

Antwoorden op de vragen over de VWS-Begroting 2008

Nr	Vraag/antwoord	Blz
1	<i>Hoeveel jongeren zijn er in Nederland die last hebben van ernstige verslavingsproblematiek? Hoeveel plaatsen zijn er in Nederland in de jeugddetox beschikbaar voor jongeren met ernstige verslavingsproblemen? Hoeveel jeugddetox plaatsen zijn er in Nederland nodig voor jongeren met ernstige verslavingsproblematiek? Kunt u aangeven welk bedrag er is gereserveerd voor 2008 voor het aantal plaatsen in de jeugddetox?</i>	0
	<p>De Minister van VWS is verantwoordelijk voor het algemene verslavingsbeleid. De Minister voor Jeugd en Gezin is verantwoordelijk voor het verslavingbeleid gericht op jongeren.</p> <p>Er zijn geen exacte cijfers bekend over verslavingsproblematiek over jongeren. Wel blijkt uit cijfers over de ambulante verslavingszorg dat de hulpvraag van jongeren in de verslavingszorg stabiel blijft. Voor gokken zien we wel een toename van de hulpvraag. Verder heeft de stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ) in april 2007 een nieuwsflits uitgebracht over de cannabishulpvraag in de ambulante verslavingszorg. Hieruit blijkt dat er weliswaar een toename te zien is van de hulpvraag betreffende cannabis, maar dat deze stijging plaats vindt in alle leeftijdsgroepen en dat het aandeel jongeren stabiel blijft (8% is jonger dan 20 jaar).</p> <p>Sinds het voorjaar biedt de Brijder Verslavingszorg 12 plaatsen jeugddetox aan, dit is een plek waar jongeren met verslavingsproblemen kunnen stabiliseren en waar diagnosticering plaatsvindt. Daarna worden jongeren doorgeleid naar een andere klinische of ambulante behandeling. Overigens is bij jongeren geen detoxificering nodig vergelijkbaar met sommige volwassen verslaafden, vandaar dat de meeste instellingen voor verslavingszorg niet spreken van jeugd-detox maar meer in het algemeen van verslavingszorg voor jongeren.</p> <p>Mijn ambtsvoorganger heeft al eerder aangegeven dat VWS de sector ruimte biedt om de behandelcapaciteit voor jongeren uit te breiden. In totaal hebben nu vier instellingen een toelating voor in totaal 84 behandelplaatsen voor jeugdige verslaafden gekregen. Daarnaast heeft een aantal instellingen voor verslavingszorg een aanvraag hiervoor ingediend. In totaal zullen er 300 plekken voor verslaafde jongeren beschikbaar zijn. Dit aantal komt overeen met schattingen van GGZ-Nederland over het benodigde aantal klinische behandelplaatsen voor jongeren.</p> <p>De beschikbare middelen voor jeugdverslavingszorg maken onderdeel uit van de totale beschikbare middelen voor de geneeskundige ggz, die met ingang van 2008 onder de Zorgverzekeringswet valt. De geneeskundige ggz, waaronder dus ook de jeugdverslavingszorg, zal in de ZVW gefinancierd worden op basis van DBCs. Er bestaan geen aparte DBC's voor jeugdigen. Daarom is het niet goed mogelijk om een exacte berekening te maken van de uitgaven van zorgverzekeraars aan jeugdverslavingszorg.</p> <p>In de Zvw wordt de groei ruimte voor de ggz niet apart toebedeeld aan bepaalde groepen patiënten. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten gezamenlijk afspraken maken over de inzet van deze beschikbare middelen.</p>	
2	<i>Wat is de stand van zaken met betrekking tot het strafbaar stellen van het bezit van 0 alcohol onder de zestien jaar?</i>	0

Het kabinet komt in november 2007 met een Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid waarin nader wordt ingegaan op de strafbaarstelling van jongeren die alcohol bezitten.

- 3 *Wanneer komen de beleidsvoornemens op het gebied van het strafbaar stellen van het in bezit hebben van alcohol onder de zestien naar de Kamer?* 0

Zie het antwoord op vraag 2.

- 4 *Hoeveel intramurale plaatsen voor jongeren met ernstige verslavingsproblematiek zijn er op dit moment in Nederland en hoeveel zijn er nodig? Wat kost de intramurale behandeling gemiddeld per persoon per dag? Welk bedrag is er in totaal voor 2008 gereserveerd voor de intramurale behandeling?* 0

Zie het antwoord op vraag 6.

- 5 *Hoeveel ambulante programma's zijn er voor jongeren die kampen met ernstige verslavingsproblematiek en hoeveel ambulante programma's zijn er nodig? Zijn er wachtlijsten voor dergelijke programma's? Zo ja, hoe lang moet een jongere die kampt met ernstige verslavingsproblematiek gemiddeld wachten op behandeling?* 0

De Minister van VWS is verantwoordelijk voor het algemene verslavingsbeleid. De Minister voor Jeugd en Gezin is verantwoordelijk voor het verslavingbeleid gericht op jongeren.

Bijna alle instellingen voor verslavingszorg bieden ambulante behandelprogramma's voor jongeren die problemen hebben met middelengebruik. De programma's verschillen van vroeginterventie tot intensieve behandeling, afhankelijk van de behoefte en de problematiek van de jongere.

Sommige instellingen voor verslavingszorg hebben het zo georganiseerd dat zij geen wachtlijst hebben. Maar, net als bij andere onderdelen van de gezondheidszorg, is er in de verslavingszorg soms ook sprake van een wachtlijst. Ik heb geen specifieke gegevens over wachttijden voor de jeugd. Mijn ambtsvoorganger heeft uw Kamer op 7 juni 2006 een overzicht gestuurd van de wachttijden in de verslavingszorg. Uit deze wachtlijstanalyses bleek het volgende: 24% van de personen die zich aanmelden bij de verslavingszorg, hoefde minder dan 14 dagen te wachten op een eerste gesprek. De helft moest tussen de 15 en de 30 dagen wachten en een kwart van de mensen moest langer wachten dan 30 dagen. De wachttijden vallen bijna overal binnen de zogenaamde Treeknormen die enkele jaren geleden met het veld zijn vastgesteld.

- 6 *Wat kost de ambulante behandeling van jongeren die kampen met ernstige verslavingsproblematiek gemiddeld per persoon per dag? Welk bedrag is er in totaal voor 2008 gereserveerd voor de intramurale behandeling?* 0

De Minister van VWS is verantwoordelijk voor het algemene verslavingsbeleid. De Minister voor Jeugd en Gezin is verantwoordelijk voor het verslavingbeleid gericht op jongeren.

Voor het antwoord op de vragen over behandelcapaciteit voor jeugdigen en het beschikbare budget daarvoor, verwijs ik u naar het antwoord op vraag 1.

De kosten van de behandeling van jeugdigen is afhankelijk van de zwaarte en de intensiviteit van de behandeling en is opgebouwd uit verschillende componenten.

Een intramurale plaats kost gemiddeld zo'n € 200,- per dag, een ambulante behandelings/begeleidingscontact kost € 80,-.

Vanaf 2008 zullen zorgaanbieders de kosten van de behandeling declareren via DBC's. Het tarief van een DBC is onder andere afhankelijk van het aantal uitgevoerde activiteiten, verrichtingen en verpleegdagen en daardoor niet in één vast tarief weer te geven.

- 7 *Wat betekent de cumulatie van eigen bijdrage psychotherapie en het eigen risico concreet voor de mensen die het nodig hebben? Welk bedrag wordt er in totaal in Nederland aan eigen bijdrage inzake psychotherapie gemiddeld per jaar betaald? Welk bedrag wordt er in Nederland gemiddeld aan eigen risico inzake psychotherapie betaald?* 0

De overheveling van de curatieve ggz naar de Zvw is pakket- en budgetneutraal. Bij de overheveling blijft daarmee de bestaande eigen bijdrage (EB) psychotherapie in stand. De EB psychotherapie bedraagt € 15,60 per zitting met een maximum van € 702 per jaar.

Welk bedrag gemiddeld per patiënt aan EB wordt uitgegeven is helaas niet bekend. Bekend is slechts het totale aantal zittingen psychotherapie, op grond waarvan wordt geschat dat op macroniveau de EB psychotherapie € 25 miljoen bedraagt.

De EB psychotherapie staat los van het verplichte eigen risico dat de no-claimteruggave per 1 januari 2008 vervangt. Het verplichte eigen risico bedraagt in 2008 maximaal € 150 per jaar en geldt -net als de no-claimteruggave- voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij een zorgvorm met een eigen bijdrage moet eerst deze eigen bijdrage worden voldaan. De resterende kosten van die zorg tellen mee voor het verplichte eigen risico.

- 8 *Hoeveel geld is er in 2008 beschikbaar voor de jeugd-GGZ? Hoeveel is er beschikbaar voor eventuele groei ruimte? Kan de regering aangeven of dit voldoende is om de bestaande problemen, 8400 kinderen die wachten, op te lossen?* 0

Op basis van gegevens van de NZa over 2006 kunnen de uitgaven aan jeugd-ggz ruw geschat worden op ongeveer € 400 miljoen. Hoe hoog de uitgaven van verzekeraars voor jeugd-ggz in 2008 en volgende jaren zullen zijn, is lastig exact aan te geven. De uitgaven door zorgverzekeraars aan jeugd-ggz maken dan immers onderdeel uit van de totaal geraamde schadelast van zorgverzekeraars onder de Zorgverzekeringswet en zijn afhankelijk van afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders.

De geneeskundige ggz, waaronder dus ook de jeugd-ggz, wordt in de ZVW gefinancierd op basis van DBC's. Er bestaan geen aparte DBC's voor jeugdigen. Daarom is het niet mogelijk om een exacte berekening te maken van de uitgaven van zorgverzekeraars aan jeugd-ggz.

In 2006 was in totaal € 31 mln. extra beschikbaar om de wachtlijsten weg te werken en de groei op te vangen. Hiervoor zijn prestatieafspraken gemaakt met het veld voor de jaren 2006 en 2007. Uit tussentijdse analyse begin 2007 is gebleken dat er in de ggz in 2006, dankzij deze middelen, sprake was van een lichte daling van de wachttijden en het aantal wachtende jeugdigen: -1,6% (van 18.900 naar 18.600 kinderen).

In 2007 is eenmalig € 14 mln. extra beschikbaar gesteld voor het terugdringen van de wachtlijsten en structureel € 34 mln. voor het opvangen van de groei (in totaal is er in 2007 dus € 48 mln. extra beschikbaar voor de jeugd-ggz). Er zijn signalen vanuit het veld dat de extra middelen toch niet voldoende zijn. Naar aanleiding van de knelpuntenprocedure van de NZa stelt het ministerie van VWS, in samenspraak

met het programmaministerie voor Jeugd en Gezin, dan ook nog ruim € 28 mln. extra AWBZ-middelen ter beschikking aan de jeugd-ggz in 2007. Begin volgend jaar zal, op basis van een evaluatie van de gemaakte prestatieafspraken, duidelijk worden of de extra gelden daadwerkelijk voldoende zijn geweest om de wachtlijsten en wachttijden tot de Treeknorm terug te dringen.

Voor 2008 en volgende jaren is dus structureel € 34 mln. extra geraamd. Dit geld is bedoeld voor het opvangen van de groei in de jeugd-ggz. In de Zvw wordt de groeiruimte voor de ggz niet apart toebedeeld aan bepaalde groepen patiënten. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten gezamenlijk afspraken maken over de inzet van deze beschikbare middelen. Bij het maken van deze afspraken zullen zorgverzekeraars en aanbieders onder andere rekening houden met wachttijden.

- 9 *Waar in de begroting staat de financiële dekking voor de door de staatssecretaris toegezegd uitrol van het Stedelijk Kompas naar de centrumgemeenten?* 0

De andere centrumgemeenten zijn uitgenodigd eenzelfde plan op te stellen als de vier grote steden voor de maatschappelijke opvang. De gemeenten nemen de kosten van de uitbreiding van gemeentelijke voorzieningen voor hun rekening. Het kabinet stelt zorgkantoren in staat de benodigde AWBZ-zorg in te kopen. De raming van deze uitgaven zijn verdisconteerd in de prognose van de premie-gefinancierde AWBZ-uitgaven.

- 10 *Waar in de begroting is terug te vinden hoeveel de inhuur van externen kost? Hoeveel geld is hiermee gemoeid?* 0

In de begroting worden de kosten van de inhuur van externen niet afzonderlijk genoemd.

De inhuur van externen bij het ministerie van VWS is tot en met 30-9-2007 lager dan de stand per 30-9-2006. De totale kaseffecten tot en met 30-9-2007 bedragen € 7,2 miljoen, terwijl op de peildatum 30-9-2006 de totale kaseffecten voor de inhuur van externen € 8 miljoen bedroegen.

De totale kaseffecten voor inhuur van externen in 2006 bedroegen € 8,7 miljoen.

De daling ten opzichte van 2006 heeft vooral te maken met een afname in de inhuur van externen voor automatiseringsvraagstukken.

- 11 *Kan de minister aangeven wat de precieze stand van zaken is van het experiment PGB's in de Zorgverzekeringswet? Wordt er veel informatie over gegeven door zorgverzekeraars? Is het gemakkelijk voor verzekerden om te weten te komen dat er een PGB-mogelijkheid is? Welke varianten hebben zorgverzekeraars gekozen om hieraan meer bekendheid te geven? Hoeveel mensen maken momenteel gebruik van een PGB in de Zorgverzekeringswet? Wat zijn de knelpunten die zich tot dusverre hebben voorgedaan? Zijn er nog opvallende gegevens uit de monitor gebleken?* 0

Per 1 januari 2007 is het pgb voor visuele hulpmiddelen ingevoerd in de Zvw. Het gaat daarbij om een pgb voor oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiellesapparatuur of geleidehonden, zoals deze hulpmiddelen in de Regeling zorgverzekering zijn omschreven. Geconstateerd is dat de periode voor invoering van dit pgb voor visuele hulpmiddelen betrekkelijk kort was, zodat zorgverzekeraars meer tijd nodig hebben voor de invulling van het pgb. In overleg met Per Saldo, belangenvereniging van mensen met een pgb en Zorgverzekeraars Nederland heeft het College voor zorgverzekeringen in juli 2007 een richtlijn opgesteld die een ieder en dus ook de verzekerde eenduidige handvatten biedt voor een eenduidige uitvoering van het pgb (Richtlijn PGB hulpmiddelen voor visueel

gehandicapten, [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)). Het pgb is geregeld in de polis van iedere zorgverzekeraar en daardoor voor de verzekerde kenbaar. Zorgverzekeraars geven hier net als bij alle andere verzekerde prestaties geen afzonderlijke informatie over.

Per 1 januari 2008 wordt tevens de geestelijke gezondheidszorg aangewezen als zorg waarvoor bij wijze van experiment de zorgverzekeraar op aanvraag van de verzekerde een pgb moet verstrekken. Bij de formulering is aangesloten bij de indicatieomschrijving die geldt voor de zorg waarvoor een pgb op grond van de AWBZ gekregen kon worden.

Overigens volgt de NZa op mijn verzoek de ontwikkeling van het pgb. Bij brief van 18 september 2007 is uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rond het experiment pgb ingevolge de Zvw. De NZa zal in 2008 een verdere evaluatie uitvoeren van deze regeling en zodra ik deze informatie heb zal ik u hierover verder informeren.

- 12 *De Kamer wacht al ruim 5 jaar op een aanpassing van de Wet bopz voor ouderen en O gehandicaptenzorg. Komt de regering nu snel met een wetsvoorstel? Zo ja, wanneer? Zo neen, waarom niet?*

De regering bereidt het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten voor. U bent bij brief van juni 2005 Kamerstukken II 28 950, nr. 5 geïnformeerd over de hoofdrichting van een dergelijk wetsvoorstel. De invulling van het wetsvoorstel gaat gepaard met een zorgvuldig overlegtraject met het veld; het gaat hier immers om een vraagstuk dat mensen wezenlijk kan raken: vrijheidsbeperking en – beneming. Tegelijkertijd dient de regelgeving ook uitvoerbaar te zijn voor degenen die op de werkvloer met dit vraagstuk geconfronteerd worden.

Op dit moment vindt een consultatieronde met het veld plaats. Mijn ambitie is het wetsvoorstel aan het eind van dit jaar aan de Ministerraad voor te leggen om vervolgens advies aan de Raad van State te kunnen vragen.

- 13 *Waarom is de regering van mening dat er wel bezuinigd kan worden op de OB voor O ouderen, maar dat de rollator (€ 70 bij de bouwmarkt) in het zorgverzekeringspakket moet blijven?*

Bij de ombuigingen in het kader van de AWBZ is bezien of onderdelen van de ondersteunende begeleiding nog wel thuis horen onder de noemer onverzekerbare langdurige zorg, die geloofwaardig en onbetwistbaar is. Ten aanzien van de algemene ondersteunende begeleiding in combinatie met de somatische grondslag is geconstateerd dat dit niet in alle situaties het geval is.

Met betrekking tot de mobiliteitshulpmiddelen, waartoe de rollator behoort, merk ik op dat deze thans behoren tot verzekerde prestaties ingevolge de Zorgverzekeringswet. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft in zijn pakketadvies aanbevolen eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, zoals de rollator, niet langer te vergoeden. In de brief van 11 juli 2007 is aan de Kamer meegedeeld dat er voorsnog onvoldoende aanleiding was om de vergoeding van deze middelen te schrappen of te beperken. Daarom is het advies van het CVZ op dat moment niet overgenomen. Meegedeeld is wel dat dit vraagstuk eventueel opnieuw zou worden bezien in het licht van de ontwikkelingen rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning.

- 14 *Bent u bereid gehoor te geven aan de oproep van het Europees Parlement om geen O gebruik meer te maken van primaten als proefdieren? Zo ja, op welke wijze en op welke termijn wilt u uw beleid hier op aanpassen? Zo neen, waarom niet? Hoe verhoudt de oproep zich tot het Nederlandse beleid?*

Het Europese Parlement heeft er bij de Commissie en de Raad op aangedrongen om bij de herziening van de dierproevenrichtlijn (86/609/EG) het gebruik van primaten voor wetenschappelijke experimenten te beëindigen. Tevens wordt verzocht een tijdschema voor de vervanging op te stellen. Deze oproep zal een belangrijke rol spelen bij de herziening van de richtlijn. De herziening zal naar verwachting binnenkort starten.

In Nederland zijn dierproeven met mensapen verboden sinds 2003. De Nederlandse overheid ondersteunt dat er alles moet worden gedaan om experimenten met overige primaten te voorkomen. Echter, in veel gevallen zijn nog onvoldoende alternatieven aanwezig. Onderzoek met primaten is van groot belang voor de opbouw van kennis over ziekten zoals de ontwikkeling van medicijnen en vaccins tegen infectieziekten zoals HIV, hepatitis, malaria en tuberculose. Ook voor het onderzoek naar transplantatieprotocollen en chronische aandoeningen zoals multiple sclerose, reuma en alzheimer zijn proeven met apen vooralsnog noodzakelijk. Het Nederlandse beleid zal worden aangepast na de herziening van de dierproevenrichtlijn.

- 15 *Op welke wijze komt het Nederlandse voornemen om koploper te zijn bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieven voor dierproeven in het medisch onderzoek tot uiting in de begroting van VWS voor 2008?* 0

Zoals ook genoemd in het antwoord op vraag 17 word er gewerkt aan een kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven. Hiermee wordt beoogd dat de rijksoverheid tezamen met andere betrokken nationale en internationale partijen de samenhang in en richting van het onderzoek naar alternatieven zal bevorderen en aanscherpen.

- 16 *Hoeveel geld reserveert de minister voor VWS, en hoeveel reserveren andere ministeries voor de ontwikkeling van proefdiervrije technieken? Hoe verloopt het overleg met andere ministeries over het budget voor de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven?*

Het ministerie van VWS reserveert € 1,2 miljoen voor onderzoek naar alternatieven voor dierproeven in 2008. Dit zal worden besteed aan programma's van ZonMw, RIVM en TNO.

De ministeries van OCW en Defensie reserveren jaarlijks respectievelijk een bedrag van € 182.000,- en € 15.000,- in het ZonMw-onderzoeksprogramma alternatieven voor dierproeven, 'Dierproeven begrensd II'. De Ministeries van LNV en VROM hebben aangegeven op projectbasis in Dierproeven begrensd II te willen investeren. LNV besteedt via de WOT (wettelijke onderzoekstaken) jaarlijks € 300.000 voor het ontwikkelen van alternatieve methoden voor het testen van stoffen. Naar aanleiding van het amendement Van Velzen (Tweede Kamer 2006/2007, 30 800 XIV, nr. 22) besteedt LNV in 2007/2008 nog € 900.000 voor het doen van onderzoek naar alternatieven. Dit budget wordt ingezet voor Dierproeven begrensd II.

VWS overlegt op dit moment intensief met andere ministeries over alternatieven voor dierproeven. Er zal voor dit onderwerp een kabinetvisie worden ontwikkeld (zie ook het antwoord op vraag 17). Het budget voor de ontwikkeling van alternatieven is hiervan een onderdeel.

- 17 *Op welke wijze zal de minister actief bijdragen aan het ASAT-initiatief? Welk budget is hiervoor beschikbaar? Op welke wijze worden de mogelijkheden van het ASAT-initiatief onderzocht? Wat is de planning voor dit onderzoek? Bent u bereid zich in te zetten om dit traject te bespoedigen? Welke ministeries zullen worden betrokken bij het ASAT-initiatief, wat is hierbij de onderlinge taakverdeling en hoe zal de*

*coördinatie worden vormgegeven?*

Zie het antwoord op vraag 19.

- 18 *Op welke wijze zal de trendanalyse naar de ontwikkelingen op het terrein van dierproeven uitgevoerd worden? Wanneer zal deze analyse afgerond zijn en op welke wijze zullen de resultaten gepresenteerd worden? In hoeverre zullen de ontwikkelingen op het terrein van alternatieve methoden in deze trendanalyse worden opgenomen? Kunt u een specificatie geven van de begrote uitgave van de € 0,4 mln. voor de trendanalyse?*

Door trendanalyses worden nieuwe ontwikkelingen tijdig in beeld gebracht. Het is van belang dat de overheid een proactieve houding heeft ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen. Een trendanalyse biotechnologie zal naar verwachting medio 2008 worden afgerond. De resultaten zullen naar de Tweede Kamer verzonden worden. Ontwikkelingen op het gebied van alternatieve methoden is een onderdeel van de trendanalyse. Het bedrag van € 0,4 mln is begroot voor het onderzoek naar de mogelijkheden van het ASAT-initiatief en de trendanalyse (zie ook het antwoord op vraag 19). Voor de trendanalyse is € 200.000 beschikbaar.

- 19 *Wat zijn de geplande uitgaven voor de ontwikkeling en implementatie van alternatieven voor dierproeven over de komende vijf jaar? Worden andere ministeries actief gestimuleerd om budget beschikbaar te stellen voor het ontwikkelen en implementeren van alternatieven voor dierproeven? Zo ja, op welke wijze? Zo neen, waarom niet?*

Het ASAT (Assuring Safety without Animal Testing) -initiatief zal een plek krijgen in de kabinetsvisie over alternatieven voor dierproeven. Deze visie is nodig omdat de huidige kennis versnipperd is, en verdeeld over meerdere beleidsterreinen. Het ontwikkelen van alternatieven is een proces dat lange tijd in beslag zal nemen. Een visie zal meer samenhang brengen en de effectiviteit van investeringen kunnen vergroten. Ook zal de taakverdeling en coördinatie binnen Nederland verduidelijkt worden. De visie zal de eerste helft van 2008 naar de Tweede Kamer verzonden worden.

Het ASAT-initiatief is belangrijk voor het stimuleren van de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven. In overleg met de overheid wordt het ASAT-initiatief getoetst op haalbaarheid en draagvlak en zo mogelijk verder geconcretiseerd in vier thema's. De thema's zijn: 'risicobeoordeling', 'bioinformatica/systeembioologie', 'experimentele modellen' en 'meettechnologie'. Bij dit proces zijn naast het VWS de ministeries van OCW, VROM, LNV en Defensie betrokken.

Om dit traject te bespoedigen worden 4 workshops georganiseerd waarin de thema's zullen worden uitgewerkt. Het ministerie van VWS financiert deze concretiseringslag met circa € 200.000. Dit zal plaatsvinden in 2007 en 2008.

- 20 *Heeft u lange termijn doelstellingen geformuleerd ten aanzien van het gebruik van proefdieren en reductie van het aantal dierproeven? Zo ja, kunt u deze kenbaar maken? Zo neen, waarom niet?* 0

De lange termijn doelstellingen voor de reductie van het gebruik van het aantal proefdieren zijn opgenomen in de VWS Begroting 2006 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30300 hoofdstuk XVI, nr. 2 pagina 34). De streefwaarde is dat er in 2010 nog maximaal 600.000 dierproeven uitgevoerd zullen worden. Uit de jaaroverzichten van de VWA over dierproeven ("Zo doende") blijkt dat het aantal dierproeven zeer licht dalende is (www.vwa.nl). In 2005 vonden er 612.809

dierproeven plaats en in 2006 werden er 603.741 dierproeven uitgevoerd.

- 21 *Kunt u aangeven waarom de uitvoering van de moties 30800-XIX, nrs. 110 en 111 ruim een jaar kost? Deelt u de mening dat de registratie van onderzoek en het gebruik van proefdieren transparant zou moeten zijn en dat zodoende deze inventarisaties overbodig zouden moeten zijn? Zo ja, op welke wijze wilt u hier verandering in brengen? Zo neen, kunt u dit toelichten?*

De registratie van onderzoek en het gebruik van proefdieren is transparant. Dit is terug te vinden in het jaarlijkse overzicht van dierproeven en proefdieren: het VWA-rapport 'Zo doende'. Dit rapport bevat de informatie over de dierproeven in Nederland die vallen onder de reikwijdte van de Wet op de dierproeven (Wod).

De moties gaan over gegevens die niet vallen onder de Wod, namelijk het gebruik van ongewervelde dieren (motie 111), en de doelen van het gebruik van primaten en een vergelijking met het buitenland (motie 110). Deze gegevens worden niet standaard verzameld.

Beide moties zijn op 30 januari 2007 aangenomen. Inmiddels is de VWA bezig om de inventarisaties uit te voeren. Ik verwacht het resultaat van het VWA-onderzoek tegen het eind van dit jaar. Ik beschouw de moties als een signalering van een (maatschappelijke) behoefte aan informatie over het onderwerp dierproeven. Om aan deze behoefte tegemoet te komen zal ik een trendanalyse uit laten voeren (zie antwoord op vraag 18).

- 22 *Kan een uitputtend overzicht worden gegeven van het aantal convenanten dat vanaf 2005 met andere overheden, met ZBO's, RWT's en private partijen is afgesloten? Kan per convenant de doelstelling worden aangegeven, alsmede het bedrag dat daarmee is gemoeid?* 4

*Kan voorts een overzicht worden verstrekt van de resultaten van deze convenanten, en of deze uiteindelijk voor- dan wel nadelig hebben gewerkt in het licht van de gestelde doelen?*

In bijgaand schema (bijlage) wordt een overzicht gegeven van de convenanten die vanaf 2005 zijn afgesloten met andere overheden, ZBO's, RWT's en private partijen. De volgorde van de opsomming is op datum van ondertekening (van minst recent naar meest recent). Onder convenant wordt volgens de Aanwijzingen voor convenanten 2003 verstaan:

- a. een schriftelijke en door partijen ondertekende afspraak of een samenstel van zulke afspraken, hoe ook genoemd,
- b. van de centrale overheid, met één of meer wederpartijen,
- c. die betrekking of mede betrekking heeft op de uitoefening van publiekrechtelijke bevoegdheden,
- d. of anderszins gericht of mede gericht is op het voorbereiden dan wel realiseren van rijksoverheidsbeleid.

- 23 *Hoe is in deze begroting getracht om tot goede outcometermen te komen? Hoe beoordeelt de regering de begroting 2008 op basis van de VBTB-criteria?* 5

Het formuleren van outcometermen in de begroting en het verbeteren van het VBTB-gehalte van de begroting is een proces waarin ieder jaar stappen gezet worden.

Bij de herziening van de begroting 2007 is getracht de indicatoren in de begroting zoveel mogelijk op basis van outcometermen te formuleren. Waar dit niet mogelijk bleek is gekozen voor outputindicatoren. Met name bij artikel 41 Volksgezondheid en



artikel 46 Sport zijn toen grote stappen gezet.

In de begroting 2008 zijn met name in de artikelen 42 Gezondheidszorg en 43 Langdurige zorg opnieuw verbeteringen doorgevoerd.

Bij artikel 42 komt dit vooral tot uiting bij de 2<sup>e</sup> operationele doelstelling (zorgaanbieders realiseren het gewenste zorgaanbod). Een aantal van de indicatoren is herzien en bovendien zijn ze zoveel mogelijk geformuleerd in voor de burgers herkenbare prestaties van zorgaanbieders (dus niet in termen van output van het departement).

Bij artikel 43 zijn de indicatoren eveneens herzien. Dit komt vooral tot uiting bij de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> operationele doelstelling. Ook hier zijn nieuwe indicatoren geformuleerd in outcometermen (o.a. over cliënttevredenheid en over prevalentie decubitus en ondervoeding).

Ten slotte meten we de prestaties van het zorgstelsel met de Zorgbalans die in mei 2008 opnieuw zal verschijnen. Met de Zorgbalans presenteren we een breed scala aan prestaties en indicatoren die gezamenlijk een goed beeld van de zorg in Nederland geven. Zie hiervoor ook bladzijde 5 en 6 van de Leeswijzer van de Begroting.

Samengevat is de regering van mening dat het VBTB-gehalte van de begroting 2008 een verbetering laat zien t.o.v. de begroting 2007.

- 24 *Waarom is de regering niet in staat om voor artikel 42, 43, 44, 46 en 47 goede prestatie- of effectindicatoren te formuleren?* 5

In de artikelen 42, 43, 44, 46 en 47 zijn in totaal vijfenveertig indicatoren opgenomen, waarvan één in het komende jaar nog van een waarde moet worden voorzien. Dit zijn naar onze mening goede prestatie- en effectindicatoren.

Bij de algemene doelstelling van de artikelen 42, 43, 44 en 47 zijn bij de algemene doelstellingen overigens geen indicatoren opgenomen. Dat hangt samen met het volgende. Artikel 42 Gezondheidszorg heeft bijvoorbeeld betrekking op de gehele curatieve zorg. Dit betreft bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten en (academische) ziekenhuizen, maar ook de zorgverzekeraars. Het is gewoonweg niet mogelijk het presteren van het gehele stelsel van curatieve zorg in één of enkele indicatoren weer te geven. Daarom meten wij de prestaties van het stelsel o.a. met de Zorgbalans die in mei 2008 opnieuw verschijnt, en voeren wij tevens evaluatieonderzoeken uit. Gezamenlijk levert dit een goed beeld op van het presteren van het stelsel.

Voor de artikelen 43 Langdurige zorg en 44 Maatschappelijke ondersteuning monitoren we de effecten op een vergelijkbare manier. Bij artikel 47 Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II geldt dat de algemene doelstelling meerdere uiteenlopende elementen bevat die zich moeilijk in één indicator laten weergeven. Zie hiervoor ook de Leeswijzer van de begroting (blz. 5 en 6).

- 25 *Gesteld wordt dat, als de juiste randvoorwaarden worden gecreëerd, dit ook tot minder medische fouten leidt. In de alternatieve zorg en de cosmetische zorg komen nog veel misstanden voor. Welke mogelijkheden zijn er ten aanzien van de regelgeving om misstanden in de cosmetische zorg en de alternatieve zorg zo veel mogelijk te voorkomen?* 8

Op de cosmetische en alternatieve medische zorg is onderstaande wet- en regelgeving van toepassing.

Voorbehouden medische handelingen worden alleen uitgevoerd door artsen die op grond van de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) hiertoe bevoegd

zijn.

Zorgverleners zijn gehouden om hierbij de zorgvuldigheid te betrachten die zij daarvoor onder andere gelet op de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst hebben (WGBO, art. 7:446 e.v. BW). Iedere hulpverlener is verplicht om de zorg zoals een goed hulpverlener betaamt te verlenen en daarbij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (BW art. 7:453).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan onder meer op grond van de wet BIG, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de medische hulpmiddelen (in het geval dat deze gebruikt worden bij de behandeling) toezicht uitoefenen.

- 26 *Hoe gaan chronisch zieken met hoge zorgkosten in januari gecompenseerd worden als zij de € 150 eigen risico in een keer moeten betalen?* 8

De gemiddelde eigen betaling die het gevolg is van het verplichte eigen risico, bedraagt circa €103. Omdat de verzekerden dit gemiddelde bedrag voor eigen rekening nemen, kan de premie met ditzelfde bedrag worden verlaagd. Deze lagere premie in vergelijking met de situatie waarin geen verplicht eigen risico zou zijn ingevoerd, geldt voor alle Zvw-verzekerden van 18 jaar en ouder en dus ook voor chronisch zieken met hoge zorgkosten. Daarnaast ontvangen chronisch zieken die onder de compensatieregeling voor het verplichte eigen risico vallen, in het vierde kwartaal van het CAK een compensatie van €47. Met het voordeel in de premie en deze compensatie door het CAK wordt het volledige bedrag van het verplichte eigen risico opgevangen.

De in de vraag bedoelde verzekerden met hoge zorgkosten worden niet meteen in januari 2008 voor het volledige bedrag van €150 gecompenseerd. Het voordeel van de lagere premie die het gevolg is van het verplichte eigen risico, incasseren zij - net als de overige verzekerden - gedurende de loop van het jaar. Indien de betaling van de volledige €150 voor hen problematisch is, zullen zij met hun zorgverzekeraar contact kunnen opnemen over de mogelijkheid van gespreide betaling.

- 27 *Kan de regering inzicht geven in de randvoorwaarden die volgens haar tot kwaliteitsverbeteringen in de zorg leiden?* 8

De onderstaande randvoorwaarden leiden naar het oordeel van de regering in onderlinge samenhang voor de preventieve, de curatieve als de langdurige zorg tot kwaliteitsverbeteringen in de zorg:

een betere kwaliteitsmeting;

meer inzicht in de kosten van de zorgverlening;

meer keuzevrijheid voor patiënten;

het toerekenen van kapitaallasten aan de tarieven van de zorg;

meer beleidsvrijheid voor zorginstellingen gekoppeld aan minder bureaucratie;

meer ruimte voor nieuwe toetreders in de zorg en het beter integreren van preventie in de zorgverlening;

zorg waarbij de patiënt en de cliënt centraal staan en

een zorgsector waar mensen graag en met plezier werken.

- 28 *Wanneer u spreekt over 'innovatie' voor het vergroten van de zelfstandigheid van chronisch zieken en gehandicapten, waar denkt u dan precies aan? Kunnen enkele voorbeelden van die innovaties worden gegeven?* 8

Bij innovatie voor het vergroten van de zelfredzaamheid van chronisch zieken en gehandicapten denk ik aan nieuwe zorg- en dienstverleningsconcepten die mogelijk zijn dankzij technische ontwikkelingen zoals micro-technologie en ict en sociale ontwikkelingen zoals de toenemende integratie van ict in de levensstijl. Voorbeelden van nieuwe concepten zijn het op afstand laten monitoren van de gezondheidstoestand en het thuis ondergaan van een (regelmatig terugkerende) behandeling. Een lichamelijke en/of verstandelijke handicap kan minder beperkend worden in een intelligente omgeving, die bijvoorbeeld reageert op spraakcommando's, GPS apparatuur etc.

- 29 *Hoe komt het dat de zorgvraag verandert, waardoor ziekte minder uit een incidentele9 kwaal bestaat maar sneller uit een chronische aandoening? Kan, naast de verandering van aanbieders en patiënten die nodig zal zijn, worden aangegeven op welke wijze VWS hierop zal inspelen?*

De zorgvraag verandert, steeds meer patiënten krijgen een chronische aandoening en zullen dus blijvend van de zorg gebruik maken. Mogelijke oorzaken zijn de toenemende vergrijzing, ongezonde leefstijl (te weinig bewegen, ongezonde voeding, roken, alcohol), ontwikkelingen in de medische technologie en betere behandelingsmogelijkheden.

De veranderende zorgvraag heeft consequenties. In mijn visie brief op gezondheid en preventie van 24 september 2007, heb ik de TK toegezegd in 2008 hierover een beleidsbrief te sturen. In die brief zal ik ingaan op het ombuigen van de huidige trend van meer en meer chronische zieken door een brede programmatische aanpak. De aanpak voorziet ondermeer in een zoveel mogelijk sluitende keten van preventie, vroeg opsporen, behandelingsfasen en verzorging, en zelfmanagement. In die beleidsbrief zullen ondermeer de positie van de patiënt, samenwerking op basis van ketenzorg en diseasemanagement, zorgstandaarden, het inzichtelijk maken van kwaliteit(sverschillen) en de dynamiek van het zorgsysteem en verzekeraars aan de orde komen. Ik bouw daarbij voort op het eerder door mijn voorgangers uitgezette beleid en de inmiddels opgedane ervaringen met diabeteszorg. Ik streef naar een programmatische aanpak zoals gezegd voor het realiseren van integrale zorg waarin preventie en zelfmanagement met de zorgverlening worden verbonden.

- 30 *De patiënt komt meer centraal te staan door hem of haar een beter inzicht te geven 9 in kwaliteit en de prijs van de zorg. Hoe zal dit inzicht concreet worden vergroot? Op welke wijze zullen rechten worden gepreciseerd?*

In de brief 'Koers op Kwaliteit' (TK 2006-2007, 28439, nr. 18) van 6 juli 2007 staan de drie pijlers beschreven om te komen tot veilige zorg op kwalitatief hoog niveau, klantgericht, met voldoende keuzemogelijkheden en met duidelijke rechten en plichten voor iedereen. Het zijn de pijlers: zichtbare kwaliteit, natuurlijke cliëntgerichtheid en vanzelfsprekende veiligheid. In de brief en de daarbij behorende bijlagen zijn ambities, concrete aanpak en tijdspad nader beschreven. Zorgaanbieders moeten de zorgconsument op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) voorzien van informatie omtrent het zorgaanbod en de daarbij behorende tarieven om het inzicht in kwaliteit en prijs van zorg te vergroten. Het moet dan gaan om informatie die voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar is. De inspectie voor de gezondheidszorg heeft de opdracht om door middel van het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit de diverse zorgsectoren te ondersteunen bij het meten en publiceren van de veiligheid, de effectiviteit en de klantgerichtheid in de zorg en het ontwikkelen van goede indicatoren daartoe. De informatie die hieruit voortkomt wordt onder andere gepubliceerd op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

Zo nodig kan de NZa met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatie nadere regels over deze informatievoorziening stellen. Precisering van de rechten van de patiënt tot slot maken deel uit van het wetsvoorstel houdende een Wet cliënt en kwaliteit van zorg dat op dit ogenblik in voorbereiding is.

- 31 *In het licht van het vergroten van inzicht in de kwaliteit van de zorg, vragen wij ons af of er een onderzoek zal worden ingesteld naar de obstakels ten aanzien van het patiëntvriendelijk formuleren van bijsluiters? Hoe kan dit worden verbeterd?* 9

Er zijn in Nederland 5.000 tot 8.000 bijsluiters bij zo'n 16.000 geneesmiddelen. Lange tijd is er vooral gestreefd naar volledigheid en juistheid van de informatie in de bijsluiters. Tot op Europees niveau liggen hierover regels vast in Richtlijn 2001/83. De producent is primair verder zelf verantwoordelijk voor de inhoud en ook dus de leesbaarheid van de bijsluiters. De farmaceutische industrie is zo'n anderhalf jaar geleden gestart met leesbaarheidstesten, conform de bepalingen uit de Richtlijn. De uitvoering van de leesbaarheidstesten wordt gecontroleerd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Ik verwacht dat daarmee de bijsluiters inderdaad beter leesbaar zullen worden. De Richtlijn wordt op dit moment herzien waar uiteindelijk ook weer verbeteringen van te verwachten zijn.

- 32 *Kan worden toegelicht waarom Nederland is afgezakt naar de Europese middenmoot als we spreken over levensverwachting? Zijn er behalve gedrag nog andere factoren die een rol spelen? Wat wordt daaraan gedaan? Waarom zijn de gezondheidsverschillen toegenomen? Welke rol heeft de gezondheidszorg daarin de afgelopen decennia gespeeld? Moet er niet juist meer in preventie en zorg worden geïnvesteerd om deze trend te keren?* 9

Voor Nederlandse vrouwen is de levensverwachting lager en voor Nederlandse mannen ongeveer gelijk aan het gemiddelde van de EU-landen. Leefstijlfactoren (ongezond gedrag) spelen hierbij een belangrijke rol. De hogere levensverwachting in de meeste Zuid-Europese landen wordt deels toegeschreven aan het mediterrane voedingspatroon. Dat bevat minder verzadigde vetten en meer groenten en fruit dan de voeding in noordelijkere landen. Ook roken en alcoholgebruik hebben een belangrijke invloed op de levensverwachting. Een groot deel van de totale sterfte in Nederland komt door rooktrends in het verleden. Nederland had bijna de hele twintigste eeuw meer rokers dan andere Europese landen. Jongeren drinken tegenwoordig in Nederland veel meer dan in andere landen.

De gezondheidsverschillen tussen inwoners in Nederland zijn al jaren groot, maar nemen sinds de periode 1990 -2003 niet verder toe. Rond 1950 waren de verschillen in Nederland relatief klein, waarna ze zijn toegenomen tot het huidige niveau: lager opgeleide mannen en vrouwen gaan gemiddeld respectievelijk 4,9 en 2,6 jaar eerder dood en leven gemiddeld 15 jaar in minder goede gezondheid mede als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen.

De afgelopen decennia is veel aandacht besteed aan het bevorderen van de gezondheid van Nederlanders. Gezondheidsverschillen zijn een gevolg van vele factoren, ook factoren die geen betrekking hebben op zorg en leefstijl. Gezondheidsverschillen zullen blijven bestaan. Er zijn daarom maatregelen nodig op verschillende beleidsterreinen. Het kabinet wil daartoe ondermeer preventie en curatie meer met elkaar verbinden (kaderbrief *Visie op gezondheid en preventie* van 24 september 2007). In 2008 financiert VWS een aantal pilots op het terrein van bewegen, roken en depressie om na te gaan of deze preventieve interventies in aanmerking komen om opgenomen te worden in het basisverzekeringspakket. Naast maatregelen op het terrein van preventie en zorg zal gezondheid ook gunstig beïnvloed kunnen worden vanuit andere beleidsdomeinen, zoals arbeidsvoorwaarden,

milieu, onderwijs, sociaal-economisch beleid, ruimtelijke ordening en volkshuisvesting. Daarom geeft het kabinet in de genoemde kaderbrief aan dat met het oog daarop de relatie van leefomgeving met gezondheidsbevordering verder wordt ingevuld.

- 33 *Welke checks en balances heeft de regering ingesteld om de overgang van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) goed te laten verlopen? Zijn er scenario's uitgewerkt om bij te kunnen sturen als de overgang niet verloopt zoals verwacht?* 9

Om te zorgen voor een soepele overgang, heb ik in overleg met partijen het jaar 2008 tot overgangsjaar bestempeld. In 2008 gelden er maatregelen ten aanzien van de uitgaven, inkomsten en het werken met de nieuwe DBC systematiek. Daarover heb ik u bericht in mijn brief van 11 juli 2007 (Kamerstuk 2006-2007, 29689, nr. 144).

In 2008 zijn er twee regimes van toepassing op de curatieve ggz. Verzekeraars hebben in de Zvw sturingsinstrumenten waarmee ze het volume kunnen beheersen. Daarnaast maken aanbieders afspraken op basis van oude NZa-parameters. Deze worden afgezet tegen de nieuwe DBC's uit de Zvw, waardoor de ggz-productie in oude en nieuwe termen met elkaar kan worden vergeleken. De NZa geeft een opgave van de productie die de zorginstellingen in 2007 hebben geleverd en welke vanaf 2008 onder de Zvw komt te vallen. Deze opgave biedt inzicht in de eerdere productie per instelling. Daarmee biedt het verzekeraars een handvat bij de contractering van instellingen en het controleren van het volume.

De verzekeraars dragen in 2008 nog geen risico, omdat momenteel nog onvoldoende inzichtelijk is wat de risico's zijn die zij individueel lopen. Zij worden eenmalig nagecalculeerd. In 2009 beoog ik hen substantiële risico's te laten dragen.

Voor instellingen geldt een budgetneutrale overheveling, doordat eventueel grote prijsverschillen tussen oude NZa-parameters en de nieuwe DBC's worden gecompenseerd door toepassing van een verrekentariaf. Zowel positieve als negatieve verschillen worden daarmee gecompenseerd. Macro betekent dit een beheersing van de prijzen en het grootste deel van het volume. Voor instellingen is dit verrekentariaf een garantie dat de zorg tegen een zelfde prijs als in 2007 kan worden geleverd.

Om in 2008 op eventuele ongewenste effecten en problemen te anticiperen, werk ik momenteel met betrokken partijen aan een monitor. Mede op basis van de resultaten uit deze monitor bereid ik het beleid voor 2009 voor. Daarnaast heb in maatregelen genomen om onverhoopte vertraging in de declaratiestroom op te vangen om te voorkomen dat zorgaanbieders met liquiditeitsproblemen te maken krijgen. Het is mogelijk om bevoorschottingsafspraken te maken dan wel gebruik te maken van de voorziening die de beleidsregel *Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ (CA-200)* zoraanbieders biedt. Deze beleidsregel en de mogelijkheid tot het maken van bevoorschottingsafspraken geldt voor zowel de instellingen als de vrijevestigden.

- 34 *Hoe is de prijs- en volumeontwikkeling het afgelopen jaar geweest bij het B-segment van de ziekenhuis diagnose behandelingscombinaties (dbc's) ten opzichte van het jaar daarvoor? Waarom is het wenselijk het B-segment "zo snel mogelijk" uit te breiden? Leidt dit niet tot overproductie en kostenexplosies?* 10

In de NZa monitor 'ziekenhuiszorg 2007', welke ik u op 23 april 2007 ter informatie toezond, staat dat de reële prijzen (na correctie met het zorginflatiecijfer) gemiddeld in het B-segment voor de periode 2006-2007 gelijk zijn gebleven. Over de totale periode dat het B-segment bestaat (2005-2007) zijn de reële prijzen (na correctie met het zorginflatiecijfer) gedaald met 2,7%.

De NZa heeft in de monitor 2007 nog geen resultaten opgenomen van de volumeontwikkeling. De NZa verwacht in de monitor 2008 wel iets te kunnen zeggen over de volumeontwikkeling.

Het systeem van maatstafconcurrentie is bedoeld als transitie-model om zorgvuldig te bewegen naar de eindsituatie met volledig vrije prijsonderhandelingen voor zo'n 70% van de ziekenhuiszorg. Als de prijs- en volumeontwikkeling in het B-segment acceptabel is en als uit de toetsingscriteria van de NZa blijkt dat er geen marktbelemmeringen zijn om tot uitbreiding van het B-segment over te gaan, dan heeft het mijn voorkeur om het B-segment zo snel mogelijk uit te breiden, want ik beschouw vrije onderhandelruimte als belangrijke impuls voor efficiënte gezondheidszorg van goede kwaliteit.

- 35 *Voor de psychotherapeutische behandelingen blijft in 2008 de eigen bijdrage gehandhaafd, per keer komt er een eigen bijdrage van € 10? Komt hier het eigen risico nog eens bovenop per 1 januari 2008? Hoe verhoudt zich dit tot het gegeven dat voor de eerstelijns psychologie een dbc is afgesproken?* 11

Voor de eerstelijns psychologische zorg is geen dbc afgesproken, maar blijven per 1 januari 2008 vrije prijzen gelden (inclusief een eigen bijdrage van € 10). Voor psychotherapie geldt een eigen bijdrage van € 15,20 per zitting (vanaf 1 januari 2008 is dat geïndexeerd tot € 15,60). Deze eigen bijdragen worden berekend naast het eigen risico van € 150 per verzekerde.

- 36 *Op welke wijze denkt de regering te kunnen zien of de aanvraag voor AWBZ-middelen geloofwaardig en onbetwistbaar is?* 11

In het kader van de beheersing van de AWBZ-middelen worden vanaf 2008 maatregelen genomen om te bereiken dat de AWBZ ook op termijn voor goede, langdurige en onverzekerbare zorg behouden blijft. De uitgavenontwikkeling over de afgelopen jaren en de nabije toekomst vragen nu om keuzes, om de AWBZ toekomstbestendig te houden. Uitgangspunt bij de maatregel is dat de AWBZ geloofwaardige en onbetwistbare zorg verzekert. Als eerste stap in dit proces is een beperking aangebracht in de aanspraak op OB-algemeen. Vooral ouderen met een sociaal netwerk kunnen ook op andere wijze invulling geven en de mogelijk gewenste ondersteuning. Hierbij zal ik hetzelfde uitgangspunt hanteren.

Zoals u weet heb ik de SER verzocht mij te adviseren over de toekomstbestendigheid van de AWBZ. Op basis van dat advies zal ik u informeren over de reikwijdte die ik toeken aan de begrippen geloofwaardig en onbetwistbaar.

- 37 *Waarom wordt er een eigen bijdrage geheven voor de Eerstelijns psychologische zorg? Is dit niet meten met twee maten ten opzichte van de somatische zorg? Hoe komt u aan het bedrag van € 10 per zitting?* 11

De eerstelijns psychologische zorg (EPZ) valt tot en met 2007 in het aanvullend verzekerde pakket en maakt geen onderdeel uit van het Budgettair Kader Zorg. Doordat EPZ met ingang van 2008 wordt opgenomen in de basisverzekering, zal de vraag mogelijk toenemen. Enerzijds is dat een wenselijke ontwikkeling, omdat die stijging mogelijk veroorzaakt wordt door mensen die anders zorg in de duurdere tweedelijns zorg zouden ontvangen. Anderzijds is het wenselijk de stijging van de zorg toch enigszins te tempereren. Om dit te bewerkstelligen wordt het aantal te vergoeden zittingen gemaximeerd tot 8 en daarnaast wordt een eigen bijdrage van € 10 per zitting ingevoerd. Het laatste naar analogie van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz, daar geldt in 2008 voor de psychotherapie een eigen bijdrage van € 15,60 per zitting. Hoewel dit inderdaad afwijkt van de somatische zorg is zodoende

wel de analogie binnen de ggz in stand gehouden.

Omdat het zorginhoudelijk wenselijk is dat een patiënt niet onnodig wordt behandeld in de tweedelijns ggz, is besloten tot een lagere eigen bijdrage voor EPZ dan voor psychotherapie.

- 38 *Kunt u uitleggen hoe de eigen bijdrage bij psychotherapeutische behandelingen die van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet gaan, moet worden uitgevoerd? Is de regeling wel uitvoerbaar in het dbc-systeem? Wat zijn de kosten voor de uitvoering van dit eigen bijdragesysteem? Wat zijn de geschatte opbrengsten?* 11

De geschatte opbrengst van de EB in 2008 is 25 miljoen euro. Partijen schatten de uitvoeringslasten op 25% van dit bedrag.

In het overgangsjaar 2008 handhaaf ik de al bestaande eigen bijdrage psychotherapie vanuit de gedachte dat de overheveling van de curatieve ggz van de de AWBZ naar de Zvw budget- en pakketneutraal is.

In mijn brief aan uw kamer van 11 juli 2007 (Kamerstuk 2006-2007, 29689, nr. 144) heb ik aangegeven dat zorgverzekeraars hun neveninkomsten uit de EB meewegen in de onderhandelingen met de zorgaanbieders. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de EB ligt daarmee bij de verzekeraars, in overleg met de zorgaanbieders. Partijen hebben mij op uitvoeringsproblemen gewezen die aan het innen van de EB vastzitten. Ik deel hun mening dat het op korte termijn niet mogelijk is om de EB systematiek te integreren in de DBC systematiek. Vandaar dat wordt vastgehouden aan de bestaande EB systematiek (los van de DBC systematiek) voor het overgangsjaar 2008. Ik zal met betrokken partijen bezien hoe na 2008 de EB binnen de DBC systematiek vorm gegeven kan worden, danwel welke alternatieven er zijn.

- 39 *Waarom legt de regering zorginstellingen die zelf moeten opdraaien voor de financiële consequenties van hun investeringen, een vermogensklem op? Dient het eigen vermogen niet al buffer voor zorginstellingen om eventuele financiële risico's af te dekken? Wat zijn volgens de regering de consequenties van de vermogensklem op het rentetarief waartegen zorginstellingen kunnen lenen?* 11

Mijn beleid is erop gericht om instellingen meer vrijheid en eigen verantwoordelijkheid te geven met betrekking tot hun vastgoed en vermogensopbouw. In het licht van dit beleid houdt de bemoeienis van CBZ met betrekking tot de vastgoedbeslissingen van instellingen ook op te bestaan. Deze grotere vrijheid voor instellingen roept wel de noodzaak op om te bepalen binnen welke kaders het huidige vermogen mag worden aangewend.

Met de beleidsregels wil ik zeker stellen dat het vermogen van zorginstellingen (of meer specifiek: de waarde van het onroerend goed van zorginstellingen) ook in de toekomst wordt aangewend voor de zorg en dus niet een andere bestemming krijgt.

Dat betekent dat zolang een zorginstelling zijn onroerend goed niet van de hand doet en dit blijft gebruiken voor het verlenen van zorg, de instelling geen 'last' heeft van de beleidsregel: de waarde van het onroerend goed wordt dan immers aangewend voor de zorg.

Wanneer een instelling besluit onroerende zaken van de hand te doen (het meest voor de hand liggende geval is een verkoop) dan genereert dat een opbrengst. De beleidsregels willen zekerstellen dat de instelling die opbrengst wederom aan zorg besteedt en niet aan iets anders. Boekwinsten worden dan ook niet meer 'afgeroomd' door de overheid, maar dienen door instellingen zelf te worden ingezet voor de zorg, op de manier waarvan de instelling zelf denkt dat dit de beste bijdrage levert aan de (zorg)activiteiten van de instelling.

Ik wil aan de ene kant zorginstellingen maximale vrijheid geven maar ik heb aan de andere kant een publieke verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Deze publieke verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat ik me niet slechts kan verlaten op bestaande privaatrechtelijke waarborgen voor het behoud van vermogen. Dat is een van de redenen dat ik ervoor gekozen heb door middel van een publiekrechtelijk instrument – het verbinden van een voorschrift aan de toelating van instellingen – van instellingen te verlangen dat zij de opbrengst van vastgoedtransacties aan zorg besteden (en niet aan iets anders).

De bedoeling van de verplichting de 'marktwaarde ten tijde van de transactie' voor de zorg te bestemmen is om eventuele stille reserves te behouden voor de zorg.

In de eerste plaats kan de marktwaarde afwijken van de boekwaarde. Deze kan hoger, maar ook lager zijn.

In de tweede plaats kan in de toekomst een aanwending van het onroerend goed mogelijk zijn, die de marktwaarde van het onroerend goed doet stijgen, doch die thans nog niet is te voorzien. Hierbij kan gedacht worden aan wijzigingen in de sfeer van de ruimtelijke ordening of de omgeving van de instelling.

Het begrip zorg is breder dan alleen de fysieke zorg die een patiënt of cliënt ontvangt. Ook bijvoorbeeld het aflossen van een schuld, het treffen van een reservering voor toekomstige aankopen of het bekostigen van een opknapbeurt van (een deel van) het ziekenhuis of het verpleeghuis wordt hieronder verstaan. Een ziekenhuis mag de opbrengst van een vastgoedtransactie ook gebruiken om te investeren in andere sectoren van zorg, zoals de sector verpleging en verzorging. Ook versterking van het eigen vermogen is toegestaan, waardoor de solvabiliteit kan verbeteren.

- 40 *Wat is de relatie tussen de groei van de Ondersteunende Begeleiding (OB) en de Persoonsgebonden Budgetten?* 11

Ook in de persoonsgebonden budgetten is een toename te zien van de groei van de functie ondersteunende begeleiding. Er zijn steeds meer budgethouders met een indicatie voor ondersteunende begeleiding. Dit is één van de uitkomsten van het pgb-evaluatieonderzoek dat ik heb laten uitvoeren en waarover ik u binnenkort separaat informeer.

- 41 *Kan de regering garanderen dat de OB voor gehandicapten blijft bestaan, ook als een gedeelte naar de Zvw wordt overgeheveld? Op welke wijze garandeert de regering dat de bezuinigingen op OB alleen neerkomen bij ouderen?*

Het kabinet heeft geen voornemen om de OB voor gehandicapten over te hevelen naar de ZVW. De aanspraken op de OB voor gehandicapten in de AWBZ worden niet aangetast. Dit wordt bereikt door de grondslagen met betrekking tot die gehandicapten die recht geven op AWBZ-zorg in stand te houden.

- 42 *Wanneer de vraag is of OB altijd tegen een tarief van € 45 per uur moet worden betaald en u een korting voorziet van € 10 per uur waar baseert u die tariefsverlaging dan op? kunt u een opsomming geven van welke taken er onder de OB vallen en welk tarief daar afzonderlijk dank voor zou moeten gelden?* 11

Voor de ondersteunende begeleiding algemeen geldt een maximum basistarief van € 45 per uur. Ondersteunende begeleiding is echter een produkt met uiteenlopende activiteiten. Het gaat om het begeleiden in verband met beperkte vaardigheden, die een persoon heeft, om het geven van sturing ten aanzien van de organisatie van de huishouding en/of stimulering van persoonlijke zorg en om het begeleiden bij de



mogelijke integratie in de samenleving en bij de sociale participatie.

Afhankelijk van de grondslag bij de indicatiestelling gaat het om een ander soort activiteit. Naar de mening van het kabinet kan voor eenvoudige activiteiten die vergelijkbaar zijn met HV en waarvoor een tarief geldt van €22,-, het OB-tarief worden verlaagd. Voor enkele grondslagen is er een apart produkt gemaakt. Voor ondersteunende begeleiding speciaal bestaan aanzienlijk hogere tarieven voor mensen met niet aangeboren hersenletsel en voor zintuiglijk gehandicapten en er bestaat tevens gespecialiseerde ondersteunende begeleiding op psychiatrische grondslag met een nog hoger tarief.

- 43 *Welke taken uit de ABWZ kunnen mogelijk op een andere manier worden georganiseerd?* 12

Bij taken uit de AWBZ die mogelijk op een andere manier kunnen worden georganiseerd gaat het om activiteiten als het begeleiden bij en regelen van praktische zaken, waarvoor een alternatief mogelijk is in de privésfeer of op lokaal niveau. Tevens wijs ik u op mijn adviesaanvraag aan de SER. De SER gaat in op de vraag in hoeverre de AWBZ aangepast moet worden om toekomstbestendig te blijven.

- 44 *Wanneer is er in de zorg sprake van toekenning op somatische grondslag?* 12

Toekenning op grondslag somatiek is aan de orde als er sprake is bij verzekerde van een verworven aandoening of beperking die niet door letsel is ontstaan (maar bijvoorbeeld door ziekte of ouderdom). Alle aangeboren aandoeningen en beperkingen vallen daarmee buiten de grondslag somatiek. Hetzelfde geldt ook voor de psychogeriatrische aandoeningen en beperkingen, de psychiatrische aandoeningen en beperkingen en de lichamelijke, verstandelijke en zintuiglijke handicaps die immers elk hun eigen grondslag kennen.

- 45 *Hoeveel proefprojecten waarbij de huisarts of de wijkverpleegkundige indicaties doet lopen er op dit moment? In welke regio's vinden deze projecten plaats? In welk stadium zijn de proefprojecten? Wanneer zijn de resultaten hiervan bekend? Gaan de proefprojecten over alle indicaties of over een deel ervan? Zo ja, welk deel? Welke criteria worden er gehanteerd om te bepalen of de proefprojecten een succes zijn of een mislukking? Op welke wijze zullen de proefprojecten de indicatiestelling doen verbeteren? Waar wordt dit op gebaseerd?* 12

De pilots indicatiestelling door huisartsen of wijkverpleegkundigen zijn voorzien in vier regio's. Het betreft de gemeenten Eindhoven, Arnhem, De Bilt en Dokkum. De pilots zullen dit najaar starten en de eerste resultaten worden aan het einde van het eerste kwartaal 2008 verwacht. De Kamer is inmiddels bij brief van 15 oktober 2007 geïnformeerd over de pilots die in het kader van de operatie vereenvoudiging indicatiestelling zullen worden gehouden en de criteria die daarbij gehanteerd zullen worden.

- 46 *Bij het voorkomen van onbedoeld gebruik van de AWBZ zullen mogelijk incentives worden ingezet, om wat voor soort incentives gaat het?* 12

Zoals uit de passages betreffende de beheersing van de AWBZ blijkt, treft het kabinet meerdere maatregelen. De sterk stijgende kosten maken het noodzakelijk scherp te kijken naar de achtergrond van de zorgverlening. Onbedoelde ontwikkelingen moeten worden ontmoedigd dan wel tegen gegaan. Enerzijds kan dat betekenen dat aanspraken scherper worden omschreven, anderzijds dat gestuurd

wordt op het gebruik door tariefmaatregelen.

- 47 *Kan de regering uitleggen hoe zij invulling gaat geven aan de inkomens- en vermogenstoets die bepalend wordt voor de hoogte van de eigen bijdrage in de AWBZ?* 12

Nee, nog niet. Op dit moment wordt onderzocht hoe aan deze maatregel, die zoals in de begroting is aangegeven € 80 mln. zal dienen op te brengen, invulling gegeven zal worden. Ik wil daarbij de uitvoeringsconsequenties en gevolgen voor verschillende doelgroep goed in kaart brengen.

- 48 *Wanneer kan de Kamer de uitslag tegemoet zien van de pilots en de beleidsvisie om de administratieve lasten in de gezondheidszorg tegen te gaan, tegemoet zien?* 12

Op 15 oktober jl. heeft de staatssecretaris u bij brief geïnformeerd over vormgeving en fasering van de pilots op gebied van de indicatiestelling in de AWBZ. In deze brief is per pilot danwel traject aangegeven wanneer resultaten te verwachten zijn. De beleidsvisie op gebied van de aanpak van administratieve lasten en regeldruk in de AWBZ-sector heeft de staatssecretaris neergelegd in het actieplan 'Naar eenvoud in uitvoering', die u bij brief van 28 augustus jl. is toegestuurd. Ik verwacht een actieplan (met inbegrip van een beleidsvisie) op gebied van de gezondheidszorg (curatieve zorg) voor het eind van dit jaar aan de Kamer te kunnen sturen. Bij de aanpak van administratieve lasten en bureaucratie in de curatieve zorg zullen onderwerpen als machtigingsprocedures, contractering, materiële controle door verzekeraars en de wijze van verantwoording over kwaliteit aan de orde komen.

- 49 *Is de regering van mening dat chronisch zieken, bijvoorbeeld iemand met progressieve reuma of MS, wel recht moet blijven houden op OB? Zo ja, op welke grondslag? Zo nee, waarom niet?* 12

Chronisch zieken, bijvoorbeeld iemand met progressieve reuma of MS, houden recht op OB in de vorm van dagbesteding. Dit kan aan de orde zijn als de mogelijkheden voor deelname aan onderwijs of werk verminderen. Ook houden chronisch zieken aanspraak op activerende begeleiding, waarin zij leren hoe om te gaan met de beperkingen als gevolg van een chronische, progressieve ziekte.

- 50 *Is bekend wat de inkomenseffecten is van de beperkingen van de TBU voor chronisch zieken en gehandicapten die ondanks hun beperking wel werken?* 12

De inkomenseffecten die samenhangen met het beperken van de BU, zijn voor personen die recht hebben op de TBU niet anders dan voor personen die daar geen recht op hebben. Deze effecten zijn meegenomen in het algemene inkomensbeeld.

- 51 *Kunt u een aantal concrete voorbeelden geven van aandoeningen die door het vervallen van de grondslag 'somatisch' niet meer in aanmerking zullen komen voor OB?* 12

De grondslag somatiek is aan de orde als er bij verzekerde sprake is van een na zijn geboorte verworven aandoening of beperking die niet door letsel is ontstaan (maar bijvoorbeeld door ziekte of ouderdom). U kunt hierbij denken aan de ziekte van parkinson, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, cara en hart- en vaatziekten. Ondersteunende begeleiding in uren, dus op individuele basis, is in die gevallen niet meer aan de orde. Het kan dan gaan om verminderde mobiliteit of een verminderd regievermogen waarvoor in de privésfeer of op lokaal niveau een oplossing moet worden gezocht. Wèl blijft er aanspraak mogelijk op ondersteunende begeleiding in

dagdelen in een instelling. De functie activerende begeleiding in uren en dagdelen blijft voor deze groepen wel gewoon bestaan.

- 52 *Meederde malen schrijft u dat bij het terugdringen van de aanspraken op de Ondersteunende Begeleiding, gehandicapten worden ontzien. Betekent dit dat u zowel mentaal als lichamelijk gehandicapten ontziet? Kunt u concreet duidelijk maken welke handicaps wel en niet zullen worden ontzien van het terugdringen van de aanspraak op OB?* 12

Het terugdringen van de aanspraken op de Ondersteunende Begeleiding heeft alleen betrekking op de grondslagen 'psychosociaal probleem' en 'somatische aandoening en beperking'. Dit betekent inderdaad dat er voor verzekerden met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap niets wijzigt in hun aanspraak op OB. Evenmin verandert er iets voor verzekerden met een psychiatrische of psychogeriatrische aandoening of beperking.

- 53 *Waarop baseert u dat instellingen die goed presteren met de komst van de zorgzwaartepakketten financieel worden beloond? Is het mogelijk dat instellingen die goed presteren met de komst van de zorgzwaartepakketten financieel worden benadeeld? Zo ja, kunt u daar concrete voorbeelden van geven?* 12

Zorgzwaartebekostiging heeft gevolgen voor het beschikbare geld voor een instelling. Vanaf 2009 ondervinden instellingen de financiële gevolgen. Zorgzwaartebekostiging leidt tot een betere, eerlijker verdeling van de beschikbare middelen. Er zal worden betaald voor de zorg op basis van de kenmerken, de zorgwaarde van de cliënt. In het huidige bekostigingssysteem wordt deze relatie nauwelijks gelegd. Instellingen ontvangen nu een vergoeding die veelal is gebaseerd op de kenmerken van de instelling en niet zozeer de kenmerken van de cliënten.

Dat betekent dat door de invoering van zorgzwaartebekostiging sommige instellingen minder geld krijgen dan ze nu hebben en sommigen meer. Instellingen die minder geld krijgen, omdat de cliëntenpopulatie licht is in vergelijking met andere instellingen, moeten goed nadenken hoe ze hier mee omgaan. De instellingen die meer geld krijgen zullen dit geld moeten investeren in meer en betere zorg voor hun cliënten.

Instellingen die goed presteren – op een doelmatige wijze goede zorg bieden aan hun cliënten – hebben de inzet van personeel en middelen veelal afgestemd op de kenmerken, zorgwaarde van hun cliënten. Zij zullen dan ook makkelijker in staat zijn om de – positieve of negatieve - financiële gevolgen van zorgzwaartebekostiging op te vangen.

- 54 *Hoe bevordert de regering de geestelijke verzorging in de care en de cure?* 13

Geestelijke verzorging behoort tot de basisvoorwaarden voor het leveren van zorg in een instelling (artikel 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen). De instelling is zélf verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en de kwaliteit ervan. In 2006 heeft het CVZ een uitvoeringstoets uitgebracht over geestelijke verzorging in instellingen. Uit die uitvoeringstoets blijkt dat op dit moment geen beleidswijziging of aanvullende regelgeving noodzakelijk is.

- 55 *Wat wil de regering in de Wet Cliënt en Kwaliteit anders gaan regelen dan wat er nu geldt in WGBO? Is het de bedoeling dat deze wet de WGBO gaat vervangen, of dient zij als aanvulling op de WGBO? Kan aangegeven worden in welk opzicht deze nieuwe wet een verandering c.q. verbetering inhoudt ten opzichte van de reeds bestaande wetgeving? Hoe verhoudt de toekomstige Wet Cliënt en Kwaliteit van zorg zich met de huidige wetgeving als de WGBO en de Wet BIG? Gaat u patiënten*

*consulteren over hoe de Wet Cliënt en Kwaliteit van de zorg er uit moet komen te zien en wat wordt daarin meer geregeld dan in de WGBO?*

Met een Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg wil de regering de positie van de cliënt verstevigen en tegelijk de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het nieuwe zorgstelsel goed borgen. In het wetsvoorstel worden direct werkende rechten en plichten voor cliënt en zorgaanbieder en tegelijk meer handelingsvrijheid voor aanbieders in de zorg opgenomen. Voor het eind van het jaar ontvangt u een brief waarin de grote lijnen van het wetsvoorstel zijn beschreven. Daarin zal ook aandacht worden gegeven aan de rechten die thans in de WGBO en de Wet BIG zijn opgenomen. Ik ben voornemens om tevoren aanbieders, verzekeraars en overkoepelende patiënten- en cliëntenvertegenwoordigingen over zowel de brief als het wetsvoorstel te consulteren.

56 *Hoe worden zorgaanbieders concreet geprikkeld om doelmatiger te gaan werken?* 13

Innovatie, kwaliteit en doelmatigheid gaan hand in hand. Er is een veelheid van redenen om te innoveren. Wellicht de voornaamste is dat vrijwel alle zorgaanbieders zo goed mogelijke zorg willen leveren aan patiënten/cliënten. Nagenoeg alle zorgaanbieders (artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, apothekers, enz) voelen een intrinsieke motivatie om zo goed mogelijke zorg te leveren, en zijn geneigd om te zoeken naar verbeteringen. Daarnaast zijn er tal van externe prikkels. Dit bewijst in de eerste plaats de steeds meer mondige patiënt/cliënt die zich steeds meer bewust is van kwaliteitsverschillen tussen aanbieders, daar vragen over stelt en waar nodig 'stemt met de voeten'. Ook zorgverzekeraars/zorgkantoren betrekken kwaliteitsverschillen tussen aanbieders bij hun contractering, en aangezien kwaliteitsverschillen ontstaan door innovaties worden zorgaanbieders aangezet tot innoveren. Een volgende prikkel is de toenemende transparantie in de zorg. Doordat kwaliteitsverschillen tussen aanbieders steeds meer duidelijk worden, worden aanbieders aangezet om van elkaars innovaties te leren en deze breed te implementeren.

In verschillende programma's wordt gewerkt aan innovaties, waarbij ook de manier waarop personeel wordt ingezet een grote rol speelt. In de programma's 'Zorg voor Beter' en 'Sneller Beter' zijn diverse goede voorbeelden op het terrein van innovatie geïdentificeerd en verspreid. De deelnemende instellingen worden zo ook 'geprikkeld' om te innoveren en nieuwe werkmethoden en technologieën toe te passen in de praktijk. Concrete voorbeelden hiervan zijn het toepassen van een verbeterde patiëntenlogistiek in combinatie met een verbeterde personeelsplanning. (bijvoorbeeld op de operatiekamers). Hierdoor kan het ok-personeel doelmatiger worden ingezet en zijn er minder wachttijden voor de cliënten. Door het toepassen van 'domotica' in woningen kunnen cliënten langer zelfstandig blijven wonen en door het toepassen van 'slimme' alarmering kan het zorgpersoneel op afstand zien of er daadwerkelijk sprake is van een noodgeval. Hierdoor kan reistijd worden uitgespaard.

57 *Wanneer moeten er wijken komen waar de verschillende generaties samenwonen?* 13

Het generatiebestendig maken van wijken is een permanent proces, waarbij ingespeeld moet worden op de veranderende behoeften van burgers en op maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de vergrijzing. Wijken zijn in de afgelopen jaren al generatiebestendiger geworden. Er zijn bijvoorbeeld steeds meer mogelijkheden voor ouderen om zelfstandig te blijven wonen. In het actieplan dat ik met de minister van WWI eind dit jaar zal sturen wordt ingezet op het stimuleren van woonzorgarrangementen. Hierbij zijn ook veldpartijen als corporaties en zorginstellingen, betrokken. Het generatiebestendig maken van wijken is onderdeel van het actieplan. Om ouderen en mensen met een beperking langer zelfstandig in

hun vertrouwde omgeving te laten wonen, wordt in het kader van het actieplan bijvoorbeeld een onderzoek uitgevoerd naar wijkservicepunten.

- 58 *Is er onderzoek bekend waaruit blijkt dat transparantie en prestatie-indicatoren leiden tot betere zorg? Wat waren daarvan de resultaten?* 13

Ja, in 2006 hebben Gezondheidsraad en Raad voor de Volksgezondheid & Zorg het rapport "Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren" uitgebracht. (bron: Signalering ethiek en gezondheid 2006/1, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006) Onderzocht is de vraag of en hoe via het meetbaar en onderling vergelijkbaar maken van de prestaties van zorginstellingen en zorgverleners niet alleen tegemoet gekomen kan worden aan de roep om meer expliciete publieke verantwoording, maar ook een effectieve verbetering te bereiken valt van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het onderzoek is gebaseerd op een uitvoerig literatuuronderzoek. Transparantie en prestatie-indicatoren leiden op zichzelf natuurlijk niet tot betere zorg. Daarvoor is actie nodig van zorgaanbieders die zich door prestatie-indicatoren gesteund en geprikkeld weten betere zorgprestaties te leveren.

- 59 *Is de regering, gezien de vele verontrustende signalen uit de AWBZ, bereid om een doorkijk te geven van het aangekondigde stappenplan AWBZ nog voordat het SER-rapport over de AWBZ is uitgebracht?* 13

Het stappenplan voor de AWBZ bestaat uit drie onderdelen: beheersen op de korte termijn, verbeteren op de middellange termijn en (her)ordenen op de lange termijn. Over de uitvoering van de eerste twee onderdelen is de Kamer al geïnformeerd. Zo zijn, om de forse overschrijdingen in de AWBZ het hoofd te bieden, op korte termijn maatregelen nodig in de tarieven en de zorgaanspraken. Deze maatregelen zijn toegelicht in de brief van 19 september 2007 (TK 2007-2008, 29 689, nr. 154). De NZa zal hierover een aanwijzing ontvangen.

De maatregelen op de middellange termijn zijn gericht op verbeteringen binnen de huidige AWBZ. Deze maatregelen worden in overleg met alle partijen uitgewerkt. Het gaat dan in het bijzonder om versterking van de positie van de cliënt, beschikbaarheid van goede kwaliteitsinformatie, invoering van zorgzwaartebekostiging en ruimte voor zorginstellingen om zelf te beslissen over investeringen in gebouwen. Ook zal onnodige bureaucratie worden aangepakt waarvoor een plan van aanpak is opgesteld. De Kamer is over deze onderwerpen geïnformeerd.

Voordat het kabinet een doorkijk geeft naar de veranderingen in de AWBZ op de lange termijn (herordering) zal eerst de SER advies uitbrengen. Het kabinet zal enkele maanden na ontvangst een standpunt innemen nadat het advies van de SER is uitgebracht.

- 60 *Is de regering bereid niet alleen de collectieve vertegenwoordigers van patiënten extra financieel bij te staan maar ook de individuele patiënt/cliënt financieel en wettelijk bij te staan? Hoe denkt de regering de bijstand aan de individuele patiënt/cliënt in de Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg te verankeren?* 13

Met het wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit van Zorg wil de regering in het bijzonder de rechtspositie van de individuele patiënt/cliënt tegenover de zorgverlener verstevigen. Voor het eind van het jaar ontvangt u een brief waarin de grote lijnen van het wetsvoorstel zijn beschreven. In deze brief wordt ook beschreven hoe de individuele cliënt en patiënt op praktische wijze ondersteund worden om hun rechtspositie te effectueren. Mogelijkheden van individuele financiële bijstand aan de patiënt/cliënt

zullen evenwel geen onderdeel uitmaken van dit wetsvoorstel.

- 61 *Is het een bewuste keuze van dit kabinet om te investeren in de intramurale zorg en te bezuinigen op extramurale zorg? Zo ja, waarom?* 13

Voor beide onderdelen van de AWBZ-zorgverlening is het noodzakelijk dat voldoende middelen beschikbaar zijn zodat aansluiting kan worden gevonden bij de zorgvraag van de cliënten. Wel kijkt het kabinet bewust naar de verschillende onderdelen van de AWBZ om te bezien of de aanspraken nog aansluiten bij de kern van de AWBZ (langdurige onverzekerbare zorg die geloofwaardig en onbetwistbaar is) en of zich knelpunten voordoen in de zorgverlening.

Bij de extramurale zorg is geconstateerd dat specifieke onderdelen niet meer aansluiten bij de kern van de AWBZ. Bij onderdelen van de intramurale zorgverlening is het kabinet van mening dat de zorgverlening geïntensiveerd moet worden (meer directe zorgverlening) en worden extra middelen beschikbaar gesteld om dit mogelijk te maken.

- 62 *Wat zal op termijn het effect zijn op het scheiden van wonen en zorg wanneer de kloof tussen beschikbaarheid van zorg en de kwaliteit tussen intra en extramurale zorg nog groter wordt?* 13

Ook mensen die langdurig zorg nodig hebben moeten zoveel mogelijk kunnen wonen waar zij dat graag willen. De beschikbaarheid van voldoende toegankelijke woningen, is daarbij een belangrijke voorwaarde. En uiteraard moet ook de zorg geleverd kunnen worden waar de mensen aanspraak op hebben. Er is naar mijn mening geen sprake van een toenemende kloof tussen beschikbaarheid en kwaliteit van intra- en extramurale zorg. In dit verband wijs ik u er ook op dat ik samen met de minister voor WWI werk aan een actieplan om te zorgen dat er meer woon-zorg-welzijnarrangementen komen waardoor de burger meer keuzemogelijkheden heeft.

- 63 *Op welke wijze is de € 10 mln. die extra beschikbaar komt voor belangenorganisaties samengesteld? Kan een specificatie worden gegeven?* 13

Pgo-organisaties moeten zowel individueel als collectief grotere invloed krijgen. Ik ben voornemens om € 10 mln extra te investeren in vier programma's die bijdragen aan de verbetering van de positionering van pgo-organisaties. Het is mijn intentie om de pgo-organisaties een volwaardige gesprekspartner van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere maatschappelijke organisaties te laten zijn.

In de verdeling van het budget over de vier programma's is nog geen keuze gemaakt. Momenteel overleg ik met het PGO-veld over de nadere invulling van deze programma's.

Ik ben voornemens u rond de jaarwisseling schriftelijk te informeren over de verdeling van de gelden over de onderscheiden programma's.

- 64 *Zorgaanbieders worden geprikkeld om doelmatiger te werken. Kunnen concrete voorbeelden worden gegeven van wat u verstaat onder doelmatiger werken?* 13

Zie antwoord op vraag 56.

- 65 *Op welke wijze denkt u dat servicepunten in wijken een menswaardig bestaan zullen garanderen? Kunnen concrete voorbeelden worden genoemd?* 13

Servicepunten kunnen mogelijkheden scheppen voor ontmoeting tussen mensen,

voor het verkrijgen van informatie, voor buurtactiviteiten, voor het leveren van zorg en diensten etc. Ze bieden geen garantie voor een menswaardig bestaan. Ze dragen ertoe bij dat mensen hun zelfstandigheid kunnen behouden en dat ze kunnen participeren in de samenleving. Een mooi voorbeeld is De Bogen in Harderwijk. Dit servicepunt omvat een buurtrestaurant waar zowel mensen uit zorgwoningen als andere buurtbewoners elkaar kunnen ontmoeten en aan activiteiten kunnen deelnemen. Verstandelijk gehandicapten werken er in het restaurant, er is een Wmo-loket voor informatie over wonen en zorg en een ruimte voor dagopvang voor dementerenden.

- 66 *Hoe wordt er naar "gestreefd" dat na 2010 niemand meer ongewild in een meerpersoonskamer hoeft te slapen in zorginstellingen? Wordt daarmee bedoeld dat in 2011 niemand meer ongewild in een meerpersoonskamer slaapt? Hoe verhoudt dit zich tot eerdere uitspraken dat iedereen in een zorginstelling (gewild of niet) in 2011 de beschikking tot een eigen kamer zou krijgen? Hoe stelt u vast dat iemand in een zorginstelling niet ongewild in een meerpersoonskamer slaapt? Hoeveel kamers moeten er tot 2011 extra worden gerealiseerd om dit streven te halen? Welke kosten zijn daarmee gemoeid?* 13

Privacy is een belangrijk kwaliteitselement van wonen. Vooral voor die mensen die in een verpleeghuis wonen. Zoals ik uw Kamer eerder heb toegezegd (TK 2006-2007, 30800XVI, nr.146) wil ik dat iedere bewoner die in een zorghuis verblijft in 2010 de keuze heeft om in een éénpersoonskamer te wonen.

Dit vraagt een intensief traject om plaatsen op kamers voor meer dan twee personen naar nul af te bouwen. Een beperkte hoeveelheid tweepersoonskamers zal nodig blijven, omdat mensen bijvoorbeeld samen met hun partner willen wonen of omdat ze, vanwege het ziektebeeld, het angstig vinden alleen op een kamer te zijn.

Ik heb een intensief uitvoerings-en monitorprogramma opgestart met als doel dat ultimo 2010 zorghuizen niet meer beschikken over kamers voor meer dan tweepersonen. Hierbij zijn ook het College bouwzorginstellingen (CBZ) en waarnodig de zorgkantoren betrokken. Verreweg het grootste deel van de tweepersoonskamers zal dan in 2010 splitsbaar zijn.

Al enkele jaren zijn de zorghuizen op de hoogte van het streven om cliënten gezamenlijk met niet meer dan één andere cliënt op één kamer te huisvesten. Om er voor te zorgen dat die zorghuizen daadwerkelijk een kwaliteitsslag maken, is er extra geld uitgetrokken om een en ander nog dit decennium te realiseren. Als ultiem middel kan ik aan de toelating van deze instellingen een voorschrift verbinden dat deze doelstelling eind 2010 moet zijn bereikt. Als zij deze doelstelling niet halen kan ik overwegen de toelating voor deze plaatsen in te trekken.

Op korte termijn zal ik uw Kamer informeren over de voortgang van de afbouw van meer-persoonskamers. In deze voortgangsrapportage zal ik ook opnemen hoeveel kamers er extra moeten gerealiseerd en welke kosten hiermee gemoeid zijn.

- 67 *Welke garantie is er dat er meer uren aan directe zorgverlening worden besteed? Hoe14 wordt de juiste balans tussen de handen aan het bed en sturing en organisatie door het management gemeten?*

Conform het rapport van de NZa (voorheen Ctg) over doelmatigheid in verpleeghuizen stelt het kabinet structureel extra middelen beschikbaar voor de zorghuissector: €250 miljoen. Daaraan verbindt het kabinet de voorwaarde dat deze extra investering ook daadwerkelijk tot meer handen aan het bed leidt. Met de NZa ben ik in overleg om te kijken hoe we dit concreet vorm kunnen geven. Daarbij streven we ernaar om met een lage administratieve last eenvoudig inzichtelijk te kunnen maken dat extra uren aan het bed gerealiseerd worden. Dit betekent dat

middelen als voorschot beschikbaar kunnen worden gesteld en bij nacalculatie het definitieve bedrag wordt bepaald afhankelijk van de gerealiseerde prestatie.

- 68 *Hoe zijn persoonlijke ervaringen van cliënten (consumer quality index) meetbaar?* 14

Persoonlijke (subjectieve) ervaringen kunnen door middel van de Consumer Quality Index (CQ-index) omgezet worden in een objectief oordeel over de ervaringen van cliënten van een bepaalde instelling. De CQ-index is een gestandaardiseerd meetinstrument dat specifiek vraagt naar ervaring van cliënten met zorg(verleners). De index omvat een set afspraken over wijze waarop de CQ-vragenlijst tot stand komt, de wijze waarop de vragenlijst gemeten moet worden (waaronder afspraken over steekproeftrekking) en de wijze waarop gegevens openbaar gemaakt moeten worden. Bij de ontwikkeling van CQ-vragenlijsten zijn cliënten en patiënten betrokken. In december 2006 is het Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Dit centrum beheert de CQ-index. Het centrum heeft een commissie Klantperspectief die de inbreng en het perspectief van patiënten en cliënten borgt.

- 69 *Via kiesbeter.nl wordt een gedeelte van de kwaliteit van ziekenhuizen inzichtelijker gemaakt voor patiënten. Daarnaast lijkt er momenteel bij ziekenhuizen sprake te zijn van een 'financiële black-box', een groot gedeelte van de activiteiten die een ziekenhuis ontplooit zijn niet inzichtelijk. Zal het EPD zoals dat nu opgezet wordt, leiden tot meer inzicht in deze 'black-box' en daardoor tot besparingen kunnen leiden? Kan de minister bevestigen dat, als er geen sturing geven wordt aan medisch inhoudelijke besluitvormingsprocessen, de kosten van de zorg structureel uit de hand blijven lopen?* 14

De invoering van DBCs is mede bedoeld om voor instellingen zelf transparant te maken welke zorg ze leveren tegen welke kosten. Ten behoeve van de landelijke DBC-ontwikkeling is in 2004 een kostprijsmodel DBCs vastgesteld. Veel ziekenhuizen zijn inmiddels in staat om kostprijzen per DBC te berekenen. Er zijn helaas nog wel enkele uitzonderingen, maar van een 'black box' is in veel ziekenhuizen geen sprake meer. De opzet van het landelijk EPD is niet gericht op het vergroten van de financiële transparantie, maar op het betrouwbaar kunnen uitwisselen van patiëntinformatie, waardoor veiligheid en kwaliteit kan toenemen.

- 70 *Gesteld wordt dat het verbeteren van de veiligheid in de zorg voor ons de hoogste prioriteit heeft. Hier wordt alleen gesproken over de veiligheid voor de patiënt. Kan aangegeven worden waarom er geen financiële middelen ter beschikking worden gesteld voor de veiligheid van de hulpverlener?* 14

Er is de laatste jaren door VWS, SZW en door zorginstellingen geïnvesteerd in goed arbeidsomstandighedenbeleid en beleid gericht op het reduceren van ziekteverzuim. Het is belangrijk dat werkgevers daarmee doorgaan, vooral ook in een krappere wordende arbeidsmarkt. Via het project ergocoaches ([www.ergocoaches.nl](http://www.ergocoaches.nl)) van SZW levert VWS hieraan ook een bijdrage. Vanuit het programma Veilige Publieke Taak van BZK wordt extra inzet van zorginstellingen met een publieke taak op het gebied van het tegengaan van agressie en geweld aanvullend gefaciliteerd.

- 71 *Op welke wijze gaat de regering erop toezien dat de extra financiële ruimte die aan zorginstellingen geboden wordt aan directe zorgverlening zal worden besteed?* 14

Zie antwoord op vraag 67.

- 72 *Kan de regering een tijdpad aangeven hoe zij het uiteindelijke doel van een volledig transparant beeld van de zorg op kiesbeter in 2011 denkt te bereiken?* 14



In mijn brief "Koers op kwaliteit" die ik aan de TK heb gezonden (TK, 28439, nr 98) heb ik mijn ambities beschreven ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Belangrijke voorwaarde om de kwaliteit van zorg goed te kunnen beoordelen is dat die kwaliteit meetbaar en zichtbaar is. Daarvoor wil ik zo snel mogelijk betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie en inzicht in klantervaringen beschikbaar krijgen. Uitgangspunt hierbij is dat de veldpartijen zelf voor transparantie zorgen. Per sector zijn stuurgroepen opgezet die de vaart erin moeten houden. Ik heb met de Inspectie voor de Gezondheidszorg afspraken gemaakt om hierover regie te voeren. Daartoe heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een projectorganisatie opgezet.

Daarbij houden wij voor onderstaande sectoren de volgende tijdpaden voor ogen:

De instellingen in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg zullen vanaf 2007 op basis van de indicatoren verantwoorde zorg verantwoording afleggen over de geleverde zorgprestaties. De verantwoording zal in 2008 in het jaardocument maatschappelijke verantwoording opgenomen zijn. In hetzelfde jaar komt de informatie ook beschikbaar op de website [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Het gaat hierbij niet alleen om medische indicatoren maar ook om de geobjectiveerde ervaringen van cliënten op basis van de landelijke meetstandaard, de CQ-index (Consumer Quality Index).

De gehandicaptensector volgt een jaar later. De instellingen in deze sectoren leggen vanaf 2009 op basis van de indicatoren verantwoorde zorg en de CQ-index verantwoording af over de geleverde zorgprestaties. De indicatoren voor de gehandicaptenzorg zijn dit jaar (vooralsnog nog in concept) vastgesteld en worden het komende jaar via pilots getest. In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is eind 2006 een eerste set indicatoren vastgesteld. Een deel daarvan moet nog verder ontwikkeld worden. Instellingen in deze sector zullen in 2007 alvast rapporteren over de resultaten van 18 indicatoren uit de basisset in hun jaardocument maatschappelijke verantwoording.

Voor tachtig aandoeningen in de medisch specialistische zorg (zoals hartfalen, COPD, hernia en borstkanker) wordt tussen nu en 2011 de kwaliteit - dat wil zeggen de veiligheid, de effectiviteit en de patiëntgerichtheid - zichtbaar. Daarmee zal in 2011 ongeveer 80% van de planbare zorg in het ziekenhuis transparant zijn. Tussen 2007 en 2011 komt stapsgewijs de kwaliteit van de ziekenhuiszorg op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl) en in het jaardocument maatschappelijke verantwoording in beeld. Op 12 juni 2007 hebben partijen deze afspraken vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst en aan VWS aangeboden.

Voor de huisartsen en tandzorg zijn bestuurlijke afspraken over het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit nog in voorbereiding. Ook voor de overige zorgsectoren komen er snel vergelijkbare resultaten. Zo zal vanaf 2008 het toezicht op de collectieve preventie op basis van indicatoren plaatsvinden en zullen in 2009 de eerste resultaten voor de revalidatie op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl) komen.

- 73 *Kan de regering met een tijdpad aangeven hoe de halvering van het aantal vermijdbare doden (in 2011 t.o.v. 2006) per jaar verloopt?* 14

Het streven is er op gericht om de vermijdbare schade, inclusief de vermijdbare doden, in de ziekenhuizen in vijf jaar te halveren. De effecten van de gekozen aanpak en de maatregelen welke zijn en worden genomen worden pas in de loop van de tijd duidelijk, omdat het enige tijd duurt voor de effecten van de interventies zichtbaar worden. Om deze reden is er vanaf gezien tussendoelen vast te stellen.

- 74 *Zorginstellingen krijgen de ruimte om 5 tot 6 duizend extra medewerkers aan te trekken. Is dat voldoende? Zo ja, waarop baseert u dat?* 14

In het NZa (toen nog CTG) rapport over doelmatigheid in de verpleeghuissector is aangegeven dat er een investering nodig is om de hoeveelheid geïndiceerde zorg te kunnen leveren van een voldoende kwaliteit. Dit kabinet stelt structureel €250 mln voor de zorghuissector beschikbaar. Daaraan verbindt het wel de voorwaarde dat deze extra investering ook daadwerkelijk tot meer handen aan het bed leidt. In het beschikbaar stellen van de middelen zit geen fasering. Het bedrag van € 250 mln. is hiervoor vertaald in voltijds eenheden verplegend en verzorgend personeel: 5000 tot 6000 extra mensen. Het inhuren van extra menskracht is echter niet de enige wijze waarop meer uren aan het bed gerealiseerd kan worden. Dat kan ook door bestaande processen bijvoorbeeld anders in te richten waardoor zittende medewerkers slimmer kunnen werken en meer kunnen doen waarvoor ze zijn opgeleid, feitelijke zorg verlenen.

Daarnaast pleeg ik extra inspanningen om meer mensen voor de zorg te werven en te behouden. Onze arbeidsmarktbrief, die u binnenkort zult ontvangen, zal hier nader op in gaan.

- 75 *Er zouden goede resultaten geboekt zijn bij het voorkomen van ondervoeding. Wat zijn die resultaten concreet? Hoeveel mensen (concrete aantallen) die afhankelijk zijn van zorg waren er in 2007 ten opzichte van 2006 in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg ondervoed? Kan een afzonderlijke specificatie worden gegeven? Hoeveel kilocalorieën bevat een daghoeveelheid voeding in een ziekenhuis dan wel verpleeg- of verzorgingshuis? Ligt dat tussen de 1200 en 1300 kilocalorieën?* 14

Eten&drinken is een belangrijk thema binnen het kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter. In dit programma hebben 70 zorginstellingen tot nu toe meegedaan aan een verbetertraject eten&drinken. De resultaten van deze instellingen lieten zien dat de prevalentie van ondervoeding met een dergelijk plan van aanpak met 6% daalt. De belangstelling voor dit thema is zeer groot, in een volgende ronde zal Zorg voor Beter dan ook verbetertrajecten voor groepen van 100 instellingen aanbieden. Zorg voor Beter werkt voor verpleging en verzorging, thuiszorg, ggz en gehandicaptenzorg. De landelijke prevalentie meting zorg (LPZ) 2007 heeft het volgende laten zien: de prevalentie van ondervoeding is in de ziekenhuizen gedaald van 25% in 2006 naar 17% in 2007. In de verpleeg - en verzorgingshuizen is ondervoeding gedaald van 26% en 30% naar resp. 24% en 27%. In de thuiszorg is de ondervoeding in 2007 19%, in 2006 was deze 23%. Kortom, in alle sectoren is sprake van een daling.

Het aantal kilocalorieën in een maaltijd is gestoeld op de richtlijn 'goede voeding' van het voedingscentrum. Recent is er een onderzoek gedaan naar de maaltijden die zorginstellingen aan huis bij ouderen leveren door de consumentenbond. Uit onderzoek blijkt dat deze maaltijden voldoen aan het aantal calorieën, namelijk tussen 350 en 700 kilocalorieën per hoofdgerecht.

- 76 *Kan de regering bevestigen dat een EPD dat gericht is op ondersteuning en registratie van besluitvorming een ander EPD is dan een papieren patiëntendossier dat omgezet is in elektronische vorm, en dat het derhalve om twee verschillende zaken gaat, waarbij een EPD gericht op besluitvorming wel kan registeren en de gegevens die geregistreerd worden daarbij (slechts) gedeeltelijk overlappen?* 15

In alle gevallen dient zowel een papieren als een elektronisch patiëntendossier de ondersteuning van de directe zorgverlening. De functionaliteit van het landelijke EPD is gericht op gegevensuitwisseling. Het doel van het landelijke EPD is om informatie te delen met zorgverleners die bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn om kwalitatief verantwoorde zorg te bieden en vermijdbare medicatiefouten en onnodig

dubbelonderzoek te voorkomen. De beroepsgroepen bepalen welke informatie relevant is om te delen.

- 77 *Het is de bedoeling dat invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) de kwaliteit en de veiligheid van de zorg verbetert. Momenteel lijkt er alleen aandacht te zijn voor de zgn. registratiefunctie van een EPD. Er kan echter veel meer. Door methodische verslaglegging waaronder registratie van behandelingsresultaten kunnen effecten van behandeling daadwerkelijk worden getoetst. Hierdoor komt men tot betere zorg. Dit wordt ook wel dual use genoemd. Er zijn momenteel systemen op de markt die dit mogelijk maken. Waarom wordt in het 'Nationale EPD' momenteel niet voorzien in een verplichte dual use?* 15

De functionaliteit van het landelijke EPD gaat verder dan alleen elektronische vastlegging en is gericht op gegevensuitwisseling tussen zorgverleners ter ondersteuning van de directe zorgverlening. Het doel van het landelijke EPD is om relevante informatie beschikbaar te stellen voor zorgverleners die bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn. Het landelijk EPD is daarmee gericht op kwaliteitsverbetering en dient zowel vermijdbare medicatiefouten als onnodig dubbel onderzoek te voorkomen.

De inhoud (content en semantiek) van het landelijk EPD is gestandaardiseerd, maakt gebruik van classificatiesystemen en is gebaseerd op richtlijnen van de beroepsgroepen. In verband met privacy-aspecten wordt de inhoud van de landelijke elektronische patiënten dossiers als zodanig niet in directe zin gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek.

- 78 *Is de lat met het op handen zijnde EPD wel hoog genoeg gelegd? In hoeverre wordt hiermee eigenlijk een bijdrage geleverd aan 'meer kwaliteit in de zorg'? Wil de regering met de invoering van een landelijk EPD gebruik maken van de kansen die ICT biedt en daarmee het zorgproces fundamenteel beïnvloeden of is het EPD bedoeld als een elektronische vervanging van het papieren patiëntendossier? Kan de regering garanderen dat het EPD in 2009 zal worden ingevoerd zonder dat er zaken uit het EPD worden weggelaten?* 15

De lat ligt erg hoog. De functionaliteit van het EPD is gericht op gegevensuitwisseling ter ondersteuning van de directe zorgverlening. Het doel van het EPD is om informatie te delen tussen zorgverleners die bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn en kwalitatief verantwoorde zorg te bieden en vermijdbare medicatiefouten en onnodig dubbelonderzoek te voorkomen. Dat is noodzakelijke kwaliteitswinst. Gestart wordt met de implementatie van waarneemdossier huisartsen (WDH) en het e-medicatiedossier (EMD). De regering streeft naar landelijke dekking in 2009. Tevens wordt het EPD verder uitgebreid met e-spoed, e-diabetes, e-lab en toegang van de patiënt tot zijn eigen dossier.

- 79 *Kunt u kwantificeren in welke mate innovatie leidt tot het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector? Waarop baseert u uw mening dat met minder mensen betere zorg kan worden geleverd?* 15

Uit onderzoek en in de praktijk is gebleken dat door te innoveren een verbetering in de kwaliteit van zorgverlening en een verbetering in de manier waarop personeel wordt ingezet hand in hand kunnen gaan. Het gaat hierbij dan niet alleen om productinnovaties maar ook om procesinnovaties. Voorbeelden hiervan zijn: verbeterde logistieke processen, het toepassen van 'domotica' en andere werkmethodes. Ook in de programma's 'Zorg voor Beter' en 'Sneller Beter' zijn op verschillende terreinen voorbeelden van innovaties geïdentificeerd en verspreid waaruit is gebleken dat de kwaliteit van zorgverlening en een goede personele inzet

gezamenlijk kunnen worden verbeterd. Om het effect van innovaties op de arbeidsinzet ook kwantitatief beter in kaart te krijgen is in samenwerking met TNO een meetinstrument arbeidsinnovatie ontwikkeld. Momenteel wordt dit meetinstrument in de praktijk toegepast en worden de eerste gegevens verzameld.

- 80 *Hoe denkt de regering zorgaanbieders tot innovatie en het ontwikkelen van vernieuwende producten te prikkelen, als zij door de zorgklem gedwongen worden hun eigen vermogen alleen aan te wenden voor directe zorg?* 15

Mijn beleid is erop gericht om instellingen meer vrijheid en eigen verantwoordelijkheid te geven met betrekking tot hun vastgoed en vermogensopbouw. Deze grotere vrijheid voor instellingen roept wel de noodzaak op om te bepalen binnen welke kaders het huidige vermogen mag worden aangewend. Met de beleidsregels wil ik zeker stellen dat de waarde van het onroerende goed van zorginstellingen ook in de toekomst wordt aangewend voor de zorg en dus niet een andere bestemming krijgt. Dat betekent dat zolang een zorginstelling zijn onroerend goed niet van de hand doet en dit blijft gebruiken voor het verlenen van zorg, de instelling geen 'last' heeft van de beleidsregel: de waarde van het onroerend goed wordt dan immers aangewend voor de zorg. Wanneer een instelling besluit onroerende zaken van de hand te doen dan genereert dat een opbrengst. De beleidsregels willen zeker stellen dat de instelling die opbrengst wederom aan zorg besteedt en niet aan iets anders.

Het begrip zorg is breder dan alleen de fysieke zorg die ene patiënt of cliënt ontvangt. Ook bijvoorbeeld het aflossen van een schuld, het treffen van een reservering voor toekomstige aankopen of innovatie of het bekostigen van een opknapbeurt van het ziekenhuis of het verpleeghuis wordt hieronder verstaan. Ook versterking van het eigen vermogen is toegestaan, waardoor de solvabiliteit kan verbeteren. Een ziekenhuis mag de opbrengst van een vastgoedtransactie ook gebruiken om te investeren in andere sectoren van zorg, zoals de sector verpleging en verzorging.

De beleidsregel zal innovatie dus niet verhinderen omdat aanwending van opbrengsten uit de verkoop van onroerend goed kunnen worden aangewend aan innovatie binnen de zorg.

- 81 *Hoe komt de regering tot de bewering dat technologische ontwikkeling een oorzaak is van de groei naar zorg? Op welke cijfers baseert dit kabinet deze bewering? Zijn daarbij door de regering ook de technologische ontwikkelingen meegenomen die leiden tot een hogere arbeidsproductiviteit?* 15

Het CPB heeft in verschillende recente publicaties (onder andere 'Een scenario van de zorguitgaven 2008-2011', CPB document 121) aangegeven dat een belangrijk deel van de groei van de BKZ- uitgaven is terug te voeren op het accommoderen van nieuwe technologie (incl. arbeidsbesparende technologie).

- 82 *Diverse technologische toepassingen (domotica) kunnen eraan bijdragen dat mensen langer thuis kunnen wonen en tegelijkertijd arbeid besparen. Kunt u hier een aantal concrete voorbeelden van geven?* 15

De ontwikkelingen op het terrein van woonhuisautomatisering (domotica) gaan snel. Dit is ook de reden dat er in diverse programma's onderzoek wordt gedaan naar de mogelijkheden en toepassingen waarbij de zelfstandigheid van cliënten en de inzet van personeel expliciet onder de aandacht staan. Voorbeelden daarvan zijn onder andere:

1) Bij psychogeriatrisch geïndiceerde cliënten, wonend in een kleinschalige woonunit, wordt onderzoek gedaan of het toepassen van diverse sensoren (dwaaldetectie, camerabewaking, elektronische deuropening etc.) een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorgverlening (minder dwaalneigingen) en het gevoel van zekerheid van de cliënt. Tevens wordt in dit onderzoek gekeken naar wat de personele effecten zijn en hoe het zorgverleningsproces het beste kan worden ingericht. De eerste resultaten op dit gebied zijn veelbelovend.

2) Door het toepassen van elektronische deuropeners kan, vooral in de thuiszorg, beter worden gewerkt omdat een centrale sleutelpost overbodig wordt. Hiermee wordt veel tijd bespaard.

3) Door het toepassen van "screen to screen" technologie kan zorg op afstand worden verleend waardoor de fysieke aanwezigheid van de zorgverlener niet in alle gevallen meer nodig is. Hierdoor kan een zorgvraag sneller worden beantwoord, het personeel op afstand worden ingezet waardoor reistijd kan worden bespaard en het geeft een hoger veiligheidsgevoel bij de cliënt.

- 83 *Welk deel van de groei van de zorg wordt veroorzaakt door technologische ontwikkelingen, welk deel door het langer leven van ouderen en welk deel door het gegeven dat er steeds meer ouderen komen? Kan een onderverdeling worden gegeven?* 15

De volumegroei van de zorg wordt voor ruim 25% veroorzaakt door demografische ontwikkelingen. Hiervan wordt een kwart bepaald door een stijging van de bevolkingsgroei, welke mede wordt veroorzaakt doordat ouderen langer leven. De andere driekwart wordt veroorzaakt doordat het aandeel ouderen in de totale populatie toeneemt.

De overige 75% van de volumegroei wordt onder andere veroorzaakt door technologische vooruitgang, kwalitatief betere zorg, meer zorgvraag door stijging van de welvaart en sociaal-culturele trends. De geprognostiseerde volumegroei is gebaseerd op de bekostiging van de zorg. Ondanks dat er zo goed mogelijk wordt aangesloten bij de financiering (bv. via DBC's) is het exacte aandeel van de volumegroei dat wordt veroorzaakt door technologische ontwikkelingen niet bekend. Zie ook het antwoord op vraag 81.

- 84 *Hoe wordt, vooruitlopend op de arbeidsmarktbrief, het knelpunt dat zich, zonder verdere stijging van de arbeidsproductiviteit, met name bij verzorgenden zal voordoen, aangepakt? Wat zijn, naast financiële middelen, de maatregelen ten aanzien van stageplaatsen?* 16

Wat stageplaatsen betreft zetten wij in op een kwantitatieve en kwalitatieve verbetering door middel van een stagefonds en het faciliteren van regionale samenwerking tussen zorginstellingen, onderwijsinstellingen en lokale overheden. In de arbeidsmarktbrief zorgsector 2007, die wij u vóór de begrotingsbehandeling doen toekomen, gaan wij hier verder op in.

- 85 *Wordt in de arbeidsmarktbrief naast het werven van jongeren, allochtonen, werklozen en herintreders ook een gerichte poging gedaan meer mannen in de zorg aan het werk te krijgen?* 16

Het arbeidsmarktbeleid kent een palet aan maatregelen, waarbij de te verwachten effectiviteit bepaalt in welke mate wordt ingezet op een onderwerp of doelgroep.

In 2003 is in opdracht van VWS door Prismant onderzoek gedaan naar de vraag of het aantal mannen in zorg en welzijn toe- of afnam (F. van der Velde en W. van der

Windt, 2003: *Mannen in de verpleging: toeloop of terugloop?* Utrecht: Prismant). De conclusie was dat het aandeel van de mannen terugliep. Het aantal mannen was weliswaar toegenomen, maar de toename van het aantal vrouwen was sterker.

Het op grote schaal werven van mannen in de zorg vergt een sociaal-culturele omslag, die op korte termijn niet gerealiseerd kan worden. Dit neemt niet weg dat we ons hiervoor gaan inspannen en dat ten aanzien van jongeren de voorlichting over zorgberoepen op scholen zo ingericht kan worden dat de technische aspecten (welke jongens over het algemeen meer aanspreken) meer benadrukt worden. Daarbij biedt de introductie van maatschappelijke stages nadrukkelijk ook kansen om jongens voor werken in de zorg te interesseren.

- 86 *Op welke manier wil het kabinet invulling geven aan haar rol bij de werving van mensen voor de zorg? Is het kabinet voornemens zich vooral te richten op mensen die nog niet aan de arbeidsmarkt deelnemen? Zo nee, wat zijn dan de arbeidsmarktgevolgen van deze wervingsacties op de andere sectoren van de Nederlandse economie?* 16

Het arbeidsmarktbeleid in de zorgsector is net als in andere sectoren primair de verantwoordelijkheid van werkgevers. De benodigde groei aan personeel in de zorg vereist echter inspanningen van alle partijen (sociale partners en het kabinet) op meer sporen. Alleen richten op de mensen die nu nog niet aan de arbeidsmarkt deelnemen is niet voldoende. Ook andere groepen moeten geworven worden. In de arbeidsmarktbrief zorg 2007 welke wij u vóór de begrotingsbehandeling toezenden, wordt nader ingegaan op welke wijze wij hieraan invulling geven.

- 87 *In 2006 was 14 procent van de beroepsbevolking werkzaam in de zorg, dit betreft 1,2 miljoen arbeidsplaatsen. Het aandeel op de arbeidsmarkt kan stijgen tot 20 procent. Over welk jaartal gaat het hier? Over hoeveel arbeidsplaatsen spreken we dan?* 16

In 2006 waren er in de zorgsector circa 1 miljoen werkzame personen en in de welzijnssector 200.000. Als we niets doen zal een groei van de zorgvraag van 2,5% per jaar betekenen dat er in 2020 circa 500.000 werkzame personen meer nodig zijn voor de zorg.

- 88 *Hoe wordt gestimuleerd dat deeltijdwerkers langer gaan werken?* 16

Het kabinet neemt een aantal generieke maatregelen zoals het uitbreiden van kinderopvang, de inkomensafhankelijke combinatiekorting en het verbeteren van de regeling voor ouderschapsverlof. Dit soort maatregelen kan voor vrouwen betekenen dat ze meer uren in de zorg gaan werken.

Daarnaast kijken we specifiek voor de zorgsector in hoeverre en op welke manier zorgmedewerkers die in deeltijd werken gestimuleerd kunnen worden om meer uren te gaan werken. Dit doen wij in samenspraak met de Taskforce Deeltijd Plus van het ministerie van SZW en de sociale partners. De praktijk van de afgelopen jaren heeft laten zien dat het niet eenvoudig is, omdat veel deeltijders een uitdrukkelijke wens hebben om in deeltijd te werken. Tegelijkertijd blijkt dat ook zorgwerkgevers vanwege roostertechnische redenen nogal eens de voorkeur geven aan deeltijders. Toch zijn er ook voorbeelden van zorgwerkgevers met een hogere gemiddelde omvang van de werkweek van hun werknemers. Het gaat er dan om deze mogelijkheden te achterhalen en indien relevant te verspreiden.

- 89 *Is de € 1 mln. die uitgetrokken wordt voor proefprojecten om lager opgeleiden te werven voor de zorg niet veel te weinig? Hoeveel banen gaan deze projecten opleveren naar verwachting?* 17

De beschikbare middelen voor de regionale proefprojecten betreffen de organisatiekosten. Voor de duurzaamheid van de gekozen opzet dienen de middelen voor werving, arbeidstoeleiding, scholing en begeleiding uit de reguliere bestaande middelen van de WWB-budgetten van gemeenten, SUWI-partners en zorginstellingen zelf te komen.

Het doel van de projecten is om meer werkenden naar de zorg toe te leiden, om de doorstroom van zittend personeel naar niveau 3 (verzorgende op MBO-niveau) binnen zorginstellingen te bevorderen en om de maatschappelijke participatie te bevorderen.

- 90 *Is de regering van plan in het preventiebeleid maatregelen op te nemen om het vroegtijdig herkennen en behandelen van ondervoeding in de eerstelijnsgezondheidszorg en de thuiszorg te bevorderen?* 17

In de visie op gezondheid en preventie wijst het kabinet er op dat meer aandacht voor het probleem van ondervoeding in de tweede en derde lijn, en na behandeling, veel onnodige ziektelast kan voorkomen. De eerste resultaten van betere screening op ondervoeding in ziekenhuizen en instellingen worden nu zichtbaar en zijn positief. Uit preventief oogpunt is het ook belangrijk om al een stap eerder ondervoeding te herkennen zodat een verminderde kwaliteit van leven, ziekte of ziekenhuisopname door ondervoeding wellicht voorkomen kan worden. Ik ga komend jaar onderzoeken hoe screening en diagnostisering van ondervoeding in de eerstelijnsgezondheidszorg en de thuiszorg bevorderd kan worden. In de voedingsnota die ik op dit moment aan het schrijven ben, zal ik nader ingaan op mijn aanpak hierin.

Daarnaast werken wij aan het terugdringen van de prevalentie van ondervoeding in de thuiszorg binnen het programma Zorg voor Beter.

- 91 *Op kiesbeter.nl worden geneesmiddelen op de kosten vergeleken en staan geen gegevens over effectiviteit of behaalde gezondheidsdoelen. Is de regering van plan om, in het kader van de transparantie van de kwaliteit, dit aan te passen?* 17

Een geneesmiddel toelaten tot de markt gebeurt op grond van de balans tussen werkzaamheid en schadelijkheid. Lang niet alle effecten van geneesmiddelen zijn bekend op het moment dat ze op de markt worden gebracht. Klinisch onderzoek heeft meestal betrekking op relatief kleine groepen (geselecteerde) patiënten. Naarmate een geneesmiddel langer op de markt is en onder niet-gecontroleerde omstandigheden gebruikt wordt door een brede patiëntengroep, worden meer effecten (ook nadelige) zichtbaar dan aanvankelijk waren geconstateerd. Ook zeldzame bijwerkingen worden pas zichtbaar wanneer grote groepen patiënten het geneesmiddel (langere tijd) gebruiken. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) ziet er op toe dat deze gegevens verzameld worden en opgenomen worden in de bijsluiters. De teksten op KiesBeter.nl zijn afgeleid van de bijsluiters en bevatten, uiteraard voor zover bekend en bewezen, informatie over werkzaamheid/effectiviteit en schadelijkheid. Deze informatie is derhalve ook via KiesBeter.nl beschikbaar.

- 92 *De regering wil voor het meten van kwaliteitskenmerken de CQ-index gaan gebruiken. Is de regering bereid om ook andere gezondheidsdoelen, zoals streefwaarden op cholesterol of glucose, te gaan gebruiken als indicator van de kwaliteit van zorg?* 17

Er worden drie soorten meetinstrumenten ingezet om tot één bron voor

kwaliteitsinformatie te komen die de geleverde kwaliteit van zorg en de verschillen in kwaliteit zichtbaar moeten maken.

de CQ-index-meetinstrumenten om op gestandaardiseerde wijze de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart te brengen. Dit instrument laat zien wat cliënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg.

Vragenlijsten over de organisatie van de zorg van een specifieke aandoening/handicap, die voor de cliënt belangrijk is bij de keuze voor een zorginstelling

Zorginhoudelijke indicatoren die informatie leveren over veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van de geleverde zorg met betrekking tot een specifieke aandoening/handicap.

Daar waar het meten van waarden van cholesterol of glucose de kwalitatieve prestaties van zorgaanbieders en de onderlinge verschillen bij een bepaalde aandoening/ handicap goed zichtbaar maken, kan dit zeker als indicator een goede maatstaf vormen. De inspectie voor de gezondheidszorg heeft de opdracht om door middel van het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit de diverse zorgsectoren te ondersteunen bij het meten en publiceren van de veiligheid, de effectiviteit en de klantgerichtheid in de zorg en het ontwikkelen van goede indicatoren daartoe.

- 93 *De regering beweert dat 40% van het politieoptreden in het weekeinde te maken heeft met drankmisbruik. Waar is dit cijfer op gebaseerd? Wordt in alle gevallen van politieoptreden geregistreerd of er alcohol in het spel is?* 17

Het gaat hier om een schatting, gebaseerd op buitenlands onderzoek\*. Tot voor kort werd door de politie niet systematisch geregistreerd of er sprake was van drankmisbruik. Het afgelopen half jaar zijn drie pilots uitgevoerd (in Schouwen-Duiveland, Renkum-Wageningen en IJsselland) waarbij de politie bij geweldszaken wel registreerde of er alcohol of drugs in het spel is. Begin volgend jaar besluit justitie of er een landelijke registratie moet komen.

\* Greenfield, L.A. Alcohol and crime. US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

- 94 *De regering wil gemeenten de mogelijkheid geven de leeftijdsgrens voor alcoholverkoop onder jongeren te verhogen van 16 naar 18 jaar. Is daarvoor wijziging van de Drank- en horecawet nodig? Zo ja, wanneer kan de Kamer hierover een voorstel verwachten? Is geïnventariseerd wat dit voorstel voor gevolgen zal hebben voor alle landelijke campagnes, trainingen van personeel etc..? Zo ja, om welke gevolgen gaat dit?* 17

De gemeenten kunnen alleen middels een wijziging van de Drank- en Horecawet de bevoegdheid krijgen de leeftijdsgrens voor alcoholverkoop te verhogen naar 18 jaar, zo is opgenomen in het Beleidsprogramma van dit kabinet (punt 55). Dit kabinetsvoornemen zal opgenomen worden in de Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid en meegenomen worden in de wetwijziging die in de eerste helft van 2009 aan de Tweede Kamer kan worden aangeboden. De leeftijdsgrens is nu al 16 jaar. Daarvoor moeten alcoholverkopende winkeliers het eigen personeel instrueren en dat is ook hun verantwoordelijkheid. Als de gemeente - conform de beleidsvoornemens daartoe bevoegd - de grens van 16 jaar op 18 jaar stelt vraagt dit alleen nadere instructie van het personeel.

- 95 *Waarom ziet de regering het als haar specifieke taak om gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen weg te werken? Vindt de regering niet dat gezondheid primair de verantwoordelijkheid is van het individu?* 18



De gezondheidsverschillen in Nederland zijn al jaren onveranderd groot. Lager opgeleide mannen en vrouwen gaan gemiddeld respectievelijk 4,9 en 2,6 jaar eerder dood en leven gemiddeld 15 jaar in minder goede gezondheid dan mensen met een hoge sociaal economische status.

De regering ziet het als haar taak om deze gezondheidsverschillen te verminderen omdat:

het gaat om gezondheidsproblemen bij kwetsbare groepen: mensen met een lage sociaal-economische status, allochtonen en bewoners van achterstandswijken. De regering vindt dat de overheid een taak heeft om juist kwetsbare groepen waar mogelijk te beschermen.

het veel gezondheidswinst op populatieniveau oplevert als de gezondheid van mensen met een lage sociaal economische status verbetert. Het gaat om een relatief grote groep in Nederland met aanzienlijke gezondheidsachterstanden. Met het verbeteren van de gezondheid van deze groep kan de gemiddelde gezondheid van Nederlanders aanzienlijk stijgen.

Uiteraard hebben mensen een eigen verantwoordelijkheid wat betreft een gezonde leefstijl. Maar de gezondheidsproblemen van deze groepen worden voor een belangrijk deel veroorzaakt door factoren waar ze geen of weinig invloed op hebben. Ze wonen en werken bijvoorbeeld vaker in een ongezondere omgeving, zijn omringd door mensen met een ongezondere leefstijl. Gezondheidsachterstanden zijn ook deels terug te voeren op verschillen in opleiding, inkomen en andere sociaal-economische hulpbronnen.

- 96 *Op welke wijze wil de regering ervoor zorgen dat ouderen een belangrijke rol gaan spelen binnen welzijnswerk?* 19

De regering stimuleert onder meer door de versterking van de lokale ondersteuning van vrijwilligerswerk dat ook ouderen een belangrijke rol kunnen gaan spelen in het welzijnswerk.

Uw Kamer heeft onlangs een brief over dit onderwerp ontvangen (DMO/SSO-2800827 d.d. 9 oktober 2007)

- 97 *Wanneer gaat de taakgroep voor mantelzorgers en vrijwilligers van start?* 19

In de beleidsbrief "Voor elkaar" die ik onlangs naar de Tweede Kamer heb gestuurd wordt hierover het volgende vermeld.

"Onder werkgevers, werknemers en overheden bestaat overeenstemming over de noodzaak van een sterke groei van de arbeidsparticipatie. Dit is niet alleen nodig vanuit een financieel economisch en emancipatorisch perspectief, maar ook omdat er in de toekomst genoeg mensen moeten zijn die kiezen voor een betaalde baan in bijvoorbeeld de zorg. Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen die het volume en de betaalbaarheid van de zorg onder druk zetten. Een groter beroep op zelfredzaamheid en op onderlinge solidariteit, in de vorm van onder andere mantelzorg, is het gevolg. Voor de mantelzorger kan dit leiden tot overbelasting. Voor werkgevers kan dit leiden tot een toenemend verzuim en daardoor tot aanzienlijke kosten. Tijdens de participatietop van 27 juni 2007 is een groot aantal maatregelen besproken. Zo wordt door de Minister en Staatssecretaris van SZW onder meer de Taskforce Deeltijd Plus gestart. Deze taskforce gaat onderzoeken of en hoe het mogelijk is om de arbeidsparticipatie te verhogen. Hierbij komt ook mantelzorg aan de orde." Deze taskforce gaat op 1 januari a.s. van start.

Ook aan de implementatie van de andere onderdelen van de beleidsbrief "Voor elkaar" wordt gewerkt.

- 98 *Hoe wil dit kabinet voorkomen dat vrijwillige mantelzorg wordt vervangen door, met 19  
publiek geld betaalde, geïndiceerde ondersteuning? Voor welk bedrag zou er, bij  
ongewijzigde indicatiecriteria, van vrijwillige naar geïndiceerde zorg overgaan in  
2008? Welk bedrag zou dit, bij ongewijzigde indicatiecriteria, zijn voor 2011?*

Op 9 oktober jl. heb ik u een beleidsbrief gestuurd over mantelzorg en vrijwilligerswerk. In deze brief wordt een aantal speerpunten genoemd voor toekomstig beleid, die erop zijn gericht de positie van mantelzorgers te verstevigen. Deze voorstellen zijn niet alleen bedoeld om het de huidige mantelzorgers gemakkelijker te maken om het verlenen van mantelzorg met allerlei andere voor hen belangrijke zaken te combineren, maar ook om meer mensen in de gelegenheid te stellen deze zorg te gaan verlenen. De in de brief opgenomen maatregelen zijn er mede op gericht om te voorkomen dat mantelzorg wordt vervangen door professionele, geïndiceerde zorg.

- 99 *Naar welk budget wordt verwezen in de zin "Het beschikbare geld wordt ingezet 19  
voor ondersteuning, scholing of het regelen van respijtzorg"?*

Deze passage verwijst naar de beleidsbrief mantelzorg en vrijwilligerswerk, die u onlangs heeft ontvangen. In deze brief wordt aangegeven dat extra geld wordt uitgetrokken om de in de brief genoemde speerpunten te kunnen realiseren.

- 100 *Is het vasthouden aan de normen die verankerd zijn in nationale en internationale 20  
wetten en verdragen voldoende om alle toekomstige (bio)technologische  
ontwikkelingen te reguleren? Zo nee, hoe organiseert de regering dat de moraal en  
wetgeving in onze samenleving gelijk loopt met (bio)technologische ontwikkelingen?  
Op welke wijze wil dit Kabinet de samenleving inclusief de medisch ethisch  
wetenschappelijke voorhoede betrekken bij nieuwe ontwikkelingen die ethische  
vragen opwerpen?*

De normen die verankerd zijn in nationale en internationale wetten en verdragen zijn een kind van de tijd waarin zij zijn geformuleerd, en dat geldt vooral wanneer ze hun oorsprong vinden in nieuwe technologische mogelijkheden. Dat betekent ook dat soms - nationaal of internationaal - duidelijk kan worden dat een reële nieuwe (bio)technologische ontwikkeling het wenselijk of zelfs zonder meer noodzakelijk maakt deze normen, en bijgevolg de ook regelgeving waarin deze zijn 'vertaald', aan bijstelling te onderwerpen. Zeker op nationaal niveau zijn wetenschappelijke en maatschappelijke oordelen over de mate waarin bestaande normen en regelgeving voldoende houdbaar kunnen worden geacht, belangrijke ingrediënten voor de verdere besluitvorming, en eventueel ook voor de ambitie om een Nederlands besluit tot bijstelling ook in andere gremia, zoals de Europese Unie, in te brengen.

Voor wat betreft de beleidsterreinen waarvoor bewindslieden van VWS verantwoordelijk zijn, is het dikwijls zo dat bij de beoordeling van de mogelijkheden van nieuwe technologieën gebruikt gemaakt kan worden van door de Gezondheidsraad uitgebracht adviezen. Voordat de Gezondheidsraad een advies aanbiedt, is het concept daarvan zoals dat is opgesteld door een speciale commissie waarvan de leden in de meeste gevallen vooral medisch-technische deskundigen zijn, eerst ook besproken in de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht van de Gezondheidsraad. Daarvan mag naar mijn mening worden gesteld dat daarin ook een belangrijk deel van de medisch ethische wetenschappelijke voorhoede zitting heeft. In een definitief advies zullen de opmerkingen en signaleringen van de beraadsgroep vaak een plaats hebben gekregen. Een kabinetsstandpunt op een

advies zal dus al deels mede gebaseerd zijn op vroegtijdige medisch-wetenschappelijke inbreng. Uiteraard is het verstandig om steeds tijdig en zodra zinvol ook verder in de maatschappij de nodige ethische bespiegelingen te (laten) houden over de effecten van de mogelijkheden die nieuwe technologieën zouden gaan bieden. Ook de resultaten daarvan krijgen vaak - linksom of rechtsom - een plaats in het beleid waartoe uiteindelijk besloten wordt. Ervaringen die in het verleden zijn opgedaan hebben echter geleerd dat voorwaarden voor een zinvolle discussie over (een mogelijke toepassing van) een bepaalde nieuwe technologie zijn a) dat de betekenis daarvan voor de deelnemers toch al voldoende helder is en liefst zo veel mogelijke gerelateerd aan de eigen belevingswereld, en b) dat voldoende objectieve informatie beschikbaar is.

- 101 *Waarom kiest de regering ervoor om het Programma Erfgoed van de Oorlog alleen te 21 richten op WO II? Waarom is er niet voor gekozen andere conflict- en oorlogsherinneringen in het programma op te nemen?*

De regering is tot het programma Erfgoed van de Oorlog gekomen vanuit een aantal overwegingen. Ten eerste 'leeft' de Tweede Wereldoorlog binnen de Nederlandse samenleving nog in sterke mate. Het feit dat de Tweede Wereldoorlog in twee vensters van de canon van de Nederlandse Geschiedenis is opgenomen, illustreert het belang dat aan deze periode gehecht wordt. De regering onderkent het maatschappelijke belang van het behouden van historische bronnen over deze periode. Een tweede overweging waarom tot het programma Erfgoed van de Oorlog is besloten, is gelegen in het feit dat materiaal uit de oorlogsjaren zeer kwetsbaar is en de levensduur ervan veelal beperkt is. Daarnaast weten we dat de generatie Nederlanders die deze periode bewust heeft meegemaakt ons binnen afzienbare tijd zal ontvallen. Een extra inspanning is geboden om te voorkomen dat veel waardevol materiaal over WOII dat bij particulieren en lotgenoten- en belangenorganisaties in bezit is, op plekken terecht komt waar het niet goed beheerd kan worden. Tot slot realiseert de regering zich dat het gebruik van historische bronnen en materiaal belangrijk is én blijft voor educatie van jongeren en voor het kunnen uitvoeren van deugdelijk historisch onderzoek naar nieuwe vragen die uit de samenleving opkomen over deze bijzondere periode. De belangstelling van het publiek, de media en de wetenschap voor WOII blijft onverminderd groot.

De bovenstaande overwegingen hebben geleid tot het besluit van het kabinet het programma Erfgoed van de Oorlog op te zetten. Een eenmalige en extra impuls voor behoud en toegankelijkheid van het materieel en immaterieel erfgoed van de Tweede Wereldoorlog.

De genoemde overwegingen acht de regering niet in dezelfde mate van toepassing op andere conflicten en oorlogen waar Nederland een rol in heeft gespeeld. Dat betekent uiteraard niet dat de herinnering aan die conflicten van geen betekenis is.

- 102 *Is inmiddels de Enveloppe Participatie, Onderkant en Armoede, verdeeld en wat zijn 23 de consequenties voor de VWS-begroting?*

De Enveloppe Participatie, Onderkant en Armoede, bestaat uit meerdere onderdelen. De middelen voor het onderdeel maatschappelijke participatie, vrijwilligerswerk, maatschappelijke stages, oplopend van 5 miljoen in 2008 tot 30 miljoen euro in 2011 zullen door VWS en OCW gezamenlijk worden verdeeld over gemeenten. Over de nadere verdeling zal de Kamer nog worden geïnformeerd.

- 103 *De eerstelijns-ggz en de ambulante ggz, alsmede het eerste jaar van behandeling, 24 gaan per 1 januari over van de AWBZ naar de basisverzekering. Daarbij is de bedoeling dat in 2008 10 procent van het budget bestaat uit vrije ruimte, die door*

*zorgverzekeraars op de 'markt' kan worden ingekocht, en waarbinnen reguliere en nieuwe aanbieders kunnen concurreren op prijs en kwaliteit. Hoe moeten in dit verband de bedragen uit de tabel worden geïnterpreteerd – 2750 geneeskundige ggz door instellingen, 153 ggz door vrijevestigden? Welke rol speelt de post 'geneeskundige ggz onverdeeld' van € 67 mln.? Kan worden aangegeven hoe de tien procent in 2008 daadwerkelijk wordt bereikt?*

Van de hierboven genoemde tien procent vrije ruimte, dan wel negentig procent gegarandeerd budget, is geen sprake. Zorgverzekeraars bepalen slechts bij wie welke zorg wordt ingekocht, de tarieven van de DBC's voor GGZ liggen vast voor het klinisch deel en zijn gemaximeerd voor het ambulante deel.

Met ingang van het begrotingsjaar 2008 valt de curatieve ggz onder de ZVW en wordt daarmee opgenomen in artikel 42 van de VWS ontwerp-begroting. Totaal wordt de schadelast van zorgverzekeraars voor de geneeskundige ggz geraamd op circa € 3 mld. Deze € 3 mld. valt uiteen in curatieve ggz die geleverd wordt door instellingen (€ 2,75 mld) en curatieve ggz die geleverd wordt door vrijevestigde aanbieders (€ 153,5 mln). In de begroting worden beiden apart gepresenteerd.

Daarnaast is voor de *totale* curatieve ggz circa € 67 mln. aan groeiruumte geraamd. Deze groeiruumte wordt niet toebedeeld aan bepaalde aanbieders in de ggz. Het is aan de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders om afspraken te maken over de precieze besteding van die middelen.

- 104 *Is het waar dat de reguliere ggz-instellingen voor 2008 een budgetgarantie ontvangen van 90 procent van de omzet in 2007, waarbij deze 90 procent volledig tegen het maximumtarief Nza wordt afgerekend? Is het (technisch) mogelijk om reeds in 2008 een grotere stap te zetten, dus uit te komen op een hoger percentage vrije ruimte?* 24

Het is niet juist dat instellingen een budgetgarantie hebben. Men onderhandelt op basis van Nza-parameters (AWBZ). Daarbij komen zorgverzekeraar en instelling tot een totaal aan productieafspraken voor de betreffende instelling. Hierbij is de daadwerkelijk geleverde zorg uiteindelijk leidend en moet de zorgverzekeraar fiat geven voor meer productie. De DBC wordt gebruikt voor het declareren van de zorg. Er bestaat voor de instellingen een verrekentariaf dat het verschil tussen de AWBZ/NZa parameters (op basis waarvan in 2008 zorg wordt ingekocht) en de vaste DBC tarieven (op basis waarvan zorg wordt afgerekend) verrekend. Instellingen hebben geen volumegarantie (waardoor er eventueel een budgetgarantie zou ontstaan).

De eerstvolgende stap in de richting van meer concurrentie wordt vanaf 1 januari 2009 genomen. Daarvoor vraag ik bij de NZa een uitvoeringstoets aan.

Zie verder het antwoord op vraag 103.

- 105 *Wat is in dit verband uw reactie op het recente rapport van de Nza, de 'monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007 (25 september 2007), waaruit blijkt dat starters en kleinere aanbieders beduidend meer kortingen moeten geven aan zorgkantoren dan de top 5 van grote aanbieders om een marktaandeel te krijgen, alsmede dat budgetgaranties de historisch gegroeide marktwerking in stand dreigen te houden?* 24

De zorgkantoren zijn vrij in het contracteren van extramurale zorg. Er is immers geen contracteerplicht meer. Daarbij is wel van belang dat zorgkantoren geen onjuist gebruik maken van hun marktmacht. Daarom monitort de NZa de ontwikkelingen in de extramurale zorg.

De Nza constateert dat het kleine aanbieders lukt om tegen een lager tarief

zorgverlening aan te bieden. Zowel de NZa als het kabinet heeft dan ook als doelstelling om de mogelijkheid voor kleine zorgaanbieders om marktaandeel te verwerven te vergroten. In de richtlijnen van de zorgkantoren voor de zorginkoop 2008 is deze doelstelling opgenomen. Bedacht dient te worden dat echter ook andere elementen een rol spelen zoals minimum kwaliteitseisen en continuïteit in de zorgverlening. Zorgkantoren houden ook met deze aspecten rekening. Vooral de continuïteit in de zorgverlening speelt een belangrijke rol bij het gegeven dat de grote zorgverleners een groot marktaandeel houden. Het is immers onmogelijk dat de kleine zorgaanbieders volledig voorzien in de totale zorgvraag die inmiddels een grote omvang heeft aangenomen.

De monitoring door de NZa maakt het haar mogelijk om zonedig nadere activiteiten te ontplooiën indien de signalen daar aanleiding toe geven.

- 106 *Kan helder worden toegelicht wat in de komende begrotingsperiode per saldo het voordeel/nadeel is voor de care en cure als gevolg van volumegroei BZK, de enveloppemiddelen en de maatregelen?* 26

Onderstaande tabellen geven het saldo weer van volumegroei, enveloppemiddelen en maatregelen voor de care en cure. De bedragen geven de mutatie weer ten opzichte van 2007.

Care BKZ-uitgaven				
<i>bedragen in € miljoen</i>	2008	2009	2010	2011
Groeirimte AWBZ inclusief PGB's	539	1.130	1.746	2.419
Enveloppe Zorg	230	210	237	268
Maatregelen care	- 350	-630	-700	-795
Totaal	419	710	1.283	1.892

Toelichting:

De volumegroei die het kabinet voor de care beschikbaar heeft gesteld, is gebaseerd op CPB-analyses van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid (begroting VWS, pag. 169). Het genoemde bedrag bij enveloppe Zorg heeft betrekking op de middelen die onder het BKZ worden ingezet. Daarnaast wordt een deel van de middelen uit de enveloppe Zorg ingezet als begrotingsuitgaven (zie pag. 27-28). De toename van de uitgaven die per saldo optreedt, kan gerelateerd worden aan de omvang van de zorguitgaven care in 2008 van ca. € 20 miljard.

Cure BKZ-uitgaven				
<i>bedragen in € miljoen</i>	2008	2009	2010	2011
Groeirimte Cure	590	1.232	1.929	2.696
Enveloppe Zorg	-	-	-	-
Pakketuitbreiding	204	204	204	204
Maatregelen cure	-392	-408	-483	-633
Totaal	402	1.028	1.650	2.267

Toelichting:

De volumegroei staat gespecificeerd in de begroting VWS, pag. 169; het hierboven vermelde groeibedrag heeft betrekking op extramurale zorg, ziekenhuizen, medisch specialisten en overige curatief, ziekenvervoer, geneeskundige ggz en grensoverschrijdende zorg.

Wat de cure betreft worden enveloppemiddelen Zorg ingezet voor de zorgtoeslag (effect pakketuitbreidingen) en begrotingsuitgaven (zie pag. 27-28), derhalve zijn hiermee geen BKZ-uitgaven gemoeid.

De maatregelen cure hebben betrekking op medisch specialisten, ziekenhuizen en huisartsen. De toename van de uitgaven die per saldo optreedt, kan gerelateerd worden aan de omvang van de zorguitgaven cure in 2008 van ca. € 23 miljard.

- 107 *Waarom is de maatstafconcurrentie in 2009 -€ 15 en in 2010 -€ 90 mln.? Hoe verhoudt zich dit tot het voornemen om de ex post compensatie geleidelijk af te bouwen?* 26

De mutatie "Maatstafconcurrentie ziekenhuizen" van -€15 miljoen in 2009, -€ 90 miljoen in 2010 en -€240 miljoen in 2011 moet in samenhang worden gezien met de mutatie "Uitgavenbeperking ziekenhuizen" van -€160 miljoen structureel vanaf 2008. De totale taakstellende efficiencybesparing komt daarmee op -€160 miljoen in 2008 en loopt op tot -€400 miljoen in 2011. De toenemende efficiencybesparing is mogelijk doordat in de periode 2008-2011 de maatstafconcurrentie gefaseerd wordt ingevoerd (onder gelijktijdige afbouw van de budgetsystematiek) en het segment van de ziekenhuiszorg waarbinnen vrije prijsonderhandelingen kunnen plaatsvinden, wordt uitgebreid.

Dit is in lijn met het voornemen om de ex post compensatie van verzekeraars geleidelijk af te bouwen. De afbouw van de ex post compensaties en daarmee de vergroting van de financiële risicodragendheid voor verzekeraars op ziekenhuiskosten, zal zoveel mogelijk gelijke tred houden met de groeiende risicodragend bij ziekenhuizen.

- 108 *Wat is de verklaring voor het verschil in efficiencykorting in 2008 (- € 115) en in 2011 (-€ 360)?* 26

In de jaren 2008 tot en met 2011 wordt jaarlijks een efficiency-inspanning gevraagd van de AWBZ-sector. Het cumulatieve bedrag neemt daardoor toe van € 115 mln. naar € 360 mln.

- 109 *Waarom zijn de invoeringskosten eigen risico ook in 2011 nog van toepassing?* 26

De post die in de tabel op blz. 26 onder "s. Invoering eigen risico" staat vermeld betreft niet de invoeringskosten van het verplicht eigen risico maar het effect dat de invoering van het verplichte eigen risico heeft op de netto BKZ-uitgaven 2008 t/m 2011. Deze bedragen geven aan dat de financieringsverschuiving van het collectief naar de individuele verzekerde als gevolg van het verplichte eigen risico kleiner is dan de financieringsverschuiving die voortkomt uit de no-claimteruggave. Deze kleinere financieringsverschuiving is structureel. Daarom staan in de tabel voor de jaren tot en met 2011 bedragen vermeld.

- 110 *In 2008 en volgende jaren wordt door te nemen maatregelen bij de huisartsen een bezuiniging gerealiseerd van € 57,4 mln. in 2008? Welke maatregelen staan u hierbij* 26

*concreet voor ogen?*

De maatregel bestaat uit het niet indexeren van de tarieven in de huisartsenzorg gedurende de jaren 2007 en 2008. Deze afspraak maakt onderdeel uit van het nieuwe akkoord dat ik onlangs heb gesloten met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In dit akkoord hebben partijen gezamenlijk afspraken gemaakt over de toekomst van de huisartsenzorg en de positie van de huisarts in de eerstelijns gezondheidszorg. Hierover bent u bij brief van 2 oktober jl. (CZ/FBI 2799424) geïnformeerd.

- 111 *Met ingang van 2008 wordt door de regering voor de beperking van de verkrijgbaarheid van alcohol en de preventie en alcoholmisbruik € 5.7 mln. uitgetrokken. Hoe zullen deze middelen worden ingezet?* 27

Zie het antwoord op vraag 140.

- 112 *Voor de campagne patiëntveiligheid, die moet bijdragen aan halvering van het aantal gevallen van vermijdbare schade in ziekenhuizen, wordt structureel € 2 mln. gereserveerd. In de paragraaf over het Programma veilige zorg staat echter dat € 4 mln. beschikbaar is voor uitwerking van het Actieprogramma Veilige Zorg. Kunt u meer helderheid geven over het daadwerkelijke bedrag en is dit voldoende om de doelstellingen te realiseren?* 27

Het Actieprogramma veilige zorg omvat in beginsel alle zorgsectoren. Naast het budget dat is begroot voor de campagne patiëntveiligheid, zijn er nog andere posten begroot waaronder onderzoek, medicatieveiligheid e.d. Dat verklaart het verschil. Het Programma veilige zorg is nog in ontwikkeling.

- 113 *Wanneer kan de Kamer de Voedingsnota, een hoofdlijnenbrief over alcoholbeleid, een drugspreventieplan en een beleidsnota over de aanpak van overgewicht verwachten?* 29

Het is mijn voornemen om de hoofdlijnenbrief over alcoholbeleid aan uw Kamer te sturen vóór het algemeen overleg 'Alcohol en jongeren' op 28 november a.s. Een kabinetsnota over gezonde voeding staat in de planning voor het eerste helft van 2008. De overgewichtbeleidsnota is vóór de volgende zomer gereed. Het is mijn bedoeling u het drugspreventieplan vóór Prinsjesdag 2008 aan te bieden. De opleverdata hangen mede af van nog plaatshebbende consultaties met onder andere de betrokken veldpartijen.

- 114 *Welke medische ethische onderwerpen is het kabinet voornemens de komende vier jaar te behandelen die nog niet vermeld staan in de beleidsbrief Ethiek? Waarom is PGD bij erfelijke borst- en eierstokkanker niet opgenomen in de beleidsbrief Ethiek? Volgt het kabinet hierop het standpunt geformuleerd in de brief 10 mei 2006 van het vorige kabinet?* 29

In de beleidsbrief Ethiek zijn de belangrijkste beleidsvoornemens van dit kabinet verwoord. Uiteraard blijft ruimte voor andere ethische kwesties. Ontwikkelingen in de medische technologie bijvoorbeeld kunnen ons voor nieuwe ethische vragen stellen. Bovendien kunnen beroeps- en patiëntenorganisaties ethische kwesties onder de aandacht brengen.

Het standpunt over Preïmplantatie Genetische Diagnostiek (PGD) dat door het vorige kabinet in mei 2006 aan de Tweede Kamer is gezonden, is tot nu toe niet door de Kamer geagendeerd. Een klein onderdeel van dit standpunt gaat over PGD bij

aandoeningen die weliswaar een hoog erfelijk risico kennen, maar waarvan vanuit de genetica niet te voorspellen is welke persoon wel en welke persoon niet ziek wordt. Sommige vormen van kanker kunnen hiertoe gerekend worden.

In mijn brief van 16 oktober 2007, PG/E 2805818, heb ik u geïnformeerd over mijn voornemen te bekijken of het voorliggende standpunt PGD bijstelling behoeft. Zodra ik hierover duidelijkheid heb zal ik u daarover informeren.

- 115 *Wat is de stand van zaken m.b.t. Het Moreel Beraad dat wordt uitgevoerd door verschillende Nederlandse Universiteiten is een meerjarig programma gericht op de zorg ethiek en wordt gefinancierd door VWS? Onder welk beleidsartikel wordt dit programma gefinancierd? Op welke wijze wordt dit programma voortgezet in 2008 en wat is dan het budget? Valt dit onder bevorderen van ethisch verantwoord handelen of onder kwaliteit in de zorg?* 29

Het Ministerie van VWS ondersteunt verschillende initiatieven op het gebied van moreel beraad. Een voorbeeld van een dergelijk initiatief is het project 'verbindend vernieuwen', waarin de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde (KNMG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) samenwerken. Een ander voorbeeld van een project dat ik ondersteun is een evaluatie van de bestaande projecten op het gebied van moreel beraad.

Deze initiatieven worden gefinancierd uit de operationele doelstelling "Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek" van beleidsartikel 41 Volksgezondheid. Binnen deze operationele doelstelling heb ik middelen gereserveerd voor projecten op het gebied van Beleid Medische Ethiek. Een deel daarvan kan worden besteed aan vernieuwende initiatieven op het gebied van moreel beraad. Dit wordt van overheidswege niet programmatisch opgezet en er is als zodanig geen budget voor vastgesteld.

Binnen de langdurige zorg zal moreel beraad of intervisie, een onderdeel worden van het programma professionaliteit. Hierover ben ik in gesprek met de sector.

- 116 *Hoe wordt omgegaan met preventieve medicatie voor de ziektebeelden waar de minister preventie wil gaan stimuleren?* 29

Niet anders dan met andere geneesmiddelen. Dat wil zeggen dat dergelijke geneesmiddelen allereerst dienen te worden geregistreerd voordat ze toegelaten worden tot de markt, om werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit vast te stellen. Vervolgens kan een fabrikant een verzoek indienen voor opname in het pakket, waarop het College voor zorgverzekeringen een inhoudelijke beoordeling van het geneesmiddel uitvoert op basis van de geldende pakketcriteria. Het overgrote deel van de geregistreerde geneesmiddelen waarvoor een aanvraag voor vergoeding wordt ingediend wordt opgenomen in het pakket, al dan niet onder voorwaarden. Dat geldt ook voor geneesmiddelen met een preventieve toepassing. Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) maakt geen onderscheid tussen preventieve en niet-preventieve geneesmiddelen.

- 117 *Wat betekent het voor de vergoeding van cholesterolverlagers dat de regering de preventie van bepaalde ziektebeelden in het Zvw-pakket wil stoppen?* 29

In de preventiebrief (Tweede Kamer, 2006/07, 22894, nr 134) die ik op 24 september j.l. aan de Tweede Kamer heb gestuurd heb ik aangekondigd dat ik de preventieve zorg die voor vergoeding uit de zorgverzekering in aanmerking komt wil uitbreiden met enkele gerichte leefstijlinterventies, zoals het bevorderen van



bewegen en stoppen met roken. Ik heb in de brief uiteengezet dat betrokkenen medisch gezien moeten zijn aangewezen op dergelijke preventieve zorg, dat het moet gaan om zorg die voldoende effectief is in verhouding tot de kosten en dat de kosten ervan budgettair moeten worden ingepast. Dat laatste zou kunnen worden vergemakkelijkt als het voorschrijven en opvolgen van de leefstijlinterventies gepaard kan gaan met het minder voorschrijven en innemen van leefstijl gerelateerde geneesmiddelen zoals cholesterol- en bloeddrukverlagers, waar elk jaar veel geld in omgaat. Hoe die omslag in de praktijk het beste kan worden bewerkstelligd zal nog nader worden gezien. Een factor die daarbij in ieder geval van belang is, is hoe de kosteneffectiviteit van de leefstijlinterventies zich verhoudt tot die van de geneesmiddelen.

- 118 *Wat wordt bedoeld met het voorkomen van "discontinuïteit in uitvoerende taken" in 30 de bedrijfsvoering van de VWA?*

De uitvoerende taken van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) betreffen de activiteiten die zijn gericht op het bevorderen van de naleving van wettelijke regels voor alcohol, tabak, levensmiddelen, consumentenproducten, diergezondheid en dierenwelzijn. De VWA doet hiervoor inspecties, monsters en keuringen en biedt ondernemers hulp bij de naleving van wettelijke regels. De VWA verkeert momenteel in een transitieproces waarbij het toezicht op een andere manier wordt georganiseerd daarnaast moet de VWA ook voldoen aan een forse taakvermindering ten gevolge van én de taakstelling voor departementen en rijksdiensten uit het coalitieakkoord én het kostendekkend maken van de VWA. Bij dit transitieproces is het van belang dat de uitvoering van taken van de VWA in omvang en frequentie op een zodanig niveau blijft dat er geen risico's ontstaan voor de volksgezondheid en dat Nederland blijft voldoen aan Europese verplichtingen met betrekking tot de handhaving. De transitie kan discontinuïteit opleveren in voornoemde taken, maar de regievoering is er op gericht dit zo goed als mogelijk te voorkomen.

- 119 *Wat verklaart de afname van bijna 35 % tussen 2007 en 2008 wat betreft de 31 uitgaven voor doelmatige lokale preventie gezondheidszorg?*

De afname van de uitgaven doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg tussen 2007 en 2008 heeft als belangrijkste oorzaken:

de overheveling van € 200 mln. naar de begroting van Jeugd en Gezin voor de TRSU (tijdelijke regeling specifieke uitkering) Jeugdgezondheidszorg en de uitkering preventief jeugdbeleid/Motie Verhagen;

vanuit de Eindejaarsmarge 2006 zijn voor 2007 middelen beschikbaar gesteld voor een eenmalige uitkering van € 6,5 mln. voor een tegemoetkoming aan de gemeenten voor de voorbereiding van de invoering van het Elektronisch Kinddossier én een bedrag van € 8,6 mln voor de subsidiëring van de Stichting EKD Nederland. Hiermee waren in 2007 dus incidenteel meer middelen beschikbaar;

een overheveling van € 6,3 mln. naar artikel 42 doordat met ingang van 1 januari 2008 de deelopleidingen Collectieve preventie via de Subsidieregeling zorgopleidingen worden bekostigd;

de rest van de afname heeft voornamelijk te maken met de afloop van een aantal additionele programma's die worden uitgevoerd door ZonMw.

- 120 *De prestatie-indicatoren specifiek behorende bij de operationele doelstelling 31 'bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek ontbreken. Kunnen deze alsnog zo concreet mogelijk geformuleerd worden?*

Een prestatie-indicator waaruit blijkt dat het ethisch verantwoordelijk handelen in de gezondheidszorg toeneemt is niet voorhanden. Uiteraard worden prestaties verwacht bij de genoemde uitgaven, zoals het beheer van de toetsingscommissies euthanasie en een toegankelijke abortushulpverlening. Er is echter geen geschikte indicator waarmee kan worden aangegeven in welke mate de prestaties worden geleverd. Verschillende trends op medisch-ethisch gebied worden wel zorgvuldig in de gaten gehouden, zoals het aantal meldingen van euthanasie en het abortuscijfer.

- 121 *Waarom zijn de uitgaven voor doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg met ruim € 230 mln. gedaald in 2008? Is dit een bezuiniging? Waar is dit geld naar toe gegaan?* 31

Zie antwoord op vraag 119.

- 122 *Waarin zit inhoudelijk het verschil in de begroting Ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg tussen 'juridische verplicht' en 'bestuurlijk gebonden' over de jaren 2008 en 2009?* 32

Bij de bepaling van het verschil tussen 'juridische verplicht' en 'bestuurlijk gebonden' wordt uitgegaan van de situatie per 1 januari 2008. Voor de Rijksbijdrage voor de financiering van abortusklinieken is de verplichting voor 2008 dan al aangegaan en is daarmee juridisch verplicht. Voor de latere jaren is deze Rijksbijdrage nog niet verplicht en daardoor als bestuurlijk gebonden opgenomen in de tabel Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven.

- 123 *Kan de minister aangeven hoe de dalende uitgaven tot 2012 aan het programma 'Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl' te rijmen zijn met de prioriteit die de minister wil geven aan preventie?* 32

De daling in uitgaven komt voornamelijk door een eenmalige budgettaire impuls in 2008 voor de invoering van de rookvrije horeca per 1 juli 2008. Daarnaast is voor de uitvoering van de Preventienota Kiezen voor gezond leven alleen voor de periode tot en met 2010 budget beschikbaar.

- 124 *Houden de operationele doelstellingen ook in dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen worden verkleind? Welke specifieke maatregelen worden daarbij getroffen om de verschillen tussen groepen mensen te verkleinen? Is de nadruk op gedragsverandering niet een al te eenzijdige benadering?* 33

Het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden is één van de doelstellingen van het preventiebeleid van VWS, zoals beschreven in de preventienota *Kiezen voor Gezond Leven* uit 2006. Om dit te realiseren ondersteunt VWS de wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden in de grote steden. Daarnaast zal de aanpak van de speerpunten in de preventienota een gunstig effect hebben op de gezondheid van mensen met een lage sociaal economische status.

Het kabinet heeft in 2001 als doelstelling geformuleerd de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal economische status in 2020 te verhogen met minimaal 3 jaar. Om dit te bereiken zal vanaf nu stevig ingezet moeten worden op het terugdringen van deze gezondheidsverschillen.

Concrete acties die op dit moment al ondernomen worden zijn:

Aanpak van de speerpunten roken, alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie uit de preventienota met specifiek aandacht voor mensen met een lage sociaal economische status.

Aandacht voor het verbeteren van de gezondheid in probleemwijken via de Aanpak Prachtwijken, waarbij inzet op de thema's werken, wonen, leren en opvoeding, integratie en veiligheid zeker kunnen bijdragen aan een betere gezondheid van de bewoners van de prachtwijken (integrale aanpak).

Verspreiden van de aanpak van gezondheidsachterstanden in de grote steden naar andere gemeenten volgens de methode *Gezond wijkgericht werken*.

VWS gaat op dit moment na welke aanvullende maatregelen nodig en mogelijk zijn om de doelstelling op het terrein van sociaal-economische gezondheidsverschillen in 2020 te realiseren en wat de betrokken partijen daaraan kunnen bijdragen. Het gaat daarbij om een breed scala aan maatregelen die aangrijpen op verschillende determinanten van ongezondheid, dus veel breder dan alleen gedragsverandering. De aanpak van gezondheidsachterstanden vergt maatregelen op verschillende beleidsterreinen. Naast maatregelen op het terrein van preventie en zorg zal gezondheid ook gunstig beïnvloed kunnen worden vanuit andere beleidsdomeinen, zoals arbeidsvoorwaarden, milieu, onderwijs, sociaal-economisch beleid, ruimtelijke ordening en volkshuisvesting.

- 125 *Waarom kiest de regering een beperkte ambitie in het formuleren van prestatie-indicatoren voor overgewicht?* 34

Zie het antwoord op vraag 126.

- 126 *Op welke wijze zijn de streefwaardes op lange termijn bepaald? Is dat volkomen subjectief of ligt er enige vorm van redenering onder? Zo ja, kunt u inzichtelijk maken hoe de streefwaardes zijn bepaald?* 34

De ambities van de overheid op het gebied van overgewicht zijn niet beperkt. Overgewicht onder mannen en vrouwen stabiliseert zich op een hoger niveau (40%-50%) dan verwacht. Bij jeugd tot 19 jaar neemt de overgewichtprevalentie nog steeds toe. Met name bij kinderen van 0 tot 4 jaar is deze toename zelfs verontrustend.

De streefwaardes voor de lange termijn zijn gebaseerd op scenarioberekeningen van het RIVM. In 2004 heeft het RIVM berekeningen uitgevoerd (Bemelmans et al. RIVM rapport 260301003) waaruit blijkt dat indien we niets doen, de overgewichtprevalentie stijgt met ongeveer 3 procentpunten per 5 jaar. Daarnaast heeft het RIVM (Wendel-Vos et al. 2005, RIVM rapport 260701001) bij het bepalen van realistische beleidsdoelen onderbouwd dat alleen bij zéér grootschalige inzet van effectieve maatregelen een daling van 1 tot 3 procentpunten (over 5 jaar kan worden bereikt).

- 127 *Wat zijn de activiteiten die ondernomen worden – naast de invoering van de rookvrije horeca- om stoppen met roken te bevorderen? En hoe worden de resultaten van deze activiteiten inzichtelijk?* 35

In 2008 vinden de volgende activiteiten plaats die van invloed zijn op stoppen met roken:

In het Belastingplan 2008 is een verhoging van de accijns op tabaksproducten per 1 juli 2008 aangekondigd;

De rookvrije horeca, kunst/cultuur en sport worden per 1 juli 2008 ingevoerd;

Bovenstaande twee maatregelen zullen veel rokers stimuleren om te stoppen met roken of te minderen. Daarom zal voorafgaand aan 1 juli 2008 een massamediale stopcampagne worden gevoerd om mensen te ondersteunen bij hun stoppoging;

Tevens is het mijn voornemen om in 2008 de 24-uursactie niet-roken te laten plaatsvinden. Deze actie zal zich richten op het vergroten van de stopintentie bij rokers uit de lagere welstandsgroepen;

Verder vindt in 2008 het vervolg plaats van de proefimplementatie 'versterken ondersteuning bij stoppen met roken' die is aangekondigd in de tweede Preventienota (TK 22894, nr. 110, d.d. 6 oktober 2006). Mede op basis van de ervaringen met deze proef zal ik de Kamer informeren of en onder welke voorwaarden meer preventieve zorg onder de dekking van de zorgverzekering kan worden gebracht.

Tot slot biedt STIVORO rokers ondersteuning bij stoppen met roken (hulpmiddelenwijzer, Advies op Maat, Telefonische Counseling). Ook verzorgt STIVORO trainingen voor onder meer begeleiders van cursussen stoppen met roken. Verder zorgt STIVORO dat het basisaanbod voor zorgverleners (Minimale Interventie Strategieën (MIS-en)) actueel blijft en dat met de beroepsgroepen in de zorg gewerkt wordt aan implementatie daarvan.

Jaarlijks wordt door TNS NIPO onderzoek gedaan naar het roken onder jongeren en volwassenen. De effecten van maatregelen op het gebied van stoppen met roken voor wat betreft het rookgedrag onder jongeren en volwassenen kunnen zo van jaar tot jaar worden gevolgd. De effecten van de twee campagnes (24-uursactie en stopcampagne) worden via apart evaluatieonderzoek in kaart gebracht.

128 *Hoe zal het bewegen op recept vorm krijgen?* 35

Zie het antwoord op vraag 287.

129 *Op welke wijze zal bewegen op recept concreet worden gestimuleerd?* 35

Zie het antwoord op vraag 287

130 *Waarom is de aanwending van middelen voor het bevorderen van een gezonde leefstijl zo versnipperd en wat betekent dat voor de uitvoerings- en verantwoordingskosten in verhouding tot het gereserveerde bedrag?* 35

Er is sprake van een zekere mate van versnippering. De vorming van het Centrum Gezond Leven zal hierin verbetering brengen, zonder dat direct valt aan te geven wat het betekent voor de uitvoerings- en verantwoordingskosten. Ik heb de Kamer over de aanleiding en de start van het Centrum Gezond Leven geïnformeerd met mijn brieven van 7 juli 2006 (VGP/LCP 2698157) en 9 mei 2007 (VGP/LCP 2746787).

131 *Waarom worden de lespakketten schoolgruiten en smaaklessen geïntegreerd? Was daar vraag naar, en zo ja, worden andere lesactiviteiten gelijktijdig hierin geïntegreerd?* 36

Schoolgruiten en Smaaklessen zijn beide programma's die zich richten op de jeugd in het basisonderwijs. Schoolgruiten richt zich met name op het gezondheidsaspect van groente en fruit en op consumptieverhoging hiervan. Smaaklessen is erop gericht de jeugd breed te interesseren voor 'de wereld achter je voedsel' zoals herkomst, productiewijze en gezondheid. Vanwege het grote raakvlak tussen deze twee programma's hebben de ministeries van VWS en LNV besloten hierin samen te gaan werken. Samenwerking tussen bovengenoemde initiatieven is efficiënter en goedkoper. Bovendien vragen scholen om een gecoördineerde aanpak om overspoeling met allerhande verschillende initiatieven te voorkomen. Deze samenwerking zal vorm krijgen in een programmalijs Jeugd en Voedsel op

scholen waarover u door ons bent geïnformeerd op 8 maart 2007 (2006-2007 30 800 XIV nr. 84). De lespakketten van beide programma's zijn goed te integreren. De programmaliijn Jeugd en Voedsel zal ook aansluiten op de activiteiten van de landelijke werkgroep Gezonde School van het Centrum Gezond Leven (RIVM) waarmee scholen worden ondersteund structureel aan de slag te gaan met gezondheid en veiligheid. In de werkgroep werken de gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's), waaronder het Voedingscentrum, samen.

- 132 *Wanneer krijgt de Kamer de wijzigingsvoorstellen Drank- en horecawet waarmee het vergunningenstelsel wordt aangepast en de handhaving verbeterd wordt?* 36

In de Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid, die u in november zult ontvangen, wordt uiteengezet welke wijzigingsvoorstellen van de Drank- en Horecawet het kabinet voornemens is. Dit betreft ook de wijzigingsvoorstellen rond het vergunningenstelsel en de handhaving.

- 133 *Wanneer worden de uitkomsten bekend van het overleg dat het ministerie van VWS met het ministerie van BZK voert over de pilot waarin wordt gezien hoe het toezicht het beste verdeeld kan worden? Wordt er bij de pilot ook rekening gehouden met het uitbreiden van het toezicht, of is er geen sprake van het uitbreiden van het aantal toezichthouders? Welk bedrag stelt VWS beschikbaar naast de € 3,9 mln. die door VWS beschikbaar gesteld wordt voor de Pilot "toezicht Drank- en horecawet"? Over welke jaren wordt dit bedrag beschikbaar gesteld?* 36

In samenwerking met het ministerie van BZK is de pilot Toezicht Drank- en Horecawet opgezet, die als doel heeft te bezien hoe het toezicht op de Drank- en Horecawet op lokaal niveau het best geregeld kan worden. Het projectplan voor de pilot is begin september 2007 door de bewindspersonen van VWS en BZK goedgekeurd.

Gemeenten konden zich tot 8 oktober 2007 aanmelden voor de pilot. Er bestaat bij de gemeenten grote belangstelling voor deelname aan de pilot; uit de aanmeldingen zullen tien gemeenten/ clusters van gemeenten geselecteerd worden.

Doordat de pilotgemeenten tenminste 2 lokale toezichthouders zullen aanstellen gedurende de looptijd van de pilot, zal er sprake zijn van een intensivering van het toezicht in deze gemeenten. Vanuit VWS is er voor de pilot per jaar maximaal € 900.000 beschikbaar (voor de jaren 2008 en 2009). Voor intensivering van het toezicht door de VWA is in die jaren € 3,0 mln beschikbaar. Daartoe zullen tijdelijk 26 extra toezichthouders geworven, getraind en ingezet worden. Daarmee komen wij tegemoet aan de alom geuite wens het toezicht op de DHW te intensiveren.

- 134 *Waarom staat tijdelijk tussen haakjes bij het voornemen tot het intensivering van de controle door de VWA op het naleven van de leeftijdsgrenzen bij het verstrekken van alcohol?* 36

Het is de bedoeling om de Drank- en Horecawet (DHW) dusdanig aan te passen dat het toezicht op de naleving van de DHW overgeheveld wordt naar gemeenten. De verwachting nu is dat de aangepaste wet in 2010 in werking kan treden. In afwachting van de wetwijziging zal er een intensivering van het toezicht door de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) plaatsvinden. Omdat het lokale toezicht daarna niet langer door de VWA uitgevoerd zal worden, is de intensivering van tijdelijke aard. Zie ook het antwoord op vraag 133.

- 135 *Waar in het coalitieakkoord (op welke pagina) staat vermeld dat het toezicht op het handhaven van de leeftijdsgrenzen in de toekomst overgaat naar gemeenten en politie?* 36

In het coalitieakkoord wordt slechts in algemene termen genoemd dat 'de controle op de handhaving van de leeftijdsgrens bij verkoop van alcohol wordt verscherpt'. In zowel het Beleidsprogramma als het Bestuursakkoord wordt dit verder uitgewerkt.

In het Bestuursakkoord rijk en gemeenten 'Samen aan de slag' (4 juni 2007) staat in hoofdstuk 2 (paragraaf 2.1, pagina 13) dat het de inzet is dat de DHW dusdanig wordt aangepast dat het toezicht op den duur overgaat naar gemeenten. Hiertoe worden in 2007 een aantal pilots gestart.

In het Beleidsprogramma van het Kabinet Balkenende IV 2007-2013 'Samen werken, samen leven' staat op pagina 67 (paragraaf 55) dat er 'pilot-projecten komen met een intensieve controle van de leeftijdsgrenzen door de gemeenten en politie'.

- 136 *De regionale Vroeg-op-stap-gesprekken worden in het voorjaar van 2008 gevoerd. Waar staat het bedrag van € 0,1 mln. voor in dit kader?* 37

Er zullen in diverse regio's bijeenkomsten (van één dagdeel) georganiseerd worden. De resultaten van die bijeenkomsten worden neergelegd in een brochure, die onder deelnemers en geïnteresseerden verspreid zal worden.

- 137 *Wanneer krijgt de Kamer de uitkomsten van het monitoren van de effecten van reclame voor alcoholhoudende dranken en de effecten van zelfreguleringsafspraken en de implementatie van lokaal alcoholbeleid?* 37

Wij zijn voornemens u in het najaar 2008 de betreffende informatie toe te sturen.

- 138 *Waarom kiest het kabinet ervoor om, tegen het advies van de inspectie in, verslaafden alleen te behandelen met methadonverstrekking en de behandeling niet uit te breiden met medische hulp zoals beschreven in de richtlijn RIOB?* 37

Bij brief van 11 september 2007 ben ik nader in gegaan op bovenstaande problematiek. De IGZ heeft in 2004 een rapport uitgebracht over de methadonbehandeling in Nederland: de methadonposten beperkten zich vooral tot het verstrekken van het middel methadon en de patiënten kregen niet de overige medische zorg die ze nodig hadden. Eén van de aanbevelingen van de Inspectie was het laten ontwikkelen van een richtlijn voor methadonbehandeling (algemener: opiaatonderhoudsbehandeling) waarin met name werd voorzien in een grotere rol voor verpleegkundigen en artsen.

Mijn voorganger heeft de ontwikkeling van deze richtlijn gesubsidieerd. In 2006 heeft GGZ Nederland deze richtlijn (de RIOB) aangeboden aan VWS. Methadonbehandeling volgens deze richtlijn betekent uiteindelijk jaarlijks aanzienlijke meerkosten ten opzichte van de huidige situatie mogelijk tot (een verviervoudiging van de huidige kosten). Bij het aanbieden van de richtlijn kon de sector duidelijkheid geven over de omvang van de geschatte meerkosten.

Het advies van de IGZ neem ik serieus. Ik wil dan ook samen met de betrokken partijen kijken naar een realistische inschatting van het benodigde bedrag. Gezien de beperkte financiële ruimte voor de zorg, is € 55,5 mln. extra voor zorg aan methadoncliënten momenteel niet haalbaar.

- 139 *Er is een bedrag van € 0.3 mln. beschikbaar voor het monitoren van het alcoholbeleid, waaronder de naleving van de zelfreguleringsafspraken. In het verleden ontving STAP daarvoor een subsidie van € 110.000. Wordt deze subsidie gewijzigd? Een deel van dit bedrag is beschikbaar voor het verkrijgen van inzicht in* 37

*de effecten van reclame voor alcoholhoudende dranken. Wordt daarmee uitvoering gegeven aan de toezegging, gedaan in het debat bij de begrotingsbehandeling 2007, onderzoek te doen naar de effecten van alcoholreclame op het drinkgedrag op jongeren. Zo ja, welk bedrag is daarvoor beschikbaar en wanneer komen de resultaten van dit onderzoek beschikbaar? Zullen deze resultaten meewegen bij de uitvoering van de regeringsvoornemen te komen tot een verbod op alcoholreclame tot 21.00 uur?*

De projectsubsidie aan STAP zal in 2008 worden gecontinueerd (€ 130.000).

Hiervoor zal STAP onder meer de volgende activiteiten verrichten:

- Monitoring trends en innovaties alcoholmarketing
- Monitoring alcoholmarketing in het kader van regelgeving
- Monitoring alcohol en sportsponsoring

Daarnaast heb ik een bedrag van € 50.000 gereserveerd voor het doen van literatuuronderzoek naar de effecten van alcoholreclame op het drinkgedrag van jongeren. Begin volgend jaar hoop ik u daarover te kunnen informeren. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen niet meer betrokken worden bij het kabinetsbesluit te komen tot een verbod op alcoholreclame, daar dit besluit reeds genomen is. De resultaten zullen wel betrokken worden bij de wijze waarop uitvoering zal worden gegeven aan dat verbod.

- 140 *Voor de preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik is in 2008 € 6 mln. aan projectsubsidies beschikbaar. Kan worden toegelicht over welke projecten dit bedrag zal worden verdeeld?* 38

De € 5,7 mln voor de beperking van de verkrijgbaarheid van alcohol en de preventie van alcoholgebruik wordt als volgt ingezet:

Een pilot in tien gemeenten om te bezien hoe het toezicht op de Drank- en Horecawet het beste kan worden geregeld (€ 0,9 mln). BZK heeft hier eenzelfde bedrag voor beschikbaar.

Intensivering handhaving leeftijdsgrenzen alcohol door de VWA (€ 3,0 mln)

Voortzetting van het schoolpreventieprogramma "De Gezonde School en Genotmiddelen" (€ 0,54 mln)

Preventieactiviteiten voor kwetsbare groepen (€ 0,65 mln)

Evidencebased methoden in de verslavingszorg (Resultaten Scoren) (€ 0,35 mln)

Cannabisprojecten (€ 0,2 mln)

Regiobijeenkomsten Vroeg op stap (€ 0,1 mln)

Daarnaast trekken we voor monitoring van het alcoholbeleid € 0,3 mln. uit.

- 141 *Kunt u een voorbeeld noemen van lokaal beleid dat ondersteund wordt door subsidie als genoemd in 41.3.3 ter voorkoming van gezondheidsschade?* 41

Een voorbeeld van ondersteuning van lokaal beleid is de aanpak van risicogedrag van jongeren dat tot letsel kan leiden (zoals gewelddadig spel, stunts met de bromfiets en zelfverwonding). Hierbij wordt met jongeren zelf, de ouders, VMBO-scholen en andere lokale organisaties rondom jongeren de samenwerking aangegaan. Een van de resultaten hiervan zal een lespakket zijn dat scholen ondersteunt bij de preventie.

Dit lespakket is onderdeel van een voorlichtingscampagne.

- 142 *In hoeverre worden preventieve maatregelen omtrent ouderen (valpreventie bijvoorbeeld) meegenomen in de instrumenten ter voorkoming van gezondheidsschade?* 41

Het voorkómen van vallen in en om het huis onder ouderen is zelfs een van de belangrijkste onderwerpen waar ik in dit verband aan werk.

- 143 *Welke groepen worden de komende jaren opgeroepen voor een screening op borstkanker? Wat zijn de leeftijdsgrenzen?* 43

Alle vrouwen van 50 tot en met 75 jaar worden in ons land elke twee jaar uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker. Op dit moment is er geen aanleiding om de opzet van het programma te wijzigen. Wel zijn er nieuwe technieken in ontwikkeling die voor vrouwen onder de 50 jaar en vrouwen die behoren tot hoogrisicogroepen van belang kunnen zijn. Zodra er betrouwbare gegevens beschikbaar zijn over het mogelijke effect van deze ontwikkelingen op de sterfte aan borstkanker zal ik de Gezondheidsraad advies vragen over een eventuele aanpassing van het landelijke bevolkingsonderzoek.

- 144 *Ter toelichting bij de tabel inzake opgespoorde soa wordt vermeld dat het aantal soa 43 voorlopig zal toenemen doordat er meer testen worden uitgevoerd en dus meer gevallen worden waargenomen. Kan de regering zijn verwachtingen schetsen voor de toekomst als het gaat om het aantal soa? Op welke indicatoren wordt het beleid gebaseerd als er geen goede prognose te geven is? Hoe wordt de effectiviteit van het beleid getoetst?*

De data in de tabel zijn gebaseerd op het aantal onderzochte personen en het percentage van hen waarbij een soa wordt gediagnosticeerd in de laagdrempelige soa-klinieken. Deze klinieken bieden (door VWS gesubsidieerde) aanvullende curatieve soa-zorg voor hoog-risico doelgroepen die niet of in mindere mate van de reguliere zorg gebruik maken. Het aantal mensen dat zich in 2006 liet testen op een soa bij de laagdrempelige soa-klinieken is met 10% toegenomen ten opzichte van 2005 (tot 69.000). Het absolute aantal gevonden soa's is daarbij iets toegenomen, maar de percentages positieve soa onder de geteste doelgroepen bleken vrijwel allemaal gestabiliseerd of afgenomen ten opzichte van eerdere jaren. Verwacht kan worden dat het aantal soatesten zal stabiliseren zodra het in 2006 ingezette hoog-risico-doelgroepenbeleid bij alle soa-klinieken verankerd is ervan uitgaande dat de incidentele (nieuwe gevallen) in de populatie niet acuut stijgt of daalt. In 2008 start het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM een evaluatie van de subsidieregeling aanvullende curatieve soa-zorg, waarbij ook een evaluatie van het bereik en gevonden soa van de hoog-risico doelgroepen is voorzien.

- 145 *Wat houdt de mix van preventiemaatregelen precies in? Hoe vindt de integratie van deze maatregelen plaats en welke resultaten heeft dit inmiddels opgeleverd in 2007?*

In de brief aan de Tweede Kamer van 1 december 2004 heeft mijn voorganger het preventiebeleid op het gebied van soa en hiv toegelicht. Binnen het preventiebeleid wordt de nadruk gelegd op interventies gericht op groepen met een hoog risico op het krijgen van een soa (mannen die seks hebben met mannen, allochtonen, jongeren, prostituees en prostituanten, hard druggebruikers en mensen geïnfecteerd met hiv). Per doelgroep ontvangen organisaties (die rechtstreeks toegang hebben tot de doelgroepen) financiering voor de programmering en uitvoering van preventietaken. Deze organisaties moeten vanzelfsprekend ook andere organisaties



betrekken die voor of met dezelfde doelgroep werken. Door middel van allerlei type interventies wordt getracht het risicogedrag van mensen uit deze groepen te verminderen. Gedacht kan worden aan informatiemateriaal verspreid door GGD'en, lespakketten op scholen, massamediale campagnes, informatiebijeenkomsten, outreach activiteiten, hepatitis B vaccinatiecampagnes, etc.

Voor de resultaten van het beleid (gemeten in aantal gevonden soa), zie vraag 144.

- 146 *Ten aanzien van de problematiek bij allochtonen op het gebied van seksuele gezondheid ligt de focus op seksuele vorming gericht op risicogroepen en preventieve interventies met betrekking tot tienerzwangerschappen en seksueel geweld. Hiervoor wordt een miljoen euro ter beschikking gesteld. Kan de regering aangeven hoe deze gelden besteed zullen worden? Is dit bedrag voldoende om te komen tot een structurele verbetering?* 43

Zie het antwoord op vraag 152.

- 147 *De onderwerpen seksuele vorming en het voorkomen van seksueel geweld hebben een duidelijke link met de begrotingen van andere ministeries, te weten OCW en Justitie. Kan de regering aangeven of en zo ja hoe deze ministeries betrokken zijn? Is er ook sprake van een interdepartementale budgettaire aanpak?* 43

De ministeries van VWS, OCW, Justitie en het programmaministerie voor Jeugd en Gezin trekken gezamenlijk op als het gaat om beleid met betrekking tot seksueel geweld. Er is geen sprake van een interdepartementale budgettaire aanpak, wel van afstemming en samenwerking op de onderwerpen waarop de verschillende ministeries hun verantwoordelijkheid hebben.

Seksuele vorming is van groot belang om problemen op het gebied van seksualiteit te voorkómen. Het kan gaan om seksueel geweld, maar ook om seksueel overdraagbare aandoeningen en ongewenste zwangerschap. Het onderwerp seksuele vorming zit in de portefeuille van de Staatssecretaris van VWS. Ook op dit onderwerp vindt afstemming en samenwerking plaats met eerder genoemde departementen.

- 148 *Hoeveel van het budget van de HIV Vereniging Nederland wordt besteed ten behoeve van allochtone HIV geïnficeerden en met name aan geïnficeerden allochtone vrouwen? Hoeveel allochtonen (gespecificeerd naar mannen en vrouwen) zijn geïnficeerd met het HIV-virus? Welke beleidsmaatregelen zijn specifiek gericht op deze groepen?* 43

Ik subsidieer de HIV Vereniging Nederland (HVN) voor de programmering van soa-hiv bestrijding en uitvoering van preventieactiviteiten onder de doelgroep hiv-positieven. De HVN heeft een aantal specifieke op allochtonen en vrouwen gerichte projecten die ik voor respectievelijk €4.000 en €3.000 subsidieer. Daarnaast wordt ook uit de algemene middelen van de vereniging een bijdrage geleverd aan deze doelgroepen.

Tevens besteed de HVN middelen van andere subsidieverleners aan allochtonen en vrouwen.

Volgens het Centrum voor infectieziektenbestrijding wordt in totaal minimaal €50.000 (12%) van de totale begroting van de HVN aan de bestrijding van soa en hiv-verspreiding onder genoemde groepen wordt besteed.

Het totaal aantal mensen geïnficeerd met hiv in Nederland wordt geschat op 18.000. Tot juni 2006 zijn volgens de database van de Stichting Hiv Monitoring in totaal 11.866 hiv-geïnficeerde patiënten geregistreerd bij een van de erkende hiv-behandelcentra, 5.175 (43%) van hen was in het buitenland geboren, onder wie

1934 allochtone vrouwen.

Voor de beleidsmaatregelen gericht op allochtone groepen verwijs ik u naar het antwoord op vraag 145, 146 en 152.

- 149 *Verwacht de regering nog steeds dit jaar op grond van een advies van de Gezondheidsraad te besluiten over een vaccinatieprogramma tegen baarmoederhalskanker en zijn daarvoor dan in 2008 middelen beschikbaar?* 44

Zie het antwoord op vraag 151.

- 150 *Is de gedwongen opname van tuberculosepatiënten verzekerd via het basispakket van de zorgverzekering? Zo ja, wat zijn de bijkomende kosten die via de VWS-begroting gedekt worden?* 44

Gedwongen opname is een maatregel die in het kader van de Infectieziektenwet genomen kan worden indien mensen met tuberculose behandeling weigeren. Dit is van groot belang voor de volksgezondheid omdat open tuberculose zeer besmettelijk is. Deze patiënten dienen te worden opgevangen in een faciliteit met bijbehorende beveiliging en bewaking. De extra kosten voor deze groep patiënten is niet verzekerd via het basispakket van de zorgverzekering.

Op basis van de Infectieziektenwet is het de burgemeester die de maatregel van gedwongen opname oplegt. Uit de praktijk blijkt dat de betaling van de extra kosten door de gemeenten problematisch is. Gezien het grote belang voor de volksgezondheid heb ik een aparte voorziening getroffen voor de bijkomende kosten. Hiervoor is maximaal € 1 mln. euro op jaarbasis gereserveerd op de VWS-begroting.

- 151 *Is, gezien het feit dat de Gezondheidsraad pas na de behandeling van de begroting van VWS het advies zal uitbrengen ten aanzien van opname van het baarmoederhalskankervaccin in het Rijksvaccinatieprogramma en gezien het feit dat dit vaccin in andere landen in Europa wordt vergoed en derhalve verwacht mag worden dat de Gezondheidsraad ook voor Nederland positief zal adviseren, geld gereserveerd voor vergoeding van baarmoederhalskankervaccinatie, hetzij via het basispakket, hetzij via opname in het RVP, per 2009?* 44

Een besluit over een vaccinatieprogramma tegen baarmoederhalskanker kan pas in 2008 genomen worden. De Gezondheidsraad (GR) meldde recent dat het advies over HPV-vaccinatie mogelijk vertraging zal oplopen en in het eerste kwartaal van 2008 verwacht kan worden. Afhankelijk van het advies van de Gezondheidsraad zal de eventuele invoering van HPV-vaccinatie en de daarmee gemoeide financiële consequenties worden bezien. Ik wil nadrukkelijk geen verwachtingen uiten of bevestigen over de uitkomst van dit advies. De Gezondheidsraad hanteert in haar advies een aantal vastgestelde beoordelingscriteria en het is op dit moment nog onbekend hoe de beoordeling van het baarmoederhalskankervaccin op deze criteria uitpakt. Ook bij een positief advies moet de budgettaire inpasbaarheid worden bezien. Daarnaast neemt de implementatie van een nieuw vaccinatieprogramma enige tijd in beslag. Daardoor kan de eventuele invoering van HPV-vaccinatie niet eerder dan 2009 plaatsvinden. Tenslotte zal de vaccinlevering bij invoering via het RVP aanbesteed moeten worden. Ook hiervoor staan termijnen.

- 152 *Kan de minister aangeven hoe hij het budget gericht op allochtonen en seksuele gezondheid gaat besteden? Welke maatregelen heeft hij in gedachten? Gaat het om een structureel budget?* 44

Het seksuele gezondheidsbeleid gaat uit van positieve, seksuele vorming vooral

gericht op jongeren. Dit om (latere) problemen voor volksgezondheid en maatschappij te voorkomen: seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), ongewenste zwangerschap en seksueel geweld. Uit onderzoek blijkt dat bovenstaande problemen meer voorkomen bij bepaalde allochtone groepen. Seksuele vorming gaat van informatievoorziening over soa en anticonceptie tot aandacht voor vaardigheden met betrekking tot weerbaarheid en wensen en grenzen. De maatregelen omvatten hoofdzakelijk primaire preventie, maar ook secundaire preventie. Voor de lente 2008 wil ik een plan van aanpak voor de komende jaren opstellen, met hulp van NGO's gespecialiseerd in seksualiteit en/of het bereiken van allochtone groepen en in overleg met andere departementen. Hierbij zal specifieke aandacht worden geschonken aan de verwachte effectiviteit van preventieve interventies. Ik verwacht met het structurele budget van €1 miljoen per jaar een verbetering van kennis over seksuele gezondheid en uiteindelijk een verbetering van de seksuele gezondheid van allochtonen te bewerkstelligen.

- 153 *In het kader van preventie worden drie interventies genoemd, waaronder 'grip op je dip'. Deze interventie wordt in 2009 wellicht opgenomen in het basispakket. Hoe wordt dit programma in 2006, 2007 en in 2008 bekostigd?* 45

Voor elk van de drie interventies is in 2008 € 3 mln. beschikbaar en in 2009 € 1 mln. In 2008 wordt bekeken of deze interventies worden opgenomen in het basispakket. In onze kaderbrief preventie van 24 september 2007 zijn wij daar verder op ingegaan. Alleen doeltreffende, kosteneffectieve en evidence based interventies komen hiervoor eventueel in aanmerking. Daarnaast moet de budgettaire inpasbaarheid worden gezien in het kader van de Zorgverzekeringswet.

- 154 *Heeft het ministerie van VWS een eigen crisisbeheersingsorganisatie of wordt daartoe aangesloten bij andere ministeries?* 48

Ook het ministerie beschikt over een eigen crisisbeheersingsorganisatie die is beschreven in een departementaal handboek. De werkwijze van de VWS crisisbeheersingsorganisatie sluit aan bij de interdepartementale crisisbesluitvormingsstructuur, zoals vastgelegd in het nationaal handboek crisisbesluitvorming. Zowel departementaal als interdepartementaal wordt regelmatig geoefend.

- 155 *Wat houdt het borgen van de kwaliteit van zorg voor vluchtelingen in?* 48

De stichting Pharos ontvangt een instellingssubsidie van € 2,9 mln. Stichting Pharos is het landelijk kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheid. De stichting werkt aan verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg en aan de kennis en vaardigheden van diegene die in hun werk te maken hebben met gezondheidsproblemen) van vluchtelingen zoals; (huis)artsen, verpleegkundigen, GGZ-medewerkers, maatschappelijke werkers, leerkrachten en IND-ambtenaren. De stichting heeft hiertoe een meerjarenprogramma opgesteld met activiteiten die zijn gericht op; jeugdige migranten, volwassen & oudere migranten, preventie van vrouwelijke genitale verminking, illegalen en gezondheid, medisch en gezondheidsaspecten, informatie en kennisoverdracht.

- 156 *Op welke wijze is het bedrag voor de financiering van een tolk- en vertaalcentrum voor gezondheidszorg opgebouwd? Kan een specificatie worden gegeven?* 48

Voor de levering van tolk- en vertaaldiensten is gezamenlijk met de Ministeries van Justitie, Binnenlandse Zaken, Defensie en Financiën een overeenkomst afgesloten met een tolk- en vertaalcentrum. Met deze organisatie zijn tarieven afgesproken voor

tolkuren en vertaling van woorden met daar bovenop bemiddelingskosten en reiskosten.

De kosten voor de tolk- en vertaaldiensten zijn, berekend op basis van de gegevens van de eerste drie kwartalen van 2007, bij benadering als volgt te specificeren: 55% i.v.m. tolkdiensten, 10% i.v.m. vertaaldiensten, 20% i.v.m. bemiddelingskosten en 15% i.v.m. reistijd en -kosten.

Voor 2008 is een bedrag van € 10,2 mln. beschikbaar.

- 157 *Wat wordt er precies bedoeld met het borgen van de kwaliteit van zorg voor vluchtelingen? Kan worden toegelicht hoe deze middelen worden besteed?* 48

Zie het antwoord op vraag 155.

- 158 *Welke vorm zal de intensieve voorlichting over de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding krijgen? Wat is de te communiceren boodschap? Welke organisatie zal de voorlichting uitvoeren en welke doelgroepen zullen worden bediend?* 49

Het gaat hier om informatie over de procedure bij verzoeken voor levenbeëindiging. Deze informatie is bedoeld voor artsen en zal worden verschaft door de KNMG dan wel Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN). In het standpunt naar aanleiding van de evaluatie van de wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zal ik hier op nader ingaan.

- 159 *Is de Rijksbijdrage aan de financiering van abortusklinieken voldoende om de nieuwe richtlijnen voor abortusartsen door te voeren, om de lopende kosten te dekken en eventuele nieuwe aanvragen voor oprichting van klinieken in die provincies waar geen abortuskliniek aanwezig is te honoreren?* 50

De Rijksbijdrage aan abortusklinieken is grotendeels afhankelijk van het aantal uitgevoerde behandelingen. In de begroting worden de verwachte kosten geraamd en achteraf afgerekend op basis van realisatie. De regeling heeft hiermee een zogeheten open einde karakter.

De Rijksbijdrage is in principe voldoende om de lopende kosten te dekken. Het is in principe ook mogelijk om een nieuwe kliniek te financieren. Daarbij zij opgemerkt dat het aanbod en spreiding aan instellingen momenteel voldoende is. Vrouwen kunnen in Nederland voor een zwangerschapsafbreking terecht in 16 abortusklinieken en 99 ziekenhuizen verspreid over Nederland.

- 160 *Worden naast medische kwaliteitskenmerken en CQ-index ook gerealiseerde gezondheidsdoelen zoals behaalde bloeddrukdeling, verlaging ziekenhuisopnames of behaalde glucosewaarden als indicatoren gebruikt?* 54

Zie antwoord op vraag 92.

- 161 *Waarom worden de uitgaven ten aanzien van de versterking van de positie burger in het zorgstelsel van 2011 van 3120 verlaagd naar 930 in 2012?* 54

Voor het programma "Transparantie Curatieve Zorg" is € 2,2 mln. per jaar beschikbaar. De programma activiteiten die hiervoor zijn ontwikkeld, zijn in 2012 afgerond.

- 162 *Op welke wijze zal het bedrag dat gereserveerd is voor het RIVM voor landelijke coördinatie concreet besteed worden? Hoe worden registratie, monitoring en* 55

*evaluatie verder vormgegeven?*

De gelden die in 2007 en 2008 zijn gereserveerd voor het Activiteiten Centrum voor Bevolkingsonderzoek (RIVM) bekostigen de volgende activiteiten:

- Coördinatie van de prenatale screening volgens de systematiek die vergelijkbaar is met de coördinatie van de andere programma's die door het Centrum voor Bevolkingsonderzoek worden gecoördineerd.
- Zorgdragen voor ondersteuning van beroepsgroepen en vergunninghouders ten aanzien van kwaliteitsbeleid en opleidingseisen. Het betreft onder andere het ontwikkelen en implementeren van het draaiboek. Dit draaiboek is voor het grootste deel afgerond.
- Zorgdragen voor goede voorlichting over prenatale screening aan burgers en specifieke doelgroepen. Het betreft onder andere het ontwikkelen van een website voor burgers en professionals, het ontwikkelen en uitgeven van publieksfolders en het periodiek uitbrengen van een nieuwsbrief voor professionals. Afronding vindt plaats begin 2008.
- Zorgdragen voor het vervullen van de functie van het referentielaboratorium Downscreening. Deze functie is ingevoerd.
- Opzetten van een landelijke evaluatie en monitoring. Evaluatie van de voorlichting en het voorlichtingsmateriaal vindt in 2008 plaats.

163 *Welke knelpunten ten aanzien van medicatieveiligheid zullen worden aangepakt?* 55

Er zijn een aantal knelpunten op het terrein van medicatieveiligheid te noemen. Deze zijn onder andere geïdentificeerd in de zgn. Harm-studie. Als essentiële risicofactoren worden onder andere genoemd het logistieke proces waarbij patiënten van de ene naar de andere zorgverlener worden overgedragen, polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijk voor een of meer aandoeningen) bij vooral oudere patiënten en niet zelfstandig wonende oudere patiënten. Daarnaast geldt dat bepaalde geneesmiddelen extra risicovol zijn in het gebruik. In mijn brief Koers op Kwaliteit (bijlage 1 bij Kamerstukken II, 28 439, nr. 98) d.d. 6 juli 2007 heb ik aangegeven ondermeer in te zetten op verbetering van de therapietrouw en het farmaceutische zorgproces van de oudere, niet zelfstandig wonende patient. Ook ben ik voorstander van invoering in de ziekenhuizen van een opname- en ontslaggesprek. Voor een verdere uiteenzetting met betrekking tot mijn concrete aanpak verwijs ik u naar eerdergenoemde brief.

164 *Welk bedrag is er precies gereserveerd voor het invoeren van prestatiebekostiging in 55 de ziekenhuiszorg?*

Voor het jaar 2008 is € 10.520.000,- gereserveerd voor de invoering van DBCs.

Dit bedrag is wordt grotendeels besteed aan de financiering van het DBC Informatiesysteem en de Stichting DBC Onderhoud.

165 *Hoe gaat de minister ervoor zorg dragen dat ambulances in 95% van de gevallen binnen 15 minuten bij een spoedoproep ter plaatse zijn zonder aanvullende middelen terwijl deze norm thans niet wordt gehaald? Zijn er geen aanvullende middelen nodig? Kunt u garanderen dat met deze middelen de norm wel wordt gehaald, ook in landelijke gebieden?* 56

Ik heb de afgelopen jaren maatregelen genomen om de vorming van Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) te bevorderen. Uit het onlangs aan uw kamer aangeboden brancherapport 'ambulances' in zicht komt naar voren dat de RAV's die al wat langer bestaan, gemiddeld beter presteren op dit aspect. Uit dat rapport blijkt

ook dat er tussen ambulance-organisaties (grote) verschillen bestaan in de hoeveelheid tijd die nodig is om een oproep te verwerken, en in de tijd die nodig is om daadwerkelijk uit te rijden. Ook blijken er regionaal grote verschillen in de verhouding tussen het aantal uitgegeven urgente ritten (A1) en spoedritten (A2). De ambulancesector pakt dit op en heeft aangegeven ambitieus aan verbetering te zullen werken.

Verder zal het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in mei 2008 het herijkte landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid opleveren. Dit kader vormt de basis voor de planning van de ambulancevoorziening in Nederland, waarbij als norm geldt dat 95% van de ritten binnen 15 minuten ter plekke moet kunnen zijn. Op basis van die gegevens zal ik bekijken of dat met het huidige aantal en de huidige spreiding van ambulances lukt, en zo niet, hoe dat alsnog bereikt kan worden.

- 166 *Is de regering voornemens een overgangsregeling te treffen om, eventuele hogere rentelasten van ziekenhuizen bij de overschakeling naar een kapitaallastensysteem, te compenseren? Zo ja, voor hoeveel en waar staat dit bedrag op de begroting?* 56

Dankzij de zekerheden van het zorgvuldige invoeringstraject verwacht ik niet dat de vermogenskosten substantieel zullen stijgen. Het invoeringstraject houdt in:

De FB-budgettering blijft in 2008 in stand. De hoogte van de maatstaf voor een individueel ziekenhuis is de eerste 3 jaar nog gedeeltelijk gebaseerd op de hoogte van het oude FB-budget

Er is de komende jaren ruimte voor volumegroei

De rol van de overheid bij het Waarborgfonds blijft bestaan

Ziekenhuizen mogen boekwinsten bij verkoop van vastgoed en grond behouden.

Er komt een maatwerkoplossing voor instellingen die door de veranderingen in financiële problemen komen

De NZa zal de vermogenskostenontwikkeling goed monitoren. Indien uit deze monitor blijkt dat de vermogenskostenontwikkeling voor de ziekenhuizen substantieel afwijkt van de vermogenskostenontwikkelingen in de markt, zal een expliciet besluit genomen moeten worden over een aanpassing van de maatstaf.

Er is naar mijn verwachting dus geen sprake van een verhoging van rente die generiek voor alle ziekenhuizen geldt. Er blijven dankzij de waarborgen bij de invoering en – zeker voor ziekenhuizen met goed management – voldoende financieringsmogelijkheden.

Ik verwacht niet dat op macroniveau de kosten stijgen omdat er ook doelmatigheidswinst behaald zal worden. Deze kan voortvloeien uit bijvoorbeeld een betere benutting van de beschikbare ruimten.

- 167 *Wat zijn bij de plannen voor het kapitaallastensysteem de financiële gevolgen voor ziekenhuizen van de verkorting van de afschrijftermijn van 50 naar 40 jaar? Worden de ziekenhuizen op enigerlei wijze hiervoor gecompenseerd? Zo ja, waar staat dit op de begroting?* 56

De huidige regels en vergoeding voor afschrijvingen gebouwen gaat uit van een technische levensduur van 50 jaar. Aangesloten wordt bij de reguliere regels voor waardering van vastgoed die de Raad voor de jaarverslaglegging vaststelt.

De afgelopen 15 jaar haalde bijna geen zorggebouw in Nederland de leeftijd van 50 jaar. Nieuwbouw vond plaats voordat de gebouwen volledig waren afgeschreven. In bouwkaders van de afgelopen jaren zit daardoor al impliciet een kortere

afschrijvingstermijn dan 50 jaar verwerkt.

- 168 *De tabel laat zien dat door het beleid van dit kabinet de uitgaven in de Zvw voor 2008 stijgen met 12,8% maar dat dit in latere jaren afvlakt naar een groei van gemiddeld 3,5%. Hoe verklaart de regering deze sterke groei in 2008? Is de regering bereid om maatregelen te nemen als blijkt dat de groei na 2008 toch hoger uitvalt dan geraamd en zo de zorg betaalbaar te houden?* 56

De groei van de premiegefinancierde uitgaven in de gezondheidszorg van 2007 op 2008 wordt in belangrijke mate verklaard door de overheveling van de Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg uit de AWBZ naar de Zvw. Afgezien van deze overheveling is de volumegroei van 2007 op 2008 1,5% (dit is dus exclusief loon- en prijsstijging). Er wordt dus juist uitgegaan van een ophoop in de groei na 2008. De volumegroei in 2008 is relatief laag omdat een aantal maatregelen de uitgavengroei in dat jaar drukt.

Indien het Budgettair Kader Zorg desondanks wordt overschreden, dan zal het kabinet maatregelen treffen om dit te compenseren.

- 169 *Waar in de begroting zijn de middelen ondergebracht die voorheen in het Bouwkader zaten? Is de regering voornemens dit geld in te zetten om de transitie naar een kapitaallastenbekostiging te vergemakkelijken?* 56

De ruimte die bij gelegenheid van de bouwprioritering in 2004 in het bouwkader gereserveerd was voor het tot in 2012 realiseren van een aanzienlijk aantal bouwprojecten blijft in het kader beschikbaar. Evenwel niet als geormerkt "bouwgeld" maar als ruimte in het algemeen. De ruimte voor productiegroei alsmede instandhoudingsbouw en volumebouw verandert hierdoor niet. De bedoelde ruimte voor ziekenhuizen is opgenomen in de reeks "Algemene en categorale ziekenhuizen" en "Academische ziekenhuizen" in de tabel op pagina 56 van de VWS-begroting 2008.

- 170 *De kosten van farmaceutische hulp als percentage van de totale zorgkosten nemen af? Vindt de regering dit in het licht van de kosteneffectiviteit van geneesmiddelen een goede ontwikkeling?* 56

De kosten van de farmaceutische hulp als percentage van de totale zorgkosten nemen vooral van 2007 naar 2008 af. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat in 2008 de raming van de zorgkosten met ruim 3 mld verhoogd is, in verband met de overheveling van de kortdurende GGZ. Daarnaast is er een relatieve daling die veroorzaakt wordt door de ondertekening van het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009 door verzekeraars, apothekers, industrie en VWS. Daarin is ondermeer afgesproken dat de prijzen van bestaande generieke geneesmiddelen met 10% dalen en bij nieuwe generieke geneesmiddelen een prijsverlaging van 50% wordt doorgevoerd. De opbrengst van het Transitieakkoord bedraagt € 340 mln in 2008 en daar bovenop € 116 mln in 2009. Als gevolg van volume-ontwikkelingen houdt de jaren daarna de ontwikkeling van de kosten farmaceutisch hulp in de raming weer gelijke tred met de totale zorgkosten.

- 171 *Na het vaststellen van het zorgverzekeringspakket voor 2008 kwam het CVZ met het advies om de behandeling van ernstige dyslexie op te nemen in het basispakket. Gaat de regering dit alsnog doen? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?* 56

Het CVZ-advies vraagt een zorgvuldige beoordeling. Het CVZ wijst herhaaldelijk op het belang dat het onderwijs zijn poortwachtersfunctie goed vervult en adviseert mij hierover afspraken te maken met mijn collega van OCW. Op dit moment vindt

ambtelijk overleg met OCW plaats.

172 *Hoeveel bedragen de premie-inkomsten?* 56

Naar huidige inschatting bedragen de nominale premies in 2008 13,4 miljard euro en de inkomensafhankelijke bijdrage 16,7 miljard euro (zie ook tabel 10 op pagina 163).

173 *Kan voor de verschillende artikelen de ontwikkeling van het persoonsgebonden budget tot op heden worden gegeven? Wat zijn daarvan de consequenties voor de begroting 2008 en verder?* 56

Over het persoonsgebonden budget ontvangt u binnenkort het onlangs opgeleverde evaluatieonderzoeksrapport met een brief waarin ik u informeer over mijn bevindingen daarover. In die brief zet ik tevens mijn visie op het pgb uiteen, informeer ik u over de meest recente feiten en cijfers en over een aantal maatregelen dat ik op basis daarvan neem.

174 *De rechtspositie van de zorgpatiënt ten aanzien van de inkoop van de verzekeraar zal worden versterkt. Hoe wordt dit concreet vormgegeven? Hoe kunnen verzekerden kennis nemen van wat een verzekeraar heeft ingekocht en op welke wijze die zorg is ingekocht?* 57

Met het wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit van Zorg wil de regering in het bijzonder de rechtspositie van de individuele patiënt/cliënt tegenover de zorgverlener verstevigen. Het wetsvoorstel maakt de welbekende driehoek: aanbieder – verzekeraar – cliënt/verzekerde sluitend. Met de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet - naast de gemoderniseerde AWBZ – is er een goede regeling gekomen van de relatie verzekeraar en zorgconsument/verzekerde. De WMG zorgt ervoor dat de relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder thans op orde is gebracht. Met de WMG worden de zorgaanbieders en verzekeraars gestimuleerd om hun klanten zo goed mogelijk te bedienen; zij moeten als het ware achter de klanten aan. Het sluitstuk vormt een goed geregelde relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder. In het wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit van Zorg worden in de vorm van cliëntenrechten de grondbeginselen bijeengebracht die gelden in de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt. Ook de zorg die door zorgverzekeraars wordt ingekocht zal aan die wettelijke eisen moeten voldoen. Voor het eind van het jaar ontvangt u een brief waarin de grote lijnen van het wetsvoorstel zijn beschreven.

Ook is ons voornemen de positie van de patiënt bij de zorginkoop tevens te versterken via het programma kwaliteit en transparantie dat in het kader van de nieuwe subsidiesystematiek voor pgo-organisaties wordt opgezet. Deze nieuwe systematiek is in de brief van 23 juli 2007 aangekondigd. De nieuwe bekostiging van deze organisaties bestaat naast de basissubsidie uit een aantal programma's. Eén van die programma's is o.m. gericht op het vergroten van de invloed van pgo-organisaties op het meten van kwaliteit van zorg (prestatie-indicatoren en CQ-index). Het programma dient de pgo-organisatie ook te ondersteunen in het beïnvloeden van zorgaanbieders (verbeteren kwaliteit van zorg) en zorgverzekeraars (zorginkoop vanuit cliëntperspectief) op basis van de resultaten van gemeten kwaliteit.

175 *Hoe gaat vormgegeven worden dat de rechtspositie van de zorgpatiënt in de inkoop van de verzekeraar wordt versterkt? Hoe weet een patiënt wat ingekocht wordt? Hoe weet de patiënt welke aanvullende eisen de verzekeraar in de contracten met zorgaanbieders stelt?* 57



Zie antwoord op vraag 174.

- 176 *Hoe vaak komt perinatale sterfte voor in Nederland in vergelijking tot 5, 10 en 15 jaar geleden?* 58

De perinatale sterfte na een zwangerschapsduur van tenminste 28 weken per 1.000 geboorten komt in Nederland in 2006 6.0 keer voor; in 2000 7.8 keer; in 1995 8.1 keer en in 1990 9.6 keer. (bron: CBS Statline)

- 177 *De rijksbijdrage aan abortusklinieken bedraagt € 10,8 mln. Wat zijn de gemiddelde kosten van een abortus?*

De gemiddelde kosten voor het Rijk van een zwangerschapsafbreking kunnen worden berekend door de kosten te delen door het aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen. Alle (kapitaals)lasten zijn in dit bedrag meegenomen. Het laatste jaar waarover deze gegevens bekend zijn is 2005. In dat jaar bedroeg de verleende subsidie €10.400.320 en werden 32.982 zwangerschappen afgebroken. De gemiddelde kosten per zwangerschapsafbreking in een abortuskliniek bedroegen hiermee op basis van de verleende subsidie in 2005 €315,33.

- 178 *Wat wordt verstaan onder "meer inzicht" in het cijfer van de perinatale sterfte; over welk inzicht beschikt de regering op dit moment en aan welke extra informatie is precies behoefte? Bij welk extra inzicht zal er aanleiding zijn gericht beleid te ontwikkelen op het terugdringen van perinatale sterfte? Welke mogelijkheden voor beleid zijn er?* 58

Het perinatale sterftcijfer is een van de belangrijkste uitkomstmaten voor de kwaliteit van de zorg tijdens de zwangerschap en rond de geboorte. In Nederland daalt de perinatale sterfte langzamer dan in de landen om ons heen. De verklaring daarvoor moet deels worden gezocht in het relatief vaak vóórkomen van een aantal bekende risicofactoren voor perinatale sterfte (oudere moeders, meerlinggeboortes, roken van zwangeren). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat er gezondheidswinst te behalen is door verbeteringen in preventie en zorg. Perinatale audit is een belangrijk instrument om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren en mogelijk perinatale sterfte te verminderen. Mits systematisch aangepakt, levert perinatale audit een compleet beeld van het aantal gevallen van perinatale sterfte, de doodsoorzaken en van de geleverde zorg. Met het gebruik van de perinatale audit zal dus een beter inzicht ontstaan over het cijfer en de oorzaken van perinatale sterfte. Het is aan beroepsbeoefenaren dit instrument te gaan gebruiken en zo bij te dragen aan onder andere het terugdringen van vermijdbare perinatale sterfte. Ik heb hiervoor extra financiële middelen beschikbaar gesteld.

- 179 *Welke middelen worden er uitgetrokken voor het versterken van de rechtspositie van de zorgconsument door toepassing van geschilbeslechting?* 58

De geschillencommissie Ziekenhuizen ontvangt jaarlijks een subsidie als bijdrage in de kosten ter hoogte van 50% van de kosten tot een maximum van € 100.000,- op jaarbasis. Over de toekomstige positie van geschilbeslechting als instrument ter versterking van de (rechts)positie van de zorgconsument, en de rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen hierbij, wordt u nog door mij geïnformeerd. Dit is een onderdeel van de brief over de versterking van de positie van de cliënt in de zorg die ik u in december zal toesturen.

- 180 *Wat betekent het voor de patiënt als hij meer rechten krijgt in de zorginkoop?* 58

Zie antwoord op vraag 174.

- 181 *Wanneer wordt met betrekking tot prestatie-indicator 1 de nulmeting gedaan om vast te stellen ten opzichte waarvan een 50% daling plaatsvindt?* 60

Bij de beantwoording van deze vraag is er van uitgegaan dat Prestatie-indicator 2 (Vermijdbare schade in ziekenhuizen wordt bedoeld).

Op 25 april 2007 is het rapport "Onbedoelde schade in Nederlandse Ziekenhuizen" uitgebracht (Emgo-Nivel Onderzoek). Dit rapport bevat ondermeer een schatting van het aantal vermijdbare doden in Nederlandse ziekenhuizen. Dit zogenaamde Emgo-Nivel onderzoek is te gebruiken als de nulmeting.

- 182 *Waarom mag volgens prestatie-indicator 4 de gemiddelde responsetijd voor een ambulance straks 50% hoger zijn?* 60

Bij indicator 4 is gebruik gemaakt van de gegevens uit het brancherapport 'ambulances in zicht 2006', dat zeer onlangs aan uw kamer is aangeboden. Daarin staat vermeld dat in 2006 de gemiddelde aanrijtijd van een ambulance 10 minuten bedraagt en dat 91% van de ambulances binnen 15 minuten ter plekke is. De landelijke (plannings)norm is 95% binnen 15 minuten. Bij indicator 4 zijn in deze tabel beide gegevens opgenomen, waarbij de verbeterambitie zal zijn dat de sector de komende jaren kan realiseren dat 95% van de ritten ook daadwerkelijk binnen 15 minuten aanwezig is.

- 183 *De operationele doelstelling 42.3.2 gaat over 'zorgaanbieders realiseren het door de burger gewenste zorgaanbod'. Een van de prestatie-indicatoren is het aantal donoren. Waarom is gekozen alleen het aantal postmortale donoren en niet het aantal levende donoren te meten?* 60

Het beleid rond orgaandonatie is vooral gericht op het verhogen van het aantal postmortale donoren. Ten opzichte van donatie bij leven, een vorm van orgaandonatie die zich in de meestal in de familiesfeer afspeelt, is het beleid van de regering erop gericht om deze vorm van orgaandonatie zo goed mogelijk te faciliteren, maar niet actief te stimuleren. Onder faciliteren moet onder andere worden verstaan het vergoeden van de kosten die donatie bij leven met zich meebrengt voor de donor. De regering heeft er bewust voor gekozen om donatie bij leven niet actief te stimuleren omdat een potentiële levende donor zijn moeilijke beslissing zo veel mogelijk in vrijheid en zonder dwang moet kunnen nemen. Een stimulerende rol van de overheid past hier niet bij. Omdat het regeringsbeleid niet is gericht op het stimuleren van donatie bij leven, is deze vorm van orgaandonatie geen onderdeel van de prestatie-indicator.

- 184 *Kan uit rij 4 van de tabel, waar de streefwaarde van ambulances op < 15 minuten staat voor 2008 en 2011, geconcludeerd worden dat de regering niet van plan is de gemiddelde responstijd van ambulances in de toekomst te verbeteren?* 60

Ik verwijs u korthedshalve naar mijn antwoord op de vragen 165 (verbetering responstijden) en en 182 (interpretatie indicator gemiddelde responstijd A1-ritten).

- 185 *De regering verwacht dat huisartsen, apothekers en ziekenhuizen in 2009 allemaal aangesloten zullen zijn op het LSP? Is de regering bereid extra maatregelen te treffen als de tussentijdse streefwaardes voor 2008 onder de verwachting blijven?* 60

Zoals aangegeven in de voortgangsrapportages ICT in de zorg wordt reeds een scala

aan maatregelen ingezet met als doel in 2009 de genoemde zorgaanbieders aangesloten te hebben op het LSP. Deze maatregelen bestaan uit het faciliteren en beheren van de landelijke infrastructuur, het stimuleren en coördineren van de invoering door de implementatieorganisatie van VWS, de wet op het EPD die de aansluiting op het LSP wettelijk zal afdwingen en financiële prikkels. De centrale faciliteiten van de infrastructuur worden door de overheid gefinancierd, de koplopers krijgen subsidie voor hun bijdrage aan de pilots en er is vorig jaar een business case ontwikkeld die de kosten en opbrengsten van het EMD en WDH inzichtelijk maakt voor de zorgaanbieders. In deze begroting is aangegeven dat daarbij middelen beschikbaar worden gesteld van € 15 mln in 2008 en € 30 mln in 2009 ten behoeve van een voorspoedige invoering. Deze middelen zijn bedoeld voor het bieden van een eenmalige tegemoetkoming in de initiële kosten die zorgaanbieders moeten maken bij de landelijke invoering van het EMD en het WDH. Met dit pakket aan maatregelen denk ik de landelijke invoering in 2009 te kunnen bereiken. De voortgang van de invoering zal uiteraard zorgvuldig worden gemonitord.

- 186 *Is het onderzoek van de Stichting Farmaceutische Kengetallen naar het gebruik door 61 ziekenhuizen van dure geneesmiddelen al beschikbaar?*

Het onderzoek van de Stichting Farmaceutische Kengetallen is bijna afgerond. De rapportage met daarin de bevindingen van het onderzoek wordt binnenkort aan de Tweede Kamer gezonden.

- 187 *Wanneer komen de overige sectoren van zorginstellingen aan bod ten aanzien van 61 het verstrekken van veilige zorg?*

Het leveren van kwalitatief goede – en dus ook veilige - zorg is een primaire verantwoordelijkheid van alle zorgaanbieders en alle professionals in de zorg. Het onderwerp staat momenteel in iedere zorgsector hoog op de agenda. Wel zijn er tussen de sectoren verschillen op het punt van de fase waarin men verkeert, tijdsplanning e.d. Naar analogie van het vijf jaar durende programma in de ziekenhuissector (zie de Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, vergaderjaar 2006-2007, 28 439, nr. 98) wordt een dergelijk programma ook in de andere zorgsectoren voorbereid. Zo zullen de betrokken branche-, beroeps- en patiënten- en cliëntenorganisaties in de care tijdens een IGZ-conferentie op 22 november 2007 hun plannen presenteren. Tijdens deze conferentie wordt ook door de GGZ aangegeven welke stappen gezet gaan worden om zo spoedig mogelijk ook in deze sector tot een programma veilige zorg te komen. Voor wat betreft de eerstelijnszorg heeft het Nivel opdracht gekregen een zogenaamd *position paper* te maken als basis voor de discussie met partijen in het veld. Tijdens een bijeenkomst met veldpartijen in januari 2008 wordt een concreet actieprogramma voor de eerstelijnszorg voorbereid.

- 188 *Hoe stimuleert de regering het wijk/buurtgericht werken in de eerstelijnszorg?* 62

De eerstelijnszorg moet lokaal worden vormgegeven. Lokale partijen - zoals zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties, regionale ondersteuningsstructuren en gemeenten – zijn daarbij aan zet. De rijksoverheid stimuleert dit proces - samen met landelijke (koepel)organisaties - via het programma versterking eerstelijnsgezondheidszorg. In dit kader zijn diverse instrumenten ontwikkeld die lokale partijen kunnen faciliteren. Zo is de Vraag-Aanbod-Analyse-monitor (VAAM) ontwikkeld om de zorgvraag op wijk/buurt-niveau in kaart te brengen. Dit zal een impuls zijn voor lokale partijen om de zorg beter af te stemmen op de behoeften van de inwoners van de wijk/buurt. Tevens kunnen de attitude, kennis en vaardigheden van zorgaanbieders verder worden ontwikkeld richting meer afstemming en samenwerking. Hiervoor zijn handreikingen en landelijke

samenwerkingsafspraken (LESA's) ontwikkeld. Ook in scholing/trainingsprogramma's moet meer aandacht voor deze aspecten komen.

Door het verspreiden van goede praktijkvoorbeelden, praktische tips en informatie via websites ([www.denieuwepraktijk.nl](http://www.denieuwepraktijk.nl)) en bijeenkomsten, wordt het moderniseringsproces in de eerstelijnszorg verder aangejaagd.

- 189 *Wat is het doel van het project heroriëntatie hulpmiddelen? Rond welke hulpmiddelen is er een probleem met de toegankelijkheid en welke partijen zijn bij het project betrokken?*

Het project Heroriëntatie Hulpmiddelen is voortgekomen uit de toezegging aan de TK om de extramurale vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen waar mogelijk te bundelen en te vereenvoudigen. In het project is het cliëntperspectief centraal gesteld met als doel de vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen (of de uitvoering daarvan) zodanig in te richten dat de cliënt beter bediend wordt in zijn aanvraag van een hulpmiddel. Daarbij kan het gaan om de toegankelijkheid van een hulpmiddel uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Deze laatste valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Doordat gekozen is voor een interactieve aanpak hebben diverse partijen aan dit project deelgenomen. De ervaringen van hulpmiddeleengebruikers zijn centraal gesteld. Vervolgens zijn partijen die met de uitvoering van de hulpmiddelenregelingen belast zijn, de relevante patiëntenverenigingen en koepels betrokken.

- 190 *Kunt u een voorbeeld geven hoe nauwere banden tussen curatieve eerstelijnszorg en 62 de Wmo en AWBZ-zorg wijkgericht worden gestimuleerd? Welk bedrag is hiervoor ingeboekt?*

Er zijn meerdere voorbeelden te noemen. Er zijn immers veel gezondheidscentra in het land waar samengewerkt wordt door eerstelijns hulpverleners gericht op zorg in een bepaalde wijk. Financiering geschiedt hier vanuit verschillende financieringskanalen (WMO, ZVW en AWBZ).

Een voorbeeld is de Gemeente Zoetermeer, waar de samenwerking tussen gemeente en eerstelijnszorg via samenwerkingsverbanden / gezondheidscentra concreet vorm wordt gegeven. Er zijn hiervoor geen aparte financiële middelen ingeboekt. Het maakt immers onderdeel uit van reguliere financiering. Wel zijn er op landelijk niveau middelen beschikbaar om instrumenten te ontwikkelen die op lokaal niveau kunnen worden gebruikt.

- 191 *Wanneer kan het actieplan om meer mensen in de zorg aan het werk te krijgen tegemoet worden gezien?* 62

Het actieplan zullen wij u vóór de begrotingsbehandeling doen toekomen.

- 192 *Wanneer kan het meerjaren onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn tegemoet worden gezien?* 62

Samen met sociale partners, CWI en Calibris (voorheen OVDB) laat VWS het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn uitvoeren. Dit programma beoogt met name om feitelijk kwantitatieve informatie beschikbaar te krijgen voor betrokken partijen. Jaarlijks wordt bezien welke zaken onderzocht dienen te worden. Vaste onderdelen zijn in ieder geval dan de rapporten 'Regiomarge' en 'Arbeid in Zorg en Welzijn'. Het rapport 'Regiomarge' wordt gelijktijdig met de

arbeidsmarktbrief zorgsector 2007 vóór de begrotingsbehandeling aan de TK aangeboden. Het rapport 'Arbeid in Zorg en Welzijn' wordt in november aan de TK aangeboden. Daarnaast wordt de verzamelde informatie beschikbaar gesteld op de website [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl).

- 193 *Hoe denkt u samenwerkingverbanden in de eerste lijn te kunnen versterken zonder dat daar extra middelen voor komen? Hoe groot is de post geïntegreerde eerstelijnszorg, en waar is deze op de begroting te vinden? Zijn dit dezelfde middelen als voor de invoering van de Zorgverzekeringswet? Wat gaat u doen om ervoor te zorgen dat op Vinexlocaties initiatieven van de grond komen nu volgens de LVG de zorgverzekeraars niet bereid zijn te investeren in locaties waar nog geen verzekerden wonen? Wilt u een subsidieregeling voor Vinexlocaties uitwerken?* 62

Stimuleren zonder extra middelen kan op verschillende manieren plaatsvinden. In de eerste lijn is ingezet op het versterken van samenwerkingsverbanden - samen met landelijke (koepel)organisaties - via het programma versterking eerstelijnsgezondheidszorg (LOVE). Het LOVE jaagt veranderingsprocessen aan en ontwikkelt instrumenten die lokale partijen kunnen gebruiken. Daarnaast worden eerstelijns samenwerkingsverbanden versterkt door in de bekostigingssystematiek ruimte hiervoor te creëren. Dit is gebeurd door middel van de NZa beleidsregel Module geïntegreerde eerstelijnszorg, de beleidsregel Innovatie en de Module modernisering en innovatie. Zie voor nadere toelichting mijn brief van 3 september jl. (CZ / EKZ- 2782573) over Versterking geïntegreerde eerstelijnszorg.

In de begroting is geen aparte post geïntegreerde eerstelijnszorg opgenomen. De financiële middelen voor samenwerkingsverbanden worden via een geleidelijke afbouw van de oude subsidieregeling voor Gezondheidscentra / Samenwerkingsverbanden (10% in 2007; 40% in 2008 en 100% in 2009) overgeheveld naar de sector huisartsenzorg. Dit wordt gepresenteerd in de premietabel van het begrotingsartikel 42. Het gaat uiteindelijk om een bedrag van ca. € 33 mln.

Voor de VINEX locaties is een aparte CVZ-subsidieregeling van toepassing. Aan de Nederlandse Zorgautoriteit is over de toekomstige financiering van samenwerkingsverbanden, die vanaf 2009 ingaat, gevraagd hoe de Vinexlocaties daarin betrokken kunnen worden. Ik verwacht in de loop van 2008 daarop een antwoord te ontvangen.

- 194 *Welke pilots vinden in 2008 plaats rond het incorporeren van poliklinische geneesmiddelen in dbc's? Hoe denkt het kabinet invulling te geven aan de pilots met poliklinische geneesmiddelen in de dbc's? Om welke geneesmiddelen(categorieën) gaat het? Welke aanwijzingen zijn er dat er nu sprake zou kunnen zijn van ondoelmatige geneesmiddelenvoorziening?* 63

In 2007 start een pilot poliklinische geneesmiddelen in een dbc in het HagaZiekenhuis voor patiënten met de ziekte Cystic Fibrosis (CF). In de eerste fase van de pilot zal op basis van gegevens van de zorgverzekeraars gekeken worden of een integrale dbc voor de contractering van de behandeling van CF voor zowel de klinische als de poliklinische zorg mogelijk is. In de tweede fase zal ervaring worden opgedaan met de aflevering van poliklinische geneesmiddelen voor de CF-patiënten als onderdeel van de CF-behandeling door het ziekenhuis. De overige pilots worden momenteel nog vormgegeven door diverse zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Binnen de dbc-systematiek kan een medisch specialist een integrale afweging maken bij de keuze voor een in te zetten behandeling. Geneesmiddelen die op de polikliniek worden voorgeschreven maken nu geen onderdeel uit van de dbc terwijl ze wel een wezenlijk onderdeel van de medisch-specialistische behandeling vormen. Daarom zou het logisch zijn om de afweging om tot deze voorschriften te komen en de daarmee

gepaard gaande kosten onderdeel worden van de DBC-systematiek. Dit zal de doelmatigheid van de behandeling ten goede komen. Verder kunnen medisch specialisten en ziekenhuisapothekers elkaar binden aan een formularium waarmee ook op de polikliniek scherp kan worden voorgeschreven.

- 195 *Welke partijen hebben zitting in de Coördinatiegroep Orgaandonatie, wat is hun doelstelling, hoe wordt het proces gereguleerd en wanneer kan de Kamer het aangekondigde vervolgplan tegemoet zien?* 63

De Coördinatiegroep Orgaandonatie staat onder voorzitterschap van Professor dr. J.C. Terlouw en bestaat uit vertegenwoordigers van alle relevante partijen op het gebied van orgaandonatie, te weten: de Stichting Transplantatie Nu! (STN!), de Nierstichting Nederland (NSN), de Leverstichting Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS), het Donorregister (DR), NIGZ-Donorvoorlichting, the Netherlands Association of Tissue Banks (NATB), de Nederlandse Transplantatie Vereniging (NTV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging (LEVV), de Brancheorganisatie Verpleging en Verzorging (Arcares), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De doelstelling van de Coördinatiegroep Orgaandonatie is het stimuleren en volgen van activiteiten waardoor de gang van zaken binnen ziekenhuizen op het gebied van orgaandonatie wordt verbeterd, de bereidheid van de bevolking om zich als orgaandonor beschikbaar te stellen wordt vergroot en nieuwe ontwikkelingen worden beoordeeld en desgewenst gestimuleerd.

Om dit doel te realiseren heeft de Coördinatiegroep de volgende taken:

- a. stimuleren van overleg en afstemming tussen de bij het onderwerp betrokken partijen;
- b. opstellen van spelregels voor het bevorderen van de afstemming en het volgen van de nakoming van deze spelregels;
- c. actief afstemmen met betrokkenen over te realiseren veranderingen, inclusief afstemming over het in gang zetten en zondig subsidiëren van projecten en dergelijke;
- d. bevorderen van concrete afspraken tussen partijen omtrent de taakverdeling en verantwoordelijkheid bij het realiseren van gewenste veranderingen;
- e. volgen van de voortgang naar aanleiding van uitgebrachte adviezen en bevorderen dat daar waar nodig bijsturing plaatsvindt;
- f. verzamelen van de informatie die relevant is om de voortgang te kunnen volgen, onder andere op basis van terugkoppeling door de betrokken partijen;
- g. verzorgen van rapportages over de voortgang respectievelijk verzorgen van eindrapportages.

Daarnaast kan de Coördinatiegroep aanbevelingen uitbrengen.

De Coördinatiegroep heeft de taak op zich genomen om een Masterplan orgaandonatie op te stellen, waartoe uit de leden van de Coördinatiegroep een werkgroep is samengesteld. In deze werkgroep hebben zitting: NSN, STN!, NTS, NIGZ-donorvoorlichting, NTV, en VWS. In deze werkgroep vinden de voorbereidende werkzaamheden rond het masterplan plaats, waarna bespreking en goedkeuring door de Coördinatiegroep plaatsvindt. De Coördinatiegroep verwacht het Masterplan Orgaandonatie in maart 2008 te hebben afgerond, waarna het, voorzien van een regeringsstandpunt in het voorjaar aan de Kamer zal worden toegestuurd.

- 196 *Welke facetten worden bij het bepalen van de doelmatigheid van geneesmiddelen meegenomen? Worden in de streefwaarden ook zaken als ziekteverzuim of cholesterolniveau opgenomen?* 63

In het kader van de afweging of een geneesmiddel opgenomen dient te worden in het vergoedingsstelsel, dient de fabrikant een aantal studies te overleggen. Onderdeel daarvan vormt de zogenaamde doelmatigheidsbeoordeling waarbij de kosten van het middel tegen de opbrengsten worden afgezet. Deze kosten-batenbalans wordt vervolgens vergeleken met de kosten-batenbalans van de standaardbehandeling.

Afhankelijk van de analyse kunnen de baten worden uitgedrukt in natuurlijke eenheden, bijvoorbeeld verlaging van de bloeddruk, verlaging van het cholesterolniveau, aantal voorkomen beroertes, gewonnen levensjaren of voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALYs). Behalve kosten van de behandelingen kunnen ook kostenbesparingen elders worden meegenomen in de kosteneffectiviteitsanalyse. Een analyse kan vanuit verschillende perspectieven worden uitgevoerd, bijvoorbeeld die van een ziekenhuis, het zorgstelsel of de maatschappij. Bij een analyse in het laatste perspectief kunnen ook maatschappelijke baten als vermindering van het ziekteverzuim worden meegenomen.

- 197 *Is de regering bereid, ter voorkoming van ondervoeding, de kosten voor optimale voedingszorg binnen de relevante dbc's op te nemen?* 63

Op dit moment maken de kosten van voedingszorg al deel uit van de DBC prijzen. Deze kosten zijn in het DBC kostprijsmodel verwerkt als indirecte kosten. Hierdoor kunnen het ziekenhuizen zelf beslissen hoe zij investeren in de voedingszorg.

- 198 *Wat zijn de indicatoren die u bij het bepalen van de doelmatigheid van geneesmiddelen gaat inzetten?* 63

Zie antwoord op vraag 196.

- 199 *Zijn er ook innovatieprojecten die zich richten op de samenwerking tussen de eerste en tweede lijnszorg?* 64

In het veld zijn er vele projecten die zich richten op samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, zoals de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen op de geïntegreerde spoedposten. Vele projecten zijn door zorgaanbieders vormgegeven rond bepaalde ziektebeelden zoals CVA, diabetes en COPD. Een ander voorbeeld is de samenwerking in de acute zorgketen tussen ambulances en spoedeisende eerste hulp, waar de gegevens digitaal vanuit huisartsendossier worden opgevraagd, met ambulancegegevens worden verrijkt en aan SEH doorgegeven. Dit is nu opgepakt in het landelijk project e-spoed. Vele van deze projecten zijn op de website [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl) opgenomen. Kortheidshalve wordt daarnaar verwezen. De samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn wordt bevorderd door de Diabetes DBC, waarmee samenwerking binnen deze zorgketen wordt bekostigd via één integraal tarief

- 200 *Wordt het stellen van de juiste diagnose al gezien als een meerwaarde op zich ook al blijft genezing uit? Zo ja, waar bestaat die meerwaarde uit?* 65

Ook al is nog niet voor iedere diagnose een effectieve behandeling beschikbaar, toch heeft een juiste diagnose een meerwaarde. De patiënt weet waar hij/zij aan toe is en

andere diagnoses worden uitgesloten, waardoor behandelingen worden voorkomen die niet geïndiceerd of nutteloos zijn en mogelijk zelfs de genezing belemmeren of de ziekte/aandoening verergeren.

- 201 *Jaarlijks wordt € 11 mln. instellingssubsidie gereserveerd voor Nictiz. Voor 2008 wordt € 15 mln. gereserveerd voor de invoering van het EPD. Hoe verhouden beide bedragen zich tot elkaar? Kan de minister aangeven waar dit geld precies voor bedoeld is? Welke resultaten denkt de minister met deze bedragen te kunnen realiseren?* 66

Het bedrag van € 15 miljoen is in 2008 extra toegevoegd aan het budget waaruit ook de instellingssubsidie voor NICTIZ wordt verleend. De middelen zijn bedoeld voor het bieden van een eenmalige tegemoetkoming in de kosten die zorgaanbieders moeten maken bij de landelijke invoering van het EMD en het WDH. In overleg met het veld zal worden bepaald hoe deze middelen worden verdeeld. De middelen voor NICTIZ worden onder andere ingezet voor het beheer en onderhoud van het landelijk schakelpunt, operationele activiteiten in het kader van het EPD (aansluitdiensten, kwalificatietrajecten ect.) en de verdere ontwikkeling en standaardisering van het EPD.

- 202 *Wat verklaart een stijging van de bruto-schadelast met 10% per jaar?* 67

De groei van de uitgaven aan de gezondheidszorg van 2007 op 2008 wordt in belangrijke mate verklaard door de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie de tabel op pagina 56). De totale groei van de uitgaven aan gezondheidszorg bedraagt 3,4 miljard euro, waarvan 3 miljard samenhangt met deze overheveling. De resterende groei van 0,4 miljard euro is de resultante van enerzijds de volumegroei die verwacht mag worden bij ongewijzigd beleid en anderzijds de effecten van maatregelen.

- 203 *Wat is de definitie van een onverzekerde?* 67

Er zijn twee soorten onverzekerden te onderscheiden.

Allereerst Zvw-verzekeringsplichtigen die geen zorgverzekering hebben. Zvw-verzekeringsplichtig zijn de mensen die van rechtswege verzekerd zijn voor de AWBZ. Op deze groep onverzekerden heeft het getal van 241.000 betrekking.

Daarnaast zijn er vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven (illegalen). Zij zijn op grond van de Koppelingswet uitgesloten van de sociale verzekeringen.

- 204 *Heeft de regering ook overwogen om het aantal wanbetalers als prestatie-indicator op te nemen?* 67

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het innen van de premie voor de zorgverzekering van hun verzekerden; ook als betrokkenen onwillig zijn. De zorgverzekeraars hebben eigen beleidsvrijheid bij het vormgeven van hun incassobeleid. Daarom kan het aantal wanbetalers geen prestatie-indicator voor de centrale overheid zijn.

- 205 *Met ingang van 1 januari 2008 zal de anticonceptiepil weer worden opgenomen in het verplichte pakket van de Zvw. Is de regering op de hoogte van andere vormen van anticonceptie? Kan aangegeven worden wat de redenen zijn om niet alle hormonale anticonceptiemiddelen terug te brengen in het verplichte pakket? Welk effect denkt de regering te bereiken met deze beperkte maatregel? Is de regering van mening dat er een vrije keuze moet zijn in de soort anticonceptie die passend is bij* 67



*de gebruiker in plaats van een keuze die aansluit bij het verzekeringspakket?*

De in het Coalitieakkoord gemaakte afspraak houdt in dat de leeftijdsgrens van 21 jaar die destijds voor anticonceptiemiddelen op grond van de Ziekenfondswet is ingevoerd en per 1 januari 2006 ook is gaan gelden voor de zorgverzekering, komt te vervallen. Dat betekent dat die leeftijdsgrens voor medicamenteuze middelen, maar ook voor pessaria en koperhoudende spiraaltjes komt te vervallen. Voor het progesteron houdende spiraaltje komt eveneens de leeftijd van 21 jaar te vervallen. Condooms en andere voorbehoedsmiddelen hebben nooit deel uitgemaakt van het ziekenfondspakket en zitten nu ook niet in de zorgverzekering voor verzekerden onder de 21 jaar. Aangezien het gaat om verzekerde zorg, dient het pakket ook aan te sluiten bij de uitgangspunten die voor de zorgverzekering gelden. Bijvoorbeeld de effectiviteit, toegevoegde waarde ten op zichte van andere middelen en kosten-efficiëntie.

- 206 *In de verevening heeft de Erasmus Universiteit aangetoond dat bepaalde ziektebeelden verliesgevend zijn. Worden de in het vereveningssysteem aantoonbaar verliesgevende ziektebeelden, zoals migraine en maagaandoeningen, gecorrigeerd?* 67

Het risicovereveningssysteem houdt rekening met een groot aantal chronische aandoeningen die leiden tot terugkerende hoge kosten. Via het geneesmiddelengebruik en of ziekenhuisopnamen in het verleden worden de verzekerden met een bepaalde chronische aandoening geïdentificeerd en gecompenseerd. Het betekent evenwel dat een geneesmiddel of een diagnose eenduidige relatie moet hebben met een chronische aandoening, anders zouden meer verzekerden dan nodig worden geïdentificeerd. Deze noodzakelijke voorwaarde geeft een duidelijke begrenzing aan het aantal aandoeningen dat daadwerkelijk kan worden geïdentificeerd. Met maagaandoeningen werd tot 2004 expliciet rekening gehouden in het risicovereveningssysteem. Echter, toen bleek dat de identificerende geneesmiddelen in grote mate niet volgens de richtlijnen worden voorgeschreven, zowel qua indicatie als qua doseringen, is de betreffende FKG waarmee de compensatie plaatsvond uit het vereveningsmodel verwijderd. Met migraine wordt in het risicovereveningssysteem niet expliciet rekening gehouden. Enerzijds omdat migraine vrijwel niet éénduidig is te identificeren, anderzijds vanwege hoge comorbiditeit. Met de huidige compensatie via geneesmiddelengebruik en ziekenhuisopname krijgen verzekeraars al voor zo'n 2 miljoen verzekerden een extra financiële toelage vanwege hun meerkosten van chronische zieken. Hieronder valt een belangrijk deel van de verzekerden die in het onderzoek van de Erasmus Universiteit zelf aangeven migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn te hebben. Dit wordt in het onderzoek van de Erasmus Universiteit bevestigd omdat het verlies beperkt is en het gevonden verlies met grote waarschijnlijkheid niet van nul afwijkt.

- 207 *Kan uit het feit dat de Streefwaarde van wanbetalers van zorgverzekeringspremie voor 2008 op < 250000 staat, geconcludeerd worden dat dit kabinet niet van plan is maatregelen te treffen om het huidige aantal van 241000 wanbetalers van zorgverzekeringspremie aan te pakken?* 67

In de begroting is geen streefwaarde voor het aantal wanbetalers opgenomen. Hiervoor verwijs ik u naar het antwoord op vraag 208. De streefwaarde van < 250.000 heeft betrekking op het aantal onverzekerden.

De regering pakt het niet betalen van de Zvw-premie (wanbetalers) en het niet voldoen aan de Zvw-verzekeringsplicht (onverzekerden) aan via twee sporen:

1. Voor wanbetalers wordt premie-incassering via bronheffing gerealiseerd, waarbij tevens de zorgtoeslag als inkomensbestanddeel wordt aangemerkt waarover

bronheffing mag plaats vinden. Het wetsvoorstel hiertoe is in voorbereiding; beoogde datum inwerkingtreding 1 januari 2009.

2. Om het aantal onverzekerden terug te dringen wordt doelgroepgerichte voorlichting ontwikkeld of geïntensiveerd. Daarnaast is de regering voornemens om alle mensen zonder zorgverzekering via bestandkoppeling individueel te benaderen om zich te verzekeren; de actieve opsporing. Hiervoor is wetswijziging noodzakelijk. Het plan van aanpak over actieve opsporing wordt dit najaar aan de Kamer gestuurd.

- 208 *Hoeveel mensen in Nederland betalen er niet mee aan de verplichte zorgpremie? (onverzekerden, wanbetalers, illegalen, etc.) Hoeveel geld loopt de overheid als gevolg hiervan mis? Waarom zijn er in de begroting geen prestatie-indicatoren opgenomen om het aantal mensen dat niet meebetaalt aan de verplichte zorgpremie te verminderen/ drastisch terug te brengen?* 67

#### Onverzekerden

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek over het aantal onverzekerden blijkt dat op 1 mei 2006 er 241.000 onverzekerde verzekeringsplichtigen waren. Hiervoor is een prestatie-indicator opgenomen in de begroting. Deze mensen betalen wel de inkomensafhankelijke bijdrage, maar niet de nominale premie van circa € 1100 die zij op jaarbasis aan de zorgverzekeraar verschuldigd zijn.

#### Wanbetalers

Het CBS becijfert het aantal wanbetalers op 31 december 2006 op ongeveer 190.000. Hierbij geldt dat zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor het innen van de premie voor de zorgverzekering van hun verzekerden; ook als betrokkenen onwillig zijn. De zorgverzekeraars hebben eigen beleidsvrijheid bij het vormgeven van hun incassobeleid. Daarom kan het aantal wanbetalers geen prestatie-indicator voor de centrale overheid zijn.

De zorgverzekeraars worden gecompenseerd vanuit het Zorgverzekeringsfonds wanneer de premieschuld van de wanbetaler de zes maanden overstijgt. Hiermee is naar verwachting € 200 miljoen gemoeid.

#### Illegalen

Uit een brief van de Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie blijkt dat het aantal illegale vreemdelingen in Nederland in de periode april 2005-april 2006 wordt geschat tussen de 75.000 en 185.000 (Kamerstukken II 2006/07, 29 344 en 19 637, nr. 60). Deze mensen mogen op grond van de Vreemdelingenwet geen sociale ziektekostenverzekering sluiten. Daarom is er geen prestatie-indicator opgenomen in de begroting. In sommige gevallen hebben zij wel een particuliere verzekering tegen ziektekosten gesloten. Het uitgangspunt is dat mensen die niet verzekerd zijn tegen ziektekosten zelf de rekening voor gemaakte zorgkosten betalen.

Naar verwachting is met de verlening van zorg aan in betalingsonmacht verkerende illegalen jaarlijks € 44,2 miljoen gemoeid. Een deel daarvan is afkomstig uit de beleidsregel dubieuze debiteuren, die is bedoeld om (een deel van de) oninbare vorderingen van onder meer ziekenhuizen te bekostigen in het geval zij, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten. Deze vorderingen kunnen betrekking hebben op zowel verzekeringsplichtigen als onverzekerbare illegalen. In totaal was in 2006 met deze beleidsregel € 37 miljoen gemoeid. Hiervan is in de begroting 2008 € 22,2 miljoen ter beschikking gesteld voor de (stroomlijn) van de financiering van

medisch noodzakelijke zorg verleend aan illegalen.

- 209 *Verloopt alle financiering van medisch noodzakelijke zorg voor illegalen via de stichting Koppeling? Wanneer kan het wetsvoorstel met betrekking tot medisch noodzakelijke zorg voor illegalen tegemoet worden gezien?* 68

Nee, momenteel bestaan er verschillende regelingen waaruit deze kosten worden gefinancierd.

Ten eerste heeft de Stichting Koppeling dankzij een jaarlijkse subsidie van het ministerie van VWS jaarlijks een budget beschikbaar ter compensatie van de bovenmatige kosten voor zorgverleners (eerstelijnszorgverlener, verloskundigen, apothekers en tandartsen) die, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op zorgconsumenten, onbetaald medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan vreemdelingen zonder verblijfsvergunning.

Voorts is er de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze beleidsregel is bedoeld om (een deel van de) oninbare vorderingen van onder meer ziekenhuizen te bekostigen in het geval zij, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten. Dat kunnen ook vorderingen op onverzekerbare illegalen zijn.

Voor AWBZ-zorg bestaat er momenteel geen voorziening.

Naar verwachting zal het wetsvoorstel uw Kamer hebben bereikt op het moment dat u deze antwoorden ontvangt.

- 210 *Wat is de stand van zaken met betrekking tot de medische opvang van asielzoekers in verband met het opzeggen van het contract met het MOA per 1-1-2009?* 68

COA is nu in overleg met diverse partijen, om afspraken te maken over de inhoud van de zorg en het transitieproces vanuit MOA. Inhoudelijk moeten er nog veel zaken worden uitgewerkt, bijvoorbeeld ICT en rol praktijkverpleegkundige. Zo spoedig mogelijk moet het programma van eisen klaar zijn voor een aanbesteding van deze zorg. Uitgangspunt is dat deze zorg zoveel als mogelijk binnen de reguliere zorg wordt verleend.

- 211 *Is niet het risico reëel naarmate de risicodragendheid van de zorgverzekeraars toeneemt, ook de kans op risicoselectie van patiënten zal toenemen, te meer gezien de scherpe prijsconcurrentie tussen verzekeraars?* 69

Ik denk niet dat verzekeraars snel over zullen gaan tot risicoselectie. In het zorgverzekeringsstelsel is een aantal belangrijke waarborgen ingebouwd die risicoselectie onnodig (risicovereveningsstelsel) en onmogelijk maakt (acceptatieplicht). Het risicovereveningsstelsel werkt zodanig goed dat het niet zo eenvoudig is om patiëntengroepen waarvoor risicoselectie lonend zou zijn, te identificeren. Vervolgens is het lastig voor een verzekeraar om deze verzekerden "kwijt te raken". Nieuwe verzekerden moet een verzekeraar accepteren, daarenboven kent een verzekeraar de gezondheidstoestand van de nieuwe verzekerde niet. Verder moet een verzekeraar met potentiële reputatieschade rekening houden. Risicoselectie zou de verzekeraar dan meer kosten dan opleveren. Tenslotte gaat de vergroting van de risicodragendheid gepaard met een verdere optimalisering van de werking van het systeem.

- 212 *Het jaardocument zorgt exclusief de jaarrekening voor een reductie in administratieve lasten voor de ziekenhuizen van 39%. Is er nog sprake van een reductie als de administratieve lasten van het jaarverslag in deze weging meegenomen worden? Zo ja, hoeveel is de reductie van administratieve lasten door het jaardocument inclusief* 69

*jaarrekening?*

In de beantwoording ga ik ervan uit dat u in zin twee doelt op de jaarrekening wanneer u het heeft over 'jaarverslag'.

Uit de evaluatie van het Jaardocument door het externe onderzoeksbureau EIM blijkt dat er zowel inclusief als exclusief de jaarrekening sprake is van een administratieve lasten reductie van 65 uur per ziekenhuis dankzij het Jaardocument.

In percentages komt dit neer op een reductie van 42,5% exclusief jaarrekening en 15,2% inclusief jaarrekening per ziekenhuis. In de Begroting is een reductiepercentage van 39% opgenomen, maar dit betreft de gemiddelde reductie in uren per instelling zorgbreed. Ten tijde van het opstellen van de Begroting was een sectorspecifiek percentage voor de ziekenhuizen nog niet voor handen.

Voor de hele zorg brengt dit een kostenbesparing met zich mee van € 26 miljoen (59% kostenreductie).

- 213 *De curatieve ggz wordt met ingang van 1 januari 2008 ondergebracht in de basisverzekering. Daarvoor zijn ook dbc's ontwikkeld. Is het waar dat de afrekening van dbc's pas na afloop geschiedt en dat geen bevoorschotting kan worden overeengekomen? Waar en hoe is dit geregeld? Is het ook waar dat instellingen de daarmee verband houdende financieringslasten vervolgens in rekening kunnen brengen bij het ministerie van VWS, dat dan de rente vergoedt? Ware het niet verstandiger om aan zorgverzekeraars de vrijheid te laten al dan niet te bevoorschotten in afspraken met de aanbieders, zodat de rentevergoedingen kunnen worden ingezet voor daadwerkelijke zorg?* 69

DBC's kunnen inderdaad pas worden afgesloten wanneer de cliënt/patiënt is uitbehandeld dan wel wanneer een DBC de maximale tijdsgrens van 365 dagen heeft bereikt. Na 365 dagen wordt een openstaande DBC afgesloten en afgerekend. Wanneer de behandeling wordt voortgezet, opent de behandelaar een zogenaamde vervolg DBC.

Aangezien deze systematiek een omslag betekent in de manier waarop de zorg wordt gefinancierd, namelijk pas na beëindiging van de behandeling in plaats van per maand per uitgevoerde verrichting verschuift hiermee ook de liquiditeitsbehoefte. Partijen – zorgverzekeraars en aanbieders - staat het onderling vrij om afspraken te maken over bevoorschotting.

Mochten partijen niet tot bevoorschottingsafspraken kunnen komen, dan kan de zorgaanbieder de rentekosten doorberekenen aan de zorgverzekeraar. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft hiervoor een beleidsregel opgesteld.

- 214 *Kan worden ingegaan op de stelling dat door de introductie van dbc's een liquiditeitsprobleem kan ontstaan bij aanbieders, en dat dit probleem het grootst is bij partijen (regulier of nieuw) die willen groeien? Is dit aspect daarmee niet een belemmering voor de nagestreefde contractsvrijheid, die immers gericht is op effectieve en efficiënte zorg?* 69

Vanaf 1 januari 2008 wordt een andere bekostigingssystematiek gebruikt, waarbij zorgaanbieders allereerst de volledige behandeling afronden en daarna op basis van een (gevalideerde en) afgesloten DBC de geleverde zorg bij zorgverzekeraars declareren. Dit is anders dan nu onder de AWBZ, waar maandelijks de uitgevoerde verrichtingen worden gedeclareerd. Bij een groei van het aanbod zal dus ook rekening gehouden moeten worden met een groter tijdsverschil tussen verrichting en declaratie. Dit tijdsverschil betekent een veranderende vermogensbehoefte.

Om deze veranderde vermogensbehoefte op te vangen kunnen in eerste instantie bevoorschottingsafspraken tussen verzekeraar en aanbieder gemaakt worden. Wanneer men niet tot bevoorschottingsafspraken komt, kan gebruik gemaakt worden van de beleidsregel Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ (CA-200) die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft opgesteld. Op basis van deze beleidsregel kunnen zorgaanbieders - zowel instellingen als vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten en zowel bestaande als nieuwe toetreders - de rentekosten van een mogelijk krediet doorberekenen aan de zorgverzekeraar.

- 215 *De regering stelt dat delen van de preventie zullen worden ondergebracht binnen de Zvw. Is de regering dan ook van plan om meerjarige zorgcontracten mogelijk te maken? Zo nee, denkt kabinet dan niet dat dit verzekeraars ontmoedigt om meer preventie in hun pakket op te nemen?* 70

Op 24 september j.l. heb ik een brief over preventie aan de Tweede Kamer gestuurd (Tweede Kamer, 2007/08, 22 894, nr. 134). In bijlage 6 bij die brief ben ik uitgebreid ingegaan op de Motie Van der Veen (Tweede Kamer, 2006/07, 30800 XVI, nr.74) waarin de regering werd verzocht na te gaan of en hoe preventie beter in de zorgverzekering kan worden verankerd. Wat de meerjarige contracten betreft heb ik duidelijk gemaakt dat ik vooralsnog geen noodzaak zie de mogelijkheid van meerjarige zorgverzekeringscontracten wettelijk te regelen. Verzekeraars hebben nu al de mogelijkheid meerjarige preventie-getinte contracten met verzekerden aan te gaan buiten de Zorgverzekeringwet om. Contracten met collectiviteiten worden op dit moment zelfs al voor meerdere jaren afgesloten. Bovendien heb ik aangegeven dat een overstappercentage in de orde van 5% (van 2006 naar 2007) mij niet voorkomt als een percentage dat verzekeraars zou ontmoedigen te investeren in preventie.

- 216 *De eerstelijns psychologische zorg wordt opgenomen in het verzekerd pakket. Welk bedrag is hiermee gemoeid?* 70

Het is lastig om exact te bepalen wat de schadelast van zorgverzekeraars is op het gebied van eerstelijns psychologische zorg (EPZ). Omdat de EPZ nu nog in het aanvullend verzekerde pakket zit, hebben we geen gegevens over wat zorgverzekeraars tot op heden uitgeven aan EPZ. Daarnaast is de vraag wat het gedragseffect zal zijn van opname van EPZ in het verzekerde pakket en of dat zal leiden tot een stijging van de uitgaven aan EPZ. Geschat is dat zorgverzekeraars in 2008 circa € 65 mln. uit zullen geven aan EPZ. In de VWS-begroting maakt dit bedrag onderdeel uit van de € 153,3 miljoen voor geneeskundige GGZ voor vrijgevestigden op artikel 42.

- 217 *Kunt u een overzicht geven van de wijzigingen in het verzekerd pakket (wat komt erin en wat gaat eruit) met bijbehorende bedragen?* 70

- Per 1 januari 2008 vallen de pil en de daarmee verwante anti-conceptiemiddelen weer onder de Zorgverzekeringwet. Hieraan is uitvoering gegeven door de leeftijdsgrens voor de onder de zorgverzekering vallende anti-conceptiemiddelen te laten vervallen. De hiermee samenhangende uitgaven bedragen € 70 miljoen.

- Voorts wordt op aandrang van de Kamer de leeftijdsgrens voor het jeugdpakket mondzorg verhoogd tot de leeftijd van tweeëntwintig jaar. Verzekerden hebben dan tot en met de leeftijd van eenentwintig jaar recht op dit uitgebreide pakket aan mondzorg. Met deze uitbreiding is € 100 miljoen gemoeid.

- Tenslotte wordt het aantal vergoede uren kraamzorg uitgebreid. Hiervoor wordt € 34 miljoen beschikbaar gesteld.

- De BKZ-relevante uitgaven stijgen door bovengenoemde maatregelen met in totaal € 204 miljoen.

- 218 *Is de opbouw van het uurtarief medisch specialisten inmiddels bekend? Kan de Kamer hier inzicht in krijgen?* 71

Overeengekomen is dat vanaf 1 januari 2008 één onderbouwd normatief uurtarief (€ 132,- prijspeil 2006) voor de medisch specialistische zorg wordt ingevoerd, dat door middel van een bandbreedte (€ 6,-) ruimte biedt voor beloning naar prestatie (exclusief 50 cent voor kwaliteit).

Dit uurtarief is tot stand gekomen door een vertaling te maken van de AMS die geldt voor specialisten in loondienst naar de vrije vestiging. Het uurtarief wordt gebaseerd op een normatieve praktijkomvang van € 205.260,- (prijspeil 2006), uitgaande van 1555 declarabele uren op jaarbasis. Het honorarium voor medisch specialisten zal herkenbaar in de integrale DBC-tarieven worden verwerkt en zal daar waar vrije prijsvorming geldt, herkenbaar in de prijs van de DBCs worden verwerkt.

Het uurtarief is gebaseerd op de kostencomponenten inkomen (waaronder een deel van de inconveniënten), individuele kosten en praktijkgebonden kosten (zowel de individuele praktijkkosten, waaronder beroepsaansprakelijkheidsverzekering, als de maatschapskosten, waaronder secretariële ondersteuning).

Onderstaande tabel bevat de daarbij gehanteerde waarden.

Inkomen	€ 129.500
Individuele kosten	€ 31.500
Praktijkgebonden kosten	€ 44.260
Totaal	€ 205.260
Aantal uren op jaarbasis	1.555
Uurtarief (totaal/aantal uren)	€ 132

- 219 *Kan worden aangegeven waarom besloten is de aanspraak van de anticonceptiepil niet buiten het eigen risico wordt gehouden? Kan worden aangegeven wat het voordeel is van het opnemen van de anticonceptiepil in het pakket afgewogen tegen de invoering van het eigen risico?* 71

Elke uitzondering op het eigen risico maakt de uitvoering hiervan voor de zorgverzekeraars ingewikkelder en dus ook duurder, omdat een afwijking van het systeem gepaard gaat met hogere administratieve lasten. Bovendien leidt het uitsluiten van de anticonceptiepil van het eigen risico tot opbrengstverlies.

Het voordeel van opname in het pakket van de anticonceptiepil zal voor iedere afzonderlijke verzekerde verschillend zijn, afhankelijk van de individuele zorgconsumptie.

- 220 *Wanneer worden de door de NZa voorgestelde experimenten om externe financiers in ziekenhuizen toe te laten gehonoreerd? Welke concrete experimenten liggen op dit moment voor?*

Ik wil graag nog eens een goede analyse maken alvorens een besluit te nemen over het al dan niet toestaan van winstuitkering voor ziekenhuizen. In het Algemeen Overleg met u van 11 oktober jongstleden over de brief "Met zorg ondernemen" heb ik u een brief over maatschappelijk ondernemen en winstuitkering aangekondigd. In deze brief zal ik ingaan op uw vragen. Bovendien heeft u ook in het overleg over deze brief de gelegenheid om aanvullende vragen aan mij te stellen.

- 221 *Welke voorwaarden worden gesteld aan experimenten in de ziekenhuissector? Welke ervaringen hiermee zijn bekend in het buitenland?*

Zie antwoord op vraag 220.

- 222 *Is een actievare overheidsrol niet gewenst om op winst gerichte experimenten zo snel als mogelijk te verwezenlijken in het kader van de marktwerking in de zorg?*

Zie antwoord op vraag 220.

- 223 *Leidt maatstafconcurrentie gekoppeld aan efficiencybesparing niet tot een stijging van ziekenhuisverrichtingen om dreigende tekorten op te vangen? Is onder de maatstafconcurrentie het volume dat ziekenhuizen produceren – om wachtlijsten te voorkomen en te voldoen aan de medische behoefte - onbeperkt als zij zich aan de afgesproken dbc-prijzen? Geldt hiervoor het 'boter bij de vis'-principe voor elk individueel ziekenhuis. Wordt het totale budget voor ziekenhuiszorg opgeplust als het productievolume in de zorg groter is dan verwacht?* 71

In het huidige budgetsysteem voor ziekenhuizen geldt ook een zekere mate 'boter bij de vis'. In een DBC-bekostiging met maatstafconcurrentie geldt volledig 'boter bij de vis'. Elke extra DBC die wordt afgenomen door de zorgverzekeraar leidt tot extra inkomsten (afhankelijk van de contractvoorwaarden met de zorgverzekeraar). Het systeem van maatstafconcurrentie stelt op zichzelf geen grenzen aan het volume van zorg. Er wordt met een maatstaf een maximum gesteld aan de gemiddelde prijs die een ziekenhuis of ZBC in rekening mag brengen. In de maatstaf is een taakstellende efficiëntiekorting opgelegd. Ziekenhuizen met hogere kosten dan de maatstaf zullen de kosten moeten terugbrengen of met dezelfde kosten meer DBCs moeten leveren.

Om volume te realiseren moeten ziekenhuizen volledige DBCs leveren. Een DBC betreft een volledige behandeling. Er worden dan ook extra patiënten geholpen. Extra verrichtingen uitvoeren binnen een DBC leidt niet tot een hoger zorgvolume.

Voor de komende kabinetsperiode loopt de ruimte voor extra volume voor medisch specialistische zorg (inclusief de instellingen voor overige curatieve zorg) op van € 448 miljoen in 2008 tot € 2.063 miljoen in 2011. Mochten zich echter overschrijdingen voordoen bij de medisch specialistische zorg dan is tussentijdse aanscherping van de maatstaf (evenals pakketmaatregelen en een aanpassing van de eigen bijdrage) niet uitgesloten.

- 224 *Kunt u toelichten waarom de maatregel uurtarief medisch specialisten € 175 mln. vanaf 2008 oplevert? Hoe komt u aan dit bedrag? Wat voor effect heeft het op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg ook in relatie tot de bezuinigingen op de ziekenhuiszorg oplopend naar € 400 mln. in 2011?* 71

Door de invoering van het uurtarief en de afschaffing van de lumpsumfinanciering zal het gemiddelde honorarium van vrijgevestigde medisch specialisten lager uitvallen. Het bedrag van €175 miljoen is bepaald op basis van het verschil tussen het in 2007 gehanteerde uurtarief en het tussen VWS en de Orde van Medisch Specialisten overeengekomen uurtarief. Daarnaast is uitgegaan van cijfers van het capaciteitsorgaan over het aantal werkzame vrijgevestigde specialisten en is een inschatting gemaakt van het aantal uren dat een vrijgevestigde specialist jaarlijks gemiddeld besteed aan patiëntgebonden werkzaamheden.

Doordat de lumpsumfinanciering is afgeschaft, moeten medisch specialisten met ziekenhuisbestuurders onderhandelen over het uurtarief binnen de bandbreedte.

Medisch specialisten zijn professionals die minimale kwaliteit van zorg zeker in acht zullen houden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hierop toe. Ik heb geen signalen dat de taakstellende efficiencybesparing in de zorg daar negatief op zal uitpakken. Integendeel, met de verandering van het contracterings- en financieringssysteem van ziekenhuizen, de steeds betere vergelijkbaarheid op zorgprestaties en projecten als Sneller Beter is zichtbaar gemaakt dat met een goede organisatie van het zorgproces, de patiënt veelal sneller zorg geboden kan worden met een betere uitkomst tegen minder (organisatie)kosten.

Om zicht te krijgen op het effect van de invoering van het uurtarief en de afschaffing van de lumpsum, heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd dit te monitoren.

- 225 *Is de regering van plan niet-academische ziekenhuizen, die door hun regionale expertise vooral met complexe gevallen te maken hebben, vrij te stellen van maatstafconcurrentie of te compenseren? Zo ja, voor welk bedrag worden zij gecompenseerd en waar staat dit op de begroting?* 71

Het systeem van maatstafconcurrentie zal gelden voor alle ziekenhuizen, inclusief niet-academische ziekenhuizen die door hun regionale expertise vooral complexere patiënten zouden hebben. Dit kan ook verantwoord, omdat binnen het systeem rekening wordt gehouden met de samenstelling van de DBC-productie. De maatstaf wordt per instelling vastgesteld. Ziekenhuizen met relatief veel 'zware' DBC-behandelingen krijgen een hogere maatstaf en hoeven dus geen hinder te ondervinden van hun gemiddeld dure patiëntenpopulatie. Door deze zogeheten productmixcorrectie loont het voor aanbieders om zich te specialiseren in de DBCs waar ze goed in zijn en om op basis van medisch inhoudelijke gronden te kiezen voor een bepaalde productsamenstelling.

- 226 *Hoe kan de regering enerzijds het standpunt huldigen dat er verschillen zijn in zorgkwaliteit (een heterogeen product) en tegelijkertijd de inzet gebruiken van een kwantitatief instrument als maatstafconcurrentie?* 71

Er zijn kwaliteitsverschillen tussen instellingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de naleving van (minimum)kwaliteitseisen.

De huidige budgetsystematiek voor ziekenhuizen houdt geen rekening met kwaliteitsverschillen tussen instellingen. Ook biedt de huidige budgetsystematiek ziekenhuizen weinig prikkels om extra kwaliteit te leveren. Binnen het systeem van maatstafconcurrentie hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om te onderhandelen over de prijs en kwaliteit van DBCs. De maatstaf legt alleen als beperking op dat de gemiddelde prijs van het ziekenhuis de maatstaf niet overschrijdt. Naar verwachting zullen verzekeraars zich inzetten om in een zo goed mogelijke prijs-kwaliteitverhouding te realiseren. Hiermee worden instellingen geprikkeld om een betere kwaliteit te leveren.

Het staat overigens niet vast dat instellingen met een hogere kwaliteit ook meer



kosten hebben. Aanbieders die hun zorgproces doelmatig hebben georganiseerd realiseren geregeld ook een betere kwaliteit.

- 227 *Kan de minister aangeven wat de redenen zijn om niet alle hormonale anticonceptiemiddelen terug te brengen in het verplichte pakket? Is de minister van mening dat er een vrije keuze moet zijn in de soort anticonceptie die passend is bij de gebruiker in plaats van een keuze die aansluit bij het verzekeringspakket?* 71

Zie antwoord op vraag 205.

- 228 *Wanneer kan de Kamer het stappenplan naar een meer normale marktsituatie in de geneesmiddelenvoorziening en de farmaceutische zorg tegemoet zien?* 72

In het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009 hebben partijen afgesproken dat uiterlijk begin december een consistente langetermijnvisie farmaceutische zorg wordt vastgesteld, inclusief het stappenplan dat weergeeft op welke wijze de transitie naar nieuwe marktverhoudingen op een verantwoorde wijze zal kunnen plaatsvinden. Zodra beide zijn vastgesteld zullen zij aan de Kamer worden toegestuurd. De akkoordpartijen formuleren thans de uitgangspunten van een consistente langetermijnvisie farmaceutische zorg. Daarna volgt een consultatie hierover bij belanghebbenden.

- 229 *De regering spreekt bij de transitie in de farmaceutische zorg over "dereguleren als het kan, reguleren als het moet". Welke dereguleringen en reguleringen heeft dit kabinet in gedachten?* 72

De gedachtenontwikkeling hieromtrent is nog niet afgerond. In elk geval zal de Nederlandse Zorgautoriteit in 2008 de nieuwe, op beloning van toegevoegde waarde gebaseerde, tariefsystematiek voor apothekhoudenden invoeren. Deze tariefsystematiek is flexibeler dan de huidige en bevat meer mogelijkheden voor nieuwe zorgconcepten. Daarbij zal worden bezien of en hoe belemmeringen voor prijsconcurrentie in de tariefsystematiek kunnen worden weggenomen (gedereguleerd) en hoe nog meer flexibiliteit in de tariefsystematiek zou kunnen worden ingebouwd door bijvoorbeeld van de tariefsystematiek afwijkende afspraken tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars toe te staan. Uiteindelijk zal de nadruk komen te liggen op (prijs-) onderhandelingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars.

Partijen bij het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009 denken voorts aan het buitenwerking stellen van GVS-vergoedingslimieten voor die geneesmiddelen waarbij de daadwerkelijk uitonderhandelde en gedeclareerde prijzen op een maatschappelijk aanvaardbaar niveau liggen. Daarvan zou sprake kunnen zijn als zij structureel en substantieel onder de vastgestelde vergoedingslimieten liggen. De vergoedingslimieten hebben voor die geneesmiddelen dan immers feitelijk geen werking meer.

- 230 *Is de regering van plan het CBG de opdracht te geven voor het uitwerken van een UA lijst (Uitsluitend Apothekers)? Zo ja, wanneer gaat dit gebeuren?* 72

De geneesmiddelenwet bepaalt al dat het CBG zelfzorggeneesmiddelen indeelt in categorieën. Daar hoeft ik dus geen opdracht voor te geven. Bij UA geneesmiddelen gaat het om nieuwe geneesmiddelen; het is een nieuwe categorie, die langzaam gevuld zal worden als zich middelen aandienen die voor indeling in deze categorie in aanmerking komen.

- 231 *Wanneer wordt één van de toegepaste prijslijsten voor de berekening van de* 73

*maximum geneesmiddelenprijzen (WGP) gewijzigd? Om welke prijslijst gaat het?*

Bij de vaststelling van de maximumprijzen per 1 april 2008 zal in de berekening voor het Verenigd Koninkrijk niet langer gebruik worden gemaakt van de Chemist en Druggist prijslijst maar van de Dictionary of Medicines and Devices uitgegeven door de NHS te Londen.

- 232 *Waarom sluit de regering bij het formuleren van prestatie-indicatoren voor langdurige 76  
zorg niet aan bij de criteria voor Verantwoorde zorg?*

In alle sectoren van de langdurige zorg wordt op dit moment gewerkt aan kwaliteitsindicatoren, indicatoren voor verantwoorde zorg of prestatie indicatoren, de naam voor deze indicatoren is in alle sectoren anders. In de verpleging en verzorging spreken we van 'indicatoren verantwoorde zorg', in de gehandicapten zorg van 'kwaliteitskader gehandicaptenzorg' en in de ggz van 'prestatie indicatoren voor kwaliteit'. Het doel is in alle sectoren hetzelfde, het maken van door alle partijen in een sector gedragen instrument met indicatoren die zowel cliënttevredenheid als zorginhoud meten. De accentverschillen zitten in de mate waarin er aandacht is voor lichamelijke zorg of voor welzijn en participatie. De eigenheid van de sector is hierin zichtbaar.

- 233 *In het kader van klinisch onderzoek worden in Amerika worden door de FDA eisen 76  
gesteld aan het EPD. Worden er door IGZ dergelijke eisen (normen) gesteld aan het EPD?*

In de komende wet op het EPD worden voorwaarden vastgelegd die een veilige en betrouwbare berichtuitwisseling via het Landelijk Schakelpunt moeten garanderen. Dat zijn ondermeer voorwaarden voor Goed Beheerde Zorgsystemen, waaronder eisen aan de informatiebeveiliging. De IGZ houdt daar toezicht op.

Het doel van het landelijke EPD is om relevante informatie beschikbaar te stellen voor zorgverleners die bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn. Dat gebeurt op een inhoudelijk gestandaardiseerde wijze.

- 234 *Wat verklaart de enorme daling van de programma-uitgave 'zorg is effectief en veilig 77  
(kwalitatief goed) tussen 2011 en 2012?*

Voor operationele doelstelling 'De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)' wordt voor een aantal projecten en opdrachten voor de periode 2008-2011 extra middelen ter beschikking gesteld. Het gaat hierbij om stimulerende activiteiten, zoals beschreven in het plan 'Zorg voor ouderen: om de kwaliteit van het bestaan' (TK 2006-2007, 30800 XVI, nr. 146) gericht op kleinschalig wonen/domotica, het programma Ouderenzorg, Professional en Arbeidsmarktbeleid Langdurige zorg en opdrachten in het kader van Zorg voor Beter. Het gaat niet om structurele financiering van deze activiteiten. De intensivering zal deze kabinetsperiode zijn beslag krijgen. Dit verklaart de terugval in budget voor Kwaliteit na 2011. De vrijkomende middelen worden aangewend om de € 250 miljoen extra financiering voor de verpleeghuizen structureel te kunnen voortzetten. Ik verwijs verder naar het antwoord op vraag 237.

- 235 *Waarom kost het terugdringen van administratieve lasten in de zorg vanaf 2009 78  
€ 3 mln. per jaar?*

Terugdringen van regeldruk, onnodige bureaucratie en administratieve lasten vergen onder meer aanpassing van werkprocessen van uitvoeringsorganisaties en een

andere vormgeving van transacties en contracteerprocessen tussen verzekeraars en aanbieders. Ook zijn investeringen nodig in ICT, bijvoorbeeld bij het door cliënten aanvragen van zorgvoorzieningen en het door budgethouders beheren van hun PGB. Om het programma van activiteiten, niet alleen op gebied van de langdurige zorg, maar ook op andere zorgterreinen te kunnen uitvoeren, is een budget van jaarlijks € 3 miljoen beschikbaar. Op termijn leveren deze investeringen (naast vermindering van irritatie) geld op in termen van lagere kosten voor de uitvoering van regels, o.a. voor zorgaanbieders.

236 *Wanneer en hoe worden de onverdeelde middelen voor langdurige zorg toebedeeld?* 78

De contracteerruimte per zorgkantoorregio is bestemd voor het maken van productieafspraken voor alle vormen van AWBZ-zorg. De toevoeging aan de contracteerruimte is niet verdeeld over sectoren. De toedeling vindt plaats bij de vaststelling van de contracteerruimte AWBZ. Het bedrag is opgenomen in de aanwijzing aan de NZa. Daarnaast wordt bij de vaststelling van het pgb-subsidieplafond de toegestane toename van de pgb-uitgaven bekend gemaakt. Door de contractering van de zorgkantoren komt de verdeling van de contracteerruimte onder de sectoren tot stand.

237 *Waarom komt er in de tabel premie-uitgaven voor verpleging en verzorging maar € 168,4 miljoen bij in 2008 t.o.v. 2007? Komt er niet minimaal € 250 mln. structureel extra bij?* 78

Ja, er komt inderdaad bij de verpleeghuiszorg vanaf 2008 circa € 250 miljoen structureel bij. U kunt dit echter niet uit de door u genoemde tabel met het accres per jaar terugvinden. In de begroting 2007 waren op incidentele basis al middelen beschikbaar gesteld voor vijf jaar. Het ging hierbij om de volgende bedragen : 2007:€ 63 miljoen, 2008:€ 138 miljoen, 2009: € 138 miljoen, 2010:€ 63 miljoen, 2011:€ 32 miljoen. Dit betekent dat het huidige kabinet in de begroting van 2008 structureel € 110 miljoen toevoegt. In de begroting van 2009 is geen extra toevoeging noodzakelijk. In de begroting 2010 wordt het dan beschikbare bedrag structureel verhoogd met € 77 miljoen, in 2011 met € 31 miljoen en in 2012 nog eens met € 32 miljoen. Het totaal van al deze verhogingen resulteert in een toevoeging van € 250 miljoen extra middelen voor de verbetering van de kwaliteit in de verpleeghuiszorg, die dan in latere jaren op dat niveau structureel doorloopt.

238 *Doelstelling voor alle zorgsectoren in de AWBZ in 2010 is dat de kwaliteitsinformatie op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) verschijnt. De bekendheid met de website is ook opgenomen bij de prestatie-indicator "tevreden cliënten over zorgtoeleiding zorgkantoor". Komt deze informatie ook op toegankelijke wijze in niet-digitale vorm beschikbaar?* 79

Wij achten het van belang dat beschikbare (keuze-)informatie over onder meer de kwaliteit van AWBZ-zorg voor iedereen toegankelijk is. KiesBeter is daarom niet alleen een website maar heeft ook een telefoonlijn. Daarnaast heeft kiesBeter afspraken gemaakt met onder meer bibliotheken en regionale Zorgbelangorganisaties. Deze bestaande loketten kunnen burgers die zelf geen toegang hebben tot internet helpen om informatie van de website kiesBeter te halen. KiesBeter is ook in gesprek met de MEE-organisaties om te komen tot vergelijkbare afspraken. Deze organisaties zijn gespecialiseerd in het wegwijs maken en ondersteunen van de doelgroepen van AWBZ en WMO-zorg.

239 *De informatie over instellingen zal voor de sector Verpleging en Verzorging en thuiszorg in 2008 openbaar worden gemaakt via [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) Hoe worden burgers m.n. ouderen van 75 + die geen gebruik maken van internet bereikt?* 79

Zie antwoord op vraag 238.

240 *Wat gebeurt er in de thuiszorg om ondervoeding te voorkomen?* 79

Aller eerst zijn de cliënten in de thuissituatie in beginsel zelf verantwoordelijk voor adequate voeding. Bekend is dat veel zorgbehoevenden de neiging hebben om zich zelf te verwaarlozen door onvoldoende voedsel tot zich te nemen. Daarom werk ik op twee manieren aan het voorkomen van ondervoeding in de thuissituatie.

Ten eerste ga ik komend jaar onderzoeken hoe screening en diagnostisering van ondervoeding door de eerstelijnsgezondheidszorg en de thuiszorg bevorderd kan worden. In de voedingsnota, die ik op dit moment aan het schrijven ben, zal ik nader ingaan op mijn aanpak.

Daarnaast is de thuiszorg één van de sectoren die meedoen aan Zorg voor Beter. In dit programma kunnen zorgsectoren uit de langdurige zorg meedoen aan verbetertrajecten waaronder een traject gericht op eten&drinken. In de komende periode zal voor het thema eten&drinken een nieuw traject waar per tranche 100 instellingen kunnen meedoen. In de werving van instellingen voor deelname is expliciet aandacht voor de thuiszorg.

241 *Wat zijn de kosten van het Fonds PGO? Waarom kiest de regering voor een fonds met een eigen organisatie?* 80

De exploitatiesubsidie aan het Fonds PGO bedraagt in 2008 € 1,842 mln. Het Fonds PGO is het zelfstandig bestuursorgaan (zbo) dat verantwoordelijk is voor het verstrekken van subsidies aan patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties. De aanleiding hiervoor was een motie die bij de behandeling van de nota Patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector met algemene stemmen is aangenomen (TK 1991-1992, 22 702 nrs. 1-2 en 8). In deze motie werd de regering verzocht met voorstellen te komen voor een structurele basisfinanciering van patiënten/consumentenorganisaties met premiegelden.

Met de brief van een van mijn ambtsvoorgangers (d.d. 28 november 1996) is aan deze motie tegemoet gekomen (TK 1996-1997, 22 702, nr. 12). Daarin wordt de oprichting van de Stichting Patiëntenfonds gemeld. Deze stichting had zich ten doel gesteld om de functies van landelijke patiëntenorganisaties te financieren, voor zover deze zorggerelateerd zijn en bijdragen aan de versterking van de positie en invloed van patiënten in de zorgsector. Een dergelijke stichting, onafhankelijk gepositioneerd van de overheid, paste binnen de doelstellingen van de regering en werd dan ook gezien als een belangrijke stap om een adequate financiële basis voor de onafhankelijke patiëntenbeweging te realiseren. Zo ontstond een subsidierelatie met de stichting met als doel de patiëntenorganisaties structureel te financieren.

In 2002 heeft de stichting de status van zbo gekregen door middel van de Tijdelijke regeling delegatie subsidiebevoegdheid aan PGO en OGZ. Deze status zal, in het kader van de mededelingen als gevolg van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen, bezien worden. Hierover ontvangt u van mij een aparte brief.

242 *In de tekst wordt gesproken over € 28 mln. en structureel € 10 mln. met betrekking tot het fonds PGO. In de tabel op blz. 81 staan echter bedragen van € 32,243 mln. en € 10 mln. Hoe is dit bedrag voor 2008 tot stand gekomen?*

Aan het fonds PGO wordt jaarlijks een bedrag van rond de € 28 mln aan instellingssubsidies beschikbaar gesteld. In het jaar 2006 is voor de jaren 2006 tot en met 2008 (en met afronding in 2009) een totaal bedrag van € 15 mln aan WMO-

gelden beschikbaar gesteld met als doel de versterking van de participatie van cliënten op lokaal niveau. In 2008 bedragen deze WMO-gelden € 4 mln.

Ik ben voornemens om € 10 mln extra te investeren in de verbetering van de positionering van pgo-organisaties. De verdeling van deze gelden geschiedt zoals u bekend over vier programma's. Momenteel overleg ik met het PGO-veld over de nadere invulling van deze programma's. Ik ben voornemens u rond de jaarwisseling schriftelijk te informeren over de verdeling van de gelden over de onderscheiden programma's.

- 243 *De cliëntentevredenheid bij indicatiestelling wordt gemeten aan de hand van vragen over de bekendheid met het CIZ, de behandeltermijn en de begrijpelijkheid van de indicatie. Dit zijn allemaal systeemvragen. Hoe wordt vanuit het cliëntenperspectief de inhoud van de zorg, de bejegening en de kwaliteit van de geleverde zorg gemeten?* 82

De ervaringen van cliënten met de inhoud en kwaliteit van zorg en de wijze waarop zij bejegend zijn wordt gemeten door middel van de ConsumerQuality-index (CQ-index). De CQ-index is een gestandaardiseerd meetinstrument dat specifiek vraagt naar ervaring van cliënten met zorg(verleners). De index omvat een set afspraken over de wijze waarop de CQ-vragenlijst tot stand komt, de wijze waarop de vragenlijst gemeten moet worden (waaronder afspraken over steekproeftrekking) en de wijze waarop gegevens openbaar gemaakt moeten worden. Bij de ontwikkeling van CQ-vragenlijsten zijn cliënten en patiënten betrokken.

De instellingen in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg zullen vanaf 2007 op basis van de indicatoren verantwoorde zorg verantwoording afleggen over de geleverde zorgprestaties. De verantwoording zal in 2008 in het jaardocument maatschappelijke verantwoording opgenomen zijn. Een groot deel van de indicatoren voor deze sectoren zijn gebaseerd op de metingen met de CQ-index.

- 244 *Waarom is er gekozen voor de streefwaarde van 90% bij het % indicatie-aanvragen dat is afgedaan binnen de wettelijke termijn? Hoe rijmt dit met het principe dat er voor iedere cliënt de voor hem of haar noodzakelijke zorg beschikbaar moet zijn?* 82

Vanzelfsprekend is het de bedoeling dat alle aanvragen binnen de termijn van 6 weken worden afgehandeld. Dat gemiddeld 10% van de aanvragen nu niet altijd binnen de termijn van 6 weken kan worden afgehandeld, vindt zijn oorzaak ook in informatie die van derden (specialisten, huisartsen en zorgaanbieders) moet worden betrokken om de aanvraag goed en zorgvuldig te kunnen beoordelen. Dat wil zeggen dat de termijn van 6 weken in een aantal gevallen in de praktijk niet werkbaar is. Dat betekent overigens niet automatisch dat voor de cliënt de voor hem of haar noodzakelijke zorg niet beschikbaar zou zijn. Veel aanvragen betreffen aanvragen voor herindicaties. Het gaat dan ook veelal om mensen die al in zorg zijn.

- 245 *Wanneer is er meer helderheid over de inrichting van de pilots voor het participatiebudget?* 83

Aan de inrichting van een pilot participatiebudget "Zorg en Werk" wordt samen met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid gewerkt. Naar verwachting is deze pilot over een aantal weken zover dat begonnen kan worden met het werven van deelnemers. Met de ministeries van Jeugd en Gezin en Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen wordt nog overlegd over de pilot "Zorg en Onderwijs".

- 246 *Klopt het dat de forse stijging van de functie ondersteunende begeleiding niet kan worden verklaard door mandatering aangezien slechts 10,6% van de indicaties in 2006 is uitgevoerd door zorgaanbieders?* 83

Ja, dat klopt. Uit gegevens van het CIZ over 2006 blijkt inderdaad dat slechts 10,6% van alle indicaties via een standaard indicatie protocol (SIP) is afgedaan. Bovendien is het zo dat van de 21 standaardindicatieprotocollen die er zijn, er maar twee zijn die ook ondersteunende begeleiding toekennen. De SIP's hebben vooral betrekking op de functies persoonlijke verzorging en verpleging. De stijging van de functie ondersteunende begeleiding kan dus niet verklaard worden door het gebruik van SIP's.

- 247 *Bij de prestatie-indicator prevalentie ondervoeding is de streefwaarde om van 41% in 2006 naar 20% in 2011 te gaan. Welke aanvullende maatregelen worden hiervoor genomen?*

Ondervoeding is opgenomen in de indicatoren verantwoorde zorg. Vanaf dit jaar rapporteren alle verpleeghuizen en verzorgingshuizen via het jaardocument maatschappelijke verantwoording over deze indicatoren. De IGZ zal daar haar toezicht op baseren. Via de indicatoren wordt ook voor instellingen zelf inzichtelijk of verbetering in de aanpak van ondervoeding nodig, mogelijk of wenselijk is. Daarnaast geeft het Zorg voor Beter programma een stimulans om ondervoeding tegen te gaan. In het traject eten&drinken worden goede aanpakken verspreid. Vanaf 2008 start een nieuw traject waar > 100 instellingen aan kunnen meedoen.

- 248 *Is er voorzien in een fasering van de aanstelling van 5000 tot 6000 extra verzorgenden en verpleegkundigen? Is er voldoende aanbod van deze medewerkers op de arbeidsmarkt?* 84

Zie het antwoord op vraag 74.

- 249 *Hoeveel verzorg- en verpleeghuizen hebben screening en behandeling van ondervoeding tot integraal onderdeel van de zorg opgenomen? Hoe worden de overige verzorg- en verpleeghuizen gestimuleerd om dit eveneens te doen?* 84

Zie antwoord op vraag 247.

- 250 *Wie bepaalt wie er coördineert: de vrijwilligersorganisaties of de overheid?* 85

De vrijwilligersorganisaties in de palliatieve zorg dragen zelf de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van hun activiteiten. De overheid ondersteunt de activiteiten van deze vrijwilligersorganisaties door middel van de subsidieregeling palliatieve terminale zorg.

- 251 *Hoe past de intensivering dagbesteding gehandicapten in de invoering van de zorgzwaartebekostiging?* 85

Intensivering dagbesteding (+ € 40 miljoen aan totale kosten) wordt verwerkt in de invoering van zorgzwaartebekostiging voor de gehandicaptenzorg. De extra middelen komen ook beschikbaar voor mensen die wonen in een intramurale instelling of een gezinsvervangend tehuis. In elk zorgzwaartepakket voor de gehandicaptenzorg is een component dagbesteding opgenomen. Over de specifieke toedeling van deze extra middelen heb ik nog geen besluit genomen. Op dit moment werkt de NZa aan een onderzoek naar een goed tarief voor dagbesteding in de gehandicaptenzorg. Mede op basis van dat onderzoek zal ik een besluit nemen.

- 252 *Kan er op basis van overleg tussen cliënt/patiënt en zorgprofessional binnen een* 86

*zorgzwaartepakket geschoven worden op basis van wensen en keuzes vanuit de cliënt/patiënt?*

Ja, binnen het geïndiceerde zorgzwaartepakket maken cliënt en zorgverlener afspraken over het doel van de zorg en ondersteuning. In samenspraak bepalen zij hoe de beschikbare uren worden ingezet. Binnen het zorgzwaartepakket zijn er geen schotten tussen de componenten zorg, behandeling en dagbesteding. Dat is het voordeel van de zorgzwaartepakketten ten opzichte van het werken met aparte functies en daaraan verbonden tijd.

Het is van belang dat cliënt en zorgverlener deze afspraken vastleggen in een zorgplan, zodat wederzijdse verwachtingen helder en duidelijk zijn.

- 253 *Leidt het actieplan arbeidsmarkt ook nog tot wijzigingen in het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn?* 86

Het actieplan is mede gebaseerd op de uitkomsten van het onderzoeksprogramma. Het programma bevat naast een aantal vaste onderdelen ook een variabel deel waarin ruimte is om waar nodig in te spelen op nieuwe, actuele vragen die bij de uitvoering van het actieplan naar boven komen. Wijzigingen zullen in overleg met betrokken partijen (sociale partners, CWI, Calibris) tot stand komen.

- 254 *Op welke wijze worden de begrotingsuitgaven verdeeld over de thema's binnen het actieplan arbeidsmarkt langdurige zorg?* 87

In de arbeidsmarktbrief die vóór de begrotingsbehandeling van VWS naar de Kamer gestuurd wordt, wordt daar nader op ingegaan.

- 255 *Wordt de grondslag psychosociaal geschrapt voor alle groepen die ondersteunende begeleiding ontvangen? Is het onderzoek naar de stijging van zorg op basis van psychosociale grondslag al gereed? Wanneer kan de Kamer dat onderzoek ontvangen?* 89

Het schrappen van de grondslag psychosociaal bij ondersteunende begeleiding betekent dat personen die op de grondslag psychosociaal ondersteunende begeleiding ontvangen geen ondersteunende begeleiding meer kunnen krijgen ten laste van de AWBZ. Overigens gaat het hier bij om de individuele ondersteunende begeleiding die extramuraal wordt geleverd en niet om de dagopvang of de individuele ondersteuning bij verblijf in een instelling. Eenzelfde maatregel geldt voor de grondslag somatiek.

Bij de grondslag psychosociaal betreft het vooral personen die een beroep doen op de maatschappelijke opvang (denk aan dak- en thuislozen). De huidige bijdrage vanuit de AWBZ voor deze doelgroep zal worden overgeheveld naar de gemeenten.

Ondersteunende begeleiding voor personen met een psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijft gewoon mogelijk.

Het onderzoek waarop wordt gedomd richt zich niet alleen op de grondslag psychosociaal, maar op alle AWBZ-grondslagen. Dit onderzoek zult u binnenkort ontvangen.

- 256 *Klopt het dat het afschaffen van de psychosociale grondslag een bezuiniging kan betekenen van € 40 mln.?* 89

Het voornemen van het kabinet is om bij de functie Ondersteunende Begeleiding algemeen het recht te beperken voor personen met alleen de grondslag psychosociaal. Het betreft hier vooral personen die een beroep doen op de maatschappelijke opvang. Met de maatregel wordt beoogd om de verantwoordelijkheidsverdeling beter tot zijn recht te doen komen. De centrumgemeenten zijn verantwoordelijk voor de maatschappelijke opvang. Het is onjuist dat de maatregel een besparing van € 40 mln. zal opleveren, omdat de huidige bijdrage vanuit de AWBZ voor de betreffende doelgroep zal worden overgeheveld naar de gemeenten.

- 257 *Waarom staan er middelen voor de TBU op de begroting voor 2009 en 2010? Naar welk begrotingsartikel worden de middelen vervolgens overgeheveld?* 90

De afschaffing van de buitengewone uitgavenregeling (BU) per 2009 heeft tot gevolg dat tot en met het belastingjaar 2008 buitengewone uitgaven opgevoerd kunnen worden. De afwikkeling hiervan, waaronder de uitbetaling van de TBU, strekt zich uit tot een aantal jaren na het belastingjaar zelf. Dit komt tot uitdrukking in een vanaf 2009 aflopende reeks van geraamde begrotingsuitgaven voor de TBU. Ten opzichte van eerdere jaren is hierin een afboeking verwerkt die voortvloeit uit de afschaffing van de BU per 2009. Het afgeboekte bedrag is in technische zin verwerkt op de aanvullende post van het Ministerie van Financiën. Waar dit bedrag in de begroting wordt opgenomen, zal bij de totstandkoming van de nieuwe regeling voor chronisch zieken en gehandicapten worden bepaald.

- 258 *Nivel ontwikkelt een participatiemonitor. Hoe worden de burgers bij deze ontwikkeling betrokken?* 92

Deze monitor is gericht op de participatie van mensen met beperkingen. Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) beschikt al enige jaren over enkele cliëntenpanels die periodiek bevraagd worden op een aantal aspecten rondom de participatie. Het betreft het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) en het Panel Samen. In deze panels zitten mensen met een chronische ziekte of handicap (NPCG) en mensen met een verstandelijke beperking en hun vertegenwoordigers (Panel Samen Leven). De panelleden worden periodiek bevraagd op diverse aspecten rondom hun participatie in de samenleving. De betreffende vragenlijsten en rapportages worden besproken in de Programmacommissie NPCG, waarin naast SZW, VWS en SCP de CG-Raad is vertegenwoordigd. De ontwikkeling van de monitor wordt daarnaast begeleid door het programmeringscollege (VWS en SCP) en de klankbordgroep, die bestaat uit vertegenwoordigers van de Landelijke Federatie Belangenverenigingen (LFB), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), het Landelijk Steunpunt cliëntenRaden (LSR), Kalliope Consult, Vilans, Stichting Raad op Maat en MEE-Nederland. Burgers zijn hierbij dus adequaat betrokken.

- 259 *Op welke wijze is er in de ondersteuning aandacht voor kleine doelgroepen?* 95

In het kader van de ondersteuning van gemeenten bij de implementatie van de Wmo zijn door het implementatiebureau Wmo (een samenwerkingsverband van het ministerie van VWS en de VNG) diverse handreikingen gemaakt voor gemeenten. In dat kader zijn er ook handreikingen voor specifieke en/of kleine doelgroepen gemaakt, zoals "Wmo en laaggeletterdheid", "Wmo en seksuele diversiteit" en "specifieke doelgroepen van de Wmo". In deze handreikingen wordt ingegaan op de wijze waarop kleine en specifieke doelgroepen betrokken kunnen worden bij het Wmo-beleid in de gemeente.

- 260 *Over welke andere overheden en om welke bedrijven gaat het?* 97



Op 9 oktober jl. heb ik u een beleidsbrief over mantelzorg en vrijwilligerswerk gezonden. In deze brief wordt uitgebreid ingegaan op het belang van bondgenootschappen met andere overheden en bedrijven om gezamenlijk de mogelijkheden voor mensen om als mantelzorger of vrijwilliger actief te zijn, te vergroten. Met andere overheden wordt gerefereerd aan departementen (SZW, OC&W, BZK). Op dit moment ben ik in overleg met MVO Nederland om het bondgenootschap met het bedrijfsleven verder uit te werken. Het is nu nog niet mogelijk namen van bedrijven te noemen. Uiteraard informeer ik u hierover zo spoedig mogelijk.

- 261 *Waarom stijgt het budget voor Valys niet evenredig met de doelstelling om in 2008 70% van de Valyspashouders daadwerkelijk met Valys te laten reizen terwijl dit percentage in 2007 slechts 60% bedraagt? Hoe staat het met de klanttevredenheid nu ten opzichte van voorgaande jaren Connexxion hiervoor verantwoordelijk is? Hoe besteedt de regering in 2008 aandacht aan de kwaliteit van het Valys-vervoer en de beheersbaarheid van de uitgaven? Hoe gaat de regering de kwaliteit van Valys verbeteren? Welke aanwijzingen heeft u dat de aanvulling die de Valys biedt op het openbaar vervoeren en het gemeentelijke Wmo-vervoer toereikend zal zijn?* 98

Er is bij Voorjaarsnota 2007 structureel € 20 miljoen toegevoegd aan het budget voor het bovenregionaal vervoer om de groei bij Valys op te kunnen vangen. Overigens streef ik zowel voor 2007 als voor 2008 ernaar dat 70% van de pashouders daadwerkelijk met Valys reist. Het klanttevredenheidsonderzoek over de maanden in 2007 waarin Connexxion het Valys-vervoer verzorgd heeft, wordt aan het eind van het jaar gehouden. Ik kan u daar op dit moment dus nog niets over zeggen. Wel heb ik u bij brief van 4 oktober 2007 en in het spoeddebat op 11 oktober 2007 geïnformeerd over de kwaliteitseisen die contractueel aan het Valys-vervoer gesteld worden, de klachten die zich bij het Valys-vervoer voordoen en de maatregelen die Connexxion getroffen heeft. In het debat op 11 oktober heb ik ook aangegeven dat ik de kwaliteit van Valys nauwlettend blijf volgen en zonodig maatregelen neem als er geen verbetering in de uitvoering zichtbaar wordt. Tevens ben ik in dit debat ingegaan op de (noodzaak tot) beheersbaarheid van de uitgaven en de vraag in hoeverre Valys toereikend is. Met het oog op de beheersbaarheid van de uitgaven zal ik in 2008 de ontwikkeling van het aantal pashouders en het gebruik van de kilometerbudgetten blijven volgen.

- 262 *Hoe verhoudt de goedkeuringswet en de uitvoeringswet met betrekking tot het VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap zich tot het daadwerkelijke ondertekenen van dit verdrag dat reeds is gebeurd? Wat is de tijdsplanning met betrekking tot voornoemde wetten?* 99

De Rijksministerraad heeft op 30 maart 2007 ingestemd met de ondertekening van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap onder de aantekening van het afleggen van een interpretatieve verklaring over een enkele onderwerpen op medisch-ethisch gebied. Dezelfde dag nog heeft Nederland, samen met zo'n 80 andere Lidstaten, dit Verdrag ondertekend en is de verklaring in New York gedeponereerd.

De ondertekening vormt de eerste stap op weg naar ratificatie van het Verdrag door de regering; in dit kader moet een Goedkeuringswet en een Uitvoeringswet worden opgesteld.

Met de Goedkeuringswet wordt het Verdrag goedgekeurd. De memorie van toelichting op deze wet geeft onder meer een artikelsgewijze bespreking en gaat in op eventuele wijziging in regelgeving of uitvoeringspraktijk waartoe het Verdrag

mogelijk leidt en op de vraag of en zo ja welke, voorbehouden bij de ratificatie moeten worden gemaakt.

In de Uitvoeringswet worden de door ratificatie van het Verdrag noodzakelijke specifieke wetswijzigingen opgenomen.

Voor het opstellen van deze wetten is grondige bestudering van het Verdrag en de relatie met de Nederlandse wet- en regelgeving noodzakelijk. Het streven van het kabinet is er op gericht om beide wetten in deze kabinetsperiode aan de Kamers voor te leggen.

Personen met een beperking kunnen pas na ratificatie een beroep doen op dit Verdrag.

- 263 *Wanneer kan er door personen met een beperking een beroep worden gedaan op het VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap?*

Zie antwoord op vraag 262.

- 264 *Aan welke pilots gericht op doelmatige organisatie en uitvoering binnen de gemeenten en op samenwerking bij doelgroepenvervoer en openbaar vervoer wordt gedacht?* 99

Door de ministeries van Verkeer en Waterstaat en Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn de afgelopen periode 15 pilots geselecteerd en ondersteund, deels gericht op het verkennen van de voordelen en mogelijkheden van bundeling op lokaal niveau en deels gericht op samenwerking van gemeenten met de decentrale OV-autoriteiten (12 provincies en 7 stadsregio's). De Kamer zal binnenkort over de stand van zaken worden geïnformeerd middels een brief van de staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat en de staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

- 265 *Denkt u dat bij totstandkoming van één loket voldoende toegankelijkheid wordt gewaarborgd en geen bureaucratie bevordert?* 99

Bij totstandkoming van één loket is het voor mij een voorwaarde dat de toegankelijkheid voor de gebruiker toeneemt en de bureaucratie voor de gebruiker afneemt. De pilots zijn er om te bezien of en hoe dat mogelijk is.

- 266 *Wordt de landelijke kennisfunctie met betrekking tot gelijke behandeling van handicap en chronische ziekte ondergebracht bij een nieuwe organisatie of bij bestaande organisaties?* 99

Het voornemen is de landelijke kennisfunctie op het terrein van de Wgbh/cz onder te brengen in een bestaande organisatie. Daarbij kijk ik naar de mogelijkheden om aansluiting te vinden bij de kennisfunctie voor andere discriminatiegronden.

- 267 *In de subsidievoorwaarden is opgenomen dat MEE-organisaties moeten samenwerken met de gemeenten. Betekent dit dat de MEE-organisaties in alle gemeenten vertegenwoordigd moeten zijn? Hoe verhouden deze subsidievoorwaarden zich tot een mogelijk toekomstige integratie in de Wmo? Waarom krijgen de MEE-instellingen in vier jaar tijd (tussen 2007 en 2012) € 15 mln. extra? Welke prestatie-afspraken staan hier tegenover?* 100

Er zijn 25 MEE-organisaties verspreid over heel Nederland. De subsidievoorwaarde heeft als doel dat elke MEE-organisatie afspraken over samenwerking maakt met de gemeenten in haar werkgebied. Gemeenten hebben op basis van Wmo de regie over

cliëntondersteuning, waardoor alle gemeenten in Nederland verplicht zijn beleid te voeren op het gebied van cliëntondersteuning. Om hier invulling aan te kunnen geven, moeten gemeenten afspraken maken met de MEE-organisaties over cliëntondersteuning. Het ligt voor de hand dat in alle gemeenten de MEE-organisatie op enigerlei wijze vertegenwoordigd zijn.

De subsidievoorwaarde over samenwerking is in lijn met mijn visie op cliëntondersteuning, namelijk dat cliëntondersteuning op lokaal niveau vorm krijgt. Na de komst van het SER-advies over de toekomst van de AWBZ neem ik een beslissing over een mogelijke overheveling van de MEE-middelen naar de Wmo, c.q. het Gemeentefonds.

De toename van het bedrag bij de MEE-organisaties is in de Begroting 2008 abusievelijk opgenomen. In de begroting had een bedrag horen te staan dat van 2007 tot en met 2012 constant blijft. Bij de eerstvolgende gelegenheid wordt dit aangepast. Er is dus geen sprake van een oplopend bedrag en bijbehorende prestatieafspraken.

- 268 *Kunnen er in het kader van verbetermogelijkheden alle gehandicaptenorganisaties deelnemen aan de te organiseren debatten?* 100

Aan de openbare debatten die met hulp van de Taskforce Handicap en Samenleving georganiseerd werden, namen behalve gehandicaptenorganisaties en gemeentebesturen ook betrokken burgers en andere lokale organisaties deel. Het voortouw bij de organisatie van deze debatten lag bij de lokale gehandicaptenorganisaties.

- 269 *Welke redenen liggen ten grondslag aan de beëindiging van de fiscale regeling Buitengewone uitgaven (BU) en de tegemoetkoming voor chronische ziekten en gehandicapten? En hoe worden de betrokkenen geïnformeerd over de stopzetting hiervan?* 100

Er is geconstateerd dat de fiscale buitengewone uitgavenregeling chronisch zieken en gehandicapten in onvoldoende mate bereikt. De regeling is te ingewikkeld - met als gevolg een hoog onbedoeld niet-gebruik - en te weinig op deze groep toegespitst. Tegelijkertijd is in zijn algemeenheid het beroep op deze regeling toegenomen, met als gevolg een enorme toename van het budgettaire beslag. In het Coalitieakkoord is daarom afgesproken om een nieuwe regeling te ontwerpen die beter op chronisch zieken en gehandicapten is toegesneden.

Het afschaffen van BU/TBU en de introductie van een nieuwe regeling voor chronisch zieken en gehandicapten gaan hand in hand. Om de doelgroep zo goed mogelijk te informeren, zal hieraan het komende jaar de nodige publiciteit worden gegeven. Bij de totstandkoming van de nieuwe regeling wordt onder meer overleg gevoerd met de CG-Raad en zal ook de meest geëigende wijze om het publiek te informeren worden bepaald.

- 270 *Welke instrumenten worden door MEE-organisaties ingezet om mensen met een beperking te ondersteunen?* 100

De MEE-organisaties kennen verschillende instrumenten om mensen met een beperking te ondersteunen. Om mensen met een beperking en hun naasten te informeren kennen de MEE-organisaties de diensten informatieverstrekking en advisering, en geven zij cursussen. Andere dienstverlening die MEE-organisaties bieden zijn onder meer vraagverduidelijking, volledige beeldvorming, kortdurende en kortcyclische begeleiding, het aanvragen en realiseren van externe dienstverlening en zorg, monitoring en evaluatie van externe dienstverlening en zorg, integrale

vroeghulp die gericht is op (zeer) jonge kinderen met een ernstige verstandelijke en/of motorische handicap en ondersteuning bij een klachtprocedure en (voorkomen van) bezwaar en beroep.

Informatie over de MEE-organisaties is beschikbaar op de website [www.mee.nl](http://www.mee.nl).

- 271 *Wat kan het gemeentelijk Wmo-beleid voor de kwetsbare burgers betekenen? Hoe wordt het gemeentelijk Wmo-beleid geïmplementeerd?* 100

De Wmo is een brede participatiewet, die tot doel heeft om zoveel mogelijk mensen – met of zonder beperking – te laten meedoen in de samenleving. Veel burgers kunnen prima op eigen kracht participeren maar er zijn ook burgers – kwetsbare burgers – die een zetje nodig hebben om goed mee te kunnen doen in de samenleving. Het kan dan gaan om de toegankelijkheid van voorzieningen of informatievoorziening of bijvoorbeeld een aangepast aanbod in buurtactiviteiten. Bij het tot stand komen van het gemeentelijk Wmo-beleid is het van belang dat ook kwetsbare burgers betrokken worden. Vaak is het voor een gemeente moeilijk te bepalen welke ondersteuning het beste past bij deze mensen. Daarom is in de Wmo de verplichting opgenomen voor gemeenten om ook deze (kleine) kwetsbare doelgroepen bij de beleidsvorming te betrekken. Ook dit vraagt extra inzet omdat kwetsbare mensen vanwege hun beperkingen zelden meedoen aan vormen van reguliere cliëntenraadpleging of inspraak.

Om ervoor te zorgen dat gemeenten het Wmo-beleid op een goede wijze kunnen implementeren, zijn diverse handreikingen ontwikkeld. Bijvoorbeeld uit de handreiking specifieke groepen van de Wmo kunnen gemeenten suggesties halen voor het betrekken van kwetsbare groepen bij het beleid.

- 272 *Hoeveel wordt er geïnvesteerd in de kwantiteit en kwaliteit van maatschappelijke opvang en vrouwenopvang? Hoeveel is dit extra als daar de gevolgen van het schrappen van de psychosociale grondslag vanaf wordt getrokken?* 101

Het Rijk verstrekt de 43 centrumgemeenten maatschappelijke opvang en vrouwenopvang in 2008 € 297 mln. voor het beleid op de terreinen maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid, openbare geestelijke gezondheidszorg en vrouwenopvang.

De centrumgemeenten zetten die middelen niet alleen in om te zorgen voor voldoende capaciteit. Ook investeren zij in de kwaliteit van de opvang door beleid te ontwikkelen om instroom in de opvang te voorkomen en de doorstroom naar andere huisvesting te bevorderen. De bedoeling is dat in 2008 alle 43 centrumgemeenten maatschappelijke opvang gaan werken met het Plan van aanpak dat in de G4 al wordt uitgevoerd. Doelstelling van dat plan is voor alle daklozen een individueel trajectplan op te stellen, waarin persoonlijke doelen zijn opgenomen voor huisvesting, zorg, inkomen en dagbesteding.

Naar aanleiding van het rapport Maat en Baat van de vrouwenopvang, wordt er door de Federatie Opvang en de VNG hard gewerkt aan een plan van aanpak van de kwaliteit van de vrouwenopvang. Hierover wordt u binnenkort geïnformeerd.

Voor de verbetering van de opvang en hulpverlening slachtoffers van onder meer huiselijk en eengerelateerd geweld is met ingang van 2008 17,9 miljoen oplopend naar 32,3 miljoen extra beschikbaar gesteld.

Over de gevolgen van het schrappen van de grondslag psychosociaal vindt momenteel overleg plaats met VNG, ZN, CIZ en Federatie Opvang. De besparingen in de AWBZ als gevolg van het schrappen van de grondslag psychosociaal voor de cliënten in de maatschappelijke opvang zullen worden overgeheveld naar centrumgemeenten. Er wordt dus niets van het (extra) budget van de gemeenten

- afgetrokken, de centrumgemeenten krijgen er juist geld bij.
- 273 *Kindermishandeling is ook huiselijk geweld. Op welke wijze is deze relatie in het beleid vormgegeven?* 102
- De coördinatie van de aanpak van huiselijk geweld ligt bij de minister van Justitie. De staatssecretaris is daarbij verantwoordelijk voor de opvang en hulpverlening bij huiselijk geweld. Daarbij is er specifieke aandacht voor kinderen. De minister voor J&G is de eerstverantwoordelijke voor de aanpak van kindermishandeling; de minister van Justitie is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke aanpak van kindermishandeling. De bewindspersonen trekken gezamenlijk op door middel van interdepartementale samenwerking en afstemming. Het beleid richt zich op zowel slachtoffers, ouders als kinderen.
- 274 *Op welke wijze wordt voorlichting over een gezonde leefstijl gegeven aan de specifieke doelgroepen?* 104
- Voorlichting over een actieve leefstijl verloopt in belangrijke mate via de campagne 30minutenbewegen. Die campagne wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. De kwaliteitsbewaking en afstemming met andere leefstijlcampagnes verloopt via ZonMw.
- 275 *Welk deel van de € 1.3 mln. wordt uitgetrokken om in samenwerking met de minister voor Ontwikkelingssamenwerking uitvoering te geven aan het nieuwe beleid Sport en de Millenniumdoelstellingen? Uit welke middelen komt dit budget? Wat worden de prestatie indicatoren? Is dit beleid vooral gericht op Nederland of op sporten in ontwikkelingslanden?* 104
- Vanuit het reguliere Sportbudget op de VWS-begroting wordt een bedrag van € 0,5 miljoen uitgetrokken om in samenwerking met de minister voor Ontwikkelingssamenwerking uitvoering te geven aan het nieuwe beleid Sport en de Millenniumdoelstellingen. In de gezamenlijke beleidsnotitie, die binnenkort aan uw Kamer verzonden wordt, is dit beleid nader uitgewerkt. Het beleid is vooral gericht op sporten in ontwikkelingslanden.
- 276 *In 2010 moet tenminste 65% van de mensen eens per maand sporten. Wat gaat een ambitie van 24 keer per jaar of 48 keer per jaar kosten? Waarom is de streefwaarde 2010 identiek aan die van 2008? Waarom denkt u dat het effect pas op langere termijn zichtbaar zal zijn, en dat tussenwaarden niet veel toe te voegen hebben?* 104
- Het percentage van de Nederlandse samenleving dat minimaal twaalf keer per jaar aan sport doet is een indicator van hoe sportief de Nederlandse samenleving is. Daarmee maakt deze streefwaarde deel uit van de algemene monitor van het sportbeleid. De kosten van een frequentie van 24 of 48 keer per jaar zijn onbekend.
- De streefwaarde 2008 is per abuis opgenomen; er worden geen tussenwaarden gemeten.
- De daadwerkelijke trend is alleen meetbaar en zichtbaar op de lange termijn.
- 277 *Het programma 'meedoen allochtone jongeren' loopt tot 2009. Hoe wordt bepaald of het programma geslaagd is? Is het mogelijk om het programma bij succes te handhaven?* 104
- Het programma Meedoen allochtone jeugd door sport wordt uitgevoerd in de periode

2006 t/m 2010. Aan het begin, halverwege en aan het eind van het programma vindt monitoring plaats. De monitoring bestaat uit het volgen van de 500 sportverenigingen die bij de uitvoering betrokken zijn en het meten van sportdeelname onder de allochtone jeugd. Om te bezien of de gestelde doelen voor het preventief jeugdbeleid, jeugdzorg en integratie worden bereikt vinden evaluatiestudies plaats. Het streven is uiteraard dat de betrokken sportverenigingen na afloop van het programma krachtig genoeg zijn om het beleid zelf uit te voeren. Het is op dit moment nog te vroeg om te bepalen of het programma dient te worden vervolgd.

- 278 *De regering stelt dat tussenwaarden niet veel toevoegen en dat deze niet opwegen tegen de kosten van het verzamelen ervan. Hoeveel zou het verzamelen van deze gegevens kosten? Waarom is de regering wel bereid om € 4,3 mln. subsidie uit te trekken om kennis en informatie over samenwerking in de sport te vergroten?* 105

Met jaarlijkse tussenwaarden zal het toeval een (te) grote rol spelen en geen inzicht bieden in de trend. Slechts een aanzienlijke uitbreiding van de steekproef zou die onzekerheid verminderen. De regering acht dat niet gewenst uit het oogpunt van efficiëntie.

Het subsidiebudget voor kennis en informatie is grotendeels bestemd voor het werkprogramma van het NISB en het Mulier Instituut.

- 279 *Welke projecten komen volgens u in aanmerking voor een subsidie t.b.v. de drie operationele doelstellingen?* 106

Met het in uitvoering nemen van het programma *Samen voor sport* zijn de beleidsbudgetten voor Sport voor een belangrijk deel vastgelegd in meerjarige verplichtingen. Een beperkt deel van het sportbudget is per 1 januari 2008 "niet verplicht of bestuurlijk gebonden".

Een deel van deze nog niet belegde middelen is, door middel van interne herschikking binnen de begroting, ingezet voor de beleidsprioriteiten die opgenomen zijn in de Beleidsbrief *De Kracht van Sport*, die op 15 oktober is aangeboden aan uw Kamer. Het betreft een bedrag van € 1,9 mln. dat extra wordt ingezet op de prioriteiten Gehandicaptensport, Sportiviteit & Respect en Internationaal beleid (i.c. dopingbestrijding).

Het daarna resterende budget (ca. € 2,5 mln.) voor 2008 wordt gebruikt voor het honoreren van aanvragen van projecten die in de loop van het jaar worden ingediend en die in belangrijke mate bijdragen aan de beleidsdoelstellingen.

- 280 *Van de extra € 20 mln. die eerder in het Beleidsprogramma van de regering (na de 100 dagen campagne) werd bestemd voor de sport, is slechts de eerste € 10 mln. voor 2008 terug te vinden? Waarom kiest de regering ervoor dit bedrag niet in 2008 te investeren?* 106

Zie het antwoord op vraag 281

- 281 *In de begroting van VWS komt in 2008 € 7,5 mln. extra voor de combinatiefuncties (sport en onderwijs) en € 2,5 mln. voor Talent Ontwikkeling? De regering heeft echter ook beloofd een tweede stap te nemen van respectievelijk € 15 en € 5 mln.? Deze staan echter niet vermeld in de staatjes voor 2009 t/m 2012. Waarom niet?* 106

Het Kabinet heeft ervoor gekozen om van de intensiveringen uit het Coalitieakkoord voornamelijk alleen de bedragen voor 2008, inclusief de meerjarige doorwerkingen,

aan de departementen beschikbaar te stellen. De resterende bedragen voor 2009 en verder blijven per departement gereserveerd op de aanvullende post van het Rijk. Over deze bedragen vindt jaarlijks bij Kaderbrief/Voorjaarsnota definitieve besluitvorming plaats. In de beleidsbrief van 15 oktober 2007 is dat als zodanig ook aangegeven.

Van de Intensivering Sport uit het Coalitieakkoord wordt 75% ingezet voor de combinatiefuncties en 25% voor talentontwikkeling. In 2008 betekent dit inderdaad een bedrag van € 7,5 mln. voor combinatiefuncties en € 2,5 mln. voor talentontwikkeling. De besluitvorming over de verhoging naar respectievelijk € 15 en 5 mln. voor de jaren 2009 t/m 2012 zal bij Voorjaarsnota 2008 plaatsvinden.

- 282 *De regering stelt dat mensen via sport elkaar ontmoeten, meedoen aan maatschappelijke activiteiten en respectvol met elkaar omgaan? Is de regering op de hoogte van diverse proefschriften die beweren dat sport zowel sociaal als asociaal gedrag kan bevorderen? Is hier onderzoek naar gedaan door de regering? Gaat dit onderzoek nog plaatsvinden uit de onderzoekssubsidie van € 4,3 mln.? Hoe gaat de regering ervoor waken dat sportclubs die asociaal gedrag bevorderen geen subsidiegelden ontvangen?* 106

Zie het antwoord op vraag 295.

- 283 *Welke maatschappelijke activiteiten worden zoal opgezet voor mensen met een handicap?* 107

De gehandicaptensport maakt integraal deel uit van het sportbeleid. Programma's als de proeftuinen van sportverenigingen, de versterking van de samenwerking tussen scholen en sport worden tevens ingezet ten behoeve van sport door gehandicapten. De kosten van dat inclusief beleid zijn niet apart in de begroting weergegeven. Daarnaast zal vanwege de nog steeds bestaande achterstand in sportdeelneming een extra impuls worden gegeven op de volgende terreinen:

- Het speciaal onderwijs. De methode van "Special Heroes" zal worden geïmplementeerd.
- Zorg- en dagvoorzieningen. Instellingen met woon- en zorgvoorzieningen voor gehandicapten zullen geactiveerd worden om hun bewoners te stimuleren tot een meer actieve leefstijl.
- Sportverenigingen. De integratie en aanpassing van het sportaanbod van verenigingen voor mensen met een handicap zal verder worden ondersteund en gestimuleerd.
- Topsport door gehandicapten. Op grond van een evaluatie van de Paralympische Spelen in 2008 zullen maatregelen worden genomen om de prestaties van topsporters met een handicap op een hoger niveau te brengen.

- 284 *Door wie worden de verschillende sectoren uit de maatschappij aangestuurd? Wie houdt toezicht op de programma's van deze sectoren?* 107

De verschillende sectoren uit de maatschappij zijn bijvoorbeeld gemeenten, bedrijven en sportverenigingen. Deze partijen worden met behulp van goede voorbeelden en ondersteuning ertoe gestimuleerd activiteiten te ontwikkelen waardoor mensen meer gaan sporten en bewegen. Het toezicht op de programma's vindt plaats via de reguliere monitoring van het sportbeleid.

- 285 *Worden er speciale instructeurs aangesteld die afgestemd zijn op de verschillende specifieke doelgroepen?* 108

Het is de verantwoordelijkheid van de organisator van sport en beweegactiviteiten om inhoud te geven aan begeleiding van specifieke doelgroepen. Het aanstellen van speciale instructeurs wordt niet specifiek ondersteund.

- 286 *Op welke wijze wordt bepaald welke mensen in aanmerking komen voor bewegen op recept?* 108

Zie het antwoord op vraag 287.

- 287 *Wanneer wordt de informatie over de kosteneffectiviteit en voorwaarden met betrekking tot de proefimplementatie van beweginginterventies uitgewisseld aan de Tweede Kamer?* 108

In overleg met de beroepsgroepen in de zorg (o.a. huisartsen en fysiotherapeuten) en de sport wordt een nieuwe interventie ontwikkeld, gericht op inactieve mensen met diabetes type II of met een verhoogd risico daarop. De wijze van selectie is onderdeel van de ontwikkeling van deze interventie. Patiënten met (een hoog risico op het krijgen van) diabetes type II zullen in elk geval worden gescreend op de noodzaak tot deelname aan de beweginginterventie. Hiervoor worden criteria opgesteld. Er wordt gestart met het ontwikkelen van deze aanpak in een aantal pilots. Uiteindelijk doel is de interventie op termijn in het basispakket op te nemen, mits aan de daarvoor geldende voorwaarden (onder meer kosteneffectiviteit en evidence based interventies) is voldaan.

Niet het sporten en bewegen zelf, maar alleen de weg ernaar toe (via een beweegprogramma van 3 tot 9 maanden) en de ondersteuning vanuit de zorg zullen dan worden vergoed.

Medio 2008 zal, op basis van een kortlopend onderzoek vanaf januari 2008, informatie over kansrijkheid, bruikbaarheid en haalbaarheid van de interventie beschikbaar zijn. De Kamer zal zodra ik de gegevens voldoende valide acht een voorstel krijgen om het verzekerde pakket aan te passen. Een exacte datum kan ik nu niet geven omdat ik pas aan het begin van dit proces sta.

Ik ben hierbij ook afhankelijk van informatie van derden.

- 288 *Hoeveel brede scholen komen er in 2008 bij? Hoeveel staat er in voor 2008 in totaal 109 begroot voor het opzetten brede scholen en hoeveel middelen komen er van respectievelijk de VWS-begroting, de OC&W-begroting en gemeentelijke gelden? Welke veranderingen in deze financieringsstromen vinden er plaats tot aan 2011? Hoeveel gemeenten hebben zich al bereid verklaard brede scholen in 2008 mee te financieren? In hoeverre is de bedoeling dat behalve leerlingen ook anderen gebruik kunnen maken van het aanbod van brede scholen? En hoe gaat u dit stimuleren?*

De Impuls brede scholen, sport en cultuur is erop gericht meer sport- en cultuuraanbod te laten ontstaan rond scholen, en tegelijkertijd twee belangwekkende ontwikkelingen te stimuleren: de groei van het aantal brede scholen en de groei van het aantal sterke sportverenigingen.

De OCW-begroting noemt de volgende streefwaarden voor 2008: 900 brede scholen in het Primair Onderwijs (een groei van 250 ten opzichte van 2006) en 460 in het Voortgezet Onderwijs (een groei van 70 ten opzichte van 2006). Het staat scholen vrij om een eigen invulling te geven aan het concept van de brede school. Of een school het aanbod verbreedt naar anderen dan de eigen leerlingen is een afweging die de school zelf maakt in samenspraak met belanghebbenden, zoals de ouders en de gemeente.



In onze Beleidsbrief Sport van 15 oktober 2007 wordt onder paragraaf 2.1 aangegeven welke middelen van de VWS- en OCW-begroting worden ingezet voor de Impuls brede scholen, sport en cultuur in 2008 en volgende jaren. De gemeenten zetten cofinanciering in, zodanig dat op den duur in totaal 2500 structurele combinatiefuncties worden gerealiseerd.

Vanwege het oplopende bedrag komt de Impuls in 2008 eerst de G-31 ten goede. De eerste signalen wijzen erop dat vrijwel alle gemeenten willen meedoen hetgeen wij zeer positief duiden.

- 289 *Wat bedoelt u precies met decentralisatie-uitkeringen en hoe onderscheiden deze zich van de specifieke uitkeringen?* 110

Als uw Kamer akkoord gaat met de voorgestelde wijzigingen in de Financiële-verhoudingswet, wordt de mogelijkheid om specifieke uitkeringen te verstrekken aan gemeenten beperkt. In plaats daarvan worden binnen de algemene fondsen drie vormen van uitkeringen onderscheiden, namelijk de algemene uitkering, de integratie-uitkering en de decentralisatie-uitkering.

Met het wetsvoorstel Financiële-verhoudingswet wordt het mogelijk om uitkeringen voor tijdelijk beleid en voor beleid waarbij de termijn van de overgang van de uitkering naar de algemene uitkering nog niet is vast te stellen, op te nemen in de algemene fondsen. Deze uitkeringen zijn aangehaald als decentralisatie-uitkeringen.

- 290 *Hoeveel sportaccommodaties en hoeveel personeel kunnen/zullen worden aangeschaft/ingehuurd met de Specifieke uitkeringen van € 11,7 mln. en de breedtesportimpuls van € 4 mln.?* 110

De Regeling Buurt, Onderwijs en Sport (BOS-impuls) (dit betreft de specifieke uitkeringen van € 11,7 mln.) en de Breedtesportimpuls zijn in uitvoering binnen een groot aantal gemeenten in Nederland. Voor de realisatie van lokale sportaccommodaties zijn met deze beide regelingen geen middelen beschikbaar. Hoeveel personeel er in het kader van de gemeentelijke projecten is aangesteld of ingehuurd is niet bekend, omdat de gemeenten zich niet tot op dat detailniveau hoeven te verantwoorden bij het Rijk.

- 291 *Welke afwegingen liggen ten grondslag aan de subsidie voor sportdeelname van gehandicapten die slechts € 2 mln. bedraagt en hoe verhouden die zich tot de overige instrumenten?* 111

De gehandicaptensport maakt integraal deel uit van het sportbeleid. Programma's als de proeftuinen van sportverenigingen, de versterking van de samenwerking tussen scholen en sport worden tevens ingezet ten behoeve van sport door gehandicapten. De kosten van dat inclusief beleid zijn niet apart in de begroting weergegeven. Daarnaast zal vanwege de nog steeds bestaande achterstand in sportdeelname een extra impuls worden gegeven op de volgende terreinen:

- Het speciaal onderwijs. De methode van "Special Heroes" zal worden geïmplementeerd.
- Zorg- en dagvoorzieningen. Instellingen met woon- en zorgvoorzieningen voor gehandicapten zullen geactiveerd worden om hun bewoners te stimuleren tot een meer actieve leefstijl.
- Sportverenigingen. De integratie en aanpassing van het sportaanbod van verenigingen voor mensen met een handicap zal verder worden ondersteund en gestimuleerd.

- Topsport door gehandicapten. Op grond van een evaluatie van de Paralympische Spelen in 2008 zullen maatregelen worden genomen om de prestaties van topsporters met een handicap op een hoger niveau te brengen.

292 *Welke overwegingen liggen ten grondslag aan ecotax ten opzichte van de kosten?* 111

Bepaalde instellingen kunnen via de Belastingdienst in aanmerking komen voor teruggaaf van een deel van de energiebelasting (Ecotax). De teruggaaf is 50% van de energiebelasting die het energiebedrijf in rekening heeft gebracht, minus de heffingskorting. Instellingen die voor teruggaaf in aanmerking kunnen komen zijn: instellingen van levensbeschouwelijke of religieuze aard; charitatieve, culturele of wetenschappelijke instellingen; instellingen voor het algemeen nut; sociale instellingen; en multifunctionele centra zoals dorpshuizen (met ingang van 1 januari 2006).

Sportverenigingen kunnen, via de landelijke sportbonden, bij VWS in aanmerking komen voor compensatie van de betaalde energiebelasting. Het budget is voldoende om de in aanmerking komende sportverenigingen 50% compensatie te garanderen. De administratieve lasten van deze werkwijze zijn wel aanzienlijk.

293 *Wat vindt de regering dat er mis is aan het huidige sportaanbod en sportverenigingen dat deze dienen te vernieuwen? Wat wil de regering bereiken met de € 3,8 mln. voor proefprojecten?* 111

Uit diverse onderzoeken blijkt dat het aanbod van sportverenigingen niet altijd even goed aansluit op de huidige vraag in de samenleving. Om de gewenste vernieuwing te bereiken is een beperkt aantal meerjaren experimenten gestart, zogenaamde proeftuinen. In deze proeftuinen wordt door sportverenigingen nieuw sportaanbod ontwikkeld gericht op diverse thema's zoals innovatieve sportconcepten, gehandicaptensport, naschoolse opvang en flexibele lidmaatschappen.

De vernieuwing richt zich uiteindelijk op vergroting van de sportdeelname van niet-sporters en ongeorganiseerde sporters en de verhoging van de sportfrequentie. Op basis van gedegen evaluatie per proeftuin zal er meer inzicht komen in de succesfactoren voor modernisering en zal NOC\*NSF een "gereedschapskist" ontwikkelen die andere sportverenigingen handvatten biedt om hun sportaanbod te moderniseren.

294 *De regering wil via een subsidie van € 12 mln. aan sportclubs en € 5 mln. aan andere overheden de deelname van allochtone jongeren aan de sport bevorderen. Voor sportclubs is echter naast geld ook de inzet van vrijwilligers (bijv. ouders een bardienst draaien) vaak van essentieel belang. Gaat het kabinet, bij het subsidiëren van sportactiviteiten voor allochtonen, dit verbinden aan eisen dat kinderen en ouders zich ook vrijwillig inzetten voor hun sportclub? Zo neen, waarom niet?* 111

Het beleidskader Meedoen allochtone jeugd door sport is op 22 februari 2006 aan de Tweede Kamer aangeboden (TK 30 234, nr. 4). Daarin wordt ook het belang van het betrekken van de ouders van allochtone jeugd genoemd. Met oog op de uitvoering van het beleid zijn bestuurlijke afspraken gemaakt met negen sportbonden en elf gemeenten. Deze partners worden gesubsidieerd voor hun plannen van aanpak (en niet de sportverenigingen zelf). In de uitvoering geven deze partners veel aandacht aan het creëren van de juiste voorwaarden voor het bevorderen van de sportdeelname door allochtone jeugd. Vanzelfsprekend komen dan ook zaken zoals het werven en opleiden van betaald en vrijwillig kader en de betrokkenheid van ouders aan bod. De sportverenigingen worden ondersteund door sportbonden en gemeenten. Met deze verdeling van verantwoordelijkheden zijn aanvullende eisen

vanuit het Kabinet niet nodig.

- 295 *Hoe denkt de regering invulling te gaan geven aan het programma < Sportiviteit en respect >? Zijn er onderzoeken of pilots gedaan waarop de regering zich baseert om geweld, discriminatie, racisme en homohaat rond het veld te bestrijden? Zo ja, welke?* 111

Sport is bij uitstek een activiteit die mensen de mogelijkheid biedt elkaar te ontmoeten en respectvol met elkaar om te gaan. Ook in de sport zijn praktijken waar te nemen die niet wenselijk zijn. Daarin onderscheidt de sport zich niet van andere maatschappelijke sectoren. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft in het afgelopen voorjaar met de publicatie "Een gele kaart voor de sport" een indicatie gegeven van aard en omvang van onwenselijke praktijken. Aspecten, zoals fysiek en verbaal geweld, discriminatie en intimidatie van onder andere zoals homo's en vertegenwoordigers van andere culturen evenals uitingen van vrouwonvriendelijkheid komen in de het SCP-rapport aan de orde. Dit onderzoek is gefinancierd uit het budget van sportiviteit en respect. Pilots zijn niet gedaan, maar ervaringen van verschillende sportbonden hebben bijgedragen om op dit gebied een beleid te gaan ontwikkelen. Het Masterplan Arbitrage waarin 9 sportbonden met NOC\*NSF samenwerken om sportiviteit en respect te bevorderen is daar een voorbeeld van. Verder heeft het SCP de opdracht gekregen een vervolgonderzoek in te stellen en daarbij een vergelijking te maken met andere maatschappelijke sectoren. De bevindingen worden in het voorjaar van 2008 gepubliceerd. Ook dit vervolgonderzoek wordt gefinancierd uit het budget voor sportiviteit en respect. Het subsidiebudget voor kennis en informatie is grotendeels bestemd voor het werkprogramma van het NISB en het Mulier Instituut. Er zijn geen sportclubs bekend die asociaal gedrag als zodanig bevorderen. Overigens worden uit het sportbudget van VWS geen rechtstreekse subsidies verstrekt aan lokale sportclubs.

- 296 *Welke activiteiten vallen er onder het kopje Koninkrijksband en Internationale Samenwerking waar ieder jaar tot 2012 een bedrag van € 1,35 mln. voor staat gereserveerd?* 112

Onder het kopje Koninkrijksband en Internationale Samenwerking vallen meerdere activiteiten:

sport en ontwikkelingssamenwerking;

samenwerking met diverse landen (Australië, China);

sportontwikkeling in het kader van de Koninkrijksband met de Antillen en Aruba en de Koninkrijksspelen voor de jeugd.

- 297 *Wordt er subsidie verleend aan organisaties die onderzoek doen naar de mogelijkheden om in 2028 het Olympisch Spelen in Nederland te houden?* 113

In 2006 is een meerjarensubsidie verleend van € 400.000 aan NOC\*NSF voor het verrichten van een haalbaarheidsstudie naar de Olympische Spelen in 2028. Deze studie is naar verwachting tegen de herfst in 2008 afgerond. In 2008 wordt een bedrag van € 110.000 verstrekt.

NOC\*NSF onderzoekt waar Nederland staat op het gebied van bijvoorbeeld infrastructuur, brede steun voor de Olympische gedachte en de organisatie van topsportevenementen. Hiervoor organiseert de sportkoepel ondermeer expert-bijeenkomsten en onderzoeksprojecten.

- 298 *De financiële middelen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) tot haar beschikking heeft lopen af tot in 2012 € 35,920 mln. Kan aangegeven worden* 122

*waarom de IGZ minder geld tot beschikking krijgt en hoe zich dit verhoudt tot de steeds maar uitdijende taken van de IGZ en haar toegenomen verantwoordelijkheden? Waarom is het kabinet van mening dat dit geld afdoende zal zijn? Kan aangegeven worden waarom Raad door verschillende ministeries wordt aangestuurd? Is dit een efficiënte werkwijze? Geldt voor de Gezondheidsraad vanaf 1 januari 2006 een cumulatie in de taakstelling van ruim 40 procent?*

Zoals ik u eerder heb geïnformeerd is de kwaliteit van zorg een speerpunt van het beleid van de staatssecretaris en mijzelf. Transparantievergroting en een stevige aanpak van de patiëntveiligheid zijn daar belangrijke onderdelen van. De IGZ, als toezichthouder op de kwaliteit van zorg, speelt daarbij een voorname rol.

Tegelijkertijd heeft het kabinet ook ingezet op een vernieuwing van de Rijksdienst. De nota die het kabinet hierover heeft opgesteld beschrijft het streven naar een minder omvangrijk inspectieapparaat dat met hoogwaardige methoden en met een kwalitatief hoogwaardige bezetting de inspectiefuncties vervult. De invulling daarvan wordt uitgewerkt door de Inspectieraad waarin de betrokken rijksinspecties, waaronder de IGZ, nauw samenwerken.

De IGZ levert enerzijds in het kader van deze efficiëntie- en effectiviteitslag in de periode 2008-2011 een bijdrage aan de personele afslanking van de Rijksoverheid. Anderzijds sta ik de IGZ voor een aantal onderwerpen juist een uitbreiding toe.

Wat de efficiëntie- en effectiviteitslag betreft heb ik de IGZ een beperkte efficiëntietaakstelling opgelegd van 6% hetgeen neerkomt op 20,4 fte. Zo rationaliseert de IGZ in dat verband het meldingenproces. Ook stoot de IGZ haar niet-kerntaken af en draagt deze over aan andere organisaties. Tevens vindt een reductie van het management plaats. Op het punt van domeingericht toezicht coördineert de IGZ het toezicht van betrokken inspecties voor het domein gezondheidszorg.

Wat uitbreiding betreft overweeg ik vooralsnog voor de jaren 2008 en 2009 extra capaciteit in te zetten voor intensivering van het beleid gericht op vergroting van de transparantie over kwaliteit.

U ontvangt binnenkort van mij het Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 van de IGZ met als eerste invulling daarvan het Werkplan 2008. De IGZ schetst daarin haar omslag naar een moderne efficiënte en effectieve handhavingsorganisatie.

De Gezondheidsraad wordt enkel aangestuurd door het ministerie van VWS. Wel ontvangt de Gezondheidsraad opdrachten en bijdragen van de ministeries van SZW, OCW, LNV en VROM.

De taakstelling van de Gezondheidsraad/RGO bedraagt 20%, conform de uitgangspunten uit het SGO-rapport. Het jaar 2006 mag niet als uitgangspunt worden genomen omdat dit een realisatiecijfer betreft. Dit realisatiecijfer bevat ook bijdragen van andere departementen. Ook de komende jaren ontvangt de GR deze bedragen. De administratieve verwerking van deze bijdragen heeft nog niet plaatsgevonden.

299 *Welke projecten worden in het kader van de mondiale gezondheidszorg en het behalen van de MDG's concreet uitgevoerd, met welke organisaties, wat is daarbij de verdeling in budgetten en bij welke bewindspersoon liggen de verantwoordelijkheden?* 124

VWS voert diverse activiteiten uit die bijdragen aan mondiale gezondheid. Veelal wordt daarbij nauw opgetrokken met het ministerie van Buitenlandse Zaken, waarbij ieder departement verantwoordelijk is voor het eigen deel. Zo draagt VWS vanuit een brede Nederlandse volksgezondheidsoptiek bij aan het programma van de

Wereldgezondheidsorganisatie in de periode 2005 tot en met 2008 met € 18 miljoen op vier thematische gebieden: infectieziekten, niet besmettelijke ziekten, HIV/Aids en TB, en gezondheidssystemen. Voorts draagt VWS voor € 20 miljoen over vier jaar bij aan een United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) programma in Rusland, Roemenie en de Baltische Staten gericht op het verminderen van HIV-aids (en TB) besmetting onder drugsgebruikers en de gevangenisbevolking. VWS werkt verder nauw samen met het ministerie van Buitenlandse Zaken bij de follow up van het OESO/WHO Noordwijk Forum over *emerging and neglected infectious diseases*. De *Noordwijk Medicines Agenda* vormt een internationale leidraad op basis waarvan acties door de diverse actoren op dit gebied kunnen worden ondernomen. VWS droeg in 2007 € 150.000 bij aan de organisatie van dit Forum. VWS heeft diverse Schokland akkoorden mede-ondertekend, onder andere op het gebied van MDG5, de vermindering van de moedersterfte. VWS werkt in dat verband nauw samen met TIPharma dat hittebestendig oxytocine produceert, waarmee bloedingen bij bevallende moeders in OS-landen kunnen worden verminderd. Tenslotte voeren enkele veldorganisaties namens VWS Europese twinning projecten uit op gebieden als drugsbeleid, infectieziekten en gezondheidsbevordering.

300 *Levert Nederland een bijdrage om onderzoek naar essentiële medicijnen in ontwikkelingslanden mogelijk te maken en om dat ethisch verantwoord te laten verlopen? Indien ja, waaruit bestaat de inzet en onder wiens verantwoordelijkheid valt dat?*

124

Ja, Nederland levert een bijdrage om onderzoek naar essentiële medicijnen in ontwikkelingslanden mogelijk te maken en om dat ethisch verantwoord te laten verlopen. De inzet bestaat uit het ondersteunen van publiek-private samenwerkingsverbanden die werken aan het ontwikkelen van vaccins, geneesmiddelen en diagnostieke middelen voor aids, TB en malaria. Voor de periode 2006-2009 is hiervoor een van de begroting van Buitenlandse Zaken/Ontwikkelingssamenwerking afkomstig bedrag van ruim € 80 miljoen toegekend aan acht organisaties. Daarnaast ondersteunt Nederland in het kader van het European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) de capaciteit voor klinisch onderzoek in Afrika middels het Netherlands African Partnership for Capacity Building and clinical Interventions against Poverty Related Diseases (NACCAP) met een totaalbedrag van € 20 miljoen voor de periode 2004-2008 (opgenomen in de begroting van Buitenlandse Zaken/Ontwikkelingssamenwerking). Toepassing van internationaal overeengekomen medisch-ethische normen is onderdeel van deze capaciteitsopbouw.

Nederland heeft zich in internationale organisaties zoals UNESCO en de WHO altijd actief betoond bij de totstandkoming van medisch-ethische verklaringen en afspraken.

De verantwoordelijkheid voor deze activiteiten berust bij de ministers voor Ontwikkelingssamenwerking en VWS.

Ik wil daar nog het volgende aan toevoegen: een substantieel deel van het onderzoek dat door TI Pharma geïnitieerd is, richt zich op onderzoek naar essentiële geneesmiddelen (essential medicines) zoals deze worden genoemd in het Priority Medicines rapport van de WHO uit 2004. (bijvoorbeeld malaria en HIV bij kinderen). Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar generieke technologie die voor medicijnen voor ontwikkelingslanden van belang is (ook genoemd in Priority Medicines). Dit krijgt onder andere vorm in projecten over hittestabiele oxytocine, insuline en vaccins, en in Fixed Dose Combinations (van belang voor malaria-cocktail, eerste- en tweedelijns tuberculosebehandeling).

De verantwoordelijkheid voor TI Pharma wordt gedragen door de ministeries van VWS, EZ en OCW, het penvoerderschap is belegd bij VWS.

- 301 *Op welke wijze draagt Nederland bij om de toegang tot essentiële medicijnen (w.o. 124 inzet op systeemverandering van intellectuele eigendomsrechten) voor ontwikkelingslanden mogelijk te maken en onder wiens verantwoordelijkheid valt dat?*

De toegang tot essentiële medicijnen voor ontwikkelingslanden valt onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Economische Zaken.

Nederland heeft het wegnemen van eventuele barrières die de toegang tot betaalbare medicijnen belemmeren hoog in het vaandel staan en zet het zich hier al jaren actief voor in. Zo was Nederland een van de eerste landen met beleidsregels die het mogelijk maken dat onder dwanglicentie generieke medicijnen geproduceerd kunnen worden voor de export naar ontwikkelingslanden die daarvoor zelf de capaciteit niet hebben. Bij de totstandkoming van de EU-verordening ter uitvoering van het WTO-besluit van 2003 over dit onderwerp heeft Nederland ervoor gepleit de groep landen waarnaar onder deze verordening farmaceutische producten zouden kunnen worden uitgevoerd uit te breiden naar ontwikkelingslanden die (nog) geen lid zijn van de WTO. De meeste Nederlandse voorstellen zijn uiteindelijk in de EU-verordening ter uitvoering van het WTO-besluit (Regulation (EC) No 816/2006 of the European Parliament and of the Council, van 17 mei 2006) terecht gekomen.

Wij merken daarbij op dat wij bij zaken betreffende intellectuele eigendom en TRIPs (TRIPs-verdrag: agreement on trade related aspects of intellectual property rights) in de context van de EU opereren. Dat geldt zowel in de WHO, als in de WTO (World Trade Organisation) en de WIPO (World Intellectual Property Organization). Bij zaken zoals de implementatie van van TRIPs en handelsaccorden is de Europese Commissie bevoegd.

Daarnaast draagt Nederland actief bij aan de discussie in de WHO over innovatie, gezondheidszorg en intellectuele eigendomsrechten. Het secretariaat van de Intergouvernementele Werkgroep op het gebied van gezondheidszorg, innovatie en intellectuele eigendomsrechten (IGWG) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft op 31 juli 2007 hierover een concept-strategie en actieplan gepresenteerd. Dit najaar wordt de strategie besproken en hopelijk gefinaliseerd in de World Health Assembly in mei 2008. Naast prioriteitstelling zal ook een heldere werkverdeling worden gemaakt tussen internationale organisaties zoals WHO, WTO en WIPO op het gebied van het verlenen van technische assistentie aan ontwikkelingslanden en opbouw van capaciteit met betrekking tot intellectuele eigendomsrechten. Die landen moeten hierdoor beter in staat zijn gebruik te maken van de beleidsvrijheid onder de TRIPs-afspraken. Daarnaast wordt nauwlettend bekeken of het TRIPs-verdrag leidt tot grotere toegang tot medicijnen voor met name de allerarmsten en meer innovatie.

- 302 *Kan een overzicht worden gegeven van de functies, standplaats en omvang van alle 124 uitgezonden en gedetacheerd personeel zoals bedoeld op pagina 124?*

Functie	instelling	type	vanaf	tot
Attaché VWS	PV Brussel	attaché	1-7-2005	30-6-2008
Attaché	PV Brussel	attaché	1-4-2006	31-3-2009

Attaché VWS	Parijs	attaché	1-7-2005	30-6-2008
Attaché VWS	PV Brussel	attaché	1-6-2007	31-5-2009
Attaché VWS	Amb Beijing	attaché	1-2-2006	31-1-2009
Attaché VWS	Amb Washington	attaché	1-9-2006	31-1-2009
END DG Enterprise and Industry (Medical Devices Directives)	EC Brussel	detachering	1-11-2004	31-10-2008
END Health Service team of Health Strategy Unit	EC Brussel	detachering	1-9-2005	1-9-2008
END DG Justice Freedom and Security (drugs coordination )	EC Brussel	detachering	1-1-2007	31-12-2009
Medical Officer	WHO Genevé (Quality Assurance and Safety, Medicines, Health Technology and Pharmaceuticals)	detachering	1-9-2005	31-12-2008
Technical Officer	WHO EURO (Kopenhagen) Non Communicable Diseases and Lifestyle	detachering	16-1-2006	31-12-2008
Technical Officer	WHO Geneve chronic disease and health promotion	detachering	6-3-2006	31-5-2008
Technical Officer	WHO EURO (Kopenhagen) Non-Communicable Diseases and Lifestyle	detachering	1-6-2007	30-4-2008
Technical Officer	WHO EURO Communicable disease;surveillance and response unit	detachering	1-10-2007	30-9-2008
Technical Officer	WHO EURO Global strategy on Diet, Physical Activity and Health	detachering	1-12-2007	31-10-2008

Amb = Ambassade van het Koninkrijk der Nederlanden

END = Expert National Detaché

EC = Europese Commissie

PV = Permanente Vertegenwoordiging van Nederland

WHO = World Health Organization

- 303 *Kan worden toegelicht op welke overwegingen en gronden de verdeling van de taakstelling van VWS over alle onderdelen is gebaseerd?* 148

De verdeling van de taakstelling is -binnen de kaders- tot stand gekomen in overleg met de afzonderlijke organisatieonderdelen. Alle organisatieonderdelen hebben hiervoor een takenanalyse uitgevoerd. De taakstelling op beleid wordt ingevuld door te schrappen in taken die niet binnen de hoofdlijnen van het VWS beleid passen, de inzet op dossiers te verminderen en het werk efficiënter te organiseren. De beleidsagenda 2008 is bij de takenanalyse en het schrappen van taken uitgangspunt geweest.

- 304 *Kan worden gespecificeerd wat de taakstelling is voor de verschillende adviesraden, agentschappen en ZBO's?* 148

De uitwerking van de VWS-taakstelling volgt zoveel mogelijk de lijnen van het SGO-rapport "De verkokering voorbij" die over zijn genomen in het coalitieakkoord. Het SGO-rapport en de daarop volgende verdeling van de taakstelling gaan uit van gedifferentieerde taakstellingspercentages per functie binnen de rijksdienst. Naast een efficiency-taakstelling van 5% voor alle dienstonderdelen en een taakstelling voor rijkshuisvesting, zijn taakstellingen vastgesteld voor uitvoering van 5% (agentschappen en ZBO's) en voor raden (15%). In de Ministerraad is bepaald dat het de ministeries vrij staat tot een andere interne verdeling van de taakstelling te komen. Het plan van aanpak kijkt op enkele punten af van de verdeling, namelijk voor wat betreft besparingen bij enkele ZBO's en het NVI.

Vanwege veranderend beleid worden enkele taken van zbo's afgebouwd. De overheid doet op deze gebieden een stap terug, als gevolg waarvan uitvoerende overheidstaken als bouwbeoordelingen, sluitingen en saneringstaken verdwijnen. Het CBZ zal als zelfstandig orgaan naar verwachting op 1-1-2010 worden opgeheven. De opbrengsten van de afbouw van deze organisatie draagt bij aan de taakstelling. Met betrekking tot het toezicht op het behoud van vermogen voor de zorg bij transacties met onroerende zaken zal ik het toezicht vooraf door het CSZ in stand houden. In het kader van het voorstel van Wet cliënt en kwaliteit van zorg, dat ik voornemens ben op 1-1-2010 in werking te laten treden, zal ik bezien waar het toezicht op vermogen voor de zorg gepositioneerd moet worden. Op dat moment wordt duidelijk in hoeverre de nieuwe positionering van het CSZ bijdraagt aan de taakstelling.

Gelet op de risico's voor de bedrijfsvoering acht VWS een totale aanslag van 10% voor de uitvoeringseenheden NZa en NVI op dit moment niet haalbaar. Voor wat betreft de uitgangspunten voor de taakstelling bij de adviesraden volgt VWS nadrukkelijk de interdepartementale lijn. Het verminderen van het totale aantal adviezen en het terugdringen van ongevraagde adviezen, het bundelen van taken bij secretariaten en het flexibiliseren van de inzet van externe deskundigheid moet ook voor VWS leiden tot een taakstelling op het aantal fte's bij de adviesraden van in totaal 20%.

- 305 *Is de taakstelling van VWS over de periode 2002-2006 volledig behaald? Zo neen, waarom niet?* 148



De taakstellingen uit de eerdere kabinetten Balkenende zijn opgelegd in geld, niet in personele omvang. De taakstellingen voor het departement zijn volledig gerealiseerd in budgettaire termen. Ze hebben ook geleid tot een krimp in de personele omvang van het kerndepartement.

- 306 *Ziet de regering mogelijkheden om de versnippering in subsidies tegen te gaan, waardoor ook de uitvoerings- en verantwoordingslast kan worden teruggedrongen?* 148

In de Nota Vernieuwing Rijksdienst heeft het kabinet aangegeven dat zal worden onderzocht of het mogelijk is om de uitvoering van subsidieregelingen te verbeteren en efficiënter te maken. Belangrijk element daarbij is een harmonisatie van subsidievoorwaarden. In de brief "Plan van aanpak regeldruk onderneming" van juli 2007 aan uw Kamer is reeds gemeld dat het ministerie van Financiën in interdepartementaal verband uitvoering gaat geven aan de ontwikkeling van een uniforme subsidiesystematiek. Financiën is in dit kader in samenwerking met een aantal ministeries, waaronder VWS, gestart met een onderzoek naar de administratieve lasten en de uitvoeringslasten van een aantal geselecteerde subsidieregelingen. Doel is om de "winstmogelijkheden" voor het reduceren van de administratieve lasten en de uitvoeringslasten te identificeren en te kwantificeren. Vervolgens zullen de resultaten worden vertaald naar generieke voorstellen voor de ontwikkeling van een uniform subsidiekader voor de rijksoverheid

- 307 *De tegenvaller in de huisartsenzorg bedraagt € 190 mln. Hoe verhoudt deze tegenvaller zich tot de afspraken die zijn vastgelegd in het Vogelaarakkoord? Kan aangegeven worden of dit akkoord consequent is toegepast?* 153

De afspraken in het Vogelaar akkoord waren niet van dien aard dat overschrijdingen (of onderschrijdingen) konden worden uitgesloten. De afspraken tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS zijn gebaseerd op een aantal aannames, onder meer over het aantal contacten tussen huisarts en patiënt. Daarnaast zijn er zogenoemde 'open einde'-afspraken gemaakt over de inzet van praktijkondersteuning en activiteiten op het gebied van modernisering en innovatie.

Mede om deze redenen is afgesproken de uitvoering van het Vogelaar akkoord te monitoren. De bevindingen in de verschillende monitors gaf aanleiding tot overleg tussen partijen. Partijen hebben vervolgens gezamenlijk een aantal nadere afspraken gemaakt, waarbij zo veel mogelijk is vastgehouden aan de uitgangspunten van het Vogelaar akkoord. U bent hierover ingelicht bij brief van 2 oktober 2007 (CZ/FBI 2799424).

- 308 *Er komt vanaf 2008 een structurele efficiencybesparing voor ziekenhuizen. Kan het EPD een rol spelen bij dergelijke efficiencybesparingen? Kan het EPD gebruikt worden om de financiële situatie van ziekenhuizen te verbeteren?* 155

De invoering van het landelijk EPD beoogt landelijke informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieder mogelijk te maken, in eerste instantie tussen huisartsen, huisartsenposten, apothekers en ziekenhuizen (EMD en WDH). Dit om de veiligheid en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, wat mogelijk zal leiden tot efficiencywinst in de gezondheidszorg (verminderen van fouten en breder beschikbaarheid van informatie). In het algemeen kan de inzet van ICT een bijdrage leveren aan de efficiency van het primaire proces binnen ziekenhuizen. De mate waarin dit gebeurt en dit een effect heeft op de financiële situatie zal per ziekenhuis verschillen.

- 309 *Wat wordt verstaan onder een "meer normale marktsituatie" op het gebied van geneesmiddelen?* 155

Onder een "meer normale marktsituatie" op het gebied van geneesmiddelen wordt verstaan een situatie waarin zowel de prijzen en vergoedingen voor geneesmiddelen als de bedragen die worden betaald in de verschillende schakels van de distributiekolom zoveel mogelijk zijn gebaseerd op toegevoegde waarde en niet worden beïnvloed door verschillende vormen van marktmacht. De prijsvorming is in die situatie meer transparant, zodat concurrentie op prijs plaatsvindt (bij gegarandeerde kwaliteit) en niet op kortingen en bonussen. Ook voor de gebruiker is het dan duidelijk wat de prijsgevolgen zijn van zijn eigen keuze.

- 310 *"Kern van de (convenants)afspraken was het beperken van de ruimte voor het geven van kortingen en bonussen en de introductie van een op prestatiebekostiging gerichte tariefstructuur voor apothekhoudenden". Hoe valt dit te rijmen met het feit dat het bedrag aan kortingen en bonussen voor apothekhoudenden ten opzichte van 2004 verdubbeld is? Welke vorderingen zijn gemaakt ten aanzien van de op prestatiebekostiging gerichte tariefstructuur? Kan concreet aangegeven worden welk effect c.q. resultaat de verschillende convenanten hebben gehad op de twee door VWS genoemde kerndoelen?* 155

Hoewel het uitgangspunt is om kortingen en bonussen te verminderen via structurele prijsverlagingen, is het niet de bedoeling alle kortingen en bonussen in één keer via (centraal) overheidsingrijpen of via het Transitieakkoord af te romen. Een deel van de inkoopvoordelen is immers voorzien als financiële prikkel voor doelmatig inkopen, waarover apothekhoudenden en zorgverzekeraars afspraken moeten maken: € 78 mln. Een groter deel is nodig om het nieuwe tarief "kostendekkend" te maken: € 222 mln aan inkoopvoordelen wordt om die reden niet afgeroomd. Het overblijvende deel aan kortingen en bonussen dat door een stijging van de afzet van geneesmiddelen (in geld uitgedrukt) stijgt, zal door activiteiten van individuele zorgverzekeraars, waaronder decentrale onderhandelingen met apothekhoudenden, bandbreedteafspraken en preferentiebeleid, moeten worden teruggebracht.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de behandeling van de beleidsregels over de op prestatiebekostiging gerichte nieuwe tariefstructuur vrijwel afgerond en wacht op de formele aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ter zake om deze formeel vast te kunnen stellen. Zoals in de brief van 13 juni 2007 aan de beide Kamers van de Staten-Generaal is aangegeven vereist de inmiddels inwerking getreden Wet marktordening gezondheidszorg deze aanwijzing. De aanwijzing wordt een dezer dagen verzonden.

De effecten van de geneesmiddelenconvenanten op de aangehaalde punten zijn:

In de convenanten zijn afspraken gemaakt over de nieuwe tariefstructuur en het toepassen van de daarvoor uitkomsten van de onderzoeken van de NZa naar de hoogte van de praktijkkosten en de kortingen en bonussen van apothekhoudenden. Daardoor kan het nieuwe tariefsysteem in 2008 worden ingevoerd.

Sinds de introductie van de geneesmiddelenconvenanten zijn de prijzen voor alle receptgeneesmiddelen met gemiddeld circa 10 % gedaald. Dus inclusief de prijzen van geneesmiddelen die niet onder de geneesmiddelenconvenanten vallen (bron SFK).

- 311 *Wanneer zal de "heldere langetermijnvisie" op het gebied van geneesmiddelen, alsmede het stappenplan aan de Kamer gezonden worden? Welke vorderingen zijn op dit gebied reeds gemaakt?* 155

Zie antwoord op vraag 228.

- 312 *Klopt het dat het bedrag van de taakstelling van € 340 mln. een bedrag betreft dat als opbrengst wordt ingeboekt maar eigenlijk het bedrag is dat minder wordt uitgegeven dan wanneer er geen convenanten waren afgesloten? Zo ja, klopt het dat de door VWS genoemde "opbrengst" van de convenanten en dus de taakstelling van € 340 mln. gemakkelijk gehaald kan worden door apothekers op grond van volumestijging, terwijl zij voor wat betreft de kortingen en bonussen maar een beperkt deel inleveren? Welk deel van de opbrengst van de convenanten farmacie, vanaf 2004, wordt gerealiseerd door de Wet Geneesmiddelen Prijzen en zou ook gerealiseerd zijn zonder afsluiting van convenanten?* 155

In het Transitieakkoord farmaceutische zorg is een afspraak gemaakt om € 340 mln in 2008 en € 456 mln in 2009 extra te besparen op de uitgaven voor de geneesmiddelen in Budgettair kader zorg termen. Een deel van de uitgaven voor geneesmiddelen wordt veroorzaakt door kortingen en bonussen die niet worden afgeroomd. Met het Transitieakkoord en de convenanten wordt inderdaad bewerkstelligd dat minder wordt uitgegeven voor farmaceutische zorg dan zonder die afspraken. Bij de opbrengstberekening van de geneesmiddelen -convenanten (en straks het Transitieakkoord) wordt, conform de BKZ-systematiek, rekening gehouden met een volumecomponent. De beoogde extra opbrengst van € 340 mln kan niet gemakkelijk worden gehaald met alleen maar volumestijgingen. Daarom is een aanvullende prijsverlaging van 10 % afgesproken en zullen de prijzen voor nieuwe generieke geneesmiddelen 50 % lager worden geprijsd dan de prijs voor het oorspronkelijke geoctrooieerde geneesmiddel.

Hoewel het uitgangspunt is om kortingen en bonussen te verminderen via structurele prijsverlagingen, is het niet de bedoeling alle kortingen en bonussen in één keer via (centraal) overheidsingrijpen of via het Transitieakkoord af te romen. Een deel van de inkoopvoordelen is immers voorzien als financiële prikkel voor doelmatig inkopen, waarover apothekhoudenden en zorgverzekeraars afspraken moeten maken: € 78 mln. Een groter deel is nodig om het nieuwe tarief "kostendekkend" te maken: € 222 mln aan inkoopvoordelen wordt om die reden niet afgeroomd. Het overblijvende deel aan kortingen en bonussen dat door een stijging van de afzet van geneesmiddelen (in geld uitgedrukt) stijgt, zal door activiteiten van individuele zorgverzekeraars, waaronder decentrale onderhandelingen met apothekhoudenden, bandbreedteafspraken en preferentiebeleid, moeten worden teruggebracht.

Welk deel van opbrengsten van de convenanten precies door de Wet geneesmiddelenprijzen wordt gerealiseerd is moeilijk exact aan te geven. Enerzijds omdat de WGP de bruto-prijzen maximeert en niet de te declareren prijzen. Anderzijds omdat andere maatregelen en activiteiten van zorgverzekeraars (bandbreedtebeleid, preferentiebeleid) eveneens invloed hebben op de prijsstelling van geneesmiddelen. De Werkgroep monitoring Geneesmiddelenconvenant heeft geschat dat de conventantopbrengst 2006 van € 886 mln voor circa 30 % (€ 265 mln) wordt geborgd door de Wet geneesmiddelenprijzen. Voor circa 21 % (€ 188 mln) door de clawback en voor circa 49 % (€ 433 mln) door de vrijwillige prijsverlagingen.

- 313 *Hoe groot is het saldo van het zorgverzekeringsfonds ultimo 2007?* 163

Het saldo van het zorgverzekeringsfonds bedraagt naar huidige verwachting -1,3 miljard euro in 2006 en -0,7 miljard euro in 2008. Het vermogen van het zorgverzekeringsfonds bedraagt per ultimo 2007 daarmee naar huidige verwachting - 2,0 miljard euro (zie ook tabel 11 op pagina 165).

- 314 *Waaruit bestaat de inkomstentegenvaller van € 0,7 miljard aan de inkomsten kant van de Zorgverzekeringswet?* 163

De inkomstentegenvaller van 0,7 miljard euro in het zorgverzekeringsfonds betreft de inkomensafhankelijke bijdrage. De opbrengst van die bijdrage wordt thans voor zowel 2006 als voor 2007 lager geraamd dan waarvan werd uitgegaan bij de vaststelling van het bijdragepercentage. Deze tegenvaller resulteert uit een thans lager geraamd bijdrageplichtig inkomen.

- 315 *Kan een vergelijkend overzicht gegeven worden van de standaardpremie?* 167

De standaardpremie is de premie die bepalend is voor de hoogte van de zorgtoeslag. Deze premie wordt bepaald als de gemiddelde nominale premie van individuele polissen. Verder werd er bij de vaststelling van deze premie in 2006 en 2007 rekening gehouden met de gemiddelde no claimteruggave en vanaf 2008 met het gemiddelde eigen risico.

De standaardpremie voor 2006 en 2007 bedraagt 1015 euro respectievelijk 1059 euro.

De standaardpremie voor 2008 wordt pas vastgesteld als de verzekeraars hun premie bekend hebben gemaakt. Naar huidige inschatting bedraagt deze premie 1208 euro.

Anders dan de feitelijke nominale premie laat de standaardpremie dus geen daling zien, omdat in de standaardpremie in 2007 rekening wordt gehouden met de gemiddelde no claimteruggave en in 2008 met het gemiddelde eigen risico.

- 316 *Hoe verloopt nu de verwerking van de zorgtoeslag?* 167

In de voortgangsrapportage Toeslagen die aan de Tweede Kamer is gestuurd op 31 augustus 2007 (kenmerk DGB 2007-4328 M), wordt de stand van zaken rondom de huur-, zorg- en kinderopvangtoeslag weergegeven. In deze rapportage wordt verwezen naar de brief die op 19 juni 2007 naar de Tweede Kamer is gestuurd (kenmerk UB/AM/2007/21450) waarin is aangegeven dat er vertragingen zijn ontstaan bij het verkrijgen van loongegevens van het UWV. Dit heeft geleid tot een latere start van het definitief toekennen van de zorgtoeslag. Er is pas in augustus gestart met definitief toekennen. Er zijn voor de zorgtoeslag per eind september 2007 over 2006 voor 2 miljoen huishoudens definitieve toekenningen vastgesteld en verzonden. De overige definitieve toekenningen, waarschijnlijk ruim 3 miljoen, zullen worden vastgesteld als de ontbrekende jaarloongegevens zijn verwerkt. Het grootste deel zal in december definitief zijn toegekend.

- 317 *Wat gebeurt er met de middelen die vanuit de eindejaarsmarge beschikbaar worden gesteld voor het Elektronisch Kinddossier (EKD)? Worden deze middelen ook daadwerkelijk besteed aan het EKD, of wordt de bestemming van deze middelen veranderd in verband met het opnieuw moeten aanbesteden van het EKD? Indien deze middelen niet besteed worden aan het EKD, hoe kan dan worden verzekerd dat de middelen beschikbaar blijven voor de invoering van dit dossier?* 172

Het EKD valt onder de verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd en Gezin. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar de antwoorden op de vragen over de Jeugd en Gezin Begroting 2008.

- 318 *Kunt u een volledig overzicht geven van de posten/projecten/maatregelen/acties en of andere activiteiten waaraan de € 5,7 mln. uit de enveloppe zorg, die ingezet* 173

*worden ter beperking van de verkrijgbaarheid van alcohol en de preventie van alcoholmisbruik onder jongeren besteed gaat worden? Kunt u het bedrag per post toelichten?*

Zie het antwoord op vraag 140.

- 319 *Kunt u aangeven hoe de enveloppe capaciteit veiligheidsketen en preventie (die € 1 mln. per jaar bevat); verdeeld wordt over de posten het voorkomen van vrouwelijke genitale verminking, eegerelateerde geweld, huiselijk geweld en de uitbreiding van het aantal opvangplaatsen voor vrouwen? Is de € 1 mln. extra voldoende om de problemen op de bovenomschreven gebieden op een adequate manier aan te pakken?* 193

Genoemde € 1 mln. is niet los te zien van de overige extra middelen (€ 17.9 mln.) die VWS voor huiselijk en eegerelateerd geweld, (vrouwen)opvang en vrouwelijk genitale verminking uittrekt. Op dit moment wordt daarvoor een bestedingsplan uitgewerkt, in overleg met andere departementen, de VNG en veldpartijen. Ik zal de Kamer daarover zo spoedig mogelijk informeren.

- 320 *De regering geeft aan dat motie 30 196, nr. 47 afgehandeld is. Wanneer wordt de eerste regelvrije kanszone aangewezen?* 204

Het begrip "regelvrije kanszone" staat voor die initiatieven die inspelen op de mogelijkheden die er zijn om in de zorg te experimenteren dan wel de kosten daarvan in rekening te brengen. In de notitie die onder genoemde titel is verschenen staan een veelheid van voorbeelden van "regelvrije zones" en mogelijkheden tot regelvrije zones die alle een eigen omgeving en dynamiek hebben. Zo'n "regelvrije zone" kan tot stand komen op basis van NZa-beleidsregels "kortdurende kleinschalige experimenten". Deze beleidsregels bieden een kader voor het maken van afspraken tussen ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders op eigen initiatief over innovatieve zorgprestaties. De betreffende beleidsregel is met ingang van 2007 van kracht en heeft inmiddels geleid tot enkele tientallen initiatieven.

- 321 *Hoe verloopt de uitvoering van motie Dittrich c.s. (27 017, nr. 20) over het registratiesysteem voor delicten met een homofobe achtergrond?* 204

Bij de vorming van het nieuwe kabinet is besloten de coördinatie van het homo-emancipatiebeleid van VWS aan het ministerie van OC&W over te dragen. Ik zal uw vraag derhalve overdragen aan de Minister van OC&W.

- 322 *Hoe staat het met de uitvoering van motie Timmer/ Van der Staaij ( 29 894, nr. 5) over de maatregelen op het gebied van happy hours die in het najaar 2007 naar de Kamer gestuurd zullen worden? Kan de Kamer voor het algemeen overleg op 28 november a.s. over een overzicht met de voorgenomen maatregelen beschikken?* 207

Ik heb recent met Koninklijk Horeca Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten specifiek over het beperken van happy hours gesproken. Het kabinet is voornemens vóór het algemeen overleg op 28 november a.s. met een Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid te komen waarin nader wordt ingegaan op maatregelen omtrent happy hours.

- 323 *Kunt u aangeven wanneer de Kamer de brief over de resultaten van het bottom-up proces zal ontvangen? Op welke wijze bent u voornemens zich in te spannen om openbaarheid van de jaarverslagen van Dierexperimentencommissies te bevorderen?* 207

De brief over de resultaten van het bottum up proces zal binnenkort worden verstuurd naar de Tweede Kamer. Hierin is opgenomen hoe de openbaarheid van de jaarverslagen van de Dierenexperimentencommissies bevorderd zal worden.