

Vraag van mevrouw Kant (SP) over het leggen reactie op de suggestie om de verantwoordelijkheid voor hulp en thuiszorg in handen te leggen van buurtzorgteam en wijkverpleegkundigen.

De Wmo biedt, meer dan de AWBZ, vele mogelijkheden om de zorg in de buurt en de wijk te organiseren. Het is heel goed mogelijk dat gemeenten afspraken maken met buurtzorgteams en/of wijkverpleegkundigen. Ook zie je samenwerking ontstaan tussen welzijn en zorg, gericht op integrale hulpverlening. Bijvoorbeeld in Utrecht en Enschede. De eindverantwoordelijkheid kan echter alleen bij gemeenten liggen.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over een manier van ziekenhuisfinanciering zonder bureaucratische DBC's.

De huidige FB-systematiek vervalt per 2009. Er wordt nu een aantal bijzondere functies uit de FB-systematiek bekostigd. Dit worden ook wel 'eenpitters' genoemd. Het betreft onder andere de registraties voor hartinterventies, patiëntvertrouwenspersonen en stichting HIV-monitoring. Ook de integrale kankercentra worden onder deze 'eenpitters' geschaard. De integrale kankercentra (IKC) voeren o.a. de registratie (incidentie) van kanker uit, ze stellen richtlijnen op en ze ondersteunen hulpverleners in de oncologie en palliatieve zorg. De mogelijkheid om deze activiteiten via de FB-systematiek te bekostigen vervallen per 2009. Ik ben nu in overleg met de integrale kankercentra om voor de IKC's tot een andere bekostiging te komen. Daarbij zal de bekostiging moeten aansluiten bij de verschillende functies die de IKC's vervullen.

Vraag van mevrouw Kant (SP) Waarom is het stagefonds voor de vergoeding aan de instelling en niet voor een stagevergoeding.

Het primaire doel van de stagemiddelen is er voor zorgen dat het aantal stageplaatsen wordt uitgebreid. Verder beoog ik een kwaliteitsimpuls te geven aan de stageplaatsen die worden aangeboden. Een belangrijk knelpunt voor het niet voldoende aanbieden van stageplaatsen door instellingen waren de begeleidingskosten. Om dit knelpunt weg te nemen worden instellingen extra tegemoet gekomen. De stagevergoeding voor leerlingen is primair een taak voor sociale partners. In zorg-CAO's zijn hierover ook afspraken gemaakt.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over hoe de minister de salarissen in de top gaat maximaliseren.

Het kabinet is bezig met het opstellen van een reactie op het recent verschenen rapport 'Normeren en waarden' van de commissie-Dijkstal.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over hoe het inkomensafhankelijk maken van "het saldo van de premie en de zorgtoeslag".

In het RA staat 'Het saldo van nominale premie en inkomensafhankelijke zorgtoeslag is inkomensafhankelijk.'. Kortom, dit is al het geval. Afhankelijk van de hoogte van het inkomen en de huishoudsamenstelling betaalt een verzekerde per saldo – dus na aftrek van de mogelijk te ontvangen zorgtoeslag – een percentage van de premie dat oploopt van circa 40 tot 100 procent van de nominale premie. Daarmee is het saldo dus inkomensafhankelijk.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over het betalen van waskosten in verzorgingshuizen.

Ik wil daar goed naar kijken in het licht van het veel scherper en duidelijker formuleren van de aanspraken in de AWBZ. Daarbij kijk ik uitdrukkelijk ook naar wat gebruikelijk is in de andere sectoren van AWBZ-zorg. Op basis daarvan zal ik mijn standpunt t.a.v. het CVZ rapport bepalen en de Kamer hierover informeren.

Vragen van mevrouw Kant (SP) en mevrouw Schermers (CDA) over de mantelzorgtoeslag.

Mantelzorgers komen in aanmerking voor een mantelzorgcompliment als zij iemand verzorgen met een indicatie voor extramuraal zorg op grond van de AWBZ. Met het oog op de rechtmatigheid van de uitkering moet de indicatie zijn afgegeven na 1 april 2007. Voorts moet deze gelden voor een periode van tenminste 6 maanden (dit is in lijn met het amendement Van der Vlies). Uit gegevens van de SVB blijkt dat het beschikbare budget voor de waardering van mantelzorgers dit jaar niet zal worden uitgeput. Dat kan worden veroorzaakt door aanloopperikelen, door onbekendheid met de regeling of door andere factoren. Het blijkt ingewikkeld een rechtvaardige, controleerbare en uitvoerbare regeling te maken, voor een breed gedeeld sympathiek doel. Ik ben momenteel in overleg met de VNG en Mezzo over hoe we de resterende middelen kunnen benutten voor mantelzorgers. Bij de u toegezegde evaluatie van de regeling (waarbij de kritische vraag centraal staat of met deze regeling het beoogde doel wel wordt gerealiseerd) zal onder meer aandacht worden besteed aan de oorzaken van het (onder)gebruik. Op basis daarvan zal ik eventueel maatregelen nemen.

Vraag van de heer De Vries (CDA) over de mogelijkheid voor mantelzorgers om een beroep te kunnen doen op respijtzorg. Waarom verwacht de Staatssecretaris dat er geen afwentelingseffecten ontstaan naar andere delen van de AWBZ.

Respijtzorg is ten principale te indiceren zorg gebaseerd op de geldende aanspraken. Het beperken van de aanspraak op ondersteunende begeleiding op grondslag somatiek of psychosociaal probleem betekent dan ook een beperking van de mogelijkheid om deze zorg voor zover die door mantelzorgers geleverd wordt tijdelijk in de vorm van respijtzorg ten laste van de AWBZ te brengen. Maar ik merk hierbij wel op dat zorg in de vorm van verpleging en persoonlijke verzorging gewoon beschikbaar blijft. Die zorg kan als die door de mantelzorger geleverd wordt uiteraard tijdelijk als respijtzorg worden gegeven. Respijtzorg is namelijk gegarandeerd in de beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Daarnaast blijven allerlei vormen van mantelzorgondersteuning die door de steunpunten mantelzorg worden geleverd natuurlijk gewoon toegankelijk voor de mantelzorger.

Met het CIZ wil ik afspreken om potentiële afwentelingen naar andere delen van de zorg tegen te gaan. Heel fundamenteel zal ik de formulering van de aanspraken kritisch bezien. Ook voor de AWBZ wil ik een 'glasheldere polis'.

Vraag van de heer De Vries (CDA) over de Gezondheidsraad.

In de Ministerraad van 2 november jl. heeft de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties naar aanleiding van opmerkingen van de Eerste Kamer tijdens de APB aangegeven dat er op 22 november een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer staat gepland over de nota Vernieuwing Rijksdienst. Daarin zal ook het kennis- en adviesstelsel aan de orde komen. De uitkomsten van dit overleg kunnen ook als overweging bij de vervolgaanpak van de taakstelling bij de VWS-raden worden meegenomen. In afwachting daarvan heeft het kabinet besloten geen onomkeerbare beslissingen in welke richting dan ook thans te nemen.

Vooruitlopend op deze discussie kan wel gesteld worden dat het voorstel voor de taakstelling van de Gezondheidsraad niet los gezien kan worden van de brede discussie over de taakstelling die de gehele rijksdienst treft. VWS gaat met haar keuzes voor taakstelling zoveel mogelijk uit van de eerder in het coalitieakkoord genoemde lijn van gedifferentieerde percentages. Naast een efficiency-taakstelling van 5% voor alle dienstonderdelen en een taakstelling voor rijkshuisvesting, zijn taakstellingen vastgesteld voor uitvoering (5%), beleid, raden en inspecties (15%) en ondersteuning op het kerndepartement (20%). In de uitwerking van de taakstelling voor VWS is ook bij de Gezondheidsraad 20% (15 + 5) neergelegd.

Daarmee sluit VWS voor wat betreft haar keuzes aan bij een binnen de overheid gedeelde visie op de kennis- en adviesfunctie. Het totale aantal adviezen kan verminderen in lijn met het afslanken van beleidskernen. Het aantal ongevraagde adviezen kan beperkt worden en de secretariaten kunnen gebundeld worden. Ook zou meer en flexibel gebruik gemaakt kunnen worden van externe deskundigheid wat mogelijkheden biedt voor kleinere vaste secretariaten. Ik zie geen reden waarom voornoemde uitgangspunten ook niet voor de Gezondheidsraad kunnen gelden. Op deze wijze hoeft het mijns inziens niet ten koste te gaan van de kwaliteit van de adviezen.

Het beeld dat de Gezondheidsraad door de nieuwe taakstelling voor 40% wordt aangeslagen in vergelijking met andere onderdelen (zoals eerder in een brief aan de Eerste en Tweede Kamer door de voorzitter van de raad is geschetst en in de media ook aandacht heeft gekregen) is in mijn ogen niet correct. Zoals aangegeven bedraagt de huidige taakstelling voor de Gezondheidsraad 20%. In de afgelopen periode heeft de Gezondheidsraad te maken gehad met taakstellingen die zijn doorgevoerd bij de kabinetten van Balkenende I en II. Voor de Gezondheidsraad betrof dit de motie Verhagen uit de Tweede Kamer die leidde tot een bijstelling van € 390.000 en de taakstellingen Balkenende I en II (respectievelijk € 376.000 en € 210.000). De Gezondheidsraad is bij deze taakstellingen zeker niet harder dan andere adviesraden zoals de RVZ en de RMO aangeslagen. Ook de andere VWS-onderdelen zijn getroffen door de cumulatie van opeenvolgende taakstellingen.

Indien aanvullende financiële middelen voor de formatie van de Gezondheidsraad ter beschikking inzake het dubbele slot op de taakstelling elders moet worden ingeleverd. Dit leidt dus tot een extra personele taakstelling bij andere onderdelen.

Vraag van de heer De Vries (CDA) over het primaat van de eerste opvang van acute zorgvragen bij de huisarts komt te liggen, bijvoorbeeld door het geven van de juiste prikkels.

Mijn beleid is er op gericht de acute zorgketen gebruik te laten maken van een eenduidige (telefonische) triage (= urgentiebepaling + zorgtoewijzing). De afgelopen periode is daarvoor onder andere het Nederlands Triage Systeem (NTS) ontwikkeld, waarmee op dit moment twee regionale pilots plaatsvinden. Tevens ben ik van mening dat de keten acute zorg beter en doelmatiger georganiseerd zou kunnen worden. Zodoende kan de triage van patiënten en de behandeling onder huisartsgeneeskundige regie en in de eerstelijnszorg plaatsvinden in plaats van op de spoedeisende hulp.

Ik heb de NZa gevraagd onderzoek te doen naar de bekostiging van de keten acute zorg. Begin volgend jaar adviseert de NZa mij over de grootste bekostigingshindernissen waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars tegen aan lopen bij het doelmatig en ketengericht organiseren van de acute zorg. Daarbij zal de NZa een voorstel doen op welke manier en met welke (financiële) instrumenten verzekeraars binnen de beschreven publieke randvoorwaarden van spreiding en toegankelijkheid, doelmatige en ketengerichte zorg kunnen inkopen met aantoonbare voordelen voor de patiënt.

Vraag van de heer De Vries (CDA) over de problematiek van ondervoeding. Is het mogelijk hiervoor een preventie instrument te ontwikkelen.

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 veel onnodige ziektelast kan voorkomen. De eerste resultaten van betere screening op ondervoeding in ziekenhuizen en instellingen worden nu zichtbaar en er is duidelijke vooruitgang.

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. Om te borgen dat deze verbeteringen ook op langere termijn behouden blijven, zal (onder)voeding opgenomen worden in de kwaliteitsindicatoren van zowel ziekenhuizen als zorginstellingen. Hiernaast zal ik als onderdeel van de permanente monitoring van de voedselconsumptie in Nederland (voedselconsumptiepeiling (VCP)) in 2009 een specifieke VCP uit laten voeren bij ouderen om de kwaliteit en de kwantiteit van hun voeding in beeld te brengen.

Vraag van de heer De Vries (CDA) over het meten van de stijging van het aantal contracturen bij verpleeghuizen met zo min mogelijk bureaucratie

Op dit moment ontwikkelt de NZa een voorstel op dit punt. Dat zal vanaf 2009 operationeel kunnen zijn. Ook wat mij betreft is randvoorwaarde dat zo iets met zo weinig mogelijk bureaucratie moet worden gemeten. Ik wil zoveel mogelijk aansluiten bij die informatie die instellingen zelf voor een goede bedrijfsvoering en inzet van personeel sowieso zouden moeten hebben.

Vraag van de heer De Vries (CDA) naar een toezegging om maatregelen te nemen over misleidende reclame over mengsels van kruiden met gevaarlijke stoffen of hormonen

Kruiden vallen onder het regime van de Warenwet als ze geen medische claim voeren. Op grond van de Warenwet mogen dergelijke producten niet schadelijk zijn. De VWA ziet hierop toe.

Kruiden die wel een medische claim voeren, vallen onder de geneesmiddelenregelgeving. Ze mogen niet verkocht worden voordat ze als geneesmiddel zijn geregistreerd na beoordeling door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. De IGZ houdt toezicht op de geneesmiddelenregelgeving. Ook wanneer kruiden een werkzame stof zoals een hormoon bevatten, vallen ze onder de geneesmiddelenregelgeving. Indien VWA of IGZ kennis neemt van een kruid dat als geneesmiddel moet worden beschouwd, treden ze hiertegen op.

Aangezien kruidenproducten met een medische claim ook nu al beoordeeld moeten worden volgens de geneesmiddelregelgeving, zie ik geen aanleiding aanvullende maatregelen op het gebied van kwaliteitsbeoordeling te nemen.

Voor alle producten in Nederland geldt de Reclame Code van de Reclame Code Commissie die stelt dat misleidende reclame niet is toegestaan. Deze regels gelden derhalve ook voor kruidenmiddelen en kruidenmengsels. In de Geneesmiddelenwet zijn daarenboven specifieke regels afgesproken over geneesmiddelenreclame. Kruiden *geneesmiddelen* vallen onder dit strictere regime. Voor zover het hier gaat om ongeregistreerde geneesmiddelen kan ik u melden dat daarvoor helemaal al geen reclame gemaakt mag worden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op dit terrein.

Vraag van de heer De Vries (CDA) over het elektronisch medicatiedossier.

Het elektronisch medicatiedossier (EMD) is - samen met het e-waarneemdossierhuisartsen- het eerste onderdeel van het elektronisch patiëntendossier. De landelijke EPD infrastructuur is inmiddels gerealiseerd en alle standaarden en specificaties voor het EMD zijn ontwikkeld. Op dit moment wordt het EMD ingevoerd en getest in een aantal pilotregio's. Begin 2008 verwacht ik te kunnen

starten met de verdere landelijke uitrol opdat de doelstelling uit het coalitieakkoord, *invoering EMD in 2009*, behaald wordt.

Vragen van de heer De Vries (CDA) en de heer Vendrik (GL) over het halen van het doel van het convenant overgewicht.

Tijdens de Nationale Balans Top op 6 november jl. presenteerde Paul Rosenmöller namens de partners van het Convenant Overgewicht een pakket extra maatregelen om de groei van het aantal volwassenen en kinderen met (ernstig) overgewicht te bestrijden. De maatregelen zijn nodig omdat het aantal overgewichtige mensen blijft stijgen, ondanks de vele aandacht en acties rond dit onderwerp in de afgelopen jaren.

Onderzoek door bureau Schuttelaar & Partners (in opdracht van de convenant partners) toont aan dat de activiteiten gericht op de preventie van overgewicht te versnipperd zijn en onvoldoende verankerd zijn in onder andere het bedrijfs- of schoolbeleid. De voorgestelde maatregelen moeten de samenhang en continuïteit van de preventiemaatregelen vergroten.

Tegen die achtergrond heeft het Convenant voor 2008 de onderstaande prioriteiten benoemd. Deze prioriteiten zullen door de convenantpartners (waaronder VWS) worden uitgewerkt.

- Inzet voor één keuzebevorderend logo.
- Beter zichtbaar en vindbaar aanbod van gezonde voeding in supermarkten.
- Groter aanbod van gezonde voeding en sport/beweegfaciliteiten binnen bedrijven.
- Landelijke introductie van Lekker Fit lesprogramma op de basisschool.
- Dagelijks 1 uur lichamelijke oefening in basis- en voortgezet onderwijs.
- Gezonder aanbod in schoolkantines van middelbare scholen.
- Ruimte én begeleiders voor veilig sporten en spelen in de 40 krachtwijken.
- Speelruimte voor ieder kind binnen 400 meter van huis.
- Inzet van diëtisten bij begeleiding van dikke kinderen vanaf 2 jaar.
- Ouders aanspreken op hun verantwoordelijkheid.
- VWS en OCW verbeteren het landelijk onderzoek en de monitoring naar specifieke doelgroepen en verzorgen de interdepartementale afstemming.

Voor elke prioriteit is vanuit de partners een werkgroep en een trekker benoemd. Elke werkgroep start nu met het uitwerken van een plan van aanpak. De voortgang zal worden gerapporteerd aan en bewaakt door de Stuurgroep van het Convenant Overgewicht, onder voorzitterschap van Paul Rosenmöller. VWS zal zich als trekker en als werkgroep lid inzetten om bovenstaande prioriteiten mede te realiseren. Over de uitkomsten van dit traject en de inzet vanuit VWS en OCW zal ik u informeren met de beleidsbrief overgewicht (medio 2008).

Vragen van de heer De Vries (CDA) en mevrouw Koser Kaya (D66) over het mogelijk bestemmen van de vrijgemaakte 70 miljoen voor het arbeidsmarktbeleid in het kader van de WMO voor het zorgbreed arbeidsmarktbeleid. Hoe gaan de bewindslieden de toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt aanpakken.

In de arbeidsmarktbrief 2007, die u vorige week is toegestuurd, is het actieplan 'Werken aan de zorg' gepresenteerd. De analyse in deze brief laat zien dat door de groeiende zorgvraag en een daarbij achterblijvende groei van de beroepsbevolking er forse personele knelpunten voor de zorg te verwachten zijn. Alle betrokken partijen zullen daarom in actie moeten komen.

In het plan is aangegeven dat, in samenwerking met het zorgveld, langs drie sporen gewerkt wordt aan de knelpunten op de arbeidsmarkt (met tentatieve cijfers cf rekenvoorbeeld brief):

- *Innovatie van zorgprocessen (205.000 arbeidsplaatsen)*
De brief noemt het voorbeeld van een "slim alarm", waarbij eerst cliënt zelf wordt gewaarschuwd, valse alarmen worden verminderd, en via spreekluistervindingen en cameraverbindingen eventueel zorg op afstand kan worden verleend); (0,5%-punt hogere arbeidsproductiviteit = 115.000 arbeidsplaatsen en hogere zelfredzaamheid via 10% minder AWBZ-zorg = 90.000 arbeidsplaatsen)
- *Investeren in behoud van personeel (100.000 arbeidsplaatsen)*
 - Door te investeren in doorstroom en zij-instroom (deel stagemiddelen)
 - Door uitbreiding deeltijd i.s.m. SZW Taskforce Deeltijd Plus (2 uur langer levert circa 7500 arbeidsplaatsen op)
 - Door stimuleren leeftijdsbewust personeelsbeleid (overleg met sociale partners; jaar later uittreden levert 25.000 arbeidsplaatsen op)
 - Door inzet op medewerkerveiligheid (oa project ergocoaches)
 - Door stimuleren van professionalisering (oa opschalen niveau 2 naar 3 en de inzet nieuwe beroepen in de zorg zoals nurse practitioner en physician assistant)
- *Vergroten van de instroom van nieuw personeel (175.000 arbeidsplaatsen; tentatief toegerekend aan dit spoor)*
 - Door stagemiddelen
 - Via het opleidingsfonds
 - Door stimuleren samenwerking zorg, onderwijs, lokale overheden
 - Door werven/opleiden lager opgeleiden en allochtonen
 - Door faciliteren voorlichting aan jongeren.

Wij investeren daarmee in innovaties die de zorgverleningsprocessen efficiënter en kwalitatief beter maken. Wij investeren in goede stageplaatsen (€ 45 mln per jaar oplopend tot € 65 mln in 2011) om meer studenten beter op te kunnen leiden. Wij investeren in allerlei projecten die zorginstellingen ondersteunen bij het werven en behouden van personeel. Al deze maatregelen zullen op korte en middellange termijn resultaten bieden.

Daarmee zijn we er echter niet. Immers ook op langere termijn zullen vraag en aanbod onvoldoende op elkaar aansluiten. Daarom zal er een commissie komen, die advies moet geven over de vraag hoe we op de lange termijn de toenemende zorgvraag met gerichte inzet van menskracht kunnen oplossen.

Er zijn volgens de wens van de Kamer specifieke middelen vrijgemaakt om zorgpersoneel dat dreigt uit te vallen als gevolg van de veranderingen in de Wmo te behouden voor de zorg. In 2007 betreft het 20 miljoen, voor de periode 2008-2011 70 miljoen. Dit geld is bedoeld voor scholings-herplaatsings- en mobiliteitsbevorderende maatregelen voor de medewerkers in de thuiszorg. Indien blijkt dat deze middelen hiervoor niet nodig zijn, zullen ze breder voor de langdurige zorg ingezet worden, waaronder het arbeidsmarktbeleid.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over het evenwicht in het zorgstelsel (o.a. pakket; de verdeling tussen de inkomensafhankelijke premie en de kostendekkende premie en de maatstafconcurrentie

Mevrouw Schippers is bezorgd over de werking van het systeem, dat ertoe moet leiden dat premies betaalbaar blijven en de kwaliteit van de zorg hoog blijft. Mijn beleid is er juist op gericht die doelstellingen te realiseren. Ik wijs erop dat in 2008 de ruimte voor vrije prijsvorming in de

ziekenhuizen wordt verhoogd tot 20% van de planbare zorg, en dat op termijn verdere stappen zullen worden gezet. Verzekeraars worden eveneens in toenemende mate risicodragend. Over de richting waarin het beleid zich beweegt om uiteindelijk de verzekerde goede zorg voor een goede prijs te leveren, kan geen twijfel bestaan: goede prestaties worden beloond, en mindere prestaties worden afgestraft.

De invoering van maatstafconcurrentie is bedoeld om vooruitlopend op vrije prijsvorming in de tussentijd een betere prijs-kwaliteitsverhouding en efficiënter werken uit te lokken. De inzet van dit instrument past in de huidige transitiefase, als een effectieve stap in de beoogde richting. Ook wordt er bij maatstafconcurrentie onderhandeld tussen verzekeraars en zorgaanbieders over de prijs. De maatstaf beperkt alleen de prijs die de instelling gemiddeld in rekening brengt. De werkelijke prijzen kunnen echter per verzekeraar verschillen. Verzekeraars die slecht onderhandelen betalen ook bij maatstafconcurrentie meer dan verzekeraars die goed onderhandelen. Ik ben het daarom niet eens met de observatie dat door de maatstafconcurrentie de verzekeraars achterover kunnen leunen.

Ook op de opmerkingen die mevrouw Schippers heeft gemaakt over het pakket en de premie-ontwikkeling wil ik graag reageren. Of een aanspraak in het wettelijk verzekerde pakket wordt ondergebracht is afhankelijk van de bekende criteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Ik bestendig die lijn. Dat laat onverlet dat ook een politieke afweging moet worden gemaakt. Dit kabinet heeft ervoor gekozen de tandartszorg uit te breiden naar jeugdigen tot 22 jaar, de pil weer in het pakket op te nemen en het aantal uren kraamzorg uit te breiden. Dat is een beperkte pakketuitbreiding: de markt voor aanvullende verzekeringen bloeit nog steeds. Het valt me overigens op dat de VVD er tegelijkertijd voor pleit om de behandeling voor ernstige dyslexie onverwijld in het pakket op te nemen.

Tot slot de premie-ontwikkeling of inkomensherverdeling.

De hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage is de afgelopen jaren gelijk gebleven namelijk 6,5% (resp 4,4%). De inkomensafhankelijke bijdrage loopt dit jaar op met 0,7%-punt naar 7,2% resp 5,1%. Met inkomensherverdeling heeft die stijging niets te maken, de 50/50 verdeling tussen nominaal en inkomensafhankelijk geldt nog steeds.

De belangrijkste redenen voor de stijging zijn een stijging van de zorgkosten en het wegwerken van het tekort in het zorgverzekeringsfonds.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over het mogelijk maken van een preventieverpleegkundig of preventieconsulent

Ik heb een preventiebrief geschreven en daarbij een preventievisie neergelegd. Daar kies ik voor 4 lijnen: koesteren en innoveren, het verbinden van preventie in de curatieve gezondheidszorg, het verbinden van preventie met andere beleidsdomeinen en het aanpassen en versterken van de infrastructuur. Daar heb ik keuzes gemaakt. Daarover hebben we een Algemeen Overleg op 5 december aanstaande.

Ik kies niet voor een preventieconsulent in bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg. In mijn visie wil ik bestaande beleidsdomeinen verbinden met elkaar in plaats van alleen de inspanningen te vergroten die specifiek door de zorg worden aangeleverd. Onderwijs, wonen, werken, sport etcetera leveren ieder op hun beurt een bijdrage. De staatssecretarissen van OCW en VWS hebben de Kamer geïnformeerd over de combinatiefuncties in onderwijs, sport en cultuur die de komende 4 jaar tot 2500 fte oplopen in alle Nederlandse gemeenten. Bewegen, sport en onderwijs leveren zo een extra bijdrage aan preventie door het gewoon te doen.

Aangezien het onderwerp van de preventieconsulent in de jeugdgezondheidszorg de jeugd betreft, valt dit onderwerp meer specifiek onder de verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd en Gezin.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over de beëindiging van de financiering van Heideheuveel

In de periode dat Heideheuveel deze klinische behandeling aanbiedt, 12 jaar, heeft men de effectiviteit en doelmatigheid niet wetenschappelijk kunnen aantonen. Dit onderzoek wordt nu door Heideheuveel stopgezet, omdat zij hier niet meer de middelen voor heeft. Voor deze behandeling is nooit financiering geweest vanuit VWS. Het CVZ heeft mij expliciet aangegeven de klinische behandelvorm niet in het pakket op te nemen en zelfs buiten een eventueel experiment te houden. Enkele zorgverzekeraars hebben hier uit eigen middelen voor betaald, zonder dat deze zorg tot het verzekerde pakket behoorde. Dit mogen verzekeraars nog steeds doen. Er is dus ook geen sprake van stopzetten of schrappen van financiering door VWS.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over een tijdelijke toelating van veelbelovende innovaties in het pakket.

Ook ik hecht, evenals mevrouw Schippers, veel waarde aan vernieuwingen die bijdragen aan een betere zorg, aan vrijheid voor patiënten, aan lagere kosten, aan arbeidsbesparing. De instelling van een loket komt tegemoet aan het ook door mevrouw Schippers terecht geconstateerde punt dat de 'vindbaarheid' en zichtbaarheid van de mogelijkheden in de diverse regelingen niet duidelijk (genoeg) is. Het probleem is immers niet de beschikbaarheid van regelingen die ruimte geven, maar de kennis daarvan. Daarom stellen het CVZ en ZonMw voor om samen met de NZa een gezamenlijk loket in te richten. Het gezamenlijk loket kan ervoor zorgen dat de bestaande regelingen voor zorginnovaties beter benut worden. Aan de hand van de ervaringen van het loket zullen NZa, ZonMw en CVZ zich inspannen oplossingen aan te dragen en/of mij te adviseren over te nemen stappen. Vanuit de ervaringen van het loket moet dus blijken of naast de al bestaande regelingen een aanvullende regeling/financiering getroffen moet worden voor veelbelovende zorginnovaties.

Vragen van mevrouw Schippers (CDA) en mevrouw Kant (SP) over het voorkomen van een brij aan keurmerken, accreditaties en veiligheidssystemen

In de brief 'Koers op Kwaliteit' van 6 juli jl hebben wij onze visie en aanpak beschreven op de dossiers kwaliteit en veiligheid.

Op dit moment werken alle sectoren in de zorg aan het transparant maken van de kwaliteit op basis van door de sector - in overleg met organisaties van patiënten en consumenten - zelf geformuleerde indicatoren. Daarmee worden de prestaties van instellingen en zorgverleners onderling vergelijkbaar. Transparantie en onderlinge vergelijkbaarheid prikkelen de zorgverlener om kwaliteit te verhogen. Eerste stap is dus het verschaffen van inzicht aan cliënten en zorgverzekeraars. Om het proces op stoom te houden heb ik de IGZ gevraagd ondersteuning te verlenen aan een snelle totstandkoming van de indicatoren en te zorgen voor een goede regie en voor voldoende uniformiteit. Zo wordt voorkomen dat transparantie zelf intransparant wordt.

Daarbij gaat het om het ontwikkelen van indicatoren en ook om een goede organisatie van het meetproces, afspraken over éénheid van taal, van het valideren van gegevens en een goede aansluiting op de infrastructuur die deze informatie toegankelijk moet maken voor alle betrokkenen.

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. 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. 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. Op 12 juni 2007 hebben partijen deze afspraken vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst en aan VWS aangeboden. Ook voor de overige zorgsectoren komen er snel vergelijkbare resultaten.

Naast transparantie werken de sectoren - met de ziekenhuissector voorop - aan grotere veiligheid van zorg door een systematisch management van veiligheid en kwaliteit. De landelijke basiseisen waaraan een dergelijk veiligheidsmanagementsysteem moet voldoen hebben de NVZ, de Orde en het LEVV gezamenlijk vastgesteld daartoe ondersteund door het Nederlands Normalisatie Instituut. Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) hanteert deze basiseisen bij accreditatie. Stichting HKZ doet hetzelfde voor het certificeren van de overige sectoren. Accreditatie en certificatie zijn niet verplicht. Maar diverse instellingen zijn bezig met het halen van een certificaat of accreditatie. De meeste instellingen kiezen hier bewust zelf voor, een deel van de instellingen doet dit onder druk van de verzekeraar/zorgkantoor. Certificering of accreditatie is een goed middel om te laten zien dat je als organisatie actief bezig bent met kwaliteit en met verbeteren. Zeker voor essentiële zorgprocessen zoals veiligheid, zorgt certificering of accreditatie voor vertrouwen bij gebruikers en verzekeraars. We willen zeker geen papieren werkelijkheid. Voor ons is het belangrijk dat uitkomstindicatoren en certificering de komende periode in elkaar gaan schuiven, dat er uniformiteit is wat betreft de vereisten en dat ze voor minimale ballast zorgen. Wij hebben begrepen dat daaraan ook wordt gewerkt.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over PGB in ziekenhuiszorg

Het PGB in de ziekenhuiszorg is niet gelijk aan PGB in de AWBZ. In de Zorgverzekeringswet zijn de aanspraken van verzekerden omschreven. PGB in de zorgverzekeringswet is in feite een voorschot op restitutie in de naturapolis. Daarmee kan PGB nooit verder gaan dan de reikwijdte van de zorgverzekeringswet.

Vragen van mevrouw van Miltenburg (VVD) en mevrouw Agema (PVV) over de mogelijke financiering van de reizen van 12 cliënten naar Suriname ten laste van de AWBZ.

Er is geen project in Suriname dat wordt gefinancierd uit de AWBZ, noch via de aanspraken, noch via subsidie. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit heeft mij dat verzekerd. De NZa heeft hierover contact gehad met het zorgkantoor Amsterdam.

De stichting Survival is een op grond van de Wet toelating zorginstellingen toegelaten en door het zorgkantoor gecontracteerde AWBZ-instelling die regulier extramurale AWBZ-zorg in Nederland aan ingezetenen van Nederland levert. Blijkens de proloog van de stichting Survival op haar website zet, de stichting zich in voor niet westerse allochtonen tussen de 17 en 55 jaar met psychosociale problematiek en/of gedragsproblemen. De instelling bekijkt of er mogelijkheden zijn voor een bepaalde aanpak in de behandeling van bedoelde 12 cliënten in Suriname. Die aanpak moet nog handen en voeten krijgen zowel inhoudelijk als wat betreft het kostenplaatje als waaruit dat bekostigd gaat worden.

De Nza zal gevraagd worden deze kwestie verder nauwgezet in de gaten te houden.

Wat betreft de gevraagde garantie zij verwezen naar de brief van 18 september 2007

(Kamerstukken II 2007/08, 30 597, nr. 13) aan de Tweede Kamer waarin dezerzijds de visie is gegeven op de AWBZ-zorg in het buitenland. Daarin staat aangegeven hoe AWBZ-zorg in het buitenland in de toekomst zal worden beperkt. De daarvoor benodigde wetswijziging zal worden voorbereid. Nadat deze wetswijziging van kracht geworden is, is het in beginsel niet meer mogelijk

buiten de Europese Economische Ruimte projecten op te zetten waarbij gebruik gemaakt wordt van AWBZ-middelen.

Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over de korting op het OB-tarief en het niet korten van het tarief OB-GGZ.

In de begroting heeft het kabinet aangegeven, dat de tariefstructuur van de functies Ondersteunende Begeleiding en Persoonlijke verzorging zal worden aangepast door het introduceren van vaste weektarieven. Dat zou gelden voor alle grondslagen waarop deze functies worden vastgesteld. De NZa heeft aangegeven, dat introductie van vaste weektarieven uitvoeringstechnisch pas mogelijk is vanaf 2009. Dat geldt ook voor de huishoudelijke zorg in het kader van het volledig pakket thuis, wat nog een jaar door de gemeenten zal gebeuren. Voor het jaar 2008 heb ik als een mogelijk alternatief overwogen om een verlaging door te voeren van het maximumtarief van OB voor de overige grondslagen (inclusief ondersteuning voor de GGZ-populatie) met 10%. Daarmee komt wel een extra accent op de OB te liggen.

Alle uitvoeringmodaliteiten overwegende, kies ik er uiteindelijk voor om, zo dicht mogelijk bij het oorspronkelijke voorste, het maximumtarief voor zowel de ondersteunende begeleiding (voor de overige grondslagen) als voor de persoonlijke verzorging te verlagen met 7%.

Ook het basistarief OB-GGZ wordt daardoor verlaagd. Daarbij wil ik overigens wel benadrukken dat in de tariefstructuur van de ondersteunende begeleiding sprake is van een basistarief en opslagen voor specifieke doelgroepen. Ook voor de GGZ-populatie is sprake van een opslag omdat bij de ondersteuning van deze doelgroep veelal gespecialiseerde zorgverlening noodzakelijk is.

Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over bezuinigingen bij de maatschappelijke opvang.

Van de AWBZ-maatregelen heeft het schrappen van de grondslag psychosociaal voor de functie ondersteunende begeleiding algemeen effect op de maatschappelijke opvang en het stedelijk kompas. Besloten is dat de gemeenten voor deze maatregel gecompenseerd worden doordat zij het met deze maatregel te besparen bedrag volledig overgeheveld krijgen. Daardoor is de maatregel geen belemmering voor gemeenten om een stedelijk kompas op te stellen. Integendeel, door de overheveling van de middelen ten aanzien van de grondslag psychosociaal naar gemeenten wordt hun regierol zelfs versterkt. Ik ben op dit moment in overleg met zorgkantoren, gemeenten en branche- en veldpartijen over de wijze waarop de uitvoering zijn beslag krijgt. Voorzien wordt in een geleidelijke en zorgvuldige overgang in 2008 van de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor naar de gemeenten, waardoor in 2008 de zorginkoop nog door zorgkantoren wordt verricht en overheveling van middelen nog niet direct hoeft plaats te vinden.

Naast de psychosociale grondslag wordt ook op grond van de psychische grondslag een financiële bijdrage geleverd vanuit de AWBZ voor de maatschappelijke opvang. Deze middelen blijven (niet geormerkt) beschikbaar binnen de contracteerruimte van de AWBZ.

Vraag van mevrouw Miltenburg (VVD) over het scheiden van wonen en zorg.

In het Coalitieakkoord is aangegeven dat er meer keuzemogelijkheden op het terrein van wonen en zorg moeten komen en dat met het oog op deze keuzemogelijkheden het financieel scheiden van wonen en zorg moet worden bevorderd. Samen met veldpartijen wordt momenteel gewerkt aan een actieplan ter bevordering van de totstandkoming van meer en gevarieerde woonzorgarrangementen op de woonmarkt. In dit plan wordt aangegeven op welke punten nadere acties nodig zijn en hoe deze worden aangepakt. Volgens de planning zal het actieplan in december naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

Tevens wordt onderzoek verricht naar de gevolgen van het financieel scheiden van wonen en zorg voor burgers, zorginstellingen, corporaties en de overheid. Onder financieel scheiden van wonen en zorg wordt verstaan dat in beginsel het wonen niet meer vanuit de AWBZ wordt betaald en via de huurtoeslag zonodig compensatie plaatsvindt. Het onderzoek richt zich ook op de vraag bij welke groepen scheiden van wonen en zorg mogelijk is en bij welke niet en wat de mogelijke gevolgen voor inkomensverhoudingen en administratieve lasten zijn. Het onderzoek wordt gefaseerd begin 2008 opgeleverd.

Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over de vernieuwing van de wet Bopz.

Mijn collega van Justitie en ik hebben met grote belangstelling kennis genomen van de aanbevelingen van de derde evaluatiecommissie Wet bopz. De evaluatiecommissie constateert op basis van een uitgebreide analyse dat de Wet bopz tot op heden min of meer werkbaar is gebleven, maar niet toekomstbestendig is. De commissie concludeert dat de Wet bopz dient te worden vervangen door een nieuwe regeling waarin passende zorg voor de psychiatrische patiënt, waar hij zich ook bevindt, centraal staat. De commissie heeft in haar eindrapport de contouren van een nieuwe regeling geschetst.

Wij staan overwegend positief tegenover de bevindingen van de evaluatiecommissie. Wij werken momenteel aan een kabinetsstandpunt waarin nader wordt ingegaan op de aanbevelingen van de evaluatiecommissie, en in het bijzonder op de door de commissie geschetste contouren voor een nieuwe regeling. Wij zullen ons ervoor inspannen om zo mogelijk nog deze kabinetsperiode een nieuwe regeling te realiseren. Centraal uitgangspunt in die nieuwe regeling is de zorgbehoefte van de patiënt. Dat leidt er ondermeer toe dat we, zoals de evaluatiecommissie ook aanbeveelt, niet meer willen we werken met een veelheid aan rechterlijke machtigingen (zoals in de huidige bopz), maar met een flexibeler systeem waarbij een machtiging op maat, aansluitend op de behoefte van de patiënt, wordt afgegeven door de rechter.

De nieuwe regeling zal tevens meer worden toegespitst op de behoefte van de verschillende doelgroepen waarbij gedwongen zorg wordt toegepast (dwang bij een dementerende oudere heeft nu eenmaal veelal een ander karakter dan bij een jeugdige ggz-patiënt).

Ook zullen we er zeer alert op zijn dat de nieuwe regeling leesbaar en flexibel is; de huidige wet is door alle, op zich noodzakelijke wijzigingen, steeds moeilijker leesbaar geworden. Een nieuwe regeling moet bestand zijn tegen af en toe noodzakelijke wijzigingen; we denken daarbij aan een modulaire opbouw van de nieuwe wet zodat bij veranderingen in de zorgpraktijk de wet hierop relatief gemakkelijk kan worden aangepast zonder dat dit leidt tot een onleesbare wet (zoals bij de bopz is gebeurd in de afgelopen decennium).

En dit zijn dan nog maar enkele van de vele veranderepunten waar mijn collega van justitie en ik momenteel over aan het nadenken zijn. Vandaar ook dat het nu wat langer duurt voordat u van ons een standpunt op de vele tientallen aanbevelingen in het rapport van de derde evaluatiecommissie ontvangt.

Vragen van mevrouw Van Miltenburg (VVD) en de heer Van der Veen (PvdA) over aanvullende financiering van de Schorerstichting.

Ik acht het van groot belang dat er aandacht wordt besteed aan preventie van soa en hiv voor de verschillende risicogroepen. Zoals u weet maak ik in mijn preventiebeleid een onderscheid tussen 6 verschillende risicogroepen: jongeren, mannen die seks hebben met mannen (MSM), prostituees en prostituanten, druggebruikers, hiv-geïnfecteerden en allochtonen. Schorer speelt door de uitvoering van het landelijke programma hiv-preventie homomannen binnen dit preventiebeleid een centrale rol. Ik waardeer de inzet van Schorer zeer en onderken de problematiek bij homomannen volledig. Niet voor niets ontvangt Schorer voor de doelgroep MSM meer dan de helft van het budget voor alle risicogroepen samen, namelijk ruim € 1,6 miljoen op een totaal van € 3,0 miljoen.

De door mevrouw van Miltenburg gevraagde extra subsidie is deels bedoeld om een in 2004 aangekondigde korting € 150.000 te compenseren. Het doel van deze korting was het vergroten van het budget voor de doelgroep etnische minderheden binnen de totaal beschikbare middelen voor het preventieprogramma soa-hiv. Het jongerenprogramma van Soa-Aids Nederland is daar toendertijd op dezelfde wijze voor gekort. De Kamer is daar over geïnformeerd, TK 2004-2005, 29 220, nr 4. Ik heb de Schorer drie jaar de tijd gegeven zich op deze korting voor te bereiden, de korting zal nl. per 2008 ingaan.

Behalve dat ik een specifiek preventieprogramma voor homomannen subsidieer, kunnen homomannen, net als ieder ander, voor een hiv test naar de huisarts. Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor risicogroepen, waaronder homomannen, zich te melden op een soa-poli om zich gratis en anoniem te laten testen op hiv. De SOA-polie bij de GGD's zijn de laatste 2 jaar met subsidie van VWS ook uitgebreid. Het huidige beleid maakt het tevens mogelijk dat een zelftest zonder recept kan worden aangeschaft bij de apotheek.

Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) of Kiesbeter.nl zich inhoudelijk voldoende heeft ontwikkeld (als keuzeinstrument)

Voor een goede werking van het zorgstelsel is betrouwbare en vergelijkbare keuze-informatie noodzakelijk. Daarom heeft het RIVM september 2004 de opdracht gekregen om KiesBeter.nl te realiseren. KiesBeter.nl speelt een nuttige rol in het beschikbaar krijgen van keuze-informatie en het creëren van een plek voor burgers waar ze betrouwbare, onafhankelijke en kwalitatief goede keuzeinformatie kunnen vinden. Het informatieaanbod op KiesBeter.nl is in de afgelopen jaren steeds verder toegenomen. Inmiddels heeft KiesBeter.nl zich ontwikkeld tot belangrijk instrument om burgers inzicht te verschaffen over de keuzes die ze kunnen maken in de zorg en biedt ze hiertoe relevante zorgbrede informatie. Het primaire middel daartoe is de website maar burgers kunnen ook gebruik maken van andere kanalen zoals een telefonische hulpdienst.

Wij delen de conclusie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg dat burgers gemakkelijk toegang moeten hebben tot informatie over zorg. Met de introductie en uitbouw van KiesBeter is hiertoe in het verleden een eerste stap gezet. Ik onderzoek op dit moment de mogelijkheden voor de opzet van een herkenbaar informatiepunt dat de positie van individuele zorggebruikers en hun vertegenwoordigende organisaties versterkt. Dit onderzoek moet in beginsel drie varianten opleveren met voor- en nadelen zodat er een goede keuze kan worden gemaakt voor de opzet van een informatie- en adviesloket. Dit loket zou de volgende functies kunnen uitvoeren: informatie leveren over de kwaliteit van het zorg(verzekerings)aanbod (op dit moment worden voor een groot aantal aandoeningen kwaliteitsindicatoren ontwikkeld), ondersteuning en advies over patiëntenrechten en -plichten, monitoren van de positie van patiënten in de praktijk en het leveren van kennis en ondersteuning aan pgo-organisaties. De toekomstige positionering en functie van KiesBeter betrek ik bij dit onderzoek.

Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) over acceptatiebeleid aanvullende verzekeringen

Op basis van informatie uit overleg tussen Zorgverzekeraars Nederland en VWS van vorige week donderdag kan een voortzetting worden verwacht van de lijn van de laatste jaren: vrij soepele acceptatie voor meer 'eenvoudige' aanvullende verzekeringen; medische selectie bij uitgebreide, luxere en duurdere aanvullende verzekeringen.

Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) over de wachtlijsten in relatie tot de treeknormen

De wachttijden in de cure zijn volgens mijn informatie stabiel. De meeste wachttijden zijn onder de Treeknormen: bij 77% van de poliklinieken, voor 85% van de dagbehandelingen en voor 81% van de meerdaagse opnames kan men binnen de norm terecht. Voor vrijwel alle specialismen kan men dus tijdig ergens geholpen worden. Oogheelkunde en plastische chirurgie hebben wel vaak hogere wachttijden. Overigens ben ik van mening dat de kwaliteit van de informatie over wachttijden moet worden verbeterd. Het DBC informatiesysteem wat thans in ontwikkeling is, moet deze betrouwbare informatie op gaan leveren.

Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) over het monitoren dat schaalvergroting niet leidt tot kwaliteitsverlies

Het motief om een fusie te vormen (schaalvergroting) is vaak gelegen in het feit dat de kwaliteit of de bedrijfsvoering van één of meerdere ziekenhuizen onder druk staat. Vorming van grote concentraties moet gemeld worden bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Wanneer de NMa concludeert dat er door de concentratie een economische machtspositie kan ontstaan, dan is het aanvragen van een vergunning vereist. De NMa beoordeelt de fusieaanvraag en laat zich in deze taak adviseren door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) adviseert de NZa over de gevolgen voor de kwaliteit van zorg. De NMa weegt ten slotte de eventuele economische machtspositie af tegen onder andere de verbetering van de kwaliteit.

Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) over veiligheid van zorgverleners.

Wij moeten inderdaad trots en zuinig zijn op de hulpverleners in de zorg. Ieder incident in de zorg is er eentje teveel. De aanpak van agressie en geweld is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de instellingen zelf. Daar kan men het best een inschatting maken van de risico's en de mogelijke maatregelen. Op grond van de arbowetgeving dienen de werkgevers beleid te ontwikkelen. Er moeten voorzieningen zijn in het kader van de preventie en mocht er toch iets gebeuren, dan dient er opvang en nazorg te zijn geregeld. Ik zal met de arbeidsinspectie in overleg treden naar aanleiding van de vragen van uw Kamer en u voor 1 maart over de bevindingen berichten.

Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) over kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de kwaliteit van zorg in de top 3

Ik ben het geheel met de heer van Veen eens dat er meer kwantitatieve én kwalitatieve informatie moet komen over de kwaliteit van zorg. Alleen zo kunnen zorgverleners, cliënten en zorgverzekeraars hun zorgverlening respectievelijk keuze van zorgverleners, respectievelijk zorginkoop vormgeven en hun eigen sturende rollen daarin vervullen. Daarbij moeten we er voor oppassen dat we door de toegenomen kennis over hoe het er echt aan toegaat, meteen de conclusie verbinden dat het steeds slechter gaat. Door die zure appel zullen we heen moeten bijten. Een plan van aanpak ligt er mijns inziens met de brief 'koers op kwaliteit' (6 juli 2007, MC-U-2775877). Hierbij geef ik aan de komende jaren te willen focussen op zichtbare kwaliteit (transparantie), natuurlijke cliëntgerichtheid (versterking positie cliënt) en vanzelfsprekende veiligheid (patiëntveiligheid). Op alle drie gebieden lopen nu programma's of worden in gang gezet, om te komen tot een betere kwaliteit van de zorg.

Veel informatie zal mijns inziens beschikbaar komen door het transparant maken van de gezondheidszorg. Hiervoor hebben de deelnemende partijen in de verschillende sectoren de handen ineen geslagen. In elke sector werken verzekeraars, zorgaanbieders, PGO-organisaties en de IGZ samen om dit doel te bereiken. Zij stellen gezamenlijk vast over welk aanbod de kwaliteit zichtbaar

moet worden en zij zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Het resultaat is dat er in iedere sector een breed gedragen set openbaar gepubliceerde informatie over kwaliteit van de geleverde zorg wordt vastgesteld. Om de zorgsectoren te ondersteunen bij het bereiken van deze ambitieuze doelstelling heeft de IGZ in opdracht van het ministerie van VWS het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit opgericht. Zo zal voor de ziekenhuizen in 2008 belangrijke kwaliteitsinformatie gekoppeld worden aan een eerste groep DBC's.

Met de toegenomen informatie over veel aspecten van zorgverlening via de indicatorenset ziekenhuizen, kunnen we vaststellen hoe het er voorstaat en welke de verbeteringen zijn die vervolgens gerealiseerd worden door de gegevens over de jaren te volgen. Mijn ambitie is dus gericht om hoog te scoren op het gebied van transparantie om daarmee ook hoge kwaliteit van zorg te bereiken. Voor wat betreft de analyses van de gegevens verwijs ik de heer van der Veen vooral naar de inspectierapporten die de inspectie daarover jaarlijks uitbrengt en waarin de ontwikkelingen nader geduid worden.

Voor wat betreft de patiëntveiligheid heb ik met de ziekenhuizen en de Orde van de Medisch specialisten een vijfjaren programma afgesproken om de zorg aanzienlijk veiliger te maken. De IGZ zal hier systematisch toezicht op houden. En tenslotte zal ik de kamer voorstellen doen toekomen om via nieuwe wetgeving de positie van de zorgconsument te versterken.

Vraag van de heer van der Veen (PvdA) over de aanpak van medische missers en het programma veilige zorg

Het Programma veilige zorg wordt per zorgsector uitgewerkt door de betrokken brancheorganisaties, beroepsorganisaties en vertegenwoordigers van patiënten en cliënten. Zij maken – in nauwe samenhang met de IGZ en het departement – concrete plannen voor het vergroten van de cliëntveiligheid.

De stand van zaken is momenteel als volgt:

- De partijen in de ziekenhuissector hebben op 12 juni 2007 hun plannen aangeboden aan de minister. Dit programma is voor een belangrijk deel overgenomen in de brief Koers op kwaliteit welke op 6 juli 2007 is aangeboden aan de Tweede Kamer. Met de ziekenhuissector is een ambitie afgesproken van reductie van de vermijdbare schade met 50% binnen een periode van 5 jaar. Deze plannen worden nu verder uitgewerkt met het oog op een concrete start rondom de jaarwisseling.
- Tijdens een conferentie van 22 november 2007 zullen de care en de ggz hun plannen bekend maken. Naar verwachting zullen onderwerpen als medicatieveiligheid en het naleven van richtlijnen hier deel van uitmaken.
- Binnen de eerstelijnszorg wordt momenteel een inventariserend onderzoek uitgevoerd. De planning is dat dit leidt tot een concreet veiligheidsprogramma, dat in juni 2008 wordt gepresenteerd.

Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) over het verkleinen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen

In de visie op gezondheid en preventie erken ik dat een gezond Nederland een voorwaarde is voor en welvarend land en dat in zo'n land de verschillen tussen groepen mensen klein moeten zijn. Tegelijk moeten we constateren dat het daadwerkelijk aanpakken van die sociaal-economische gezondheidsverschillen moeilijk en complex is, en dat het vooral gaat om inkomen, veel omgevingsfactoren (scholing, arbeid, woonomgeving) van invloed zijn. Om die reden leg ik in de preventievisie die ik 2 maanden geleden aan uw kamer zond, ook de nadruk op integraal beleid. Daarvoor zijn mijn medewerkers bezig om de verdere mogelijkheden met veldpartijen te verkennen. Ik ben op dit moment in samenwerking met het RIVM bezig met een plan van aanpak voor die SEGV

waarin met name gekeken wordt naar concrete beleidsmaatregelen. Daarbij wordt nadrukkelijk ook goede ervaringen in het buitenland betrokken (VK, Scandinavische landen). Ook ben ik in overleg met mijn collega van WWI om in het kader van de aanpak rond de krachtwijken een samenwerkingsinitiatief 'de gezonde wijk', te starten. Daarin zal de rol van sport nadrukkelijk meegenomen worden. De staatssecretaris van VWS heeft daar nog deze week over gesproken met de minister van WWI. Vanuit het gezondheidsperspectief is de bestrijding van bewegingsarmoede een maatschappelijke opgave, zoals ook beschreven in de beleidsbrief Sport, 'De Kracht van Sport'. De staatssecretarissen van OCW en VWS hebben de Tweede Kamer geïnformeerd over hun plannen om in 4 jaar te beginnen in 2008 2500 fte structurele banen i.s.m. de gemeenten te realiseren voor combinatiebanen in school, sport en cultuur. In 2008 worden deze eerst in de G31 gemeenten gefaciliteerd. Daarnaast worden met het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen bewegingsarmoede en daarmee samenhangende gezondheidsachterstanden in de wijk aangepakt. De aanpak richt zich vooral op semi- en inactieve bewoners. Dit jaar worden kansrijke beweegprogramma's uitgevoerd en getest. Die methodieken die effectief zijn worden vanaf volgend jaar via gemeenten landelijk uitgerold. Gemeenten krijgen hier zowel financiële als inhoudelijke ondersteuning voor.

Vraag van mevrouw Wolbert (PvdA) over cliëntondersteuning.

Vanuit de MEE-organisaties worden gehandicapten rechtstreeks en individueel ondersteund. In het kader van de Wmo vindt cliëntondersteuning op verschillende manieren plaats. Voor de ondersteuning van ouderen zijn er bij gemeenten, vaak via het lokale loket, ouderenadviseurs beschikbaar. Verder zijn er bij de gemeente ggz-steunpunten, algemeen maatschappelijk werk en sociale raadslieden waar de burger terecht kan voor individuele cliëntondersteuning. Ik span mij in om de onderlinge samenwerking bij de cliëntondersteuning te verbeteren, onder andere door het stellen van gerichte subsidievoorwaarden aan de MEE-organisaties. In mijn brief van 26 oktober 2007 over de zorgzwaartebekostiging heb ik voorts aangegeven het van belang te achten dat instanties die cliëntondersteuning bieden, goed zijn toegerust om cliënten adequaat te informeren over de mogelijkheden van het zorgplan en de zorgzwaartebekostiging; hiervoor heb ik € 15 miljoen in de begroting 2008 gereserveerd, alsmede € 3 miljoen voor mentorprojecten.

Vraag van mevrouw Wolbert (PvdA) over vernieuwing en verbreding van de WMO.

Ik ondersteun het pleidooi van de PvdA-fractie volledig. Nu de Wmo bijna een jaar in werking is en de nieuwe taken door gemeenten grotendeels worden uitgevoerd, is het moment aangebroken om tot een vernieuwing en verbreding van de Wmo te komen. De Wmo is immers een participatiewet die als doel heeft om alle burgers deel te laten nemen aan de samenleving. Hierbij is het van belang dat vanuit het principe van wederkerigheid, burgers, waaronder burgers die ondersteuning krijgen in de Wmo, gestimuleerd worden om ook zelf een bijdrage te leveren aan de samenleving. Ik denk hierbij aan het actief zijn in de buurt, op school en in de zorg en het ondersteunen van kwetsbare burgers. Vaak willen burgers met beperkingen ook aangesproken worden op hun mogelijkheden in plaats van hun beperkingen. Ik heb dan ook extra geld (€ 4 miljoen per jaar) uitgetrokken voor de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers. Gemeenten kunnen de samenhang in het beleid stimuleren door de doelstellingen van de verschillende wettelijke kaders met elkaar te verbinden, zoals de Wmo, de wet werk en bijstand en de wet inburgering. Zo kunnen gemeenten personen met een bijstandsuitkering stimuleren om maatschappelijk zinvolle activiteiten uit te voeren. Hiervoor zijn in het kader van beleidsprogramma van het Kabinet voor sociale samenhang ook extra middelen voor beschikbaar gesteld. Daarnaast wil het Kabinet via het programma "vernieuwing en kwaliteit" van de Wmo een

impuls geven aan gemeenten en uitvoerende organisaties om de brede doelstellingen van de Wmo te realiseren. Ik heb voor dit programma jaarlijks € 2,8 miljoen. uitgetrokken om tot vernieuwing en kwaliteitsverbetering van het beleid en de uitvoering van de Wmo te komen.

Vraag van mevrouw Agema (PVV) over de verstrekking van aanvragen en verantwoordingsinformatie van subsidiedossiers.

Ja. Zonodig worden de 20 subsidiedossiers wel geanonimiseerd in verband met privacy-wetgeving.

Vraag van mevrouw Agema (PVV) over ondervoeding in verzorgingstehuizen.

De prevalentiecijfers zorgproblemen van 2007 lieten zien dat de ondervoeding in verzorgingshuizen gemiddeld 27.8% is, dit betreft dus ¼ van de populatie in verzorgingshuizen. Sinds 2005 is er aandacht voor ondervoeding binnen het programma Zorg voor Beter: inmiddels hebben bijna honderd zorgteams deelgenomen aan de verbetertrajecten eten&drinken. Deelname aan een verbetertraject zorgt ervoor dat instellingen hun achterstand als het gaat om het toepassen van richtlijnen volledig wegwerken, daarnaast zijn een deel van deze instellingen in staat om ondervoeding terug te brengen van 24% naar 4%. Zorg voor Beter gaat door tot en met 2011, er zullen verbetertrajecten Plus worden gestart waarbij er met 100 teams tegelijkertijd wordt gewerkt aan verbeteringen. Ondervoeding is een thema in een dergelijk groot opgezet verbetertraject. Daarnaast verwacht ik dat door de invoering van de indicatoren verantwoorde zorg ook voor instellingen zelf zichtbaarder wordt dat er op dit punt wordt ingegrepen. In juni 2008 zal de uitkomst van de kwaliteitsindicatoren van alle zorginstellingen worden gepresenteerd. Dat zal ook inzicht geven in de mate van ondervoeding.

Vragen van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over vrijwilligerswerk.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink doet de suggestie om het aantal vrijwilligers te verhogen door middel van een fiscale korting voor studenten die na hun studie vrijwilligerswerk verrichten. Uitgangspunt voor vrijwilligerswerk is dat men zich (onbetaald) belangeloos inzet voor een ander. Een "beloning" in de vorm van een fiscale korting sluit daarbij niet aan.

Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over ontwikkelingen in de zorg en maatschappij waardoor de geestelijke verzorging onder druk is komen te staan. Onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is.

Op grond van de Kwaliteitswet (Artikel 3) moeten zorginstellingen zorgen dat voor cliënten die in de zorginstelling zijn opgenomen geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten. De verplichting in de Kwaliteitswet geldt dus alleen ten aanzien van cliënten die zijn opgenomen in een zorginstelling. Deze groep is in de regel afhankelijk van de zorginstelling. Door de opname zijn vaak de banden met de kerk doorgesneden. Voor thuiswonenden ligt dat anders. Er is geen AWBZ-aanspraak op geestelijke verzorging. Daar blijft de geestelijke verzorging verantwoordelijkheid van de mensen en de kerk zelf en ik wil daar in de thuissituatie van mensen, louter vanwege het feit dat ze zorg nodig hebben, ook niet in treden.

In het kader van de Wmo heb ik diverse initiatieven genomen waaronder de lancering van de website kerkenwmo.nl waardoor kerk en gemeenten elkaar beter weten te vinden. Ze kunnen namelijk voor elkaar meerwaarde vormen en daarmee dus ook voor de burger.

Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over het geven van borstvoeding als primaire preventiemaatregel.

Borstvoeding is een belangrijk punt in mijn preventiebeleid. Ik wil het percentage van moeders die hun kind borstvoeding geven verhogen, maar me hierbij vooral richten op het begin. Het RIVM heeft berekend dat de grootste gezondheidswinst is te behalen wanneer alle moeders starten met het geven van borstvoeding. Hoe langer er vervolgens borstvoeding kan worden gegeven, hoe beter. In het ideale geval krijgen de kinderen zes maanden uitsluitend borstvoeding. Ik heb als doelstellingen in de Rijksbegroting 2008 opgenomen om het percentage moeders dat start met het geven van borstvoeding te laten stijgen van 79% in 2005 naar 85% in 2011, het percentage kinderen dat 1 maand uitsluitend borstvoeding krijgt te laten stijgen van 54% (in 2005) naar 60% in 2011 en het percentage dat zes maanden uitsluitend borstvoeding krijgt minimaal 25% te laten zijn. Om deze doelstellingen te bereiken subsidieer ik het project 'Borstvoeding; vanzelfsprekend!' 2008-2011 bij het Voedingscentrum en de certificering van instellingen in de gezondheidszorg met een goed borstvoedingsbeleid (volgens het 'Baby Friendly Hospital Initiative' van WHO/Unicef) dat wordt uitgevoerd door de Stichting Zorg voor Borstvoeding. Binnen mijn eigen ministerie zijn kolfkamers ingericht en vorig jaar geheel vernieuwd. Dit als rolmodel voor andere werkgevers. Samen met de horeca worden horeca ondernemers ook gestimuleerd (o.a. kinderplaatsen met horeca, pannenkoekhuizen etc.) een moedervriendelijke voorziening voor borstvoeding en kolven in te richten.

In het Coalitieakkoord is afgesproken dat het aantal uren kraamzorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet wordt uitgebreid. Bij de invulling van deze afgesproken uitbreiding is meer aandacht voor de bevordering van borstvoeding een belangrijk element. In de praktijk is gebleken dat meer uren kraamzorg van belang zijn voor de rust in het (kraam)gezin en meer aandacht voor borstvoeding. Met de uitbreiding van het aantal uren kraamzorg per 1 januari 2008 komt - onder meer - ruimte om grotere aandacht aan borstvoeding te kunnen besteden.

Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over het actieplan Jeugd, Gezondheid en Milieu.

Het actieplan Jeugd, Gezondheid en Milieu is een gedeelde verantwoordelijkheid van de ministers van VROM en VWS. De minister van VROM is coördinerend bewindspersoon. Het actieplan is in november 2006 naar de Kamer gestuurd als bijlage bij de eindrapportage van het actieprogramma Gezondheid en Milieu. Het actieplan Jeugd, Milieu en Gezondheid benoemt doelstellingen en aandachtsgebieden om de milieugezondheid van kinderen te verbeteren. Het plan doet hiervoor concrete voorstellen die door de betrokken departementen zullen worden uitgewerkt en uitgevoerd. Bovendien biedt het plan een kader voor andere overheden om vanuit hun eigen mogelijkheden te werken aan een meer kindvriendelijke leefomgeving. Met dit actieplan geeft Nederland invulling aan de in Europees verband gemaakte afspraken om zich in te zetten voor de doelen van het Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE), opgesteld door de WHO. In 2006 is het actieplan Jeugd, Milieu en Gezondheid opgesteld.

Beide ministeries werken aan de onderwerpen die in het plan staan, zoals het binnenmilieu op scholen. In de visie op gezondheid en preventie die ik eind september naar de Kamer stuurde

benadruk ik het belang van een gezonde leefomgeving, speciaal voor kinderen. Activiteiten uit het actieplan Jeugd, Milieu en Gezondheid, worden vanaf 2008 opgenomen in de Nationale aanpak milieu en gezondheid 2008-2012. Deze presenteert het kabinet begin 2008 aan de Tweede Kamer. De aandacht voor kwetsbare groepen, waaronder kinderen, krijgen hier beslist een plaats in. Blootstelling van kinderen aan chemische stoffen is daarbij een belangrijk onderwerp. Binnen het stoffenbeleid is de minister van VROM daarbij mee aan de gang gegaan.

De recentelijk vastgestelde EU Verordening REACH introduceert een nieuw Europees regelgevingstelsel voor de beheersing van alle risico's van stoffen die binnen de EU worden gebruikt gedurende hun gehele levenscyclus. Dit geschiedt onder meer door het verplicht aanleveren door het bedrijfsleven van informatie over de risico's van de stoffen voor milieu, arbeidsveiligheid voor hen die met deze stoffen werken en volkgezondheid willen die in de EU mogen worden toegepast. Juist aan deze integrale benadering van alle risico's die stoffen kunnen opleveren voor mens en milieu ontleent REACH haar ontstaansrecht en levert de verordening een duidelijke verbetering van de beheersing van risico's van stoffen op. Daar REACH een Verordening is (en niet een Richtlijn) zal bij de implementatie daarvan in de Nederlandse wetgeving één op één naar het bepaalde in de verordening worden gewezen.

Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over risico op gehoorschade bij gebruik van Mp3-spelers.

Fabrikanten van draagbare audio apparatuur opereren internationaal en hebben mondiale afzetmarkten voor hun producten. Het is daarom niet zinvol om afspraken met die fabrikanten te maken die slechts voor Nederland zouden gelden. Nederland is geen eiland; consumenten zouden zeer eenvoudig via het buitenland (bijvoorbeeld op het Internet) apparatuur kunnen aanschaffen die geen geluidsbeperker hebben.

De EU vormt daarentegen met 500 miljoen consumenten een belangrijke afzetmarkt. Afspraken als bedoeld moeten dan ook bij voorkeur in EU verband worden gemaakt.

Binnen de EU bestaan reeds Europese veiligheidsnormen voor deze apparatuur. Deze normen worden tot stand gebracht door het Europese normalisatie instituut (CEN/CENELEC). Nederland participeert via het Nederlands Normalisatie instituut (NEN). CEN/CENELEC heeft op voorstel van het NEN enige jaren geleden een waarschuwingstekst voor Mp 3 spelers opgenomen in deze normen. Deze tekst waarschuwt de gebruiker van de speler tegen de risico's van te hoge geluidsniveaus.

Een door het NEN ingebracht voorstel tot beperking van het geluidsproducerend vermogen van de speler tot 100dB heeft het echter in EU verband niet gehaald.

Voor de goede orde. Mp-3 spelers zijn op zich niet schadelijk. Omdat *verkeerd gebruik* van de speler echter gehoorschade kan opleveren heb ik bijgedragen aan de totstandkoming van een interactieve website waarbij gebruikers zelf kunnen uittesten of de manier waarop zij hun mp-3 speler gebruiken schadelijk is (www.mp3check.nl). Deze site wordt goed bezocht.

Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over roken in het bijzijn van kinderen.

Voorop staat dat roken in het bijzijn van kinderen zoveel mogelijk voorkómen en teruggedrongen moet worden. Meerroken is immers schadelijk en extra schadelijk voor kinderen omdat hun lichaam (bijvoorbeeld de luchtwegen) nog in ontwikkeling is. Niet voor niets meldt de Gezondheidsraad dat meerroken in ons land jaarlijks de oorzaak is van een tiental gevallen van wiegendood en vele tienduizenden gevallen van (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen. Daar komt bij dat kinderen in de meeste gevallen zelf niet in een positie zijn om de tabaksrook van hun ouders/verzorgers te ontlopen. Kortom, het is heel belangrijk om niet te roken in het bijzijn van

kinderen. Het gaat mij echter te ver om over te gaan tot een rookverbod in de privé-omgeving van mensen.

Dit neemt niet weg dat we via andere maatregelen proberen het roken in het bijzijn van kinderen te ontmoedigen want we weten: goed voorbeeld doet goed volgen en niet roken geeft een gezondere omgeving dan een omgeving met tabaksrook. Zo loopt van 15 oktober tot en met 30 november de campagne 'Roken doe je buiten'. Deze campagne wil laten zien dat het normaal is om niet binnen maar buiten te roken en dat deze norm overal geldt. Meerroken is schadelijk en het maakt niet uit of je thuis bij je gezin bent, op je werk bent of in de auto zit. Verder is er de campagne 'Roken? Niet Waar De Kleine Bij Is' die zich richt op het terugdringen van meerroken door kinderen van 0 tot 4 jaar. Intermediairs zoals consultatiebureau-artsen, verloskundigen, jeugdverpleegkundigen en kraamverzorgenden worden ingezet om het meerroken door kinderen aan de orde te stellen. De richtlijn van o.a. de KNMG over niet roken d.d. juni 2005 kan daar bij helpen.

Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over een uitgewerkt voorstel over medication review voor risicopatiënten.

Naar aanleiding van de motie Voordewind heb ik een plan van aanpak medicatieveiligheid opgesteld dat afgelopen zomer als onderdeel van het programma Veilige zorg aan de TK is gestuurd. Inmiddels wordt gewerkt aan de nadere uitwerking en uitvoering van het plan van aanpak. Op 29 november a.s. vindt een AO plaats over patiëntveiligheid. Ik stel voor de behandeling van dit onderwerp bij het AO te betrekken.

Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over een jaarlijkse rapportage over de bijdrage van VWS aan het behalen van millenniumdoelen.

Het Centre for Human Emergencies (CHE) heeft de opdracht gekregen de follow-up van de Schokland akkoorden te trekken.

VWS en Buitenlandse Zaken nemen deel aan de werkgroep met de "civil society" om alle reeds bestaande activiteiten beter op elkaar af te stemmen om een effectievere inzet te leveren in het behalen van de millennium doelen.

In de rapportage van Buitenlandse Zaken over het behalen van de millennium doelen zal door VWS een bijdrage worden geleverd over haar aandeel hierin.

Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) over het tegengaan van de braindrain van medisch personeel in ontwikkelingslanden.

Wij zijn van mening dat het werven van zorgpersoneel van buiten de EU een sluitpost dient te zijn van het arbeidsmarktbeleid. Wij achten herhaling van de situatie in 2000 en 2001 ongewenst, toen enkele zorginstellingen verpleegkundigen uit ontwikkelingslanden (onder andere Zuid-Afrika en de Filipijnen) werven. Op verzoek van VWS hebben werkgevers daarna een zorgbreed keurmerk van intermediairs en wervingsbureaus ontwikkeld. Wij streven ernaar dat zorgwerkgevers een gedragscode opstellen voor het niet proactief werven van zorgpersoneel uit ontwikkelingslanden noch uit landen met eigen tekorten aan zorgpersoneel.

Verzoek van de heer Vendrik (GL) om een aantal voorstellen te onderzoeken:

- a. sporttoeslag zoals zorgtoeslag.*
- b. kinderopvangtoeslag ook via sportverenigingen.*

- c. *een reclame meer voor kinderen onder 12 jaar.*
- d. *het lekker fit programma op alle basisscholen*

a. Gemeenten hebben het voortouw voor het beleid op het gebied van werk en bijstand. Zij beschikken reeds over de mogelijkheden om mensen met lage inkomens te ondersteunen (bijzondere bijstand), ook op het gebied van sport. Voor de bestrijding van armoede zijn extra middelen beschikbaar gesteld, specifiek gericht op kinderen. Deze middelen worden via de gemeenten ingezet. Het gaat onder andere om de motie van Geel waarmee incidenteel 2 x € 40 mln ter beschikking komt tbv van de armoedebestrijding in 2008 en 2009. Daarnaast zal het budget voor de armoedebestrijding van 2008 tot 2011 groeien van € 5 mln naar € 80 mln.

Daarnaast is er ook particulier initiatief dat goed werkt: het jeugdsportfonds. Mede dankzij een subsidie van VWS worden in samenwerking met gemeenten lokale jeugdsportfondsen opgezet (om te beginnen in de G-31 waar ook de grootste gezondheidsachterstanden zijn). Deze fondsen werken met subsidie van de gemeente maar ook met sponsorgelden, waarmee er nog meer budget beschikbaar komt.

Zowel de bijzondere bijstand als het jeugdsportfonds leveren overigens ondersteuning *in natura*: rechtstreekse betaling van contributie, kleding en/of materialen. Dit om mensen niet in de verleiding brengen om het geld aan andere zaken uit te geven - zoals bijvoorbeeld aan ongezonde voeding.

b. Het verstrekken van kinderopvangtoeslag via de sportverenigingen is niet in overeenstemming met de reguliere gang van zaken op dit gebied. Kinderopvangtoeslag wordt uitgekeerd aan ouders en de ouders bepalen waar de kinderen opgevangen worden. De ouders betalen vervolgens een bijdrage aan die organisatie. Dit geldt ook wanneer de kinderopvang door een sportvereniging wordt aangeboden.

c. Over het onderwerp reclame gericht op kinderen ben ik met de verschillende partijen (Consumentenbond, Hartstichting en de Federatie Nederlandse Levensmiddelen Industrie FNLI) in gesprek. De leeftijdsgrens voor reclame voor voedingsmiddelen gericht op kinderen maakt hiervan deel uit. Vooralsnog ga ik uit van zelfregulering. Het is daarmee een oproep aan het bedrijfsleven om zelf met nieuwe afspraken (aanscherping van de bestaande gedragscode) te komen. Ik vind ook dat ik nu hen die kans moet geven.

d. Scholen zijn vrij in hun beleid op het terrein van bewegen en gezonde voeding. Gemeenten kunnen scholen stimuleren om hier extra aandacht aan te geven, zoals de gemeente Rotterdam doet met 'Lekker Fit'. De rijksoverheid probeert via verschillende lijnen gemeenten aan te moedigen én te ondersteunen in deze rol. Via bijvoorbeeld de BOS-impuls, de 'impuls brede scholen, sport en cultuur' met 2500 fte structurele combinatiebanen in onderwijs, cultuur en sport en het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen worden goede voorbeelden ontwikkeld en landelijk uitgerold. 'Lekker Fit' is deels met middelen vanuit BOS-impuls ontwikkeld.

De partners van het convenant overgewicht hebben 6 november jl. als een van de prioriteiten voor 2008 "de Landelijke introductie van Lekker Fit lesprogramma op de basisschool" gepresenteerd. VWS maakt deel uit van de werkgroep die verantwoordelijk is voor de uitwerking van deze prioriteit. Belangrijk uitgangspunt voor VWS hierbij is dat dit programma bijdraagt aan een geïntegreerd aanbod aan scholen. In het wetgevingsoverleg Sport op maandag 19 november 2007 kan hier nader op ingegaan worden.

Vraag van de heer Vendrik (GL) en mevrouw Kant (SP) over een masterplan voor orgaandonatie.

Het is inderdaad zo dat ik eerder heb toegezegd om u in september een vervolgplan over orgaandonatie te sturen. Ik heb toen ook aangegeven dat ik het veld bij het opstellen daarvan wil betrekken. De Coördinatiegroep Orgaandonatie is daarbij het eerste aanspreekpunt. Die Coördinatiegroep, bestaande uit onder andere vele veldpartijen, heeft dit voortvarend opgepakt en heeft inmiddels ook een tussenrapportage vastgesteld. Ze heeft daarbij opgemerkt dat het ongewenst is dat vanwege de hoge urgentie ingeleverd wordt op de kwaliteit van het plan. De Coördinatiegroep heeft aangegeven het masterplan naar verwachting in maart 2008 te kunnen afronden. Deze planning sluit goed aan bij het verzoek van de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid dat ik op 20 september per brief ontving om in het voorjaar van 2008 de Kamer in een brief een voorstel voor een gestructureerde aanpak te zenden, en ervan af te zien de Kamer aparte brieven te zenden over uiteenlopende onderdelen van het orgaandonatiebeleid. Ik heb daarop aangegeven dat het kabinetsstandpunt op dat masterplan in het voorjaar van 2008 aan u wordt toegestuurd. Het signalement van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de ethische kanten van financiële prikkels bij donatie heb ik ontvangen. Zoals ik al eerder heb aangekondigd zullen de voorstellen van de RVZ worden meegenomen in het Masterplan. Er zal met een open blik naar worden gekeken, en er zal uiteraard veel aandacht zijn voor de medische en ethische aspecten. U kunt ook daarover een reactie van het kabinet verwachten in het voorjaar van 2008.

Vraag van de heer Vendrik (GL) over wanbetalers en schuldhulpverlening.

In de compensatieregeling voor de wanbetalers is thans opgenomen dat verzekeraars voor compensatie in aanmerking komen indien zij zich voldoende hebben ingespannen om te komen tot inning van de verschuldigde premie. Een verzekeraar voert een goed incassobeleid wanneer hij in elk geval de in het Protocol neergelegde werkwijze volgt. In het Protocol is voorzien dat verzekeraars mee kunnen werken aan afspraken in het kader van schuldhulpverlening. Indien verzekeraars dit hebben gedaan behouden zij de mogelijkheid van compensatie omdat immers de verzekeraar zich in zo'n situatie heeft geconformeerd aan de normen die in het Protocol zijn opgenomen. Een en ander is zo geregeld om te voorkomen dat verzekeraars niet zouden willen meewerken aan schuldhulpverlening omdat zij dan de compensatie kwijtraken. In het kader van de structurele maatregel waarbij een bronheffing is voorzien, zal onder meer rekening worden gehouden met de grenzen die worden gesteld aan de mogelijkheid van beslaglegging op inkomensbronnen. Ik ben op dit moment nog met verzekeraars in overleg over de afspraken die gemaakt worden en de voorwaarden die gesteld worden aan het voeren van incassobeleid ten behoeve van compensatie aan verzekeraars.

Vraag van de heer Vendrik (GL) over de kwaliteit van de gezondheidszorg en de bezuinigingen op de IGZ.

Kwaliteit is één van de speerpunten van ons beleid waarin we in overleg met alle partijen willen komen tot meer vrijheid en meer ruimte voor aanbieders om op de wensen van de cliënt in te spelen. Daarbij hoort een stevige toezichthouder. De rol van de IGZ wordt dan ook steeds belangrijker. Ik heb de IGZ expliciet gevraagd de komende jaren de aandacht te richten op vergroting van de transparantie van kwaliteit van zorg en om mee te werken aan een stevige aanpak van de patiëntveiligheid. Daarvoor heb ik de IGZ voor de jaren 2008 en 2009 extra capaciteit gegeven om het project Zorgbrede transparantie vorm te kunnen geven. Daarnaast overweeg ik de IGZ capaciteitsuitbreiding toe te staan voor de bevordering van de patiëntveiligheid. Indien ik daartoe

besluit zal ik u hierover bij eerste suppletoire wet nader informeren. Daarnaast is ook van belang dat de IGZ relatief wordt ontzien in de personele afslanking in het kader van de vernieuwing Rijksdienst. De efficiëntietaakstelling voor de IGZ is beperkt tot 6%.

De IGZ is hard aan de slag met het efficiënter maken van haar werkwijze. Ik noem een aantal voorbeelden:

- Allereerst noem ik de omslag naar de handhaving volgens het concept van risicogericht toezicht of gelaagd toezicht wat zoveel betekent als gericht en systematisch handhaven op die onderdelen van de zorg waar zich risico's voordoen. Transparantie-indicatoren hebben daarbij een belangrijke bijdrage;
- Ten tweede is de IGZ bezig met een rationalisering en professionalisering van het meldingproces. Nu is het nog zo dat ongeveer een kwart van de meldingen die bij de IGZ binnenkomen wordt afgehandeld door het IGZ loket en driekwart wordt doorgespeeld naar de verantwoordelijke inspecteurs. Door een andere werkwijze streeft de IGZ ernaar binnen een aantal jaren deze verhouding omgekeerd te hebben. Deze vorm van taakherschikking creëert ruimte voor de inspecteurs;
- Ten derde wordt een aantal niet-kerntaken afgestoten aan andere organisaties: het betreft hier met name taken van registratieve en uitvoerende aard die bij het agentschap CIBG worden ondergebracht;
- Ten slotte noem ik de inspanningen van de IGZ om de omvang van het middle-management te beperken zonder verlies van kwaliteit van het werk.

Al met al ben ik van mening dat de IGZ met deze capaciteit en met de veranderingen van haar werkwijze haar rol goed kan vervullen.

Vraag van de heer Vendrik (GL) over een SER van de Zorg.

Voordat ik een standpunt inneem op het idee van de heer van Boxtel wil ik graag eerst nader met hem hierover van gedachten wisselen. Ik heb de heer van Boxtel uitgenodigd om binnenkort een gesprek te hebben. Ik heb daarbij ook de heer Rinnooy Kan, voorzitter van de SER, uitgenodigd. Nadien zal ik u nader informeren.

Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over beleid ten aanzien van dierproeven.

De evaluatie van de Wet op de dierproeven heeft geleid tot sterk uiteenlopende reacties. Daarom heb ik gestreefd naar het bereiken van een zo groot mogelijke overeenstemming, om daar vervolgens mijn beleidsvoornemens op te kunnen baseren. Dit heeft enige tijd geduurd, want de discussie over dierproeven is per definitie complex door de combinatie van technische aspecten en maatschappelijke, soms emotionele, componenten. Op dit moment ben ik bezig met het uitwerken van de acties die voortvloeien uit mijn brief over de beleidsvoornemens dierproeven (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 30168 en 27428, nr. 3).

Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over verlaging percentage dierproeven.

De lange termijn doelstelling is opgenomen in de VWS-begroting voor 2006. De streefwaarde is dat er in 2010 maximaal 600.000 dierproeven uitgevoerd zullen worden. Dit is een ambitieuze doelstelling aangezien er factoren zijn met een opdrukkend effect op het aantal dierproeven. Dit is onder andere een gevolg van de implementatie van de EU-wetgeving op het gebied van chemische stoffen REACH (Registration, Evaluation and Authorisation of CHemicals). Dit betekent dat alle

chemische stoffen die in de EU in omloop zijn, geregistreerd moeten worden op basis van specifieke gevaareigenschappen van de stoffen. Voor een aantal van deze stoffen is die informatie niet beschikbaar en zal o.a. door dierproeven moeten worden gegenereerd. In de ons omringende landen zoals Duitsland en Verenigde Koninkrijk wordt een stijging van het aantal dierproeven geconstateerd.

Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over alternatieven voor dierproeven.

Er is sinds lange tijd beleid voor alternatieven voor dierproeven. Dit beleid bestaat uit het daar waar mogelijk vervangen van dierproeven door alternatieven met geen, minder of lagere dieren, of alternatieven met minder ongerief voor de dieren. De drie V's van Russel en Burch (Vervanging, Vermindering en Verfijning) vormen de basis voor het verantwoord omgaan met proefdieren. Dit blijft het uitgangspunt van het Nederlandse beleid voor dierproeven en proefdieren. Vervolgens is het kabinet bezig met het opstellen van een visie om het beleid rond alternatieven verder te verbeteren en dit zo breed mogelijk te trekken. Deze visie kunt u in de eerste helft van 2008 tegemoet zien.

Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over een Nederlands innovatie-onderzoek naar alternatieven voor dierproeven.

Er vindt in Nederland veel innovatieonderzoek naar alternatieven voor dierproeven plaats. Een onderdeel hiervan wordt jaarlijks door de overheid gesteund, rekening houdend met een reële en uitgebalanceerde investering van de totale overheidsbegroting. Een van de doelstellingen van de kabinetsvisie over alternatieven voor dierproeven is dat er een meer gecoördineerde, effectievere en doelmatiger budget voor alternatieven is. Ook de rol van het Nationaal Centrum Alternatieven voor dierproeven (NCA) zal nadrukkelijk worden uitgewerkt in deze kabinetsvisie.

Daarnaast loopt er het ASAT-initiatief (Assuring Safety without Animal Testing). Het ASAT-initiatief is belangrijk voor het stimuleren van de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven. In overleg met de overheid wordt het ASAT-initiatief verder geconcretiseerd in vier thema's. De thema's zijn: 'risicobeoordeling', 'bioinformatica/systeembioogie', 'experimentele modellen' en 'meettechnologie'. Bij dit proces zijn naast het VWS de ministeries van OCW, VROM, LNV en Defensie betrokken. Er worden 4 workshops georganiseerd die de thema's zullen uitwerken. Het ministerie van VWS financieert deze concretiseringslag met circa € 200.000. Dit zal plaatsvinden in 2007 en 2008.

Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over de wet op de dierproeven en de Europese richtlijn.

Zoals ik in mijn antwoord op de Kamervragen over de stagnatie van het herzieningsproces van de EU-dierproeven richtlijn 86/609/EEG heb aangegeven ligt het initiatief op dit moment bij de Europese Commissie. Ik vertrouw erop dat begin 2008 de Europese Commissie een voorstel voor aanpassing van 86/609/EEG aan de Raad en het Europese Parlement zal sturen. Hoeveel tijd de discussie in beslag zal nemen blijft een moeilijke schatting. De gemiddelde tijd voor zo'n Europese richtlijnherzieningsproces is circa 2 jaar.

Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over het H5N1-virus.

De dierziekte "vogelgriep" ligt primair op het beleidsterrein van de minister van LNV. Die heeft in het verleden belangrijke maatregelen getroffen om te voorkomen dat Nederlands pluimvee besmet zou raken met het H5N1 virus tot en met het mogelijk maken van vaccinatie van pluimvee. Een uitbraak van het H5N1-virus is tot op heden ook nog niet gebeurd in Nederland. De uitbraak in 2003 was een

H7N7-virus uitbraak. Omdat H5N1 incidenteel ook mensen kan besmetten en dan een ernstige ziekte veroorzaakt werken VWS en LNV nauw samen om – voor zover mogelijk – te voorkomen dat het virus in Nederland opduikt. Voor het geval dat dit wel mocht gebeuren zijn gezamenlijke draaiboeken opgesteld die beschrijven hoe gehandeld moet worden. Daarover heb ik de Kamer geïnformeerd bij brief van 11 december 2006. Op dat gebied werken de ministeries nauw samen en ik steun het beleid van mijn collega van harte.

Vragen van mevrouw Ouwehand (PvdD) over MRSA, antibiotica en veehouderij.

Er zijn steeds sterkere aanwijzingen dat het hoge antibioticagebruik in de dierhouderij een belangrijke factor is voor het ontstaan van antibioticaresistentie met als gevolg het vóórkomen en de verspreiding van resistente micro-organismen (onder andere MRSA) in dierpopulaties. Het is noodzakelijk dat in de dierhouderij maatregelen worden genomen om resistentieontwikkeling te remmen en de overdracht van dier naar mens tegen te gaan. Dit is in het belang van de diergezondheid maar zeker ook in het belang van de volksgezondheid.

Mijn collega, de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, zal u binnenkort een brief sturen waarin zij haar aanpak voor antibioticaresistentie voorstelt. Deze aanpak wordt nog met mij afgestemd.

Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over ernstige gezondheidsrisico's door pluimvee en de varkenssector.

De veehouderijsector valt onder de verantwoordelijkheid van mijn collega minister van LNV, en fijnstof onder verantwoordelijkheid van VROM. Wanneer vraagstukken op deze terreinen ook de volksgezondheid aangaan wordt hier uiteraard goed over afgestemd met VWS.

Vragen van mevrouw Ouwehand (PvdD) over vleesconsumptie en gezondheidsrisico's.

Ik zie geen aanleiding om specifieke voorlichting in te zetten voor het verminderen van de vleesconsumptie met het oog op de volksgezondheid. Het onbeperkt eten van vlees is niet wat ik propageer in mijn beleid.

Recent zijn op basis van de nieuwe Richtlijnen Goede Voeding van de Gezondheidsraad (2006) nieuwe richtlijnen voor de voedselkeuze gepubliceerd door het Voedingscentrum. De voorlichting wordt op deze richtlijnen gebaseerd. Het advies is om uit de gezamenlijke categorie "vlees(waren), vis, kip, ei of vleesvervangers" honderd tot honderdtwintig gram per dag te consumeren. Hierbij wordt extra aanbevolen om twee keer per week vis te eten, als men voor vlees(waren) kiest magere varianten te nemen en, zoals voor alle producten geldt, te variëren. Uit de cijfers van de voedselconsumptiepeiling (1998) blijkt dat er destijds gemiddeld 109 g vlees, vleeswaren en gevogelte per dag werd gegeten, momenteel wordt een nieuwe voedselconsumptiepeiling uitgevoerd. De resultaten hiervan zullen inzicht geven in hoe dit zich ontwikkeld heeft.

Voor de gezondheid is een te hoge consumptie van dierlijke vetten een belangrijker aandachtspunt dan te hoge consumptie van dierlijke eiwitten. Vlees bevat relatief veel verzadigd, ongezond vet. Ik heb de vlees(waren)industrie opgeroepen hun producten te innoveren zodat ze minder verzadigde vetten bevatten.

Vetten bevatten relatief veel energie. Alle producten die (veel) vetten bevatten kunnen daardoor bijdragen aan het ontstaan van overgewicht, dit geldt niet specifiek voor vlees.

Kortom, ik ben niet bereid een voorlichtingscampagne over de risico's van vleesconsumptie te starten.

Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over misleidende reclame over vlees, met name gericht op kinderen.

Vlees bevat veel bouwstoffen die kinderen in de groei nodig hebben en is, mits met mate gegeten, gezond. Het ligt niet op de weg van de overheid om de vleessector te verhinderen aandacht te vragen voor het eten van vlees. Ik sluit me daarom aan bij de antwoorden van de ministers van OCW en LNV op de kamervragen over de beïnvloeding van kinderen via de Donald Duck (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2007, nr. 2280). Verder verwijs ik naar mijn antwoorden op andere vragen van mevrouw Ouwehand.

Vragen van de heer Van der Vlies (SGP) over het budget voor de mantelzorger en een wetsvoorstel daaromtrent.

Aan het verzoek om ervoor te zorgen dat het geld zoveel mogelijk echt bij mantelzorgers terecht komt, wil ik graag voldoen. Ik heb dit door middel van een landelijk uniforme regeling vorm gegeven (zie mijn brief aan u van 5 februari 2007). Er zou immers voorkomen moeten worden dat op dit punt ongelijkheid zou gaan ontstaan. Binnenkort vindt er een evaluatie plaats van de regeling (waarbij de kritische vraag centraal staat of met deze regeling het beoogde doel wel wordt gerealiseerd) en daarbij zullen de door de heer Van der Vlies uitgesproken gedachten worden meegenomen. Daarbij zal ook worden bezien of deze regeling beantwoordt aan de intenties van de Kamer. De heer Van der Vlies constateert dat het wetsvoorstel de Kamer nog niet heeft bereikt. Hij kan het wetsvoorstel op korte termijn tegemoet zien.

Vragen van de heer Van der Vlies (SGP) over financiële steun voor opvanghuizen zoals dat van de VBOK.

De opvang van tienermoeders wordt betaald uit de reguliere middelen voor de vrouwenopvang waarvoor ik de komende jaren extra middelen heb uitgetrokken. Daarnaast zijn er extra middelen ad. € 1 miljoen structureel gereserveerd specifiek voor tienermoederopvang op de begroting voor Jeugd en Gezin. De Minister voor Jeugd en Gezin en ik werken thans uit hoe de extra middelen het beste kunnen worden ingezet.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over levensbeëindiging bij pasgeborenen.

De centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen adviseert het Openbaar Ministerie over gevallen van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging van zeer ernstig gehandicapte pasgeborenen. In februari 2007 is de commissie gestart met haar werkzaamheden. Over 3 jaar zal er een evaluatie van de commissie en haar werkzaamheden plaatsvinden. Het kabinet zal daarop zijn reactie aan de Kamer doen toekomen.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over anticonceptie in het pakket.

Ter uitvoering van het Coalitieakkoord heeft het kabinet besloten de leeftijdsgrens bij anticonceptiemiddelen te laten vervallen. Onder deze middelen valt ook de morning afterpil. Het laten vervallen van de leeftijdsgrens bij anticonceptiemiddelen bevordert het voorkomen van abortus. Toen de pil uit het pakket ging heeft dit niet tot een significante toename van het aantal abortussen geleid. Dit uitblijven van een gedragseffect is van belang met het oog op het onder het eigen risico

vallen van de anticonceptiemiddelen. Naar de mening van het kabinet is dit dan ook een goede maatregel.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over de afschaffing van de buitengewone uitgavenregeling voor ouders van kinderen met een handicap.

In de brief aan de Kamer over de Contouren nieuwe regeling chronisch zieken en gehandicapten van 1 november is de stand van zaken beschreven. De inhoud van de regeling staat nog niet vast, maar daarbij zal ook gekeken worden naar de gevolgen voor ouders van kinderen met een handicap

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de DBC's.

De verantwoordelijkheid om de uitgaven van de curatieve ggz binnen de gestelde kaders te houden ligt ten eerste bij zorgverzekeraars en aanbieders. Zij moeten hier onderling afspraken over maken. Mochten er zich onverhoopt toch overschrijdingen van het macrokader voordoen, dan ben ik genoodzaakt maatregelen te overwegen om de kosten van de zorg beheersbaar te houden. Hiervan zijn ook betrokken partijen in de GGZ zich bewust. Daarbij staan mij ten principale drie mogelijkheden ter beschikking: pakketingrepen, verhoging van de eigen bijdragen, of een tariefmaatregel. Ik zal hierbij uiteraard een zorgvuldige afweging maken.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over verlenging van de termijn van ontruiming van een kamer bij overlijden in verpleeghuizen.

Een extra leegstand van bijvoorbeeld drie dagen na de dag van het overlijden resulteert in een daling van de productie van de verpleeghuizen met 82.500 dagen. Daardoor zou een dergelijke regeling er ook toe leiden dat degenen, die op de wachtlijst voor het verpleeghuis staan dienen langer te wachten op opname. Verder blijven de kosten van overbruggingszorg doorlopen van degenen, die op de wachtlijst staan en daardoor niet geholpen kunnen worden. Dit kan, zeker in geval van uitstroming uit het ziekenhuis naar het verpleeghuis, ook tot behoorlijke extra kosten te leiden. Op jaarbasis gaat het om circa 225 plaatsen die onbezet blijven. Er treed dus een toename van de wachtlijsten op dan wel zou je circa 225 plaatsen extra moeten bouwen om de omvang van zorgverlening op peil te houden. Om dezelfde zorg te kunnen leveren is dan wel meer geld nodig. Het toestaan van drie extra dagen leegstand van het bed in het verpleeghuis na overlijden van de cliënt kost minimaal € 5 miljoen als geaccepteerd wordt dat de wachtlijst langer wordt en het kost in totaal € 16 miljoen als wij ook nog de verloren capaciteit willen herstellen. Mede er op gelet dat de vraag naar verpleeghuiszorg nog toeneemt acht ik het aanpassen van de regelgeving op het onderhavige punt onwenselijk.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over acties tegen illegale drankketen en over de subsidieaanvraag van de Stichting Voorkom.

Naar verwachting zal volgende week de Hoofdpijnenbrief van de collega's van JenG, BZK en van de minister van VWS alcoholbeleid naar Uw Kamer worden gezonden. In die brief zal worden ingegaan op de aanpak van illegale drankketen.

Het ministerie van VWS voorziet op landelijk niveau in de randvoorwaarden voor het alcoholpreventiebeleid. Hiertoe ondersteunt mijn departement een aantal initiatieven, zoals de jongerencampagne "De kater komt later" en het schoolpreventieprogramma "De gezonde school en

genotmiddelen". Dit laatste preventieproject bestaat ondermeer uit een integrale leerlijn voor het basis- en voortgezet onderwijs waarin informatie gegeven wordt over alcohol, drugs en tabak. De werkzaamheden van de Stichting Voorkom! vertonen een overlap met deze door VWS ondersteunde alcoholpreventie-activiteiten. Dit is de reden dat de subsidie aanvraag van de Stichting Voorkom is afgewezen.