

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over een brede, structurele regeling voor de zorginfrastructuur*

Er komt een regeling voor zorginfrastructuur die het mogelijk maakt dat mensen met een zorgbehoefte nog goed zelfstandig kunnen blijven wonen. Zoals ik uw Kamer ook vorige week maandag tijdens de begrotingsbehandeling heb kunnen melden, vindt hierover al enige tijd constructief overleg plaats met het CTG/ZAio, de branches, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen en ZN. Het CTG/ZAio is momenteel bezig met het ontwerp van een beleidsregel. Naar verwachting zal die over ongeveer anderhalve maand, per 1 januari 2006, in werking treden. Ik heb daarvoor €30 miljoen extra uitgetrokken.

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over de achterblijvende kwaliteitsverbetering van de zorg aan mensen met een verstandelijk handicap*

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de brief die de FvO aan uw Kamer, met een afschrift aan mij, heeft gezonden. De Federatie snijdt in deze brief een baaierd aan onderwerpen aan. Veel van deze punten zijn in beweging en onderwerp van gesprek met uw Kamer. Ik ben het niet op alle punten eens met de Federatie, maar dat houdt het debat scherp en levendig. Aan de andere kant zijn er ook veel onderwerpen juist aandachtspunt in mijn beleid. Geregeld is hierover overleg met de Federatie en andere cliëntorganisaties.

In antwoord op uw vraag over het budgetplafond in relatie tot de wachtlijst van mensen met een handicap het volgende. Het getal 14.000 op de wachtlijst betreft overigens mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap (en dus niet 14.000 kinderen met een verstandelijke handicap).

De beschikbare financiële middelen 2006 en 2007 groeien conform het Regeerakkoord. Binnen deze financiële ruimte zijn aanbieders en zorgkantoren vrij om noodzakelijke zorg, en daar waar nodig maatregelen voor kwaliteitsverbetering, af te spreken.

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over het project 'Lang leve de eerste lijn'*

In de intentieverklaring voor versterking van de eerstelijnszorg is door alle betrokken partijen onderkend dat een goede, geïntegreerde eerste lijn georganiseerd moet worden op een schaalgrootte van 10.000 – 15.000 inwoners. Met de veldpartijen is besproken welke stappen er moeten worden gezet om tot deze professionele organisatie te komen. Uitgangspunt is steeds dat dit vooral de verantwoordelijkheid is van lokale partijen. Landelijke organisaties en de rijksoverheid zijn verantwoordelijk voor optimale randvoorwaarden en fungeren als katalysator en aanjager van het veranderingsproces. In dat kader is het afgelopen jaar veel gedaan. We moeten ons wel bewust zijn dat de gewenste omslag zijn tijd nodig heeft. Ervaring leert dat het 3 tot 5 jaar duurt voordat een samenwerkingsverband is gerealiseerd. Toch denk ik dat we op de goede weg zijn. Uit werkbezoeken en contacten met veldpartijen maak ik op dat versterking van de eerstelijnszorg steeds meer gaat leven. Er zijn veel nieuwe initiatieven. Zorgverzekeraars, gemeenten en provincies maar ook andere partijen zijn zich steeds meer in de eerstelijnszorg gaan interesseren. Overeenkomstig het verzoek van de vaste kamercommissie VWS zal ik met de voortgangsrapportage eerste lijn komen.

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over goede voeding in ziekenhuizen*

Het vraagstuk heeft aandacht in zowel de care als bij de ziekenhuizen. In de care is daarvoor in het kader van het programma Zorg voor Beter het onderdeel voeding en vocht. In de ziekenhuissector wordt op dit moment in het kader van Sneller Beter gewerkt aan verbeteringen op dit punt. Een

onderdeel is dat de sector met de IGZ overlegt over het opnemen van een indicator voor ondervoeding. Deze indicator zal zo spoedig mogelijk worden opgenomen in de set met prestatie-indicatoren. Verder zullen informatiebijeenkomsten worden georganiseerd om de kennis van de professionals in de zorg te vergroten.

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over betere afstemming tussen Zorg voor Beter en Sneller Beter*

Waar nodig vindt op dit moment al afstemming plaats tussen Zorg voor Beter en Sneller Beter. Deze afstemming vindt vooral plaats als het gaat om concrete onderwerpen, waarvan voeding&vocht er één is. Een ander voornaam punt is dat tijdens de Sneller Beter conferentie op 28 november a.s. de verpleegkundigen zullen toetreden als partner in Sneller Beter. De verpleegkundigen vormen een belangrijke schakel tussen de care en de ziekenhuissector.

Transmurale zorg krijgt steeds meer aandacht in genoemde programma's. Onlangs heb ik met huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen en anderen juist over dat onderwerp gesproken in het Rijnstate ziekenhuis. Uitwisseling van kennis en goede voorbeelden vindt onder meer via de website [www.SnellerBeter.nl](http://www.SnellerBeter.nl) plaats, ook op het gebied van transmurale zorg. Met ingang van deze week zullen periodiek speciale afleveringen verschijnen over aandoeningen waarvoor de zorg transmuraal georganiseerd behoort te worden. Begonnen is met diabetes, andere aandoeningen zullen de komende periode volgen.

Ook in de organisatie van een conferentie over een geïntegreerde eerste lijn werken huisartsen, thuiszorg- en AWBZ- instellingen samen om ketenzorg tussen 1e lijn en langdurige zorg te bewerkstelligen.

Wat betreft de ontwikkeling van protocollen geldt dat dit een onderdeel is van het professioneel werken door het veld zelf. De professionals in het veld ontwikkelen zelf de protocollen waarlangs behandeling plaatsvindt, ook transmuraal. Waar noodzakelijk vindt dan nog ondersteuning door de overheid plaats. Zodra deze protocollen zijn ontwikkeld door het veld gelden deze als veldnormen, waarop de inspectie toezicht houdt. Naar mijn oordeel zijn aanvullende activiteiten niet noodzakelijk.

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over het extra geld voor patiëntenorganisaties*

In 2006 en 2007 is per jaar € 3.5 miljoen extra beschikbaar. Dit extra geld wordt via het Fonds PGO beschikbaar gesteld.

Aldus ontstaat, afgezien van tijdelijke projectgelden, het volgende beeld voor 2006, 2007 en volgende jaren (bedragen x € 1.0 miljoen)

	2006	2007	2008	2009
Eigen exploitatie Fonds PGO	1.8	1.8	1.8	1.8
Structureel beschikbare subsidiemiddelen	27.5	27.5	27.5	27.5
Incidenteel extra beschikbare middelen	3.5	3.5	0	0
totaal	32.8	32.8	29.3	29.3

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over opvoedingsondersteuning*

Ik begrijp uw vraag over maatschappelijke ontwikkelingen die mogelijk op een tekort in de opvoeding zouden kunnen duiden. Rond de jaarwisseling stuur ik u de Gezinsbrief. Deze brief gaat over het kabinetsbeleid ten aanzien van gezinnen. Daarin is ook aandacht voor de maatschappelijke ontwikkelingen en de tendensen in en rond gezinnen, het belang van opvoedondersteuning en de rol van de (rijks)overheid daarin. Daarom zal ik daar nu niet verder op in gaan.

Het kabinet is zeker doordrongen van het belang van ondersteuning van ouders bij het opvoeden en heeft daarin een eigen ambitie. Het kabinet heeft daarom al eerder ingezet op een versterking van de opvoedondersteuning (met het HA is hiervoor t/m 2007 € 35,4 miljoen beschikbaar gesteld). In eerste instantie om in een periode van vier jaar (van 2003 tot en met 2007), samen met 50 gemeenten te bezien wat op lokaal niveau wel of niet werkt op het gebied van opvoedondersteuning. En dan met name om te onderzoeken wat goede aanpakken zijn om risicogezinnen, ook wel multi-probleemgezinnen genoemd, te bereiken, zodat daarna ook andere gemeenten gebruik kunnen maken van deze kennis. Daarnaast heb ik, naar aanleiding van de motie Verhagen, € 10 miljoen op jaarbasis voor algemene opvoedingsondersteuning. Dit geld zal ik in zetten om vroegtijdige en algemene opvoedingshulp aan ouders van jonge kinderen te geven, via het consultatiebureau.

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over vervroeging van de start van seksuele voorlichting, ook in het licht van de multi-ethniciteit*

Ik ben het ermee eens dat al op de basisschool moet worden begonnen met voorlichting over relaties en seksualiteit. Aandacht voor communicatieve en sociale kanten van seksualiteit krijgt een steeds grotere plaats in de voorlichting. Het besef is gegroeid dat niet alleen de biologische kanten van seks moeten worden behandeld op school, maar dat er juist ook aandacht besteed moet worden aan de wensen en vooral de grenzen die mensen kunnen hebben ten aanzien van seksualiteit. De eerste resultaten van het onderzoek 'seks onder je 25e', dat de Rutgers Nisso Groep en Soa ~ Aids Nederland in opdracht van VWS hebben uitgevoerd, wijzen ook in deze richting. Het NIGZ en de Rutgers Nisso Groep hebben in opdracht van mij al enkele lespakketten en voorlichtingsmaterialen voor het basisonderwijs ontwikkeld waarin deze onderwerpen aan de orde komen. De komende jaren zal de nadruk liggen op landelijke implementatie van deze voorlichting. Ook het aanpassen van lespakketten op de multi-ethniciteit van onze samenleving is bij een deel van de bestaande lespakketten over seksualiteit al gebeurd. Hiermee moet worden doorgegaan. Op 1 december wordt het eindrapport van 'seks onder je 25e' gepresenteerd, met daarin een voorstel voor een actieplan. In reactie daarop zal ik een standpunt bepalen, en dan ook bekijken of een structurele financiële basis van de voorlichting op basisscholen noodzakelijk is.

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over het sociaal jaar*

In december 2005 ontvangt u het kabinetsstandpunt op het onderzoeksrapport 'een sociaal jaar voor jongeren in Nederland' van het Verwey-Jonker-Instituut.

*Vraag van mevrouw Verbeet (PvdA) over uitbreiding van het aantal beveiligde omgangshuizen*

Ik vermoed dat hier zaken door elkaar lopen. De inventarisatie waar minister Donner naar verwijst, betreft niet de omgangshuizen, maar een verkenning naar wat er in de lokale en regionale situatie concreet beschikbaar is aan ondersteuning en hulp, voor die kinderen en jeugdigen die te maken krijgen met echtscheiding. Uw kamer heeft daar tijdens het AO van juni 2005 om gevraagd. Deze verkenning wordt binnenkort uitgevoerd en zal naar verwachting begin volgend jaar afgerond zijn. De uitkomsten zal ik u melden.

Voor alle duidelijkheid: het gaat hier dus nadrukkelijk niet om een onderzoek naar het aantal beveiligde omgangshuizen. Maar om hulp en steun, in de sfeer van het lokaal preventieve jeugdbeleid, voor lichte problemen rond scheiding en omgang.

*Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over de tarieven voor orthodontie*

Het CTG/ZAio heeft de tarieven voor orthodontie herijkt op basis van de huidige praktijkvoering. Dat heeft geleid tot een tariefreductie van 8%, met terugwerkende kracht tot 2003. Op dit moment werkt het CTG/ZAio aan een nader gespecificeerde onderbouwing, die per 1 januari 2007 moet leiden tot definitieve tarieven.

*Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over het basisprogramma ADHD*

Het basisprogramma ADHD is mij niet bekend. Wellicht doelt u op het actieplan ADHD. Een subsidieaanvraag voor de verlenging van dit actieplan is door mij inderdaad recent afgewezen. De klankbordgroep ADHD is op dit moment bezig met de laatste fase van de uitvoering van het Actieplan ADHD. Het ministerie van VWS heeft daarvoor in de periode 2001-2005 een subsidie verstrekt. Verlenging van het actieplan ADHD om de behaalde (prima) resultaten en producten verder te implementeren in de praktijk is primair een taak van de veldpartijen en valt niet binnen de reikwijdte van het subsidiebeleid van VWS.

*Vraag van De heer Heemskerk (PvdA) over verbeteringen in het DBC-systeem per 1 januari a.s.*

Eind 2004 heb ik voor de DBC invoering al aangegeven dat het DBC systeem kinderziekten kende en dat nog niet alle ziekenhuizen klaar waren. Aan de Tweede Kamer heb ik een duidelijk en realistisch beeld geschetst. Vanwege deze verwachtingen heb ik gezorgd voor een veegploeg voor de achterblijvende instellingen, voor een bevoorschottingsregeling en zorg ik voor een scherpe monitoring van de invoering. Ook in mijn laatste brief over de DBC invoering (van 8 november) heb ik weer aangegeven dat bij een dermate forse omvorming van de bekostiging en financiering van de ziekenhuiszorg, het niet mogelijk is om kinderziekten te vermijden. De verwachtingen van eind 2004 zijn dan ook uitgekomen.

Voor wat betreft de invoering van de verbeteringen in het DBCs per 1 januari a.s. geldt dat deze voornamelijk betrekking hebben op de factuur die de patiënt ontvangt, zodat de spooknota's worden weggenomen. In mijn brief heb ik aangegeven dat het doorvoeren van de verbeteringen, vooral vanwege de doorlooptijden in ICT aanpassingen, fors zijn. De verbeteringen van de factuur worden door alle bestuurlijke partijen als essentieel gezien. Ook met de ICT leveranciers van de ziekenhuizen en zorgverzekeraar is veel contact geweest om de haalbaarheid van deze verbeteringen te bespreken. Door dit grote draagvlak en intensieve contact met betrokkenen, ga ik er vanuit dat de verbeteringen van de factuur met ingang van 2006 ingaan. Daarbij moet overigens wel worden aangetekend dat deze dan betrekking hebben op DBCs die in 2006 worden geopend. Op de DBCs die in 2005 zijn geopend, is de huidige factuurpresentatie nog van toepassing.

*Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over de prijsstijging in het DBC-segment*

Wat betreft de prijsstijging 2005 in het DBC segment waarvoor vrije prijsvorming geldt (B segment) heeft het CTG/ZAio in september een zgn. 'Oriënterende monitor Ziekenhuiszorg, Analyse van de onderhandelingen over het B-segment in 2005' uitgebracht.

In deze CTG/ZAio monitor van het B segment is aangegeven dat gegevens over volumes en kosten nog niet beschikbaar zijn. Juist daarom heeft het CTG/ZAio zich alleen gericht op de ontwikkeling van de prijzen. Het CTG/ZAio benadrukt in haar monitor dat zij veel aannames heeft moeten doen om de prijsanalyses uit te kunnen voeren. Uit de monitor blijkt dat bijna het hele vrije segment is gecontracteerd. In die contracten is er een forse spreiding van prijzen gebleken. Op macroniveau is

er ten opzichte van 2004 ca 5% meer betaald in het B segment. Dit percentage is ongeveer hetzelfde als ik zelf in mijn brief van april jl. over DBC invoering aan de Tweede Kamer had aangegeven. Zowel in de CTG/ZAio als in mijn brief is aangegeven dat deze cijfers als voorlopig gezien moeten worden. Dit omdat de gegevens over kwaliteit en volume vooralsnog ontbreken. Ook moet een eventueel budgettair effect in het A segment nog blijken. Daarnaast heb ik met de brancheorganisaties een prestatiecontract afgesloten met als strekking dat voor hetzelfde geld meer zorg zal worden geleverd. Het effect van deze factoren zal moeten blijken.

De verwachtingen voor 2006 zijn gebaseerd op hetgeen ik tot nu toe uit signalen uit het veld, van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars verneem. Zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars zijn gericht op het zo goed mogelijk implementeren en toepassen van de nieuwe Zvw. Bij de zorginkoop tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraar is de kern dat zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de inkoop 2005. Wel wordt nadrukkelijker ingezet op het opnemen van kwaliteit in de contracten, gebruik makend van de ervaringen over 2005.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over de regionale draaiboeken voor grootschalige uitbraken*

De IGZ heeft recentelijk alle regionale draaiboeken griepvloed tegen het licht gehouden. Hieruit blijkt dat een groot deel van de regio's goed is voorbereid op een griepvloed inclusief de afspraken met de curatieve sector. Eén regio is onvoldoende voorbereid en 4 regio's hebben nog tot begin 2006 de tijd nodig om zich voor te bereiden. Deze 5 regio's heb ik een brief gestuurd. Ik ga er vanuit dat zij de voorbereidingen op zullen pakken binnen de daarin gestelde termijnen. Ik heb de IGZ verzocht verscherpt toezicht op deze voorbereidingen te houden.

Zorginstellingen zijn ook verantwoordelijk voor het leveren van zorg onder grootschalige omstandigheden. In de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is geregeld dat (acute) curatieve zorgaanbieders gezamenlijk afspraken maken over o.a. kwaliteit, toegankelijkheid, capaciteit en spreiding. Hiertoe wordt een regionaal acute zorgplatform ingericht waar ook afspraken over de opschaling worden gemaakt. De GHOR is middels de regionaal functionaris agendalid van dit overleg en zorgt voor het maken van goede afspraken met de curatieve sector en het openbaar bestuur. Op deze wijze worden de afspraken transparant en beter geborgd .

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over aansturen ambulancezorg in het licht van de GHOR en de rol van de provincies*

Met het wetsvoorstel ambulancezorg dat in uw kamer ter behandeling voorligt, zet ik een duidelijke lijn neer waarlangs de ambulancezorg doeltreffend en doelmatig georganiseerd wordt. In het voorstel verleent de minister de vergunning aan de regionale ambulancevoorziening om ambulancezorg te verzorgen, waaraan adviezen van zorgverzekeraars en GHOR-bestuur ten grondslag liggen. De regionale ambulance voorziening sluit aan bij de veiligheidsregio's. Ik zie daarin geen rol voor de provincie. Op uw vragen kom ik terug tijdens de kamerbehandeling van het wetsvoorstel.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over het feit dat Operatie Jong de coördinatie van zorg bij veel verschillende organisaties neerlegt*

Het standpunt van de IGZ is al eerder door andere organisaties geuit. Daarom heeft het kabinet uw Kamer in februari jl. geïnformeerd over de mogelijkheid voor betrokken gemeenten om in het kader

van de Jong-overeenkomst ervaringen op te doen met verschillende invullingen op het terrein van ketenregie. Op die manier kan in mei 2006, als de conclusies uit de Jong-overeenkomst getrokken worden, gezien worden hoe het beste gekomen kan worden tot een effectieve, sluitende aanpak waarin het kind centraal staat.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over het tarief van een consult DBC*

Ik zal in de volgende voortgangsrapportage een onderbouwing geven van de tarieven van consult DBCs.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over de wachtlijsten voor MRI scans.*

Het maken van een MRI maakt onderdeel uit van het proces van het stellen van diagnose en behandeling. Voor alleen MRI's zijn dan ook nooit separate wachtlijsten/-tijden geregistreerd. Het nalopen van de websites van enkele ziekenhuizen levert ook niet het beeld op dat sprake is van lange wachttijden voor de MRI.

Als al sprake zou zijn van lange wachttijden voor MRI, moet bedacht worden dat het benutten van deze (dure) apparatuur in de praktijk veelal beperkt is tot kantoortijden. Het is voor de ziekenhuizen en medisch specialisten zeer goed mogelijk om ook aan de randen van de kantoortijden en in het weekend gebruik van de MRIs te maken. Ook is het mogelijk dat de patiënten de MRI bezoeken in een ander ziekenhuis dan waar de verdere diagnose en behandeling plaatsvindt.

Ik ben graag bereid nader te onderzoeken of in de praktijk sprake is van een reëel probleem inzake wachttijden voor MRI en zal de Kamer hierover nader informeren

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over de vervolghandelingen psychotherapie*

Zoals ik heb toegezegd in het AO pakketmaatregelen laat ik een onafhankelijk onderzoek doen naar de gevolgen van de pakketmaatregel psychotherapie. Uw suggestie zal ik mee nemen in het onderzoek.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over de registratie van innovatieve medicijnen*

Als mevrouw Smilde bedoelt dat de registratie, d.w.z. de toelating tot de markt van innovatieve geneesmiddelen in Nederland achterloopt en voor vertraging in het voorschrijven zorgt, wil ik als volgt reageren. De nieuwe, innovatieve geneesmiddelen waarover de dure geneesmiddelen-discussie gaat, worden in het algemeen niet door het Nederlandse College ter Beoordeling van Geneesmiddelen geregistreerd, maar nagenoeg altijd door het Europese Agentschap voor Geneesmiddelenbeoordeling (EMA). Dat wil zeggen dat dergelijke geneesmiddelen in alle landen van de EU tegelijk tot de markt worden toegelaten. Er is dus geen reden waarom Nederland in dat opzicht achter zou lopen.

Als mevrouw Smilde bedoelt dat de toelating tot de CTG/ZAio-beleidsregel dure geneesmiddelen lang duurt, waardoor ziekenhuizen terughoudend zijn bij de toepassing van innovatieve geneesmiddelen en dat Nederland daardoor wat de behandeling betreft achterloopt bij andere landen, wil ik als volgt reageren. In het voorjaar heb ik een onderzoek uitgevoerd naar de toepassing van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. In vervolg daarop heb ik de Kamer in juni bij brief laten weten dat ik de beleidsregel zal aanpassen. Eén van de aspecten die hierbij wordt aangepast, is dat de toelating van nieuwe geneesmiddelen tot de beleidsregel wordt versneld. Dit wordt enerzijds mogelijk gemaakt doordat nieuwe geneesmiddelen niet direct de financiële drempel van 0,5% van de

macro-uitgaven aan geneesmiddelen hoeven te bereiken, maar ook al op basis van een kostenprognose op de beleidsregel kunnen worden geplaatst. Anderzijds zal de beoordeling door het CVZ worden versneld (termijn van drie maanden). Met deze aanpassingen zullen nieuwe geneesmiddelen veel sneller tot de beleidsregel kunnen worden toegelaten.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over de weigering van het CVZ om de E-111 en E-121 formulieren te verstrekken voor de periode na 1 januari 2006*

Het E-111 formulier is het formulier dat recht geeft op zorg die nodig wordt bij een tijdelijk verblijf in een ander EU-land. Na 1 januari 2006 zal er geen formulier E-111 meer zijn. Op deze datum wordt dit formulier vervangen door een Europese ziekteverzekeringskaart. Het CVZ is echter niet het orgaan dat voor de afgifte van een Europese ziekteverzekeringskaart moet zorgen. Dit dient te gebeuren door de individuele zorgverzekeraars. Deze zullen na 1 januari op verzoek van de verzekerde de betreffende kaart afgeven. Het CVZ heeft de zorgverzekeraars gewezen op deze verplichting. Wat de afgifte van E-121 formulieren betreft, is door het CVZ bevestigd dat de verzending hiervan in de loop van de komende weken plaatsvindt op basis van de binnengekomen reacties en na afstemming met de gegevens van de pensioeninstanties.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over de toelating van hospices in de AWBZ*

De vraag gaat in feite over de uitbreiding van de toelating van de hospices met de functie verblijf. In de huidige situatie betekent het dat men een verklaring moet krijgen in het kader van de WZV. De WTZi is onlangs ook door de Eerste Kamer geaccordeerd en zal spoedig in werking treden. Ik heb vertegenwoordigers van de palliatieve zorg al meermalen gewezen op de mogelijkheden, die de WTZi gaat bieden voor kleinschalige verblijfsvoorzieningen. Ik ben van mening dat zij zelf de noodzakelijke stappen moeten (willen) zetten.

Voor kleinschalige verblijfsvoorzieningen wordt onder de WTZi het bouwregime afgeschaft. Dat betekent echter niet dat er geen bouwnormen meer gelden. De basiskwaliteitseisen voor bouw gelden ook voor kleinschalige voorzieningen. De initiatiefnemer is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit zonder controle vooraf op het bouwplan.

Tevens ben ik bezig met een onderzoek naar de financieringsmogelijkheden en – problemen van de instellingen, die palliatieve zorg verlenen. Ik verwacht hierdoor een beter inzicht van in de werkelijke problematiek te verwerven.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over de motie Dankert over de regionale zorgkantoren*

Naar verwachting zal het IBO-onderzoek begin 2006 worden afgerond. Het kabinet zal voor de zomer zijn standpunt bepalen en daarbij ook (verwachte) rapporten van het CVZ, de RVZ en het CPB over de toekomst van de AWBZ betrekken.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over de drie verschillende financieringsstromen in de GGZ*

De overheveling van delen van de GGZ naar de nieuwe zorgverzekering vindt plaats per 1 januari 2007. Daarmee wordt de financiering voor de curatieve GGZ gelijk gemaakt met die in de rest van de gezondheidszorg. Voor de gehele gezondheidszorg geldt dan dat het curatieve deel van de zorg uit de ZVW wordt betaald en de langdurige (intramurale) zorg uit de AWBZ. Vanuit gemeenten wordt de lokale welzijn en zorg georganiseerd. Daarbij is dan inderdaad sprake van drie financieringsstromen, maar dit geldt voor alle zorg en welzijn.

Ook de indicatiestelling in de GGZ wordt door de overheveling van de curatieve GGZ in overeenstemming gebracht met die in de rest van de curatieve zorg. Vanaf 2007 zijn zorgverzekeraars voor alle curatieve, ZVW-gefinancierde zorg verantwoordelijk voor de toegang tot de zorg. Voor alle langdurige, AWBZ-gefinancierde zorg loopt de indicatiestelling via het Centrum Indicatiestelling Zorg.

Extra afstemmingsproblemen rond bijvoorbeeld indicatiestelling of wachttijden verwacht ik niet: harmonisatie van de financiering van de GGZ met die in de rest van de zorg zal juist de samenwerking en afstemming tussen GGZ en overige zorg bevorderen. Door in de regelgeving vast te leggen dat de Zorgverzekeringswet voorgeeft op AWBZ (waarmee de AWBZ eindvoorziening wordt) wordt nog eens extra duidelijkheid gecreëerd. Een O-meting ter evaluatie van eventuele problemen door de financieringsstromen acht ik daarom niet noodzakelijk.

Wat betreft de cijfers over de hoeveelheid verleende zorg merk ik op dat uit de bij mij beschikbare gegevens (gebaseerd op de wachtlijstrapportage van GGZNederland 2005) blijkt dat er vanaf 2001 meer zorg is geleverd en dat er ook meer mensen zijn geholpen. De wachtlijsten zijn stabiel gebleven en de wachttijden licht gedaald.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over extra middelen voor de versterking van de cliëntenparticipatie*

Omdat de horizontale verantwoording in de Wmo een belangrijk uitgangspunt is vind ik het belangrijk extra te investeren in de lokale belangenbehartiging van alle lokale belangenbehartigers. Bij de opzet en het uitwerken van het projectplan gericht op die versterking dat uit gevoerd zal worden door de landelijke koepel van de RP/CP-en het Lorep) zal ik vanaf het begin alle relevante patiënten-en cliëntenorganisaties betrekken. Hiervoor kan de bestaande klankbordgroep in het kader van de implementatie van de Wmo van de cliënten –en patiëntenorganisaties goede diensten bewijzen. De middelen zullen vooral gericht ingezet worden om de witte vlekken die zich in een aantal lokale situaties voordoen weg te werken. Bij de wetsbehandeling van de Wmo zal duidelijk zijn hoe de versterking van de cliëntparticipatie in grote lijnen opgezet gaat worden.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over de kwaliteit van prestaties die geleverd worden door Wmo-instellingen*

Voor de onderdelen die nu deel uitmaken van de AWBZ en straks onder het regiem van de Wmo vallen zal de kwaliteitwet gelden. Die onderdelen zijn de huishoudelijke verzorging en de openbare geestelijke gezondheidszorg. Dat impliceert dat de rol van de inspectie gelijk zal zijn aan haar huidige rol.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over het budget voor ZBO's*

Er is één budget beschikbaar waarbinnen de beheerskosten van de zbo's gezamenlijk, naar behoefte, gedekt worden. Beschikbaar budget voor 2006 op de begroting van VWS is circa € 70 miljoen. In mijn brief over de positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel van 27 mei 2005 heb ik een overzicht gegeven van de veranderingen in taken en de gevolgen voor het aantal medewerkers van de zorg zbo's voor de periode 2005-2010. Aangezien de herpositionering een geleidelijk proces is dat over enige jaren verspreid plaatsvindt, verwacht ik geen gedwongen ontslagen bij de zbo's.

De samenvoeging van CTZ en CTG tot NZa leidt per 2006 niet tot vermindering van het aantal medewerkers. Bij het CVZ volgt een aantal medewerkers het werk; zij gaan werken bij andere



organisaties (RIVM, CIBG). De afname bij SUO en bij het CBZ krijgt gestalte in de jaren na 2006. Ik verwacht dat de structurele kosten voor de zorg-ZBO's voor het jaar 2006 redelijk vergelijkbaar zijn met 2005. Na afronding van alle voorgenomen omvormingen bij de bestuursorganen en VWS verwacht het kabinet dat het aantal fte afneemt van 748 fte tot circa 556 fte. Een vermindering van ca 192 fte. Voor deze langere termijn kan ik nog niet precies aangeven wat de financiële consequenties zijn. Dit hangt bijvoorbeeld nog af van het precieze tijdpad en de omvang van de introductie van integrale tarieven. Bij verdere taakreductie zullen de budgetten en capaciteit van de zbo's uiteraard worden aangepast.

*Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over het college Sanering Zorgverzekeringen*

Het College sanering (CSZ) verricht momenteel volgende wettelijke taken:

1. Uitvoeren planschadecompensatie;
- 2) Verlenen goedkeuring bij verkoop onroerend goed. De overheid laat capaciteitsbeslissingen meer en meer over aan zorginstellingen. Zo neemt de overheid in toekomst nauwelijks of geen sluitingsbeslissingen meer. Met voorgenomen introductie van prestatiebekostiging worden instellingen zelf verantwoordelijk voor investeringen. Het uitvoeren van de planschadecompensatie zal dan ook op termijn verdwijnen. Hiermee verdwijnt één van de taken van het CSZ. Dit heb ik toegelicht in de brief over de herstructurering van de zorgzbo's, die ik u in mei heb gestuurd. Het kabinet streeft naar een sober en modern model voor uitvoering van overheidstaken. Het aantal overheidsloketten moet tot een minimum beperkt worden. Ook kijkt het kabinet kritisch naar het op afstand plaatsen van overheidstaken. Om bovenstaande redenen is er geen toekomst voor het CSZ als zelfstandig bestuursorgaan.

Terecht merkt u op dat in de toekomst het verlenen van goedkeuring bij de verkoop van onroerend goed wel een belangrijke taak blijft. Bij afschaffing van de ZBO-status van het CSZ zal ik, in nauwe samenwerking met het CSZ, zorgdragen voor een goede positionering van deze taak. Ik betrek hierbij het kabinetsstandpunt ten aanzien van het IBO- VOR. Voor toekomstige positionering van de genoemde wettelijke taak zijn er meerdere opties. Mocht positionering op afstand van de minister gewenst zijn, dan ligt het voor de hand de betreffende taak bij een bestaand zelfstandig bestuursorgaan onder te brengen. Dit om de versnippering van toezichthouders tegen te gaan. Bij de vraag naar mijn algemene visie op hoe het toezicht geregeld moet zijn verwijs ik allereerst naar de Kaderstellende Visie op toezicht die het kabinet onlangs heeft uitgebracht. Deze visie geldt ook voor mij als uitgangspunt. Begin 2006 zal ik een uitwerking van deze visie voor het VWS beleidsterrein aan de Kamer toesturen. De concrete uitwerking van deze visie vindt daarnaast plaats in specifieke wetgeving zoals in het Wetsvoorstel Marktordering Gezondheidszorg waarover we binnenkort met de kamer zullen debatteren.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over een mogelijke verhoging van de premies voor de aanvullende verzekering in de toekomst*

In de overgang naar het nieuwe zorgstelsel bieden alle zorgverzekeraars hun verzekerden een passende aanvullende verzekering aan. Uit onderzoek van de onafhankelijke vergelijkingssite [www.verzekeringssite.nl](http://www.verzekeringssite.nl) blijkt bovendien dat veel verzekeraars iedereen accepteren voor bijna alle aanvullende verzekeringen. Anders dan vaak wordt gedacht is de aanvullende verzekering op belangrijke onderdelen niet specifiek van belang voor chronisch zieken. Zij kunnen immers voor bijvoorbeeld langdurige fysiotherapie al aanspraak maken op de Zorgverzekeringswet. Anders elementen van de dekking van de aanvullende verzekering zijn niet onderscheidend voor chronisch of niet chronisch, zoals bijvoorbeeld de tandheelkundige zorg.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over de financiële problemen en/of selectief toelatingsbeleid van cliënten door vergoeding van (dure) geneesmiddelen in verpleeghuizen*

Na het beëindigen van de CTG/ZAio beleidsregel hebben mij opnieuw signalen bereikt dat de vergoeding van (dure) geneesmiddelen in verpleeghuizen soms leidt tot financiële problemen en/of een selectief toelatingsbeleid van de cliënten die van deze dure geneesmiddelen afhankelijk zijn. Het is een terugkerend onderwerp. Ook in uw bijdragen en interrupties. Ik wil er echter eerst goed naar kijken.

CTG/ZAio is voornemens om te bezien of er reden is om toch een (aangepaste) beleidsregel vast te stellen. Pas daarna kan worden beoordeeld of en hoe deze vergoeding van (dure) geneesmiddelen een plaats krijgt in het traject van de zorgzwaartebekostiging.

Daarnaast zal ik ook bezien hoe ik de informatie over de inzet van (dure) geneesmiddelen kan meenemen in de volgend jaar te houden pilots voor de zorgzwaartebekostiging. Dit om een uiteindelijke afweging te kunnen maken.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over de taskforce ondervoeding*

Het vraagstuk heeft aandacht in zowel de care als bij de ziekenhuizen. In de care is daarvoor in het kader van het programma Zorg voor Beter het onderdeel voeding en vocht. In de ziekenhuissector wordt op dit moment in het kader van Sneller Beter gewerkt aan verbeteringen op dit punt. Afstemming tussen Zorg voor Beter en Sneller Beter waar het gaat om voeding&vocht vindt plaats, onder andere door kennis over richtlijnen te delen.

De Taskforce Zorg voor Beter is geïnstalleerd om de samenhang in het kwaliteitsbeleid in de langdurige zorg te bewaken. Een onderdeel van dit kwaliteitsbeleid is voeding&vocht en vooral het voorkomen van ondervoeding. Een Taskforce ondervoeding voor de cure en de care lijkt mij op dit moment geen meerwaarde bieden, gezien alle lopende initiatieven en ook gezien de grote verschillen in problematiek tussen de diverse sectoren.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over wachtlijsten voor levensbedreigende ziekten*

Het is juist dat de wachtlijsten/tijden voor levensbedreigende ziekten zo kort mogelijk behoren te zijn en dat juist daar sprake moet zijn van tijdige zorgverlening. Zowel voor de behandeling van kanker als hart- en vaatziekten is daarom in het verleden de zorgvraagontwikkeling in beeld gebracht en is de beschikbare capaciteit zo uitgebreid dat deze kan voldoen aan de zorgvraag. De verwachte wachttijd voor dotteren is op dit moment minder dan een week, terwijl de wachttijd voor een open hart operatie op dit moment minder dan 2 weken is.

Het maken van een MRI maakt onderdeel uit van het proces van het stellen van diagnose en behandeling. Voor alleen MRIs zijn dan ook nooit separate wachtlijsten/tijden geregistreerd. Het nalopen van de websites van enkele ziekenhuizen levert ook niet het beeld op dat sprake is van lange wachttijden voor de MRI.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over de wachtlijsten beschut en beschermd wonen*

Ik ben me bewust van de wachtlijsten voor beschut en beschermd wonen. Om deze aan te pakken heb ik op de korte termijn drie maatregelen getroffen.

Voor de versterking van de zorginfrastructuur AWBZ-breed wordt in 2006 een bedrag van € 30 miljoen gereserveerd. De huidige CTG beleidsregel is tijdelijk. Deze wordt omgezet naar een

definitieve regeling. De regeling stimuleert in grote mate het omzetten van grootschalige woonvormen in de verplegings-, verzorgings-, psychiatrie- en gehandicaptensector naar een kleinere geclusterde setting of individueel wonen met zorgsteunpunten.

Voor beschermd wonen voor jeugdigen in de GGZ wordt in 2006 € 3 miljoen gereserveerd (jeugd-RIBW's). Deze inzet is nodig vanwege de hogere begeleidingsvraag van deze doelgroep.

Om de kapitaallasten voor kleinschalig wonen te harmoniseren wordt € 14 miljoen gereserveerd. Het betreft hier de harmonisatie van de huisvestingstarieven van beschermd wonen.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over de afdracht van een klein zakcentje door daklozen*

Mevrouw Kant doelt hiermee op de 'dagloonprojecten'. Mensen die daaraan meedoen, krijgen daarvoor een financiële beloning. Ze mogen dat houden met inachtneming van de Wet Werk en Bijstand en de fiscale wetgeving.

*Vraag van mevrouw Kant (SP) over het feit dat 90% van de huisuitzettingen veroorzaakt wordt door huurschuld*

Gemeenten willen instroom in de opvang te voorkomen. Daarom maken steeds meer gemeenten afspraken met corporaties over het voorkomen van huisuitzetting. Ook in Amsterdam is een protocol in de maak dat erop gericht is het aantal huisuitzettingen te verminderen.

*Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over verdeelsleutel Zvw*

In de Zvw is een vaste 50/50-verdeling inkomensafhankelijk-nominaal. In het stukje nominaal is ook de rijksbijdrage verdisconteerd.<sup>1</sup> De aanpassing van de percentages heeft geen invloed op de verdeelsleutel. Die blijft zoals-ie is, want de aanpassing van de percentages vindt plaats *binnen* het deel dat inkomensafhankelijk wordt gefinancierd. Zoals de wet voorschrijft zal ieder jaar worden gekeken of de premielast zich heeft ontwikkeld conform de verdeelsleutel. Is dat niet het geval, dan vindt bij de premieverdeling voor het daaropvolgende jaar een correctie plaats. Kortom, niet alleen vooraf in de ramingen, maar ook achteraf moet worden voldaan aan de verdeelsleutel.

<sup>1</sup> NB. De rijksbijdrage ligt niet precies vast qua omvang en dus het aandeel in de 50% nominaal.

*Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over het gratis aanbieden van aanvullende verzekeringen in het kader van collectieve contracten*

Dumping is het verkopen van goederen in een vreemd land beneden de kostprijs. De exportprijs is dus lager dan de prijs op de thuismarkt. Op zich is dumping niet verboden. Dat wordt anders als dumping lijdt tot schade bij de industrie op de exportmarkt. Als het oorzakelijk verband tussen dumping en schade is aangetoond, dan mogen anti-dumpingmaatregelen worden toegepast. Dat is toegestaan volgens het WTO-verdrag over antidumping uit 1994. Dat verdrag is door de EU omgezet in een Europese anti-dumpingwet. Voluit is dat de Verordening nr. 384/96 van de Raad van 22 december 1995 betreffende beschermende maatregelen tegen de invoer met dumping uit landen die geen lid zijn van de Europese Unie.

Op grond van deze algemeen gangbare definitie is het gratis aanbieden van delen van de aanvullende verzekering in geval van een collectief contract geen dumping. Zoals ik in mijn schriftelijke

antwoorden op vragen hierover al heb aangegeven loopt de verzekeraar die dit doet wel enig risico. Uit hoofde van zijn prudentieel toezicht zal DNB een dergelijke verzekeraar vragen op welke wijze hij dit royale aanbod, daarbij ook in gedachten houdend de mogelijke groei van het aantal verzekerden als gevolg van dit gratis aanbod, denkt te kunnen financieren en hoe die verzekeraar daarbij aan de financiële vereisten ten aanzien van de benodigde technische voorzieningen en de solvabiliteitsmarge denkt te kunnen voldoen.

Bovendien is de aanvullende verzekering van de zijde van de verzekeraar onopzegbaar, óók in geval de verzekerde besluit zijn zorgverzekering elders onder te brengen. In dat geval kan de verzekeraar wel de collectiviteitskorting laten vervallen maar hij kan niet zonder meer de volle premie voor de oorspronkelijk gratis aanvullende dekking berekenen.

*Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over de adviesraden*

De essentie van het Gezondheidsraadmodel is dat uit een grote groep van experts die formeel lid zijn van de Gezondheidsraad (GR) een commissie wordt samengesteld met daarin de relevante expertise. Deze commissie, ondersteund door een secretaris, komt tot een analyse en aanbevelingen. De Raad voor Volksgezondheid (RVZ) komt plenair tot adviezen, maar werkt eveneens met commissie. Daar waar een aanvulling van specifieke expertise wordt gewenst, wordt er een aparte commissie gevormd met externe leden. In een reactie op de evaluatie van de RVZ heb ik gesteld dat dat een interessant model is. De facto volgt de RVZ de werkwijze van de GR zonder dat daar een groot aantal formele benoemingen voor nodig is. Ook voor andere adviesraden kan deze methode bruikbaar zijn.

Ook ik wens, net als mevrouw Schippers, geen pondsgewijze korting van de adviesraden naar aanleiding van de taakstelling (motie Verhagen) die de Tweede Kamer het kabinet heeft opgelegd. Ik zal bij de verdeling van de taakstelling over de raden kijken naar de toekomstige adviesbehoefte en mogelijkheden om de samenwerking tussen de secretariaten van de raden te verbeteren. Daarom overweeg ik de secretariaten van de Gezondheidsraad, RVZ en Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) samen te voegen, om daardoor meer doelmatigheid én synergie op het secretariaatsniveau te verkrijgen. Voorts wordt – ten einde de taakstelling te realiseren - overwogen om de taken van de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) samen te voegen met één of meer andere adviesinstanties. Een definitief besluit daarover is nog niet genomen. Zoals in de begroting aangegeven zal een definitief plan van aanpak over de verdeling van de taakstelling over de adviesraden, zijnde de GR, RVZ, RGO en RMO, uiterlijk bij 1e suppletore wet 2006 aan uw Kamer worden gemeld.

*Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over het experiment vrije prijsvorming fysiotherapie*

Met het experiment vrije prijsvorming heb ik binnen de fysiotherapie fors gedereguleerd. De maximumtarieven zijn voor de duur van het experiment buiten werking gesteld. In aanvulling op het experiment heb ik besloten om de verplichte verwijsrelatie door de (huis)arts op grond van de Wet BIG met ingang van 1 januari 2006 in te trekken. Ook heb ik een aantal prestaties binnen de fysiotherapie duurzaam uit de tarifiering gehaald (zoals begeleiding bij fitness en zwangerschap, arbogerelateerde fysiotherapie en het geven van opleidingen en cursussen). Met dit alles ben ik verder gegaan dan de strekking van de motie. De keerzijde van die vrijheid is dat fysiotherapeuten de verantwoordelijkheid dragen om voor de burger met toegankelijke en zinvolle “producten” te komen. Ik heb de beroepsgroep opgeroepen om daar samen met zorgverzekeraars tastbare vordering in te maken. De mate waarin dit gebeurt zal een bepalende factor zijn bij de evaluatie van het experiment.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over de stand van zaken CVZ m.b.t. bezwaarschriften tegen indicatiebesluiten CIZ*

De wettelijke taak van het CVZ houdt in dat het CVZ advies uitbrengt aan CIZ over concept-beschikkingen op bezwaar tegen indicatiebesluiten van het CIZ. Deze taak beperkt zich tot die concept-beschikkingen waarin het CIZ niet volledig tegemoet komt aan de bezwaren van de verzekerden. Op dit moment heeft het CVZ nog een achterstand in de beantwoording van de adviesaanvragen. Om de achterstanden weg te werken, zijn aan het CVZ medio 2005 extra middelen ter beschikking gesteld. Het CVZ gaat er van uit daarmee de achterstanden in 2006 te kunnen wegwerken.

De gegronde bezwaren betreffen de aard van de geïndiceerde zorg en de omvang daarvan (klasse). Het CVZ toetst dat aan de diverse protocollen. In veel gevallen gaat het echter niet om de gegrondheid van de bezwaren die leiden tot een andere beslissing, maar of het primaire besluit voldoende en juist gemotiveerd is en of het zorgvuldig is voorbereid. Het CVZ kan dan tot het oordeel komen dat het oorspronkelijke besluit wel in stand kan blijven, maar dat de motivering moet worden aangepast en eerdere gebreken moeten worden hersteld. Het CVZ adviseert dan dat te doen. Ook kan het zijn dat het CVZ adviseert nader medisch onderzoek te doen en op basis daarvan eventueel een ander besluit te nemen. Gezien de adviezen van het CVZ weet het CIZ wat de bedenkingen van het CVZ zijn en kan hij zijn werkwijze aanpassen.

*Vragen van mevrouw Azough (GL) over arbeidsparticipatie van vrouwen en mevrouw Kraneveldt (LPF) over de mantelzorg*

Uit de emancipatie-effectrapportage die naar de Wmo is uitgevoerd, is de stelling dat de Wmo leidt tot een toenemend beroep op mantelzorg en daardoor slecht uitpakt voor vrouwen –anders dan het persbericht suggereert- niet zonder meer af te leiden. In de rapportage heeft het NIZW slechts aangegeven dat een toenemend beroep op mantelzorg negatieve effecten kán hebben. Een toenemend beroep op mantelzorg vloeit echter niet voort uit de Wmo op zich, maar uit verschillende maatschappelijke en demografische ontwikkelingen zoals het NIZW ook in de rapportage schetst. Overigens zal ik u binnenkort mijn reactie op de emancipatie-effectrapportage zenden.

Het kabinet heeft zich ten doel gesteld de arbeidsparticipatie van vrouwen te bevorderen. Daarover zijn in Europees verband duidelijke afspraken gemaakt. Het beleid ten aanzien van mantelzorg is erop gericht mantelzorgers op een zodanige wijze te faciliteren dat vrouwen in staat zijn betaalde arbeid te verrichten. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan het implementeren van de resultaten van de projecten dagindeling die door mijn ambtgenoot van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zijn opgezet.

*Vraag van mevrouw Koser Kaya (D66) over onnodig gebruik en verspilling van geneesmiddelen*

Uit een onderzoek uit 1994 bleek dat 5% van de totale geneesmiddelenuitgaven geneesmiddelen betreft die worden teruggebracht naar de apotheek en vervolgens worden vernietigd. Aangezien mij niet bekend is of dit percentage nog steeds geldt, kan ik het bedrag van € 200 miljoen niet bevestigen.

Hoeveel geneesmiddelen op dit moment worden teruggebracht naar de apotheek wordt nu onderzocht (door Stevenshof Institute for Research in samenwerking met DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik).

Ik wil niet vooruitlopen op de resultaten van dit onderzoek, die tegen het einde van 2005 bekend zullen zijn. Als het onderzoek is afgerond, zal ik samen met de betrokken beroepsgroepen bezien of de resultaten ertoe aanleiding geven dat actie wordt ondernomen. Zoals ik eerder in Kamervragen van de heer Buijs heb aangegeven, zal ik de Kamer hierover begin 2006 informeren.

*Vraag van mevrouw Koser Kaya (D66) over Homo-emancipatiebeleid*

Er is geen sprake van dat de projecten tot stilstand zijn gekomen omdat de financiering niet structureel is.

De projecten op het VWS-domein lopen namelijk door tot 1 januari 2008 (1 juli 2005, kamerstuk 27017, nr. 11).

Op het domein van OCW maken de projecten deel uit van het Plan van aanpak veiligheid in het onderwijs en het structurele budget dat de minister van OCW daarvoor beschikbaar heeft gesteld (1 juli 2005, kamerstuk 27017, nr.11).

Over de besteding van de middelen op het domein van Vreemdelingenbeleid en Integratie, voor het 'bespreekbaar maken van homoseksualiteit in etnische kringen', heeft de minister van V&I de Kamer nog onlangs geïnformeerd (24 oktober 2005, kamerstuk 27017, nr 13). In de brief staat dat in 2005 de amendementsmiddelen volledig zijn besteed aan het Plan van Aanpak van FORUM.

*Vraag van mevrouw Kraneveldt over monitoringssystematiek t.a.v. Zvw*

Het is inderdaad van groot belang dat de werking van de Zorgverzekeringswet goed wordt gemonitord. Onder de zorgverzekeringswet hebben verzekeraars een zorgplicht voor alle burgers. Alle bevolkingsgroepen hebben immers recht op toegang tot goede zorg. De toezichthouder zal er ook goed op toezien dat de zorgplicht wordt nageleefd. Daarnaast onderzoekt het RIVM regelmatig de verandering van gezondheidstoestand en medische consumptie in Nederland. In de z.g. Zorgbalans, waarvan ik de eerste versie begin 2006 naar de kamer hoop te sturen wordt een integraal beeld van de prestaties van het zorgstelsel geschetst.

*Vraag van de heer Rouvoet (Christen Unie) en de heer Van der Vlies (SGP) naar aanleiding van de Agenda Ethiek en Gezondheid*

Volgende week wordt de evaluatie wet afbreking zwangerschap aan mij aangeboden. Daarna zal het standpunt worden opgesteld. In het eerste kwartaal van het volgend jaar zal ik mijn standpunt aan u toesturen. Eind volgend jaar zullen we ook de evaluatie van de Wet levensbeëindiging op verzoek krijgen en zal naar verwachting begin 2007 daarover een standpunt worden uitgebracht. Ook de heer Van der Vlies wees nog op de evaluatie van de embryowet en het vasthouden aan de lijn uit het regeerakkoord om op het terrein van de ethische wetgeving geen veranderingen aan te brengen. Het zijn inderdaad discussies op termijn en ik wil te zijner tijd met u daarover graag van gedachten wisselen. Ik kan u verzekeren dat bij het opstellen van de verschillende standpunten de hoofdlijnen van de ethische wetgeving uit het regeerakkoord zullen worden betrokken.

*Vraag van de heer Rouvoet (Christen Unie) over meer geld voor palliatieve zorg en doorverwijzing*

In het Algemeen Overleg palliatieve zorg van 8 september 2005 heb ik de Tweede Kamer al toegezegd dat ik € 1 miljoen extra beschikbaar stel voor de palliatieve zorg via de regeling Coördinatie Vrijwilligers Terminale zorg en Mantelzorg. Daarnaast stel ik € 2,45 miljoen beschikbaar voor een vervolgprogramma Palliatieve zorg bij ZorgOnderzoek Nederland/Medische Wetenschappen. Dit heb ik bevestigd in mijn brief van 28 oktober 2005 aan uw kamer.

*Vraag van de heer Rouvoet (Christen Unie) over naar een analyse van de situatie in de GGZ*

Voor de GGZ zijn in deze kabinetsperiode vergaande besluiten genomen. De kern van die plannen vormt de overheveling van delen van de GGZ naar de nieuwe zorgverzekering per 1 januari 2007. In

samenhang daarmee wordt ook de financieringssystematiek van de GGZ herzien en worden DBC's ingevoerd voor dat deel van de GGZ dat overgeheveld wordt.

Deze ogenschijnlijk technische plannen zullen niet alleen gevolgen hebben voor de financieringssystematiek van de GGZ, maar zullen vooral ook moeten bijdragen aan de gewenste inhoudelijke veranderingen voor de GGZ (o.a. meer vraaggerichte zorg, meer samenhang met de overige curatieve zorg, meer samenhang met de overige langdurige zorg, meer prikkels voor instellingen en hulpverleners om effectieve en doelmatige zorg te leveren en meer transparantie). Op dit moment wordt hard gewerkt aan het uitvoeren van die plannen. Na uitvoering van deze plannen zal uiteraard bekeken worden of daarmee de gewenste resultaten zijn behaald en zal zonodig worden bijgestuurd. Het ontwikkelen van (al weer) nieuwe plannen is op dit moment niet aan de orde.

Uiteraard is, er naast deze plannen voor de iets langere termijn, ook aandacht voor de huidige situatie in de GGZ, ook al komt dit niet meteen tot uiting in begrotingsvoornemens. Wat betreft de door u genoemde wachtlijsten kan ik u bijvoorbeeld melden dat uit de wachtlijstrapportage van GGZNederland 2005 blijkt dat er vanaf 2001 meer zorg is geleverd en dat er ook meer mensen zijn geholpen. De wachtlijsten zijn stabiel gebleven en de wachttijden licht gedaald.

*Vraag van de heer Rouvoet (Christen Unie) over verankering geestelijke verzorging*

Op 31 mei 2005 heb ik het College voor zorgverzekeringen verzocht mij te rapporteren over het waarborgen van de geestelijke verzorging in de zorg en de bekostiging daarvan. Daarbij moet de verandering in de financiering van de zorg worden betrokken. Ik wil eerst de rapportage van het CvZ afwachten voordat ik op de positie van de geestelijke verzorging in de zorg in ga. Ik zeg u toe mijn standpunt op de rapportage aan u te doen toekomen.

*Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over evaluatie van de embryowet*

De centrale vraagstelling voor de evaluatie van de Embryowet luidt als volgt:

"Op welke wijze worden de bepalingen van de Embryowet in de praktijk toegepast en welke eventuele knelpunten en problemen doen zich daarbij voor, mede in het licht van nieuwe ontwikkelingen betreffende handelingen met embryo's en geslachtscellen? Geven deze bevindingen in het licht van de doelstellingen van de wet aanleiding de wet te wijzigen?"

De doelstelling van de wet, geformuleerd in de considerans, is uit een oogpunt van respect voor menselijk leven bepaalde handelingen met geslachtscellen en embryo's te verbieden en te regelen onder welke voorwaarden andere handelingen toelaatbaar zijn.

Het is dus uitdrukkelijk de bedoeling dat er een antwoord komt op de vraag in hoeverre de bescherming die de wet moet geven aan embryo's, in de praktijk wordt bereikt.

Centrale bepaling in de United Nations Declaration on Human Cloning luidt als volgt:

Member States are called upon to prohibit all forms of human cloning inasmuch as they are incompatible with human dignity and the protection of human life.

De Embryowet verbiedt reproductief kloneren onvoorwaardelijk. Therapeutisch kloneren is evenmin toegestaan omdat het hiervoor nodig is embryo's speciaal tot stand te brengen voor wetenschappelijk onderzoek, hetgeen de Embryowet ook verbiedt. Dit verbod kan op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip vervallen. Het kabinet heeft in het regeerakkoord de afspraak vastgelegd dat van die mogelijkheid het verbod op te heffen geen gebruik zal worden gemaakt. Gezien de wettelijke termijn die daarvoor staat zal het volgende kabinet daarover een beslissing moeten nemen.

*Vraag van de heer Van der Vlies over behandeling terminale patiënt door huisarts*

Niet is aan te nemen dat hier sprake is van een trend. Uiteraard is niet bekend wat de exacte reactie was van de betreffende zorgverzekeraar. Indien hij echter op deze wijze zou hebben gereageerd, dan zou de betrokken huisarts er goed aan doen hierover een klacht in te dienen bij de directie van de betrokken zorgverzekeraar. De indruk bestaat namelijk dat eerder sprake is van een incidentele onheuse bejegening door een medewerker van die zorgverzekeraar dan dat sprake zou kunnen zijn van een beleidslijn. Als dat laatste wel het geval zou zijn, dan is er reden voor de betrokken huisarts om een klacht in te dienen bij de Nationale Ombudsman als het gaat om een ziekenfonds. Ook zou een klacht bij de Ombudsman zorgverzekeringen op zijn plaats zijn. Deze gaat immers over de bewaking van de goede naam en faam van zorgverzekeraars.