodzaak van de proef zorgvuldig overwogen wordt. Deze doelstelling kan worden heroverwogen zodra er alternatieven beschikbaar zijn die internationaal geaccepteerd worden.

Dierproeven die in andere (Europese) landen zijn uitgevoerd worden in Nederland geaccepteerd. In principe is het zelfs niet toegestaan reeds uitgevoerde dierproeven te herhalen. In uitzonderlijke gevallen, indien de resultaten van een proef niet bruikbaar zijn voor de risicobeoordeling, kan een nieuwe proef vereist worden. Dit is opgenomen in de Wet op de dierproeven in artikel 10a, achtste lid.

84

Kunt u aangeven waarom bij de prestatie-indicatoren het aantal van 600 000 dierproeven is vastgesteld als lange termijn doelstelling voor 2010? Bent u bereid deze doelstelling aan te scherpen en het aantal dierproeven te verlagen?

De cijfers over het gebruik van dierproeven in 2006 zijn nog niet bekend. In het jaaroverzicht «Zo doende 2006» zal de VWA de informatie over de in 2006 verrichte dierproeven rapporteren. Het aantal dierproeven fluctueert per jaar. De algemene trend van de afgelopen jaren is dalend.

Bij het vaststellen van de doelstelling voor 2010 is rekening gehouden met verschillende aspecten. Het verminderen van het aantal dierproeven in Nederland moet niet leiden tot het verplaatsen van die dierproeven naar landen buiten Nederland. Daarom is er gekozen voor een haalbare doelstelling die ervoor zorgt dat de noodzaak van de proef zorgvuldig overwogen wordt. Deze doelstelling kan worden heroverwogen zodra er alternatieven beschikbaar zijn die internationaal geaccepteerd worden.

Dierproeven die in andere (Europese) landen zijn uitgevoerd worden in Nederland geaccepteerd. In principe is het zelfs niet toegestaan reeds uitgevoerde dierproeven te herhalen. In uitzonderlijke gevallen, indien de resultaten van een proef niet bruikbaar zijn voor de risicobeoordeling, kan een nieuwe proef vereist worden. Dit is opgenomen in de Wet op de dierproeven in artikel 10a, achtste lid.

Waarom bleek dat het opzetten van een monitoringsysteem voedselinfecties en bepalen kwantitatieve doelstellingen te hoog is gegrepen? houdt dit in dat een dergelijke monitoring nu niet zal plaatsvinden?

Er vindt een groot aantal monitoringsactiviteiten plaats om het aantal voedselinfecties in Nederland in kaart te brengen. Echter, de integratie van alle monitoringsactiviteiten blijkt niet eenvoudig te zijn. Monitoring zal uiteraard blijven plaatsvinden.

Op verschillende plekken worden activiteiten ontplooid om meer zicht te krijgen op het aantal voedselinfecties dat jaarlijks voorkomt en de oorzaken van deze infecties. Zo loopt er een onderzoek in ziekenhuizen om meer inzicht te krijgen in de verwekkers (welke pathogenen) van gastro enteritis (maagdarm klachten). Ook is er het huisartsenpeilstation, dat zicht geeft op het voorkomen van maagdarmlaesten die gemeld worden bij de huisartsen. En er is informatie die binnenkomt via de streeklaboratoria van de GGD'en. Er vindt dus op dit moment op een groot aantal plekken monitoring plaats. De integratie is echter moeilijk omdat de meeste door voedsel overdraagbare pathogenen ook andere blootstellingsroutes kennen zoals milieu, direct contact met dieren, contact met zieke mensen en reizen naar het buitenland. Het is niet eenvoudig het percentage gevallen te berekenen dat via voedsel overgedragen wordt. Het RIVM maakt jaarlijks een trendnotitie over de waarnemingen in de verschillende gegevensbronnen.

Op dit moment wordt door het RIVM gewerkt aan een nadere integratie van de monitoringsactiviteiten en worden plannen voorbereid om deze op een toegankelijke wijze te presenteren. Wanneer de integratie van monitoringsactiviteiten verder vorm krijgt in de komende jaren kunnen jaarlijks doelstellingen en/of trends worden geformuleerd voor een groot aantal voedselpathogenen en kunnen deze ook jaarlijks worden geïndexeerd.

Hoe staat het met het aantal soa-besmettingen in 2006? Is er sprake van een toename? Kan de regering inzicht geven in de ontwikkelingen, naar ziekte en leeftijd? Wat is de effectiviteit van het VWS-beleid?

Uit de tussentijdse landelijke soa-cijfers over 2006 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) blijkt dat het percentage mensen dat positief getest is voor een seksueel overdraagbare aandoening (soa) bij GGD'en en soa-poliklinieken niet meer toeneemt. Het absolute aantal aangetroffen soa's blijft echter hoog.

Het aantal mensen dat zich vorig jaar liet testen op een soa bij de GGD'en is met 10% toegenomen ten opzichte van 2005 tot 69 000. Het absolute aantal gevonden soa's is daardoor dus wel iets toegenomen. Een derde van degenen die in 2006 onderzocht werd, was jonger dan 25 jaar, iets meer dan de helft was man. Ruim een kwart van de bezoekers waren mannen die seks hebben met mannen (MSM). Dit is vergelijkbaar met eerdere jaren.

Een ontwikkeling naar leeftijd voor 2006 is op dit moment nog niet te geven, het jaarrapport van het RIVM is nog niet gereed. De verwachting is overigens dat de verdeling naar leeftijd per ziekte in 2006 niet zeer zal afwijken van de gegevens uit 2005.

Algemeen

Zowel bij MSM als bij heteroseksuelen zijn vergelijkbare trends te zien. Voor syfilis en hiv is zowel het absolute aantal infecties als het percentage

mensen dat positief is getest afgenomen. Bij chlamydia en gonorrhoe nam het aantal infecties toe, maar het percentage mensen dat positief is getest was min of meer stabiel.

Chlamydia

Chlamydia was de meest voorkomende soa in 2006, zowel bij mannen als bij vrouwen (7075 diagnoses). Het absolute aantal gevallen van chlamydia nam toe met 18% ten opzichte van 2005. Chlamydia kwam het meest voor bij heteroseksuele personen, bij hen was de toename in aantal 18%. Bij MSM steeg het aantal chlamydia gevallen met 17%. De procentuele stijging van chlamydia is zowel voor MSM als heteroseksuele mannen en vrouwen heel licht gestegen. Over de lange termijn is er nog wel een stijging te zien in absolute aantallen, maar lijkt de trend vanaf 2005 bij MSM en heteroseksuele mannen in percentage positieven te stabiliseren. Chlamydia komt bij MSM het meest voor tussen de 25 en 39 jaar, bij heteroseksuele mannen tussen de 15 en 29 jaar en bij heteroseksuele vrouwen tussen de 15 en 24 jaar.

Hepatitis B

Het aantal acute infecties is in vergelijking met 2005 afgenomen met 25% (240 gevallen in 2006). De meest gerapporteerde transmissieroutes zijn door homoseksueel (32%) en heteroseksueel (32%) contact. In 2006 was in vergelijking met 2005 een daling te zien van zowel het aantal besmettingen door homoseksueel contact (- 25%), als door heteroseksueel contact (- 10%).

Gonorrhoe

Het percentage positief bij MSM daalde van 10,8 % naar 10,2%.

Bij heterosexuelen daalde van 10,6% naar 10,4%. In beide groepen is het percentage stabiel gebleven tot licht gedaald sinds 2004.

Syfilis

Het percentage positief van Syfilis is voor zowel heterosexuelen als MSM in 2006 verder gedaald.

HIV

De cijfers van 2006 van de soa-poli's laten zien dat er een einde lijkt te komen aan de stijging in hiv onder met name MSM (zowel absoluut als percentage positief). Het percentage positief in 2006 daalde voor zowel heterosexuelen als homoseksuelen. Tot 2005 was er een stijging te zien in het absolute aantal hiv gevallen en percentage positieven. Het is nog niet bekend of de daling in het percentage mensen waarbij een hiv-infectie werd gevonden bij de soa-centra ook zichtbaar zal zijn in de landelijke registratie van de Stichting Hiv Monitoring (SHM). Deze stichting registreert gegevens van mensen met hiv die zijn ingeschreven bij een hiv-behandelcentrum. Op 1 maart 2007 waren er 12 837 hiv geïnfec-teerde personen geregistreerd door de behandelcentra en de SHM. In 2005 werden 1076 personen met hiv gediagnosticeerd geregistreerd en in 2006 zijn dit er voornamelijk 750, maar dit aantal zal naar verwachting nog toenemen door rapportage vertraging. Het aandeel MSM lijkt toe te nemen en het aandeel heterosexuelen lijkt af te nemen.

De cijfers hier gepresenteerd zijn cijfers van GGD-en/soa-poli's. Onbekend is hoeveel mensen zich met welke soa zich bij hun huisarts melden. Het is lastig te bepalen in hoeverre deze cijfers iets zeggen in over de situatie in zijn geheel. De surveillance bij huisartsen wordt nader ontwikkeld. Voor HIV gediagnosticeerden geldt dat zij in principe allen bekend zijn bij de Stichting Hiv Monitoring.

Of het beleid van VWS effectief is, is lastig aan te geven. Wel is duidelijk dat meer mensen zich laten testen op de soa-poli's. Deze poli's zijn ingezet om een laagdrempelige testvoorziening te creëren en dit lijkt dus gelukt. Ook is het vindpercentage van deze poli's gestegen, wat betekent dat zij in staat blijken risicogroepen te bereiken.

Ook zijn de effecten van de jaarlijkse veilig vrijen campagne zijn in 2006 onderzocht door de rijksvoorlichtingsdienst en TNS NIPO. Bij de doelgroep van de campagne zijn gunstige effecten gemeten zowel ten aanzien van kennis en houding maar ook ten aanzien van de gedragsintentie.

Er zijn geen aanwijzingen dat de afgelopen jaren door jongeren, maar ook niet-jongeren meer onveilig is gevreeën. Bijvoorbeeld, het onderzoek «Seks onder je 25e» heeft uitgewezen dat er bij jongeren sprake is van een sterke verbetering in het anticonceptiegebruik en soa-preventief gedrag bij de eerste geslachtsgemeenschap ten opzichte van het jaar 1995. Het percentage dat aan «Double Dutch» doet is gestegen van 24% naar 37%. Het percentage jongeren dat bij de laatste geslachtsgemeenschap een condoom gebruikte is 47% (in 1995 was dit 42%).

87

Is het onderzoek naar een meer op bewijzen gebaseerde behandeling van cannabisverslaving in samenwerking met andere Europese landen afgerond? Zo ja, wat zijn de conclusies en hoe werken die door in het Nederlandse beleid?

Dit onderzoek betreft de methode MDFT (Multi Dimensional Family Therapy) die in de Verenigde Staten effectief is gebleken bij de behandeling van jongeren met cannabisafhankelijkheid. In vijf Europese landen wordt deze methode nu getest, waarbij per land de resultaten worden vergeleken met die van de gangbare behandeling. Deze vergelijking moet uitwijzen óf de methode ook binnen de Europese context beter werkt, en zo ja welke cannabisafhankelijke jongeren (13–18 jaar) bij deze behandeling het meest gebaat zijn. Het onderzoek is opgezet in de vorm van een randomized controlled trial, dus jongeren worden at random aan één van beide behandelmethoden toegewezen. De experimentele behandeling duurt vijf maanden, en kent een follow-up termijn van een jaar. De studie is nog niet afgerond. Afhankelijk van de resultaten moet door de deskundigen bekeken worden of en op welke schaal MDFT vervolgens bij de instellingen voor verslavingszorg gebruikt dient te worden. Zodra de resultaten van dit onderzoek bekend zijn zal uw Kamer hierover worden geïnformeerd.

88

Wanneer zijn de definitieve resultaten van het nieuwe bekostigingssysteem voor huisartsen precies bekend? Wanneer kan de Kamer over deze gegevens beschikken?

De Kamer heeft aangedrongen op een experiment GGZ waarin instellingen die de overstap naar de Zorgverzekeringswet wel al konden maken, niet door de achterblijvers werden gehinderd. De regering heeft dit toegezegd. Hoe ziet het experiment er nu precies uit? Hoeveel instellingen zitten in het experiment? Hoe verloopt het experiment, dat nu 5 maanden loopt? Hoe wordt de Kamer over de voortgang geïnformeerd?

In het zogeheten Vogelaar-akkoord hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en mijn ministerie afspraken gemaakt over het nieuwe bekostigingssysteem voor huisartsen, dat op 1 januari 2006 is ingevoerd.

Omdat sprake was van een volledig nieuwe situatie hebben partijen afgesproken dat het systeem gemonitord wordt. Partijen bespreken de resultaten van de monitoring over het jaar 2006 in juni. Ik zal u zo spoedig mogelijk informeren over de resultaten en de afspraken die partijen hebben gemaakt.

De experimenten voor de overheveling curatieve GGZ zijn gestart. De doelstelling van deze experimenten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is om vroegtijdig informatie te verkrijgen over eventuele knelpunten en aandachtspunten die de overheveling naar de Zvw en de introductie van de DBC's mogelijk met zich meebrengen en het vinden van oplossingen daarbij. De uitkomsten van de experimenten worden landelijk beschikbaar gesteld voor alle partijen om de overheveling per 1 januari 2008 soepel te laten verlopen.

In totaal zijn 12 pilotvoorstellen uitgewerkt door de deelnemende partijen. De pilots zijn zeer divers van aard en zijn – in overleg met ZN en GGZN – zo verdeeld en opgesteld dat ongeveer het hele GGZ-veld gedekt wordt en men een brede ervaring kan opdoen met de overheveling en het werken in DBC-termen. Een aantal zorgverzekeraars en instellingen gaat bijvoorbeeld van start om de huidige geleverde zorg te vertalen in DBC-termen om vervolgens op basis daarvan een inkoop gesprek aan te gaan en verder te onderzoeken welke informatie partijen daarbij nodig hebben. Een tweede voorbeeld betreft een pilot waarbij de betreffende instelling en verzekeraar de huidige instellingsproductie verdelen in de onderdelen Wmo, AWBZ en ZVW en extra aandacht willen geven aan het onderzoeken van dubbele diagnose/comorbiditeit, de overgang naar de AWBZ en weer terug (365-dagen) en de afstemming met de WMO. Een derde voorbeeld is een pilot waarbij wordt onderzocht hoe de omvang van de in te kopen zorg bepaald kan worden bij eerstelijnspsychologische zorg en waarbij de deelnemers tevens het werken met de prestatieomschrijvingen die zijn ontwikkeld voor de eerstelijnspsychologische zorg uittesten.

Met de deelnemers is afgesproken dat de tussentijdse dan wel eindresultaten in oktober gereed moeten zijn. Ik zal u naar aanleiding daarvan nader rapporteren.

89

Met hoeveel zouden de totale uitgaven voor dure geneesmiddelen stijgen als niet 80%, maar 100% van de kosten vergoed zou worden? Welke invloed zou dit hebben op de gedragseffecten?

Indien 100% zou worden vergoed zouden de bedragen in de budgetten voor dure geneesmiddelen in 2007 met € 68 miljoen stijgen tot € 341 mln. In 2007 is nog sprake van het FB bekostigingssysteem. Voor dure geneesmiddelen is een extra beleidsregel opgesteld op basis waarvan 80% van de inkoopkosten extra aan het budget wordt toegevoegd voor het gebruik van deze dure geneesmiddelen. Het uitgangspunt daarbij is dat de overige 20% van de kosten al wordt vergoed via de reguliere budgetparameters. Wanneer 100% van de inkoopkosten van dure geneesmiddelen zou worden vergoed bovenop de vergoeding via de reguliere parameters, zou er dus sprake zijn van een deels dubbele vergoeding. Daarnaast hebben ziekenhuizen indien de beleidsregelvergoeding dure geneesmiddelen wordt verhoogd naar 100% geen reden meer om bij het voorschrijven van dure geneesmiddelen te overwegen of een patiënt deze middelen echt nodig heeft, of dat een goedkopere behandeling een goed alternatief biedt. Het is voor een instelling dan zelfs financieel gunstiger om te kiezen voor een dure behandeling met dure geneesmiddelen in plaats van een goedkopere behandeling zonder dure geneesmiddelen, terwijl dit om medische redenen niet noodzakelijk is. Bovendien verdwijnt bij het 100%

vergoeden de onderhandelingspositie van ziekenhuizen ten opzichte van de leveranciers. Hierdoor lopen de inkoopkosten van deze toch al dure middelen mogelijk nog verder op.

Op het moment dat wordt overgaan op bekostiging door middel van DBC-tarieven zal er geen sprake meer zijn van bekostiging vanuit twee bronnen (20% reguliere parameters en 80% beleidsregel), Dan zal vergoeding geheel verlopen via prestatiebekostiging.

90

Wanneer komen de streefwaarden die in de tabel staan (blz. 56) ter beschikking, met name die t.a.v. het percentage ambulances dat binnen 15 minuten ter plaatse is?

Met de koepel van de ambulancediensten AZN is afgesproken dat zij vanuit hun landelijke database na een nog te verrichten valideringsslag, deze prestatiecijfers zullen gaan verstrekken. Ik verwacht na de zomer een eerste proeve hiervan. Voor de begroting 2008 en het jaarverslag 2007 ga ik er van uit dat deze gegevens betrouwbaar verstrekt kunnen worden.

Voor de indicator «percentage patiënten dat binnen de Treeknorm een consult heeft met de huisarts» geldt: in de stuurgroep transparantie huisarstenzorg wordt besproken hoe deze informatie betrouwbaar kan worden gemeten en gerapporteerd. Het is mijn bedoeling om daar in 2008 duidelijkheid over te hebben.

91

«De geplande subsidie van 2,8 miljoen euro voor het P&K project van de Orde van Medisch Specialisten is, door teleurstellende resultaten in het voorgaande ontwikkeltraject van de ICT-applicatie PARTS, niet verleend». Kan de regering deze codetaal ontcijferen, aangeven welk project het betreft, wat er werd beoogd, wat teleurstellend was, wat nu niet wordt ontwikkeld en of dat een gemis is? Zo ja, wat wordt daaraan gedaan?

Het project Psychiater & Kwaliteit (P&K) is gestart in 2000 en had als doel het bevorderen van kwaliteit, doelmatigheid en transparantie in de beroepsuitoefening door zelfstandig gevestigde psychiaters. Het project kende een aantal deelprojecten gericht op intervisie, intercollegiale toetsing, FTO (farmacotherapeutisch transmuraal overleg), indicatietoetsing, consultatie eerstelijns, visitatie, en de ontwikkeling van een elektronisch medisch dossier (EMD) PARTS. Het project heeft een vervolg gekregen in de periode 2003–2005 (P&K II). P&K II kende de volgende doelstellingen: de evaluatie en effectmeting van een intercollegiaal toetsingsinstrumentarium, verdere uitrol van het eerder ontwikkelde instrumentarium uit P&K I, borging van dit instrumentarium en verdere ontwikkeling, bouw en uitrol van PARTS. Uit de eindevaluatie van het project is gebleken dat het merendeel van de doelstellingen gehaald is. Het onderdeel automatisering is echter anders verlopen dan bij aanvang was voorzien. Uit de externe evaluatie is gebleken dat het automatiseringssysteem PARTS veelbelovend is, maar dat het niet door de beroepsgroep wordt omarmd, waardoor te weinig psychiaters het systeem in gebruik hebben genomen. Dat is teleurstellend. Daarom is besloten het project te beëindigen en zijn er afspraken gemaakt met de Orde van Medisch Specialisten op welke wijze de opgedane kennis omtrent PARTS beschikbaar kan komen voor het publieke domein. Dit betekent concreet dat het onderdeel medicatiebewaking en richtlijnontwikkeling via de wetenschappelijke vereniging beschikbaar zal blijven. Het resterende deel van het softwarepakket is aangeboden aan de ICT-leveranciers in de geestelijke gezondheidszorg.

92

Kan de regering aangeven welke innovaties in 2006 in de eerste lijn hebben plaatsgevonden en op welke schaal? Kan de regering aangeven op welke schaal zorg uit de tweede lijn is verleend in de eerste lijn? Hoe is dat kwalitatief verlopen, en hoeveel geld was hiermee gemoeid? Kan inzichtelijk worden gemaakt welke besparingen hiermee zijn geboekt?

Innovaties in de eerstelijnszorg vinden vooral kleinschalig, lokaal plaats. Het is moeilijk om een landelijk beeld te schetsen. Wel zijn er in 2006, met veldpartijen, instrumenten ontwikkeld om innovaties op lokaal niveau aan te jagen en te faciliteren (instrument om lokale zorgvraag te meten, samenwerkingsafspraken, ed.).

Onderdeel van het nieuwe bekostigingssysteem voor huisartsenzorg is de module «Modernisering & Innovatie». In dit kader is in 2006 € 114 miljoen uitbetaald (Vektis, 2007). Hiermee zijn verrichtingen van tweede naar de eerste lijn gesubstitueerd en activiteiten gefinancierd om programmatische aanpak van chronische aandoeningen te ontwikkelen, samenwerking te stimuleren en kwaliteit van de huisartspraktijk te bevorderen. Het is niet bekend welke besparingen dit heeft opgeleverd.

93

Waarom is de productontwikkeling nog onvoldoende t.a.v. de fysiotherapie? Was het het streven om in 2006 prestatie-indicatoren op te stellen, zodat de meerwaarde van bepaalde behandelingen inzichtelijk kan worden gemaakt?

Het ontbreken van voldoende heldere producten (prestatie-indicatoren) in de fysiotherapie is één van de aanleidingen geweest om het experiment liberalisering tarieven fysiotherapie met een jaar te verlengen tot 31 december 2008. Dit experiment wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geëvalueerd. De NZa is met veldpartijen in 2006 hard aan de slag gegaan om prestatie-indicatoren op te stellen. Het evaluatierapport van de NZa hierover wordt in de zomer verwacht.

94

NIVEL heeft een monitor ontwikkeld om de voortgang eerste lijn te evalueren. De resultaten komen begin 2007 beschikbaar. Wat zijn de resultaten?

In de fysiotherapie blijft een knelpunt het ontbreken van prestatie-indicatoren waardoor de meerwaarde van bepaalde behandelingen niet inzichtelijk kan worden gemaakt. Dit is een knelpunt dat al langer bestaat. Wat is er in 2006 gedaan om deze indicatoren tot stand te brengen? Waarom is het niet gelukt? Wat gaat de regering concreet doen om ervoor te zorgen dat deze prestatie-indicatoren snel tot stand komen? Wanneer zijn deze prestatie-indicatoren er?

Is in 2006 de tevredenheid van de patiënten met de huisartsenposten gemeten? Kan de regering aangeven hoe deze huisartsenposten liggen, dit met het oog op de vele klachten over de afnemende fysieke bereikbaarheid van de huisartsenzorg buiten kantooruren? Hoe staat het met de telefonische bereikbaarheid, waar eveneens klachten over zijn? Wat is de visie van de regering op de fysieke bereikbaarheid van huisartsenzorg?

Uit de voorlopige gegevens van het NIVEL blijkt dat er de afgelopen jaren sprake is van schaalvergroting in de eerstelijnszorg. Het aantal huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten in solopraktijken is sterk afgenomen ten gunste van groepspraktijken. Ook wordt geconstateerd dat multidisciplinaire samenwerking relatief gangbaar is binnen de eerstelijnszorg. Ongeveer een op de drie huisartsenpraktijken had in 2006 al een formeel samenwerkingscontract met tenminste één andere eerstelijnsdiscipline.

Hierbij wordt opgemerkt dat er duidelijke regionale verschillen zijn ten aanzien van het aantal en type samenwerkingsverbanden in de eerste lijn.

Het ontbreken van voldoende heldere producten (prestatie-indicatoren) in de fysiotherapie is één van de aanleidingen geweest om het experiment liberalisering tarieven fysiotherapie met een jaar te verlengen tot 31 december 2007. Dit experiment wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geëvalueerd. De NZa is met veldpartijen in 2006 hard aan de slag gegaan om prestatie-indicatoren op te stellen. Het evaluatierapport van de NZa hierover wordt in de zomer verwacht.

De IGZ heeft tot tweemaal toe een onderzoek gedaan naar de kwaliteit van zorg van de huisartsenposten (2003: herhaald in 2005). Omdat de telefonische bereikbaarheid uit deze onderzoeken als belangrijk knelpunt naar voren kwam, heeft de IGZ aparte aandacht daaraan besteed. Mijn standpunt hierop zond ik u bij brief van juni 2005, CZ/EZ-2594454. Het onderzoek naar de telefonische toegankelijkheid is tussen september 2005 en mei 2006 herhaald. Het resultaat van het herhaald onderzoek naar de algemene kwaliteit van zorg en naar de telefonische bereikbaarheid treft u aan in het IGZ-rapport onder de titel «Kwaliteit van huisartsenposten verbeterd sedert 2003». Bij brief van december 2006 (CZ/EZ-2735813) deed ik u mijn standpunt daarop toekomen. Mijn opvatting is dat over de gehele linie genomen bij de huisartsenposten kwaliteitsslagen in gang zijn gezet en met verve worden doorgevoerd. Wel behoeft de telefonische bereikbaarheid op een aantal posten nog verbetering. Met de IGZ is afgesproken dat zij het toezicht op de posten die slecht scoren zal intensiveren en hen dwingend zal aanspreken op korte termijn. T.a.v. de fysieke bereikbaarheid merkt de IGZ op dat de huisartsenpost binnen 15 (auto)minuten te bereiken is voor 68% van de mensen die op een post zijn aangewezen. Daarmee is het aantal mensen voor wie een huisartsenpost binnen een kwartier te bereiken is, toegenomen van 9 miljoen in 2003 tot 10,4 miljoen in 2005. Een kleine groep burgers (78 000) doen er meer dan een half uur over om zelf een ziekenhuis of huisartsenpost te bereiken. Dit is een aanzienlijke verbetering ten opzichte van de situatie in 2003, zo concludeert de IGZ. Dit laat onverlet dat ik initiatieven toejuich die binnen de keten van acute zorg de toegankelijkheid van avond-, nacht- en weekend diensten verder verbeteren.

95

Waarom wordt het budget dure geneesmiddelen opgehoogd, nu gebleken is dat er sprake is geweest van onderuitputting van deze post?

Het budget voor dure geneesmiddelen is in 2006 verhoogd omdat het vergoedingspercentage voor kosten dure geneesmiddelen is aangepast van een variabel vergoedingspercentage van maximaal 75% in een vaste vergoeding van 80%. Daarnaast is de verwachting dat het aantal geneesmiddelen/indicaties dat in 2006 vergoed wordt via de beleidsregel dure geneesmiddelen sterk zal toenemen.

De in het jaarverslag 2006 opgenomen cijfers voor de ziekenhuizen zijn gebaseerd op de productieafspraken over 2006 en het aandeel dure geneesmiddelen daarin. De definitieve realisatiecijfers kunnen hier nog van afwijken doordat de nacalculatie nog verwerkt dient te worden. Dure geneesmiddelen zijn bij uitstek kosten waarvan de vergoeding pas in de nacalculatie in de budgetten van de ziekenhuizen wordt verwerkt. Het is dan ook prematuur om te concluderen dat er sprake is van onderuitputting bij dure geneesmiddelen. Op dit moment is de verwachting dat de voor dure geneesmiddelen beschikbare middelen conform verwachting zullen worden besteed.

96

Wat was de doelstelling ten aanzien van het aantal instellingen dat maatschappelijke verantwoording diende af te leggen over 2005?

De bouwer van webapplicatie ter ondersteuning van het verantwoordingsproces heeft zich niet aan de afgesproken opleverdatum gehouden. Dit heeft overigens de jaarverantwoording over 2005 niet in de weg gestaan. Het doel was om 20% van de instellingen te laten deelnemen aan het Jaardocument. Uiteindelijk heeft 33% van de zorgconcerns over 2005 met het Jaardocument verantwoording afgelegd.

In 2006 is er een goed werkende webapplicatie ontwikkeld waarmee momenteel 60% van de zorgconcerns vrijwillig digitaal verantwoording aflegt over verslagjaar 2007. Vanaf verslagjaar 2008 is het jaardocument maatschappelijke verantwoording wettelijk verplicht.

97

Wanneer komt de nieuwe positioneringsnota academische ziekenhuizen, nu de UMC's al in 1998 zijn ontstaan?

Op 20 december 2006 hebben mijn ambtsvoorganger en de toenmalig staatssecretaris van OCW de nota «Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving, De brief Ruimte voor betere zorg nader uitgewerkt» aan uw Kamer aangeboden. De vorige rijksnota over de academische ziekenhuizen is in 1998 uitgebracht.

98

Had de opbrengst van het convenant geneesmiddelen hoger kunnen zijn dan € 843 mln.? Hoeveel extra kortingen en bonussen hebben apothekers over 2006 en 2007 ontvangen?

De opbrengst van het convenant geneesmiddelen was in 2006 naar verwachting hoger dan € 843 mln, namelijk tussen de € 880 mln en € 885 mln. In juli 2007 zal het exacte bedrag bekend worden. De opbrengst van het convenant is de resultante van prijsverlagingen en omzetontwikkelingen. Naar mate meer geneesmiddelen worden gebruikt of grotere prijsverlagingen worden doorgevoerd is de opbrengst van het convenant hoger.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft onderzoeken uit laten voeren naar de hoogte van de kortingen en bonussen en naar de praktijkkosten van apotheekhoudenden. Daaruit bleek dat aan apotheekhoudenden in 2004 € 582 mln aan kortingen en bonussen zijn verstrekt. Ongeveer € 170 mln daarvan werd met de clawback afgeroomd. Daarnaast bleek dat de vergoeding voor de praktijkkosten (de receptregelvergoeding) te laag was vastgesteld.

Eerste extrapolaties van deze onderzoeken laten zien dat aan apothekers in 2006 en 2007 resp. circa € 690 mln en € 770 mln aan kortingen en bonussen zouden zijn verstrekt. Hiervan is dan weer een deel via de clawback (circa € 200 mln) afgeroomd en is meer dan € 200 mln nodig om de tekortschietende receptregelvergoeding te verhogen.

Na de definitieve vertaling van de onderzoeksresultaten naar 2008 kan de NZa de nieuwe tariefstructuur en de hoogte van het tarief voor apotheekhoudenden vaststellen. Volledigheidshalve verwijs ik u naar mijn brief van brief van 3 mei 2007 (Kamerstukken II, 2006–2007, 29 359, nr. 100) over dit onderwerp.

In 2006 is gewerkt aan het tot stand komen van een herziening van de Europese richtlijn medische hulpmiddelen. Is deze richtlijn er al? Zo niet, wanneer wordt die verwacht en wat is de inzet van de Nederlandse regering? Zo ja, wat was de inzet van de Nederlandse regering en wat behelst de richtlijn?

Over de richtlijn tot herziening van de huidige richtlijn medische hulpmiddelen (RI/EG/93/42) en RL/EG/90/385 over actieve implantaten) hebben de Europese Ministers voor Volksgezondheid tijdens de Raad op 31 mei jl. een akkoord bereikt. Dit betekent dat de richtlijn op korte termijn tot stand zal komen. Publicatie wordt in het najaar 2007 verwacht.

Het algemene doel van de herziening is reparatie en aanscherping van de wetgeving om de kwaliteit en veiligheid van medische hulpmiddelen te waarborgen en de overheid en aangemelde instanties hiervoor de nodige instrumenten te verschaffen. Het voorstel is een vervolg op een evaluatie van het bestaande Europese wettelijk kader voor medische hulpmiddelen.

Het bestaat uit twee onderdelen; voorstellen voor Richtlijn 93/42 (voor medische hulpmiddelen) en voor Richtlijn 90/385 (actief implanteerbare medische hulpmiddelen; pacemakers e.d.).

Nederlands standpunt t.a.v. belangrijkste wijzigingen

Nederland heeft er belang bij dat de huidige Europese regelgeving voor kwaliteit en veiligheid van medische hulpmiddelen wordt aangescherpt en heeft in de Raad van «Europese Volksgezondheidsministers» d.d. 31 mei jl. met het voorstel ingestemd.

Veel Nederlandse wensen zijn in het voorstel opgenomen. Met name zijn noemenswaardig:

- de verplichte controle door de aangemelde instantie van het ontwerp dossier voor alle medische hulpmiddelen met een midden- en hoog risico;
- aanscherping van de eisen voor klinisch onderzoek;
- juridische basis voor meer samenwerking tussen lidstaten;
- verduidelijking rol geneesmiddelenautoriteit bij de beoordeling van combinatieproducten van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen;
- verlenging van de bewaartermijn van technische documentatie voor implantaten (bijvoorbeeld kunstgewrichten) van 5 naar 15 jaar.

Eén punt dat Nederland graag had willen regelen bij de nieuwe richtlijn medische hulpmiddelen is niet gerealiseerd, omdat daarvoor geen meerderheid kon worden gevonden.

Het gaat om het reguleren van gecombineerde medische hulpmiddelen met menselijke weefsels en/of cellen in de Richtlijn voor medische hulpmiddelen. Medische hulpmiddelen met menselijke weefsels en/of cellen (bijvoorbeeld een heupgewricht bekleed met menselijke kraakbeencellen) zullen worden gereguleerd als een bijzondere vorm van geneesmiddelen in de Verordening voor geavanceerde medicinale therapeutische producten. Dit past niet in de Nederlandse lange termijn visie om te zorgen dat het hele veld van medische producten (hulpmiddelen, geavanceerde therapeutische producten en geneesmiddelen, inclusief combinatiepreparaten) op een doelmatige en transparante manier worden beoordeeld. Denemarken en Nederland hebben hiervoor een gezamenlijke verklaring opgesteld. Het doel hiervan is om de discussie te kunnen heropenen bij gelegenheid van de eerstvolgende hernieuwing van deze specifieke bepalingen in de richtlijn.

Heeft behalve de afspraak in het geneesmiddelenconvenant voor een te behalen opbrengst ook de afspraak om een einde te maken aan kortingen en bonussen tot het gewenste resultaat geleid?

In het geneesmiddelenconvenant is niet expliciet afgesproken een einde te maken aan kortingen en bonussen. Wel is het afromen van een deel van de kortingen en bonussen onderdeel van de convenantsafspraken (de zogenoemde claw-back). Ook dit onderdeel heeft tot het gewenste resultaat geleid.

Welke 4 projecten worden betaald uit een bijdrage uit het FES-fonds, in het kader van het Besluit subsidieregeling investeringen kennisinfrastructuur (Bsik)? Wat is het doel van deze projecten. wat kost ieder project en hoe gaan de doelstellingen worden bereikt?

Het gaat om de volgende vier projecten:

TREND (trauma related neuronal dysfunction) krijgt € 11,7 mln. uit FES. Het consortium van 5 UMC's, de TU Delft en 2 MKB-bedrijven brengt hetzelfde bedrag in. Doelstelling: onderzoeken van neuronale ziektemechanismen die optreden als gevolg van weefselletsel, en het ontwikkelen van behandelingen hiervoor. In theorie kan al na een licht trauma een neuronale reactie optreden, die stoffen vrijmaakt die via verandering in spierspanning en vaatspanning leidt tot progressieve aantasting van lichaamsdelen en bewegingsstoornis, zoals in het Complexe Regionale Pijnsyndroom. Mogelijk dat hiermee ook fibromyalgie, RSI en whiplash en andere tot nu toe onbegrepen chronische aandoeningen verklaard kunnen worden. Om de doelstelling te bereiken voert het consortium multidisciplinair fundamenteel (moleculair), epidemiologisch en klinisch onderzoek uit en ontwikkelt het meettechnieken daarvoor.

«Moleculaire beeldvorming van ischemische hartziekten» krijgt € 11,2 mln. uit FES. Het consortium van Cardiovasculair Research Instituut Maastricht, TU Eindhoven, Philips en Organon, brengt hetzelfde bedrag in. Doelstelling: het kunnen volgen van ontstaan en verloop van ischemische hartziekten (plaquevorming) en herstelprocessen na een infarct. Dit met het oog op vroegdiagnostiek en betere behandeling. Om de doelstelling te bereiken worden nieuwe beeldvormende technieken ontwikkeld en probes, d.w.z. stoffen die zich selectief hechten aan bepaalde cellen en een signaal afgeven dat zichtbaar kan worden gemaakt.

«Cyttron, een venster op de moleculaire machinekamer van het leven» krijgt € 9,5 mln. uit FES. Het consortium van de universiteiten van Leiden, Delft, Antwerpen en Londen en een aantal ondernemingen brengt hetzelfde bedrag in. Doelstelling: het ontwikkelen van een geïntegreerde infrastructuur voor het visualiseren en modelleren van de cel tot het niveau van afzonderlijke moleculen. D.w.z. het maken van een driedimensionaal correct beeld van de cel dat men op verschillende schaalniveaus kan bekijken. Op termijn kan dit een rol spelen in het onderzoek naar ziekten zoals Alzheimer en Creutzfeldt-Jacob. Om de doelstelling te bereiken ontwikkelt men software en hardware waarmee verschillende technieken, zoals elektronenmicroscopie, röntgenanalyse en magnetische resonantie, kunnen worden geïntegreerd.

Neuro-Bsik Mouse Phenomics krijgt € 13,1 mln. uit FES. Het consortium van vier universiteiten, het Interuniversitair Oogheelkundig Instituut en twee MKB-bedrijven brengt hetzelfde bedrag in.

Doelstelling: het ontwikkelen van muismodellen die representatief zijn voor hersenaandoeningen bij mensen, om hiermee geneesmiddelen te kunnen ontwikkelen en testen, zodat tijdswinst in de ontwikkeling van geneesmiddelen optreedt. Om de doelstelling te bereiken ontwerpt het consortium speciale diervriendelijke onderzoekskooien die voorzien zijn van meetapparatuur om vast te leggen hoe muizen reageren op bijvoorbeeld licht, geluid en eten, zodat in korte tijd muizen met allerlei verschillende genotypen kunnen worden geobserveerd.

Zoals geldt voor alle Bsik-projecten worden bovenstaande projecten gemonitord. De Commissie van Wijzen ICES-KIS bracht in september 2006 advies uit over de voortgangsrapportages en het kabinet nam daarover een standpunt in dat de staatssecretaris van EZ in november 2006 aan de Tweede Kamer zond. Voor eind 2007 staat een midterm review gepland. Volgens de planning zal de Kamer medio 2008 over de resultaten daarvan worden geïnformeerd.

102

Bij de toelichting op de belangrijkste verschillen van de programma-uitgaven wordt aangegeven dat lagere uitgaven bij «Medische technologie en transplantaten» zijn ontstaan door een bedrag van € 0,4 mln. dat wordt verantwoord op andere artikelen. Om welke artikelen gaat het hier en welke werkzaamheden betreft het?

Het betreft werkzaamheden van Zonmw voor het Forum biotechnologie en genetica, werkzaamheden van het RIVM op het gebied van nanotechnologie en geneesmiddelenregistratie en de Gezondheidsraad op het gebied van medische biotechnologie. De uitgaven voor Zonmw en RIVM zijn verantwoord op artikel 21 en voor de Gezondheidsraad op artikel 98.

103

Bij de geneesmiddelen is er sprake van doorwerking van een meevaller over 2005 (104 miljoen). Dit wordt een volume-effect genoemd van de invoering van de no-claim, in 2006 is dit nog € 25,9 mln. Kan de regering hier dieper op in gaan?

Toen de begroting 2006 werd opgesteld (halverwege het jaar 2005) was nog niet bekend wat de realisatiecijfers over de uitgaven in het jaar 2005 zouden opleveren. In het bijzonder was het volume-effect dat verwacht werd van de invoering van de no-claimteruggaveregeling (€ 170 miljoen voor alle zorgsectoren samen) met grote onzekerheid omgeven. Dit was in nog sterkere mate het geval indien dit effect moest worden uitgesplitst naar de sectoren waarop het effect zich zou gaan voordoen. In verband daarmee is ervoor gekozen om het gedragseffect van de no-claimteruggaveregeling op de aanvullende post te parkeren. Ook achteraf is het gedragseffect van de no-claimteruggaveregeling niet goed meetbaar. Daarom is ervoor gekozen om alle sectoren af te rekenen zonder rekening te houden met het gedragseffect van de no claim en de € 170 miljoen op de aanvullende post af te boeken. Bij de geneesmiddelen is over 2005 een meevaller gerealiseerd van € 104,1 miljoen. Deze meevaller is (mede) toegeschreven aan de invoering van de no-claimregeling. Omdat deze structurele meevaller bij de verantwoording 2005 is gebleken en in mei 2006 is gepresenteerd, is er sprake van een bijstelling van de uitgaven tussen begroting 2006 en verantwoording 2006. Bij de evaluatie van de zorguitgaven 2006 is daar bovenop een meevaller gebleken, nu ter grootte van € 25,9 miljoen.

104

Waarom is de streefwaarde voor eind 2007 van de kwaliteit van het Farmaco Therapeutisch Overleg op 80% gesteld en op «redelijk tot goed» functionerend?

Een goed functionerend farmacotherapeutisch overleg (FTO) is een instrument dat kan bijdragen aan een grotere compliance aan standaarden, minder variatie in het voorschrijfgedrag van huisartsen en een doelmatiger voorschrijfgedrag. In het kader van een doelmatiger geneesmiddelengebruik is daarom ingezet op het vergroten van de kwaliteit van het FTO. Een zo hoog mogelijk haalbaar percentage FTO-groepen op niveau 3 of 4 is daarbij als doelstelling geformuleerd. Het percentage van 80% is een ambitieuze doelstelling. Fluctuaties in de samenstelling van de FTO-groepen en de actuele beschikbaarheid van spiegelinformatie kunnen ertoe leiden dat niet alle FTO-groepen jaarlijks aan de hoogste niveaus zullen voldoen.

105

Waarom wordt de doelstelling voor 2007, een streefwaarde van 80% van de FTO's die redelijk tot goed functioneren, niet gehaald? Welke ontwikkelingen zijn niet realistisch genoeg ingeschat en waarom niet?

Of de doelstelling voor 2007 wordt gehaald, zal blijken uit de (jaarlijkse) FTO-peiling die medio 2008 wordt gepresenteerd. Verder verschillen verzekeraars in de inspanningen die zij zichzelf getroosten om het FTO te stimuleren.

106

In 2006 functioneerde 47% van de FTO-groepen redelijk tot goed. In het jaarverslag is hierover nauwelijks iets te lezen. Deelt de regering de mening dat dit een veel te laag percentage is, terwijl de verbetering ten opzichte van eerdere jaren slechts 4% is? Wat is de oorzaak van dit lage aantal FTO's dat redelijk tot goed werkt? Waarom is de streefwaarde voor de lange termijn maar 80%? Waar komt dit lage ambitieniveau vandaan? Wat zijn concreet de acties die zullen worden ondernomen om het aantal goed werkende FTO's substantieel op te krikken? Off label voorschrijven van geneesmiddelen door artsen kan alleen via het FTO. Krijgt dat in de praktijk al vorm? Hoever loopt dit als er geen goed werkend FTO in de regio van bijvoorbeeld een voorschrijvend huisarts is?

De gepresenteerde cijfers gaan over het jaar 2005. De rapportages over 2006 en 2007 zullen nog verschijnen.

De belangrijkste indicatoren voor de niveaus drie en vier zijn het werken met precriptiecijfers en het maken van afspraken naar aanleiding van deze spiegelinformatie. Worden deze twee indicatoren geïsoleerd, dan blijkt een veel hoger percentage dan de gepresenteerde 47% op redelijk tot goed niveau te presteren. Twee andere criteria, namelijk de frequentie van de bijeenkomsten en de duur van de bijeenkomsten, blijken het streefpercentage te drukken. Overigens is de grootste verschuiving te constateren in de overgang van niveau 3 naar niveau 4. De verbetering in kwaliteit is daarmee substantieel, maar omdat de streefwaarde de gezamenlijke niveaus drie en vier behelzen, is dit niet af te lezen uit het opgetelde percentage. Ik zal DGV vragen in zijn komende rapportages hier expliciet aandacht aan te besteden. Eén van de oorzaken van het relatief lage percentage is het feit dat verzekeraars verschillen in de inspanningen die zij zichzelf getroosten om het FTO te stimuleren. In regio's waar de verzekeraar dit actief doet, zoals Univé in Noord-Holland, wordt het streefpercentage van 80% gehaald.

Overigens is het percentage van 80% een ambitieuze doelstelling. Fluctuaties in de samenstelling van de FTO-groepen en de actuele beschikbaarheid van spiegelinformatie kunnen ertoe leiden dat niet alle FTO-groepen jaarlijks aan de hoogste niveaus zullen voldoen.

Inmiddels is het de bedoeling om scherpere accreditatie-eisen aan het FTO te stellen, waardoor een kwaliteitsimpuls aan het FTO gerealiseerd kan worden. De koepels van artsen en apothekers hebben de intenties tot aanscherping van de eisen ondersteund. Dit zal nog dit jaar moeten leiden tot daadwerkelijke aanpassingen aan de accreditatie-eisen. DGV ontwikkelt daarnaast een instrument om over de kwaliteit van het voorschrijven uitspraken te kunnen doen (benchmark voorschrijven). Dit instrument zal eind 2007 beschikbaar zijn. Hiermee is een kwaliteitsbasis gelegd voor verdere stappen in het beleid na 2007.

Het off label voorschrijven van geneesmiddelen is aangescherpt in de nieuwe Geneesmiddelenwet. Deze wet is op dit moment nog niet in werking getreden. Ik heb DGV gevraagd FTO-materiaal te ontwikkelen over het thema off label voorschrijven en dat te implementeren. In het bijzonder zal daarin aandacht besteed worden aan kindermedicatie.

107

Hoe is de lagere onderbesteding van 10% te verklaren?

Het CVZ raamt voor 2006 een onderbesteding van 10%. Het CVZ baseert deze raming op de feitelijke besteding door de budgethouders in 2005.

Naar de oorzaak van deze hogere uitputting is geen gericht onderzoek gedaan.

108

Waarom zijn er ook geen operationele doelstellingen gesteld voor wat betreft kwaliteit en betaalbaarheid, zoals bij andere begrotingsposten?

De begrotingsposten Langdurige zorg zijn verdeeld over meerdere artikelen. De doelstellingen betaalbaarheid en kwaliteit komen daardoor niet specifiek op het artikel 25 voor maar zijn verspreid over meerdere artikelen. Betaalbaarheid van Langdurige zorg vindt vooral zijn weerslag in de operationele doelstellingen 26.3.1 (Een gedifferentieerd aanbod van voorzieningen op het terrein van zorg creëren) en 27.3.1 (Een gedifferentieerd aanbod van intramurale- en extramurale zorgvoorzieningen en dienstverlening creëren). Verder komt dit tot uitdrukking bij de operationele doelstelling 31.3.2 (Er is bij de zorgverzekeringen een beheerste premie- en kostenontwikkeling). Kwaliteit van Langdurige zorg komt specifiek aan de orde in operationele doelstelling 27.3.4 (Kwaliteit van zorg en dienstverlening stimuleren).

109

Waarom acht de regering het niet noodzakelijk onderzoeken te doen naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van de AWBZ-brede zorg?

Het kabinet streeft voortdurend naar verbeteringen in de praktijk en de inhoud van de langdurige zorg en de uitvoering van AWBZ. Om dit perspectief helder vorm te kunnen geven heeft het kabinet onlangs een advies aan de SER gevraagd over de (verzekering en financiering van) de AWBZ verzekerde zorg. Ik verwacht dit advies uiterlijk in december 2007.

110

Kan er een verdeling per partij worden gegeven van de behaalde convenantdoelstellingen?

Het cijfer van de conventansdoelstelling is een cijfer op het niveau van de gehele AWBZ. Het cijfer is niet eenduidig uit te splitsen naar de verschillende (convenants)partijen.

111

Is het onderzoek naar de stand van zaken van de 8000 plaatsen al gereed?

Het onderzoek naar de stand van zaken van 8000 rood/oranje scorende verblijfplaatsen is nog niet afgerond. Op basis van de laatste informatie van het CBZ kan ik uw Kamer in de loop van september 2007 over de stand van zaken van deze 8000 plaatsen informeren.

112

Wat is de reden dat er geen registratie is voor de implementatie van het model van de Rijks Universiteit Groningen inzake Enstig Meervoudige Gehandicapten?

Er wordt geen registratie bijgehouden omdat dit administratieve lasten met zich mee zou brengen, zonder dat dit een meerwaarde oplevert.

De ontwikkeling van het model is door VWS gesubsidieerd om het veld een handreiking te bieden om juist voor deze zware cliëntengroep goede zorg te verlenen. Het is echter een eigen keuze en verantwoordelijkheid voor het veld om al of niet gebruik te maken van (onderdelen) van het model. Het model is in samenwerking met het veld- in casu drie Kinder-DagCentra ontwikkeld.

113

Waarom zijn de cijfers over wachtlijsten Verpleging en Verzorging pas in juni beschikbaar?

Wachtlijstgegevens over de sector Verpleging en Verzorging (en ook de gehandicaptensector) worden verzameld op basis van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Volgens de laatste planning van het College van zorgverzekeringen komen deze gegevens juli a.s. beschikbaar. Er is een vertraging ontstaan, omdat uit een eerste analyse van AZR-gegevens is gebleken dat deze informatie onvoldoende betrouwbaar is. De reden is dat een deel van de circa 3000 zorgaanbieders niet altijd (tijdig) hun nieuw in zorg genomen cliënten melden, waardoor het aantal niet in zorg genomen personen (en daarmee de wachtlijst) te hoog uitvalt. Het CVZ is nu bezig met aanvullende analyses, waarbij zij ook alle zorgkantoren vragen naar het verhaal achter de cijfers.

114

Waarom is integraal indiceren onderwijs en (jeugd)zorg maar deels gerealiseerd? Wanneer verwacht de regering dit wel te realiseren?

Het kader integraal indiceren voor speciaal onderwijs en (jeugd)zorg is klaar en zal in de komende twee jaar geïmplementeerd worden doordat regio's afspraken gaan maken en borgen.

115

Heeft de regering zicht op het effect van de subsidies genoemd in paragraaf 26.3.2?

Het doel van de verschillende subsidies is het versterken van de (rechts-) positie van mensen met beperkingen en het beïnvloeden van de beeldvorming over mensen met beperkingen. Voorbeeld daarvan is de Taskforce Handicap en Samenleving. Deze organiseert maatschappelijke debatten en verschillende acties gericht op departementen, andere overheden en maatschappelijke organisaties. Een ander voorbeeld is de Commissie het Werkend Perspectief. Deze heeft zich gericht op werkgevers en werknemers. Op 31 maart 2007 zijn de werkzaamheden van de Commissie het

Werkend Perspectief beëindigd. De Kamer is over de resultaten door de minister van SZW geïnformeerd (Kamerstukken II, 2006–2007, 29 461, nr. 28).

Het directe effect van de activiteiten van de organisaties en de veranderingen in beeldvorming zijn lastig aan te tonen. Wel wordt met de subsidies aan het NIVEL informatie verzameld. Deze informatie wordt gebruikt bij de voorbereiding van verschillende beleidsmaatregelen. Het doel is informatie te krijgen over de (on)mogelijkheden van mensen met beperkingen om te participeren in de samenleving. Deze informatie wordt onder meer gebruikt als nulmeting voor de evaluatie van de Wmo.

116

Heeft de € 7 mln. ook daadwerkelijk geleid tot een verhoging van de kwaliteit in de verpleeghuizen?

De IGZ heeft in haar rapport Verpleeghuiscare: kwaliteitsslag gaande geconstateerd dat enige verbetering in de kwaliteit van instellingen die verpleeghuiscare aanboden zichtbaar was ten opzichte van 2004. Het rapport is gebaseerd op bezoeken aan die instellingen in 2005 en 2006.

De indicatoren verantwoorde zorg moeten kwaliteit in de verpleging (en verzorging en thuiszorg) zichtbaar maken. De eerste resultaten zullen in 2008 beschikbaar zijn en betrekking hebben op het verslagjaar 2007. Het afgelopen jaar is hard gewerkt om de meting dit jaar mogelijk te maken. Dat betekent dat onder meer een pilot bij ruim 100 instellingen met de indicatoren voor verantwoorde zorg is gedaan. Daarnaast is geïnvesteerd in het verder verspreiden van goede voorbeelden via Zorg voor Beter.

117

Wat is de reden dat het bedrag voor mantelzorg hoger is uitgevallen in 2006?

In 2005 heeft het toenmalige kabinet de notitie «De mantelzorger in beeld» uitgebracht. In die notitie zijn o.a. voor 2006 extra middelen uitgetrokken voor de versterking van de mantelzorgondersteuning.

118

Kan de regering verklaren waarom zo weinig gebruik is gemaakt van het landelijk steunpunt verpleeghuiscare?

De activiteiten van het landelijk steunpunt verpleeghuiscare maakten onderdeel uit van een breed programma aan verbetering in de verpleging en verzorging: Zorg voor Beter. Deze activiteiten gezamenlijk boden het instellingsmanagement meer handvatten om verbeteringen in de kwaliteit van zorg te realiseren. Het steunpunt had daar bij een individuele invulling «van de sector door de sector». Individuele instellingen konden voor specifieke vragen een beroep doen op ervaren collega's. Dit gebeurde op vrijwillige basis en op basis van aanvraag door de instelling zelf, hoewel sommige instellingen wel specifiek benaderd zijn. Het uiteindelijk aantal deelnemers is dan ook afhankelijk van het aantal instellingen dat zichzelf aanmeldde. Van het landelijk steunpunt verpleeghuiscare is frequent gebruik gemaakt, maar wel minder dan geraamd. Bovenstaande redenen kunnen daarbij een rol hebben gespeeld.

De aanpak van het steunpunt wordt inmiddels voortgezet door de brancheorganisatie ActiZ.

Waarom heeft de regering geen gegevens voorhanden over plaatsen beschermd wonen op basis van scheiden wonen en zorg?

Indien beschermd wonen in de vorm van scheiden van wonen en zorg wordt geleverd, kan de zorg worden aangemerkt als extramurale zorg. Zoals op bladzijde 101 van het Jaarverslag bij de tabel «productie extramuraal» is aangegeven, worden bij de NZa vanaf 2005 de afzonderlijke uren voor extramurale thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg niet meer afzonderlijk geregistreerd. De groei van deze zorg is opgenomen in de totale groei van de extramurale zorg.

De zorg die in het kader van beschermd wonen wordt geleverd is daardoor ook niet te herleiden tot aantallen plaatsen.

Is er een correlatie tussen de daling van het aantal dagen in de verzorgingshuizen en de toename van het aantal dagen in de verpleeghuizen? Zo ja, wat betekent dit voor de planning en budgettering?

Er is inderdaad sprake van een statistische samenhang tussen de daling van het aantal dagen in verzorgingshuizen en de toename van het aantal dagen in de verpleeghuizen. Dat sprake is van een causaal verband in de zin dat sprake is van «communicerende vaten», kan echter moeilijk worden gesteld. De daling van het aantal verzorgingshuisplaatsen is vooral het gevolg van de tendens tot extramuralisering, terwijl de toename van het aantal verpleeghuisplaatsen het gevolg is van de demografische ontwikkeling en het effect op vooral het aantal dementerenden.

Dit betekent voor de planning dat er prioriteit is voor het tot stand brengen van meer verpleeghuisplaatsen. Met de invoering van zorgzwaartepakketten komt het onderscheid tussen zorg van gelijke zwaarte in een verpleeghuis of een verzorgingshuis overigens te vervallen. Ik preferer dan ook van nu af aan te spreken over zorghuizen in plaats van verpleeghuizen en verzorgingshuizen .

Het gereserveerde bedrag voor projectsubsidies is niet geheel tot besteding gekomen. Wat is de oorzaak hiervan en hoe is dit bedrag uiteindelijk besteed?

Het bedrag was gereserveerd om na de behandeling in de Kamer van de visiebrief: Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing» het beleid eventueel verder in te vullen en een vervolg te geven. De behandeling van de visiebrief heeft echter niet plaatsgehad in 2006.

Is de regering bereid de uitgaven van de follow-up van de nota «Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing» (€ 0,4 mln.) te besteden aan meer aandacht voor ouderen in opleiding en nascholing van professionals?

Inderdaad zijn de huidige opleidingen en specialisaties nog onvoldoende gericht op de groeiende groep kwetsbare oudere patiënten met co- of multimorbide ziekten. Daarom is met de Nederlandse Federatie Universitaire Centra (NFU) is afgesproken dat het onderwerp ouderen in 2007 centraal staat. De NFU zal in dit kader relevante opleiding, nascholing en deskundigheidsbevordering ontwikkelen op het gebied van de complexe oudere patiënt voor medische specialisten, huisartsen en verpleegkun-

digen. Een onderwerp dat met alle relevante partijen, de NFU, het COBG, het IOH en de hogescholen, zal worden uitgevoerd.

123

Wat hebben de projecten, analyses en subsidies nu concreet opgeleverd aan arbeidsbesparende investeringen? Is er arbeid bespaard? Zo ja, hoe? Wat is de structurele aandacht voor en inzet op dit terrein? Is dit voldoende, gezien de problematiek op de arbeidsmarkt die op ons afkomt in de komende jaren? Doet de regering nog iets aan de perverse prikkels in het bestaande verzekeringssysteem die arbeidsbesparende innovaties belemmeren in plaats van stimuleren?

Onderzoek op het gebied van arbeidsbesparende investeringen is gericht op een vergroting van het inzicht in de (on)mogelijkheden op dit terrein en het verspreiden van goede voorbeelden. Concreet is er inzicht verkregen in de mogelijkheden van de toepassing van verschillende arbeidsbesparende technologieën (domotica), het anders organiseren van zorg- en ondersteunende processen en manieren om goede initiatieven bij instellingen onder de aandacht te brengen. Concreet voorbeeld hierbij is het inzicht dat is verkregen in een nieuwe arbeidsbesparende wasmethode. Ook is er een meetinstrument ontwikkeld waarmee de winst op het terrein van arbeidsproductiviteit beter in beeld kan worden gebracht. Structureel zal er worden doorgegaan met investeringen op dit terrein, het verspreiden van goede voorbeelden en het bevorderen van (arbeidsbesparende) innovaties. Het investeren in arbeidsbesparende initiatieven is één van de maatregelen die er voor kan zorgen dat knelpunten op de arbeidsmarkt zo veel mogelijk worden voorkomen. Gezien de problematiek die zich op de arbeidsmarkt in de zorg voor kan doen, zal inzet op alleen arbeidsbesparende investeringen niet voldoende zijn. Het vergroten van de instroom en het behoud van medewerkers voor de zorg zijn namelijk ook belangrijk in het voorkomen van problemen op de arbeidsmarkt in de zorg. Om de uitwerking van (positieve/negatieve) prikkels gericht op innovaties beter in kaart te brengen zijn er momenteel, in samenwerking met het veld, experimenten gaande. Afhankelijk van de resultaten van deze experimenten zullen er op dit terrein maatregelen worden genomen.

124

Verschillende initiatieven op artikel 29 zijn niet uitgevoerd, doordat de doelstelling gerealiseerd kon worden in andere programma's. Kan dit niet leiden tot minder specifieke programma's of versnipperde subsidie-regelingen?

Er is juist voor gekozen om deze doelstelling ook in andere programma's onder te brengen omdat zo kan worden benadrukt dat kwaliteit en het verhogen van de arbeidsproductiviteit hand in hand gaan. De specifieke insteek op het verhogen van de arbeidsproductiviteit blijft echter, gezien de knelpunten die zich op de arbeidsmarkt kunnen voordoen, noodzakelijk.

125

Weet de regering waarom de subsidieregeling voor het omzetten van gesubsidieerde banen in reguliere banen zo beperkt is benut? Hoe verhoudt zich dit met andere sectoren?

Van de «Regeling stimuleringsubsidie doorstroom zorg» is door werkgevers in 2004, 2005 en 2006 zeer beperkt gebruik gemaakt. In 2004, 2005 en 2006 zijn respectievelijk 47, 259 en 317 aanvragen gehonoreerd. Dat minder gesubsidieerde banen in reguliere banen zijn omgezet dan begroot, is vooral terug te voeren op keuzes van individuele werkgevers om een gesubsidieerde werknemer al dan niet een reguliere baan voor

onbepaalde tijd aan te bieden. Gezien het zeer beperkte gebruik van de regeling door werkgevers is in juni 2006, na overleg met convenantpartners, door VWS besloten om de regeling met ingang van 1 januari 2007 te beëindigen. Dit is vóór 1 juli 2006 zowel aan de convenantpartners bekend gemaakt, alsmede gepubliceerd in de Staatscourant.

De structurele «Regeling stimuleringssubsidie doorstroom zorg» van VWS is specifiek voor de zorgsector ingesteld. Daarnaast bestond de «Tijdelijke stimuleringsregeling regulier maken 10 000 ID-banen». Deze tijdelijke regeling van SZW was gericht op de omzetting in 2003 van 10 000 gesubsidieerde banen, waarvan 2554 in de zorg. De omzetting van 10 000 gesubsidieerde banen was in 2003 nog niet gehaald. Daarom is besloten de omzettingsregeling van SZW te verlengen tot 1 juli 2004. Er zijn volgens de laatste stand ongeveer 7800 gesubsidieerde banen omgezet in een reguliere baan.

126

Ten aanzien van het toezicht zijn de klachten over dubbel toezicht, onduidelijk wie precies toeziet, en overlappings niet verstomd met de nieuwe toezichtstructuur die in 2006 is ingegaan. Kan de regering aangeven of hij deze signalen ook krijgt, of herkent? Kan de regering precies op papier zetten waar de scheiding tussen de NMa en de NZa loopt? Met name dit grensgebied blijkt bij velen niet helder. Wat wil de regering doen om meer helderheid ter zake te verschaffen?

Op grond van artikel 17 en 18 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) over de wijze van samenwerking bij aangelegenheden van wederzijds belang een samenwerkingsprotocol opgesteld. Dit is gedaan omdat zowel de NZa als de NMa taken op het gebied van mededinging in de gezondheidszorg hebben. Zo is enerzijds de NMa op basis van de Mededingingswet en Verordening 1/2003 onder meer belast met:

- het uitbrengen van rapportages inzake de effecten voor de mededinging van voorgenomen of geldende regelgeving of van een voorgenomen of een geldend besluit;
- toezicht op en onderzoek naar overtredingen van het verbod op overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging wordt verhinderd, beperkt of vervalst;
- toezicht op en onderzoek naar overtredingen van het verbod voor ondernemingen om misbruik te maken van een economische machtspositie;
- het toetsen van voorgenomen concentraties.

Anderzijds is de NZa op basis van de Wmo belast met:

- het markttoezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkten. Dit betreft zowel het maken en bewaken, als het reguleren van markten. Het gaat dan bijvoorbeeld om het reguleren van tarieven en prestaties en om het ex ante opleggen van specifieke verplichtingen aan marktpartijen met aanmerkelijke marktmacht. Het gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuze-informatie voor consumenten;
- toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet, onder meer met betrekking tot zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie;
- toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor AWBZ.

Door de NZa en de NMa wordt in hun samenwerkingsprotocol dan ook geconstateerd dat de bevoegdheden die de NZa heeft in het kader van de Wmg en de AWBZ en de bevoegdheden die de NMa heeft op grond van de Mededingingswet elkaar kunnen beïnvloeden dan wel kunnen samenlopen.

Ik ben mij bewust dat het feit dat er twee toezichthouders op verwante terreinen actief zijn, de vraag kan oproepen of er dubbel toezicht plaatsvindt. Daarvan is geen sprake. Allereerst hanteren de NZa en de NMa het uitgangspunt toezichtinspanningen tot een verantwoord minimum te beperken. Dit met het oog op het voorkomen van onnodige belasting voor onder toezicht staande instellingen. Verder richten de NZa en de NMa zich bij de uitoefening van hun taken naar de kabinetsvisie zoals verwoord in de Kaderstellende Visie op Toezicht 2005. Daar waar mogelijk samenloop van bevoegdheden zou kunnen optreden, te weten bij de vraag of sprake is van een onderneming met aanmerkelijke marktmacht en een onderneming met een economische machtspositie, treft de wet zelf al een voorziening door in artikel 18 van de WMG het primaat neer te leggen bij de NZa. Een nadere uitwerking van de wijze van samenwerken en het vergroten van de mogelijkheden van effectief en efficiënt toezicht hebben NZa en NMa neergelegd in een protocol.

Belanghebbenden kunnen het samenwerkingsprotocol van de NZa en NMa raadplegen, dat op 10 oktober 2006 is gesloten en te vinden is op de website van de NMa en NZa.

127

Wat is de leidraad van de regering bij het vaststellen van het aantal opleidingsplaatsen in de zorg? Is de regering voornemens iets te doen aan de toelating tot specialismen? Is het wenselijk dat specialisten zelf bepalen hoeveel artsen in hun specialisme worden opgeleid?

De regering laat sinds 1999 ramingen opstellen van het aantal beroepsbeoefenaars dat men nodig verwacht te hebben in de aankomende periode. Op basis van deze raming wordt de gewenste opleidingscapaciteit bepaald. In 1999 is het Capaciteitsorgaan hiertoe opgericht. Het Capaciteitsorgaan baseert zich in zijn adviezen op objectieve data, verzameld door externe onderzoeksbureaus. Deze data worden vervolgens beoordeeld in Kamers en Plenair orgaan, beide tripartiet samengesteld (beroepsgroep, opleidingsinstellingen en verzekeraars). Deze tripartiete samenstelling brengt kennis en kunde van betrokkenen bijeen. Vervolgens stelt de minister van VWS de opleidingscapaciteit vast.

De Wet BIG heeft de vaststelling van specialismen gedelegeerd aan het veld. Het veld stelt criteria vast voor het aanwijzen of opheffen van specialismen. VWS kan een titel aanmerken als wettelijk erkende specialistentitel. Dit zal alleen gebeuren indien dat wenselijk is ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg en indien aan wettelijke voorwaarden is voldaan.

128

Kan de regering aangeven hoeveel externen (fte's) zijn ingehuurd door zelfstandige behandelcentra? Hoe verhoudt dit zich tot inhuur van externen in voorgaande jaren? Waarom zijn deze externen ingehuurd? Wat waren de alternatieven?

Nee. Dit soort gegevens behoort tot tot bedrijfsinformatie van de individuele instellingen. VWS beschikt daarom niet over deze gegevens.

Het budget extra opleidingsplaatsen academische ziekenhuizen is niet tot besteding gekomen. VWS heeft dit bedrag in 2001 gereserveerd, omdat een extra opleidingsinspanning toen nodig was in verband met het wegwerken van wachtlijsten als gevolg van specifieke personeelstekorten. Voor het jaar 2006 is een beroep op deze middelen niet nodig gebleken.

Kan de regering een overzicht geven van de activiteiten van het RIVM? Wat is precies de VWS-kenniskamer, wat zijn de doelstellingen, taken, en hoe wordt dat vormgegeven? Is het intern VWS-kennisnetwerk een intrasite? Zo niet, wat dan wel?

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) richt zich op het bevorderen van de publieke gezondheid, een gezond leefmilieu en de veiligheid van de leefomgeving. Kerntaak van het RIVM is het verrichten van onderzoek en het wereldwijd verzamelen van kennis. De uitkomsten daarvan dienen als beleidsondersteuning voor de overheid. Het RIVM is een agentschap van VWS en werkt in opdracht (dmv kennisvragen) van verschillende departementen. Ontwikkelingen binnen en buiten het RIVM zorgen de komende jaren voor een andere invulling van taken en vormgeving van het instituut. Op een aantal terreinen binnen de volksgezondheid is resp. wordt het RIVM verantwoordelijk voor het registreren van uitvoerende taken: infectieziektebestrijding, bevolkingsonderzoeken, jeugdgezondheid, gezondheid, milieu & veiligheid en gezondheidsbescherming. Het instituut krijgt bovendien een grotere rol bij de voorlichting aan het publiek. Hiermee wordt het RIVM een expertise- en regiecentrum voor landelijke overheidstaken op het gebied van de publieke gezondheid.

Het RIVM voert voor VWS taken uit binnen de volgende domeinen:

- volksgezondheid en zorg (VolksgezondheidsToekomstverkenningen, Zorgbalans, Kiesbeter enz);
- infectieziektebestrijding (waaronder preparedness aviaire influenza);
- geneesmiddelen en medische technologie;
- chemische, (micro)biologische en fysische risico's;
- jeugdgezondheid;
- bevolkingsonderzoeken;
- gezondheid, milieu en veiligheid;
- voeding en voedselveiligheid.

De VWS-kenniskamer is een overleg tussen ambtelijke leiding van VWS en de voorzitters c.q. directeuren van de belangrijkste VWS adviesraden, RIVM, ZonMw en SCP. Dat overleg heeft tot doel de departementale kennisfunctie te versterken met name door bij te dragen aan de agendering van strategische onderwerpen en het afstemmen van de werkprogramma's van de verschillende kennisinstellingen. Tot de instelling van departementale kenniskamers is door het vorige kabinet besloten. De minister van OCW heeft een brief aan de Kamer in voorbereiding over de voortgang van alle kenniskamers.

Het intern VWS-kennisnetwerk is een netwerk van die VWS-medewerkers die ambtelijk verantwoordelijk zijn voor een kennisinstelling en/of kennisprogramma's of anderszins geïnteresseerd zijn in het kennisbeleid. Leden van het netwerk kunnen elkaar ontmoeten in periodieke bijeenkomsten waar informatie wordt uitgewisseld over belangrijke ontwikkelingen. Via de mailgroep worden relevante documenten uitgewisseld.

Streefwaarde EMD 2006 is 5 tot 10% dekking, lange termijn streefwaarde is 100%. Hoe verhoudt dit zich met de toezeggingen van 100% dekking in 2007? Of is iets anders bedoeld met «het EMD werkt in 2007 in heel Nederland»? Gaat de regering deze streefwaarden nog flink aanscherpen, dit mede met het oog op de tekst in het regeerakkoord over het EPD? Hoe moet de tekst in het regeerakkoord over het EPD worden gelezen? Als een volledige (=100%) dekking? Ten aanzien van het waarneemdossier huisartsen valt ook weinig op te maken uit de tabel op blz. 123. Kan de regering haar ambities dienaangaande kenbaar maken? Wat staat ten aanzien van het EMD en het waarneemdossier huisartsen een veel snellere invoering in de weg? Wat doet de regering om deze obstakels uit de wereld te helpen? Waarom beperkt de ambitie op langere termijn van sneller beter 3 zich tot maar 24 ziekenhuizen?

De streefwaarden voor het EMD en het WDH van 5 tot 10% dekking zijn in 2006 helaas niet gehaald. Wel zijn de voorbereidingen voor de pilot WDH in Twente gestart in 2006. Datzelfde geldt voor de voorbereidingen voor de pilot EMD in Rijnmond en Amsterdam.

In 2007 is een begin gemaakt met de landelijke uitrol van het EMD en het WDH. Het EMD en WDH zijn de basis van het landelijk EPD. In 2009 moet er sprake zijn van een 100% dekking, conform het coalitie akkoord. Aanscherping van de streefwaarden is daarom niet nodig.

In de vierde voortgangsrapportage ICT en EPD (TK 2006–2007, 27 529, nr. 29) is een overzicht opgenomen van de acties die VWS onderneemt voor een snelle landelijke invoering van het EMD en het WDH. Het gaat om ondersteuning in de vorm van handboeken, helpdesk en monitoring; de businesscase die inzicht geeft in de mogelijke financiële gevolgen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars; communicatie; stand van zaken wetgeving en het overleg met ICT-leveranciers.

Het Sneller Beter pijler 3 programma richt zich op actieve ondersteuning bij 3 x 8 ziekenhuizen. De aannahme hierbij is dat als 20% van de sector heeft aangetoond in korte tijd de best practices op de thema's veiligheid en patiëntenlogistiek te kunnen invoeren, het voor de rest van de sector niet meer vrijblijvend is onder dit niveau te presteren. Het programma levert ondermeer kennis over de invoering en een plan voor de landelijke uitrol en ondersteunt dit met draaiboeken, meetmethoden, etc. Het is aan de partijen in de zorg (aanbieders, verzekeraars, patiënten(organisaties)) om nadere afspraken te maken over de invoering, ondersteuning en verantwoording.

De komende periode zal de aandacht in de (ziekenhuis)zorg vooral gericht zijn op het thema patiëntveiligheid en op interventies die een veiliger zorg vanzelfsprekender maken. Dit vergroot de noodzaak dat met alle ziekenhuizen concrete afspraken worden gemaakt over verbetering van de veiligheid en logstiek in de patiëntenzorg.

Wat is de concrete aanleiding geweest tot het besluit tot onderzoek tot de gewenste vorm van wetgeving inzake zeggenschap lichaamsmateriaal?

De aanleiding om alvorens daadwerkelijk een wetsvoorstel voor een wet zeggenschap lichaamsmateriaal op te stellen, eerst nog een onderzoek te laten uitvoeren naar onder meer de gewenste vorm van wetgeving, is geweest de wens daarvoor ook dié vorm te kunnen kiezen die, gelet op de verschillende ontwikkelingen van de laatste jaren, het meest geschikt mag worden geacht. Aspecten die daarbij van belang zijn, zijn naast de

wetgevingstechniek in het algemeen, in het bijzonder ook de samenhang met reeds bestaande regelgeving, alsmede de duidelijkheid en de handhaafbaarheid.

133

In 2006 is de overheveling van de op genezing gerichte GGZ naar de Zvw uitgesteld van 1 januari 2007 naar 1 januari 2008. Hoe staat het hiermee? Wat is er in 2006 gebeurd ter voorbereiding op de overheveling? Licht de overheveling per 1 januari 2008 op schema? Wat zijn de knelpunten en hoe worden die opgelost?

Gezamenlijk met partijen uit het veld is eind 2006 besloten de overheveling van de geneeskundige GGZ uit te stellen tot 1 januari 2008. Eén van de belangrijkste redenen om te kiezen voor uitstel is dat de overheveling bij voorkeur tegelijk plaats moet vinden met invoering van het DBC-bekostigingssysteem zodat het mogelijk is om op individueel cliëntniveau te declareren.

De overheveling is al enkele jaren in voorbereiding. Veel van de benodigde voorbereidingen zijn dan ook al afgerond. De Zvw met de daarbij behorende aanspraken is per 1 januari 2006 in werking getreden, inclusief de curatieve GGZ. De onderdelen van het besluit en de regeling die betrekking hebben op de curatieve GGZ worden pas per 1 januari 2008 van kracht. De financiering van de GGZ vindt in technische zin al sinds 2006 plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds met vervolgens een eenmalige storting aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Dit geldt overigens niet voor de eerstelijnspsychologie, deze zit nog in de aanvullende verzekering. Ook wat betreft wetgeving (o.a. PGB, Wtzi) zijn alle voorbereidingen getroffen. De voorbereidingen in 2007 lopen op schema. De voorbereidingen zijn in de implementatiefase beland. Zorgverzekeraars en aanbieders bereiden zich voor op de overheveling. De discussie met partijen gaat niet meer over de vraag óf de overheveling moet gebeuren maar wel over de mate en het tempo waarin de bekostiging op basis van vrije prijsvorming wordt ingevoerd en de mate waarin zorgverzekeraars risico gaan lopen in 2008.

134

Is er inzicht in de omvang van het geld dat in 2006 gemoeid is met fraude, absoluut en in percentage? Hoe verhoudt dit zich met de fraude gepleegd in voorgaande jaren? Zijn er nog aparte, specifieke maatregelen genomen tegen fraude? Zo ja, door wie en welke maatregelen? Waarom is in 2006 geen onderzoek naar fraude in de zorg op risicogebieden gedaan? De regering schrijft dat aanvullend onderzoek onvoldoende toegevoegde waarde had, maar juist in een jaar waarin een geheel nieuw verzekeringsstelsel van start gaat en waarin een instabiel declaratiesysteem als de DBC's in de zorg functioneert, is goed onderzoek cruciaal. Kan een toelichting worden gegeven?

Dat inzicht kan ik op dit moment nog niet geven. In mijn brief van 10 mei jl. over de stand van zaken zorgfraude (kenmerk Z/M 2766658) heb ik aangegeven dat ik verwacht dat Zorgverzekeraars Nederland medio 2007 de resultaten van de fraudeaanpak door zorgverzekeraars over 2006 naar buiten zal brengen. Als die rapportage beschikbaar is zend ik die de Kamer – zo mogelijk nog vóór het zomerreces – toe.

Wat betreft onderzoek naar dbc-declaraties verwijs ik naar onderdeel 2.4 van de brief van 10 mei jl. en naar de brief van 18 oktober 2006 (Tweede Kamer 2006–2007, 29 248, nr. 31) over de resultaten van een nader onderzoek naar de eventuele onjuistheid van dbc-declaraties.

Kan de regering aangeven hoe de gegevensstromen zijn geregeld? Wat is pseudonimiseren van persoonsgegevens? Kan een verzekeraar nog controleren of een behandeling daadwerkelijk heeft plaats gehad?

Voor de uitvoering van risicoverevening is het noodzakelijk dat CVZ kan beschikken over gegevens op individueel niveau. Daarbij is echter niet noodzakelijk te weten om wie het precies gaat. Van belang is wel dat door het CVZ gegevens op individueel niveau in de tijd kunnen worden gevolgd en dat gegevens uit diverse bronnen op individueel niveau aan elkaar kunnen worden gekoppeld. Dit kan bereikt worden door te werken met pseudo-identiteiten. Om te zorgen dat het toekennen van pseudo-identiteiten (het pseudonimiseren) conform de eisen voortvloeiend uit de privacywetgeving plaatsvindt, is door het CBP een aantal voorwaarden gesteld waaraan de pseudonimisering dient te voldoen. Het gaat om een combinatie van technische en procedurele maatregelen.

Hierbij wordt gebruik gemaakt van een externe partij die de noodzakelijke vertrouwelijkheid-diensten ontwikkelt en levert. Het ontwikkelen is in 2006 gestart en zal in 2007 worden afgerond. Hiermee is er een infrastructuur gebouwd waarmee bestaande en nieuwe informatiestromen kunnen worden gepseudonimiseerd.

Daarbij is het zo dat het CVZ gepseudonimiseerde gegevens van de verzekeraars ontvangt.

De gegevens die de verzekeraars van aanbieders ontvangen zijn niet gepseudonimiseerd, zodat verzekeraars in staat zijn om te controleren of een behandeling daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.

De middelen die zijn uitgetrokken voor opvoed- en gezinsondersteuning voor de periode 2004–2007 zijn toegekend aan 50 gemeenten onder de naam «Impuls opvoed- en gezinsondersteuning». Kan de regering aangeven op basis van welke criteria of overwegingen voor de betreffende 50 gemeenten is gekozen?

De gemeenten zijn geselecteerd op basis van een objectieve verdeelsleutel, waarbij tevens rekening is gehouden met geografische spreiding en tegengaan van versnippering van middelen. Gelet op het doel en de omvang van de impuls, is besloten de middelen daar in te zetten, waar de problemen rond gezinnen en jeugdigen het grootst zijn.

De beschikbare middelen zijn verdeeld aan de hand van de volgende vijf criteria:

- aantal jongeren tot en met 18 jaar per gemeente;
- aantal eenoudergezinnen per gemeente;
- aantal eerste en tweede generatie niet-westerse allochtonen per gemeente;
- aantal huishoudens met lage inkomens;
- aantal kinderen in het basisonderwijs met leerlinggewicht 1.25 per gemeente.

Welke twee andere kennisinstellingen zijn naast het Nederlands Jeugd-instituut (NJI) per 1 januari 2007 tot stand gekomen? Krijgen alle drie de instellingen subsidie? Zo ja, is dit structureel en met welk bedrag? Kan de regering een toelichting geven op de taakstellingen van deze kennisinstellingen en in hoeverre daar eventueel sprake is van overlap?

Naast het Nederlands Jeugdinstituut zijn per 1 januari 2007 Vilans en Movisie van start gegaan. Deze drie instituten komen voort uit negen eerder door VWS gesubsidieerde instituten. Vilans is het kennisinstituut op het terrein van de AWBZ, Movisie is dat op het terrein van de Wmo. Aan de instituten is voor zes jaar subsidie toegezegd. Mede aan de hand van een evaluatie zal bezien worden hoe na die periode het kennisbeleid zal worden voortgezet. Voor het NJi en Vilans is op jaarbasis een bedrag van ongeveer € 4 miljoen ieder beschikbaar. Voor Movisie gaat het om een jaarlijks bedrag van ongeveer € 8 miljoen.

Alle drie de instellingen hebben tot taak ieder op het eigen terrein kennis voor het veld (uitvoerende instellingen en gemeenten) te verzamelen, te verrijken, te valideren en te verspreiden. Juist omdat de drie instituten een helder afgebakend terrein hebben is er geen sprake van overlap waar dat in het verleden wel het geval was.

138

Is er enig inzicht in de mogelijke oorzaken van de toename in het aantal uithuisplaatsingen?

In het algemeen neemt de vraag naar jeugdzorg toe. Dit geldt ook voor de pleegzorg en de residentiële zorg. Verondersteld wordt dat naar aanleiding van een aantal trieste incidenten (o.a. Savannah), gezinsvoogden eerder de afweging maken of een kind veilig thuis kan blijven en in een eerder stadium uithuisgeplaatst wordt.

Waar belangen van ouders en kind conflicteren, dient het belang van het kind voorop te staan («Het kind centraal»).

139

Is er enig inzicht in de effectiviteit van de campagne die in 2006 is gestart om nieuwe pleegouders te werven? Zijn er andere maatregelen getroffen om de toename van 50% in de pleegzorg sinds 200 te ondervangen? Zijn de criteria en/of voorwaarden voor het worden van pleegouder aangepast?

Met de start van de campagne «Wij zoeken nog een hart met wat ruimte» in maart 2006 is de belangstelling voor pleegzorg enorm toegenomen. In 2006 is de pleegzorgcapaciteit met 1212 plaatsen uitgebreid.

Om de groeiende vraag naar jeugdzorg op te vangen heeft mijn voorganger, staatssecretaris Ross, naast de incidentele middelen ten behoeve van het terugdringen van de wachttijden in de jeugdzorg, in 2006 tevens € 33 miljoen structureel extra beschikbaar gesteld aan de provincies. Hieruit kan ook de groeiende vraag naar pleegzorg worden gefinancierd. Het is aan de provincies dit geld te verdelen, maar wel is aan de provincies gevraagd hierbij voorrang te geven aan de pleegzorg.

De criteria en/of voorwaarden voor het worden van pleegouders zijn niet aangepast. Het is nog steeds belangrijk dat bij elk pleeggezin goed wordt bekeken of het kind daar veilig kan verblijven. Wel vind ik het van belang dat er goede randvoorwaarden zijn voor pleegouders. Hiertoe heb ik een aantal verbeteringen in gang gezet met betrekking tot het pleegvergoedenbeleid, bijvoorbeeld ten aanzien van de ziektekostenverzekering.

140

Kan per provincie worden aangegeven hoeveel kinderen er per provincie extra opgenomen zijn in de zorg, zoals bedoeld in de zin: «Provincies hebben daartoe, volgens eigen opgave, meer kinderen in de zorg opgenomen dan was afgesproken»? Kan per provincie worden aangegeven welke extra kosten gemaakt zijn om deze extra kinderen op te nemen?

In onderstaande tabel is in de tweede kolom aangegeven welke prestatieafspraken de provincie is aangegaan, in de zin van het aantal extra kinderen dat zorg wordt geboden in het kader van het aanvalsplan. De derde kolom bevat de realisatie. In de vierde kolom is het verschil aangegeven. Om deze extra prestatie te realiseren hebben verschillende provincies extra eigen middelen ingezet (bijvoorbeeld Noord-Brabant). Enkele provincies hebben een aanvullend en onderbouwd plan ingediend, waarna de toenmalige staatssecretaris van VWS deze provincies financieel extra heeft ondersteund (Flevoland, Stadsgewest Amsterdam en Zuid-Holland). Tenslotte hebben verschillende provincies met dezelfde middelen meer kinderen kunnen helpen, door te schuiven tussen zorgvormen en een doelmatige inzet van de middelen.

Aantal geholpen jeugdigen per provincie

	Aantal extra te helpen jeugdigen uit aanvalsplan (prestatieafspraken)	Aantal jeugdigen uit aanvalsplan dat in totaal in zorg is genomen	% dat in zorg is genomen
Groningen	273	408	149%
Friesland	152	152	100%
Drenthe	167	173	104%
Overijssel	459	466	102%
Gelderland	579	1 521	263%
Flevoland	263	670	254%
Utrecht	266	284	107%
Noord-Holland	378	437	116%
Zuid-Holland	379	779	205%
Zeeland	184	199	108%
Noord-Brabant	801	1 142	143%
Limburg	322	324	100%
Amsterdam	327	440	134%
Rotterdam	387	418	108%
Haaglanden	337	244	72%
Totaal	5 274	7 657	145%

141

Was het bedrag van € 100 mln. toereikend om de doelstelling (om 5274 kinderen extra in de zorg te nemen) daadwerkelijk te realiseren? Zo neen, hoeveel kinderen zijn er dan wel geholpen, en kan worden aangegeven hoe deze kinderen zijn verdeeld over de provincies?

Dit is het geval. In de brief van 16 februari 2007 (29 815, nr. 99) heeft de toenmalige staatssecretaris van VWS aangegeven hoeveel kinderen er in het kader van het aanvalsplan extra zijn geholpen. Dit overzicht is ook opgenomen in mijn antwoord op vraag 140.

142

Welke justitiële jeugdinrichtingen zullen in de periode 2008–2010 doorgaan als gesloten jeugdzorgaanbieder? Op basis van welke overwegingen is tot dat besluit gekomen?

De volgende justitiële jeugdinrichtingen worden geheel of gedeeltelijk overgeheveld en gaan door als gesloten jeugdzorgaanbieder in de periode 2008–2010:

- OGH (Zetten)
- het Keerpunt (Cadier en Keer)
- Harreveld (Almelo)
- Het Poortje (Groningen)
- Rentray (Eefde)
- De Heuvelrug (Lindenhorst)
- Den Engh (Ossendrecht)
- Den Engh (Den Dolder).

Dit is besloten op grond van de capaciteitsbehoefte. Hierbij is rekening gehouden met regionale spreiding van capaciteit, de aansluiting van de capaciteit bij de doelgroep en de ontwikkeling van nieuw zorgaanbod. Over de derde tranche die op 1 januari 2010 overkomt wordt nog een besluit genomen.

143

Hoeveel meer kinderen hebben de provincies in de zorg opgenomen dan was afgesproken?

De provincies hebben in het kader van de aanvalsplannen tenminste 7600 kinderen in zorg genomen. Daarmee zijn ongeveer 45 procent meer kinderen geholpen dan de afgesproken 5274. Zie ook de brief van 16 februari 2007 (29 815, nr. 99).

144

Zijn de middelen «Impuls opvoed- en gezinsondersteuning» voor 2008 ook beschikbaar? Zo neen, op welke wijze wordt aan de doelstelling die hierbij werd beoogd invulling gegeven?

Ja. De middelen zijn beschikbaar; de «impuls opvoed- en gezinsondersteuning» zelf loopt af eind 2007. De middelen worden opgenomen in de doeluitkering ten behoeve van de Centra voor Jeugd en Gezin.

145

Welke voorwaarden zijn er gesteld aan de impulsmiddelen die aan de 50 gemeenten zijn toegekend onder de naam «Impuls opvoed- en gezinsondersteuning»?

Voorwaarden die zijn verbonden aan de impuls:

- de impulsgemeenten hebben inhoudelijke richtlijnen meegekregen op basis waarvan plannen ingediend konden worden (ondermeer gebruik van effectieve methoden voor opvoed- en gezinsondersteuning, hulp aan risicogezinnen en jeugdigen);
- tijdens de impulsperiode dienen gemeenten twee tussenrapportages te leveren volgens een vast format (waarin ondermeer gegevens worden verzameld met betrekking tot het bereik van risicogezinnen en jeugdigen en toeleiding naar hulp);
- gemeenten nemen deel aan intervisiebijeenkomsten waarin kennis en ervaringen worden uitgewisseld.

146

Bij de behandeling van de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg is door de toenmalige staatssecretaris aangegeven dat een aantal vragen betrekking had op het nieuwe coalitieakkoord. Deze vragen zouden medio april worden aangereikt. Wanneer kan de Kamer de antwoorden tegemoet zien?

De antwoorden zullen voor de AO's van eind juni over het beleidsprogramma jeugd en gezin en begin juli over de jeugdzorg naar de Kamer worden gezonden.

147

Kan per jaar vanaf 2003 een overzicht worden gegeven van «de middelen» die «in toenemende mate beschikbaar zijn gesteld om kinderen die niet meer thuis kunnen wonen op te vangen in een pleeggezin of een tehuis»?

Onderstaand overzicht geeft weer welke middelen er vanaf 2003 extra voor de jeugdzorg beschikbaar zijn gekomen voor de provincies in

verband met de gegroeide vraag naar jeugdzorg, zodat aan meer kinderen jeugdzorg geboden kan worden.

Het is de verantwoordelijkheid van provincies om deze middelen zo doeltreffend en doelmatig mogelijk aan te wenden.

Extra geld jeugdzorg (bedragen in € mln.)

	2003	2004	2005	2006
Extra zorgaanbod jeugdzorg in Hoofdlijnenakkoord		11,7	19,6	31,5
Intakefunctie Raad voor de Kinderbescherming		1,0	1,0	1,0
Toegangstaken jeugd-ggz			25,0	25,0
Meer uithuisplaatsingen jeugdzorg			5,0	33,0
Extra budget AMK's			6,0	
Terugdringen wachttijden jeugdzorg: aanvalsplannen*				50,0
Totaal		12,7	56,6	140,5

* Totaal is voor het aanvalsplan wachttijden jeugdzorg 100 mln incidenteel beschikbaar gesteld (50 mln in 2006 en 50 mln in 2007) en 40 mln structureel vanaf 2007.

148

Kan per jaar worden aangegeven hoeveel kinderen er vanaf 2003 zijn opgevangen in een tehuis, omdat zij niet meer thuis konden wonen? In hoeveel gevallen ging het om een uithuisplaatsing van langer dan een jaar?

Het aantal kinderen dat vanaf 2003 is opgevangen in een tehuis is van 16 013 gestegen naar 18 175 in 2005, blijkt uit cijfers van de MOgroep (zie onderstaande tabel).

Aantal kinderen in residentiële zorg

2003	16 013
2004	16 140
2005	18 175

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal kinderen dat langer dan één jaar uit huis is geplaatst.

149

Kan per jaar worden aangegeven hoeveel kinderen er vanaf 2003 zijn opgevangen in een pleeggezin, omdat zij niet meer thuis konden wonen? In hoeveel gevallen ging het om een uithuisplaatsing van langer dan een jaar?

Het aantal kinderen dat gebruik heeft gemaakt van pleegzorg (zowel kortdurend als langdurend) is van 14 929 in 2003 tot 19 461 in 2006 toegenomen, blijkt uit de jaarcijfers van Pleegzorg Nederland (zie onderstaande tabel).

Aantal kinderen in pleegzorg

2003	14 929
2004	15 960
2005	17 581
2006	19 461

Van de plaatsingen die in 2006 zijn beëindigd, heeft 33 procent langer dan een jaar geduurd. In 2005 heeft 35% van alle beëindigde plaatsingen langer dan een jaar geduurd. In 2004 lag dit percentage nog op 41%. Van alle lopende plaatsingen op 1 januari 2006 heeft 73 procent het perspectief

op een langdurende plaatsing. Dit percentage is gestegen; in 2005 was dit nog 65%. (Bron: Factsheet pleegzorg 2006, pleegzorg Nederland).

150

Wat is de reden voor het ontbreken van een streefwaarde voor 2006?

In de begroting van 2006 is geen streefwaarde geformuleerd voor het aantal meldingen kindermishandelingen per 1000 gewogen jeugdigen en het aantal meldingen bureau jeugdzorg per 1000 gewogen jeugdigen en aldus is dit ook niet opgenomen in het jaarverslag over 2006, aangezien dit feitelijk een gegeven (kengetal) betreft en geen prestatie-indicator. Aan het aantal meldingen kindermishandeling en aanmeldingen bij bureau jeugdzorg is geen minimum of maximum aantal te stellen en dus ook niet dat dit aantal zou moeten dalen of stijgen.

151

Het instrument van tijdige uithuisplaatsing is gerealiseerd volgens de tabel op p. 148. Betekent dit dat er geen wachttijden voor uithuisplaatsing zijn? Zo niet, wat betekent het begrip «tijdig» in concreto?

In 2005 is gebleken dat er een toename was van het aantal kinderen dat uit huis wordt geplaatst. Het toenmalige kabinet heeft daarom € 33 mln structureel extra vanaf 2006 ter beschikking gesteld, om de extra behoefte op te kunnen vangen. In het kader van het aanvalsplan wachtlijsten, is ook extra geld uitgetrokken om de wachtlijsten die er zijn voor pleegzorg of een residentiële voorziening weg te werken. Het aantal pleegzorgplaatsen is hiermee fors uitgebreid (zie ook het antwoord op vraag 149), en diverse provincies hebben geïnvesteerd in residentiële capaciteit.

Toch kan het voorkomen dat kinderen enige tijd moeten wachten, voordat er een geschikte plek voor hen is gevonden. Dit kan samenhangen met de matching, in de zin dat er nog geen passend pleeggezin is voor een specifiek kind. Voorts is uitbreiding van residentiële capaciteit nog niet in alle provincies gerealiseerd. In deze situaties wordt gekeken naar vervangende- of overbruggingszorg. Dit laat onverlet dat in geval van crisissituaties direct wordt ingegrepen in een gezin en een kind uit huis wordt geplaatst.

152

Wanneer wordt de nieuwe AMvB structurele financiering verwacht?

Onder begeleiding van een onafhankelijke adviseur en in samenwerking met het IPO zijn de contouren van een nieuwe financieringssystematiek inmiddels uitgedacht. De verwachting is dat de nieuwe financieringssystematiek per 1-1-2009 daadwerkelijk kan worden ingevoerd. De AMvB structurele financiering zal dan in de loop van 2008 moeten worden vastgesteld.

153

Hoe verklaart de regering de versnelling in de afbouw van subsidies en de overdracht van taken? Geldt dat voor alle onderdelen?

De taken zijn in het kader van de Herziening subsidiebeleid VWS vanaf 2004 overgedragen of afgebouwd. De versnelling wordt veroorzaakt door het sneller aflopen van wachtgeldsuppleties waardoor er minder budget nodig is dan begroot.

154

Wat is precies gedaan ten aanzien van de inzet van vakleerkrachten bewegingsonderwijs op de basisschool?

De inzet van vakleerkrachten bewegingsonderwijs op de basisschool is een verantwoordelijkheid van de bewindspersoon van OCW.

155

De derde en laatste tranche van de tijdelijke financieringsregel Buurt, Onderwijs, Sport is afgerond. Hoe wordt dit project tot 2011 gefinancierd?

In de derde tranche zijn 279 BOS-projecten gehonoreerd. VWS keert hiervoor tot en met 2011 in totaal € 47 miljoen uit aan gemeenten. De gemeenten betalen zelf (minimaal) de helft van de kosten.

156

Wanneer zal het programma «talentontwikkeling» invulling krijgen?

Het programma talentontwikkeling is in de eerste helft van 2007 tot uitvoering gekomen.

Landelijke sportbonden zijn begonnen met het uitvoeren van gecertificeerde talentontwikkelingsprogramma's. Tevens is een impuls gegeven aan een meerjarig talentcoach project (2007–2010), dat door 5 sportbonden en NOC*NSF wordt uitgevoerd en waarbij gebruik gemaakt wordt van de door NOC*NSF en NLCoach opgestelde beroepscompetentieprofielen voor talentcoaches.

157

Waarom heeft de regering geen zicht op het percentage van de 12 tot 17 jarigen dat de Nederlandse norm gezond bewegen haalt? Hoe denkt de regering de ambitie om in 2010 30% van de 12- tot 17-jarigen aan de norm te laten voldoen, waar te maken?

Cijfers over het beweeggedrag van jongeren zijn opgenomen in het Trendrapport bewegen en gezondheid. Het cijfermateriaal komt voort uit de enquête Ongevallen en Bewegen in Nederland. Tot en met 2005 waren de peilingen toegespitst op de algemene norm van 30 minuten matig intensief bewegen op minstens 5 dagen per week. Voor jongeren tot 18 jaar is de norm evenwel strenger: dagelijks 60 minuten matig intensief bewegen. Vanaf 2006 is de vraagstelling aangepast.

Het actieprogramma van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) voor de «setting» school bevat onder meer de 30minutenbewegencampagne (voor jongeren «dubbel 30») en proefimplementaties voor een dansaanbod en voor het stimuleren van fietsen naar school. Ook van de programma's binnen het NASB voor de settings sport, wijk en zorg worden gunstige neveneffecten verwacht.

Het NASB voorziet in aanvullend beleid op andere programma's binnen het sportbeleid, waardoor aannemelijk is dat het streven voor 2010 gehaald zal worden. Zo wordt van de nog lopende Breedtesportimpuls en de BOS-impuls reeds een stijging van de bewegomvang verwacht onder 12- tot 17-jarigen. Ook van het programma Meedoen Allochtone Jeugd en Sport worden gunstige neveneffecten verwacht voor het beweeggedrag. Bij het halen van de doelstelling van de Alliantie School en Sport (90% van de leerlingen heeft in 2010 een dagelijks sport en beweegaanbod) zal ook het beweegdoel voor jeugdigen ruimschoots gehaald kunnen worden.

158

«Volgens afspraak is € 4,7 mln. overgeheveld vanuit het IGZ-RIVM programma 7 (infectieziekten) naar het nieuw opgerichte Centrum voor Infectieziektenbestrijding». Waar werd en waar wordt dit geld voor gebruikt? Welke taken/doelstellingen zijn hiermee overgeheveld van de IGZ naar het Centrum voor Infectieziektenbestrijding, en waarom is dit gebeurd?

De gelden werden gebruikt voor de uitvoering van het programma Toezichtsondersteuning infectieziekten door het RIVM. De gelden worden nog steeds voor dit doel gebruikt. De uitvoering van het programma is samen met het programma Beleidsondersteuning Infectieziekten opgegaan in het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb). Er zijn daarmee géén taken/doelstellingen van de IGZ overgeheveld naar het CIb.

159

In 2006 heeft de Tweede Kamer haar bezorgdheid geuit over het toezicht op de GGZ. De Kamer heeft de regering verzocht, met een aangenomen motie, het toezicht aan te passen. Is dat gebeurd? Zo ja, kan de regering daar dan verslag van doen? Zo niet, wanneer gaat dat dan wel gebeuren? De Kamer heeft eveneens aangegeven dat een registratieplicht voor zelfstandige behandelcentra en privéklinieken noodzakelijk is, omdat de IGZ daarmee een volledig en up to date overzicht heeft van welke medische handelingen waar in Nederland plaats hebben. Is deze motie inmiddels uitgevoerd? Zo nee, waarom niet?

Bij de totstandkoming van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) was een bepaalde rol voor het staatstoezicht op de geestelijke volksgezondheid voorzien. In de loop der jaren is de taak en rol van de Inspectie (IGZ) veranderd en is er onder meer gekozen voor een gefaseerd en gelaagd toezicht.

Op 13 december 2005 stelden de ministers van VWS en Justitie de derde evaluatiecommissie Wet bopz in. Deze commissie had ook tot taak het toezicht door de IGZ aangaande de Wet bopz te beoordelen. Het toezicht op de GGZ is derhalve niet aangepast naar aanleiding van de motie van Schippers & Van Heteren van 10 oktober 2006 omdat het Kabinet wilde afwachten wat de evaluatiecommissie zou concluderen.

De derde evaluatiecommissie Wet bopz heeft op 25 mei 2007 haar evaluatierapport aan de ministers van VWS en Justitie aangeboden. In het rapport concludeert de commissie met betrekking tot de IGZ dat de invulling die de IGZ geeft aan haar toezichthoudende taak, zich slecht verdraagt met de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever en dat dit leidt tot onvoldoende nakoming van de wettelijke taken door de IGZ.

Het streven van het Kabinet is om dit najaar met een Kabinetsstandpunt op het evaluatierapport te komen. Vanzelfsprekend zal het Kabinet ook op dit punt ingaan.

Ik heb de Tweede kamer 19 maart 2007 laten weten dat ik op dat moment niet wilde overgaan tot een registratieplicht voor privé-klinieken. Nadere afweging heeft er echter toe geleid dat ik toch een registratieplicht wil invoeren. Ik onderzoek momenteel de mogelijkheden om deze plicht in te voeren. Ik laat u zo snel mogelijk weten wanneer ik de plicht zal invoeren.

160

Heeft de regering zicht op de aard van de klachten bij de Inspectie Jeugdzorg? Zal de trend zich doorzetten?

Ja, de klachten die de Inspectie jeugdzorg in 2006 over de jeugdzorg heeft ontvangen zijn naar aard uitgesplitst in het eigen Jaarverslag van de Inspectie jeugdzorg (kamerstuk 29 815, nr. 100) dat de minister op 24 april jl. heeft aangeboden aan de Tweede Kamer.

De 142 klachten die de Inspectie jeugdzorg heeft ontvangen in 2006 hadden betrekking op (per klacht zijn er meerdere categoriën mogelijk):

- oneens met de invulling/aanpak van de hulpverlening: 99;
- instelling neemt signalen/klachten niet serieus: 44;
- grensoverschrijdend gedrag van hulpverlener (b.v. ongewenste intimiteiten/misbruik): 8;
- afhandeling klachten-/bemiddelingsprocedure door instelling: 17;
- wachttijden/-lijstenprobleem: 4;
- plaatsingsprobleem: 7;
- overig: 23.

De Inspectie jeugdzorg verwacht dat het aantal behandelde klachten de komende tijd zal toenemen, doordat er steeds meer aandacht is voor de jeugdzorg.

161

Wat zijn de kosten van de bureaucratie van de uitvoering van de zorgtoeslag?

De kosten voor de uitvoering van de zorgtoeslag bedroegen in 2006 ongeveer € 80 miljoen. Dit is inclusief personeel, Belastingtelefoon, formulieren, communicatie en onderhoud van het geautomatiseerde systeem.

162

Wat lag ten grondslag aan de extra uitgaven (bijdrage aan de beperking van gezondheidsrisico's drugsgebruikers in Oost-Europa en Rusland)? Waarom heeft de regering hiervoor geld uitgetrokken en bijvoorbeeld niet voor de bestrijding van resistente TBC in deze landen?

Sinds 1998 werkt Nederland aan het verbeteren van de volksgezondheid in Midden- en Oost-Europa en de Russische Federatie. Eén van de Nederlandse activiteiten is de basisstructuur voor de infectieziektebestrijding en specifiek hiv/aids en de tuberculoseproblematiek politiek hoger op de agenda te krijgen. In het oosten van Europa is de afgelopen jaren het aantal hiv/aids besmettingen onder spuitende drugsgebruikers sterk gestegen. In sommige landen is het hiv/aids besmettingspercentage opgelopen tot 70–80% van de injecterende drugsgebruikers. Het risico op verspreiding naar de algemene bevolking is groot. Hierdoor worden de publieke gezondheidssystemen van de diverse landen zwaar onder druk gezet. In Oost-Europa zijn nog nauwelijks interventies beschikbaar zoals methadonverstrekking, spuitomruil, voorlichting en informatieverstrekking over gezondheidsrisico's, waarvan bewezen is dat zij effectief zijn in het voorkomen van hiv/aids en andere infectieziekten onder drugsgebruikers. Begin 2006 heeft de VN-commissie voor drugsbeleid (Commission on Narcotic Drugs) het UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) het mandaat gegeven om programma's rond de beperking van gezondheidsrisico's gerelateerd aan drugsgebruik uit te voeren. Deze programma's zijn afhankelijk van vrijwillige bijdragen van donoren. De Nederlandse bijdrage is afkomstig uit de zogenaamde Homogene Groep Internationale Samenwerking (HGIS) waaruit vakdepartementen, onder coördinatie van de minister van Buitenlandse Zaken hun activiteiten op het gebied van internationale samenwerking financieren. Vorig jaar is een aantal voorstellen vanuit de departementen voor financiering voorgedragen. Het kabinet heeft daaruit in april 2006 gekozen voor de uitvoering van het programma voor beperking gezondheidsrisico's drugsgebruikers.

163

De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd om een Gezondheidsraadadvies over voorspellende geneeskunde in relatie tot preventie, ethische vragen en toetsingscriteria die naar hun mening worden opgesteld ten aanzien van screening/bevolkingsonderzoeken en vaccinaties. Waarom is dit onderzoek niet verwezenlijkt?

Leden van de Tweede Kamer hebben eerder om een (ethisch) toetsingskader voor het screeningsbeleid van de overheid gevraagd. Een concreet verzoek van de leden van de VVD-fractie om een Gezondheidsraadadvies over voorspellende geneeskunde is mij overigens niet bekend.

Mede gezien het bovengenoemde verzoek van de Tweede Kamer en gelet op de noodzaak om het screeningsbeleid te actualiseren heb ik op 12 maart 2007 aan de Gezondheidsraad (GR) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) advies gevraagd (briefkenmerk PG/ZP-2747737)

over de gevolgen van de stormachtige ontwikkelingen op het terrein van voorspellende geneeskunde voor het beleid op het terrein van bevolkingsonderzoek, screening en zelftesten. Dankzij snelle wetenschappelijke ontwikkelingen en de praktische toepassingen daarvan groeit het aanbod van (commercieel) bevolkingsonderzoek met de dag. De verwachting is gegrond dat deze trend zich zal doorzetten. De vraag van burgers in deze lijkt bovendien gelijke tred te houden met de groei van het aanbod. Dat maakt een brede verkenning van kansen, risico's en mogelijke toekomstscenario's wenselijk.

Op basis van de adviezen, die ik eind 2007 verwacht, kom ik voor de zomer van 2008 met een beleidsbrief screeningsbeleid.

164

Kan de regering aangeven hoeveel externe krachten (in fte's en in euro's VWS in 2006 heeft ingehuurd? Hoeveel geld is daarmee gemoeid? Is dit een toe- of afname ten opzichte van voorgaande jaren? Waarom zijn deze krachten ingehuurd? Was er geen alternatief?

In 2006 bedroegen voor VWS de uitgaven voor inhuur externen € 15,5 miljoen. Dit zijn de uitgaven ten laste van de personele en materiele budgetten voor het kernministerie, de raden en de inspecties. De uitgaven van de agentschappen zijn niet in deze cijfers opgenomen.

Het is niet aan te geven hoeveel fte dit zijn. De uitgaven zijn toegenomen ten opzichte van de voorgaande jaren. In 2004 bedroegen de uitgaven ongeveer € 10 miljoen en in 2005 € 12 miljoen.

De stijging wordt grotendeels veroorzaakt door een toename van inhuur/uitbesteding ten behoeve van respectievelijk automatiseringsvraagstukken en ondersteuning bedrijfsvoering.

In het geval van ondersteuning bedrijfsvoering betreft het veelal het inhuren van (extra) capaciteit bij piekbelasting. In het andere geval gaat het om het incidenteel inhuren van specialistische expertise.

165

Als de regering stelt dat de taakstellingen zijn gedekt, betekent dit dat er dan begrotingsruimte is gevonden of dat er daadwerkelijk een efficiencyverbetering heeft plaatsgevonden?

Alle taakstellingen die betrekking hadden op 2006 zijn gerealiseerd door het vinden van begrotingsruimte. Een taakstelling hoeft echter niet noodzakelijk tot een efficiencyverbetering te leiden in de zin van een personeelsreductie. Een voorbeeld hiervan is de taakstelling op inkoop en aanbesteding. Het doel is om met minder budget dezelfde goederen en diensten in te kopen.

166

Hoe bewaakt de regering de uitvoering van de verbeteracties ten aanzien van het subsidiebeheer in 2007?

De Algemene Rekenkamer schrijft in haar rapport dat het zaak is dat de verbetermaatregelen in het subsidiebeheer van de afgelopen jaren structureel in de bedrijfsvoering worden verankerd, zodat de beoogde effecten in 2007 worden gerealiseerd.

De verbetering van de bedrijfsvoering heeft de voortdurende aandacht van mijn departement. Er zijn reeds vele verbeteracties in gang zijn gezet, mede dankzij de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer. Ook in 2007 heeft de verbetering van de bedrijfsvoering, waaronder het subsidiebeheer, nadrukkelijk de aandacht van mijn departement. De verbeteractiviteiten borduren voort op de in gang gezette acties en de aandacht ligt, in navolging op de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer, op het zorgvuldiger en strikter naleving van de procedures. In het Audit Committee van VWS zal hierover gerapporteerd worden door middel van de Monitor Bedrijfsvoering en de rapportages van de Auditdienst.